



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENDANAAN PROGRAM
PEMBERANTASAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH
DENGUE (DBD)
DI KOTA BANDA ACEH TAHUN 2007**

TESIS

**OLEH :
RAHMI LIZATI
NPM : 0606139432**

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

DEPOK, 2008

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

Tesis, 19 Juli 2008

Rahmi Lizati

**Analisis Pendanaan Program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah
Dengue (DBD) Di Kota Banda Aceh Tahun 2007**

xiv + 111 halaman + 15 tabel + 2 gambar + 1 grafik

ABSTRAK

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan KLB, menimbulkan kekhawatiran di masyarakat. Kota Banda Aceh merupakan salah satu daerah endemis DBD di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, dengan jumlah kasus cenderung meningkat, untuk itu diperlukan alokasi anggaran yang sesuai dengan kebutuhan dana untuk Program Pemberantasan DBD.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi pendanaan bersumber Pemerintah yang dialokasikan untuk Program Pemberantasan DBD Tahun 2007 berdasarkan sumber, alokasi anggaran dan komitmen pejabat terkait serta perhitungan kebutuhan dana Program Pemberantasan DBD dengan costing ABC.

Desain Penelitian ini adalah penelitian Operasional. Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan pejabat terkait, sedangkan data sekunder diperoleh dari dokumen keuangan dan laporan kegiatan.

Hasil analisis pendanaan Program Pemberantasan DBD diperoleh gambaran bahwa pendanaan Program pemberantasan DBD tahun 2007 bersumber APBD alokasi anggaran sebelum perubahan Rp.270.925.000, karena terjadinya lonjakan kasus DBD Tahun 2007, alokasi anggaran berubah menjadi Rp.1.916.925.000. Menurut elemen kegiatan Program pemberantasan DBD, alokasi dana paling banyak untuk kegiatan fogging. Berdasarkan fungsi program, kegiatan preventif mempunyai

alokasi terbesar. Berdasarkan mata anggaran, alokasi terbesar adalah kegiatan operasional, yaitu untuk pengadaan bahan kimia dan honor petugas. Berdasarkan perhitungan costing ABC kebutuhan dana untuk program pemberantasan DBD adalah Rp.2.246.578.461.

Turunnya anggaran program pemberantasan DBD pada tahun 2007 adalah pada bulan Mei, sedangkan kasus DBD sudah ada sejak bulan Januari. Jumlah kasus tetap meningkat sejak bulan Mei sampai November. Anggaran Biaya Tambahan (ABT) turun pada bulan November, pada bulan Desember kasus DBD turun drastis.

Dari hasil wawancara mendalam dengan penentu kebijakan dan pelaksana program, permasalahan DBD merupakan salah satu prioritas permasalahan yang perlu ditanggulangi segera, namun komitmen tersebut tidak diikuti oleh alokasi anggaran pada tahun 2007.

Pemerintah Daerah perlu meningkatkan alokasi anggaran program pemberantasan DBD sesuai kebutuhan program dengan melakukan mobilisasi dana dari berbagai sumber dengan mempertimbangkan kemampuan APBD Kota. Hal ini perlu ditunjang dengan upaya advokasi yang lebih efektif dari Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh dengan penyampaian data permasalahan yang lebih akurat disertai dengan perhitungan keuangan berdasarkan kebutuhan.

Daftar Bacaan : 36 (1985-2007)

**GRADUATE PROGRAM
PUBLIC HEALTH PROGRAM
HEALTH ECONOMICS**

Thesis, July 19, 2008

Rahmi Lizati

Funding Analysis of Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) Eradication Program in Banda Aceh City, 2007

xiv + 111 pages, 15 tables, 2 pictures, 1 graphic

ABSTRACT

Dengue haemorrhagic fever (DHF) is one of communicable diseases that may lead to outbreak, makes community concerned. Banda Aceh City is one of endemic areas of DHF in the Province of Nanggroe Aceh Darussalam that the number of case tends to increase. Therefore, it is needed an appropriate budget allocation with the need of fund for DHF eradication program.

The study was aimed to obtain the information about funding came from the government that allocated to DHF eradication program in 2007 according to the source, budget allocation, and commitment of related leaders as well as the fund need calculation of DHF eradication program using ABC costing.

The study design was operational study. Data used in this study were primary and secondary data. Primary data was originated from in-depth interview with related leaders while secondary data was gained from financial documents and program reports.

The result of funding analysis of DHF eradication program showed that budget allocation program from APBD in 2007 before the budget change was IDR 270,925,000. By reason of the increase of DHF case in 2007, the budget allocation became IDR 1,916,925,000.

According to the element of DHF eradication program, the highest budget allocation was for fogging. According to the program function, preventive action has the largest allocation. While according to budget line item, operational activity especially for chemical material procurement and staff wages had the largest allocation. Based on ABC

costing calculation, the fund needed to DHF eradication program was IDR 2,246,578,461.

In 2007, the budget of DHF eradication program was given away in May. However, DHF cases had been existing since January. Number of cases inclined from April to November. Additional cost budget came out in November but in December the number of DHF cases became low drastically.

From the interview conducted towards the decision makers and operational staffs, DHF matter was one of problems that should be overcome immediately. However, the commitment they made was not in line with the budget allocation in 2007.

Local government should increase the budget allocation of DHF eradication program appropriate to the program need by conducting fund mobilization from many sources by considering the ability of its APBD. It should be supported by advocacy effort more effective from the Banda Aceh City Health Office to submit data accurately and also to calculate the financial based on the need.

References: 36 (1985—2007)



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENDANAAN PROGRAM
PEMBERANTASAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH
DENGUE (DBD)
DI KOTA BANDA ACEH TAHUN 2007**

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

**OLEH :
RAHMI LIZATI
NPM : 0606139432**

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

DEPOK, 2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis Dengan Judul

ANALISIS PENDANAAN PROGRAM PEMBERANTASAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI KOTA BANDA ACEH TAHUN 2007

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program
Pascasarjana Universitas Indonesia

Depok, 19 Juli 2008

Pembimbing

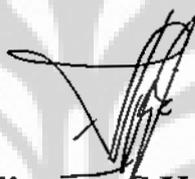


(Pujiyanto, S.K.M.,M.Kes)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 19 Juli 2008

Ketua



(Pujiyanto, S.K.M.,M.Kes.)

Anggota



(Ede Surya Darmawan, S.K.M.,MDM.)

(Budi Hidayat, S.K.M.,MPPM.,PHD.)



(Eny Priyatni, S.Sos.,MKM.)



(Ferry Yanuar, S.K.M.,M.Kes.)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rahmi Lizati
NPM : 0606139432
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Ekonomi Kesehatan

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

ANALISIS PENDANAAN PROGRAM PEMBERANTASAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI KOTA BANDA ACEH TAHUN 2007

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 19 Juli 2008



Rahmi Lizati
(Rahmi Lizati)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Rahmi Lizati

Tempat/Tanggal Lahir : Bireuen, 13 Februari 1976

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Pulo Ara Bireuen, Tahun 1982-1988
2. SMP Negeri 1 Bireuen, Tahun 1988-1991
3. SMA Negeri 1 Bireuen, Tahun 1991-1994
4. AKPER Pemda Lhokseumawe, Tahun 1994-1997
5. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Tahun 1999-2001
6. Program Pascasarjana Program Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Tahun 2006-sekarang

Riwayat Pekerjaan :

1. Staf Puskesmas Banda Sakti Lhokseumawe, Tahun 2005
2. Kepala Puskesmas Pembantu Banda Masen, Kota Lhokseumawe, Tahun 2006-sekarang.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Puji dan Syukur kepada Allah Yang Maha Kuasa karena Rahmat dan Karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan dengan baik tesis dengan judul “Analisis Pendanaan Program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Kota Banda Aceh Tahun 2007” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Pascasarjana, Program Ekonomi Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Pada Kesempatan ini secara khusus penulis sampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Pujiyanto, SKM, M.kes yang dalam kesibukan sehari-harinya senantiasa masih dapat meluangkan waktu untuk membagi pengetahuan dan memberikan bimbingan serta pengarahan dengan penuh kesabaran selama proses penyusunan tesis ini.

Selain itu penulis juga mendapatkan bantuan dan dukungan semangat dari berbagai pihak serta sebagai rasa syukur penulis sampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Kepala Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh dr. Media Yulizar, MPH yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.
2. Seluruh Staf pengajar Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI, beserta Staf Akademik dan Bagian Perpustakaan yang selalu senantiasa membantu.

3. Tim penguji yang bersedia hadir dan menguji tesis dengan pengertian terhadap segala keterbatasan peneliti.
4. Kedua orang tua tercinta Hj.Azizah dan H.Ali Murtala yang selalu melambungkan doa dan cinta kasihnya untuk penulis sehingga menjadi kekuatan bagi penulis dalam menghadapi setiap rintangan serta kakak, abang dan adikku tercinta yang memberikan dorongan dan bantuan moril bagi penulis.
5. Kedua mertuaku yang selalu memberikan doanya dan abang serta adik – adik iparku atas doanya.
6. Mulyadi, SKM suamiku tercinta dan anak-anak umi terkasih, Thayyar Muzayyin dan Raisa Salsabila, yang telah banyak kehilangan waktu bersama dan perhatian yang seharusnya menjadi haknya demi kelancaran dalam menempuh studi ini.
7. Kasubdin P2P Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, Ibu Desvita, SKM,M.kes dan beserta seluruh Staf P2P yang telah banyak membantu selama penelitian.
8. Teman-teman jurusan EKOKES angkatan 2006 yang senantiasa bekerja sama serta saling mendorong selama mengikuti perkuliahan dan penyelesaian tesis ini.
9. Teman-teman IMAN (Ikatan Mahasiswa Aneuk Nanggroe) atas semangat dan dukungannya.
10. Badan Rehabilitasi dan Rekontruksi NAD-Nias (BRR) sebagai penyandang dana dan Komite Pelaksana Beasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala.

11. Seluruh pihak yang telah membantu penulis selama menempuh pendidikan dan penulisan tesis yang tidak dapat dituliskan satu per satu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis terbuka untuk menerima saran dan sumbangan pemikiran dalam perbaikan tesis ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan ridho, bimbingan dan kekuatan kepada kita semua. Amin

Depok, Juli 2008

Penulis



DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	i
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR GRAFIK	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	6
1.3 Pertanyaan Penelitian	7
1.4 Tujuan Penelitian	7
1.4.1. Tujuan Khusus	7
1.4.2. Tujuan Umum.....	7
1.5. Manfaat Penelitian	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Definisi Pembiayaan Kesehatan	10
2.2 Definisi Biaya, Klasifikasi Biaya dan Jenis Biaya	11
2.2.1 Definisi Biaya	11
2.2.2 Klasifikasi Biaya.....	12
2.3 Jenis Biaya Kesehatan	13
2.4 Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan	13
2.5 Sumber-sumber Pembiayaan Kesehatan	14
2.6 Perencanaan Anggaran Kesehatan di Kabupaten/Kota	16
2.6.1 Proses Penyusunan Rencana Anggaran	18
2.6.2 Advokasi Dalam Penganggaran	19
2.6.3 Alokasi Anggaran Kesehatan	21
2.7 Masalah Anggaran Kesehatan	23
2.8 Kebutuhan Biaya Program	25
2.9 Activity Based Costing (ABC)	26
2.9.1 Pengertian	26
2.9.2 Pedoman Dalam Perhitungan ABC	27
2.10 Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)	28
2.10.1 Pengertian Demam Berdarah Dengue	28
2.10.2 Epidemiologi DBD	29
2.10.3 Cara Penularan Penyakit Demam Berdarah Dengue	30
2.10.4 Tempat Potensial Bagi Penularan DBD	31

2.10.5 Tanda-Tanda dan Gejala penyakit	32
2.11 Kegiatan Pokok Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue	36
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	45
3.2 Definisi Operasional	47
BAB 4 METODELOGI PENELITIAN	
4.1 Jenis Penelitian	51
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	51
4.3 Pengumpulan Data	51
4.3.1 Data Primer	51
4.3.2 Data Sekunder	52
4.4 Pengolahan dan Analisis Data	53
BAB 5 GAMBARAN UMUM KOTA BANDA ACEH	
5.1 Demografi dan Geografi	54
5.2 Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Perkapita	55
5.3 Lingkungan Fisik dan Biologi	56
5.4 Situasi Derajat Kesehatan	57
5.4.1 Umur Harapan Hidup (UHH)	57
5.4.2 Status Gizi Masyarakat	57
5.4.3 Angka Kesakitan	58
5.4.4 Angka Kematian	59
5.5 Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2007-2012 Kota Banda Aceh	60
5.5.1 Visi dan Misi	60
5.5.2 Strategi Pembangunan Daerah	61
5.6 Institusi Kesehatan	62
5.6.1 Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh	62
5.6.2 Rumah Sakit Umum Meuraxa	63
5.7 Pembiayaan Kesehatan	63
BAB 6 HASIL PENELITIAN	
6.1 Gambaran Pendanaan Program Pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun Anggaran 2007	66
6.1.1 Pendanaan Program Pemberantasan DBD	66
6.1.1.1 Berdasarkan Sumber Biaya	66
6.1.1.2 Pendanaan Berdasarkan Elemen Kegiatan	67
6.1.1.3 Pendanaan Berdasarkan Fungsi Program	69
6.1.1.4 Pendanaan Berdasarkan Mata Anggaran	70
6.2 Realisasi Anggaran Program Pemberantasan DBD	71
6.3 Gambaran Turunnya Anggaran Dengan Adanya Kasus DBD Di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007.....	73
6.4 Perbandingan Alokasi Dana Yang Tersedia Dibandingkan Dengan Perhitungan Activity Based Costing (ABC)	73
6.5 Hasil Wawancara dengan Pelaksana Program	76

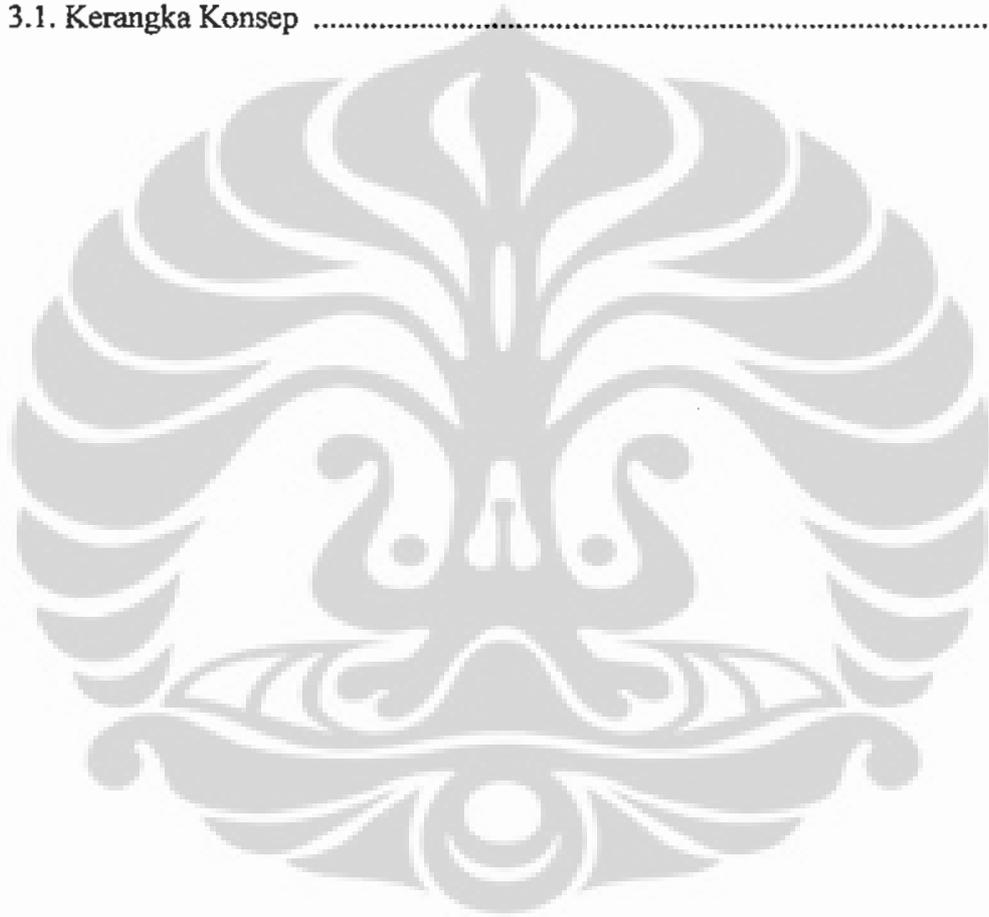
6.5.1 Karakteristik Informan	76
6.5.2 Hasil Wawancara	76
6.6 Hasil Wawancara dengan Penentu Kebijakan Alokasi (Bapeda dan DPRD)	82
6.6.1 Karakteristik Informan	82
6.6.2 Hasil Wawancara	82
BAB 7 PEMBAHASAN	
7.1 Keterbatasan penelitian	87
7.2 Analisis Pendanaan Program Pemberantasan Penyakit Menular, Program DBD terhadap Anggaran Dinas Kesehatan	87
7.3 Analisis Total pendanaan Program Pemberantasan DBD berdasarkan Sumber Biaya	88
7.4 Analisis Pendanaan Program Pemberantasan DBD	90
7.4.1 Berdasarkan Elemen Kegiatan	90
7.4.2 Analisis Berdasarkan Fungsi Program	93
7.4.3 Analisis Berdasarkan Mata Anggaran	95
7.5 Analisis Realisasi Anggaran Program Pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007	97
7.6 Analisis Turunnya Anggaran Dengan Adanya Kasus DBD Di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007.....	98
7.7 Perbandingan Pendanaan Program Pemberantasan DBD dengan Perhitungan Sistem ABC	99
7.8 Analisis Komitmen Pelaksana Program dan Penentu Kebijakan Alokasi	102
BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1 Kesimpulan	108
8.2 Saran	110
DAFTAR PUSTAKA	112
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
1.1 Anggaran Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007.....	5
5.1. Gambaran Demografi Kota Banda Aceh Tahun 2005 s/d 2007.....	55
5.2. Perkembangan PDRB Kota Banda Aceh atas Dasar Harga Berlaku Tahun 2002-2006.....	55
5.3. Perbandingan Laju Inflasi Kota Banda Aceh dan Nasional Tahun 2004-2007.....	56
5.4. Anggaran Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007.....	64
6.1. Proporsi Pembiayaan Program Pemberantasan DBD Terhadap P2M dan Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2005-2007.....	66
6.2. Pendanaan Program Pemberantasan DBD pada Dinkes Kota Banda Aceh Berdasarkan Sumber Pendanaan Tahun 2007.....	67
6.3. Pendanaan Program Pemberantasan DBD pada Dinkes Kota Banda Aceh Berdasarkan Elemen Kegiatan Tahun 2007.....	68
6.4. Pendanaan Program Pemberantasan DBD pada Dinkes Kota Banda Aceh Berdasarkan Fungsi Program Tahun 2007.....	69
6.5. Pendanaan Program Pemberantasan DBD pada Dinkes Kota Banda Aceh Berdasarkan Mata Anggaran Tahun 2007.....	70
6.6. Realisasi Anggaran Program Pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh Tahun 2007.....	71
6.7. Turunnya Anggaran Dengan Adanya Kasus DBD Di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007.....	73
6.8. Pendanaan Program Pemberantasan DBD dengan Perhitungan Sistem ABC di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007.....	74
6.9. Perbandingan Pendanaan Program Pemberantasan DBD Bersumber APBD dengan Costing ABC di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007.....	75
6.9. Karakteristik Informan Pelaksana Program.....	76
6.10. Karakteristik Informan Penentu Kebijakan Alokasi.....	82

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
2.1. Alokasi Biaya Ke Objek Biaya/Jasa Berdasarkan Aktivitas.....	27
3.1. Kerangka Konsep	46



DAFTAR GRAFIK

Nomor Grafik

Halaman

1.1. Jumlah Kasus Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Banda Aceh Tahun 2007.....	3
---	---



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit menular yang berbahaya, dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan wabah. Penyakit ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dan menimbulkan dampak sosial maupun ekonomi. Jumlah kasus yang dilaporkan cenderung meningkat dan daerah penyebarannya bertambah luas.

Serangan Demam Berdarah Dengue (DBD) pertama kali tercatat di Australia pada tahun 1897, kemudian tahun 1928 di Italia dan tahun 1931 di Taiwan. Kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah tercatat pertama kali di Filipina tahun 1953-1954 dilaporkan serangan penyakit dengan tingkat kematian yang tinggi. Kejadian yang sama juga melanda beberapa negara di Asia Tenggara termasuk Indonesia. Di Indonesia Demam Berdarah Dengue (DBD) pertama kali ditemukan di Surabaya pada tahun 1968 dengan jumlah penderita klinis sebanyak 58 orang dengan kematian 24 orang atau *case fatality rate* 41,5 %, semenjak itu penderita makin meningkat dan menyebar di kota-kota lain (Depkes RI 2006).

Pada tahun 1998 seluruh Propinsi di Indonesia sudah terjangkit penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD), di kota maupun desa terutama yang padat penduduknya dan arus transportasinya lancar. Penyakit DBD sering menimbulkan kekhawatiran masyarakat karena perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian pada banyak orang terutama anak-anak selama kurun waktu

tahun 1989 sampai dengan tahun 1993, di Indonesia setiap tahun rata-rata 18.000 orang di rawat di Rumah Sakit karena terserang penyakit ini dan 700-750 orang diantaranya meninggal dunia (Tarigan, 2000).

Menurut laporan Dirjen P2M dan P2P Depkes RI , jumlah kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) dari tahun ke tahun terjadi peningkatan baik dalam jumlah maupun luas wilayah yang terjangkit dan secara sporadis selalu terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) setiap tahun. Beberapa KLB besar terjadi pada tahun 1988, 1998, 2004 dan ditahun 2005 (Depkes, 2006)

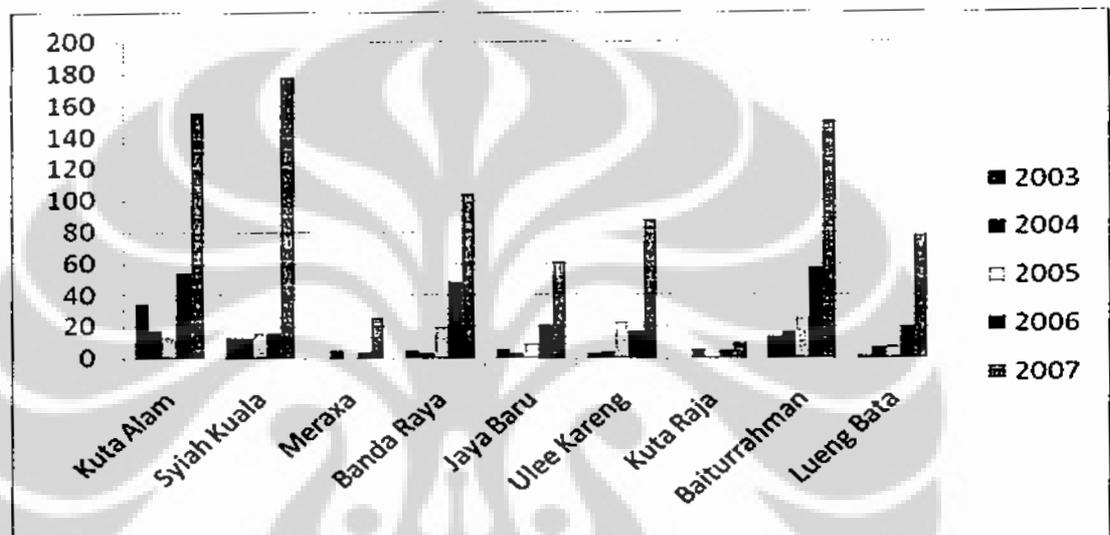
Menurut Depkes (2006) dalam Pembangunan Nasional berwawasan kesehatan melalui Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, bahwa sasaran yang hendak dicapai dalam program pengendalian DBD adalah menurunnya angka kesakitan (IR) DBD secara nasional 20 per 100000 penduduk, serta menurunnya angka kematian (CFR) di rumah sakit menjadi dibawah 1 persen.

Dalam upaya untuk penanggulangan penyakit DBD di Indonesia, pemerintah telah mengeluarkan keputusan Menteri kesehatan No.581/Menkes/SK/VII/1992 tentang pemberantasan penyakit DBD yang menjadi kebijakan program pemberantasan DBD di Indonesia dan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten/kota, program pencegahan dan pemberantasan DBD merupakan salah satu Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh kabupaten / kota (Priyatni,2006).

Di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam, Kota Banda Aceh merupakan salah satu daerah endemis Deman Berdarah dengan kasus DBD paling tinggi yaitu 851 kasus pada tahun 2007 dibandingkan dengan 21 kabupaten/kota di Provinsi NAD.

Dibandingkan keadaan sebelum tsunami, kasus DBD di Kota Banda Aceh meningkat tajam dari tahun ke tahun. Peningkatan kasus DBD di Kota Banda Aceh dapat dilihat pada Grafik 1.1 sebagai berikut:

Grafik 1.1. Jumlah Kasus Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di kota Banda Aceh 2003-2007



Sumber : Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh (P2M), 2007.

Dari grafik 1.1 terlihat bahwa Kota Banda Aceh dari tahun ke tahun terjadi peningkatan kasus DBD di setiap kecamatan yang ada di Kota Banda Aceh dan ini merupakan masalah kesehatan, walaupun pada tahun 2004 terjadi penurunan, namun setelah tahun 2004 terjadi peningkatan kasus DBD. Angka kesakitan DBD tahun 2005 sebesar 65 per 100.000 penduduk dan pada tahun 2007 sebesar 369 per 100.000 penduduk, angka ini merupakan angka diatas batas toleransi tingkat nasional yaitu 20 per 100.000 penduduk. Hal ini dikarenakan mobilisasi penduduk yang cukup tinggi, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang masih rendah, Kebiasaan penduduk yang masih buang sampah dan kotoran disembarang tempat, Minimnya sarana air bersih serta adanya wilayah kecamatan endemis DBD (P2M Dinkes Kota Banda Aceh).

Menurut Gani (2001), salah satu sebab mengapa kinerja pembangunan kesehatan Indonesia sangat rendah bila dibandingkan dengan negara lain adalah investasi di bidang kesehatan rendah. Sebelum terjadinya krisis ekonomi rata-rata biaya kesehatan Nasional adalah 2,5% GDP atau sekitar \$12 perkapita pertahun dari jumlah tersebut 25%-30% atau \$3 - \$4 perkapita berasal dari pemerintah.

Secara umum alokasi dana bersumber pemerintah yang dikelola oleh sektor kesehatan saat ini kurang efektif. Dana lebih banyak di alokasikan pada upaya *kuratif* (pengobatan) dibandingkan upaya *preventif* (pencegahan) maupun *promotif* (promosi), sehingga belum bisa mengedepankan upaya peningkatan kesehatan masyarakat.

Kebijakan Otonomi daerah merupakan implementasi undang-undang No.22 dan No. 25/1999, disempurnakan oleh undang-undang No.32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah dan UU No. 33 tahun 2004 tentang perimbangan keuangan antara Pusat dan Daerah serta Peraturan Pemerintah No.25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom, menyebabkan bidang kesehatan menjadi kewenangan dan tanggung jawab sepenuhnya Kabupaten/Kota dalam mengembangkan sistem kesehatan sesuai dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat setempat serta kondisi dan kemampuan daerah dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya. Proses perubahan tersebut juga memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk membuat perencanaan alokasi anggaran bidang kesehatan. Namun isu yang muncul dalam pembuatan perencanaan apakah sudah berbasis kinerja.

Di masa otonomi, diperkirakan ada 4 faktor yang menentukan kecukupan alokasi anggaran daerah untuk kesehatan, yaitu (1) penerimaan daerah dari pusat dan

daerah atau jumlah APBD, (2) skala prioritas daerah terhadap bidang kesehatan, (3) kemampuan Dinas Kesehatan menyusun rencana dan menyusun anggaran yang baik dan (5) kemampuan Dinas Kesehatan untuk melakukan *advocacy*. (Gani, 2001).

Kemampuan masing-masing Pemerintah Daerah sangat mempengaruhi didalam pengalokasian anggaran bidang kesehatan, dimana untuk Pemerintah Daerah yang daerahnya kaya akan sangat mungkin pengalokasian anggaran tersebut sesuai dengan kebutuhan, akan tetapi untuk pemerintah daerah dimana daerahnya termasuk kategori menengah apalagi daerah miskin, tentunya akan lebih mengutamakan/memprioritaskan pada sektor yang memberikan *Return Of Investment* dalam jumlah besar dan dalam jangka pendek, maka dari itu diperlukan kemampuan Dinas Kesehatan dalam menentukan dan mengusulkan prioritas program kesehatan dan kemampuan advokasi kepada Pemerintah Daerah dan lembaga legislatif untuk mendapatkan peningkatan alokasi anggaran (Firman,2007).

Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh alokasi anggaran untuk Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2006 sampai dengan tahun 2007 adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1. Anggaran Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007

TH	Total APBD (Rp)	Alokasi Dana Kesehatan (Rp)	%	Alokasi Dana PROG.P2M	%	Alokasi Dana PROG.DBD	%
2006	405.631.376.311	15.092.868.115	3,7	381.309.000	2,5	221.061.226	57
2007	532.046.733.984	26.369.042.189	4,9	2.125.222.800	8,0	1.916.925.000	90

Sumber: Bappeda Kota Banda Aceh

Berdasarkan tabel 1.1, jumlah alokasi dana kesehatan tahun 2006 dan tahun 2007 masih sangat kecil dan belum merupakan prioritas program, demikian juga dengan alokasi dana untuk program P2M. Namun berdasarkan tabel diatas, jumlah

dana untuk program DBD terjadi peningkatan dari tahun 2006 sampai 2007 dan mendapat alokasi dana sebesar 90%.

1.2. Perumusan Masalah

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan KLB, dan menimbulkan kekhawatiran di masyarakat, disebabkan perjalanan penyakit yang cepat dan dapat menimbulkan kematian dalam waktu yang singkat.

Berdasarkan uraian dan latar belakang, diketahui bahwa angka kesakitan penyakit DBD dari tahun 2005-2007 di Kota Banda Aceh terus meningkat, yakni berkisar antara 65 per 100.000 – 369 per 100.000 penduduk sedangkan batas toleransi tingkat nasional 20 per 100.000 penduduk. Masalah tersebut harus dicegah dan ditanggulangi dengan upaya dan kegiatan yang terprogram dengan baik. Untuk melaksanakan upaya dan kegiatan program tersebut maka diperlukan alokasi anggaran yang sesuai dengan kebutuhan dana untuk program pemberantasan penyakit DBD.

Pada tahun 2007 sumber anggaran untuk program pemberantasan DBD yang bersumber pemerintah hanya berasal dari APBD Kota. Dengan demikian perlu dilakukan suatu perhitungan biaya untuk program pemberantasan DBD, sehingga diketahui berapa sebenarnya kebutuhan dana untuk program pemberantasan DBD dibandingkan dengan alokasi dana dari APBD Kota untuk pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Berapakah total pendanaan Program Pemberantasan DBD bersumber APBD di Kota Banda Aceh tahun anggaran 2007.
2. Bagaimanakah ketepatan waktu turunnya anggaran Program Pemberantasan DBD terhadap munculnya kasus DBD di kota Banda Aceh tahun 2007.
3. Bagaimana komitmen dan peran pemangku kepentingan terhadap pendanaan Program Pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh Tahun 2007.
4. Berapakah kebutuhan dana Program Pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh Tahun 2007.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diperolehnya informasi pendanaan kesehatan yang bersumber pemerintah yaitu APBD Kota yang di alokasikan untuk Program pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) tahun anggaran 2007.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketuinya total pendanaan dari sumber APBD Kota untuk Program Pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh tahun anggaran 2007.
2. Diketuinya ketepatan waktu turunnya anggaran Program Pemberantasan DBD terhadap munculnya kasus DBD di kota Banda Aceh tahun 2007.

3. Diketuainya komitmen dan peran pemangku kepentingan terhadap pendanaan Program Pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh Tahun 2007.
4. Diketuainya kebutuhan dana Program Pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh Tahun 2007.

1.5. Manfaat Penelitian

A. Bagi Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

1. Sebagai bahan evaluasi dalam penyusunan alokasi anggaran Program pemberantasan penyakit DBD.
2. Sebagai masukan dan saran dalam penyusunan anggaran program pemberantasan penyakit DBD di masa yang akan datang.

B. Bagi Pemerintah Daerah Kota Banda Aceh

Sebagai bahan masukan dalam menetapkan kebijakan alokasi anggaran Pendanaan Program Pemberantasan penyakit menular khususnya DBD dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

C. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan, keterampilan dan kemampuan dalam menganalisis kebutuhan pendanaan suatu program yang berdaya guna dan berhasil guna.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh mengenai pendanaan program pemberantasan penyakit DBD pada tahun 2007. Data yang digunakan yaitu data sekunder pada pengelola anggaran pemberantasan penyakit

DBD tahun 2007. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam pada pihak yang terkait dalam menentukan Anggaran yaitu, Komisi D Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), Kasubdin Kesejahteraan Sosial BAPPEDA, Kepala Dinas Kesehatan, Kasubdin P2M, Kasie P2M Dinas Kesehatan kota Banda Aceh. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret – April 2008.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan sumberdaya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes R.I,2004)

Adapun tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Untuk terwujudnya pembangunan kesehatan maka dalam penyelenggaraan suatu pembiayaan kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Jumlah dana untuk kesehatan harus cukup tersedia dan dikelola secara berdaya-guna, adil, dan berkelanjutan yang didukung oleh transparansi dan akuntabilitas.
2. Dana pemerintah diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin.
3. Dana masyarakat diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan yang terorganisir, adil, berhasil guna, dan berdaya guna melalui jaminan

pemeliharaan kesehatan baik berdasarkan prinsip solidaritas sosial yang wajib maupun sukarela, yang dilaksanakan secara bertahap.

4. Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui penghimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan (misal: dana sehat) atau memanfaatkan dana masyarakat yang telah terhimpun (misal: dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.
5. Pada dasarnya penggalan, pengalokasian, dan pembelajaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun untuk pemerataan pelayanan kesehatan, pemerintah menyediakan dana perimbangan (*matching grant*) bagi daerah yang kurang mampu.

2.2. Definisi Biaya, Klasifikasi Biaya dan Jenis Biaya kesehatan

2.2.1. Definisi Biaya

Biaya (*cost*) merupakan suatu sumber daya yang dikorbankan (*Sacrified*) atau dilepaskan (*forgone*) untuk mencapai tujuan tertentu (Horngren, 2003). Biaya (*cost*) adalah pengorbanan dari penggunaan sumber daya pada pemilihan alternatif terbaik (Drummond, 1980). Biaya adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan (dipakai) untuk menghasilkan suatu produk atau output, atau untuk mengkonsumsi suatu produk atau output (Depkes, 2002). Sehingga dari kedua definisi di atas dapat diambil kesimpulan bahwa biaya (*cost*) adalah pengorbanan yang dikeluarkan untuk mencapai tujuan, bisa berbentuk uang, barang, waktu atau kesempatan yang dikorbankan.

2.2.2. Klasifikasi dan Jenis Biaya

Dalam melakukan perhitungan biaya program, ada beberapa klasifikasi biaya yang harus dipahami. Tidak semua klasifikasi berikut "*applicable*" untuk analisis biaya program, akan tetapi perlu diketahui untuk menyamakan persepsi dan mencegah salah pengertian (Depkes, 2002).

a. Klasifikasi biaya menurut fungsi (kegunaannya) :

a.1. Biaya Investasi

Biaya Investasi adalah biaya yang dikeluarkan untuk barang modal, yang kegunaannya (pemanfaatannya) bisa berlangsung selama satu tahun atau lebih. Contoh biaya investasi adalah biaya pembangunan gedung, pembelian alat medis dan non medis dan pendidikan staf.

a.2. Biaya Operasional

Biaya operasional adalah biaya yang diperlukan untuk mengoperasikan barang modal (agar barang investasi tersebut berfungsi). Contoh biaya operasional adalah biaya gaji, upah, insentif, biaya obat dan bahan, biaya makanan, biaya perjalanan, biaya bahan bakar, biaya listrik, telepon, air, dan lain-lain.

a.3. Biaya Pemeliharaan

Biaya pemeliharaan adalah biaya yang diperlukan untuk menjaga atau mempertahankan kapasitas barang investasi (agar barang investasi tersebut dapat bertahan lama). Contohnya adalah biaya pemeliharaan gedung, pemeliharaan alat medis dan non medis, biaya pemeliharaan SDM(training) dan lain-lain.

2.3. Jenis Biaya Kesehatan

Berdasarkan pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan secara umum dapat dibedakan menjadi dua jenis (Azwar,1996):

a. Biaya Pelayanan Kedokteran

Biaya yang dimaksud adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.

b. Biaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Biaya yang dimaksud adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat, yakni yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

2.4. Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan

Menurut Azwar, Azrul (1996), bahwa suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok yakni :

A. Jumlah

Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup dalam arti dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.

B. Penyebaran

Syarat lain yang harus dipenuhi ialah penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, niscaya akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

C. Pemanfaatan

Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapatkan pengaturan yang seksama, niscaya akan banyak menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Dari tiga syarat diatas, agaknya yang terpenting adalah syarat kedua dan ketiga. Mudah difahami karena betapapun diusahakan, jumlah dana yang tersedia selalu bersifat terbatas. Bertitik tolak dari keadaan seperti ini, maka dalam membicarakan biaya kesehatan, perhatian lebih dicurahkan tidak pada upaya penambahan dana, melainkan pada pengaturan penyebaran dan pemanfaatan dana yang tersedia.

2.5. Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan

Menurut Azwar (1996), Sumber Pembiayaan kesehatan dapat dibedakan atas dua macam yakni:

1. Seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah

Tergantung dari bentuk pemerintahan yang dianut, ditemukan negara yang sumber biaya kesehatannya sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pada negara yang seperti ini, tidak ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Seluruh

pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah dan pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan secara cuma-cuma.

2. Sebagian ditanggung oleh masyarakat

Pada beberapa negara lain, sumber pembiayaan kesehatannya juga berasal dari masyarakat. Pada negara yang seperti ini, masyarakat diajak berperan serta, baik dalam menyelenggarakan upaya kesehatan maupun pada waktu memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan.

Menurut Gani.A (2002), sumber pembiayaan kesehatan yang bersumber Pemerintah terdiri dari:

1. Pemerintah Pusat : APBN, JPSBK, Bantuan dan Pinjaman Luar Negeri
2. Pemerintah Propinsi : APBD Propinsi
3. Pemerintah Daerah : APBD Kabupaten/Kota, penerimaan fungsional kesehatan (Dinas kesehatan, BKKBN, Dinas Diknas, Dinas PMD dan lain-lain)

Khusus untuk Pemerintah Daerah, total anggaran pemerintah disebut APBD.

Berdasarkan SK Mendagri No. 29/2002, sumber APBD terdiri dari:

1. Pendapatan Asli Daerah
 - a. Pajak Daerah
 - b. Restribusi Daerah
 - c. Hasil Perusahaan Milik Daerah + Pengelolaan Kekayaan Daerah dan lain-lain dari pendapatan yang syah.
2. Dana Perimbangan
 - a. Dana Daerah yang berasal dari Bagi Hasil Pajak dan Bukan Pajak
 - b. DAU

c. DAK

d. Bantuan Keuangan dari Propinsi.

Biaya Pemerintah Daerah untuk sektor kesehatan antara lain adalah alokasi untuk Dinas Kesehatan dan Puskesmas, RSUD, Gudang Farmasi, Laboratorium Daerah, dan BKKBN. Sedangkan untuk sektor non kesehatan yang melakukan kegiatan kesehatan termasuk misalnya : dana UKS untuk Dinas Pendidikan dan lain-lain.

2. 6. Perencanaan Anggaran Kesehatan di Kabupaten/Kota

Otonomi daerah, sebagai implementasi Undang-undang No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan No.25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan yang pada saat ini telah direvisi dengan UU No. 32 Tahun 2004 telah melimpahkan kewenangan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah, dimana pemerintah daerah diberi kewenangan untuk merumuskan dan mengembangkan sistem kesehatan di daerah yang bersangkutan, sesuai dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat setempat serta kondisi dan kemampuan daerah (Siswanto, 2004). Pemerintah Daerah diberi kewenangan untuk menyusun perencanaan anggaran sendiri sesuai dengan prioritas masalah kesehatan di Daerah tersebut.

Menurut Azwar 1996, dalam menjalankan fungsi administrasi, yang terpenting dari fungsi administrasi tersebut diantaranya adalah fungsi perencanaan (*planning*). Dimana dalam perencanaan, ada tiga aspek pokok yang harus diperhatikan yaitu hasil dari pekerjaan perencanaan (*outcome of planning*), perangkat organisasi yang dipergunakan untuk melakukan pekerjaan perencanaan (*mechanic of*

planning), serta proses atau langkah-langkah melakukan pekerjaan perencanaan (*process of planning*).

Di bidang kesehatan, perencanaan dapat didefinisikan sebagai proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut (Muninjaya, 1999).

Dari definisi diatas, maka perencanaan akan efektif bila perumusan masalah dibuat berdasarkan fakta-fakta, dimana fakta-fakta tersebut diungkap dengan menggunakan data sebagai penunjang rumusan masalah. Perencanaan juga merupakan proses pemilihan alternatif tindakan yang terbaik untuk mencapai tujuan organisasi.

Untuk perencanaan kesehatan akan efektif jika masing-masing daerah membuat perencanaan berdasarkan masalah dan data-data yang ada di wilayahnya masing-masing sehingga perencanaan kesehatan daerah menjadi responsif dan akomodatif terhadap masalah kesehatan spesifik daerah. Namun demikian, mengingat masalah kesehatan di daerah bisa menjadi masalah kesehatan Nasional bahkan global maka proses "*bottom up*" dan "*top down*" kedua-duanya tetap harus diterapkan. Oleh karena itu perencanaan kesehatan daerah perlu memperhatikan dan mengakomodir kebijakan kesehatan nasional sebagai berikut (Depkes, 2004 ; Priyatni, 2006) :

1. Prioritas Masalah Kesehatan Nasional
2. Prioritas Intervensi dan Program kesehatan

3. Kewenangan wajib, SPM dan Pelayanan/Program Essensial

4. Pemeliharaan Kesehatan Penduduk Miskin

2.6.1. Proses Penyusunan Rencana Anggaran

Menurut Azwar (1996), sekalipun bentuk rencana anggaran sangat bervariasi, namun proses yang ditempuh dalam menyusun rencana anggaran pada dasarnya tidak berbeda. proses yang dimaksud adalah sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi Kegiatan

Kegiatan pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi berbagai kegiatan yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan yang diidentifikasi sebaiknya hanya yang bersifat pokok saja (*mollar activities*) dalam arti apabila tidak dilaksanakan, akan menyebabkan tidak tercapainya tujuan yang telah ditetapkan.

2. Menentukan Sumber Daya

Kegiatan yang dilakukan adalah menentukan jumlah dan jenis sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah diidentifikasi. Sumber daya tersebut banyak macamnya. Secara umum dibedakan atas tiga macam yakni tenaga, dana dan sarana. Hitung kebutuhan sumber daya tersebut untuk setiap kegiatan.

3. Mengubah Sumber Daya dalam Bentuk Uang

Kegiatan ini dikenal dengan nama penentuan biaya, yang pelaksanaannya tidak sederhana. Berapakah besarnya honor yang pantas untuk seorang pekerja kasar? Berapakah untuk tenaga ahli? Berapa sebenarnya harga bahan baku yang diperlukan? Untuk memudahkan pekerjaan biasanya dipergunakan biaya unit baku

(*standard unit cost*) yang dihitung berdasarkan harga masa lalu ditambah dengan perkiraan kenaikan harga pada masa datang.

4. Menyusun dan Menyajikan Rencana Anggaran

Menyusun dan menyajikan rencana anggaran yang telah disusun ke dalam format baku yang telah disepakati.

5. Mengirimkan untuk Persetujuan

Kegiatan kelima yang dilakukan ialah mengirimkan rencana anggaran yang telah disusun kepada pihak-pihak yang berwenang memberikan persetujuan. Kadang-kadang diperlukan beberapa revisi.

2.6.2. Advokasi Dalam Penganggaran

Pada era otonomi daerah terjadi perubahan lingkungan yang berlangsung terus menerus dan dinamis. Salah satu perubahan tersebut adalah munculnya peran vital perencanaan strategis (*renstra*) dalam penyusunan anggaran. Pada otonomi daerah, pemerintah daerah diharapkan menjadi lebih mandiri dalam menentukan kebijakan dan kegiatan pembangunan prioritas. Tetapi pada kenyataannya, tidak jarang dijumpai Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, dan DPRD belum siap menerapkan anggaran kesehatan berdasarkan perencanaan strategis.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan ketidaksiapan aparatur daerah dalam merespons perubahan-perubahan tersebut. Pertama, aparatur pada Dinas Kesehatan belum mampu melakukan berbagai aspek perencanaan strategis, mulai dari menentukan visi dan misi, penyusunan anggaran, hingga melakukan negosiasi dan *lobby* agar anggaran mendapat pendanaan. Aparatur daerah belum siap merespons perubahan peran manajerial, dari sekedar pelaksana kegiatan-kegiatan yang

dirancang oleh pusat menjadi perencana dan pelaksana program kesehatan di daerah. Kelemahan lain diperparah oleh ketidaklengkapan database. Kedua, aparatur pemerintah daerah dan DPRD belum memahami pembangunan kesehatan secara komprehensif. Umumnya kegiatan bidang kesehatan dipandang secara terbatas sebagai kegiatan yang bersifat kuratif. Bagi pejabat di daerah, program kesehatan yang menarik perhatian adalah program yang bersifat fisik, dan program kesehatan yang perlu diberi prioritas adalah program yang mendatangkan keuntungan finansial.

Menghadapi perubahan-perubahan tersebut, maka langkah awal yang penting dilakukan kepala Dinas Kesehatan dalam memimpin perubahan adalah (1) Perubahan diri dan perilaku pemimpin, (2) Peningkatan kompetensi kepemimpinan, (3) Menjadi contoh bagaimana berubah, (4) Mengambil keputusan tentang apa dan bagaimana perubahan tersebut, (5) Menaruh perhatian besar pada proses komunikasi. Langkah kedua adalah melakukan analisis *stakeholder* oleh kepala Dinas Kesehatan dan staf : (1) Menentukan siapa yang menjadi *stakeholder* yang akan memberikan pengaruh positif atau negatif terhadap upaya yang akan dilakukan, (2) Mengantisipasi dan mempersiapkan diri untuk menghadapi pengaruh positif maupun negatif tersebut, (3) Memberikan nilai pengaruh sikap *stakeholder*, (4) Mengembangkan strategi untuk memperoleh dukungan maksimal bagi upaya yang akan dilakukan, (5) Membuat rencana alternatif tindakan untuk menghadapi *stakeholder*.

Langkah-langkah pendekatan proaktif perlu dilakukan agar para *stakeholder* bisa membantu dalam meningkatkan anggaran Dinas Kesehatan dan program dan kegiatan kesehatan yang diusulkan bisa didanai. Analisis *stakeholder* penting karena proses penentuan anggaran melalui beberapa tahap dan diputuskan oleh beberapa

stakeholder, baik individu maupun kelompok. *Stakeholder* utama adalah Bupati, kemudian Tim Anggaran Pemda yang diketuai Sekda dengan anggota Tim Anggaran adalah Bappeda, BPKKD (Badan Pengelolaan Kekayaan dan Keuangan Daerah). Daerah lain mungkin menggunakan istilah yang berbeda untuk BPKKD.

Usulan dari berbagai institusi dikupas, dibahas, dan diputuskan untuk disetujui mendapatkan pembiayaan atau tidak, dan berapa besar pembiayaan tersebut. Persetujuan tersebut tergantung dari persepsi dan kemampuan tim dalam mengakomodasi usulan. Keputusan itu kemudian dicetak dan dimintakan persetujuan kepada bupati, untuk selanjutnya dikirim dan dibahas dalam komisi-komisi DPRD. *Stakeholder* kedua adalah Ketua dan Anggota Komisi yang membidangi kesehatan, yaitu Komisi D. Pada saat pembahasan di Komisi D pada DPRD, Kepala Dinas Kesehatan harus bisa memberikan penjelasan untuk meyakinkan *stakeholder* tentang pentingnya kegiatan-kegiatan program yang diusulkan, kaitannya dengan hasil, manfaat, dan dampak yang diharapkan (Murti, 2006).

2. 6. 3. Alokasi Anggaran Kesehatan

Menurut Djamaluddin (1977), Anggaran adalah jenis rencana yang menggambarkan rangkaian atau kegiatan yang dinyatakan dalam bentuk angka-angka dari segi uang untuk suatu jangka waktu tertentu.

Tujuan dari dilakukannya penyusunan anggaran adalah (1) dari segi merasionalkan penggunaan sumber-sumber finansial dan materil yang tersedia pada suatu daerah atau negara, (2) anggaran yang disusun dimaksudkan sebagai usaha untuk menyempurnakan rencana yang telah disusun oleh pemerintah sebelumnya, (3) untuk memperinci penggunaan sumber-sumber menurut obyek pembelanjannya

sehingga dapat memudahkan pengawasan terhadap penggunaan dari penerimaan-penerimaan pemerintah, misalnya penggunaan untuk belanja pegawai, perjalanan dinas, belanja barang, pemeliharaan dan lain-lainnya. Penyusunan anggaran dengan tujuan ini lazim dijumpai pada sistem anggaran tradisional, (4) untuk digunakan sebagai landasan formil yuridis dari penggunaan sumber-sumber penerimaan serta sebagai alat untuk mengadakan pembatasan-pembatasan penggunaannya yang mungkin melebihi ketentuan anggaran, (5) untuk menampung dan menganalisa serta memutuskan berapa alokasi pembiayaan terhadap pelaksanaan dari seluruh program dan proyek-proyek pemerintah yang diusulkan oleh aparat pelaksana, dan yang ke (6) lebih menekankan segi pencapaian arah dan tujuan serta target yang telah ditetapkan oleh perencana induk. Anggaran disusun berdasarkan sumber-sumber dana tertentu dan diusahakan pengolahan dan perencanaan anggarannya sedemikian rupa sehingga dapat dicapai hasil yang semaksimal-maksimalnya.

Sedangkan pengertian dari Alokasi anggaran adalah proses melakukan distribusi anggaran kepada unit-unit yang membutuhkannya, yaitu dalam konteks suatu kegiatan tertentu. Untuk sektor kesehatan, ada berbagai jenjang hierachi alokasi anggaran, yaitu (1) alokasi antara sektor, (2) alokasi antar program, (3) alokasi antar jenjang administrasi, (4) alokasi antara mata anggaran, (5) alokasi antara segmen masyarakat dan (6) alokasi antar wilayah (Gani, 1999).

Anggaran daerah pada hakekatnya merupakan salah satu alat untuk meningkatkan pelayanan publik dan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan tujuan otonomi daerah yang luas, nyata dan bertanggung jawab. Dengan demikian APBD harus benar-benar mencerminkan kebutuhan masyarakat dengan memperhatikan potensi dan keanekaragaman daerah.

Dengan Kepmendagri No. 29 Tahun 2002, sistem anggaran dirubah dari DIP/DIK menjadi Anggaran Berbasis Kinerja dengan harapan dapat lebih mendorong pemerintah daerah untuk lebih mandiri dalam menentukan arah kebijakan dan aktivitas pembangunan yang menjadi prioritasnya. Dimana aktivitas maupun program kerja yang tercermin dalam APBD akan disusun dan direncanakan berdasarkan pada anggaran kinerja. Pendekatan kinerja merupakan sistem anggaran yang didasarkan pada upaya pencapaian hasil kerja (*output, outcome, benefit dan impact*) dari proses alokasi anggaran dan input yang ditetapkan (Maryanti, 2004).

2.7. Masalah Anggaran Kesehatan

Anggaran Program Kesehatan meliputi anggaran rutin dan pembangunan. Masalah yang selalu timbul dalam anggaran adalah terdapat gap/perbedaan antara rencana anggaran (*budget proposals*), alokasi (*allocations*) dan realisasi (*real expenditures*). Di dalam proses keuangan terdapat tiga tahap yang harus dilaksanakan oleh para pengelola program. Beberapa bulan sebelum tahun anggaran berjalan (*fiscal year*), para pelaksana program mengajukan usulan/rencana kegiatan yang diterjemahkan dalam bentuk uang. Usulan tersebut harus mendapatkan persetujuan dari DPR/DPRD. Anggaran yang telah disetujui tersebut yang berupa APBN/APBD merupakan rencana kegiatan dalam bentuk uang yang akan dialokasikan untuk sektor-sektor termasuk sektor kesehatan. Realisasi dari anggaran tersebut biasanya tidak sesuai dengan rencana alokasinya, tetapi selalu kurang atau lebih (Budiarto, 1986).

Selama ini, alokasi anggaran pusat ke Daerah Tingkat II (DATI-II) dilakukan atas dasar beberapa pertimbangan, yaitu :

1. Pengalaman alokasi tahun-tahun sebelumnya (*hystorical budget*)

Penganggaran yang bersifat *hystorical budget* yang bersifat top down belum tentu mencerminkan kebutuhan kesehatan sesungguhnya (*health need*). Seringkali pihak pusat menentukan kebutuhan daerah atas dasar proyeksi yang tidak tepat. Misalnya perkiraan jumlah balita di DATI-II tertentu didasarkan pada proyeksi dengan menggunakan angka-angka nasional.

2. Usulan yang disampaikan daerah

Usulan yang disampaikan daerah, walaupun sudah mempertimbangkan masalah kesehatan setempat, dasarnya adalah angka-angka yang dilaporkan fasilitas pelayanan kesehatan dan pengelola program (*facility based data*), dan bukan berdasarkan data yang diperoleh dari survey penduduk (*population based data*). Disamping itu, daerah cenderung menaikkan anggaran yang diusulkannya dalam bilangan persentase tertentu, misalnya 20% lebih besar dari anggaran tahun yang lalu, dengan asumsi penyesuaian dengan inflasi dan dugaan bahwa pihak pusat akhirnya akan melakukan berbagai reduksi.

3. Perhitungan kebutuhan daerah menurut jumlah penduduk, khususnys untuk alokasi anggaran obat-abatan.

Perhitungan kebutuhan atas jumlah penduduk, yang di Indonesia dipakai untuk alokasi anggaran obat, juga tidak mempertimbangkan "*health need*" sesungguhnya, karena jumlah penduduk yang sama belum tentu mempunyai masalah kesehatan yang sama (Gani.A, 1999).

2.8. Kebutuhan Biaya Program

Pendanaan pemerintah untuk biaya program preventif per kapita masih rendah dengan nilai cakupan yang juga rendah. Namun sejak tahun 1987 ada peningkatan dalam jumlah rupiah dan perkapita. Akan tetapi, tidak demikian halnya bila dihitung dengan kurs US\$. Kebijakan alokasi anggaran masing-masing program tidak sama setiap tahunnya. Dalam mengalokasikan anggaran perlu kiranya didasarkan pada kebutuhan yang juga mempertimbangkan efisiensi dan efektivitas (Suharno, 2005).

Salah satu langkah kritis dalam perencanaan dan penganggaran program adalah menentukan besar biaya dari suatu program yang dibutuhkan. Banyak Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota mengemukakan bahwa program-program kesehatan tidak dapat dilaksanakan dengan baik karena ketidakcukupan anggaran. Seberapa besar sebenarnya kebutuhan anggaran suatu program kesehatan tertentu dianggap ideal? Pertanyaan ini sering tidak bisa dijawab oleh karena memang perhitungan biaya secara sistematis sangat jarang dilakukan. Sering terdengar keluhan bahwa anggaran yang diusulkan oleh Dinas kabupaten / Kota tidak mempunyai dasar yang kuat, usulan anggaran tersebut lebih banyak didasarkan pada anggaran tahun yang lalu dengan melakukan *mark up* (menaikkan) sebesar presentase tertentu.

Oleh karena itu perhitungan biaya program kesehatan tertentu secara rinci dan teliti perlu dilakukan. Bukan saja agar angkanya meyakinkan pihak-pihak sumber dana, akan tetapi sekaligus untuk menilai apakah target program yang akan dilaksanakan pada tahun mendatang betul-betul realistis. Dengan menghitung kebutuhan biaya untuk mengatasi masalah kesehatan di kabupaten/kota akan diperoleh gambaran besar biaya tersebut.

2.9. Activity Based Costing (ABC)

2.9.1. Pengertian

Ada beberapa pengertian tentang *activity based costing (ABC)* dalam ilmu akuntansi biaya. Menurut Mulyadi (2003) ABC adalah sistem informasi biaya berbasis aktivitas yang didesain untuk memotivasi personel dalam melakukan pengurangan biaya dalam jangka panjang melalui pengelolaan aktivitas. ABC system didesain dengan keyakinan dasar bahwa biaya hanya dapat dikurangi secara signifikan melalui pengelolaan terhadap penyebab timbulnya biaya, yaitu aktivitas. Pengelolaan aktivitas ditujukan untuk mengerahkan dan mengarahkan seluruh aktivitas organisasi ke penyediaan produk/jasa bagi kepentingan pemuasan kebutuhan customer.

ABC adalah suatu metode pengukuran biaya produk atau jasa yang didasarkan atas penjumlahan biaya (*cost accumulation*) dari pada kegiatan atau aktivitas yang timbul berkaitan dengan produksi atau jasa tertentu (Witjaksono, 2006).

Sementara itu menurut Hongren (2005) ABC adalah suatu sistem perhitungan biaya dengan menekankan pada aktivitas sebagai objek biaya dasar (*fundamental*). Aktivitas bisa berupa kejadian, tugas atau unit pekerjaan dengan tujuan khusus. Sistem ABC mengkalkulasi biaya setiap aktivitas dan mengalokasikan biaya ke objek biaya seperti barang dan jasa berdasarkan aktivitas yang dibutuhkan untuk memproduksinya.

