

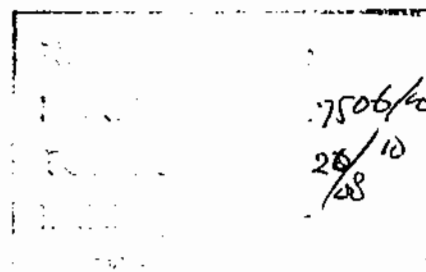


UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN KESEHATAN BERSUMBER
PEMERINTAH PROVINSI DI PUSKESMAS
PROVINSI DKI JAKARTA
TAHUN 2007-2009**

TESIS

**DEWI SATIASARI
0806442784**



**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PEMBIAYAAN KESEHATAN BERSUMBER
PEMERINTAH PROVINSI DI PUSKESMAS
PROVINSI DKI JAKARTA
TAHUN 2007-2009**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat

**DEWI SATIASARI
0806442784**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
EKONOMI KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dewi Satiasari

NPM : 0806442784

Tanda Tangan :

Tanggal


: 7 Juli 2010

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Satiasari

NPM : 0806442784

Mahasiswa Program : Pascasarjana

Tahun Akademik : 2008

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

**ANALISIS PEMBIAYAAN KESEHATAN BERSUMBER PEMERINTAH
PROVINSI DI PUSKESMAS PROVINSI DKI JAKARTA
TAHUN 2007-2009**

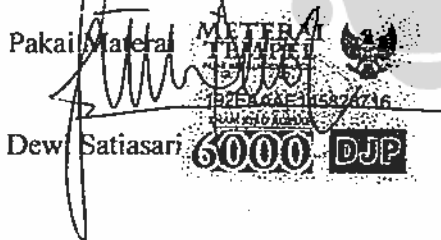
Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 7 Juli 2010

Pakai Materai

Dewi Satiasari



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Dewi Satiasari
NPM : 0806442784
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat / Ekonomi Kesehatan
Judul Tesis :

**ANALISIS PEMBIAYAAN KESEHATAN BERSUMBER PEMERINTAH
PROVINSI DI PUSKESMAS PROVINSI DKI JAKARTA TAHUN 2007-2009**

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat / Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prastuti Soewondo, SE, MPH, PhD

Penguji : dr. Sandi Ilyanto, MPH

Penguji : dr. Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM

Penguji : Marlina Widyadewi, SE, M.V.es

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 07 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “ Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Provinsi di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009”.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Prastuti Soewondo, SE, MPH, PhD, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dalam membimbing dan memberi semangat penulis dalam penyelesaian tesis ini.

Melalui tulisan ini penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Yth :

1. Dekan FKM-UI, Ketua Departemen AKK beserta seluruh dosen dan karyawan dalam lingkungan civitas akademika FKM-UI.
2. Kepala Dinas Kesehatan provinsi DKI Jakarta yang telah mengizinkan penulis mengikuti pendidikan.
3. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan provinsi DKI Jakarta yang telah banyak membantu penulis dalam menyusun tesis ini.
4. 42 Kepala Puskesmas kecamatan di Provinsi DKI Jakarta yang telah banyak membantu dalam penyusunan tesis ini.
5. Teman-teman seangkatan 2008/2009 kekhususan Ekonomi Kesehatan yang telah banyak mendukung penulis selama mengikuti pendidikan dan penyelesaian tesis ini.

6. Teman-teman di Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Komunitas Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta khususnya Bangun yang telah banyak membantu terlaksananya penelitian ini.
7. Teristimewa kepada suamiku tercinta Feisal Ghazali dan anak-anakku tersayang Ratu Mega Maulina Putri, Ratu Saifanah Dinda Dinanti dan Tubagus Yasser Muhammad, Ibuku tercinta yang selalu mendampingi, memberikan semangat untuk menyelesaikan pendidikan ini . Kasih sayang keluarga selalu menjadi motivasi bagi penulis.

Selanjutnya dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran berbagai pihak untuk perbaikan pada masa yang akan datang. Semoga tulisan ini dapat memberi manfaat bagi kita semua, Amia.

Depok, Juli 2010

Penulis.

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

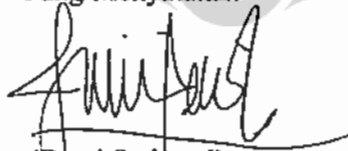
Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Satiasari
NPM : 0806442784
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya saya yang berjudul *Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Provinsi Di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta tahun 2007-2009* beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Depok
Pada Tanggal 7 Juli 2010
Yang Menyatakan


(Dewi Satiasari)

ABSTRACT

Dewi Satiari

Community Health Sciences / Health Economics

Sourced Analysis of Health Financing in the Provincial Government of DKI Jakarta
Provincial Health Center Year 2007-2009

Under Decree of the Governor of DKI Jakarta Province No. 2086 In 2006, 44 health centers in Jakarta Province enacted into units that implement the Financial Management Patterns Regional Public Service Board gradually.

This research aims to reveal the health budget comes in 42 health centers of the provincial government of DKI Jakarta for the period 2007-2009 after applying Financial Management Patterns Regional Public Service Board. The study design is descriptive. Data collected is secondary data derived from the consolidated financial health centers in 2007-2009.

The results showed that the realization of budget in Jakarta Health Center from 2007 to 2009 tended to increase the 176,166,506,281 IDR (2007), 242,295,485,121 IDR (2008) and 247,076,810,111 IDR (2009). Per capita costs ranged from U.S. \$ 2 (West Jakarta) - U.S. \$ 4.6 (Central Jakarta).

Total revenues Regional Public Service Board PHC also showed an increase of 57,241,949,017 IDR (2007), 59,779,032,965 IDR (2008) and 65,745,497,256 IDR (2009).

Total expenditure per year on average for the period 2007-2009: the effort required 80% 81.08% priority programs. Based on the nature of the program : Curative 58%, 21% preventive, promotive 0.98%. Based on the types of activities: UKP 58%, 22% SME, Investment Management 13% and 6%. Based on expenditure groups: BOP 85%, ADUM 8.56%, 5.76% of capital. CRR 46.97%

Keywords: Analysis, Health Centers, Health Care Financing.

UNIVERSITAS INDONESIA

ABSTRAK

Dewi Satiasari

Ilmu Kesehatan Masyarakat / Ekonomi Kesehatan

Analisis Pembiayaan Kesehatan Bersumber Pemerintah Provinsi di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

Berdasarkan SK Gub DKI Jakarta No. 2086 tahun 2006, 44 Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta ditetapkan menjadi unit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) secara bertahap.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran realisasi anggaran kesehatan bersumber pemerintah provinsi di 42 puskesmas DKI Jakarta untuk periode tahun 2007-2009 paska menerapkan PPK BLUD. Desain penelitian adalah deskriptif. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder yang berasal dari laporan keuangan puskesmas tahun 2007- 2009.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa realisasi anggaran di Puskesmas DKI Jakarta dari tahun 2007 sampai dengan 2009 cenderung meningkat yaitu Rp 176.166.506.281 (2007) , Rp 242.295.485.121 (2008) dan Rp 247.076.810.111 (2009). Biaya perkapita berkisar dari US\$ 2 (Jakarta Barat) – US\$ 4,6 (Jakarta Pusat).

Total pendapatan BLUD Puskesmas juga menunjukkan peningkatan yaitu Rp 57.241.949.017,- (2007), Rp 59.779.032.965 ,- (2008) dan Rp 65.745.497.256,- (2009).

Realisasi anggaran rata-rata pertahun pada periode 2007-2009 untuk : upaya wajib 80%, program prioritas 81,08%. Berdasarkan sifat program : Kuratif 58%, preventif 21%, promotif 0,98%. Berdasarkan jenis kegiatan : UKP 58%, UKM sebesar 22 %, Manajemen 13% dan Investasi 6%. Berdasarkan kelompok belanja : BOP 85%, adum 8,56% , modal 5,76%. CRR 46,97%

Kata Kunci : Analisis, Puskesmas, Pembiayaan Kesehatan.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR GRAFIK.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas	8
2.1.1 Tugas Pokok dan Fungsi Puskesmas.....	8
2.1.2 Pelayanan dan Kegiatan Puskesmas.....	9
2.1.3 Unsur Penunjang Puskesmas.....	10
2.2 Konsep Puskesmas Sebagai SKPD Yang Menerapkan PPK BLUD Secara Bertahap.....	11
2.2.1 Pengertian pola Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum Daerah (PPK BLUD).....	11
2.2.2 Landasan Hukum Puskesmas yang Menerapkan PPK-BLUD Secara Bertahap.....	11
2.2.3 Persyaratan PPK-BLUD	12
2.2.4 Tujuan PPK-BLUD.....	13
2.3 Sistem Kesehatan.....	13
2.4 Subsistem Pembiayaan Kesehatan.....	16
2.4.1 Sumber Pembiayaan Kesehatan.....	17
2.4.2 Sumber Pembiayaan Kesehatan Puskesmas.....	18
2.4.3 Pembiayaan Kesehatan Untuk Masyarakat Miskin	18
2.5 Konsep dan Klasifikasi Biaya.....	19
2.6 Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan.....	21
2.7 Macam Biaya Kesehatan.....	25

2.8	Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan.....	25
2.9	Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan.....	26
2.10	Alokasi Dana Kesehatan.....	30
	2.10.1 Prioritas Masalah kesehatan.....	30
	2.10.2 Pemilihan Program Atau Intervensi Yang "Cost Effectif".....	31
	2.10.3 Keseimbangan Mata Anggaran.....	31
2.11	Sistem Anggaran Pemerintah Daerah.....	32
	2.11.1 Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD).....	32
	2.11.2 Klasifikasi Anggaran Belanja.....	33
2.12	Sumber Pendapatan Daerah.....	35
2.13	Studi Pembiayaan dan Pembelanjaan Kesehatan	37
2.14	Metode Peneitian Pembiayaan dan Pendanaan Sektor Kesehatan.....	37
	2.14.1 Definisi Sektor Kesehatan.....	38
	2.14.2 Cakupan dan Objek Penelitian.....	38
	2.14.3 Pengumpulan Data dan Tabulasi.....	39
	2.14.4 Penyajian Data.....	39
2.15	Kesimpulan Studi Pustaka.....	40
BAB 3	GAMBARAN UMUM PROVINSI DKI JAKARTA	42
3.1	Geografi Dan Administrasi Pemerintahan.....	42
3.2	Kependudukan.....	43
3.3	Analisis Derajat Kesehatan.....	43
	3.3.1 Umur Harapan Hidup.....	43
	3.3.2 Angka Kesakitan.....	43
	3.3.3 Angka Kematian.....	44
3.4	Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.....	45
3.5	Arah Kebijakan Umum dan Strategi Prioritas APBD Bidang Kesehatan.....	46
3.6	Pelayanan Kesehatan.....	46
3.7	Prioritas Masalah Kesehatan DKI Jakarta.....	49
BAB 4	KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	50
4.1	Kerangka Konsep.....	50
4.2	Definisi Operasional	52
BAB 5	METODOLOGI	58
5.1	Desain Penelitian	58
5.2	Waktu dan Lokasi Penelitian.....	58
5.3	Instrumen dan Pengumpulan Data.....	58
5.4	Pengumpulan Data.....	58
5.5	Pengolahan dan Analisis Data.....	59

BAB 6	HASIL PENELITIAN	60
6.1	Kerangka Penyajian.....	60
6.2	Penyajian Hasil Penelitian.....	60
6.2.1	Realisasi Anggaran Kesehatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	60
6.2.2	Pendapatan BLUD Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	64
6.2.3	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	65
6.2.4	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	70
6.2.5	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sifat Program di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	75
6.2.6	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	78
6.2.7	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	79
6.2.8	<i>Cost Recovery Rate (CRR)</i> Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	81
BAB 7	PEMBAHASAN	83
7.1	Keterbatasan Penelitian.....	83
7.2	Realisasi Anggaran Kesehatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	84
7.3	Pendapatan BLUD Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	85
7.4	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	87
7.5	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	88
7.6	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sifat Program di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	89
7.7	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	90
7.8	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	92
7.9	<i>Cost Recovery Rate (CRR)</i> Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	93

BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN	95
8.1 Kesimpulan	95
8.2 Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA	100



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Sumber Pembiayaan Kesehatan.....	41
Tabel 3.1	Demografi Provinsi DKI Jakarta.....	42
Tabel 3.2	Profil Kesehatan.....	47
Tabel 3.3	Penyakit Penyebab Kematian.....	48
Tabel 3.4	Pola Penyakit Penduduk DKI Jakarta (semua umur) Yang Berobat ke Puskesmas Tahun 1999.....	48
Tabel 3.5	Penduduk Memanfaatkan Puskesmas Menurut Wilayah Tahun 2007-2009.....	48
Tabel 6.1	Persentase Realisasi Anggaran Kesehatan di Puskesmas Dibandingkan Dengan Pagu Anggaran Tahun 2007-2009.....	61
Tabel 6.2	Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	62
Tabel 6.3	Realisasi Anggaran Kesehatan per Kapita di Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009...	63
Tabel 6.4	Pendapatan BLUD Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	64
Tabel 6.5	Perbandingan Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib dengan Total Realisasi Anggaran di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta tahun 2007-2009.....	67
Tabel 6.6	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	69
Tabel 6.7	Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Untuk Upaya Wajib Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	70
Tabel 6.8	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	71
Tabel 6.9	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	72
Tabel 6.10	Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Untuk Program Prioritas Terkait IKU Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	74
Tabel 6.11	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sifat Program di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	76

Tabel 6.12	Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Berdasarkan Sifat Program Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	77
Tabel 6.13	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	78
Tabel 6.14	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	80
Tabel 6.15	Cost Recovery Rate (CRR) Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	82



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Hubungan Unsur Pembentuk Sistem Kesehatan.....	14
Gambar 2.2	Mekanisme Perencanaan dan Penganggaran Tahunan.....	32
Gambar 2.3	Kelompok dan Jenis Belanja.....	34
Gambar 2.4	Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota Dalam Sistem Desentralisasi.....	35
Gambar 2.5	Sumber Biaya Kesehatan.....	36
Gambar 4.1	Kerangka Konsep.....	51



DAFTAR GRAFIK

Grafik 6.1	Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	62
Grafik 6.2	Pendapatan BLUD Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	65
Grafik 6.3	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	68
Grafik 6.4	Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	73
Grafik 6.5	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sifat Program di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	75
Grafik 6.6	Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	79
Grafik 6.7	Perbandingan Pendapatan BLUD dengan Subsidi UKP di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.....	81



DAFTAR SINGKATAN



APBD	= Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
BLUD	= Badan Layanan Umum Daerah
CRR	= <i>Cost Recovery Rate</i>
DIK	= Daftar Isian Kegiatan
DIP	= Daftar Isian Pembangunan
GDP	= <i>Gross Domestic Product</i>
IKU	= Indikator Kinerja Utama
OOP	= <i>Out Of Pocket</i>
P2KT	= Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu
PAD	= Pendapatan Asli Daerah
PHBS	= Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PPK BLUD	= Pola Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum Daerah
PUSKESMAS	= Pusat Kesehatan Masyarakat
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	= Upaya Kesehatan Perorangan
SKPD	= Satuan Kerja Perangkat Daerah
SKN	= Sistem Kesehatan Nasional
SPM	= Standar Pelayanan Minimal
SVC	= <i>Semi Variable Cost</i>
TC	= <i>Total Cost</i>
VC	= <i>Variable Cost</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Data Realisasi Anggaran Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009
- Lampiran 2 : Data Pendapatan BLUD Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009
- Lampiran 3 : Output Olah Data Berdasarkan Program
- Lampiran 4 : Output Olah Data Berdasarkan Kegiatan
- Lampiran 5 : Output Olah Data Berdasarkan Upaya Wajib, Program Pricritas, Sifat Program, Jenis Kegiatan, Kelompok Belanja dan CRR.



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tujuan Pembangunan Nasional Indonesia sebagaimana yang tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 adalah untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Definisi kesehatan menurut WHO yaitu kondisi dinamis meliputi kesehatan jasmani, rohani, sosial dan tidak hanya terbebas dari penyakit, cacat dan kelemahan. Pada pertemuan ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam rangka hari kebangkitan nasional pada tanggal 21 Mei 2010 Presiden SBY mengatakan bahwa *kesehatan bukan hanya mengobati orang sakit saja, tetapi termasuk bertanggung jawab pada perilaku manusia untuk mencegah orang supaya tidak sakit*. Sedangkan menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009, *kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis*. Dari definisi di atas artinya terdapat hubungan yang kuat antara kesehatan dan pengurangan kemiskinan dan juga dengan pertumbuhan ekonomi jangka panjang (D. Sachs, Jeffry, 2002). Akan tetapi sampai sekarang kesehatan belum dilihat sebagai investasi kesehatan dalam menunjang pembangunan ekonomi suatu negara, hal ini tercermin dalam pembiayaan kesehatan yang masih relatif rendah.

Pembiayaan merupakan salah satu unsur strategis dalam pembangunan dan pelayanan kesehatan dan sebagai salah satu faktor yang menunjang kesinambungan kegiatan disamping faktor manusia, sarana, teknologi dan peran masyarakat. Tingkat pengeluaran kesehatan di negara-negara berpendapatan rendah belum memadai untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya. Menurut perhitungan D. Sachs, Jeffry (2002), paling sedikit dibutuhkan biaya antara US \$30 – US \$ 40 per orang per tahun untuk membiayai pelayanan

UNIVERSITAS INDONESIA

intervensi esensial, dimana sebagian besar kebutuhan itu harus dibiayai oleh anggaran pemerintah bukan oleh sektor swasta.

Pada masa sebelum krisis, Gani (2003) melaporkan bahwa rata-rata dana kesehatan nasional Indonesia adalah US\$ 12/kapita/tahun atau sekitar 2,5 persen dari GDP, masih berada jauh di bawah standar yang ditetapkan oleh WHO yaitu sebesar 5% dari GDP. Sebagai perbandingan, pendanaan kesehatan di Thailand sudah mencapai 5 % GDP, atau Malaysia sebesar 3% dari GDP (Gani, 2002). Dari jumlah US\$12 tersebut, hanya US\$3,6 atau 30% berasal dari pemerintah sedangkan sisanya sebesar 70% atau US\$8,4 berasal dari sumber-sumber non pemerintah. Jika dirinci lagi, maka sumber dana yang berasal dari sumber-sumber non pemerintah itu, 75% berasal dari masyarakat sendiri (OOP), 19% dari perusahaan, dan asuransi 6%. Hal ini disebabkan masih rendahnya kesadaran pembuat kebijakan pada berbagai level akan pentingnya sektor kesehatan yang dianggap sebagai sektor konsumtif dan bukan produktif.

Setelah masa krisis, dengan meningkatnya pertumbuhan ekonomi Indonesia yang antara lain ditandai dengan meningkatnya GDP, berangsur membaiknya kondisi politik di tanah air, maka belanja kesehatan juga mengalami perubahan yang cukup signifikan. Secara keseluruhan pengeluaran untuk kesehatan meningkat dari 1.96 % dari GDP pada tahun 2002 menjadi 2,2 % dari GDP pada tahun 2004 (Bapenas 2008). Jika dilihat dari sumber (agen) pengeluaran kesehatan, maka pada tahun 2004, sebanyak 34% pengeluaran dilakukan oleh masyarakat sendiri (OOP), pemerintah pusat 29%, pemerintah provinsi 2%, pemerintah kabupaten 5% dan dana dari perusahaan sebesar 19% (Bapenas 2008).

Pada kurun waktu 2005 – 2007 dari data WHO terlihat peran pembiayaan kesehatan oleh pemerintah meningkat cukup signifikan yaitu dari 45,8% tahun 2005, 51,2% tahun 2006 dan 54,5% tahun 2007 (World Health Statistic 2010). Hal ini terkait juga dengan meningkatnya secara signifikan anggaran asuransi kesehatan masyarakat miskin (Askeskin).

Meskipun isu kesehatan merupakan isu sentral dalam Pemilihan Kepala Daerah (Pilkada) dan Pemilihan Presiden (Pilpres), namun pembiayaan kesehatan yang bersumber pemerintah pusat maupun daerah masih rendah, yaitu masih

dibawah 5% (Bapenas, 2008). Padahal dalam Undang-Undang Kesehatan No 36 tahun 2009 pasal 171 ayat(1) dikatakan bahwa *besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji*. Selain itu pada ayat (2) juga dikatakan bahwa *besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji*.

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok, yaitu kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan secara tunai perorangan, menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa.

Sampai saat ini pemanfaatan dana yang terbatas menjadi masalah disebagian besar kabupaten/kota di Indonesia, padahal hampir semua daerah menetapkan kesehatan sebagai salah satu program prioritas. Pemberlakuan otonomi daerah memberikan peluang kepada daerah untuk menyusun perencanaan, dan pengalokasian anggaran di lingkungan pemerintah daerah masing-masing dengan meng akomodir kebutuhan lokal dengan menjawab penyakit2 yang memang kharakteristik lokal. Peran dan komitmen pembuat kebijakan sebagai pengambil kebijakan sangat besar dalam menentukan arah pembangunan dan pengalokasian anggaran bersumber dari pemerintah.

Puskesmas yang merupakan unit pelaksana teknis daerah menurut Kepmenkes Nomor 128 Tahun 2004, memiliki peran yang sangat penting untuk mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas.

Pada saat ini di wilayah Provinsi DKI Jakarta telah dibangun 44 Puskesmas Kecamatan dan 294 Puskesmas Kelurahan.

Berdasarkan data Bappeda Provinsi DKI Jakarta , anggaran belanja langsung (di luar gaji) untuk bidang kesehatan pada tahun 2007, 2008 dan 2009 adalah 5,21%, 5,73%, dan 6,02% dari seluruh APBD DKI Jakarta, itu masih jauh

dibawah Perda Provinsi DKI Jakarta Nomor 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah mensyaratkan bahwa alokasi dana untuk pembiayaan kesehatan adalah sebesar 15% dari pembiayaan pemerintah daerah .

Sementara itu anggaran belanja langsung yang dikelola oleh puskesmas adalah 19,24%, 25,90%, dan 23,46% dari keseluruhan anggaran kesehatan .

Bila dibandingkan dengan daerah lain, maka anggaran beiarja yang dikelola oleh puskesmas DKI Jakarta jauh lebih besar. Hal ini bisa kita lihat dengan anggaran kesehatan provinsi Kutai Kartanegara, pada tahun 2008 anggaran kesehatannya sebesar 1,6%, Provinsi Lampung sebesar 5,07 % dari total APBDnya dan Provinsi Jawa Barat di tahun 2010 sebesar 4,9% dari total APBDnya,. Namun, masalah kesehatan tetap saja masih banyak terjadi, misalnya Demam Berdarah Dengue (DBD), angka balita gizi buruk atau Bawah Garis Merah (BGM) yang masih cukup tinggi.

Disamping itu, pada tahun 2000 berdasarkan SK Gub Nomor 39 ditetapkanlah Puskesmas Tanah Abang, Tambora, Koja, Jatinegara dan Tebet sebagai Unit Swadana Daerah. Kemudian pada tahun 2001 dikeluarkan lagi SK Gub nomor 15 tentang Penetapan Uji Coba 38 Puskesmas Kecamatan di Propinsi DKI Jakarta sebagai Unit Swadana Daerah . Pada tahun 2006, 44 Pusat Kesehatan Masyarakat Kecamatan ditetapkan sebagai unit kerja Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah secara Bertahap yang diatur dengan SK Gub No 2086 . Namun , sejak Puskesmas menjadi swadana dan sekarang menjadi unit kerja Dinas Kesehatan yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD, belum pernah dilakukan evaluasi pembiayaan kesehatan yang dikelola oleh puskesmas.

Sehingga berdasarkan permasalahan-permasalahan diatas diperlukan evaluasi mendalam tentang distribusi anggaran yang dikelola puskesmas , apakah pembiayaannya sudah bergeser ke arah upaya kesehatan perorangan (kuratif) atau masih tetap porsi terbesarnya untuk membiayai upaya kesehatan masyarakat . Selain itu analisa juga diperlukan untuk mengetahui apakah realisasi anggaran kesehatan di puskesmas mendukung program-program prioritas, dan bagaimana keseimbangan antara jenis pembiayaan investasi, operasional dan pemeliharaan

guna peningkatan mutu layanan kesehatan dan keberhasilan kegiatan pembangunan kesehatan di Provinsi DKI Jakarta.

Tujuan akhir dari kegiatan ini diharapkan dapat digunakan dalam pembahasan pencarian alternatif sumber-sumber keuangan serta melengkapi informasi untuk perencanaan anggaran kedepannya. (Mill, Giison, 1990)

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, Puskesmas di wilayah DKI Jakarta setelah menerapkan PPK BLUD belum dievaluasi sehingga belum diketahui apakah anggaran sudah bergeser dari UKM ke UKP, bagaimana trend pendapatan BLUD puskesmas dalam 3 tahun terakhir, seberapa besar anggaran untuk upaya wajib dan program prioritas yang sudah digariskan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, apakah ada keseimbangan antara kelompok belanja untuk belanja operasional pemeliharaan, modal dan administrasi umum, bagaimana tingkat *Cost Recovery Rate (CRR)* puskesmas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah : Belum diketahui peta realisasi anggaran kesehatan bersumber Pemerintah Provinsi pada Puskesmas di DKI Jakarta berdasarkan upaya wajib, program prioritas, sifat program, jenis kegiatan, kelompok belanja, dan CRR untuk periode tahun 2007, 2008 dan 2009.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Bagaimana gambaran realisasi anggaran kesehatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2007,2008 dan 2009 ?
- 1.3.2 Bagaimana gambaran pendapatan BLUD di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2007,2008 dan 2009 ?
- 1.3.3 Bagaimana gambaran realisasi anggaran kesehatan untuk upaya wajib di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2007,2008 dan 2009 ?
- 1.3.4 Bagaimana gambaran realisasi anggaran untuk program prioritas terkait dengan indikator kinerja utama di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2007, 2008 dan 2009?

- 1.3.5 Bagaimana gambaran realisasi anggaran kesehatan berdasarkan sifat program di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2007, 2008 dan 2009?
- 1.3.6 Bagaimana gambaran realisasi anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2007, 2008 dan 2009?
- 1.3.7 Bagaimana gambaran realisasi anggaran kesehatan berdasarkan kelompok belanja di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2007, 2008 dan 2009?
- 1.3.8 Bagaimana *Cost Recovery Rate (CRR)* Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta tahun 2007,2008 dan 2009?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diperolehnya gambaran tentang peta realisasi anggaran kesehatan bersumber Pemerintah Provinsi yang diserap oleh Puskesmas di DKI Jakarta untuk periode tahun 2007, 2008 dan 2009.

1.4.2 Tujuan Khusus

1.4.2.1 Diperolehnya gambaran realisasi anggaran kesehatan di Puskesmas DKI Jakarta tahun 2007,2008 dan 2009.

1.4.2.2 Diperolehnya gambaran pendapatan BLUD Puskesmas DKI Jakarta tahun 2007,2008 dan 2009.

1.4.2.3. Diperolehnya gambaran realisasi anggaran kesehatan untuk upaya wajib di Puskesmas DKI Jakarta pada tahun 2007,2008 dan 2009.

1.4.2.4. Diperolehnya gambaran realisasi anggaran kesehatan untuk program prioritas terkait dengan indikator kinerja utama di Puskesmas DKI Jakarta pada tahun 2007, 2008 dan 2009.

1.4.2.5 Diperolehnya gambaran realisasi anggaran kesehatan berdasarkan sifat program di Puskesmas DKI Jakarta pada tahun 2007, 2008 dan 2009.

1.4.2.6 Diperolehnya gambaran realisasi anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan di Puskesmas DKI Jakarta pada tahun 2007, 2008 dan 2009.

1.4.2.7. Diperolehnya gambaran realisasi anggaran kesehatan berdasarkan kelompok belanja di Puskesmas DKI Jakarta pada tahun 2007, 2008 dan 2009.

1.4.2.8. Diperolehnya gambaran *Cost Recovery Rate (CRR)* Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta tahun 2007,2008 dan 2009.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Pemerintah Daerah

Sebagai masukan dalam penetapan kebijakan alokasi anggaran kesehatan yang disesuaikan dengan visi, misi, indikator kinerja utama (IKU) yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dalam rangka untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui penyiapan anggaran kesehatan di puskesmas pada masa yang akan datang.

1.5.2. Bagi Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta

Sebagai bahan masukan dan saran dalam penyusunan perencanaan anggaran kesehatan puskesmas di masa yang akan datang, dan bahan advokasi pada para pengambil keputusan dibidang alokasi anggaran kesehatan, serta bahan evaluasi dalam penyusunan dan alokasi anggaran.

1.5.3 Bagi peneliti

Dapat mengaplikasikan teori analisa pembiayaan kesehatan yang telah dipelajari pada sistem pelayanan publik.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 42 Puskesmas Kecamatan di Provinsi DKI Jakarta pada bulan Maret sampai dengan Mei 2010. Penelitian ini hanya terbatas pada pembiayaan kesehatan bersumber APBD tingkat I yang dananya dikelola puskesmas untuk tahun anggaran 2007, 2008 dan 2009.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Pusat Kesehatan Masyarakat adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu atau sebagian wilayah kecamatan. (Depkes RI, 2004)

Puskesmas adalah satuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat. Dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitik beratkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. (Depkes RI, 1999)

Yang dimaksud dengan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh adalah upaya pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif* (peningkatan kesehatan), *preventif* (pencegahan penyakit), *kuratif* (penyembuhan penyakit) maupun *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan) dan ditujukan untuk semua golongan umur dan jenis kelamin.

