



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN
PROGRAM PENGENDALIAN PENYAKIT MALARIA
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH TENGGARA
TAHUN 2005 S/D 2007**

TESIS

**Oleh :
SAMSUL BAHRI
NPM : 0606139464**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 2008



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN
PROGRAM PENGENDALIAN PENYAKIT MALARIA
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH TENGGARA
TAHUN 2005 S/D 2007**

**Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Oleh :
SAMSUL BAHRI
NPM : 0606139464**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK 2008

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
EKONOMI KESEHATAN**

Tesis, Juli 2008

Samsul Bahri, NPM 0606139464

**Analisis Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Di Dinas
Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara Tahun 2005 s/d 2007**

Xiii + 84 halaman, 11 tabel, 4 gambar, 44 lampiran

ABSTRAK

Malaria merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan di dunia. diperkirakan ± 1,5 juta – 2,7 juta jiwa meninggal setiap tahunnya. Di Indonesia Pada tahun 2002 dilaporkan ada 15 juta kasus klinis. Dilaporkan bahwa di beberapa daerah malaria masih endemis terutama daerah terpencil dan sebagian besar penderitanya dari golongan ekonomi lemah. Dari 21 kabupaten/kota di NAD, 66,6% merupakan daerah endemis malaria. Kabupaten Aceh Tenggara yang merupakan daerah pegunungan dengan jarak 900 km dari ibu kota provinsi selama empat tahun berturut-turut mengalami kenaikan kasus malaria. Pada tahun 2003 tercatat 741 kasus, 2004 tercatat 531 kasus, 2005 tercatat 1.112 kasus dan 2006 tercatat 1.787 kasus kejadian malaria.

Perhatian dunia terhadap malaria cukup besar. Hal ini ditandai dengan penandatanganan perjanjian antara *Global Fund*, pemerintah Jerman dan pemerintah Indonesia yang berbunyi menghapus hutang Indonesia sebesar 50 juta *euro* (600 milyar) dengan syarat setengah dari dana tersebut digunakan untuk program pemberantasan penyakit menular termasuk malaria. Program pemberantasan penyakit malaria merupakan pelayanan esensial yang harus di subsidi oleh pemerintah dalam upaya mencapai "kesehatan untuk semua" (*health for all*) sesuai dengan kemampuan Negara Indonesia. Di harapkan Dinas Kesehatan Kabupaten dapat mempengaruhi para pengambil keputusan di daerah untuk mendapatkan prioritas dana APBD Kabupaten guna membiayai program malaria.

Penelitian ini ingin melihat anggaran program pemberantasan penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara pada tahun 2005 s/d 2007 dimulai dari proses perencanaan, penerimaan anggaran dari berbagai sumber, peruntukan anggaran tersebut, siapa pegelolanya dan bagaimana dukungan pemangku kepentingan. Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif yang bersifat deskriptif.

Hasil penelitian menemukan pembiayaan program pemberantasan penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara pada tahun 2005 s/d 2007 menunjukkan hanya terdapat dua sumber yaitu APBD Kab dan BLN yang jumlahnya cenderung naik yaitu tahun 2005 Rp 314.480.000, tahun 2006 Rp 444.380.000 dan tahun 2007 Rp 2.806.450.000. Pembiayaan operasional hampir tidak ada perubahan dari tahun ketahun. Komponen biaya terbesar adalah pemberian kelambu sebesar Rp. 2.512.200.000. Biaya untuk kuratif sangat sedikit yaitu hanya Rp 86.970.000. selama tahun 2005 s/d 2007. Dari hasil wawancara mendalam dengan pejabat terkait diperoleh gambaran bahwa keinginan mereka untuk memberantas penyakit malaria cukup tinggi hanya saja belum diikuti dengan jumlah anggaran.

Penelitian ini menyarankan agar pengelola Program pemberantasan penyakit malaria Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara lebih aktif lagi mencari sumber pembiayaan lain, tidak hanya bertumpun pada sumber yang ada sekarang dengan cara membuat perencanaan yang tepat dan melakukan *advocasi* ke pemerintah daerah.

Daftar bacaan : 26 (1979-2008)

POSTGRADUATE PROGRAM
PROGRAM STUDY ON PUBLIC HEALTH SCIENCES
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
MAJORING HEALTH ECONOMICS

Thesis, July 2008

Samsul Bahri, NPM. 0606139464

Financing Study on Malaria Disease Control Program in the Aceh Tenggara In the year 2005 to 2007

xiii + 84 pages, 11 tables, 4 pictures, 44 appendices

ABSTRACT

Malaria is a communicable disease that is still be one of health problem throughout the world. There are estimated $\pm 1,5 - 2,7$ million people died every year because of malaria. It has been reported that there were 15 million cases in Indonesia in 2002. Malaria is still be an endemic disease in rural area and most of patients are the poor people. There are 21 districts in NAD and 66,6% of them are endemic areas for malaria. Aceh Tenggara District is a mountainous area in the distance of 900 km from capital city. For 4 years malaria cases increased year to year. In 2003, it was recorded that there were 741 cases, 842 cases in 2004, 1.112 cases in 2005 and 1.787 cases in 2006.

The international contribution toward malaria is great enough. The MOU between global fund, German and Indonesia has been signed, It stated they agreed to eliminate Indonesian debt at amount 50 million Euro (600 million) with a specific condition that half of that loan should be used to eliminate communicable disease including malaria. Malaria elimination program is an essential service subsidized by government to achieve 'health for all' in accordance with government ability. It's expected that District Health Office (Dinas Kesehatan Kabupaten) could influence the district policy stake holder to get a priority budget from Annual district budget called "APBD" for malaria program.

This study was aimed to describe the budget of malaria program in district health office in Aceh Tenggara in 2005 to 2007. This study enrolled the planning budgeting process, financing sources, agent, provider and beneficiary for malaria program. This study was on descriptive operational study with qualitative and quantitative approaches.

The results of study showed that the sources of fund are District APBD and BLN. The funding tends to increase from Rp. 314.480.000 in 2005, Rp. 444.380.000 in 2006 to Rp. 2.806.450.000 in 2007. The major component of that funding was purchasing mosquito net and it cost 2.512.200.000. Curative funding component is only 86.970.000 from 2005 to 2007.

The result of study recommended that the District Health Office (Dinkes) of Aceh Tenggara should proactively find others potential resources, not only depending on the available resources, by making a better planning process and advocate district government.

References : 26 (1979 – 2008)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**ANALISIS PEMBIAYAAN
PROGRAM PENGENDALIAN PENYAKIT MALARIA
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH TENGGARA
TAHUN 2005 S/D 2007**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan Tim Penguji Tesis Program
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 15 Juli 2008

Pembimbing



(DR. drg. Mardiaty Nadjib, M.Sc)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER
PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

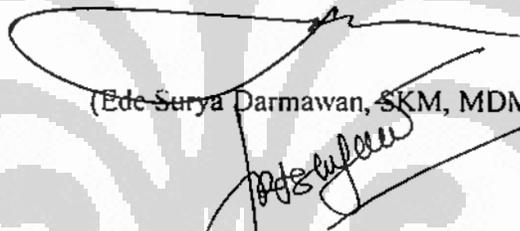
Depok, 15 Juli 2008

Ketua

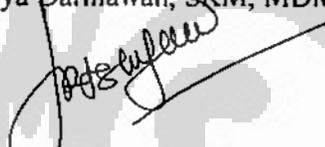


(DR. drg. Mardiaty Nadjib, M.Sc)

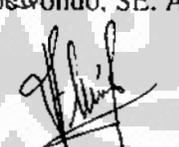
Anggota



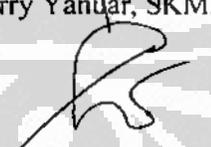
(Ede Surya Darmawan, SKM, MDM)



(Prastuti C Soswondo, SE. AK., MPH, PhD)



(Ferry Yanuar, SKM, M.Kes)



(DR Lukman Hakim)

SURAT PERYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Samsul Bahri
N P M : 0606139464
Program Studi : Pascasarjana
Kekhususan : Ekonomi Kesehatan
Angkatan : 2006/2007
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

“ ANALISIS PEMBIAYAAN PROGRAM PENGENDALIAN PENYAKIT MALARIA BERSUMBER PEMERINTAH DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH TENGGARA TAHUN 2005 s/d 2007 ”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 15 Juli 2008

(Samsul Bahri)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

N a m a : Samsul Bahri.
Tempat / Tanggal lahir : Gulao, 4 April 1977.
Jenis Kelamin : Laki laki.
A g a m a : I s l a m.
Status Perkawinan : Menikah.
Nama Isteri : Novawati Haska, SKM.
Nama Anak : 1. Arkan Muhana Bangko (Laki-laki – 4 tahun).
Alamat Rumah : Jln. Perniagaan no.9 Kota Kutacane Aceh Tenggara
Alamat Kantor : Dinas Kesehatan AGARA Jln. Ahmat Yani no. 13
Email : sam_bangko@yahoo.co.id

Riwayat Pendidikan :

1. SD Inpres Purwodadi tahun 1989.
2. SMP Negeri Tanah Merah tahun 1992.
3. SMA Negeri Natam tahun 1995.
4. APK Mona Banda Aceh tahun 1999.
5. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara tahun 2005.
6. Program Pascasarjana IKM FKM-UI tahun 2006 -- sekarang.

Riwayat Pekerjaan :

1. Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara. tahun 2000-2002.
2. Tugas Belajar di FKM USU tahun 2003 -- 2005.
3. Staf Dinas Kesehatan Aceh Tenggara. Tahun 2005-2006
4. Tugas Belajar di FKM UI Program Pasca Sarjana. Tahun 2006-sekarang

HAI SAUDARAKU INGITLAH

*Tatkala Kamu dilahirkan oleh ibumu,
Kamu berteriak menangis, sedangkan
Orang-orang di sekitarmu tertawa karena gembira
Karena itu beramallah untuk dirimu, agar kamu
Tertawa gembira di hari kematianmu, sementara
Orang di sekelilingmu menangiis kepergianmu
(hadis Nabi Muhammad S.A.W)*

SYAIR PERAHU

Karya : Syeikh Hamzah Fansuri

1
Inilah gerangan suatu madah
Mengarlah syair terlalu indah
Membetul jalan tempat berpindah
Disanalah 'tiket diperbetuli sudah

2
Wahai muda kenali dirimu
ialah perahu tamsil tubuhmu
Tiadalah berapa lama hidupmu
Ke akhirat jua kekal diammu

3
Hai muda arif budiman
Hasilkan kemudi dengan pedoman
Alat perahumu jua kerjakan
Itulah jalan membetuli insan

4
Perteguh jua alat perahumu
Hasilkan bekal air dan kayu
Dayung pengaruh taruh di situ
Supaya laju perahumu itu

19
Ingat sungguh siang dan malam
Lautnya deras bertambah dalam
Anginpun keras ombaknya rencam
Ingat perahu jangan tenggelam

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Yaa Rabb, Yaa Rahman, Yaa Rahim, Engkaulah sebaik-baiknya Penolong bagi kami. Tesis ini akhirnya dapat diselesaikan pada waktunya dan terpenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada program pasca sarjana dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Ekonomi Kesehatan.

Dalam menyelesaikan tesis ini penulis banyak mendapatkan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak. Secara khusus, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada Ibu **DR. drg. Mardiaty Nadjib, M.Sc** selaku pembimbing yang dengan sabar memberikan waktu luang untuk bimbingan kepada kami dan belio rela menunda oprasi demi menungu kami selesai megejatkan tesis ini "subhannallah semoga Allah membalas budi baik belio untuk kami". Terimakasih Bu atas 'proses pembelajarannya'. Terimakasih Ibu selalu menjawab *sms* kami untuk janji konsultasi.

Teristimewa buat *Ame Arkan* dan buah hati kami yang selalu ditingal terus semenjak dari kandungan sampai sekang telah berumur 4 tahun tidak pernah bisa berlama-lama dengan *Awoknya*. Semoga semua ini menjadi cambuk semangatmu nati dalam mengapai cita-citamu anakku.

Penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak/Ibu:

1. H. Armen Desky, selaku Bupati Aceh Tenggara priode 2001-2006 yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan pada Program Pasca Sarjana FKM-UI
2. H. Hasanuddin Beruh, selaku Bupati Aceh Tenggara priode 2007-2012 yang telah banyak membantu baik materil maupun moril sehinga tesis ini dapat selesai.
3. Sehaddin Desky S.Sos dan dr. Ramulia SPog, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara yang memberi dorongan untuk selalu menambah ilmu dan memberi kesempatan untuk melanjutkan pendidikan pada Program Pasca Sarjana FKM-UI.
4. Seluruh staf Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara yang selalu memberi semangat agar aku tetap bisa meyelesaikan kuliah.

5. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
6. Ketua Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM-UI.
7. Kepala Departemen AKK FKM UI
8. Seluruh staf pengajar Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM-UI, seluruh staf administrasi akademik, staf sekretariat Departemen AKK, perpustakaan serta bagian IT yang senantiasa memberikan bantuannya.
9. Tim Penguji : Bapak Ede Surya Darmawan, SKM, MDM yang telah memberikan banyak masukan untuk penulisan tesis ini mulai dari proposal penelitian sampai sidang tesis ; Ibu Prastuti Soewondo, SE.Ak., MPH, PhD ; Bapak DR Lukman Hakim dan Bapak Ferry yanuar, SKM, M.Kes yang telah meluangkan waktu dan banyak memberi masukan untuk perbaikan tesis ini
10. Kusdinar yang telah membimbing kami kelas Aceh dengan sabar. Terima kasih pak, tidak mungkin kami ada di UI ini tanpa bantua bapak.
11. Buat Mas Dadan dan Mas Adi dari MAHALUM yang tiada lelahnya memberi perhatian kepada kami.
12. Teman-teman Anek Nanggro yang terkumpul dalam wadah *Iman* semoga kekompakan kita tetap terjaga.
13. Teman-teman AKK EKOKES 2006/2007 yang baik-baik
14. Buat Ayu Eni (Ekokes) dan Mbak Yuni (KARS), tetap semangat dan sukses. Kita selalu bertiga melewati masa bimbingan dalam penyelesaian penulisan tesis ini. Akan selalu dikenang.
15. Semua pihak yang dengan ikhlas membantu penulis dalam penyusunan tesis ini, Allah akan membalas seluruh kebaikannya.

Depok, Juli 2007

Penulis

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBARAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBARAN PERSETUJUAN PEGUJI	
SURAT PERYATAA BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB I	
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.4.1. Tujuan Umum.....	7
1.4.2. Tujuan Khusus.....	7
1.5. Manfaat Penelitian	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	9
BAB II	
TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Pembiayaan Kesehatan	10
2.2. Klafikasi biaya kesehatan dan jenis biaya kesehata	11
2.2.1. Klafikasi biaya.....	11
2.2.2. Jenis Biaya Kesehatan.....	13

2.3. Sumber-sumber Pembiayaan Kesehatan.....	14
2.3.1. Peningkatan Biaya Kesehata.....	18
2.4. Perencanaan.....	21
2.4.1. Keterpaduan Perencanaan dan Penganggaran.....	23
2.5. Konsep Nasional Health Account (NHA).....	24
2.5.1. <i>Sources</i>	25
2.5.2. <i>Financing Agent</i> (Pegelola Dana).....	26
2.5.3. <i>Use</i> (Pemanfaatan Dana).....	27
2.6. District Health Account (DHA).....	28
2.7. Malari.....	29
2.7.1. Pegertian Malaria.....	29
2.7.2. Gejala Klinis Penyakit Malaria.....	30
2.7.3. Diagnosis.....	32
2.7.4. Siklus Hidup Parasit Malaria.....	32
2.7.5. Parameter Penyakit Malaria.....	33
2.7.6. Penemuan dan Pegobatan Malaria.....	34
2.7.7. Pemberantasan Vektor.....	36
BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	39
3.1. Kerangka Konsep.....	39
3.2. Definisi Operasional.....	41
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	47
4.1. Disain Penelitian.....	47
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	47

4.3. Pengumpulan Data.....	47
4.3.1. Data Kuantitatif / Data Sekunder.....	47
4.3.2. Data Kualitatif / Data Primer.....	48
4.4. Pengolahan dan Analisa Data.....	48
4.4.1. Pengolahan Data Kuantitatif / Data Sekunder.....	48
4.4.2. Pengolahan Data Kualitatif / Data Primer.....	49
BAB V	HASIL PENELITIAN
	51
5.1. Gambaran Umum Kabupaten Aceh Tenggara	51
5.2. Indikator Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara.....	52
5.2.1. Angka Kematian Bayi (AKB).....	52
5.2.2. Angka Kematian Ibu.....	53
5.2.3. Angka Kematian Kasar (AKK).....	53
5.3. Kerangka Penyajian.....	54
5.4. Karakteristik Informan.....	54
5.5. Perencanaan	55
5.6. Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria	57
5.6.1. Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Berdasarkan Sumber Biaya.....	56
5.6.2. Uraian Anggaran Program Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Berdasarkan Komponen Anggaran.....	60
5.6.3. Uraian Alokasi Anggaran Program Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Berdasarkan Elemen Kegiatan.....	62

	5.6.4. Uraian Anggaran Program Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Berdasarkan Pungsi Program.....	64
	5.7. Dukungan Pengambil Keputusan.....	66
	5.8. Penerima Manfaat.....	68
BAB VI	PEMBAHASAN	70
	6.1. Keterbatasan penelitian	70
	6.2. Analisis Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria	70
	6.2.1. Analisis Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Berdasarkan Sumber Biaya	70
	6.2.2. Analisis Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Berdasarkan Komponen Anggaran	73
	6.2.3. Analisis Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Berdasarkan Elemen Kegiatan	74
	6.2.4. Analisis Pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Berdasarkan Fungsi Kegiatan	75
	6.3. Analisis Dukungan Pejabat yang Berkepentingan.....	76
	6.4. Analisis Perencanaan	79
BAB VI	KESIMPULAN SARAN	79
	7.1. Kesimpulan.....	81
	7.2. Saran.....	82

DAFTAR PUSTAKA

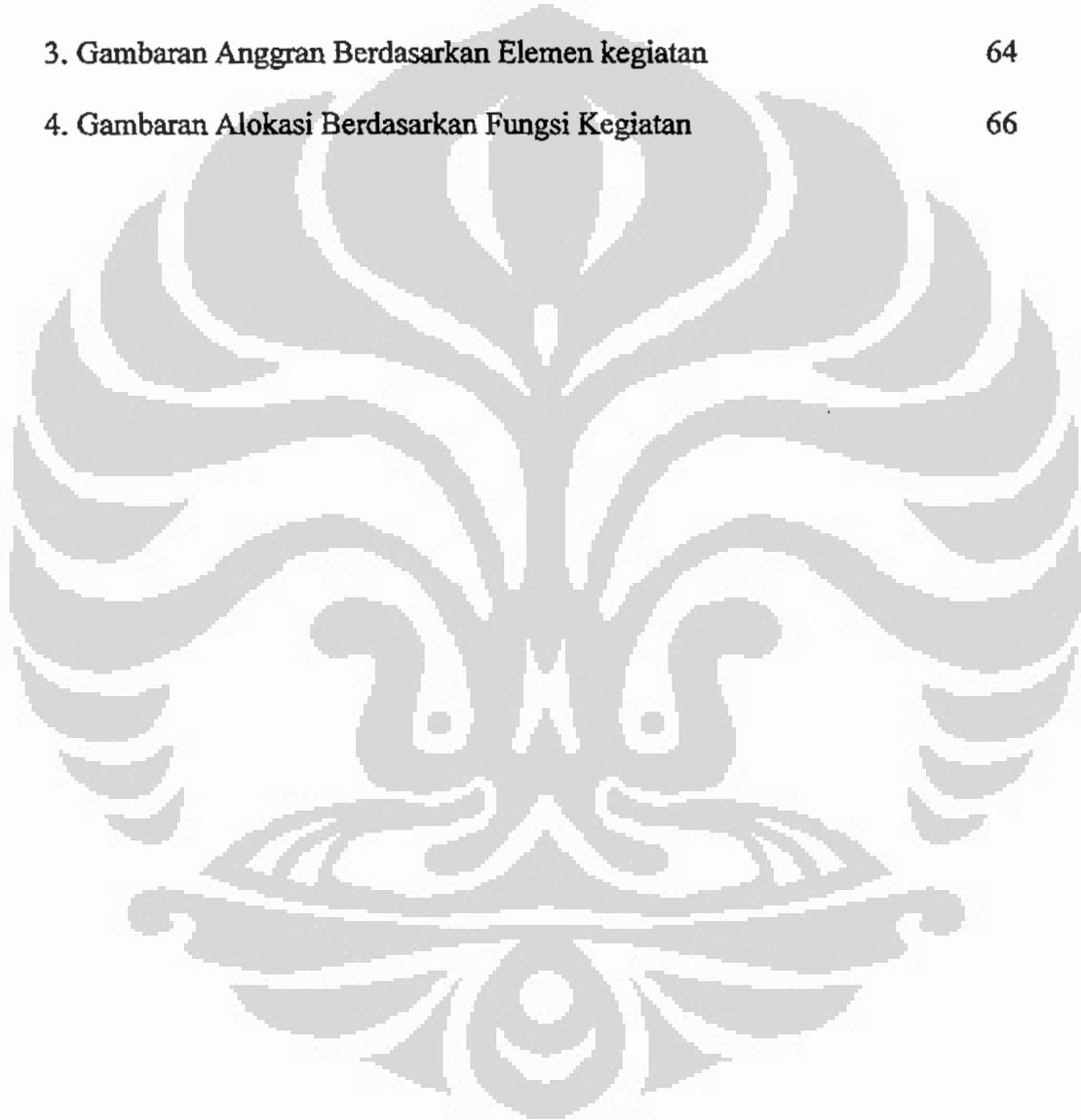
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman	
Tabel 1.1	Prevalensi dan Angka kesakitan Malaria Klinis per kecamatan di Kab. Aceh Tenggara Thn 2002-2006	4
Tabel 1.2	10 pola penyakit terbanya di Kab. Aceh Tenggara Thn 2005-2006	5
Tabel 5.1	Luas Wilayah, Jumlah Desa, Penduduk, Rumah Tangga dan Kepadatan Penduduk.....	52
Tabel 5.2	Angka Kematian Ibu/Maternal (AKI) Per 1.000 KH di kab. Aceh Tenggara	53
Tabel 5.3	Karakteristik Informan	54
Tabel 5.4	Alokasi Anggaran Program Pemberantasan Penyakit Malaria. Berdasarkan Sumber Biaya.....	57
Tabel 5.5	Alokasi Anggaran Program Pemberantasan Penyakit Malaria. Berdasarkan Sumber Biaya tanpa Gaji.....	59
Tabel 5.6	Alokasi Anggaran Program Pemberantasan Penyakit Berdasarkan Komponen Anggaran	60
Tabel 5.7	Alokasi Anggaran Program Pemberantasan Penyakit Berdasarkan Elemen Kegiatan.....	62
Tabel 5.8	Alokasi Anggaran Program Pemberantasan Penyakit Berdasarkan Fungsi Program	65
Tabel 5.9	Alokasi Anggaran Program Pemberantasan Penyakit Berdasarkan Penerima Manfaat	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Gambaran Alokasi Anggaran Berdasarkan Sumber	58
2. Gambaran Anggaran Berdasarkan Komponen Anggaran	61
3. Gambaran Anggaran Berdasarkan Elemen kegiatan	64
4. Gambaran Alokasi Berdasarkan Fungsi Kegiatan	66



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit malaria termasuk salah satu penyebab tingginya angka kematian di banyak negara di dunia. Diperkirakan sekitar 1,5 juta hingga 2,7 juta jiwa meninggal setiap tahunnya akibat penyakit ini. Penyebaran malaria juga cukup luas di banyak negara dunia termasuk Indonesia. Dari data terakhir yang ada di Departemen Kesehatan, pada tahun 2002 ada 15 juta kasus malaria klinis yang dilaporkan (Depkes. RI, 2006).

Perhatian dunia untuk memberantas penyakit menular di Indonesia termasuk malaria sangatlah besar. Ini terbukti dengan penandatanganan perjanjian antara Global Fund, pemerintah Jerman dan pemerintah Indonesia pada tanggal 26 september 2007. Perjanjian tersebut berisi komitmen pemerintah Jerman untuk menghapus 50 juta euro (600 milyar rupiah) hutang Indonesia dengan syarat setengah darinya (25 juta euro atau 300 milyar rupiah) digunakan untuk membiayai program-program penanganan HIV/AIDS, *Tuberculosis* (TBC), dan Malaria. Indonesia adalah negara pertama yang menandatangani kesepakatan ini "Hutang untuk kesehatan", *Debt 2Health*. Ini merupakan prakarsa baru masyarakat internasional untuk membiayai program kesehatan di berbagai negara dunia ketiga. (www.infid.org 2007)

Menurut INFID (International NGO Forum of Indonesia Development) sejumlah negara dan UNAIDS (lembaga PBB untuk HIV/AIDS) memberi perhatian

dan sumbangan dana untuk penanggulangan, namun penyakit tropis dan sangat dekat dengan kemiskinan seperti malaria dan TBC, tidak mendapat perhatian serius dari negara-negara kreditor donor dan masyarakat Internasional padahal, hampir semua daerah di luar Jakarta merupakan daerah pandemi malaria. Keterbatasan peralatan medis termasuk laboratorium, obat-obatan dan tenaga medis untuk mengatasi malaria dan TBC sangat terbatas. Sebagian besar penderita malaria dan TBC hanya dideteksi melalui gejala-gejala dan keluhan penderita, tanpa pemeriksaan dan penelitian medis yang memadai. Belum lagi persoalan obat-obatan yang sudah tidak efektif, karena resistensi dan mutan. (www.infid.org 2007)

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang menjadi permasalahan kesehatan masyarakat karena mempengaruhi angka kesakitan bayi, anak balita dan ibu melahirkan serta dapat menurunkan produktifitas tenaga kerja. Lebih dari 15 juta penderita malaria klinis dengan 30.000 kematian yang dilaporkan melalui unit pelayanan kesehatan setiap tahun.

