



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN SEKTOR KESEHATAN
BERSUMBER PEMERINTAH DI KOTA BANDA ACEH
TAHUN ANGGARAN 2006-2007**

TESIS

**OLEH :
NURAIHAN
0606139400**

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

DEPOK, 2008

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
EKONOMI KESEHATAN**

Tesis, Juli 2008

Nurairhan, NPM. 0606139400

Analisis Pembiayaan Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kota Banda Aceh Tahun Anggaran 2005-2007

xii + 126 halaman, 24 tabel, 19 gambar, 28 lampiran

ABSTRAK

Jumlah keseluruhan dana kesehatan yang ada di Kota Banda Aceh pasca Tsunami 2004 sangat banyak dan terus mengalami peningkatan dari tahun 2005 s/d 2007 terutama yang berasal dari Pemerintah. Pada kenyataannya dana tersebut belum merata pendistribusiannya dalam mencakup keseluruhan program. Hal ini dapat dilihat dari Laporan Tahunan Dinkes Kota Banda Aceh tahun 2005 s/d 2007, dimana jumlah kasus penyakit menular masih tinggi padahal dari Laporan Realisasi Anggaran ternyata masih ada dana sisa yang belum habis diserap.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapat gambaran pendanaan kesehatan melalui institusi kesehatan di Kota Banda Aceh, berdasarkan sumber pendanaan, pengelola dana, penyedia pelayanan, fungsi pelayanan, mata anggaran dan penerima manfaat dari tiap kegiatan kesehatan untuk tahun anggaran 2006-2007. Ruang lingkup penelitian dilakukan di Kota Banda Aceh meliputi Dinas Kesehatan dan RSUD Meuraxa, yang kesemuanya bersumber dari sektor publik. Pengumpulan data dilakukan dengan kajian dokumen dan melakukan wawancara mendalam dengan informan terpilih.

Hasil studi ini menunjukkan bahwa jumlah pendanaan total sektor kesehatan cenderung meningkat dan jumlah pendanaan perkapita di Kota Banda Aceh telah memenuhi standar yang ditetapkan oleh Depkes R.I, dan standar Bank Dunia (1993), tetapi belum mencukupi jika dilihat dari standar yang ditetapkan oleh WHO. Walaupun jumlah dana yang direalisasikan di sektor kesehatan cenderung meningkat, tetapi dalam

penggunaan dana di tiap kegiatan kesehatan masih kurang tepat sasaran. Dimana dana yang ada, ternyata dalam penggunaannya lebih besar digunakan untuk membayar gaji dan honor petugas serta untuk keperluan pengadaan peralatan dan perlengkapan kantor. Di dalam tiap kegiatan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh tiap subdin, belum terkoordinasi dengan baik karena tidak adanya program prioritas yang ditetapkan oleh pengambil kebijakan di tingkat dinkes dan RS, sehingga terkesan tiap kegiatan yang dilaksanakan kurang terkoordinasi dan kurang sampai ke masyarakat.

Disarankan kepada Pemerintah Kota, Bappeda dan DPRK Kota Banda Aceh, dalam menetapkan kebijakan alokasi anggaran supaya berdasarkan atas sektor-sektor prioritas daerah yang telah ditetapkan dalam RPJM, sehingga sektor kesehatan yang menjadi salah satu sektor prioritas daerah mendapatkan proporsi pendanaan yang memadai. Dan kepada Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Meuraxa Kota Banda Aceh agar dalam melakukan penyusunan pengalokasian dana kesehatan, lebih mengutamakan kegiatan-kegiatan pembangunan kesehatan yang memberi banyak manfaat kepada masyarakat.

Daftar bacaan : 35 (1979 – 2007)

**PUBLIC HEALTH PROGRAM
HEALTH ECONOMIC
Thesis, july 2008**

Nuraihan, NPM. 0606139400

Analysis of District Health Account of the district of Banda Aceh based on Government Fund for the fiscal years 2006-2007

xii + 126 pages, 24 tables, 19 pictures, 28 appendices

ABSTRACT

The total health financing in Banda Aceh City after Tsunami in 2004 was abundant and getting increase from 2005 to 2007, mostly from government. In fact, the fund was still not evenly distributed to cover all of programs. Banda Aceh City Health District Annual Report's 2005-2007 showed that communicable disease cases were still high although in Budget Realization Report there was a rest of the fund that has not been spent yet.

The research was aimed to describe health financing through health institution in Banda Aceh City, based on financing sources, financing agent, provider, function, line item budgeting and beneficiaries from every health programs in 2006-2007 budget years. The research was conducted in Health District office and Meuraxa Public Hospital Banda Aceh City, whose the fund resource were from public sector and employed basic realization of allocation. Data were collected by documentation study and depth interview with selected informant.

The result showed that the number of health sector financing tend to increase and the number of per capita financing in Banda Aceh City has met the standar determined by Health Department R.I. and the standar of World Bank (1993), but hasn't met standar determined by WHO. However, eventhough realization of the financing tend to increase in health sector, fund utilization in every health program was still not addressed its target. The vast majority of available fund was spent on the officer wage and incentive

and office equipments. Health development conducted by every sub office was still not well coordinated due to there no priority of the program determined by policy maker in every health department and hospital hierarchy, so that it seemed as though every program in coordination and less to touch the society.

It is suggested to City Government, the institution of development plan and parliament of Banda Aceh City in specifying policy of allocation health financing that based on to area preference sectors which has been specified in RPJM, so that health sector gets proportion of adequate financing. And to Public Health Service and Hospital Meuraxa Banda Aceh City in expectation of doing compilation of allocation health financing, more majoringly development activitys of health giving many benefits to public.

References : 35 (1979 – 2007)



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN SEKTOR KESEHATAN
BERSUMBER PEMERINTAH DI KOTA BANDA ACEH
TAHUN ANGGARAN 2006-2007**

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

**OLEH :
NURAIHAN
0606139400**

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

DEPOK, 2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

ANALISIS PEMBIAYAAN SEKTOR KESEHATAN BERSUMBER PEMERINTAH DI KOTA BANDA ACEH TAHUN ANGGARAN 2006-2007

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 16 Juli 2008

Pembimbing



(Prastuti Soewondo, S.E. Ak., MPH, Ph.D)

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

Depok, 16 Juli 2008

Ketua



(Prastuti Soewondo, S.E. Ak., MPH, Ph.D)

Anggota



(Dr. drg. Mardiaty Nadjib, M.S)

(Ede Surya Dharmawan, SKM, MDM)



(Dirk J.A. Matahelumual, S.E, MBA)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Nuraihan
NPM : 0606139400
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Ekonomi Kesehatan
Angkatan : 2006
Jenjang : Magister Kesehatan Masyarakat

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

Analisis Pembiayaan Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah Di Kota Banda Aceh Tahun Anggaran 2006-2007.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 16 Juli 2008


Nuraihan)

RIWAYAT HIDUP

N a m a : Nuraihan
Tempat/Tgl Lahir : Banda Aceh, 18 Agustus 1974
Alamat : Jl. Kampus UNMUHA Lrg. T. Ishak No. 4 Lueng Bata
Kota Banda Aceh – Nanggroe Aceh Darussalam
Status Keluarga : berkeluarga
Alamat Instansi : Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, Jl. Kulu no. 32, Blower
Banda Aceh - NAD

Riwayat Pendidikan :

1. SD Persit II Banda Aceh 1987
2. SMPN III Banda Aceh 1990
3. SMAN I Banda Aceh 1993
4. Fakultas Kedokteran – Universitas Syiah Kuala 2001
5. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia 2008

Riwayat Pekerjaan

1. PTT Puskesmas Ingin Jaya – Aceh Besar 2002-2004
2. Puskesmas Batoh – Banda Aceh 2005
3. Puskesmas Jeulingke – Banda Aceh 2006
4. Tugas Belajar di PS IKM FKM – UI 2006-2008



*Tesis ini kupersembahkan kepada
Orang-orang yang kucintai dan kusayangi,
Ayahandaku H. Abdullah Mahmud,
Ibundaku Hj. Nursiah Husin,
Suamiku Faizal Husni, S.E.,
Anak-anaku Siti Reifa Izarna & Muhammad Altabriiz*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia yang diberikan, sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis ini tepat pada waktunya. Tesis ini merupakan rangkaian tugas akhir dan sebagai salah satu persyaratan akademik dalam menyelesaikan pendidikan Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (PS IKM – UI)

Dalam penyelesaian tesis ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu dari lubuk hati yang paling dalam, penulis menyampaikan rasa terima kasih yang setulusnya kepada :

1. Ibu Prastuti C. Soewondo, S.E. Akt, MPH, Ph.D, atas segala bimbingan dan arahan, sejak proses awal pemilihan topik tesis, sampai dengan penyelesaian akhir tesis ini.
2. Seluruh staf pengajar di kekhususan ekonomi kesehatan PS IKM – UI, terutama Bapak Prof. dr. Ascobat Gani, MPH, Dr.PH; Bapak Hasbullah Thabrany, dr, MPH, Ph.D; Bapak Ronnie Rivanny, drg. MSc, penulis ucapkan terima kasih atas dorongan, bimbingan selama mengikuti pendidikan.
3. Bapak Ede Surya Dharmawan, SKM, MDM; Ibu Dr. Mardiaty Nadjib, drg, MSc; Bapak Dirk J.A. Matahelumual, S.E, MBA sebagai tim penguji dari mulai proposal hingga sidang tesis, atas segala masukan kritikan dan saran yang telah diberikan dengan penuh kesabaran dan sungguh-sungguh selama menguji tesis ini, dan atas pengertiannya terhadap segala keterbatasan yang ada pada penulis.

4. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam periode 2006, dr. T.Anjar Asmara, M.kes, Pihak BRR Aceh-Nias dan Komite Pendidikan BRR-Unsyiah, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di PS IKM - UI.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh dr. Media Yulizar, MPH, beserta seluruh staf yang telah memberikan izin kepada penulis untuk meneliti, dan khususnya kepada Kasubdin Bina Program Ibu dr. Safriati, M.Kes; dan Kasie Pelaporan dan Pencatatan Ibu Yusti Marlina, SKM; yang telah sangat banyak membantu penulis dalam perolehan data dan informasi yang dibutuhkan.
6. Bapak Dadun dan Bapak dr. Nugroho, atas pengetahuan yang peneliti peroleh selama mengikuti pelatihan DHA di Lombok.
7. Ayahandaku H. Abdullah Mahmud dan Ibundaku Hj. Nursiah Husin, yang dengan ketulusan hati telah mendidik, menjaga dan membesarkan anak-anaknya hingga cucu-cucunya, tanpa pernah kenal lelah dan putus asa.
8. Mertuaku Bapak Drs.Zainun Yunus (Alm) & Hj.Husniah, yang telah membantu penulis dengan doa dan dukungannya.
9. Suamiku tercinta, Faizal Husni, S.E., dan anak-anak kami tersayang Siti Reifa Izarna dan Muhammad Altabriiz, yang senantiasa sabar, penuh pengertian, pengorbanan dan selalu memberikan semangat, cinta, kasih sayang serta doanya selama penulis mengikuti pendidikan di PS IKM – UI, terutama di saat-saat penulis kelelahan dan hampir putus asa dalam penyelesaian tesis ini.

10. Abangku yang kuhormati, Nurullah S.H (Alm), kakak iparku Linda Fajri (Alm), keponakanku Muhammad Al Hafiz (Alm) dan semua saudara-saudaraku yang telah meninggalkanku untuk selamanya pada bencana Tsunami 2004. Kenangan bersama kalian takkan pernah kulupakan dalam hidupku.
11. Adikku Zaini Arief, ST & Fitriani, adik-adik Iparku Zulfan Husni S.E. & Emilia Nazli S.E.; Agus Husni S.P. & Liza Burhan S.H.; terutama Siti Farah Yulina S.P. & Hidayat S.P.; yang telah ikut membantu menjaga anak-anaku selama penulis mengikuti pendidikan di PS.IKM-UI.
11. Teman-temanku di kekhususan ekonomi kesehatan : Rahmi, Devi, Jufri, Samsul, Roza, Uni Eva, Uni Vera, P'Tasrifin dan juga teman-teman lainnya di PS IKM-UI angkatan 2006/2007, teman-teman aceh dalam Forum Ikatan Mahasiswa Beasiswa BRR-FKM UI khususnya K'Lina & B'Faisal yang telah membantu menjadi EO-ku di hari sidang, dan yang tak terlupakan sahabat-sahabat kostku, Yeni (sang calon pengantin) , K'Ita dan Aisyah yang senantiasa bekerja sama dan saling membantu selama mengikuti kuliah dan dalam penyelesaian tesis ini.
12. Seluruh pihak yang telah membantu penulis selama menempuh studi di PS IKM – UI, baik secara langsung maupun tidak langsung, yang tentunya karena keterbatasan tempat, tidak dapat penulis sebutkan satu persatu disini.

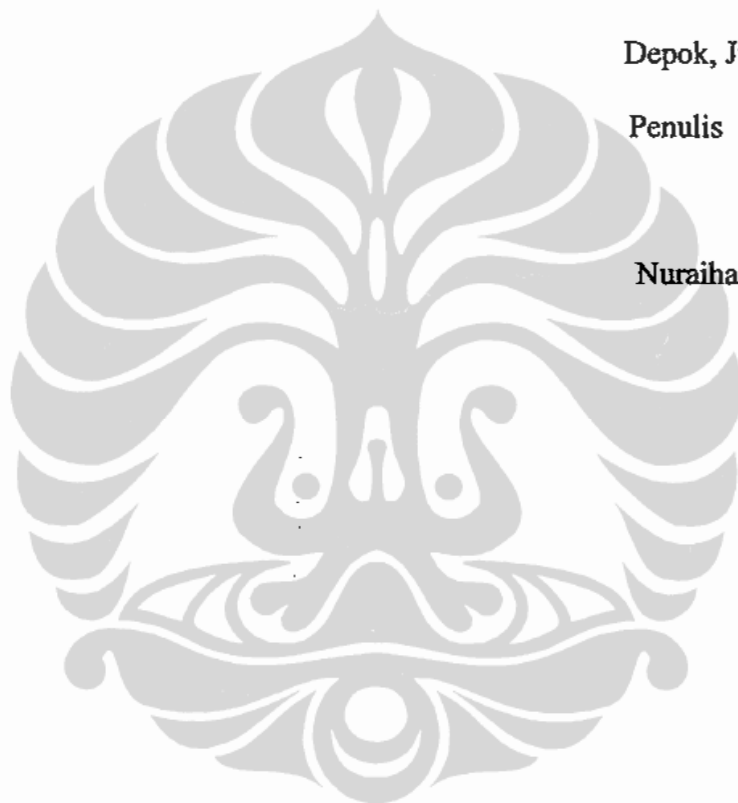
Atas bantuan yang telah diberikan kepada penulis, semoga oleh Allah SWT mereka diberikan pahala yang setimpal, taufik, rahmat dan hidayahNya.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karenanya kritik dan saran yang sifatnya membangun, sangat diharapkan demi perbaikan.

Depok, Juli 2008

Penulis

Nuraihan



DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
HALAMAN PERSEMBAHAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1.Latar belakang.....	1
1.2.Rumusan masalah.....	5
1.3.Pertanyaan penelitian.....	5
1.4.Tujuan penelitian.....	6
1.5.Manfaat penelitian.....	7
1.6.Ruang lingkup penelitian.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1.Analisis situasi dan kecendrungan pembangunan kesehatan.....	9
2.1.1.Perkembangan pembangunan kesehatan.....	9
2.1.2.Masalah dalam pembangunan kesehatan.....	13
2.2.Dasar-dasar, visi dan misi pembangunan kesehatan	
2.2.1.Dasar-dasar pembangunan kesehatan.....	16
2.2.2.Visi Pembangunan kesehatan.....	18
2.2.3.Misi Pembangunan kesehatan.....	18
2.3.National health account	
2.3.1.Konsep dan pengertian national health account.....	19
2.3.2.Batasan pengeluaran biaya kesehatan.....	22
2.3.3.Klasifikasi pengeluaran dana kesehatan.....	23
2.3.4.Pengumpulan data.....	27
2.4.District health account.....	28

BAB 3 GAMBARAN UMUM KOTA BANDA ACEH	
3.1. Demografi dan geografi.....	30
3.2. Produk domestik regional bruto (PDRB) perkapita.....	31
3.3. Situasi derajat kesehatan.....	33
3.4. Rencana pembangunan jangka panjang 2007-2012 Kota Banda Aceh.....	35
3.5. Rencana strategis Dinkes Propinsi NAD 2006-2010.....	37
3.6. Institusi kesehatan.....	40
3.6.1. Dinas kesehatan Kota Banda Aceh.....	40
3.6.2. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.....	41
3.6.3. Rumah sakit umum Meuraxa.....	42
3.6.4. Struktur Organisasi RSUD Meuraxa.....	43
3.7. Proses penyusunan anggaran.....	44
BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
4.1. Kerangka konsep.....	46
4.2. Definisi operasional.....	48
BAB 5 METODOLOGI PENELITIAN	
5.1. Desain penelitian.....	50
5.2. Lokasi dan waktu penelitian.....	50
5.3. Instrumen pengumpulan data.....	51
5.4. Pengumpulan data.....	51
5.5. Pengolahan dan analisis data.....	52
BAB 6 HASIL PENELITIAN	
6.1. Kerangka Penyajian.....	54
6.2. Pembiayaan Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kota B. Aceh	
6.2.1. Gambaran pendanaan sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh.....	55
6.2.1.1. Gambaran umum APBD Kota Banda Aceh.....	55
6.2.1.2. Alur pendanaan sektor kesehatan di Kota Banda Aceh.....	57
6.2.1.3. Pendanaan sektor kes di Kota Bna berdasarkan sumber.....	59
6.2.1.4. Pendanaan sektor kes di Kota Bna berdasarkan agen.....	62
6.2.1.5. Pendanaan sektor kes di Kota Bna berdasarkan provider.....	64
6.2.1.6. Pendanaan sektor kes di Kota Bna berdasarkan fungsi.....	66
6.2.1.7. Pendanaan sektor kes di Kota Bna berdasarkan mata anggaran.....	68
6.2.2. Pendanaan kesehatan di Institusi kesehatan Kota Banda Aceh.....	70
6.2.2.1. Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.....	70
6.2.2.2. RSUD Meuraxa.....	93
BAB 7 PEMBAHASAN	
7.1. Keterbatasan penelitian.....	101
7.2. Analisis pembiayaan sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota B. Aceh	
7.2.1. Berdasarkan sumber.....	102
7.2.2. Berdasarkan pengelola dana.....	105

7.2.3. Berdasarkan <i>provider</i>	106
7.2.4. Berdasarkan fungsi.....	107
7.2.5. Berdasarkan mata anggaran.....	108
7.3. Analisis pendanaan kesehatan di Institusi kesehatan Kota Banda Aceh	
7.3.1. Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.....	109
7.3.2. Rumah Sakit Umum Meuraxa.....	116
7.4. Implementasi kebijakan pendanaan kesehatan.....	118
BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1. Kesimpulan.....	120
8.2. Saran.....	125
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
3.1. Gambaran demografi Kota Banda Aceh tahun 2005-2007.....	31
3.2. Perbandingan laju inflasi Kota Banda Aceh dan nasional Tahun 2004 s/d 2007	32
6.1. Ringkasan APBK Kota Banda Aceh Tahun 2005 -2007.....	55
6.2. Alokasi APBK Kota Banda Aceh ke Berbagai Sektor Tahun 2005-2007.....	56
6.3. Pemetaan realisasi sumber pembiayaan sektor kesehatan di Kota Banda Aceh tahun 2006-2007.....	59
6.4. Pemetaan sumber pembiayaan kesehatan yang berasal dari pemerintah di Kota Banda Aceh tahun 2006-2007.....	61
6.5. Pemetaan agen pembiayaan sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh tahun 2006-2007.....	62
6.6. Pemetaan provider sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007.....	64
6.7. Pemetaan fungsi pelayanan sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007.....	66
6.8. Pemetaan mata anggaran sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007.....	69
6.9. Data pendanaan kesehatan berdasarkan sumber dana di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun anggaran 2006-2007.....	71
6.10. Data pendanaan kesehatan berdasarkan fungsi di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	73
6.11. Data pendanaan kesehatan berdasarkan sumber dan fungsi di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	74
6.12. Data pendanaan kesehatan berdasarkan provider dan fungsi di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	75

6.13. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	76
6.14. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran dan sumber dana di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	77
6.15. Data pendanaan kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	78
6.16. Data pendanaan kesehatan berdasarkan subdin di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	79
6.17. Data pendanaan kesehatan berdasarkan provider di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	89
6.18. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di Puskesmas Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	90
6.19. Data pendanaan kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Puskesmas Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	92
6.20. Data pendanaan kesehatan berdasarkan sumber di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	94
6.21. Data pendanaan kesehatan berdasarkan fungsi pelayanan di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	95
6.22. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	96
6.23. Data pendanaan kesehatan berdasarkan penerima manfaat di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	97
6.24. Data pendanaan kesehatan berdasarkan subdin di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	97

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
2.1. Aliran keuangan.....	21
3.1. Struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.....	41
3.2. Struktur organisasi RSUD Meuraxa.....	43
4.1. Kerangka Konsep.....	47
6.1. Alokasi APBD Kota Banda Aceh ke berbagai sektor Tahun 2005-2007.....	57
6.2. Alur pendanaan sektor kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007.....	58
6.3. Data pendanaan sektor kesehatan berdasarkan mata anggaran di subdin TU Dinkes Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	80
6.4. Data pendanaan sektor kesehatan berdasarkan mata anggaran di Subdin Kesga Dinkes Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	82
6.5. Data pendanaan sektor kesehatan berdasarkan mata anggaran di subdin P2P Dinkes Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	83
6.6. Data pendanaan sektor kesehatan berdasarkan mata anggaran di subdin Promkes Dinkes Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	84
6.7. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di Subdin Bina Program Dinkes Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	85
6.8. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di Subdin Yankes Dinkes Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	86
6.9. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di Gudang Farmasi Dinkes Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	87
6.10. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di Puskesmas Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	91
6.11. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di subdin TU RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....	98

- 6.12. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di subdin pelayanan medik
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....99
- 6.13. Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di Subdin Keperawatan
RSU Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007.....100



DAFTAR SINGKATAN

AIDS	Aquired Inflammatory Disease Syndrom
AKB	Angka Kematian Bayi
AKBa	Angka Kematian Balita
AKI	Angka Kematian Ibu
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBK	Anggaran Pendapatan dan Belanja Kota
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASEAN	Assosiation South East Asian Nation
ASKES	Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
BAPPEDA	Badan Perencana Pembangunan Daerah
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BOR	Bed Occupation Rate
BRR	Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
DAK	Dana Alokasi Khusus
DASK	Daftar Anggaran Satuan Kerja
DAU	Dana Alokasi Umum
Dekon	Dekonsentrasi
DHA	District Health Account
DIK	Daftar Isian Kegiatan
Dinkes	Dinas Kesehatan
DIP	Daftar Isian Pembangunan
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DPRK	Dewan Perwakilan Rakyat Kota
FI's	Financing Intermediary's
FS	Financing Source
GDP	Growth National Product
GF	Gudang Farmasi
HF	Health Financing
HP	Health Provider
IHK	Indeks Harga Konsumen
JPSBK	Jaringan Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
Kabag	Kepala Bagian
Kasie	Kepala Seksie
Kaur	Kepala Urusan
KB	Keluarga Berencana
KDH	Kepala Daerah Hukum
KEP	Kurang Energi Protein
Kesga	Kesehatan Keluarga

KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KLB	Kejadian Luar Biasa
KUA	Kebijakan Umum Anggaran
KW-SPM	Kewenangan Wajib- Standar Pelayanan Minimal
LN	Luar Negeri
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
Log	Logistik
LOS	Length Of Stay
NGO	Non Government Organization
NHA	National Health Account
NAD	Nanggroe Aceh Darussalam
MP	Multiple Player
Musrenbang	Musyawaharah Rencana Pembangunan
OOP	Out Of Pocket
PAD	Pendapatan Asli Daerah
PDRB	Product Domestic Regional Bruto
PMD	Pemberdayaan Masyarakat Desa
PPAS	Prioritas Plafon Anggaran Sementara
PPK	Penyedia Pelayanan Kesehatan
Promkes	Promosi Kesehatan
PTT	Pegawai Tidak Tetap
P2KT	Perencanaan dan Penganggaran Terpadu
P2P	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
Raker	Rapat Kerja
Raqan	Rancangan Qanun
RC	Resource Cost
RKA	Rencana Kegiatan Anggaran
RKPK	Rencana Kerja Pemerintah Kota
RM	Rekam Medik
RPKD	Rancangan Peraturan Kepala Daerah
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RSUM	Rumah Sakit Umum Meuraxa
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	Sumber Daya Manusia
SE	Surat Edaran
SPK	Sekolah Pendidikan Keperawatan
Subbag	Sub bagian
Subdin	Sub dinas
TAPD	Tim Anggaran Pemerintah Daerah
TBC	Tuberculosis
TP	Tugas Perbantuan
UHH	Umur Harapan Hidup
WHO	World Health Organization
WUS	Wanita Usia Subur

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Terjadinya bencana alam gempa bumi dan tsunami di Nanggroe Aceh Darussalam pada tanggal 26 Desember 2004 telah merenggut korban lebih dari 150 ribu jiwa meninggal dan hampir 500 ribu penduduk kehilangan harta benda serta tempat tinggal. Bencana tersebut juga mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di NAD (Dinkes Kota Banda Aceh, 2005).

Dampak bencana alam tersebut pada derajat kesehatan masyarakat Propinsi NAD yang ditemui antara lain : meningkatnya temuan kasus penyakit menular, terutama ISPA, campak, malaria, dengue dan diare sebagai akibat dari buruknya kondisi kesehatan lingkungan; menurunnya status gizi kelompok masyarakat rentan, termasuk ibu hamil, bayi dan balita; serta meningkatnya kasus gangguan kesehatan jiwa akibat dari trauma yang dialami korban bencana alam (Dinkes Prop.NAD, 2006).

Untuk mengatasi keterpurukan penurunan derajat kesehatan yang terjadi akibat bencana alam tersebut, maka Dinas Kesehatan Propinsi NAD menyusun program yang diprioritaskan untuk memperbaiki derajat kesehatan masyarakat. Penyusunan program prioritas ini dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal yang ada pada saat itu yaitu ; faktor internalnya adalah : 1) kebijakan sektoral untuk penanganan kesehatan Propinsi NAD pasca gempa bumi, Tsunami serta pasca konflik secara terpadu, terkoordinasi,

terintegrasi dan berkelanjutan untuk mewujudkan visi, misi dan tujuan pembangunan kesehatan nasional dan global (*Millenium Development Goals*); dan 2) penataan ulang pelayanan kesehatan di NAD pasca Tsunami akibat perubahan yang signifikan terhadap jumlah populasi, jumlah penduduk miskin, distribusi dan ketersediaan tenaga kesehatan.

Sedangkan faktor eksternalnya adalah : 1) Perubahan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan sektor kesehatan, khususnya revisi Undang-Undang No.22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah oleh Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah dan proses revisi Undang-Undang No.18 Tahun 2003 sebagai dampak *Memorandum of Understanding* antara Pemerintah Republik Indonesia dengan Gerakan Aceh Merdeka; 2) Kondisi makro ekonomi NAD yang ikut mempengaruhi pembiayaan kesehatan dan ketersediaan serta distribusi tenaga kesehatan; dan 3) Bencana alam yang cukup besar yang telah merubah struktur dan pola pemanfaatan ruang wilayah yang menyebabkan perlunya realokasi fasilitas dan tenaga kesehatan demi pembangunan pasca bencana (Dinkes Prop.NAD, 2006).

Agar program prioritas yang telah ditetapkan dapat dicapai maka diperlukan pendanaan kesehatan yang cukup dan berkelanjutan. Pendanaan kesehatan yang cukup dan berkelanjutan ini harus dimulai dari tingkat propinsi sampai ke tingkat kabupaten/kota.

Kota Banda Aceh merupakan kota ke-2 terparah terkena dampak Tsunami setelah Aceh Jaya. Sebagai penyelenggara bidang kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh diberikan mandat untuk melaksanakan fungsinya yaitu memperbaiki derajat kesehatan masyarakat khususnya masyarakat Kota Banda Aceh melalui program kerja :

kesehatan keluarga, remaja dan lansia; perencanaan program kesehatan; peningkatan lingkungan sehat dan pelayanan kesehatan masyarakat; penyuluhan promosi kesehatan masyarakat serta; pencegahan dan pemberantasan penyakit. Agar keseluruhan program kerja ini dapat berjalan maka diperlukan pendanaan yang cukup dan berkelanjutan (Dinkes Kota Banda Aceh, 2005).

Dana kesehatan yang dialokasikan oleh Pemerintah melalui APBD untuk Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh terus mengalami peningkatan dari tahun 2005 s/d 2007. Di tahun 2005, Dinas kesehatan memperoleh alokasi anggaran sebesar Rp. 9.511.730.108.- dan di tahun 2006 sebesar Rp. 15.092.868.115.-, serta untuk tahun 2007 sebesar Rp. 26.420.235.182.-. Keseluruhan dana tersebut di atas yang berasal dari pemerintah melalui APBD. Dana yang dialokasikan ke Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh ini kemudian didistribusikan ke Puskesmas, Dinkes itu sendiri dan fungsi pelayanan kesehatan masyarakat seperti untuk kegiatan preventif, kuratif, dan administrasi.

Dinas kesehatan Kota Banda Aceh selain menerima dana kesehatan dari Pemerintah melalui APBD, juga memperoleh bantuan dari LSM/NGO lokal dan asing yang banyak beroperasi di wilayah NAD pasca Tsunami 2004. Juga terdapat Badan Rekonstruksi dan Rehabilitasi (BRR) yang secara khusus dibentuk oleh Presiden pada tanggal 16 April 2005 untuk menangani berbagai permasalahan yang timbul akibat bencana alam gempa bumi dan Tsunami 2004. Bantuan yang diberikan oleh para donatur pada saat itu ada yang berupa pembangunan kembali sarana dan prasarana kesehatan untuk mengganti yang hancur akibat bencana tersebut seperti rumah sakit, puskesmas, pustu, polindes dan lain sebagainya. Sehingga jumlah total dana untuk

kesehatan pada saat itu sangat banyak tetapi dalam pelaksanaannya dana tersebut masih juga dirasakan belum cukup dan belum merata dalam pengalokasiannya.

Dari laporan tahunan Dinkes Kota Banda Aceh di tahun 2006, diketahui bahwa penyakit menular yang meningkat tajam pasca tsunami tidak dapat ditangani dengan baik, angkanya terus meningkat dari tahun 2005 hingga tahun 2007. Di tahun 2005 kasus malaria dijumpai sebanyak 68 kasus dan DBD sebanyak 117 kasus, jumlah kasus ini meningkat lagi di tahun 2006 yaitu malaria 77 kasus dan DBD 242 kasus. Padahal dari tahun anggaran 2005 ke tahun anggaran 2006 terdapat peningkatan alokasi dana kesehatan yang cukup besar, tetapi kenyataannya permasalahan kesehatan belum dapat tertangani dengan baik.

Pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh yang bersumber Pemerintah tidak didukung dengan adanya data mengenai berapa jumlah total dana yang disediakan untuk membiayai kegiatan pembangunan kesehatan, dan bagaimana dana tersebut digunakan menurut sumbernya, pengelola dana, provider, fungsi, mata anggaran dan penerima manfaat dari tiap kegiatan yang telah dibiayai. Hal ini menyebabkan pengambil kebijakan di Kota Banda Aceh kesulitan dalam menyusun pengalokasian dan pendistribusian dana kesehatan di tahun anggaran berikutnya. Data anggaran kesehatan yang lengkap ini dapat diperoleh apabila suatu daerah melakukan analisa pembiayaan kesehatan di daerahnya.

1.2. Rumusan Masalah

Jumlah keseluruhan dana kesehatan yang ada di Kota Banda Aceh pasca Tsunami 2004 sangat banyak dan terus mengalami peningkatan dari tahun 2005 s/d 2007 terutama yang berasal dari Pemerintah. Dalam kenyataannya, ternyata walaupun dana yang disediakan besar, tetapi derajat kesehatan masyarakat tidak meningkat, kasus penyakit menular yang meningkat tajam pasca tsunami juga belum tertangani dengan baik dan dalam pengelolaan dana kesehatan ternyata di akhir laporan realisasi anggaran masih terdapat dana sisa yang tidak habis diserap.

Hal tersebut di atas dapat terjadi karena pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh yang bersumber Pemerintah tidak didukung dengan adanya data mengenai berapa jumlah total dana yang disediakan untuk membiayai kegiatan pembangunan kesehatan, dan bagaimana dana tersebut digunakan menurut sumbernya, pengelola dana, provider, fungsi, mata anggaran dan penerima manfaat dari tiap kegiatan yang telah dibiayai. Dimana data anggaran kesehatan yang lengkap ini dapat diperoleh apabila suatu daerah melakukan analisa pembiayaan kesehatan di daerahnya. Oleh karena itu maka sangat perlu dilakukan analisis pembiayaan sektor kesehatan yang bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh untuk membantu pengambil kebijakan dalam penyusunan anggaran kesehatan ke depannya secara lebih tepat.

1.3. Pertanyaan Penelitian

- A. Berapa jumlah pembiayaan total dan perkapita biaya kesehatan yang bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh tahun anggaran 2005 s/d 2007?

- B. Darimana saja sumber – sumber pembiayaan kesehatan di Kota Banda Aceh?
- C. Bagaimana proporsi pendanaan kesehatan menurut pengelola dana kesehatan?
- D. Bagaimana proporsi pendanaan kesehatan menurut provider?
- E. Bagaimana proporsi pendanaan kesehatan menurut fungsi pelayanan?
- F. Bagaimana proporsi pendanaan kesehatan menurut mata anggaran?
- G. Bagaimana proporsi pendanaan kesehatan menurut penerima manfaat?
- H. Bagaimana kebijakan Pemda Kota Banda Aceh terhadap pendanaan sektor kesehatan?

1.4. Tujuan Penelitian

A. Tujuan Umum :

Untuk mendapatkan gambaran utuh pendanaan sektor kesehatan yang bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh.

B. Tujuan Khusus :

1. Diketahui jumlah pendanaan total dan perkapita biaya kesehatan yang bersumber Pemerintah di Kota Banda Aceh
2. Diketahui sumber – sumber pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh
3. Diketahui proporsi pendanaan kesehatan menurut pengelola dana kesehatan
4. Diketahui proporsi pendanaan kesehatan menurut provider
5. Diketahui proporsi pendanaan kesehatan menurut fungsi pelayanan
6. Diketahui proporsi pendanaan kesehatan menurut mata anggaran

7. Diketahui proporsi pendanaan kesehatan menurut penerima manfaat.
8. Diketahui kebijakan Pemda Kota Banda Aceh terhadap pendanaan sektor kesehatan.

1.5. Manfaat Penelitian

A. Manfaat Metodologik

Agar tersusunnya laporan yang lebih lengkap dan terperinci dari laporan anggaran yang telah ada tentang pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh yang dapat dipergunakan sebagai dasar penetapan kebijakan pendanaan di masa yang akan datang.

B. Manfaat Aplikatif

1. Bagi Dinas Kesehatan dan RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh :
 - a. Sebagai bahan masukan dan saran untuk menyusun perencanaan pendanaan ke depannya.
 - b. Sebagai bahan advokasi pada pembuat kebijakan dibidang alokasi pendanaan kesehatan
 - c. Sebagai bahan evaluasi dalam penyusunan dan alokasi pendanaan.

2. Bagi Pemda, DPRD , dan BAPPEDA Kota Banda Aceh :

Sebagai masukan dalam penetapan kebijakan alokasi anggaran yang disesuaikan dengan arah, visi, misi yang ditetapkan oleh pemerintah daerah Kota Banda Aceh ,sesuai dengan program prioritas bidang kesehatan dalam rangka untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui penyiapan alokasi anggaran kesehatan di Kota Banda Aceh di masa mendatang.

3. Bagi Peneliti :

Dapat mengaplikasikan dan mengembangkan teori yang telah dipelajari pada pendanaan kesehatan di daerah.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Analisis pendanaan hanya dilakukan di lingkungan pelayanan kesehatan yang mencakup Dinas Kesehatan dan seluruh Puskesmas di lingkungan Kota Banda Aceh, serta Rumah Sakit Umum Meuraxa Kota Banda Aceh. Data alokasi pendanaan sektor kesehatan diambil tahun anggaran 2005-2007.

Selain itu juga akan dilihat sebagai kelengkapan data pendanaan sektor kesehatan dari institusi lain seperti Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Aceh (BRR), serta beberapa NGO yang beroperasi di Kota Banda Aceh, yang kesemuanya direalisasikan ke sektor publik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Analisis Situasi dan Kecendrungan Pembangunan Kesehatan

2.1.1. Perkembangan Pembangunan Kesehatan

A. Derajat Kesehatan

Situasi pembangunan kesehatan pada suatu negara dapat dilihat dari berbagai indikator, seperti angka kesakitan, angka kematian dan angka status gizi. Dimana angka-angka ini sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan penduduk di suatu wilayah.

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), angka kematian bayi (AKB) pada tahun 1995 adalah 46 per 1000 kelahiran hidup, angka ini turun menjadi 35 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2000. Tetapi biarpun terjadi penurunan, di antara negara-negara ASEAN, AKB di Indonesia menempati urutan ke-4 terbesar, atau 1,2 kali lebih besar dari AKB Philipina; 1,5 kali lebih tinggi dari AKB Thailand; 4,4 kali lebih tinggi dari AKB Malaysia dan 12 kali lebih tinggi dari AKB Singapura. Dan diharapkan AKB di Indonesia dapat turun menjadi 25 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2010. Menurut survei tersebut angka kematian Balita (AKBa) juga turun dari 79 per 1000 kelahiran hidup di tahun 1988-1992 menjadi 46 per 1000 kelahiran hidup di tahun 1998-2002. Sementara itu Angka Kematian Ibu (AKI) juga terjadi penurunan dari 334 per 100.000 kelahiran hidup (1993-1997) menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup (2002-2003).

Dalam hal keadaan status gizi, permasalahan gizi di Indonesia umumnya menyerang kelompok rentan gizi seperti Ibu hamil, menyusui, bayi, balita, anak usia sekolah, wanita usia subur (WUS), dan penduduk golongan ekonomi lemah. Salah satu dari permasalahan gizi di Indonesia adalah KEP (kurang energi protein) yang banyak menyerang Balita. Berdasarkan data SUSENAS, pada tahun 2001 prevalensi KEP 26,1% dan di tahun 2002 meningkat menjadi 27,3%. Sedangkan gizi buruk terjadi penurunan, pada tahun 1995 sebesar 11,56% menjadi 8% di tahun 2002.

B. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan

Berbagai upaya kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, swasta dan masyarakat agar penyediaan pelayanan kesehatan dapat dipenuhi secara merata, bermutu, dan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Namun upaya kesehatan yang telah dilakukan tersebut belum diselenggarakan secara menyeluruh (komprehensif), terpadu dan berkesinambungan. Selain itu, penyelenggaraan upaya kesehatan masih dititikberatkan pada upaya kuratif dan dirasakan kurang pada upaya promotif dan juga pencegahan (preventif), sehingga hasil yang didapat kurang menunjang untuk memperbaiki / meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. (Depkes, 2004).

Hal yang tak kalah pentingnya untuk menunjang penyelenggaraan upaya kesehatan adalah pendanaan kesehatan. Pendanaan kesehatan di Indonesia dapat berasal dari dua sumber utama, yaitu (Depkes, 2004; Azwar 1996) :

1. Pemerintah, yakni pemerintah pusat, pemerintah propinsi dan pemerintah kabupaten/kota, termasuk pengeluaran dari asuransi kesehatan pemerintah dan

pendanaan yang berasal dari pinjaman luar negeri dimana pemanfaatannya juga belum optimal.

2. Swasta dan masyarakat, yang terdiri dari pengeluaran kesehatan yang dibiayai oleh perusahaan dan asuransi swasta serta pengeluaran kesehatan yang dibiayai oleh Rumah tangga.

Dalam kurun waktu tahun 1995-2002, pendanaan kesehatan di Indonesia cenderung naik, yakni dari 1,6% PDB (1995) menjadi 3,2% PDB (2002) atau US \$ 27,73 perkapita per tahun. Angka ini masih jauh dibawah standar yang ditetapkan oleh WHO yaitu sekitar US \$ 30-40 per kapita per tahun yang harus disediakan oleh pemerintah untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di suatu negara. (D. Sachs. Jeffrey, 2001).

Pengalokasian dana kesehatan dan pengeluarannya selama ini juga belum efektif dan efisien, dimana alokasi dana dari pemerintah lebih banyak ditujukan kepada upaya kuratif, sehingga besarnya dana yang dialokasikan untuk upaya promotif dan preventif sangat terbatas. Hal ini tentu saja tidak sesuai dengan visi Indonesia Sehat yang ingin dituju oleh para penyelenggara sektor kesehatan di Indonesia. (Depkes, 2004).

Selain itu, pembelanjaan dana pemerintah belum cukup adil untuk mengedepankan upaya kesehatan masyarakat dan bantuan kepada keluarga miskin. Sedangkan penataan mobilisasi dana baik dari pemerintah maupun dari masyarakat dan swasta belum berjalan dengan baik, dimana dana yang berasal dari pemerintah sebagian besar digunakan untuk mensubsidi semua lini pelayanan kesehatan masyarakat yang ternyata juga dinikmati oleh sebagian besar masyarakat yang mampu. Di lain pihak, dana dari

masyarakat untuk kesehatan sebagian besar berasal dari pengeluaran langsung (out of pocket) yaitu sebesar 89,76% yang merupakan pengeluaran kesehatan yang bersifat tidak terencana atau mendadak dan dalam jumlah besar (katastrofik). (Depkes, 2004).

C. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan masih bersifat temporer dan kurang melembaga. Partisipasi masyarakat dalam pendanaan kesehatan juga masih bersifat *charity* terutama pada saat terjadi kejadian luar biasa dan masih kurang terorganisir. (Depkes, 2004).

D. Lingkungan Strategis

Salah satu lingkungan strategis yang berkaitan langsung dengan pembangunan kesehatan adalah kondisi perekonomian di suatu wilayah. Pemecahan masalah kesehatan tidak dapat dipisahkan dari pengaruh kondisi perekonomian suatu wilayah. Perhatian pemerintah terhadap pemecahan masalah kesehatan seringkali diukur dari alokasi anggaran pemerintah untuk bidang kesehatan. Dari tahun ke tahun porsi anggaran untuk bidang kesehatan terus bertambah jumlah nominalnya, namun secara proporsional, baik terhadap GDP maupun terhadap anggaran pembangunan nasional dan daerah, tampaknya masih jauh dibawah batas yang disyaratkan oleh WHO. (Gani, 1996; Depkes, 2004).

2.1.2. Masalah Dalam Pembangunan Kesehatan

A. Derajat Kesehatan

Meskipun derajat kesehatan Indonesia tiap tahun meningkat, tetapi bila dibandingkan dengan negara-negara tetangga, Indonesia masih jauh ketinggalan. Berbagai indikator sensitif dari derajat kesehatan cenderung melandai atau bahkan stagnan. Gambaran umur harapan hidup (UHH) juga tidak banyak berubah dari tahun ke tahun. Insiden beberapa penyakit menular kembali meningkat seperti malaria dan dengue serta status gizi masyarakat juga tidak mengalami perubahan yang menggembirakan. Timbulnya penyakit baru seperti SARS dan Flu Burung turut menjadi beban ganda bagi pemerintah yang harus dipikul dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan. (Depkes, 2004).

B. Upaya Kesehatan

Penyelenggaraan upaya kesehatan, baik upaya kesehatan perorangan maupun masyarakat belum dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkelanjutan. Pengutamaan penyelenggaraan upaya kesehatan pada upaya peningkatan dan pencegahan penyakit masih kurang. Meskipun Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan dasar telah ada di setiap kecamatan di Indonesia, namun karena kondisi geografi dan transportasi yang kurang menunjang, maka pemerataan, mutu dan keterjangkauan upaya pelayanan kesehatan menjadi kurang optimal. (Depkes, 2004; Azwar 1996). Demikian pula untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, rentan dan beresiko tinggi, walaupun telah ditingkatkan, tetapi juga belum memenuhi kebutuhannya. (Rubi, 2006).

C. Pembiayaan Kesehatan

Sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah masih rendah, mobilisasi pembiayaan dari masyarakat masih terbatas dan bersifat perorangan serta belum berhasil guna dari segi biaya (*cost effective*) untuk melindungi seluruh anggota masyarakat. Pengalokasian dana pemerintah masih lebih banyak pada upaya kuratif. Sedangkan pengalokasian dana masyarakat belum dilakukan secara pra upaya. Pembelanjaan dana pemerintah belum dianggap adil untuk mengedepankan upaya kesehatan masyarakat (*public goods*). Dan pembelanjaan masyarakat yang masih bersifat *out of pocket*, dan *public private* juga belum berkembang dengan baik. (Pujiyanto dalam Thabrany, 2006; Gani, 2003).

Menurut Andayani R dalam Thabrany (2006), terdapat faktor-faktor lain yang ikut berpengaruh terhadap besar kecilnya jumlah pembiayaan kesehatan oleh pemerintah di suatu daerah yaitu :

1. Jumlah penerimaan daerah yang berasal dari Pusat yang tercantum dalam APBD
2. Skala prioritas terhadap sektor kesehatan di mata para pimpinan daerah
3. Kemampuan Dinkes dalam melakukan advocacy
4. Kemampuan Dinkes dalam menyusun rencana anggaran yang baik
5. Kemampuan menyajikan informasi alur pendanaan kesehatan yang baik dan lengkap.

D. Obat dan Perbekalan Kesehatan

Di Indonesia, obat merupakan komponen belanja kesehatan yang terbesar dan hampir seluruh bahan bakunya masih harus diimpor, sehingga biaya obat menjadi mahal

di pasaran. Hal inilah yang menyebabkan pendanaan kesehatan di Indonesia sebagian besar banyak dihabiskan untuk pengadaan obat. (Satriabudi. B, dalam Thabrany, 2006).

Setiap tahunnya, jumlah pendanaan kesehatan yang harus disediakan oleh pemerintah untuk obat dan alat kesehatan selalu meningkat, tetapi belum ada data yang lengkap mengenai pengelolaan dan jumlah pendanaan yang dianggap mencukupi sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan untuk pengadaan obat dan alat kesehatan tersebut. Ketiadaan data dan informasi yang lengkap inilah yang menyebabkan para pengambil kebijakan sulit dalam mengatur pengalokasian dana kesehatan. (Depkes, 2004).

E. Manajemen Kesehatan

Dalam hal manajemen kesehatan, ternyata Indonesia juga mengalami masalah, ini dapat dilihat dari kemampuan penyelenggaraan administrasi kesehatan yang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban pembangunan kesehatan yang belum terkoordinasi dengan baik. Sistem informasi kesehatan yang dibangun dari berbagai jaringan sistem kesehatan daerah, juga belum dapat memberikan dukungan yang memadai bagi penyelenggaraan administrasi kesehatan. (Depkes, 2004).

F. Lingkungan Strategis Pembangunan Kesehatan

Untuk lingkungan strategis yang menjadi masalah adalah bila terjadi bencana alam atau kondisi geografi rawan lain seperti banjir, tanah longsor, dll. Hal serius yang terjadi akibat keadaan ini yang perlu penanganan segera oleh pemerintah adalah bila terjadinya korban massal, pengungsian, permasalahan kejiwaan, kasus kurang gizi, kurangnya kualitas air bersih, kurangnya sanitasi dan terganggunya *vector control* yang

mengakibatkan berjangkitnya penyakit menular seperti yang pernah terjadi pada bencana Tsunami di Nanggroe Aceh Darussalam pada tahun 2004 silam.(Depkes, 2004).

2.2. Dasar-dasar, Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan

2.2.1. Dasar-dasar Pembangunan Kesehatan

Untuk keseragaman pembangunan baik dalam hal tujuan maupun pelaksanaannya, maka diperlukan dasar-dasar yang dapat dijadikan sebagai landasan dalam pelaksanaan pembangunan nasional di segala sektor. Yang menjadi landasan idiil pembangunan nasional adalah Pancasila, dan landasan konstitusionalnya adalah Undang-Undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Oleh karenanya pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berlandaskan pada Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945.(Depkes, 2004).

Dalam Undang-Undang Dasar 1945, telah dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Ini menandakan bahwa kesehatan merupakan hak azazi setiap orang yang hidup dan bertempat tinggal di wilayah negara Indonesia.

Departemen Kesehatan RI sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan di tingkat pusat telah menetapkan 4 hal pokok yang menjadi dasar-dasar utama dalam pembangunan kesehatan, yaitu (Depkes, 2004) :

1. Perikemanusiaan

Pembangunan kesehatan harus berlandaskan perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa. Terbaikannya pemenuhan kebutuhan kesehatan akan bertentangan dengan prinsip kemanusiaan.

2. Pemberdayaan dan kemandirian

Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat dan lingkungannya.

3. Adil dan merata

Setiap orang memiliki hak yang sama dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi - tingginya, dan akses atas kebutuhan kesehatan, tanpa memandang perbedaan suku, golongan dan status sosial ekonominya.

4. Pengutamaan dan manfaat

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan lebih mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan maupun golongan serta harus lebih mengutamakan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan, dan pencegahan penyakit. Selain itu, upaya kesehatan harus dilaksanakan pula dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi daerah masing-masing.

Di tingkat Internasionalpun, dunia menaruh perhatian yang sangat besar terhadap sektor kesehatan, dimana WHO sebagai konstitusi Organisasi Kesehatan sedunia pada tahun 1948 telah menyatakan bahwa "*Health is a fundamental human right*", yang

mengandung suatu kewajiban untuk menyetatkan yang sakit dan mempertahankan serta meningkatkan yang sehat. Hal ini melandasi pemikiran bahwa sehat sebagai hak azazi manusia dan juga sebagai investasi di masa depan.

2.2.2. Visi Pembangunan Kesehatan

Visi pembangunan kesehatan yang ingin dicapai dirumuskan sebagai : Indonesia Sehat 2020. Dalam Indonesia Sehat 2020, diharapkan masyarakat memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa adanya hambatan ekonomi dan non ekonomi. Pelayanan bermutu yang dimaksud disini adalah pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan dalam keadaan darurat dan bencana yang memenuhi kebutuhan pemakai jasa pelayanan serta sesuai standar dan etika profesi. (Depkes, 2004).

2.2.3. Misi Pembangunan Kesehatan

Dengan berlandaskan pada dasar - dasar pembangunan kesehatan dan untuk mewujudkan visi pembangunan kesehatan, maka Depkes sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan di tingkat pusat juga menetapkan empat (4) misi pembangunan kesehatan di Indonesia yaitu (Depkes, 2004) :

1. Menggerakkan Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh kontribusi positif berbagai sektor terkait lainnya. Dengan kata lain, bahwa para penanggungjawab

program pembangunan harus memasukkan pertimbangan-pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya.

2. Mendorong Kemandirian Masyarakat untuk Hidup Sehat

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Prilaku sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

3. Memelihara dan meningkatkan upaya kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.

4. Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan.

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, perlu ditingkatkan dan didayagunakan sumber daya kesehatan, yang meliputi sumber daya manusia kesehatan, pembiayaan kesehatan dan obat serta perbekalan kesehatan. Pembiayaan /pendanaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat, swasta dan pemerintah harus tersedia dalam jumlah yang cukup, teralokasi secara adil dan dapat dimanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna.

2.3. National Health Account (NHA)

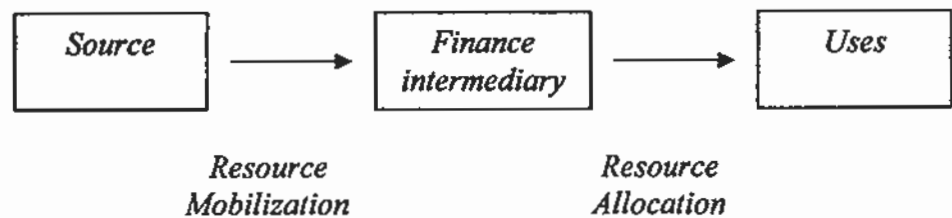
2.3.1. Konsep dan Pengertian *NHA*

NHA adalah kegiatan pencatatan dan analisis data pendanaan kesehatan pada tingkat nasional yang akan memberikan informasi tentang alur pendanaan kesehatan di suatu negara, yang dimulai dari sumber-sumber pendanaan sampai dengan bagaimana

biaya tersebut digunakan dan kepada siapa saja biaya tersebut dialokasikan. Hal ini bertujuan agar jumlah dana yang telah dibelanjakan untuk sektor kesehatan dapat diketahui, dan dapat dimanfaatkan secara efektif kepada sasaran yang ingin dituju dan efisien dalam pengalokasiannya, serta dapat difikirkan kemungkinan adanya mobilisasi dana dari sumber-sumber yang potensial untuk dikembangkan. Di samping itu, *NHA* juga dapat dijadikan sebagai alat jika suatu negara ingin mengetahui berapa banyak dana kesehatan yang telah dibelanjakan, jenis pelayanan apa saja yang telah diberikan dan darimana saja sumber dana tersebut. (Andayani R, dalam Thabrany, 2006).

Struktur *NHA* di Indonesia pada dasarnya mengikuti struktur (alur) aliran keuangan pada umumnya, yaitu :

- A. Berupa aliran keuangan (*flow of fund : where the money from, and where it goes, and how it is used*) dan dapat berupa matriks yang menggambarkan aliran keuangan tersebut.
- B. Aliran keuangan dalam *NHA* dapat bermanfaat dan berhasil guna bila memenuhi 6 kriteria yang penting dari 10 kriteria (Draft *NHA* Guideline, 2000; Thabrany 2006): *policy sensitivity, comprehensiveness, consistency, standardization, accuracy and timelines.*
- C. Aliran keuangan ini menggambarkan fungsi utama dari *health financing* :



Gambar 2.1. Aliran Keuangan

Keterangan Bagan :

1. *Sources* adalah sumber keuangan yang diperuntukkan kegiatan kesehatan, yang dapat ditelusuri sebagai pengeluaran rumah tangga dan individu, firma dan *external sources* (donor).
2. *Financing Intermediary (FI's)* : menggambarkan entitas yang mengumpulkan dan mengorganisir keuangan dari sumber-sumber yang berkontribusi dalam pembiayaan kesehatan dan mengalokasikan untuk *payment/purchase health care*.
2. *Uses* digambarkan sebagai tujuan akhir dari pembiayaan kesehatan, lebih pada *where the money goes and how it is used*.

NHA di Indonesia mulai dilaksanakan untuk pertama kalinya pada tahun 1980-an, akan tetapi saat itu pelaksanaannya belum menyeluruh dan belum berkembang dengan baik hingga saat ini. Oleh karenanya, Depkes RI dan Bappenas menerapkan 4 langkah berikut ini dalam usahanya untuk mengembangkan *NHA* secara lebih luas yaitu (Topatimasang, 2005) :

- a. *memberi batasan kriteria pengeluaran kesehatan dari pengeluaran lainnya*
- b. *mendefinisikan sumber, agen dan pengguna*
- c. *mengumpulkan data*
- d. *menampilkan hasil penggunaan matrik dan identifikasi kebijakan untuk implikasi pembiayaan*".

2.3.2. Batasan Pengeluaran Biaya Kesehatan (*Boundary*)

Dalam mengembangkan NHA, yang penting untuk dilakukan adalah memberi pembatasan tentang hal-hal yang termasuk ke dalam pengeluaran kesehatan (*Boundary*). Biro keuangan Depkes RI pada Pelatihan Persiapan Perhitungan KW-SPM dan P-DHA yang diselenggarakan di Kota Banda Aceh pada tanggal 14-16 Juli 2006 memberikan kriteria-kriteria sebagai berikut dalam penetapan *Boundary* yaitu :

- A. *Transparans* : harus dapat dimengerti oleh semua pihak agar tidak terjadi perbedaan pengertian.
- B. *Policy-relevance* : pengeluaran biaya dimungkinkan sedekat mungkin dengan kepentingan pembuatan/penyusunan kebijakan baru dalam bidang kesehatan.
- C. *Konsep Validitas untuk Decision maker* : harus dapat dipertanggungjawabkan secara akademis sebagai dasar berpijak para pengambil kebijakan.
- D. Memungkinkan untuk dapat diperbandingkan baik antar propinsi/kabupaten/kota juga antar negara
- E. Memungkinkan untuk diukur atau dilakukan penghitungan.

Di tingkat dunia Internasional, *WHO* sebagai salah satu bagian dari organisasi dunia memberikan batasan umum tentang prinsip dasar penetapan *Boundary* yaitu :

“Semua pendanaan untuk aktifitas yang mempunyai tujuan utama untuk meningkatkan derajat kesehatan, baik yang ada di dalam/luar departemen kesehatan dalam kurun waktu tertentu. Pengeluaran biaya untuk kesehatan ini benar-benar didasarkan pada tujuan utama peningkatan kesehatan tanpa melihat siapa yang memberikan pelayanan tersebut (bisa yang profesional atau nonprofesional, bisa dalam institusi kesehatan maupun non kesehatan).”

Untuk Indonesia sendiri, telah disepakati batasan biaya kesehatan seperti yang telah disebutkan dalam Modul 08-P2KT-FKMUI adalah semua biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat yang secara eksplisit ditujukan untuk memperbaiki keadaan kesehatan.

2.3.3. Klasifikasi Pengeluaran Dana Kesehatan

A. Konsep Dasar Pengklasifikasian

Pengklasifikasian dimulai pada tahap pertama yaitu dari sumber dana yang dibelanjakan dalam sektor kesehatan, dimana pada setiap dana yang dikeluarkan dilakukan pengelompokan. Hal ini ditujukan agar terjadi kemudahan dalam memonitor penggunaan dana. Selanjutnya pada tahap kedua adalah pengelola dana yaitu jalur sumber uang tersebut diposkan di instansi mana. Jadi, pengelola dana ini lebih merupakan tempat uang yang telah keluar dari sumbernya ditampung sebelum dana itu dialirkan lagi ke pos-pos pemberi pelayanan kesehatan dan pos-pos pendukung layanan kesehatan lainnya. Di tahap terakhir adalah bagaimana dana tersebut dipergunakan sebagaimana fungsinya, baik fungsi pelayanan kesehatan individu ataupun kelompok/masyarakat. (Andayani dalam Thabrany, 2006).

B. Klasifikasi Menurut Sumber Dana Kesehatan

Menurut Depkes (2002) dalam Modul 08 P2KT-FKMUI, pengklasifikasian dana kesehatan menurut sumbernya secara garis besar terbagi dua yaitu :

“1. Pemerintah

- a. *Pemerintah Pusat : APBN , JPSBK, Bantuan dan Pinjaman LN*
- b. *Pemerintah Propinsi : APBD propinsi*
- c. *Pemerintah Daerah : APBD daerah, penerimaan fungsional kesehatan*

- 1). *Dinas Kesehatan*
 - 2). *BKKBN*
 - 3). *Dinas Dikjar*
 - 4). *Dinas PMD (gizi)*
 - 5). *DII*
2. *Non Pemerintah*
- a. *Perusahaan swasta : biaya kesehatan karyawan*
 - b. *Biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh masyarakat*
 - c. *Asuransi Kesehatan”*

Jika menurut Trisnantoro dan Hardianto (2005), pendanaan kesehatan di Indonesia dapat dibagi menjadi tiga grup besar jika ditinjau dari sisi sumbernya yaitu :

1. Bersumber Pusat dan Dana Dekonsentrasi, yang terbagi lagi menjadi :
 - a. Pemerintah Pusat dan Dana Dekonsentrasi
 - b. Pemerintah Propinsi melalui Skema Dana Propinsi (PAD ditambah Dana Desentralisasi, DAU Propinsi dan DAK Propinsi)
 - c. Pemerintah Kabupaten/Kota melalui Skema Dana Kabupaten/Kota (PAD ditambah Dana Dekonsentrasi, DAU Kab/Kota dan DAK Kab/Kota)
 2. Bersumber dari Bantuan/Pinjaman Luar negeri (donor)
 3. Bersumber dari Rumah Tangga/Swasta
- C. Klasifikasi menurut Pengelola dana

Jika berdasarkan Depkes RI (2006) seperti yang disampaikan pada Pelatihan Persiapan Perhitungan KW-SPM dan P-DHA yang diselenggarakan di Kota Banda Aceh pada tanggal 14-16 Juli 2006, maka pengelola dana dapat terdiri dari :

1. Dari Sektor Kesehatan, seperti :
 - a. Dinas Kesehatan
 - b. Rumah Sakit

- c. Sekolah kesehatan (SPK, AKPER, AKZI), dll.
2. Dari luar sektor Kesehatan
- a. BKKBN
 - b. PMD
 - c. Dinas Dikjar
 - d. Asuransi, dll.

Sedangkan menurut *WHO* (2003), pengeluaran dana kesehatan jika diklasifikasikan menurut pengelola dana adalah :

- 1. Pemerintah Umum, yang terdiri dari :
 - a. Pemerintah Wilayah/daerah : Pusat, Propinsi, Lokal
 - b. Dana Pengaman Sosial
- 2. Sektor Swasta
 - a. Asuransi Sosial Swasta
 - b. Asuransi Swasta lainnya
 - c. Pengeluaran Rumah Tangga (OOP)
 - d. Institusi Swasta non profit yang melayani rumah tangga (selain dari Asuransi sosial)
 - e. Perusahaan Swasta selain dari Asuransi Kesehatan
- 3. Sektor-sektor lain selain kategori di atas.

D. Klasifikasi Menurut Fungsi Pelayanan Kesehatan

Klasifikasi pengeluaran dana kesehatan menurut fungsi pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi (Andayani dalam Thabrany, 2006) :

1. Fungsi pelayanan kesehatan yang bersifat individu, yang terbagi menjadi :
 - a. Pelayanan kesehatan kuratif :
Rawat inap, perawatan kuratif sehari, rawat jalan dan pelayanan pengobatan di rumah
 - b. Pelayanan/Pengobatan rehabilitatif :
Rawat inap rehabilitasi, perawatan rehabilitasi sehari/rawat jalan dan pelayanan rehabilitasi di rumah.
 - c. Pelayanan perawatan jangka panjang
 - d. Pelayanan penunjang pengobatan medis :
Laboratorium klinik, radiologi, pertolongan gawat darurat dan ambulans dan lain-lain.
 - e. Medical goods untuk rawat jalan :
Farmasi, alat bantu terapi dan bahan habis pakai lainnya.
2. Fungsi pelayanan kesehatan yang bersifat kelompok/masyarakat adalah sebagai berikut
 - a. KIA;KB dan Konseling
 - b. Pelayanan Kesehatan sekolah
 - c. Pencegahan penyakit menular : TBC, Kusta, AIDS, Dengue, Malaria, Ispa,dll
 - d. Pencegahan penyakit tidak menular
 - e. Kesehatan Kerja
 - f. Pelayanan kesehatan masyarakat lainnya : gizi, Kes.jiwa, Usila, Kesling.

3. Fungsi pelayanan kesehatan yang bersifat supporting adalah sebagai berikut :

- a. Administrasi kesehatan
- b. Asuransi kesehatan

Disamping itu juga terdapat pengklasifikasian pengeluaran dana kesehatan berdasarkan mata anggaran, yaitu pengeluaran biaya kesehatan yang dikelompokkan sebagai pengeluaran investasi, operasional dan pemeliharaan. (Andayani dalam Thabrany, 2006).

Jika menurut *WHO* (2003), pengeluaran dana kesehatan yang diklasifikasikan menurut fungsi pelayanan kesehatan dapat terdiri dari :

1. Pelayanan kuratif
2. Pelayanan dan perawatan rehabilitasi
3. Pelayanan dan perawatan jangka panjang
4. Pelayanan penunjang medis
5. Penunjang untuk rawat jalan
6. Pencegahan dan pelayanan kesehatan masyarakat
7. Administrasi dan Asuransi Kesehatan
8. Dan lain-lain.

2.3.4. Pengumpulan Data

Pegumpulan data untuk keperluan penyusunan *NHA* ini dapat dilakukan secara langsung yaitu dari dokumen keuangan masing-masing penanggung jawab keuangan di tiap-tiap instansi. Dan bisa juga data tersebut dipindahkan terlebih dahulu ke formulir

khusus sebelum dilakukan pengolahan data lanjutan. (Depkes & FKM UI – P2KT Modul 08, 2002, p.13).

Dokumen–dokumen keuangan ini dapat berupa(Andayani dalam Thabrany, 2006):

1. APBN : Anggaran Pembangunan (DIP Sektoral, DIP Pinjaman Luar Negeri),
Anggaran rutin : DIK
2. APBD I / APBD Propinsi : sebelum 2002 berupa DIPDA I/DIP prop dan DIKDA I/DIK prop, setelah 2002 berupa DASK propinsi
3. APBD II/APBD Kab/Kota : sebelum 2002 berupa DIPDA I/DIP Kab/Kota dan DIKDA I/DIK Kab/Kota, setelah 2002 berupa DASK Kab/Kota.

2.4. District Health Account (DHA)

Pada tingkat kabupaten/kota informasi *NHA* dikenal dengan *District Health Account (DHA)* yang seyogyanya tersedia setiap tahun secara kontinu dan konsisten, sehingga Pemerintah dapat melakukan evaluasi terhadap hal-hal yang telah dilakukan dalam pendanaan kesehatan.

Kelengkapan *NHA* memerlukan dukungan kelengkapan *DHA*. *DHA* merupakan proses perangkuman dan analisis biaya kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota yang akan menghasilkan informasi pendanaan kesehatan dengan lebih terperinci sampai ke proses pengalokasiannya. Informasi yang dihasilkan ini diperlukan dan berguna untuk menentukan kebijakan dan strategi pembiayaan program kesehatan di tingkat daerah untuk masa ke depannya. (Depkes & FKM UI – P2KT Modul 08, 2002, p.6).

Adapun Undang-undang yang menjadi latar belakang dalam penyusunan DHA bersumber Pemerintah yang berkaitan dengan pengaturan dan mekanisme penggunaan keuangan negara adalah (Andayani dalam Thabrany, 2006) :

1. Undang-undang RI No.17 Tahun 2003 tentang keuangan negara ; PP no.23 tentang Pengendalian Jumlah kumulatif defisit Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/APBN, APBD serta jumlah kumulatif Pinjaman Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
2. Undang-undang RI No.19 Tahun 2003 tentang Badan Usaha Milik Negara (BUMN)
3. Undang-undang RI No.1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.

Di tingkat daerah, sangat penting untuk dilaksanakannya *DHA*, karena dengan adanya *DHA* di tingkat kabupaten/kota, maka dapat diketahui hal-hal sebagai berikut (Depkes & FKM UI – P2KT Modul 08, 2002: 6) :

1. Berapa besar biaya kesehatan yang tersedia pada satu tahun; secara total maupun per kapita
2. Darimana saja sumbernya
3. Untuk program apa saja biaya kesehatan terpakai
3. Apakah ada keseimbangan antara mata anggaran : investasi, operasional, pemeliharaan.

BAB 3

GAMBARAN UMUM KOTA BANDA ACEH

3.1. Demografi dan Geografi

Kota Banda Aceh merupakan ibu Kota Propinsi 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 sbb :

1. Utara : Selat Malaka
2. Selatan : Wilayah kabupaten Aceh Besar
3. Barat : Samudra 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 berikut ini :

Tabel 3.1.
Gambaran demografi Kota Banda Aceh Tahun 2005 s/d 2007

	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	219.659	3,58

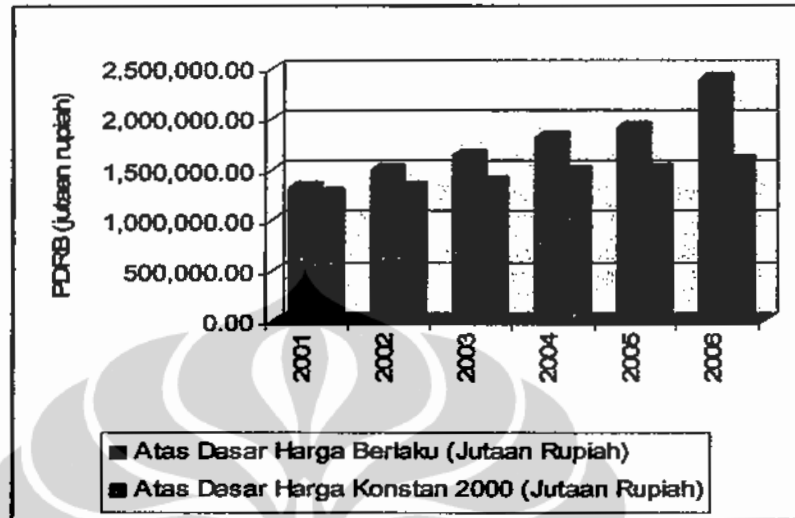
(sumber : Profil Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2005 s/d 2007)

3.2. Produk Domestik Regional Bruto(PDRB) Perkapita

Kota Banda Aceh adalah salah satu daerah yang terkena dampak gempa bumi dan Tsunami yang sangat besar, hal ini terjadi 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 Indek Harga Konsumen (IHK).

Laju pertumbuhan PDRB Kota Banda Aceh sejak tahun 2001 – 2006 dapat dilihat pada grafik berikut ini :

Grafik 3.1. Pertumbuhan PDRB Kota Banda Aceh Tahun 2001 - 2006



Sumber : BPS Kota Banda Aceh, tahun 2007.

Tabel 3.2. Perbandingan Laju Inflasi Kota Banda Aceh dan Nasional Tahun 2004-2007

No	Tahun	B.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)

3.3. Situasi Derajat Kesehatan

A. Umur Harapan Hidup (UHH)

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

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.

B. Status Gizi Masyarakat

Keadaan status gizi masyarakat di Propinsi 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 Kesga Dinkes 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 survey pemantauan status gizi yang dilakukan dan bukan berdasarkan penimbangan BB Balita yang dilakukan oleh petugas gizi Puskesmas di Posyandu 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).

C. Angka Kesakitan (Morbiditas)

Penyakit Infeksi pada saluran nafas dan sistem otot merupakan penyakit terbanyak dalam kategori sepuluh penyakit terbesar di Kota Banda Aceh, baik sebelum terjadinya bencana Tsunami ataupun pasca Tsunami. Akan tetapi terdapat tiga jenis penyakit lain yang kasusnya meningkat tajam pasca Tsunami, dan pihak Pemerintah Daerah terutama sektor 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).

D. 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.

3.4. Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2007 – 2012 Kota Banda Aceh

A. 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 pada point ke-empat yaitu :

"4. Meningkatkan derajat kesehatan , kesejahteraan dan keamanan serta tumbuhnya peluang ekonomi sebagai wujud dari kebesaran Kota Banda Aceh yang Islami"

Sedangkan misi Kota Banda Aceh yang berhubungan dengan sektor kesehatan seperti yang dijabarkan pada Penjelasan Misi dalam RPJM Kota Banda Aceh 2007-2012 terdapat pada point ke-tiga yaitu :

"3. Meningkatkan SDM melalui peningkatan kualitas pendidikan dan pelayanan kesehatan"

B. Strategi Pembangunan Daerah

Pasca Tsunami 2004, terdapat lima isu strategis /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 di atas. 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 terdapat pada point ke-dua, ke-empat, kelima dan keenam seperti yang tersebut di bawah ini :

- "2. Seluruh sarana pendidikan dan kesehatan memenuhi standar mutu dan mudah dijangkau/menjangkau masyarakat di wilayahnya sesuai standar pelayanan minimal (SPM)*
- 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 pariwisata

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

"4.3.14 Prosentase permukiman dan tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan

4.5.5 Jumlah Rumah Sakit dan puskesmas yang memiliki sistem siaga bencana"

3.5. Rencana Strategis Pembangunan kesehatan Provinsi NAD 2006 – 2010

A. Visi dan Misi

Visi pembangunan kesehatan Propinsi NAD adalah Aceh Sehat 2010. Artinya : seluruh masyarakat di provinsi NAD mempunyai kesempatan dan kemandirian untuk hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, yang akan dicapai pada tahun 2010.

Adapun Misi umum pembangunan kesehatan Propinsi NAD adalah adanya komitmen sektor kesehatan untuk menjamin pemerataan, keadilan dan mutu pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Provinsi NAD melalui mobilisasi sumber daya yang dimiliki, khususnya bagi masyarakat miskin dan kelompok masyarakat yang membutuhkan penanganan kesehatan secara khusus.

B. Program Pembangunan Kesehatan

Untuk tahun 2006 – 2010, Dinas Kesehatan Provinsi NAD menetapkan sebelas program pembangunan Kesehatan yang menjadi arah tujuan dan pedoman bagi dinkes di seluruh kabupaten/kota dalam wilayah NAD.

Adapun program pembangunan kesehatan yang telah disusun tersebut adalah :

1. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
2. Lingkungan sehat
3. Upaya kesehatan masyarakat
4. Upaya kesehatan perorangan
5. Pencegahan dan pemberantasan penyakit
6. Perbaikan gizi masyarakat
7. Sumber daya manusia
8. Obat dan perbekalan kesehatan
9. Kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan
10. Perencanaan dan pembiayaan pembangunan kesehatan
11. Penelitian dan laboratorium kesehatan

Untuk Program Perencanaan dan Pembiayaan Pembangunan Kesehatan, terbagi lagi menjadi tiga subprogram, yaitu :

1. Manajemen Dinas Kesehatan, yang mempunyai ;

Tujuan : meningkatnya kinerja dalam perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian penanganan kesehatan berbasis informasi sistem kesehatan yang efektif di seluruh jajaran kesehatan.

Sasaran : terlaksananya manajemen upaya kesehatan yang efektif dan efisien di Dinas Kesehatan Provinsi dan kabupaten/Kota.

2. Perencanaan dan penganggaran kesehatan

Tujuan : meningkatnya jumlah , efektifitas dan efisiensi perencanaan dan penggunaan biaya kesehatan

Sasaran : tersusunnya rencana dan pembiayaan kesehatan di tiap unit kerja kesehatan yang menghasilkan peningkatan mutu kinerja dan pencapaian standar pelayanan minimal.

3. Sistem informasi kesehatan

Tujuan : tersedianya informasi kesehatan yang akurat, tepat waktu dan lengkap sebagai bahan masukan dalam proses pengambilan keputusan dalam pengelolaan pembangunan kesehatan, serta tersedianya informasi untuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program kesehatan dan meningkatkan kewaspadaan di semua tingkat administrasi.

Sasaran : terbentuk dan terselenggaranya sistem informasi manajemen kesehatan daerah yang mendukung koordinasi, perencanaan, dan evaluasi pelaksanaan pelayanan publik di sektor kesehatan.

3.6. Institusi Kesehatan

3.6.1. Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

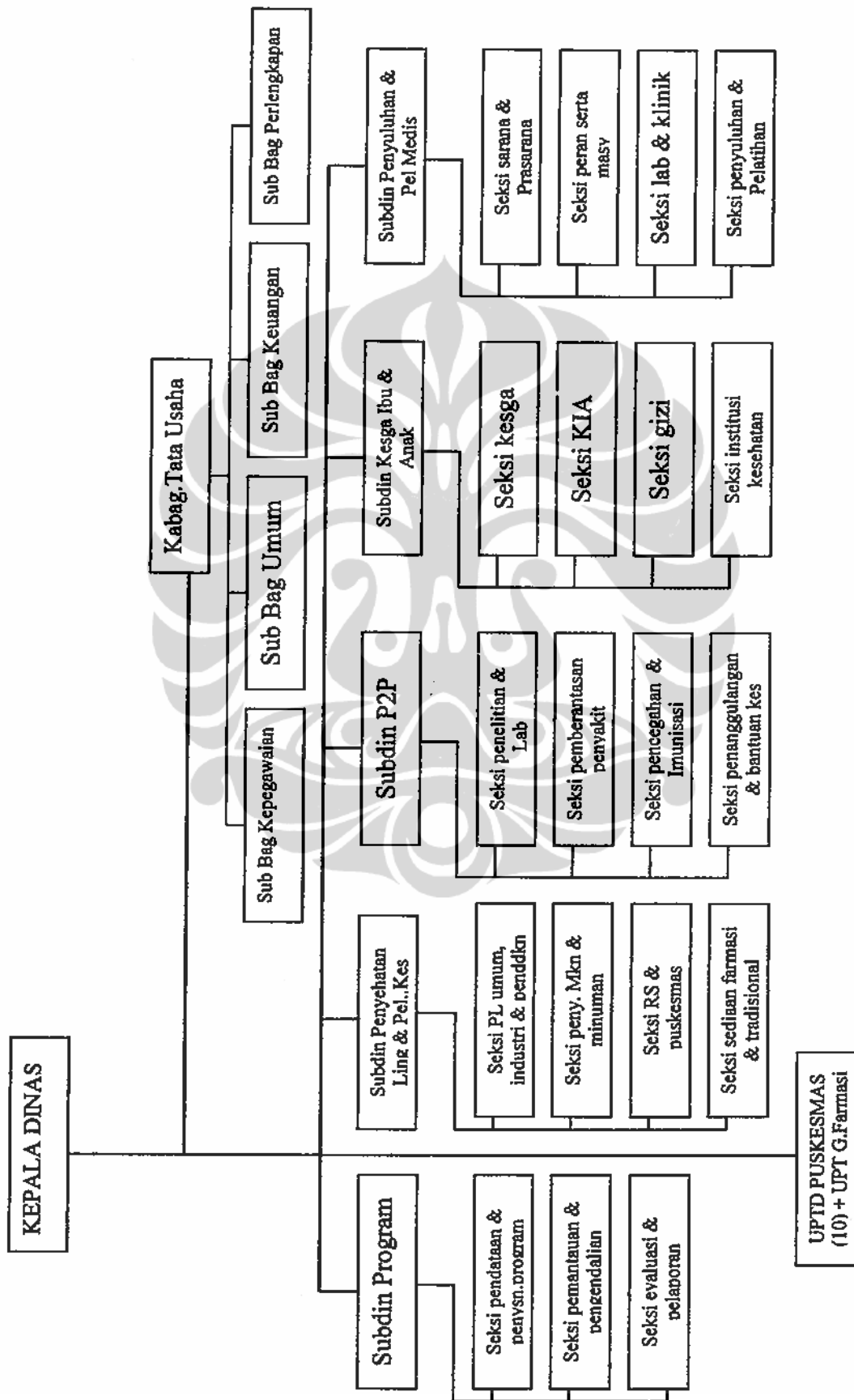
Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh mempunyai visi yaitu : *“Sebagai Motor Pembangunan Kesehatan yang Bernuansa Islami Kota Banda Aceh Melalui Pelayanan Berkualitas dan Dedikasi yang Tinggi Dalam Rangka Menuju Banda Aceh Sehat 2010”*, dan dengan misi sebagai berikut :

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 (Sumber : Profil Kesehatan Kota Banda Aceh, 2005; 2006).