2.1.1 Tugas Pokok dan Fungsi Puskesmas

Dalam melaksanakan tugas pokoknya, Puskesmas mempunyai Fungsi, yaitu : (Depkes RI, 2004)

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
 - a. Berupaya menggerakkan lintas sektor dan dunia usaha di wilayah kerjanya agar menyelenggarakan pembangunan yang berwawasan kesehatan.
 - b. Aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.
 - c. Mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan dan pemulihan.
2. Pusat pemberdayaan masyarakat

- a. Berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya.
 - b. Ikut menerapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.
3. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama
- a. Pelayanan Kesehatan Perorangan
Tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan tanpa mengabaikan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.
 - b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat
Tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

2.1.2 Pelayanan dan Kegiatan Puskesmas

2.1.2.1 Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya Kesehatan Wajib itu adalah :

1. Upaya Promosi Kesehatan
2. Upaya Kesehatan Lingkungan
3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
4. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
5. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
6. Upaya Pengobatan

2.1.2.2 Upaya Kesehatan Pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas. Upaya Kesehatan Pengembangan dipilih dari upaya kesehatan pokok Puskesmas yang telah ada, yaitu :

1. Upaya Kesehatan Sekolah
2. Upaya Kesehatan Olah Raga
3. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
4. Upaya Kesehatan Kerja
5. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
6. Upaya Kesehatan Jiwa
7. Upaya Kesehatan Mata
8. Upaya Kesehatan Usia Lanjut
9. Upaya Pembinaan Pengobat Tradisional.
10. Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan dan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiga upaya ini merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya pengembangan Puskesmas.

2.1.3 Unsur Penunjang Puskesmas

Sesuai dengan luas dan kepadatan penduduk wilayah kerjanya, untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, selain Puskesmas Kecamatan juga didirikan Puskesmas Kelurahan dan pengadaan Puskesmas Keliling.

Puskesmas Kelurahan merupakan bagian dari Puskesmas Kecamatan dan berfungsi untuk menunjang dan memperluas jangkauan serta lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan lebih mengutamakan melaksanakan kegiatan-kegiatan upaya kesehatan masyarakat dengan tetap melaksanakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, dalam ruang lingkup wilayah yang lebih kecil .

Puskesmas Keliling (Pusling) merupakan unit pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk wilayah yang belum memiliki Puskesmas. Pusling adalah

pelaksanaan pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan mengendarai kendaraan bermotor roda 4 atau perahu bermotor yang dilengkapi dengan peralatan kesehatan, peralatan komunikasi serta tenaga yang berasal dari Puskesmas.

2.2 Konsep Puskesmas sebagai SKPD yang menerapkan PPK-BLUD secara bertahap

2.2.1 Pengertian Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD)

Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya. (Permendagri RI Nomor 61 tahun 2007)

2.2.2 Landasan hukum Puskesmas yang menerapkan PPK-BLUD (secara bertahap).

1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
3. Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 29 Tahun 2006 yang telah diperbaharui dengan Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 106 Tahun 2008 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
4. Surat Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 2086 Tahun 2006 tentang Penetapan 44 Pusat Kesehatan Masyarakat Kecamatan Sebagai unit Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus

UNIVERSITAS INDONESIA

Ibukota Jakarta Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Bertahap.

2.2.3 Persyaratan PPK-BLUD

Agar instansi pemerintah dapat menerapkan PPK-BLUD, maka persyaratannya adalah sebagai berikut :

2.2.3.1 Persyaratan Substantif

Persyaratan substantif akan terpenuhi apabila tugas dan fungsi Satuan Kerja Perangkat Dinas (SKPD) atau Unit Kerja bersifat operasional dalam menyelenggarakan pelayanan umum yang menghasilkan semi barang/jasa publik (*quasipublic goods*).

Pelayanan umum sebagaimana dimaksud berhubungan dengan:

1. penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan masyarakat;
2. pengelolaan wilayah atau kawasan tertentu untuk tujuan meningkatkan perekonomian masyarakat atau layanan umum; dan/atau
3. pengelolaan dana khusus dalam rangka meningkatkan ekonomi dan/atau pelayanan kepada masyarakat.

2.2.3.2 Persyaratan Teknis

Persyaratan teknis sebagaimana dimaksud berhubungan dengan kinerja pelayanan di bidang tugas pokok dan fungsinya layak dikelola dan ditingkatkan pencapaiannya melalui BLUD atas rekomendasi sekretaris daerah untuk SKPD atau Kepala SKPD untuk Unit Kerja, dan kinerja keuangan SKPD atau Unit Kerja yang sehat.

2.2.3.3 Persyaratan Administratif

Pelayanan administratif sebagaimana dimaksud berhubungan :

1. Pernyataan Kesanggupan untuk Meningkatkan Kinerja
2. Pola Tata Kelola
3. Rencana Strategis Bisnis
4. Laporan Keuangan Pokok
5. Standar Pelayanan Minimal (SPM)
6. Laporan Audit Terakhir atau Pernyataan Bersedia untuk Diaudit

2.2.4 Tujuan PPK-BLUD

PPK-BLUD bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas-tugas pemerintah dan/atau pemerintah daerah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

2.3 Sistem Kesehatan

Sistem Kesehatan menurut WHO (1984) adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar 1945. (Depkes, 2009)

Sistem Kesehatan Daerah (Siskesda) adalah tatanan penyelenggaraan pembangunan kesehatan Provinsi DKI Jakarta terdiri dari komponen Upaya Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Sumberdaya Manusia Kesehatan, Obat dan Perbekalan Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, Manajemen Kesehatan. (Perda Provinsi DKI Jakarta Nomor 4 Tahun 2009)

Pembangunan Kesehatan di Provinsi DKI Jakarta adalah penyelenggaraan urusan wajib pemerintahan dibidang kesehatan dan bidang lain yang terkait kesehatan di Provinsi DKI Jakarta.

Terbentuknya sistem kesehatan pada dasarnya ditentukan oleh 3 (tiga) unsur utama yaitu (Azwar, 1996) :

1. Pemerintah

Bertanggung jawab dalam merumuskan berbagai kebijakan pemerintah termasuk kebijakan kesehatan.

2. Masyarakat

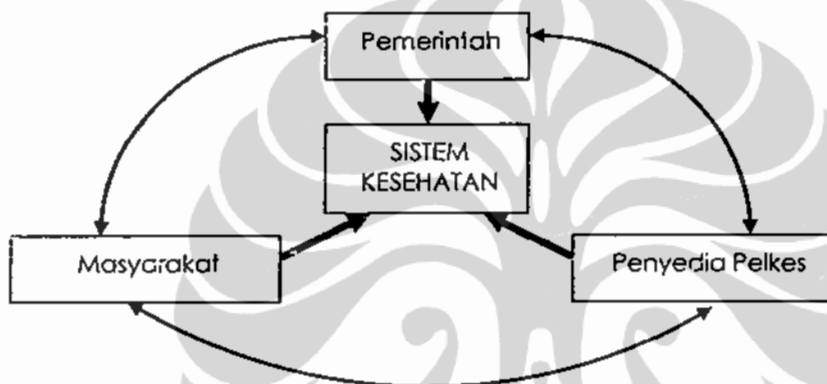
Disebut juga *health consumer*, atau orang yang memanfaatkan atau menggunakan jasa pelayanan kesehatan.

3. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Disebut juga *health provider* dimana bertanggung jawab secara langsung dalam menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan.

Ketiga unsur tersebut saling berhubungan dan mempengaruhi, secara sederhana terlihat pada gambar 2.1

Gambar 2.1
Hubungan Unsur Pembentuk Sistem Kesehatan



Sumber : Azwar, 1996

Bila kita lihat pada gambar diatas, maka bentuk pokok sistem kesehatan tidaklah sama antara satu negara dengan negara lain tergantung unsur mana yang paling dominan.

Suatu sistem kesehatan akan dinilai baik apabila didukung 3 (tiga) syarat pokok, antara lain (azwar, 1996) :

1. Organisasi Pelayanan

Sistem kesehatan yang baik harus memiliki kerjasama dalam pengorganisasian upaya kesehatannya, yaitu kejelasan akan jenis, bentuk, jumlah, penyebaran, jenjang serta hubungan antara satu upaya kesehatan dengan upaya kesehatan lainnya.

2. Organisasi Pembiayaan

Sistem kesehatan yang baik juga harus memiliki kejelasan dalam pengorganisasian pembiayaan kesehatannya (*organization of finances*) dalam

hal ini jumlah, penyebaran, pemanfaatan serta mekanisme pembiayaan upaya kesehatan yang berlaku.

3. Mutu Pelayanan dan Pembiayaan

Syarat terakhir yang harus dipenuhi adalah terjaminnya mutu pelayanan dan pembiayaan kesehatan (*quality of services and finances*) yaitu kesesuaian antara kebutuhan dan tuntutan masyarakat akan kesehatan.

Apabila salah satu dari ketiga unsur tersebut tidak dipenuhi maka sistem kesehatan tidaklah sempurna, karena ketiga unsur tersebut saling berhubungan dan saling mempengaruhi.

Dalam penyelenggaraan sistem kesehatan, terdapat 2 (dua) subsistem yang terdiri dari : (Azwar, 1996)

1. Subsistem Pelayanan Kesehatan

Yaitu menunjuk kepada kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai upaya kesehatan yang diselenggarakan dalam suatu negara. Masalah yang paling menonjol pada subsistem ini adalah adanya pelayanan kesehatan yang terkotak-kotak (*fragmented health services*) dimana pelayanan kesehatan tergantung pada berbagai peralatan kedokteran canggih serta cenderung mengorganisir pelayanan kesehatan yang lebih majemuk. Keadaan ini sangat merugikan masyarakat karena masyarakat akan sulit mendapatkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh.

2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Yaitu menunjuk pada kesatuan yang utuh dan terpadu dari pembiayaan upaya kesehatan yang berlaku dalam suatu negara. Masalah yang paling menonjol ditemukan pada subsistem ini adalah biaya kesehatan yang terus meningkat, bahwa kenaikan biaya kesehatan disebabkan oleh meningkatnya kenaikan biaya pelayanan kesehatan itu sendiri. Seperti contoh : harga obat-obatan dan teknologi alat-alat medis (Ilyas, 2003).

Penyelenggaraan pelayanan sistem kesehatan yang baik dapat dinilai apabila memiliki kedua subsistem tersebut. Pengertian kedua subsistem ini dapat diartikan sebagai satu kesatuan yang utuh dan terpadu dari kebijakan serta mekanisme pembiayaan kesehatan yang diterapkan di suatu negara.

Kebijakan dan mekanisme tersebut dapat dibedakan menjadi :

1. Kebijakan dan mekanisme yang menyangkut mobilisasi, alokasi serta utilisasi sebagai sumber dana kesehatan yang tersedia di masyarakat.
2. Kebijakan dan mekanisme yang menyangkut tata cara pembiayaan pelayanan kesehatan, ditinjau dari sudut penyelenggaraan pelayanan kesehatan maupun dari sudut pemakai jasa pelayanan kesehatan.

2.4 Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Menurut Azwar (1996), biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan. Biaya kesehatan ini akan berbeda pengertiannya apabila ditinjau dari sudut penyedia pelayanan kesehatan dan pemakai jasa pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan

Biaya kesehatan dilihat dari sudut ini adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dalam hal ini adalah pihak pemerintah dan pihak swasta.

2. Pemakai Jasa Pelayanan

Besarnya dana yang harus disediakan untuk mendapatkan jasa pelayanan, dalam hal ini biaya kesehatan menjadi persoalan utama dan terdapat batasan dimana pemerintah juga turut menjamin pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Dari pengertian diatas, terlihat bahwa pengertian biaya berbeda antara penyedia pelayanan kesehatan dengan pemakai jasa pelayanan dalam hal ini besarnya dana yang dihitung sebagai biaya kesehatan tidaklah sama antara pemakai dan penyedia pelayanan kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi serta seluruh biaya operasional yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk memanfaatkan upaya kesehatan.

Total dana yang dikeluarkan oleh pemakai jasa pelayanan merupakan pemasukan bagi penyedia pelayanan kesehatan (*income*), jika dana yang lebih

besar dikeluarkan untuk penyedia pelayanan kesehatan maka akan mengalami keuntungan (*profit*), tetapi bila sebaliknya maka penyedia pelayanan kesehatan akan mengalami kerugian (*loss*).

Perhitungan total biaya kesehatan suatu negara tergantung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh kedua pihak tersebut. Dan disetiap negara selalu ditemukan peranan pemerintah, dalam perhitungan total biaya kesehatan juga memperhitungkan jumlah dana yang beredar di sektor pemerintah. Tetapi karena upaya kesehatan pemerintah selalu ditemukan subsidi, maka cara perhitungan yang dipergunakan berbeda.

Menurut Azwar (1996), total biaya kesehatan dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa, melainkan dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (*expenses*) untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Sehingga biaya total kesehatan adalah hasil dari penjumlahan dari pengeluaran para pemakai jasa kesehatan dan juga besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk sektor pemerintah.

2.4.1 Sumber Pembiayaan Kesehatan

Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan 2 macam (Azrul, A: 1996) yaitu :

a. **Seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah**

Pada negara yang mengikuti aliran seperti ini, tidak ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Seluruh pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah dan pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan secara Cuma-Cuma.

b. **Sebagian ditanggung oleh masyarakat.**

Pada negara yang mengikuti aliran ini, maka sumber pembiayaan kesehatan selain dari pemerintah juga ada yang berasal dari masyarakat. Masyarakat diajak berperan serta baik dalam penyelenggaraan upaya kesehatan maupun pada waktu memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan. Masyarakat diharuskan membayar pelayanan kesehatan yang dimanfaatkannya.

Menurut Gani (2006), pembiayaan kesehatan daerah berasal dari berbagai sumber, yaitu APBN, APBD Provinsi, APBD Kabupaten/Kota, proyek-proyek kesehatan, Asuransi Kesehatan (PT Askes, PT Jamsostek, dll) dan rumah tangga (*out of pocket payment*)

2.4.2 Sumber Pembiayaan Kesehatan Puskesmas

Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan srtata pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat mendapatkan sumber pembiayaan dari : (Depkes RI, 2004)

- a. Pemerintah
- b. Pendapatan Puskesmas

Masyarakat dikenakan kewajiban membiayai upaya kesehatan perorangan yang digunakannya, dan besaran tarifnya ditentukan oleh Peraturan Daerah. Saat ini ada beberapa kebijakan yang terkait dengan pendapatan puskesmas yaitu :

- Seluruhnya disetor ke kas daerah
- Sebagian dimanfaatkan langsung oleh Puskesmas
- Seluruhnya dimanfaatkan secara langsung oleh Puskesmas.

- c. Sumber lain.

- PT. Askes
- PT (Persero) Jamsostek

2.4.3 Pembiayaan Kesehatan Untuk Masyarakat Miskin

Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS-BK) tahun 1998-2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 , Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004 dan Program Askeskin pada tahun 2005. Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin ini bertujuan untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan.

2.5 Konsep dan Klasifikasi Biaya

Menurut Hongren, Datar, dan Foster (2003), biaya adalah sumber daya yang sengaja dikorbankan untuk mencapai suatu tujuan atau maksud tertentu, biasanya dipakai sebagai alat ukur keuangan yang harus dibayar guna mendapatkan barang atau jasa. Dengan kata lain biaya adalah nilai dari suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu output tertentu. Pengorbanan ini bisa berupa uang, barang, tenaga, waktu maupun kesempatan (Gani, 2001).

Menurut Gani (2001), terdapat beberapa jenis klasifikasi biaya, antara lain:

1. Berdasarkan sifat kegunaannya dalam proses produksi :

- Investasi adalah biaya yang dikeluarkan untuk barang modal, yang kegunaannya atau pemanfaatannya satu tahun atau lebih. Contoh (Depkes RI & FKM UI – P2KT Modul 9, 2002):
 - biaya pembangunan gedung puskesmas
 - biaya pembelian alat non medis
 - biaya pembelian alat medis.
- Operasional adalah biaya yang diperlukan untuk mengoperasikan barang modal agar barang modal tersebut berfungsi. Contoh (Depkes RI & FKM UI – P2KT Modul 9, 2002):
 - biaya gaji, upah, insentif dan biaya pegawai lainnya
 - biaya obat dan bahan
 - biaya makanan
 - biaya listrik, telepon, air, dan lain-lain.
- Pemeliharaan adalah biaya yang diperlukan untuk menjaga atau mempertahankan kapasitas barang investasi, agar barang tersebut dapat bertahan lama. Contoh (Depkes RI & FKM UI – P2KT Modul 9, 2002):
 - biaya pemeliharaan gedung
 - biaya pemeliharaan alat non medis
 - biaya pemeliharaan alat medis
 - biaya pemeliharaan SDM / diklat.

2. Berdasarkan fungsinya dalam proses produksi :

- *Biaya Langsung (Direct Cost)* adalah biaya yang dikeluarkan pada unit-unit yang langsung memproduksi barang atau sering disebut dengan unit produksi. Contohnya adalah :
 - biaya investasi ruang rawat jalan, investasi alat di rawat jalan, dan lain-lain
 - biaya obat dan makan untuk rawat inap
 - biaya pemeliharaan ruang rawat, dan lain-lain.
 - *Biaya Tidak Langsung (Indirect Cost)* adalah biaya yang dikeluarkan pada unit-unit penunjang yang tidak langsung memproduksi barang. Contohnya:
 - biaya tenaga administrasi
 - biaya gedung kantor kepala Puskesmas
 - biaya telepon/listrik/air untuk kantor kepala puskesmas, dan lain-lain.
3. Berdasarkan masa atau frekuensi pengeluarannya :
- *Biaya Modal (Capital Cost)*, dan
 - *Biaya Berulang (Recurrent cost)* atau biaya rutin.
4. Berdasarkan sifat hubungannya dengan volume produk / output :
- *Biaya tetap (Fixed Cost)* adalah biaya yang besarnya relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah output atau produksi yang dihasilkan. Biaya tetap ini sama halnya dengan biaya investasi. Contoh : biaya gedung Puskesmas.
 - *Biaya Semivariabel (Semivariable cost)* adalah biaya yang relatif tidak berubah walaupun produksi atau output berubah. Contoh : biaya gaji pegawai puskesmas, walaupun jumlah pasien yang dilayani sedikit atau banyak, gaji tidak berubah.
 - *Biaya Variabel (Variable Cost)* adalah biaya yang jumlahnya tergantung pada jumlah produksi atau output yang dihasilkan. Contoh : biaya obat, alat kesehatan pakai habis, pada poli rawat jalan, jumlahnya tergantung dari jumlah pasien yang di obati atau disuntik.
 - *Biaya Total (Total Cost)* adalah jumlah dari biaya tetap, biaya semi variabel dan biaya variabel, atau : $TC = FC + SVC + VC$.
5. *Biaya kesempatan yang hilang atau Opportunity cost* adalah biaya kesempatan yang hilang adalah biaya (pengorbanan) berupa hilangnya kesempatan lain

yang bisa dimanfaatkan, karena suatu sumber daya (biaya) yang dipergunakan untuk hal lain.

2.6 Sumber-sumber Biaya Kesehatan

Sumber biaya kesehatan dibedakan atas 2 (dua) macam, yaitu (Mills, Gilson, 1995) :

1. Bersumber dari anggaran pemerintah

- Pendapatan dari pajak secara umum

Di negara sedang berkembang seperti Indonesia, sumber ini merupakan sumber yang terpenting. Namun, rasio pembebanan pajak yang rendah (sebagai bagian dari pendapatan nasional yang kena pajak) yang mengakibatkan sumber yang berasal dari sektor kesehatan sendiri tidak cukup untuk mendukung pembiayaan pelayanan kesehatan. Penerimaan pajak secara umum terdiri dari penerimaan pajak ekspor dan impor serta pajak penjualan. Tetapi untuk negara berkembang, penerimaan pajak umum bukan merupakan sumber dana yang paling diandaikan bagi sektor kesehatan. Sebagai akibat dari rendahnya prioritas kemauan politik terhadap pembiayaan sektor kesehatan di anggaran pemerintah, ketidakstabilan dana pemerintah karena terlalu tergantung pada penerimaan pajak impor dan ekspor, terlalu seringnya penggunaan pembelanjaan pemerintah sebagai perangkat kebijaksanaan ekonomi makro dan seringnya terjadi ketidakseimbangan dana yang direncanakan dengan kenyataan yang mungkin dipakai. Penerimaan bersih dari pajak ini mungkin saja cukup tinggi bila beban biaya birokratis tidak tinggi sebagaimana terjadi sekarang.

- Pembiayaan yang defisit

Yaitu keputusan untuk meminjam dan membelanjakan dana pada saat ini dan membayarnya pada kurun waktu tertentu. Pembiayaan ini mungkin saja meningkat secara nasional atau internasional melalui mekanisme seperti obligasi atau sertifikat pemerintah atau pinjaman bunga rendah jangka panjang. Biaya dari pembiayaan ini merupakan biaya bunga yang perlu dibayar. Negara seperti Indonesia, dimana tingkat inflasi yang terus

UNIVERSITAS INDONESIA

meningkat (dipengaruhi oleh tingkat bunga pinjaman nyata) dan kurangnya kepastian kemampuan pemerintah untuk menghargai pengembalian obligasinya bisa menyebabkan kesulitan untuk menggunakan sistem pembiayaan defisit sebagai sumber pembelanjaan yang mendukung sistem pelayanan kesehatan.

- **Pengenaan cukai**

Beberapa negara melakukan “*earmark*” beberapa pajak tertentu dalam rangka memenuhi tujuannya, misalnya pajak yang dikenakan atas penjualan suatu komoditi tertentu bisa saja dibebani pajak tertentu yang berhubungan dengan masalah kesehatan baik di tingkat nasional maupun regional.

- **Asuransi sosial**

Asuransi sosial dapat membiayai pelayanan kesehatan atau kebutuhan lain seperti biaya orang jompo atau orang cacat, dan seluruh masyarakat. Asuransi sosial ini biasanya dibiayai dengan cara membebaskan kewajiban membayar asuransi tenaga kerja yang diambil dari upah dengan menggunakan kewajiban yang sama atau lebih tinggi kepada perusahaan para pekerja tersebut. Total kontribusi keuangan terhadap pembayaran asuransi sosial (secara teoritis) ditentukan berdasarkan pada kapan saja sakit itu terjadi, kondisi kepekaan terhadap penyakit dari peserta dan nilai pertanggungan pembayaran yang harus diberikan. Akan tetapi kontribusi masing-masing orang tidak ditentukan berdasarkan resiko penyakit atau klaim yang diperkirakan, melainkan diukur dari proporsinya terhadap pendapatan. Nilai positif dari asuransi sosial ini dalam hal ini dana tambahan sistem kesehatan adalah membantu kementerian kesehatan menciptakan dana bagi pelayanan kesehatan, sehingga pemerintah sebenarnya lebih senang mengembangkan sistem asuransi sosial ini.

2. Sumber dana swasta

- **Asuransi kesehatan swasta**

Perbedaan asuransi kesehatan swasta bila dibandingkan dengan asuransi sosial terletak pada harga (premi) yang ditetapkan tidak berdasarkan kepada resiko kelompok masyarakat melainkan berdasarkan kepada resiko

perorangan dan kemungkinan terjadinya sakit pada individu tersebut. Akibatnya premi yang ditetapkan sangat bervariasi menurut individu dan kelompok yang bersangkutan. Asuransi swasta tidak dipengaruhi oleh politik dalam proses alokasi dan dapat memberikan dana ekstra bagi sektor kesehatan. Namun, perasuransian ini terlibat pada persoalan rendahnya cakupan peserta asuransi karena kurangnya biaya dan adanya resiko buruk sebagai akibat ketidakmerataan dan peningkatan pertumbuhan teknologi tinggi pelayanan kesehatan yang tidak tepat bagi negara yang sedang berkembang.

- **Pembiayaan asuransi oleh perusahaan**
Seringkali perusahaan secara langsung membiayai keperluan pelayanan kesehatan pada pekerjanya. Misalnya, perusahaan bisa saja membayar pelayanan kesehatan sektor swasta dan secara langsung memperkerjakan tenaga kesehatan atau menyediakan fasilitas dan peralatan yang diperlukan. Masalah yang timbul dalam jenis perasuransian yang dibiayai oleh perusahaan ini berkaitan dengan kualitas pelayanan yang disediakan, kemungkinan fragmentasi pelayanan dan kesulitan untuk memberlakukan kewajiban kepada karyawannya. Namun demikian, perusahaan bukanlah merupakan sumber yang dominan untuk mendukung keperluan kesehatan walaupun sistem ini seringkali menjadi alternatif bagi sistem asuransi kesehatan sosial.
- **Kontribusi organisasi sosial dan sukarelawan perorangan**
Wujud dari kontribusi ini adalah berupa dukungan dana atau bentuk donasi (misalnya pelayanan, fasilitas fisik, peralatan dan perlengkapan yang disediakan oleh perorangan) dapat berasal dari perusahaan swasta, keluarga kaya, badan keagamaan atau perorangan. Apabila terjadi situasi darurat atau bencana, maka sumber dana ini sangat bermanfaat sebagai sumber tambahan biaya kesehatan.
- **Pembiayaan masyarakat**
Saat ini negara berkembang berusaha untuk menekankan pada pentingnya kemampuan nasional dan partisipasi masyarakat dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Dengan memobilisasikan sumber daya nasional dan

lokal yang belum dimanfaatkan secara optimal (misalnya kemampuan organisasional, tenaga kerja dan uang) dan dengan mengembangkan sistem penyediaan pelayanan yang terjangkau dan sesuai secara kultural, diharapkan pelayanan kesehatan dasar akan dapat terjangkau secara umum. Dengan demikian, banyaknya lembaga pemerintah dan non pemerintah yang terjun ke masyarakat untuk mengorganisasikan, berpartisipasi dan menyediakan dukungan dana serta meningkatkan sistem “masyarakat menolong dirinya sendiri”. Mereka dapat menjadi sumber pendukung dana bagi sektor kesehatan di negara berkembang. Tantangannya adalah perlunya suatu institusi setempat jenis baru yang akan mengkoordinasikan dan secara sistematis memanfaatkan sumber daya masyarakat. Bentuk pertolongan sendiri dapat berupa tenaga kerja, asuransi lokal, dukungan dari tenaga kerja kesehatan sukarela maupun koperasi obat-obatan. Tetapi mekanisme ini juga memberikan beban kepada mereka yang kurang mampu membayar yaitu masyarakat yang miskin, hal ini juga dianggap sebagai akibat ketidak-mampuan politik pemerintah untuk memperoleh sumber pembiayaan baru atau melakukan realokasi sumber daya yang tersedia.

- **Pengeluaran langsung dari rumah tangga**

Pendapatan rumah tangga merupakan sumber terbesar dalam pembiayaan kesehatan. Dan yang tergolong dalam pengeluaran langsung rumah tangga dalam pelayanan kesehatan adalah setiap pembayaran yang dilakukan oleh konsumen kepada penyedia pelayanan kesehatan seperti pembayaran atas jasa yang dikonsumsi atau harga yang harus dibayar untuk penggunaan barang dan peralatan. Pengeluaran langsung dari rumah tangga tidak terpisah dari sumber pembiayaan lainnya. Meskipun masyarakat telah dilindungi oleh asuransi, tapi kerap masih sering diperlukan adanya pembayaran bersama (*co-payment*). Sampai saat ini, masih sedikit diketahui seberapa jauh dan bagaimana sifat pengeluaran rumah tangga untuk pelayanan kesehatan. Masyarakat seringkali menggunakan atau membayar jasa pelayanan tradisional karena mereka tidak mendapatkan alternatif lain untuk memperoleh pelayanan yang murah dari pelayanan

kesehatan pada umumnya. Pembayaran pelayanan kesehatan juga dapat menggeser pengeluaran mereka atas barang-barang esensial (seperti makanan) mengingat adanya keterbatasan kemampuan mereka membayar keperluan rumah tangga.

2.7 Macam Biaya Kesehatan

Menurut Azwar (1996), bila disesuaikan dengan pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan secara umum dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu :

1. Biaya Pelayanan Kesehatan

Adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan pelayanan kedokteran yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.

2. Biaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

2.8 Syarat Pokok Pembiayaan Kesehatan

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

1. Jumlah

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

2. Penyebaran

Syarat lainnya adalah penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, maka akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.

3. Pemanfaatan

Meskipun jumlah dan penyebaran baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapatkan pengaturan yang seksama maka akan banyak menimbulkan masalah serta menyulitkan masyarakat yang akan membutuhkan pelayanan kesehatan.

Dari ketiga syarat tersebut yang terpenting adalah syarat kedua dan ketiga. Bahwa bagaimanapun usaha dilakukan, jumlah dana yang tersedia selalu bersifat terbatas. Sehingga dalam hal biaya kesehatan, perhatian akan tidak dititikberatkan pada upaya penambahan dana melainkan pada pengaturan penyebaran dan pemanfaatan dana yang tersedia (Azrul. A.,:1996)

2.9 Masalah Pokok Pembiayaan Kesehatan

Didalam pembiayaan kesehatan terdapat beberapa issue pokok yang dapat dipertajam dengan melakukan analisis biaya kesehatan (Depkes RI & FKM UI – P2KTI Modul 8, 2002), antara lain:

1. Jumlah kecil

Biaya kesehatan yang tersedia sangat kecil. Dengan adanya analisis biaya kesehatan, pihak dinas kesehatan dapat menyatakan secara eksplisit seberapa kecil biaya tersebut dan informasi ini dapat dipergunakan sebagai bahan *advocacy* anggaran kesehatan tahun berikutnya.