Di Indonesia, penyakit malaria masih endemis di beberapa wilayah terutama di daerah terpencil. Sebagian besar penderitanya adalah dari golongan ekonomi lemah. Sedikitnya ada 167 kabupaten/kota di Indonesia merupakan daerah endemis malaria. Selama tahun 2001-2005 kejadian luar biasa (KLB) malaria terjadi di 15 Propinsi meliputi 30 kabupaten di 93 desa dengan jumlah penderita hampir 20.000 orang dengan 389 kematian (Depkes. RI, 2006).

Tingginya kasus malaria disertai masih rendahnya alokasi anggaran pemerintah untuk kesehatan juga mengkhawatirkan, karena banyak usaha yang seharusnya dibiayai oleh pemerintah dan sulit untuk dilepaskan pada mekanisme pasar karena bersifat pelayanan publik. Program pengendalian penyakit malaria

merupakan salah satu pelayanan esensial yang didalam pelaksanaanya harus disubsidi oleh pemerintah. (Gani.A,1995)

Pelaksanaan otonomi daerah mengakibatkan munculnya *polycymer* (pengambil keputusan) baru yang sangat berperan dalam penentuan alokasi dana untuk kesehatan. Untuk meningkatkan alokasi anggaran di bidang kesehatan dituntut kemampuan dari Dinas Kesehatan dalam mendapatkan komitmen politik dari pihak pemerintah Daerah dan DPRD/DPRK. Dinas kesehatan harus mampu meyakinkan pengambil keputusan bahwa kesehatan sangat penting dan merupakan kebutuhan pokok atau sudah menjadi hak asasi manusia yang harus dilindungi.

Propinsi Nangro Aceh Darussalam yang terdiri dari 21 kabupaten/kota dan 66,67% merupakan daerah endemis malaria. *AMI (Annual Malaria Incidence)* pada tiga tahun terakhir megalami kecendrungan penurunan yaitu : tahun 2001 : *AMI* 4,29%, tahun 2002 : *AMI* 6,00%, tahun 2003 : *AMI* 4,40% dan tahun 2004 : *AMI* 3,20% (Profil Dinas Kesehatan Prov NAD 2006).

Malaria klinis di Kabupaten Aceh Tenggara tahun 2003 sebanyak 741 kasus dengan *AMI* 4,42%, tahun 2004 sebanyak 531 kasus dengan *AMI* 5,03% dan 2005 sebanyak 1.112 kasus dengan *AMI* 50,18% (laporan tahunan Program malaria Kabupaten Aceh Tenggara 2006). Dari laporan ini jelas kelihatan kasus malaria terjadi peningkatan yang mengkhawatirkan. Seperti terlihat pada tabel dibawah ini :

TABEL 1.1
INSIDENS DAN ANGKA KESAKITAN MALARIA KLINIS
PER KECAMATAN
DI KABUPATEN ACEH TENGGARA TAHUN 2002-2006

No.	Kecamatan	Jumlah Kasus									
		2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
1.	Babussalam	21	0.8	22	0.9	24	1.0	116	4.7	288	10.5
2.	Lawe Bujan	91	5.7	95	6.0	93	5.9	132	8.3	83	4.3
3.	Badar	142	7.1	162	8.1	46	2.3	148	7.4	105	8.1
4.	Darul Hasanah	33	3.5	34	3.6	23	2.5	121	13.0	149	8.6
5.	Bambel	101	4.5	107	4.8	35	1.8	86	3.9	385	13.5
6.	Lawe Alas	75	4.8	81	5.2	12	0.8	89	5.7	2	0.1
7.	Babul Rahmah	43	4.5	47	4.9	24	2.5	65	6.8	73	6.0
8.	Bukit Tusam	18	1.9	13	1.4	46	4.8	42	4.4	48	4.2
9.	Semedam	48	4.0	51	4.4	63	5.5	124	10.8	-	0.0
10.	Lawe Sigala-gala	40	2.3	45	2.6	97	5.6	103	5.9	12	0.5
11.	Babul Makmur	79	5.9	84	6.3	68	5.1	86	6.5	172	15.0
12.	Ketambe									67	3.0
13.	Deleng Pokhisen									54	4.0
14.	Lawe Sumur									164	18.2
15.	Tanoh Alas									-	0.0
16.	Lauser									185	14.5
TOTAL KABUPATEN		689	4.1	741	4.4	531	3.1	1,112	6.6	1,767	6.8

keterangan : Kecamatan Ketambe, Deleng Pokhisen, Lawe Sumur, Tanoh Alas, Lauser adalah kecamatan baru hasil pemekaran pada tahun 2006

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara 2006

Dari tahun-ketahun terjadinya peningkatan kasus malaria di Kabupaten Aceh Tenggara. Ini menunjukkan bahwa penanganan Program Pengendalian Penyakit malaria di sini belum optimal. Bila dilihat dari 10 penyakit terbesar di Kabupaten Aceh Tenggara maka malaria merupakan penyakit yang patut diwaspadai karena ada kecenderungan semakin meningkat, seperti terlihat pada tabel dibawah ini :

TABEL 1.2
10 POLA PENYAKIT TERBANYAK DI KABUPATEN
ACEH TENGGARA TAHUN 2005-2006

Tahun 2005				Per-1.000 Penduduk	Tahun 2006				Per-1.000 Penduduk
No.	Jenis Penyakit	Jlh Kasus	%		No.	Jenis Penyakit	Jlh Kasus	%	
1	ISPA	2.034	20,0	12,0	1	ISPA	3.586	27,6	13,7
2	Peny.Kulit Infeksi	1.587	15,6	9,4	2	Diare	1.857	14,3	7,1
3	Diare	1.325	13,1	7,8	3	Malaria Klinis	1.787	13,7	6,8
4	Batuk Rejan	1.203	11,8	7,1	4	Pneumonia	1.518	11,7	5,8
5	Malaria Klinis	1.112	11,0	6,6	5	Peny.Kulit Infeksi	1.185	9,1	4,5
6	Bronkhitis	934	9,2	5,5	6	Rematik	949	7,3	3,6
7	Pneumonia	899	8,9	5,3	7	Asma	691	5,3	2,6
8	Scabies	573	5,6	3,4	8	Hypertensi	665	5,1	2,5
9	Influenza	342	3,4	2,0	9	Bronkhitis	466	3,6	1,8
10	Hypertensi	143	1,4	0,8	10	Tukak Lambung	300	2,3	1,1
		10.152				13.004			

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara 2006

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa kecendrungan penyakit malaria terus meningkat yaitu pada tahun 2005 berada pada urutan ke-5 dari 10 penyakit terbanyak dan pada tahun 2006 naik menjadi urutan ke-3 dari 10 penyakit terbanyak di Kabupaten Aceh Tenggara. Masalah ini harus menjadi perhatian serius mengingat penyakit malaria merupakan penyakit berbahaya (penyebab kematian dan penurunan produktifitas) dan penularannya sangat cepat, yang bisa menjadi penyebab terjadinya kejadian luar biasa (KLB).

1.2. Rumusan Masalah

Peningkatan kejadian kasus malaria di kab. Aceh Tenggara dari tahun 2005 s/d 2007 disertai rendahnya alokasi dana untuk bidang kesehatan secara umum merupakan masalah dalam penanganan tingginya kasus malaria di daerah ini. Belum diketahui jumlah anggaran untuk pengendalian malaria, dari mana sumber dana yang ada, hambatan pengelolaan program serta sejauh mana dukungan pengambil kebijakan memandang kejadian malaria di daerah ini. Untuk itulah perlu dilakukan analisis pembiayaan program malaria dengan melihat jumlah dana, sumber dana, hambatan pengelola program di Dinas Kesehatan dan dukungan pengambil keputusan di Kabupaten Aceh Tenggara.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Berapa total dana Program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007 ?
2. Dari mana saja sumber-sumber utama pembiayaan Program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dari tahun anggaran 2005 s/d 2007 ?
3. Bagaimana proses penyusunan perencanaan program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007 ?
4. Digunakan untuk kegiatan apa saja dana pembiayaan program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007 ?

5. Kendala apa saja yang dihadapi pengelola dana program pemerantasan penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007 ?
6. Bagaimana dukungan pemangku kepentingan (*stakeholder*) dalam menetapkan alokasi anggaran untuk Program pengendalian penyakit Malaria

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran pembiayaan program pengendalian penyakit malaria di Kabupaten Aceh Tenggara pada tahun 2005 s/d 2007, hambatan yang dihadapi pengelola dana dan dukungan pegambil kebijakan.

1.4.2. Khusus

1. Diketahui besarnya anggaran dana program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007
2. Diketahui sumber-sumber pembiayaan Program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007.
3. Diketuinya proses penyusunan anggaran program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007.
4. Diketahui Alokasi dana pembiayaan untuk program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005

s/d 2007 berdasarkan sumber pembiayaan, fungsi, elemen kegiatan dan penerima manfaat.

5. Diketuainya pelaksanaan kegiatan Program pengendalian penyakit Malaria dan kendala yang di hadapi di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007.
6. Diperoleh informasi mengenai dukungan pemangku kepentingan (*stakeholder*) di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara terhadap pembiayaan Program pengendalian penyakit melaria.

1.5. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini bermanfaat untuk :

1. Bagi Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara

- a. Sebagai bahan masukan bagi peyusunan anggaran kesehatan di masa yang akan datang.
- b. Sebagai bahan advokasi pada *decision maker* dibidang alokasi anggaran.

2. Bagi pemerintah Daerah dan DPRK Kab. Aceh Tenggara

Sebagai bahan masukan bagi penentu kebijakan besarnya alokasi anggaran untuk mendukung Program pengendalian penyakit malaria.

3. Bagi penulis merupakan pengalaman baru dapat meningkatkan kemampuan analisis dengan menganalisa pembiayaan suatu program kesehatan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian Analisis pembiayaan Program pengendalian malaria di Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara ini mencakup sumber-sumber pembiayaan, peruntukan anggaran yang terdiri dari mata anggaran, elemen kegiatan dan fungsi kegiatan, serta kendala yang dihadapi dan dukungan pengambil keputusan di Kabupaten Aceh Tenggara tahun 2005 s/d 2007. Dana yang diteliti hanya pada program pengendalian penyakit malaria yang dikelola oleh dinas kesehatan Kab. Aceh Tenggara saja, tidak melihat pembiayaan dari sektor lain (lintas sektor, swasta dan masyarakat).

Dalam pencapaian target atau hasil hanya melihat dari faktor pembiayaan tidak melihat faktor lain seperti faktor lingkungan, perilaku masyarakat maupun faktor lain yang mungkin berpengaruh.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pembiayaan kesehatan

Biaya adalah pengorbanan dari penggunaan sumber daya pada pemilihan alternatif terbaik (Drummond,1980), Biaya (*cost*) adalah sumberdaya yang dikorbankan untuk mencapai suatu tujuan. Biaya biasanya diukur dalam nilai moneter yang harus dibayarkan untuk barang atau pelayanan (Hongren,1991), Biaya adalah nilai sumberdaya yang biasanya dinyatakan dalam nilai moneter (Wonderling,D,2005). Jadi biaya bisa diartikan pengorbanan yang dikeluarkan seseorang atau kelompok untuk memperoleh keinginan yang diinginkan.

Pembiayaan Kesehatan merupakan suatu tatanan yang dilakukan untuk menghimpun berbagai penggalan, pengalokasian, penggunaan sumber pendanaan tersebut secara adil dan bermanfaat sesuai dengan peruntukannya, sehingga terlaksananya pembangunan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. (Depkes RI, 2004).

Tercapainya tujuan pembiayaan ini ditandai dengan tersedianya dana untuk kegiatan, adanya dana insentif bagi petugas yang menjalankan kegiatan tersebut dan masyarakat dapat memanfaatkannya baik secara penuh atau mengurangi beban masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Menurut Depkes 2004 " Dalam menyelenggarakan pembiayaan kesehatan harus mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut :

- 1) Jumlah dana yang tersedia cukup, dikelola secara berdaya-guna, adil, berkesenambungan serta didukung oleh transparansi dan akuntabilitas.

- 2) Dana yang bersumber pemerintah diarahkan untuk pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dan yang rawan terhadap penularan penyakit.
- 3) Dana dari masyarakat diarahkan pada upaya kesehatan perorangan yang terorganisir, adil, berhasil-guna dan berdaya-guna melalui jaminan pemeliharaan kesehatan baik secara wajib maupun sukarela.
- 4) Pembiayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui pengumpulan secara aktif dana sosial untuk kesehatan atau pemanfaatan dana masyarakat yang terhimpun untuk kepentingan kesehatan.
- 5) Pada dasarnya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah, tetapi untuk pemerataan pelayanan kesehatan, pemerintah menyediakan dana perimbangan (*matching grant*) untuk daerah yang kurang mampu.

2.2. Klafikasi biaya kesehatan dan jenis biaya kesehatan.

2.2.1. Klafikasi biaya

Menurut Ascobat Gani (2002) klafikasi biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut

1) Berdasarkan Fungsinya

a. Biaya Investasi

Biaya Investasi merupakan biaya yang digunakan untuk barang modal yang pemanfaatanya lebih dari satu tahun. Seperti : Pembangunan gedung, pembelian alat medis maupun non medis, pembelian kendaraan, pendidikan dan pelatihan staf, dan sejenisnya.

b. Biaya Operasional

Biaya operasional merupakan biaya yang dikeluarkan untuk menunjang kegiatan atau agar kegiatan dapat berjalan/berfungsi.

Seperti : pembayaran gaji/upah/intensif, pembelian obat, barang habis pakai, dan sejenisnya.

c. Biaya pemeliharaan

Biaya pemeliharaan merupakan biaya yang dipergunakan untuk menjaga/merawat barang Investasi agar dapat berfungsi sampai masa berlakunya atau lebih. Seperti : biaya pemeliharaan gedung, pemeliharaan alat dan sebagainya.

2) Berdasarkan Hubungan Dengan Jumlah Produk

a. Biaya Tetap

Biaya tetap atau *Fixed Cost (FC)* merupakan biaya yang jumlahnya relative tidak terpengaruh oleh jumlah produk (output) yang dihasilkan. Biaya tetap ini sama dengan biaya investasi.

b. Biaya Tidak Tetap

Biaya tidak tetap atau *Variabel Cost (VC)* merupakan biaya yang besarnya dipengaruhi oleh jumlah produk (output) yang dihasilkan. Seperti : biaya obat, jarum suntik dan sebagainya.

c. Biaya Semivariabel

Biaya semivariabel atau *Semivariabel Cost (SVC)* merupakan biaya yang relatif tidak berubah walau jumlah produk (otput) berubah. Seperti : Biaya gaji staf medis dan lainnya.

d. Biaya Total

Biaya total atau *Total Cost (TC)* merupakan penggabungan dari seluruh biaya tetap, biaya tidak tetap, dan biaya semivariabel. $TC = FC + VC + SVC$

3) Berdasarkan Perannya Dalam Proses Produk

a. Biaya Langsung

Biaya langsung atau *Direct cost* merupakan biaya yang dikeluarkan pada unit-unit langsung yang berhubungan dengan kegiatan (unit produksi) seperti : Pembangunan ruang rawat inap, pembelian obat-obatan, alat pemeriksaan pasien dan sebagainya yang sejenis.

b. Biaya Tidak Langsung

Biaya tidak langsung atau *Indirect Cost* merupakan biaya yang dikeluarkan untuk menunjang kegiatan (unit produksi). Seperti : biaya listrik, telpon, air, petugas kebersihan dan sebagainya yang sejenis.

c. Biaya Berdasarkan Kesempatan yang hilang

Biaya berdasarkan kesempatan yang hilang atau *Opportunity Cost* merupakan biaya tambahan yang dikeluarkan untuk mengganti pengorbanan atau hilangnya kesempatan lain yang bisa dimanfaatkan.

2.2.2. Jenis Biaya Kesehatan

Dalam mengucurkan anggaran pemerintah harus megutamakan pembiayaan untuk publik yang bermanfaat pada orang banyak, pemerintah dapat menentukan mana yang lebih di prioritaskan, seperti yang disebut Gani (2002), berdasarkan prioritas produksi jasa kesehatan, biaya dalam dua kelompok besar yaitu :

1) *Public goods*, dengan ciri-ciri sebagai berikut

- a. Pemberian jasa kepada seseorang tetapi tidak mengurangi jasa kepada orang lain. Contoh : promosi kesehatan dan penyuluhan kesehatan.
 - b. Penggunaan fasilitas kesehatan tidak perlu berebut karena seluruh masyarakat di kawasan tersebut akan merasakan dampaknya. Contoh pengendalian nyamuk peyebab malaria.
 - c. Eksternalitas, pemberian jasa kepada seseorang akan mempengaruhi (berdampak) terhadap orang lain. Seperti pengendalian penyakit menular, Contoh pengobatan penderita malaria maka yang tidak menderita malariapun akan mendapat manfaatnya kerana kemungkinan meyebarinya penyakit malaria ini sudah hilang.
 - d. Peran pemerintah pada jasa ini lebih dominan dibandingkan pihak swasta, karena pelayanan ini tidak menghasilkan keuntungan secara *finansial* (berbentuk uang).
- 2) *Private Goods*, dengan ciri-ciri sebagai berikut
- a. Pemakaian jasa oleh seseorang akan mengurangi pemberian jasa kepada orang lain.
 - b. Penggunaan fasilitas kesehatan harus bersaing.
 - c. Eksternalitas relatif rendah, hanya untuk yang bersangkutan.
 - d. Banyak menarik sektor swasta untuk melakukan investasi.

2.3. Sumber-sumber Pembiayaan kesehatan

Secara garis besar sumber pembiayaan kesehatan berasal dari dua sumber yaitu dari pemerintah dan dari masyarakat atau pihak swasta, seperti yang dijelaskan oleh beberapa tokoh ekonomi kesehatan berikut ini.

Menurut Mills dan Gilson (1990) sumber pembiayaan sektor kesehatan dapat dibagi dalam dua kelompok sumber yaitu bersumber dari pemerintah atau semi pemerintah dan bersumber dari pihak swasta:

- 1) Bersumber dari pemerintah maupun semi pemerintah seperti : pendapatan secara umum, pembiayaan yang defisit, cukai, asuransi sosial dan berasal dari lotre atau undian berhadiah.
- 2) Bersumber dari swasta seperti : asuransi kesehatan swasta, asuransi perusahaan, kontribusi organisasi sosial dan sukarela perorangan, pembiayaan masyarakat dan pengeluaran langsung dari rumah tangga.

Sedangkan menurut Depkes RI (2004), pembiayaan kesehatan juga dapat dibagi dua kelompok yaitu bersumber pemerintah dan sumber masyarakat termasuk swasta. Pembiayaan yang dikeluarkan dari pemerintah harus diketahui dari segala bentuk dokumen keuangan negara di semua administrasi yang berada pada semua pemerintah sesuai dengan sistim penganggaran yang berlaku pada tahun yang berjalan.

1) Sumber pemerintah

- a. Pemerintah Pusat seperti : APBN sektoral atau dana Dekonsentrasi.
- b. Pemerintah Propinsi seperti : dana APBD Propinsi yang diperbantukan ke daerah kabupaten/kota.
- c. Badan Usaha Milik Negara (BUMN).
- d. Pemerintah daerah kabupaten/kota, yang berasal dari berbagai sumber pendapatan Kabupaten/Kota yang sah yang terdiri dari :

1. Pendapatan Asli daerah (PAD), seperti : pendapatan dari pajak daerah, retribusi daerah, keuntungan perusahaan daerah dan lain-lain.

2. Dana Perimbangan yang terdiri dari :

- i. Dana bagian daerah dari penerimaan pajak bumi dan bangunan, Bea perolehan hak atas tanah dan bangunan, serta penerimaan dari sumber daya alam.
- ii. Dana Alokasi Umum (DAU), yaitu dana yang berasal dari APBN yang penggunaannya diserahkan kepada daerah, ditujukan untuk pemerataan kemampuan keuangan antar daerah guna membiayai kebutuhan dan pengeluaran.
- iii. Dana Alokasi Khusus (DAK), yaitu dana yang berasal dari APBD yang dialokasikan untuk kebutuhan khusus daerah dan program yang merupakan komitmen nasional, yang diberikan kepada daerah untuk membantu kebutuhan biaya tertentu.

2) Sumber Masyarakat termasuk Swasta

- a. Pengeluaran langsung dari masyarakat berupa belanja rumah tangga untuk kesehatan (*Pembayaran langsung /out of pocket*)
- b. Pengeluaran melalui prinsip asuransi
- c. Pengeluaran oleh perusahaan swasta
- d. Pengeluaran oleh badan atau lembaga swadaya masyarakat.

Menurut Azwar (1999), pembiayaan kesehatan pada setiap negara bisa berbeda, tergantung dari sistim yang dianut oleh negara tersebut. Tapi secara garis besar pembiayaan kesehatan dapat dikelompokkan dalam dua kelompok besar yaitu :

1) Seluruh sumber berasal dari pemerintah.

Pada negara ini seluruh biaya kesehatannya ditanggung oleh negara itu sendiri sehingga tidak terdapat pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh

pihak swasta yang ada hanya pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh pemerintah dan masyarakat yang memanfaatkan pelayanan tersebut secara cuma-cuma gratis. Contoh negara Inggris

2) Sebagian ditanggung oleh masyarakat

Pada negara ini sumber pembiayaan kesehatannya tidak mutlak ditanggung pemerintah sepenuhnya, tetapi bisa dari swasta dan masyarakat diajak ikut berpartisipasi baik dalam pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan maupun dalam penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut. Sehingga dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan masyarakat harus bayar (tidak gratis). Contoh : negara Indonesia.

Pembiayaan kesehatan khususnya yang bersumber dari pemerintah dapat dibedakan sebagai berikut :

- 1) Pemerintah Pusat : APBN, JPSBK dan bantuan/pinjaman luar negeri
- 2) Pemerintah Propinsi : APBD Propinsi
- 3) Pemerintah Daerah : APBD Kabupaten/Kota, penerimaan fungsional.

Biaya pemerintah daerah untuk sektor kesehatan antara lain adalah alokasi untuk Dinas kesehatan dan Puskesmas, Rumah sakit umum Daerah, Gudang Farmasi dan Laboratorium Daerah. Sedangkan untuk sektor non kesehatan yang melakukan kegiatan kesehatan misalnya : dana UKS pada dinas Pendidikan Nasional, Tata kelola kota berwawasan lingkungan sehat pada Dinas Kimpraswil dan lain-lain.(Gani, 2001).

Dari beberapa pendapat diatas secara umum dapat disimpulkan bahwa pembiayaan kesehatan bisa didapat dari berbagai sumber yang secara umum terbagi atas dua bagian yaitu yang bersumber dari pemerintah dan non pemerintah.

Sedangkan WHO (2003) telah memberi batasan umum bahwa prinsip dasar yang akan digunakan dalam penetapan definisi pembiayaan kesehatan adalah "Semua pembiayaan untuk aktifitas yang mempunyai tujuan meningkatkan derajat kesehatan, baik yang ada di dalam lingkungan kesehatan maupun di luar lingkungan kesehatan dalam kurun waktu tertentu. Pengeluaran biaya untuk kesehatan ini benar-benar didasarkan pada tujuan peningkatan kesehatan tanpa melihat siapa yang memberikan pelayanan tersebut (bisa profesional dan non profesional, bisa dalam insitusi kesehatan maupun non kesehatan"

2.3.1. Peningkatan Biaya Kesehatan

Ada beberapa penyebab layanan kesehatan semakin lama menjadi semakin mahal, diantaranya peningkatan angka harapan hidup, orang tua, dan peningkatan teknologi. Beberapa penulis (Reiman 1998; Hurst 1992) meletakkan tiga tahapan dari satu model yang menjelaskan sistem kesehatan yang berubah selama 60 tahun terakhir ini.

1. Selama tahapan pertama kebijakan mengubah bentuk layanan kesehatan yang ada. Bentuk baru disusun yang akhirnya meningkatkan populasi dan menyebabkan ekspansi layanan kesehatan
2. Peningkatan selanjutnya dalam permintaan menggiring kepada pertumbuhan belanja pelayanan kesehatan yang sangat berat. Seringkali pertumbuhannya lebih cepat daripada pertumbuhan Produk Domestik Bruto, dan upaya kesehatan difokuskan pada pengendalian anggaran.

3. Dari pengalaman peningkatan biaya ini, dapat ditunjukkan bahwa pengendalian anggaran saja dirasa kurang efektif. Kebijakan pada tahapan ketiga ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pelayanan

Selanjutnya perlu menyadari pertimbangan politik dan mikroekonomi ketika menganalisis perubahan pada biaya kesehatan sebagai berikut :

- a. Faktor kependudukan

Adanya perbedaan antara pertumbuhan populasi absolut dan perubahan relatif sebuah populasi menuju kelompok dengan kebutuhan kesehatan yang lebih tinggi (orang tua, balita, penyandang cacat). Kedua mekanisme tersebut memiliki pengaruh pada pembiayaan kesehatan.

- b. Faktor ekonomi

Pertumbuhan ekonomi berhubungan dengan peningkatan biaya layanan kesehatan. Resesi ekonomi dapat menghasilkan berbagai efek. Bahwa pengangguran dan kemiskinan memiliki hubungan dengan rentan terserang penyakit sehingga membutuhkan tambahan pelayanan kesehatan. Dalam menentukan lonjakan biaya, perlu juga mempertimbangkan tingkat harga yang berubah-ubah dengan memperhatikan tingkat inflasi. Faktor penawaran juga mengerahkan satu tekanan yang sangat penting, misalnya peningkatan jumlah dokter dan rumah sakit ataupun peningkatan gaji tenaga medis.