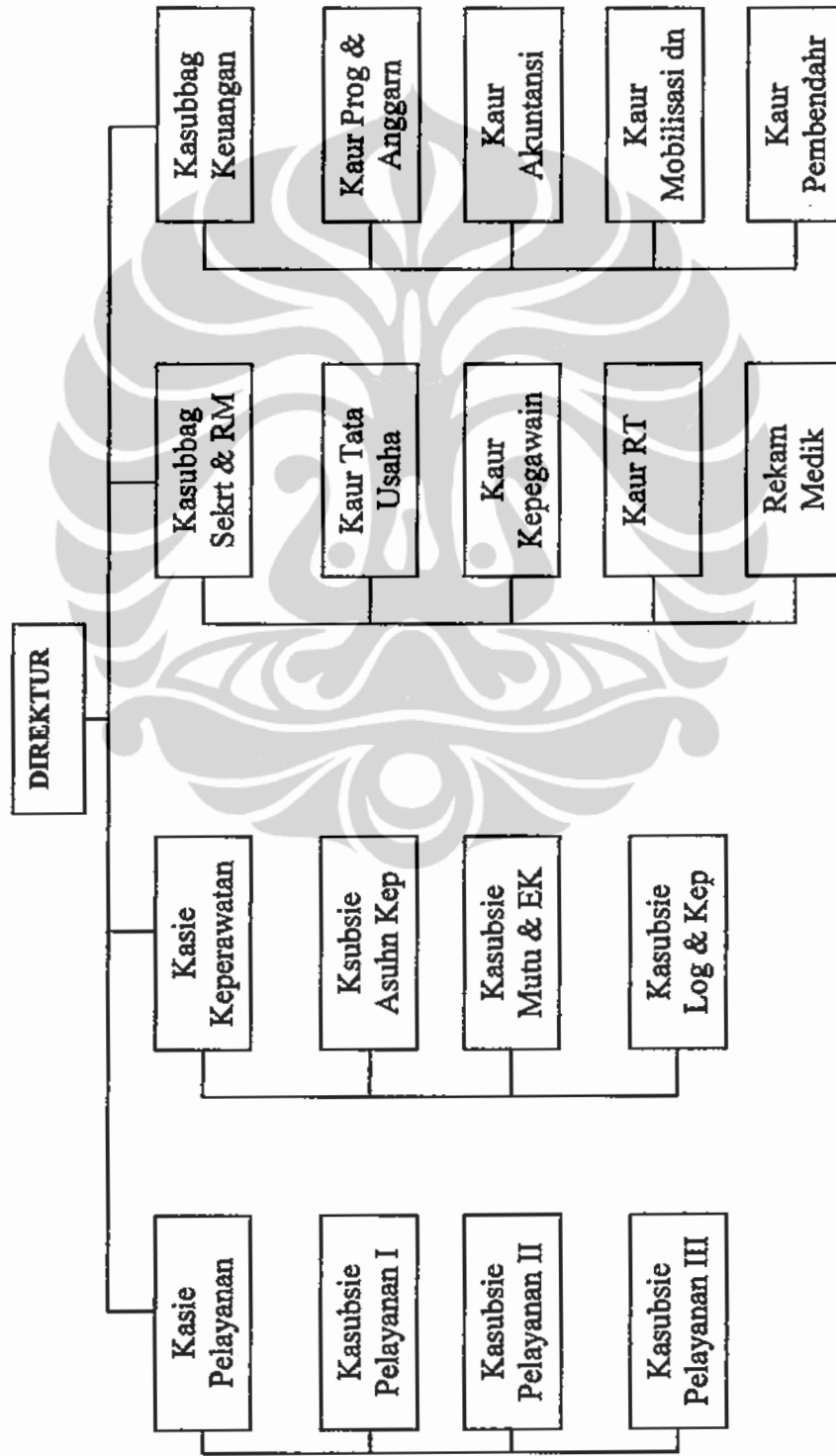
Gambar 3.2. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

3.6.3. 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 av LOS 1,65 hari.

3.6.4. Struktur Organisasi RSU Meuraxa



Gambar 3.3. Struktur Organisasi RSU.Meuraxa

3.7. Proses penyusunan anggaran

- A. Akhir Februari : dimulai dari perencanaan tingkat desa/gampong melalui Musyawarah Rencana Pembangunan (Musrenbang) gampong, yang terdiri dari para perangkat desa.
- B. Awal Maret : dilanjutkan dengan perencanaan di tingkat kecamatan Melalui Musrenbang Kecamatan yang terdiri dari unsur-unsur lintas sektor di kecamatan (Kades, utusan PKK tiap desa dan insititusi terkait) yang difasilitasi oleh pihak kecamatan dan Bappeda.
- C. Akhir Maret : pembahasan di tingkat Kota melalui Musrenbang Kota yang terdiri dari seluruh lintas sektor institusi terkait di kota yang difasilitasi oleh pihak Bappeda.
- D. Awal Mei : penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Kota (RKPK) yang dilaksanakan oleh pihak Bappeda berdasarkan hasil yang telah disepakati pada tingkat Musrenbang Kota.
- E. Akhir Mei : penetapan RKPD, penyusunan KUA dan PPAS oleh pihak Bappeda.
- F. Awal Juni : penyampaian rancangan KUA dan PPAS kepada Kepala Daerah.
- G. Pertengahan Juni : penyampaian rancangan KUA dan PPAS dari Kepala Daerah kepada DPRK.

- H. Akhir Juli : kesepakatan antara kepala daerah dengan DPRK terhadap KUA dan PPAS.
- I. Awal Agustus : pengiriman surat edaran (SE) kepala daerah tentang pedoman penyusunan RKA-SKPD kepada seluruh institusi terkait di tingkat Kota.
- J. Agustus-September: asistensi RKA-SKPD oleh Tim Anggaran Eksekutif/TAPD
- K. Akhir September : sosialisasi RAPBK oleh TAPD
- L. Awal Oktober : penyampaian rancangan qanun (Raqan) APBK kepada DPRK.
- M. Awal Desember : pengambilan persetujuan bersama DPRK dan kepala daerah terhadap RAPBK.
- N. Desember : penetapan hasil evaluasi
- O. Akhir Desember : penetapan qanun tentang APBK dan Raker KDH tentang penjabaran APBK sesuai hasil evaluasi.

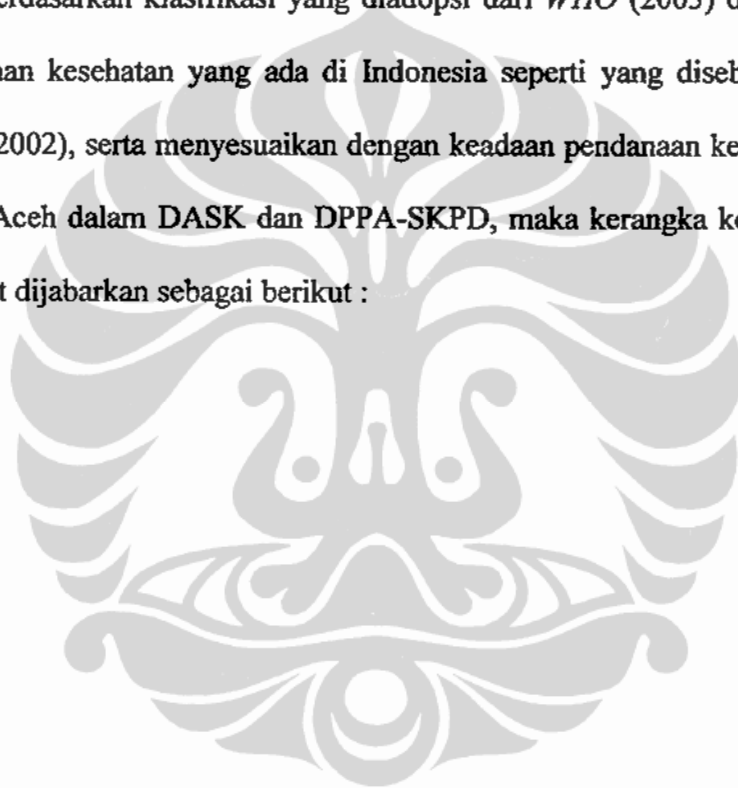
Dalam hal DPRK tidak mengambil persetujuan bersama terhadap Raqan tentang APBK sampai batas waktu yang ditetapkan UU, maka paling lama setelah 15 hari kerja Raqan yang tidak disetujui tersebut akan disampaikan kepada Gubernur. Dan paling lama 30 hari kerja setelah itu, Gubernur akan mengambil keputusan dan melaksanakan pengesahan terhadap Rancangan Peraturan Kepala Daerah/RPKD.

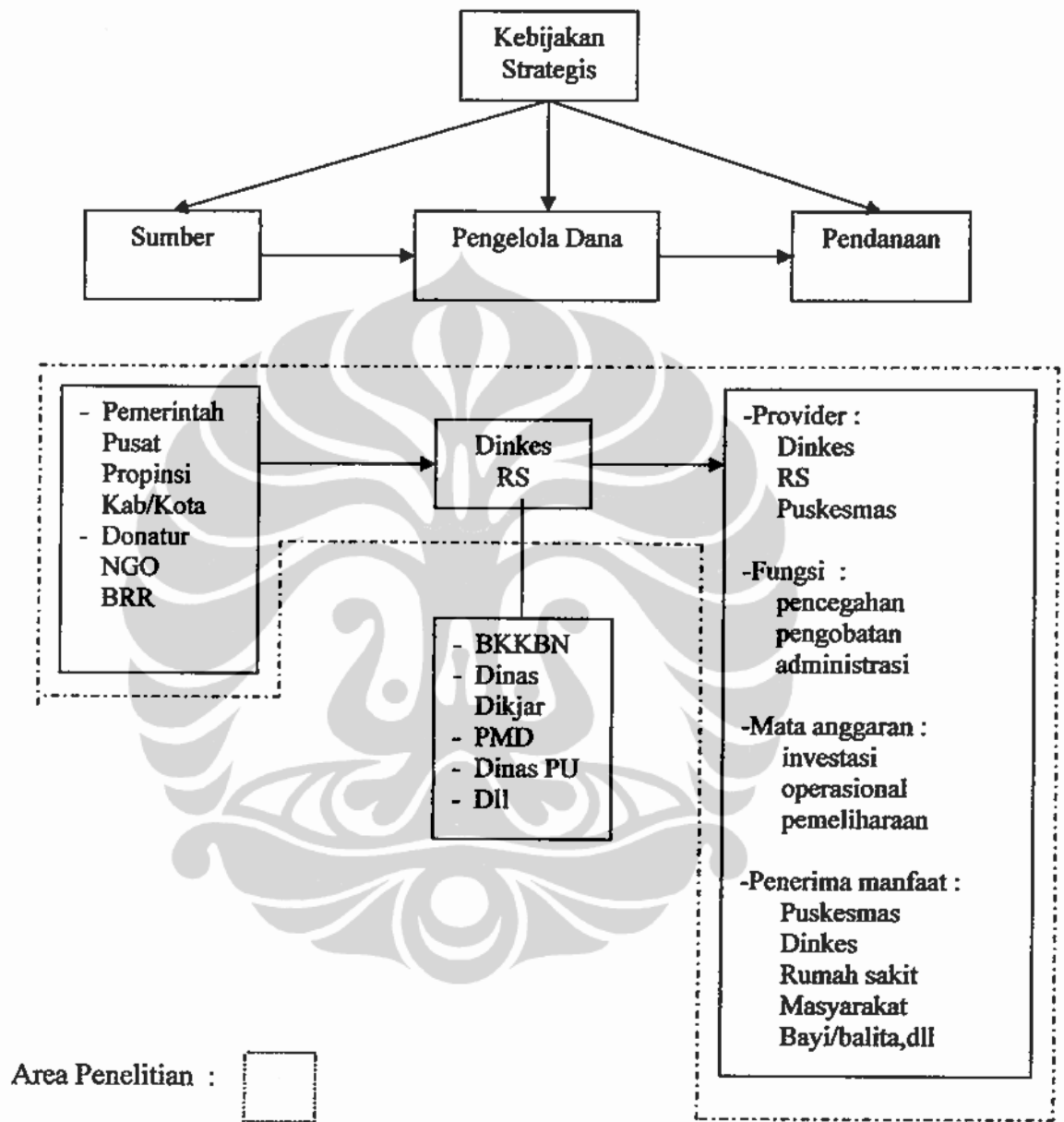
BAB 4

KERANGKA KONSEP

4.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan klasifikasi yang diadopsi dari *WHO* (2003) dan mengikuti dari alur pendanaan kesehatan yang ada di Indonesia seperti yang disebutkan dalam Modul 8 P2KT (2002), serta menyesuaikan dengan keadaan pendanaan kesehatan di daerah Kota Banda Aceh dalam DASK dan DPPA-SKPD, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dijabarkan sebagai berikut :





Gambar 4.1.
Kerangka konsep penelitian

4.2. Definisi Operasional

A. Pendanaan Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah

Definisi : Besaran sumber daya melalui Dinkes dan RSUD Meuraxa yang digunakan untuk meningkatkan derajat kesehatan/memperbaiki keadaan kesehatan masyarakat.

B. Sumber

Definisi : Lembaga / institusi atau entitas dalam sistem yang menyediakan dana yang digunakan oleh para pengelola dana dalam sistem tersebut.

Kategorinya : Pemerintah (pusat, propinsi, kabupaten/kota), donatur

C. Pengelola dana

Definisi : Lembaga / institusi atau entitas dalam sistem yang mengarahkan dana yang telah disediakan oleh sumber pendanaan untuk membeli atau membayar kegiatan yang ada dalam batasan pendanaan kesehatan

Kategorinya : Dinkes, Rumah sakit

D. Pendanaan

Definisi : Jumlah sumber daya yang dialokasikan untuk melaksanakan / menyelenggarakan kegiatan yang berhubungan dengan sektor kesehatan.

Kategorinya : Berdasarkan pemberi pelayanan kesehatan, fungsi pelayanan kesehatan, mata anggaran, dan penerima manfaat

E. Provider

Definisi : Entitas yang menerima uang / dana sebagai ganti atau mendukung upaya menghasilkan kegiatan dalam batas pendanaan kesehatan yang telah disepakati.

Kategorinya : Dinkes, rumah sakit, puskesmas

F. Fungsi

Definisi : jenis-jenis barang dan pelayanan yang disediakan dan kegiatan yang dilakukan dalam batas-batas pendanaan kesehatan dan dikelompokkan berdasarkan tujuan.

Kategorinya : pencegahan, pengobatan, dan administrasi.

G. Mata Anggaran

Definisi : Faktor / input yang digunakan oleh penyedia pelayanan kesehatan atau pengelola dana untuk memproduksi barang dan layanan yang digunakan atau aktivitas yang dilaksanakan dalam sistem.

Kategorinya : Biaya Investasi, operasional dan pemeliharaan.

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah operasional riset, yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang alur pendanaan kesehatan, mulai dari sumber pendanaan sampai dengan distribusi dana. Tahapan yang dilakukan adalah dengan pengumpulan data kuantitatif berbasis alokasi dan realisasi yaitu DASK, DPPA-SKPD, laporan kegiatan serta laporan realisasi pendanaan sektor kesehatan di Kota Banda Aceh untuk tahun anggaran 2005-2007. Selain itu juga ikut dikumpulkan data kualitatif yang diperoleh dari wawancara mendalam dengan pejabat terkait sebagai data pendukung dalam mendapatkan persepsi pemangku kebijakan tentang pendanaan di sektor kesehatan.

Pada penelitian ini cara ukur yang digunakan untuk semua operasional adalah sama yaitu, telaah dokumen keuangan berupa DASK, DPPA-SKPD dan laporan realisasi anggaran, dengan alat ukurnya berupa daftar isian, hasil ukurnya dalam rupiah serta skala ukurnya nominal.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kota Banda Aceh di Institusi Kesehatan, yaitu di :

- A. Dinas Kesehatan
- B. RSUD Meuraxa

Lingkup studi adalah pendanaan sektor kesehatan yang bersumber pemerintah dari tahun 2005 s/d 2007, waktu penelitian dari bulan Maret s/d April 2008.

5.3. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilaksanakan dalam penelitian ini menggunakan alat pengumpul data berupa :

A. Pedoman wawancara

Yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah para pemangku kebijakan yang berperan besar dalam penentuan besar kecilnya alokasi dana untuk sektor kesehatan, yaitu :

1. Kepala Bappeda Kota Banda Aceh
2. Kabag. Keuangan Pemko Banda Aceh
3. Ketua Komisi D DPRD Kota Banda Aceh

B. Alat perekam (MP4)

5.4. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Pengumpulan data sekunder dilakukan lebih awal, diambil dari Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh dan RSUD. Meuraxa. Data sekunder yang dikumpulkan adalah semua dokumen yang relevan dibutuhkan seperti : DASK (Dokumen Anggaran Satuan Kerja), DPPA-SKPD (Dokumen Pelaksanaan Perubahan Anggaran-Satuan Kerja Perangkat Daerah) dan

Laporan Realisasi Anggaran, serta data keuangan lainnya dengan menggunakan instrumen *data base* komputer.

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan pejabat terkait di lingkungan dinas kesehatan dan non dinas kesehatan di Kota Banda Aceh untuk mengetahui komitmen dari pejabat terkait dalam alokasi pembiayaan sektor kesehatan dan juga sebagai dasar informasi dalam peningkatan pembiayaan kesehatan yang bersumber pemerintah. Wawancara dilakukan setelah pengumpulan data selesai. Hasil wawancara akan dinarasikan dalam bentuk transkrip yaitu mencatat seluruh data yang diperoleh seperti apa adanya tanpa membuat kesimpulan.

Data yang dikumpulkan akan dipilah dan dicatat dalam form isian. Data yang tidak jelas atau meragukan kebenarannya, akan ditelusuri dari sumber aslinya.

5.5. Pengolahan dan Analisis Data

Semua data sekunder yang telah dikumpulkan akan diolah melalui beberapa tahapan yaitu :

- A. Mengelompokkan data sesuai dengan variabel dalam kerangka konsep
- B. Memasukkan data dengan menggunakan tabel yang diadopsi dari *NHA*
- C. Penyesuaian data
- D. Analisis data

Untuk pengolahan dan analisis data akan dilakukan dengan perangkat lunak komputer menggunakan program pengolah data. Analisis kuantitatif dilakukan untuk menganalisis kecukupan, keberlanjutan dan prioritas program.

Sementara untuk analisis kualitatif dilakukan dengan cara menganalisis isi data (*content analysis*) yaitu dianalisis sesuai dengan topik bahasan untuk mengetahui komitmen dari pejabat terkait dalam alokasi pendanaan sektor kesehatan. Agar validitas data tetap terjaga, dilakukan triangulasi, meliputi triangulasi sumber, triangulasi metoda dan triangulasi data/analisis. Dan akhirnya kedua data ini kemudian diinterpretasikan sesuai dengan tujuan penelitian.



BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Kerangka Penyajian

Hasil penyajian disampaikan dalam dua kelompok besar yaitu hasil penelitian kuantitatif dan hasil penelitian kualitatif. Hasil penelitian kuantitatif adalah berupa data alokasi dan realisasi pendanaan kesehatan yang diperoleh dari berbagai sumber dokumen keuangan yaitu APBK, APBN dan Laporan Kegiatan sumber dana diluar APBK tahun anggaran 2005-2007 dari Institusi kesehatan daerah penelitian. Dokumen APBK yang ditelaah berupa DASK, DPPA-SKPD, LAKIP dan laporan realisasi kegiatan anggaran untuk menelusuri pemakaian semua sumber dana kesehatan yang berasal dari dana pemerintah daerah. Dokumen APBN yang ditelaah berupa laporan kegiatan yang bersumber dari dana pemerintah pusat berupa DAK, ASKESKIN dan dana TP yang dipergunakan untuk pembayaran gaji PTT. Untuk melengkapi data sumber dana di sektor kesehatan juga ikut dikumpulkan laporan kegiatan pembangunan yang bersumber dari bantuan dana LSM dan BRR yang beroperasi di Kota Banda Aceh tahun anggaran 2005-2007. Sedangkan hasil penelitian kualitatif adalah dari wawancara mendalam dengan informan terpilih sebagaimana yang disampaikan pada bab terdahulu.

6.2. Pembiayaan sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh

6.2.1. Gambaran pendanaan sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh

6.2.1.1. Gambaran umum APBK Kota Banda Aceh

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, diperoleh gambaran APBK Kota Banda Aceh dari tahun 2005-2007 sebagai berikut :

Tabel 6.1.
Ringkasan APBK Kota Banda Aceh Tahun 2005-2007

	2005 (Rp)	2006 (Rp)	2007 (Rp)
Pendapatan			
-PAD	5.268.805.960	9.065.072.150	32.324.707.897
-Dana perimbangan	223.546.295.000	351.982.000.945	373.402.176.400
-Lain pendapatan yg sah	13.108.390.000	8.081.000.000	68.142.743.833
Total Pendapatan (a)	241.923.490.960	369.128.073.095	473.869.628.130
Pembelanjaan			
-aparatur daerah/blj lgs	208.695.918.392	204.041.895.069	246.002.122.482
-pel.publik/blj tdk lgs	67.278.462.366	176.386.178.027	286.044.611.502
Total Pembelanjaan (b)	275.974.380.758	380.428.073.095	532.046.733.984
Pembiayaan (a-b)	18.537.409.081	11.300.000.000	87.317.588.844

(sumber : Dokumen APBK Pemko Banda Aceh, 2005-2007)

Dari tabel di atas, terlihat bahwa dari tahun 2005 hingga tahun 2007, pendapatan dan pembelanjaan Kota Banda Aceh terus mengalami peningkatan. Kontribusi terbesar terhadap peningkatan pendapatan adalah pendapatan yang berasal dari PAD dan dari lain-lain pendapatan yang sah. Sedangkan pendapatan yang berasal dari dana perimbangan meningkat banyak di tahun anggaran 2005 ke tahun 2006 dan hanya mengalami sedikit perubahan pada tahun 2006-2007. Dana perimbangan yang meningkat banyak di tahun 2006 berasal dari DAU dan DAK.

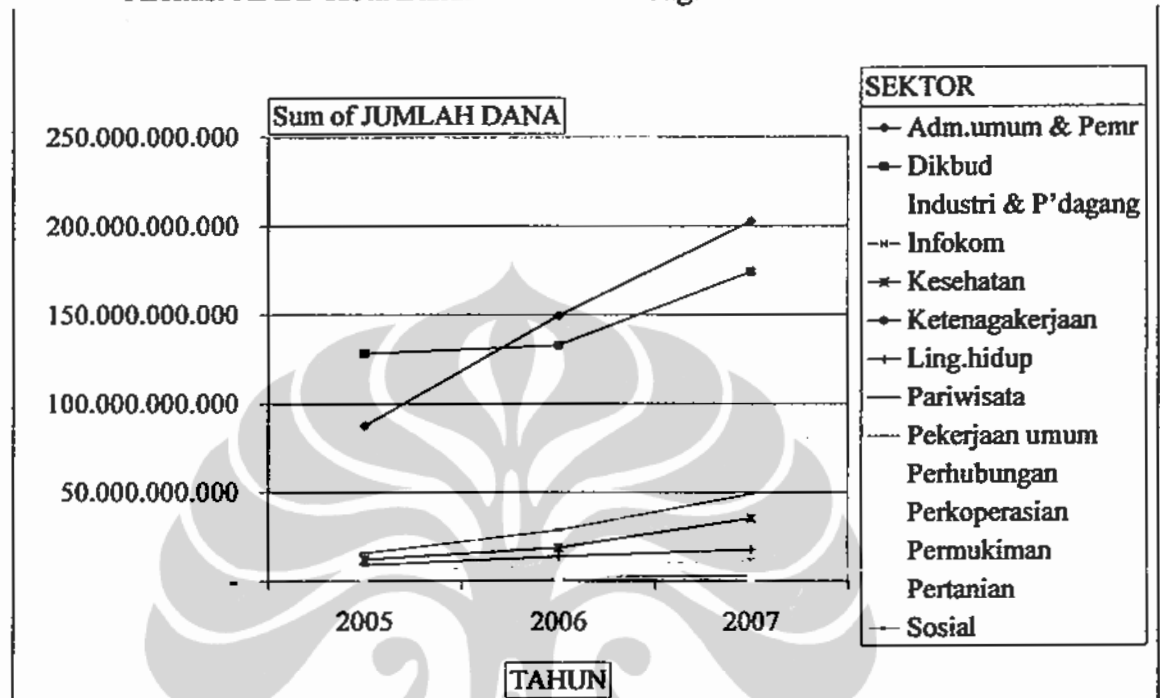
Dari sisi pembelanjaan, juga mengalami peningkatan, terutama dari tahun 2006 ke tahun 2007. Untuk pembelanjaan aparatur daerah terdapat sedikit penurunan dari tahun 2005 ke tahun 2006, tetapi kemudian meningkat lagi sedikit di tahun 2007. Untuk pembelanjaan publik, terdapat peningkatan yang sangat signifikan pada tahun 2006 ke tahun 2007. Meskipun tiap tahun Kota Banda Aceh selalu mengalami defisit dalam APBD-nya, tetapi itu telah tertutupi dengan adanya pembiayaan yang berasal dari PAD, sehingga dapat dikatakan anggaran berjalan seimbang. Adapun alokasi APBK Kota Banda Aceh untuk tiap sektor dapat dilihat pada tabel dan gambar di bawah ini :

Tabel 6.2.
Alokasi APBK Kota Banda Aceh ke Berbagai Sektor Tahun 2005-2007

SEKTOR	2005 (Rp)	%	2006 (Rp)	%	2007 (Rp)	%
Ad.umm & Pemr	87.721.891.730	31,8%	149.881.254.988	39,4%	202.749.535.030	38,7%
Pertanian	3.698.485.587	1,3%	8.683.815.979	2,3%	12.935.224.144	2,5%
Idstri & P'dagang	1.676.237.009	0,6%	2.250.294.413	0,6%	4.840.322.424	0,9%
Perkoperasian	1.262.495.218	0,5%	2.078.294.481	0,5%	1.857.529.417	0,3%
Ketenagakerjaan	1.731.103.850	0,6%	2.261.680.831	0,6%	3.114.500.535	0,6%
Kesehatan	12.476.398.504	4,5%	19.038.245.244	5,0%	35.451.310.238	6,7%
Dikbud	128.487.072.526	46,6%	133.210.003.340	35,0%	174.313.053.325	32,8%
Sosial	5.783.056.860	2,1%	9.346.478.608	2,5%	11.185.976.216	2,1%
Permukiman	1.869.733.238	0,7%	2.061.058.299	0,5%	6.838.433.583	1,3%
Pekerjaan umum	16.021.859.480	5,8%	29.079.624.400	7,6%	49.232.108.347	9,3%
Perhubungan	3.540.966.224	1,3%	5.248.343.946	1,4%	6.779.874.487	1,3%
Ling.hidup	9.064.150.761	3,3%	14.104.482.671	3,7%	17.943.842.302	3,4%
Pariwisata	988.514.598	0,4%	1.243.260.394	0,3%	1.734.602.590	0,3%
Infokom	1.652.415.173	0,6%	1.941.235.502	0,5%	3.070.421.346	0,6%
TOTAL	275.974.380.758	100%	380.428.073.095	100%	532.046.733.984	100%

(sumber : Dokumen APBK Pemko Banda Aceh, Tahun 2005-2007)

Gambar 6.1.
Alokasi APBD Kota Banda Aceh ke Berbagai Sektor Tahun 2005-2007



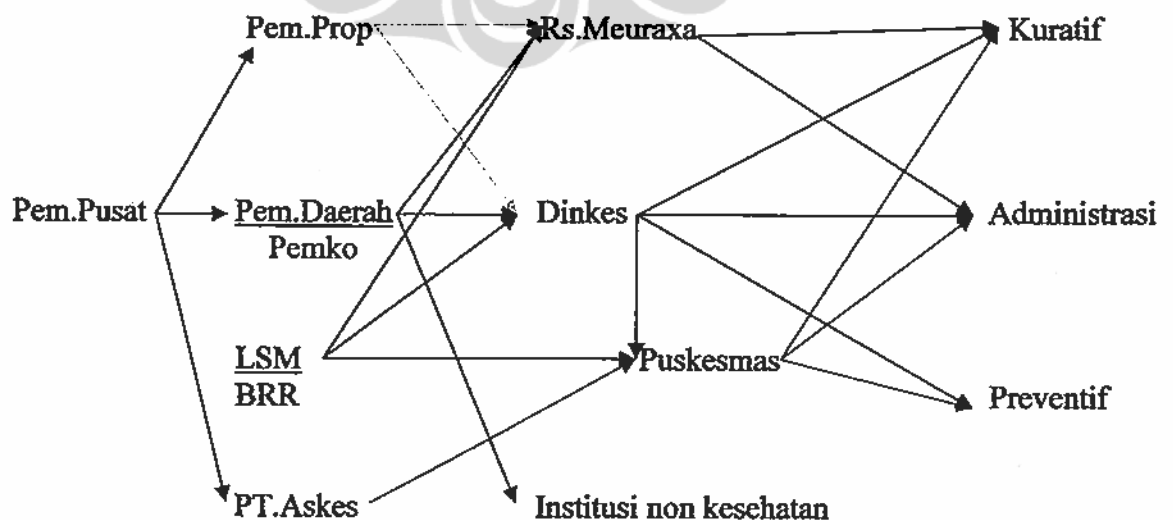
Dari Tabel dan grafik di atas, dapat dilihat bahwa distribusi APBD terbesar berada pada sektor Administrasi umum dan Pemerintahan, kemudian Pendidikan & kebudayaan, selanjutnya berturut-turut Sektor Pekerjaan Umum, Kesehatan, Lingkungan Hidup, Sosial dan Pertanian. Hal ini berlangsung dari tahun 2005-2007 dengan tanpa perubahan alokasi pendanaan yang berarti. Untuk sektor Administrasi umum dan pemerintahan terdiri dari DPRD, Kepala Daerah & Wakil, Sekda, Sekretariat DPRD, DISPENDA, BAPPEDA, BAWASDA, DINAS PEPERDA, Badan Linmas & Kesbang, Dinas Pasar dan Kantor Kecamatan.

6.2.1.2. Alur pendanaan sektor kesehatan di Kota Banda Aceh

Kota Banda Aceh sebagai salah satu kabupaten/kota yang merupakan bagian dari Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam menerima dana kesehatan dari berbagai sumber.

Dari Pemerintah pusat melalui Depkes, dana kesehatan disalurkan ke daerah ada yang berupa DAK, DEKON, TP dan ASKESKIN . Dana DAK disalurkan melalui Pemerintah daerah/Pemko, dipergunakan untuk mendanai pembangunan infrastruktur. Dana TP disalurkan langsung dari pusat ke Dinkes Kota dan dipergunakan untuk mendanai gaji PTT. Dana DEKON disalurkan melalui Dinkes Propinsi, dipergunakan untuk mendanai kebutuhan dasar pelayanan kesehatan seperti pengadaan obat, vaksin, dan kegiatan lainnya seperti pelatihan. Dana Askeskin disalurkan melalui PT.Askes ke Puskesmas, dengan pengaturan pengalokasiannya berdasarkan dari kesepakatan antara Kepala Dinkes dan para Kepala Puskesmas, yang kemudian dituangkan dalam peraturan daerah/qanun atas persetujuan kepala daerah. Sedangkan untuk RSUD Meuraxa langsung mengajukan klaimnya ke PT.Askes.Di samping itu Dinkes dan RSUD Kota Banda Aceh juga menerima dana dari LSM serta BRR yang beroperasi di Banda Aceh pasca Tsunami 2004.Gambaran jelasnya seperti terlihat pada gambar berikut ini :

Gambar 6.2.
Alur Pendanaan Sektor Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007



6.2.1.3. Pendanaan sektor kesehatan di Kota Banda Aceh berdasarkan sumber

Berdasarkan sumber dana, maka pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.3.
Pemetaan Realisasi Sumber Pembiayaan Sektor Kesehatan
di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007

Institusi	Jenis dokumen	Jenis sumber	Besarnya uang(Rp)			
			2006	%	2007	%
Pem.Pusat	TP	cash	43.660.000	18,1%	60.180.000	37,3%
	Askeskin	cash	1.300.000.000		2.200.000.000	
	DAK	cash	4.812.156.100		11.992.417.984	
Pem.Prop	Dekon	cash	417.000.000	1,2%	-	-
Pem.Daerah	DAU	cash	13.674.269.219	40,2%	19.547.946.786	51,7%
	PAD	cash	25.725.850		191.644.497	
Donatur	LSM	in-kind	9.804.950.000	40,5%	598.014.000	11%
	BRR	in-kind	4.000.000.000		3.610.000.000	
TOTAL			34.077.761.169	100%	38.200.203.267	100%

(sumber : Dokumen APBK Pemko dan PT.Askes Kota Banda Aceh, Tahun 2006-2007)

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh dari sisi jumlahnya mengalami peningkatan pada tahun anggaran 2006-2007. Dari total dana yang ada, maka sumber pembiayaan terbesar pada tahun 2006 berasal dari Pemerintah daerah dan dari donatur. Pemerintah daerah memberikan kontribusi sebesar 40,2% dan donatur sebesar 40,5% untuk pendanaan kesehatan di tahun 2006. Untuk tahun 2007, kontribusi pemerintah daerah meningkat menjadi 51,7% dan kontribusi donatur menurun menjadi 11%, tetapi kontribusi dari pemerintah pusat meningkat banyak, yaitu sebesar 37,3% dari sebelumnya yang hanya 18,1% di tahun 2006.

Dari pemerintah pusat, dana yang diberikan ke sektor kesehatan Kota Banda Aceh ada yang berupa TP, Askeskin dan DAK. Dana TP ditujukan untuk membayar gaji

dokter dan bidan PTT, dana Askeskin yang disalurkan oleh Pusat melalui PT. Askes ditujukan untuk membiayai kesehatan masyarakat miskin, dalam pengelolaannya dana askeskin diatur oleh Kepala Dinkes Kab/Kota dan para Kepala Puskesmas yang kemudian dituangkan dalam Peraturan daerah atas persetujuan dari kepala daerah. Sedangkan dana DAK lebih ditujukan untuk membiayai pembangunan infrastruktur.

Dari pemerintah propinsi, dana untuk sektor kesehatan di Kota Banda Aceh disalurkan melalui Dinkes Propinsi yaitu berupa dana Dekon yang dalam penggunaannya ditujukan untuk membiayai kebutuhan pelayanan dasar di bidang kesehatan seperti obat program, vaksin, pelatihan, dll. Dana dekon dalam pengelolaannya, ada yang dikelola bersama antara Dinkes Propinsi dan Dinkes Kota B.Aceh, ada pula yang dikelola penuh oleh Dinkes Propinsi. Dana Dekon yang dimasukkan dalam penelitian ini adalah dana dekon yang dalam pengelolaannya ikut melibatkan Dinkes Kota B.Aceh.

Dana DAU yang berasal dari Pemerintah daerah, dalam penggunaannya sebagian besar digunakan untuk membayar gaji petugas kesehatan dan untuk kegiatan operasional kesehatan lainnya.

Dana yang berasal dari donatur, baik yang berasal dari BRR ataupun dari LSM lokal dan asing, dalam penggunaannya lebih banyak ditujukan untuk mengganti sarana dan prasarana yang hancur akibat bencana Tsunami 2004. dalam kurun waktu 2006-2007, dana yang berasal dari donatur terdapat kecendrungan menurun, hal ini terjadi karena di tahun 2007 sarana dan prasarana yang hancur telah banyak yang tergantikan kembali, sehingga dana yang direalisasikan menjadi menurun.