2. Terfragmentasi

Biaya kesehatan datang dari banyak sumber dan masih tetap terfragmentasi sebagaimana halnya terjadi dalam masa sentralistis yang sudah lampau. Informasi yang dihasilkan dari analisis ini dapat dipergunakan untuk mengintegrasikan anggaran kesehatan.

3. Tidak ada korelasi antara DIP dan DIK

Anggaran kesehatan direncanakan melalui mekanisme DIP dan DIK. Antara kedua mekanisme tersebut tidak saling berhubungan karena anggaran DIP berorientasi pada investasi, sedangkan anggaran DIK berorientasi pada operasional dan pemeliharaan.

4. Tidak seimbang antara biaya investasi, operasional dan pemeliharaan
 Dalam DIP dan DIK tidak ada ketegasan bahwa DIP adalah bentuk belanja investasi dan DIK adalah belanja operasional. Kemudian, tidak ada korelasi antara DIP dan DIK dalam penyusunannya. Dalam DIK terdapat komponen gaji dan bahan habis pakai. Dalam DIP juga terdapat mata anggaran personil dan perjalanan, dimana pada dasarnya tergolong dalam belanja operasional. Akibatnya terjadi ketidakseimbangan antara biaya investasi, operasional dan pemeliharaan.
5. Tidak seimbang antara biaya untuk kegiatan langsung dan tidak langsung
 Penggunaan biaya menunjukkan gambaran piramida terbalik yaitu banyaknya dana yang terpakai pada jenjang atau unit organisasi yang lebih tinggi (rapat, pertemuan, dan lain-lain) dan sedikit pada unit pelaksana di lapangan (puskesmas, perjalanan *sweeping*, *surveilans*, dan lain-lain)
6. Ketidakjelasan program
 Dibeberapa daerah sering ditemui kesulitan dalam mengetahui program atas biaya yang dipergunakan. Klasifikasi penggunaan sangat umum seperti P2M, PKD, PKM, dan lain-lain. Sehingga tidak spesifik misalnya program HIV/AIDS, DBD, gizi balita, dan lain-lain.

Kemudian menurut Azwar (1996) dalam pembiayaan kesehatan ditemukan pula beberapa issue pokok yang dijabarkan secara sederhana, yakni :

1. Kurangnya dana yang tersedia
 Di negara berkembang, dana yang disediakan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan terkadang kurang memadai. Rendahnya alokasi anggaran ini berkaitan dengan masih kurangnya kesadaran para pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Terkadang mereka menganggap pelayanan kesehatan tidak bersifat produktif melainkan konsumtif dan kurang diprioritaskan. Misalnya negara kita dimana jumlah dana yang tersedia untuk kesehatan hanya berkisar antara 2-3% dari total anggaran belanja negara dalam setahun.

2. Penyebaran dana yang tidak sesuai

Penyebaran dana yang tidak sesuai akibat dari dana yang beredar banyak di daerah perkotaan. Padahal jika ditinjau dari penyebaran penduduk, kebanyakan masyarakat bertempat tinggal di daerah pedesaan.

3. Pemanfaatan dana yang tidak tepat

Issue ini menjadi masalah yang dihadapi dalam hal pembiayaan kesehatan, jika kita perhatikan banyak negara yang biaya pelayanan kedokterannya jauh lebih tinggi daripada biaya pelayanan kesehatan masyarakat. Sedangkan yang kita ketahui bahwa pelayanan kedokteran seringkali dianggap kurang efektif daripada pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Pengelolaan dana yang belum optimal

Jika saja dana yang tersedia amat terbatas, penyebaran dan pemanfaatannya belum begitu optimal namun jika dikelola dengan baik maka tujuan dari pelayanan kesehatan tersebut mudah untuk dicapai. Tetapi pada kenyataannya, pengelolaan dana ini memang terlihat belum optimal, tidak hanya karena pengetahuan dan ketrampilan yang terbatas tetapi berkaitan juga dengan sikap dan mental para pengelolanya.

5. Biaya kesehatan yang terus meningkat

Biaya pelayanan kesehatan yang terus meningkat disebabkan oleh meningkatnya biaya pelayanan itu sendiri. Penyebab terpenting dikarenakan oleh beberapa faktor antara lain (Sorkin, 1997) :

a. Tingkat inflasi

Meningkatnya biaya kesehatan dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula.

b. Tingkat permintaan

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi juga oleh tingkat permintaan di masyarakat. Peningkatan permintaan tersebut dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu (1) karena meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan menyebabkan biaya yang harus disediakan untuk pelayanan kesehatan akan menjadi lebih banyak pula,

dan (2) karena meningkatnya kualitas penduduk akibat dari pendidikan dan penghasilan yang lebih baik maka mereka akan membutuhkan pelayanan kesehatan yang lebih baik pula.

c. Kemajuan ilmu dan teknologi

Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh pemanfaatan berbagai kemajuan dan penggunaan ilmu dan teknologi yang modern dan canggih. Kemajuan ini sangat berpengaruh terhadap pengeluaran biaya baik terhadap biaya investasi maupun biaya operasional.

d. Perubahan pola penyakit

Jika dahulu banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat akut, maka saat ini banyak ditemukan berbagai penyakit yang bersifat kronis. Perawatannya tentunya lebih lama dan biaya yang dikeluarkanpun akan lebih banyak pula. Apabila penyakit ini terus meningkat maka tidak mengherankan bila biaya kesehatan akan terus meningkat.

e. Perubahan pola pelayanan kesehatan

Saat ini, perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health services*) dan satu sama lain tidak berhubungan. Akibatnya sering dilakukan pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang yang pada akhirnya akan membebani pasien dan menyebabkan hari perawatan pasien akan meningkat pula.

f. Perubahan pola hubungan dokter-pasien

Hubungan antara dokter dan pasien juga mempengaruhi biaya kesehatan sebagai akibat dari perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi yang menyebabkan hubungan dokter-pasien menjadi tidak begitu erat lagi. Selain itu, seringkali kita temui terjadinya perselisihan paham yang menimbulkan tuntutan hukum dan untuk menghindari hal tersebut para dokter kemudian melakukan dua hal yaitu : (1) mengasuransikan praktek kedokterannya, dan (2) melakukan pemeriksaan berlebihan. Apabila kedua hal tersebut dilakukan maka jelas akan mempengaruhi biaya kesehatan yang pada akhirnya akan membebani masyarakat.

g. Lemahnya mekanisme pengendalian biaya

Untuk mencegah peningkatan biaya kesehatan sebenarnya telah tersedia berbagai mekanisme pengendalian biaya (*cost containment*). Mekanisme ini banyak macamnya, antara lain : *certificate of need, feasibility study, development plan, professional standard, medical audit* dan *rate regulation*, yang seluruhnya harus dituangkan dalam peraturan perundang-undangan yang jelas. Sayangnya, mekanisme ini sering terlambat dikembangkan sehingga biaya kesehatan menjadi tidak terkendali dan pada akhirnya akan membebani masyarakat juga.

h. Penyalahgunaan asuransi kesehatan

Pada dasarnya asuransi kesehatan dipergunakan juga sebagai salah satu mekanisme pengendalian kesehatan, tetapi jika diterapkan dengan menggunakan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

2.10. Alokasi Dana Kesehatan

Menurut Gani (1998), terdapat tiga issue pokok berkaitan dengan alokasi dana kesehatan yang terbatas yaitu (1) prioritas masalah kesehatan, (2) pemilihan program atau intervensi yang "*cost efektif*", dan (3) keseimbangan alokasi antara mata anggaran.

2.10.1. Prioritas Masalah Kesehatan

Secara historis, program-program kesehatan yang dilaksanakan berkembang atas dasar daftar masalah kesehatan yang ada. Akibatnya hampir semua masalah kesehatan mempunyai program sendiri. Perkembangan seperti ini juga didorong oleh berkembangnya cabang ilmu untuk masing-masing masalah kesehatan tersebut atau juga didorong oleh kepentingan donor terhadap masalah kesehatan tertentu, misalnya HIV/AIDS, diare dan lain-lain.

Dalam keadaan dana yang sangat terbatas, sangat penting untuk menetapkan prioritas. Pelaksanaan program secara menyeluruh menyebabkan dana yang terbatas terpaksa dibagi-bagi demi "pemerataan", akan tetapi tidak cukup untuk membuat program yang bersangkutan betul-betul efektif.

2.10.2. Pemilihan program atau intervensi yang “cost effectif”

Menurut teori Blum, bahwa faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan penduduk adalah lingkungan kesehatan, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan dan keturunan (hereditas). Dua faktor utama yang menentukan derajat kesehatan penduduk adalah lingkungan kesehatan dan perilaku kesehatan (Gani, 1998). Peranan pelayanan kesehatan kuratif jauh lebih kecil dari pada kedua faktor tersebut.

Oleh sebab itu, dana kesehatan pemerintah sebaiknya diutamakan untuk kedua faktor tersebut, Intervensi terhadap lingkungan kesehatan dan promosi kesehatan biasanya mempunyai eksternalitas positif yang tinggi dan dapat digolongkan sebagai “*public good*” yang menjadi tanggung-jawab pemerintah, sehingga seyogyanya dibebankan kepada “*public money*”, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan, biasanya mempunyai eksternalitas rendah, pembiayaannya bersifat “*private good*”, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung-jawab pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *universal coverage* sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. (Depkes, 2009)

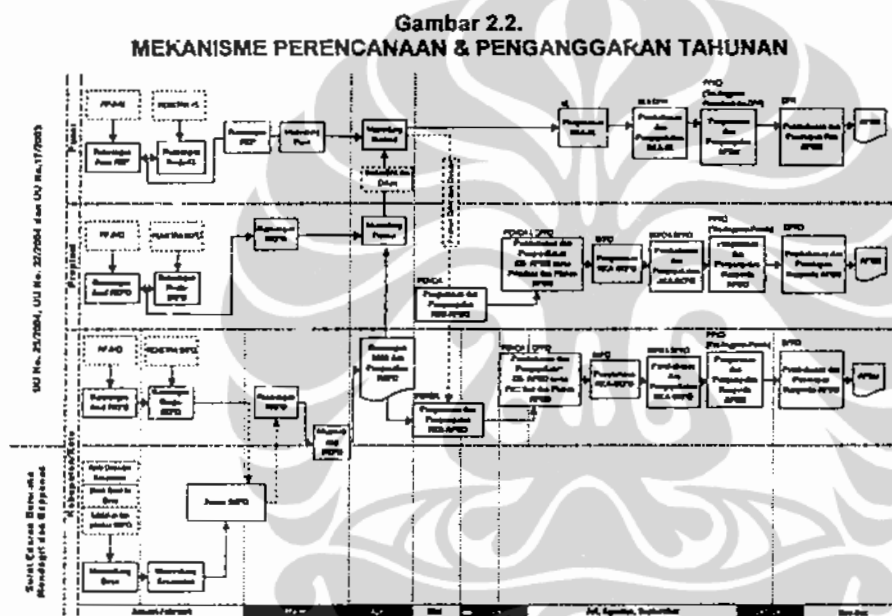
2.10.3. Keseimbangan Mata Anggaran

Khusus untuk dana pemerintah, perencanaan dan manajemen anggaran investasi biasanya terpisah dari perencanaan dan manajemen anggaran operasional dan pemeliharaan. Dalam melakukan intervensi (misalnya fasilitas baru atau inovasi program baru), sering implikasi biaya operasional dan biaya pemeliharaan investasi tersebut tidak diperhitungkan. Akibatnya banyak investasi yang tidak dapat berjalan dengan baik. Misalnya terdapat alat yang tidak dapat difungsikan karena tidak cukup biaya personilnya.

2.11. Sistem Anggaran Pemerintah Daerah

Sistem anggaran dibuat berdasarkan Kepmendagri Nomor 13 tahun 2006 yang telah diperbaharui oleh Permendagri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.

Dalam proses penyusunan APBD, terdapat keterlibatan masyarakat dimana sebelumnya pihak DPRD membahas rancangan APBD yang disosialisasikan kepada masyarakat untuk mendapat masukan. Masukan masyarakat tersebut didokumentasikan dan dilampirkan pada Perda APBD. Hal ini juga berlaku untuk perhitungan APBD.



Sumber : Dokumen Perencanaan Prov DKI Jakarta, 2009

2.11.1 Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA – SKPD)

Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA – SKPD) adalah dokumen perencanaan yang memuat rancangan anggaran unit kerja sebagai dasar penyusunan rancangan APBD. RKA sama dengan memoranda anggaran, lembaran kerja maupun pernyataan anggaran. RKA ini berkaitan dengan penyusunan APBD berbasis kinerja yang disusun oleh unit kerja beserta sub unit kerja.

UNIVERSITAS INDONESIA

2.11.2 Klasifikasi Anggaran Belanja

Anggaran pemerintah daerah dapat diklasifikasikan berdasarkan sifat belanja, bagian belanja dan kelompok belanja 9 DEPUTI IV BPKP, 2005), yaitu :

1. Klasifikasi anggaran berdasarkan sifat belanja.
 - a. **Belanja langsung** adalah belanja dipengaruhi secara langsung oleh adanya program atau kegiatan yang direncanakan. Jenis belanja langsung dapat berupa belanja pegawai atau personalia, belanja barang atau jasa, belanja pemeliharaan, dan belanja perjalanan dinas.
 - b. **Belanja tidak langsung** adalah belanja tidak dipengaruhi secara langsung oleh adanya program atau kegiatan. Jenis belanja tidak langsung dapat berupa belanja pegawai atau personalia, belanja barang atau jasa, belanja pemeliharaan, dan belanja perjalanan dinas.
2. Klasifikasi anggaran berdasarkan bagian belanja
 - a. **Belanja aparatur** merupakan bagian dari belanja administrasi umum, belanja operasional dan pemeliharaan, serta belanja modal yang digunakan untuk membiayai kegiatan dimana hasil, manfaat dan dampaknya tidak secara langsung dinikmati oleh masyarakat (publik).
 - b. **Belanja pelayanan publik** merupakan bagian dari belanja administrasi umum, belanja operasional dan pemeliharaan, serta belanja modal yang digunakan untuk membiayai kegiatan yang hasil, manfaat dan dampaknya secara langsung dinikmati oleh masyarakat (publik).
3. Klasifikasi anggaran berdasarkan kelompok belanja
 - a. **Belanja administrasi umum (BAU)** yaitu belanja ini tidak dipengaruhi secara langsung oleh adanya program atau kegiatan, digunakan secara periodik (umumnya bulanan) dalam rangka koordinasi keuangan pemerintah daerah yang bersifat umum, meliputi belanja pegawai, pemeliharaan, barang dan perjalanan dinas.
 - b. **Belanja operasional dan pemeliharaan (BOP)** yaitu belanja langsung pada suatu kegiatan non investasi (tidak menambah asset daerah), besarnya belanja dipengaruhi secara langsung oleh adanya program atau kegiatan (target kinerja), meliputi belanja pegawai, pemeliharaan, barang dan perjalanan dinas.

- c. **Belanja modal (BM)** yaitu belanja langsung pada suatu kegiatan investasi (menambah asset daerah atau neraca) dimana besarnya belanja dipengaruhi secara langsung oleh adanya program atau kegiatan (makin besar target kegiatan, belanjanya juga makin besar). *Input* yang dianggarkan (besarnya belanja) dapat dibandingkan dengan target *output*-nya.

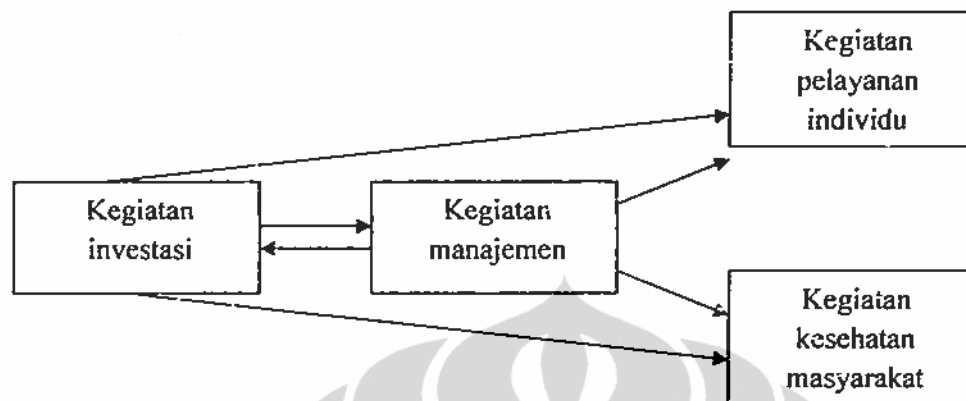
Gambar 2.3
KELOMPOK DAN JENIS BELANJA



Untuk menentukan kinerja program kesehatan daerah, P2KT menyediakan instrumen yang dapat digunakan dalam penyusunan perencanaan kesehatan tahunan. Dalam P2KT disampaikan bahwa pada dasarnya setiap program kesehatan terdiri dari 4 kelompok kegiatan yaitu :

- a. Kegiatan investasi
- b. Kegiatan pelayanan individu
- c. Kegiatan kesehatan masyarakat
- d. Kegiatan manajemen.

Gambar 2.4
Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota
dalam Sistem Desentralisasi



Sumber : Gani (2006) Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Sistem Desentralisasi

2.12. Sumber Pendapatan Daerah

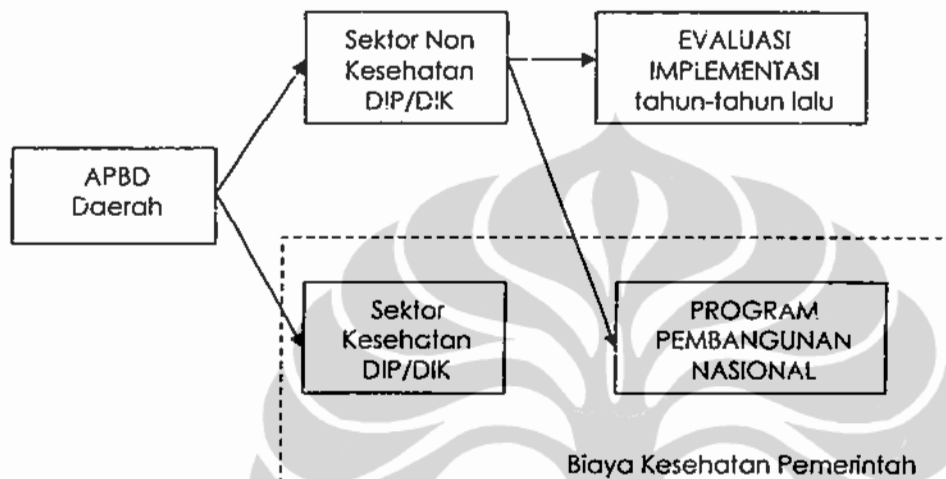
Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) adalah rencana keuangan tahunan pemerintah daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan DPRD, dan ditetapkan dengan peraturan daerah (Permendagri no 13 tahun 2006 sebagaimana telah diubah dengan Permendagri no 59 tahun 2007). Pendapatan daerah sebagaimana yang terdapat dalam Permendagri no 13 tahun 2006 sebagaimana telah diubah dengan Permendagri no 59 tahun 2007 adalah :

1. Pendapatan asli daerah;
 - a. pajak daerah
 - b. retribusi daerah;
 - c. hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan; dan
 - d. lain-lain pendapatan asli daerah yang sah.
2. Dana perimbangan;
 - a. dana bagi hasil pajak
 - b. dana bagi hasil bukan pajak
 - c. dana alokasi umum
 - d. dana alokasi khusus

3. Lain-lain pendapatan daerah yang sah.

Sehubungan dengan biaya kesehatan pemerintah daerah, maka arus belanja APBD tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2. 5
Sumber Biaya Kesehatan



Sumber : Gani, 2001

Biaya untuk pemerintah daerah untuk sektor kesehatan antara lain adalah alokasi untuk dinas kesehatan dan puskesmas, RSUD, gudang farmasi, laboratorium daerah dan BKKBD. Sedangkan untuk sektor non-kesehatan yang melakukan kegiatan kesehatan misalnya dana UKS pada dinas pendidikan, dan lain-lain.

Di nasa otonomi, terdapat 3 (tiga) faktor yang dapat menentukan kecukupan alokasi anggaran daerah untuk kesehatan, yaitu (Gani, 2001) :

1. Penerimaan daerah dari pusat dan daerah atau jumlah APBD
2. Skala prioritas daerah terhadap bidang kesehatan
3. Kemampuan pihak dinas kesehatan dalam menyusun rencana dan anggaran yang baik, dan kemampuan dinas kesehatan untuk melakukan *advocacy*.

2.13. Studi Pembiayaan dan Pembelanjaan Kesehatan

Penelitian pendanaan dan pembiayaan sektor kesehatan umumnya memiliki dua tujuan utama jika dikaitkan dengan persoalan yang dihadapi oleh sektor kesehatan, yaitu menyelidiki efisiensi sektor kesehatan dan melengkapi informasi untuk perencanaan anggaran. (Mills, Gilson, 1990)

Informasi tersebut digunakan untuk :

1. Mengidentifikasi siapa yang memperoleh keuntungan dari jasa-jasa kesehatan sehingga dapat dilihat dengan jelas dampak kebijaksanaan dalam pemerataan.
2. Mengidentifikasi "siapa" memperoleh "apa" (maksudnya dalam distribusi geografi, umur, jenis kelamin, suku dan sosial-ekonominya) dan menentukan apakah semua telah sesuai dengan garis kebijaksanaan yang telah dibuat.
3. Meneliti pola pembiayaan dan pendanaan yang ada untuk dapat digunakan dalam pembahasan pencarian alternatif sumber-sumber keuangan.
4. Mengidentifikasi dan menghitung kekurangan sumber daya dengan cara memperjelas jenis pelayanan yang dihasilkan beserta sumber daya yang digunakan dalam menghasilkan pelayanan tadi.
5. Meningkatkan koordinasi antara para donor dan pusat-pusat pembelanjaan atau pengeluaran.
6. Menganalisis cara penggalian sumber daya dan mengidentifikasi kemungkinan untuk melakukan mobilisasi sumber daya lanjutan.
7. Memungkinkan melakukan perbandingan antar negara mengenai pola pembiayaan dan pendanaan sektor kesehatan.

2.14. Metode Penelitian Pembiayaan dan Pendanaan Sektor Kesehatan

Ada 4 (empat) langkah pokok dalam menilai masalah pendanaan dan pembelanjaan di sektor kesehatan, yaitu : (Mills, Gilson, 1990)

1. Mendefinisikan apakah sektor kesehatan itu
2. Menjelaskan ruang lingkup dan tujuan penelitian
3. Mengumpulkan dan mentabulasikan data
4. Menyajikan kesimpulan

2.14.1. Definisi Sektor Kesehatan

Definisi yang tepat mengenai jasa dan kegiatan yang termasuk sektor kesehatan diperlukan untuk mengarahkan pengumpulan data, terutama untuk membandingkan sistem kesehatan antar negara atau dalam waktu yang berbeda.

Tetapi pada kenyataannya, batasan sektor kesehatan itu akan berbeda untuk setiap negara dan definisi yang beragam telah berkembang sesuai dengan tujuan-tujuannya (Mills, Gilson, 1990).

Di negara sedang berkembang, definisi tersebut cenderung menjadi lebih luas dibandingkan dengan negara-negara maju, misalnya adanya defisiensi yang lebih besar di daerah tertentu (contohnya kesehatan lingkungan) dan penggunaan sektor kesehatan tradisional yang intensif. Cara yang mudah adalah memasukkan saja semua pembiayaan ataupun pendanaan kesehatan yang bertujuan untuk memperbaiki status kesehatan.

Sedangkan dalam teori Health Account telah disepakati batasan biaya kesehatan yakni :“Biaya Kesehatan adalah semua biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat yang secara eksplisit ditujukan untuk memperbaiki keadaan kesehatan”. (Depkes RI & FKM UI – P2KT Modul 8, 2002)

2.14.2. Cakupan dan Objek Penelitian

Menurut Mills, Gilson (1990), jangkauan dan tujuan penelitian harus dibuat sesuai dengan konteksnya dimana merefleksikan kebutuhan dan prioritas yang akan dilakukan dan kemungkinan pengumpulan datanya.

Pertanyaan yang akan dijawab dalam penelitian seperti ini adalah : berapa total pengeluaran untuk sektor kesehatan?, apa saja sumber-sumbernya?, berapa banyak yang disediakan oleh sumber tersebut? dan untuk apa atau bagi siapa pengeluaran itu diberikan? (Mills & Gibson : 1990)

Sumber-sumber yang dapat diselidiki meliputi Departemen Kesehatan, Departemen Lain, pemerintah daerah, lembaga-lembaga pemerintah lain, sektor industri, organisasi sosial, pembayaran langsung rumah tangga, pertolongan diri sendiri, dan dana luar negeri.

Kategori-kategori pengeluaran dapat terdiri dari : Rumah Sakit Regional, Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus, Pusat-pusat kesehatan, Perawatan Kesehatan Masyarakat, Praktek-praktek swasta, Penjualan obat-obatan, sanitasi, gizi, pelatihan dan penelitian. (Mills & Gibson : 1990)

2.14.3. Pengumpulan Data dan Tabulasi

Metode pengumpulan data yang beragam diperlukan bagi sumber data yang berbeda-beda dalam kaitannya untuk memungkinkan pengujian kembali antar sumber data. Termasuk keseluruhan data anggaran rutin, daftar pertanyaan dan wawancara bagi pemberi pelayanan kesehatan (Mills, Gilson, 1990).

Data harus segera ditabulasi setelah dikumpulkan. Pengawasan yang cermat dilakukan untuk menjaga kemungkinan terjadinya perhitungan ganda dan sumber-sumber yang tidak tepat. Misalnya data tunjangan pemerintah bagi organisasi sosial dapat dicatat dari data pengeluaran pemerintah atau data pengeluaran biaya organisasi sosial tadi. Tetapi sumber yang tepat adalah pemerintah. Oleh karena itu, data mengenai tunjangan lebih baik diambil dari sumber pemerintah bila tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi sumber-sumber keuangan. Sumber-sumber keuangan biasanya dibatasi berdasarkan departemen, organisasi kemasyarakatan, agen-agen asuransi, dan lain-lain.

2.14.4. Penyajian Data

Data harus disajikan secara jelas, dalam bentuk yang mencerminkan tujuan penelitian dan juga memungkinkan dibuatnya keputusan yang relevan. Pemilihan yang memungkinkan adalah (Mills, Gilson, 1990):

1. Biaya rutin, biaya tetap dan biaya total
2. Pengeluaran-pengeluaran yang sesuai
3. Pengeluaran-pengeluaran yang dirinci menurut sumbernya
4. Biaya pemeliharaan kesehatan dasar menurut sumbernya dan pengelompokannya.

Informasi mengenai pengelompokan masyarakat yang dilayani dapat disajikan menurut umur, distribusi geografi (perkotaan atau pedesaan), adanya jaminan asuransi atau tidak pada tingkat (pendapatan) sosial-ekonomi.

Begitu pula informasi mengenai ragam jasa kesehatan disajikan dalam kelompok-kelompok tindakan kuratif atau preventif, yang mobil atau rumah sakit, kegiatan primer, sekunder dan tersier (Mills, Gilson, 1990).

2.15. Kesimpulan Studi Pustaka

Berdasarkan tinjauan dari berbagai pustaka yang telah dilakukan, peneliti dapat menyimpulkan beberapa hal mengenai Pembiayaan Sektor Kesehatan atau yang sering disebut dengan istilah District Health Account (DHA), yaitu :

1. Pembiayaan Sektor Kesehatan

Biaya kesehatan adalah semua biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat yang secara eksplisit ditujukan untuk memperbaiki keadaan kesehatan yang memberikan manfaat untuk menanggulangi masalah kesehatan secara langsung.

2. Alokasi Anggaran

Alokasi anggaran adalah anggaran pemerintah (pusat dan daerah) yang disiapkan untuk menyelenggarakan program-program kesehatan, menanggulangi masalah kesehatan, menjamin terpenuhinya kebutuhan dana penyelenggaraan pelayanan kesehatan, serta terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan setiap anggota masyarakat yang memerlukan.

3. Penyerapan Anggaran

Penyerapan anggaran / Realisasi anggaran adalah anggaran yang diserap dalam penyelenggaraan program-program kesehatan dan penanggulangan masalah kesehatan.

3. Sumber Pembiayaan Kesehatan

Tabel 2.1.
Sumber Pembiayaan Kesehatan

PEMERINTAH		NON PEMERINTAH
PUSAT	DAERAH	
1. APBN	1. PAD	1. Asuransi yang dikelola oleh : a. PT ASKES b. PT Jamsostek c. Swasta 2. Masyarakat 3. Jaminan Kesehatan 4. Dana Bantuan Sosial (<i>Charity</i>)
2. PLN/BLN	2. Dana perimbangan	
3. Pajak	3. DAU	
4. DAK	4. PLN/BLN	
5. APBN Dekonsentrasi	5. Pajak	
	6. Retribusi	
	7. Pendapatan lain yg sah	
	8. Dana Kapitasi dari pihak ketiga	

UNIVERSITAS INDONESIA

BAB 3

GAMBARAN UMUM PROVINSI DKI JAKARTA

3.1 Geografi dan Administrasi Pemerintahan

Jakarta merupakan ibukota Negara Indonesia mempunyai luas 661,52 Km² dan secara geografis wilayah DKI Jakarta terletak antara 106 22' 42" BT sampai 106 58' 18" BT dan -5 19' 12" LS sampai -6 23' 54" LS dan memiliki ketinggian 7 meter diatas permukaan laut.