- c. Peningkatan teknologi kesehatan

Pada awal abad ke-20, pelayanan kesehatan hanya memiliki hasil yang sedikit efektif. Sejak saat itu sejumlah gebrakan dan intervensi telah dilakukan secara

deras, misalnya penemuan antibiotik (1938), pembedahan jantung (1954), haemodialysis (1960), dan komputerisasi tomografi (1973).

d. Pola penyakit

Mengapa perubahan pola penyakit bisa meningkatkan biaya kesehatan? Pertama, penyakit-penyakit baru seperti HIV/AIDS meningkatkan level penyakit dalam masyarakat. Kedua, peningkatan relatif penyakit kronis dan yang bersifat jangka panjang bisa meningkatkan biaya pengobatan. Seiring dengan perkembangan ekonomi, negara-negara di dunia sepertinya semakin berpengalaman dalam pembiayaan kesehatan. Trend ini digambarkan sebagai transisi epidemiologi. Tercatat bahwa pada 1990, 56 % kematian di dunia disebabkan oleh suatu penyakit yang tidak diketahui. Penyakit ini bertanggungjawab hanya 34% kematian pada orang miskin dan 85% diantara orang kaya. Ini mengindikasikan bahwa perang terhadap penyakit yang belum diketahui masih menjadi prioritas yang tinggi di dalam peningkatan derajat kesehatan.

e. Faktor politik

Anggaran kesehatan sangat tergantung pada keputusan politik. Ada kemungkinan penambahan *cash injection* sebelum pemilihan umum atau penyimpangan rencana karena ada prioritas yang lain. Anggaran kesehatan dialihkan untuk mendukung program-program Pemerintah lainnya yang sudah disusun. Penekanan pada keadilan mungkin bisa meningkatkan akses pelayanan dan peningkatan anggaran kesehatan. Di sisi lain, korupsi yang

dilakukan para politisi maupun penyedia layanan kesehatan bisa mendorong kehancuran.

f. Perbedaan Publik-Swasta

Pandangan umum pada sistem kesehatan secara keseluruhan memiliki perbedaan diantara kubu publik dengan swasta. Perbedaan ini merujuk pada pembiayaan layanan kesehatan. Konsep kepemilikan berbeda dalam pandangan, apakah suatu organisasi kesehatan adalah milik umum (publik) atau milik pribadi (swasta).

Pendapat bahwa kesehatan bagian dari sektor publik merujuk tidak hanya organisasi Pemerintah, tetapi juga perusahaan asuransi sosial. Sementara sektor swasta dapat diklasifikasikan menjadi sektor swasta yang mencari keuntungan (*profit-oriented*) dan yang tidak mencari keuntungan (*nonprofit-oriented*). Bentuknya bisa berupa klinik atau rumah sakit swasta, pusat rehabilitasi narkoba, dan sebagainya di mana sebagian (atau kebanyakan) pendanaan berada di tangan *shareholder*. Mereka mengembangkan fasilitas dan melatih petugas medisnya sendiri.

2.4. Perencanaan

Sekalipun penyusunan rencana harus merupakan bahagian dari sistim yang terdapat dalam organisasi secara keseluruhan, namun tidak jarang ditemui bahwa apa yang sedang disusun tidak sesuai dengan bagian-bagian lain yang ada dalam organisasi tersebut.

Adapun arti dari perencanaan tersebut adalah sebagai berikut :

A. Azwar, A 1979

Perencanaan adalah pekerjaan yang menyangkut suatu proses yang jelas pentahapannya, yang lengkap pula keterangan tentang apa-apa yang harus dilakukan, dan tahu pula apa tujuan yang ingin dicapai, maka jelas pula bahwa tujuan dari suatu perencanaan kesehatan mencakup pula sebagai bantuan bagi para pelaksana dalam melaksanakan program yang telah ditetapkan. Dengan perencanaan yang baik, maka setiap pelaksana akan memahami rencana tersebut, ini akan merangsang para pelaksana untuk dapat melakukan beban tugas masing-masing dengan sebaik-baiknya pula.

B. Menurut Tim Revisi Modul P2KT 2006

Perencanaan adalah keterpaduan proses sistematis untuk menentukan tujuan dan menyusun kegiatan-kegiatan sistematis yang perlu dilakukan dalam mencapai tujuan tersebut.

C. Menurut Nawawi, H 2005

- a) Perencanaan adalah proses pemilihan dan penetapan tujuan, strategi, metode, anggaran, dan standar (tolak ukur) keberhasilan suatu kegiatan
- b) Perencanaan adalah proses memilih sejumlah kegiatan untuk ditetapkan sebagai keputusan tentang suatu pekerjaan yang harus dilakukan, kapan, bagaimana dan siapa yang melakukannya.
- c) Perencanaan adalah penerapan pengetahuan tepat guna secara sistematik, untuk mengontrol dan megarahkan kecendrungan

perwujudan masa depan yang diinginkan sebagai tujuan yang akan dicapai.

Dalam teori manajemen, perencanaan adalah salah satu fungsi diantara beberapa fungsi lain. Secara lengkap fungsi-fungsi manajemen tersebut terdiri dari : (1) Perencanaan (*planning*), (2) pengorganisasian (*organizing*), (3) penggerakan (*actuating*), (4) pengawasan dan pengendalian (*controlling*) dan (5) penilain (*evaluating*). Ke lima fungsi manajemen tersebut dikenal dengan singkatan "POAC/E" (Tim Revisi P2KT)

2.4.1 Keterpaduan Perencanaan dan Penganggaran

Terpadu atau *Integrated* antara dua atau lebih sistem, yang mempunyai tujuan yang sama, menggunakan *resources* yang sama dan saling melengkapi dalam melakukan kegiatannya atau yang biasa disebut dengan integrasi. Integrasi adalah tingkat yang paling matang dalam koeksistensi dua sistem atau lebih. Contoh : Supervisi gizi dan KIA dan PPI yang dilakukan sekaligus petugas Puskesmas di lapangan, dan orang tersebut menggunakan biaya transportasi yang merupakan "urunan" masing-masing program tersebut, ini biasa disebut integrasi supervisi lapangan.

Integrasi perencanaan dimulai dengan analisis situasi kesehatan daerah secara menyeluruh. Untuk setiap masalah yang ditemukan dilakukan analisis faktor resiko yang terkait dengan masing-masing masalah. Bisa terjadi misalnya dua masalah yang berbeda mempunyai faktor resiko yang sama. Misalnya TBC dan Malaria yang endemik di suatu daerah dan sama-sama mempunyai faktor determinan yang sama. Misalnya faktor resiko dalam hal ini adalah pengetahuan, sikap dan perilaku

masyarakat, maka untuk program penyuluhan kesehatan, bisa direncanakan kegiatan penyuluhan sekaligus untuk kedua masalah tersebut.

Integrasi anggaran dapat terdiri dari berbagai sumber anggaran membiayai sesuatu secara komplementer (tidak tumpang tindih). Misalnya anggaran untuk program pengendalian malaria ada dari beberapa sumber seperti APBN, APBD Prov dan Kab dan Bantuan luar Negeri. Dari beberapa sumber tersebut tidak tumpang tindih kegunaanya.

2.5. Konsep *National Health Account* (NHA)

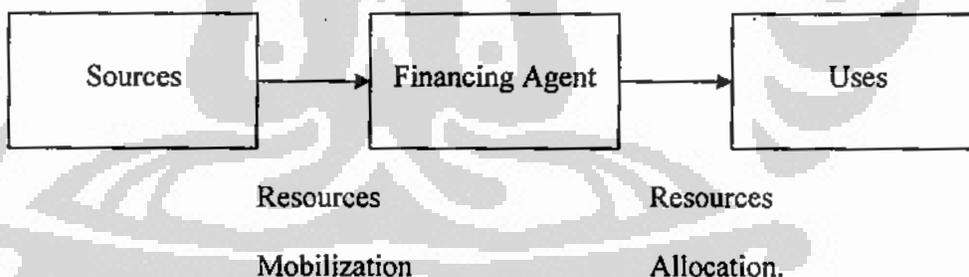
National Health Account (NHA) merupakan suatu sistem yang menyeluruh, konsisten guna memantau sistem pembiayaan kesehatan pada suatu negara. NHA merupakan perangkat (tool) atau sebagai alat bantu untuk pembuat kebijakan, implementasi, pembicaraan politik dan sebagai alat monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan. (WHO 2003)

National Health Account (NHA) dikembangkan untuk mendapatkan informasi tentang alur pembiayaan kesehatan yang dimulai dari sumber-sumber pembiayaan kesehatan di suatu negara, sampai dengan bagaimana biaya tersebut digunakan dan kepada siapa biaya yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan secara rasional dapat diketahui. Semua biaya kesehatan tersebut dapat dimanfaatkan secara efektif kepada sasaran dan efisien dalam pengalokasiannya serta dimungkinkan adanya mobilisasi dana dari sumber-sumber yang potensial dikembangkan (Thabrany H, 2005, Depkes RI 2004).

Pada dasarnya struktur NHA dapat disebutkan sebagai berikut :

1. Untuk struktur NHA di dalamnya terdapat aliran keuangan (*flow of fund; where the money came from, where it goes, and how it is used*) dan matriks dari aliran keuangan tersebut.
2. Untuk aliran keuangan ini akan lebih bermanfaat dan berhasil bila memenuhi kriteria, yang menurut Poulir and Hernandes terdapat 10 kriteria, tapi untuk NHA hanya diperlukan 6 (enam) kriteria yang penting, yaitu *policy sensitivity, comprehensiveness, consistency standardization, accuracy dan timelines*
3. Aliran keuangan ini menggambarkan fungsi utama dari *health financing*. Aliran keuangan dari sumber-sumber pembiayaan yang digunakan untuk mendorong lajunya tingkat kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.1. Aliran Keuangan



Sumber : Depkes RI Konseptual Framework, DHA, PHA Bersumber Pemerintah, 2004

2.5.1. Sources

Sources : adalah sumber keuangan yang diperuntukkan kegiatan kesehatan.

Adapun klasifikasi berdasarkan sumber pembiayaan adalah (WHO 2003)

1. Pengeluaran Pemerintah Umum

Pembiayaan kesehatan berasal dari pajak atau pajak khusus. APBN bukan hanya dari pajak yang telah dikumpulkan jadi satu tapi darimana pun sumber uang sepanjang keluar dari pemerintah dikelompokkan sebagai pengeluaran pemerintah.

2. Firma/Perusahaan dan Pemilik Perusahaan

Berasal dari semua pengeluaran oleh perusahaan dan pemilik perusahaan yang memberikan kontribusi untuk pembayaran asuransi bagi karyawan termasuk penggantian pengeluaran untuk pemeliharaan kesehatan.

3. Pengeluaran Rumah Tangga

Berasal dari semua pengeluaran rumah tangga untuk pemeliharaan kesehatan langsung termasuk untuk membayar asuransi kesehatan baik asuransi sosial maupun *private*.

4. Sumber-Sumber Lain

Berasal dari bantuan pengembangan dan *external sources* yaitu sumber – sumber keuangan dari pinjaman luar negeri.

2.5.2. *Financing Agent* (Pengelola Dana)

Financing Agent (FA) menggambarkan entitis yang mengumpulkan dan mengorganisir keuangan dari sumber-sumber yang berkontribusi dalam pembiayaan kesehatan dan mengalokasikan untuk *payment/purchase health care*. Maka *financing agent* harus jelas diuraikan dengan mengklasifikasikannya sesuai institusi yang berperan dalam pemeliharaan kesehatan.

Adapun klasifikasi dari pengelola dana adalah :

1. Departemen Kesehatan Pusat

Merupakan unit kantor pusat yang mengelola manajemen bidang kesehatan dan mengelola keuangan kantor pusat, sumber pembiayaan dari APBN, PLN dan Hibah

2. Dinas Kesehatan Propinsi

Merupakan satuan kerja daerah tingkat propinsi yang mengelola manajemen bidang kesehatan dan mengelola keuangan kantor pusat, sumber pembiayaan diperoleh dari APBN, Dana Dekonsentrasi, APBD, DAU, DAK, PLN dan Hibah

3. Dana Kesehatan Kabupaten/Kota

Merupakan satuan kerja daerah tingkat kabupaten/kota yang mengelola manajemen bidang kesehatan, mengelola keuangan kantor pusat, sumber pembiayaan diperoleh dari APBN, APBD, DAU, DAK, PLN dan Hibah.

2.5.3. Uses (Pemanfaatan dana)

Digambarkan sebagai tujuan akhir dari pembiayaan kesehatan, lebih pada kemana dana mengalir, dimanfaatkan untuk apa dan bagaimana pemanfaatannya (*where the money goes and how it is used*). Klasifikasi dari fungsi pelayanan dibagi menjadi dua kelompok yaitu fungsi pelayanan kesehatan yang bersifat individual (yang dirasakan langsung oleh setiap individu/perorangan yang menyangkut masalah kesehatan pribadi) dan pelayanan kesehatan yang bersifat umum (masyarakat luas), sehingga hasilnya tidak langsung dapat dinikmati individu sebagai jasa pelayanan kesehatan. Pada kelompok pertama disebut sebagai klasifikasi fungsi pemeliharaan kesehatan perorangan (*personal care*) dan kelompok kedua disebut sebagai klasifikasi fungsi pemeliharaan kesehatan masyarakat (*public health*).

2.6. District Health Account (DHA)

District Health Account (DHA) pada perinsipnya sama dengan *National Health Account*, diterapkan di tingkat kabupaten/kota. Dengan diberlakukannya desentralisasi di Indonesia maka semakin pentinglah konsep DHA di kembangkan di Indonesia guna membantu peningkatan efisiensi, equity dan standarisasi pembiayaan kesehatan.

Dengan DHA dapat diketahui dari mana saja sumber-sumber pembiayaan kesehatan, berapa besar total pembiayaan kesehatan, serta bagai mana peruntukannya. Konsep dasar DHA pada dasarnya mengikuti struktur aliran pendanaan kesehatan. Dimulai dari sumber-sumber pendanaan kesehatan, bagaimana biaya tersebut dimanfaatkan, sampai kepada siapa biaya tersebut digunakan sehingga dapat dilihat manfaat dari alokasi pembiayaan kesehatan tersebut dan mengamati keseimbangan biaya kesehatan menurut mata anggaran (Operasional, Investasi dan pemeliharaan), fungsi kegiatan (Promotif, Preventif dan Kuratif) baik secara langsung maupun tidak langsung pelayanan kesehatan ini dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Data DHA dapat digunakan untuk mengukur kesenjangan pembiayaan yang terjadi di Kabupaten/ Kota. Hasil DHA dapat dipergunakan untuk mencermati pengeluaran kesehatan dari sisi dana investasi, operasional dan dana pemeliharaan. Dapat ditelusuri sumber pembiayaan kesehatan yang dialokasikan Pemerintah (Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota) untuk pembangunan kesehatan yang langsung maupun tidak langsung untuk pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Alokasi dana pembiayaan kesehatan bersumber dari Pemerintah (APBN, APBD Propinsi, APBD Kabupaten/Kota, BLN dan PLN) saat

ini dirasakan masih kurang memadai, serta pemanfaatannya harus dilakukan secara efektif dan efisien pada tingkat pelaksana teknis di berbagai institusi kesehatan dan lintas sektoral. Untuk itu diperlukan adanya sistem pembiayaan yang menggambarkan aliran keuangan, sumber-sumber biaya kesehatan, mobilisasi dan alokasi dana serta pemanfaatannya. Tujuannya untuk mengetahui pembiayaan kesehatan yang saat ini tersebar di berbagai sektor. Selanjutnya dapat bermanfaat sebagai bahan pengambilan keputusan dalam penetapan alokasi data pembiayaan kesehatan periode selanjutnya.

Dalam menyusun analisis pembiayaan kesehatan diperlukan data anggaran kesehatan yang mencakup sumber pembiayaan, agen pembiayaan, alokasi anggaran menurut jenis pelayanan dan fungsi pelayanan. Data anggaran kesehatan yang lengkap diperoleh dari DHA (Trisnantoro dan Akhirani 2004).

2.7. Malaria

2.7.1. Pengertian Malaria

Malaria adalah penyakit yang disebabkan oleh *plasmodium* yang hidup dan berkembang dalam sel darah merah manusia. Penyakit secara alami ditularkan oleh nyamuk *Anopheles* betina. (Depkes RI, 2003). Parasit ini selain menyerang manusia juga menyerang burung, dan primata lainnya, hewan melata dan hewan pengerat. Gejalanya mudah dikenali seperti meriang (panas dingin menggigil) serta demam berkepanjangan. Ada 4 jenis malaria yang menyerang manusia dan masing-masing disebabkan oleh parasit yang berbeda yaitu:

1. Malaria *tertiana* yang disebabkan oleh *Plasmodium vivax*, dengan gejala demam yang dapat terjadi setiap dua hari sekali setelah gejala pertama terjadi (dapat terjadi selama 2 minggu setelah infeksi).
2. Malaria *tropika* atau malaria *aestivo-autonal* yang disebabkan oleh *Plasmodium falciparum*. Plasmodium jenis ini sering menyerang ke otak sehingga menimbulkan penurunan kesadaran sampai koma serta menyebabkan kematian (penyebab sebagian besar kematian akibat malaria).
3. Malaria *kuartana* yang disebabkan *Plasmodium malariae*, memiliki masa inkubasi lebih lama dari *tertiana* dan *tropika*. Gejala pertama biasanya terjadi antara 18 – 40 hari setelah infeksi terjadi dan gejala tersebut berulang setiap 3 hari.
4. Malaria yang paling jarang ditemukan, disebabkan oleh *Plasmodium ovale* yang mirip dengan malaria *tertiana*.

2.7.2. Gejala Klinis Penyakit Malaria

Gejala klinis malaria meliputi keluhan dan tanda klinis. Gejala klinis ini dipengaruhi oleh jenis *Plasmodium*, imunitas tubuh dan jumlah parasit yang menginfeksi. Gejala demam pada malaria merupakan demam paroksismal yang terdiri dari 3 (tiga) stadium demam yang dikenal dengan *Trias Malaria*, yaitu :

1. Periode dingin

Penderita menggigil, kulit dingin dan kering. Penderita sering membungkus diri dengan selimut dan pada saat menggigil seluruh badan bergetar dan gigi saling terantuk, pucat sampai sianosis seperti orang kedinginan. Periode ini

ini berlangsung 15 menit sampai 1 jam diikuti dengan meningkatnya temperatur tubuh.

2. Periode panas

Kulit muka penderita tampak memerah, kulit panas dan kering, denyut nadi cepat dan temperatur badan tetap tinggi bisa mencapai 40 °C bahkan bisa lebih, pernapasan meningkat, terasa nyeri pada kepala, nyeri *retro-orbital* (nyeri di dalam bola mata), muntah-muntah, sampai syok. Periode ini lebih lama dari periode dingin, bisa mencapai 2 jam atau lebih.

3. Periode bekeringat

Penderita berkeringat banyak (sampai basah), temperatur tubuh mulai turun, badan terasa lemas dan sering terasa ngantuk (tidur), bila bangun dari tidur badan penderita sehat seperti telah sembuh dan dapat melakukan aktivitas seperti biasa. Tetapi pada keadaan ini dalam darah penderita tersebut masih memiliki *plasmodium*.

Pada masyarakat awam setelah terjadi tiga periode diatas menganggap bahwa mereka telah sembuh dari penyakit, karena terkadang pada orang dewasa bisa tidak ditemukan gejala klinis meskipun didalam darah mereka masih terdapat parasit malaria (*carrier*), dan bila mereka digigit nyamuk anopheles maka parasit malarianya masuk ke tubuh nyamuk dan bila menggigit manusia lain maka parasit malaria tersebut akan ditularkan. Dengan demikian akan terjadi imunitas akibat infeksi berulang-ulang. Hal ini akan mengakibatkan limpa membesar dan orang tersebut akan menjadi *carrier* yang dapat menularkan penyakit malaria melalui perantara nyamuk anopheles. Seseorang yang telah menjadi *carrier* dapat sembuh

bila dilakukan pengobatan yang benar dan secara tuntas, di mana limpa akan berangsur mengecil dan tidak menjadi *carrier* lagi.

Gejala malaria klinis lainnya adalah badan terasa lemas dan pucat karena kekurangan darah dan berkeringat, nafsu makan menurun, mual-mual terkadang muntah. Khusus infeksi *Plasmodium falciparum* akan mengalami sakit kepala yang berat secara terus menerus. Bila gejala menahun terjadi pembesaran limpa (*spleen*). Pada anak-anak atau makin muda usia gejala klinisnya sering tidak jelas, yang menonjol adalah menceret (*diare*) dan pucat karena anemia serta ada riwayat / kunjungan dari daerah endemis malaria (Depkes RI, 1991).

2.7.3 Diagnosis

Manifestasi klinis pada malaria berupa demam sering kali tidak khas atau mirip dengan gejala demam pada penyakit lain. Bagi orang dewasa yang tinggal di daerah endemis yang mengalami infeksi berulang-ulang jarang menunjukkan gejala klinis. Dibutuhkan pemeriksaan laboratorium untuk menegakkan diagnosis malaria sedini mungkin. Sebagai standar (*Golden Standard*), pemeriksaan laboratorium pada penderita atau survei epidemiologis adalah pemeriksaan mikroskopis untuk menemukan *plasmodium* didalam darah dan juga Rapid Diagnostic Test (RDT).

2.7.4. Siklus Hidup Parasit Malaria

Ketika nyamuk *anopheles* betina (yang mengandung parasit malaria) menggigit manusia, akan keluar *sporozoit* dari kelenjar ludah nyamuk masuk ke darah terus menuju jaringan hati. Dalam siklus hidupnya parasit malaria membentuk *stadium skizon* jaringan sel hati (*stadium ekso-eritrositer*). Setelah sel hati pecah, akan keluar merozoit/kriptozoit yang masuk ke eritrosit membentuk *skizon* dalam

eritrosit (stadium eritrositer) sehingga membentuk *tropozoit* sampai *skizon* tua/matang lalu pecah, maka keluar *merozoit*. Sebagian besar *merozoit* masuk kembali ke *eritrosit* dan sebagian kecil membentuk *gametosit* jantan dan betina. Bila diisap kembali oleh nyamuk *anopeles* betina maka akan melanjutkan kembali siklusnya ditubuh nyamuk tersebut (*stadium sporogami*).

Sporogami atau disebut siklus seksual akan menghasilkan *sporozoit* yang siap untuk ditularkan kembali kepada manusia. Di dalam lambung nyamuk terjadi perkawinan gamet betina (*makro gamet*) yang disebut *zigot* dan berubah menjadi *ookinet*, kemudian masuk ke dinding lambung nyamuk berubah menjadi *ookista*. Setelah *ookista* matang akan pecah keluarlah *sporozoit* yang akan berpindah di kelenjar liur nyamuk.

2.7.5. Parameter Penyakit Malaria

Situasi malaria disuatu daerah dapat ditentukan melalui kegiatan surveilens epidemiologi yaitu pengamatan yang dilakukan secara terus-menerus terhadap distribusi dan kecenderungan suatu penyakit melalui data yang sistematis agar dapat ditentukan penanggulangan yang paling tepat. Pengamatan dapat dilakukan secara rutin melalui PCD (*Passive Case Detection*) oleh fasilitas kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah sakit (Harjono, P.N,2000).

Dalam epidemiologi penyakit malaria yang paling penting adalah pengukuran frekuensi penyakit. Pengukuran frekuensi penyakit tersebut dititikberatkan pada angka kesakitan dan angka kematian yang terjadi didalam masyarakat (Depkes RI 1992)

Ukuran-ukuran epidemiologi yang dipakai untuk penyakit malaria sebagai berikut :

- a) *Annual Parasite Incidens (API)* yaitu angka kesakitan per 1000 penduduk dalam satu tahun berdasarkan angka positif malaria.
- b) *Annual Malariae Incidens (AMI)* yaitu angka kesakitan (malaria klinis) per 1000 penduduk dalam satu tahun.
- c) *Case Fatality Rate (CFR)* yaitu angka kematian yang disebabkan oleh *plasmodium falciparum* dibandingkan dengan jumlah malaria falciparum.
- d) *Slide Positivity Rate (SPR)* yaitu persentase dari sediaan darah yang positif dari seluruh sediaan darah yang diperiksa.
- e) *Spleen Rate (SR)* yaitu persentase anak-anak 2-9 tahun yang membesar limpa (*spleen*)nya dibandingkan dengan anak 2-9 tahun yang diperiksa limpanya.
- f) *Parasit Rate (PR)*

2.7. 6. Penemuan dan Pengobatan Penderita Malaria

Penemuan penderita (*case detection*) dilakukan melalui kegiatan rutin maupun khusus. Dalam pencarian penderita malaria, seseorang dengan gejala klinis dilakukan pengambilan spesimen darah/sediaan darah (SD) dan pemeriksaan lainnya. Adapun upaya yang dilakukan dapat dilakukan sebagai berikut :

1. Active Case Detection (ACD)

Upaya penemuan penderita oleh petugas / JURU Malaria Desa (JMD)/ kader yang secara aktif mencari penderita dengan mendatangi rumah penduduk

secara rutin dalam siklus waktu tertentu berdasarkan tingkat insiden kasus malaria di daerah tertentu

2. *Passive Case Detection (PCD)*

Upaya penemuan penderita secara pasif dengan menunggu penderita datang berobat dan dilakukan oleh petugas kesehatan yang ada di unit pelayanan kesehatan seperti : petugas Pustu, Puskesmas dan Rumah Sakit.

3. *Mass Fever Survey (MFS)*

Kegiatan pengambilan sediaan darah pada semua orang yang menunjukkan gejala klinis malaria di suatu wilayah. Penderita yang positif malaria langsung diobati sesuai dengan plasmodium yang ditemukan.

4. *Malariometric Survey (MS)*

Kegiatan untuk mengukur endemisitas dan prevalensi malaria di suatu wilayah. Kegiatan ini digunakan untuk mendapatkan data dasar dan menilai hasil kegiatan dari program pengendalian malaria

5. *Mass Blood Survey*

Upaya pencarian dan penemuan penderita malaria melalui survei di daerah endemis malaria tinggi yang penduduknya tidak lagi menunjukkan gejala spesifik malaria.

6. *Surveilans Migrasi*

Adalah kegiatan pengambilan sediaan darah pada orang-orang yang menunjukkan gejala klinis malaria yang datang dari daerah endemis malaria. Kegiatan ini dilakukan terutama di desa yang reseptif dan diketahui penduduknya banyak melakukan migrasi ke daerah endemis malaria.

7. Kontak *Survey*

Merupakan kegiatan pengambilan sediaan darah pada orang-orang yang tinggal serumah dengan penderita positif malaria dan atau orang-orang yang berdiam di dekat tempat tinggal orang yang menderita malaria (berjarak \pm 5 rumah di sekitar rumah penderita malaria).