Untuk dana kesehatan yang hanya berasal dari pemerintah dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.4.
Pemetaan Sumber Pembiayaan Kesehatan yang Berasal dari Pemerintah
Di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007

Institusi	Besarnya uang(Rp)			
	2006	%	2007	%
Pem.Pusat	6.155.816.100	30,4%	14.252.597.984	41,9%
Pem.Prop	417.000.000	2,1%	-	-
Pem.Daerah	13.699.995.069	67,6%	19.739.591.283	58,1%
TOTAL	20.272.811.169	100,0%	33.992.189.267	100,0%

Selama kurun waktu 2006-2007, pendanaan kesehatan yang berasal dari pemerintah daerah walaupun dari sisi jumlah meningkat, tetapi bila dilihat dari sisi persentasenya terjadi penurunan. Padahal berdasarkan informasi dari para informan, sektor kesehatan di Kota Banda Aceh merupakan sektor yang diprioritaskan, hal ini tercermin dari hasil wawancara mendalam dengan para informan seperti tersebut di bawah ini :

“Ada tujuh sektor yang menjadi prioritas yaitu Syariat Islam, pendidikan dan kesehatan, pembangunan infrastruktur, transportasi, pariwisata, pemberdayaan ekonomi dan yang terakhir usaha-usaha untuk meningkatkan PAD”

“Yang menetapkan sektor prioritas itu wewenang Bappeda, jadi saya kurang ingat benar sektor-sektor apa saja, tapi seingat saya kesehatan termasuk didalamnya”

“Sesuai dengan RPJM, maka yang menjadi sektor prioritas ada empat, yaitu pendidikan, kesehatan, infrastruktur dan terakhir bidang pelayanan publik”

6.2.1.4. Pendanaan sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota Banda Aceh berdasarkan pengelola dana (agen)

Berdasarkan agen, maka pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.5.
Pemetaan Agen Pembiayaan Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah
Di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007

Sumber dana	Agen	Besarnya uang (Rp)			
		2006	%	2007	%
Pem.Pusat	Dinkes	5.917.441.600	29,2%	12.788.176.267	37,6%
	RSUM	238.374.500	1,2%	1.464.421.717	4,3%
Pem.Prop	Dinkes	417.000.000	2,1%	-	
Pem.Daerah	Dinkes	9.775.125.726	48,2%	13.780.641.916	40,5%
	RSUM	3.924.869.343	19,4%	5.958.949.367	17,5%
TOTAL		20.272.811.169	100%	33.992.189.267	100%

(sumber : Dokumen APBK Pemko dan PT.Askes Kota Banda Aceh, Tahun 2006-2007)

Dari tabel di atas, terlihat bahwa dana yang berasal dari pemerintah selama kurun waktu 2006-2007, baik yang berasal pusat, propinsi maupun yang berasal dari daerah , paling banyak digunakan oleh dinas kesehatan daripada rumah sakit.

Dari total keseluruhan pendanaan kesehatan yang ada di Kota Banda Aceh, maka dinkes memperoleh dana dari pemerintah pusat sebesar 29,2% di tahun 2006 dan meningkat menjadi 37,6% di tahun 2007. Sedangkan rumah sakit memperoleh dana dari pemerintah pusat sebesar 1,2% di tahun 2006 dan 4,3% di tahun 2007. Dana dari pemerintah propinsi hanya diperoleh oleh dinkes, sedangkan untuk rumah sakit tidak didapatkan datanya. Pemerintah daerah sebagai sumber pendanaan terbesar, mengalokasikan dananya ke dinkes sebesar 48,2% di tahun 2006 dan menurun menjadi 40,5% di tahun 2007.

Dari hasil wawancara dengan para informan, diketahui bahwa dana kesehatan selain disalurkan ke institusi kesehatan yaitu dinas kesehatan dan rumah sakit, ternyata juga ada yang disalurkan ke institusi selain dari kesehatan tetapi dalam jumlah yang sangat kecil, hal ini tercermin dari hasil wawancara berikut ini :

“Semuanya ke institusi kesehatan, tidak ada yang dialihkan ke tempat lain, walaupun ada hanya sebagian kecil dan itupun karena memang dalam tupoksinya mengandung unsur kesehatan”

“Ini harus dilihat dari tupoksi masing-masing dinas, bila memang terdapat tujuan yang berbau kesehatan di dalamnya, tapi bukan berarti dialihkan ke dinas lain, itu semua berdasarkan tupoksinya masing-masing”

“Sebenarnya bukan alokasi dana kesehatan yang kita alihkan ke dinas lain, tetapi memang di dalam kegiatannya terdapat unsur kesehatan, tetapi saya persentasenya sangatlah kecil”

Jika dilihat dari tabel 6.5. di atas, juga terlihat bahwa agen kesehatan terbesar adalah Dinas Kesehatan. Bila dikaitkan dengan paradigma pembangunan yang berwawasan kesehatan, dimana tanggung jawab pembangunan kesehatan bukan saja pada institusi kesehatan tetapi tanggung jawab tersebut juga berada pada institusi lain. Berarti pendanaan kesehatan bisa saja terdapat di berbagai sektor yang dalam tupoksinya terdapat unsur kesehatan seperti yang disampaikan oleh para informan. Hanya saja mungkin persentase pengalokasiannya yang berbeda.

Untuk Kota Banda Aceh, proses pengalokasian dana kesehatan ke sektor kesehatan dan sektor lainnya dilakukan melalui sistem bottom up dan dua mekanisme utama seperti yang disebutkan oleh para informan seperti berikut ini :

“Melalui sistem bottom up, dimulai dari musrenbang di tingkat desa, kecamatan, hingga ke tingkat kota, lalu baru dirangkum dalam forum SKPD yang disesuaikan dengan RPJM”

“Dimulai dari musrenbang di tingkat desa hingga ke tingkat kota, lalu baru ke forum SKPD”

“Melalui dua mekanisme, yang pertama menetapkan sektor yang menjadi prioritas, yang kedua dengan melihat bantuan-bantuan yang datang dari luar dana pemerintah kota yang nantinya akan kita sesuaikan dengan kebutuhan daerah di saat itu”

6.2.1.5. Pendanaan sektor kesehatan di Kota Banda Aceh berdasarkan provider

Berdasarkan provider, maka pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.6.
Pemetaan Provider Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah
Di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007

Sumber	Agen	Provider	Besarnya uang (Rp)			
			2006	%	2007	%
Pem.Pusat	Dinkes	Dinkes	4.573.781.600	22,6%	2.391.933.085	7,0%
		Rs	-	-	-	-
		Puskesmas	1.314.160.000	6,5%	10.396.243.182	30,6%
	RS	Dinkes	-	-	-	-
		Rs	238.374.500	1,2%	1.464.421.717	4,3%
		Puskesmas	-	-	-	-
Pem.Prop	Dinkes	Dinkes	-	-	-	-
		Rs	-	-	-	-
		Puskesmas	417.000.000	2,1%	-	-
	RS	Dinkes	-	-	-	-
		Rs	-	-	-	-
		Puskesmas	-	-	-	-
Pem.Daerah	Dinkes	Dinkes	2.726.727.508	16,9%	5.306.836.183	15,6%
		Rs	245.633.633	1,2%	-	-
		Puskesmas	6.832.264.585	42,4%	8.473.805.733	24,9%
	RS	Dinkes	-	-	-	-
		Rs	3.924.869.343	19,4%	5.958.949.367	17,5%
		Puskesmas	-	-	-	-
TOTAL			20.272.811.169	100%	33.992.189.267	100%

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa, dana yang berasal dari pemerintah pusat paling besar digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan yang diselenggarakan

oleh dinkes kesehatan di tahun 2006 yaitu sebesar 23%, tetapi di tahun 2007 dana dari pemerintah pusat lebih banyak digunakan oleh puskesmas yaitu sebesar 31%.

Dana kesehatan yang diperoleh oleh Kota Banda Aceh dari pemerintah propinsi, semuanya digunakan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan dasar yang diselenggarakan oleh puskesmas.

Sedangkan dana kesehatan yang berasal dari pemerintah daerah pada tahun 2006, paling besar digunakan oleh Puskesmas yaitu sebesar 42,4%, dan di tahun 2007 pengguna dana kesehatan yang berasal dari pemerintah daerah paling banyak digunakan juga oleh puskesmas tetapi terjadi penurunan yaitu sebesar 25%.

Dari tabel di atas diketahui bahwa, dana yang dikelola oleh dinkes baik yang bersumber dari pemerintah pusat ataupun dari pemerintah daerah, selain digunakan sendiri oleh dinkes untuk kegiatan pembangunan kesehatan, juga disalurkan ke puskesmas, bahkan di tahun 2006 terdapat dana dari pemerintah daerah yang dikelola oleh dinkes ada yang disalurkan ke rumah sakit. Untuk dana yang dikelola oleh rumah sakit, seluruhnya digunakan sendiri oleh rumah sakit, dalam artian tidak ada yang disalurkan ke institusi kesehatan lain.

Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa berdasarkan perhitungan yang terdapat pada tabel 6.6. di atas, pada tahun 2006 yang menjadi provider kesehatan paling besar adalah puskesmas, dan di tahun 2007 juga puskesmas. Namun hal ini dapat saja berubah, karena berhubungan dengan kegiatan atau program yang sedang diprioritaskan di tahun anggaran tersebut, seperti yang terdapat dalam kutipan wawancara dengan informan

wawancara dengan informan berikut ini saat ditanyakan perihal tentang alokasi dana untuk sektor kesehatan terkait dengan sektor yang prioritas :

"Saya ikut terlibat dalam tim anggaran eksekutif, dan persentase alokasi untuk kesehatan dapat saja berubah, sesuai dengan keadaan dan kebutuhan"

"Kesehatan sudah mendapatkan prioritas yang wajar, hanya saja mereka perlu perbaikan dalam hal penyusunan kegiatan yang harus lebih sesuai lagi dengan kebutuhan dan tujuan yang ingin dicapai"

"Keterlibatan kami dalam menentukan besarnya alokasi adalah berdasarkan persentase dari sektor-sektor yang menjadi prioritas"

6.2.1.6. Pendanaan sektor kesehatan di Kota Banda Aceh berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan

Berdasarkan fungsinya, maka pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.7.
Pemetaan Fungsi Pelayanan Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007

Agen	Provider	Fungsi	Besarnya uang (Rp)			
			2006	%	2007	%
Dinkes	Dinkes	Kuratif	201.008.337	1,0%	188.951.935	0,6%
		Preventif	3.020.853.552	14,9%	1.294.395.379	3,8%
		Adm	1.762.188.339	8,7%	4.145.601.578	12,2%
		Fs.t'kait kes	2.316.458.880	11,4%	2.069.820.376	6,1%
	Puskesmas	Kuratif	558.727.918	2,8%	544.415.000	1,6%
		Preventif	7.322.626.916	36,1%	14.825.505.788	43,6%
		Adm	265.069.752	1,3%	757.835.685	2,2%
		Fs.t'kait kes	417.000.000	2,1%	2.742.292.442	8,1%
	RS	Kuratif	245.633.633	1,2%	-	-
		Preventif	-	-	-	-
		Adm	-	-	-	-
		Fs.t'kait kes	-	-	-	-
RS	RS	Kuratif	2.611.472.556	12,9%	6.266.165.709	18,4%
		Preventif	-	-	-	-
		Adm	1.551.771.287	7,7%	1.157.205.375	3,4%
		Fs.t'kait kes	-	-	-	-
TOTAL			20.272.811.169	100,0%	33.992.189.267	100,0%

Dari tabel 6.7. di atas diperoleh bahwa, selama kurun waktu 2006-2007 fungsi kuratif paling dominan dilaksanakan oleh rumah sakit yaitu sebesar 12,9% dari 17,9% total fungsi kuratif di tahun 2006. Di tahun 2007, rumah sakit melaksanakan fungsi kuratif sebesar 18,4% dari 20,6% total fungsi kuratif di tahun 2007. Untuk fungsi preventif, selama kurun waktu 2006-2007, paling banyak dilaksanakan oleh puskesmas yaitu sebesar 36,1% dari 51% total fungsi preventif di tahun 2006, dan di tahun 2007 sebesar 43,6% dari 47,4% total fungsi preventif. Sedangkan untuk fungsi administrasi, paling dominan dilaksanakan oleh dinkes selama kurun waktu 2006-2007 yaitu sebesar 8,7% dari 14,9% total fungsi administrasi di tahun 2006, dan di tahun 2007 sebesar 12,2% dari 19,8% total fungsi administrasi.

Jika dilihat secara total, maka selama kurun waktu 2006-2007, pendanaan kesehatan di Kota Banda berdasarkan fungsi pelayanan yang diberikan oleh tiap institusi kesehatan, terlihat bahwa fungsi preventifnya sangat dominan, hal ini menunjukkan arah kecendrungan pembangunan kesehatan yang baik dan sesuai dengan paradigma sehat yang diusung oleh pusat, namun kenyataannya hal tersebut kurang disadari oleh pengambil kebijakan di tingkat pemerintahan daerah, yang tercermin dari hasil wawancara berikut ini :

“Saya rasa dinkes dan rumah sakit sudah baik, hanya mungkin mereka harus berusaha mencari sumber dana lain dari luar mengingat PAD kita yang terbatas”

“Mereka masih merencanakan kegiatannya berdasarkan pemerataan proyek ke tiap-tiap subdin, bukan berdasarkan kepada kebutuhan”

“Tiap tahun mereka mengajukan program kegiatan yang itu-itu saja, dan lebih banyak ke pembangunan infrastruktur daripada ke pembangunan SDM-nya”

6.2.1.7. Pendanaan sektor kesehatan di Kota Banda Aceh berdasarkan mata anggaran

Berdasarkan mata anggaran, maka pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh dapat dilihat pada tabel berikut ini. Dari tabel 6.8. berikut ini diperoleh bahwa, fungsi administrasi yang lebih banyak dilaksanakan oleh dinas kesehatan, jika dilihat menurut mata anggarannya maka biaya untuk operasionalnya lebih besar daripada biaya untuk investasinya. Dan untuk fungsi preventif yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan, jika dilihat dari mata anggarannya, ternyata lebih besar biaya yang dikeluarkan untuk investasi daripada untuk operasionalnya untuk tahun 2006, tetapi di tahun 2007 lebih besar untuk biaya operasionalnya.

Fungsi preventif yang lebih banyak dilaksanakan oleh puskesmas selama kurun waktu 2006-2007, jika dilihat berdasarkan mata anggarannya, maka biaya untuk operasionalnya terlihat lebih besar bila dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan untuk investasi dalam fungsi preventifnya.

Untuk fungsi kuratif yang lebih banyak dilaksanakan oleh rumah sakit, jika dilihat dari mata anggarannya, maka biaya operasionalnya jauh lebih besar jika dibandingkan dengan biaya investasi dalam pelaksanaan fungsi kuratifnya

Tabel 6.8.
Pemetaan Mata Anggaran Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah
di Kota Banda Aceh Tahun 2006-2007

Provider	Fungsi	Mata anggaran	Besarnya uang (Rp)			
			2006	%	2007	%
Dinkes	kuratif	operasional	757.620.736	3,7%	188.951.935	0,6%
		investasi	-	-	-	-
	preventif	operasional	322.609.152	1,6%	1.076.208.190	3,2%
		investasi	2.698.244.400	13,3%	218.187.189	0,6%
	adm	operasional	3.638.196.912	17,9%	3.996.349.374	11,8%
		investasi	-	-	149.252.204	0,4%
Fs.T'kait kes	operasional	312.549.800	1,5%	-	-	
	investasi	2.003.909.080	9,9%	2.069.820.376	6,1%	
Puskesmas	kuratif	operasional	558.727.918	2,8%	544.415.000	1,6%
		investasi	-	-	-	-
	preventif	operasional	4.828.338.129	23,8%	9.432.330.477	27,7%
		investasi	61.667.815	0,3%	5.393.175.311	15,9%
	adm	operasional	265.069.752	1,3%	757.835.685	2,2%
		investasi	-	-	-	-
Fs.T'kait kes	operasional	-	-	-	-	
	investasi	417.000.000	2,1%	2.742.292.442	8,1%	
RS	kuratif	operasional	3.164.115.207	15,6%	4.194.617.776	12,3%
		investasi	243.124.500	1,2%	1.398.971.800	4,1%
	preventif	operasional	-	-	-	-
		investasi	-	-	-	-
	adm	operasional	990.837.769	4,9%	1.829.781.508	5,4%
		investasi	10.800.000	0,1%	-	-
Fs.T'kait kes	operasional	-	-	-	-	
	investasi	-	-	-	-	
TOTAL			20.272.811.169	100,0%	33.992.189.267	100,0%

Dari tabel di atas ini juga diperoleh informasi bahwa, masing-masing provider kesehatan telah menggunakan dana yang dialokasikan oleh pemerintah sesuai dengan fungsi dan sumber daya dari masing-masing provider. Hal ini dapat terjadi karena pihak provider yang memang mengerti tugas dan fungsinya masing-masing, dan dapat juga karena keterlibatan dari pengambil kebijakan di tingkat pemerintah daerah, seperti yang

diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan para informan seperti tersebut berikut ini :

"Kami berperan penuh, mulai dari tahap perencanaan yang harus kami sesuaikan dengan hasil musrenbang hingga tahap pengajuan ke dewan"

"Peranan kami menyesuaikan antara jumlah anggaran yang diajukan oleh tiap SKPD dengan kemampuan daerah"

"Dalam hal ini kami berperan dalam tiga hal yaitu budgetting, pembuat undang-undang dan melakukan pengawasan terhadap jalannya kegiatan ke depannya"

6.2.2. Pendanaan Kesehatan di Institusi Kesehatan Kota Banda Aceh

6.2.2.1. Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

Pada penelitian ini, pendanaan kesehatan di dinas kesehatan yang menjadi area penelitian adalah segala bentuk pendanaan dari berbagai sumber pendanaan, dimana yang menjadi agen atau pengarah dananya adalah Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. Pada tahun anggaran 2006-2007, Dinas Kesehatan Kota Banda selain memperoleh dana dari pemerintah, juga banyak mendapatkan bantuan dari BRR dan LSM yang banyak beroperasi di Kota Banda Aceh pasca bencana Tsunami 2004. Dimana dana bantuan yang diberikan oleh BRR dan LSM tersebut dipergunakan untuk membangun dan memperbaiki kembali sarana dan prasarana kesehatan yang hancur dan rusak akibat bencana di tahun 2004.

A. Pendanaan Kesehatan berdasarkan sumber di Dinas kesehatan Kota B.Aceh

Berdasarkan sumber pendanaan, maka pendanaan di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh untuk tahun anggaran 2006-2007 terbagi atas dua bagian besar yaitu yang bersumber dari Pemerintah (pusat, propinsi dan daerah) serta yang bersumber dari non

pemerintah, yaitu dari para donatur yang banyak berada di Kota Banda Aceh sejak pasca bencana Tsunami tahun 2004.

Dari tabel di bawah ini dapat dilihat, dari tahun 2006-2007 besarnya dana yang dikelola oleh dinkes Kota B.Aceh secara keseluruhan tidak banyak mengalami perubahan, walaupun sebenarnya dari segi jumlah yang didanai oleh pemerintah (pusat dan daerah) terjadi peningkatan, tetapi dari sumber non pemerintah terjadi penurunan, karena di tahun 2007 banyak para donatur yang tidak menyalurkan lagi dananya untuk dikelola oleh Dinkes Kota B.Aceh.

Tabel 6.9.
Data Pendanaan Kesehatan berdasarkan sumber dana
di Dinkes Kota B.Aceh Thn Anggaran 2006-2007

Sumber dana	Besarnya uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
Pemerintah :				
Pusat	5.887.941.600	19,7%	12.788.176.267	41,6%
Prop	417.000.000	1,4%	-	
Daerah	9.804.625.726	32,8%	13.780.641.916	44,8%
Donatur :				
AIPRD	224.250.000	0,7%	-	-
Bulan Sabit	3.660.000.000	12,2%	-	-
Jepang	389.700.000	1,3%	-	-
Merlin	858.000.000	2,9%	-	-
Wordvision	551.000.000	1,8%	-	-
Unicef	-	-	498.345.000	1,6%
Mercy	-	-	99.669.000	0,3%
Arab Saudi	1.429.000.000	4,8%	-	-
Astra	2.693.000.000	9,0%	-	-
BRR	4.000.000.000	13,4%	3.610.003.000	11,7%
TOTAL	29.914.517.326	100%	30.776.835.183	100%

(sumber : Dokumen APBK dan Laporan Kegiatan Dinkes Kota B.Aceh)

Dari tabel di atas juga dapat dilihat bahwa dari tahun 2006-2007 dana yang paling banyak digunakan untuk mendanai kegiatan kesehatan adalah dana yang berasal dari pemerintah daerah, yaitu sebesar 32,8% di tahun 2006 dan 44,8% di tahun 2007.

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa untuk pendanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh untuk tahun anggaran 2006-2007, yang bersumber dari pemerintah yang paling besar kontribusinya adalah dana yang berasal dari DAU. Pada penelitian ini hanya dana yang bersumber dari pemerintah saja yang ditelaah/dikaji, karena dana yang berasal dari non pemerintah seperti yang telah disebut di bagian atas, dipergunakan untuk mengganti sarana infrastruktur.

B. Pendanaan kesehatan berdasarkan Fungsi di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

Dana Kesehatan yang terdapat di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh digunakan untuk melaksanakan berbagai kegiatan kesehatan dengan berbagai fungsi pelayanan kesehatan, dalam penelitian ini dibagi menjadi tiga (3) fungsi dasar yaitu yang bersifat pencegahan (preventif), pengobatan/perawatan (kuratif) dan administrasi. Untuk fungsi pengobatan (kuratif), semua fungsi kuratif yang dilaksanakan adalah fungsi kuratif rawat jalan, tidak ada fungsi kuratif rawat inap.

Dari tabel di bawah ini diperoleh bahwa pada tahun 2006, dana kesehatan yang dikelola oleh dinkes dibelanjakan untuk membiayai fungsi preventif sebesar 49,1%; untuk fungsi administrasi kesehatan sebesar 24,2% dan fungsi-fungsi yang terkait dengan kesehatan sebesar 17% serta untuk fungsi kuratif sebesar 9,7%.

Tabel 6.10.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan fungsi
di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Tahun Anggaran 2006-2007

Fungsi	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
Kuratif	1.561.982.287	9,7%	733.366.935	2,8%
Preventif	7.910.859.496	49,1%	16.119.901.167	60,7%
Administrasi	3.903.266.663	24,2%	4.903.437.263	18,5%
Fs. Tkait kes	2.733.458.880	17,0%	4.812.112.818	18,1%
TOTAL	16.109.567.326	100%	26.568.818.183	100%

Untuk tahun 2007, dana kesehatan yang dikelola dinkes yang dibelanjakan untuk membiayai fungsi preventif meningkat menjadi 60,7%%; untuk fungsi administrasi kesehatan menurunmenjadi 18,5%% dan fungsi-fungsi yang terkait dengan kesehatan hanya mengalami sedikit peningkatan yaitu sebesar 18,1% serta untuk fungsi kuratif turn menjadi sebesar 9,7%. Pendanaan untuk fungsi kuratif turun banyak karena pada tahun 2007, tidak ada lagi kegiatan kuratif yang dikelola bersama dengan rumah sakit, dan pada tahun 2007, terdapat gagal tender obat di dinkes Kota Banda Aceh, karena PBF tidak mampu memenuhi standar obat yang ditetapkan oleh Depkes yang terlalu rendah, sehingga di tahun 2007, untuk pembiayaan kuratif di dinkes banyak dibantu oleh dana yang berasal dari donor.

Pada tabel berikut akan diperlihatkan penggunaan dana kesehatan di dinas kesehatan berdasarkan fungsi pelayanan dan sumber dana.

Tabel 6.11.
Data Pendanaan Kesehatan Berdasarkan Sumber dan Fungsi
Di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Tahun Anggaran 2006-2007

Sumber dana	Fungsi	Besarnya Uang (Rp)			
		2006	%	2007	%
Pem.Pusat	kuratif	316.136.364	2,0%	535.000.000	2,0%
	preventif	3.696.268.036	22,9%	7.441.063.449	28,0%
	adm	1.875.537.200	11,6%		
	fs.t'kait kes			4.812.112.818	18,1%
Pem.Prop	kuratif				
	preventif				
	adm				
	fs.t'kait kes	417.000.000	2,6%		
Pem.Daerah	kuratif	1.245.845.923	7,7%	198.366.935	0,7%
	preventif	4.214.591.460	26,2%	8.678.837.718	32,7%
	adm	3.903.266.663	24,2%	4.903.437.263	18,5%
	fs.t'kait kes	440.921.680	2,7%		
TOTAL		16.109.567.326	100%	26.568.818.183	100%

Dari tabel di atas, diperoleh bahwa selama kurun waktu 2006-2007 untuk pelayanan preventif dan administrasi dalam sistem kesehatan di Kota Banda Aceh, lebih besar didanai oleh pemerintah daerah, untuk pelayanan preventif yaitu sebesar 26,2% di tahun 2006 dan meningkat menjadi 32,7% di tahun 2007. Untuk pelayan kuratif pada tahun 2006 lebih banyak didanai oleh pemerintah daerah juga di tahun 2006, tetapi pada tahun 2007 lebih banyak didanai oleh pemerintah pusat. Sedangkan untuk pelayanan fungsi-fungsi yang berkaitan dengan kesehatan hampir semuanya didanai oleh pemerintah pusat.

Selanjutnya untuk mengetahui fungsi dari masing-masing provider kesehatan yang ada di dinkes dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.12.
Data Pendanaan Kesehatan Berdasarkan Provider dan Fungsi
Di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Tahun Anggaran 2006-2007

Provider	Fungsi	Besarnya Uang (Rp)			
		2006	%	2007	%
Dinkes	Kuratif	757.620.736	4,7%	188.951.935	0,7%
	Preventif	3.020.853.552	18,8%	1.294.395.379	4,9%
	Adm	3.638.196.912	22,6%	4.145.601.578	15,6%
	Fs.T'kait kes	2.316.458.880	14,4%	2.069.820.376	7,8%
Puskesmas	Kuratif	558.727.918	3,5%	544.415.000	2,0%
	Preventif	4.890.005.944	30,4%	14.825.505.788	55,8%
	Adm	265.069.752	1,6%	757.835.685	2,9%
	Fs.T'kait kes	417.000.000	2,6%	2.742.292.442	10,3%
RS	Kuratif	245.633.633	1,5%	-	-
	Preventif	-	-	-	-
	Adm	-	-	-	-
	Fs.T'kait kes	-	-	-	-
TOTAL		16.109.567.326	100%	26.568.818.183	100%

Dari tabel di atas diketahui bahwa selama kurun waktu 2006-2007, untuk fungsi administrasi, dilaksanakan paling banyak oleh dinas kesehatan yaitu sebesar 22,6% di tahun 2006 dan 15,6% di tahun 2007. Untuk kegiatan pembangunan kesehatan yang bersifat preventif paling banyak dilaksanakan oleh puskesmas yaitu sebesar 30,4% di tahun 2006 dan 55,8% di tahun 2007.

C. Pendanaan Kesehatan berdasarkan Mata Anggaran (sumber daya) di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.

Dalam penelitian ini, kelompok mata anggaran dibagi atas dua (2) kelompok besar yaitu operasional dan investasi, dan untuk mata anggaran pemeliharaan termasuk ke

dalam sumber daya operasional. Distribusi pendanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh berdasarkan mata anggaran dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.13.
Data Pendanaan Kesehatan berdasarkan mata anggaran
di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Thn anggaran 2006-2007

Sumber Daya	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	
Operasional	10.928.746.031	67,8%	15.996.090.661	60,2%
Investasi	5.180.821.295	32,2%	10.572.727.522	39,8%
Total	16.109.567.326	100%	26.568.818.183	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa, pada tahun anggaran 2006-2007 dana yang dikelola oleh Dinkes Kota lebih banyak dipergunakan untuk membiayai operasional daripada untuk investasi. Hal ini dapat dimengerti bahwa walaupun daerah Kota Banda Aceh merupakan daerah pasca bencana, tetapi untuk pembiayaan investasi banyak diperoleh dari para LSM dan BRR, sehingga dana kesehatan yang berasal dari Pemerintah lebih banyak dipergunakan untuk membiayai operasional.

Pada tabel berikut akan digambarkan bagaimana penggunaan dana kesehatan berdasarkan mata anggaran dan sumber dana. Dari tabel di bawah diperoleh bahwa, dana kesehatan yang dikelola oleh dinas kesehatan Kota Banda Aceh yang berasal dari pemerintah pusat lebih banyak digunakan untuk membiayai sumber daya investasi, sedangkan dana kesehatan dari pemerintah daerah lebih banyak digunakan untuk membiayai operasional.

Tabel 6.14.
Data Pendanaan Kesehatan Berdasarkan Mata Anggaran dan Sumber Dana
di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Thn anggaran 2006-2007

Sumber Dana	Mata Anggaran	Besarnya Uang (Rp)			
		2006	%	2007	%
Pem.Pusat	operasional	1.626.709.800	10,1%	2.582.888.138	9,7%
	investasi	4.261.231.800	26,5%	10.205.288.129	38,4%
Pem.Prop	operasional	-	-	-	-
	investasi	417.000.000	2,6%	-	-
Pem.Daerah	operasional	9.302.036.231	57,7%	13.413.202.523	50,5%
	investasi	502.589.495	3,1%	367.439.393	1,4%
TOTAL		16.109.567.326	100,0%	26.568.818.183	100,0%

D. Pendanaan kesehatan berdasarkan Penerima Manfaat di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.

Jika dilihat dari sasaran kegiatan, maka kelompok penerima manfaat dari tiap kegiatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh terbagi atas masyarakat umum, Balita dan anak sekolah, dinkes dan puskesmas, ibu dan anak, lingkungan sehat, lansia, bayi dan balita serta ibu hamil.

Dari tabel di bawah ini dapat dilihat bahwa, dana kesehatan yang dikelola oleh dinas Kesehatan Kota Banda Aceh pada tahun anggaran 2006 lebih banyak memberi manfaat kepada pihak dinkes dan puskesmas, tetapi pada tahun 2007 sudah lebih besar pemanfaatannya diberikan kepada masyarakat umum.

Tabel 6.15.
Data Pendanaan Kesehatan berdasarkan Penerima Manfaat
Di Dinas kesehatan Kota B.Aceh
Thn anggaran 2006-2007

Penerima Manfaat	2006	%	2007	%
balita & anak sekolah	-		80.737.000	0,3%
dinkes & puskesmas	9.015.234.660	56,0%	11.429.295.858	43,0%
ibu & anak	171.235.000	1,1%	10.170.000	0,0%
lingkungan sehat	-		5.727.050	0,0%
masyarakat	6.501.521.121	40,4%	14.532.793.275	54,7%
usila	-		10.095.000	0,0%
bayi/balita	67.512.000	0,4%	-	
ibu hamil	354.064.545	2,2%	500.000.000	1,9%
Grand Total	16.109.567.326	100,0%	26.568.818.183	100,0%

E. Pendanaan kesehatan berdasarkan Subdin di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.

Keseluruhan dana kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh yang berasal dari berbagai sumber tersebut, kemudian disalurkan ke berbagai sub-dinas untuk dipergunakan oleh subdin itu sendiri atau disalurkan lagi ke Puskesmas untuk melaksanakan kegiatan pembangunan kesehatan. Tiap-tiap subdin menerima proporsi dana yang berbeda-beda. Dari keseluruhan dana yang bertotal Rp.16.109.567.326,- di tahun 2006, dan Rp.26.568.818.183,- di tahun 2007, ada yang digunakan sendiri oleh masing-masing subdin dan bagian yang ada di dinas kesehatan Kota Banda Aceh, ada pula yang disalurkan ke puskesmas. Secara lebih jelas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.16.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan subdin
Di Dinas kesehatan Kota Banda Aceh
Thn anggaran 2006-2007

Subdin/ bidang	2006	%	2007	%
Bina program	221.910.010	1,4%	331.161.300	1,2%
GF	1.211.084.380	7,5%	199.120.935	0,7%
Kesga	342.390.337	2,1%	327.580.936	1,2%
P2P	603.277.599	3,7%	2.236.507.203	8,4%
Promkes	459.139.847	2,9%	596.137.130	2,2%
Puskesmas	7.255.964.820	45,0%	17.235.947.078	64,9%
Tata Usaha	5.742.368.601	35,6%	5.322.793.025	20,0%
Yankes	273.431.732	1,7%	319.570.576	1,2%
Grand Total	16.109.567.326	100,0%	26.568.818.183	100,0%

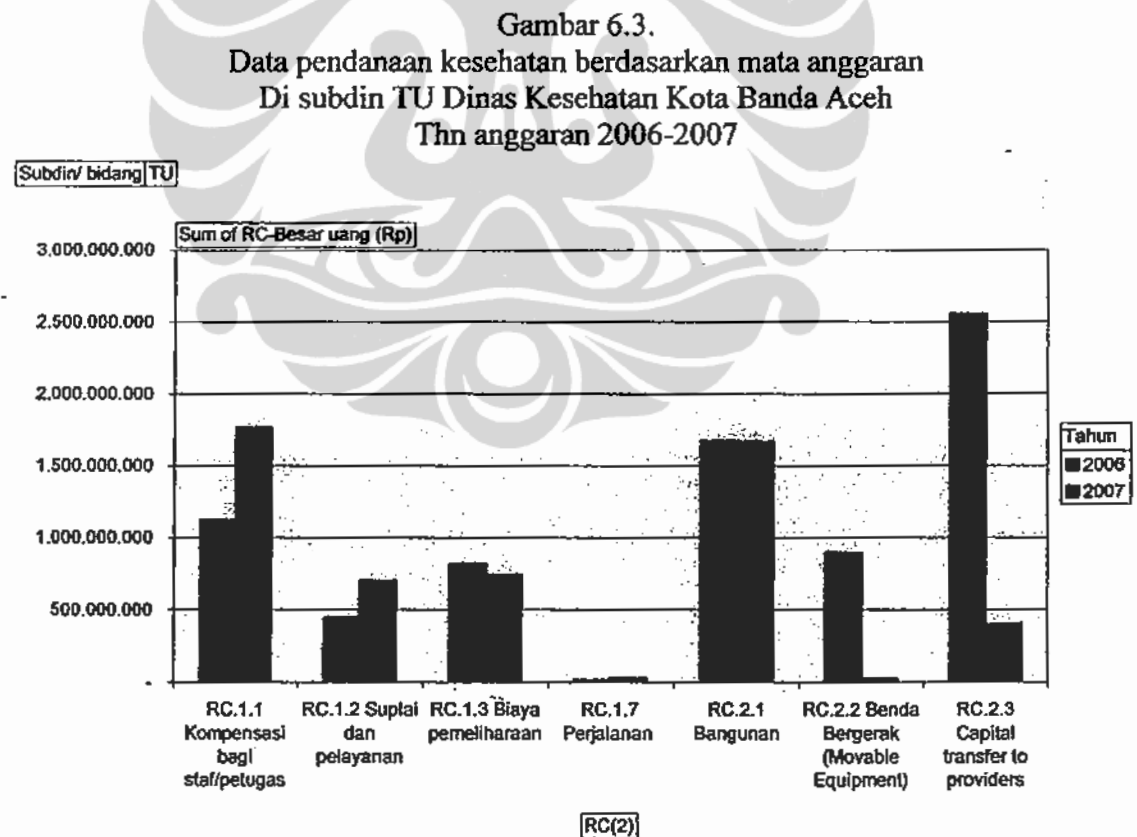
Sehingga dalam hal ini, puskesmas selain menerima dana kesehatan langsung dari pemerintah berupa Askeskin serta Dekon, juga menerima bagian pendanaan yang berasal dari masing-masing subdin yang ada di dinas kesehatan Kota Banda Aceh, untuk kegiatan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa dari tahun 2006-2007, dana kesehatan yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, paling banyak digunakan oleh bagian Tata Usaha dan Puskesmas, dan yang paling sedikit alokasinya adalah ke subdin bina

program di tahun 2006 yaitu sebesar 0,1%; dan di tahun 2007 bagian gudang farmasi yaitu sebesar 0,7%.

Berikut ini akan diperlihatkan penggunaan dana di tiap-tiap bagian/subdin dalam bentuk gambar, dimana diagram dalam bentuk batang berwarna biru untuk penggunaan dana di tahun 2006 dan diagram batang yang berwarna ungu untuk menggambarkan penggunaan dana di tahun 2007.

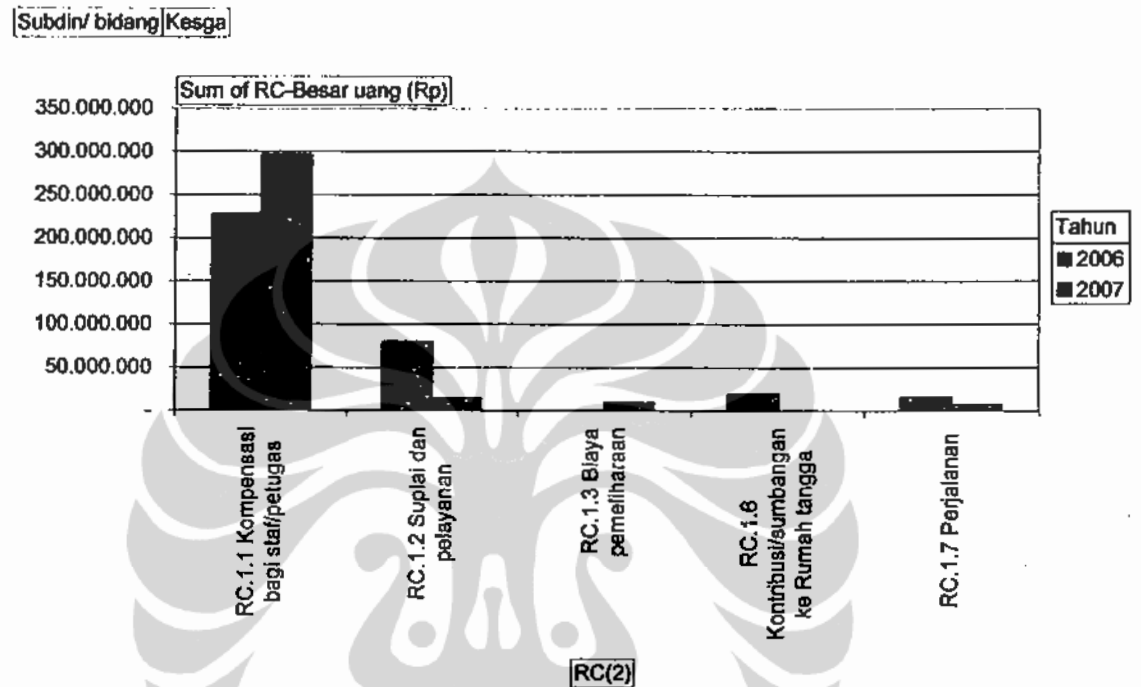
Pada gambar di bawah ini akan diperlihatkan distribusi dana kesehatan yang digunakan oleh subdin Tata Usaha berdasarkan mata anggaran :



Pada gambar di atas dapat dilihat bahwa dana kesehatan yang ada di bagian Tata Usaha yang ada pada tahun 2006 paling banyak digunakan untuk keperluan membayar pihak ketiga, berupa pembiayaan pengadaan perlengkapan dan peralatan kantor, pembelian alat-alat kesehatan dan kedokteran. Tetapi pada tahun 2007, dana yang ada banyak dipergunakan untuk pengadaan konstruksi bangunan dan pembiayaan honor petugas kesehatan. Seperti telah disebutkan di bagian awal bab ini, bahwa pada tahun anggaran 2007, bantuan dari donatur telah banyak berkurang sehingga pihak Dinkes harus membiayai sendiri sarana dan prasarana kesehatan yang banyak rusak dan hancur pasca bencana Tsunami 2004.