Batas-batas wilayah DKI Jakarta adalah :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Jawa
- Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Bekasi
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Bogor
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Tangerang

Sesuai dengan Keputusan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 1986 Tahun 2000 tanggal 27 Juli 2000, maka pembagian wilayah administratif Provinsi DKI Jakarta meliputi 5 wilayah kotamadya yaitu Jakarta Pusat, Jakarta Utara, Jakarta Barat, Jakarta Selatan, Jakarta Timur dan 1 Kabupaten Administratif Kepulauan Seribu. Setiap Kotamadya atau Kabupaten terdiri atas beberapa Kecamatan dan setiap Kecamatan terdiri dari beberapa Kelurahan seperti terlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.1
Demografi Provinsi DKI Jakarta

NO	Kotamadya/Kab.	LUAS	Kecamatan	Kelurahan	RW	RT
1	Jakarta Pusat	47,90	8	44	371	4.382
2	Jakarta Utara	142,20	6	31	385	4.462
3	Jakarta Barat	126,15	8	56	556	6.117
4	Jakarta Selatan	145,73	10	65	573	6.363
5	Jakarta Timur	187,73	10	65	686	7.668
6	Kepulauan Seribu	11,81	2	6	24	119
	DKI Jakarta	661,52	44	267	2595	29.111

Sumber : BPS Provinsi DKI Jakarta (2008)

3.2 Kependudukan

Jumlah penduduk Jakarta terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2000 jumlah penduduk Jakarta sebesar 8.3 juta jiwa, tahun 2006 menjadi 8.6 juta jiwa dan pada tahun 2008 meningkat lagi menjadi 9.14 juta jiwa.

Persebaran penduduk DKI Jakarta di lima wilayah kotamadya dan satu kabupaten administratif tidak merata. Sekitar 27% penduduk DKI Jakarta tinggal di wilayah Jakarta Timur, 24% tinggal di wilayah Jakarta Barat dan 23% tinggal di wilayah Jakarta Selatan.

Dengan penduduk sebanyak 9,14 juta jiwa dan luas wilayah sekitar 661,52 Km², maka kepadatan penduduk DKI Jakarta pada tahun 2008 mencapai sekitar 13,8 ribu jiwa per Km². Wilayah Jakarta Pusat merupakan wilayah terpadat, mencapai sekitar 18 ribu jiwa per Km², sedangkan Kabupaten administrasi Kepulauan Seribu merupakan wilayah yang kepadatan penduduknya paling kecil yaitu sekitar seribu jiwa per Km².

3.3 Analisis Derajat Kesehatan

3.3.1 Umur Harapan Hidup

Meningkatnya status kesehatan masyarakat dapat ditunjukkan dengan meningkatnya angka Umur harapan hidup (UHH). Pada tahun 2000 UHH penduduk DKI Jakarta tercatat 71,9 tahun. Pada tahun 2005 tercatat 74 tahun. Data terakhir pada tahun 2008 UHH perempuan tercatat 77,7 tahun sedangkan UHH laki-laki mencapai usia 74,2 tahun. Jika diamati trend estimasi UHH di DKI Jakarta setiap tahunnya meningkat dan UHH pada perempuan selalu lebih tinggi bila dibandingkan UHH pada laki-laki.

3.3.2 Angka Kesakitan

Angka kesakitan DBD tahun 2003 mencapai 139,8 per 100.000 penduduk, tahun 2004 sebesar 202,7 per 100.000 penduduk, tahun 2005 sebesar 297,6 per 100.000 penduduk, dan tahun 2006 sebesar 316,2 per 100.000 penduduk. Sementara itu Angka kejadian flu burung tahun 2005 mencapai 0,08 per 100.000 penduduk, dan tahun 2006 sebesar 0,12 per 100.000 penduduk. Kondisi ini mendorong perlunya respon yang cepat terhadap penanganan penyakit menular.

UNIVERSITAS INDONESIA

Kapasitas Rumah Sakit ditunjukkan oleh jumlah tempat tidur yang mencapai 15.577 pada tahun 2002 dan 16.289 pada tahun 2006 atau 539 jiwa per 1 tempat tidur. Masalah yang dihadapi adalah berkaitan dengan distribusi rumah sakit, karena saat ini rumah sakit lebih terkonsentrasi di Jakarta Pusat dengan rasio mencapai 181 jiwa per tempat tidur.

Fasilitas kesehatan lain adalah Puskesmas yang saat ini mencapai 44 unit Puskesmas Kecamatan dan 294 unit Puskesmas Kelurahan. Kegiatan yang dilakukan Puskesmas antara lain promosi kesehatan, Pencegahan dan penanggulangan DBD meliputi : PSN-3M, penelitian epidemiologi, *fogging*. Selain DBD, juga melakukan Penatalaksanaan TBC, dan penyakit menular lainnya. Upaya kesehatan masyarakat lainnya yaitu penatalaksanaan gizi masyarakat, penatalaksanaan kesehatan ibu bayi baru lahir dan anak termasuk didalamnya pembinaan dukun bayi. Disamping Upaya Kesehatan Masyarakat, juga dilakukn Upaya Kesehatan Perorangan yaitu pelayanan persalinan, pemeriksaan ibu hamil, pemeriksaan pasien berobat jalan, RB, dan layanan siaga 24 jam.

Masalah yang muncul antara lain berkaitan dengan tuntutan masyarakat untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan yang semakin meningkat, diperlukannya sistem jaminan pelayanan kesehatan bagi warga DKI dengan mekanisme pembiayaan khusus untuk keluarga miskin dan bantuan layanan bagi keluarga hampir miskin.

3.3.3 Angka Kematian

Meningkatnya status kesehatan masyarakat juga dapat ditunjukkan dengan menurunnya angka kematian Balita dan angka kematian ibu. Diharapkan pada akhir tahun 2013, angka kematian bayi dari 35/1000 lahir hidup turun menjadi 26/1000 lahir hidup dan angka kematian ibu dari 307/100.000 lahir hidup turun menjadi 226/100.000 lahir hidup. (Sumber : Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2008)

3.4 Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2008-2013

Renstra SKPD Dinas Kesehatan merupakan dokumen perencanaan taktis strategis yang menjabarkan permasalahan Pembangunan Kesehatan serta indikasi Program dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk memecahkan permasalahan Pembangunan Kesehatan secara terencana dan bertahap melalui pembiayaan APBD/APBN dengan mengutamakan kewenangan wajib disusun sesuai dengan prioritas dan kebutuhan daerah.

Renstra SKPD Dinas Kesehatan berfungsi sebagai dokumen perencanaan taktik strategis, yang disusun sesuai dengan kebutuhan daerah dengan mengacu pada RPJP dan RPJMD Pemerintah Provinsi DKI Jakarta.

Dokumen Renstra SKPD Dinas Kesehatan juga dipakai untuk memperkuat landasan penentuan program dan kegiatan tahunan daerah secara strategis dan berkelanjutan.

PROGRAM DAN KEGIATAN RENSTRA DINAS KESEHATAN DKI JAKARTA 2008-2013

1. Program penerapan kaidah good governance dalam penyelenggaraan urusan Kesehatan
2. Program sinkronisasi kebijakan pembiayaan, kelembagaan dan regulasi Kesehatan
3. Program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular
4. Program penurunan angka kematian ibu dan bayi
5. Program peningkatan kesehatan anak balita
6. Program pengembangan lingkungan sehat
7. Program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
8. Program pencegahan penyakit tidak menular
9. Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan
10. Program pengawasan obat dan makanan
11. Program pengembangan obat asli Indonesia

UNIVERSITAS INDONESIA

12. Program peningkatan sarana dan prasarana Puskesmas
13. Program peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit .
14. Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM)
15. Program peningkatan kemitraan kesehatan
16. Program peningkatan gizi masyarakat
17. Program kesehatan jiwa masyarakat
18. Program peningkatan sarana dan prasarana Kesehatan
19. Program pemberdayaan komunitas Kesehatan
20. Program pelaksanaan SPM lain urusan Kesehatan

3.5 Arah Kebijakan Umum dan Strategis prioritas APBD

Bidang Kesehatan

Yang menjadi arah dan indikator kinerja utama penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Provinsi DKI Jakarta adalah :

1. Menurunnya Angka Kematian Ibu
2. Menurunnya Angka Kematian Bayi
3. Berkurangnya penderita gizi buruk
4. Meningkatnya UHH
5. Meningkatnya Pelayanan Kesehatan Dasar Bagi Masyarakat miskin.

3.6 Pelayanan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dalam Kepmenkes Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional dikatakan bahwa subsistem upaya kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan upaya kesehatan yang paripurna terpadu dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan,

UNIVERSITAS INDONESIA

yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan bermutu untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat yang merupakan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat.

Menyadari puskesmas mempunyai peran penting dalam mewujudkan Visi Pembangunan Kesehatan di DKI Jakarta yaitu Jakarta Sehat untuk Semua, maka kinerja puskesmas perlu ditingkatkan lagi sesuai dengan tuntutan masyarakat.

Berdasarkan data dari buku Jakarta dalam Angka tahun 2009 dapat diuraikan Profil Kesehatan di Propinsi DKI Jakarta yang dapat dilihat pada tabel-tabel sebagai berikut :

1. Profil Kesehatan di Provinsi DKI Jakarta secara umum dapat diuraikan sebagai berikut (Profil Kesehatan provinsi DKI Jakarta, 2008):

Tabel 3.2
Profil Kesehatan

Jumlah Penduduk	9.489.400
Angka Kematian Kasar (C D R)	4.42 %
CFR DBD	1.15 %
CFR Diarhae	0.4 %
Angka Kematian Bayi (Infant Mortality Rate = IMR)	24 %
Angka Kelahiran (Crude Birth Rate = CBR)	26.62 %
Angka Kematian Ibu (AKI)	36 per 1000 kelahiran
Cakupan Air Bersih	47.6 %
Cakupan Jamban Keluarga	65.71 %

2. Penyakit Penyebab Kematian.

Tabel 3.3
Tabel penyakit penyebab kematian

NO	JENIS PENYAKIT	JUMLAH KASUS (%)
1.	Cerebro Vasculer	17.48
2.	Jantung	6.26
3.	Pneumonia	5.17
4.	Septikemia	4.68
5.	Nephritis Syndrome dan Nephrotik	4.64
6.	Hati Kronis dan Cirrhosis	4.47
7.	Inframiokard Akut	3.89
8.	Diabetes Meliitus	3.26
9.	Asphyxia	2.77
10.	Keganasan	2.65

3. Pola Penyakit Penduduk DKI Jakarta.

Tabel 3.4
Pola Penyakit Penduduk DKI Jakarta (Semua Umur)
Yang berobat ke Puskesmas tahun 1999

NO	JENIS PENYAKIT	JUMLAH KASUS (%)
1.	Infeksi Akut Saluran Napas Atas	31.28
2.	Penyakit lain Saluran Napas Atas	11.83
3.	Infeksi Kulit	5.76
4.	Alergi Kulit	5.03
5.	Diare	3.93
6.	Pulpa dan Jaringan Periapikal	3.75
7.	Penyakit pada Sistem Otot	4.17
8.	Tonsilitis	2.54
9.	Tekanan Darah Tinggi	3.09
10.	Gusi dan Jaringan Periodontal	2.45

UNIVERSITAS INDONESIA

4. Penduduk Memanfaatkan Puskesmas menurut wilayah Tahun 2008

Tabel 3.5
Penduduk Memanfaatkan Puskesmas Menurut Wilayah
Tahun 2007 – 2009

	2007	2008	2009
Jakarta Pusat	1,148,228	1,142,394	1,337,000
Jakarta Utara	966,463	1,403,393	1,563,275
Jakarta Barat	1,450,588	1,568,265	1,861,146
Jakarta Selatan	1,692,362	2,068,205	2,129,630
Jakarta Timur	2,136,632	2,610,272	2,699,442
	7,394,273	8,792,529	9,590,493

Sumber : Laporan Tahunan Seksi Yankesar dan Komunitas tahun 2007,2008,2009.

3.7 Prioritas Masalah Kesehatan DKI Jakarta

Program prioritas Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta adalah sebagai berikut :

1. Pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin
2. Pemberantasan penyakit menular, memerangi DBD, TBC, HIV/AIDS dan Narkoba
3. Peningkatan gizi masyarakat
4. Peningkatan kesehatan ibu dan anak
5. Peningkatan pelayanan gawat darurat dan bencana kesehatan
6. Peningkatan mutu pelayanan dan penertiban pelayanan kesehatan
7. Peningkatan mutu sumber daya manusia dan penertiban sumber daya manusia kesehatan
8. Sistem informasi, promosi, dan sosialisasi program-program kesehatan

BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Konsep

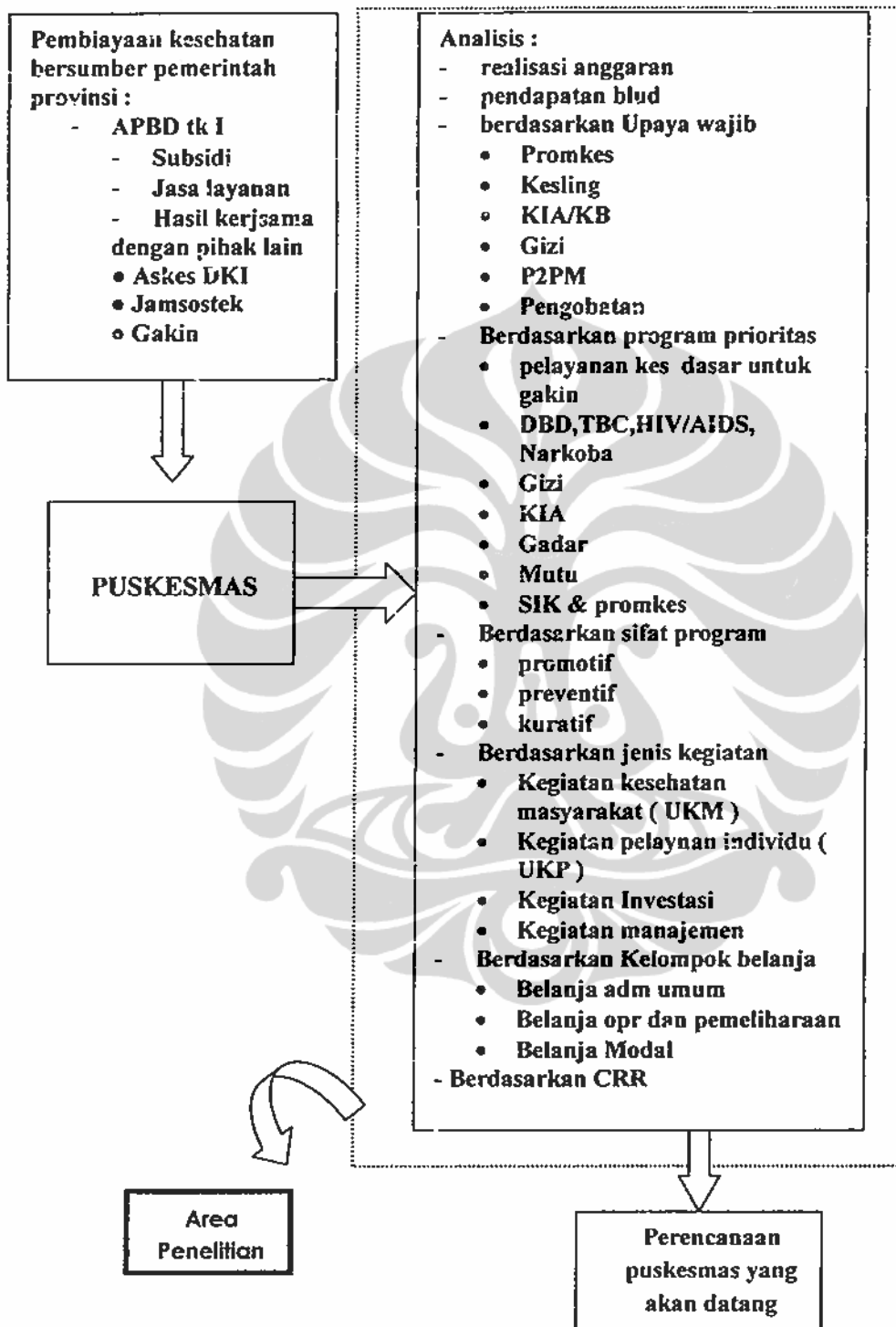
Berdasarkan tinjauan pustaka pada bab II sebelumnya, penelitian pembiayaan kesehatan bersumber Pemerintah Provinsi di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta ini memiliki dua tujuan utama yaitu mengetahui gambaran realisasi anggaran kesehatan bersumber APBD tk I di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta dan melengkapi informasi untuk perencanaan anggaran selanjutnya.

Dalam pengumpulan data, penelitian ini mengambil keseluruhan data realisasi anggaran kesehatan untuk 42 Puskesmas Kecamatan Provinsi DKI Jakarta yang bersumber dari Pemerintah Daerah Tk I Tahun 2007, 2008 dan 2009.

Pada kesimpulannya, informasi penelitian ini diharapkan dapat melihat pola realisasi anggaran dan pendanaan kesehatan yang ada untuk dapat digunakan dalam pembahasan pencarian alternatif sumber-sumber keuangan anggaran selanjutnya.

UNIVERSITAS INDONESIA

Gambar 4.1
KERANGKA KONSEP



4.2 Definisi Operasional

	DEFINISI	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR
Realisasi Anggaran	Jumlah realisasi atau penerapan anggaran kesehatan untuk melaksanakan program pelayanan kesehatan pada 42 Puskesmas Kecamatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2007-2009. Dilihat berdasarkan peruntukan untuk upaya wajib, program prioritas, jenis kegiatan, sifat program dan kelompok belanja	mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan berupa DPA, RBA dan dokumen keuangan lainnya pada tahun 2007 – 2009, kemudian dikelompokkan berdasarkan sifat belanja, kelompok belanja, sifat program, jenis kegiatan dan program prioritas	Daftar isian	Jumlah uang dalam rupiah berdasarkan upaya wajib, program prioritas, sifat program, jenis kegiatan dan kelompok belanja bersumber pemerintah provinsi tahun 2007-2009
Pendapatan BLUD	Pendapatan BLUD dapat bersumber dari: a. jasa layanan; b. hibah; c. hasil kerjasama dengan pihak lain; d. APBD; e. lain-lain pendapatan BLUD yang sah.	mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan yang bersumber APBD tk I, serta dokumen keuangan lainnya yang relevan pada tahun 2007 – 2009	Daftar isian	Jumlah rupiah pendapatan blud tahun 2007 – 2009.

UNIVERSITAS INDONESIA

PUSKESMAS	Unit Pengelola Teknis Dinas Kesehatan Provinsi sebagai pengguna anggaran yang mengelola anggaran kesehatan pada tahun 2007 – 2009 yaitu 42 Puskesmas Kecamatan Provinsi DKI Jakarta	mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan yang bersumber APBD tk I, serta dokumen keuangan lainnya yang relevan pada tahun 2007 – 2009	Daftar isian	Jumlah realisasi penyerapan anggaran dalam rupiah bersumber pemerintah provinsi tahun 2007 - 2009
Klasifikasi belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan peruntukan upaya wajib	Klasifikasi belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan peruntukan upaya wajib yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Kepmenkes 128 tahun 2004), yaitu : 1. Upaya Promosi Kesehatan 2. Upaya Kesehatan Lingkungan 3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana 4. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat 5. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan	mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan berupa DPA, RBA dan dokumen keuangan lainnya pada tahun 2007 – 2009, kemudian dikelompokkan berdasarkan peruntukan upaya wajib	Daftar isian	Jumlah uang dalam rupiah berdasarkan upaya wajib, bersumber pemerintah provinsi tahun 2007-2009

	Penyakit Menular 6. Upaya Pengobatan			
Klasifikasi belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan program prioritas	<p>Klasifikasi belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan program prioritas yang mendukung tercapainya indikator kinerja utama Dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin 2. Pemberantasan penyakit menular, memerangi DBD, TBC, HIV/AIDS dan Narkoba 3. Peningkatan gizi masyarakat 4. Peningkatan kesehatan ibu dan anak 5. Peningkatan pelayanan gawat darurat dan bencana kesehatan 6. Peningkatan mutu pelayanan dan penertiban pelayanan kesehatan 7. Peningkatan mutu sumber daya manusia dan penertiban sumber daya manusia kesehatan 8. Sistem informasi, 	mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan berupa DFA, RBA dan dokumen keuangan lainnya pada tahun 2007 – 2009, kemudian diketompokkan berdasarkan program prioritas	Daftar isian	Jumlah rupiah belanja kesehatan berdasarkan program prioritas pada APBD tk I tahun 2007 – 2009

	promosi, dan sosialisasi program-program kesehatan			
Klasifikasi belanja kesehatan berdasarkan Sifat Program	Klasifikasi belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan sifat program terbagi atas kegiatan promotif, preventif dan kuratif Promotif : program yang lebih diarahkan pada upaya-upaya peningkatan derajat kesehatan) Preventif : program yang lebih diarahkan pada upaya-upaya pencegahan penyakit. Kuratif : program yang lebih diarahkan pada upaya-upaya penanganan masalah kesehatan.	mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan berupa DPA, RBA dan dokumen keuangan lainnya pada tahun 2007 – 2009, kemudian dikelompokkan berdasarkan sifat program	Daftar isian	Jumlah rupiah belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan sifat program pada APBD tk I tahun 2007 – 2009
Klasifikasi belanja kesehatan berdasarkan Jenis kegiatan	Klasifikasi belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan jenis kegiatan terbagi atas kegiatan investasi, kegiatan manajemen, kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan kegiatan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) . Kegiatan UKP : upaya kesehatan yang sasarannya adalah individu yang umumnya terdiri dari penemuan	mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan berupa DPA, RBA dan dokumen keuangan lainnya pada tahun 2007 – 2009, kemudian dikelompokkan berdasarkan,	Daftar isian	Jumlah rupiah belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan jenis kegiatan pada APBD tk I tahun 2007 -- 2009

	<p>kasus dan pengobatan.</p> <p>Kegiatan UKM : upaya kesehatan di masyarakat misalnya promosi kesehatan, perbaikan perilaku dan lingkungan kesehatan serta mobilisasi perasn serta masyarakat.</p> <p>Kegiatan Manajemen : misalnya perencanaan, supervisi, pengendalian dan sistem informasi.</p> <p>Kegiatan Investasi : belanja modal yang diperlukan untuk tiga kegiatan di atas.</p>	jenis kegiatan		
<p>Klasifikasi belanja kesehatan berdasarkan kelompok belanja</p>	<p>Klasifikasi belanja kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan kelompok belanja terbagi atas :</p> <p>Belanja administrasi umum, belanja modal ,belanja operasional dan pemeliharaan</p> <p>Belanja administrasi umum adalah belanja yang tidak dipengaruhi secara langsung oleh adanya program/kegiatan, digunakan secara periodik (umumnya bulanan) dalam rangka koordinasi penyelenggraan keuangan pemerintah daerah yang bersifat umum</p> <p>Belanja Modal : merupakan belanja</p>	<p>mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan berupa DPA, RBA dan dokumen keuangan lainnya pada tahun 2007 – 2009, kemudian dikelompokkan berdasarkan kelompok belanja</p>	Daftar isian	<p>Jumlah realisasi anggaran kesehatan bersumber pemerintah berdasarkan kelompok belanja yang meliputi APBD tk I tahun 2007 – 2009</p>

	<p>langsung pada suatu kegiatan investasi .</p> <p>Belanja operasional dan pemeliharaan : merupakan belanja langsung pada suatu kegiatan non investasi.</p>			
<i>Cost Recovery Rate (CRR)</i>	<p>Kemampuan puskesmas dalam membiayai biaya operasional dan pemeliharaannya dengan menggunakan pendapatan BLUD nya.</p>	<p>mengobservasi, menelaah dokumen-dokumen keuangan berupa DPA, RBA dan dokumen keuangan lainnya pada tahun 2007 -- 2009,</p>	Daftar isian	<p>Jumlah <i>CRR</i> puskesmas tahun 2007 -- 2009</p>

BAB 5 METODOLOGI

5.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian deskriptif, yang bertujuan untuk mendapat gambaran tentang realisasi anggaran kesehatan di 42 Puskesmas Kecamatan di Provinsi DKI Jakarta. Tahapan yang dilakukan adalah dengan pengumpulan data kuantitatif yang bersumber dari realisasi anggaran di 42 Puskesmas Kecamatan di DKI Jakarta tahun anggaran 2007, 2008, dan 2009.

5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Waktu pelaksanaan penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai dengan Mei 2010. Penelitian ini dilakukan di Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Komunitas Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Jl Kesehatan Raya No. 10 Jakarta Pusat dan di 42 Puskesmas Kecamatan di DKI Jakarta.

5.3 Instrumen Pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa daftar isian atau *check list*.

5.4 Pengumpulan Data

Data yang digunakan adalah data sekunder dan diperoleh dari beberapa sumber. Data yang digunakan adalah data tahun 2007, 2008 dan 2009, dengan unit analisis meliputi :

- a. Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) 42 Puskesmas Kecamatan DKI Jakarta Tahun anggaran 2007 - 2009
- b. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) 42 Puskesmas Kecamatan DKI Jakarta Tahun Anggaran 2007 - 2009
- b. Dokumen Laporan keuangan lainnya tahun anggaran 2007 - 2009
- c. Dokumen keuangan lainnya yang terkait.
- d. Dokumen dari instansi terkait yang berkaitan untuk mendapatkan data gambaran umum DKI Jakarta.

UNIVERSITAS INDONESIA

5.5 Pengolahan dan Analisis data

Setelah lengkap semua data kuantitatif dalam instrumen atau form isian berdasarkan dokumen-dokumen terkait dikumpulkan, maka data akan diolah melalui beberapa tahapan yaitu :

- a. Memasukkan data (*entry data*)
- b. Membersihkan data (*cleaning data*)
- c. Tabulasi data
- d. Proses data

Untuk pengolahan dan analisa data dilakukan dengan perangkat lunak komputer menggunakan program pengolah data ACL. Kemudian dianalisis dengan cara teknik analisis kuantitatif. Analisis kuantitatif dilakukan untuk menganalisis belanja berdasarkan masing-masing klasifikasinya dan prioritas program.

BAB 6 HASIL PENELITIAN

6.1. Kerangka penyajian

Penelitian mengenai klasifikasi biaya kesehatan bersumber pemerintah provinsi DKI Jakarta ini dilaksanakan di 42 Puskesmas Kecamatan di Provinsi DKI Jakarta, dengan menganalisis realisasi penyerapan anggaran kesehatan yang dikelola oleh puskesmas tersebut pada tahun 2007, 2008 dan 2009

Hasil penelitian akan disajikan secara berurutan, dimulai dengan gambaran total realisasi anggaran, gambaran pendapatan BLUD, , gambaran realisasi anggaran berdasarkan upaya wajib, gambaran realisasi biaya berdasarkan program prioritas, gambaran realisasi biaya berdasarkan sifat program, gambaran realisasi biaya berdasarkan jenis kegiatan, gambaran realisasi biaya berdasarkan kelompok belanja dan gambaran kemampuan puskesmas membiayai biaya operasional dan pemeliharaan dari pendapatan BLUDnya (*Cost Recovery Rate*). Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

6.2. Penyajian Hasil Penelitian

Mengacu pada kerangka konsep penelitian, hasil penelitian disajikan secara berurutan sebagai berikut :

6.2.1. Realisasi Anggaran Kesehatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.

Pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah provinsi yang dialokasikan pada Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta bersumber dari :

- a. Subsidi Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi DKI Jakarta
- b. Pendapatan BLUD yang didapat dari jasa pelayanan
- c. Dana kapitasi dari Askes, Jamsostek dan Gakin Pemerintah provinsi DKI Jakarta.

Anggaran-anggaran tersebut diatas dituangkan dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) masing-masing puskesmas.

UNIVERSITAS INDONESIA

Realisasi anggaran bersumber pemerintah provinsi di Puskesmas adalah penyerapan anggaran dari ke tiga sumber pembiayaan diatas. Gambaran total penyerapan sebagai berikut :

Tabel 6.1
Persentase Realisasi Anggaran Kesehatan di Puskesmas Dibandingkan Dengan Pagu Anggaran Tahun 2007-2009

	PAGU ANGGARAN	PENYERAPAN	%
2007	204,976,620,463	176.166.506.281	85.83%
2008	294,379,031,000	242.295.485.121	82.22%
2009	302,314,972,194	247.076.810.111	81.94%

Dari tabel diatas terlihat pagu anggaran mulai tahun 2007 sampai dengan tahun 2009 meningkat, ini memperlihatkan bahwa pemerintah provinsi memiliki komitmen penuh untuk meningkatkan biaya kesehatan sesuai dengan Perda Siskesda , khususnya untuk puskesmas yang merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat.

Selanjutnya gambaran realisasi anggaran total se DKI Jakarta juga cenderung meningkat selama 3 tahun yaitu Rp 176.166.506.281,- (2007), Rp 242.295.485.121,- (2008) dan Rp 247.076.810.111 (2009).