3. Dasar Alokasi Biaya

Untuk setiap kelompok biaya aktivitas, ukuran aktivitas yang dikerjakan menjadi dasar alokasi biaya.

Jadi sistem ABC merupakan sistem yang membentuk kelompok biaya berdasarkan aktivitas, maka untuk menghitung suatu biaya program pemberantasan DBD, maka setiap kegiatan dalam pedoman pemberantasan DBD dapat dihitung berdasarkan sistem ABC.

2.10. Penyakit Demam Berdarah Dengue

2.10.1. Pengertian Demam Berdarah Dengue

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang dapat menimbulkan dampak sosial maupun ekonomi. Di Indonesia sejak pertama kali ditemukan pada tahun 1968, jumlah penderita DBD cenderung meningkat serta semakin luas penyebarannya. Keadaan ini erat kaitannya dengan meningkatnya mobilitas penduduk sejalan dengan semakin lancarnya hubungan transportasi, adanya pemukiman-pemukiman baru, faktor musim dan penyimpangan pola hujan dan pola hidup bersih masyarakat yang masih kurang (Depkes,2006).

Adapun pengertian daripada penyakit Demam Berdarah Dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini dapat menyerang semua orang dan dapat mengakibatkan kematian terutama pada anak, serta sering menimbulkan kejadian luar biasa atau wabah (Hadinegoro, 2000).

Demam Berdarah Dengue (DBD) disebabkan virus dengue yang termasuk kelompok B *Arthropod Borne Virus* (Arboviroses) yang sekarang dikenal sebagai genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*, dan mempunyai 4 jenis serotipe, yaitu : DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Infeksi salah satu serotipe akan menimbulkan antibodi terhadap serotipe yang bersangkutan, sedangkan antibodi yang terbentuk terhadap serotipe lain sangat kurang, sehingga tidak dapat memberikan perlindungan yang memadai terhadap serotipe lain tersebut. Seseorang yang tinggal di daerah endemis dengue dapat terinfeksi oleh 3 atau 4 serotipe selama hidupnya. Keempat serotipe virus dengue dapat ditemukan di berbagai daerah di Indonesia (Depkes, 2004).

2.10.2.Epidemiologi DBD

Penyakit DBD dengan KLB pertama kali ditemukan di Manila (Philipina) pada tahun 1953, kemudian disusul negara- negara seperti Thailand dan Vietnam. Pada dekade enam puluhan penyakit ini mulai menyebar ke negara-negara Asia Tenggara, antara lain :Singapura, Malaysia, Srilanka dan Indonesia.

Di Indonesia penyakit ini mulai ditemukan pada tahun 1968 di Surabaya dan DKI Jakarta, kemudian menyebar ke berbagai wilayah. Kini semua propinsi di Indonesia sudah terjangkit penyakit ini di berbagai kota maupun desa terutama yang padat penduduknya dan arus transportasinya lancar (Tarigan,2000).

Penyakit DBD merupakan penyakit endemis di Indonesia, jumlah kasus terus meningkat dalam jumlah maupun luas wilayah yang terjangkit dan secara sporadis selalu terjadi KLB setiap tahun. Pada tahun 2004 dari Januari hingga Mei KLB Nasional terjadi di 16 propinsi yaitu NAD, Riau, Lampung, seluruh propinsi di P.Jawa, Bali, NTB, NTT, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur dan Sulawesi

Selatan dengan Total kasus mencapai 59.000 dan kematian 689 orang (I.R 24 per 100.000 penduduk dan CFR 1,1%). Dan pada tahun 2005, terjadi KLB dengan pola yang berbeda dengan tahun 2004 yaitu terjadi 3 puncak peningkatan kasus, di bulan Januari-Maret, Agustus dan Desember 2005, peningkatan kasus di beberapa propinsi seperti DKI Jakarta, Jawa Barat, Kalimantan Timur, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Selatan dengan Total kasus sebanyak 95.279 dan kematian 1298 orang (IR 43,31 dan CFR 1,36%). Pada tahun 2006 sampai bulan Agustus telah terdapat 71.009 kasus dan 722 kematian (Depkes, 2006).

Pasca tsunami kasus DBD di Kota Banda Aceh meningkat tajam dari tahun ke tahun. Angka kesakitan DBD tahun 2005 sebesar 65 per 100.000 penduduk (CFR 1,7%) dan pada tahun 2006 sebesar 112 per 100.000 penduduk (CFR 2,47%) (Profil DINKES, 2006), angka ini di atas batas toleransi tingkat nasional yaitu untuk angka kesakitan DBD 20 per 100.000 penduduk dan untuk angka kematian DBD < 1%.

2.10.3. Cara Penularan Penyakit Demam Berdarah Dengue

Penyakit ini ditularkan orang yang dalam darahnya terdapat virus dengue. Orang ini bisa menunjukkan gejala sakit, tetapi bisa juga tidak sakit jika orang tersebut mempunyai kekebalan yang cukup terhadap virus dengue. Terdapat tiga faktor yang memegang peranan dalam penularan infeksi virus dengue, yaitu manusia, virus, dan vektor perantara. Virus dengue ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk *Aedes albopictus*, *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies yang lain dapat juga menularkan virus ini, namun merupakan vektor yang kurang berperan. Nyamuk *Aedes* tersebut dapat mengandung virus dengue pada saat menggigit manusia yang sedang mengalami viremia. Kemudian virus yang berada di

kelenjar liur berkembang biak dalam waktu 8-10 hari (*extrinsic incubation period*) sebelum dapat ditularkan kembali kepada manusia pada saat gigitan berikutnya. Virus dalam tubuh nyamuk betina dapat ditularkan kepada telurnya (*transovarian transmission*), namun perannya dalam penularan virus tidak penting. Sekali virus dapat masuk dan berkembang biak di dalam tubuh nyamuk, nyamuk tersebut akan dapat menularkan virus selama hidupnya (*infektif*). Di tubuh manusia, virus memerlukan waktu masa tunas 4-6 hari (*intrinsic incubation period*) sebelum menimbulkan penyakit. Penularan dari manusia kepada nyamuk hanya dapat terjadi bila nyamuk menggigit manusia yang sedang mengalami viremia, yaitu 2 hari sebelum panas sampai 5 hari setelah demam timbul (Depkes,2004).

2.10.4. Tempat Potensial bagi Penularan DBD

Penularan Demam Berdarah Dengue dapat terjadi di semua tempat yang terdapat nyamuk penularnya. Tempat yang potensial untuk terjadi penularan DBD adalah:

1. Wilayah yang banyak kasus DBD (*rawan/endemis*).
2. Tempat-tempat umum merupakan tempat berkumpulnya orang-orang yang datang dari berbagai wilayah sehingga kemungkinan terjadinya pertukaran beberapa tipe virus dengue, cukup besar.

Tempat-tempat umum tersebut antara lain:

a. Sekolah :

- Anak murid sekolah berasal dari berbagai wilayah.
- Merupakan kelompok umur yang paling *susceptible* untuk terserang penyakit DBD

b. Rumah Sakit atau Puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya :

Orang datang dari berbagai wilayah dan kemungkinan di antaranya adalah penderita DBD, demam dengue atau "carier" virus dengue.

c. Tempat umum lainnya, seperti : Hotel, Pertokoan, Pasar, Restoran, Tempat Ibadah, dan lain-lain.

3. Pemukiman baru di pinggir kota :

Karena lokasi ini, penduduk umumnya berasal dari berbagai wilayah, maka kemungkinan di antaranya terdapat penderita atau "carier" yang membawa tipe virus dengue yang berlainan dari masing-masing lokasi asal (Depkes,1999).

2.10.5. Tanda-tanda dan Gejala Penyakit

Setelah nyamuk menggigit penderita dan memasukkan virus dengue, maka dalam tubuhnya akan terbentuk zat anti (antibodi) yang spesifik sesuai dengan tipe virus dengue yang masuk. Tanda dan gejala yang timbul ditentukan oleh reaksi antara zat anti yang ada dalam tubuh dengan antigen yang ada dalam virus dengue yang baru masuk.

Orang yang kemasukan virus dengue untuk pertama kali, umumnya hanya menderita sakit demam dengue atau demam yang ringan dengan tanda/gejala yang tidak spesifik atau bahkan tidak memperlihatkan tanda-tanda sakit sama sekali (Asimtomatis). Penderita Demam Dengue biasanya akan sembuh sendiri dalam waktu 5 hari tanpa pengobatan.

Gejala atau Tanda utama Demam Berdarah Dengue adalah sebagai berikut :

a. Demam

Penyakit ini didahului oleh demam tinggi yang terjadi secara mendadak berlangsung 2-7 hari kemudian turun menuju suhu normal atau lebih rendah. Kadang-kadang suhu tubuh sangat tinggi sampai 40°C dan dapat terjadi kejang demam. Akhir fase demam merupakan fase kritis pada DBD. Pada saat fase demam mulai cenderung menurun dan pasien tampak seakan sembuh, hati-hati karena fase tersebut dapat sebagai awal kejadian syok, biasanya hari ketiga dari demam. Hari ke 3, 4, 5 adalah fase kritis yang harus dicermati pada hari ke 6 dapat terjadi syok. Kemungkinan terjadi perdarahan dan kadar trombosit sangat rendah ($<20.000/\mu\text{l}$). Bersamaan dengan berlangsungnya demam, gejala-gejala klinik yang tidak spesifik misalnya anoreksia, nyeri punggung, nyeri tulang dan persendian, nyeri kepala dan rasa lemah dapat menyertainya.

b. Pendarahan

Penyebab perdarahan pada pasien DBD ialah vaskulopati, trombositopenia dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravaskular yang menyeluruh.

Perdarahan biasanya terjadi pada hari kedua dari demam dan umumnya terjadi pada kulit, dan dapat berupa uji tourniquet yang positif, mudah terjadi perdarahan pada tempat fungsi vena, petekia dan purpura. Selain itu juga dapat dijumpai epistaksis dan perdarahan gusi, hematemesis dan melena (Soedarto, 1990).

Tanda perdarahan seperti yang disebut diatas tidak semuanya didapat pada seorang penderita penyakit DBD. Uji Tourniquet positif sebagai tanda perdarahan ringan, dapat dinilai sebagai "presumtif test" (dugaan keras) oleh karena Uji

Tourniquet positif pada hari-hari pertama demam terdapat pada sebagian besar penderita penyakit DBD.

Namun uji Tourniquet positif dapat juga dijumpai pada penyakit virus lain (campak, demam chikungunya), infeksi bakteri (typhus abdominalis) dan lain-lain. Untuk menegakkan diagnosa klinik penyakit DBD adalah jika terdapat 20 atau lebih petechiae dalam radius 2,8 cm (1 inci persegi) di lengan bawah bagian depan (volar) dekat lipat siku (fossa cubiti). Petechiae merupakan tanda perdarahan yang tersering ditemukan, tanda ini dapat muncul pada hari-hari pertama demam. Epistaxis dan perdarahan gusi lebih jarang ditemukan, sedangkan perdarahan gastrointestinal biasanya menyertai renjatan. Kadang-kadang dijumpai pula perdarahan subconjunctiva atau hematuri (Depkes, 1999).

c. Hepatomegali (pembesaran hati)

Pada permulaan dari demam biasanya hati sudah teraba, meskipun pada anak yang kurang gizi hati juga sudah teraba. Bila terjadi peningkatan dari hepatomegali dan hati teraba kenyal, harus diperhatikan kemungkinan akan terjadinya renjatan pada penderita (Soedarto, 1990).

Proses pembesaran hati, dari tidak teraba menjadi teraba, dapat meramalkan perjalanan penyakit DBD. Derajat pembesaran hati tidak sejajar dengan beratnya penyakit, namun nyeri tekan pada daerah tepi hati, berhubungan dengan adanya perdarahan. Nyeri perut lebih tampak jelas pada anak besar dari pada anak kecil.

d. Renjatan (syok)

Permulaan syok biasanya terjadi pada hari ketiga sejak sakitnya penderita, dimulai dengan tanda-tanda kegagalan sirkulasi yaitu kulit lembab, dingin pada ujung hidung, jari tangan dan jari kaki, sianosis di sekitar mulut serta penderita

menjadi gelisah. Bila syok terjadi pada masa demam maka biasanya menunjukkan prognosis yang buruk. Nadi menjadi cepat, lemah, kecil sampai tidak teraba, tekanan nadi menurun (menjadi 20 mm Hg atau kurang), tekanan darah menurun (tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang).

e. Jumlah Leukosit

Jumlah leukosit normal, tetapi biasanya menurun dengan dominasi sel limfosit. Selanjutnya pada akhir fase demam, jumlah leukosit dan sel neutrofil bersama-sama menurun sehingga jumlah sel limfosit secara relatif meningkat. Peningkatan jumlah sel limfosit atipikal atau limfosit plasma biru (LPB) >4% di daerah tepi dapat dijumpai pada hari ketiga sampai hari ketujuh. Peningkatan jumlah leukosit menjurus kearah timbulnya syok.

f. Jumlah Trombositopeni

- Penurunan jumlah trombosit menjadi $<100.000/mm^3$ biasanya ditemukan diantara hari ketiga sampai ketujuh sakit.
- Pemeriksaan trombosit perlu diulang sampai kita yakin trombosit dalam batas-batas normal atau menyokong kearah penyakit DBD.
- Pemeriksaan dilakukan minimal dua kali. Pertama pada waktu pasien masuk dan apabila normal diulangi pada hari ke lima sakit. Bila perlu diulangi lagi pada hari ke 6-7 sakit.

g. Hemokonsentrasi

Meningkatnya nilai hematokrit (Ht) merupakan indikator yang peka terhadap akan terjadinya renjatan sehingga perlu dilakukan pemeriksaan berulang secara periodik. Biasanya kenaikan nilai hematokrit lebih dari 20% pada pemeriksaan kedua menunjang diagnosis demam berdarah.

h. Gejala klinik lain

Gejala klinik lain yang dapat menyertai penderita penyakit DBD adalah anoreksia, lemah, mual, muntah, sakit perut, diare atau konstipasi dan kejang. Pada beberapa kasus terjadinya kejang disertai hiperpireksia dan penurunan kesadaran sehingga sering didiagnosa sebagai ensefalitis. Keluhan sakit perut yang hebat sering kali timbul mendahului perdarahan gastrointestinal dan renjatan.

2.11. Kegiatan Pokok Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue

Menurut Depkes, 2006, Ada 8 pokok program penanggulangan DBD meliputi:

1. Surveilans epidemiologi

- a. Petugas kesehatan di unit-unit pelayanan kesehatan yang menemukan penderita DBD/penderita tersangka DBD perlu segera melaporkan ke Puskesmas setempat dengan menggunakan surat pengantar yang disampaikan / melalui kepala keluarga penderita. Rumah Sakit tempat penderita itu dirawat perlu menyampaikan laporan ke Puskesmas melalui Dinkes Dati II setempat dengan menggunakan formulir KDRS (Hadinegoro, 2000).

Penyakit DBD termasuk salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah, sesuai dengan UU Wabah No 4 tahun 1984, PP No 4p tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah dan Permenkes No 560 tahun 1989 tentang Jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah, maka penderita DBD wajib dilaporkan dalam waktu <24 jam. Dokter yang menemukan penderita/tersangka DBD wajib melaporkannya ke Puskesmas setempat sesuai dengan tempat tinggal penderita. Metode

yang digunakan dalam Surveilans Epidemiologi adalah Surveilans pasif, yaitu menerima laporan dan Surveilans aktif, yaitu petugas Dinas Kesehatan mendatangi Rumah Sakit / sarana Yankes yang merawat penderita DBD.

b. Tindak lanjut penanggulangan kasus DBD di lapangan

- Penyelidikan epidemiologi tindakan PE dilakukan apabila Puskesmas menerima laporan penderita DBD dari Rumah Sakit. Dilakukan pada radius 100 meter dari rumah penderita, untuk mencari kasus tambahan dan adanya jentik nyamuk sebagai bukti adanya penularan di daerah tersebut.
- Penanggulangan seperlunya meliputi fogging fokus, penggerakan masyarakat dan penyuluhan untuk PSN serta larvasidasi.

2. Pemberantasan Vektor

Pada saat ini pemberantasan nyamuk penular (*Aedes aegypti*) merupakan cara utama yang dilakukan untuk memberantas penyakit demam berdarah dengue, karena vaksin untuk mencegah dan obat untuk membasmi virusnya belum tersedia.

A. Fase Vektor

Pemberantasan nyamuk *Aedes aegypti* dapat dilakukan terhadap nyamuk dewasa atau jentiknya, yaitu :

a. Pemberantasan Nyamuk Dewasa

Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa, dilakukan dengan cara penyemprotan (pengasapan = *fogging*) dengan insektisida. Hal ini dilakukan mengingat kebiasaan nyamuk yang hinggap pada benda --

benda tergantung, karena itu tidak dilakukan penyemprotan di dinding rumah seperti pada pemberantasan nyamuk penular malaria. Insektisida yang dapat digunakan ialah insektisida golongan :

- Organophosphate misalnya malathion, fenitrothion.
- Pyretroid sintetic misalnya lamda sihalotrin, permetrin
- Carbamat

Alat yang digunakan untuk menyemprot ialah mesin Fogging atau mesin ULV. Karena penyemprotan dilakukan dengan cara pengasapan, maka tidak mempunyai efek residu. Penyemprotan insektisida ini dilakukan dua siklus dengan interval 1 minggu untuk membatasi penularan virus dengue. Pada penyemprotan siklus I, semua nyamuk yang mengandung virus dengue (nyamuk infektif) dan nyamuk-nyamuk lainnya akan mati. Tetapi akan segera muncul nyamuk-nyamuk baru yang diantaranya akan mengisap darah penderita viremia yang masih ada setelah penyemprotan siklus I, yang selanjutnya dapat menimbulkan penularan virus dengue lagi. Oleh karena itu perlu dilakukan penyemprotan siklus ke II. Dengan penyemprotan yang ke II satu minggu sesudah penyemprotan yang I nyamuk baru yang infektif ini akan terbasmi sebelum sempat menularkan pada orang lain.

Penyemprotan insektisida ini dalam waktu singkat dapat membatasi penularan, akan tetapi tindakan ini perlu diikuti dengan pemberantasan jentiknya agar populasi nyamuk penular dapat tetap

ditekan serendah-rendahnya. Sehingga apabila ada penderita DBD/orang dengan viremia tidak dapat menular kepada orang lain.

b. Pemberantasan Jentik

Pemberantasan terhadap jentik *Aedes aegypti* yang dikenal dengan istilah Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), dilakukan dengan cara :

- Kimia : cara memberantas jentik *Aedes aegypti* dengan menggunakan insektisida pembasmi jentik (larvasida) ini dikenal dengan istilah abatisasi. Larvasida yang biasa digunakan adalah temephos. Formulasi temephos yang digunakan ialah granules (sand granules). Dosis yang digunakan 1 ppm atau 10 gram (\pm 1 sendok makan rata) untuk tiap 100 liter air. Larvasida dengan temephos ini mempunyai efek residu 3 bulan. Selain itu dapat pula digunakan golongan *insect growth regulator*.
- Biologi : misalnya memelihara ikan pemakan jentik (ikan kepala timah, ikan gupi, ikan cupang/tempalo dan lain-lain).
- Fisik : Cara ini dikenal dengan kegiatan 3M, yaitu : Menguras (menyikat) bak mandi, bak WC, dan lain-lain seminggu sekali (M1); Menutup tempat penampungan air rumah tangga (tempayan, drum, dan lain-lain (M2); Serta mengubur, menyingkirkan atau memusnahkan barang-barang bekas seperti kaleng, ban, dan lain-lain (M3). Pada saat ini telah dikenal pula istilah 3M plus, yaitu kegiatan 3M yang diperluas, yaitu : (a). Mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali. (b). Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak

lancar/rusak.(c). Menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon, dan lain-lain (dengan tanah, dan lain-lain). (d). Menaburkan bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air. (e). Memelihara ikan pemakan jentik di kolam/bak-bak penampungan air. (f). Memasang kawat kasa. (g). Menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar. (h). Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai. (i). Menggunakan kelambu. (j). Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk. (k). Cara-cara spesifik lainnya di masing-masing daerah. Bila PSN DBD dilaksanakan oleh seluruh masyarakat, maka populasi nyamuk *Aedes aegypti* dapat ditekan serendah-rendahnya, sehingga penularan DBD tidak terjadi lagi. Untuk itu upaya penyuluhan dan motivasi kepada masyarakat harus dilakukan secara terus-menerus dan berkesinambungan, karena keberadaan jentik nyamuk berkaitan erat dengan perilaku masyarakat.

B. Kegiatan Pengamatan Vektor

- a. Pengamatan terhadap vektor khususnya jentik nyamuk perlu dilakukan terus menerus, paling tidak seminggu sekali oleh masyarakat sendiri dengan peran aktif KADER dan dimonitor oleh petugas Puskesmas.
- b. Bulan kewaspadaan "gerakan 3M" pada saat sebelum musim penularan, di pimpin oleh kepala wilayah (Gubernur, Bupati, Walikota, Camat/Lurah). Tujuannya untuk meningkatkan kewaspadaan dan kepedulian masyarakat memasuki musim hujan,

Kegiatannya meliputi : Penyuluhan intensif, kerja bakti "3M PLUS" dan kunjungan rumah.

- c. Pemantauan jentik berkala di desa endemis setiap tiga bulan sekali, dilaksanakan oleh Puskesmas.
- d. Pemantauan jentik oleh JUMANTIK (Juru Pemantau Jentik)
- e. Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) dan dikomunikasikan kepada pimpinan wilayah pada rapat bulanan, sebagai alat monitoring.

C. Pada Situasi KLB

Perlu persiapan sarana dan prasarana termasuk mesin fogging, ULV dipastikan dalam keadaan berfungsi, kecukupan insektisida dan larvasida dan penyediaan biaya operasional, seringkali hal-hal ini yang menyebabkan keterlambatan dalam penanggulangan KLB. Koordinasi antar unit Rumah Sakit dengan Dinas Kesehatan, Pembentukan Tim SATGAS cepat perlu dilakukan.

3. Tatalaksana Kasus

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan meliputi :

- a. Pelatihan tatalaksana **klinis** bagi dokter anak/penyakit dalam, dokter Puskesmas dan para medis.
- b. Pelatihan bagi petugas laboratorium (klinis dan serologis)
- c. Penyediaan sarana dan prasarana seperti tersedia tensimeter anak untuk melakukan test torniquet, alat pemeriksaan thrombosit dan hematokrit, cairan infus, infus set dan lain-lain.
- d. Penyediaan buku pedoman Tatalaksana kasus DBD di Indonesia.

- e. Penyediaan Bagan alur Tatalaksana DBD untuk Rumah Sakit di Indonesia.

4. Penyuluhan

Promosi kesehatan penyakit DBD tidak sekedar membuat leaflet atau poster saja melainkan suatu komunikasi perubahan perilaku dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk melalui pesan pokok "3M PLUS", merupakan suatu kegiatan yang terencana sejak dari tahap analisa situasi, perencanaan kegiatan hingga ke pelaksanaan dan evaluasi. Saat ini kegiatan diintensifkan menjadi sub program Peran Serta Masyarakat dalam PSN dan telah diterbitkan buku panduan.

Media penyuluhan selain media cetak (leaflet, brosur, poster), media elektronik pesan "3M" melalui TV atau radio. Pelaksana kegiatan tidak hanya sektor kesehatan tapi melibatkan semua pihak yang terkait yaitu anak sekolah, pramuka, mahasiswa, kader, tokoh masyarakat, petugas sektoral, pemilik bangunan/pertokoan dan lain-lain.

5. Kemitraan

Disadari bahwa penyakit DBD tidak dapat diselesaikan hanya oleh sektor kesehatan saja, peran lintas program (Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, UKS, Litbang) terlebih lintas sektor terkait (Diknas, Dep. Agama, Kimpraswil, perhubungan dan lain-lain) serta organisasi profesi dan organisasi kemasyarakatan sangat diharapkan. Wadah kemitraan telah terbentuk melalui SK Menkes 581/1992 dan SK Mendagri 441/1994 dengan nama Kelompok Kerja Operasional (POKJANAL) dan POKJA DBD di tingkat kelurahan.

Organisasi ini merupakan wadah koordinasi dan jejaring kemitraan dalam Penanggulangan DBD.

6. Peran Serta Masyarakat

Departemen Kesehatan telah menerbitkan beberapa buku pedoman dalam rangka penggerakkan peran serta masyarakat dalam PSN DBD dan sejak tahun 2000 telah melakukan sosialisasi program PSN DBD bagi kabupaten/kota. Sasaran peran serta masyarakat terdiri dari keluarga melalui peran PKK dan organisasi kemasyarakatan atau LSM, murid sekolah melalui kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan pelatihan guru, tatanan institusi (kantor, tempat umum, tempat ibadah) diharapkan peran sektor terkait dan petugas sanitasi lingkungan serta masyarakat secara umum, melalui gerakan 3M.

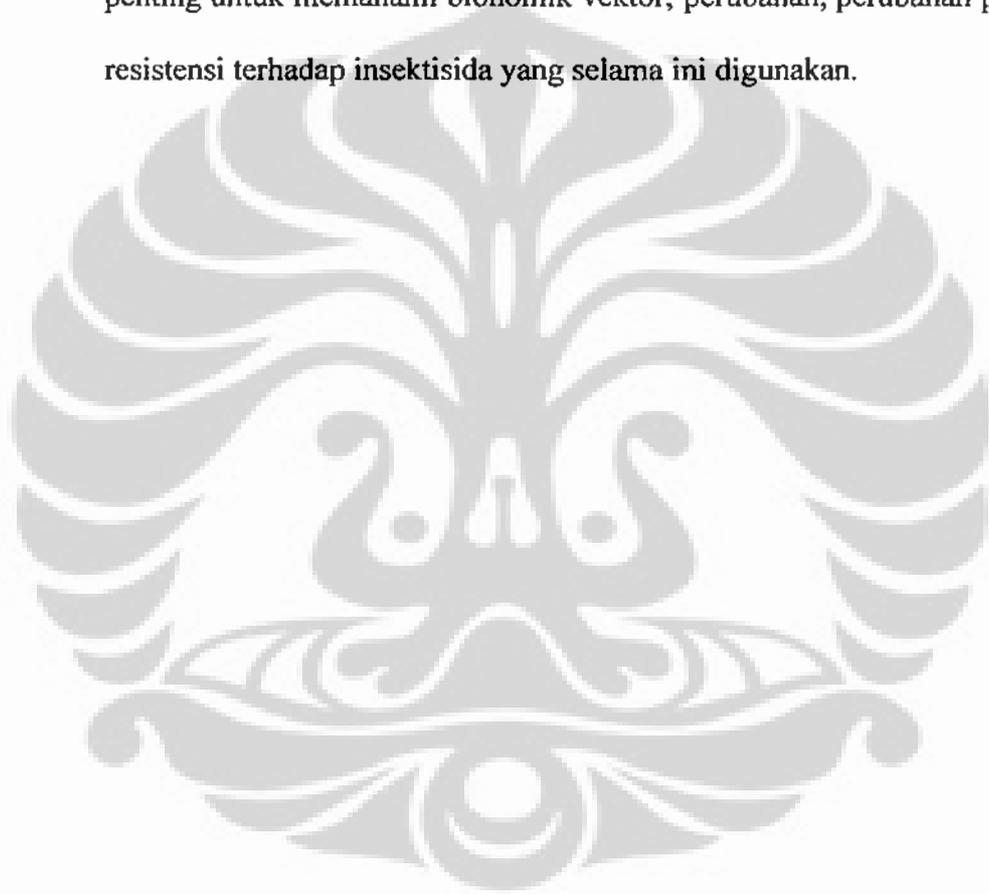
7. Pelatihan

Pelatihan, pertemuan, seminar perlu diadakan dalam rangka meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia (SDM) dan profesionalisme petugas. Pelatihan manajer program, pelatihan petugas teknis, pelatihan petugas surveilans, pelatihan petugas vektor, pelatihan petugas penyemprot dan pelatihan petugas klinis merupakan bagian yang harus dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota.

8. Penelitian

Berbagai aspek DBD masih perlu penelitian baik penelitian dasar maupun terapan. Berbagai aspek penelitian bisa dilaksanakan oleh Dinkes Propinsi/Kabupaten/Kota antara lain penelitian dalam aspek klinis untuk menjawab mengapa terjadi kematian, aspek virologis untuk mengetahui serotipe yang beredar atau perubahan/mutasi yang mungkin terjadi, penelitian

dari aspek manajemen program sebagai bagian dari evaluasi kinerja program juga perlu dilaksanakan. Penelitian aspek perilaku dan sosial budaya masyarakat juga masih kurang dan perlu dilaksanakan, mengingat setiap daerah memiliki kekhasannya yang sangat lokal spesifik. Penelitian vektor sangat penting untuk memahami bionomik vektor, perubahan, perubahan perilaku dan resistensi terhadap insektisida yang selama ini digunakan.