2.7.7. Pengendalian Vektor

Pengendalian vektor merupakan salah satu kegiatan utama dalam program pengendalian penyakit malaria agar dapat memutuskan mata rantai penularannya. Kegiatan pengendalian vektor diawali dengan pengenalan wilayah serta pemetaan tempat perindukan dan aplikasi/penerapan metode intervensi seperti :

1. Penyemprotan rumah dengan insektisida (racun serangga)

Penyemprotan rumah dengan efek residu (*Indoor Residual Spraying*) adalah suatu cara pengendalian vektor dengan menempelkan racun serangga tertentu dengan jumlah (dosis) tertentu secara merata pada permukaan dinding yang disemprot. Di Indonesia penyemprotan telah lama dilakukan dalam pengendalian malaria, cara ini dianggap paling cepat dan besar manfaatnya untuk memutuskan rantai penularan sehingga masih dipakai sampai sekarang.

2. Penggunaan kelambu

Penggunaan kelambu dalam program pengendalian malaria adalah dalam rangka melindungi pemakai kelambu dari gigitan dan membunuh nyamuk yang hinggap pada kelambu sehingga tidak terjadi penularan malaria. Di Indonesia biasanya ada dua jenis yang lazim dipakai :

a. Kelambu Celup

Kelambu yang berjenis nylon atau katun yang dicelup dengan insektisida tertentu (bisa *Deltamethrin 2.5 EC* atau *Permethrin 100 EC*) yang berguna mencegah gigitan nyamuk dan membunuh nyamuk yang hinggap pada kelambu tersebut.

b. Kelambu Berinsektisida (*Long Lasting Insecticide Net*)

Kelambu LLIN adalah kelambu yang serat benangnya bercampur insektisida tertentu kemudian dipintal menjadi benang dan dibuat rajutan kelambu sehingga insektisida bertahan lama pada kelambu tersebut.

Insektisida pada kelambu dapat bertahan lama sampai 5 tahun dan masih efektif membunuh nyamuk, meskipun dicuci sampai 20 kali. Apabila kelambu dicuci perlu diperhatikan pencucian dan pengeringannya agar efektivitas kelambu tetap terjaga. Kelambu dicuci dalam ember, tidak dicuci di air mengalir dan pengeringannya digantung pada tempat teduh, jangan terkena sinar matahari langsung atau cukup hanya diangin-anginkan saja.

3. *Larviciding*

Larviciding adalah aplikasi larvasida pada tempat perindukan potensial vektor guna membunuh/memberantas larva nyamuk dengan menggunakan bahan kimia seperti *Diflubenzuron (Andalin/Dimilin)* atau agen biologis *Bacillus thuringiensis H-14 (Bti H-14)*. *Diflubenzuron* adalah suatu zat penghambat pembentukan *chitin*. Apabila larva nyamuk terkena dosis yang cukup, maka larva akan mati pada waktu menjadi pupa atau tidak dapat menjadi larva secara normal yang tidak dapat terbang secara normal. Sedangkan Bti H-14 adalah jenis bakteri yang sporanya bersifat racun/menelan toksin ini. Jadi, racunnya

merupakan racun perut. Karena itu tidak berpengaruh terhadap larva instar IV akhir pupa yang istirahat makan.

4. Penebaran ikan pemakan larva nyamuk dan pengelolaan lingkungan

Dalam kegiatan pengendalian vektor perlu dipertimbangkan secara rasional yaitu berkaitan dengan lokasi pelaksanaan pengendalian vektor pada daerah kasus malaria tinggi, daerah potensial untuk terjadi KLB atau lokasi tertentu yang diprioritaskan.



Bab III

KERANGKA KONSEP

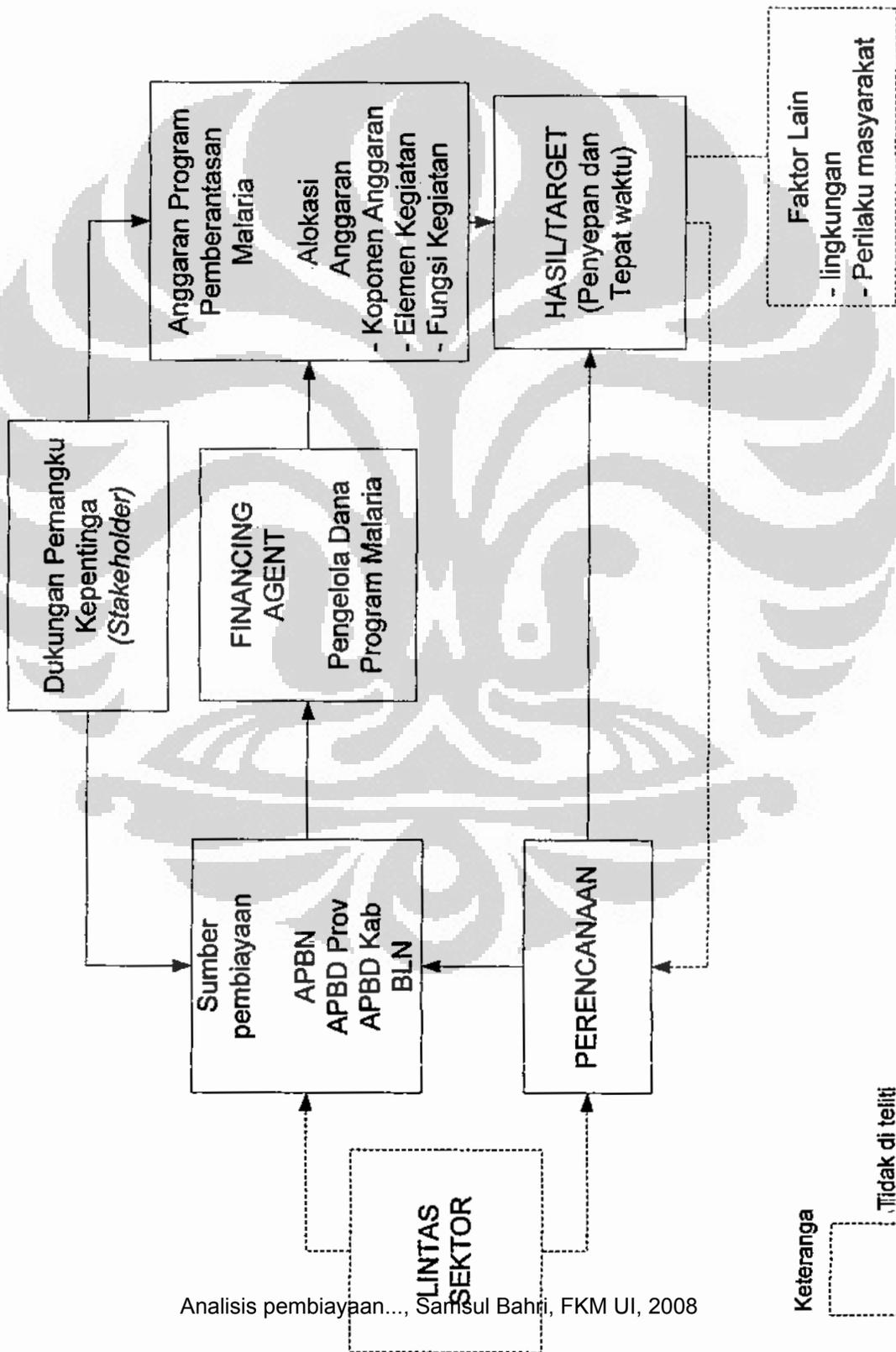
3.1. Kerangka Konsep

Untuk menyusun analisis pembiayaan kesehatan diperlukan data anggaran kesehatan yang mencakup sumber pembiayaan, *financing Agent*/pengelola dana, alokasi anggaran menurut komponen anggaran, elemen anggaran dan fungsi kegiatan. Data anggaran yang sistimatis ini menggunakan pendekatan *District Health Account (DHA)*.

Penelitian ini ingin melihat aliran anggaran Program Pengendalian Penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara pada tahun 2005 s/d 2007. Proses perencanaan, penerimaan anggaran dari berbagai sumber, peruntukan anggaran tersebut, siapa pengelola dana tersebut dan bagaimana dukungan pemangku kepentingan terhadap program ini akan dipotret.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar kerangka konsep berikut ini.

KERANGKA KONSEP



3.2. Definisi Oprasional

a. Perencanaan Anggaran program Pemberantasna Malaria

Definisi : Proses penyusunan rencana anggaran untuk melaksanakan Program pengendalian penyakit malaria tahun anggaran 2005 s/d 2007 yang mengikuti siklus, mulai dari analisis situasi sampai dengan usulan anggaran.

Cara Ukur : Telaah dokumen (Rencana Kerja dan RASK) serta melakukan wawancara dengan pengelola Program Pengendalian Malaria

Alat Ukur : Daftar isian dan Pedoman Wawancara

Hasil Ukur : Gambaran proses penyusunan rencana anggaran Program pengendalian malaria untuk tahun 2005 s/d 2007. yang menghasilkan usulan anggaran.

b. Sumber Pembiayaan

Definisi : Semua sumber pembiayaan yang dialokasikan untuk Program pemberantasan penyakit malaria dari pemerintah (APBN, APBD Propinsi , APBD Kabupaten, BLN) untuk program pengendalian penyakit Malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara pada tahun anggaran 2005 s/d 2007.

Cara Ukur : Telaah dokumen keuangan Program pengendalian penyakit malaria

Alat Ukur : Daftar isian

Hasil Ukur : Gambaran sumber pembiayaan APBD Kabupaten, APBD Propinsi, APBN, BLN.

c. Dukungan Pemangku Kepentingan (*stakeholder*)

Definisi : Komitmen dari para pengambil keputusan dalam penentuan anggaran untuk program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara yang terdiri dari Bupati, Ketua Komisi D DPRK, Kasubdin Sosial Budaya Bapeda, Kepala Dinas Kesehatan, Kasupdin P2PL Dinas Kesehatan, Kasi Vektor dan Wakil supervisor Malaria (Wasor Malaria).

Cara Ukur : Melakukan wawancara mendalam terhadap *stakeholder*

Alat Ukur : Pedoman Wawancara

Hasil Ukur : Dukungan pengambil keputusan. Dilihat seperti apa tanggapan pengambil keputusan tersebut terhadap penyakit malaria melalui wawancara mendalam

d. *Financing Agent* /Pengelola Dana

Definisi : Merupakan pengelola dana program pengendalian malaria berada dibawah Kasi Vektor, Kabid P2PL Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara pada tahun anggaran 2005 s/d 2007 yang melakukan penemuan dan pengobatan penderita,

pengendalian vektor, penyuluhan dan kegiatan lain yang mendukung terlaksananya program.

Cara Ukur : Telaah dokumen pencatatan, pelaporan kegiatan dan wawancara mendalam

Alat Ukur : Daftar isian

Hasil Ukur : Pengelola dan pengelolaan dana terdiri dari :

- SDM pengelola dana (Jumlah dan jenis)
- Dasar penggunaan anggaran apakah berdasarkan prioritas
- Alokasi anggaran berdasarkan perencanaan
- Penyerapan anggaran
- Pelaksanaan kegiatan tepat waktu

e. Anggaran Program Pengendalian Penyakit Malaria

Definisi : Alokasi anggaran yang diperuntukkan untuk program pengendalian penyakit Malaria di Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara pada tahun 2005 s/d 2007. baik yang diterima dalam bentuk tunai maupun dalam bentuk barang (miskroskop, kelambu dll), untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Cara Ukur : Telaah dokumen pencatatan, pelaporan kegiatan dan wawancara mendalam

Alat Ukur : Daftar isian

Hasil Ukur : Jumlah dana (dalam rupiah) untuk Program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara pada tahun 2005 s/d 2007

f. Anggaran Program Pengendalian Malaria berdasarkan komponen Anggaran

Definisi : Alokasi anggaran berdasarkan kegunaannya investasi yaitu dana yang digunakan untuk membeli barang yang pemakaiannya melebihi satu tahun (miskroskop, objek gelas dll), Operasional adalah dana yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan (honor petugas, transportasi dll) dan pemeliharaan adalah dana yang digunakan untuk biaya pemeliharaan barang investasi yang ada.

Cara Ukur : Telaah dokumen pencatatan, pelaporan kegiatan dan wawancara mendalam

Alat Ukur : Daftar isian

Hasil Ukur : Besaran dana (dalam rupiah) untuk investasi, operasional dan pemeliharaan untuk program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara pada tahun 2005 s/d 2007

g. Anggaran Program Pengendalian Malaria berdasarkan Elemen kegiatan

Definisi : Alokasi anggaran berdasarkan jenis kegiatan yang dilakukan yaitu dana yang digunakan untuk penemuan dan

pengobatan penderita, Intervensi (lingkungan, perilaku masyarakat, pengendalian vektor dan kegiatan penunjang lainnya.

Cara Ukur : Telaah dokumen pencatatan, pelaporan kegiatan dan wawancara mendalam

Alat Ukur : Daftar isian

Hasil Ukur : Jumlah besarnya dana (dalam rupiah) untuk penemuan dan pengobatan, intervensi atau kegiatan lainnya yang mendukung program pemberantasan penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara pada tahun 2005 s/d 2007.

h. Anggaran Program Pengendalian Malaria berdasarkan Fungsi Program

Definisi : Melihat besaran Alokasi anggaran berdasarkan fungsi program yaitu yang bersifat *Kuratif* (pengobatan atau pelayanan medis), *Preventif* (pencegahan) dan *Promotif* (promosi atau penyuluhan yang dilakukan agar masyarakat lebih mengerti tentang malaria dan terhindar dari kejadian malaria).

Cara Ukur : Telaah dokumen pencatatan, pelaporan kegiatan dan wawancara mendalam

Alat Ukur : Daftar isian

Hasil Ukur : Jumlah besaran masing-masing dana yang digunakan pada

setiap kegiatan kuratif, preventif dan promotif dalam rupiah pada tahun 2005 s/d 2007

i. Hasil/Target

Definisi : Hasil kegiatan merupakan cakupan kegiatan yang dilaksanakan yaitu meliputi cakupan penemuan dan pengobatan penderita, pembagian kelambu, Larvaciding dan penyemprotan nyamuk pada rumah penduduk pada tahun 2005 s/d 2007. Diharapkan cakupan bisa mencapai 100% sehingga tahun berikutnya terjadi penurunan kejadian malaria atau menghilangkan sama sekali kejadian malaria di kabupaten Aceh Tenggara atau sejauh mana hasil yang diinginkan, apakah memberantas secara tuntas penyebab malaria atau hanya sekedar menurunkan kejadian malaria sesuai dengan perencanaan yang diharapkan.

Cara Ukur : Telaah dokumen pencatatan, pelaporan kegiatan dan wawancara mendalam

Alat Ukur : Daftar isian

Hasil Ukur : Keberhasilan pencapaian target program pengendalian malaria pada tahun 2005 s/d 2007 di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif yang bersifat deskriptif. Pengumpulan data *kuantitatif* berupa data sekunder yang diperoleh dari dokumen keuangan dan hasil pelaksanaan program pemberantasan penyakit malaria di Kabupaten Aceh Tenggara tahun 2005 s/d 2007. Kemudian dilakukan dengan penelitian kualitatif melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) kepada pemangku kepentingan yang berperan dalam menentukan alokasi pembiayaan.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Kabupaten Aceh Tenggara pada Dinas/Instansi yang terkait dengan Program pemberantasan penyakit malaria. Sedangkan waktu penelitian dimulai dari bulan Maret s/d Juli 2008 meliputi persiapan penelitian, pengumpulan, analisis dan penyajian data.

4.3. Pengumpulan Data

4.3.1. Data Kuantitatif / Data Sekunder

Data yang digunakan adalah alokasi anggaran tahun anggaran 2005 s/d 2007 yang diambil dari dokumen keuangan yang berhubungan dengan pembiayaan Program Pemberantasan Penyakit Malaria yaitu daftar isian proyek sedangkan sumber utama yaitu Dokumen Satuan Kerja (DASK) tidak didapatkan, dikarenakan

DASK tersebut merupakan rahasia dari pengelola program sehingga menyulitkan penelitian ini. Dengan demikian sumber dokumen hanya berdasarkan DIP dan ditambah hasil wawancara narasumber baik dari pengelola program malaria Provinsi dan Pusat (Depkes)

4.3.2. Data Kualitatif / Data Primer

a. Informan

Pemilihan informan sebagai sampel adalah berdasarkan kebutuhan / sampel bertujuan (*purposive sampling*) dengan cara wawancara mendalam (*Indepth Interview*). Sebagai *informan* adalah para pemangku jabatan yang berkepentingan dalam penyusunan anggaran terdiri dari Bupati Kabupaten Aceh Tenggara, Ketua Komisi C DPRK Kabupaten Aceh Tenggara, Kasubdin Kesejahteraan Sosial BAPEDA Kabupaten Aceh Tenggara, Kepala Dinas Kesehatan Kab. Aceh Tenggara, Kasubdin P2PL, Kasi Vektor. Wawancara mendalam dilakukan untuk melihat dukungan dari pemangku kepentingan tersebut terhadap Program Pemberantasan Penyakit Malaria.

b. Instrumen

Instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara yang berisi pertanyaan yang berkaitan dengan dukungan *Stakeholder* dalam penentuan anggaran Program Pemberantasan Penyakit Malaria, penyusunan perencanaan anggaran dan pelaksanaan kegiatan.

Penelitian kualitatif yang pengambilan sampelnya secara *purposive (non probability)* dan jumlahnya yang sedikit, kecukupan sampel berdasarkan kebutuhan.

4.4. Pengolahan dan Analisis Data

4.4.1. Data Kuantitatif / Data Sekunder

Data keuangan diproses dengan menggunakan format bantu. Data yang telah dikumpulkan diolah menggunakan perangkat lunak (*Microsoft office Excel 2003*) komputer sesuai dengan tahapan sebagai berikut :

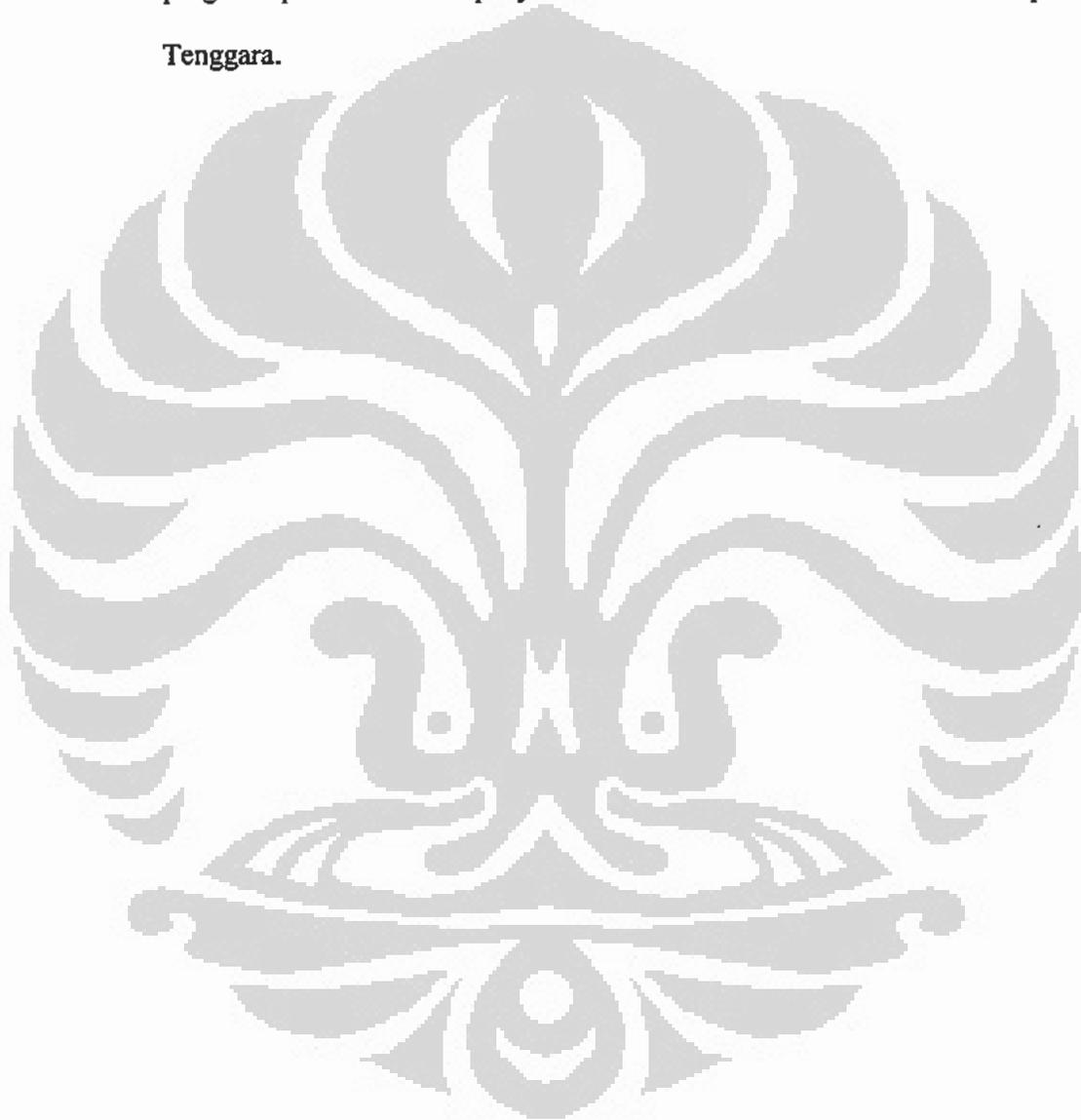
- 1) Melakukan entri data dari dokumen anggaran masuk ke kode akun sesuai DHA baru direkap.
- 2) Menghitung total pembiayaan program pemberantasan penyakit malaria dari tahun 2005 s/d 2007.
- 3) Mengelompokkan alokasi pembiayaan program pemberantasan penyakit malaria berdasarkan sumbernya (APBN, APBD Propinsi, APBD Kabupaten, Bantuan Luar Negeri dan sumber lain).
- 4) Mengelompokkan alokasi pembiayaan program pemberantasan penyakit malaria berdasarkan ureyan kegiatan baik secara langsung (pelayanan individu dan pelayanan masyarakat) maupun kegiatan tidak langsung (kegiatan manajemen dan pengembangan kapasitas)
- 5) Mengelompokkan alokasi pembiayaan program pemberantasan penyakit malaria berdasarkan fungsi kegiatan promotif, preventif dan kuratif.

Mengelompokkan alokasi pembiayaan program pemberantasan penyakit malariaberdasarkan mata anggaran (biaya Capital, Oprasional dan pemeliharaan)

4.4.2. Data Kualitatif / Data Primer

Pengolahan data dilakukan dengan cara analisis isi (*Content analisis*) yaitu dianalisis sesuai dengan topik bahasan atau masalah dari setiap hasil wawancara

mendalam dengan mencatat dan menginterpretasikan kedalam beberapa topik untuk mengetahui dukungan dari pemangku kepentingan dalam pengalokasian anggaran untuk program pemberantasan penyakit malaria, bagaimana pelaksanaan kegiatan program pemberantasan penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara.



BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Kabupaten Aceh Tenggara

Kabupaten Aceh Tenggara merupakan daerah hujan tropis yang didukung oleh curah hujan yang cukup tinggi (14,33 mm), terletak diketinggian ± 600 m di atas permukaan laut, dengan luas wilayah 4.182,3 Km². Jumlah penduduk 260.925 jiwa (57.821 KK), penduduk miskin 130.250 jiwa (19.373 Gakin), WUS 27.304 jiwa, PUS 11.356 jiwa, peserta KB Aktif 15.851 akseptor, bumil 8.729 jiwa, 25.323 balita. Jumlah persalinan 4.925 dan jarak Ibu kota Kabupaten ke Ibukota Provinsi 900 km, dengan batas-batas sebagai berikut :

1. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Aceh Selatan.
2. Sebelah timur berbatasan dengan Provinsi Sumatera Utara.
3. Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Gayo Lues.
4. Sebelah selatan berbatasan dengan Aceh Singkil.

Terdapat banyak perbukitan dan pergunungan yang merupakan daerah suaka alam Taman Nasional Gunung Lauser, serta dilintasi sungai-sungai yang merata di seluruh kecamatan, beriklim tropis dengan dua musim, yaitu musim kemarau yang biasanya berlangsung pada bulan Mei – Oktober dan musim penghujan biasanya berlangsung bulan November – April. Keadaan ini selain menguntungkan karena menyebabkan suburnya tanah, juga sering mendatangkan malapetaka berupa banjir dan tanah longsor. Karakteristik Aceh Tenggara seperti tertera tabel dibawah ini :

TABEL 5.1
LUAS WILAYAH, JUMLAH DESA, PENDUDUK, RUMAH TANGGA
DAN KEPADATAN PENDUDUK MENURUT KECAMATAN DI
KABUPATEN ACEH TENGGARA TAHUN 2006

NO	KECAMATAN	LUAS WILAYAH (KM2)	JLH DESA / KEL.	JLH PDDK	JLH RT/KK	RATA2 JIWA/RT	KEPADATAN PDDK
1.	Babussalam	43,4	27	27.464	5.384	5,1	199
2.	Lawe Bulan	41,2	24	19.119	4.164	4,6	174
3.	Badar	681,8	18	13.020	3.046	4,3	169
4.	Darul Hasanah	708,6	27	17.388	3.742	4,6	139
5.	Bambel	48,2	33	28.601	5.246	5,5	159
6.	Lawe Alas	526,1	27	19.469	4.777	4,1	177
7.	Babul Rahmah	482,6	27	12.230	2.807	4,4	104
8.	Bukit Tusam	42,3	23	11.496	2.823	4,1	123
9.	Semadam	35,3	19	11.740	2.852	4,1	150
10.	Lawe Sigala-gala	67,6	35	23.551	5.338	4,4	153
11.	Babul Makmur	51,2	21	11.484	3.278	3,5	156
12.	Ketambe	450,9	25	22.677	3.906	5,8	156
13.	Deleng Pokhkisen	209,1	22	13.657	3.384	4,0	154
14.	Lawe Sumur	151,8	18	9.004	2.425	3,7	135
15.	Tanoh Alas	549,1	15	7.236	2.114	3,4	141
16.	Leuser	93,2	23	12.789	2.535	5,0	110
JUMLAH (KABUPATEN)		4.182,3	384	260.925	57.821	4,5	151

Sumber : BPS dan Dinas Kesehatan Aceh Tenggara

Kecamatan yang terbanyak jumlah penduduknya adalah kecamatan Bambel dengan jumlah penduduk 28.601 jiwa, sedangkan kecamatan yang terluas adalah kecamatan Darul Hasanah dengan luas wilayah 708,6 Km².