Bila kita bandingkan realisasi anggaran per wilayah dengan total realisasi anggaran seluruhnya pada tahun yang sama, maka didapatkan Jakarta Utara selama tahun 2007-2009 merupakan wilayah yang paling kecil realisasi anggarannya, sedangkan Jakarta Selatan dan Jakarta Timur bergantian menjadi yang paling tinggi penyerapannya di 3 tahun terakhir tersebut. Pada Tahun 2007 Jakarta Selatan tertinggi dengan persentase 26%. Tahun 2008 Jakarta Timur memiliki persentase tertinggi yaitu 26%, dan pada tahun 2009 Jakarta Selatan kembali memiliki angka penyerapan tertinggi yaitu sebesar 25%. Hal ini bisa dihubungkan dengan banyaknya jumlah puskesmas yang dimiliki per wilayah. Terlihat bahwa jumlah Puskesmas di Jakarta Utara hanya 49 unit, sedangkan di Jakarta Selatan 78

puskesmas dan Jakarta Timur 88 puskesmas. Untuk lebih jelasnya realisasi anggaran per wilayah bisa dilihat pada tabel 6.2 dan grafik 6.1.

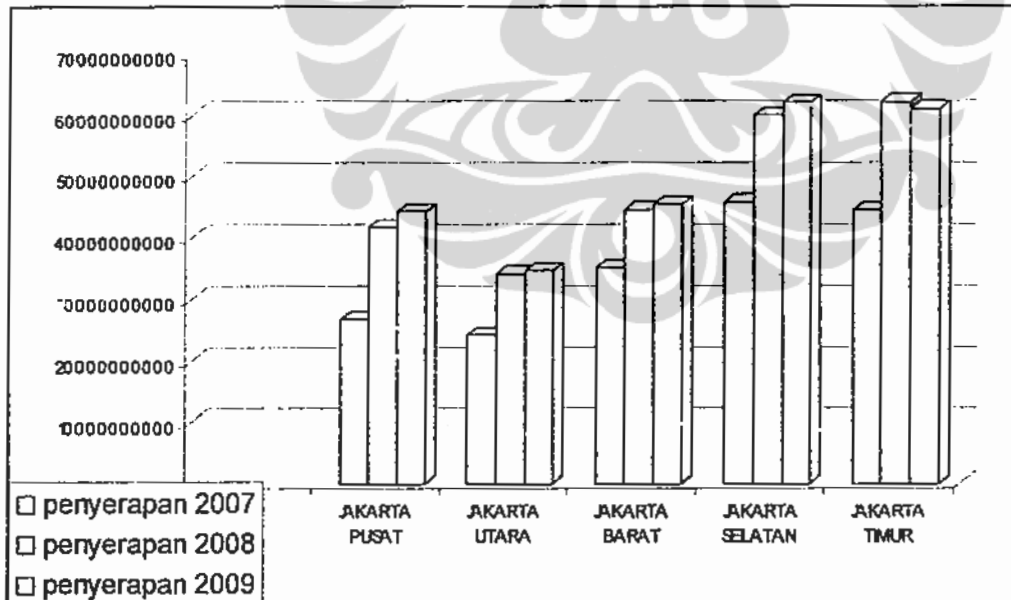
Tabel 6.2.

**Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Menurut Wilayah
Di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009**

nama	penyerapan 2007	%	penyerapan 2008	%	penyerapan 2009	%
JAKARTA PUSAT	26,650,091,923	15%	41,654,467,003	17%	44,168,139,330	18%
JAKARTA UTARA	24,204,362,243	14%	34,054,929,570	14%	34,617,407,716	14%
JAKARTA BARAT	35,146,993,100	20%	44,584,820,175	18%	45,411,712,952	18%
JAKARTA SELATAN	45,736,571,305	26%	59,924,626,710	25%	61,965,355,803	25%
JAKARTA TIMUR	44,428,487,710	25%	62,076,641,663	25%	60,914,194,310	25%
	176,166,506,281		242,295,485,121		247,076,810,111	

Grafik 6.1

**Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI
Jakarta Tahun 2007-2009**



Selain itu, bila kita gabungkan dengan data penduduk (Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta ,2008) maka bisa kita lihat besaran anggaran kesehatan perkapita di puskesmas per wilayah . Pada tahun 2007 anggaran perkapitan yang paling rendah ada di wilayah Jakarta Barat sebesar Rp 16.175,- dan tertinggi Rp 29.955,- di wilayah Jakarta Pusat. Pada tahun 2008 terlihat adanya kenaikan angka perkapita di seluruh wilayah Jakarta dengan angka terendah tetap di Jakarta Barat yaitu sebesar Rp 20. 241,- dan tertinggi di Jakarta Pusat Rp 46.555,-. Angka-angka diatas belum menggambarkan secara nyata besaran angka kesehatan perkapita, karena belum dilakukan analisa secara menyeluruh tetapi hanya dilakukan di Puskesmas saja.

Tabel 6.3

Realisasi Anggaran Kesehatan per Kapita di Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

uraian	tahun	JAKARTA PUSAT	JAKARTA UTARA	JAKARTA BARAT	JAKARTA SELATAN	JAKARTA TIMUR
penyerapan	2,007	26,650,091,923	24,204,362,243	35,146,993,100	45,736,571,305	44,428,487,710
	2,008	41,654,467,003	34,054,929,570	44,584,820,175	59,924,626,710	62,076,641,663
	2,009	44,168,139,330	34,617,407,716	45,411,712,952	61,965,355,803	60,914,194,310
populasi	2,007	889,680	1,453,106	2,172,878	2,100,930	2,421,419
	2,008	894,740	1,459,360	2,202,672	2,141,773	2,428,213
	2,009					
perkapita	2,007	29,955	16,657	16,175	21,770	18,348
	2,008	46,555	23,336	20,241	27,979	25,565
	2,009					

6.2.2. Pendapatan BLUD Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

Tabel 6.4

Pendapatan BLUD Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

no	nama	blu		
		2007	2008	2009
1	JAKARTA PUSAT	8,277,272,259	7,832,055,942	8,723,090,594
2	JAKARTA UTARA	8,291,262,561	8,906,529,868	10,250,266,827
3	JAKARTA BARAT	12,253,802,221	12,302,512,347	13,050,626,630
4	JAKARTA SELATAN	13,710,649,766	15,399,343,889	15,644,638,417
5	JAKARTA TIMUR	14,708,962,210	15,338,590,919	18,076,874,788
	TOTAL	57,241,949,017	59,779,032,965	65,745,497,256

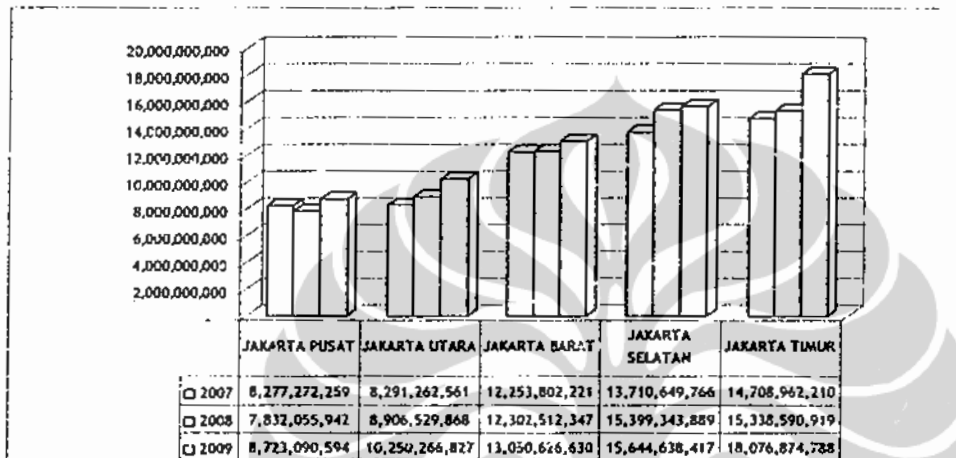
Bila dilihat secara keseluruhan, maka pendapatan BLUD Puskesmas memiliki trend yang meningkat mulai dari tahun 2007 sampai dengan 2009. Hal ini dimungkinkan karena paska Puskesmas menerapkan PPK BLUD, maka puskesmas bisa lebih kreatif dalam melakukan inovasi-inovasi pelayanan kesehatan di puskesmas, misalnya dengan adanya layanan metadon, layanan klinik spesialis terbatas ataupun kerjasama dengan pihak ketiga. Selain itu salah satu persyaratan teknis unit yang menerapkan PPK BLUD seperti yang terdapat dalam Permendagri No. 61 Tahun 2007 pasal 10 ayat (3) adalah "*Kriteria kinerja keuangan yang sehat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf b, ditunjukkan oleh tingkat kemampuan pendapatan dari layanan yang cenderung meningkat dan efisien dalam membiayai pengeluaran*". Hal ini memicu puskesmas untuk meningkatkan jenis pelayanan dan mutu pelayanan, sehingga pendapatan mereka meningkat setiap tahunnya.

Selain itu dari tabel diatas bisa dilihat bahwa pendapatan wilayah Jakarta Pusat dengan 41 puskesmas adalah yang terendah dibanding wilayah lain selama 3 tahun berturut turut yaitu Rp 8.277.272.259 (2007), Rp 7.832.055.942,- (2008) dan 8.723.090.594 (2009). Sedangkan wilayah Jakarta Timur dengan 88 Puskesmas

UNIVERSITAS INDONESIA

selama tahun 2007-2009 merupakan wilayah dengan pendapatan tertinggi yaitu Rp 14.708.962.210 (2007), Rp 15.338.590.919,-(2008) dan Rp 18.076.874.788 (2009). Secara visual dapat dilihat pada grafik 6.2 dibawah ini.

Grafik 6.2
Pendapatan BLUD Puskesmas Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009



6.2.3. Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.

Upaya kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas menurut Kepmenkes 128 tahun 2004 terdiri dari upaya wajib dan upaya pengembangan. Upaya wajib adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Di dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Puskesmas, upaya wajib terdapat dalam :

- i. Upaya Promosi Kesehatan terdapat pada Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yaitu pada kegiatan :
 - a. Pembinaan dan pemantauan RW Siaga
 - b. Pembinaan dan pemantauan UKBM
 - c. Sosialisasi program prioritas
 - d. Sosialisasi dan intervensi PHBS

2. Upaya Kesehatan Lingkungan terdapat pada Program Pengembangan Lingkungan Sehat .
3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana terdapat pada Program Penurunan angka kematian ibu dan bayi serta Program Peningkatan Kesehatan Anak Balita dan Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yaitu pada kegiatan Penatalaksanaan Kesehatan Anak.
4. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat terdapat pada Program Peningkatan Gizi Masyarakat.
5. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular terdapat pada Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular.
6. Upaya Pengobatan terdapat pada Program penerapan kaidah good governance dalam penyelenggaraan urusan kesehatan yaitu pada kegiatan :
 - a. Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan kesehatan di puskesmas
 - b. Pelaksanaan operasional BLUD
 - c. Layanan Siaga 24 jam
 - d. Pelaksanaan dukungan pelayanan kesehatan pra rumah sakit
 - e. Operasional rumah bersalin

Dari tabel penyerapan anggaran untuk upaya kesehatan yang termasuk upaya wajib, dapat dilihat bahwa Puskesmas di DKI Jakarta masih berkomitmen untuk melaksanakan ke enam upaya wajib tersebut disamping upaya pengembangan lainnya. Hal ini bisa dilihat dari rata-rata persentase realisasi anggaran untuk upaya wajib di puskesmas selama 3 tahun sebesar 80%. Pada tahun 2007 berkisar dari 77%-84%, tahun 2008 antara 76%-83%, tahun 2009 berkisar antara 79%-81%. Secara rinci pertahun bisa dilihat pada tabel 6.5 dibawah.

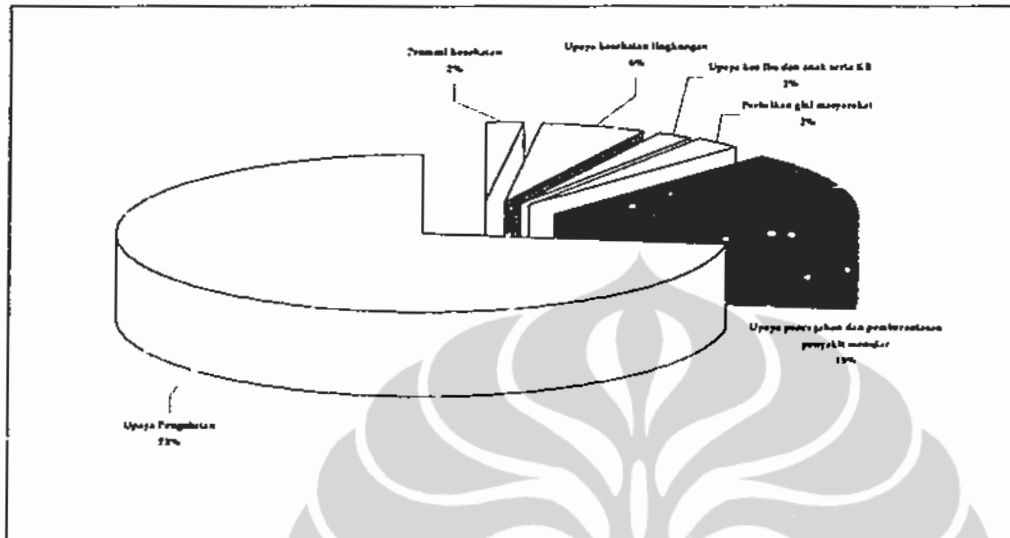
Tabel 6.5
Perbandingan Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib
dengan Total Realisasi Anggaran di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta
Tahun 2007-2009

NAMA SKPD	TAHUN	upaya wajib dan pengembangan				JUMLAH
		upaya wajib	%	upaya pengembangan	%	
JAKARTA PUSAT	2007	20,628,088,265	77%	6,022,003,658	23%	26,650,091,923
	2008	31,833,657,661	76%	9,820,809,342	24%	41,654,467,003
	2009	35,680,745,297	81%	8,487,394,033	19%	44,168,139,330
JAKARTA UTARA	2007	18,974,795,990	78%	5,229,566,253	22%	24,204,362,243
	2008	27,121,146,207	80%	6,933,783,363	20%	34,054,929,570
	2009	27,474,070,483	79%	7,143,337,233	21%	34,617,407,716
JAKARTA BARAT	2007	28,463,638,704	81%	6,683,354,396	19%	35,146,993,100
	2008	34,973,899,068	78%	9,610,921,107	22%	44,584,820,175
	2009	37,425,829,008	82%	7,985,883,944	18%	45,411,712,952
JAKARTA SELATAN	2007	37,281,504,244	82%	8,455,067,061	18%	45,736,571,305
	2008	49,472,060,546	83%	10,452,566,164	17%	59,924,626,710
	2009	49,003,211,085	79%	12,962,144,718	21%	61,965,355,803
JAKARTA TIMUR	2007	37,379,283,827	84%	7,049,203,883	16%	44,428,487,710
	2008	50,878,508,895	82%	11,198,132,768	18%	62,076,641,663
	2009	49,273,659,194	81%	11,640,535,116	19%	60,914,194,310
Jumlah	2007	142,473,762,478	81%	33,692,743,803	19%	176,166,506,281
	2008	194,330,287,377	80%	47,965,197,744	20%	242,295,485,121
	2009	197,194,810,066	80%	49,882,000,045	20%	247,076,810,111
TOTAL		533,998,859,921	80%	131,539,941,592	20%	665,538,801,513
rata-rata per tahun		35,599,922,995	80%	8,769,329,439	20%	44,369,253,434

Bila dilihat lebih dalam lagi secara keseluruhan dalam 3 tahun tersebut, realisasi anggaran terbesar untuk upaya wajib yang tertinggi adalah upaya pengobatan yaitu sebesar 73%, disusul secara berturut-turut upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular 15%, upaya kesehatan lingkungan 6%, Upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan ibu dan anak serta KB dan upaya perbaikan gizi masyarakat masing-masing sebesar 2%, . Gambaran visual bisa dilihat pada grafik 6.3.

Grafik 6.3

Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009



Bila dianalisa pertahun dengan membandingkan antara realisasi anggaran kegiatan yang termasuk upaya wajib dengan total realisasi anggaran, bisa kita lihat untuk upaya kewenangan wajib Pengobatan yang kegiatannya terdapat pada Program penerapan kaidah good governance dalam penyelenggaraan urusan kesehatan mempunyai angka penyerapan tertinggi pada 3 tahun terakhir, berturut-turut sebesar 63.04%, 54.69% dan 58.98%, disusul dengan Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular sebesar 12,1%, 11,49%, 13.06%. Sedangkan penyerapan anggaran untuk Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana pada tahun 2007-2009 sebesar 1.56%, 1.12% dan 1.94 %. Untuk Upaya Kesehatan Lingkungan dalam 3 tahun terakhir puskesmas menyerap anggaran sebesar 1,51%, 9% dan 2.19%. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat penyerapan anggarannya pada tahun 2007-2009 sebesar 1,98%, 1,75% dan 1,90%. Sedangkan untuk Upaya Promosi Kesehatan, Puskesmas menyerap anggaran untuk kegiatan tersebut sebesar 0.69%, 2.15% dan 1.74%. Secara rinci bisa dilihat pada tabel 6.6. dibawah ini.

Tabel 6.6
Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib di Puskesmas
Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

UPAYA WAJIB	2007	%	2008	%	2009	%
Promosi kesehatan	1,213,919,567	0.69%	5,212,542,690	2.15%	4,305,421,031	1.74%
Upaya kesehatan lingkungan	2,655,458,684	1.51%	21,809,848,767	9.00%	5,401,976,349	2.19%
Upaya kes ibu dan anak serta KB	2,753,872,358	1.56%	2,722,555,509	1.12%	4,781,644,309	1.94%
Perbaikan gizi masyarakat	3,481,260,115	1.98%	4,251,103,199	1.75%	4,698,211,031	1.90%
Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular	21,319,394,105	12.10%	27,831,171,154	11.49%	32,270,220,012	13.05%
Upaya Pengobatan	111,049,857,649	63.04%	132,503,066,058	54.69%	145,737,337,334	58.98%
Total upaya wajib	142,473,762,478	80.87%	194,330,287,377	80.20%	197,194,810,066	79.81%
Total Realisasi anggaran	176,166,506,281		242,295,485,121		247,076,810,111	

Bila dibandingkan perwilayah maka pada tahun 2007, Jakarta Timur memiliki realisasi anggaran untuk upaya wajib tertinggi yaitu sebesar 26% dan terendah adalah Jakarta Utara 13%. Pada tahun 2008 yang tertinggi adalah Jakarta Timur 26% dan terendah Jakarta Utara 14%. Tahun 2009 yang tertinggi tetap di Jakarta Timur 25% dan terendah tetap di wilayah Jakarta Utara yaitu 14%. Secara jelas bisa dilihat pada tabel 6.7 dibawah ini.

Tabel 6.7

Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Untuk Upaya Wajib Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

tahun	wilayah	upaya wajib	%
2007	Jakarta Pusat	20,628,088,265	14%
	Jakarta Utara	18,974,795,990	13%
	Jakarta Barat	28,463,638,704	20%
	Jakarta Selatan	37,281,504,244	26%
	Jakarta Timur	37,379,283,827	26%
2008	Jakarta Pusat	31,833,657,661	16%
	Jakarta Utara	27,121,146,207	14%
	Jakarta Barat	34,973,899,068	18%
	Jakarta Selatan	49,472,060,546	25%
	Jakarta Timur	50,878,508,895	26%
2009	Jakarta Pusat	35,680,745,297	18%
	Jakarta Utara	27,474,070,483	14%
	Jakarta Barat	37,425,829,008	18%
	Jakarta Selatan	49,003,211,085	25%
	Jakarta Timur	49,273,659,194	25%
jumlah	2007	142,473,762,478	
	2008	194,330,287,377	
	2009	197,194,810,066	

6.2.4. Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007- 2009.

Program prioritas yang dimaksud disini adalah program yang dilaksanakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang menjadi prioritas di DKI Jakarta seperti telah diuraikan pada BAB 3 dan merupakan program yang mendukung tercapainya Indikator Kinerja Utama (IKU) yang telah disepakati antara Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dan Kepala Daerah Provinsi DKI Jakarta.

UNIVERSITAS INDONESIA

Tabel 6.8

Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

NAMA SKPD	TAHUN	kegiatan prioritas (1=prioritas, 0=tdk prioritas)				JUMLAH
		prioritas	%	non prioritas	%	
JAKARTA PUSAT	2007	21,190,907,832	79.52%	5,459,184,091	20.48%	26,650,091,923
	2008	32,181,920,612	77.26%	9,472,546,391	22.74%	41,654,467,003
	2009	35,826,614,882	81.11%	8,341,524,448	18.89%	44,168,139,330
JAKARTA UTARA	2007	19,447,460,728	80.35%	4,756,901,515	19.65%	24,204,362,243
	2008	27,170,627,317	79.78%	6,884,302,253	20.22%	34,054,929,570
	2009	28,117,431,974	81.22%	6,499,975,742	18.78%	34,617,407,716
JAKARTA BARAT	2007	29,157,100,712	82.96%	5,989,892,388	17.04%	35,146,993,100
	2008	35,325,949,575	79.23%	9,258,970,600	20.77%	44,584,820,175
	2009	35,794,938,509	78.82%	9,616,774,443	21.18%	45,411,712,952
JAKARTA SELATAN	2007	38,174,921,419	83.47%	7,561,649,886	16.53%	45,736,571,305
	2008	49,991,850,620	83.42%	9,932,776,090	16.58%	59,924,626,710
	2009	49,407,037,988	79.73%	12,558,317,815	20.27%	61,965,355,803
JAKARTA TIMUR	2007	38,074,014,372	85.70%	6,354,473,338	14.30%	44,428,487,710
	2008	50,313,359,854	81.05%	11,763,281,809	18.95%	62,076,641,663
	2009	49,474,864,890	81.22%	11,439,529,420	18.78%	60,914,194,310
Jumlah	2007	146,044,405,063	82.90%	30,122,101,218	17.10%	176,166,506,281
	2008	194,983,607,978	80.47%	47,311,877,143	19.53%	242,295,485,121
	2009	198,620,888,243	80.39%	48,455,921,868	19.61%	247,076,810,111
TOTAL		539,648,901,284	81.08%	125,889,900,229	18.92%	665,538,801,513
rata-rata per tahun		35,976,593,419	81.08%	8,392,660,015	18.92%	44,369,253,434

Dari tabel diatas bisa dilihat bahwa Puskesmas tetap mendukung pencapaian indikator kinerja utama Dinas Kesehatan Provinsi walaupun Puskesmas sudah merupakan SKPD sendiri. Besaran rata-rata dalam 3 tahun terakhir adalah 81.08% dari seluruh realisasi anggaran atau paling rendah 77.26% dan tertinggi 85.70%. Puskesmas merupakan UPT Dinas Kesehatan Provinsi dan setiap tahun

UNIVERSITAS INDONESIA

Dinas Kesehatan Provinsi mengeluarkan Keputusan Kepala Dinas kesehatan tentang Kebijakan Perencanaan Dinas Kesehatan dan jajarannya, yang salah satu pasalnya berbunyi “ *Dinas kesehatan menyusun perencanaan anggaran berdasarkan hasil rapat teknis dengan subdinas, Suku Dinas , RSUD, UPT lainnya, Puskesmas Kecamatan, Puskesmas Kelurahan dan hasil musrenbang tingkat provinsi* “. Jadi, dalam proses perencanaan tetap terpadu antara Dinas Kesehatan Provinsi dan jajaran dibawahnya sehingga sinkronisasi kegiatan bisa terwujud.

Tabel 6.9

Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

PROGRAM PRIORITAS	2007	%	2008	%	2009	%
Pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin	110,203,917,749	62.56%	131,680,591,037	54.35%	141,247,414,358	57.17%
Peningkatan pelayanan gawat darurat dan bencana kesehatan	945,939,900	0.48%	1,163,820,199	0.48%	4,497,589,256	1.82%
Pemberantasan penyakit menular, memerangi DBD, TBC, HIV/AIDS dan Narkoba	22,778,621,064	12.93%	48,494,037,645	20.01%	35,123,142,201	14.22%
Peningkatan kesehatan ibu dan anak	2,753,872,358	1.56%	2,722,555,509	1.12%	4,781,644,309	1.94%
Sistem informasi, promosi, dan sosialisasi program-program kesehatan	1,787,639,314	1.01%	2,006,069,328	0.83%	3,308,795,649	1.34%
Peningkatan mutu	4,193,154,563	2.38%	4,665,431,061	1.93%	4,964,091,439	2.01%
Peningkatan gizi masyarakat	3,481,260,115	1.98%	4,251,103,199	1.75%	4,698,211,031	1.90%
Total prioritas	146,044,405,063	82.90%	194,983,607,978	80.47%	198,620,888,243	80.39%
Total realisasi anggaran	176,166,506,281		242,295,485,121		247,076,810,111	

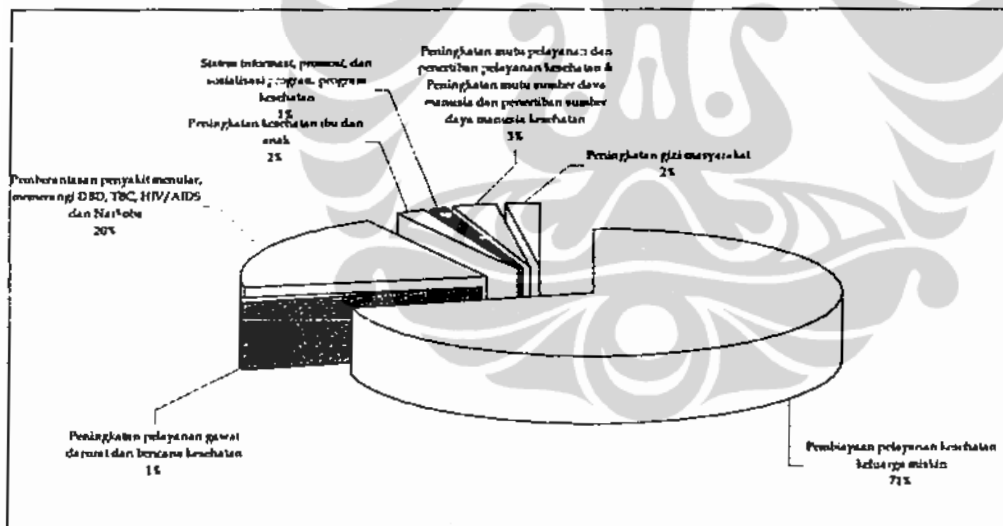
UNIVERSITAS INDONESIA

Bila kita melihat tabel diatas, program pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin selama 3 tahun berturut-turut merupakan program prioritas yang memiliki persentase realisasi anggaran terbesar bila dibandingkan dengan total realisasi anggaran puskesmas yaitu 62.56% (2007), 54.35% (2008), 57.17% (2009).

Pada tahun 2008 terlihat kenaikan yang cukup tinggi untuk realisasi anggaran Pemberantasan penyakit menular, memerangi DBD, TBC, HIV/AIDS dan Narkoba. Hal ini terjadi karena pada tahun 2008 ada anggaran yang dialokasikan untuk jumantik dengan jumlah 1 orang per RT sehingga dengan jumlah RT 29.111, maka banyak anggaran terserap untuk membiayai transport Jumantik ini. Pada tahun sebelumnya, yang dianggarkan untuk Jumantik hanya RW yang endemis saja. Kemudian pada tahun 2009 anggaran untuk program ini turun secara signifikan karena anggaran tersebut dipindahkan ke kantor lurah.

Grafik 6.4

Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009



Dari pie diagram diatas bisa terlihat rata-rata persentase realisasi anggaran untuk program pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin pada periode 2007-2009 bila dibandingkan dengan keseluruhan program prioritas merupakan yang tertinggi yaitu 71%. Diikuti program pemberantasan penyakit menular, memerangi DBD, TBC, HIV/AIDS dan Narkoba yaitu sebesar 20%. Kemudian program prioritas peningkatan mutu pelayanan dan penertiban pelayanan kesehatan

UNIVERSITAS INDONESIA

serta peningkatan mutu sumber daya manusia dan penertiban sumber daya manusia kesehatan ada di peringkat ketiga yaitu sebesar 3%, program Peningkatan kesehatan ibu dan anak serta peningkatan gizi masyarakat sebesar 2%. Sistem informasi, promosi, dan sosialisasi program-program kesehatan dan peningkatan pelayanan gawat darurat dan bencana masing-masing sebesar 1%.