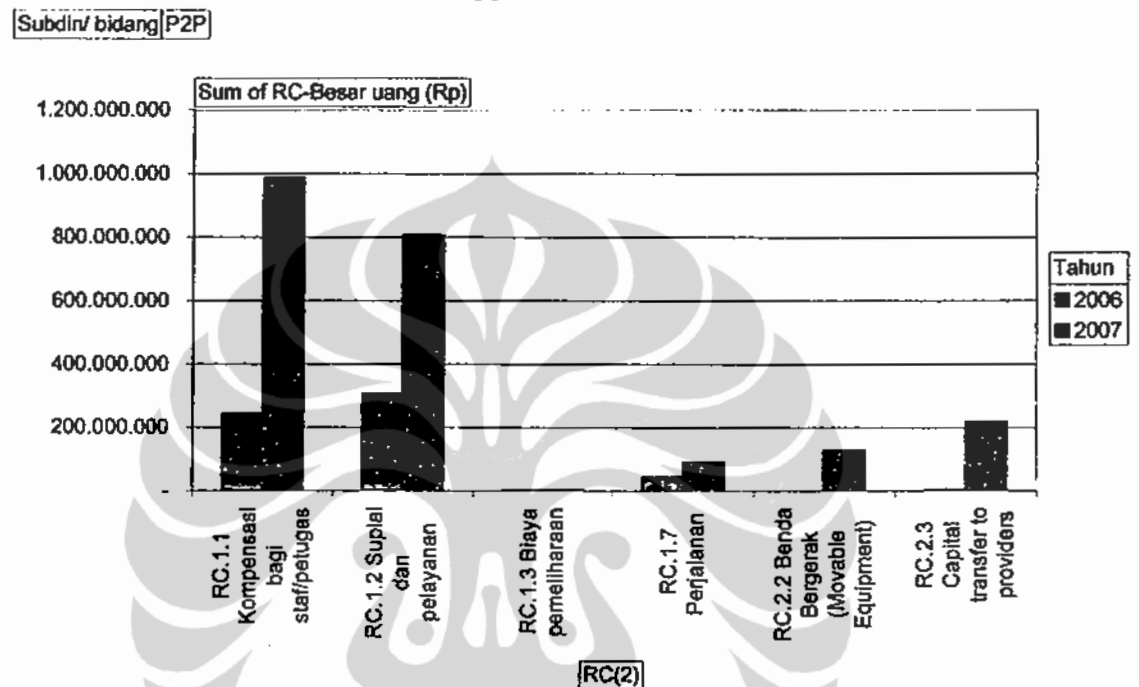
Selanjutnya akan diperlihatkan gambaran penggunaan dana kesehatan yang ada di subdin Kesga. Berdasarkan gambar di bawah ini, dapat dilihat bahwa ternyata pada tahun 2006-2007, dana yang ada di subdin Kesga lebih banyak digunakan untuk mata anggaran gaji pegawai. Di tahun 2006, dana kesehatan yang dikelola oleh subdin ini juga banyak digunakan untuk kegiatan yang berupa suplai dan pelayanan yaitu berupa pembelian obat-obatan untuk ibu hamil dan balita pada kegiatan pelayanan rujukan ibu hamil dan balita resti ke rumah sakit. Di tahun 2006, subdin Kesga membelanjakan dana sebesar 2,1% dari keseluruhan dana yang dikelola oleh Dinkes Kota di saat itu, dan turun menjadi 1,2% pada tahun 2007. Selama kurun waktu 2006-2007, hampir semua pembiayaan yang ada di subdin ini mengalami kecendrungan menurun bahkan kegiatan berupa pemberian kontribusi untuk RT bahkan tidak ada lagi di tahun anggaran 2007. Secara lebih jelasnya terlihat pada gambar berikut ini :

Gambar 6.4.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
Di subdin Kesga Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Thn anggaran 2006-2007



Subdin yang banyak berhubungan dengan kegiatan pembangunan kesehatan di masyarakat adalah subdin P2P (pencegahan dan pemberantasan penyakit). Berdasarkan gambar di bawah ini dapat dilihat bahwa pada tahun 2006, dana yang ada di subdin P2P banyak digunakan untuk keperluan membiayai gaji serta suplai dan pelayanan berupa Imunisasi dan fogging. Untuk tahun 2007, penggunaan dana di subdin ini untuk keperluan petugas dan pelayanan berjalan seimbang. Subdin P2P merupakan subdin yang paling banyak memperoleh dana kesehatan pada tahun anggaran 2006-2007. Di tahun 2006 subdin ini membelanjakan dana sebanyak 3,7% dan di tahun 2007 meningkat menjadi 8,4% dari keseluruhan dana yang ada di Dinkes Kota. Secara lebih jelas dapat dilihat pada gambar berikut ini :

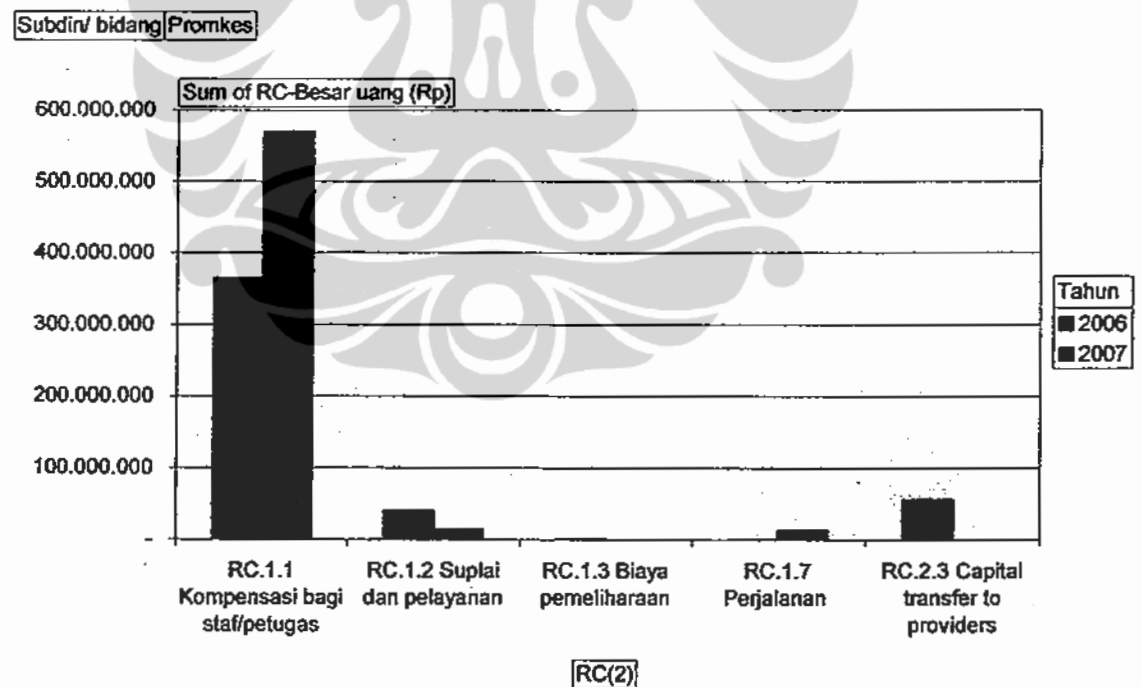
Gambar 6.5.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
Di subdin P2P Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Thn anggaran 2006-2007



Subdin selanjutnya yang juga banyak berhubungan dengan kegiatan pembangunan kesehatan di masyarakat adalah subdin Promkes. Subdin promkes, bila dilihat dari jenis kegiatan yang dilaksanakan oleh bagian ini, banyak berkaitan dengan kegiatan yang bersifat preventif-promotif. Untuk tahun anggaran 2006, subdin ini memperoleh dana sekitar 2,9% dan sedikit menurun menjadi 2,2% di tahun 2007. Jika dilihat dari penggunaan dana berdasarkan mata anggaran, maka selama kurun waktu 2006-2007, penggunaan dana paling besar digunakan untuk membayar gaji petugas kesehatan yang ada di subdin ini. Pada tahun 2006, subdin Promkes juga banyak menggunakan dana kesehatan yang ada untuk membiayai belanja modal alat kedokteran berupa peralatan posyandu pada kegiatan kesehatan yang dilaksanakan oleh subdin ini. Tetapi pada tahun

2007, penggunaan dana kesehatan lebih banyak ditujukan untuk kegiatan pelatihan yang dilaksanakan untuk petugas kesehatan di puskesmas-puskesmas dan juga masyarakat. Karena pada tahun 2007, kegiatan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh subdin Promkes banyak yang berupa kegiatan pelatihan, baik pelatihan untuk petugas kesehatan ataupun pelatihan kepada masyarakat, oleh karenanya dana yang ada di subdin ini, jika dilihat berdasarkan mata anggarannya, maka terlihat banyak yang berupa honor kepada petugas dan masyarakat peserta pelatihan.

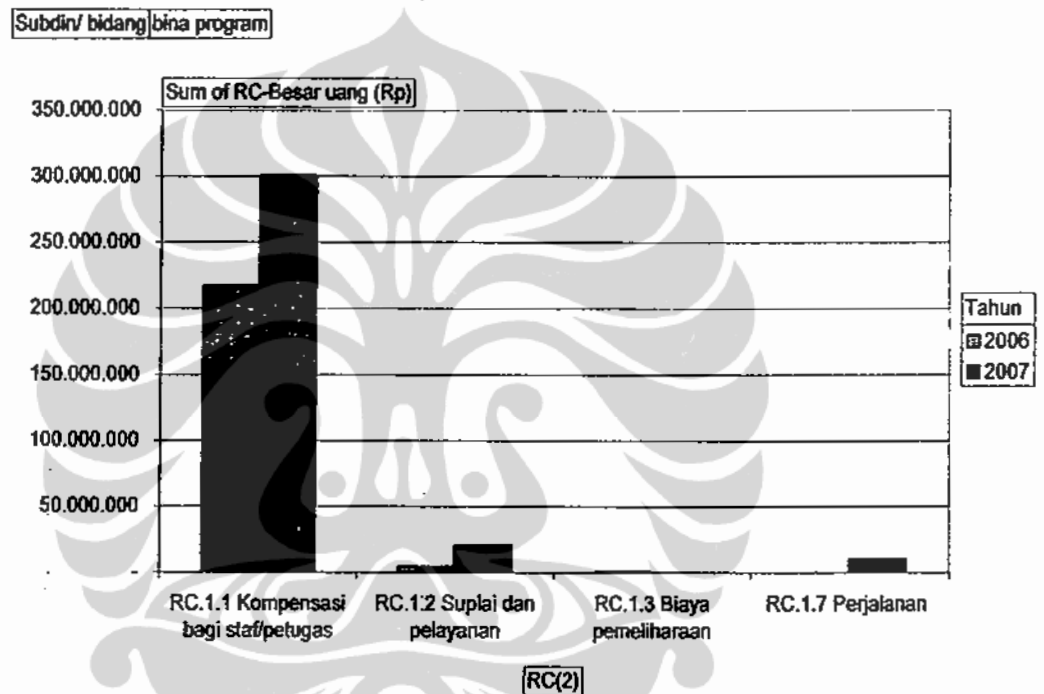
Gambar 6.6.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
Di subdin Promkes Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Thn anggaran 2006-2007



Pada gambar di bawah ini akan diperlihatkan penggunaan dana di subdin Bina Program, seperti yang telah disebutkan di atas bahwa untuk tahun anggaran 2006 subdin

ini mendapatkan alokasi dana terkecil dibandingkan dengan subdin lainnya. Secara jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut ini :

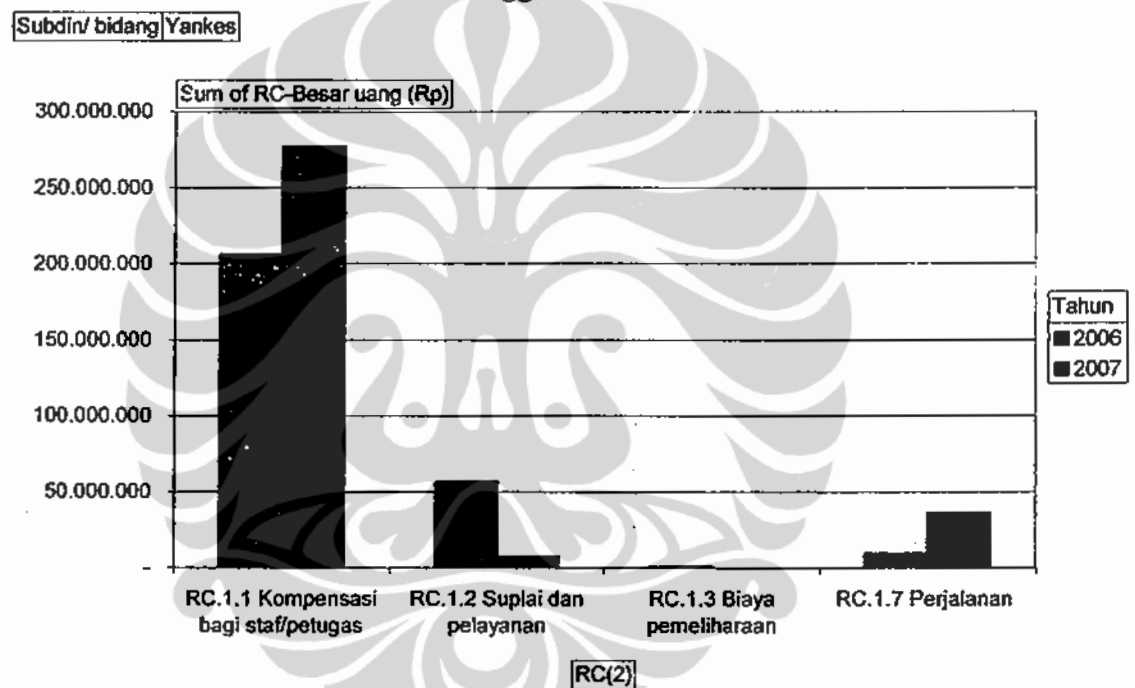
Gambar 6.7.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
Di subdin Bina Program Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Thn anggaran 2006-2007



Berdasarkan gambar di atas , dapat dilihat bahwa pada tahun 2006 dana yang ada di subdin ini lebih banyak digunakan untuk membayar honor petugas di bagian ini sendiri. Demikian pula untuk tahun 2007, dana yang ada juga banyak digunakan untuk keperluan membayar gaji pegawai. Subdin Bina Program, dalam kegiatannya lebih banyak melaksanakan fungsi administrasi, oleh karenanya, dalam penggunaan dana berdasarkan mata anggaran, biaya untuk petugas lebih besar, ditambah lagi biaya yang harus dikeleurkan untuk gaji petugas kesehatan yang ada di subdin ini juga besar.

Subdin Yankes dalam kegiatan pembangunan kesehatannya, banyak berhubungan dengan puskesmas dan kesehatan lingkungan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut ini :

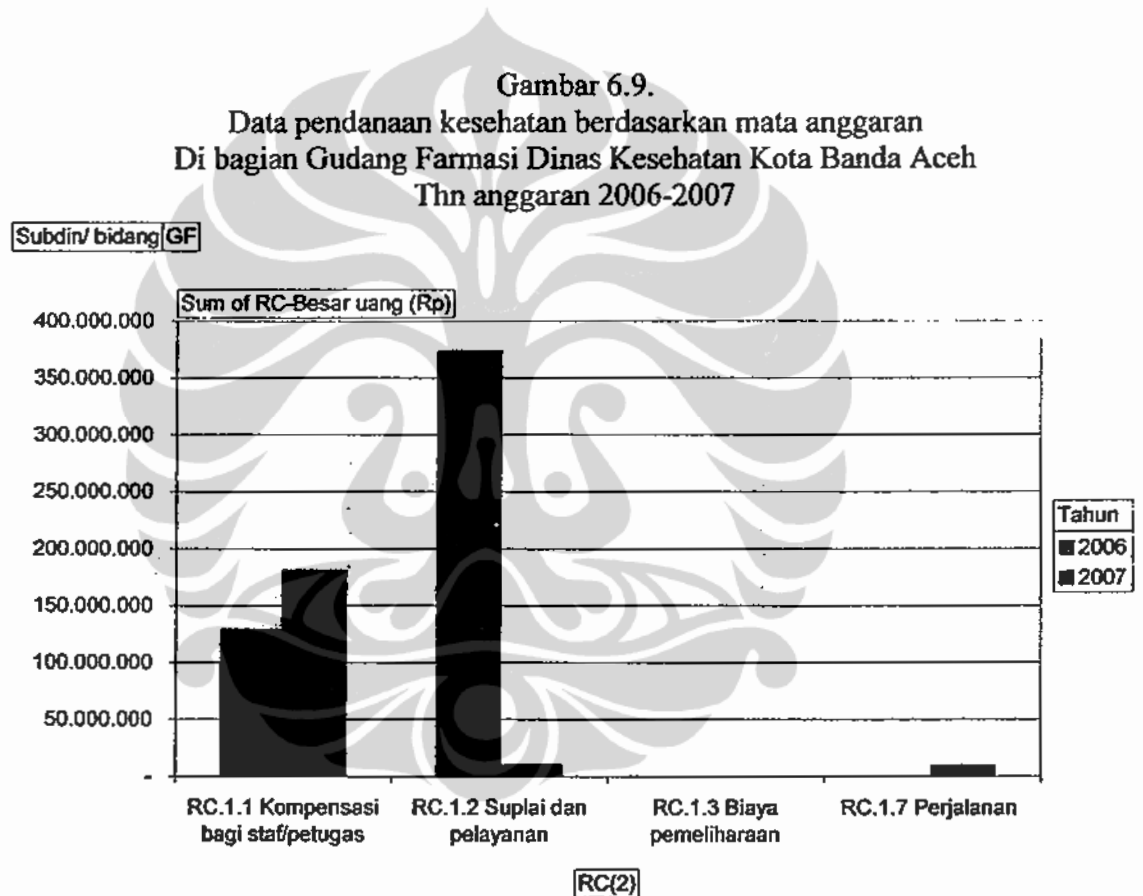
Gambar 6.8.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
Di subdin Yankes Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh
Thn anggaran 2006-2007



Pada gambar di atas dapat dilihat bahwa pada tahun anggaran 2006-2007, dana yang ada di subdin Yankes selain banyak digunakan untuk membiayai gaji petugas, juga terdapat dana kesehatan yang digunakan untuk suplai dan pelayanan berupa cetak dan pengandaan kartu berobat dan blanko laporan untuk 8 (delapan) puskesmas di tahun anggaran 2006. Di tahun 2007, dana juga banyak digunakan untuk membiayai perjalanan dinas petugas kesehatan, yaitu untuk kegiatan petugas turun posyandu,

pemetaan wilayah dalam kegiatan kesehatan lingkungan dan pengawasan kebersihan TTU (tempat-tempat umum).

Bagian Gudang Farmasi yang lebih banyak mengurus obat, dapat dilihat gambaran penggunaannya dananya pada gambar berikut ini :



Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa pada tahun anggaran 2006, sebagian besar dana yang ada di bagian Gudang Farmasi digunakan untuk membiayai suplai material berupa obat, dimana pada tahun ini gudang farmasi Dinkes Kota tidak hanya menyuplai obat ke puskesmas, tetapi juga ke RSUD Meuraxa, pada tahun tersebut RSUD Meuraxa masih menggunakan gedung kantor Dinkes untuk operasionalnya, dikarenakan

bangunan RSUD Meuraxa yang lama telah hancur total akibat bencana Tsunami 2004. Akan tetapi hanya di urusan obat saja Rumah sakit dan Dinkes bergabung, tetapi untuk urusan yang lain (di luar obat) berada di bawah organisasi masing-masing. Pada tahun anggaran 2007, dimana RSUD Meuraxa telah menempati bangunan yang baru, maka bagian Gudang Farmasi hanya menyuplai obat ke Puskesmas.

Di tahun 2007, terlihat bahwa dana yang ada di bagian ini sebagian besar dipakai untuk pembiayaan gaji pegawai. Sedangkan alokasi dana yang digunakan untuk membeli obat sedikit, hal ini karena Gudang Farmasi banyak menerima obat dari Propinsi dan bantuan donatur, tetapi pada penelitian ini tidak dimasukkan karena kesulitan dan minimnya data yang diperoleh oleh peneliti. Sedangkan dana dari pemerintah daerah yang dialokasikan untuk membiayai obat, terjadi gagal tender, oleh karena PBF tidak mampu memenuhi standar obat yang ditetapkan oleh Depkes yang terlalu rendah.

F. Pendanaan Dinas Kesehatan Kota B.Aceh berdasarkan *Provider*

Semua dana yang ada di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, selain digunakan oleh dinkes itu sendiri, juga disalurkan ke Puskesmas dan Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan. Dari tabel berikut dapat dilihat gambaran pendanaan di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh berdasarkan *provider* :

Tabel 6.17.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan provider
Di Dinas Kesehatan Kota B.Aceh
Tahun anggaran 2006-2007

Provider	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
Rs	245.633.633	1,5%	-	-
Puskesmas	8.563.424.585	53,2%	18.870.048.915	71,0%
Dinkes	7.300.509.108	45,3%	7.698.769.268	29,0%
Total	16.109.567.326	100%	26.568.818.183	100%

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa distribusi dana dari dinas kesehatan paling banyak digunakan oleh Puskesmas pada tahun 2006-2007. Pada tahun 2006, masih terdapat dana yang disalurkan ke Rumah sakit yaitu sebesar Rp.245.633.633,- yang diperuntukkan untuk pengadaan obat dan untuk kegiatan rujukan bumil dan balita resti ke rumah sakit. Tetapi di tahun 2007 tidak terdapat lagi dana dari dinas kesehatan yang disalurkan ke Rumah sakit, karena program kegiatan tersebut sudah tidak dilaksanakan lagi.

Gambaran penggunaan dana kesehatan di dinas kesehatan sebagai provider atau penyedia pelayanan kesehatan, telah diuraikan pada bagian sebelumnya bab ini, selanjutnya di bagian ini akan diuraikan penggunaan dana kesehatan di Puskesmas selaku provider institusi kesehatan.

Pada tabel berikut akan diperlihatkan penggunaan dana kesehatan di puskesmas berdasarkan mata anggaran.

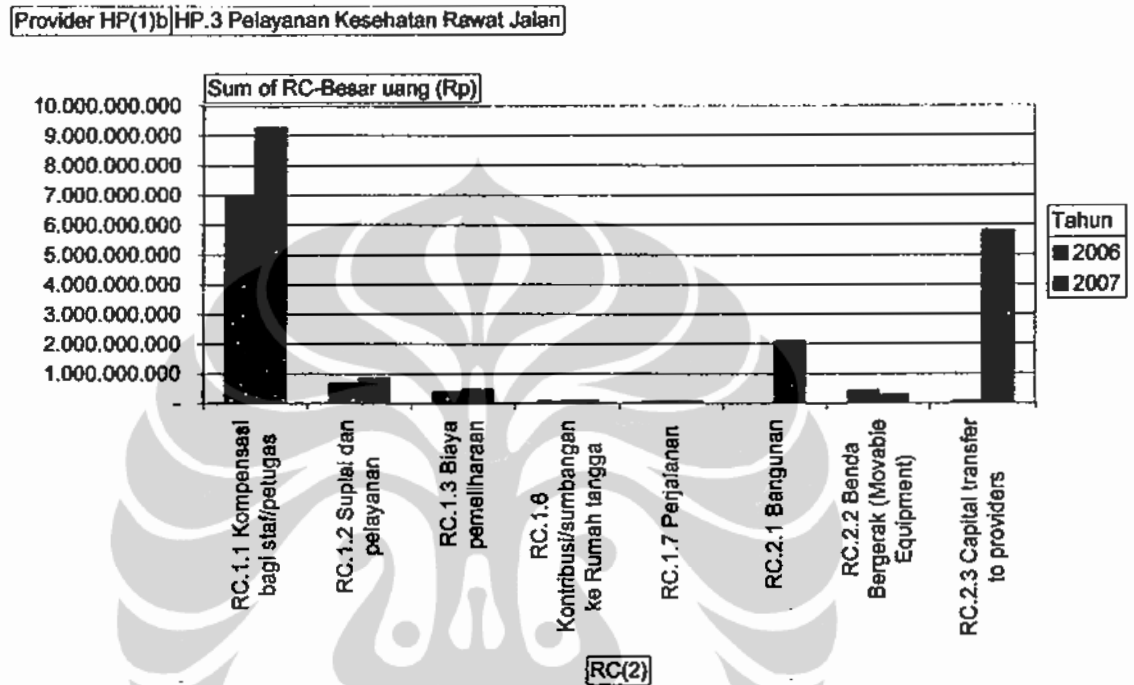
Tabel 6.18.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
Di Puskesmas Kota Banda Aceh
Tahun anggaran 2006-2007

Mata Anggaran	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
Operasional	8.084.756.770	94,4%	10.734.581.162	56,9%
Investasi	478.667.815	5,6%	8.135.467.753	43,1%
Total	8.563.424.585	100,0%	18.870.048.915	100,0%

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa, pada tahun anggaran 2006 dana kesehatan yang ada di Puskesmas lebih banyak digunakan untuk biaya operasional kegiatan yang dilaksanakan di Puskesmas. Tetapi pada tahun 2007, dana yang dialokasikan untuk operasional terjadi penurunan dan pendanaan untuk investasi meningkat.

Pada gambar berikut akan diperlihatkan penggunaan dana kesehatan yang ada di Puskesmas berdasarkan mata anggaran secara lebih rinci lagi.

Gambar 6.10.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
Di Puskesmas Kota Banda Aceh
Tahun anggaran 2006-2007



Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa pendanaan di puskesmas pada tahun 2006-2007, dana kesehatan yang memang lebih besar untuk operasional ternyata paling banyak dihabiskan untuk membiayai gaji petugas kesehatan di lingkungan puskesmas. Di tahun 2007, dana kesehatan yang ada di puskesmas juga banyak yang digunakan membayar pihak ketiga berupa pengadaan perlengkapan puskesmas, buku dan polindes. Di samping itu pada tahun 2007 juga terdapat banyak dana kesehatan yang ada di Puskesmas digunakan untuk membiayai pengadaan bangunan, berupa bangunan buku dan polindes. Hal ini terjadi karena para donatur sudah tidak banyak lagi yang memberikan bantuan untuk biaya investasi sehingga puskesmas melalui dinkes harus mengalokasikan dananya untuk pembangunan infrastruktur.

Pada tabel di bawah ini akan diperlihatkan jumlah dana yang dialokasikan di puskesmas berdasarkan penerima manfaat dari setiap kegiatan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan.

Tabel 6.19.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan penerima manfaat
Di Puskesmas Kota Banda Aceh
Tahun anggaran 2006-2007

Penerima Manfaat	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
balita & anak sekolah	-	-	41.942.842	0,2%
bayi/balita dinkes & puskesmas	48.960.000	0,6%	-	-
ibu & anak	6.314.608.917	73,7%	7.515.143.032	39,8%
ibu hamil	97.058.895	1,1%	3.941.860	0,0%
masyarakat	334.814.545	3,9%	500.000.000	2,6%
	1.767.982.228	20,6%	10.809.021.181	57,3%
Total	8.563.424.585	100%	18.870.048.915	100%

Dari tabel di atas diketahui bahwa, pada tahun anggaran 2006, dinkes dan puskesmas menjadi pihak yang paling banyak memperoleh manfaat dari setiap kegiatan yang dilaksanakan di puskesmas. Tetapi pada tahun 2007, kelompok masyarakat menjadi penerima manfaat terbesar dari penggunaan dana kesehatan yang ada di puskesmas. Pada tahun anggaran 2006, terdapat program yang mempunyai target sasarannya adalah bayi dan balita, yaitu kegiatan rujukan bayi dan balita resti ke rumah sakit, tetapi di tahun anggaran 2007 kegiatan ini tidak dilaksanakan lagi.

Demikian pula halnya dengan kegiatan vaksinasi balita dan anak sekolah yang dilaksanakan di tahun 2007, dimana pada tahun sebelumnya (2006) kegiatan ini belum dilaksanakan. Untuk penerima manfaat puskesmas dan dinkes tidak dapat dipisahkan, karena banyak kegiatan pembangunan kesehatan yang dilakukan secara bersama-sama dan saling terkait.

6.2.2.2.RSU. Meuraxa Kota Banda Aceh

Seperti yang telah dijelaskan di awal, dana kesehatan yang dihitung dan dianalisis dalam penelitian ini adalah dana yang dikelola dan diarahkan oleh RSU.Meuraxa dalam penggunaannya untuk pembangunan kesehatan. Akan tetapi karena kesulitan dalam mendapatkan data yang real, maka dana kesehatan di RSU.Meuraxa yang bersumber dari LSM dan BRR tidak dapat digambarkan dalam penelitian ini, jadi hanya dana yang berasal dari Pemerintah berupa DAU, PAD dan dana DAK saja yang dimasukkan dalam perhitungan dana kesehatan di RSU.Meuraxa.

A. Pendanaan kesehatan berdasarkan sumber di RSU.Meuraxa Kota Banda Aceh.

Dari tabel di bawah ini dapat dilihat, bahwa untuk pendanaan yang bersumber dari pemerintah di RSU. Meuraxa, dari sisi jumlahnya mengalami peningkatan dari tahun 2006 ke tahun 2007 dan dana yang paling banyak dialokasikan untuk mendanai RSU.Meuraxa adalah dana yang berasal dari Pemerintah daerah. Selama kurun waktu 2006-2007, dana yang dialokasikan oleh pemerintah daerah terdapat kecendrungan menurun, yaitu dari 94,6% di tahun 2006 menjadi 80,3% di tahun 2007. Sedangkan dana

yang berasal dari pemerintah pusat, meningkat dari 5,4% di tahun 2006 menjadi 19,7% di tahun 2007. Secara lebih jelas dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.20.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan sumber di RSUD.Meuraxa
Tahun anggaran 2006-2007

Sumber dana	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
Pem.Pusat	238.374.500	5,4%	1.464.421.717	19,7%
Pem.Daerah	4.170.502.976	94,6%	5.958.949.367	80,3%
TOTAL	4.163.243.843	100,0%	7.423.371.084	100,0%

B. Pendanaan kesehatan berdasarkan fungsi di RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh

Pada penelitian ini diasumsikan bahwa semua pelayanan kuratif yang ada di rumah sakit adalah pelayanan kuratif rawat inap, karena sukar untuk dipisahkan antara dana kesehatan yang digunakan untuk fungsi pelayanan kuratif rawat inap dengan rawat jalan. Selanjutnya fungsi kuratif dipisahkan lagi menjadi fungsi pelayanan medis dan fungsi penunjang pelayanan. Fungsi pelayanan medis adalah fungsi yang dalam kegiatannya lebih banyak berhubungan langsung dengan pasien seperti pelayanan di poli/rawat jalan, ruang rawat inap, apotik, laboratorium dan ruang roentgen. Sedangkan fungsi penunjang pelayanan adalah fungsi yang dalam kegiatannya lebih ke hal yang bersifat penunjang seperti instalasi dapur, laundry, asuhan keperawatan, dll.

Berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan, maka pendanaan kesehatan di RSUD.Meuraxa dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.21.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan fungsi pelayanan
Di RSUD. Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007

Fungsi	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
Kuratif	2.857.106.189	64,8%	6.266.165.709	84,4%
Administrasi	1.551.771.287	35,2%	1.157.205.375	15,6%
Total	4.408.877.476	100,0%	7.423.371.084	100,0%

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa dana kesehatan yang ada di RSUD. Meuraxa jika dilihat dari segi fungsinya, maka fungsi kuratifnya paling dominan jika dibandingkan dengan fungsi administrasinya. Selama kurun waktu 2006-2007 terdapat kecenderungan peningkatan fungsi pelayanan kuratif di rumah sakit, yaitu dari 64,8% di tahun 2006 menjadi 84,4% di tahun 2007. Sedangkan untuk fungsi administrasinya terdapat kecenderungan menurun, yaitu dari 35,2% di tahun 2006 menjadi 15,6% di tahun 2007.

C. Pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di RSUD. Meuraxa Kota Banda Aceh.

Berdasarkan tabel di bawah ini dapat dilihat, bahwa penggunaan dana yang bersumber dari pemerintah, di RSUD. Meuraxa Kota Banda Aceh pada tahun anggaran 2006-2007, berdasarkan mata anggaran ternyata lebih banyak digunakan untuk keperluan operasionalnya yaitu sebesar 94,2% di tahun 2006 dan 81,2% di tahun 2007.. Walaupun pada daerah pasca bencana seharusnya biaya untuk investasi lebih besar,

namun disini terjadi kebalikannya, hal tersebut karena dana yang digunakan untuk membiayai investasi telah ditanggulangi oleh dana yang berasal dari BRR dan LSM, sehingga dana yang dari pemerintah dapat dipergunakan lebih banyak ke hal-hal yang bersifat operasional. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.22.
Data Pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
di RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007

Mata Anggaran	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
operasional	4.154.952.976	94,2%	6.024.399.284	81,2%
investasi	253.924.500	5,8%	1.398.971.800	18,8%
Grand Total	4.408.877.476	100,0%	7.423.371.084	100,0%

Selama kurun Waktu 2006-2007, penggunaan dana kesehatan untuk biaya operasional di rumah sakit menunjukkan kecenderungan menurun, dan biaya untuk investasinya menunjukkan kecenderungan meningkat yaitu dari 5,8% di tahun 2006 meningkat menjadi 18,8% di tahun 2007.

D. Pendanaan kesehatan berdasarkan penerima manfaat di RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh.

Dari tabel di bawah ini dapat dilihat bahwa penggunaan dana di Rumah sakit pada tahun 2006-2007, ternyata lebih banyak digunakan untuk kegiatan yang membawa manfaat untuk lingkungan rumah sakit sendiri daripada masyarakat. Hal ini karena dana yang berasal dari donatur digunakan untuk kegiatan yang memberi manfaat kepada

masyarakat, sehingga dana kesehatan yang berasal dari pemerintah lebih difokuskan untuk kegiatan yang lebih banyak memberi manfaat kepada rumah sakit.

Tabel 6.23.

Data pendanaan kesehatan berdasarkan penerima manfaat
Di RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007

Penerima Manfaat	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
masyarakat	1.749.775.631	39,7%	2.450.344.619	33,0%
RS	2.659.101.845	60,3%	4.973.026.465	67,0%
Grand Total	4.408.877.476	100,0%	7.423.371.084	100,0%

E. Pendanaan kesehatan berdasarkan subdin/bidang di RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh.

Subdin di rumah sakit dalam penelitian ini dibagi tiga untuk kemudahan dalam penghitungan penggunaan dananya, yaitu subdin tata usaha, subdin pelayanan medik dan subdin keperawatan. Adapun penggunaan dananya di tiap-tiap subdin dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.24.

Data pendanaan kesehatan berdasarkan subdin
Di RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007

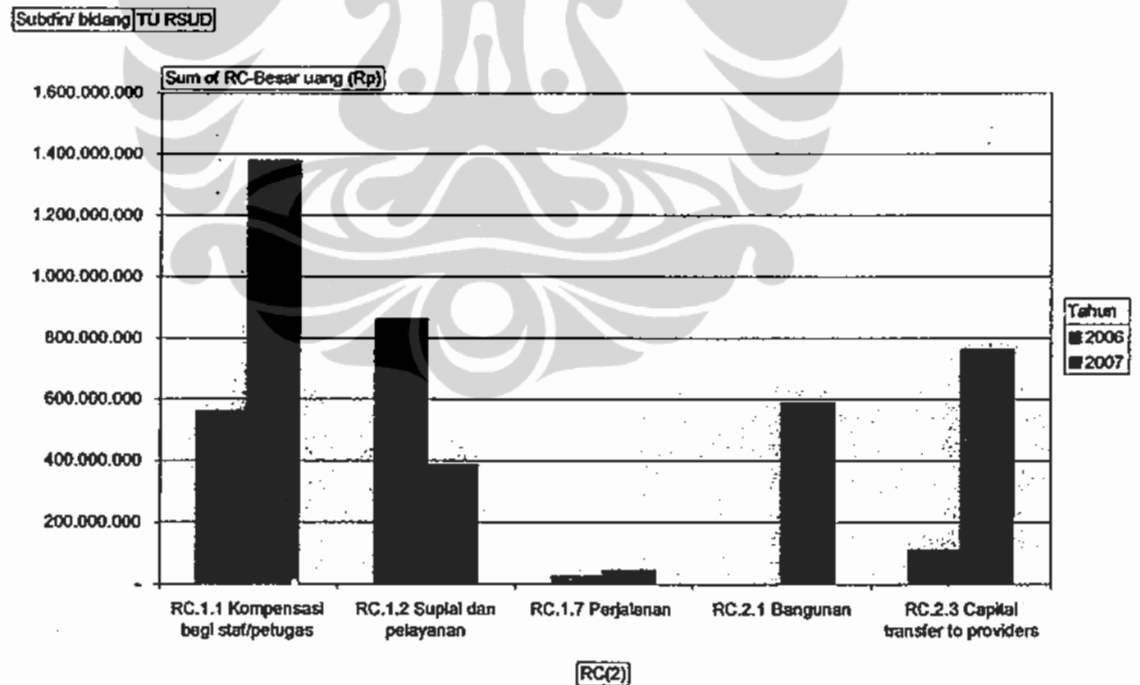
Subdin/ bidang	Besarnya Uang (Rp)			
	2006	%	2007	%
Pel.medik	1.825.622.652	41,4%	2.070.941.843	27,9%
Keperawatan	1.026.397.430	23,3%	2.193.550.988	29,5%
TU RSUD	1.556.857.394	35,3%	3.158.878.253	42,6%
Grand Total	4.408.877.476	100,0%	7.423.371.084	100,0%

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa dari ketiga subdin yang ada di RSUD.Meuraxa, pada tahun anggaran 2006 yang paling banyak menggunakan dana kesehatan adalah subdin pelayanan medik dan tata usaha. Di tahun 2007 dana kesehatan paling banyak digunakan oleh subdin tata usaha.

Dari gambar dibawah ini dapat dilihat bahwa, penggunaan dana yang ada di subdin tata usaha RSUD.Meuraxa pada tahun anggaran 2006-2007 paling besar digunakan untuk membayar gaji pegawai, honor/uang lembur, jasa dan belanja modal instalasi listrik dll.