5.2 Indikator Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara

5.2.1 Angka Kematian Bayi (AKB)

Berdasarkan data yang diperoleh, angka kematian bayi belum menggambarkan data yang sesungguhnya, dalam catatan Dinas Kesehatan Angka kematian bayi di Kabupaten Aceh Tenggara pada tahun 2007 adalah 28 per-1000 kelahiran.

5.2.2 Angka Kematian Ibu

Angka kematian ibu yang diperoleh dari data Laporan SP2TP, menunjukkan jumlah kematian 5 tahun terakhir sangat kecil. Berikut gambaran angka kematian ibu maternal (AKI) tahun 2002 s.d 2006.

TABEL 5.2
ANGKA KEMATIAN IBU/MATERNAL (AKI) PER 1.000 KH
DI KABUPATEN ACEH TENGGARA TAHUN 2002-2006

TAHUN	AKI PER 1.000 KH
2002	17
2003	14
2004	13
2005	15
2006	11

Sumber : SP2TP

Kematian ibu di Kabupaten Aceh Tenggara dalam lima tahun terakhir menunjukkan angka yang sangat kecil, yaitu tahun 2002 sebesar 17 kemudian turun menjadi 11 pada tahun 2006. Tabel diatas menunjukkan bahwa tingkat kematian ibu maternal (AKI) sangat kecil, hal ini disebabkan oleh karena tingkat kesadaran ibu sudah baik, mempercayakan pertolongan persalinannya ditangani oleh bidan terampil.

5.2.3 Angka Kematian Kasar (AKK)

Angka kematian kasar yang didapat dari hasil laporan SP2TP dari puskesmas selama 5 (lima) tahun terakhir menggambarkan angka kematian dengan penyebab kematian umum. Tahun 2002 menunjukkan angka sebesar 6,76 per-1.000 penduduk, kemudian terjadi penurunan sampai dengan tahun 2006 sebesar 2,87 per-1.000 penduduk.

5.3 Kerangka Penyajian

Hasil penelitian yang disajikan dalam bagian ini adalah hasil penelitian kuantitatif dan hasil penelitian kualitatif. Hasil penelitian kuantitatif adalah berupa data pembiayaan Program pengendalian penyakit malaria yang diperoleh dari dokumen keuangan tahun anggaran 2005 s/d 2007 di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dan data kualitatif berupa hasil wawancara mendalam dengan informan.

5.4 Karakteristik Informan

Dalam penelitian ini dipilih informan sebanyak 6 orang, yang berasal dari unsur eksekutif yang diwakili oleh Bupati Kabupaten Aceh Tenggara, Kepala Dinas Kesehatan, Kabid P2PL Dinas Kesehatan. Sementara dari pihak legislatif diwakili oleh Wakil Ketua Komisi C DPRK Kabupaten Aceh Tenggara.

Tabel 5.3
Karakteristik Informan
Penelitian Analisis Pembiayaan Pengendalian Penyakit Malaria
Di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara
Tahun 2005 s/d 2007

Metoda pengumpulan Data	No Informan	Umur (th)	Pendidikan
Wawancara Mendalam	1	56	S-2
	2	35	S-1
	3	48	S-2
	4	50	S-1
	5	41	S-1
	6	30	S-1

5.5. Perencanaan

Dari penelitian ini diketahui perencanaan pada program pengendalian penyakit malaria di Kabupaten Aceh Tenggara belum optimal atau bahkan belum ada proses perencanaan untuk program tersebut sama sekali. Hal ini terbukti dari data pada tabel 5.6 pada elemen kegiatan untuk Larvaciding pada tahun 2006 sebesar Rp. 1.800.000 pada tahun 2007 turun hanya menjadi Rp. 750.000. Untuk elemen kegiatan pembagian kelambu pada tahun 2006 tidak ada, sedangkan pada tahun 2007 penerimaan dana yang cukup besar yaitu sebesar Rp. 2.512.200.000. Untuk elemen kegiatan penemuan kasus pada tahun 2005 sebesar Rp. 11.120.000, pada tahun 2006 sebesar Rp 69.970.000 dan pada tahun 2007 tidak memiliki alokasi dana sama sekali dan untuk elemen penyemprotan nyamuk pada tahun 2006 berjumlah Rp. 41.500.000 dan pada tahun 2007 turun menjadi Rp 16.000.000.

Ketidakmenentuan anggaran program malaria tersebut disebabkan karena sistem penganggaran pembiayaan program pengendalian malaria di Dinas Kesehatan Aceh Tenggara masih bersifat *Top Down*, tanpa proses perencanaan terlebih dahulu seperti yang diungkapkan informan 6 sebagai berikut :

“Selama ini penyusunan program atau anggaran yang ada datangnya dari atas, apa yang datang dan diberikan kami terima. Seperti kelambu yang kami terima, disini biasanya sudah ada pedoman pembagiannya dan biaya pendistribusiannya sudah mereka siapkan. Kami tinggal menjalankan apa yang mereka anjurkan.”

Pernyataan informan 6 diperkuat oleh pernyataan informan 2 terungkap sebagai berikut :

"Alokasi anggaran untuk dinas kesehatan pada dasarnya kami itu tetap mengalokasikan dana yang cukup menggembirakan bagi dinas kesehatan sesuai dengan yang diusulkan oleh dinas kesehatan tersebut dan selama ini memang dinas kesehatan belum mengajukan program-program pengendalian malaria tersebut."

Kedua pernyataan diatas menunjukkan tidak adanya proses perencanaan pada program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara, bahkan informan 5 mengakuinya seperti pernyataannya berikut ini :

Untuk 2005, 2006, 2007 itu nampaknya pemerintah daerah belum mengerti bagaimana sebenarnya malaria ini dampaknya kepada masyarakat belum termasuk anggota dewanpun belum apalah bagaimana itu dianggapnya malaria itu tidak terlalu bahaya. Tapi kalau kita jelaskan nanti sama belio (untuk orang ketiga yang di hormati red) malaria itu sangat penting..... a itu mungkin tergugah hati anggota dewan itu untuk menganggarkan dana untuk dinas kesehatan, tapi kami minta nanti, akan kami konfirmasi lagi selanjutnya sama anggota dewan supaya belio itu mengerti, bagaimana sebenarnya malaria itu supaya nanti dia dan kalau kita ajukan anggaran nanti cepat di acc (disetujui red) itu aja

5.6. Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria

5.6.1 Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria Berdasarkan Sumber Biaya

Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria berdasarkan sumbernya merupakan seluruh dana yang tercatat pada program pengendalian penyakit malaria yang ada pada dinas kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun Anggaran 2005 s/d 2007 seperti yang tergambar pada tabel dibawah ini :

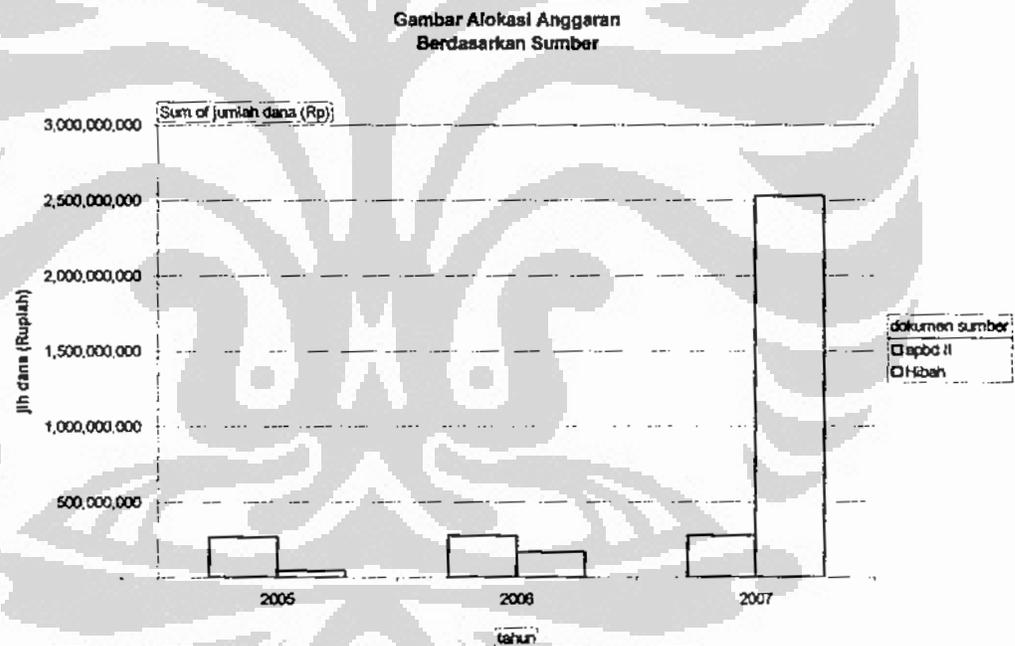
Tabel 5.4
Alokasi Anggaran Program Pengendalian Penyakit Malaria
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara
Berdasarkan Sumber Biaya
Tahun 2005 – 2007

SUMBER	Alokasi Anggaran (Rupiah)						Rata-rata %
	2005	%	2006		2007	%	
APBD Kab	270.000.000	85,8	277.500.000	62,4	277.500.000	9,9	52,7
APBD Prop	-		-		-	-	
APBN	-		-		-	-	
BLN	44.480.000	14,2	166.880.000	37,6	2.528.950.000	90,1	47,3
Total	314.480.000	100	444.380.000	100	2.806.450.000	100	100

Pada tabel 5.4 diatas dapat dijelaskan bahwa total pembiayaan Program pengendalian malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara selama 3 tahun (2005 s/d 2007) hanya berasal dari dua sumber yaitu APBD Kabupaten (Rata-rata 52,7%) dan Bantuan Luar Negeri (Rata-rata 47,3%) (*Unicef* dan *Global Fund*). Pada tahun 2005 biaya program bersumber APBD Kabupaten sebesar Rp. 270.000.000 (85,8%) sedangkan pada tahun 2006 dan 2007 berjumlah Rp. 277.500.000 (62,4% dan 99%). Biaya program yang bersumber dari BLN pada tahun 2005 tercatat Rp

44.480.000 (14,2%), pada tahun 2006 sebesar Rp. 166.880.000 (37,6%) dan pada tahun 2007 sebesar Rp. 2.528.950.000 (90,1). Besarnya jumlah dana pada program pengendalian malaria dari tahun ketahun terjadi peningkatan baik dari APBD Kab maupun dari BLN tapi jika dilihat persentasennya setiap tahun maka dana APBD terjadi penurunan sedangkan dana BLN terjadi peningkatan pada setiap tahunnya.

Gambaran proporsi pembiayaan Program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara berdasarkan sumber biaya dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



Bila dilihat pada gambar diatas maka kita dapat menyatakan bahwa kecenderungan pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara yang bersumber dari APBD Kabupaten hampir tidak ada peningkatan sedangkan yang bersumber BLN (hibah) pada setiap tahunnya terjadi peningkatan dan pada tahun 2007 terjadi peningkatan yang sangat

segnifikan/tajam. Hal ini disebabkan karena tidak adanya dana dari APBD untuk kegiatan secara langsung, seperti yang diungkapkan informan 4 dibawah ini :

“ Kalau dari Pemda selama ini memang ada diajukan tapi sampai sekarang ini ataupun 2008 kita belum dapat kucuran dana malaria dari Tk II ”

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat bila anggaran untuk gaji dikeluarkan seperti terlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.5
Alokasi Anggaran Program Pengendalian Penyakit Malaria
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara
Berdasarkan Sumber Biaya Tanpa Gaji
Tahun 2005 – 2007

SUMBER	Alokasi Anggaran (Rupiah)			
	2005	2006	2007	Total
APBD Kab	-	-	-	-
APBD Prop	-	-	-	-
APBN	-	-	-	-
BLN	44.480.000	166.880.000	2.528.950.000	2.806.450.000
Total	44.480.000	166.880.000	2.528.950.000	2.806.450.000

Tanpa dana untuk gaji maka sumber dana yang ada hanya dari BLN, ini berarti bahwa dana APBD untuk program malaria ternyata hanya pada gaji saja. Pada tahun 2005 dana yang ada hanya sedikit ini disebabkan pada tahun ini tidak ada alokasi anggaran dan mutasi staf, seperti yang diungkapkan informan 6 berikut ini :

“Saya tidak tahu pasti karena tahun 2005 saya belum di malaria, tapi memang kata petugas yang lalu tidak ada alokasi anggaran sama sekali untuk malaria”

Berdasarkan pernyataan informan yang ada di Depkes bagian malaria menyatakan tidak ada dana, karena setiap tahunnya GF memberikan obat (ACT) dan alat pemeriksaan darah (RDT) sesuai dengan jumlah kasus pada setiap tahunnya. ACT dan RDT menurut perkiraan seharga Rp 40.000/kasus sehingga dapat diasumsi jumlah dana yang ada pada tahun 2005 dengan jumlah 1.112 kasus berjumlah Rp 44.480.000. dapat disimpulkan bahwa proses pencatatan dan pelaporan pada program ini tidak ada, bila terjadi penggantian petugas maka segala proses administrasinya akan dimulai dari awal lagi (mutasi mempengaruhi data).

5.6.2 Uraian Anggaran Program Pengendalian Malaria Berdasarkan Komponen Anggaran

Anggaran program pengendalian penyakit malaria berdasarkan Komponen kegiatan yang ada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2006 terbagi atas dana operasional dan dana investasi, adapun pembagiannya seperti yang tertera pada tabel dibawah ini :

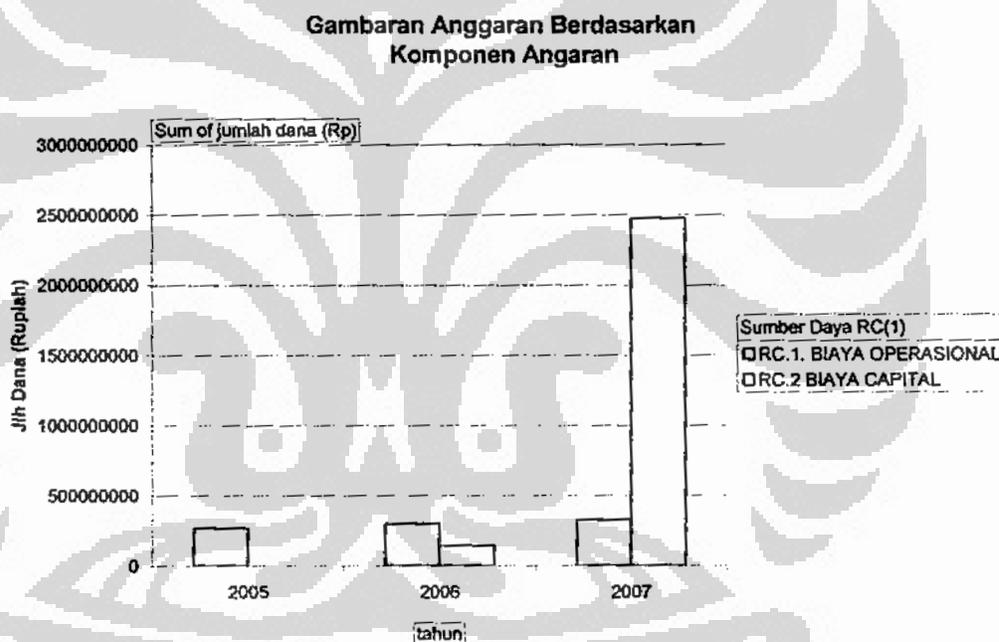
Tabel 5.6
Alokasi Anggaran Program Pengendalian Penyakit Malaria
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara
Berdasarkan Komponen Anggaran
Tahun 2005 s/d 2007

KOMPONEN KEGIATAN	BESARNYA ANGGARAN (Rupiah)						Rata-rata %
	TAHUN 2005	%	TAHUN 2006	%	TAHUN 2007	%	
BIAYA OPERASIONAL	270.000.000	85,8	300.900.000	67,7	328.500.000	11,7	55
BIAYA INVESTASI	44.480.000	14,2	143.480.000	32,3	2.477.950.000	88,3	45
TOTAL	314.480.000	100	444.380.000	100	2.806.450.000	100	100

Pada tabel 5.6 diatas dapat dijelaskan bahwa biaya operasional yang terbesar ada pada tahun 2007 yaitu berjumlah Rp. 328,500,000 (11,7%) dengan total jumlah anggaran biaya operasional selama 3 (tiga) tahun berjumlah Rp. 899,400,000 (Rata-

rata 55%). dana investasi juga pada tahun 2007 mendapat anggaran yang terbesar yaitu berjumlah Rp. 2.477.950.000 (88,3%) dengan total jumlah anggaran dana investasi selama 3 (tiga) tahun adalah sebesar Rp. 3.565.310.000 (Rata-rata 45%).

Gambaran proporsi Anggaran program pengendalian penyakit malaria berdasarkan Komponen kegiatan pada Dinas Kesehatan Aceh Tenggara dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



Pada gambar diatas dapat dilihat bahwa biaya operasional tidak terlalu jauh meningkat bahkan hampir sama setiap tahunnya, sangat berbeda dengan dana investasi yang peningkatannya sangat tinggi pada tahun 2007 dibandingkan tahun sebelumnya.

5.6.3 Uraian Alokasi Anggaran Program Pengendalian Penyakit Malaria Berdasarkan Elemen Kegiatan

Alokasi anggaran Pembiayaan program pengendalian penyakit malaria berdasarkan elemen kegiatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara merupakan pembagian dana yang ada berdasarkan elemen kegiatan yang dilakukan seperti dapat dilihat pada tabel 5.7 dibawah ini sebagai berikut :

Tabel 5.7
Pembiayaan Program Pengendalian Malaria
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara
Berdasarkan Elemen Kegiatan
Tahun 2005 – 2007

ELEMEN KEGIATAN	SUMBER DANA (Rupiah)					
	PEMERINTAH			BLN		
	TAHUN 2005	TAHUN 2006	TAHUN 2007	TAHUN 2005	TAHUN 2006	TAHUN 2007
GAJI	270,000,000	277,500,000	277,500,000	-	-	-
Larvaciding	-	-	-	-	1.800.000	750.000
Pemberian kelambu	-	-	-	-	-	2.512.200.000
Penemuan kasus	-	-	-	11.120.000*	69.970.000*	**
Obat	-	-	-	33.360.000*	53.610.000*	**
Peyemprotan nyamuk	-	-	-	-	41.500.000	16.000.000
TOTAL	270,000,000	277,500,000	277,500,000	44.480.000	125.380.000	2.528.950.000

* Berdasarkan informan puskesmas dan Depkes

** Tidak ada catatan data kasus Positif

Untuk obat malaria, pihak pengelola program di Dinas Kesehatan maupun Gudang Farmasi menyampaikan tidak ada penyediaan obat malaria. namun, ketika di konfirmasi ke pihak Puskesmas selaku pelaksana di lapangan, disampaikan bahwa obat yang di peroleh dari *Unicef* diberikan bersamaan pendistribusian kelambu seperti yang di ungkap berikut ini :

“ obat ada datang ke Puskesmas bersamaan datangnya kelambu, adapun obat yang datang adalah kuinin dihidroklorida 50 vai, primaquin tablet dan artes diaquin

Berdasarkan informan dari Subdit Malaria Depkes menyatakan bahwa setiap kabupaten mendapatkan sejumlah obat sesuai dengan jumlah kasus positif yang terdapat di kabupaten tersebut, seperti pernyataanya berikut ini :

“ Tidak mungkin tidak ada obat, jika tidak ada obat dengan begitu besar kasus (1.787) maka akan banyak yang mati. Biasanya obat didistribusikan berdasarkan jumlah kasus.

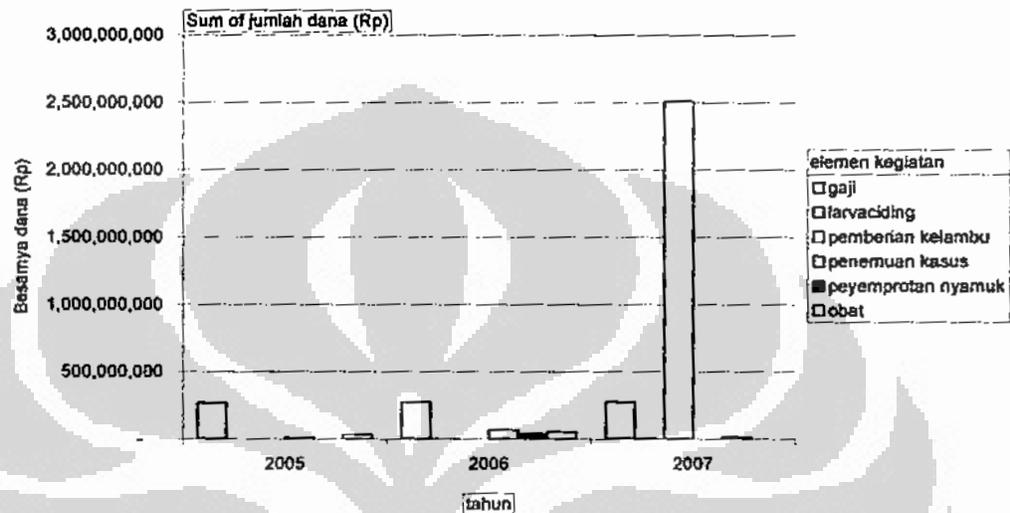
Dan

“ apapun nama merek dagang obat malaria tersebut semuanya tergabung dalam ACT yang harga persatuanya telah ditetapkan sekitar Rp 30.000 dan alat pemeriksa darah (RDT) yang harga satuanya kira-kira Rp 10.000.”

Dengan demikian dapat diasumsikan bahwa Kabupaten Aceh Tenggara mendapat obat dengan perkiraan harga sejumlah Rp 33.360.00 tahun 2005, Rp 53.610.000 tahun 2006 dan RDT Rp 11.120.000 tahun 2005, Rp 17.870.000. Untuk tahun 2007 tidak diperoleh data kasus positif sehingga biaya tidak dapat diasumsikan.

Berdasarkan data elemen kegiatan terlihat gambaran proporsi pembiayaan program pengendalian penyakit malaria tidak merata antar elemennya dan proporsinya pada setiap tahunnya tidak menentu. Hal ini menunjukkan bahwa tidak adanya proses perencanaan pada program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara seperti terlihat pada gambar dibawah ini :

Gambar pembiayaan program malaria berdasarkan Elemen kegiatan



5.6.4 Uraian Anggaran Program Pengendalian Penyakit Malaria Berdasarkan Fungsi Program

Apabila dilihat dari fungsi program, total pembiayaan program pengendalian penyakit malaria selama periode 2005 s/d 2007 sebagian besar dana dialokasikan untuk kegiatan yang bersifat Preventif yaitu tahun 2005 sebesar Rp 281.120.000 (89%), tahun 2006 sebesar Rp 390.770.000 (97%), tahun 2007 sebesar 2.806.450.000 (100%) dengan jumlah seluruhnya selama tiga tahun adalah sebesar Rp 3.478.340.000 (Rata-rata 95,7%) sedangkan untuk kegiatan Kuratif pada tahun 2005 sebesar 33.360.000 (10,7%), tahun 2006 sebesar Rp 53.610.000 (12,1%) sedangkan tahun 2007 selain tidak ada data obat yang ada juga tidak ada data jumlah penderita pada tahun 2007 sehingga tidak dapat diasumsikan berapa dana yang ada untuk kuratif pada tahun 2007. Jumlah dana kuratif selama periode penelitian ini adalah sebesar Rp. 86.970.000 (Rata-rata 4,3%). Seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.8
Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria
Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara
Berdasarkan Fungsi Program
Tahun 2005 – 2007

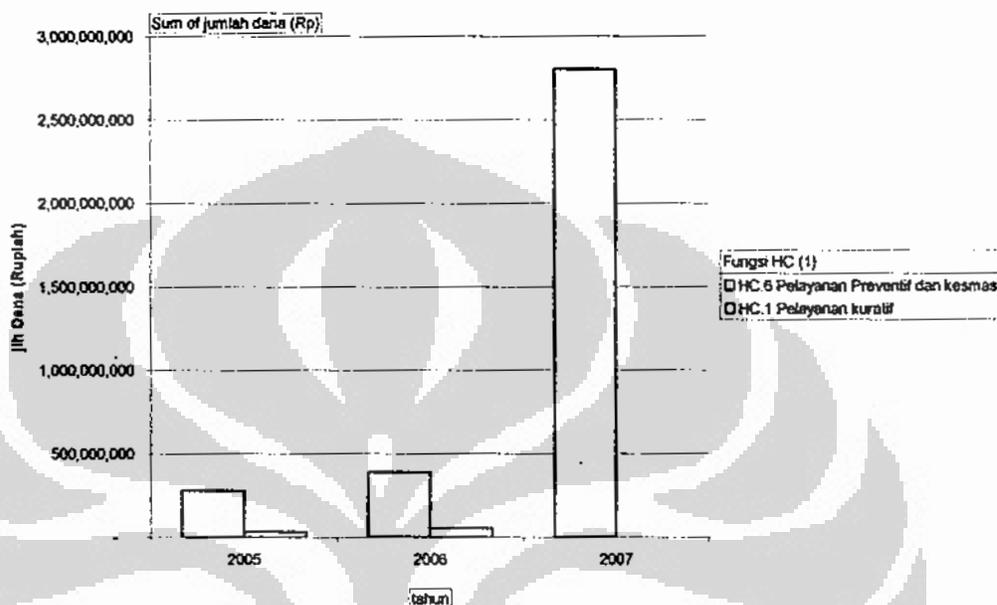
FUNGSI KEGIATAN	ALOKASI ANGGARAN						Rata-rata %
	TAHUN 2005	%	TAHUN 2006	%	TAHUN 2007	%	
PREVENTIF	281.120.000	89,3	390.770.000	97,9	2.806.450.000	100	95,7
KURATIF	33.360.000	10,7	53.610.000	12,1	-		4,3
Total	314,480,000	100	444.380.000	100	2,806,450,000	100	100

Bila dilihat dari kecenderungan proporsi alokasi masing-masing kegiatan selama periode tahun 2005 s/d 2007 terlihat bahwa tidak seimbang antara dana preventif dengan dana Kuratif. Proporsi alokasi kegiatan yang berfungsi untuk preventif jauh lebih besar dari kegiatan Kuratif, obat langsung diberikan pada saat penemuan penderita, sedangkan bila ada di RS diluar wilayah penelitian. Jumlah dana kuratif yang ada pada tabel 5.8 diatas adalah bukan data sebenarnya, data yang ada adalah data hasil asumsi berdasarkan masukan dari informan, karena data yang sebenarnya tidak bisa dipublikasikan seperti yang dingkap informan 6 berikut ini

“ maksutnya POA nya ? ada ngak mungkin kukasih, ngak boleh sama kasubdin kami, ngak bolehlah itu dipaparkan”

Gambaran proporsi pembiayaan program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara berdasarkan fungsi program dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Gambar Alokasi Dana Berdasarkan Fungsi Kegiatan



Apabila dilihat dari proporsi pembiayaan dari kegiatan preventif semakin naik terutama pada tahun 2007 terjadi peningkatan yang cukup tinggi. Pada dana untuk kegiatan kuratif tahun 2007 tidak terdapat dana sama sekali, dikarenakan pada tahun 2007 tersebut tidak ada catatan penderita malaria.