Tabel 6.10

Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Untuk Pogram Prioritas Terkait IKU Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

tahun	wilayah	program prioritas	%
2007	Jakarta Pusat	21,190,907,832	15%
	Jakarta Utara	19,447,460,728	13%
	Jakarta Barat	29,157,100,712	20%
	Jakarta Selatan	38,174,921,419	26%
	Jakarta Timur	38,074,014,372	26%
2008	Jakarta Pusat	32,181,920,612	17%
	Jakarta Utara	27,170,627,317	14%
	Jakarta Barat	35,325,849,575	18%
	Jakarta Selatan	49,991,850,620	26%
	Jakarta Timur	50,313,359,854	26%
2009	Jakarta Pusat	35,826,614,882	18%
	Jakarta Utara	28,117,431,974	14%
	Jakarta Barat	35,794,938,509	18%
	Jakarta Selatan	49,407,037,988	25%
	Jakarta Timur	49,474,864,890	25%
jumlah	2007	146,044,405,063	
	2008	194,983,607,978	
	2009	198,620,888,243	

Bila melihat tabel diatas, untuk tahun 2007 wilayah yang memiliki persentase realisasi anggaran terbesar untuk program prioritas adalah Jakarta Selatan sebesar Rp 38.174.921.419,- (26%) sedangkan yang terendah adalah Jakarta Utara sebesar Rp 19.447.460.728,- (13%) . Pada tahun 2008 yang tertinggi adalah Jakarta Timur sebesar Rp 50.313.359.854,- (26%) dan terendah adalah Jakarta Utara sebesar Rp 27.170.627.317,- (14%), sedangkan untuk Tahun 2009, wilayah yang

UNIVERSITAS INDONESIA

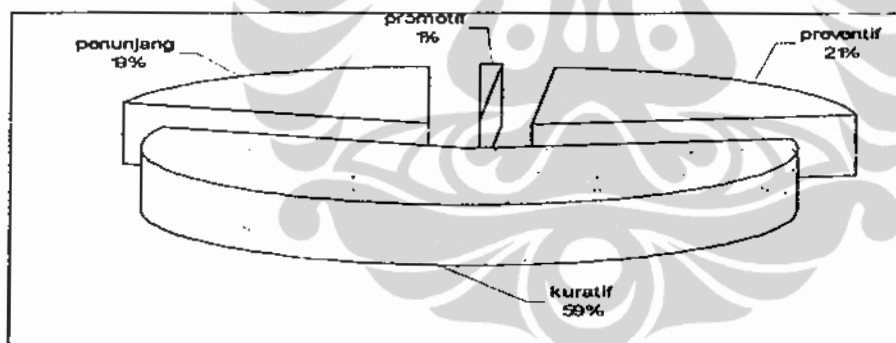
memiliki realisasi anggaran program prioritas tertinggi adalah Jakarta Timur yaitu Rp 49.474.864.890,- (25%) dan terendah adalah Jakarta Utara Rp 28.117.431.974,- (14%).

6.2.5. Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sifat Program di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

Grafik 6.5 menunjukkan bahwa realisasi anggaran kuratif mendominasi belanja puskesmas selama periode 2007-2009. Dari hasil penelitian, anggaran untuk kuratif dalam 3 tahun terakhir cenderung meningkat dibandingkan dengan preventif dan promotif, dengan rata-rata dalam 3 tahun terakhir : kuratif 58%, preventif 21%, promotif 0.98% dan penunjang 19%. Yang dimaksud dengan penunjang adalah kegiatan yang menunjang ke tiga sifat program tersebut diatas seperti pengelolaan sistim informasi kesehatan, perencanaan, belanja pemeliharaan, belanja modal, dan biaya TAL.

Grafik 6.5

Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sifat Program di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009



Pada tabel 6.11 bila dibandingkan dengan realisasi anggaran puskesmas, maka dapat dilihat pada periode tahun 2007-2009 ada kecenderungan turunnya anggaran preventif dan promotif di puskesmas. Hal ini dimungkinkan terjadi karena pada tahun 2006 keluar Peraturan Gubernur no 46 tahun 2006 tentang pendelegasian wewenang sebagian program kesehatan ke Kantor Camat dan Lurah, sehingga anggaran untuk pemberdayaan masyarakat, penggerakkan masyarakat beralih ke kantor lurah. Karena analisa ini dilakukan hanya di Puskesmas, maka

terlihat anggaran preventif dan promotifnya cenderung turun, padahal anggaran tersebut dialihkan ke Kantor Camat dan Kantor Lurah. Oleh karena itu perlu dilakukan analisa pembiayaan kesehatan secara komprehensif mengikut sertakan bidang lain. Diharapkan dengan adanya pendelegasian wewenang bidang kesehatan ini peran Lurah sebagai *Urban Manager* bisa ditingkatkan.

Tabel 6.11

**Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sifat Program di Puskesmas
Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009**

WILAYAH		sifat program							
		PROMOTIF	%	PREVENTIF	%	KURATIF	%	PENUNJANG	%
JAKARTA TUSAT	2007	248,424,925	0.93%	4,769,522,832	18%	15,858,265,508	60%	5,773,878,658	22%
	2008	869,046,500	2.09%	10,014,473,538	24%	20,981,215,441	50%	9,789,731,524	24%
	2009	549,043,000	1.24%	9,586,359,696	22%	25,698,918,001	58%	8,333,818,633	19%
JAKARTA UTARA	2007	87,944,050	0.36%	3,821,576,717	16%	14,933,582,971	62%	5,361,258,505	22%
	2008	894,527,630	2.63%	7,508,517,239	22%	18,885,252,038	55%	6,766,632,663	20%
	2009	268,436,700	0.78%	5,966,306,661	17%	21,318,044,622	62%	7,064,619,733	20%
JAKARTA BARAT	2007	361,024,492	1.03%	5,526,597,548	16%	22,858,676,264	65%	6,400,694,796	18%
	2008	281,550,800	0.63%	9,203,916,838	21%	25,804,812,530	58%	9,294,540,007	21%
	2009	278,103,700	0.61%	7,690,233,600	17%	28,180,069,873	62%	9,263,305,779	20%
JAKARTA SELATAN	2007	23,681,500	0.05%	9,181,572,891	20%	28,120,252,933	61%	8,411,063,981	18%
	2008	366,658,500	0.61%	15,789,424,512	26%	33,632,991,734	56%	10,135,551,964	17%
	2009	610,899,749	0.99%	15,140,098,090	24%	33,627,850,217	54%	12,586,507,747	20%
JAKARTA TIMUR	2007	141,514,900	0.32%	8,238,264,954	19%	29,229,416,473	66%	6,819,291,383	15%
	2008	1,127,189,921	1.82%	17,435,352,496	28%	33,151,678,199	53%	10,362,421,047	17%
	2009	398,797,200	0.65%	12,189,825,998	20%	36,823,527,996	60%	11,502,043,116	19%
TOTAL		6,506,843,567	0.98%	142,062,043,610	21%	389,104,554,800	58%	127,865,359,536	19%
rata-rata per tahun		433,789,571	0.98%	9,470,802,907	21%	25,940,303,653	58%	8,524,357,302	19%

Bila dilihat realisasi anggaran per wilayah, maka untuk tahun 2007 promotif tertinggi ada di Jakarta Barat, terendah di Jakarta Selatan. Untuk preventif

UNIVERSITAS INDONESIA

tertinggi ada di Jakarta Selatan dan terendah di Jakarta Utara. Untuk Kuratif tertinggi di Jakarta Timur 26,33% dan terendah di Jakarta Utara 13,45%. Untuk Tahun 2008 Jakarta Timur realisasi anggaran promotifnya tertinggi yaitu sebesar 31,85%, dan terendah Jakarta Barat 7,96%. Preventif tertinggi ada di Jakarta Timur sebesar 29,08% dan terendah di Jakarta Utara 12,52%. Kuratif tertinggi di Jakarta Selatan 25,39% dan terendah di Jakarta Utara 14,26%. Pada tahun 2009 promotif tertinggi di Jakarta Selatan 29,02%, terendah di Jakarta Utara 12,75%. Preventif tertinggi di Jakarta Selatan 29,94% dan terendah di Jakarta Utara 11,80%. Kuratif tertinggi di Jakarta Timur, 25,28%, terendah di Jakarta Utara 14,64%. Gambaran tersebut secara jelas disajikan pada tabel 6.12.

Tabel 6.12

Realisasi Anggaran Kesehatan Puskesmas Berdasarkan Sifat Program Menurut Wilayah di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

thn	wil	SIFAT PROGRAM							
		PROMOTIF	%	PREVENTIF	%	KURATIF	%	PENUNJANG	%
2007	Jakarta Pusat	248,424,925	28.80%	4,769,522,832	15.12%	15,858,265,508	14.29%	5,773,878,658	17.62%
	Jakarta Utara	87,944,050	10.20%	3,821,576,717	12.12%	14,933,582,971	13.4%	5,361,258,505	16.36%
	Jakarta Barat	361,024,492	41.85%	5,526,597,548	17.52%	22,858,676,264	20.59%	6,400,694,796	19.53%
	Jakarta Selatan	23,681,509	2.75%	9,181,572,891	29.11%	28,120,252,933	25.33%	8,411,063,281	25.67%
	Jakarta Timur	141,514,900	16.41%	8,238,264,954	26.12%	29,229,416,473	26.33%	6,819,291,383	20.81%
	Jumlah	862,589,867		31,537,534,942		111,000,194,149		32,766,187,323	
2008	Jakarta Pusat	869,046,500	24.56%	10,014,473,538	16.70%	20,981,215,441	15.84%	9,789,731,524	21.12%
	Jakarta Utara	894,527,630	25.28%	7,508,517,239	12.52%	18,885,252,038	14.26%	6,766,632,663	14.60%
	Jakarta Barat	281,550,800	7.96%	9,203,916,838	15.35%	25,804,812,530	19.48%	9,294,540,007	20.05%
	Jakarta Selatan	366,658,500	10.36%	15,789,424,512	26.34%	33,632,991,734	25.39%	10,135,551,964	21.87%
	Jakarta Timur	1,127,189,921	31.85%	17,435,352,496	29.08%	33,151,678,199	25.03%	10,362,421,047	22.36%
	Jumlah	3,538,973,351		59,951,684,623		132,455,949,942		46,348,877,205	
2009	Jakarta Pusat	549,043,000	26.08%	9,586,359,696	18.96%	25,698,918,001	17.64%	8,333,818,633	17.09%
	Jakarta Utara	268,436,700	12.75%	5,966,306,661	11.80%	21,318,044,622	14.64%	7,064,619,733	14.49%
	Jakarta Barat	278,103,700	13.21%	7,690,233,600	15.21%	28,180,069,873	19.35%	9,263,305,779	19.00%
	Jakarta Selatan	610,899,749	29.02%	15,140,098,090	29.94%	33,627,850,217	23.09%	12,586,507,747	25.82%
	Jakarta Timur	398,797,200	18.94%	12,189,825,998	24.10%	36,823,527,996	25.28%	11,502,043,116	23.59%
	Jumlah	2,105,280,349		50,572,824,045		145,648,410,709		48,750,295,008	

**6.2.6. Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Puskesmas
Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009**

Tabel 6.13

**Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Puskesmas
Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009**

WILAYAH		JENIS KEGIATAN							
		UKP	%	UKM	%	manajemen	%	investasi	%
JAKARTA PUSAT	2007	15,858,265,508	59.51%	5,017,947,757	19%	4,495,289,736	17%	1,278,588,922	5%
	2008	20,981,215,441	50.37%	10,893,520,038	26%	6,444,425,653	15%	3,345,305,871	8%
	2009	25,698,918,001	58.18%	10,135,402,696	23%	3,749,649,691	8%	4,584,168,942	10%
JAKARTA UTARA	2007	14,933,582,971	61.70%	3,909,520,767	16%	4,413,203,243	18%	948,055,262	4%
	2008	18,885,252,038	55.46%	8,403,044,869	25%	4,987,023,473	15%	1,779,609,190	5%
	2009	21,318,044,622	61.58%	6,234,743,361	18%	6,065,257,392	18%	999,362,341	3%
JAKARTA BARAT	2007	22,858,676,264	65.04%	5,887,622,040	17%	5,029,168,638	14%	1,371,526,158	4%
	2008	25,804,812,530	57.88%	9,485,467,638	21%	6,143,593,812	14%	3,150,946,195	7%
	2009	28,180,069,873	62.05%	7,968,337,300	18%	6,949,743,094	15%	2,313,562,685	5%
JAKARTA SELATAN	2007	28,120,252,933	61.48%	9,205,254,391	20%	5,786,509,531	13%	2,624,554,450	6%
	2008	33,632,991,734	56.13%	16,156,083,012	27%	6,878,609,440	11%	3,256,942,524	5%
	2009	33,627,850,217	54.27%	15,750,997,839	25%	8,133,077,671	13%	4,453,430,076	7%
JAKARTA TIMUR	2007	29,229,416,473	65.79%	8,379,779,854	19%	5,103,159,287	11%	1,716,132,096	4%
	2008	33,151,678,199	53.40%	18,562,542,417	30%	7,446,832,600	12%	2,915,588,447	5%
	2009	36,823,527,996	60.45%	12,588,623,198	21%	7,879,755,497	13%	3,622,287,619	6%
TOTAL		389,104,554,800	58.46%	148,568,887,177	22%	89,505,298,758	13%	38,360,060,778	6%
rata-rata per tahun		25,940,303,653	58.46%	9,904,592,478	22%	5,967,019,917	13%	2,557,337,385	6%

Dari tabel diatas, terlihat kegiatan UKP mulai tahun 2007 – 2009 di semua wilayah cenderung meningkat . Sebaliknya, UKM cenderung menurun. Rata-rata besaran UKP dalam 3 tahun terakhir adalah 58,46%, UKM 22%, manajemen 13 % dan kegiatan investasi hanya 6%. Seperti halnya sifat program, hal ini terjadi

UNIVERSITAS INDONESIA

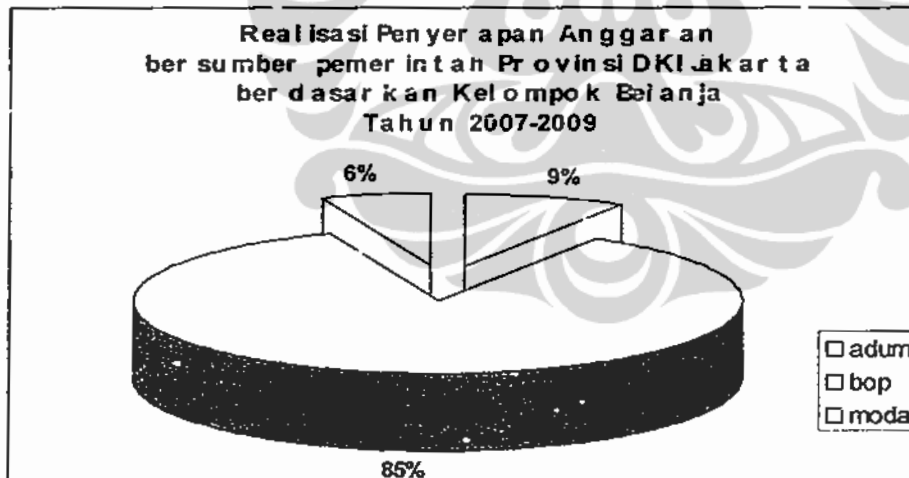
karena Pemda DKI memiliki kebijakan menjadikan Puskesmas sebagai unit terdepan dalam pelaksanaan upaya kesehatan perorangan di masyarakat. Kebijakan ini terdapat dalam Perda Siskesda No 4 tahun 2009 pasal 9 – 15 dan pasal 21.

Bila dilihat sepintas, keadaan ini sepertinya mengancam keberadaan puskesmas sebagai Pusat Kesehatan Masyarakat yang selama ini mengedepankan pelayanan preventif dan promotif tanpa melupakan kuratif dan rehabilitatif, namun bila dilihat kembali dengan adanya kebijakan dokter keluarga yang sedang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan , kebijakan Pemda DKI Jakarta khususnya Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta mengedepankan pelaksanaan ukp / kuratif sudah sesuai dengan program tersebut, karena puskesmas di DKI Jakarta bisa menjadi provider untuk program dokter keluarga tersebut.

6.2.7. Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

Grafik 6.6

Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009



Dari gambaran grafik diatas, terlihat persentase belanja operasional dan pemeliharaan (BOP) mendominasi realisasi anggaran puskesmas yang diklasifikasikan berdasarkan kelompok belanja yaitu sebesar 85 % , disusul dengan belanja adum sebesar 9 % dan belanja modal sebesar 6%. Disini sudah terlihat

UNIVERSITAS INDONESIA

keseimbangan antara ke tiga kelompok belanja tersebut dimana belanja bop sudah mendapatkan porsi yang cukup. Bila melihat dari nilai wajar untuk biaya operasional dan pemeliharaan suatu program yaitu sebesar 75-90% dari total biaya (AIM, 2005), maka bop di Puskesmas DKI Jakarta sudah mencukupi. Secara rinci, dapat dilihat pada tabel 6.14 dibawah ini.

Tabel 6.14
Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja di
Puskesmas DKI Jakarta tahun 2007, 2008 dan 2009

WILAYAH		kelompok belanja					
		ADUM	%	BOP	%	MODAL	%
JAKARTA PUSAT	2007	3,440,947,129	12.91%	21,930,553,872	82%	1,278,589,922	5%
	2008	3,974,568,709	9.54%	34,334,592,423	82%	3,345,305,871	8%
	2009	2,198,105,684	4.98%	37,385,864,704	85%	4,584,168,942	10%
JAKARTA UTARA	2007	2,527,370,092	10.44%	20,728,936,889	86%	948,055,262	4%
	2008	812,927,800	2.39%	31,462,392,580	92%	1,779,609,190	5%
	2009	3,703,072,368	10.70%	29,914,973,007	86%	999,362,341	3%
JAKARTA BARAT	2007	3,307,543,994	9.41%	30,467,922,948	87%	1,371,526,158	4%
	2008	4,412,771,690	9.90%	37,021,102,290	83%	3,150,946,195	7%
	2009	5,389,374,854	11.87%	37,708,775,413	83%	2,313,562,685	5%
JAKARTA SELATAN	2007	3,572,441,907	7.81%	39,539,574,948	86%	2,624,554,450	6%
	2008	4,348,713,378	7.26%	52,318,970,808	87%	3,256,942,524	5%
	2009	5,280,484,339	8.52%	52,231,441,388	84%	4,453,430,076	7%
JAKARTA TIMUR	2007	3,383,149,073	7.61%	39,329,206,541	89%	1,716,132,096	4%
	2008	5,209,965,238	8.39%	53,951,087,978	87%	2,915,588,447	5%
	2009	5,394,642,480	8.86%	51,897,264,211	85%	3,622,287,619	6%
TOTAL		56,956,078,735	8.56%	570,222,662,000	86%	38,360,060,778	6%
rata-rata per tahun		3,797,071,916	8.56%	38,014,844,133	86%	2,557,337,385	6%

Berdasarkan data pada tabel diatas, belanja operasional dan pemeliharaan di Puskesmas 5 wilayah DKI Jakarta sudah mencukupi, berkisar antara 82%-92% atau rata-rata 86% setiap tahunnya. Untuk wilayah Jakarta Pusat selama 3 tahun, biaya BOP berkisar antara 82-85%, Jakarta Utara 86-92%, Jakarta Barat 83-87%, Jakarta Selatan 84-87% dan Jakarta Timur 85-89%.

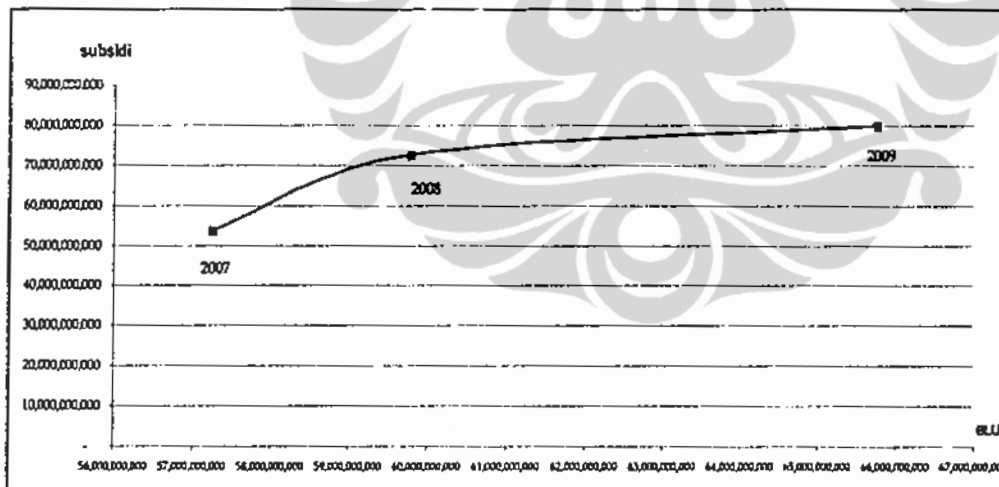
UNIVERSITAS INDONESIA

6.2.8. *Cost Recovery Rate (CRR) Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009*

Bila dilihat dari penyerapan anggaran pendapatan BLUD, terlihat kenaikan yang cukup signifikan, hal ini membuktikan bahwa dengan menerapkan PPK BLUD puskesmas bisa menjadi lebih inovatif, kreatif, efisien dan efektif dalam melakukan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Penyerapan anggaran subsidi khususnya untuk jenis kegiatan UKP juga meningkat seiring dengan meningkatnya pendapatan BLUD Puskesmas. Hal ini dapat dijelaskan karena tarif puskesmas tidak menggambarkan unit cost yang sesungguhnya, sehingga selisih dari unit cost dengan tarif itulah yang merupakan subsidi Pemerintah Provinsi untuk pelayanan kuratif di Puskesmas disamping pelayanan preventif lainnya, sehingga karena kunjungan pasien pada 3 tahun terakhir mengalami kenaikan, maka kenaikan pendapatan BLUD berbanding lurus dengan meningkatnya subsidi UKP. Hal ini bisa terlihat jelas pada grafik di bawah ini.

Grafik 6.7

Perbandingan Pendapatan BLUD dengan Subsidi UKP di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009



Selain itu, kemampuan Puskesmas dalam membiayai operasional pelayanan kesehatan di Puskesmas, bisa dilihat dari perbandingan antara pendapatan BLUD dengan realisasi penyerapan anggaran UKP yang biasa disebut *Cost Recovery Rate (CRR)*. Angka CRR rata-rata untuk seluruh wilayah pada tahun 2007-2009 adalah

UNIVERSITAS INDONESIA

sebesar 46,97%. Ini artinya dari total kebutuhan UKP, rata-rata puskesmas sudah dapat membiayai 46,97% kebutuhannya. Bila dilihat secara rinci maka CRR yang paling besar pada tahun 2007 ada di wilayah Jakarta Utara yaitu sebesar 55,52%. Untuk tahun 2008 tertinggi ada di wilayah Jakarta Barat sebesar 47,68% dan tahun 2009 tertinggi ada di Jakarta Timur sebesar 49,09%. Secara rinci bisa dilihat pada tabel 6.15.

Tabel 6.15

Cost Recovery Rate Puskesmas menurut wilayah di provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

tahun	wilayah	UKP	BLU	CRR
2007	Jakarta Pusat	15,858,265,508	8,277,272,259	52.20%
	Jakarta Utara	14,933,582,971	8,291,262,561	55.52%
	Jakarta Barat	22,858,676,264	12,253,802,221	53.61%
	Jakarta Selatan	28,120,252,933	13,710,649,766	48.76%
	Jakarta Timur	29,229,416,473	14,708,962,210	50.32%
2008	Jakarta Pusat	20,981,215,441	7,832,055,942	37.33%
	Jakarta Utara	18,885,252,038	8,906,529,868	47.16%
	Jakarta Barat	25,804,812,530	12,302,512,347	47.68%
	Jakarta Selatan	33,632,991,734	15,399,343,889	45.79%
	Jakarta Timur	33,151,678,199	15,338,590,919	46.27%
2009	Jakarta Pusat	25,698,918,001	8,723,090,594	33.94%
	Jakarta Utara	21,318,044,622	10,250,266,827	48.08%
	Jakarta Barat	28,180,069,873	13,050,626,630	46.31%
	Jakarta Selatan	33,627,850,217	15,644,638,417	46.52%
	Jakarta Timur	36,823,527,996	18,076,874,788	49.09%
jumlah	2007	111,000,194,149	57,241,949,017	51.57%
	2008	132,455,949,942	59,779,032,965	45.13%
	2009	145,648,410,709	65,745,497,256	45.14%
TOTAL		389,104,554,800	182,766,479,238	46.97%
rata-rata per tahun		25,940,303,653	12,184,431,945	46.97%

BAB 7 PEMBAHASAN

Puskesmas sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan masyarakat diharapkan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, memiliki cakupan yang luas dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Dalam melaksanakan tugas diatas, maka puskesmas perlu didukung oleh dana yang mencukupi.

Dalam BAB pembahasan ini akan diurutkan mulai dari total realisasi anggaran puskesmas, pendapatan BLUD puskesmas sampai dengan *CRR* puskesmas tahun 2007-2009.

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif. Data yang dikumpulkan adalah data kuantitatif yang didapat dari data penyerapan anggaran tahun 2007 – 2009 yang dikelola oleh puskesmas dan bersumber pemerintah provinsi.

Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yaitu :

1. Tidak melakukan penelitian pada pembiayaan kesehatan Puskesmas Provinsi DKI Jakarta yang bersumber APBN.
2. Tidak melakukan penelitian terhadap kunjungan atau pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat yang dikaitkan dengan penyerapan anggaran.
3. Tidak melakukan penelitian pembiayaan kesehatan secara komprehensif dengan bidang lain yang terkait.
4. Tidak mengikutsertakan 2 Puskesmas Kecamatan yang berada di Kepulauan seribu, tetapi hanya dilakukan pada 42 puskesmas Kecamatan yang berada di kota administratif dari total 44 Puskesmas Kecamatan yang ada di Provinsi DKI Jakarta.
5. Puskesmas yang menerapkan PPK BLUD di Provinsi DKI Jakarta adalah Puskesmas Kecamatan beserta puskesmas kelurahan yang ada di wilayah kerjanya. Tetapi pada penelitian ini yang diteliti adalah puskesmas

UNIVERSITAS INDONESIA

kecamatanannya saja karena pengelolaan keuangan dilakukan oleh puskesmas kecamatan.

5. Tidak memperhitungkan inflasi yang terjadi pada periode 2007-2009.

7.2 Realisasi Anggaran Kesehatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.

Dari hasil penelitian terlihat pagu anggaran mulai dari tahun 2007 – 2009 cenderung meningkat. Ini membuktikan komitmen Pemerintah Provinsi DKI Jakarta untuk mengalokasikan biaya kesehatan sesuai dengan amanat Perda Siskesda walaupun masih harus dilakukan secara bertahap. Selain terlihat adanya peningkatan pagu, dapat dilihat pula penyerapan anggaran kesehatan di puskesmas yang cenderung meningkat selama 3 tahun terakhir. Rata-rata penyerapan puskesmas berkisar 81-85%. Namun, bila dilihat lebih dalam lagi, yaitu per puskesmas, bisa dilihat, penentuan pagu anggaran ternyata tidak berdasarkan berapa banyak jumlah puskesmas di wilayah kecamatan tersebut. Sebagai contoh, puskesmas kecamatan Duren Sawit dengan 11 puskesmas kelurahan mendapatkan pagu anggaran hampir sama dengan Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo yang hanya memiliki 5 Puskesmas Kelurahan dibawahnya. Terlihat realisasi penyerapan Puskesmas Kecamatan Duren Sawit adalah 91 % sedangkan Puskesmas Kecamatan pasar Rebo hanya sebesar 77%. Hal ini tentu saja sangat tidak efisien, karena puskesmas yang membutuhkan tidak mendapat pagu sesuai kebutuhan, sedangkan ada anggaran yang tidak terserap. Kedepannya mudah-mudahan jumlah Puskesmas dalam satu wilayah bisa menjadi bahan pertimbangan *stake holder* dalam menentukan pagu anggaran.

Selain itu bila melihat anggaran kesehatan perkapita di puskesmas berdasarkan wilayah, maka yang terendah adalah di wilayah Jakarta Barat sebesar Rp16.175,- (US\$ 1,6) pada tahun 2007 dan Rp 20.241,- (US\$ 2) pada tahun 2008 (US\$ 1 = Rp 10.000). Sedangkan yang tertinggi adalah di wilayah Jakarta Pusat yaitu pada tahun 2007 sebesar Rp 29.955,- (US\$ 2,9) dan tahun 2008 sebesar Rp 46.555,- atau sebesar US\$ 4,6. (Tahun 2009 belum bisa dihitung karena data penduduk belum ada). Angka ini masih dibawah dari saran World Bank (1993) yaitu sebesar US\$ 5 perkapita pertahun untuk pelayanan kesehatan dasar.

7.3. Pendapatan BLUD Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

Pendapatan BLUD puskesmas ini adalah pendapatan operasional yang didapat dari jasa pelayanan dengan tarif sesuai Perda 1 Tahun 2006, dan dana pihak ke tiga yaitu Askes, Jamsostek dan Gakin pemcrintah provinsi DKI Jakarta. Khusus untuk Askes, Jamsostek dan Gakin, yang diberikan oleh masing-masing pihak ke Puskesmas dalam bentuk kapitasi dan klaim untuk beberapa layanan yang tidak termasuk kapitasi. Dana-dana tersebut masuk kedalam rekening BLUD puskesmas dan selanjutnya dikelola sebagai pendapatan operasional puskesmas sebagaimana dilakukan pada pendapatan yang diterima puskesmas secara *out of pocket* dari masyarakat, sehingga dana dari pihak ketiga itu juga termasuk APBD Provinsi karena setelah dibelanjakan, dana tersebut dilaporkan ke Kas Daerah dan mendapatkan SPM Pengesahan dari Kas Daerah dan tercatat sebagai PAD Pemerintah Provinsi DKI Jakarta.

Pendapatan BLUD bisa meningkat jika salah satu faktornya yaitu kunjungan juga meningkat. Hasil penelitian Dahlan A (1997), pemanfaatan puskesmas merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pendapatan dan hal ini mempengaruhi kesinambungan puskesmas. Kunjungan meningkat bila didukung dengan peningkatan mutu layanan, mengembangkan jenis layanan di puskesmas, tarif yang sesuai dengan kemampuan bayar pelanggan, juga dengan mengoptimalkan dan meningkatkan efisiensi dan utilisasi barang modal dalam rangka meningkatkan daya saing.

Bervariasinya jenis layanan di puskesmas dan unit pelayanan yang buka 24 jam setiap hari memberikan lebih banyak kesempatan kepada pelanggan untuk mengakses puskesmas. Hal ini sesuai dengan ciri dari pelayanan kesehatan yang tidak dapat dikonsumsi sekaligus atau disimpan seperti barang (Gani. A, 1994), karena pelanggan menggunakan pelayanan kesehatan biasanya pada keadaan sudah sakit, sedangkan waktu terjadinya sakit tidak bisa diprediksi.