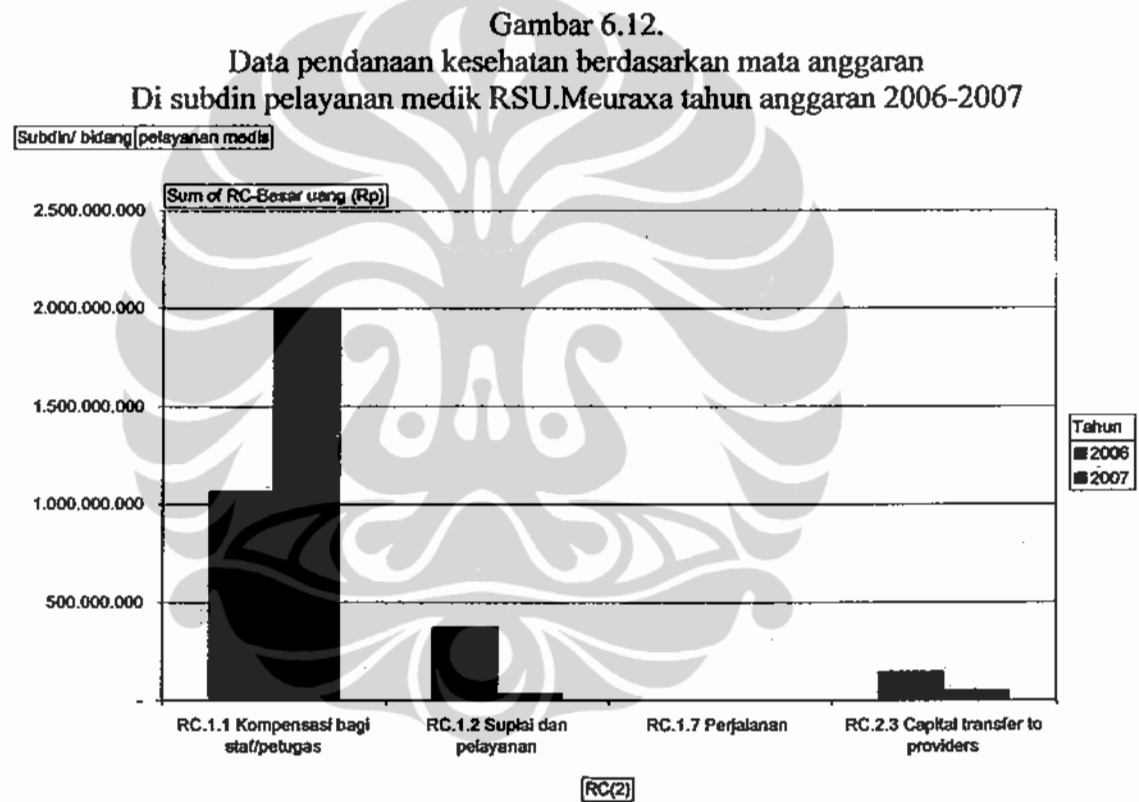
Gambar 6.11.

Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran di subdin Tata Usaha RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh tahun anggaran 2006-2007



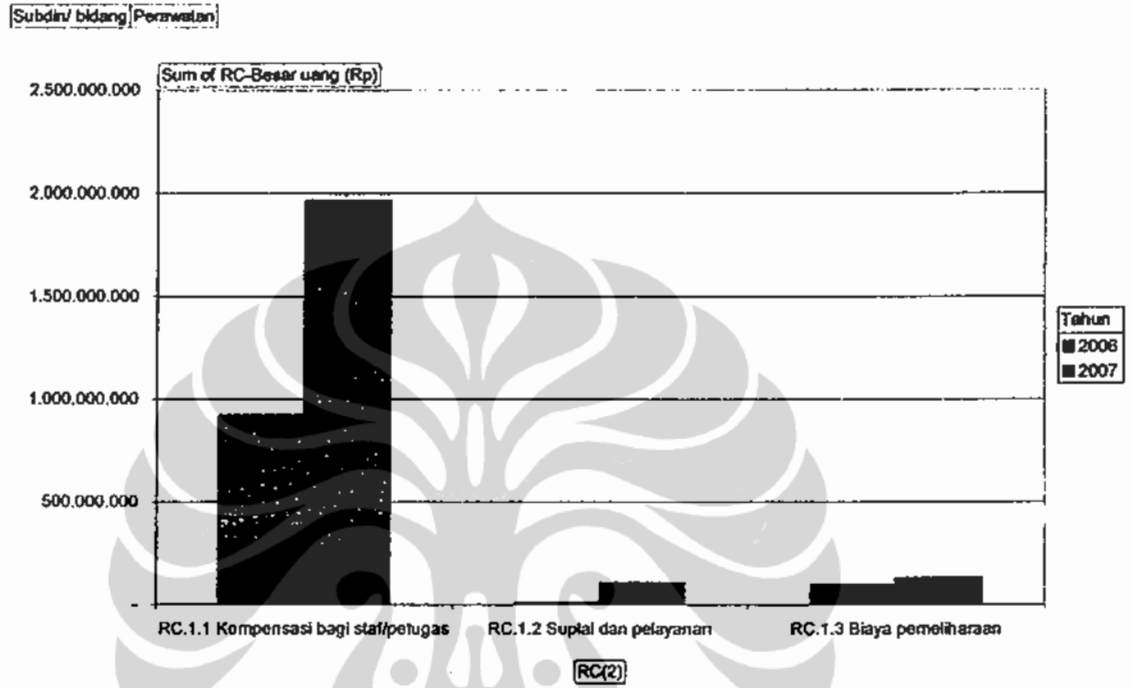
Penggunaan dana di subdin pelayanan medik dapat dilihat pada gambar berikut ini. Berdasarkan gambar di bawah ini, dapat dilihat bahwa penggunaan dana di subdin pelayanan medik pada tahun anggaran 2006 banyak digunakan untuk membiayai honor

petugas piket, suplai dan pelayanan berupa belanja bahan habis pakai kantor seperti obat dan bahan-bahan habis pakai medis lainnya. Sedangkan di tahun 2007 selain untuk gaji, dana kesehatan yang ada juga banyak digunakan untuk keperluan investasi pegawai berupa pendidikan dan pelatihan formal untuk petugas kesehatan, honor petugas piket, dan lainnya. Seperti yang terlihat pada gambar di bawah ini :



Pada subdin keperawatan RSUD.Meuraxa, penggunaan dana pada tahun 2006-2007 banyak digunakan untuk membiayai gaji petugas, biaya pemeliharaan dan biaya suplai lainnya berupa bahan-bahan laundry, dapur dan pelengkapan medis lainnya. Gambaran penggunaan dana di subdin ini, seperti terlihat pada gambar berikut ini :

Gambar 6.13.
Data pendanaan kesehatan berdasarkan mata anggaran
Di subdin keperawatan RSU.Meuraxa tahun anggaran 2006-2007



BAB 7

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian operasional riset dengan metode pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif diperoleh dari data pendanaan sektor kesehatan bersumber pemerintah tahun anggaran 2006-2007, untuk melengkapi juga ikut dikumpulkan pendanaan kesehatan yang bersumber dari LSM-LSM dan BRR yang beroperasi di Kota Banda Aceh pasca Tsunami 2004. Sedangkan data kualitatif dikumpulkan dengan melakukan wawancara mendalam terhadap pejabat yang terkait dalam penentuan alokasi anggaran pada Pemerintah Daerah Kota Banda Aceh.

Namun demikian, dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan penelitian, yaitu :

1. Hanya menghitung dana yang digunakan oleh Dinas Kesehatan dan RSUD. Meuraxa Kota Banda Aceh sebagai agennya, sehingga jumlah total dan perkapita biaya kesehatan yang bersumber pemerintah yang didapat pada penelitian ini dapat lebih kecil dari yang sebenarnya.
2. Data pendanaan kesehatan yang bersumber BRR dan LSM yang ada di RSUD. Meuraxa tidak didapatkan oleh peneliti karena keterbatasan waktu dan jarak penelitian.
3. Jumlah realisasi anggaran yang digunakan pada penelitian ini adalah jumlah total yang dibelanjakan perkegiatan, sehingga untuk menghitung biaya per mata

anggaran dari tiap kegiatan digunakan proporsi alokasi realisasi.

4. Jumlah informan yang dilakukan wawancara mendalam terbatas, tidak semua pengambil/penentu kebijakan alokasi anggaran dilakukan wawancara mendalam. Namun informan yang ada merupakan orang yang berkompeten di bidangnya.
5. Tidak menghitung dana kesehatan yang ada di luar dari institusi kesehatan penelitian.

7.2. Analisis pembiayaan sektor kesehatan bersumber pemerintah di Kota B.Aceh

7.2.1. Berdasarkan sumber

Hasil penelitian menunjukkan bahwa selama tahun 2006-2007 pendanaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah menunjukkan kecenderungan peningkatan dari sisi jumlah dan persentasenya. Kondisi ini menunjukkan bahwa Pemerintah khususnya untuk sektor kesehatan telah memiliki komitmen untuk pembangunan kesehatan di Kota Banda Aceh.

Jika dilihat dari pendanaan kesehatan perkapita pada tahun 2006, dengan jumlah pendanaan sebesar Rp.20.272.811.169,- dan dengan jumlah penduduk sebanyak 214.846 jiwa, maka nilai pendanaan sektor kesehatan perkapita dalam rupiah adalah sebesar Rp.94.359,73. Untuk tahun 2007, pendanaan sektor kesehatan yang berasal dari pemerintah adalah Rp.33.992.189.267,-, dan dengan jumlah penduduk sebesar 230.374 jiwa, maka nilai pendanaan perkapitanya adalah sekitar Rp.147.552,-. Jumlah pendanaan perkapita yang diperoleh dari perhitungan di atas, jika dilihat dari versi Indonesia sehat 2010 sebesar Rp.100.000/capita, maka jumlah perkapita biaya kesehatan untuk

penduduk Kota Banda Aceh berarti lebih besar dari standar yang ditetapkan Depkes. Demikian pula jika dibandingkan dengan pendanaan kesehatan yang dianjurkan oleh Bank Dunia (1993) yaitu sebesar US\$ 12/kapita, maka pendanaan kesehatan perkapita di Kota Banda Aceh pada tahun 2007 adalah sekitar US\$ 15 (dengan kurs 1 US\$ = Rp.9.800,-) juga dianggap telah mencukupi. Akan tetapi bila dibandingkan dengan yang dianjurkan oleh WHO (2001) sebesar US\$ 34/kapita, maka pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh belumlah mencukupi.

Dari data di bab terdahulu juga diketahui bahwa pada tahun anggaran 2005 jumlah dana yang dialokasikan untuk membiayai sektor kesehatan yang bersumber dari pemerintah adalah sebesar Rp.12.476.398.504,- dari jumlah total APBK sebesar Rp.275.974.380.758,- maka jika dipersentasekan berarti dana kesehatan sekitar 4,5%, dan untuk tahun 2006 dari jumlah yang dialokasikan sebesar Rp.19.038.245.244 dari jumlah APBK total sebesar Rp.380.428.073.095,- diperoleh persentase sekitar 5% juga, untuk tahun 2007 diperoleh sebesar 6,7%, jumlah ini jika dilihat dari komitmen para bupati seluruh Indonesia di tahun 2006 untuk mengalokasikan anggaran pembelanjaan daerahnya ke sektor kesehatan sebesar 15 %, ternyata masihlah belum terealisasi, apalagi jika dilihat dari jumlah kenaikan APBK dari tahun 2005-2007 sangat besar, tetapi ternyata besarnya persentase dana yang dialokasikan untuk kesehatan tidak banyak mengalami perubahan, padahal jumlah total pembelanjaan APBK dari tahun 2005 ke tahun 2007 meningkat 50%.

Tingginya pendanaan kesehatan perkapita di Kota Banda Aceh dapat disebabkan karena Kota Banda Aceh merupakan daerah pasca bencana dan pasca konflik

berkepanjangan yang dialami sebelumnya. Disinilah pihak institusi kesehatan harus aktif dalam melakukan segala daya upaya dalam mempertahankan dan melakukan advocacy untuk tetap mendapatkan alokasi anggaran yang memadai/mencukupi.

Dari tahun 2005-2007, sektor kesehatan juga menjadi sektor yang diprioritaskan untuk mendukung visi dan misi daerah. Untuk tahun 2006-2007, seperti yang tercantum dalam RPJM Kota Banda Aceh, kesehatan menjadi sektor yang diprioritaskan setelah sektor pendidikan. Namun jika dilihat dari proporsi alokasi dana ke sektor kesehatan dan pendidikan sangat jauh berbeda, dari tahun 2005-2007 secara berturut-turut sektor pendidikan mendapat alokasi dana dari APBK sebesar 47%; 35%; dan 32%, sedangkan kesehatan seperti yang telah diuraikan di atas hanya berkisar antara 5% - 7%. Dalam hal ini dapat dilihat bahwa komitmen pemerintah daerah terhadap sektor pendidikan untuk mengalokasikan APBK-nya minimal sebesar 30% untuk sektor pendidikan dipenuhi, tetapi untuk sektor kesehatan belum. Oleh karenanya diperlukan kemampuan dari pengambil kebijakan di tingkat institusi kesehatan dalam melakukan advocacy ke para *decision maker* di tingkat lebih atas.

Walaupun sektor kesehatan disebut sebagai sektor kedua yang diprioritaskan setelah pendidikan oleh para informan yang dilakukan wawancara mendalam, ternyata dalam pengalokasian dananya masih lebih besar persentasenya ke sektor lain, seperti sektor pekerjaan umum yang mendapat alokasi pada tahun 2005-2007 secara berturut-turut sebesar 5,8%; 7,6% dan 9,3%. Disinilah sekali lagi diperlukan kemampuan dari pengambil kebijakan di institusi kesehatan dalam melakukan advocacy pada para pengambil keputusan pada tingkat yang lebih tinggi.

Jika dilihat dari jumlah yang dialokasikan oleh pemerintah pusat terhadap pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh, maka dana yang dikeluarkan telah memadai, hal ini terlihat dari peningkatan persentase jumlah dana yang diberikan yaitu dari 18,1% di tahun 2006 menjadi 37,3% di tahun 2007. Namun tidak demikian halnya dengan alokasi dana dari pemerintah daerah, jika dilihat dari jumlah yang dialokasikan oleh pemerintah daerah, terdapat kecendrungan pendanaan yang menurun selama kurun waktu 2006-2007 yaitu dari 67,6% di tahun 2006 menjadi 58,1% di tahun 2007. Hal ini menandakan bahwa komitmen dari pemerintah daerah untuk pendanaan sektor kesehatan kurang, padahal dari hasil wawancara mendalam, para informan yang berasal dari para pengambil kebijakan alokasi pendanaan di Kota Banda Aceh mengatakan bahwa sektor kesehatan merupakan sektor yang diprioritaskan dalam mendapatkan alokasi anggaran.

7.2.2. Berdasarkan pengelola dana (agen)

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa dinas kesehatan merupakan pengelola dana (agen) terbesar di sektor kesehatan, dimana dana yang dikelola oleh dinkes sebagian besar diperoleh dari pemerintah daerah, yaitu sebesar 48,2% di tahun 2006 dan 40,5% di tahun 2007. Dari hasil penelitian juga diperoleh bahwa baik pemerintah pusat, propinsi maupun daerah, lebih banyak mendistribusikan dananya untuk dikelola oleh dinas kesehatan daripada rumah sakit. Dimana kemudian oleh dinas kesehatan, dana ini selain ada yang didistribusikan langsung ke masyarakat, juga didistribusikan lagi ke puskesmas dan ke rumah sakit di tahun 2006, tetapi di tahun 2007 pihak dinas kesehatan tidak lagi mendistribusikan dana yang dikelolanya ke rumah sakit.

7.2.3. Berdasarkan *provider*

Alokasi dana kesehatan berdasarkan *provider* sektor kesehatan meliputi dinkes, rumah sakit dan puskesmas. Dari hasil penelitian pada tahun anggaran 2006, menunjukkan bahwa adanya penggunaan dana di antara *provider* kesehatan lebih banyak pada puskesmas. Dana untuk kegiatan langsung yang banyak dilaksanakan oleh puskesmas ternyata memang memperoleh dana dalam jumlah yang paling cukup jika dibandingkan dengan yang dibelanjakan oleh Dinkes dan rumah sakit. Artinya adalah penggunaan dana kesehatan menunjukkan gambaran yang baik, yaitu dana lebih banyak dihabiskan pada untuk unit pelaksana di lapangan yaitu puskesmas, pustu dan polindes.

Untuk tahun anggaran 2007, penggunaan dana juga berjalan seimbang, dimana dana yang direalisasikan ke puskesmas tetap lebih besar daripada dana yang digunakan oleh dinkes. Dan dana yang digunakan untuk puskesmas sebagai unit pelaksana utama kegiatan preventif lebih besar dari dana yang digunakan oleh rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan kuratif.

Dari analisa penggunaan dana kesehatan berdasarkan *provider* di Kota Banda Aceh selama tahun 2006-2007 menunjukkan kecenderungan ke arah yang baik, dimana penggunaan dana telah lebih banyak untuk kegiatan langsung di unit pelaksana, dan dana yang direalisasikan untuk pelaksana kegiatan preventif lebih besar daripada dana yang direalisasikan untuk pelaksana kegiatan kuratif.

7.2.4. Berdasarkan fungsi

Dari hasil penelitian diperoleh, bahwa fungsi preventif paling besar dilaksanakan oleh puskesmas, fungsi administrasi paling besar dilaksanakan oleh dinas kesehatan, dan fungsi kuratif paling dominan dilaksanakan oleh rumah sakit.

Hasil penelitian pendanaan kesehatan berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh menunjukkan bahwa, fungsi preventif merupakan pengeluaran terbesar dari seluruh pembelanjaan dana kesehatan. Besarnya penggunaan dana untuk fungsi preventif ini terkait juga dengan besarnya dana yang dikelola puskesmas sebagai pelaksana kegiatan preventif paling dominan di antara provider lainnya di lingkungan institusi kesehatan.

Penggunaan dana selama kurun waktu 2006-2007, untuk fungsi kuratif menunjukkan kecendrungan peningkatan yaitu dari 17,9% di tahun 2006 menjadi 20,6% di tahun 2007. Untuk fungsi preventif menunjukkan kecendrungan penurunan yaitu dari 51% di tahun 2006, turun menjadi 47,4% di tahun 2007. Penggunaan dana pemerintah untuk fungsi yang terkait dengan kesehatan menunjukkan kecendrungan peningkatan selama kurun waktu 2006-2007, yaitu dari 13,5% di tahun 2006 menjadi 14,2% di tahun 2007, hal ini terjadi karena di awal tahun 2006, Kota Banda Aceh masih banyak memperoleh bantuan dari para donatur untuk membiayai pembangunan infrastruktur pasca bencana, tetapi di tahun selanjutnya bantuan tersebut mulai berkurang, karena selain sarana infrastruktur telah banyak yang dibangun kembali, juga karena donatur yang beroperasi di Kota Banda Aceh pasca Tsunami 2004 mulai berkurang.

Besarnya dana kesehatan yang dialokasikan untuk fungsi administrasi juga meningkat selama kurun waktu 2006-2007, yaitu dari 14,9% di tahun 2006 menjadi 19,8% di tahun 2007. Peningkatan fungsi administrasi dan fungsi-fungsi yang terkait kesehatan dapat disebabkan karena, Pemerintah Kota Banda Aceh mulai memprioritaskan pembangunan sarana dan prasarana sebagai salah satu unsur penunjang dalam pembangunan di Kota Banda Aceh. Sektor kesehatan selama ini masih dipandang sebagai sektor konsumtif dengan indikator keberhasilan program yang sulit diukur, akibatnya dana mulai cenderung lebih besar dialokasikan pada kegiatan fisik dan administrasi. Keadaan ini terjadi juga tidak terlepas dari kemampuan para perencana penyusun anggaran di institusi kesehatan yang masih terbatas.

7.2.5. Berdasarkan mata anggaran

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa penggunaan dana kesehatan berdasarkan mata anggaran di Kota Banda Aceh, ternyata pendistribusiannya belum merata, yaitu masih dominan digunakan untuk keperluan membiayai gaji dan honor petugas kesehatan, yaitu sebesar 53%, selanjutnya baru untuk kegiatan yang lain seperti biaya pengadaan alat-alat kantor dan kesehatan, untuk bangunan, suplai dan pelayanan, pemeliharaan serta untuk kendaraan dinas.

Ketidakseimbangan pembiayaan ini menyebabkan kelancaran pembangunan kesehatan di Kota Banda Aceh menjadi tidak lancar, dimana dana yang seharusnya lebih besar digunakan untuk membiayai program/kegiatan kesehatan di masyarakat ternyata malah banyak dihabiskan untuk membiayai gaji petugas kesehatan. Dalam Undang-

undang No.32 Tahun 2004 dan Undang-Undang No.33 Tahun 2004 juga telah disebutkan bahwa penggunaan dana alokasi umum diutamakan untuk pembiayaan pelayanan dasar kepada masyarakat daerah, namun kenyataannya hal tersebut tidak dapat dilaksanakan dengan baik oleh pemerintah daerah, karena sebagian besar dana alokasi umum dipergunakan untuk membiayai gaji pegawai.

7.2. Analisis pendanaan kesehatan di Institusi Kesehatan Kota Banda Aceh

7.3.1. Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

A. Berdasarkan sumber pendanaan

Pendanaan di dinas kesehatan berasal dari berbagai sumber, dari pemerintah dan non pemerintah. Yang berasal dari pemerintah yaitu DAU, DAK, DEKON, ASKESKIN, TP DAN PAD. Untuk sumber dana yang berasal dari DAU, PAD dan TP, pihak dinkes memiliki keleluasaan dalam pengaturan alokasinya di tingkat dinkes itu sendiri. Akan tetapi untuk dana yang berasal dari DAK, ditetapkan hanya untuk kegiatan pembangunan infrastruktur.

Untuk penggunaan dana DAK, di setiap tahun anggaran pihak dinkes dengan permintaan dari pemerintah daerah membuat daftar rincian kegiatan pembangunan infrastruktur yang dibutuhkan oleh dinkes pada tahun berjalan, yang kemudian oleh pihak pemerintah daerah melalui Bappeda melakukan penyesuaian antara jumlah dana DAK yang dialokasikan oleh pusat untuk daerah, rincian kegiatan pembangunan infrastruktur yang diajukan oleh pihak dinkes dan hasil musrenbang yang berhubungan dengan kegiatan pembangunan kesehatan.

Selain dari pemerintah, untuk tahun 2005-2007 dinkes juga menerima dana kesehatan dari non pemerintah yaitu LSM dan BRR. Hal ini sesuai seperti yang disebutkan oleh Depkes (2002) dalam modul 08 P2KT-FKMUI, bahwa menurut sumbernya secara garis besar pendanaan di Indonesia terbagi dua yaitu yang bersumber dari pemerintah dan yang dari non pemerintah. Untuk dana yang bersumber dari BRR dan LSM yang diterima dan dikelola oleh Dinkes Kota, lebih banyak ditujukan untuk memperbaiki dan membangun kembali berbagai infrastruktur dan mobiler yang hancur dan rusak akibat bencana Tsunami tahun 2004.

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh sebagian besar berasal dari pemerintah, yaitu sebesar 53,9% di tahun 2006 dan meningkat menjadi 86,4% di tahun 2007, sedangkan sisanya berasal dari para donatur. Dari keseluruhan 53,9% dana yang berasal dari pemerintah, sebagian besar berasal dari pemerintah daerah, yaitu sebesar 32,8% di tahun 2006; dan dari 86,4% di tahun 2007, kontribusi pemerintah daerah sebesar 44,8%.

Dari hasil penelusuran biaya yang hanya bersumber dari pemerintah saja, diketahui bahwa pada tahun 2006, dana untuk dinas kesehatan yang berasal dari pemerintah daerah (DAU dan PAD) sebesar Rp.9.775.125.726,- dan dari pemerintah pusat dan propinsi (DAK, DEKON, ASKESKIN, TP) sebesar Rp.6.334.441.600,-, jika diproporsikan berarti 61% dana untuk sektor kesehatan pada tahun 2006 berasal dari pemerintah daerah dan dari pemerintah pusat sebesar 39%. Untuk tahun 2007, jumlah dana yang berasal dari pemerintah daerah adalah Rp.13.780.641.916,- dan dari pemerintah pusat sebesar Rp.12.788.176.267,- maka jika diproporsikan diperoleh 52%

dana yang diperuntukkan untuk sektor kesehatan berasal dari pemerintah daerah dan 48% berasal dari pemerintah pusat.

Dari hasil perhitungan di atas terlihat bahwa terjadi penurunan proporsi dari jumlah anggaran yang dialokasikan oleh pemerintah daerah untuk sektor kesehatan. Ini menandakan bahwa tidak ada komitmen dari Pemerintah Daerah Kota Banda Aceh di dalam mendukung keberlanjutan dari kegiatan pembangunan di sektor kesehatan. Padahal dari hasil wawancara mendalam dengan informan diperoleh informasi bahwa kesehatan merupakan salah satu sektor yang diprioritaskan untuk mendukung tercapainya visi dan misi daerah.

Terjadinya penurunan jumlah presentase dana yang dialokasikan untuk sektor kesehatan oleh pemerintah daerah, dapat disebabkan karena institusi kesehatan kurang mampu dalam menyusun perencanaan anggaran dan dalam melakukan advokasi ke pihak pengambil kebijakan. Padahal dukungan dari pihak pemerintah ini sangat diperlukan dalam menjaga keberlangsungan pendanaan kesehatan di dinas kesehatan.

Pihak dinkes dapat melakukan kemungkinan *resource mobilization* pada dana yang bersumber dari pemerintah daerah yang diterima berdasarkan alokasi dari APBK. Hal ini sesuai dengan yang dijabarkan oleh Andayani dalam Thabrany (2006), bahwa faktor yang ikut berpengaruh terhadap besar kecilnya jumlah pendanaan kesehatan yang diperoleh dinas kesehatan adalah jumlah penerimaan daerah yang tercantum dalam APBD, skala prioritas terhadap sektor kesehatan, kemampuan dinkes dalam menyajikan informasi alur pendanaan yang baik serta dalam melakukan advocacy kepada para pengambil kebijakan.

B. Berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan

Dari hasil penelitian penggunaan dana kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan, diperoleh informasi bahwa dari tahun anggaran 2006-2007, dana kesehatan paling banyak dihabiskan untuk kegiatan yang berfungsi preventif yaitu sebesar 49,1% di tahun 2006 dan 60,7% di tahun 2007. Selanjutnya fungsi yang dominan kedua adalah fungsi administrasi yaitu sebesar 24,2% di tahun 2006 dan 18,5% di tahun 2007. Sedangkan untuk fungsi kuratif yang dikelola oleh dinkes, terdapat kecenderungan pendanaan yang menurun yaitundari 9,7% di tahun 2006 menjadi 2,8% di tahun 2007.

Data yang didapat pada penelitian juga menunjukkan bahwa pendanaan untuk fungsi preventif dan administrasi, lebih banyak didanai oleh pemerintah daerah. Sedangkan untuk kegiatan yang berfungsi kuratif dan fungsi-fungsi yang terkait dengan kesehatan, pendanaan lebih besar dibiayai oleh pemerintah pusat.

Jika dilihat dari segi jumlah yang dibelanjakan untuk fungsi preventif dari tahun 2006-2007, terdapat peningkatan, yaitu dari Rp.7.910.859.496,- yang dibelanjakan di tahun 2006 menjadi Rp.16.119.901.167,- di tahun 2007. Dan dari segi pembelanjaan untuk kegiatan yang berfungsi administrasi ternyata juga terdapat peningkatan walaupun dari sisi persentasenya menurun, hal ini terjadi karena pada tahun anggaran 2006-2007, pihak Dinkes Kota selain banyak melakukan penerimaan pegawai yang hilang akibat bencana, juga masih melakukan kegiatan pembangunan kesehatan dalam rangka pengadaan dan perbaikan sarana prasarana yang rusak akibat bencana Tsunami. Dalam

hal pembangunan infrastruktur yang dimasukkan dalam fungsi-fungsi terkait kesehatan, juga terjadi peningkatan, dari tahun 2006 yang dibelanjakan sebanyak Rp.2.733.458.880,- di tahun 2007 menjadi Rp.4.812.112.818,-.Hal ini menunjukkan bahwa sampai dengan tahun anggaran 2007, pembangunan kembali sarana infrastruktur kesehatan yang rusak akibat bencana Tsunami masih berlangsung.

Jika dilihat dari peningkatan pendanaan dari fungsi preventif yang cenderung meningkat dari tahun 2006 menuju tahun 2007, dan pendanaan dari fungsi kuratif yang cenderung menurun, ini menunjukkan kinerja dari Dinkes Kota Banda Aceh menuju ke arah pendanaan yang lebih baik, seperti yang disebutkan oleh Zschock,D (1979) bahwa kegiatan yang bersifat preventif lebih efektif untuk meningkatkan status kesehatan daripada pelayanan yang bersifat kuratif. Demikian pula yang disampaikan oleh Mardiasmo (2002) bahwa pembangunan kesehatan merupakan salah satu ukuran dalam menilai kinerja pemerintah daerah terhadap masyarakat.

C. Berdasarkan mata anggaran

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dari pembelanjaan kesehatan untuk kegiatan operasional dari sisi jumlahnya cenderung meningkat, dari tahun 2006 sebesar Rp.10.928.746.031,- menjadi Rp.15.996.090.661,- di tahun 2007, dan untuk kegiatan investasi juga meningkat, dari Rp.5.180.821.295,- di tahun 2006 menjadi Rp.10.572.727.522,-di tahun 2007. Dana operasional yang dikelola oleh dinas kesehatan sebagian besar diperoleh dari alokasi dana yang berasal dari pemerintah daerah yaitu sebesar 57,7% di tahun 2006 dan 50,5% di tahun 2007. Sedangkan dana untuk kegiatan

investasinya, lebih banyak dibiayai oleh dana yang disalurkan oleh pemerintah pusat yaitu sebesar 26,5% di tahun 2006 dan 38,4% di tahun 2007.

Besarnya dana yang dialokasikan untuk operasional dalam kurun waktu dua tahun terakhir (2006-2007) menunjukkan arah kinerja yang baik, karena peningkatan jumlah dana operasional yang dibelanjakan, menunjukkan bahwa kegiatan kesehatan lebih banyak digunakan untuk pelayanan langsung ke masyarakat daripada untuk investasi, seperti yang dinyatakan oleh Bhisma murti (2006) bahwa belanja operasional adalah belanja langsung yang digunakan untuk membiayai kegiatan yang bersifat non investasi/tidak menambah aset dan lebih nyata memberikan manfaat terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Namun jika dilihat lagi dana yang digunakan untuk operasional, maka akan terlihat bahwa gaji pegawai merupakan komponen terbesar dari keseluruhan dana operasional. Sedangkan dana operasional yang benar-benar digunakan untuk kepentingan masyarakat sangat sedikit. Oleh karena itu sangatlah wajar jika derajat kesehatan masyarakat Kota Banda Aceh belum menunjukkan perbaikan yang berarti.

D. Berdasarkan penerima manfaat

Jika dilihat dari persentase penerima manfaat pertahun anggaran, maka pada tahun anggaran 2006, pihak dinkes dan puskesmas merupakan pihak yang menjadi penerima manfaat terbesar, yaitu sebesar Rp. 9.015.234.660,- atau sekitar 56%, sedangkan masyarakat sebesar Rp.6.501.521.121,- atau sekitar 40%. Di tahun 2007, dinkes dan

rumah sakit memperoleh manfaat dari tiap kegiatan yang dilaksanakan sebesar 43% dan manfaat yang diperoleh oleh masyarakat meningkat menjadi 55%.

Hal ini menunjukkan bahwa kinerja dari dinas kesehatan Kota Banda Aceh menunjukkan ke arah yang baik, dimana terdapat kecendrungan peningkatan manfaat yang diberikan kepada masyarakat selama kurun waktu 2006-2007. Hal ini sesuai dengan salah satu tugas pemerintah dalam pembangunan kesehatan yaitu menyediakan pelayanan kesehatan yang dapat didistribusikan kepada masyarakat (Mardiasmo, 2002)

Karena pada penelitian ini tidak dilakukan pemilahan antara masyarakat umum dan masyarakat miskin yang menjadi sasaran dari kegiatan, maka tidak diketahui apakah dari kelompok besar masyarakat yang menjadi penerima manfaat ini telah tepat sasaran atau tidak, atau malah lebih banyak masyarakat mampu ternyata yang lebih banyak menerima manfaat dari seluruh kegiatan kesehatan yang dilaksanakan pada tahun anggaran 2006-2007.

E. Berdasarkan subdin

Di dinas kesehatan terdapat 5 subdin ditambah 2 bagian yaitu subdin promkes, subdin P2P, subdin Kesga, subdin Pelayanan Kesehatan, subdin Bina Program, bagian tata usaha dan gudang farmasi. Bagian tata usaha terdiri dari sub-bagian kepegawaian, keuangan dan perlengkapan. Jika dilihat penggunaan dana di tiap subdin dan bagian yang ada di dinkes, maka akan didapatkan bahwa gaji pegawai merupakan komponen terbesar dari seluruh pendanaan kesehatan yang ada pada tiap subdin dan bagian tersebut.

Dari hasil penelitian juga diketahui bahwa dalam pengalokasian dana kesehatan ke tiap-tiap subdin dan bagian belum merata dan tidak memperhitungkan adanya program yang diprioritaskan. Tiap kegiatan kesehatan yang dilaksanakan oleh masing-masing subdin tidak saling berkaitan, hal ini dapat terjadi karena pihak Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh belum sepenuhnya menghayati bahwa program kesehatan tersebut mempunyai program prioritas yang harus dilihat sebagai satu kesatuan yang harus disokong bersama diantara subdin yang ada di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh. Padahal sebuah program akan berjalan dengan baik apabila adanya koordinasi berbagai lintas program kesehatan yang ada pada tiap-tiap subdin dan bagian.

7.3.2. RSU Meuraxa Kota Banda Aceh

A. Berdasarkan sumber pendanaan

Secara struktur organisasi, RSU Meuraxa merupakan badan tersendiri, tetapi pada tahun 2006, masih terdapat urusan administrasi yang bergabung dengan Dinas Kesehatan yaitu dalam hal obat, karena pada masa itu RSU Meuraxa masih satu gedung dengan Dinas Kesehatan. Tetapi setelah pembangunan RSU meuraxa selesai dibangun kembali yang rusak akibat bencana Tsunami, kegiatan administrasinya menjadi terpisah kembali seperti sebelum Tsunami dulu dengan Dinkes. Anggaran pendanaan untuk RSU Meuraxa adalah merupakan bagian dari pendanaan sektor kesehatan dari Pemerintah Kota Banda Aceh.

Bila dilihat dari sumber pendanaan, maka sumber terbesar berasal dari pemerintah daerah selama kurun waktu 2006-2007, yaitu sebesar 94,6% dan di tahun 2007 sebesar

80,3%. Pada tahun anggaran 2006, RSUD Meuraxa belum memiliki pendapatan sendiri, karena pada masa pasca bencana tersebut kegiatan di rumah sakit belum berjalan sempurna, pada masa itu rumah sakit memberikan pelayanan gratis kepada masyarakat dengan bantuan sarana dan prasarana dari LSM yang pada saat itu sedang beroperasi di Kota Banda Aceh dalam rangka Rehabilitasi dan Rekonstruksi pasca bencana. Baru pada tahun 2007 RSUD Meuraxa menempati bangunan yang baru, yang dibangun kembali setelah gedung lama hancur total akibat bencana Tsunami.

B. Berdasarkan fungsi

Jika dilihat berdasarkan fungsinya pada tahun anggaran 2006-2007, maka fungsi kuratif menjadi fungsi yang paling dominan dalam tiap kegiatan yang dilaksanakan di rumah sakit. Dan jika ditinjau lebih jauh lagi, maka diperoleh bahwa untuk fungsi kuratif yang dilaksanakan oleh rumah sakit, ternyata sebagian besar dananya berasal dari pemerintah daerah. Hal ini menunjukkan bahwa kegiatan kuratif yang dilaksanakan oleh rumah sakit lebih terjamin dalam pendanaannya, karena tidak tergantung kepada pemerintah pusat.

C. Berdasarkan mata anggaran

Jika dilihat pendanaan RSUD Meuraxa pada tahun anggaran 2006-2007, maka dana yang digunakan untuk operasionalnya jauh lebih besar daripada untuk investasinya, karena pada penelitian ini, untuk rumah sakit hanya menghitung dana yang berasal dari

pemerintah, sedangkan dana dari non pemerintah/donatur tidak dimasukkan, padahal dana dari donatur banyak yang dialokasikan untuk mata anggaran investasinya.

D. Berdasarkan penerima manfaat

Sama seperti penggunaan dana berdasarkan mata anggaran, maka dana yang dikelola oleh rumah sakit yang berasal dari pemerintah, lebih banyak diperuntukkan untuk kepentingan rumah sakit sendiri, karena yang untuk kegiatan dengan sasaran masyarakat telah ditangani oleh donatur yang membantu rumah sakit pada masa itu.

7.4. Implementasi kebijakan pendanaan kesehatan

Proses penyusunan anggaran di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh sebenarnya sudah terintegrasi dengan baik, karena sudah melibatkan semua komponen, mulai dari puskesmas dan puskesmas di tingkat dasar sampai ke tiap subdin dan subbagian di dinkes. Tetapi belum memenuhi tahap penyusunan kegiatan dengan benar. Kendala yang dihadapi adalah karena kurangnya kemampuan SDM perencanaan pada masing-masing komponen, baik di tingkat Puskesmas hingga ke tiap subdin dan bagian di dinkes, dimana kegiatan yang diajukan dalam anggaran tidak berdasarkan analisis data dan penyusunan kebutuhan anggaran yang akan dibelanjakan. Hal ini juga yang disampaikan oleh informan yang dilakukan wawancara mendalam, bahwa pihak dinkes dalam mengajukan program kegiatan kurang sesuai dengan kebutuhan dan tujuan yang ingin dicapai dan hanya mengikuti program kegiatan di tahun sebelumnya, jarang terdapat program yang sifatnya baru.

Di tingkat eksekutif, walaupun pihak informan menyatakan dalam pengajuan program kegiatan yang akan dianggarkan telah berdasarkan sistem *bottom up*, namun pada kenyataannya pihak eksekutiflah yang paling dominan berperan dalam penyusunan perencanaan anggaran terutama Bappeda. Dimana para SKPD menyusun rencana kerja kegiatan anggarannya setelah mendapatkan SE (surat edaran) dari kepala daerah, berupa pedoman yang disusun oleh Bappeda dan DPRK yang tertuang dalam KUA-PPAS. Selanjutnya pada tingkat pembahasan di DPRK, pihak dinkes harus berjuang lagi untuk mempertahankan program kegiatan yang telah mereka susun tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada pihak eksekutif, para informan menyatakan bahwa dalam menilai kelayakan alokasi anggaran kesehatan yang diajukan dinas kesehatan, dilihat dari segi kesesuaian dengan RPJM dan kemampuan keuangan daerah, selain itu juga tergantung pada advokasi dan sosialisasi dari dinkes tentang program yang diusulkan bermanfaat atau tidak, mendukung visi dan misi daerah yang diusung atau tidak.