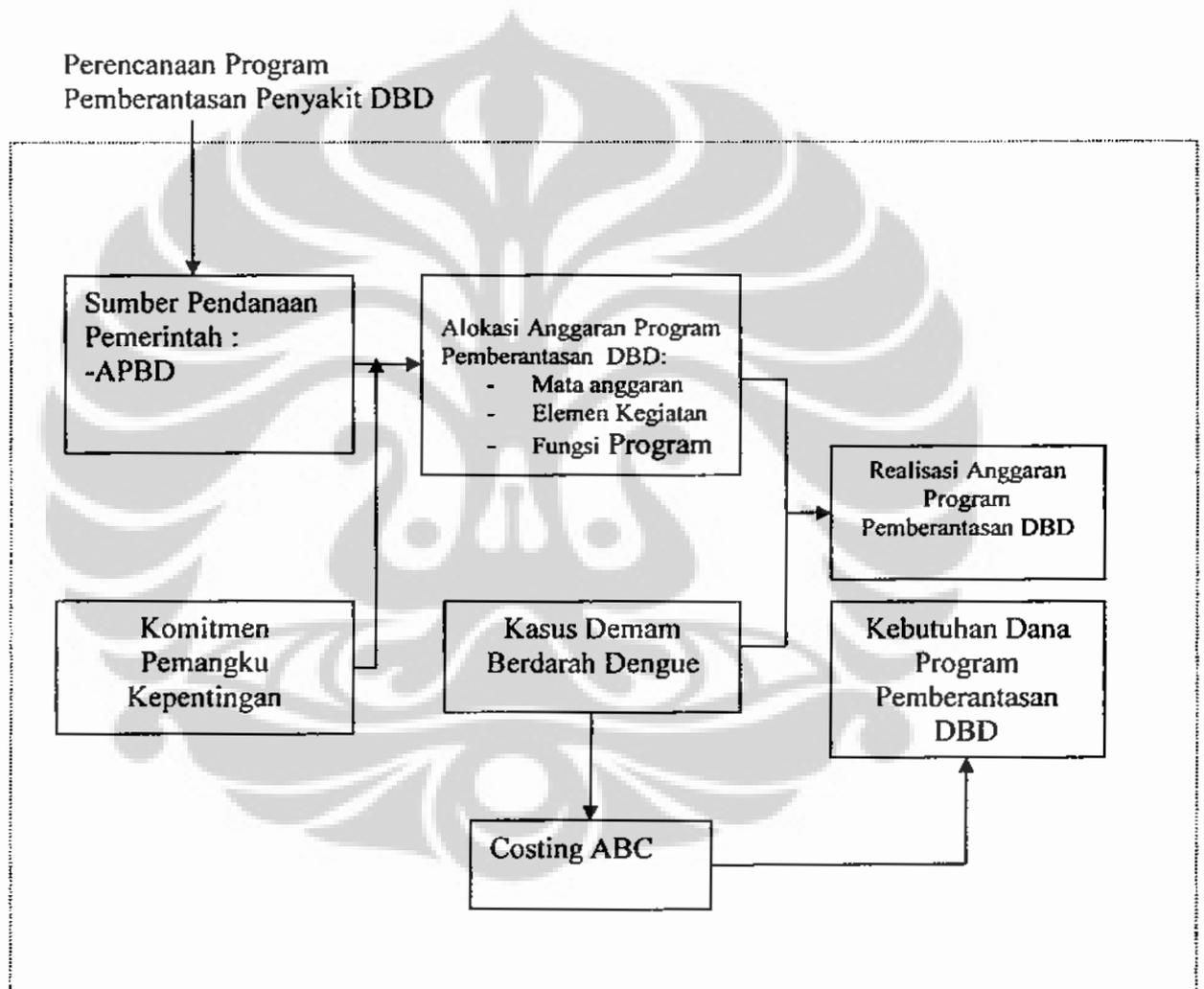
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Kota Banda Aceh merupakan daerah yang endemis DBD, dari tahun ke tahun terjadi peningkatan kasus DBD. Berdasarkan permasalahan yang ada, dimana bila dilihat dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah di Kota Banda Aceh mengalami peningkatan terutama sejak tahun 2006-2007, akan tetapi pada tahun yang sama pula kasus kejadian wabah/Kasus demam berdarah dengue mengalami peningkatan yang disertai dengan peningkatan morbiditas, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui darimana sumber dana dan alokasi dana program pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Kota Banda Aceh, serta bagaimana dengan pemanfaatannya dan berapa perkiraan kebutuhan anggaran untuk kegiatan pemberantasan DBD. Maka penulis mengembangkan kerangka konsep sebagai berikut:

Gambar 3.1.
Kerangka Konsep



3.2. Definisi Operasional

1. Sumber Pendanaan Program Pemberantasan Penyakit DBD

Definisi : Semua sumber-sumber Pendanaan yang dialokasikan bagi kegiatan program pemberantasan DBD melalui instansi pemerintah (APBD Kabupaten) pada tahun 2007.

Cara Ukur : Melihat Dokumen Keuangan berupa Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan dokumen keuangan lainnya.

Alat Ukur : Daftar Isian

Hasil Ukur : Daftar kategori sumber pembiayaan APBD kota Banda Aceh

2. Komitmen Pemangku Kepentingan

Definisi : Pernyataan dan pemahaman para pengambil kebijakan (DPRD dan Bappeda) dan pelaksana program dinas kesehatan dalam menentukan anggaran program pemberantasan penyakit DBD.

Cara Ukur : Wawancara mendalam.

Alat Ukur : Pedoman Wawancara

3. Alokasi Pendanaan Program Pemberantasan Penyakit DBD

Definisi : Besarnya Pendanaan yang dialokasikan atau diperuntukkan untuk program pemberantasan penyakit DBD yang tertulis di dokumen anggaran APBD tahun 2007.

Cara Ukur : Melihat Dokumen Anggaran yang diperuntukkan untuk program DBD dengan pengelompokan :

- a. Alokasi anggaran Program Pemberantasan DBD berdasarkan mata anggaran adalah pengkategorian sumber dana yang dialokasikan berdasarkan biaya investasi (besarnya dana yang dialokasikan untuk pembelian mesin fogging dan mesin ULV), biaya operasional (besarnya dana yang dialokasikan untuk melaksanakan kegiatan program DBD dan mengoperasikan barang investasi) dan biaya pemeliharaan (besarnya dana yang dialokasikan untuk mempertahankan /memperpanjang fungsi mesin fogging atau mesin ULV).
- b. Alokasi anggaran Program Pemberantasan DBD berdasarkan elemen kegiatan adalah besarnya dana yang dialokasikan untuk pelaksanaan kegiatan-kegiatan dalam program pemberantasan DBD yang tertulis di dokumen anggaran Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.
- c. Alokasi anggaran Program Pemberantasan DBD berdasarkan fungsi program adalah besarnya dana yang dialokasikan berdasarkan Program Promotif (kegiatan yang lebih diarahkan pada upaya peningkatan derajat kesehatan), Preventif (kegiatan yang lebih diarahkan pada upaya pencegahan penyakit), Kuratif (kegiatan yang lebih diarahkan pada upaya-upaya penanganan/pengobatan penderita).

Alat Ukur : Daftar Isian

Hasil Ukur : Jumlah nominal dana menurut kegiatan

4. Kasus Demam Berdarah Dengue

Definisi : Jumlah penderita dengan diagnosa DBD yang dilaporkan oleh tempat pelayanan kesehatan ke Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2007.

Cara Ukur : Melihat Laporan Kasus Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2007

Alat Ukur : Daftar Laporan Kasus DBD tahun 2007

Hasil Ukur : Penderita DBD dan frekuensi KLB DBD

5. Realisasi Pendanaan Program Pemberantasan Penyakit DBD

Definisi : Belanja Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh yang telah dikeluarkan untuk pelaksanaan Program Pemberantasan Penyakit DBD pada tahun 2007.

Cara Ukur : Mengamati dokumen-dokumen keuangan dan melalui wawancara mendalam dengan pengelola Program Penyakit DBD.

Alat Ukur : Daftar Isian tentang realisasi anggaran Program Pemberantasan Penyakit DBD

Hasil ukur : Jumlah dan rincian realisasi anggaran menurut kegiatan

6. Costing ABC

Definisi : Perhitungan biaya setiap kegiatan penanganan program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh selama Tahun 2007 dengan menggunakan metode perhitungan ABC (Activity Based Costing)

Cara Ukur : Menghitung semua biaya yang dikeluarkan untuk kegiatan penanganan program pemberantasan DBD baik untuk biaya langsung (Investasi, Operasional dan Pemeliharaan) maupun biaya tidak langsung.

Alat Ukur : Daftar Isian

Hasil Ukur : Jumlah uang dalam rupiah

7. Kebutuhan Dana

Definisi : Besarnya dana yang dibutuhkan untuk program pemberantasan Penyakit DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007, yang dihitung dengan metode ABC.

Cara Ukur : Menghitung kebutuhan dana Program Pemberantasan DBD dengan melihat laporan kasus dan Pedoman Kegiatan Program DBD dan dihitung dengan metode ABC.

Alat Ukur : Daftar Isian

Hasil Ukur : Jumlah Uang dalam setiap kegiatan

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian Operasional (Bachtiar, dkk, 2007) yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pendanaan program pemberantasan penyakit DBD yang bersumber dari pemerintah. Tahapan yang dilakukan adalah dengan pengumpulan data kuantitatif yang bersumber dari dokumen keuangan pelaksanaan program pemberantasan penyakit DBD pada Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2007 dan juga data kualitatif yang diperoleh dengan wawancara mendalam dengan pejabat terkait yang bertujuan untuk mendukung data kuantitatif.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan pada Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh yang mencakup data anggaran program pemberantasan DBD. Waktu penelitian mulai dari persiapan sampai dengan penyajian laporan adalah dari bulan Maret sampai bulan Mei 2008.

4.3 Pengumpulan Data

4.3.1. Data Primer

Data yang digunakan adalah hasil wawancara langsung kepada para informan.

a Informan

Pemilihan informan penelitian ini adalah *Decision Maker* yang menentukan kebijakan daerah dan pengalokasian anggaran serta yang berperan dalam penyusunan anggaran di Kota Banda Aceh dengan cara melakukan wawancara mendalam (*Indepth Interview*). Informan *Decision Maker* terdiri dari Komisi D DPRD, Kasubdin Kesejahteraan Sosial BAPPEDA, KADINKES, Ka.Sub Bidang Perencanaan DINKES, Ka Sub Bidang P2M, Ka.Sie. Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Menular DINKES.

b. Instrumen

Instrumen yang digunakan Pedoman Wawancara berisi pertanyaan yang berkaitan dengan komitmen dalam pengalokasian anggaran bidang kesehatan khususnya pendanaan program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh.

4.3.2. Data Sekunder

Data yang digunakan adalah data alokasi dan realisasi anggaran tahun 2007 dan diambil dari pencatatan keuangan di unit pengelola program pemberantasan DBD meliputi:

- a. Rencana Kerja Anggaran Kerja Dinas Kesehatan /RKA
- b. Dokumen Pelaksanaan Anggaran /DPA
- c. Laporan Tahunan Program
- d. Laporan Kegiatan

4.4. Pengolahan dan Analisis Data

a. Data Primer

Data Primer berupa data kualitatif yang merupakan hasil wawancara dengan informan dianalisa dengan cara analisis isi, (*Content analysis*), yaitu menganalisis sesuai topik bahasan atau masalah dari setiap hasil wawancara mendalam sehingga diketahui komitmen pejabat terkait dalam penentuan pembiayaan program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh.

b. Data Sekunder

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *software komputer* yang sesuai dengan tahapan berikut :

1. Menghitung total alokasi dan realisasi pendanaan program pemberantasan penyakit DBD tahun 2007.
2. Mengelompokkan alokasi dan realisasi anggaran Program Pemberantasan DBD berdasarkan mata anggaran yaitu biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan.
3. Mengelompokkan alokasi dan realisasi anggaran Program Pemberantasan DBD berdasarkan elemen kegiatan Program Pemberantasan DBD.
4. Mengelompokkan alokasi dan realisasi anggaran Program Pemberantasan DBD berdasarkan fungsi program yaitu biaya promotif, preventif dan kuratif.
5. Menghitung kebutuhan dana untuk program pemberantasan penyakit DBD dengan melihat kasus dan pedoman kegiatan program DBD dan dihitung dengan sistem Activity Based Costing (ABC).

BAB 5

GAMBARAN UMUM KOTA BANDA ACEH

5.1. Demografi dan Geografi

Kota Banda Aceh merupakan ibu Kota Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dengan luas wilayah 61.359 Km², terletak antara 05,30-05,35 lintang utara dan 95,30-99,16 bujur timur dengan ketinggian wilayah kota berkisar antara 0,80 m – 5,0 m di atas permukaan laut. Kota Banda Aceh terdiri dari 9 kecamatan dengan 90 desa. Batas-batas kota Banda Aceh adalah sebagai berikut:

1. Utara : Selat Malaka
2. Selatan : Wilayah Kabupaten Aceh Besar
3. Barat : Samudera Indonesia
4. Timur : Wilayah Kabupaten Aceh Besar

Setelah terjadinya bencana tsunami pada akhir tahun 2004 maka luas wilayah kota Banda Aceh diperkirakan menjadi berkurang 1/3 dari sebelum datangnya bencana tsunami. Tsunami juga mengakibatkan Kota Banda Aceh menjadi daerah yang rawan banjir, baik pada musim hujan maupun pada saat air laut pasang.

Gambaran demografi untuk Kota Banda Aceh dari tahun 2005 s/d tahun 2007 dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.1
Gambaran Demografi Kota Banda Aceh Tahun 2005 s/d 2007

Tahun	Jumlah Penduduk (Jiwa)			Kepadatan Penduduk (jiwa/Km ²)
	Laki – Laki	Perempuan	Total	
2005	94.052	83.829	177.881	2,899
2006	112.125	102.721	214.846	3,50
2007	116.116	103.543	230.374	3,58

Sumber: Profil Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2005 s/d 2007)

5.2. Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) Perkapita

Kota Banda Aceh adalah salah satu daerah yang terimbas gempa bumi dan Tsunami yang dampaknya sangat besar terhadap seluruh aspek kehidupan masyarakat maupun perekonomian daerah. Dampak tersebut membawa perubahan yang signifikan terhadap pendapatan perkapita masyarakat dan PDRB dimana secara makro perekonomian suatu daerah dapat terlihat dari laju PDRB, laju inflasi dan Indeks Harga Konsumen (IHK).

Tabel 5.2
Perkembangan PDRB Kota Banda Aceh atas Dasar Harga Berlaku
Tahun 2002-2006

Tahun	PDRB
2003	202,38
2004	122,25
2005	130,63
2006	121,23

Sumber:RPJM 2007-2010 Kota Banda Aceh

Tabel 5.3

Perbandingan Laju Inflasi Kota Banda Aceh dan Nasional Tahun 2004-2007

No	Tahun	Banda Aceh	Nasional
1	2004	6,97	6,40
2	2005	41,11	17,11
3	2006	9,54	6,60
4	2007	11,00	6,59

Sumber: Profil Kesehatan Kota Banda Aceh 2007)

5.3. Lingkungan Fisik dan Biologik

Lingkungan fisik dan biologik merupakan komponen penting dan tidak dapat dipisahkan dari semua aktifitas kehidupan manusia, sehingga kualitasnya sangat berperan dalam proses terjadinya gangguan kesehatan bagi masyarakat.

Secara geografis wilayah Kota Banda Aceh mempunyai iklim dan lahan yang sangat potensial untuk berkembang biaknya vektor serta kuman penyebab penyakit yang setiap saat dapat mengancam kesehatan masyarakat. Upaya dilakukan untuk meningkatkan kualitas lingkungan bukan hanya dapat dilakukan oleh Dinas Kesehatan, upaya peran serta masyarakat sangat dibutuhkan, pemantauan dan penataan lingkungan, pemeliharaan dan pengendalian lingkungan.

5.4. Situasi Derajat Kesehatan

5.4.1. Umur Harapan Hidup (UHH)

Umur harapan hidup adalah suatu angka yang mengiyaratkan kemampuan untuk bertahan hidup lebih lama. Angka harapan hidup pada suatu umur didefinisikan sebagai rata-rata tahan hidup yang masih dijalani seseorang yang telah berhasil mencapai umur tersebut dalam situasi mortalitas yang berlaku dilingkungan masyarakat.

UHH penduduk Indonesia tahun 2005 adalah 66,2 tahun dan umur harapan hidup penduduk Provinsi NAD 67,7 tahun, sedangkan untuk Kota Banda Aceh UHH nya adalah 65,5 tahun.

5.4.2. Status Gizi Masyarakat

Keadaan status gizi masyarakat di Provinsi NAD tidak hanya dipengaruhi oleh bencana alam Tsunami, tetapi juga akibat konflik berkepanjangan yang dihadapi oleh masyarakat Aceh sebelumnya. Berdasarkan survei status gizi yang dilaksanakan Subdin Kesehatan keluarga Dinas Kesehatan Provinsi NAD bersama UNICEF pada bulan maret 2005, menunjukkan bahwa dari 3.735 KK yang didata di 13 kabupaten (khususnya daerah-daerah yang terkena dampak tsunami) memberikan gambaran sebagai berikut : (a) 11,4% balita dinilai kurus (wasting), (b) 43,1% balita dinilai kurang berat badan (underweight), dan (c) 38,1% balita dinilai kurang tinggi badan (stunting).

Untuk Kota Banda Aceh sendiri di tahun 2006, berdasarkan hasil survei pemantauan status gizi yang dilakukan dan bukan berdasarkan penimbangan berat badan balita yang dilakukan oleh petugas gizi Puskesmas di Poyandu setatus gizi yang dilakukan dan bukan berdasarkan penimbangan berat badan balita yang dilakukan oleh petugas gizi Puskesmas di Poyandu setiap bulan menunjukkan bahwa: jumlah kasus balita gizi buruk sebanyak 75 kasus dan jumlah kasus balita gizi kurang sebanyak 369 kasus (Dinkes Prop.NAD, 2006).

5.4.3. Angka Kesakitan (Morbiditas)

Penyakit infeksi pada saluran pernafasan atas dan sistem otot merupakan penyakit terbanyak dalam kategori sepuluh penyakit terbesar di Kota Banda Aceh, baik sebelum terjadinya bencana Tsunami maupun pasca Tsunami. Akan tetapi terdapat tiga jenis penyakit lain yang kasusnya meningkat tajam pasca Tsunami, dan pihak Pemerintah Daerah terutama sector kesehatan menaruh perhatian besar terhadap ketiga penyakit ini karena selain menyebabkan kematian juga menimbulkan dampak ekonomi dalam hal biaya pengobatannya. Ketiga jenis penyakit tersebut adalah:

1. Demam Berdarah Dengue

Angka kesakitan Demam Berdarah Dengue di Kota Banda Aceh tahun 2005 dilaporkan sebanyak 117 kasus, angka ini meningkat menjadi 242 kasus di tahun 2006, dan di tahun 2007 meningkat lagi menjadi 851 kasus dengan jumlah kematian

sebanyak 4 orang. Padahal sebelum terjadi Tsunami jumlah kasus yang ditemukan untuk penyakit DBD ini hanya sebanyak 17 kasus di tahun 2000.

2. Malaria

Di Provinsi NAD kasus malaria positif tahun 2005 sebanyak 5738 kasus, sedangkan di Kota Banda Aceh sebanyak 68 kasus, pada tahun 2006 meningkat lagi menjadi 77 kasus dan di tahun 2007 sebanyak 78 kasus. Sedangkan angka kesakitan malaria sebelum Tsunami dijumpai sebanyak 57 kasus di tahun 2000.

3. Diare

Untuk angka kesakitan diare, temuan kasus sebelum tsunami di tahun 2003 dijumpai sebanyak 4754 kasus. Pasca tsunami di tahun 2005 angka ini turun menjadi 3375 kasus, tetapi kemudian meningkat lagi menjadi 6313 kasus di tahun 2006 dengan distribusi tertinggi pada kelompok usia Balita. Untuk tahun 2007 dijumpai sebanyak 4944 kasus diare (Profil Kesehatan Kota Banda Aceh 2005-2007).

5.4.4. Angka Kematian (Mortalitas)

Angka Kematian yang menjadi indikator status kesehatan di suatu daerah adalah angka kematian ibu dan bayi. Untuk tahun 2005, di Kota Banda Aceh tidak ditemukan angka kematian ibu, sedangkan angka kematian bayi sebesar 2,41 per 1000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian sebanyak 7 orang bayi lahir mati.

Untuk tahun 2006 jumlah kematian ibu sebanyak 8 jiwa dan jumlah kelahiran hidup 3865 jiwa, maka setelah dikonversikan Angka Kematian Ibu (AKI) di Kota

Banda Aceh tahun 2006 sebanyak 207 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan jumlah kematian bayi sebanyak 21 jiwa, dan setelah dikonversikan maka angka kematian bayi di Kota Banda Aceh tahun 2006 sebanyak 5,4 per 1000 kelahiran hidup.

5.5. Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2007-2012 Kota Banda Aceh

5.5.1. Visi dan Misi

Visi Kota Banda Aceh adalah “Banda Aceh Bandar Wisata Islami Indonesia” dan misi Kota Banda Aceh adalah “Membangun Kota Banda Aceh yang Islami, Tertib, Indah dan Nyaman”. Salah satu tujuan dari visi Kota Banda Aceh yang berhubungan dengan sektor kesehatan seperti yang dijabarkan dalam RPJM Kota Banda Aceh Tahun 2005-2007 adalah :

- “ 1.sampai dengan.....3
 4. Meningkatkan derajat kesehatan, kesejahteraan dan keamanan serta tumbuhnya peluang ekonomi sebagai wujud dari kebesaran Kota Banda Aceh yang islami.
 5

Sedangkan misi Kota Banda Aceh yang berhubungan dengan sektor kesehatan seperti yang dijabarkan pada penjelasan misi dalam RPJM Kota Banda Aceh 2007-2012 adalah :

- “1.sampai dengan.....2
 3. Meningkatkan SDM melalui peningkatan kualitas pendidikan dan pelayanan kesehatan.
 4.sampai dengan.....7”

5.5.2. Strategi Pembangunan Daerah

Pasca Tsunami 2004, terdapat lima isu strategi/masalah di Kota Banda Aceh yaitu : (1) Masalah sumber daya manusia, (2) Masalah Ekonomi, (3) Masalah Infrastruktur, (4) Masalah pemerintahan, dan (5) Masalah kepariwisataan. Berdasarkan isu tersebut di atas, maka Pemerintahan Kota Banda Aceh menetapkan lima *Grand Strategy* (tujuan) untuk mengatasi masalah-masalah tersebut diatas. Adapun *Grand Strategy* tersebut yang berhubungan dengan sektor kesehatan adalah :

GS (2) : Meningkatkan kualitas sumber daya manusia

Penjabaran dari GS (2) yang berhubungan dengan sektor kesehatan :

- “1.”
2. Seluruh sarana pendidikan dan kesehatan memenuhi standar mutu dan mudah dijangkau/menjangkau masyarakat di wilayahnya sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM).
3.”
4. Seluruh gampong/kelurahan menjadi Desa Siaga dan Gampong Madani
5. Setiap Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Narkoba mendapatkan penanggulangan secara cepat dan efektif
6. Seluruh keluarga sadar gizi dan ikut KB”.

Point *Grand Strategy* lain yang berhubungan dengan sektor kesehatan adalah:

GS (4) : Membangun Infrastruktur perkotaan yang mendukung parawisata

Penjabaran dari GS (4) yang berhubungan dengan sektor kesehatan :

- “4.1.2sampai dengan.....4.3.13
- 4.3.14 Presentase permukiman dan tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan
- 4.3.15sampai dengan.....4.5.4
- 4.5.5 Jumlah Rumah Sakit dan Puskesmas yang memiliki sistem siaga bencana”.

5.6. Institusi Kesehatan

5.6.1. Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh mempunyai visi yaitu : “Sebagai Motor Pembangunan Kesehatan yang Bernuansa Islami Kota Banda Aceh Melalui Pelayanan Berkualitas dan Dedikasi yang Tinggi Dalam Rangka Menuju Banda Aceh Sehat 2010”, dan dengan misi sebagai berikut:

1. Menggerakkan Pembangunan Kota Banda Aceh Berwawasan Kesehatan
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat yang bernuansa islami
3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta lingkungan.

Sedangkan yang menjadi sasaran dan tujuan dari visi misi tersebut adalah:

1. Tercapainya aparatur yang berkemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal
2. Berhasil menyusun administrasi dan menata arsip secara efektif dan efisien
3. Bayi, Balita, Ibu Hamil dan masyarakat luas serta lingkungan sehat.

Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh memiliki enam (6) Puskesmas di tahun 2005, dan di tahun 2006 meningkat menjadi sepuluh (10) unit berkat bantuan dari

para NGO/Donatur yang beroperasi di NAD pasca tsunami tahun 2004 (Profil kesehatan Kota Banda Aceh, 2005-2006).

5.6.2. Rumah Sakit Umum Meuraxa

Rumah Sakit Umum Meuraxa (RSUM) merupakan RSU tipe C milik Pemerintah Kota Banda Aceh, yang mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dengan mengutamakan penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

RSU Meuraxa berdasarkan laporan tahun 2006 mempunyai kapasitas tempat tidur sebanyak 31 buah, dengan BOR 20,5% dan LOS 1,65 hari.

5.7. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor utama di dalam peningkatan pelayanan kesehatan, baik untuk belanja rutin (belanja pegawai) maupun untuk pembangunan kesehatan. Dalam upaya peningkatan pembiayaan terhadap sector kesehatan dianggarkan melalui dana APBN, APBD 1 dan APBD II, BRR dan Global Fund, untuk tahun 2006 secara umum pembiayaan terhadap sector kesehatan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.4
Anggaran Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2006

No	Sumber Biaya	Alokasi Anggaran Kesehatan (Rp)	%
1	APBD DINKES	26.420.235.182	
2	APBD Provinsi	3.800.000.000	
3	APBN	55.980.000	
4	BRR	100.000.000	
5	Global Fund	507.688.050	
Total Anggaran Kesehatan		27.087.701.232	
Total APBD Kab/Kota		532.046.733.984	
% APBD Kes THD APBD Kab/Kota			4,97

Sumber: Sub. Bagian Program Dinkes Kota Banda Aceh.

Tabel diatas total APBD Kota Banda Aceh Rp.532.046.733.984 dan total anggaran untuk kesehatan Rp.27.087.701.232, presentase anggaran kesehatan terhadap APBD Kota Banda Aceh tahun 2007 adalah 4,97%. Anggaran tersebut dipergunakan untuk biaya rutin (belanja pegawai) sebesar Rp. 10.090.105.298 dan untuk belanja modal dan belanja barang dan jasa sebesar Rp. 16.330.129.884.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Seksi Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) yang merupakan salah satu unit kerja pada Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh yang menerima dan mengelola biaya program pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Informan yang memberikan informasi melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) yaitu Komisi D DPRD, Kasubdin Kesejahteraan Sosial BAPEDA, Kepala Dinas Kesehatan, Kasubdin P2M dan Kasie P2M.

Hasil penelitian ditampilkan dalam dua bentuk, pertama dalam bentuk kuantitatif dan kedua dalam bentuk kualitatif. Hasil penelitian kuantitatif berupa data alokasi pendanaan program pemberantasan DBD yang diperoleh dari dokumen keuangan yakni DPA-SKPD tahun anggaran 2007 dan daftar realisasi anggaran program pemberantasan DBD Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, serta dokumen lain yang berhubungan dengan kegiatan program pemberantasan DBD. Sedangkan hasil penelitian kualitatif melalui wawancara mendalam (*indepth interview*).

6.1. Gambaran Pendanaan Program Pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

Total anggaran Program Pemberantasan DBD dari sumber APBD dalam tiga (3) tahun terakhir untuk satu tahun anggaran berkisar antara Rp. 52.500.000 – Rp.1.916.925.000. Untuk lebih jelas data dapat dilihat pada tabel 6.1 dibawah ini:

Tabel 6.1
Proporsi Pembiayaan Program Pemberantasan DBD Terhadap Pembiayaan P2M dan Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2005 – 2007

N O	Tahun Anggaran	Alokasi Dana Pemb. DBD (Rp)	Alokasi Dana Dinas Kesehatan (Rp)	Alokasi Dana P2M (Rp)	% Prog. DBD Thp P2M	% Prog DBD Thp Dana Dinkes
1	2005	52.500.000	3.255.923.696	147.000.000	39,1	1,6
2	2006	221.061.226	7.907.909.777	381.309.000	57,9	2,8
3	2007	1.916.925.000	18.092.586.891	2.125.222.800	90,2	10,6

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa alokasi dana untuk Dinas Kesehatan, P2M dan untuk program pemberantasan DBD diluar gaji. Proporsi pendanaan program pemberantasan DBD terhadap total pendanaan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh antara tahun 2005 – 2007 terjadi kenaikan dari 1,6% menjadi 10,6 %, kenaikan alokasi yang besar ini disebabkan oleh adanya anggaran biaya tambahan karena terjadi lonjakan kasus pada tahun 2007. Proporsi pendanaan program pemberantasan DBD terhadap total P2M naik dari 39,1 - 90,2%.