Puskesmas paska menerapkan swadana yang dilanjutkan dengan menerapkan PPK BLUD memiliki keleluasan dalam melakukan inovasi-inovasi pelayanan, sehingga dapat meningkatkan pendapatannya, walalupun dengan tarif yang tidak berubah mulai tahun 1999. Inovasi yang dilakukan dalam pengembangan jenis layanan, misalnya layanan siaga 24 jam, layanan klinik metadon dan layanan

spesialis terbatas. Selain inovasi dalam bentuk pengembangan layanan, puskesmas juga mengoptimalkan penggunaan alat-alat kesehatan yang dimiliki misalnya USG dan EKG.

Puskesmas saat ini harus bisa meningkatkan daya saing dengan pelayanan kesehatan sejenis. Faktor kebutuhan merupakan salah satu hal yang melatarbelakangi seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan (Andersen, 1980). Oleh karenanya pengembangan jenis pelayanan di puskesmas harus disesuaikan dengan kebutuhan pelanggan / masyarakat.

Walaupun demikian, Puskesmas di DKI Jakarta masih sangat besar ketergantungannya dengan subsidi APBD Provinsi walaupun sudah sejak tahun 2001 menjadi unit yang melakukan swadana dan saat ini sudah menerapkan PPK BLUD. Hal ini disebabkan tarif yang digunakan di Puskesmas masih belum sesuai dengan unit cost. Perda Tarif yang digunakan masih Perda No 1 Tahun 2006 tentang Retribusi. Padahal, sejak tahun 2001 sampai saat ini sudah berapa besar inflasi yang terjadi, yang mengakibatkan kenaikan harga obat, alkes dan lain-lain. Pada tahun 2007 pada saat-saat awal Puskesmas akan menerapkan PPK BLUD, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta bersama-sama dengan Puskesmas telah bersama-sama melakukan evaluasi terhadap tarif. Dimulai dengan membuat perhitungan unit cost maka pada saat itu pihak Dinas Kesehatan membuat usulan kenaikan tarif kepada Pemerintah Provinsi DKI Jakarta. Namun permohonan kenaikan tarif tersebut tidak diterima oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta karena Pemprov tetap berkomitmen untuk memberikan subsidi terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas.

Menurut Green (1980) tarif merupakan salah satu faktor pendukung (*enabling factor*) bagi pelanggan menggunakan tempat pelayanan kesehatan. Pelanggan akan menggunakan pelayanan kesehatan bila tarif sesuai dengan kemampuan bayar pelanggan.

Tidak dipungkiri bahwa status BLUD itu membuat Puskesmas menjadi lebih leluasa dalam melakukan pelayanannya. Hal ini dapat dilihat dari trend yang ada mulai tahun 2007- 2009, pendapatan puskesmas dari operasionalnya / jasa layanan yang diberikan meningkat secara perlahan mulai dari Rp 57.241.949.017,-

pada tahun 2007, kemudian sedikit meningkat pada tahun 2008 yaitu sebesar Rp 59.779.032.965 ,- dan meningkat lagi di tahun 2009 sebesar Rp 65.745.497.256 ,-

7.4. Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Upaya Wajib di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.

Secara global, Pelaksanaan Upaya kesehatan di Puskesmas DKI Jakarta tetap sesuai dengan Kepmenkes 128 tahun 2004 tentang pelaksanaan Upaya Wajib. Penyerapan anggaran untuk itu rata-rata dalam 3 tahun (2007-2009) sebesar 80%, dengan kisaran 76%-84%. Bila dilihat per Upaya, maka terlihat upaya Promosi Kesehatan ada sedikit peningkatan dari tahun 2008 bila dibandingkan dengan tahun 2007. Hal ini karena dimulainya kegiatan RW Siaga yang mewajibkan semua wilayah membentuk RW Siaga. Namun pada tahun 2009 karena adanya pelimpahan wewenang sebagian urusan kesehatan ke Kantor Camat dan Lurah dan kegiatan RW Siaga termasuk kegiatan yang dilimpahkan ke kantor Camat maupun kantor Lurah, maka anggaran untuk kegiatan tersebut dipindahkan dari Puskesmas ke kantor Camat dan Lurah, dan hal itu menyebabkan turunnya realisasi anggaran untuk Upaya Promosi Kesehatan di Puskesmas pada Tahun 2009. Untuk upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, realisasi anggaran pada tahun 2008 sedikit menurun yaitu dari 12,10 % di tahun 2007 menjadi 11,49% di tahun 2008 dan meningkat kembali di tahun 2009 menjadi 13,06%. Hal ini terjadi karena pada tahun 2008 kegiatan fogging massal dilimpahkan ke kantor Lurah, sehingga anggaran bergerak ke kantor Lurah yang menyebabkan menurunnya anggaran tersebut di Puskesmas. Namun kenaikan di tahun 2009, disebabkan adanya kebijakan dari Kementerian Kesehatan pada saat itu agar Pemerintah Provinsi menganggarkan 40% obat TB yang selama ini sebenarnya didapat dari Pusat. Selain itu kenaikan tersebut juga disebabkan kegiatan Layanan Jarum Suntik Steril dalam mencegah penularan HIV/AIDS yang awalnya di danai oleh lembaga donor, untuk tahun 2009 mulai dilepas walaupun belum sepenuhnya. Untuk Upaya Peningkatan gizi, penurunan yang terjadi pada tahun 2008 disebabkan karena anggaran PMT penyuluhan yang awalnya di alokasikan di Puskesmas, juga berpindah ke kantor Lurah. Sedangkan peningkatan di tahun 2009 karena adanya pengembangan program *Therapeutic Feeding Centre (TFC)* di Puskesmas. Sedangkan untuk

UNIVERSITAS INDONESIA

upaya perbaikan gizi masyarakat memiliki nilai yang stabil berkisar 1.75% - 1.95%. pada upaya ini termasuk pengadaan PMT Pemulihan untuk pasien gizi kurang dan gizi buruk.

7.5. Realisasi Anggaran Kesehatan Untuk Program Prioritas Terkait IKU di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

Program prioritas adalah program yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta melalui suatu proses analisis data kesehatan untuk menetapkan prioritas dalam mengatasi masalah – masalah kesehatan di DKI Jakarta. Program prioritas tersebut adalah : Pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin, Pemberantasan penyakit menular, memerangi DBD, TBC, HIV/AIDS dan Narkoba, Peningkatan gizi masyarakat, Peningkatan kesehatan ibu dan anak, Peningkatan pelayanan gawat darurat dan bencana kesehatan, Peningkatan mutu pelayanan dan penertiban pelayanan kesehatan , Peningkatan mutu sumber daya manusia dan penertiban sumber daya manusia kesehatan serta Sistem informasi, promosi, dan sosialisasi program-program kesehatan. Untuk ke 8 program prioritas itu, penyerapan anggaran puskesmas rata-rata pertahun sebesar 81.08% . Hal ini membuktikan bahwa kebijakan perencanaan yang dibuat oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tetap dipatuhi oleh Puskesmas walaupun Puskesmas telah menjadi SKPD sendiri. Jakarta Sehat Untuk Semua telah menjadi Visi Dinas Kesehatan dan semua jajaran dibawahnya. Semua merasa memiliki Visi tersebut dan secara bersama-sama bergerak untuk mencapai visi tersebut.

Untuk mendukung program prioritas tersebut, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah mengeluarkan beberapa peraturan yang mendukung program prioritas tersebut yaitu : Perda no 4 tahun 2007 tentang Pengendalian Flu Burung, Perda No 6 tahun 2007 tentang Pengendalian DBD , Perda No 5 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

Selain itu kegiatan yang dilakukan untuk mendukung program prioritas tersebut antara lain : Gerakan Stop Gizi Buruk, Akselerasi penurunan Angka Kematian Ibu dan angka Kematian Bayi serta balita dengan melakukan kegiatan Kesehatan Ibu Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA), Inisiasi menyusu dini, gebyar posyandu, Gerakan Aksi Stop DBD dan melakukan PSN di 7 tatanan .

UNIVERSITAS INDONESIA

Program peningkatan pelayanan gawat darurat dan bencana kesehatan mulai dari tahun 2007 – 2009 cenderung meningkat. Mulai dari 0,48% (2007 & 2008), 1,82% pada tahun 2009. Peningkatan ini karena pada tahun 2009 ada Pemilihan Umum (Pemilu), sehingga puskesmas menganggarkan untuk antisipasi kejadian pra, saat dan paska pemilu tersebut, selain untuk kegiatan yang rutin dilaksanakan yaitu operasi lilin, operasi ketupat dan posko bencana.

Program peningkatan mutu pada tahun 2007 persentase realisasi anggarannya sebesar 2,38%, tahun 2008 1,93% dan tahun 2009 sebesar 2,01 %. Penurunan yang terjadi pada tahun 2008 karena anggaran mutu di puskesmas diarahkan untuk memelihara penerapan sistem manajemen mutu setelah pada tahun 2007 mereka menganggarkan untuk meraih sertifikasi ISO 9001-2000. Ada sedikit peningkatan pada tahun 2009 karena beberapa puskesmas mulai menganggarkan ISO 9001-2008 untuk puskesmas kelurahan.

7.6. Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Sifat Program di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.

Dari hasil peneltian di 5 puskesmas pada 5 wilayah DKI Jakarta, pelaksanaan program preventif dan promotif di puskesmas terlihat pada tahun 2007 preventif 17,90%, kemudian 24,74% (2008), 20,47% (2009), sedangkan promotif 0,49% (2007), 1,46% (2008), 0,85% (2009). Pada kedua program tersebut mengalami kenaikan di tahun 2008, karena dimulainya RW siaga sehingga peningkatan anggaran terjadi pada tahun tersebut. Namun pada tahun 2009, anggaran-anggaran tersebut sebagian dialihkan ke kantor Lurah. Hal ini sejalan dengan kebijakan Pemerintah DKI Jakarta yang melimpahkan wewenang sebagian urusan kesehatan ke kantor Camat dan Kantor Lurah.

Pada dasarnya tujuan pelimpahan sebagian wewenang kesehatan ke kantor Lurah adalah untuk membangun kepekaan, kepedulian, dan rasa memiliki diantara masyarakat terhadap permasalahan kesehatan setempat dan upaya kesehatan untuk mengatasinya serta menggerakkan peran serta masyarakat dan memobilisasi sumber daya potensial keluarga dan masyarakat dalam arti luas, untuk mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Jadi, kelurahan berfungsi: untuk memfasilitasi upaya keluarga dan masyarakat di suatu kelurahan untuk mengatasi berbagai sebab

tidak langsung dan sebab mendasar terjadinya kesakitan, kejadian luar biasa, kegawatdaruratan medik dan kematian.

Selain itu, hasil penelitianpun memperlihatkan kecenderungan program kuratif meningkat di semua wilayah DKI Jakarta pada 3 tahun terakhir. Hal ini sebenarnya bertujuan untuk menghindarkan Rumah Sakit baik RSUD maupun RS Pusat yang pada saat ini telah menjadi puskesmas raksasa. Keberadaan sebuah rumah sakit di suatu daerah telah menjadi daya tarik yang menarik banyak orang dengan keluhan dan/atau penyakit yang sesungguhnya cukup disembuhkan di tingkat pelayanan kesehatan primer. Padahal seharusnya pasien tidak boleh secara langsung mengakses rumah sakit, tetapi harus melalui puskesmas terlebih dahulu yang merupakan *gate keeper* untuk ke Rumah Sakit. Selain itu, puskesmas juga merupakan satu-satunya institusi yang mempunyai tanggung jawab penuh terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat.

Saat ini Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah berhasil menyediakan sarana pelayanan kesehatan secara merata. Setiap kecamatan telah memiliki paling sedikit sebuah Puskesmas Dengan Tempat Perawatan RB. Total Puskesmas di DKI Jakarta adalah 337 puskesmas. Tahun 2010, dilakukan renovasi untuk 6 buah Puskesmas menjadi puskesmas dengan perawatan non RB. Sampai dengan Tahun 2010 ini, sudah 42 puskesmas Kecamatan dan 18 Puskesmas kelurahan mendapat sertifikasi ISO 9001 tahun 2001 yang secara perlahan menjadi ISO 9001 tahun 2008.

Hal ini membuktikan bahwa Puskesmas di DKI Jakarta sudah mampu melakukan pelayanan kesehatan primer dengan kualitas yang lebih baik, biaya yang lebih murah, risiko pengobatan yang lebih kecil, serta risiko kelebihan obat yang lebih kecil dibandingkan dengan pelayanan yang sama di rumah sakit.

7.7. Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan berdasarkan jenis kegiatan didapatkan anggaran UKP di Puskesmas cenderung meningkat dan anggaran UKM menurun. Rata-rata dalam 3 tahun terakhir persentase UKP 58.46% dan UKM 22%. Sesuai dengan kebijakan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta untuk mendelegasikan sebagian kewenangan kesehatan ke kantor Camat maupun kantor Lurah,

UNIVERSITAS INDONESIA

terlaksananya kewenangan Camat dan Lurah di bidang kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang mengacu pada paradigma sehat yakni pembangunan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif (pencegahan). Jadi sebenarnya anggaran UKM tersebut tidak berkurang, hanya alokasi anggarannya dipindahkan ke kantor Camat maupun Lurah.

Lurah sebagai *urban manager* dapat menggerakkan masyarakat di wilayah kerjanya untuk bersama-sama melakukan upaya - upaya preventif. Pembinaan dan evaluasi pelaksanaan pelimpahan kewenangan bidang kesehatan penguatan kelurahan secara teknis tetap dilaksanakan oleh Suku Dinas Kesehatan tingkat Kota Administrasi dan Dinas Kesehatan Provinsi. Hal ini dapat kita lihat bila kita *zoom* lebih jauh ke dalam kegiatan tersebut, terlihat kegiatan sosialisasi program prioritas, pencegahan dan pemberantasan DBD, Pelaksanaan Pemantau Jentik, pembinaan RW siaga dan UKBM adalah beberapa anggaran yang jumlahnya cenderung turun dalam tiga tahun terakhir. Hal ini disebabkan anggaran untuk fogging massal, jumentik, sosialisasi, RW Siaga dan UKBM sudah dipindahkan ke kantor Lurah.

Sesuai dengan teori Blum bahwa faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan penduduk adalah lingkungan kesehatan, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan dan keturunan (hereditas). Kemudian menurut Gani, 1998, Dua faktor utama yang menentukan derajat kesehatan penduduk adalah lingkungan kesehatan dan perilaku kesehatan. Peranan pelayanan kesehatan kuratif jauh lebih kecil dari pada kedua faktor tersebut. Oleh karena itu dana kesehatan pemerintah diutamakan untuk kedua faktor tersebut. Intervensi terhadap lingkungan kesehatan dan promosi kesehatan memiliki eksternalitas positif tinggi dan tergolong "*public good*" dan merupakan tanggung-jawab pemerintah, seyogyanya dibebankan kepada "*public money*", sedangkan pelayanan kesehatan perorangan memiliki eksternalitas rendah dan pembiayaannya bersifat "*private good*", kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung-jawab pemerintah, maka seharusnya pembiayaannya tidak dibebankan pada *public money*. Oleh karena itu, dari hasil penelitian dengan makin meningkatnya realisasi anggaran untuk UKP maka pemerintah harusnya melepas subsidi untuk UKP kecuali untuk masyarakat miskin dan rentan, serta tetap fokus dengan subsidi terhadap UKM.

Disamping itu, kebijakan Pemda DKI Jakarta untuk mengedepankan Puskesmas di DKI Jakarta sebagai pelayanan terdepan untuk UKP sebenarnya selaras dengan program Dokter Keluarga yang sedang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan saat ini. Puskesmas bisa menjadi provider untuk program tersebut. Puskesmas sudah berpengalaman dalam hal ini, karena program dokter keluarga mirip dengan pelaksanaan perkesmas yang selama ini sudah dilakukan di puskesmas. Sebagai contoh misalnya program pemberantasan tuberkulosis. Pada dasarnya diagnostik dan pengobatan tuberkulosis adalah kemampuan untuk pengambilan dahak dan pemberian obat-obat tuberkulosis standar yang biasanya membutuhkan periode waktu yang cukup lama. Puskesmas memiliki kelebihan dalam upaya pemberantasan tuberkulosis, yaitu lebih mudah diakses secara geografis serta lebih mampu menjaga kelangsungan program. Hal ini bisa terjadi karena Puskesmas dapat membangun komunikasi dan empaty dengan pasien karena dokter dan perawat memang sudah mengenal pasien dan lingkungannya sehingga intervensi dapat diberikan dengan pendekatan yang komunikatif, sesuai karakteristik psikososial dan demografik setempat. Terjalinnnya komunikasi dan hubungan interpersonal antara pemberi layanan dan masyarakat yang dilayaninya merupakan faktor yang penting untuk keberlangsungan program. Keunggulan inilah yang dimiliki oleh puskesmas bila puskesmas akan dikembangkan menjadi dokter keluarga. Karena, pada prinsipnya dokter keluarga adalah pelayanan yang komprehensif, kontinu, koordinatif dan kolaboratif, mengutamakan pencegahan, kontak pertama, pelayanan personal, mempertimbangkan keluarga, komunitas, dan lingkungannya, dan sadar etika, hukum, serta biaya.

7.8. Realisasi Anggaran Kesehatan Berdasarkan Kelompok Belanja di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009.

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya membutuhkan dana operasional yang besar. Berdasarkan kelompok belanja bisa dilihat proporsi rata-rata pertahun dalam 3 tahun terakhir realisasi anggaran operasional sebesar 85%, disusul dengan administrasi umum 9% dan belanja modal 6%. Dari data tersebut sudah terlihat adanya keseimbangan yang baik antara ketiga macam kelompok belanja tersebut. Selain itu dengan serapan anggaran sebesar 85%

UNIVERSITAS INDONESIA

untuk belanja operasional dan pemeliharaan ini sudah sesuai dengan nilai wajar untuk biaya operasional, suatu program yang besarnya adalah 75 – 90% dari total biaya (AIM, 2005).

Keseimbangan ini bisa terjadi karena Puskesmas di provinsi DKI Jakarta merencanakan sendiri kebutuhan anggarannya, sehingga bila Puskesmas merencanakan pengadaan barang modal atau melakukan investasi, maka puskesmas dapat langsung merencanakan bagaimana anggaran operasionalnya dan sekaligus merencanakan anggaran pemeliharaannya. Selain itu, Puskesmas di DKI Jakarta sudah menerapkan PPK BLUD, maka Puskesmas sudah dapat mengadakan sendiri keperluannya. Oleh karena itu anggaran operasional tersebut termasuk untuk pengadaan obat, alkes habis pakai, belanja transport / pegawai dalam melaksanakan kegiatannya sedangkan untuk biaya Telephone, air dan listrik, jasa pengolahan limbah/ sampah, jasa cleaning service, jasa service kendaraan masuk ke dalam administrasi umum karena dikeluarkan secara periodik dan rutin setiap bulan.

7.9. Cost Recovery Rate (CRR) Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

Cost Recovery Rate (CRR) adalah kemampuan puskesmas untuk membiayai sendiri belanja operasional dan pemeliharaannya. Dari hasil penelitian terlihat *CRR* per wilayah cenderung turun dari tahun 2007-2009, walaupun pendapatan BLUD meningkat tetapi total belanja UKP pun meningkat, sehingga hal ini menyebabkan *CRR* makin menurun. Hal ini karena tarif yang digunakan di Puskesmas belum sesuai unit cost.. Hal ini terlihat dari rata-rata *CRR* puskesmas sebesar 46,97%. Artinya, puskesmas baru mampu membiayai belanja operasional dan pemeliharaannya sendiri sebesar 46% dari total kebutuhan belanjanya. Oleh karena itu, kenaikan pendapatan BLUD puskesmas berbanding lurus dengan kenaikan subsidi dari pemerintah Provinsi untuk belanja UKP. Dari grafik 6.7, terlihat peningkatan pendapatan BLUD berbanding lurus dengan kenaikan subsidi.

Menurut Gani A (1997) idealnya *CRR* 100%, tetapi ini termasuk gaji, investasi dan public goods. Pada penelitian ini biaya-biaya tersebut diabaikan. Hasil penelitian Bank Dunia di Papua New Guinea (Crees, 1995), *CRR* nya tinggi, tetapi ternyata 90% pendapatannya digunakan untuk keperluan administrasi. Melihat

pengalaman negara lain, maka Pemerintah Provinsi DKI Jakarta memiliki solusi untuk hal itu yaitu dengan menggunakan akuntan publik untuk mengaudit keuangan Puskesmas khususnya puskesmas yang menerapkan PPK BLUD.

Tinggi rendahnya *CRR* tergantung dari pendapatan dan biaya / belanja. Pendapatan yang tinggi dengan biaya yang efisien dapat meningkatkan *CRR*. *CRR* ini merupakan salah satu indikator untuk melihat *sustainability* atau kelangsungan Puskesmas yang menerapkan PPK BLUD. Kelangsungan Puskesmas yang menerapkan PPK BLUD akan terjamin bila didukung oleh peningkatan pendapatan, peningkatan mutu layanan, peningkatan kunjungan, optimalisasi dan efisiensi barang modal serta meningkatkan daya saing.



UNIVERSITAS INDONESIA

BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Hasil penelitian pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah provinsi di puskesmas provinsi DKI Jakarta tahun 2007-2009 dapat disimpulkan bahwa semua gambaran realisasi anggaran sudah sesuai dengan kebijakan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan atau Dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta serta sejalan dengan kebijakan Kementerian Kesehatan untuk pengembangan Dokter Keluarga. Secara rinci gambaran realisasi anggaran kesehatan puskesmas bersumber pemerintah Provinsi DKI Jakarta adalah sebagai berikut :

- a. Realisasi anggaran di Puskesmas Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2007 adalah sebesar Rp 176.166.506.281,-, tahun 2008 sebesar Rp 242.295.485.121,- , dan pada tahun 2009 sebesar Rp 247.076.810.111,-. Bila dihitung perkapita berkisar dari US\$ 2 (Jakarta Barat) – US\$ 4,6 (Jakarta Pusat). Angka ini masih dibawah angka yang disarankan World Bank untuk pelayanan kesehatan dasar yaitu US\$ 5 perkapita. Anggaran tersebut diatas bersumber subsidi APBD Provinsi dan dari pendapatan operasional puskesmas serta dana pihak ke tiga yang dikelola oleh Puskesmas. Dari realisasi anggaran per puskesmas, terlihat adanya beberapa puskesmas yang penyerapannya kecil. Setelah dianalisa, ternyata hal tersebut terjadi karena alokasi anggaran yang tidak seimbang antara puskesmas yang memiliki jumlah puskesmas kelurahannya banyak dengan puskesmas yang jumlah puskesmas kelurahannya sedikit. Bila dilihat per wilayah, maka realisasi anggaran tertinggi pada tahun 2007 adalah Jakarta Selatan (26%), dan terendah adalah Jakarta Utara (14%). Untuk tahun 2008 yang tertinggi adalah Jakarta Timur (26%) dan terendah adalah Jakarta Utara (14%). Pada Tahun 2009 yang tertinggi adalah Jakarta Selatan (25%) dan terendah adalah Jakarta Utara (14%).
- b. Pendapatan BLUD di seluruh wilayah DKI Jakarta pada tahun 2007 adalah sebesar Rp 57.241.949.017,-. Meningkat pada tahun 2008 yaitu sebesar 59.779.032.965,- dan pada tahun 2009 menjadi Rp 65.745.497.256,-. Jakarta Pusat dengan 41 puskesmas adalah yang terendah dibanding wilayah lain selama

UNIVERSITAS INDONESIA

3 tahun berturut turut yaitu Rp 8.277.272.259 (2007), Rp 7.832.055.942,- (2008) dan 8.723.090.594 (2009). Sedangkan wilayah Jakarta Timur dengan 88 Puskesmas pada tahun 2007 dan 2009 merupakan wilayah dengan pendapatan tertinggi yaitu Rp 14.708.962.210 (2007) dan Rp 18.076.874.788 (2009). Untuk tahun 2008 pendapatan tertinggi ada di wilayah Jakarta Selatan dengan 78 puskesmas sebesar Rp 15.399.343.889,-. Peningkatan pendapatan operasional puskesmas bisa terjadi karena adanya inovasi-inovasi yang dilakukan oleh puskesmas untuk mengembangkan jenis layanannya walaupun dengan tarif yang tetap sama dengan tahun 1999. Selain pengembangan jenis layanan, puskesmas juga melakukan optimalisasi serta efisiensi penggunaan alat kesehatan yang dimilikinya.

- c. Penyerapan anggaran yang ditujukan untuk pelaksanaan upaya wajib di puskesmas rata-rata dalam 3 tahun terakhir sebesar 80%. Ini menjelaskan bahwa Puskesmas tetap patuh dengan komitmen global. Realisasi anggaran terbesar untuk upaya wajib yang tertinggi adalah upaya pengobatan yaitu sebesar 73%, disusul secara berturut-turut upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular 15%, upaya kesehatan lingkungan 6%, Upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan ibu dan anak serta KB dan upaya perbaikan gizi masyarakat masing-masing sebesar 2%.
- d. Program prioritas yang mendukung tercapainya IKU, juga mendapatkan porsi serapan anggaran yang cukup besar yaitu rata-rata sebesar 81,08 % dibandingkan total realisasi anggaran selama periode 2007-2009. Hal ini membuktikan bahwa Puskesmas memiliki Visi yang sama dengan Dinas Kesehatan Provinsi yaitu menjadikan Jakarta Sehat Untuk Semua. Selain itu, hal ini juga membuktikan bahwa proses perencanaan selama ini berjalan dengan baik sehingga terjadi sinkronisasi kegiatan antara Dinas Kesehatan Provinsi dengan jajaran di bawahnya termasuk puskesmas. Secara rinci rata-rata persentase realisasi anggaran untuk program pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin pada periode 2007-2009 bila dibandingkan dengan keseluruhan program prioritas merupakan yang tertinggi yaitu 71%. Program pemberantasan penyakit menular, memerangi DBD, TBC, HIV/AIDS dan Narkoba yaitu sebesar 20%. Kemudian program prioritas peningkatan mutu pelayanan dan penertiban

pelayanan kesehatan serta peningkatan mutu sumber daya manusia dan penertiban sumber daya manusia kesehatan ada di peringkat ketiga yaitu sebesar 3%, program Peningkatan kesehatan ibu dan anak serta peningkatan gizi masyarakat sebesar 2%. Sistem informasi, promosi, dan sosialisasi program-program kesehatan dan peningkatan pelayanan gawat darurat dan bencana masing-masing sebesar 1%.

- e. Puskesmas di DKI Jakarta semenjak tahun 2006 telah menerapkan PPK BLUD secara bertahap. Dari hasil analisa berdasarkan sifat program terlihat penyerapan anggaran kuratif cukup tinggi yaitu berkisar 50% - 65 % dengan rata-rata pertahun 58 %. Bandingkan dengan program preventif dan promotif yang rata-rata pertahunnya sebesar 21 % dan 0,98%.. Data ini sesuai dengan kebijakan pemerintah DKI Jakarta yang akan mengedepankan pelayanan kuratif di Puskesmas, dan juga sejalan dengan kebijakan Kementerian Kesehatan yang sedang mengembangkan Program Dokter Keluarga, sehingga Puskesmas bisa mengambil peran sebagai Provider dalam program Dokter Keluarga tersebut.
- f. Berdasarkan jenis kegiatan, juga terlihat angka penyerapan anggaran untuk kegiatan UKP rata-rata pertahun sebesar 58%, sedangkan UKM sebesar 22 %, Manajemen 13% dan Investasi 6%. Hal ini sesuai dengan kebijakan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta khususnya Dinas Kesehatan DKI Jakarta yang melimpahkan sebagian kewenangannya di bidang kesehatan khususnya kegiatan pemberdayaan masyarakat kepada kantor Camat ataupun Lurah (Peraturan Gubernur No 46 Tahun 2006). Selain itu hal ini membuat Puskesmas ideal untuk menjadi mitra dalam pelaksanaan dokter keluarga.
- g. Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di puskesmas memiliki biaya operasional dan pemeliharaan yang cukup yaitu sebesar 85% dari rata-rata total realisasi anggaran tahun 2007-2009. Bila dilihat dari nilai wajar yaitu sebesar 75%-90% (AIM,2005) maka biaya BOP di Puskesmas DKI Jakarta sudah mencukupi.
- h. Rata-rata *CRR* Puskesmas adalah 46,97%, hal ini menggambarkan kemampuan puskesmas dalam membiayai operasional pelayanan kesehatan khususnya UKP baru 46,97% dari total biaya / kebutuhan. Tinggi rendahnya *CRR* tergantung

dari pendapatan dan biaya / belanja operasional UKP. CRR didapat dengan membandingkan pendapatan operasional puskesmas dengan total biaya UKP. Dari hasil penelitian juga bisa dilihat ternyata subsidi Pemerintah Provinsi berbanding lurus dengan peningkatan pendapatan BLUD puskesmas. Hal ini terjadi karena tarif yang digunakan di puskesmas belum sesuai dengan unit cost, sehingga meningkatnya kunjungan berakibat meningkatnya *cost* untuk UKP. Karena tarif belum sesuai unit cost maka meningkat pula subsidi untuk biaya UKP tersebut.