Dalam hal kemampuan advokasi inilah pihak dinkes belum maksimal karena kemampuan argumentasi dan negosiasi yang tidak kuat dari SDM perencana anggaran. Rendahnya kemampuan SDM dalam memperjuangkan dan mempertahankan programnya pada pihak eksekutif, akan mempengaruhi kebijakan pengalokasian anggaran kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan anggaran. Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Gani (1996) tentang permasalahan pendanaan kesehatan yang sangat dipengaruhi oleh kemampuan perencana kesehatan dalam menyusun advokasi terhadap *policymaker*.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

A. Analisis Kecukupan (sufficiency)

- Jumlah total pendanaan kesehatan yang bersumber Pemerintah pada tahun anggaran 2006 adalah sebesar Rp.20.272.811.169,- dan di tahun 2007 meningkat menjadi Rp.33.992.189.267,-, didapatkan jumlah pendanaan perkapitanya pada tahun 2006 sebesar Rp. 94.359,73 dan untuk tahun 2007 meningkat menjadi Rp. 147.552,-. Jumlah pembiayaan kesehatan perkapita di Kota Banda Aceh, jika menurut standar yang ditetapkan oleh Depkes telah memenuhi standar, demikian pula jika dirujuk berdasarkan standar Bank Dunia (1993) angka ini juga dianggap telah mencukupi. Tetapi jika berdasarkan standar badan kesehatan dunia (WHO, 2001) jumlah pembiayaan kesehatan perkapita di Kota Banda Aceh belum cukup.
- Pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh yang berasal dari pemerintah pusat selama kurun waktu 2006-2007 menunjukkan kecenderungan pendanaan yang meningkat yaitu dari 18,1% di tahun 2006 menjadi 37,3% di tahun 2007, sedangkan pendanaan kesehatan yang berasal dari pemerintah daerah walaupun dari sisi jumlahnya mengalami peningkatan tetapi dari persentasenya menunjukkan kecenderungan yang menurun, yaitu dari 67,7% di tahun 2006 menjadi 58,1% di tahun 2007. Hal ini

menunjukkan bahwa pendanaan kesehatan yang bersumber dari pemerintah daerah belum memadai.

- Jika dilihat dari persentase alokasi dana ke sektor kesehatan dibandingkan dengan jumlah total APBK Kota Banda Aceh, maka selama kurun waktu 2005-2007, pendanaan untuk sektor kesehatan di Kota Banda Aceh berkisar antara 4,5% - 6,7%. Angka ini masih dianggap belum mencukupi jika dirujuk dari kesepakatan para walikota/bupati seluruh Indonesia untuk mengalokasikan anggaran daerahnya sebesar 15% ke sektor kesehatan.

B. Analisis Efisiensi

- Dari penelitian, diperoleh data bahwa untuk pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh yang berfungsi preventif jika dilihat dari providernya lebih banyak dilaksanakan oleh puskesmas yaitu sebesar 36,1% dari 51% di tahun 2006 dan 43,6% dari 47,4% total fungsi preventif di tahun 2007. Pelayanan yang bersifat kuratif lebih dominan dilaksanakan oleh rumah sakit yaitu sebesar 12,9% dari 17,9% di tahun 2006 dan 18,4% dari 20,6% total fungsi kuratif di tahun 2007. Untuk pelayanan yang bersifat administrasi lebih banyak dilaksanakan oleh dinas kesehatan, maka hal ini menunjukkan bahwa pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh telah terlaksana secara efisien, dimana puskesmas sebagai unit pelaksana kegiatan kesehatan (provider) terbesar, dalam kegiatan pembangunannya memang telah berfungsi dengan benar yaitu sebagai pelaksana kegiatan yang bersifat preventif di lini terdepan. Dan rumah sakit juga telah berperan dengan baik

yaitu sebagai pelaksana kegiatan kuratif dalam pembangunan kesehatan di Kota Banda Aceh.

- Demikian pula halnya dengan dinas kesehatan sebagai pelaksana kegiatan administrasi dari seluruh kegiatan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh Institusi kesehatan, telah melaksanakan fungsinya dengan benar dan efisien, dimana dinkes sebagai provider kesehatan dalam penggunaan dananya lebih besar membelanjakan dananya untuk fungsi administrasi yaitu sebesar sebesar 8,7% dari 14,9% total fungsi administrasi di tahun 2006, dan di tahun 2007 sebesar 12,2% dari 19,8% total fungsi administrasi.

C. Analisis Efektifitas

- Jika dilihat dari penggunaan dana kesehatan berdasarkan provider dan fungsinya masing-masing, maka pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh telah terlaksana secara efisien, tetapi jika dilihat lagi penggunaan dana di masing-masing provider berdasarkan fungsi dan mata anggarannya, maka akan diperoleh bahwa biaya operasionalnya lebih banyak digunakan untuk membiayai gaji petugas kesehatan daripada biaya untuk program. Hal inilah yang menyebabkan pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh berjalan tidak efektif, dimana jumlah pendanaannya meningkat, tetapi jumlah kasus penyakit menular seperti DBD, malaria tetap tinggi dan berbagai persoalan kesehatan lainnya seperti kesehatan lingkungan, gizi Balita, kematian bayi dan ibu melahirkan juga masih kurang penanganan.

- Dari penelitian yang dilakukan di institusi kesehatan di Kota Banda Aceh didapatkan bahwa, pengalokasian dana untuk tiap-tiap subdin/bagian tidak berdasarkan skala prioritas, karena institusi kesehatan di Kota Banda Aceh belum menyusun suatu rancangan program prioritas di tiap penyusunan perencanaan anggaran, sehingga dalam penggunaan dana di masing-masing subdin/bagian, terdapat kegiatan yang tidak saling mendukung atau berjalannya masing-masing tanpa saling mengintegrasikan. Hal inilah yang juga menyebabkan pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh menjadi kurang efektif.

D. Analisis Sustainability

- Jika dilihat dari sumber dana yang berasal pemerintah daerah yang mendominasi pendanaan kesehatan secara keseluruhan di Kota Banda Aceh, maka keberlanjutan pendanaan kegiatan pembangunan kesehatan di Kota Banda Aceh berjalan baik, karena selama kurun waktu 2006-2007, sumber dana terbesar berasal dari pemerintah daerah, yaitu di tahun 2006 sebesar 67,6% dan di tahun 2007 sebesar 58,1%.
- Jika dilihat dari penggunaan dana kesehatan berdasarkan sumber dan provider, maka dari penelitian diperoleh bahwa untuk pelayanan kesehatan preventif yang dominan dilaksanakan oleh puskesmas dan pelayanan kesehatan kuratif yang lebih besar dilaksanakan oleh rumah sakit, sebagian besar dananya diperoleh dari pemerintah daerah. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan administrasi yang banyak dilaksanakan oleh dinas kesehatan,

sumber pendanaan terbesarnya berasal dari pemerintah pusat. Dari hal ini dapat dikatakan bahwa keberlangsungan pendanaan untuk kegiatan pembangunan kesehatan di Kota Banda Aceh berjalan baik atau lebih terjamin keberlanjutannya, karena kegiatan pembangunan kesehatan yang lebih dominan preventif dan kuratif, pendanaannya berasal dari pemerintah lokal/daerah.

- Pendanaan kesehatan jika dilihat berdasarkan mata anggaran, maka biaya operasionalnya lebih dominan daripada biaya investasinya. Dan jika dilihat lagi lebih dalam, berdasarkan sumbernya, maka pada penelitian ini diperoleh bahwa dana kesehatan yang lebih banyak dialokasikan ke dinas kesehatan sebagai agennya, maka biaya operasional kegiatan pembangunan kesehatan yang ada di dinkes hampir sepenuhnya dibiayai oleh pemerintah daerah, yaitu sebesar 57,7% di tahun 2006 dan 50,5% di tahun 2007. Dari hal ini dapat ditarik kesimpulan bahwa keberlangsungan pendanaan untuk operasional kesehatan lebih terjamin, karena lebih banyak berasal dari pemerintah daerah.

E. Analisis Equity

- Pada pendanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, yang menjadi penerima manfaat pada tiap kegiatan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan adalah dinkes dan puskesmas di tahun 2006, dan di tahun 2007 penerima manfaatnya adalah kelompok masyarakat umum. Untuk penggunaan dana di rumah sakit, selama kurun waktu 2006-2007, yang menjadi penerima manfaat terbesar adalah rumah sakit. Institusi kesehatan

yang seharusnya lebih banyak memberi pelayanan kepada masyarakat, ternyata dalam tiap kegiatannya, lebih banyak memberi manfaat kepada institusi mereka sendiri daripada untuk masyarakat. Ini memperlihatkan bahwa pendanaan kesehatan di Kota Banda Aceh, dalam penggunaannya belum merata dan adil, masyarakat yang lebih membutuhkan pelayanan kesehatan, malah mendapatkan proporsi manfaat yang lebih sedikit.

- Puskesmas yang seharusnya mendapatkan manfaat lebih besar dari dinas kesehatan berdasarkan proporsi pendanaannya, tidak dapat dihitung secara pasti proporsinya, karena pembagian pendanaan dan kegiatan yang tidak jelas antara tugas puskesmas dan tugas-tugas yang menjadi tanggung jawab dinas kesehatan.

8.2. Saran

- Pemerintah Kota, Bappeda dan DPRK Kota Banda Aceh, dalam menetapkan kebijakan alokasi anggaran yang sesuai dengan arah, visi dan misi daerah, agar berdasarkan atas sektor-sektor prioritas daerah yang telah ditetapkan dalam RPJM, sehingga sektor kesehatan yang menjadi salah satu sektor prioritas daerah mendapatkan proporsi pendanaan yang memadai.
- Dinkes dan Rumah Sakit Meuraxa agar menyusun dan menetapkan program prioritas, target dan sasaran secara lebih jelas dan mengkaitkannya dalam tiap penyusunan perencanaan kegiatan anggaran, sehingga tiap-tiap kegiatan yang

direncanakan oleh masing-masing subdin/bagian dapat saling terintegrasi dan saling mendukung dalam mencapai target & sasaran.

- Dalam melakukan advokasi alokasi anggaran kepada pengambil kebijakan, sebaiknya Dinkes Kota Banda Aceh dan Rumah Sakit Meuraxa menyertakan laporan dan data pendanaan yang diperlukan secara lebih terperinci dan lengkap untuk lebih meyakinkan para pengambil kebijakan.
- Agar pendanaan kesehatan di Dinkes Kota Banda Aceh dapat berjalan lebih efektif, maka perlu diperjelas kembali *description job* puskesmas dan dinkes, sehingga kegiatan yang dilaksanakan tidak saling tumpang tindih.
- Untuk Rumah Sakit Meuraxa, agar biaya sebenarnya yang diperlukan oleh rawat jalan dan rawat inap lebih diketahui secara pasti, dapat dilakukan suatu studi khusus lanjutan untuk memilah dan menghitung kebutuhan yang diperlukan oleh masing-masing bagian tersebut.
- Dalam melakukan penyusunan pengalokasian dana kesehatan, agar lebih diutamakan kepada kegiatan-kegiatan pembangunan kesehatan yang lebih menyentuh dan sampai kepada masyarakat.
- Bagi peneliti lain yang tertarik dengan *DHA* dapat melakukan penelitian berdasarkan realisasi anggaran di daerahnya, sekaligus menghitung *DHA* yang bersumber non pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2002, *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT), Modul 08 : Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account)*, Biro Perencanaan, Depkes RI & FKM UI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2003, *Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pelatihan Persiapan Perhitungan KW-SPM & P-DHA*, Banda Aceh, 14-16 Juli 2006.
- Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, 2005, *Profil Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2005*. Dinkes Kota Banda Aceh, Banda Aceh.
- Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, 2006, *Profil Kesehatan Kota Banda Aceh Tahun 2006*. Dinkes Kota Banda Aceh, Banda Aceh.
- Dinas Kesehatan Propinsi NAD, 2006, *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam 2006-2010*. Dinas Kesehatan Provinsi NAD, Banda Aceh.
- D. Sachs Jeffry (diterjemahkan oleh Hasbullah Thabrany), 2002, *Ringkasan Eksekutif: Makro ekonomi dan kesehatan : Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi*, Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia, vol III, No 03.
- Draft NHA Guideline, 2000 (dalam Hasbullah Thabrany), 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, pp 198-199.
- Gani, A, 1996, *Pembiayaan Kesehatan di Indonesia*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Gani, A, 1999, *Aplikasi Indikator Kesehatan dan IPM Dalam Alokasi Anggaran Kesehatan Masyarakat*, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, tahun XXVII, no. 1.

- Gani, A, 2003, *Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI, Depok.
- Gani, A, 2006, *Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten / Kota Dalam Sistem Desentralisasi*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI, Depok.
- Irwansyah, 2003, *Analisis Pembiayaan Sektor Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kabupaten Lampung Selatan Tahun Anggaran 2003*, Tesis, Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta.
- Mardiasmo, 2002, *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*, Andi, Yogyakarta.
- Maryanti, AH, Hardianto, D, 2006, 'Penganggaran Menggunakan RASK dan Pembiayaan Kesehatan', Dalam, *Perencanaan Dan Penganggaran Untuk Investasi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Kota* (hal 79-123), Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Ministry Of Health Malaysia, 2006, *Health Expenditure Report (1997-2002)*, Malaysia National Health Accounts Project.
- Mills, A, Gilson, L, 1990, *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara - Negara Sedang Berkembang*, Dian Rakyat, Jakarta.
- Mu'am, Ahmad, 2006, *Kompilasi Peraturan Pemerintah*, Imperia Press, Yogyakarta.
- Murti, B, et al, 2006, *Perencanaan dan Penganggaran Untuk Investasi Kesehatan Di Tingkat Kabupaten Dan Kot.*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Pemerintah Kota Banda Aceh, 2007, *Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2007 - 2012 Kota Banda Aceh*. Pemerintah Kota Banda Aceh, Banda Aceh.
- Pemerintah Kota Banda Aceh, Badan Pusat Statistik, 2005, *Aceh Dalam Angka*, Nanggroe Aceh Darussalam.
- Pemerintah Kota Banda Aceh , 2005, *Dokumen Anggaran Satuan Kerja Tahun 2005*, Banda Aceh.
- Pemerintah Kota Banda Aceh, 2006, *Dokumen Anggaran Satuan Kerja Tahun 2006*, Banda Aceh.
- RSU Meuraxa, 2006, *Laporan Tahunan dan Profil RSU Meuraxa*, Banda Aceh.

- Soewondo, P, et al, 2005, 'Analisis Kebijakan Masalah Kesehatan Masyarakat', Dalam Topatimasang, R, (Ed), *Sehat Itu Hak* (hal 83-135), Koalisi untuk Indonesia Sehat Indonesian Society for Social Transformation (INSIST), Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI, Jakarta.
- Thabrany, H, 2003, *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan sebagai Investasi SDM*, Majalah Kedokteran Indonesia, vo 53, No 06, pp 199-202.
- Thabrany, H, (Ed), 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Tjiptoherijanto, P, Soesetyo, B, 1994, *Ekonomi Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Trisnantoro, L, Hardianto, D, 2005, *Desentralisasi Kesehatan*, Bab V
- World Health Organization, 2002, *National Health Accounts : Concepts, Data Sources And Methodology*.
- World Health Organization, 2003, *Guide to Producing NHA, Chapter 4*
- Yandriani, A, 2007, *Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan District Health Account di Kota Pariaman Tahun 2004-2006*, Tesis, Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Zschock. Dieter. K, 1979, *Health Care Financing in Developing Countries*, Funded by The Agency for International Development Contract AID/ta-C-1320, U.S.A.



**PEDOMAN WAWANCARA
(BAPPEDA)**

1. Sektor-sektor apa saja yang diprioritaskan dalam menunjang visi dan misi Kota Banda Aceh?

Pertimbangan apa yang menyebabkan sektor-sektor itu menjadi prioritas ?

Apa dampaknya bagi masyarakat dengan unggulan sektor tadi ?
2. Bagaimanakah sistem/mekanisme dalam menentukan pengalokasian anggaran untuk semua dinas/instansi ?

Apa yang menjadi dasar pertimbangannya ?
3. Berapa persen alokasi anggaran untuk sektor kesehatan ?

Apa yang menjadi alasan/dasar pertimbangannya ?
4. Bagaimana Bapak menilai kelayakan alokasi anggaran yang diusulkan oleh dinas/instansi kesehatan untuk pembiayaan sektor kesehatan?

Apakah Bappeda melihat kedalaman isi dari usulan anggaran yang disampaikan dinas/instansi ?
5. Bagaimana peranan Bapak dalam menentukan kebijakan penetapan pengalokasian anggaran tersebut ?
6. Bagaiman pula keterlibatan Bapak dalam menentukan besarnya alokasi dana untuk sektor kesehatan tersebut ?
7. Menurut Bapak, selain ke Dinas Kesehatan dan RSUD, alokasi anggaran sektor kesehatan dapat dibagikan ke instansi mana saja ?

Seberapa besar proporsi alokasi anggaran pada masing-masing instansi tersebut ?

Kenapa anggaran sektor kesehatan tersebut dialokasikan di luar Dinas Kesehatan / RSUD ? Apa dasar pertimbangannya ?

8. Apa kelemahan Dinas Kesehatan dan RSUD dalam memperjuangkan anggaran?
9. Apa saran Bapak untuk Dinas Kesehatan dan RSUD agar kesehatan mendapat prioritas yang wajar ?



**PEDOMAN WAWANCARA
(PEMDA)**

1. Sektor-sektor apa saja yang diprioritaskan dalam menunjang visi dan misi Kota Banda Aceh?

Pertimbangan apa yang menyebabkan sektor-sektor itu menjadi prioritas ?
2. Bagaimanakah sistem/mekanisme dalam menentukan pengalokasian anggaran untuk semua dinas/instansi ?

Apa yang menjadi dasar pertimbangannya ?
3. Berapa persen alokasi anggaran untuk sektor kesehatan ?

Apa yang menjadi alasan/dasar pertimbangannya ?
4. Bagaimana Bapak menilai kelayakan alokasi anggaran yang diusulkan oleh dinas/instansi kesehatan untuk pembiayaan sektor kesehatan?
5. Bagaimana peranan Bapak sebagai pejabat Pemda Kota Banda Aceh dalam menentukan kebijakan tersebut ?
6. Bagaiman pula keterlibatan Bapak dalam menentukan besarnya alokasi dana untuk sektor kesehatan tersebut ?
7. Menurut Bapak, selain ke Dinas Kesehatan dan RSUD, alokasi anggaran sektor kesehatan dapat dibagikan ke instansi mana saja ?

Seberapa besar proporsi alokasi anggaran pada masing-masing instansi tersebut ?

Kenapa anggaran sektor kesehatan tersebut dialokasikan di luar Dinas Kesehatan / RSUD ? Apa dasar pertimbangannya ?

8. Apa kelemahan Dinas Kesehatan dan RSUD dalam memajukan anggaran?
9. Apa saran Bapak untuk Dinas Kesehatan dan RSUD agar kesehatan mendapat prioritas yang wajar ?



Lanjutan Lampiran 1 **PEDOMAN WAWANCARA
(DPRK)**

1. Sektor-sektor apa saja yang diprioritaskan dalam menunjang visi dan misi Kota Banda Aceh?

Pertimbangan apa yang menyebabkan sektor-sektor itu menjadi prioritas ?
2. Bagaimanakah sistem/mechanisme dalam menentukan pengalokasian anggaran untuk semua dinas/instansi ?

Apa yang menjadi dasar pertimbangannya ?
3. Sesudah dibicarakan di Bappeda, apalagi yang menjadi pertimbangan akhir di DPRK dalam menentukan pengalokasian dana untuk semua sektor ?
4. Berapa persen alokasi anggaran untuk sektor kesehatan ?

Apa yang menjadi alasan/dasar pertimbangannya ?
5. Bagaimana Bapak menilai kelayakan alokasi anggaran yang diusulkan oleh dinas/instansi kesehatan untuk pembiayaan sektor kesehatan?
6. Bagaimana peranan Bapak sebagai pejabat Pemda Kota Banda Aceh dalam menentukan kebijakan tersebut ?
7. Bagaiman pula keterlibatan Bapak dalam menentukan besarnya alokasi dana untuk sektor kesehatan tersebut ?
8. Menurut Bapak, selain ke Dinas Kesehatan dan RSUD, alokasi anggaran sektor kesehatan dapat dibagikan ke instansi mana saja ?

Seberapa besar proporsi alokasi anggaran pada masing-masing instansi tersebut ?

Lampiran 2. Klasifikasi Sumber Dana

KLASIFIKASI SUMBER DANA DIGIT 1
FS.1 Biaya public
FS.3 Rest of the world funds

KLASIFIKASI SUMBER DANA DIGIT 2
FS.1.1 Dana pemerintah
FS.3.1.BRR
FS.3.2.Wordvision
FS.3.3.mercy
FS.3.4.Astra honda
FS.3.5.Bulan sabit
FS.3.6.Tolan 3
FS.3.7.Care
FS.3.8.Islamic relief
FS.3.9.merlin
FS.3.10.Arab saudi
FS.3.11.Ausaid-australia
FS.3.12.WHO
FS.3.13.YIPD
FS.3.14.Unicef
FS.3.15.Indosiar
FS.3.16.USAID
FS.3.17.IOM
FS.3.18.UNFPA
FS.3.19.Jepang
FS.3.20.AIPRD

Lanjutan lampiran 2.Klasifikasi Sumber Dana

KLASIFIKASI SUMBER DANA DIGIT 3
FS.1.1.1 Pemerintah pusat
FS.1.1.2 Propinsi
FS.1.1.3 Kabupaten/kota



Lampiran 3. Klasifikasi Agen/Pengelola Dana

KLASIFIKASI AGEN DIGIT 1

HF.1 Biaya Publik

KLASIFIKASI AGEN DIGIT 2

HF.1.1 Wilayah pemerintahan

KLASIFIKASI AGEN DIGIT 3

HF.1.1.1 Pemerintahan pusat

HF.1.1.2 Pemerintahan propinsi

HF.1.1.3 Pemerintahan kabupaten/kota

KLASIFIKASI AGEN DIGIT 4

HF.1.1.3.1 Dinas Kesehatan kabupaten/kota

HF.1.1.3.2 Rumah Sakit Daerah Kab/Kota

Lampiran 4. Klasifikasi Penyedia Pelayanan Kesehatan

KLASIFIKASI PPK DIGIT 1
HP.1 Rumah sakit
HP.3 Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan
HP.5 Pelayanan dan administrasi program kesehatan masyarakat

Lanjutan Lampiran 4. Klasifikasi Penyedia Pelayanan Kesehatan

KLASIFIKASI PPK DIGIT 2
HP.1.1 RS Umum
HP.3.3 Puskesmas
HP.5.1 PROMKES
HP.5.2 Yankes
HP.5.3 Kesga
HP.5.4 P2P
HP.5.5 TU/administrasi
HP.5.6 Bina Program
HP.5.7 Lainnya(GF)

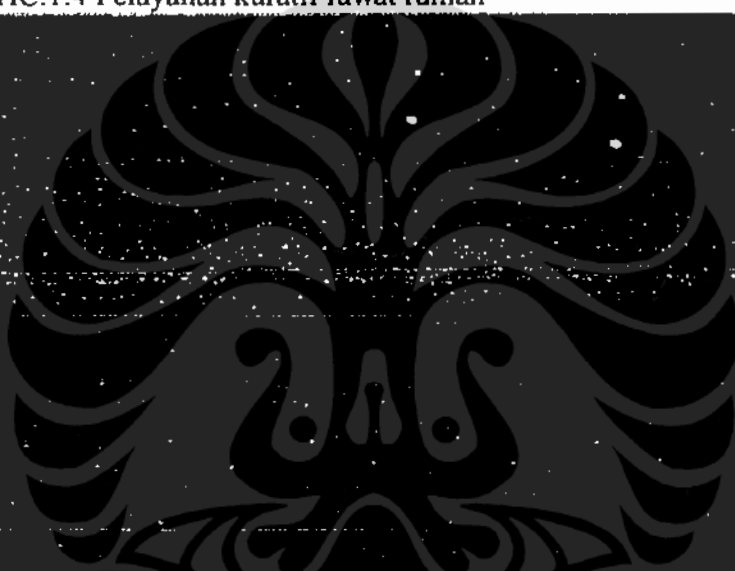
Lanjutan Lampiran 4. Klasifikasi Penyedia Pelayanan Kesehatan

KLASIFIKASI PPK DIGIT 3
HP.1.1.1.TU RSU
HP.1.1.2.Bag.perawatan
HP.1.1.3.Bag. Yanmed
HP.3.3.1 Bina Program
HP.3.3.2.KIA/Imunisasi
HP.3.3.3. UKS
HP.3.3.4 USILA
HP.3.3.5 P2P
HP.3.3.6.TU/administrasi
HP.3.3.7.pelayanan medis/poli
HP.3.3.8.kesling
HP.3.3.9.Semua pusat pel rajal masyarakat dan pelayan terpadu lain(posyandu,polindes,pustu)

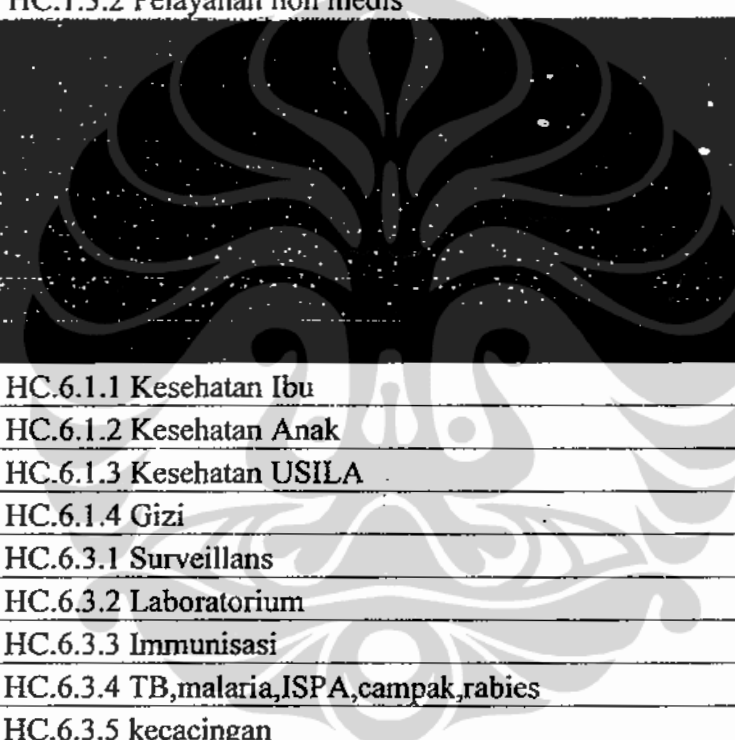
Lampiran 5. Klasifikasi Fungsi Pelayanan Kesehatan

KLASIFIKASI FUNGSI DIGIT 1
HC.1 Pelayanan kuratif
HC.6 Pelayanan Preventif dan kesmas
HC.7 Adm Kesehatan dan Asuransi Kesehatan
HC.R.1-5 Fungsi-fungsi terkait kesehatan

Lanjutan Lampiran 5. Klasifikasi Fungsi Pelayanan Kesehatan

KLASIFIKASI FUNGSI DIGIT 2
HC.1.1 Pelayanan kuratif rawat inap
HC.1.2 Perawatan kuratif kasus harian
HC.1.3 Pelayanan kuratif rawat jalan
HC.1.4 Pelayanan kuratif rawat rumah

HC.6.1 KIA, KB, dan konseling
HC.6.2 Pelayanan Kesehatan Sekolah
HC.6.3 Pencegahan Penyakit Menular
HC.6.4 Pencegahan Penyakit tidak menular
HC.6.5 Layanan Kesehatan Kerja
HC.6.6 Semua layanan kesmas lainnya
HC.6.7. kesehatan lingkungan
HC.7.1 Adm kesehatan pemerintah umum
HCR.1.pembentukan modal untuk institusi penyedia layanan kesehatan

Lanjutan Lampiran 5. Klasifikasi Fungsi Pelayanan Kesehatan

KLASIFIKASI FUNGSI DIGIT 3
HC.1.1.1 Pelayanan medis
HC.1.1.2 Penunjang Pelayanan
HC.1.3.1 Pelayanan medis
HC.1.3.2 Pelayanan non medis

HC.6.1.1 Kesehatan Ibu
HC.6.1.2 Kesehatan Anak
HC.6.1.3 Kesehatan USILA
HC.6.1.4 Gizi
HC.6.3.1 Surveillans
HC.6.3.2 Laboratorium
HC.6.3.3 Immunisasi
HC.6.3.4 TB, malaria, ISPA, campak, rabies
HC.6.3.5 kecacingan
HC.6.3.6 STDs dan HIV
HC.6.3.7 Kusta
HC.6.3.8 Fillariasis
HC.6.3.9 DBD
HC.6.3.10 Diare
HC.7.1.1 Adm. Kesehatan pemerintah umum (kecuali asuransi social)

Lanjutan Lampiran 5. Klasifikasi Fungsi Pelayanan Kesehatan

KLASIFIKASI FUNGSI DIGIT 4
HC.1.3.1.1 Pelayanan medis dan diagnostik/dasar
HC.1.3.1.2 Rawat jalan perawatan gigi
HC.1.3.1.3 Semua pelayanan medis specialist
HC.1.3.1.4 Semua layanan kuratif rawat jalan lainnya



Lampiran 6. Klasifikasi Mata Anggaran

KLASIFIKASI MATA ANGGARAN DIGIT 1

RC.1. Biaya Operasional

RC.2. Pengeluaran investasi/kapital

KLASIFIKASI MATA ANGGARAN DIGIT 2

RC.1.1 Kompensasi bagi staf/petugas

RC.1.2 Suplai dan pelayanan

RC.1.3 Biaya pemeliharaan

RC.1.4 Bunga bank

RC.1.5 Subsidi untuk provider

RC.1.6 Kontribusi/sumbangan ke Rumah tangga

RC.1.7 Perjalanan

RC.2.1 Bangunan

RC.2.2 Benda Bergerak (Movable Equipment)

RC.2.3 Capital transfer to providers

Lanjutan Lampiran 6.Klasifikasi Mata Anggaran

KLASIFIKASI MATA ANGGARAN DIGIT 4
RC.1.1.1.1 Gaji Pokok PNS/Uang Representasi
RC.1.1.1.2 Tunjangan keluarga
RC.1.1.1.3 Tunjangan Jabatan
RC.1.1.1.4 Tunjangan Fungsional
RC.1.1.1.5 Tunjangan Fungsional Umum
RC.1.1.1.6 Tunjangan Beras
RC.1.1.1.7 Tunjangan PPh/Tunjangan Khusus
RC.1.1.1.8 Pembulatan Gaji
RC.1.1.1.9 gaji dr.ptt
RC.1.1.1.10 gaji bidan ptt
RC.1.1.1.11 Tunjangan Panitia Musyawarah
RC.1.1.1.12 Tunjangan Komisi
RC.1.1.1.13 Tunjangan Panitia Anggaran
RC.1.1.1.14 Tunjangan Badan Kehormatan
RC.1.1.1.15 Tunjangan Alat Kelengkapan Lainnya
RC.1.1.1.16 Tunjangan Perumahan
RC.1.1.1.17 Uang Duka Wafat/Tewas
RC.1.1.1.18 Uang Jasa Pengabdian
RC.1.1.3.1 Tambahan Penghasilan berdasarkan beban kerja
RC.1.1.3.2 Tambahan Penghasilan berdasarkan tempat bertugas
RC.1.1.3.3 Tambahan Penghasilan berdasarkan kondisi kerja
RC.1.1.3.4 Tambahan Penghasilan berdasarkan kelangkaan profesi
RC.1.1.3.5 Tambahan Penghasilan berdasarkan prestasi kerja
RC.1.1.3.6 Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS
RC.1.1.3.7 Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa PNS
RC.1.1.3.8 Honorarium Tim Pemeriksa/ Penerima Barang PNS
RC.1.1.3.9 Honorarium Tim Penilai PNS
RC.1.1.3.10 Honorarium Tenaga Ahli non PNS
RC.1.1.3.11 Honorarium Pegawai Honoror/tidak tetap non PNS
RC.1.1.3.12 Honorarium Tim/Panitia non PNS
RC.1.1.3.13 Uang Lembur PNS
RC.1.1.3.14 Uang Lembur Non PNS
RC.1.2.1.1 Belanja Bahan Pakai Habis Kantor

Lanjutan Lampiran 6.Klasifikasi Mata Anggaran

RC.1.2.1.2 Belanja Bahan/Material
RC.1.2.1.3 Belanja Pakaian Dinas dan Atributnya
RC.1.2.1.4 Belanja Pakaian Kerja
RC.1.2.1.5 Belanja Pakaian khusus dan hari-hari tertentu
RC.1.2.1.6 Belanja Cetak dan Penggandaan
RC.1.2.2.1 Belanja Jasa Kantor
RC.1.2.2.2 Belanja Premi Asuransi
RC.1.2.2.3 Belanja Sewa Rumah/Gedung/Gudang/Parkir
RC.1.2.2.4 Belanja Sewa Sarana Mobilitas
RC.1.2.2.5 Belanja Sewa Alat Berat
RC.1.2.2.6 Belanja Sewa Perlengkapan dan Peralatan Kantor
RC.1.2.2.7 Belanja pertemuan : sosialisasi dan rapat
RC.1.2.3.1.belanja makan & minum pegawai
RC.1.2.3.2.belanja makan & minum pasien
RC.1.3.1.1 Belanja Jasa Service Kendaraan
RC.1.3.1.2 Belanja Penggantian Suku Cadang
RC.1.3.1.3 Belanja Bahan Bakar Minyak/Gas dan pelumas
RC.1.3.1.4 Belanja Jasa KIR
RC.1.3.1.5 Belanja Surat Tanda Nomor Kendaraan
RC.1.3.1.6 Belanja perpanjangan Surat Ijin Mengemudi
RC.1.3.1.7 Belanja Pengecatan
RC.1.3.2.1 Kantor
RC.1.3.2.2 Rumah Dinas
RC.1.3.2.3 Rumah Sakit
RC.1.3.2.4 Puskesmas
RC.1.3.2.5 Pustu
RC.1.3.2.6 Polindes
RC.1.3.2.7 Gudang
RC.1.7.1.1 Belanja perjalanan dinas dalam daerah
RC.1.7.1.2 Belanja perjalanan dinas luar daerah
RC.1.7.2.1 Belanja perjalanan pindah tugas dalam daerah
RC.1.7.2.2 Belanja perjalanan pindah tugas luar daerah
RC.1.7.3.1 Belanja pemulangan pegawai yang <input type="checkbox"/> ension dalam daerah
RC.1.7.3.2 Belanja pemulangan pegawai yang <input type="checkbox"/> ension luar daerah
RC.1.7.3.3 Belanja pemulangan pegawai yang tewas dalam tugas
RC.2.2.1.1 Belanja Modal Pengadaan Alat Angkutan Darat bermotor

Lanjutan Lampiran 6. Klasifikasi Mata Anggaran

RC.1.2.1.2 Belanja Bahan/Material
RC.1.2.1.3 Belanja Pakaian Dinas dan Atributnya
RC.1.2.1.4 Belanja Pakaian Kerja
RC.1.2.1.5 Belanja Pakaian khusus dan hari-hari tertentu
RC.1.2.1.6 Belanja Cetak dan Penggandaan
RC.1.2.2.1 Belanja Jasa Kantor
RC.1.2.2.2 Belanja Premi Asuransi
RC.1.2.2.3 Belanja Sewa Rumah/Gedung/Gudang/Parkir
RC.1.2.2.4 Belanja Sewa Sarana Mobilitas
RC.1.2.2.5 Belanja Sewa Alat Berat
RC.1.2.2.6 Belanja Sewa Perlengkapan dan Peralatan Kantor
RC.1.2.2.7 Belanja pertemuan : sosialisasi dan rapat
RC.1.2.3.1. belanja makan & minum pegawai
RC.1.2.3.2. belanja makan & minum pasien
RC.1.3.1.1 Belanja Jasa Service Kendaraan
RC.1.3.1.2 Belanja Penggantian Suku Cadang
RC.1.3.1.3 Belanja Bahan Bakar Minyak/Gas dan pelumas
RC.1.3.1.4 Belanja Jasa KIR
RC.1.3.1.5 Belanja Surat Tanda Nomor Kendaraan
RC.1.3.1.6 Belanja perpanjangan Surat Ijin Mengemudi
RC.1.3.1.7 Belanja Pengecatan
RC.1.3.2.1 Kantor
RC.1.3.2.2 Rumah Dinas
RC.1.3.2.3 Rumah Sakit
RC.1.3.2.4 Puskesmas
RC.1.3.2.5 Pustu
RC.1.3.2.6 Polindes
RC.1.3.2.7 Gudang
RC.1.7.1.1 Belanja perjalanan dinas dalam daerah
RC.1.7.1.2 Belanja perjalanan dinas luar daerah
RC.1.7.2.1 Belanja perjalanan pindah tugas dalam daerah
RC.1.7.2.2 Belanja perjalanan pindah tugas luar daerah
RC.1.7.3.1 Belanja pemulangan pegawai yang <input type="checkbox"/> ension dalam daerah
RC.1.7.3.2 Belanja pemulangan pegawai yang <input type="checkbox"/> ension luar daerah
RC.1.7.3.3 Belanja pemulangan pegawai yang tewas dalam tugas
RC.2.2.1.1 Belanja Modal Pengadaan Alat Angkutan Darat bermotor

Lampiran 7. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan mata anggaran Dinkes Kota Banda

Aceh Tahun 2006

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Gaji Pokok PNS/Uang Representasi	5.674.845.890	35,23%
gaji bidan ptt	14.160.000	0,09%
gaji dr.ptt	29.500.000	0,18%
tunjangan PNS	1.243.900.000	7,72%
Honorarium Tenaga Ahli/Instruktur/Narasumber/Moderator/Notulen non PNS	11.092.445	0,07%
Honorarium Pegawai Honorer/tidak tetap non PNS	260.800.000	1,62%
Honorarium Tim/Panitia non PNS	38.311.893	0,24%
Tambahan Penghasilan berdasarkan kelangkaan profesi	28.800.000	0,18%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	1.002.814.275	6,22%
Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa PNS (PPK, Pejabat/Panitia Pengadaan Barang Dan Jasa)	19.923.821	0,12%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	76.637.777	0,48%
Belanja Bahan/Material	964.928.543	5,99%
Belanja Pakaian Dinas dan Atributnya	216.667.500	1,34%
Belanja Cetak dan Penggandaan	69.077.792	0,43%
Belanja Jasa Kantor	255.471.895	1,59%
Belanja Sewa Rumah/Gedung/Gudang/Parkir	9.243.704	0,06%
Belanja makan & minum pegawai	26.342.227	0,16%
Belanja perawatan kendaraan bermotor	489.715.000	3,04%