5.7. Dukungan Pengambil Keputusan

Dalam penelitian ini diketahui bahwa dukungan pejabat yang mengambil keputusan terhadap kebijakan di Kabupaten Aceh Tenggara terkait dengan Program Pengendalian penyakit malaria adalah sangat tinggi, ini terbukti dari pernyataan beberapa responden dibawah ini :

Informan 1

“Ya ini memang masalah yang sangat serius, ada disuatu daerah dikecamatan Lauser Desa Gajah Mati terdapat

banyak sekali kasus malaria, saya tidak tau apa penyebabnya ? nanti mungkin dari Dinas Kesehatan melakukan penelitian. Masalah dana pemda pasti membantu”

Informan 2

“Pada intinya kami itu tetap mendukung dan memperjuangkan bila ada usulan-usulan dari dinas kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dalam hal pengendalian penyakit malaria”

Dan

“Ya sepertinya besarnya kasus malaria seperti kita lihat pada tahun 2006 itu naik menjadi 1.787 kasus... itu kan sangat meyedihkan bagi daerah kita dan bagi masyarakat kita”

Informan 5

“Masalah anggaran kalau bisa kami dari dinas kesehatan kususny di bidang pengendalian penyakit. kalau bisa itu diperhatikan kalilah (proritas red) karena masih banyak program malaria ini yang perlu kita lanjutkan yang akan datang ya seperti yang udah lewat itu kita bisa tindak lanjuti keberhasilanya dan sintem kemaren itu juga kita sudah bagikan kelambu bisa kita evaluasi dengan ada dana itu kita bisa bagi semua tugas untuk pelaksanaan”

Dan

"Kalau memang bupati, bupati, DPR kalau komit dia mau membantu malaria di Aceh Tenggara Dinas Kesehatan siap.....Siap melaksanakan"

Walau dukungan pengambil keputusan di Kabupaten Aceh Tenggara cukup besar, tetapi belum pernah di aplikasikan pada pelaksanaan kegiatan program. Hal ini disebabkan juga karena proses perencanaan yang belum berjalan dengan baik. Sehingga belum bisa diambil kesimpulan apa pemangku kepentingan di Aceh Tenggara komitmen atau tidak terhadap program malaria ini.

5.8. Penerima Manfaat

Dari penelitian ini didapat hasil bahwa penerima manfaat dari Program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun 2005 s/d 2007 sebagai berikut :

Tabel 5.9
Penerima Manfaat Alokasi Anggaran Program Pengendalian Penyakit Malaria Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara Tahun 2005 – 2007

PENERIM MANFAAT	JUMLAH ALOKASI DANA (Rupiah)						Rata-rata %
	TAHUN 2005	%	TAHUN 2006	%	TAHUN 2007	%	
DINAS KESEHATAN	281.120.000	89,3	380.970.000	85,7	363.250.000	12,9	62,6
MASYARAKAT	33.360.000	10,7	63.410.000	14,3	2.470.200.000	87,1	37,4
TOTAL	314.480.000	100	444.380.000	100	2.806.450.000	100	100

Dari tabel 5.7 diatas dapat diketahui bahwa penerima manfaat paling besar dari seluruh anggaran adalah masyarakat yaitu sebesar Rp 2.566.970.000 (Rta-rta 37,4%). Hal ini disebabkan karena adanya pembagian kelambu, jumlah kelambu yang

didistribusikan pada tahun 2007 tersebut adalah 40.000 dengan asumsi harga satuan Rp 49.000 (USD 5,5) seperti yang diungkapkan informan Depkes berikut ini :

“kelambu yang diberikan oleh unicef tersebut adalah kelambu yang berinsektisida didatangkan khusus dari Jepang dengan harga satuannya USD 5,5 atau RP 49.000 “

Bila dilihat proporsi penerima manfaat pada setiap tahunnya bahwa pada tahun 2005 dan 2006 Dinas Kesehatan merupakan penerima manfaat terbesar yaitu masing-masing rata-rata 89,3 % dan 85,7 %. Pada tahun 2007 masyarakat mendapatkan proporsi terbanyak yaitu rata-rata 87,1 % ini disebabkan ada pembagian kelambu.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan diantaranya sebagai berikut :

1. Data pembiayaan program pemererantasan penyakit malaria yang diteliti hanya data pembiayaan yang ada pada pelaksana program pengendalian penyakit malaria saja. Hanya data alokasi tidak ada data realisasi.
2. Data pembiayaan program pengendalian penyakit malaria yang dianalisis tidak termasuk yang ada pada program lain.
3. Penelitian ini tidak menggali pembiayaan program pengendalian malaria yang berasal dari intansi lain yang ada pembiayaan kesehatannya.
4. Penelitian ini tidak maksimal dikarenakan pengelola program tidak bersedia menunjukan DASK (Dokumen Satuan Kerja) atau dokumen lainnya, sehingga data pembiayaan tidak semua bisa diteliti.

6.2. Analisis Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria

6.6.1 Analisis Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria Berdasarkan Sumber Biaya.

Sumber biaya pemerintah adalah semua bentuk pendanaan yang dialokasikan oleh pemerintah (Pusat, Provinsi, Kabupaten) untuk pembangunan kesehatan, baik upaya kesehatan yang bersifat langsung untuk pelayanan kesehatan maupun secara

tidak langsung, namun keberadaanya sangat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat (Thabrany,2005)

Sumber Pembiayaan Program pengendalian penyakit malaria pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dari tahun anggaran 2005 s/d 2007 terdiri dari pembiayaan yang bersumber dari pemerintah kabupaten berjumlah Rata-rata 52,7% dan bantuan luar negeri dengan rata-rata 47,3% dari total pembiayaan program pengendalian penyakit malaria selama 3 (tiga) tahun tersebut, pada tahun 2007 jumlah dana dari BLN cukup besar yaitu mencapai 90,1%. Hal ini sesuai dengan gambaran daerah lain.

Gambaran didaerah lain menunjukkan pola yang sama, Misman (2007) menemukan bahwa kenaikan anggaran pembiayaan program pengendalian malaria dikota Jambi mencapai 57% dari tahun 2005 ke tahun 2006 disebabkan adanya bantuan *Unicef* yakni berupa kelambunisasi.

Dibanyak negara berkembang dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidak memadai, rendahnya alokasi anggaran ini berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan, (Azwar 1996).

Menurut Thabrani (2005), ada lima faktor yang menentukan prioritas dan kecukupan alokasi anggaran bidang kesehatan yaitu : a) Jumlah penerimaan daerah berasal dari penerimaan pusat dan daerah yang tercantum dalam APBD, b) Skala prioritas terhadap bidang kesehatan di mata pemimpin, c). kemampuan dinas kesehatan melakukan *advocacy*, d) kemampuan dinas kesehatan menyusun rencana anggaran yang baik dan e) Mampu menyajikan informasi alur dana yang ada.

Ketergantungan yang tinggi kepada bantuan eksternal dapat menimbulkan masalah stabilitas pembiayaan dana program pengendalian penyakit malaria, sewaktu-waktu bisa saja bantuan yang diberikan pihak donor dihentikan. Hal ini akan menjadi masalah yang sangat besar dimana masalah belum bisa diatasi secara tuntas karena pihak pemerintah tidak mempersiapkan dana untuk kegiatan tersebut sedangkan pihak donatur Global Fund akan menarik diri dari Aceh pada tahun 2012.

Jika Global Fund keluar dari Aceh tahun 2012 berarti pemerintah Aceh dan pengelola program pengendalian penyakit malaria di Aceh umumnya dan Kabupaten Aceh Tenggara pada khususnya hanya memiliki waktu lebih kurang empat tahun lagi. Dalam waktu yang relatif singkat ini pengelola program berkerja sama dengan Pemda dan jajarannya harus mampu mengatasi permasalahan penyakit malaria di kabupaten Aceh Tenggara atau permasalahan malaria ini tidak sesulit sekarang.

Jika permasalahan malaria tidak cepat diatasi hingga pihak donatur menarik diri, maka pemerintah daerah harus siap menyediakan dana. Berdasarkan dana yang dikelurkan BLN pada tahun 2007 saja berjumlah Rp 2.528.950.000 ini setara dengan 30,6% dari total anggaran kesehatan yang bersumber APBD pada tahun 2005 (Rp 6,541,540,192) atau 19,8% dari APBD 2006 (Rp 12.773.218.633). Bila hal ini terjadi tidak mungkin Pemda Kabupaten Aceh Tenggara mampu mengatasi permasalahan penyakit malariannya dimana bisa menguran dana yang ada hingga 30% sedangkan program untuk kegiatan yang lain masih banyak.

6.2.2 Analisis Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria Berdasarkan Komponen Anggaran

Bila mengacu pada tabel 5.6 terlihat bahwa alokasi program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara menunjukkan bahwa biaya Investasi hampir berbanding sama dengan dana operasional. Namun *trendnya* menunjukkan ketidak seimbangan anggaran pada setiap tahunnya antara dana Investasi dengan dana operasional, dimana dana operasional meningkat hanya sedikit pada setiap tahunnya, berbeda jauh dengan dana Investasi yang mengalami kenaikan yang cukup tinggi pada tahun 2007.

Tingginya anggaran Investasi pada tahun 2007 lebih disebabkan karena ada program kelambunisasi dari donor, tetapi sayangnya pihak pengelola program tidak bisa mengimbangi dengan menyediakan dana pendamping berupa dana operasional sehingga pada tahun 2007 terjadi ketidak seimbangan anggaran, dimana dana Investasi mencapai Rp. 2.477.950.000 (Rata-rata 88,3%) sedangkan dana operasional hanya sebesar Rp. 328.500.000 (rata-rata 11,7%).

Hal ini sesuai dengan permasalahan yang ada dalam reformasi pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota dalam era desentralisasi di mana salah satunya adalah tidak cukupnya biaya operasional kegiatan dan untuk dana kesehatan diperoleh terutama dari pusat, provinsi dan pinjaman luar negeri. Seringkali daerah mendapat beban tidak mampu mendapingnginya dengan menyediakan dana operasional, semua dana tersebut umumnya tidak boleh digunakan untuk biaya operasional (Gani, 2006).

Dari laporan WHO tahun 2000 (WHR, 2000) terungkap bahwa berdasarkan asumsi idealnya pembiayaan kesehatan dasar adalah 60-70 % untuk operasional, 20-

30 % untuk investasi, dan 5-15 % untuk pemeliharaan. Selain itu perlu adanya keseimbangan biaya untuk kegiatan langsung dan penunjang.

Setelah diberlakukan undang-undang otonomi daerah diharapkan daerah mampu mengurus dirinya sendiri, termasuk juga dalam mengurus masalah kesehatan yang ada di daerahnya masing-masing. Bila ada alat medis atau program yang datang dari luar kota/kabupaten tersebut, maka pihak pemda kota/kabupaten tersebut harus bisa menyediakan dana pendamping berupa dana operasional agar alat medis atau program yang ada bisa berjalan dengan baik.

6.2.3 Analisis Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria Berdasarkan Elemen Kegiatan.

Berdasarkan elemen kegiatan, dari tahun ke tahun tampak bahwa elemen kegiatan, item-item kegiatan program pengendalian penyakit malaria mendapatkan alokasi anggaran yang fluktuatif. Berdasarkan tabel 5.7 dapat dilihat bahwa pembiayaan program pengendalian penyakit malaria selama tahun 2005 s/d 2007 sebahagian besar alokasinya tidak menentu, ini menunjukkan proses perencanaan yang dilakukan untuk Program pengendalian penyakit malaria ini belum optimal.

Anggaran untuk Program pengendalian penyakit malaria bisa lebih ditingkatkan lagi dengan mengajukan anggaran ke pemerintah daerah, karena selama ini anggaran dari pemerintah kabupaten hanya sebatas untuk gaji pegawai tetap saja, sedangkan dana untuk program itu sendiri tidak ada sama sekali. Meliput dari wawancara mendalam terhadap para Pemangku kepentingan di Kabuten Aceh Tenggara tampak perhatian terhadap pengendalian penyakit malaria cukup baik, namun berdasarkan pakteknya belum diikuti dengan alokasi dana yang memadai.

Menurut Dep.Kes RI dalam Gerakan Berantas Malaria (Gebrak Malaria, 2000) salah satu pokok dalam program ini adalah penemuan penderita melalui unit pelayanan kesehatan (UPK) maupun melalui masyarakat (Pos Obat Desa). Kegiatan ini sangat penting karena salah satu cara memutuskan mata rantai penularan dan dapat megobatinya sedini mungkin. Hal ini tidak sesuai dengan keadaan di Kabupaten Aceh Tenggara, jangankan memiliki pos obat desa yang bisa megobati sendiri jika terjangkit malaria, bahkan sebagian besar masyarakat di Kabupaten Aceh Tenggara belum mengerti tentang malaria itu sendiri. Seperti yang di ungkapkan oleh informan. Hal ini tentunya karena kurangnya penyuluhan yang diberikan kepada masyarakat tentang malaria itu sendiri.

6.2.4 Analisis Pembiayaan Program Pengendalian Penyakit Malaria Berdasarkan Fungsi Kegiatan

Pada tabel 5.8 terlihat dengan jelas bahwa dana preventif (rata-rata 95,7%) jauh lebih besar bila dibandingkan dengan dana kuratif (rata-rta 4,3%) Hal ini sesuai dengan paradidma baru kesehatan yang lebih menekankan kepada upaya promotif dan preventif dimana dari segi ekonomi melakukan kegiatan promotif dan preventif lebih efektif dibandingkan mengobati orang sakit. Bila kita lihat lebih dalam lagi bahwa hal ini bertentangan karena obat malaria selain berfungsi untuk pengobatan juga berfungsi untuk pencegahan. Jika semakin banyak penderita malaria yang di obati, maka semakin kecil resiko penularan penyakit malaria tersebut kepada orang-orang disekitarnya.

Dalam program pengendalian penyakit malaria ini terlihat ketidak seimbangan antara program preventif dengan kuratif. Bahkan dalam program

pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara ini tidak ada sama sekali alokasi untuk kegiatan promotif.

Dalam program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara seharusnya kegiatan promotif sangat diperlukan karena penduduk Aceh Tenggara banyak yang belum tahu tentang malaria bahkan masyarakat berangapan demam biasa disangka terkena penyakit malaria, seperti pengakuan petugas yang meyakini masih banyak masyarakat belum mengerti tentang malaria dan belum diadakan penyuluhan karena ketiadaan dana.

6.3. Analisis Dukungan pengambil Keputusan

Dukungan pengambil keputusan menjadi sangat penting dalam pembahasan pembiayaan anggaran program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara, terutama dalam pembiayaan yang bersumber dari APBD Kab. Besarnya dukungan pemerintah Kabupaten terhadap sektor kesehatan dalam hal ini pembiayaan program malaria, sejauh mana keseriusan mereka akan membantu.

Penyakit malaria merupakan salah satu prioritas masalah kesehatan di Kabupaten Aceh Tenggara. Hal itu menunjukkan bahwa komitmen pemerintah daerah Kabupaten Aceh Tenggara sama dengan komitmen yang telah disepakati secara global maupun nasional. Hasil wawancara dengan bupati, wakil ketua komisi C DPRK, Kabid Kesejahteraan dan Sosbud Bapeda, Kepala Dinas Kesehatan dan beberapa stafnya, menunjukkan keseriusan permasalahan malaria yang harus ditanggulangi. Adanya komitmen ini harus menjadi motivasi bagi Dinas Kesehatan untuk lebih memaksimalkan pengendalian penyakit malaria tersebut. Dan pemerintah Kabupaten Aceh Tenggara diharapkan lebih aktif lagi dengan melibatkan berbagai

sektor yang terkait, seperti Dinas Pendidikan, Kan.Dep Agama, Dinas Pertanian dan perikanan, Dinas kimpraswil dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang ada. Dinas Pendidikan dapat melakukan upaya kesehatan sekolah (UKS) dengan memberi pengetahuan tentang malaria kepada para siswa, Kan.Dep Agama bisa mengarahkan Anggota dan jajarannya untuk menyebarkan pengetahuan tentang malaria kepada masyarakat bila mereka melakukan kegiatan, pembagian ikan pemakan jentik kepada masyarakat rawan malaria oleh Dinas Pertanian dan Perikanan. Selain itu Dinas Kimpraswil dapat mengatur dan mengawasi drainase agar tidak ada genangan air yang dapat menjadi tempat perindukan nyamuk, dan bagi LSM dapat memonitor keadaan yang ada di lapangan.

Pada tahun 1998 WHO sudah meyerukan kepada seluruh negara-negara akan perlunya model pendekatan baru dalam pemberantas penyakit malaria yaitu dengan upaya kemitraan atau yang disebut dengan *Roll Back Malaria*.

Sesuai juga menurut Depkes RI (2001), untuk mendukung kebijakan dalam Program pengendalian penyakit malaria dengan pendekatan gebrak malaria : a) Membangun komitmen dengan pemerintah daerah setempat untuk mendapatkan dukungan dalam mewujudkan suatu tujuan dan kebijakan penanggulangan malaria dengan melakukan kemitraan dengan sektor terkait dan komponen lainya b) Membangun dukungan sosial dan finansial dari lintas sektor terkait, LSM dan masyarakat c) Memberdayakan masyarakat dalam upaya penanggulangan penyakit malaria. Di Kabupaten Aceh Tenggara hal seperti ini belum dilakukan sama sekali, jika pemda dan Dinas Kesehatan benar-benar mau program pengendalian malariannya bisa berhasil harus melakukan pendekatan-pendekatan seperti yang dianjurkan oleh Depkes tersebut.

Menurut Trisnantoro dan Harbianto (2006), dukungan dan komitmen dari pemerintah daerah dalam hal ini pihak eksekutif dan pihak legeslatif di era desentralisasi sehubungan dengan pembiayaan antara lain tergambar dalam besarnya anggaran sektor kesehatan dalam APBD, dimana alokasi anggaran kesehatan mendekati kebutuhan normatif. Hal seperti ini belum juga ditemui di Kabupaten Aceh Tenggara dan masalah yang lain adalah para perencana program belum bisa memperhitungkan kebutuhan normatif untuk pengendalian penyakit malaria.

Dalam kaitan pelaksanaan program pengendalian penyakit malaria pada masa era desentralisasi, maka penyakit ini harus menjadi bagian dari masalah kesehatan prioritas (supardi,2005). Sedangkan menurut Eryando (2003), program pengendalian penyakit malaria sebagai implementasi dari gerakan Gebrak malaria merupakan salah satu program yang perlu melakukan pembenahan di dalam manajemen pembiayaan sesuai dengan kondisi lingkungannya terutama dalam pelaksanaan desentralisasi.

Lokasi malaria endemis di Kabupaten Aceh Tenggara mengharuskan melewati medan yang berat karena berada di daerah pegunungan dan membutuhkan dana operasional ekstra agar bisa mencapai lokasi tersebut. Jika mengharapkan anggaran dari bantuan luar negeri saja jelas tidak mencukupi, untuk itu pemda harus menyediakan dana pendamping. Jika perlu pemda bisa menyiapkan cadangan dana untuk program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara jika pemberi dana menarik diri. Sungguh ironis jika pendonor menghentikan aliran dananya maka terhentilah program pengendalian malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara sedangkan kasus pada tahun 2006 saja masih tercatat berjumlah 1.787 kasus.

Dari berbagai hasil penelitian dan program yang dilakukan di Indonesia oleh berbagai pihak maka ada beberapa masalah dalam pengendalian penyakit malaria seperti :

- 1) Perubahan lingkungan yang tidak terkendali yang dapat menimbulkan tempat perindukan nyamuk malaria
- 2) Terdapat 14 *species* nyamuk *Anopheles sp* yang telah dikonfirmasi sebagai vektor penyakit malaria
- 3) Mobilisasi penduduk yang relatif tinggi dari dan ke daerah endemis malaria
- 4) Perilaku masyarakat yang memungkinkan terjadinya penularan
- 5) Semakin meluasnya penyebaran parasit malaria yang telah resisten terhadap obat anti malaria
- 6) Terbatasnya akses pelayanan kesehatan untuk menjangkau seluruh desa-desa bermasalah malaria, karena hambatan geografis, ekonomi, dan sumber daya
- 7) Situasi malaria bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain.

2.6. Analisis Perencanaan

Berdasarkan hasil penelitian Program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tidak melakukan perencanaan dalam pembuatan program, tetapi hanya bersifat *top down* dimana anggaran datang dari atas tanpa melalui proses perencanaan. Tidak ada proses penghitungan berapa sebenarnya anggaran yang akan dibutuhkan. Tanpa perencanaan yang baik maka pelaksana program pengendalian penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tidak memiliki target dari kegiatan yang dilakukan hanya berdasarkan anggaran yang tersedia yang rincian kegiatannya sangat terbatas.

Seperti yang diungkapkan oleh informan, dalam melakukan kegiatan mereka berpedoman pada aturan donor yang memberikan bantuan. Tidak pernah didapatkan dana dari pemerintah daerah, selain itu juga informan mengakui bahwa mereka kurang gigih untuk memperjuangkan program pemberantasan penyakit malaria tersebut. Hal ini terbukti dengan pernyataan bahwa jika pengambil keputusan tahu sebenarnya malaria itu berbahaya maka pengambil keputusan tersebut pasti mau membantu mensukseskan program tersebut.

Seharusnya perencanaan anggaran tingkat Dinas meliputi usulan kegiatan Program pemberantasan Penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dengan memperhatikan prinsip *bottom up dan top down planning*. Prinsip *bottom up* tercermin dari usulan puskesmas melalui perencanaan penganggaran kesehatan terpadu (P2KT) serta usulan masyarakat dalam Musrenbang (musawarah perencanaan pembangunan). Prinsip *top down* juga memang perlu untuk megacu pada program kegiatan nasional dan global.

Jika ada kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan maka hasilnya akan menjadi bahan masukan bagi proses perencanaan anggaran di Dinas Kesehatan untuk selanjutnya sebagai bahan masukan bagi perencanaan pemerintah kabupaten. Tidak adanya masukan disebabkan karena tidak adanya kegiatan evaluasi sehingga sulit mendapatkan perencanaan anggaran yang tepat, termasuk pengalokasian dana untuk elemen kegiatan yang tepat.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai analisis pembiayaan program pengendalian penyakit malaria bersumber pemerintah di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun 2005 s/d 2007 yang diuraikan dalam bab sebelumnya, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Total pembiayaan Program pengendalian malaria di Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007 adalah berjumlah Rp. 3.565.310.000 Dengan perincian tahun 2005 Rp 314.080.000, tahun 2006 Rp 447.380.000 dan tahun 2007 Rp 2.806.450.000.
2. Sumber-sumber pembiayaan Program pengendalian malaria di Kabupaten Aceh Tenggara terdiri dari dua sumber yaitu APBD Kabupaten dengan rata-rata 52,7% dan BLN rata-rata 47,3%.
3. Dana pembiayaan program pengendalian malaria di Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007 yang ada digunakan untuk Gaji sebesar Rp. 825.000.000, untuk kegiatan Larvaciding sebesar Rp. 2.550.000, untuk kegiatan pemberian Kelambu kepada masyarakat sejumlah Rp. 2.512.200.000, untuk Penemuan Kasus sebesar Rp 81.090.00, pengobatan sebesar Rp. 86.970.000, dan digunakan untuk Penyemprotan nyamuk sebesar Rp. 57.500.000.

4. Proses peyusunan perencanaan pengendalian penyakit malaria di Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007 tidak pernah masuk dalam pembahasan panitia anggaran DPRK Kabupaten Aceh Tenggara.
5. Kendala yang dihadapi pengelola dana program pemberantasan malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara tahun anggaran 2005 s/d 2007 adalah tidak adanya dana operasional untuk mengevaluasi program yang telah dilakukan dan medan yang berat (jauh dan susah dijangkau) karena daerah endemis malaria di Aceh Tenggara berada di daerah pegunungan seperti yang ada di Kec. Lauser di Desa Gajah Mati sangat memerlukan dana oprasional yang besar.
6. Dukungan pemangku kepentingan (*stakeholder*) dalam menetapkan alokasi anggaran untuk Program pengendalian penyakit Malaria menganggap penting tapi tidak di ikuti dengan alokasi dana yang cukup dan pelaksana program tidak membuat perencanaan yang bisa diperjuangkan dan melakukan *Advokasi* terhadap anggaran program tersebut.