6.1.1. Pendanaan Program Pemberantasan DBD

6.1.1.1. Berdasarkan Sumber Biaya

Pendanaan program pemberantasan DBD secara keseluruhan berdasarkan sumber pembiayaan dapat dilihat di bawah ini.

Tabel 6.2
Pendanaan Program Pemberantasan DBD Pada Dinkes Kota Banda Aceh
Berdasarkan Sumber Pendanaan Tahun 2007

No	Sumber Pembiayaan	Alokasi Dana	%
I	APBD KOTA	1.916.925.000	96,93
II	BRR	60.776.700	3,1
	TOTAL	1.977.701.700	100

Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa total pendanaan program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh tahun 2007 yaitu Rp.1.977.701.700. Sumber pendanaan berasal dari dua sumber yaitu APBD sebesar Rp.1.916.925.000. Selain dana dari APBD Kota, Pendanaan program pemberantasan DBD dari donatur yaitu BRR sebesar Rp. 60.776.700. Alokasi dana dari BRR diluar Daftar Pelaksanaan Anggaran Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. Dana dari BRR merupakan bantuan untuk program pemberantasan DBD yang dikelola oleh Dinas Kesehatan.

6.1.1.2. Pendanaan Berdasarkan Elemen Kegiatan

Pendanaan program pemberantasan DBD secara keseluruhan berdasarkan elemen kegiatan dapat dilihat dibawah ini.

Tabel 6.3
Pendanaan Program Pemberantasan DBD Pada Dinkes Kota Banda Aceh
Berdasarkan Elemen Kegiatan Tahun 2007

NO	Elemen Kegiatan	Alokasi Dana Sebelum Perubahan (Rp)	%	Alokasi Dana Setelah Perubahan (Rp)	%
1	Pengendalian Vektor				
	*Fogging	208.475.000	76,95	1.406.171.000	73,36
	- Honor petugas	62.400.000	23,03	682.500.000	35,60
	- Belanja pakaian kerja lapangan			21.900.000	1,14
	- Belanja perawatan/pemeliharaan mesin fogging	500.000	0,18	5.000.000	0,26
	- Belanja Bahan Kimia	145.575.000	53,73	696.771.000	36,35
	*Abatisasi	47.750.000	17,62	47.750.000	2,49
	- Bubuk abate	38.750.000	14,30	38.750.000	2,02
	- Honor Petugas	9.000.000	3,32	9.000.000	0,47
2	Penyelidikan Epidemiologi	7.800.000	2,88	24.000.000	1,25
	-Surveilans Vektor	3.900.000	1,44	12.000.000	0,63
	-Pelacakan Kasus	3.900.000	1,44	12.000.000	0,63
3	Penyuluhan	-		45.100.000	2,35
4	Pengadaan alat dan bahan fogging	1.000.000	0,37	348.200.000	18,16
	-Belanja modal pengadaan alat angkutan darat bermotor Pickap			130.000.000	6,78
	-Pengadaan alat fogging			216.000.000	11,3
	-Belanja alat tulis kantor	1.000.000	0,37	1.000.000	0,05
	-Belanja peralatan Kebersihan			1.200.000	0,06
5	Lain-lain	5.900.000	2,18	45.704.000	2,38
	-Belanja makanan dan minuman	2.400.000	0,88	29.400.000	1,53
	-Belanja jasa pengumuman lelang			4.000.000	0,21
	-Percetakan dan penggandaan	2.000.000	0,74	6.304.000	0,33
	-Honorium panitia pelaksana kegiatan	1.500.000	0,55	1.500.000	0,08
	-Honorium panitia lelang			4.500.000	0,23
	TOTAL	270.925.000	100	1.916.925.000	100

Pada tabel 6.3 terlihat bahwa pada tahun 2007 sumber APBD kota sebelum perubahan alokasi dana terbesar untuk kegiatan fogging yaitu Rp.208.475.000. Setelah perubahan, alokasi dana terbesar untuk kegiatan fogging yaitu 1.406.171.000. Untuk kegiatan pemeriksaan jentik berkala, pemberantasan sarang nyamuk, evaluasi pemberantasan sarang nyamuk, penerapan budaya setempat

terhadap PSN-3M dengan pendekatan *Communication for Behavioral Impact* (Combi) yang termasuk dalam kegiatan pengendalian vektor, tidak ada alokasi dana, demikian juga untuk kegiatan pelatihan dan kemitraan tidak ada alokasi dana. Adanya perubahan anggaran dari Rp.270.925.000 menjadi Rp.1916.925.000, dikarenakan terjadinya peningkatan kasus pada tahun 2007.

6.1.1.3. Pendanaan Berdasarkan Fungsi Program

Pendanaan program pemberantasan DBD secara keseluruhan berdasarkan fungsi program dapat dilihat di bawah ini:

Tabel 6.4
Pendanaan Program Pemberantasan DBD Pada Dinkes Kota Banda Aceh
Berdasarkan Fungsi Program Tahun 2007

NO	Fungsi Program	Alokasi Dana(Rp)	Alokasi (%)	Realisasi (Rp)	% Realisasi
1.	Kuratif	0	0	0	0
2.	Preventif	1.667.021.000	86,96	1.537.716.000	86,36
	- Pelacakan kasus	12.000.000	0,63	9.210.000	76,75
	- Surveilans vektor	12.000.000	0,63	10.860.000	90,5
	- Peyemprotan	682.500.000	35,60	673.380.000	98,66
	- Abatisasi	47.750.000	2,49	47.750.000	100
	- Pengadaan bahan kimia	696.771.000	36,35	584.516.000	83,89
	-Mesin Fogging	216.000.000	11,27	212.000.000	11,90
3.	Promotif	45.100.000	2,35	44.092.500	97,77
	-Penyuluhan	45.100.000	2,35	44.092.500	97,77
4.	-Honor PPTK	1.500.000	0,08	1.500.000	100
	-Honor Tim Pengadaan barang dan jasa	4.500.000	0,23	3.937.500	87,5
5.	Lain-lain	198.804.000	10,37	193.351.000	10,86
	ADM	8.504.000	0,44	6.503.000	76,47
	Jasa Pengumuman lelang	4.000.000	0,21	3.048.000	76,2
	Pengadaan	151.900.000	7,92	149.900.000	8,42
	Pemeliharaan	5.000.000	0,26	4.500.000	90,00
	Konsumsi	29.400.000	1,53	29.400.000	100
	TOTAL	1.916.925.000	100	1.780.597.000	92,89

Pada tabel 6.4 terlihat informasi mengenai alokasi dan realisasi pendanaan program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh berdasarkan fungsi program dapat dibagi menjadi 5 kelompok yaitu kuratif, preventif, promotif, honor petugas dan lain-lain. Pendanaan program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh untuk program kuratif tidak dianggarkan, anggaran dikhususkan untuk fungsi program preventif yaitu 86,96%, promotif 2,35% dan lain-lain yaitu sebesar 10,37%. Pendanaan berdasarkan fungsi program pada tahun 2007 lebih banyak untuk preventif. Alokasi dana yang terealisasi terbesar untuk program promotif yaitu 97,77% , untuk program preventif yang terealisasi terbesar adalah untuk penyemprotan yaitu 98,66% .

6.1.1.4. Pendanaan berdasarkan Mata Anggaran

Pendanaan program pemberantasan DBD secara keseluruhan berdasarkan mata anggaran dapat dilihat di bawah ini.

Tabel 6.5
Pendanaan Program Pemberantasan DBD Pada Dinkes Kota Banda Aceh Berdasarkan Mata Anggaran Tahun 2007

N0	Mata Anggaran	Alokasi Dana(Rp)	Alokasi (%)	Realisasi (Rp)	% Realisasi
1	Investasi	367.900.000	19,19	361.900.000	98,37
	-Mobil Pickup	130.000.000	6,78	128.000.000	98,49
	-Mesin Swing Fog	216.000.000	11,27	212.000.000	98,15
	-Baju Penyemprot	21.900.000	1,14	21.900.000	100
2	Operasional	1.544.025.000	80,55	1.414.197.000	91,59
	-Honor Petugas	646.300.000	33,72	644.785.500	99,77
	-ATK	53.604.000	2,80	50.595.500	94,39
	-Perjalanan	79.200.000	4,13	66.150.000	83,52
	-Makanan	29.400.000	1,53	29.400.000	100
	-Bahan insektisida	696.771.000	36,35	584.516.000	83,89
	-Abate	38.750.000	2,02	38.750.000	100

Tabel 6.5 (Lanjutan)

NO	Mata Anggaran	Alokasi Dana(Rp)	Alokasi (%)	Realisasi (Rp)	% Realisasi
3	Pemeliharaan	5.000.000	0,26	4.500.000	90
	-Mesin Fogging	5.000.000	0,26	4.500.000	90
	TOTAL	1.916.925.000	100	1.780.597.000	92,89

Pada tabel 6.5 didapatkan informasi tentang alokasi dan realisasi pendanaan program pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh dilihat berdasarkan mata anggaran yaitu dibagi menjadi investasi, operasional dan pemeliharaan.

Pada tahun 2007 pendanaan program pemberantasan DBD untuk investasi yaitu ,19,19% dari total alokasi dana, terealisasi 98,37%, untuk operasional sebanyak 80,55%, hanya terealisasi 91,59% dan pemeliharaan yaitu 0,26%, terealisasi 90%. Alokasi pendanaan terbesar dianggarkan untuk mata anggaran operasional, sedangkan dana yang terealisasi lebih besar untuk mata anggaran investasi yaitu 98,37%.

6.2. Realisasi Anggaran Program Pemberantasan DBD

Tabel 6.6
Realisasi Anggaran Program Pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh
Tahun 2007

NO	Kegiatan	Alokasi Dana (Rp)	Realisasi (Rp)	% Realisasi
1	Fogging Sarang nyamuk			
	- Honorium Petugas	642.300.000	641.737.500	99,9
	- Belanja alat tulis kantor	2.200.000	2.200.000	100
	- Belanja bahan kimia			
	Solar	230.265.000	230.265.000	100
	Premium	48.681.000	48.681.000	100

Tabel 6.6 (Lanjutan)

NO	Kegiatan	Alokasi Dana (Rp)	Realisasi (Rp)	% Realisasi
	Malathion	272.250.000	161.700.000	59,4
	- Belanja pakaian kerja lapangan	21.900.000	21.900.000	100
	- Belanja jasa pengumuman lelang	4.000.000	4.000.000	100
	- Belanja Propaganda dan Dokumentasi	45.100.000	44.092.000	97,8
	- Percetakan dan penggandaan	6.304.000	4.303.000	68,3
	- Belanja makanan dan minuman	29.400.000	29.400.000	100
	- Belanja Perjalanan Dinas	79.200.000	66.150.000	83,5
	- Belanja perawatan/pemeliharaan peralatan dan perlengkapan kantor			
	Kesehatan	5.000.000	4.500.000	90
2	Pengadaan alat dan bahan fogging			
	- Belanja bahan kimia			
	Malathion	99.000.000	97.320.000	98,3
	Premium	7.875.000	7.850.000	99,7
	Solar	38.700.000	38.700.000	100
	Abate	38.750.000	38.750.000	100
	- Belanja modal pengadaan alat angkutan darat bermotor pick up	130.000.000	128.000.000	98,5
	- Pengadaan alat fogging	216.000.000	212.000.000	98,1
	TOTAL	1.916.925.000	1.780.597.500	92,89

Dari tabel diatas terlihat ada beberapa kegiatan maupun bahan yang tidak terealisasi seratus persen dari anggaran yang ada yaitu honor untuk petugas, bahan malathion, belanja propaganda dan dokumentasi, percetakan dan pengadaan, belanja perjalanan dinas, belanja perawatan/pemeliharaan peralatan dan perlengkapan kantor, premium, belanja modal pengadaan mobil pickup dan pengadaan alat fogging. Penyerapan dana paling kecil adalah untuk pengadaan malathion yaitu 59,4%, ini dikarenakan dalam proses pengadaan bahan malathion mengikuti proses tender, dimana harga penawaran harus lebih rendah dari pagu anggaran.

6.3. Gambaran Turunnya Anggaran Dengan Adanya Kasus DBD Di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007

Adanya kasus dengan turunnya anggaran untuk tahun 2007 dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 6.7
Turunnya Anggaran Dengan Adanya Kasus DBD Di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007

No	Bulan	Jumlah Kasus	Turunnya Anggaran	Dana ABT
1	Januari	34	-	
2	Februari	66	-	
3	Maret	32	-	
4	April	28	-	
5	Mei	27	270.925.000	
6	Juni	33		
7	Juli	47		
8	Agustus	51		
9	September	85		
10	Oktober	164		
11	November	216		1.646.000.000
12	Desember	68		
	Jumlah	851	270.925.000	1.646.000.000

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa kasus DBD sudah ada sejak bulan Januari, namun alokasi anggaran baru turun pada bulan Mei, sedangkan pada bulan Oktober sudah terjadi lonjakan kasus atau adanya KLB, namun anggaran tambahan baru turun bulan November.

6.4. Perbandingan Alokasi Dana Yang Tersedia Dibandingkan Dengan Perhitungan Costing Activity Based Costing (ABC)

Kegiatan untuk pogram pemberantasan DBD seperti telah disebutkan di bab tinjauan pustaka adalah ada 8 kegiatan pokok program yang menjadi pedoman untuk pelaksanaan program pemberantasan DBD di setiap kabupaten/kota di seluruh

Indonesia, namun tidak semua 8 pokok program tersebut dapat dilaksanakan di Kota Banda Aceh, karena didasarkan pada kemampuan, kebutuhan. Perhitungan untuk kebutuhan Program Pemberantasan DBD di Banda Aceh didasarkan pada aktivitas yang dilakukan di Kota Banda Aceh Tahun 2007 serta kegiatan yang perlu dilakukan dan penting untuk penurunan kasus DBD. Berdasarkan hasil perhitungan melalui sistem ABC untuk program pemberantasan penyakit DBD untuk anggaran tahun 2007 didapatkan hasil kebutuhan dana sebesar Rp. 2.246.578.461,- (untuk lebih terperinci dapat dilihat pada lampiran).

Untuk melihat perbandingan alokasi dana yang dihitung berdasarkan ABC dengan alokasi dana yang tersedia pada tahun 2007 di luar gaji dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.8
Pendanaan Program Pemberantasan DBD dengan Perhitungan Sistem ABC di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007

NO	Kegiatan	Costing ABC
1.	Pelacakan Kasus	67.004.192,-
2.	Pembuatan Laporan	830.984,-
3.	Surveilans Vektor	51.803.992,-
4.	Penyuluhan	60.268.992,-
5.	Abatisasi	681.195.992,-
6.	Pemantauan Jentik	351.260.992,-
7.	Fogging Foccus	429.609.300,-
8.	Fogging Massal	558.683.1000,-
9.	Pelatihan Jumantik	45.920.916,-
	TOTAL	2.246.578.461,-

Dari tabel diatas terlihat bahwa total pendanaan program pemberantasan DBD dengan perhitungan ABC berdasarkan aktivitas adalah sebesar RP.2.246.578.461,-. Semua kegiatan yang dihitung didasari oleh kegiatan pedoman pokok program DBD, yang disesuaikan dengan kebutuhan daerah Kota Banda Aceh.

Untuk kegiatan PSN tidak dihitung karena untuk melakukan suatu kegiatan PSN maka perlu kerja sama lintas sektoral dan partisipasi masyarakat yang dibentuk dalam suatu wadah koordinasi yang bernama POKJANAL DBD (Kelompok Kerja Operasional DBD). Untuk tahun 2007 belum terbentuknya POKJANAL DBD sehingga tidak diketahui berapa unit cost (biaya satuan) untuk setiap kegiatannya. Setiap kegiatan pelacakan kasus, pembuatan laporan, penyuluhan, pemeriksaan jentik, abatisasi, pemantauan jentik, fogging focus, fogging massal dan pelatihan jumentik dihitung menurut berapa sumberdaya yang dipergunakan untuk masing-masing kegiatan tersebut dan sesuai kebutuhan. Untuk fogging focus tidak semua kasus di fogging focus, karena pada bulan Oktober sudah terjadi KLB sehingga perlu dilakukannya fogging massal.

Tabel 6.9
Perbandingan Pendanaan Program Pemberantasan DBD Bersumber APBD dengan Costing ABC di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007

No	Sumber Dana	Alokasi Dana APBD (Rp)	Costing ABC (Rp)	Selisih (+/-)	Terpenuhi %
1	APBD Kota	1.916.925.000			
2	Total Pendanaan	1.916.925.000	2.246.578.461,-	-329.653.461	85,3

Dari tabel tersebut terlihat bahwa kesenjangan antara pendanaan program pemberantasan DBD yang tersedia (di luar gaji) dengan kebutuhan dana yang dihitung berdasarkan sistem ABC ditemukan kesenjangan sebesar Rp. -329.653.461, kurang terpenuhi sebesar 14,7%.

6.5. Hasil Wawancara dengan pelaksana program

6.5.1. Karakteristik Informan

Informan pelaksana program dalam penelitian terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan (informan I), Kasubdin P2M (informan II) dan Seksi P2M (informan III) Kota Banda Aceh. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.10
Karakteristik Informan Pelaksana Program

Nama	Umur (th)	Pendidikan	Masa Kerja Jabatan
Informan 1	45	S2	1 Th
Informan 2	45	S2	1 Th
Informan 3	45	S1	13 H

6.5.2. Hasil Wawancara

1. Permasalahan DBD di Kota Banda Aceh

Permasalahan DBD di kota Banda Aceh merupakan masalah yang sangat penting dan perlu mendapat perhatian dan keseriusan dalam penanganannya. Hal ini disebabkan karena Kota Banda Aceh merupakan daerah endemis DBD dan di dukung belum adanya kesadaran dari masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat serta mobilitas tinggi dan kepadatan penduduk. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Saya melihat permasalahan DBD di Kota Banda Aceh perlu penanganan segera karena kota Banda Aceh sudah didefinisikan sebagai siaga wabah, terjadi peningkatan luar biasa tahun 2006, 242 kasus naik 851 kasus tahun 2007, ini merupakan suatu hal peningkatan luar biasa, trendnya meningkat dan sudah menjadi masalah yang sangat

meresahkan, tetapi kalau kita lihat masalah DBD merupakan masalah sangat besar tahun 2007, semua Rumah Sakit sudah penuh sehingga sempat dicanangkan DBD Wacth. Kalau kita lihat faktor pencetus semua ada, mobilitas tinggi, kepadatan penduduk dan vektor sendiri....” (informan 1)

“..Tahun 2007 DBD merupakan masalah yang sangat besar, terjadi peningkatan kasus dari tahun sebelumnya, tahun 2006 ada 242 kasus meningkat menjadi 851 kasus, ini sangat memperhatikan. Kita di tahun 2007 ada DBD wacth, karena terjadi KLB. Saya rasa perilaku masyarakat sangat mempengaruhi terjadinya peningkatan kasus..” (Informan 2)

“..Kasus DBD tahun 2007 meningkat ya dari tahun sebelumnya, masyarakat sekarang malas bergotong royong, karena semenjak LSM asing datang ke Banda Aceh kan setiap gotong royong mereka dibayar, nah setelah mereka pergi, masyarakat jadi malas karena gak ada uang..” (Informan 3)

2. Kegiatan yang mendapat prioritas untuk program pendanaan pemberantasan DBD

Kegiatan yang harus mendapat prioritas dalam pelaksanaan program pemberantasan DBD adalah preventif dan promotif dan semua kegiatan yang berhubungan dengan pencegahan dan penanggulangan.

Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“....Menurut saya pengendalian DBD harus dilihat dari aspek preventif, promotif dan kuratif dimana preventif dan promotif bukannya domennya kesehatan aja, itu kan juga harus menjadi prioritas sektor. Sehingga memang pada tahun 2007 pada waktu kasus memuncak dicanangkan DBD Wacth pada 2 November dengan semboyan basmi, bebas dan semprot, kegiatan utamanya adalah gotong royong massal, fogging massal, penyuluhan dan pemeriksaan jentik berkala dilakukan oleh kader...” (informan 1)

“....PSN adalah salah satu kegiatan yang sangat penting untuk dilakukan karena perlu dilakukan pemutusan mata rantai nyamuk. Masyarakat perlu diberdayakan untuk melakukan pemberantasan sarang nyamuk dan hal ini perlu adanya penyuluhan. Kita berharap masyarakat dapat mengubah perilaku selama ini, karena masyarakat mempunyai peranan penting dalam peningkatan kasus...” (Informan 2)

"...Ya fogging, yang lain pelacakan kasus, penyelidikan epidemiologi, pokoknya semua yang dianggarkan. Tahun 2007 semua kegiatan yang dianggarkan disetujui namun terjadi pemotongan. Program yang sangat diprioritaskan adalah fogging, karena masyarakat di Banda Aceh kalau gak fogging, harus fogging. PSN dapat mengubah perilaku masyarakat tetapi masyarakat tetap mau di fogging..."(Informan 3)

3. Langkah-langkah Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh untuk meningkatkan alokasi anggaran

Langkah-langkah yang telah dilakukan Dinas Kesehatan dalam meningkatkan alokasi anggaran adalah advokasi dengan pihak ketiga.

"...Ya udah, kita membentuk dengan bantuan HSP, GERAK, sudah ada tim advokasi KIBLA. Namun untuk DBD saya rasa semua orang sudah tahu, jadi tidak perlu di advokasi, semua orang sudah konsen tentang itu kecuali masyarakat tapi pihak eksekutif, legislatif, suaranya sudah hampir sama jadi lebih mengaharapkan upaya-upaya pencegahan, preventif, promotif daripada kuratif..."(informan 1)

"....Selama ini kalau dana belum turun dan kasus sudah ada biasanya kami pakai dana sendiri dulu, ya dana dari kantong sendiri, yang penting penanganan kasus harus tetap berjalan, karena itu masalah yang sangat mendesak, apalagi tahun 2007 tiap bulan terjadi peningkatan kasus. Kita juga melakukan kerja sama lintas sektor untuk penanganan DBD, semua sektor kita libatkan, selain itu kita juga mengupayakan kerja sama dengan pihak ketiga, seperti LSM asing..."(informan 2)

"...Setelah disetujui anggaran DPR belum ketok palu kan belum bisa tarik dana, belum bisa membuat pertanggungjawaban, sementara kasus sudah kan tidak bisa dibiarkan, harus ditanggulangi dan fogging. Jalan satu-satunya ditanggulangi sendiri dari dana pribadi. Kalau udah keluar dana, berapa kasus jumlahnya baru dibayar, yang penting kasus tetap di fogging, setahu saya tidak ada upaya dari kami pihak P2P, untuk meningkatkan alokasi anggaran, itu wewenangnya Bina Program dan tergantung Bappeda..."(informan 3)

4. Eksistensi Program Pemberantasan DBD

Program pemberantasan DBD termasuk salah satu program pemberantasan yang diprioritaskan. Namun pada saat terjadi pemotongan anggaran pihak dinas dinas merevisi kembali dan mengusulkan kembali dan menggalang kerja sama dengan pihak ketiga. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Pemotongan anggaran ada, jadi memang itu pemotongan dari karena seperti tahun lalu ada pemotongan 15% itu memang semua, semua dinas harus mengurangi karena memang beban yang terlalu besar untuk pemerintahan kota, itu pemotongan dalam artian dicoret-coret dari legislatif itu tidak banyak. Kalau untuk DBD justru tidak ada, yang kita alami tahun 2007 justru DBD Wacath mendapat alokasi dana total dengan keseluruhan dengan belanja modal dengan pengadaan kendaraan, pengadaan mesin fogging dan lain-lain, justru persetujuan DPRK, persetujuan legislatif. Tergantung kita memporsikannya..."(informan 1)

"...Biasanya tidak sama, karena tidak semua kegiatan yang dianggarkan disetujui jumlah dananya, ada penambahan di masing-masing kegiatan juga ada penambahan sesuai dengan kebutuhan, tahun 2007, ada ABT untuk program DBD, karena kasus DBD sudah sangat besar. Pada tahun 2007 karena terjadi KLB kita mengupayakan kerja sama dengan pihak ketiga dalam pendanaan program DBD..."(informan 2)

"Kadang-kadang gak sama, mungkin kalau terlalu banyak mereka potong lagi anggarannya. Bukan dewannya gak mau tapi dari bappedanya, bedanya tidak terlalu banyak pemotongannya. Untuk 2008 kita usulkan anggaran untu 600 kasus berdasarkan kasus tahun 2007 tetapi tidak disetujui, hanya untuk 200 kasus saja. Itu merupakan masalah, kita mau ngomong apa"(informan 3)

5. Mekanisme penyusunan perencanaan program pemberantasan DBD

Mekanisme penyusunan perencanaan anggaran program DBD dimulai dengan pengusulan RKA kemudian dikonsultasikan dengan pihak bina program kemudian ke kepala Dinas Kesehatan, kemudian dikonsultasikan ke Bappeda untuk dianalisis, kemudian di bahas di

DPRK untuk disahkan dan selanjutnya ke pemerintah kota untuk dilaksanakan. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Kita membuat usulan, ya dari P2P dulu lalu dengan saya dan bina program kemudian ke pihak eksekutif dan legislatif..." (Informan 1)

"...Perencanaan anggaran disusun oleh staf P2P, perencanaan anggaran berdasarkan masalah yang ada yaitu berdasarkan kebutuhan dan kasus DBD yang terus meningkat dan mungkin tentunya ada. Perencanaan anggaran DBD pada tahun 2007 sudah dianggarkan tersendiri, tidak lagi terkait dengan perencanaan anggaran Program P2P secara keseluruhan. Ya seperti tahun sebelumnya anggaran diusulkan kemudian dikonsultasikan ke bina program dan ke kepala Dinas untuk selanjutnya baru ke Bappeda, ke DPR baru ke Pemerintah Kota. Anggaran yang turun dalam bentuk DPA" (informan 2)

" Sesuai dengan data sebelumnya, kalau perlu kita tambah ya kita tambah. Apa tahun depan bisa meningkat, kita hanya bisa mengusulkan. Kalau kita lihat kasus DBD di Kota Banda Aceh cenderung meningkat, karena sebelum tsunami di Kota Banda Aceh tidak terjadi peningkatan seperti itu. Mekanisme penyusunannya setelah dibuat di berikan ke bina program untuk selanjutnya ke kepala Dinas, Bappeda, DPR dan Pemerintahan Kota..." (informan 3)

6. Kebutuhan anggaran pemberantasan DBD yang rasional

Kebutuhan anggaran DBD yang telah ada pada dinas kesehatan selama ini sudah cukup rasional sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Saya rasa itu rasional, anggaran yang kita ajukan sudah sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan, namun kita juga harus tahu dana dari pemerintah kota sangat terbatas. Jadi tidak mungkin kita flotkan semua ke program DBD, kita juga harus memperhatikan program-program lain..." (Informan 1)

"...Bagaimana ya, ya saya tidak bisa bilang rasional atau tidak, namun setiap anggaran yang diajukan sudah melihat kebutuhan yang memang diperlukan dengan masalah yang ada" (informan 2)

"...Kalau menurut kami cukup rasional, sesuai dengan kebutuhan, sudah mempertimbangkan kebutuhan masyarakat..." (informan 3)

7. Kerja sama lintas program dalam penyusunan perencanaan anggaran program DBD

Kerja sama lintas program yang dilakukan yaitu dengan Promkes dan Bina Program. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"... Ya ada ya misalnya yang selama ini dengan Promkes, mereka lebih ke penyuluhan dan tentu saja Bina Program. Ya sudah pasti ada manfaatnya, dengan kerja sama, kerja lebih mudah" (informan 2)

"Kerja sama dengan lintas program, promkes tentang penyuluhan misalnya penyuluhan DBD, kemudian bina program perencanaan dan itu sangat bermanfaat" (informan 3)

8. Kebijakan Dinas dalam membuat perencanaan anggaran

Tidak ada kebijakan khusus dari dinas kesehatan dalam perencanaan anggaran, semua berdasarkan permasalahan yang ada, berdasarkan kebutuhan. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Tidak ada peraturan khusus, tidak berdasarkan pagu anggaran yang ada, berapa kita flotkan, kita lihat permasalahan yang ada, misalnya kasus DBD masalah besar, kita alokasikan sekian, kemudian untuk kegiatan lainnya kita masukkan KIA, Kesling, Promosi Kesehatan berdasarkan kebutuhan, berdasarkan realitalah..." (Informan1)

"...Kita buat perencanaan anggaran melihat kasus yang ada, permasalahan yang ada, tidak ada peraturan khusus dari dinas..." (Informan 2)

9. Kendala pembuatan perencanaan anggaran program DBD

Dalam pembuatan perencanaan anggaran program pemberantasan DBD tidak ada kendala yang dihadapi. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"....Saya rasa kendalanya gak ada ya, karena setiap perencanaan yang dibuat sudah memperhatikan permasalahan yang ada, apa yang menjadi kebutuhan dan tentunya kita juga melihat pengalaman tahun sebelumnya. Mungkin masalahnya waktu penurunan dana, kasus sudah ada namun dana belum ada...."(informan 2)

"...Kendalanya tidak ada, karena yang kita buat kan konsultasikan dulu, kalau kurang ditambah, kalau lebih kita kurang, karena kita menyusun anggaran tidak sendiri..."(informan 3)

6.6. Hasil Wawancara dengan Penentu Kebijakan Alokasi (Bappeda dan DPRD)

6.6.1. Karakteristik Informan

Informan dari penentu kebijakan alokasi dalam penelitian ini terdiri dari Kepala Bidang Kesejahteraan Sosial (Bappeda) Kota Banda Aceh dan Ketua Komisi D DPRD Kota Banda Aceh.

Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.11

Karakteristik Informan Penentu Kebijakan Alokasi

Informan	Umur (Th)	Pendidikan	Masa kerja Jabatan
Informan I	51	SI	4
Informan II	29	D3	1

6.6.2. Hasil Wawancara

1. Penilaian Masalah Kesehatan Kota Banda Aceh

Penyakit DBD merupakan masalah kesehatan yang sangat meresahkan. Selain itu masalah kesehatan remaja, masalah reproduksi dan masalah AIDS. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Kalau masalah kesehatan di Banda Aceh memang ada masalah, sebenarnya di Banda Aceh kalau masalah kesehatan rata-rata DBD nya yang tinggi, yang besar, kalau yang lain, kita ada unit UNDP bergerak di bidang kesehatan, ada pelatihan bidan desa, masalah remaja, masalah reproduksi, masalah AIDS. Banyak bidang yang membutuhkan dana. Bagian PP2 di bawah kabidnya ada subdid kesehatan dan kesejahteraan sosial yang menangani masalah kesehatan. Sebenarnya fungsi Bappeda kan koordinasi, jadi kita dalam RAPDnya, dalam mata anggaran, dalam musrenbang, fungsi tugasnya mengoreksi usulan kegiatan, mengevaluasi usulan dinas, Cocok,sesusi, ada gak manfaatnya dengan kondisi Banda Aceh, kita hanya koordinasi dan evaluasi. Kita ada Musrenbang desa, kecamatan, kota, untuk mencari aspirasi masyarakat untuk program pembangunan kota Banda Aceh, apa maunya masyarakat, semua bidang dibicarakan, tidak kesehatan saja, kita koordinasi dengan semua dinas-dinas .."(informan I)

"...Masalah kesehatan di Banda Aceh pada tahun 2007 kita ketahui ya angka penyakit DBDnya yang besar dan itu sangat meresahkan. Di DPRD ada komisi yang menangani masalah kesehatan yaitu komisi D ya komisi saya, kami membidangi kesehatan juga pendidikan, kita hanya membahas anggaran dan permasalahan yang ada. Tidak ada pembahasan secara khusus, karena jadwal kerja kita sudah diatur, kecuali ada sifat mendadak..."(Informan II)

2. Kebijakan Pengalokasian anggaran kesehatan

Masalah kesehatan merupakan masalah prioritas. Namun prioritasnya masih dibawah pendidikan. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Ada kebijakan pak wali, tahun 2009 Kota Banda Aceh akan dilaksanakan pelayanan gratis, sebenarnya sudah gratis tetapi ditingkat Puskesmas, tetapi hanya di pelayanan dasar saja, tidak untuk pemeriksaan laboratorium misalnya. Disamping pendidikan, kesehatan adalah merupakan prioritas, karena segala sesuatu harus berawal dari pendidikan dan kesehatan. Kebijakan dari pusat ada, tetapi pelaksanaan di daerah agak sulit, tergantung APBD, secara ekonomi kan setiap daerah berbeda..."(informan I)

"...Pengalokasian anggaran cukup besar, karena di Banda Aceh kita prioritaskan masalah kesehatan dan pendidikan, prioritas kita dengan tanpa mengenyampingkan masalah lainnya. Saya rasa tidak ada kebijakan khusus untuk anggaran kesehatan..."(Informan II)

3. Peran Penyedia anggaran dalam Pengalokasian besarnya alokasi anggaran kesehatan

Mengurus bidang kesehatan merupakan salah satu tugas dari kedua lembaga ini. Kedua lembaga ini membahas setiap perencanaan anggaran yang diajukan. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Ada tim RAPD, tim anggaran, bukan dari Bapeda aja, ada dari keuangan dari seketariat. Gini..kita kan ada pagu. Misalnya ada 500 miliar kita bagi-bagikan, kira-kira berapa pagunya, semua dinas dapat, rencanakan program misalnya 20 miliar, kita utamakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, misalnya kebutuhan polindes, dibutuhkan gak oleh masyarakat setempat Di bapeda ada bidang PP2, bidang PP1 dan bidang PP3 yang terlibat dalam pembahasan anggaran kesehatan. Sebenarnya indikatornya dinas. Sebenarnya kan seberapa banyak dana dan seberapa banyak masalahnya kesehatan tersebut sesuai kebutuhan.."(informan I)

"...Itu dia kita di DPR kan berfungsi sebagai legislatif, kita akan membahas sesuai perencanaan anggaran dari dinas terkait, dengan berpedoman pada aturan yang ada, misalnya lebih besar kepentingan masyarakat dibanding kebutuhan petugas. Itulah yang saya bilang berkali-kali kepada dinas terkait, kita akan membantu kalau apa yang diajukan dapat dipertanggungjawabkan, tentunya bagaimana mereka mampu meyakinkan kita dengan logika dan kebutuhan teknis. Kriteria yang layak untuk alokasi anggaran saya rasa seberapa besar manfaatnya bagi masyarakat sesuai dengan kebutuhan dan urgensi masalah yang ada..."(Informan II)

4. Kelemahan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh dalam perencanaan anggaran

Kelemahan Dinas Kesehatan dalam perencanaan anggaran kesehatan adalah keterlambatan dalam pengajuan, kurangnya data tentang akar permasalahan kesehatan dan kurangnya koordinasi dan konsultasi. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

"...Dinas Kesehatan sekarang kan pemimpinnya perempuan, sebenarnya bukan masalah, tapi waktu senggangnya terbatas, jam malamnya untuk

keluarga. Kalau kita lihat pengajuannya sekarang, seperti hari ini belum masuk RKA dari dinas kesehatan, itulah nampaknya sepertinya ada di dalam itu mungkin waktunya terbatas. Itu sangat berpengaruh waktu pembahasan, sehingga terjadi penundaan, manajemen pemerintahannya dianggap tidak becus. Kelemahan dinas sekarang, orangnya tidak mempunyai data based masalah, seharusnya semua dinas cepat tanggap. Setiap anggaran yang diajukan, ya harus disesuaikan dengan kemampuan daerah. Jangan kita lihat dari segi pelayanannya atau dari segi tingkat biaya tetapi segi kemampuan daerahnya. Karena kalau kita tambah waktu diminta, memang butuh, tapi kalau diberikan bagaimana dengan dinas lain. Gak mungkin jalan harus kita bangun, pemberdayaan masyarakat juga harus diberdayakan, Rumah Sakit dari segi pelayanannya, bagaimana dengan dinas lainnya. Tetapi kalau ditanya ke Dinas Kesehatan memang sangat minim uang yang dibutuhkan yang diberikan ...”(informan I)

“...Ya kurang koordinasi, mereka baru kenal kita saat mengajukan anggaran, kemudian mereka sendiri tidak tahu tentang kebutuhan anggaran yang tepat dan sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat, realitanya dan skala prioritas. Masalah kesehatan itu kan komplis, jadi tidak boleh hanya dilihat satu sisi, sementara akar masalah kita tidak tahu. Lebih sering berkoordinasi, berkonsultasi dengan DPRD, karena DPR kan wakil rakyat dan saya menantang mereka untuk itu. Koordinasi, konsultasi dan sesuai dengan masalah yang ada...”(Informan II)

5. Penilaian terhadap masalah DBD di Kota Banda Aceh

Permasalahan DBD adalah merupakan masalah yang besar dikarenakan kasusnya yang tinggi dan sudah menjadi KLB. Untuk program Pemberantasan DBD adanya dana tambahan untuk KLB serta pelatihan untuk petugas dan adanya proaktif dari legislatif dengan ikut turun kelapangan. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“...Ya memang kasus DBD 2007 tinggi, kita ada memberikan dana tambahan untuk KLB, untuk DBD kita juga sudah melaksanakan pelatihan kurang lebih 100 orang peserta yang dilaksanakan oleh dinkes kota, dananya dari depkes, kita kerja sama. Tetapi untuk dana-dana lain, pemerintah tetap upayakan, direncanakan untuk semua pelayanan tetapi

nanti tergantung keuangan. Tetapi dari segi pelayanan sudah gratis, Puskesmas sudah gratis, Rumah Sakit sudah gratis..”(informan 1)

“...Persoalan DBD tahun 2007 memang merupakan masalah, karena kasusnya meningkat dan merupakan KLB. Saya pribadi sering turun kelapangan dan masyarakat tahu. Kita udah digaji besar oleh pemerintah ya harus bertanggung jawab. Peran dinas kesehatan itu perlu dimaksimalkan. Penanggulangan DBD tidak cukup dilakukan satu pihak makanya saya katakan koordinasi. Saya juga sering dimarah masyarakat tetapi itulah adanya kita harus terima...”(Informan II)



BAB 7

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan diantaranya sebagai berikut:

1. Data pembiayaan program pemberantasan DBD yang dianalisa hanya pembiayaan program yang bersumber dari pemerintah.
2. Data pembiayaan program pemberantasan DBD dianalisis tidak termasuk yang terdapat pada kegiatan program lain.
3. Data anggaran program pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang diteliti terbatas hanya pada anggaran-anggaran program yang ada dan dikelola oleh seksi pemberantasan penyakit menular, Anggaran yang dikelola oleh dinas/badan/lembaga lain diluar kesehatan tidak diteliti.
4. Dalam perhitungan Activity Based Costing (ABC) DBD menggunakan konsep/pemahaman (1) beberapa biaya tak langsung tidak dihitung, (2) Gaji tidak dihitung.

7.2. Analisis Pendanaan Program Pemberantasan Penyakit Menular, Program DBD Terhadap Anggaran Dinas Kesehatan

Total Anggaran pendanaan program pemberantasan DBD bersumber APBD diluar gaji di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2005 adalah Rp.52.500.000, pada tahun 2006 meningkat sebesar 2,8% menjadi Rp.221.061.226, dan pada tahun

2007 naik menjadi Rp.1.916.925.000. Kenaikan sebesar ini pada tahun 2007 dikarenakan adanya dana tambahan karena lonjakan kasus pada tahun 2007. Bila dilihat dari prentaseny maka tampak adanya trend keberlanjutan pendanaan untuk program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh sampai tahun 2007.

7.3. Analisis Total Pendanaan Program Pemberantasan DBD berdasarkan Sumber Biaya

Menurut teori analisis pembiayaan kesehatan daerah pada modul P2KT (2003), terdapat dua sumber utama biaya kesehatan yakni sumber yang berasal dari pemerintah dan sumber yang berasal dari non pemerintah. Untuk sumber pemerintah pembiayaan berasal dari APBN, APBD Provinsi, APBD Kab/Kota dan Bantuan dan pinjaman Luar Negeri. Sedangkan sumber pembiayaan non pemerintah berasal dari swasta dan masyarakat sendiri.

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 keberadaannya sangat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat (Thabrani,2005).

Berdasarkan analisis program pemberantasan DBD tahun 2007 berdasarkan sumber biaya, pendanaan program pemberantasan DBD dari APBD Kota adalah 96,93% dari total alokasi dana menurut sumber biaya. Sedangkan dari sumber donatur yaitu BRR bantuan untuk pendanaan program pemberantasan DBD adalah 3,1 % untuk program pengendalian DBD. Hal tersebut terjadi karena pada tahun

2007 Kota Banda Aceh dinyatakan KLB DBD. Apabila dilihat dari jumlah bantuan donatur itu belum mencukupi.

Berdasarkan perhitungan kebutuhan dana dengan metode ABC diperoleh kebutuhan dana 2007 sebesar Rp. 2.246.578.461, apabila dibandingkan dengan total APBD yaitu Rp.1.916.925.000, pendanaan untuk program DBD masih sangat kurang. Alokasi dana dari APBD untuk program DBD belum mencukupi untuk melakukan kegiatan pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh Tahun 2007. Melihat jumlah alokasi dana yang masih kecil untuk program pemberantasan DBD, maka perlu kiranya pihak dinas kesehatan melakukan upaya untuk memperoleh sumber biaya dari pihak lain dengan mempertimbangkan kemampuan daerah. Selain bekerja sama dengan pihak lain, dari alokasi dana tersebut yang paling terpenting bagaimana pihak Dinas Kesehatan memanfaatkan dana sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan. Perlu suatu perencanaan program yang benar-benar efektif dan efisien untuk suatu program pemberantasan DBD, agar target penurunan kasus dan angka bebas jentik di Kota Banda Aceh dapat tercapai.

Pemerintah Kota Banda Aceh yaitu Bapeda menyatakan bahwa alokasi dana untuk program pemberantasan DBD sudah sesuai dengan situasi lonjakan kasus DBD pada tahun 2007, ini dikarenakan kemampuan keuangan daerah yang terbatas, dengan total PAD sebesar Rp.32.324.707.897, sehingga masih membutuhkan pendanaan dari Pemerintah Pusat dan Provinsi.

Menurut Depkes (2006), salah satu kegiatan dalam pokok program DBD adalah kemitraan, penyakit DBD tidak dapat diselesaikan hanya oleh sector kesehatan saja, peran lintas program (Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan,

UKS, litbang) terlebih lintas sector terkait (Diknas, Dep.Agama, KLH, Kimpraswil, perhubungan dll) serta organisasi profesi dan organisasi kemasyarakatan sangat diharapkan. Melalui SK Menkes 581/1992 dan SK Mendagri 441/1994 telah terbentuk wadah kemitraan dengan nama POKJANAL DBD. Organisasi ini merupakan wadah koordinasi dan jejaring kemitraan dan penanggulangan DBD.

7.4. Analisis Pendanaan Program Pemberantasan DBD

7.4.1. Berdasarkan Elemen Kegiatan

Alokasi anggaran pendanaan program pemberantasan DBD berdasarkan elemen kegiatan dibedakan atas pengendalian vektor, penyelidikan epidemiologi, penyuluhan, pengadaan alat dan bahan fogging dan lain-lain.

Berdasarkan analisis pendanaan program pemberantasan DBD tahun 2007 berdasarkan elemen kegiatan, alokasi anggaran untuk pemberantasan sarang nyamuk, pemantauan jentik oleh kader/jumantik, evaluasi PSN dan penerapan analisa budaya setempat terhadap PSN-3M dengan pendekatan COMBI tidak ada. Anggaran terbesar dialokasikan sebelum perubahan adalah untuk kegiatan pengendalian vektor yaitu untuk fogging sebesar Rp. 208.475.000. Sedangkan alokasi anggaran setelah perubahan berdasarkan elemen kegiatan, alokasi dana terbesar juga untuk kegiatan fogging yaitu Rp. 1.465.171.000, 73% dari total anggaran. Penyebaran dari alokasi tersebut kurang tepat, karena fogging adalah bukan cara efektif untuk membunuh rantai penularan nyamuk.

Dari analisis menurut elemen kegiatan alokasi dana dari APBD masih lebih besar untuk kegiatan fogging, sedangkan untuk penyuluhan dana masih kecil dan adanya alokasi dana untuk penyuluhan baru setelah adanya perubahan yaitu adanya dana ABT karena terjadi lonjakan kasus. Alokasi dana untuk penyuluhan sudah sangat terlambat, karena alokasi dana turun setelah lonjakan kasus. Padahal penyuluhan yang disertai dengan PSN dengan mengubah perilaku masyarakat sangat efektif untuk menurunkan kasus DBD. Penyebaran dana lebih besar sebelum maupun setelah perubahan anggaran untuk fogging. Alokasi dana setelah perubahan lebih besar juga dipengaruhi oleh situasi pada tahun 2007 terjadi KLB yang mengharuskan dilakukannya fogging massal.

Hal ini sejalan dengan penelitian Fitriani, 2006, di Kota Cimahi, alokasi terbesar justru untuk kegiatan fogging focus, padahal dampak dari fogging focus tersebut hanya sesaat saja karena hanya membunuh nyamuk dewasa saja dan kegiatan tersebut hanya akan efektif bila dilakukan 2 siklus dengan interval 1 minggu dan dilakukan bersama-sama dengan gerakan PSN.

Sementara untuk kegiatan yang memiliki dampak atau manfaat yang besar dan jangka panjang serta lebih bersifat mencegah terjadinya DBD seperti kegiatan surveilans vektor, pelacakan kasus dan penyuluhan mendapat alokasi yang kecil yaitu berkisar 0,63%-2,35% dari total anggaran program pemberantasan DBD. Ketidaktepatan alokasi lainnya adalah tidak teralokasinya anggaran untuk Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan Pemantauan Jentik Berkala (PJB), padahal menurut Suroso T dan Umar AL (1999), cara yang paling efektif dalam penanggulangan DBD adalah PSN yang dilakukan secara teratur. Bila PSN

dilakukan secara teratur diharapkan Angka Bebas Jentik di setiap kelurahan dapat mencapai lebih dari 95% sehingga dapat menekan penyebaran penyakit, demikian juga PJB sangat penting dilakukan untuk mengetahui angka bebas jentik.

Menurut Depkes RI (2007), ada 8 pokok program DBD yaitu surveilans epidemiologi, pemberantasan vektor dan penanggulangan KLB, tata laksana klinis, penyuluhan, kemitraan, peran serta masyarakat, pelatihan dan penelitian. Untuk pemberantasan vektor dan penanggulangan KLB kegiatannya terdiri dari fogging, abatisasi, pemeriksaan jentik berkala, pemberantasan sarang nyamuk, evaluasi PSN dan penerapan analisa budaya setempat terhadap PSN-3M dengan pendekatan COMBI (Communication for Behavioral Impact).

Kedelapan pokok program yang dikeluarkan Depkes RI adalah merupakan pedoman bagi suatu daerah untuk melaksanakan program pemberantasan DBD. Pelaksanaannya tergantung dari bagaimana daerah menterjemahkan setiap kegiatan sesuai dengan kemampuan, kebutuhan dan permasalahan daerah masing-masing.

Depkes RI (2007) juga mengeluarkan suatu pedoman yaitu pola pembiayaan melalui DIPA P2P kabupaten/Kota untuk kegiatan yang perlu dianggarkan adalah pengadaan bahan dan peralatan, fogging sarang nyamuk, larvasidasi atau abatisasi, pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dan pemantauan jentik oleh kader/jumantik. Namun dalam elemen kegiatan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2007, pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dan pemantauan jentik oleh kader tidak ada alokasi dananya. Menurut Depkes 2006, mengingat obat dan vaksin untuk membunuh virus dengue belum ada, maka cara yang paling efektif untuk mencegah penyakit DBD ialah dengan pemberantasan sarang nyamuk yang dilaksanakan oleh

masyarakat/keluarga secara teratur setiap seminggu sekali. Pesan utama adalah “3 M PLUS”, hal ini dapat dilakukan dengan penyuluhan dan pergerakan massa.

7.4.2. Analisis berdasarkan fungsi program

Alokasi anggaran pembiayaan program pemberantasan DBD berdasarkan fungsi program dibedakan atas biaya kuratif, biaya preventif, biaya promotif dan lain-lain.

Berdasarkan analisis pendanaan program pemberantasan DBD tahun 2007 menurut fungsi program, untuk pendanaan kegiatan kuratif tidak dialokasikan, karena tidak dianggarkan, karena pengobatan masih dibebankan kepada penderita, namun di Kota Banda Aceh, untuk pelayanan dasar sudah gratis, sedangkan pemeriksaan lainnya seperti pemeriksaan laboratorium, penderita membayar sendiri. Menurut Depkes RI (2007), ada 8 pokok program DBD yaitu salah satu pokok program DBD adalah tata laksana klinis. Dalam kegiatan tata laksana klinis salah satu kegiatan yang dilakukan adalah penyediaan sarana dan prasarana seperti tersedia tensimeter anak untuk melakukan test torniquet, alat pemeriksaan trombosit dan hematokrit, cairan infus, infus set dan lain-lain, dengan demikian Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh perlu kiranya pengalokasian untuk kuratif sesuai dengan kebutuhan.

Sedangkan untuk kegiatan preventif alokasi dananya 86,96% dari total pendanaan program pemberantasan DBD dan lebih besar untuk pendanaan pengadaan bahan kimia dan penyemprotan, dan untuk kegiatan promotif hanya 2,35%, penyebaran alokasi dana belum tepat. Walaupun kegiatan preventif dilakukan

setelah kasus ada, namun perlu untuk pencegahan agar tidak timbulnya kasus baru, namun alokasi dananya yang perlu disesuaikan dengan kebutuhan yang memang lebih berdampak jangka panjang untuk kesehatan masyarakat. Presentase biaya untuk kegiatan promotif masih sangat kecil alokasinya untuk kegiatan penyuluhan, alokasi dana untuk promotif belum mencukupi. Dengan alokasi anggaran yang kecil tersebut sangat sulit untuk mengharapkan adanya perbaikan perilaku masyarakat di bidang kesehatan. Menurut Fitriani (2006), Seandainya alokasi kegiatan promotif cukup besar dan dapat dilaksanakan dengan baik, diharapkan kegiatan preventif yang saat ini alokasinya selalu didominasi oleh Fogging Focus bisa dikurangi, sehingga pada akhirnya pemerintah dapat mengefisienkan anggaran.

Menurut Depkes (2006), dalam penanggulangan penyakit DBD, memberantas nyamuk dewasa melalui pengasapan dan dengan menggunakan larvasida yang ditaburkan ke Tempat Penampungan Air (TPA) belum memperlihatkan hasil yang memuaskan di mana terbukti dengan peningkatan kasus dan bertambah jumlah wilayah yang terjangkit DBD. Maka untuk kegiatan promotif perlu perhatian khusus dari pemerintah Kota Banda Aceh. Kegiatan promotif yang dilakukan adalah penyuluhan, tetapi tidak sekedar membuat leaflet atau poster saja, melainkan suatu komunikasi perubahan perilaku dalam pemberantasan sarang nyamuk. Untuk itu perlu kerja sama lintas sektor dan lintas program dalam penanganan program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh, mengingat keterbatasan keuangan daerah. Hal ini sesuai dengan pendapat salah satu informan bahwa promotif dan preventif bukan wewenangnya kesehatan saja, itu juga harus

menjadi prioritas lintas sektor, Kemudian kerja sama lintas program juga sangat perlu dilakukan misalnya dalam kegiatan penyuluhan.

Dalam indikator Indonesia Sehat juga disebutkan bahwa orientasi pembangunan kesehatan mulai berubah dari berorientasi kuratif dan rehabilitatif menjadi upaya kesehatan yang terintegrasi menuju kawasan sehat dengan peran aktif masyarakat. Pendekatan baru ini menekankan pada pentingnya upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Kemudian apabila dilihat dari sisi ekonomisnya menurut Sampoerno (2003) upaya kesehatan yang bersifat preventif dan promotif lebih cost efektif dari pada mengobati orang sakit.

7.4.3. Analisis Berdasarkan Mata Anggaran

Alokasi anggaran pendanaan program pemberantasan DBD berdasarkan mata anggaran dibedakan atas biaya investasi, biaya operasional dan pemeliharaan.

Berdasarkan analisis pendanaan program pemberantasan DBD tahun 2007, alokasi anggaran terbesar adalah kegiatan operasional yakni 80,55%, sebagian besar kegiatan ini dialokasikan untuk pengadaan bahan insektisida dan honor petugas. Besarnya belanja operasional karena adanya penambahan dana dari APBD karena terjadinya KLB.

Menurut modul P2KT, untuk penyusunan suatu anggaran maka diperlukan keseimbangan alokasi untuk mata anggaran investasi, operasional dan pemeliharaan. Mudah dipahami bahwa investasi suatu alat misalnya, memerlukan biaya operasional agar alat tersebut bisa berfungsi dengan baik selama masa pakai alat tersebut. Agar

sebuah investasi bisa dipertahankan kapasitasnya, maka alat tersebut perlu dipelihara dengan baik.

Melihat dari alokasi pendanaan untuk investasi, operasional dan pemeliharaan, maka alokasi biaya operasional lebih tinggi dari lainnya, namun realisasinya hanya 91,59% dari alokasi sebesar Rp.1.544.025.000, dana yang terserap paling rendah untuk perjalanan yaitu 83,52 %, ini dikarenakan adanya kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah mengenai SPPD, sehingga tidak dapat diselesaikan. Mengenai biaya operasional yang lebih tinggi dari biaya lainnya, sangat berbeda dengan permasalahan yang ada dalam reformasi pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota dalam era desentralisasi dimana salah satunya adalah tidak cukupnya biaya operasional kegiatan (Gani, 2006).

Pada mata anggaran pemeliharaan, terlihat bahwa biaya pemeliharaan hanya untuk mesin fogging, sedangkan yang lainnya tidak ada biayanya, ini menunjukkan ketidaktepatan alokasi. Namun melihat dari persentasenya biaya untuk pemeliharaan mesin fogging masih sangat kecil, hanya sebesar Rp.250.000/unit. Menurut Priyatni (2005), Berdasarkan SK Gubernur Provinsi DKI Jakarta No.2044 tahun 2004, bahwa unit cost pemeliharaan untuk satu mesin fogging sebesar Rp.500.000/tahun, satu mesin ULV Rp.6.024.120/tahun dan satu motor ULV Rp.3.172.060, dengan demikian sangat tidak mencukupi dengan anggaran sebesar Rp.65.554.900. Jelas disini terlihat tidak adanya keseimbangan antara biaya operasional, investasi dan pemeliharaan.

Dengan kurangnya biaya pemeliharaan mesin fogging akan berdampak pada kondisi mesin fogging sebagai alat penunjang dalam operasional pemberantasan

DBD. Bila alat penunjang tersebut cepat rusak maka akan ada alokasi anggaran untuk pembelian mesin fogging baru dan akan berdampak pada pengurangan alokasi anggaran untuk kegiatan lainnya dan secara tidak langsung akan menghambat pengendalian kasus di lapangan.

Pada kegiatan operasional program pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh perlu kiranya penambahan kegiatan pelatihan jumentik untuk kegiatan lapangan dan kegiatan pemantauan jentik oleh kader sehingga dengan penemuan jentik secara dini dapat dilakukan pencegahan segera.

7.5. Analisis Realisasi Anggaran Program Pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007

Realisasi anggaran program pemberantasan DBD di bedakan berdasarkan kegiatan fogging sarang nyamuk dan pengadaan bahan-bahan fogging. Untuk program kegiatan fogging sarang nyamuk, dana yang tidak terealisasi 100% adalah dana untuk honor petugas, belanja bahan malathion, percetakan dan penggandaan, belanja propaganda dan dokumentasi, belanja perjalanan dinas dan belanja pemeliharaan dan perlengkapan kantor kesehatan. Sedangkan untuk program kegiatan pengadaan alat dan bahan fogging, dana yang tidak terealisasi 100% adalah belanja malathion, belanja premium, belanja mobil pick up dan belanja alat fogging.

Adapun alasan tidak terealisasinya alokasi dana tersebut adalah karena ;

1. Pengadaan bahan dan peralatan mengikuti proses tender
2. Waktu pelaksanaan dimulai bulan Juni s/d Desember

3. Adanya kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah pada Akhir anggaran : SPPD sehingga tidak dapat diselesaikan
4. Ada sebagian sarana yang tidak rusak sehingga pemeliharaan tidak dilakukan.

Dilihat dari segi anggaran, ternyata ada hal yang menyebabkan dana tidak terserap yaitu turunnya anggaran yang tidak tepat waktu (terlambat). Satu tahun anggaran dimulai dari bulan Januari sampai bulan Desember, sedangkan realisasi turunnya anggaran rata-rata antara bulan april setiap tahunnya, bahkan kadang-kadang turunnya anggaran bulan juni, padahal jumlah kasus DBD mulai meningkat pada bulan Januari, akibatnya pelaksanaan kegiatan menjadi terlambat dilaksanakan sehingga membawa pengaruh terhadap target yang ingin dicapai, yaitu mencegah penyebaran kasus DBD. Hasil penelitian dari Rachmadanur N (2005) bahwa salah satu kendala yang dihadapi pengelola DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor adalah keterlambatan turunnya anggaran.

7.6. Analisis Turunnya Anggaran Dengan Adanya Kasus DBD Di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007

Pada tahun 2007 anggaran untuk P2M termasuk untuk program pemberantasan DBD sudah diajukan pada bulan Desember Tahun 2006, namun turunnya anggaran baru pada bulan Mei 2007. Sedangkan Kasus sudah ada pada bulan mei, sehingga pelaksanaan kegiatan tidak maksimal dilakukan, sehingga kasus masih tetap ada dan bahkan terjadi lonjakan kasus pada bulan Oktober yang sudah dikatakan KLB. Adanya anggaran tambahan baru setelah terjadinya KLB dan itupun terlambat turunya anggaran yaitu pada bulan November. Namun setelah adanya dana ABT terlihat bahwa pada bulan Desember terjadi penurunan kasus DBD.