Lanjutan Lampiran 7. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan mata anggaran Dinkes Kota

Banda Aceh Tahun 2006

Kantor	11.225.000	0,07%
Rumah Dinas	312.549.800	1,94%
Perawatan alat medis	2.864.118	0,02%
Perawatan alat non medis	7.162.997	0,04%
Kontribusi ke rumah tangga	78.290.909	0,49%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	89.517.966	0,49%
Belanja perjalanan dinas luar daerah	4.695.879	0,03%
Belanja modal pengadaan tanah	99.475.000	0,62%
Belanja modal pengadaan konstruksi/pembelian bangunan	1.573.086.400	9,76%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Angkutan Darat Bermotor	894.195.000	5,55%
Belanja modal pengadaan peralatan kantor	29.800.000	0,18%
Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran	1.454.810.718	9,03%
Belanja modal pengadaan alat-alat laboratorium	1.129.454.177	7,01%
Grand Total	16.109.567.326	100%

Lampiran 8. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan

Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2006

FUNGSI	Realisasi dana (Rp)	persentase
Pelayanan kuratif rawat inap	342.955.633	2,13%
Perawatan kuratif kasus harian	3.297.321	0,02%
Pelayanan kuratif rawat jalan	152.484.294	0,95%
KIA, KB, dan konseling	466.689.545	2,90%
Pencegahan Penyakit Menular	364.038.000	2,26%
Semua layanan kesmas lainnya	1.004.545.455	6,24%
Adm kesehatan pemerintah umum	8.343.853.798	51,79%
Pembentukan modal untuk institusi penyedia layanan kesehatan	5.431.703.280	33,72%
Grand Total	16.109.567.326	100%

Lampiran 9. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan kegiatan Dinkes Kota Banda Aceh

Tahun 2006

KEGIATAN	Realisasi dana (Rp)	%
admininstrasi DAK	143.121.000	0,89%
Antenatal care	59.090.909	0,37%
belanja pegawai & kebutuhan dinkes	8.063.268.860	50,05%
jasa medis dan paramedis	452.045.455	2,81%
kegiatan tugas dasar puskesmas	295.454.545	1,83%
operasional pelayanan puskesmas	98.460.000	0,61%
pembangunan 16 unit polindes	1.573.086.400	9,76%
pembelian obat untuk bumil	59.090.909	0,37%
pencegahan & pemberantasan penyakit menular	364.038.000	2,26%
pengadaan blanko laporan	19.100.000	0,12%
pengadaan dental unit (kursi gigi)	150.500.000	0,93%
pengadaan fisik sarana dan prasarana kantor	29.800.000	0,18%
pengadaan kendaraan bermotor	477.195.000	2,96%
pengadaan mesin semprot P2M	357.400.000	2,22%
pengadaan obat-obatan dasar	257.045.455	1,60%
pengadaan obat-obatan puskesmas & RSUM	374.261.186	2,32%
pengadaan peralatan laboratorium	1.125.158.000	6,98%
pengadaan peralatan polindes	169.800.800	1,05%
pengadaan peralatan puskesmas	341.446.680	2,12%
pengadaan peralatan pustu	378.291.600	2,35%
pengadaan tanah untuk puskesmas	99.475.000	0,62%
peningkatan sarana & prasarana kesehatan	417.000.000	2,59%
penyusunan profil kesehatan	18.258.000	0,11%
pergerakan kembali posyandu	171.235.000	1,06%
pertolongan persalinan normal	59.090.909	0,37%
Prenatal care	59.090.909	0,37%
rehab rumah medis dan paramedis	312.549.800	1,94%
rujukan balita resti ke dokter spesialis	67.512.000	0,42%
rujukan bumil resti	59.090.909	0,37%
rujukan bumil resti ke dokter spesialis	58.610.000	0,36%
Grand Total	16.109.567.326	100%

Lampiran 10. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan program Dinkes Kota Banda Aceh

Tahun 2006

PROGRAM	Realisasi dana (Rp)	%
belanja rutin	8.063.268.860	50,05%
Imunisasi, fogging, surveilans dan pelaporan	364.038.000	2,26%
kelancaran admininstrasi	143.121.000	0,89%
kelancaran operasional pelayanan	417.000.000	2,59%
kesehatan keluarga	145.222.000	0,90%
Pelayanan kesehatan dasar	1.004.545.455	6,24%
peningkatan hygiene sanitasi & operasional puskesmas	98.460.000	0,61%
peningkatan kesehatan	99.475.000	0,62%
peningkatan pelayanan kesmasy	4.947.139.666	30,71%
peningkatan sarana & prasarana kesehatan	312.549.800	1,94%
peningkatan sarana aparatur	29.800.000	0,18%
penyuluhan dan pelayanan medik	171.235.000	1,06%
perencanaan pembangunan kesehatan	18.258.000	0,11%
persalinan	295.454.545	1,83%
Grand Total	16.109.567.326	100%

Lampiran 11.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata anggaran

Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2006

Bagian Tata Usaha

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	%
Gaji/tunjangan	5.718.505.890	41,93%
tunjangan (social contribution)	1.243.900.000	9,12%
Penghasilan, Honor & Uang Lembur	278.522.247	2,04%
Suplai material	268.214.047	1,97%
BIAYA JASA	170.940.045	1,25%
Biaya makanan & minuman	5.469.588	0,04%
Belanja Perawatan Kendaraan Bermotor	489.715.000	3,59%
Belanja Perawatan bangunan	323.774.800	2,37%
Belanja Perawatan alat non medis	4.000.000	0,03%
Belanja Perjalanan Dinas	15.898.043	0,12%
Belanja Modal Pengadaan Tanah	99.475.000	0,73%
Belanja Modal Pengadaan Konstruksi/Pembelian Bangunan	1.573.086.400	11,53%
Kendaraan (Vehicles)	894.195.000	6,56%
Belanja Modal Pengadaan Peralatan Kantor	29.800.000	0,22%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	1.397.439.080	10,25%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Laboratorium	1.125.158.000	8,25%
Grand Total	13.638.093.140	100%

Lanjutan Lampiran 11.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2006

Sub-dinas Promkes

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	%
Penghasilan, Honor & Uang Lembur	75.724.425	44,22%
Suplai material	10.699.588	6,25%
BIAYA JASA	9.521.015	5,56%
Biaya makanan & minuman	18.995.812	11,09%
Belanja Perawatan alat non medis	462.185	0,27%
Belanja Perjalanan Dinas	369.748	0,22%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	55.462.226	32,39%
Grand Total	171.235.000	100%

Bagian Gudang Farmasi

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	1.046.326	0,28%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	974.233	0,26%
Belanja Bahan/Material	366.833.633	98,02%
Belanja Cetak dan Penggandaan	1.510.061	0,40%
Belanja Jasa Kantor	3.896.933	1,04%
Grand Total	374.261.186	100,00%

Lanjutan Lampiran 11.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata
 anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2006

Subdin Kesga

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Tambahan Penghasilan berdasarkan kelangkaan profesi	28.800.000	19,83%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	3.380.000	2,33%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	20.882.000	14,38%
Belanja Bahan/Material	57.600.000	39,66%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	15.360.000	10,58%
Kontribusi untuk rumah tangga	19.200.000	13,22%
Grand Total	145.222.000	100,00%

Sub-dinas Yankes

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	31.514.394	32,01%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	1.278.961	1,30%
Belanja Bahan/Material	3.297.321	3,35%
Belanja Cetak dan Penggandaan	51.777.930	52,59%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	9.592.206	9,74%
Perawatan alat non medis	999.188	1,01%
Grand Total	98.460.000	100,00%

Lanjutan Lampiran 11.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata
 anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2006

Sub-dinas P2P

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	2.711.365	0,74%
Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa PNS (PPK, Pejabat/Panitia Pengadaan Barang Dan Jasa)	1.909.412	0,52%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	954.706	0,26%
Belanja Bahan/Material	221.061.226	60,72%
Belanja Cetak dan Penggandaan	2.864.118	0,79%
Belanja Jasa Kantor	80.357.606	22,07%
Belanja makan & minum pegawai	954.706	0,26%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	43.200.448	11,87%
Belanja perawatan alat-alat non medis	954.706	0,26%
Belanja perawatan alat-alat medis	2.864.118	0,79%
Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran	1.909.412	0,52%
Belanja modal pengadaan alat-alat laboratorium	4.296.177	1,18%
Grand Total	364.038.000	100,00%

Lampiran 12.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan provider dan mata anggaran Dinkes

Kota Banda Aceh Tahun 2006

Puskesmas

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	%
Penghasilan, Honor & Uang Lembur	990.749.587	44,81%
Suplai material	583.820.303	26,41%
BIAYA JASA	66.829.422	3,02%
Belanja Perawatan Kendaraan Bermotor	367.286.250	16,61%
Belanja Perawatan bangunan	8.418.750	0,38%
Belanja Perawatan alat non medis	3.999.391	0,18%
Belanja Perjalanan Dinas	49.708.241	2,25%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	57.371.638	2,60%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Laboratorium	4.296.177	0,19%
Kontribusi ke RT	78.290.909	3,54%
Grand Total	2.210.770.668	100%

Lampiran 13. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan mata anggaran Dinkes Kota Banda

Aceh Tahun 2007

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	%
Gaji/tunjangan	9.673.515.658	36,41%
gaji bidan ptt	37.760.000	0,14%
gaji dr.ptt	22.420.000	0,08%
Tambahan Penghasilan berdasarkan beban kerja	64.906.744	0,24%
Honorarium Tenaga Ahli/Instruktur/Narasumber/Moderator/Notulen non PNS	20.181.703	0,08%
Honorarium Pegawai Honorer/tidak tetap non PNS	613.801.312	2,31%
Honorarium Tim/Panitia non PNS	755.468.088	2,84%
Uang Lembur PNS	14.400.688	0,05%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	1.626.935.173	6,12%
Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa PNS (PPK, Pejabat/Panitia Pengadaan Barang Dan Jasa)	4.090.761	0,02%
Honorarium Tim Pemeriksa/ Penerima Barang PNS	2.500.000	0,01%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	110.748.377	0,42%
Belanja Bahan/Material	1.236.229.194	4,65%
Belanja Pakaian Dinas dan Atributnya	140.500.000	0,53%
Belanja Pakaian Kerja	19.908.371	0,07%
Belanja Cetak dan Penggandaan	53.194.784	0,20%
Belanja Jasa Kantor	366.187.975	1,38%
biaya jasa kantor	95.829.949	0,36%

Lanjutan Lampiran 13.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan mata anggaran Dinkes Kota

Banda Aceh Tahun 2007

Belanja Sewa Rumah/Gedung/Gudang/Parkir	4.649.348	0,02%
Belanja Penggantian Suku Cadang	52.140.309	0,20%
Belanja Bahan Bakar Minyak/Gas dan pelumas	662.245.560	2,49%
Belanja Surat Tanda Nomor Kendaraan	15.848.131	0,06%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	176.883.300	0,67%
Belanja perjalanan dinas luar daerah	29.185.700	0,11%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Angkutan Darat Bermotor	427.256.432	1,61%
Belanja kursus, pelatihan, dan bimbingan teknis PNS	3.200.000	0,01%
Belanja Perawatan alat non medis	12.352.790	0,05%
Biaya makanan & minuman	78.621.265	0,30%
Belanja Modal Pengadaan Peralatan Kantor	17.899.112	0,07%
Belanja Modal Pengadaan Konstruksi/Pembelian Bangunan	3.740.712.970	14,08%
Belanja Modal Pengadaan Perlengkapan Kantor	377.677.539	1,42%
Belanja Modal Pengadaan Mebeulair	395.164.084	1,49%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	4.826.110.847	18,16%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Laboratorium	785.251.653	2,96%
Kontribusi/sumbangan ke Rumah tangga	100.000.000	0,38%
Belanja Perawatan alat medis	5.040.366	0,02%
GRAND TOTAL	26.568.818.183	100%

Lampiran 14. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan Dinkes

Kota Banda Aceh Tahun 2007

FUNGSI	Realisasi dana (Rp)	%
Pelayanan medis	20.901.000	0,08%
Kesehatan Ibu	10.170.000	0,04%
Kesehatan USILA	10.095.000	0,04%
Gizi	31.643.000	0,12%
Surveillans	34.197.288	0,13%
Immunisasi	80.737.000	0,30%
TB, malaria, ISPA, campak, rabies	10.473.364	0,04%
DBD	1.776.604.248	6,69%
Admininstrasi kesehatan pemerintah umum	11.920.177.095	44,87%
Pembentukan modal untuk institusi penyedia layanan kesehatan	10.205.288.129	38,41%
Kesehatan lingkungan	32.085.250	0,12%
Semua layanan kesmas lainnya	1.936.446.809	7,29%
KIA, KB, dan konseling	500.000.000	1,88%
GRAND TOTAL	26.568.818.183	100%

Lampiran 15.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan kegiatan Dinkes Kota Banda Aceh

Tahun 2007

KEGIATAN	Realisasi dana (Rp)	%
Antenatal care	100.000.000	0,38%
audit maternal perinatal	10.170.000	0,04%
bimtek implementasi peraturan perundang-undangan	3.200.000	0,01%
gaji & tunjangan PNS Dinkes & Puskesmas	9.673.515.658	36,41%
gaji ptt dr & bidan Puskesmas	60.180.000	0,23%
jasa medis dan paramedis	765.000.000	2,88%
kegiatan tugas dasar puskesmas	500.000.000	1,88%
monitoring, evaluasi dan pelaporan	20.994.900	0,08%
pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	29.820.000	0,11%
pelayanan vaksinasi bagi Balita & anak sekolah	80.737.000	0,30%
pembangunan & pemutakhiran data dasar	9.868.500	0,04%
pembelian obat untuk bumil	100.000.000	0,38%
pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi	31.643.000	0,12%
pembuatan profil	11.864.500	0,04%
pemeliharaan rutin /berkala kendaraan dinaas/operasional	31.863.523	0,12%
pemeliharaan rutin /berkala kendaraan dinas/operasional	698.370.477	2,63%
pemeliharaan rutin /berkala peralatan kantor	3.150.000	0,01%
pendidikan & pelatihan perawatan kesehatan	10.095.000	0,04%
pengadaan alat & bahan fogging	523.195.000	1,97%
pengadaan mesin/kartu absensi	17.800.000	0,07%
pengadaan obat & perbekalan kesehatan	9.893.000	0,04%
pengadaan obat-obatan dasar	435.000.000	1,64%
pengadaan pakaian dinas & perlengkapannya	140.500.000	0,53%
pengawasan & pengendalian keamanan dan kesehatan makanan restoran	26.358.200	0,10%

Lanjutan Lampiran 15. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan kegiatan Dinkes Kota Banda

Aceh Tahun 2007

peningkatan kesehatan masyarakat	23.899.000	0,09%
peningkatan pelayanan & penanggulangan masalah kesehatan	18.947.800	0,07%
peningkatan sarana & prasarana kesehatan	10.527.996.267	39,63%
peningkatan surveillans epidemiologi & penanggulangan wabah	7.760.000	0,03%
penyediaan alat tulis kantor	49.799.550	0,19%
penyediaan bahan bacaan & peraturan perundangan	1.440.000	0,01%
penyediaan barang cetakan dan penggandaan	23.190.950	0,09%
penyediaan jasa kebersihan kantor	4.000.000	0,02%
penyediaan jasa komunikasi, SDA & telepon	95.829.949	0,36%
penyediaan jasa pelelangan/pengadaan brg	21.000.000	0,08%
penyediaan jasa surat menyurat	999.000	0,00%
penyediaan jasa tng pendukung adm/teknis perkantoran	628.202.000	2,36%
penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan	11.933.000	0,04%
penyediaan makanan dan minuman	21.335.000	0,08%
penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	9.631.000	0,04%
penyediaan/peningkatan pelayanan kesehatan	25.920.000	0,10%
penyelenggaraan penyehatan lingkungan	5.727.050	0,02%
penyemprotan/fogging sarang nyamuk	1.260.499.900	4,74%
penyuluhan masyarakat pola hidup sehat	193.600.009	0,73%
pertolongan persalinan normal	100.000.000	0,38%
Prenatal care	100.000.000	0,38%
rapat kerja kesehatan daerah	14.703.250	0,06%
rapat kordinasi & konsultasi ke luar daerah	29.185.700	0,11%
rujukan bumil resti	100.000.000	0,38%
Grand Total	26.568.818.183	100%

Lampiran 16.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan program Dinkes Kota Banda Aceh

Tahun 2007

PROGRAM	Realisasi dana (Rp)	%
belanja tidak langsung pegawai Dinkes & Puskesmas	9.733.695.658	36,64%
obat & perbekalan kesehatan	20.901.000	0,08%
pelayanan admininstrasi perkantoran	922.466.149	3,47%
Pelayanan kesehatan dasar	1.700.000.000	6,40%
pengecagan & penanggulangan penyakit menular	1.902.011.900	7,16%
pengadaan,peningkatan & perbaikan sarana dan prasarana Puskesmas/pustu dan jaringannya	10.527.996.267	39,63%
pengawasan & pengendalian kesehatan makanan	26.358.200	0,10%
peningkatan disiplin aparatur	158.300.000	0,60%
peningkatan kapasitas sumber daya aparatur	3.200.000	0,01%
peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak	10.170.000	0,04%
peningkatan pelayanan kesehatan lansia	10.095.000	0,04%
peningkatan sarana & prasarana aparatur	733.384.000	2,76%
perbaikan gizi masyarakat	31.643.000	0,12%
persalinan	500.000.000	1,88%
Promkes & pemberdayaan masyarakat	193.600.009	0,73%
sistim informasi kesehatan	14.703.250	0,06%
standarisasi pelayanan kesehatan	31.719.900	0,12%
Upaya Kesehatan Masyarakat	48.573.850	0,18%
Grand Total	26.568.818.183	100%

Lampiran 17.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata anggaran

Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2007

Bagian Tata Usaha

MATA ANGGARAN	Realisasi Dana (Rp)	%
Gaji/tunjangan	1.113.509.791	8,27%
Penghasilan, Honor & Uang Lembur	648.910.242	4,82%
Suplai material	260.731.930	1,94%
BIAYA JASA	416.354.517	3,09%
Biaya makanan & minuman	21.736.443	0,16%
Belanja Perawatan Kendaraan Bermotor	730.234.000	5,43%
Belanja Perawatan alat non medis	11.905.455	0,09%
Belanja Perjalanan Dinas	29.185.700	0,22%
Belanja Modal Pengadaan Konstruksi/Pembelian Bangunan	3.740.712.970	27,79%
Kendaraan (Vehicles)	299.004.228	2,22%
Belanja Modal Pengadaan Peralatan Kantor	17.800.000	0,13%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	4.607.923.658	34,24%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Laboratorium	785.251.653	5,83%
Investasi pegawai	3.200.000	0,02%
Belanja Modal Pengadaan Perlengkapan Kantor	377.231.536	2,80%
Belanja Modal Pengadaan Mebeulair	395.164.084	2,94%
Grand Total	13.458.856.207	100%

Lanjutan Lampiran 17. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2007

Subdin Promkes

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Gaji + tunjangan PNS	402.537.121	67,52%
Honorarium Tim/Panitia non PNS	165.764.463	27,43%
Belanja Bahan/Material	3.985.285	0,08%
Biaya makan/minum peserta pelatihan	10.010.290	1,68%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	12.997.521	2,18%
Belanja perawatan alat non medis	297.335	0,05%
Belanja modal pengadaan peralatan kantor	99.112	0,02%
Belanja modal pengadaan perlengkapan kantor	446.003	0,07%
Grand Total	596.137.130	100,00%

Lanjutan Lampiran17.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata
anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2007

Subdin gudang farmasi

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Gaji + tunjangan PNS	178.219.935	89,50%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	1.992.000	1,00%
Belanja Bahan/Material	9.766.000	4,73%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	8.993.000	4,52%
Belanja perawatan alat non medis	150.000	0,08%
Grand Total	199.120.935	100,00%

Lanjutan Lampiran17.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata
 anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2007

Subdin Kesga

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	%
Gaji/tunjangan	275.672.936	84,15%
Penghasilan, Honor & Uang Lembur	20.341.133	6,21%
Suplai material	3.190.704	0,97%
BIAYA JASA	2.631.106	0,80%
Biaya makanan & minuman	8.603.197	2,63%
Belanja Perawatan alat non medis	9.600.000	2,93%
Belanja Perjalanan Dinas	7.541.860	2,30%
Grand Total	327.580.936	100%

Lanjutan Lampiran17.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2007

Subdin P2P

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Gaji + tunjangan PNS	334.495.303	14,32%
Tambahan Penghasilan berdasarkan beban kerja	64.906.744	2,78%
Honorarium Tim/Panitia non PNS	578.433.640	24,76%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	4.905.157	0,21%
Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa PNS (PPK, Pejabat/Panitia Pengadaan Barang Dan Jasa)	4.090.761	0,18%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	4.339.293	0,19%
Belanja Bahan/Material	691.308.724	29,59%
Belanja Pakaian Kerja	19.908.371	0,85%
Belanja Cetak dan Penggandaan	15.126.571	0,65%
Belanja Jasa Kantor	44.634.750	1,91%
belanja makan & minum pegawai	28.651.813	1,23%
Belanja makan.minum peserta pelatihan	2.181.740	0,09%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	192.044.577	8,22%
Belanja perawatan alat medis	5.040.366	0,22%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Angkutan Darat Bermotor	128.252.204	5,49%
Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran	218.187.189	9,34%
Grand Total	2.336.507.203	100,00%

Lanjutan Lampiran17.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata
anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2007

Subdin Yankes

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Gaji + tunjangan PNS	244.638.526	76,55%
Honorarium Tenaga Ahli/Instruktur/Narasumber/Moderator/Notulen non PNS	14.058.000	4,40%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	18.111.000	5,67%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	2.015.250	0,63%
Belanja Cetak dan Penggandaan	1.265.300	0,40%
Belanja Sewa Rumah/Gedung/Gudang/Parkir	1.192.500	0,37%
Belanja makan & minum pegawai	240.000	0,08%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	35.814.000	11,21%
Biaya makan/minum peserta pelatihan	2.236.000	0,70%
Grand Total	319.570.576	100,00%

Lampiran 18. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan penyedia pelayanan kesehatan dan
mata anggaran Dinkes Kota Banda Aceh Tahun 2007

Puskesmas

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	%
Penghasilan, Honor & Uang Lembur	2.354.312.221	17,12%
Suplai material	743.905.409	5,41%
BIAYA JASA	74.980.724	0,55%
Biaya makanan & minuman	34.554.860	0,25%
Belanja Perawatan Kendaraan Bermotor	444.825.382	3,23%
Belanja Perawatan alat non medis	7.200.000	0,05%
Belanja Perjalanan Dinas	74.918.670	0,54%
Belanja Modal Pengadaan Konstruksi/Pembelian Bangunan	3.480.296.890	25,31%
Kendaraan (Vehicles)	272.759.343	1,98%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	4.607.923.658	33,50%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Laboratorium	785.251.653	5,71%
Belanja Modal Pengadaan Perlengkapan Kantor	377.231.536	2,74%
Belanja Modal Pengadaan Mebeulair	395.164.084	2,87%
Kontribusi Untuk RT	100.000.000	0,73%
Grand Total	13.753.324.430	100%

Lamp. 19. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan mata anggaran RSU. Meuraxa Kota 2006

MATA ANGGARAN	Realisasi dana	%
Gaji Pokok PNS/Uang Representasi	1.538.550.651	34,90%
Tunjangan keluarga	94.081.366	2,13%
Tunjangan Jabatan	67.204.064	1,52%
Tunjangan Fungsional	239.516.360	5,43%
Tunjangan Beras	84.442.276	1,92%
Tunjangan PPh/Tunjangan Khusus	39.290.665	0,89%
Pembulatan Gaji	56.462	0,001%
Honorarium Pegawai Honorer/tidak tetap non PNS	481.460.000	10,92%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	2.766.000	0,06%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	37.797.886	0,86%
Belanja Bahan/Material	431.961.753	9,80%
Belanja Pakaian Dinas dan Atributnya	46.200.000	1,05%
Belanja Pakaian Kerja	12.000.000	0,27%
Belanja Pakaian khusus dan hari-hari tertentu	36.300.000	0,82%
Belanja Cetak dan Penggandaan	14.997.000	0,34%
Belanja Jasa Kantor	693.276.282	15,72%
Belanja Sewa Rumah/Gedung/Gudang/Parkir	20.000.000	0,45%
Belanja makan & minum pegawai	6.351.198	0,14%
Belanja makan & minum pasien	4.507.302	0,10%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	7.303.817	0,17%
Belanja perjalanan dinas luar daerah	16.906.983	0,38%
Belanja kursus, pelatihan, dan bimbingan teknis PNS	10.800.000	0,24%
Belanja Modal Pengadaan Peralatan Kantor	4.750.000	0,11%
Belanja Modal Pengadaan Perlengkapan Kantor	31.500.000	0,71%
Belanja Modal Pengadaan Komputer	37.324.500	0,85%
Belanja Modal Pengadaan Mebeulair	36.650.000	0,83%
Belanja Modal Pengadaan Alat-alat Kedokteran	132.900.000	3,01%
Belanja Perawatan bangunan	4.510.000	0,10%
Belanja Perawatan Kendaraan Bermotor	83.300.000	1,89%
Belanja Perawatan alat non medis	1.960.000	0,04%
Belanja Perawatan alat medis	5.000.000	0,11%
Rujukan bumil resti dari puskesmas	117.700.909	2,67%
Rujukan balita resti dari puskesmas	67.512.000	1,53%
Grand total	4.408.877.476	100%

Lampiran 20.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan

RSU.Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2006

FUNGSI	Realisasi dana (Rp)	persentase
Pelayanan medis	750.074.662	17,01%
Penunjang Pelayanan	118.897.265	2,70%
Administrasi pemerintahan umum	3.539.905.549	80,29%
Grand Total	4.408.877.476	100,00%

Lampiran 21.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan kegiatan RSUD.Meuraxa Kota Banda

Aceh Tahun 2006

KEGIATAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Bantuan pelatihan dan seminar luar daerah	10.800.000	0,24%
Biaya perjalanan dinas	24.210.800	0,55%
Biaya sewa rumah dinas direktur RS	20.000.000	0,45%
Gaji & tunjangan PNS RSUD	2.063.141.845	46,80%
Pemeliharaan alat-alat angkutan	83.300.000	1,89%
Pemeliharaan alat-alat kantor & rumah tangga	1.960.000	0,04%
Pemeliharaan alat-alat kedokteran	5.000.000	0,11%
Pemeliharaan bangunan gedung	4.510.000	0,10%
Pengadaan ATK dan bahan kebutuhan kantor lainnya	37.554.029	0,85%
Pengadaan kop surat dan kartu pasien	14.729.196	0,33%
Pengadaan makan/minum petugas piket & pasien	9.970.698	0,23%
Pengadaan obat-obatan	431.961.753	9,80%
Pengadaan pakaian dinas kantor	94.500.000	2,14%
Pengadaan peralatan kantor,mobiler kantor,alat kedokteran & alkes	247.289.964	5,61%
Penyediaan jasa komunikasi,SDA,listrik dan jasa kantor lainnya	693.276.282	15,72%
Rujukan balita resti dari puskesmas	67.512.000	1,53%
Rujukan bumil resti dari Puskesmas	117.700.909	2,67%
Tunjangan/jasa pegawai non pns	481.460.000	10,92%
Grand Total	4.408.877.476	100%

Lampiran 22. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan program RSUD.Meuraxa Kota Banda

Aceh Tahun 2006

PROGRAM	Realisasi dana (Rp)	persentase
Pelayanan administrasi perkantoran	4.150.787.513	94,15%
Pengembangan SDM	10.800.000	0,24%
Peningkatan sarana & prasarana RS	247.289.963	5,61%
Grand Total	4.408.877.476	100%

Lampiran 23. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata anggaran

RSU.Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2006

Bagian tata usaha

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Gaji/tunjangan	2.063.141.845	64,33%
Penghasilan, Honor & Uang Lembur	148.334.754	4,62%
Suplai material	147.294.887	4,59%
BIAYA JASA	713.276.282	22,24%
Biaya makanan & minuman	887.802	0,03%
Belanja Perjalanan Dinas	24.210.800	0,75%
Belanja Modal Pengadaan Peralatan Kantor	4.750.000	0,15%
Belanja Modal Pengadaan Perlengkapan Kantor	31.500.000	0,98%
Belanja Modal Pengadaan Komputer	37.324.500	1,16%
Belanja Modal Pengadaan Mebeulair	36.650.000	1,14%
Grand Total	3.207.370.871	100,00%

Lanjutan Lampiran 23.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata anggaran RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2006

Subdin pelayanan medik

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Honorarium Pegawai Honorer/tidak tetap non PNS	424.704.161	42,45%
Belanja Bahan/Material	431.961.753	43,18%
Belanja kursus, pelatihan, dan bimbingan teknis PNS	10.800.000	1,08%
Belanja modal pengadaan alat-alat kedokteran	132.900.000	13,29%
Grand Total	1.000.365.914	100%

Subdin keperawatan

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Honorarium Pegawai Honorer/tidak tetap non PNS	96.399.993	47,93%
Belanja makan & minum pegawai	5.463.396	2,72%
Belanja makan & minum pasien	4.507.302	2,24%
Belanja Perawatan bangunan	4.510.000	2,24%
Belanja Perawatan Kendaraan Bermotor	83.300.000	41,41%
Belanja Perawatan alat non medis	1.960.000	0,97%
Belanja Perawatan alat medis	5.000.000	2,49%
Grand Total	201.140.692	100,00%

Lampiran 24.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan mata anggaran RSU.Meuraxa Kota

Banda Aceh Tahun 2007

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Gaji Pokok PNS/Uang Representasi	2.480.865.760	33,42%
Tunjangan keluarga	166.853.498	2,25%
Tunjangan Jabatan	39.675.000	0,53%
Tunjangan Fungsional	330.521.500	4,45%
Tunjangan Fungsional Umum	156.798.600	2,11%
Tunjangan Beras	184.623.200	2,49%
Tunjangan PPh/Tunjangan Khusus	28.443.929	0,38%
Pembulatan Gaji	114.978	0,00%
Tambahan Penghasilan berdasarkan beban kerja	252.280.000	3,40%
Honorarium Tenaga Ahli/Instruktur/Narasumber/Moderator/Notulen non PNS	21.850.000	0,29%
Honorarium Pegawai Honorer/tidak tetap non PNS	382.220.000	5,15%
Tambahan Penghasilan berdasarkan kelangkaan profesi	695.815.000	9,37%
Tambahan Penghasilan berdasarkan prestasi kerja	565.535.000	7,62%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	10.975.000	0,15%
Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa PNS (PPK, Pejabat/Panitia Pengadaan Barang Dan Jasa)	10.000.000	0,13%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	75.950.035	1,02%
Belanja Pakaian Dinas dan Atributnya	61.500.000	0,83%
Belanja Pakaian Kerja	15.585.000	0,21%

Lanjutan Lampiran 24.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan mata anggaran

RSU.Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2007

Belanja Cetak dan Penggandaan	65.650.815	0,88%
Belanja Jasa Kantor	199.705.370	2,69%
Belanja makan & minum pegawai	27.395.000	0,37%
Belanja makan & minum pasien	78.827.300	1,06%
Belanja Penggantian Suku Cadang	16.325.000	0,22%
Belanja Bahan Bakar Minyak/Gas dan pelumas	89.750.000	1,21%
Belanja perawatan dedung kantor	11.999.200	0,16%
Belanja perawatan alat non medis	2.900.000	0,04%
Belanja perawatan alat medis	6.900.000	0,09%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	1.919.999	0,03%
Belanja perjalanan dinas luar daerah	43.420.100	0,58%
Belanja kursus, pelatihan, dan bimbingan teknis PNS	47.975.000	0,65%
Belanja modal pengadaan tanah	277.411.000	3,74%
Belanja modal pengadaan instalasi listrik, telepon & jar.air	762.281.660	10,27%
Belanja modal pengadaan konstruksi bangunan/pembelian bangunan	311.304.140	4,19%
Grand Total	7.423.371.084	100,00%

Lampiran 25. Rangkuman Pendanaan Berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan

RSU. Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2007

FUNGSI	Realisasi dana (Rp)	persentase
Pelayanan medis	72.646.257	0,98%
Penunjang Pelayanan	270.625.402	3,65%
Administrasi pemerintahan umum	7.080.099.425	95,38%
Grand Total	7.423.371.084	100,00%

Lampiran 26.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan kegiatan RSU.Meuraxa Kota Banda

Acch Tahun 2007

KEGIATAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
gaji & tunjangan PNS RSU	4.901.526.465	66,03%
pameran & dokumentasi	17.806.734	0,24%
pembangunan RS	1.464.421.717	19,73%
pemeliharaan rutin/berkala gedung kantor	11.999.200	0,16%
pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	106.075.000	1,43%
pemeliharaan rutin/berkala peralatan gedung kantor	9.800.000	0,13%
pemindahan sarana dan prasarana RS	37.685.000	0,51%
pendidikan & pelatihan formal	47.975.000	0,65%
pengadaan obat-obatan RS	1.248.886	0,02%
pengadaan pakaian dinas & perlengkapannya	61.500.000	0,83%
pengadaan pakaian kerja lapangan	15.585.000	0,21%
pengadaan pencetakan administrasi dan surat menyurat RS	86.085.207	1,16%
penyusunan tarif pelayanan rumah sakit	2.505.518	0,03%
penyediaan jasa kebersihan kantor	25.159.449	0,34%
penyediaan jasa komunikasi, SDA & listrik	58.490.094	0,79%
penyediaan jasa pelelangan/pengadaan brg	10.000.000	0,13%
penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bgn kantor	4.953.735	0,07%
penyediaan makanan & minuman	105.066.202	1,42%
penyediaan peralatan & perlengkapan kantor	23.385.000	0,32%
penyediaan/peningkatan administrasi kantor	381.842.783	5,14%
penyusunan lakip	1.508.141	0,02%
penyusunan standar kesehatan	5.331.853	0,07%
rapat koordinasi & konsultasi ke luar daerah	43.420.100	0,58%
Grand Total	7.423.371.084	100,00%

Lampiran 27.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan program RSU.Meuraxa Kota Banda

Aceh Tahun 2007

PROGRAM	Realisasi dana (Rp)	persentase
belanja tidak langsung PNS RSU	4.901.526.465	66,03%
pelayanan administrasi perkantoran	652.317.363	8,79%
pemeliharaan sarana & prasarana RS	37.685.000	0,51%
pengadaan,peningkatan sarana & prasarana RS	1.551.755.810	20,90%
peningkatan disiplin aparatur	77.085.000	1,04%
peningkatan kapasitas sumber daya aparatur	47.975.000	0,65%
peningkatan sarana & prasarana aparatur	127.874.200	1,72%
Promkes & pemberdayaan masyarakat	17.806.734	0,24%
standarisasi pelayanan kesehatan	9.345.512	0,13%
Grand Total	7.423.371.084	100,00%

Lampiran 28.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata anggaran

RSU.Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2007

Bagian tata usaha

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Gaji Pokok PNS/Uang Representasi	2.480.865.760	35,04%
Tunjangan keluarga	166.853.498	2,36%
Tunjangan Jabatan	39.675.000	0,56%
Tunjangan Fungsional	330.521.500	4,67%
Tunjangan Fungsional Umum	156.798.600	2,21%
Tunjangan Beras	184.623.200	2,61%
Tunjangan PPh/Tunjangan Khusus	28.443.929	0,40%
Pembulatan Gaji	114.978	0,00%
Tambahan Penghasilan berdasarkan beban kerja	252.280.000	3,56%
Honorarium Pegawai Honoror/tidak tetap non PNS	382.220.000	5,40%
Tambahan Penghasilan berdasarkan kelangkaan profesi	695.815.000	9,83%
Tambahan Penghasilan berdasarkan prestasi kerja	565.535.000	7,99%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	4.504.692	0,06%
Honorarium Tim Pengadaan Barang dan Jasa PNS (PPK, Pejabat/Panitia Pengadaan Barang Dan Jasa)	10.000.000	0,14%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	75.556.264	1,07%
Belanja Pakaian Dinas dan Atributnya	61.500.000	0,87%
Belanja Cetak dan Penggandaan	65.650.815	0,93%
Belanja Jasa Kantor	183.870.370	2,60%
belanja makan & minum pegawai	853.919	0,01%
Belanja perjalanan dinas luar daerah	43.420.100	0,61%
Belanja Modal Pengadaan Tanah	277.411.000	3,92%
Belanja Modal Pengadaan Instalasi Listrik,Telepon & jaringan air	762.281.660	10,77%
Belanja Modal Pengadaan Konstruksi/Pembelian Bangunan	311.304.140	4,40%
Grand Total	7.080.099.425	100,00%

Lanjutan Lampiran 28.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata
 anggaran RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2007

Bagian pelayanan medik

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Honorarium Tenaga Ahli/Instruktur/Narasumber/Moderator/Notulen non PNS	21.850.000	19,80%
Honorarium Panitia Pelaksana Kegiatan PNS	6.470.308	5,86%
Belanja Bahan Pakai Habis Kantor	393.771	0,36%
Belanja Pakaian Kerja	15.585.000	14,13%
Belanja Jasa Kantor	15.835.000	14,35%
Belanja makan & minum pegawai	302.179	0,27%
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	1.919.999	1,74%
Belanja kursus, pelatihan, dan bimbingan teknis PNS	47.975.000	43,48%
Grand Total	110.331.257	100,00%

Lanjutan Lampiran 28.Rangkuman Pendanaan Berdasarkan subdin/bagian dan mata
 anggaran RSUD.Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2007

Bagian keperawatan

MATA ANGGARAN	Realisasi dana (Rp)	persentase
Belanja makan & minum pegawai	26.238.902	11,26%
Belanja makan & minum pasien	78.827.300	33,84%
Belanja Penggantian Suku Cadang	16.325.000	7,01%
Belanja Bahan Bakar Minyak/Gas dan pelumas	89.750.000	38,53%
Belanja perawatan gedung kanto	11.999.200	5,15%
Belanja Perawatan alat non medis	2.900.000	1,24%
Belanja Perawatan alat medis	6.900.000	2,96%
Grand Total	232.940.402	100,00%