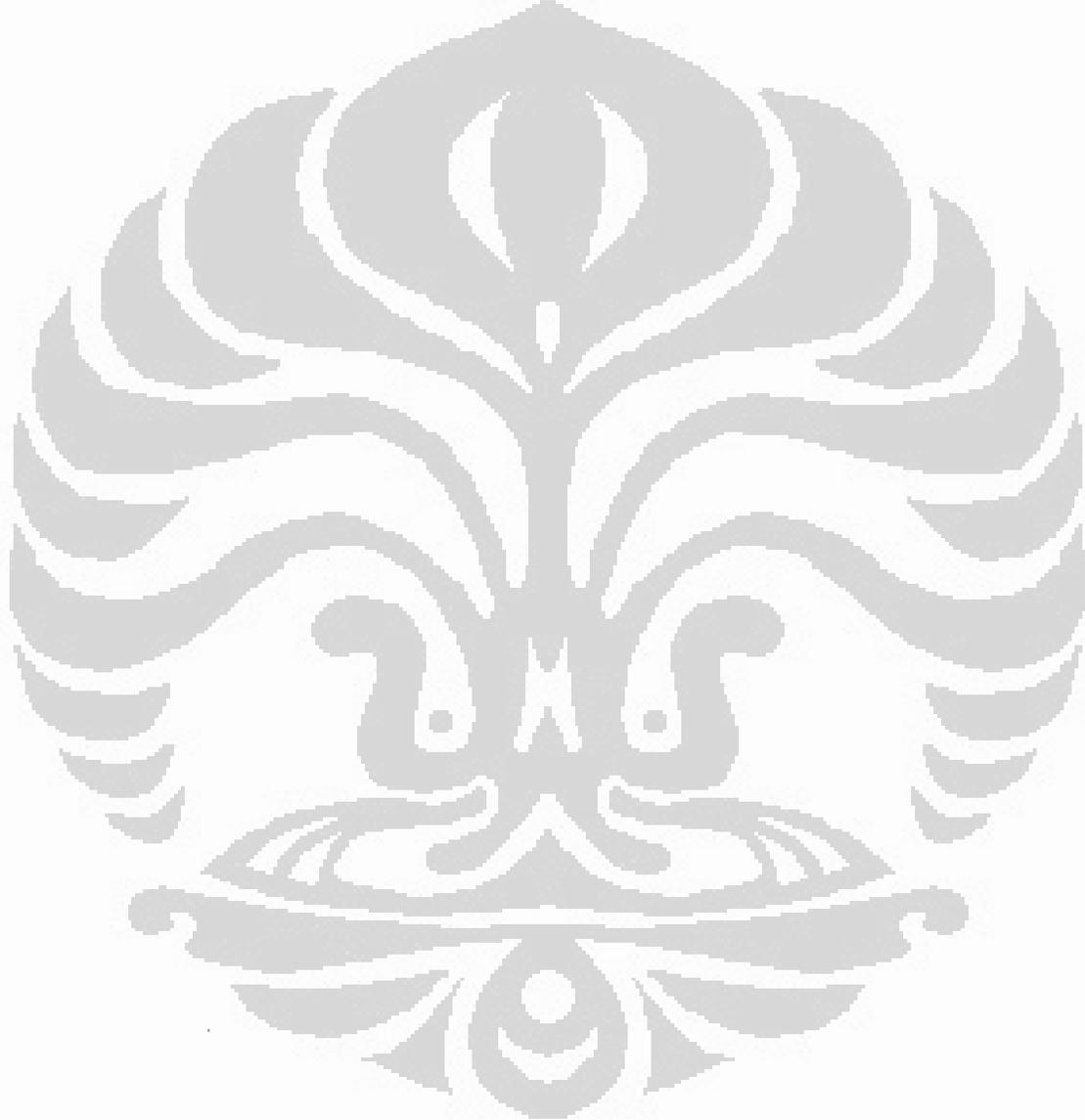
7.2 Saran

Beberapa saran yang dapat disampaikan sebagai hasil dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Anggaran Program pemberantasan Penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara harus dapat ditingkatkan, agar tidak ada kegiatan yang tidak bisa dilaksanakan dan diharapkan Dinas Kesehatan dapat mengitung berapa kebutuhan untuk kegiatan Program.

2. Pengelola Program pemberantasan Penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara harus lebih aktif mencari sumber pembiayaan lain untuk Program pemberantasan Penyakit malaria tersebut, tidak hanya terpaku pada sumber yang telah ada, tapi bisa mengajukan permohonan dana ke pihak lain misalnya Pemda, Unit Manajemen Lauser (UML) dan yang lainnya.
3. Dengan adanya sumber dana lain diharapkan elemen kegiatan bisa ditambah, tidak hanya sebatas pada elemen kegiatan yang ada sekarang, misalnya ada elemen kegiatan penyuluhan kepada masyarakat daerah endemis malaria dan dapat melakukan kerjasama lintas sektoral dengan instansi terkait, misalnya dengan Dinas Pendidikan dan Kan Dep Agama.
4. Pihak pengelola Program pemberantasan Penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara harus membuat perencanaan yang jelas untuk program ini dan lebih giat lagi memperjuangkan anggaran tersebut dan diharapkan dapat terus meningkatkan kemampuan dalam menyusun perencanaan.
5. Jika dana mencukupi pihak pengelola Program pengendalian Penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara harus melakukan evaluasi kegiatan dan melakukan pencatatan kelemahan dan kekurangan program yang telah ada dan membuat langkah selanjutnya apa yang dilakukan untuk periode yang akan datang.
6. Kepada pengambil keputusan yang ada di Kabupaten Aceh Tenggara diharapkan benar-benar memberikan komitmen untuk mau membantu memberantas penyakit malaria tidak sekedar wacana belaka, tetapi harus diaplikasikan dalam bentuk melakukan kegiatan bersama-sama dengan dinas

yang terkait. Bagi pelaksana Program pemberantasan Penyakit malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai bahan *advokasi* untuk mengajukan anggaran ke DPRK Kabupaten Aceh Tenggara.



DAFTAR PUSTAKA

Akhirani dan Trisnantoro 2004

Analisis pembiayaan Kesehatann yang Bersumber dari Pemerintah Melalui District Health Account. Dinas Kesehatann Kabupaten Sinjai. Magister Manajemen Pelayanan Kesehatann, UGM, Yogyakarta. JMPK Vol. 07/No.01/Maret/2004

Azwar,A 1979

Dasar-dasar perencanaan di bidang kesehatann : Badan ilmu kesehatann masyarakat dan ilmu kedokteran pencegahan, Fakultas kedokteran Universitas Indonesia

Bachtiar A, dkk 2005

Metodelogi penelitian kesehatann. Paket mata ajaran, program studi ilmu kesehatann masyarakat, UI, Jakarta

Baird J K, 2000

Resurgent Malaria at the Millenium Control Strategies in Crisis. Parasitic Diseases Program. American Embassy, Jakarta <http://www.proquest.com>

Brown T M and Fee E 2008

Report of the Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Ruyal Hygiene. American Journal of Public Health. Januari 2008, Vol 98, No. 1. copyright @ EBSCO Publishing

Departemen Kesehatan RI, 2004

Sistim Kesehatann Nasional. Depkes RI. Jakarta.

Departemen Kesehatan RI. 2006

Pengantar Modul P-DHA. Banda Aceh : Biro keuangan dan perlengkapan Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatann RI

Departemen Kesehatan RI. 2006

Buku saku penatalaksanaan kasus Malaria. Jakarta : Ditjen pengendalian penyakit dan peyehatan lingkungan

Departemen Kesehatan RI. 2006

Pedoman sistem kewaspadaan dini dan penanggulan kejadian luar biasa malaria. Jakarta : Direktorat Jenderal pengendalian penyakit dan peyehatan lingkungan (Ditjen PP & PL) Direktorat pemberantasan penyakit bersumber binatang.

Departemen Kesehatan RI. 2006

Pedoman pemberantasan Vektor. Jakarta : Direktorat Jenderal pengendalian penyakit dan peyehatan lingkungan (Ditjen PP & PL) Direktorat pemberantasan penyakit bersumber binatang.

Departemen Kesehatan RI. 2007

Pedoman penemuan penderita. Jakarta : Direktorat Jenderal pengendalian penyakit dan peyehatan lingkungan (Ditjen PP & PL) Direktorat pemberantasan penyakit bersumber binatang.

Departemen Kesehatan RI. 2007

Pedoman teknis pemeriksaan parasit malaria. Jakarta : Direktorat Jenderal pengendalian penyakit dan peyehatan lingkungan (Ditjen PP & PL) Direktorat pemberantasan penyakit bersumber binatang.

Eryando, T, 2003

Studi Manajemen Pembiayaan Program Pemberantasan Malaria Kasus 5 Kabupaten di Indonesia. Makalah Kesmas Vol II no.8

Gani, A 2001

Konsep dan Klafikasi Biaya Kesehatann. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatann (PKEK) FKM-UI. Jakarta.

Gani, A 2002.

Analisis Pembiayaan Program Kesehatann Masyarakat dalam Kebijakan Desentralisasi. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatann FKM-UI. Jakarta.

Gani A 2003

Konsep dan Implementasi Pembiayaan Kesehatann Daerah, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatann (PKEK) FKM-UI. Jakarta.

Gani A 2006

Reformasi Pembiayaan Kesehatann Kabupaten/Kota dalam Sistem Desentralisasi. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatann (PKEK) FKM-UI. Jakarta.

Hadi E N, 1999

Aplikasi penelitian kualitatif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit menular. Fakultas Kesehatann Masyarakat Universitas Indonesia bakerjasama dengan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Departemen Kesehatann RI.

Nawawi, H 2005

Perencanaan SDM untuk organisasi profit yang kompotitif, Gajah mada University Press, Yogyakarta

Poullier J-P, Hernandez dan Kawabata K, 2002

National Health Accounts : Concepts, Data Sources and Methodology. World Health Organization

Samporno, D. 2003

Kesehatann dan Pembangunan Bangsa, Konsorsium Ilmu Kesehatann Indonesia, Jakarta

Thabrany H, 2005

Pujianto dalam Thabrany, *Pendanaan Kesehatann dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatann Indonesia*, Raja Grafindo Persada, Jakarta

Tjiptoherijanto P dan Soesetyo B 1998

Ekonomi Kesehatann. Renika Cipta Jakarta

Wonderling D, Gruen R, NickBlack 2005

Introduction to Health Economics.

© World Health Organization 2003

Guide to producing national health accounts. with special applications for low-income and middle-income countries. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

www.infid.org

INFID mendukung prakarsa pengalihan utang untuk kesehatann

tahun	sumber	pemberi dana	dokumen sumber	jenis sumber	jumlah dana (Rp)	agen (hf 1)	agen1
2005	fs.1 pemerintah	fs. 1.1 dana pemerintah	apbd II	js.1 duit cast	270,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2005	fs.1 pemerintah	fs. 1.1 dana pemerintah	apbd II	js.1 duit cast		hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2005	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js. 2 barang	11,120,000		
2005	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js. 2 barang	33,360,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs.1 pemerintah	fs. 1.1 dana pemerintah	apbd II	js.1 duit cast	277,500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs.1 pemerintah	fs. 1.1 dana pemerintah	apbd II	js.1 duit cast		hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js. 2 barang	39,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js. 2 barang		hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js. 2 barang	53,610,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js. 2 barang	30,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	4,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js. 2 barang	2,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js. 2 barang	17,870,000		
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	4,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js. 2 barang	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	400,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	800,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	400,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	1,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2006	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	800,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs.1 pemerintah	fs. 1.1 dana pemerintah	apbd II	js.1 duit cast	277,500,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs.1 pemerintah	fs. 1.1 dana pemerintah	apbd II	js.1 duit cast		hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js. 2 barang	2,440,200,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	10,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	25,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007							
2007							
2007							
2007	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	20,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	10,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	7,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	10,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.2 gf	Hibah	js.1 duit cast	4,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js.1 duit cast	2,000,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah
2007	fs 3 bln	fs.3.1 unicef	Hibah	js. 2 barang	750,000	hf.1 pemerintah	hf.1.1 pemerintah

agen2	agen3	bagian	sanya perbagian	provider	provider1	provider2/pro	provider (Rp)	asumsi HP
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	72,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	72,000,000	gaji tenaga m
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	198,000,000	hp.3 Puskesn	hp.3.1. Puske	hp.1.1.2 mala	198,000,000	gaji tenaga m
			11,120,000				11,120,000	RDT @ Rp 10
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	33,360,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	33,360,000	act @ Rp. 30
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	72,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	72,000,000	gaji tenaga m
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	205,500,000	hp.3 Puskesn	hp.3.1. Puske	hp.1.1.2 mala	205,500,000	gaji tenaga m
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	13,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	13,000,000	tiga miskrosk
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	26,000,000	hp.3 Puskesn	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	26,000,000	2 buah untuk
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana oprasio
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana Suvervis
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	500,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	500,000	dana ADM MS
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	53,610,000	hp.3 Puskesn	hp.3.1. Puske	hp.1.1.2 mala	53,610,000	act @ Rp. 30
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	30,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	30,000,000	10 buah alat
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	4,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	4,000,000	dana oprasia
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	2,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	2,000,000	harga pemdo
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana oprasio
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	500,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	500,000	dana ADM MS
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana Suvervis
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana oprasio
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	500,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	500,000	dana ADM MS
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana Suvervis
			17,870,000				17,870,000	RDT @ Rp 10
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	4,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	4,000,000	dana oprasia
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	500,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	500,000	dana ADM IR
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana suvervis
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	bahan pembu
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	400,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	400,000	dana oprasio
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	800,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	800,000	dana oprasio
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	500,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	500,000	dana ADM MS
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana Suvervis
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	400,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	400,000	dana oprasio
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	500,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	500,000	dana oprasio
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	500,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	500,000	ADM MSF da
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	1,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	1,000,000	dana oprasio
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	500,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	500,000	dana ADM MS
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	800,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	800,000	dana Suvervis
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	72,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	72,000,000	gaji tenaga m
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	205,500,000	hp.3 Puskesn	hp.3.1. Puske	hp.1.1.2 mala	205,500,000	gaji tenaga m
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	2,440,200,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	2,440,200,000	kelampu 49.8
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	10,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	10,000,000	sosialisasi ke
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	25,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	25,000,000	pelatihan ka
				hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 malaria		
				hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 malaria		
				hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 malaria		
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	20,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	20,000,000	pendistribusia
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	10,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	10,000,000	pertemuan pa
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	7,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	7,000,000	monitoring pe
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	10,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	10,000,000	survei logitud
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	4,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	4,000,000	survei penent
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	2,000,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	2,000,000	pembelian ba
hf.1.1.3 pemerit	hf.1.1.3 Dinke	P2PL	750,000	hp.1 Dinas ke	hp.1.1 P2PL	hp.1.1.2 mala	750,000	satu jerigen k

elemen kegiatan	HP catatan	Fungsi HC (1)	HC (2)	HC (3)	besar dana (Rp)	HC-Catatan	Sumber Daya RC(1)
gaji	diasumsikan	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	72,000,000	gaji	RC.1. BIAYA OPER
gaji	diasumsikan	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	198,000,000	gaji	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preventif dan kesmas		HC.6.3.5 Malaria	11,120,000	RDT	RC.2 BIAYA CAPITA
obat	penemuan dan	HC.1 Pelayanan kuratif	HC.1.2 Perawa	HC.1.1.1 Pelaya	33,360,000	obat	RC.2 BIAYA CAPITA
gaji	diasumsikan	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	72,000,000	gaji	RC.1. BIAYA OPER
gaji	diasumsikan	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	205,500,000	gaji	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus	pemeriksaan	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	13,000,000	3 buah miskro	RC.2 BIAYA CAPITA
penemuan kasus	pemeriksaan	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	26,000,000	2 untuk puske	RC.2 BIAYA CAPITA
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000	dana suvervis	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000	dana suvervis	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	500,000	dana adm	RC.1. BIAYA OPER
obat	penemuan dan	HC.1 Pelayanan kuratif	HC.1.2 Perawa	HC.1.3.1 Pelaya	53,610,000	obat	RC.2 BIAYA CAPITA
peyemprotan	alat yang ada	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	30,000,000	10 alat penye	RC.2 BIAYA CAPITA
peyemprotan nyamuk		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	4,000,000		RC.1. BIAYA OPER
peyemprotan nyamuk		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	2,000,000	calran pemer	RC.2 BIAYA CAPITA
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000		RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	500,000	dana adm	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000	dana suvervis	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000		RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	500,000	dana adm	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000	dana suvervis	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	17,870,000		RC.2 BIAYA CAPITA
peyemprotan nyamuk		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	4,000,000		RC.1. BIAYA OPER
peyemprotan nyamuk		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	500,000	dana adm	RC.1. BIAYA OPER
peyemprotan nyamuk		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000	dana suvervis	RC.1. BIAYA OPER
larvaciding		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000	bahan larvacid	RC.2 BIAYA CAPITA
larvaciding		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	400,000	dana oprasion	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	800,000		RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	500,000	dana adm	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000	dana suvervis	RC.1. BIAYA OPER
larvaciding		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	400,000	dana larvacid	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	500,000		RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	500,000	dana adm	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	1,000,000		RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	500,000	dana adm	RC.1. BIAYA OPER
penemuan kasus		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	800,000	dana suvervis	RC.1. BIAYA OPER
gaji	diasumsikan	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	72,000,000	gaji	RC.1. BIAYA OPER
gaji	diasumsikan	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	205,500,000	gaji	RC.1. BIAYA OPER
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	2,440,200,000		RC.2 BIAYA CAPITA
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	10,000,000	dana sosialis	RC.2 BIAYA CAPITA
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.R.2 Diklat t	HC.6.3.5 Malaria	25,000,000	pelatihan ka	RC.2 BIAYA CAPITA
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria		pelatihan ka	RC.2 BIAYA CAPITA
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria		pelatihan ka	RC.2 BIAYA CAPITA
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria		pelatihan ka	RC.2 BIAYA CAPITA
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	20,000,000	distribusi	RC.1. BIAYA OPER
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	10,000,000	pertemuan pa	RC.1. BIAYA OPER
pemberian kelambu		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	7,000,000	monitoring	RC.1. BIAYA OPER
peyemprotan nyamuk		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	10,000,000	survei	RC.1. BIAYA OPER
peyemprotan nyamuk		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	4,000,000	survei	RC.1. BIAYA OPER
peyemprotan nyamuk		HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	2,000,000	bahan dan pe	RC.2 BIAYA CAPITA
larvaciding	kloropom ada	HC.6 Pelayanan Preven	HC.6.3 Penceg	HC.6.3.5 Malaria	750,000	bahan	RC.2 BIAYA CAPITA

RC(2)	RC(3)	RC(4)	besar uang (Rp)	RC-Asumsi d	Penerima Manfaat BC (1)	BC-Catatan
RC.1.1 Kompen	RC.1.1.1 Gaji	RC.1.1.1.1 Gaji	72,000,000		Dinas	gaji
RC.1.1 Kompen	RC.1.1.1 Gaji	RC.1.1.1.1 Gaji	198,000,000		Dinas	gaji
AL			11,120,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.3 Peralat	RC.1.2.1.1 Biay	33,360,000		masyarakat	
RC.1.1 Kompen	RC.1.1.1 Gaji	RC.1.1.1.1 Gaji	72,000,000		Dinas	gaji
RC.1.1 Kompen	RC.1.1.1 Gaji	RC.1.1.1.1 Gaji	205,500,000		Dinas	gaji
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralatan bukan medis		13,000,000		Dinas	MSF pemeriksaan darah
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralatan bukan medis		26,000,000		Dinas	
RC.1.5 Subsidi	RC.1.2.2 Biaya J	RC.1.2.2.1 Biay	1,000,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.7.1 transp	RC.1.1.3.1 Honc	1,000,000		Dinas	
RC.1.9 Pengelu	RC.1.3.4 Alat-ala	RC.1.2.1.3 Biay	500,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.3 Peralat	RC.1.2.1.1 Biay	53,610,000		masyarakat	
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralatan bukan medis		30,000,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.2.1 Suplai	RC.1.2.2.2 Biay	4,000,000		masyarakat	IRS (peyemprotan nyamuk)
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralatan bukan medis		2,000,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.1.2.2 Biaya J	RC.1.2.2.1 Biay	1,000,000		Dinas	MSF (pemeriksaan darah)
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralat	RC.1.2.1.3 Biay	500,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.7.1 transp	RC.1.1.3.1 Honc	1,000,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.1.2.2 Biaya J	RC.1.2.2.1 Biay	1,000,000		Dinas	
RC.1.9 Pengelu	RC.1.3.4 Alat-ala	RC.1.2.1.3 Biay	500,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.7.1 transp	RC.1.1.3.1 Honc	1,000,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralat	RC.1.2.1.3 Biay	17,870,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.2.1 Suplai	RC.1.2.2.2 Biay	4,000,000		masyarakat	IRS (peyemprotan nyamuk)
RC.1.9 Pengelu	RC.1.3.4 Alat-ala	RC.1.2.1.3 Biay	500,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.7.1 transp	RC.1.1.3.1 Honc	1,000,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.1.2.1 Suplai material		1,000,000		masyarakat	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.2.1 Suplai material		400,000		masyarakat	larvacing (penebaran Insektisida)
RC.2.2 Peralata	RC.1.2.2 Biaya J	RC.1.2.2.1 Biay	800,000		Dinas	MSF (pemeriksaan darah)
RC.1.9 Pengelu	RC.1.3.4 Alat-ala	RC.1.2.1.3 Biay	500,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.7.1 transp	RC.1.1.3.1 Honc	1,000,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.1.2.2 Biaya J	RC.1.2.2.1 Biay	400,000		masyarakat	larvacing (penebaran insektisida)
RC.2.2 Peralata	RC.1.2.2 Biaya J	RC.1.2.2.1 Biay	500,000		Dinas	MSF (pemeriksaan darah)
RC.1.9 Pengelu	RC.1.3.4 Alat-ala	RC.1.2.1.3 Biay	500,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.1.2.2 Biaya J	RC.1.2.2.1 Biay	1,000,000		Dinas	MSF (pemeriksaan darah)
RC.1.9 Pengelu	RC.1.3.4 Alat-ala	RC.1.2.1.3 Biay	500,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.7.1 transp	RC.1.1.3.1 Honc	800,000		Dinas	
RC.1.1 Kompen	RC.1.1.1 Gaji	RC.1.1.1.1 Gaji	72,000,000		Dinas	gaji
RC.1.1 Kompen	RC.1.1.1 Gaji	RC.1.1.1.1 Gaji	205,500,000		Dinas	gaji
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralatan bukan medis		2,440,200,000		masyarakat	Bednet (pemberian kelambu)
RC.1.9 Pengelu	RC.1.2.2 Biaya J	RC.1.2.1.2 Biay	10,000,000		Dinas	sosialisasi
RC.2.3 Investas	RC.2.3.2 Pelatih	RC.2.3.2.1 honc	10,000,000		Dinas	pelatihan kader malaria
RC.2.3 Investas	RC.2.3.2 Pelatih	RC.2.3.2.2 honc	5,000,000		Dinas	
RC.2.3 Investas	RC.2.3.2 Pelatih	RC.2.3.2.3 tran	5,000,000		Dinas	
RC.2.3 Investas	RC.2.3.2 Pelatih	RC.2.3.2.5 kons	5,000,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.2.1 Suplai	RC.1.2.2.2 Biay	20,000,000		masyarakat	pendistribusian kelambu
RC.1.9 Pengelu	RC.2.1.6 Lainnya.....		10,000,000		masyarakat	
RC.1.9 Pengelu	RC.1.7.2 transpot kegiatan/progra		7,000,000		Dinas	
RC.1.7 Biaya tra	RC.1.7.2 transpot kegiatan/progra		10,000,000		Dinas	survei logitudinal entomologi
RC.1.9 Pengelu	RC.1.7.2 transpot kegiatan/progra		4,000,000		Dinas	survei penentuan musim penularan
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralatan bukan medis		2,000,000		Dinas	
RC.2.2 Peralata	RC.2.2.4 Peralatan bukan medis		750,000		Dinas	satu jergen kloropom

DATA INFORMAN

Nama :

Tempat/tanggal lahir :

Jabatan :

Unit Kerja :

Pendidikan Terakhir :

Riwayat Pekerjaan :

1.

2.

3.

4.

Alamat :

No telp/Hp :

Pelaksanaan Wawancara :

Hari/tanggal :

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK BUPATI
KABUPATEN ACEH TENGGARA**

1. Menurut bapak, apakah masalah kesehatan merupakan prioritas dalam pembangunan Kabupaten Aceh Tenggara.
2. Dalam pembangunan kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara, masalah apa menurut bapak yang menjadi prioritas.
3. Berdasarkan data yang ada, pada tahun 2005 angka malaria klinis mencapai 1.112 kasus dan pada tahun 2006 naik menjadi 1.787 kasus. Bagaimana tanggapan bapak tentang kenaikan kasus ini, apakah merupakan masalah serius yang perlu di prioritaskan dalam pemecahan masalahnya dan bagaimana dengan pendanaannya.
4. Bagaimana peran bapak dalam mengalokasikan besarnya alokasi anggaran Program Pemberantasan Malaria ?
5. Dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk program pemberantasan Malaria menurut bapak faktor-faktor apa saja yang berperan ?
6. Apa saran bapak untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara agar program pemberantasan Malaria mendapat prioritas ?
7. Bagaimana tanggapan bapak jika wilayah Aceh Tenggara bebas dari malaria dan sejauh mana Pemda akan membantu ?

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KOMISI C DPRK
KABUPATEN ACEH TENGGARA**

1. Menurut bapak, apakah masalah kesehatan merupakan prioritas dalam pembangunan Kabupaten Aceh Tenggara.
2. Dalam pembangunan kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara, masalah apa menurut bapak yang menjadi prioritas.
3. Berdasarkan data yang ada, pada tahun 2005 angka malaria klinis mencapai 1.112 kasus dan pada tahun 2006 naik menjadi 1.787 kasus. Bagaimana tanggapan bapak tentang kenaikan kasus ini, apakah merupakan masalah serius yang perlu di prioritaskan dalam pemecahan masalahnya dan bagaimana dengan pendanaannya.
4. Bagaimana pendapat bapak tentang kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan (termasuk anggaran program pemberantasan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara?
5. Bagaimana peran bapak dalam mengalokasikan besarnya alokasi anggaran Program Pemberantasan Malaria ?
6. Dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk program pemberantasan Malaria menurut bapak faktor-faktor apa saja yang berperan ?
7. Bagaimana mekanisme dalam menentukan pengalokasian dana untuk sektor kesehatan?
8. Menurut bapak, apakah kelemahan/kekurangan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dalam memperjuangkan anggaran?
9. Apa saran bapak untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara agar program pemberantasan Malaria mendapat prioritas ?