Komitmen pemerintah terhadap alokasi anggaran masih sangat kecil. Alokasi dana ada setelah kasus ada dan adanya dana tambahan juga setelah terjadi lonjakan kasus. Ini sangat bertolak belakang dengan pernyataan penentu kebijakan bahwa masalah DBD adalah masalah yang sangat mengkhawatirkan dan menjadi prioritas yang perlu ditangani pada tahun 2007.

7.7 Perbandingan Pendanaan Program pemberantasan DBD dengan Perhitungan Sistem ABC.

Metode perhitungan ABC adalah metode perhitungan biaya dengan menekankan setiap aktivitas sebagai objek biaya dasar. Aktivitas bisa berupa kejadian, tugas, atau unit pekerjaan dengan tujuan khusus. Setiap aktivitas ditelusuri biaya langsung dan biaya tidak langsung berdasarkan alokasi biaya masing-masing aktivitas yang dilakukan. Dengan mengidentifikasi aktivitas dan biayanya, sistem ABC lebih merinci penggunaan sumber daya dalam suatu organisasi.

Perhitungan berdasarkan aktivitas dengan melihat faktor-faktor apa saja yang menyebabkan pemicu biaya untuk aktivitas tersebut dapat mengurangi pemborosan dari kegiatan program tersebut. Informasi pemicu biaya sangat dibutuhkan untuk setiap aktivitas sehingga dapat mengidentifikasi peluang ke arah perbaikan dan cara memperbaikinya. Namun kendala yang dihadapi dalam costing ABC untuk kegiatan program pemberantasan DBD adalah sulitnya mendapatkan informasi akurat tentang waktu lamanya pelaksanaan kegiatan.

Kota Banda Aceh, khususnya Dinas Kesehatan belum menerapkan analisis perhitungan kebutuhan biaya berdasarkan metode ABC, selama ini dalam menilai kebutuhan anggaran hanya berdasarkan kepada historikal budget dan permasalahan

yang ada. Perhitungan ABC DBD merupakan analisis perhitungan biaya yang digunakan untuk mengetahui besarnya kebutuhan dana yang di perlukan untuk program pemberantasan DBD.

Perhitungan yang dilakukan untuk setiap kegiatan didasarkan pedoman 8 pokok program DBD dan disesuaikan dengan kebutuhan daerah. Kegiatan berupa setiap aktivitas dilakukan seperti pelacakan kasus, pembuatan laporan, surveilans vektor, penyuluhan, abatisasi, pemantauan jentik, fogging focus, fogging massal dan pelatihan jumentik. Hasil perhitungan biaya dengan metode ABC diperoleh total kebutuhan dana program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh tahun 2007 sebesar Rp. 2.246.578.461, sedangkan alokasi pendanaan APBD untuk program pemberantasan DBD adalah Rp.1.916.925.000, jadi yang terpenuhi hanya 85,3%. Perbedaan selisih ini diakibatkan ada kegiatan-kegiatan yang seharusnya membutuhkan biaya namun dalam anggaran tidak dialokasikan, misalnya pemantauan jentik dan pelatihan untuk kader/jumentik.

Analisis pendanaan program pemberantasan DBD yang bersumber APBD pada tahun 2007 adalah sebesar Rp. 1.916.925.000. Dengan demikian apabila dibandingkan antara alokasi dengan pendanaan program pemberantasan DBD dengan hasil perhitungan ABC maka diperoleh kesenjangan sebesar Rp.329.653.461. Kesenjangan ini seharusnya diatasi untuk mencapai kinerja program yang optimal dengan besarnya alokasi dana yang tepat dan sesuai kebutuhan.

Menurut A. Gani (1992), kemampuan pemerintah untuk membiayai pembangunan termasuk dalam pembangunan kesehatan tergantung dari besarnya pendapatan negara tersebut. Begitu juga pemerintah Kota Banda Aceh kemampuan

daerah ini dalam hal keuangan masih terbatas, sehingga untuk membiayai pembangunan kesehatan, terutama untuk membiayai kebutuhan program pemberantasan DBD menjadi tidak optimal, karena dengan kemampuan keuangan terbatas, pemerintah Kota Banda Aceh juga harus memperhatikan kebutuhan program lain. Ada banyak cara untuk mendapatkan dana untuk bidang kesehatan, misalnya memobilisasi dari pemerintah pusat maupun provinsi.

Dengan melihat kemampuan keuangan daerah serta memperhatikan bahwa salah satu peran yang menjadi tanggung jawab pemerintah dalam membiayai program kesehatan yang tergolong sebagai *public goods* dan pembiayaan kesehatan yang bersifat esensial seperti program pemberantasan DBD, maka hendaknya pihak dinas kesehatan Kota Banda Aceh melakukan *advocacy* ke berbagai pihak pemerintah guna mendapatkan dukungan dana seperti dari pemerintah provinsi, pemerintah pusat maupun bantuan luar negeri.

Menurut Misman (2006), Untuk mendapatkan dana yang dapat memenuhi kebutuhan program maka bisa dengan membagi kebutuhan dana tersebut dengan berdasarkan jenis biaya, misalnya jenis biaya yang berhubungan dengan kegiatan operasional dalam hal ini kebutuhan pencatatan laporan dan pembuatan laporan, pelacakan kasus dan sebagainya, maka pendanaan tersebut bisa diharapkan dari APBD kota sendiri. Untuk pendanaan yang berhubungan dengan investasi misalnya pembelian mesin fogging dan alat pengangkut berupa mobil maka bisa diusahakan dari Pemerintah Pusat, karena menurut petunjuk teknis penggunaan dana DAK (Dana Alokasi Khusus) kegiatan yang bersifat investasi dapat dianggarkan melalui dana DAK. Dana DAK merupakan dana APBN atau pemerintah pusat yang disalurkan

melalui mekanisme APBD Kab/Kota. Kegiatan yang bersifat peningkatan sumber daya manusia seperti pelatihan kader dan pemberdayaan masyarakat bisa diusahakan dari Bantuan Luar Negeri.

7. 8. Analisis Komitmen pelaksana program dan penentu kebijakan alokasi

Komitmen pelaksana program dan penentu kebijakan alokasi anggaran menjadi sangat penting dalam pembahasan pendanaan program pemberantasan DBD, terutama dalam pembiayaan yang bersumber dari APBD Kota. Besarnya komitmen pemerintah kota terhadap sektor kesehatan dalam hal pendanaan program pemberantasan DBD dapat diukur dari persentase total anggaran kesehatan bersumber dari APBD Kota Banda Aceh.

Berdasarkan hasil penelitian Gani.A (2001), dengan kecenderungan jumlah APBD Kabupaten/Kota yang meningkat akan mempengaruhi persentase untuk pembiayaan kesehatan yang menjadi lebih baik, demikian sebaliknya apabila jumlah APBD kabupaten/kota relatif kecil maka persentase pembiayaan kesehatan menjadi lebih kecil.

Pada tahun 2007 penyakit DBD merupakan kasus besar dan sudah dikatakan KLB. Penyakit DBD merupakan salah satu prioritas permasalahan kesehatan di kota Banda Aceh. Dari hasil wawancara mendalam tentang penilaian terhadap besarnya permasalahan DBD di Kota Banda Aceh dikatakan bahwa penyakit DBD merupakan masalah yang sangat meresahkan dan perlu ditanggulangi segera. Adanya komitmen ini merupakan dasar bagi penentu kebijakan dalam mengalokasikan besarnya

anggaran. Alokasi pendanaan tahun 2007 mengalami perubahan dari alokasi anggaran pertama, adanya penambahan alokasi dana untuk program pemberantasan DBD, ini dikarenakan peningkatan kasus DBD. Melihat hal tersebut, adanya penambahan dana dari pemerintah kota hanya karena adanya peningkatan kasus. Bila dibandingkan dengan kebutuhan yang seharusnya, maka kebutuhan dana dari alokasi APBD masih kurang. Komitmen pemerintah kota tentang permasalahan DBD ada, namun alokasinya yang masih kurang, ini mungkin dipengaruhi oleh salah satu faktornya adalah keterbatasan kemampuan daerah.

Menurut Trisnantoro dan Harbianto (2006), Dukungan dan komitmen dari Pemerintah Daerah dalam hal ini pihak eksekutif dan pihak legislatif di era desentralisasi sehubungan dengan pembiayaan antara lain tergambar dalam besarnya anggaran sektor kesehatan dalam APBD, dimana alokasi anggaran kesehatan mendekati kebutuhan normatif. Menurut Gani.A (2001), Rendahnya biaya kesehatan yang bersumber dari pemerintah menunjukkan bahwa komitmen pemerintah untuk kesehatan hanya terbatas pada tingkat pernyataan kebijaksanaan.

Salah satu faktor yang menentukan besarnya alokasi anggaran adalah adanya *advocacy* dan koordinasi antara pihak pelaksana program dan penentu kebijakan sehingga diperoleh suatu pemahaman seberapa besar permasalahan yang harus ditanggulangi. Di Kota Banda Aceh hal tersebut belum semaksimal dilakukan dimana belum adanya koordinasi dari pihak pelaksana program dengan penentu kebijakan, karena masalah DBD bagi pelaksana program menganggap sudah merupakan masalah umum pada tahun 2007, sehingga tidak perlu dilakukan *advocacy*, karena semua orang sudah tahu. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian

Fitriani, 2006, di Kota Cimahi telah terjalin koordinasi yang baik antara pihak legislatif dan Eksekutif dalam hal ini Dinas Kesehatan dan Bappeda dengan DPRD sehingga tidak ada kekhawatiran bahwa pembiayaan di Bidang Kesehatan akan lebih ketat bila dilakukan *advocacy* yang efektif berdasarkan informasi keuangan yang akurat untuk meyakinkan Pemerintah Daerah dan DPRD.

Perhatian pemerintah Kota Banda Aceh dalam hal ini Dinas Kesehatan terhadap permasalahan DBD dapat dilihat dari besarnya anggaran program DBD di luar gaji yaitu 90% dari total pembiayaan pemberantasan penyakit menular, sedangkan yang lainnya dipergunakan untuk penanggulangan penyakit lainnya. Meskipun jumlahnya besar, namun dibandingkan dengan jumlah kebutuhan dana normatif, kebutuhan program tersebut belum mencukupi.

Mengenai proporsi penggunaan anggaran pemberantasan DBD adanya perbedaan pendapat pada pelaksana program yang menyatakan bahwa usaha pencegahan dan peyuluhan adalah merupakan prioritas dalam pendanaan program pemberantasan DBD, sedang yang lainnya fogging adalah merupakan prioritas dalam pendanaan pemberantasan DBD, membuat perbedaan pemahaman tentang permasalahan penanggulangan DBD, sehingga menyebabkan tidak efektifnya upaya yang akan dilakukan dan keberhasilan yang akan dicapai untuk penurunan kasus tidak akan tercapai.

Partisipasi masyarakat sangat penting bagi keberhasilan program pemberantasan DBD, pada saat ini di Kota Banda Aceh partisipasi masyarakat dalam progeram pemberantasan DBD masih rendah. Rendahnya partisipasi masyarakat tersebut karena masyarakat malas untuk bergotong royong akibat kebiasaan pada saat

adanya LSM Asing, untuk gotong royong setiap masyarakat dibayar, namun setelah LSM Asing tersebut masyarakat tidak mendapatkan pembayaran lagi, sehingga membuat masyarakat malas karena tidak ada uang. Rendahnya partisipasi masyarakat juga disebabkan tidak mudah untuk merubah perilaku masyarakat, apalagi dengan alokasi anggaran promotif yang kecil dan lebih rendah dari kegiatan preventif yaitu sebesar 2,35%, sehingga kuantitas dan kualitas kegiatan yang bersifat promotif perlu ditingkatkan. Secara kebijakan program sebenarnya pihak Dinas Kesehatan belum memenuhi apa yang menjadi kebijakan, karena prioritas pendanaan selama ini lebih ke pendanaan program pengendalian seperti fogging, sedangkan untuk kegiatan PSN dengan pemberdayaan masyarakat melalui penyuluhan kurang.

Faktor lain yang mendukung upaya program pemberantasan DBD adalah upaya untuk melakukan kerja sama dengan lintas sektor, upaya ini telah dilakukan namun belum optimal karena dalam pelaksanaannya masih pasif karena kurangnya koordinasi dan upaya ini perlu ditingkatkan.

Menurut Depkes RI (2006), untuk mendukung kebijakan dalam program pemberantasan DBD, diperlukan suatu wadah kemitraan, dengan memantapkan kerja sama lintas sektor dan lintas program. Berdasarkan hal inilah maka untuk program pemberantasan DBD Kota Banda Aceh perlu melibatkan sektor-sektor terkait misalnya Dinas Kebersihan, Dinas Syariat Islam, Dinas Pasar, Dinas Pendidikan, Dinas Infokom, TNI/POLRI dan LSM. Dinas Pendidikan melalui upaya peningkatan pendidikan kesehatan dalam hal ini masalah DBD bisa diberikan di sekolah-sekolah, Dinas Infokom dengan memberikan penyebarluasan informasi tentang penyakit DBD kepada semua masyarakat. Dinas Kebersihan dengan membersihkan saluran air yang

tersumbat (drainase) Dinas Syariat Islam dengan menginstruksikan dan menginformasikan kepada semua khatib untuk menyerukan pentingnya menjaga kebersihan dan pihak Lembaga Swadaya Masyarakat aktif dengan pengawasannya.

Di dalam mengupayakan peningkatan alokasi anggaran program pemberantasan DBD, pihak Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh telah melakukan berbagai langkah antara lain dengan melakukan kerja sama lintas sektor, lintas program, mengupayakan perencanaan anggaran sesuai permasalahan dan mengupayakan untuk berkerja sama dengan pihak ketiga, seperti Lembaga Swadaya Asing dan pihak donatur lainnya. Namun advokasi ke pihak legislatif kurang dilakukan karena pihak Dinas Kesehatan menganggap bahwa penyakit DBD adalah sudah merupakan masalah yang semua pihak sudah mengetahuinya. Namun pihak legislatif menganggap bahwa selama ini pihak Dinas Kesehatan kurang koordinasi dan konsultasi serta kurangnya data tentang akar permasalahan sehingga itu berpengaruh terhadap pengalokasian anggaran. Diketahui bahwa kemampuan pemegang program dalam memberikan penjelasan tentang urgensi program Pemberantasan DBD, salah satu faktor yang berperan dalam menentukan perolehan alokasi anggaran. Oleh karena itu Dinas Kesehatan perlu meningkatkan kemampuan berkomunikasi yang lebih efektif dan perlu didukung data yang menunjang seperti kajian dan analisis biaya. Namun berdasarkan konfirmasi dengan pihak pelaksana program, dalam pembuatan perencanaan sudah memperhatikan permasalahan yang terjadi dan sesuai kebutuhan yang diperlukan.

Pada tahun 2007 permasalahan kasus DBD adalah merupakan permasalahan yang menjadi prioritas dikarenakan kasusnya yang sudah mewabah. Maka pada

tahun 2007 untuk masalah DBD adalah prioritas masalah yang dipertahankan apabila terjadi pemotongan anggaran. Namun menurut salah satu informan alokasi anggaran DBD pada tahun 2007 tidak terjadi pemotongan anggaran namun ada penambahan dana dari anggaran yang pertama diajukan.



BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai analisis pendanaan program pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2007 yang telah diuraikan sebelumnya, penulis mengambil beberapa kesimpulan :

1. Pendanaan Program Pemberantasan DBD yang dikelola Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2007 bersumber dari APBD dan Badan Rehabilitasi Rekonstruksi (BRR) Kota Banda Aceh. Pembiayaan dari APBD memiliki proporsi lebih besar dari BRR. Alokasi dana dari APBD meningkat dari alokasi pertama, yaitu adanya dana ABT karena peningkatan kasus tahun 2007.
2. Alokasi dana dari APBD tahun 2007 berjumlah Rp.1.916.925.000 bila dibandingkan dengan perhitungan dengan menggunakan metode ABC maka kebutuhan dana program pemberantasan DBD yaitu Rp.2.246.578.461, maka alokasi dana dari APBD belum mencukupi.
3. Turunnya anggaran pada tahun 2007, bulan Mei, sedangkan kasus sudah ada dari bulan Januari dan jumlah kasus tetap meningkat sejak Mei sampai dengan November. Demikian pula dengan dana ABT, terjadinya KLB bulan Oktober, turunnya anggaran baru bulan November dan bulan Desember kasus DBD turun drastis.

4. Realisasi alokasi anggaran tahun 2007 hanya 92,89% dari total alokasi anggaran, terutama untuk malathion penyerapan dananya lebih kecil di bandingkan dengan alokasi dana lainnya. Faktor yang menyebabkan tidak terserapnya alokasi dana karena untuk pembelian bahan-bahan harus mengikuti proses tender, maka harga penawaran harus dibawah pagu anggaran. Untuk perjalanan dinas, seperti pelacakan kasus, tidak terserapnya dana karena adanya peraturan baru untuk SPPD, sehingga kegiatan tidak semua dilakukan. Faktor lainnya adalah turunnya anggaran terlambat dari yang semestinya, sedangkan kasus sudah ada kemudian ada sebagian sarana yang tidak rusak sehingga pemeliharaan tidak dilakukan.
5. Berdasarkan elemen kegiatan di luar gaji, pendanaan lebih besar untuk fogging sarang nyamuk, kegiatan pemberantasan sarang nyamuk, pemantauan jentik tidak ada alokasi dananya. Alokasi pada elemen ini tidak sesuai, karena fogging hanya sesaat saja karena hanya membunuh nyamuk dewasa.
6. Berdasarkan fungsi program, tidak ada pengalokasian dana untuk kuratif, alokasi untuk kegiatan preventif mempunyai porsi lebih besar dari promotif, seharusnya kegiatan promotif yang langsung ke masyarakat lebih diperhatikan, karena kegiatan promotif merupakan salah satu strategi untuk pemberantasan DBD. Dan dari sudut ekonomi lebih cost efektif.
7. Berdasarkan mata anggaran tahun 2007, belanja operasional mempunyai alokasi lebih besar, terutama untuk pelaksanaan fogging. Alokasi untuk belanja investasi tahun 2007 untuk mesin fogging, mobil dan baju penyemprot. Akan tetapi biaya pemeliharaannya hanya untuk mesin fogging.

8. Dukungan pemangku kepentingan terhadap Program Pemberantasan DBD tahun 2007 belum optimal, adanya tambahan alokasi dana disebabkan peningkatan kasus DBD. Komitmen terhadap masalah DBD sudah baik, tetapi belum diwujudkan dalam alokasi anggaran.

8.2. Saran

1. Dalam merencanakan kegiatan lebih diutamakan pada kegiatan yang memiliki dampak lebih luas seperti kegiatan promotif yang langsung ditujukan kepada masyarakat dan Pemberantasan Sarang Nyamuk secara berkesinambungan. Selain itu sebaiknya digali kegiatan-kegiatan inovatif yang tidak memerlukan biaya besar tetapi memiliki efektivitas terhadap penurunan angka kesakitan DBD misalnya Lomba RW Bebas Jentik.
2. Dalam perencanaan anggaran sebaiknya lebih diutamakan pada kegiatan yang mempunyai dampak jangka panjang, seperti PSN dengan pemberdayaan masyarakat agar ikut berperan aktif dalam pemberantasan DBD melalui upaya pendekatan intervensi perubahan perilaku untuk mencapai tujuan dengan memperhatikan aspek sosial budaya setempat yang disebut Communication For Behavioral Impact (COMBI).
3. Perlu adanya pertemuan antara Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh yang berkesinambungan yaitu setiap bulan dengan Puskesmas dan setiap triwulan dari Bapeda ke Dinas Kesehatan sehingga dari hasil pertemuan tersebut dapat menjadi masukan bagi perencanaan alokasi pendanaan tahun berikutnya.

4. Optimalisasi pelaksanaan kegiatan dengan memperbaiki mekanisme pencairan dana agar realisasi turunnya anggaran tidak terlalu meleset.
5. Koordinasi lintas sektor perlu ditingkatkan, melalui kegiatan-kegiatan kebersihan lingkungan yang secara tidak langsung dapat meningkatkan Angka Bebas Jentik.
6. Dalam rangka mendapatkan porsi dana yang sesuai, maka perlu advokasi, koordinasi kepada pejabat yang berwenang dalam kebijakan anggaran.
7. Dalam pengusulan dana program pemberantasan DBD ditekankan pada kegiatan yang memang sangat dibutuhkan dan sesuai dengan permasalahan serta dengan perhitungan kebutuhan dana yang akurat.
8. Kejadian Kasus DBD pada umumnya terjadi tidak dapat diduga, maka perlu kiranya Pemerintah Kota Banda Aceh untuk menyediakan dana tanggap darurat untuk mengantisipasi Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD.

DAFTAR PUSTAKA

Azwar, Azrul. 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta

Bappeda Kota Banda Aceh. 2006, *Laporan Keuangan Daerah Bappeda Kota Banda Aceh*

_____ 2007, *Laporan Keuangan Daerah Bappeda Kota Banda Aceh*

Bachtiar, Adang. Et al, 2007, *Modul Penelitian Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Budiarto, Wasis. et al, 2004, Laporan Akhir, *Implementasi Model Peningkatan Kapabilitas Penganggaran Berbasis Kinerja dan Pembiayaan Kesehatan di Daerah Kabupaten /Kota*, Depkes RI, LITBANGKES, Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan, Jakarta

Drummod, M.F., Stoddart, g.l. & Torrance GW. 1987, *Methods For Economic Evaluation Of Health Care Programme*, Oxford University Press, Toronto

Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. 2005, *Profil Kesehatan Kota Banda Aceh*

_____ 2006, *Profil Kesehatan Kota Banda Aceh*

_____ 2005, *Laporan Tahunan Dinas Kota Banda Aceh*

_____ 2006, *Laporan Tahunan Dinas Kota Banda Aceh*

_____ 2007, *Laporan Tahunan Dinas Kota Banda Aceh*

Gani, A. 2001, *Pembiayaan Kesehatan di Era Otonomi*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Gani, A. 1999, *Aplikasi Indikator Kesehatan dan IPM dalam Alokasi Anggaran Kesehatan Masyarakat*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Hongren, C.T, Datar, S.M & Foster, G. 2003, *Akuntansi Biaya*, PT Indeks, kelompok Gramedia, Jakarta

Hadinegoro, Sri Rezeki H & Satari, Hindra Irawan (Penyunting). 2000, *Demam Berdarah Dengue*, Pelatihan Bagi Pelatih Dokter Spesialis Penyakit Dalam dalam Tatalaksana Kasus DBD, FK UI, Jakarta

Indonesia. Departemen Kesehatan. 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*

Indonesia. Departemen Kesehatan dan FKM UI. 2002, *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT), Modul 8, Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account)*, Universitas Indonesia, Depok

Indonesia. Departemen Kesehatan dan FKM UI. 2002, *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT), Modul 9, Prinsip Analisis Biaya*, Universitas Indonesia, Depok

Indonesia. Departemen Kesehatan, Ditjend PPM & PLP. 1999, *Petunjuk Teknis Penemuan, Pertolongan dan Pelaporan Penderita Penyakit Demam Berdarah Dengue*, Jakarta

Indonesia. Departemen Kesehatan, Ditjend PPM & PLP. 1999, *Petunjuk Teknis Pemberantasan Nyamuk Penular Penyakit Demam Berdarah Dengue*, Jakarta

Indonesia. Departemen Kesehatan, Ditjend PPM & PLP. 2004, *Tata Laksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia*, Jakarta

Indonesia. Departemen Kesehatan, Ditjen PPM & PLP. 2006, *Kebijaksanaan Program P2 DBD di Indonesia*, Warta DBD No. 14 Tahun X Oktober-November, Jakarta

Koban, A.W. 2005, *Kebijakan Pemberantasan Wabah Penyakit Menular: Kasus Kejadian Luar Biasa DBD (KLB DBD)*, The Indonesian Institute, dari www.theindonesianinstitute.com

Kustriastuti, Rita. 2006, *Kebijaksanaan Program P2 DBD di Indonesia*, Warta DBD, No. 14, Depkes RI, Jakarta.

Muninjaya, Gde,AA. 1999, *Manajemen Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta

Murti, Bhisma et al, 2006, *Perencanaan dan Penganggaran untuk Investasi Kesehatan di tingkat Kabupaten dan Kota*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Misman, 2006. *Analisis Pembiayaan Program Pemberantasan Malaria Bersumber Pemerintah di Dinas Kesehatan Kota Jambi Tahun 2004-2005*, [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Manan, Fitriani. 2006, *Analisis Pembiayaan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue Bersumber Pemerintah Di Kota Cimahi Tahun 2004-2006*, [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Priyatni, Eny. 2007, *Analisis anggaran Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2003-2005*, [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Rahmatullah, Firman. 2007, *Analisis Pendanaan Program dan Pengobatan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kabupaten Lebak Tahun 2005-2007*, [Tesis]. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Soedarmo, P.S & Tjokronegoro. 1985 *A. Demam Berdarah Dengue*, FK UI, Jakarta

Siswanto. 2004, *Pendekatan Politik Sebagai Strategi Dalam Advokasi pembangunan Kesehatan*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Surabaya, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 07/Nomor 04/ Desember 2004, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran UGM

Soedarto. 1990, *Penyakit-penyakit Infeksi di Indonesia*, Widya Medika, Jakarta

Thabrany, Hasbullah. 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan Indonesia*, Raja Grafindo Persada, Jakarta

Tarigan, Ingan, 2000, *Surveilans Epidemiologi Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kotamadya Jakarta Pusat Januari 1995-Juli 1998*, Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Depkes RI, *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Tahun XXVIII, Nomor 2, Jakarta.

Trisnantoro, Laksono dan Harbianto Deni, 2005, *Desentralisasi Pembiayaan Kesehatan dan Teknik Alokasi Anggaran*, Dalam : Trisnantoro Laksono (Editor). *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001-2003 Apakah merupakan Uji Coba?*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta

Universitas Indonesia. 2007, *Pedoman Proses dan Penulisan Karya Ilmiah Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Depok

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 KOMISI D DPRD
KOTA BANDA ACEH**

Petunjuk umum wawancara:

1. Ucapkan terima kasih atas waktu dan kesediaan informan untuk diwawancarai.
2. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jabatan.
3. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara.
4. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat.
5. Dijelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman sangat berharga.
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang benar atau salah serta dijaga kerahasiaannya.
7. Catat seluruh hasil pembicaraan.
8. Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.
9. Alat dan Bahan : Alat pencatat dan Tape Recorder

Pelaksanaan Wawancara

1. Menurut Bapak, bagaimana masalah kesehatan di Kota Banda Aceh/
 - a. Apakah ada bidang khusus yang menangani masalah kesehatan di DPRD?
- Bila ada kegiatan apa saja yang dilakukan?
 - b. Apakah setiap rapat, masalah kesehatan di bahas secara khusus?
2. Bagaimana pendapat Bapak tentang kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan?
 - a. Apakah anggaran kesehatan merupakan salah satu prioritas yang di bahas di DPRD?
 - b. Apakah ada kebijakan khusus untuk anggaran kesehatan?
3. Bagaimana peran komisi E DPRD dalam mengalokasikan besarnya alokasi anggaran kesehatan?

- a. Apa komisi E DPRD terlibat langsung dalam penetapan atau pembahasan besarnya alokasi anggaran untuk kesehatan?
 - b. Kriteria apa saja yang bapak nilai layak untuk mendapatkan besarnya alokasi anggaran yang diajukan?
4. Menurut Bapak, apakah kelemahan/kekurangan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh dalam mengajukan perencanaan anggaran?
- a. Apa saran bapak untuk Dinas Kesehatan dalam mengajukan perencanaan anggaran?
 - b. Hal apa yang harus dilakukan oleh Dinas Kesehatan untuk memperbaikinya?
5. Pasca tsunami, menurut laporan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, kasus DBD di kota Banda Aceh meningkat, bagaimana bapak memandang dan menyikapi masalah tersebut?
- a. Apakah menurut bapak masalah tersebut perlu ditanggulangi segera?
 - b. Apakah Dewan mengeluarkan peraturan khusus tentang penanganan masalah DBD tersebut?

Penutup Wawancara :

1. Berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan topik, namun tidak terdapat dalam daftar pertanyaan wawancara.
2. Ucapkan terima kasih pada informan atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KASUBDID KESEJAHTERAAN SOSIAL
BAPPEDA KOTA BANDA ACEH**

Petunjuk umum wawancara:

1. Ucapkan terima kasih atas waktu dan kesediaan informan untuk diwawancarai.
2. Lakukan pengenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jabatan.
3. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara.
4. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat.
5. Dijelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman sangat berharga.
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang benar atau salah serta dijaga kerahasiaannya.
7. Catat seluruh hasil pembicaraan.
8. Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.
9. Alat dan Bahan : Alat pencatat dan Tape Recorder

Pelaksanaan Wawancara

1. Menurut Bapak, bagaimana masalah kesehatan di Kota Banda Aceh?
 - a. Apakah ada bidang khusus yang menangani masalah kesehatan di Bappeda?
- Bila ada kegiatan apa saja yang dilakukan?
 - b. Apakah setiap rapat, masalah kesehatan di bahas secara khusus?
2. Bagaimana pendapat Bapak tentang kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan?
 - a. Apakah anggaran kesehatan merupakan salah satu prioritas yang di bahas di Bappeda?
 - b. Apakah ada kebijakan khusus untuk anggaran kesehatan?