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KASUBDIN KESEJAHTERAAN
SOSIAL BAPPEDA**

1. Menurut bapak, apakah masalah kesehatan merupakan prioritas dalam pembangunan Kabupaten Aceh Tenggara.
2. Salah satu program kesehatan adalah pemberantasan Malaria, Bagaimana bapak menilai besarnya/keseriusan permasalahan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara ?
3. Berdasarkan data yang ada, pada tahun 2005 angka malaria klinis mencapai 1.112 kasus dan pada tahun 2006 naik menjadi 1.787 kasus. Bagaimana tanggapan bapak tentang kenaikan kasus ini, apakah sesuatu yang perlu di prioritaskan atau sesuatu yang biasa ?
4. Bagaimana pendapat bapak tentang kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan (termasuk anggaran pemberantasan program Malaria) di Kabupaten Aceh Tenggara?
5. Bagaimana peran bapak dalam mengalokasikan besarnya alokasi anggaran Program Pemberantasan Malaria ?
6. Bagaimana mekanisme dalam menentukan pengalokasian dana untuk sektor kesehatan?
7. Dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk program pemberantasan Malaria menurut bapak faktor-faktor apa saja yang berperan ?
8. Menurut bapak, apakah kelemahan/kekurangan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dalam memperjuangkan anggaran?
9. Apa saran bapak untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara agar program pemberantasan Malaria mendapat prioritas yang wajar?

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN ACEH TENGGARA**

1. Salah satu program kesehatan adalah pemberantasan Malaria, Bagaimana bapak menilai permasalahan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara ?
2. Dalam pemberantasan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara, menurut bapak persoalan apa yang harus mendapat prioritas dan bagai mana masalah pendanaannya?
3. Bagaimana kebijakan institusi dalam membuat perencanaan anggaran?
4. Bagaimana peran bapak dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk penanggulangan Malaria?
5. Dalam menentukan besarnya alokasi dana untuk masing-masing program faktor-faktor apa saja yang berperan?
6. Langkah apa saja yang dilakukan oleh dinas kesehatan untuk meningkatkan alokasi anggaran kesehatan ?
7. Ketika terjadi pemotongan anggaran, apakah program pemberantasan Malaria termasuk program yang dilindungi ?
8. Bagaimana tanggapan bapak kalau wilayah Aceh Tenggara ini bebas dari malaria dan sejauh mana kesiapan dan kesanggupan Dinas Kesehatan untuk mewujutkannya ?

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KEPALA SUBDIN P2MPL DINAS
KESEHATAN KABUPATEN ACEH TENGGARA**

1. Salah satu program kesehatan dibidang kerja bapak adalah pemberantasan Malaria, Bagaimana bapak menilai permasalahan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara ?
2. Dalam pemberantasan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara, menurut bapak elemen apa yang harus mendapat prioritas dan pendanaannya?
3. Bagaimana peran bapak dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk pemberantasan Malaria?
4. Dalam menentukan besarnya alokasi dana untuk masing-masing program yang ada di bidang bapak, faktor-faktor apa saja yang berperan?
5. Langkah apa saja yang bapak lakukan untuk meningkatkan alokasi anggaran program pemberantasan Malaria ?
6. Ketika terjadi pemotongan anggaran, apakah program pemberantasan Malaria termasuk program yang dilindungi ?

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK PELAKSANA PROGRAM DINAS
KESEHATAN KABUPATEN ACEH TENGGARA**

A. Perencanaan Program

1. Bagaimana mekanisme penyusunan perencanaan program pemberantasan Malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara? Bagaimana tahun-tahun sebelumnya?
2. Menurut saudara kegiatan – kegiatan apa saja yang harus mendapat prioritas dalam pemberantasan Malaria?
3. Menurut saudara berapa besar anggaran yang dibutuhkan untuk kegiatan penanggulangan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara?
4. Menurut saudara apakah kebutuhan anggaran tersebut sudah cukup rasional?
5. Menurut saudara kira – kira berapa persen dari anggaran yang diusulkan dapat terpenuhi?

B. Implementasi Kegiatan

1. Menurut saudara, bagaimana upaya – upaya yang sudah dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara selama tiga tahun terakhir?
2. Kegiatan apa saja yang sudah dilakukan?
3. Kegiatan mana yang menjadi prioritas dalam pemberantasan Malaria ?
4. Menurut saudara kegiatan apa saja yang sebenarnya dianggap prioritas tapi belum dapat dilaksanakan secara optimal?

Alasan ?

HASIL WANCARA MENDALAM DENGAN BUPATI KABUPATEN ACEH TENGGARA

NO	PERTANYAAN	TANGGAPAN INFORMAN
1	<p>Menurut bapak, apakah masalah kesehatan merupakan prioritas dalam pembangunan Kabupaten Aceh Tenggara.</p>	<p>YA itu sudah menjadi komitmen kami dalam masa jabatan saya nantinya</p>
2	<p>Dalam pembangunan kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara, masalah apa menurut bapak yang menjadi prioritas.</p>	<p>Masalah lingkungan dan penyuluhan kesehatan</p>
3	<p>Berdasarkan data yang ada, pada tahun 2005 angka malaria klinis mencapai 1.112 kasus dan pada tahun 2006 naik menjadi 1.787 kasus. Bagaimana tanggapan bapak tentang kenaikan kasus ini, apakah merupakan masalah serius yang perlu di prioritaskan</p>	<p>Ya ini memang masalah yang sangat serius, ada disuatu daerah dikecamatan Lauser Desa Gajah Mati terdapat banyak sekali kasus malaria, saya tidak tau apa penyebabnya ? nanti mungkin dari Dinas Kesehatan melakukan penelitian. Masalah dana pmda pasti</p>

	<p>dalam pemecahan masalahnya dan bagaimana dengan pendanaanya.</p> <p>4 Bagaimana peran bapak dalam mengalokasikan besarnya alokasi anggaran Program Pemberantasan Malaria ?</p> <p>5 Apa saran bapak untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara agar program pemberantasan Malaria mendapat prioritas ?</p> <p>6 Bagaimana tanggapan bapak jika wilayah Aceh Tenggara bebas dari malaria dan sejauh mana Pemda akan membantu ?</p>	<p>membantu.</p> <p>Pada prinsipnya saya sangat mendukung</p> <p>Hendaknya Dinas Kesehatan lebih terfokus pada penyakit-penyakit yang bisa membahayakan orang banyak, seperti malaria ini</p> <p>Ya itu yang kita harapkan, jika perlu semua penyakit menular seperti malaria ini kita hilangkan dari bumi secepat segene ini. Kami akan membantu baik materil maupun moril.</p>
--	---	--

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN WAKIL KETUA KOMISI C DPRK KABUPATEN ACEH TENGGARA

NO	Pertanyaan	Tanggapan Informan
1	Menurut bapak, apakah masalah kesehatan merupakan prioritas dalam pembangunan Kabupaten Aceh Tenggara.	Ya itu tetap skala prioritas karena adalah yaitu kebutuhan pokok dan itu adalah kebutuhan wajib dalam masyarakat
2	Dalam pembangunan kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara, masalah apa menurut bapak yang menjadi prioritas.	Ya sepertinya masalah lingkungan bersih, masalah e.. penyuluhan-penyuluhan ke masyarakat kita
3	Berdasarkan data yang ada, pada tahun 2005 angka malaria klinis mencapai 1.112 kasus dan pada tahun 2006 naik menjadi 1.787 kasus. Bagaimana tanggapan bapak tentang kenaikan kasus ini, apakah merupakan masalah serius yang perlu di prioritaskan dalam pemecahan masalahnya dan bagaimana dengan pendanaanya.	Pada prinsipnya itu tetap merupakan masalah serius bagi kita dan prinsipnya kami di dewan sangat meyetujui apa-apa yang menjadi prioritas bagi dinas kesehatan tersebut

4	<p>Bagaimana pendapat bapak tentang kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan (termasuk anggaran program pemberantasan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara)</p>	<p>Alokasi anggaran untuk Dinas Kesehatan pada dasarnya kami itu tetap mengalokasikan dana yang cukup mengembirakan bagi dinas kesehatan sesuai dengan yang diusulkan oleh dinas-dinas kesehatan tersebut dan selama ini memang dinas kesehatan belum mengajukan program-program malaria tersebut.</p>
6	<p>Bagaimana peran bapak dalam mengalokasikan besarnya alokasi anggaran Program Pemberantasan Malaria ?</p> <p>Dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk program pemberantasan Malaria menurut bapak faktor-faktor apa saja yang berperan ?</p>	<p>Pada intinya kami itu tetap mendukung dan memperjuangkan bila ada usulan-usulan dari dinas kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dalam hal pemberantasan penyakit malaria</p> <p>Ya sepertinya besarnya kasus malaria seperti kita lihat pada tahun 2006 itu naik menjadi 1.787 kasus... itu kan sangat meyedikan bagi daerah kita dan bagi masyarakat</p>

<p>7</p>	<p>Bagaimana mekanisme dalam menentukan pengalokasian dana untuk sektor kesehatan</p> <p>Menurut bapak, apakah kelemahan/kekurangan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dalam memperjuangkan anggaran?</p>	<p>kita</p> <p>Mekanisme dalam anggaran itu kan ada dalam pembahasan anggaran dan ada tahapan-tahapannya seperti musrenbang dan itu tetap kitalakukan pembahasannya itu melalui panitia anggaran pihak eskutif dan panitia pihak legeslatif</p> <p>Ya karena kita lihat selama ini program-program dalam hal pemberantasan malaria di dinas kesehatan ini nampaknya belum skala prioritas makanya ee kita harapkan kedepan bisa mengusulkan program-program tersebut</p>
----------	--	--

9	<p> Apa saran bapak untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara agar program pemberantasan Malaria mendapat prioritas ? </p>	<p> Pada dasarnya kita itu tetap menyarankan dan em kepada dinas kesehatan agar untuk kedepanya, apa namanya tu untuk memprioritaskan dalam hal pemberantasan penyakit malaria diman apa yang saya bilang tadi dari tahun ketahun meningkat dalam hal penyakit malaria ini </p>
---	--	---

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN KEPALA DINAS KESEHATAN

NO	PERTANYAAN	TANGGAPAN INFORMAN
1	Salah satu program kesehatan adalah pemberantasan Malaria, Bagaimana bapak menilai permasalahan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara ?	Malaria di daerah kita ini memang endemis seperti sabang, maulaboh, Aceh besar, sigli daerah yang dekat laut. Kenapa daerah kita juga endemis malaria ? mungkin ada faktor yang pertama nyamuk, nyamuk itu bisa bersarang disini
2	Dalam pemberantasan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara, menurut bapak persoalan apa yang harus mendapat prioritas dan bagai mana masalah pendanaannya?	Ada pencegahan ada pegobatan, pencegahan itu nanti salah satunya penyehatan lingkungan dan pencegahan penyakit. Penyehatan lingkungan ini harus memang kita laksanakan dengan skala besar dan yang paling penting megubah perilaku masyarakat agar mau berperilaku hidup bersih dan sehat.
3	Bagaimana kebijakan institusi dalam membuat perencanaan anggaran?	Berdasarkan kebutuhan yang paling mendesak yang menjadi program pokok atau yang akan diutamakan.

4	<p>Dalam menentukan besarnya alokasi dana untuk masing-masing program faktor-faktor apa saja yang berperan?</p>	<p>Berdasarkan kebutuhan dan yang paling urgen. Mana masalah yang kita anggap yang penanganannya perlu dilakukan secara serius dan total, total disini kita akan laksanakan kegiatan tersebut secara sungguh-sungguh.</p>
5	<p>Langkah apa saja yang dilakukan oleh dinas kesehatan untuk meningkatkan alokasi anggaran kesehatan ?</p>	<p>Saya sudah suruh setaf saya untuk membuat program sebanyak-banyaknya, masing-masing bagian membuat kegiatan atau program yang akan dilakukan dan diurut mana program yang paling penting dibuat pada urutan yang paling atas.</p>
6	<p>Ketika terjadi pemotongan anggaran, apakah program pemberantasan Malaria termasuk program yang dilindungi ? Bagaimana tanggapan bapak kalau wilayah Aceh Tenggara</p>	<p>Tidak, selama ini kita belum pernah melakukan pembelaan itu.</p>

7	ini bebas dari malaria dan sejauh mana kesiapan dan kesanggupan Dinas Kesehatan untuk mewujutkannya ?	Kami sebagai intansi pemerintah, akan siap apapun yang akan menjadi program pemerintah
---	---	--

**HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN KABIT KESEJAHTERAAN DAN SOSBUD BAPEDA KABUPATEN ACEH
TENGGERA**

NO	Pertanyaan	Tanggapan Informan
1	Menurut bapak, apakah masalah kesehatan merupakan prioritas dalam pembangunan Kabupaten Aceh Tenggara.	Pasti semua orang pasti menganggap kesehatan merupakan kebutuhan pokok yang harus diperhatikan
2	Salah satu program kesehatan adalah pemberantasan Malaria, Bagaimana bapak menilai besarnya/keseriusan permasalahan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara ?	Saya kurang megetahuinya
3	Berdasarkan data yang ada, pada tahun 2005 angka malaria klinis mencapai 1.112 kasus dan pada tahun 2006 naik menjadi 1.787 kasus. Bagaimana tanggapan bapak tentang kenaikan kasus ini,	Mungkin juga menjadi prioritas, tapi sekali lagi saya sebutkan saya kurang megetahui tentang malaria ini

<p>apakah sesuatu yang perlu di prioritaskan atau sesuatu yang biasa ?</p> <p>Bagaimana pendapat bapak tentang kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan (termasuk anggaran pemberantasan program Malaria) di Kabupaten Aceh Tenggara?</p>	<p>Anggaran Dinas kesehatan Aceh Tenggara, Anggaran kedua terbesar setelah Dinas Pendidikan. Kalau malaria saya tidak tahu</p>
<p>4</p> <p>Bagaimana mekanisme dalam menentukan pengalokasian dana untuk sektor kesehatan dan Malaria</p>	<p>Biasanya ada plaponya atau jumlah yang akan diterima oleh Dinas Kesehatan, diserahkan oleh Dinas tersebut mau digunakan untuk apa. Tugas kami hanya menekankan agar membuat perencanaan jangan melebihi Dana yang tersedia</p>
<p>5</p> <p>Menurut bapak, apakah kelemahan/kekurangan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara dalam memperjuangkan anggaran?</p>	<p>Saya tidak melihat kelemahan atau kekurangan Dinas Kesehatan dalam memperjuangkan anggaran</p>

6	Apa saran bapak untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara agar program pemberantasan Malaria mendapat prioritas yang wajar?	Jika malaria memang dianggap penting ya harus dijadikan prioritas
---	---	---

HASIL WAWANCARA DENGAN KASUBDIN P2MPL DINAS KESEHATAN KABUPATEN ACEH TENGGARA

NO	PERTANYAAN	Tanggapan Informan
1	Salah satu program kesehatan dibidang kerja bapak adalah pemberantasan Malaria, Bagaimana bapak menilai permasalahan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara ?	Eee begini ee selama ini memang sering diabaikan ya di aceh tenggara namun setelah dua tahun kebelakang ini program malaria cukup bagus di Aceh Tenggara karena ada bantuan dari Tk I, Unicef dan ada dari GF
2	Jadi dari pemda gitu ngak ada pak ?	Kalau dari Pemda selama ini memang ada diajukan tapi sampai sekarang ini ataupun 2008 kita belum dapat kucuran dana malaria dari Tk II
3	Dalam pemberantasan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara, menurut bapak elemen apa yang harus mendapat prioritas dan pendanaannya?	Dari Dalam elemen ini kan termasuk peranserta masyarakat kan gitu. Peranserta masyarakat, jadi semenja udah di canangkan masalah malaria, kemaren itu kita ada masalah malaria bantuan dari unicef, gf, atm itu kita masalah malaria ini masyarakat

	<p>4 Bagaimana peran bapak dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk pemberantasan Malaria?</p>	<p>mendukung kali. Sehingga masyarakat itu bila kita arahkan malaria ini gini, perlu kebersihan lingkungan masyarakat menerima dan masyarakat melaksanakan secara spontan dan berkelanjutan.</p> <p>Masalah anggaran kalau bisa kami dari dinas kesehatan kususny di bidang pengendalian penyakit. kalau bisa itu diperhatikan kalilah karena masih banyak program malaria ini yang perlu kita lanjutkan yang akan datang ya seperti yang udah lewat itu kita bisa tindak lanjuti keberhasilanya dan sintim kemaren itu juga kita sudah bagikan kelambu bisa kita evaluasi dengan ada dana itu kita bisa bagi semua tugas untuk pelaksanaan.</p>
<p>5</p>	<p>Dalam kasus ini pada tahun 2006 dia meningkat menurut bapak apa penyebabnya.</p>	<p>Penyebab meningkatnya ini kadang-kadang gini, kemaren jangkauan kita itu belum kesemua polosok jadi mungkin ke</p>

	<p>6 Lokasi yang tidak terjangkau apa termasuk permasalahan dana juga pak</p>	<p>masalah yang di apa ini masyarakat belum megetahui bagaimana sebenarnya malaria itu dan semua nyamuk itu diangganya malaria dan demam itupun dianggapnya malaria juga, setelah kita evaluasi kemaren itu kita ada kedaerah kecamatan lauser jadi kita langsung kesana mengecek dan memeriksakan selek darah ternyata ada satu dua tiga malaria positif jadi kalau bisa dengan dana yang ada tadi bisa kita tingkatkan cara pemberantasan malaria ini keseluruhan wilayah kabupaten aceh tenggara.</p>
		<p>Eee termasuk keterbatasan dana termasuk... apa istilahnya itu. Alat pemeriksaan darahnya kurang lengkap dan tenagapun kita masih kurang, termasuk itu kalau bisa kita anjurkan nanti kedepan itu setiap puskesmas itu sudah ada tenaga lab (laboratorium) kalau bisa khusus untuk malaria di setiap puskesmas</p>

7	Tenaganya, alatnya	Tenaga, alatnya dan dana operasional penunjang itu harus memeng kalau tanpa dana tampaknya sulit berjalan karena medannya jauh satu sulit dijangkau. Kalau tidak ada dana kita berat
8	Jadi yang terjadi wabah malaria umumnya daerah medan jauh daerah pegunungan ya pak ?	Selama kita 2005 ini 2006, 2005 kita masuk kedaerah pegunungan yang kita dapat itu malaria. Nyamuknya anopeles jadi setelah kita lacak kita tes kita periksa apanya (terdiam sebentar) jentik ternyata itu memang nyamuk anopeles jadi kemaren itu secara singkat udah kita laksanakan pembersihan lingkungan kita ajak masyarakat untuk membersihkan lingkungan udah.... mudah-mudahan. 2006 kita belum lagi evaluasi
9	Ketika terjadi pemotongan anggaran, apakah program	Untuk 2005, 2006, 2007 itu nampaknya pemerintah daerah belum

10	<p>pemberantasan Malaria termasuk program yang dilindungi ? apakah malaria ini menjadi prioritas di program bapak ?</p> <p>Seandainya DPR, anggota dari Bapeda dan bupati sudah komitmen untuk memberantas malaria, bagaimana kesiapan dinas kesehatan ini pak?</p>	<p>mengerti kek mana sebenarnya malaria ini dampaknya kepada masyarakat belum termasuk anggota dewanpun belum apalah kekmana itu dianggapnya malaria itu tidak terlalu bahaya. Tapi kalau kita jelaskan nanti sama belio (untuk orang ketiga yang di hormati red) malaria itu sangat penting..... a itu mungkin tergugah hati anggota dewan itu untuk menganggarkan dana untuk dinas kesehatan, tapi kami minta nanti, akan kami konfirmasi lagi selanjutnya sama anggota dewan supaya belio itu mengerti kekmana, bagaimana sebenarnya malaria itu supaya nanti dia dan kalau kita ajukan anggaran nanti cepat di acc (disetujui red) itu aja</p> <p>Kalau memang bapeda, bupati, DPR kalau komit dia mau membantu malaria di Aceh Tenggara Dinas Kesehatan siap..... Siap melaksanakan</p>
----	---	--

HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN PETUGAS MALARIA

NO	PERTANYAAN	TANGAPAN INFORMAN
1	<p>A. Perencanaan Program</p> <p>Bagaimana mekanisme penyusunan perencanaan program pemberantasan Malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara? Bagaimana tahun-tahun sebelumnya?</p>	<p>Selama ini penyusunan program atau anggaran yang ada datangnya dari atas, apa yang datang dan diberikan kami terima. Seperti kelambu yang kami terima disini biasanya sudah ada pedoman pembagiannya dan biaya pendistribusiannya sudah mereka siapkan. Kami tinggal menjalankan apa yang mereka anjurkan.</p>
2	<p>Menurut saudara kegiatan – kegiatan apa saja yang harus mendapat prioritas dalam pemberantasan Malaria?</p>	<p>Selain program pencegahan yang ada sekarang, hendaknya ada program penyuluhan kepada masyarakat tentang malaria, bagaimana penularannya, apa yang menyebabkan terjadinya malaria, bagaimana pencegahannya dan seterusnya sampai mereka harus tahu bagaimana sih</p>

3	<p>Kenapa pada tahun 2005 tidak ada anggaran</p>	<p>sebenarnya gejala malaria dan apa yang akan mereka lakukan jika ada keluarga yang terkena malaria. Hal-hal seperti ini belum pernah di beritahukan kepada masyarakat.</p> <p>Saya tidak tahu pasti karena tahun 2005 saya belum di malaria, tapi memang kata petugas yang lalu tidak ada alokasi anggaran sama sekali untuk malaria</p>
4	<p>Menurut saudara berapa besar anggaran yang dibutuhkan untuk kegiatan penanggulangan Malaria di Kabupaten Aceh Tenggara?</p>	<p>Itu saya belum tahu, mungkin lebih baik anda tanyakan saja pada atasan saya</p>

B. Implementasi Kegiatan	
5	<p>Menurut saudara, bagaimana upaya – upaya yang sudah dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Tenggara selama tiga tahun terakhir dalam menangani malaria?</p> <p>Upaya yang dilakukan hanya sekedar apa yang sudah di perintahkan oleh pendonor saja, misalnya unicef mereka meyuruh untuk menyebarkan kelambu jadi itulah yang kami lakukan.</p>
6	<p>Kegiatan apa saja yang sudah dilakukan?</p> <p>Ya itu tadi pembagian kelambu, penyemprotan dan pencarian penderita.</p>
7	<p>Kegiatan mana yang menjadi prioritas dalam pemberantasan Malaria ?</p> <p>Semua menjadi prioritas, yang penting ada dana dan diperintahkan kami akan jalan.</p>

8	<p>Menurut saudara kegiatan apa saja yang sebenarnya dianggap prioritas tapi belum dapat dilaksanakan secara optimal?</p> <p>Alasan ?</p>	<p>Menurut saya yang paling penting dilakukan adalah memberi penyuluhan kepada masyarakat tentang malaria ini sedikit-detilnya sehingga mereka bisa mandiri dalam pencegahan terjadinya penyakit malaria. Dengan begitu diharapkan jumlah kejadian malaria akan berkurang.</p>
---	---	--

DATA INFORMAN

Nama : H. Hasanuddin B
 Tempat/tanggal lahir : Keawe, 13-9-1952
 Jabatan : Bupati Aceh Tenggara
 Unit Kerja : Pemtab Aceh Tenggara
 Pendidikan Terakhir : S.2.

Riwayat Pekerjaan :

1. Kadis PU A. Tenggara
2. Kadis PU A. Tengg
3. Kepala Bappeda Kab. A. Tenggara
4. Bupati Aceh Tenggara

Alamat : Jln. Iskandar Muda Karang

No telp/fhp : 0629-2155

Pelaksanaan Wawancara :

Hari/tanggal : Sabtu, 31-5-2008

Hasanuddin

DATA INFORMAN

Nama : M. Sopian Desky
Tempat/tanggal lahir : TUALANG BARU, 22-02-1973.
Jabatan : WAKIL KETUA KOMISI C DPRK AGORA.
Unit Kerja : DPRK AGORA.
Pendidikan Terakhir : S.I.
Riwayat Pekerjaan :
1. ANGGOTA DPRK.
2.
3.
4.
Alamat : KUDA CANGG.
No telp/Hp : 0629 522533.
Pelaksanaan Wawancara : DI KANTOR DPRK.
Hari/tanggal : SENEN 02-06-2008.


= M. Sopian Desky =

DATA INFORMAN

Nama : D Ramulia, Sp05
 Tempat/tanggal lahir : Barunf. barunf / 6 Mei 1960
 Jabatan : Kadistis Aceh Tenggara
 Unit Kerja : Dns Kesehatan
 Pendidikan Terakhir : Spesial Kebidanan dan Mergahit Kandah
 Riwayat Pekerjaan :
 1. Dokter Umum / Ke Kesehatan Sipisipij, Kel Serdang Beday
 2. Ka. Badan KB. H. Saheudin, Laboal, Aceh Tngg
 3. Ka. Dns Kesehatan Aceh Tenggara
 4.
 Alamat : Komplek Dns Kesehatan Kab Aceh Tenggara
 No telp/Hp : 082 26219065
 Pelaksanaan Wawancara : Kantor Dns Kesehatan Aceh Tenggara
 Hari/tanggal : Rabu / 20-05-08

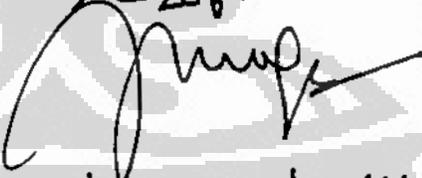

 D Ramulia, Sp05

DATA INFORMAN

Nama : Muhammad Jimp Syah. SKM.
 Tempat/tanggal lahir : 12 - 0 - 1967.
 Jabatan *Kabit*: P2P/PL.
 Unit Kerja : Dinas kesehatan.
 Pendidikan Terakhir : S1
 Riwayat Pekerjaan :

1. Kep PKM.
2. Wasor malaria.
3. Kayir Vektor.
4. *kabit* P22/PL.

Alamat : Prapai hilir
 No telp/HP : 081533138390.
 Pelaksanaan Wawancara : kator Dinas kesehatan.
 Hari/tanggal : 28 - 5 - 2018.


 M. Jimp Syah SKM.
 0815 215 959.