3. Bagaimana peran Bappeda dalam mengalokasikan besarnya alokasi anggaran kesehatan?
 - a. Apa Bappeda terlibat langsung dalam penetapan atau pembahasan besarnya alokasi anggaran untuk kesehatan?
 - b. Kriteria apa saja yang bapak nilai layak untuk mendapatkan besarnya alokasi anggaran yang diajukan?
4. Menurut Bapak, apakah kelemahan/kekurangan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh dalam mengajukan perencanaan anggaran?
 - a. Apa saran bapak untuk Dinas Kesehatan dalam mengajukan perencanaan anggaran?
 - b. Hal apa yang harus dilakukan oleh Dinas Kesehatan untuk memperbaikinya?
5. Pasca tsunami, menurut laporan Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, kasus DBD di kota Banda Aceh meningkat, bagaimana bapak memandang dan menyikapi masalah tersebut?
 - a. Apakah menurut bapak masalah tersebut perlu ditanggulangi segera?
 - b. Apakah Bappeda mengeluarkan peraturan khusus tentang penanganan masalah DBD tersebut?

Penutup Wawancara :

1. Berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan topik, namun tidak terdapat dalam daftar pertanyaan wawancara.
2. Ucapkan terima kasih pada informan atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA
BANDA ACEH**

Petunjuk umum wawancara:

1. Ucapkan terima kasih atas waktu dan kesediaan informan untuk diwawancarai.
2. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jabatan.
3. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara.
4. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat.
5. Dijelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman sangat berharga.
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang benar atau salah serta dijaga kerahasiaannya.
7. Catat seluruh hasil pembicaraan.
8. Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.
9. Alat dan Bahan : Alat pencatat dan Tape Recorder

Pelaksanaan Wawancara:

1. Salah satu program kesehatan adalah Pemberantasan penyakit DBD, Bagaimana Ibu menilai permasalahan DBD di Kota Banda Aceh?
 - a. Perlu penanganan segera atau tidak?
 - b. Apakah ada masalah kesehatan lain yang dianggap lebih penting?
2. Dalam program pemberantasan DBD di Kota Banda Aceh, menurut Ibu persoalan apa yang harus mendapat prioritas dan pendanaannya?
 - a. Apa alasannya?
3. Bagaimana kebijakan institusi dalam membuat perencanaan anggaran?
 - a. Apakah ada peraturan khusus dalam perencanaan pembuatan anggaran?
 - b. Kalau ada Institusi mana yang mengeluarkan peraturan tersebut?

4. Bagaimana peran Ibu dalam menentukan besarnya alokasi anggaran untuk program Pemberantasan DBD?
 - a. Apakah ibu meninjau langsung pada saat proses pembuatan anggaran tersebut?
 - b. Setelah perencanaan anggaran telah dibuat, apakah ibu mengoreksinya lagi atau ibu langsung menyetujuinya?
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?
 - a. Apakah sudah berjalan usaha tersebut?
 - b. Apa kendalanya?
7. Apa saran Ibu untuk Dinas Kesehatan agar kesehatan mendapat prioritas yang wajar?
8. Kalau terjadi pemotongan anggaran, apakah program pemberantasan DBD termasuk program yang dilindungi?
 - a. Apa usaha Dinas Kesehatan untuk mengatasi masalah tersebut?

Penutup Wawancara :

1. Berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan topik, namun tidak terdapat dalam daftar pertanyaan wawancara.
2. Ucapkan terima kasih pada informan atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK KEPALA SUBDIN P2M DINAS
KESEHATAN KOTA BANDA ACEH**

Petunjuk umum wawancara:

1. Ucapkan terima kasih atas waktu dan kesediaan informan untuk diwawancarai.
2. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jabatan.
3. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara.
4. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat.
5. Dijelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman sangat berharga.
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang benar atau salah serta dijaga kerahasiaannya.
7. Catat seluruh hasil pembicaraan.
8. Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.
9. Alat dan Bahan : Alat pencatat dan Tape Recorder

Pelaksanaan Wawancara:

1. Bagaimana mekanisme penyusunan perencanaan Program Pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh?
 - a. Apakah Berdasarkan tahun-tahun sebelumnya?
 - b. Apakah ada pedoman khusus untuk penyusunan perencanaan anggaran untuk program DBD?
2. Apakah sama jumlah anggaran yang diajukan dengan anggaran yang turun?
 - a. Kalau tidak, apakah itu menjadi masalah?
 - b. Bagaimana mengatasinya?
3. Menurut Ibu apakah kebutuhan anggaran tersebut sudah cukup rasional?
 - a. Kalau sudah, apa alasannya?
 - b. Kalau tidak, apa alasannya?

4. Apakah ada kerja sama lintas program dalam menyusun suatu perencanaan anggaran program DBD?
 - a. Kalau ada, program apa saja?
 - b. Apakah ada manfaatnya yang anda rasakan?
5. Kendala -- kendala apa saja yang di hadapi dalam membuat perencanaan anggaran untuk program DBD?
 - a. Kalau ada, apakah ada penyelesaiannya?
 - b. Apa saja langkah yang telah diambil?
6. Bagaimana pendapat Ibu apabila dana Program Pemberantasan DBD belum turun dan kasus sudah ada?
 - a. Bagaimana penanggulangan kasus tersebut?
 - b. Darimana dananya?
7. kegiatan-kegiatan apa saja yang harus mendapat prioritas dalam Program Pemberantasan DBD?
 - a. Apakah sudah dilaksanakan secara optimal?
 - b. Kenapa kegiatan tersebut harus menjadi prioritas?

Penutup Wawancara :

1. Berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan topik, namun tidak terdapat dalam daftar pertanyaan wawancara.
2. Ucapkan terima kasih pada informan atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

**PEDOMAN WAWANCARA UNTUK SEKSI P2M DINAS KESEHATAN KOTA
BANDA ACEH**

Petunjuk umum wawancara:

1. Ucapkan terima kasih atas waktu dan kesediaan informan untuk diwawancarai.
2. Lakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jabatan.
3. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara.
4. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat.
5. Dijelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman sangat berharga.
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang benar atau salah serta dijaga kerahasiaannya.
7. Catat seluruh hasil pembicaraan.
8. Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.
9. Alat dan Bahan : Alat pencatat dan Tape Recorder

Pelaksanaan Wawancara:

1. Bagaimana mekanisme penyusunan perencanaan Program Pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh?
 - a. Apakah Berdasarkan tahun-tahun sebelumnya?
 - b. Apakah ada pedoman khusus untuk penyusunan perencanaan anggaran untuk program DBD?
2. Apakah sama jumlah anggaran yang diajukan dengan anggaran yang turun?
 - a. Kalau tidak, apakah itu menjadi masalah?
 - b. Bagaimana mengatasinya?
3. Menurut saudara apakah kebutuhan anggaran tersebut sudah cukup rasional?
 - a. Kalau sudah, apa alasannya?
 - b. Kalau tidak, apa alasannya?

4. Apakah ada kerja sama lintas program dalam menyusun suatu perencanaan anggaran program DBD?
 - a. Kalau ada, program apa saja?
 - b. Apakah ada manfaatnya yang anda rasakan?
5. Kendala – kendala apa saja yang di hadapi dalam membuat perencanaan anggaran untuk program DBD?
 - a. Kalau ada, apakah ada penyelesaiannya?
 - b. Apa saja langkah yang telah diambil?
6. Bagaimana pendapat saudara apabila dana Program Pemberantasan DBD belum turun dan kasus sudah ada?
 - a. Bagaimana penanggulangan kasus tersebut?
 - b. Darimana dananya?
7. Apa saja kegiatan-kegiatan Program Pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh yang membutuhkan anggaran?
 - a. Apakah anggarannya selalu ada untuk kegiatan tersebut?
 - b. Kalau tidak ada apa tindakan yang dilakukan?

Penutup Wawancara :

1. Berikan kesempatan informan untuk menyampaikan hal-hal yang berkaitan dengan topik, namun tidak terdapat dalam daftar pertanyaan wawancara.
2. Ucapkan terima kasih pada informan atas perhatian dan segala informasi yang diberikan.

PERHITUNGAN ANNUALIZED INVESTMENT COST (AIC) BARANG INVENTARIS

NO	NAMA/JENIS BARANG	TAHUN PEMBELIAN	JUMLAH BARANG	LIFE TIME	HARGA BELI	LAMA PAKAI	AIC	AIC TOTAL	hari	jam	menit	AIC per 1 tahun
1	Mobil Pick up	2005	3 bh	5	130.000.000	2	30.749.063	92.247.188	313.765,94	52.294,32	871,57	256.242,19
2	Kendaraan Roda Dua	2005	5 bh	5	14.000.000	2	3.311.438	16.557.188	56.316,96	9.386,16	156,44	45.992,19
3	Komputer	2005	4 bh	5	6.500.000	2	1.537.453	6.149.813	20.917,73	3.486,29	58,10	17.082,81
4	Laptop	2005	2 bh	5	6.000.000	2	1.419.188	2.838.375	9.654,34	1.609,06	26,82	7.884,38
5	Lemari	2005	5 bh	3	2.100.000	2	827.859	4.139.297	14.079,24	2.346,54	39,11	11.498,05
6	Filling Kabinet	2005	3 bh	3	4.160.000	2	1.639.950	4.919.850	16.734,18	2.789,03	46,48	13.666,25
7	Meja Kerja	2005	13 bh	3	650.000	2	256.242	3.331.148	11.330,44	1.888,41	31,47	9.253,19
8	Meja Komputer	2005	4 bh	3	550.000	2	216.820	867.281	2.949,94	491,66	8,19	2.409,11
9	Kursi Putar	2005	13 bh	3	300.000	2	118.286	1.537.453	5.229,43	871,57	14,53	4.270,70
10	Kipas Angin	2005	2 bh	3	200.000	2	78.844	157.688	536,35	89,39	1,49	438,02
11	AC	2005	1 bh	5	3.900.000	2	922.472	922.472	3.137,66	522,94	8,72	2.562,42
12	Kulkas Vaksin	2005	2 bh	5	40.000.000	2	9.461.250	18.922.500	64.362,24	10.727,04	178,78	52.562,50
13	Kulkas Keluarga	2005	1 bh	5	1.800.000	2	425.756	425.756	1.448,15	241,36	4,02	1.182,66
14	Jam Dinding	2005	1 bh	-	12.000	2	0	0	-	0,00	0,00	-
15	Gorden	2006	3 lbs	3	345.000	1	125.063	375.188	1.276,15	212,69	3,54	1.042,19
16	Dispenser	2005	1 unit	5	150.000	2	35.480	35.480	120,68	20,11	0,34	98,55
17	Galon Aqua	2005	1 unit	-	40.000	2	0	0	-	0,00	0,00	-
18	Printer	2005	4 unit	5	800.000	2	189.225	756.900	2.574,49	429,08	7,15	2.102,50
19	Mesin Tik	2005	1 unit	5	3.500.000	2	827.859	827.859	2.815,85	469,31	7,82	2.299,61
20	Mesin Swing Fog	2005	14 unit	5	27.000.000	2	6.386.344	89.408.813	304.111,61	50.685,27	844,75	248.357,81
21	Baju Pelindung Diri	2005	6 psg	1	350.000	2	413.930	2.483.578	8.447,54	1.407,92	23,47	6.898,83
22	Senter	2005	2 bh	-	35.000	2	0	0	-	-	0,00	-
23	LCD	2007	1 unit	5	18.000.000	1	3.915.000	3.915.000	13.316,33	2.219,39	36,99	10.875,00
24	Kamera digital	2007	1 unit	5	1.580.000	1	343.650	343.650	1.168,88	194,81	3,25	954,58
25	Kursi Plastik	2005	456 bh	-	45.000	2	0	0	-	0,00	0,00	-
24	Toa	2000	1 unit	5	8.500.000	7	3.058.115	3.058.115	10.401,75	1.733,63	28,89	8.494,76

PERHITUNGAN BIAYA OPERASIONAL PELAKSANAAN PROGRAM DBD

NO.	AKTIFITAS	VOL	SAT	FREK	HARGA SATUAN (Rp.)	JUMLAH HARGA (Rp.)
I	Pelacakan Kasus					
	1. Bolpoint	2	bh		2.500	5.000
	2. Buku Tulis besar	2	bh		10.500	21.000
	3. Premium	2	ltr	1728	4.500	15.552.000
	4. Formulir Laporan Kasus	1	lbr	851	200	170.200
	5. Honor Petugas	2	org	851	30.000	51.060.000
	JUMLAH					66.808.200
II	Pembuatan Laporan					
	1. Ballpoint	2	bh	1	2.500	5.000
	2. Kertas HVS 70 gram folio	1	rem	1	37.000	37.000
	3. Tinta Suntik (Colour)	1	ktk	1	42.000	42.000
	4. Tinta Suntik (Black)	1	ktk	1	42.000	42.000
	5. Alat Penjilid Sedang	1	bh		15.000	15.000
	6. Anak Penjilid sedang	1	ktk		4.000	4.000
	JUMLAH					145.000
III	Penyuluhan					
	1. leaflet	2	rem	4	500.000	4.000.000
	2. Publikasi Elektronik	-	kl	2	750.000	1.500.000
	3. Produksi Jingle Iklan Radio	-	versi	2	500.000	1.000.000
	4. Siaran Radio Swasta	180	kl	1	50.000	9.000.000
	5. Publikasi Media Massa	-	bln	6	375.000	2.250.000
	6. Spanduk	100	bh		200.000	20.000.000
	7. Cetak Poster	1700	lbr		6.500	11.050.000
	8. Tenaga Petugas 5x3 hr	15	org	4	40.000	2.400.000
	9. Premium	6	ltr	4	4.500	108.000
	10. Dokumentasi	2	rol		150.000	300.000
	JUMLAH					51.608.000
IV	Pemeriksaan Jentik					
	1. Balpoint	2	bh		2.500	5.000
	2. Buku Tulis besar	2	bh		10.500	21.000
	3. Batu Baterai	4	bh		2.000	8.000
	4. Pipet Tetes	3	bh		3.000	9.000
	5. Formulir PE	2	lbr	54.000	500	54.000.000
	6. Honor Petugas PJ 5x10 PK	50	org	4	30.000	6.000.000
	JUMLAH					60.043.000

V	ABATISASI					
	1. Bubuk Abate	1.080	kg	4	155.000	669.600.000
	2. Plastik	108.000	bh		50	5.400.000
	3. Honor Petugas 5x10 PKM	50	org	4	30.000	6.000.000
	JUMLAH					681.000.000
IV	Pemantauan Jentik					
	1. Pipet tetes	5	bh		3.000	15.000
	2. Batu Baterai	10	bh		2.000	20.000
	3. Formulir PE	108.000	lbr		2.000	216.000.000
	4. Honor Petugas 5x90 desa	450	org	10	30.000	135.000.000
	JUMLAH					351.035.000
VII	Fogging Focus					
	1. Malathion	403	ltr	2	165.000	132.990.000
	2. Solar	7.657	ltr	2	4.300	65.850.200
	3. Solar mobil	2015	ltr	2	4.300	17.329.000
	4. Premium mesin Swing fog	2015	ltr	2	4.500	18.135.000
	5. Masker disposable	4	bh		3.000	12.000
	6. Jerigen	2	bh		55.000	110.000
	7. Sepatu Bot	2	psg		45.000	90.000
	8. Sarung Tangan	2	psg		2.500	5.000
	9. Kertas Flip Chart	1	lbr		1.500	1.500
	10. Spidol	2	bh		7.000	14.000
	11. Kertas Folio	90	lbr		200	18.000
	12. Amplop Surat	90	lbr		500	45.000
	13. Honor Petugas penyempro	806	org	2	60.000	96.720.000
	14. Honor petugas pemandu	403	org	2	60.000	48.360.000
	15. Honor supervisor	403	org	2	60.000	48.360.000
	16. Handuk kecil	2	org		7.500	15.000
	17. Baju pelindung diri	2	org		300.000	600.000
	JUMLAH					428.654.700
VIII	Fogging Massal					
	1. Solar	31.500	ltr		4.300	135.450.000
	1. Malathion	2.250	ltr		165.000	371.250.000
	2. Solar mobil	1.800	ltr		4.300	7.740.000
	3. Premium utk mesin swing f	6.300	ltr		4.500	28.350.000
	4. Masker	30	bh		75.000	2.250.000
	5. Jerigen	12	bh		55.000	660.000
	6. Sepatu Bot	20	psg		45.000	900.000
	7. Sarung Tangan	20	psg		2.500	50.000
	8. Kertas Clip Chart	1	lbr		1.500	1.500

	9. Spidol	2	bh		7.000	14.000	
	10. Kertas Folio	90	bh		200	18.000	
	11. Amplop Surat	90	bh		500	45.000	
	12. Honor Petugas peyemprot	20	org		200.000	4.000.000	
	13. Honor Petugas pemandu	10	org		175.000	1.750.000	
	14. Baju pelindung diri	15	org		350.000	5.250.000	
	JUMLAH					557.728.500	
IX	Pelatihan Jumantik						
	1. ATK						
	- Foto Copy Bahan materi a	3600	lbr		200	720.000	
	- Buku	450	bh		3.000	1.350.000	
	- Ballpoint	452	bh		2.500	1.130.000	
	- Pensil	450	bh		1.000	450.000	
	- Formulir laporan	450	lbr		200	90.000	
	- Map Plastik	450	bh		2.000	900.000	
	- Spidol	12	bh		6.000	72.000	
	- Kertas Clip chart	30	lbr		1.500	45.000	
	- Buku absensi	1	bh		15.000	15.000	
	- Sertifikat Peserta	450	lbr		9.000	4.050.000	
	- Blanko Survei	450	lbr		200	90.000	
	JUMLAH					8.912.000	
	2. Konsumsi						
	*Kader						
	- Makan Siang	450	kotak	1	8.000	3.600.000	
	- Snack	450	kotak	2	4.000	3.600.000	
	*Panitia						
	- Makan Siang	6	Kotak	1	8.000	48.000	
	-Snack	6	kotak	2	4.000	48.000	
	JUMLAH					7.296.000	
	3. Dokumentasi						
	- Cuci Cetak Film	30	lbr	1	2.500	75.000	
	JUMLAH					75.000	
	4. Transport						
	- Kader	450	org		63.000	28.350.000	
	- Panitia	6	org		63.000	378.000	
	JUMLAH					28.728.000	
	JUMLAH TOTAL					2.242.033.400	

**RINCIAN KEGIATAN DAN BIAYA PROGRAM PEMBERANTASAN DBD
DI DINAS KESEHATAN KOTA BANDA ACEH PROVINSI NAD TAHUN 2007**

NO	KEGIATAN	DC				IDC	TOTAL BIAYA
		I	O	P	JUMLAH		
I	Pelacakan kasus	45.992,19	66.808.200,00	150.000,00	67.004.192,19	1.575,00	67.004.192,19
	1 Kendaraan roda dua	45.992,19	-	150.000	195.992,19		195.992,19
	2 Balpoint		5.000		5.000,00		5.000,00
	3 Buku Tulis		21.000		21.000,00		21.000,00
	4 Premiun		15.552.000,00		15.552.000,00		15.552.000,00
	5 Honor tugas pelacakan		51.060.000,00		51.060.000,00		51.060.000,00
	6 Formlir pelaporan kasus		170.200		170.200,00		170.200,00
II	Pembuatan Laporan	89.409,87	145.000,00	595.000,00	810.409,87		830.984,87
	1 Bangunan Ruang P2P	14.802,08	-	-	14.802,08		14.802,08
	2 Komputer	17.082,81	-	150.000	167.082,81		167.082,81
	3 Laptop	7.884,38	-	150.000	157.884,38		157.884,38
	4 Lemari	11.498,05	-	0	11.498,05		11.498,05
	5 Filling Kabinet	13.666,25	-	-	13.666,25		13.666,25
	6 Meja kerja	9.253,19	-	0	9.253,19		9.253,19
	7 Meja komputer	2.409,11	-	-	2.409,11		2.409,11
	8 Kursi Puirar	4.270,70	-	-	4.270,70		4.270,70
	9 Kipas angin	438,02	-	-	438,02		438,02
	10 AC	2.562,42	-	250.000	252.562,42		252.562,42
	11 Kulkas Vaksin		-	-			
	12 Jam dinding	0,00	-	0			
	13 Kulkas Keluarga		-	-			
	14 Gorden	1.042,19	-	0	1.042,19		1.042,19
	15 Dispenser	98,55	-	-	98,55		98,55
	16 Botol Aqua	0,00	-	-			
	17 Printer	2.102,50	-	45.000	47.102,50		47.102,50
	18 Mesin Tik	2.299,61	-	-	2.299,61		2.299,61
	19 Kertas Folio		37.000	-	37.000,00		37.000,00
	20 Balpoint		5.000	-	5.000,00		5.000,00
	21 Tinta Suntik (Colour)		42.000	-	42.000,00		42.000,00
	22 Tinta Suntik (Black)		42.000	-	42.000,00		42.000,00
	23 Alat Penjilid Sedang		15.000	-	15.000,00		15.000,00
	24 Anak Penjilid sedang		4.000	-	4.000,00		4.000,00
	25 Listrik			-		1.575	1.575,00
III	Penyuluhan	45.992,19	51.608.000	150.000	51.803.992,19		51.803.992,19
	1 Kendaraan Roda Dua	45.992,19	-	150.000	195.992,19		195.992,19
	2 Premiun		108.000	-	108.000,00		108.000,00

RINCIAN KEGIATAN DAN BIAYA PROGRAM PEMBERANTASAN DBD
DI DINAS KESEHATAN KOTA BANDA ACEH PROVINSI NAD TAHUN 2007

NO	KEGIATAN	DC				IDC	TOTAL BIAYA
		I	O	P	JUNJAH		
3	Leaflet		4.000.000		4.000.000,00		4.000.000,00
4	Publikasi Elektronik		1.500.000		1.500.000,00		1.500.000,00
5	Produksi Jingle Iklan Radio		1.000.000		1.000.000,00		1.000.000,00
6	Siaran Radio Swasta		9.000.000		9.000.000,00		9.000.000,00
7	Publikasi Media Massa		2.250.000		2.250.000,00		2.250.000,00
8	Spanduk		20.000.000		20.000.000,00		20.000.000,00
9	Cetak Poster		11.050.000		11.050.000,00		11.050.000,00
10	Tenaga Petugas 5x3 hr		2.400.000		2.400.000,00		2.400.000,00
11	Dokumentasi		300.000		300.000,00		300.000,00
IV	Pemeriksaan Jentik	45.992,19	60.043.000,00	180.000,00	60.268.992,19		60.268.992,19
1	Kendaraan roda dua	45.992,19		150.000,00	195.992,19		195.992,19
2	Balpoint		5.000		5.000,00		5.000,00
3	Buku tulis		21.000		21.000,00		21.000,00
4	Seniter			30.000,00	30.000,00		30.000,00
5	Batu Baterai		8.000		8.000,00		8.000,00
6	Pipet tetes		9.000		9.000,00		9.000,00
7	Formulir PE		54.000.000		54.000.000,00		54.000.000,00
8	Honor Petugas		6.000.000		6.000.000,00		6.000.000,00
V	Abatisasi	45.992,19	681.000.000,00	150.000,00	681.195.992,19		681.195.992,19
1	Kendaraan roda dua	45.992,19		150.000,00	195.992,19		195.992,19
2	Plastik		5.400.000		5.400.000,00		5.400.000,00
3	Bubuk abate		669.600.000		669.600.000,00		669.600.000,00
4	Honor petugas		6.000.000		6.000.000,00		6.000.000,00
VI	Pemantauan Jentik	45.992	351.035.000	180.000	351.260.992,19		351.260.992,19
1	Seniter			30.000,00	30.000,00		30.000,00
2	Pipet tetes		15.000		15.000,00		15.000,00
3	Batu Baterai		20.000		20.000,00		20.000,00
4	Formulir PE		216.000.000		216.000.000,00		216.000.000,00
5	Honor Petugas		135.000.000		135.000.000,00		135.000.000,00
6	Kendaraan roda dua	45.992,19		150.000,00	195.992,19		195.992,19
VII	Fogging Focus	604.600,00	428.654.700	450.000,00	429.609.300,00		429.609.300,00
1	Mobil Pick up	256.242,19		200.000,00	456.242,19		456.242,19

**RINCIAN KEGIATAN DAN BIAYA PROGRAM PEMBERANTASAN DBD
DI DINAS KESEHATAN KOTA BANDA ACEH PROVINSI NAD TAHUN 2007**

NO	KEGIATAN	DC			IDC	TOTAL BIAYA
		I	O	P		
2	Mesin swing fog	248.357,81		250.000,00		498.357,81
3	Malathion		132.990.000,00			132.990.000,00
4	Solar		65.850.200,00			65.850.200,00
5	Premium mesin Swing fog		18.135.000,00			18.135.000,00
6	Solar Mobil		17.329.000,00			17.329.000,00
7	Masker		12.000,00			12.000,00
8	Honor Petugas penyemprot		96.720.000,00			96.720.000,00
8	Honor Petugas Pemandu		48.360.000,00			48.360.000,00
9	Honor supervisor		48.360.000,00			48.360.000,00
10	Handuk Kecil		15.000,00			15.000,00
11	Jerigen		110.000,00			110.000,00
12	Sepatu bot		90.000,00			90.000,00
13	Sarung tangan		5.000,00			5.000,00
14	Baju pelindung diri		600.000,00			600.000,00
15	Kertas Clip Chart		1.500,00			1.500,00
16	Spidol		14.000,00			14.000,00
17	Kertas Folio		18.000,00			18.000,00
18	Amplop Surat		45.000,00			45.000,00
VIII	Fogging Massal	504.600	557.728.500,00	450.000		558.683.100,00
1	Mobil pick up	256.242		200.000		456.242,19
2	Mesin swing fog	248.358		250.000		498.357,81
3	Malathion		371.250.000,00			371.250.000,00
4	Solar		135.450.000,00			135.450.000,00
5	Solar Mobil		7.740.000,00			7.740.000,00
5	Premium		28.350.000,00			28.350.000,00
6	Masker		2.250.000,00			2.250.000,00
7	Honor petugas penyemprot		4.000.000,00			4.000.000,00
8	Honor petugas pemandu		1.750.000,00			1.750.000,00
8	Girigen		660.000,00			660.000,00
9	Sepatu bot		900.000,00			900.000,00
10	Sarung tangan		50.000,00			50.000,00
11	Baju pelindung diri		5.250.000,00			5.250.000,00
11	Kertas Clip Chart		1.500,00			1.500,00
12	Spidol		14.000,00			14.000,00
13	Kertas Folio		18.000,00			18.000,00
14	Amplop Surat		45.000,00			45.000,00

**RINCIAN KEGIATAN DAN BIAYA PROGRAM PEMBERANTASAN DBD
DI DINAS KESEHATAN KOTA BANDA ACEH PROVINSI NAD TAHUN 2007**

NO	KEGIATAN	DC				IDC	TOTAL BIAYA
		I	O	P	JUMLAH		
IX	Pelatihan Jumanik	297.916	45.011.000,00	612.000	45.920.916,02		45.920.916,02
1	Ruang aula kantor camat	13.465,11	-	-	13.465,11		13.465,11
2	Mobil pickap	256.242	-	200.000	456.242,19		456.242,19
3	Kursi plastik	-	-	-	-		-
4	Toa	8.494,76	-	-	8.494,76		8.494,76
5	LCD	10.875,00	-	250.000	260.875,00		260.875,00
6	Laptop	7.884,38	-	150.000	157.884,38		157.884,38
7	Balpoint	-	1.130.000,00	-	1.130.000,00		1.130.000,00
8	Buku tulis	-	1.350.000,00	-	1.350.000,00		1.350.000,00
9	Map plastik	-	900.000	-	900.000,00		900.000,00
10	Pencil	-	450.000	-	450.000,00		450.000,00
11	Formulir Laporan	-	90.000	-	90.000,00		90.000,00
12	Bahan materi ajar	-	720.000	-	720.000,00		720.000,00
13	Spido	-	72.000	-	72.000,00		72.000,00
14	Kertas clip chart	-	45.000	-	45.000,00		45.000,00
15	Makanan konsumsi	-	7.296.000	-	7.296.000,00		7.296.000,00
16	Dokumentasi	-	75.000	-	75.000,00		75.000,00
17	Buku absensi	-	15.000	-	15.000,00		15.000,00
18	Kamera digital	954,58	-	12.000	12.954,58		12.954,58
19	Sertifikat peserta	-	4.050.000	-	4.050.000,00		4.050.000,00
20	Dana transport	-	28.728.000	-	28.728.000,00		28.728.000,00
21	Blanko survei	-	90.000	-	90.000,00		90.000,00
	TOTAL	1.626.486,83	2.242.033.400,00	2.917.000,00	2.194.753.894,64	1.575,00	2.246.578.461,83

(Modified from Riviny, 2006)