8.2 Saran

8.2.1. Untuk Pemerintah Daerah

1. Jumlah puskesmas di satu wilayah kerja hendaknya dijadikan salah satu pertimbangan *stake holder* dalam menentukan pagu.
2. Dibuatkan dasar hukum untuk memayungi pelaksanaan inovasi-inovasi yang dilakukan oleh puskesmas.
3. Dinas Kesehatan memfasilitasi puskesmas dengan melakukan studi tarif.
4. Perhitungan tarif di puskesmas hendaknya disesuaikan dengan unit cost, walaupun tetap memperhitungkan kemampuan bayar masyarakat, sehingga subsidi yang diberikan oleh pemerintah Provinsi kepada masyarakat tepat sasaran.
5. Puskesmas bisa dijadikan mitra dalam pelaksanaan Dokter Keluarga.
6. Perlu dilakukan penyegaran ilmu pengetahuan petugas perencana di puskesmas sehingga ilmu-ilmu yang baru dapat diketahui dan diimplementasikan di puskesmas.

8.2.2. Untuk Puskesmas

1. Cost recovery rate 46% berarti puskesmas memiliki kemampuan membiayai 45% kebutuhan UKP nya. Untuk meningkatkan CRR diperlukan peningkatan pendapatan yang didukung oleh peningkatan mutu layanan, optimalisasi dan efisiensi penggunaan alat, serta meningkatkan daya saing. Peningkatan mutu harus berorientasi kepada kepuasan pelanggan dan standar pelayanan. Peningkatan daya saing harus melihat kebutuhan pasar, sehingga untuk itu semua perlu dilakukan survei pasar.
2. Program pelayanan kesehatan di Puskesmas hendaknya mengacu pada Standar Pelayanan Minimal dan IKU serta permasalahan spesifik lokal, sehingga bisa menjadi lebih tepat sasaran.
3. Dengan makin membaiknya sarana dan prasarana di Puskesmas dan telah tersertifikasinya puskesmas dengan ISO 9001-2000, maka Puskesmas DKI Jakarta siap menjadi *partner* dalam pelaksanaan dokter keluarga.
4. Untuk meningkatkan penyerapan anggaran, dilakukan penjadwalan dan evaluasi yang ketat dalam pelaksanaan kegiatan, sehingga dana yang sudah dialokasikan bisa dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya.
5. Menyamakan Visi Misi dan tujuan puskesmas, mempunyai dasar pemikiran yang sama tentang PPK BLUD akan membangun tim yang solid.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul, 1996
Pengantar Administrasi Kesehatan, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta.
- Bachtiar, Adang, dkk, 2005
Metodologi Penelitian Kesehatan. Paket mata ajaran Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, UI, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta, 2009
Jakarta Dalam Angka, 2009.
- Departemen Dalam Negeri RI, 2007
Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
- Departemen Kesehatan RI, 1999
Pedoman Kerja Puskesmas, Jilid I, Jakarta.
- Depkes RI & FKM UI, 2002
Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) Modul 8 : Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah (District Health Account).
- Depkes RI & FKM UI, 2002
Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) Modul 9 : Prinsip Analisis Biaya dan Perhitungan Kebutuhan Biaya Program.
- Departemen Kesehatan RI, 2004
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Departemen Kesehatan RI, 2009
Sistem Kesehatan Nasional.
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2009
Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2008.
- 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. Nomor 3, Volume III.

Gani, Ascobat, 1998

Reformasi Pendanaan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Gani, Ascobat, 2001

Konsep dan Klasifikasi Biaya. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan – Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia – Depok.

Gani, Ascobat, 2002

Pembiayaan Kesehatan di Era Otonomi. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan – Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia – Depok.

Mills, Anne & Gilson, Lucy, 1990

Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-negara Sedang Berkembang. Penerbit Dian Rakyat – Jakarta.

Sorkin, Ala.L, 1977

Health Economics in Developing Countries. D.C. Health and Company, Canada.

Pemerintah Republik Indonesia, 2005

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

Pemerintah Provinsi DKI Jakarta, 2006

Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 2086 Tahun 2006 tentang Penetapan 44 Puskesmas Kecamatan Sebagai Unit Kerja Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Bertahap.

Pemerintah Provinsi DKI Jakarta, 2009

Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah.

Data Realisasi Anggaran Puskesmas Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007-2009

no	nama	jumlah puskesmas	2007			2008			2009		
			alokasi	penyerapan	%	alokasi	penyerapan	%	alokasi	penyerapan	%
JAKARTA PUSAT											
1	Tandh Abang	6	4.777.178.000	4.203.759.391	88%	7.172.160.000	5.411.056.469	75%	7.293.300.718	5.448.068.443	75%
2	Menteng	3	2.997.754.000	2.384.533.051	78%	6.146.034.000	4.839.888.870	79%	6.798.367.652	5.613.382.338	83%
3	Senen	6	4.031.618.000	2.866.629.608	71%	6.604.500.000	3.895.387.364	59%	7.091.096.831	5.408.194.804	76%
4	Cempaka putih	4	4.698.720.000	4.433.963.029	91%	7.204.120.000	6.262.764.039	87%	7.667.577.862	6.541.488.753	85%
5	Johor Baru	7	4.181.258.823	2.736.634.921	65%	5.972.486.000	5.753.417.343	96%	6.126.521.732	4.960.405.807	81%
6	Kemayoran	8	5.345.074.000	4.741.176.798	89%	6.903.030.000	6.220.701.029	90%	6.819.709.053	5.649.497.174	83%
7	Sawah Besar	3	3.797.202.478	3.137.967.539	83%	6.734.360.000	5.176.204.073	77%	6.959.703.548	5.383.903.560	77%
8	Gambir	4	3.595.126.000	2.205.427.586	61%	6.470.100.000	4.095.047.816	63%	6.848.417.321	5.163.198.451	75%
	Jumlah	41	33.423.931.301	26.650.091.923	80%	53.206.790.000	41.654.467.003	78%	55.594.694.717	44.168.139.330	79%
JAKARTA UTARA											
9	Pusk. Tanjung Priok	14	6.191.564.500	5.370.744.607	87%	7.878.082.000	6.971.527.436	88%	8.017.842.759	7.060.035.191	88%
10	Pusk. Penjarangan	7	3.804.485.000	3.098.741.520	81%	6.171.108.000	4.933.441.370	73%	6.158.068.361	4.971.860.327	81%
11	Pusk. Pademangan	5	4.352.895.000	3.518.369.112	81%	6.207.900.000	5.022.779.796	81%	6.105.738.181	4.533.111.971	74%
12	Pusk. Koja	8	5.574.568.317	4.675.641.974	84%	8.179.600.000	6.949.170.456	80%	7.971.463.915	7.052.013.095	88%
13	Pusk. Kelapa Gading	5	4.186.082.150	3.133.494.980	75%	6.565.400.000	4.843.689.772	74%	6.702.967.369	5.128.867.639	77%
14	Pusk. Cilincing	10	5.035.430.000	4.407.370.050	88%	7.509.160.000	6.134.320.740	82%	7.574.009.882	5.871.519.493	78%
	Jumlah	49	29.145.024.967	24.204.362.243	83%	42.511.250.000	34.084.929.570	80%	42.530.050.468	34.617.407.716	81%
JAKARTA BARAT											
15	Pusk Cengkareng	10	5.376.596.000	4.837.504.698	90%	7.043.942.000	4.697.308.387	67%	8.117.148.401	5.524.160.041	68%
16	Pusk Kalideres	13	4.735.975.975	3.856.043.119	81%	6.638.587.000	4.927.668.883	74%	7.169.068.344	5.372.600.284	75%
17	Pusk Grl Petamburan	10	4.566.739.140	3.983.687.866	87%	7.302.570.000	6.378.958.651	87%	7.494.044.219	5.852.879.761	78%
18	Pusk Palmerah	10	5.124.418.066	4.504.036.229	88%	7.912.144.000	5.676.727.738	72%	8.030.841.322	6.001.082.452	75%
19	Pusk Tamansari	6	4.077.394.000	2.963.867.126	73%	6.156.744.000	4.804.589.695	78%	6.218.786.333	4.866.409.576	78%
20	Pusk Tambara	9	5.875.347.000	5.875.347.000	100%	8.554.564.000	6.948.717.502	81%	8.674.256.048	5.703.054.304	66%
21	Pusk Kebon Jeruk	8	5.138.862.310	4.677.884.861	91%	7.015.920.000	5.570.946.430	79%	7.412.470.424	5.933.369.067	80%
22	Pusk Kembangan	9	4.932.729.000	4.448.622.201	90%	7.597.064.000	5.579.902.889	73%	7.800.412.470	6.158.157.467	79%
	JUMLAH	75	39.828.061.491	35.146.993.100	88%	58.221.535.000	44.584.820.175	77%	60.917.021.561	45.411.712.952	75%

no	nama	jumlah pusk	2007			2008			2009		
			alokasi	penyerapan	%	alokasi	penyerapan	%	alokasi	penyerapan	%
JAKARTA SELATAN											
23	Pusk. Tebet	8	7.589.537,354	7.215.938,001	95%	8.698.620,000	7.992.544,578	92%	8.628.450,525	7.045.681,894	82%
24	Pusk. Setiabudi	5	3.675.623,500	3.129.680,595	85%	6.279.928,000	5.822.905,001	86%	6.522.113,421	5.782.987,022	89%
25	Pusk. Mampang Prapatan	7	4.008.292,000	3.667.158,899	91%	6.402.004,000	3.222.169,992	50%	6.354.419,194	4.607.857,491	73%
26	Pusk. Pancoran	9	4.784.910,000	4.147.654,152	87%	6.449.380,000	5.575.967,268	86%	6.946.296,234	5.837.899,556	84%
27	Pusk. Pasar Minggu	10	6.382.386,500	5.103.136,734	80%	7.640.030,000	6.394.989,018	84%	7.989.349,421	6.854.501,475	86%
28	Pusk. Jagakarsa	7	3.998.213,000	3.035.794,560	76%	6.769.344,000	4.967.617,992	73%	6.717.089,591	5.454.269,564	81%
29	Pusk. Kebayoran Baru	11	5.504.271,400	5.804.271,400	100%	5.574.833,000	6.574.833,001	100%	6.470.076,954	6.470.076,954	100%
30	Pusk. Kebayoran Lama	9	5.017.490,000	4.828.610,000	96%	6.998.324,000	6.998.324,000	100%	7.200.386,057	7.200.386,057	100%
31	Pusk. Pesanggrahan	6	4.380.371,300	3.904.769,464	89%	6.666.698,000	5.542.805,061	83%	6.819.703,710	5.453.560,659	80%
32	Pusk. Glandak	6	5.482.473,132	5.199.558,500	95%	7.132.470,000	7.132.470,000	100%	7.258.335,131	7.258.335,131	100%
	JUMLAH	78	50.763.568,186	45.736.871,305	90%	69.611.631,000	59.924.626,710	86%	70.906.220,238	61.965.355,803	87%
JAKARTA TIMUR											
33	Pusk. Jatinegara	12	7.096.310,004	5.660.899,948	80%	8.415.000,000	7.250.135,408	86%	7.838.501,324	6.643.493,366	85%
34	Pusk. Matraman	7	4.407.331,000	3.851.172,457	87%	6.844.900,000	6.083.658,213	89%	6.656.446,711	5.229.219,381	79%
35	Pusk. Pulegading	9	6.327.972,429	5.403.521,979	85%	6.953.109,000	6.176.087,075	89%	6.709.159,629	5.454.881,678	81%
36	Pusk. Duren Sawit	12	5.861.161,000	4.957.925,427	84%	7.486.932,000	7.108.796,320	95%	7.563.956,258	7.025.195,742	93%
37	Pusk. Kramatjati	9	4.857.760,000	4.057.034,803	84%	7.784.270,000	6.688.675,097	86%	7.971.756,576	6.929.510,763	87%
38	Pusk. Makasar	7	4.539.340,000	3.337.502,892	74%	6.845.712,000	5.861.750,893	86%	7.026.714,400	5.685.678,306	81%
39	Pusk. Pasar Rebo	6	4.126.156,085	3.529.680,154	86%	6.837.970,000	5.579.950,135	82%	8.526.463,425	5.960.358,630	70%
40	Pusk. Ciracas	6	4.649.087,000	4.593.966,647	99%	6.942.550,000	5.596.252,205	81%	6.981.601,925	6.041.496,974	87%
41	Pusk. Cipuyung	11	4.973.834,000	4.409.598,386	89%	6.349.382,000	5.878.667,437	93%	6.401.723,486	5.876.154,022	92%
42	Pusk. Cakung	9	4.981.083,000	4.627.185,017	93%	6.368.000,000	5.852.768,880	92%	6.690.621,476	6.068.205,148	91%
	JUMLAH	88	51.816.034,518	44.428.487,710	86%	70.827.825,000	62.076.641,663	88%	72.366.945,210	60.914.194,310	84%
	TOTAL	331	204.976.620,463	176.166.506,281	86%	294.379.031,000	242.295.485,121	82%	302.314.972,194	247.076.810,111	82%

no	nama	blu			subsidi		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
JAKARTA PUSAT							
1	Tanah Abang	1,455,900,026	1,020,460,903	1,097,008,602	2,747,879,365	4,390,595,566	4,351,059,841
2	Menteng	610,096,198	548,100,164	677,828,747	1,714,436,853	4,291,788,706	4,935,553,591
3	Senen	620,575,250	621,086,612	744,984,946	2,246,054,358	3,274,300,752	4,663,209,858
4	Cempaka putih	1,926,330,486	1,854,150,042	2,015,009,249	2,307,632,543	4,408,613,997	4,526,479,504
5	Johar Baru	456,890,460	505,431,343	632,593,761	2,279,744,461	5,247,986,000	4,327,812,046
6	Kemayoran	1,337,082,358	1,457,553,693	1,525,018,963	3,404,094,440	4,763,147,336	4,124,478,211
7	Sawah Besar	1,042,004,080	844,621,800	963,833,695	2,095,963,459	4,331,582,273	4,420,069,865
8	Gambir	828,393,401	980,651,385	1,066,812,631	1,377,034,185	3,114,396,431	4,096,385,820
	jumlah	8,277,272,259	7,832,055,942	8,723,090,594	18,372,819,664	33,822,411,061	35,445,048,736
JAKARTA UTARA							
9	Pusk. Tanjung Priok	2,338,090,150	2,397,508,431	2,700,773,587	3,032,654,457	4,574,019,005	4,359,261,604
10	Pusk. Penjarangan	773,673,059	990,407,780	999,995,827	2,325,038,461	3,543,033,590	3,971,864,500
11	Pusk. Pademangan	671,077,304	979,118,241	1,041,839,902	2,847,291,908	4,043,361,555	3,491,272,069
12	Pusk. Koja	2,045,932,480	1,914,118,415	2,514,533,239	2,629,709,494	4,635,052,041	4,537,479,856
13	Pusk. Kelapa Gading	797,542,030	868,870,732	917,369,966	2,335,952,950	3,974,819,040	4,211,497,673
14	Pusk. Cilincing	1,664,947,538	1,756,206,269	2,075,754,306	2,742,422,512	4,378,114,471	5,795,765,187
	jumlah	8,291,262,561	8,906,529,868	10,250,266,827	15,913,099,682	25,148,399,702	24,367,140,889
JAKARTA BARAT							
15	Pusk Cengkareng	1,577,778,052	1,474,210,076	1,885,827,863	3,259,726,646	3,223,098,311	3,638,332,178
16	Pusk Kalideres	998,655,625	1,157,861,869	1,614,355,725	2,857,387,494	3,769,807,014	3,758,244,559

no	nama	bli			subsidi		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
17	Pusk Gri Petamburan	1,292,329,902	1,246,235,634	1,302,724,861	2,691,357,964	5,132,723,017	4,550,154,900
18	Pusk Palmerah	1,351,774,232	1,811,117,265	2,113,003,966	3,152,261,997	3,865,610,473	3,888,078,486
19	Pusk Tamansari	618,684,645	573,074,403	857,858,551	2,345,182,481	4,231,515,292	4,008,551,025
20	Pusk Tambora	2,954,512,500	2,560,916,927	1,169,034,626	2,920,834,500	4,387,800,575	4,534,019,678
21	Pusk Kebon Jeruk	1,666,919,375	1,654,041,720	1,963,832,662	3,010,965,486	3,916,904,710	3,969,536,405
22	Pusk Kembangan	1,793,147,890	1,825,054,453	2,143,988,376	2,655,474,311	3,754,848,436	4,014,169,091
	JUMLAH	12,253,802,221	12,302,512,347	15,050,626,630	22,893,190,879	32,282,307,828	32,361,086,322
	JAKARTA SELATAN						
23	Pusk. Tebet	3,337,443,000	3,513,600,255	3,208,452,834	3,878,495,001	4,476,944,323	3,837,229,060
24	Pusk. Setiabudi	651,600,500	1,060,909,954	1,080,266,767	2,478,080,095	4,461,995,047	4,732,720,255
25	Pusk. Mampang Prapatan	853,381,567	768,475,912	895,823,122	2,812,777,332	2,453,694,080	3,711,834,369
26	Pusk. Pancoran	944,571,470	1,260,158,105	1,199,827,230	3,203,082,682	4,315,809,163	4,638,072,326
27	Pusk. Pasar Minggu	1,422,474,761	1,895,596,985	1,808,984,954	3,680,660,973	4,499,392,033	5,045,516,521
28	Pusk. Jagkarsa	944,443,642	1,216,139,580	1,433,850,707	2,091,350,918	3,751,478,412	4,020,418,857
29	Pusk. Kebayoran Baru	1,545,839,000	1,300,000,000	1,300,093,000	3,958,432,400	5,274,833,000	5,169,983,954
30	Pusk. Kebayoran Lama	1,389,163,000	1,400,000,000	1,478,000,000	3,439,447,000	5,598,324,000	5,722,386,057
31	Pusk. Pesanggrahan	1,120,881,826	1,086,765,198	1,224,870,403	2,783,887,638	4,456,040,663	4,228,690,255
32	Pusk. Cilandak	1,500,851,000	1,897,697,900	2,014,469,400	3,698,707,500	5,234,772,100	5,243,865,731
	JUMLAH	13,710,649,766	15,399,343,889	15,644,638,417	32,025,921,539	44,525,282,821	46,320,717,386
	JAKARTA TIMUR						
33	Pusk. Jatinegara	1,864,954,140	2,243,336,995	2,250,490,282	3,795,945,808	5,006,798,413	4,393,003,394
34	Pusk. Matraman	1,299,623,588	1,414,254,255	1,474,244,439	2,551,548,869	4,669,303,958	3,751,974,942
35	Pusk. Palogadang	1,620,572,830	1,470,605,023	1,655,279,000	3,782,949,149	4,705,432,052	3,799,602,678
36	Pusk. Duren Sawit	1,918,175,014	2,249,675,309	3,200,687,097	3,039,750,413	4,859,121,011	3,824,568,645

no	nama	bilu		subsidi			
		2007	2008	2009	2007	2008	2009
37	Pusk. Kramatjati	1,842,415,574	1,935,524,194	2,179,922,479	2,214,619,229	4,753,150,903	4,749,588,284
38	Pusk. Makasar	997,231,551	1,186,516,502	1,369,497,480	2,340,271,341	4,675,234,391	4,316,180,826
39	Pusk. Pasar Rebo	1,258,249,676	1,244,958,877	1,507,034,201	2,271,430,478	4,334,991,258	4,453,324,429
40	Pusk. Ciracas	1,632,600,000	1,310,140,000	1,559,493,097	2,361,366,647	4,286,112,205	4,482,003,877
41	Pusk. Cipayung	787,828,549	670,423,688	1,232,482,000	3,621,769,837	5,208,243,749	4,643,672,022
42	Pusk. Cakung	1,487,311,288	1,613,156,076	1,647,744,713	3,139,873,729	4,239,612,804	4,420,460,435
	JUMLAH	14,708,962,210	15,338,590,919	18,076,874,788	29,719,525,500	46,738,050,744	42,837,319,522
	TOTAL	57,241,949,017	59,779,032,965	65,745,497,256	118,924,557,264	182,516,452,156	181,331,312,855

Lampiran 3 : Output Olah Data Berdasarkan Program

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 pusat	%
1	Program penerapan kaidah government dalam penyelenggaraan urusan kes.	18,600,090,106	69.79%	24,389,534,780	58.55%	27,017,437,561	61.17%
2	Program Sinkronisasi Kebijakan Pembiayaan Kelembagaan dan Regulasi Kesehatan	112,457,000	0.42%	143,294,900	0.34%	88,926,625	0.20%
3	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	3,071,046,822	11.52%	4,270,581,438	10.25%	5,399,130,607	12.22%
4	Program Penurunan Angka Kematian Ibu & Bayi	159,272,801	0.60%	78,715,935	0.19%	204,127,400	0.46%
5	Peningkatan kesehatan anak balita	64,898,976	0.24%	248,797,140	0.60%	373,798,255	0.85%
6	Program pengembangan lingkungan sehat	306,924,159	1.15%	3,514,547,695	8.44%	839,476,600	1.90%
7	Program Promosi Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat	504,965,325	1.89%	1,097,028,250	2.63%	1,448,982,032	3.28%
8	Pencegahan Penyakit Tidak Menular	42,193,000	0.16%	82,468,000	0.20%	81,165,400	0.18%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 pusat	%
9	Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan	626,384,250	2.35%	757,624,700	1.82%	812,735,480	1.84%
10	Program pengawasan obat dan makanan	15,212,000	0.06%	18,730,000	0.04%	2,492,000	0.01%
12	Program Peningkatan Sarana & Prasarana Puskesmas	1,005,373,888	3.77%	1,769,530,470	4.25%	1,529,468,026	3.46%
14	Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM)			161,595,178	0.39%		
16	Peningkatan Gizi masyarakat	769,626,174	2.89%	1,645,764,146	3.95%	1,703,140,402	3.86%
17	Program kesehatan jiwa masyarakat	93,058,500	0.35%	130,948,500	0.31%	83,090,000	0.19%
18	Peningkatan sarana dan prasarana kesehatan	1,278,588,922	4.80%	3,345,305,871	8.03%	4,584,168,942	10.33%
Totals		26,650,091,923	100%	41,654,467,003	100%	44,168,139,330	100%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 utara	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 utara	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 utara	%
1	Program penerapan kaidah government dalam penyelenggaraan urusan kes.	17,063,600,779	70.50%	21,503,976,258	63.14%	24,434,959,992	70.59%
2	Program Sinkronisasi Kebijakan Pembiayaan Kelembagaan dan Regulasi Kesehatan	251,234,050	1.04%	213,755,856	0.63%	305,358,500	0.89%
3	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	2,436,321,359	10.07%	3,936,469,499	11.56%	3,798,409,722	10.97%
4	Program Penurunan Angka Kematian Ibu & Bayi	185,101,626	0.76%	64,430,500	0.19%	71,168,000	0.21%
5	Peningkatan kesehatan anak balita	52,166,000	0.22%	103,284,910	0.30%	301,115,900	0.87%
6	Program pengembangan lingkungan sehat	340,295,150	1.41%	2,562,111,300	7.52%	617,025,928	1.78%
7	Program Promosi Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat	240,592,250	0.99%	1,084,708,540	3.19%	558,785,226	1.61%
8	Pencegahan Penyakit Tidak Menular	14,605,500	0.06%	23,701,200	0.07%	38,682,000	0.11%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 utara	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 utara	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 utara	%
9	Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan	788,798,790	3.26%	632,532,840	1.86%	902,191,685	2.61%
10	Program pengowasan obat dan makanan	4,799,500	0.02%	11,457,000	0.03%		
11	Program pengembangan obat asli Indonesia						
12	Program Peningkatan Sarana & Prasarana Puskesmas	1,243,152,595	5.14%	1,404,066,057	4.12%	1,736,791,837	5.02%
14	Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM)			117,944,500	0.35%		
16	Peningkatan Gizi masyarakat	596,325,282	2.46%	585,638,920	1.72%	809,521,085	2.34%
17	Program kesehatan jiwa masyarakat	39,314,100	0.16%	31,243,000	0.09%	40,035,500	0.12%
18	Peningkatan sarana dan prasarana kesehatan	948,055,262	3.92%	1,779,609,190	5.23%	999,362,341	2.89%
Totals		24,204,362,243	100%	34,054,929,570	100%	34,617,407,716	100%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 BARAT	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 BARAT	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 BARAT	%
1	Program penerapan kaidah government dalam penyelenggaraan urusan kes.	25,423,699,268	72.34%	29,337,505,916	65.80%	32,742,342,422	72.10%
2	Program Sinkronisasi Kebijakan Pembiayaan Kelembagaan dan Regulasi Kesehatan	136,920,000	0.39%	49,290,000	0.11%	94,836,500	0.21%
3	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	3,028,531,569	8.62%	2,974,450,280	6.67%	3,584,585,855	7.89%
4	Program Penurunan Angka Kematian Ibu & Bayi	258,452,760	0.74%	189,099,500	0.42%	279,395,917	0.62%
5	Peningkatan kesehatan anak balita	127,772,753	0.36%	118,427,630	0.27%	547,724,618	1.21%
6	Program pengembangan lingkungan sehat	826,510,330	2.35%	4,133,404,495	9.27%	1,524,083,245	3.36%
7	Program Promosi Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat	696,384,692	1.98%	1,149,609,500	2.58%	1,069,467,775	2.36%
8	Pencegahan Penyakit Tidak Menular	120,317,600	0.34%	104,861,500	0.24%	160,627,680	0.35%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 BARAT	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 BARAT	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 BARAT	%
9	Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan	909,710,708	2.59%	938,304,632	2.10%	682,657,150	1.50%
10	Program pengawasan obat dan makanan	8,651,500	0.02%	98,625,200	0.22%		
11	Program pengembangan obat asli Indonesia	2,519,500	0.01%				
12	Program Peningkatan Sarana & Prasarana Puskesmas	1,417,514,926	4.03%	1,623,305,794	3.64%	1,602,310,615	3.53%
14	Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM)					7,666,280	0.02%
16	Peningkatan Gizi masyarakat	762,167,836	2.17%	659,638,033	1.48%	772,945,455	1.70%
17	Program kesehatan jiwa masyarakat	56,313,500	0.16%	57,351,500	0.13%	29,506,755	0.06%
18	Peningkatan sarana dan prasarana kesehatan	1,371,526,158	3.90%	3,150,946,193	7.07%	2,313,562,685	5.09%
Totals		35,146,993,100	100%	44,584,820,175	100%	45,411,712,952	100%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 SELATAN	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 SELATAN	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 SELATAN	%
1	Program penerapan kaidah government dalam penyeleenggaraan urusan kes.	30,928,607,431	57.62%	37,553,058,071	62.67%	38,341,528,681	61.88%
2	Program Sinkronisasi Kebijakan Pembiayaan Kelembagaan dan Regulasi Kesehatan	155,458,000	0.34%	103,265,140	0.17%	98,438,220	0.16%
3	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	6,762,066,385	14.78%	8,601,617,967	14.35%	11,096,448,793	17.91%
4	Program Penurunan Angka Kematian Ibu & Bayi	176,022,590	0.38%	90,700,550	0.15%	179,706,846	0.29%
5	Peningkatan kesehatan anak balita	175,824,096	0.38%	190,909,951	0.32%	324,421,506	0.52%
6	Program pengembangan lingkungan sehat	667,647,400	1.46%	4,840,084,212	8.08%	1,339,284,276	2.16%
7	Program Promosi Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat	1,051,631,700	2.30%	1,636,805,010	2.73%	1,711,634,565	2.76%
8	Pencegahan Penyakit Tidak Menular	54,293,000	0.12%	131,505,900	0.22%	310,302,498	0.50%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 SELATAN	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 SELATAN	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 SELATAN	%
9	Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan	906,550,775	1.98%	1,429,938,420	2.39%	1,520,463,448	2.45%
10	Program pengawasan obat dan makanan	36,247,000	0.08%	32,770,300	0.05%	15,300,000	0.02%
11	Program pengembangan obat asli Indonesia						
12	Program Peningkatan Sarana & Prasarana Puskesmas	1,402,149,038	3.07%	1,385,590,043	2.31%	1,800,497,539	2.91%
14	Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM)			39,749,500	0.07%		
16	Peningkatan Gizi masyarakat	723,575,940	1.58%	548,525,622	0.92%	714,406,356	1.15%
17	Program kesehatan jiwa masyarakat	71,943,500	0.16%	83,163,500	0.14%	59,492,999	0.10%
18	Peningkatan sarana dan prasarana kesehatan	2,624,554,450	5.74%	3,256,942,524	5.44%	4,453,430,076	7.19%
Totals		45,736,571,305	100%	59,924,626,710	100%	61,965,355,803	100%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 timur	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 timur	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 timur	%
1	Program penerapan kaidah government dalam penyelenggaraan urusan kes.	31,492,796,383	70.88%	36,930,302,839	59.49%	40,815,355,286	67%
2	Program Sinkronisasi Kebijakan Pembiayaan Kelembagaan dan Regulasi Kesehatan	170,967,400	0.38%	103,875,500	0.17%	111,535,750	0.18%
3	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	6,256,979,370	14.08%	8,048,051,970	12.96%	8,391,645,035	13.78%
4	Program Penurunan Angka Kematian Ibu & Bayi	170,213,091	0.38%	99,855,820	0.16%	99,196,250	0.16%
5	Peningkatan kesehatan anak balita	125,199,885	0.28%	122,561,453	0.20%	611,727,900	1%
6	Program pengembangan lingkungan sehat	507,064,145	1.14%	6,759,701,065	10.89%	1,343,551,130	2.21%
7	Program Promosi Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat	529,534,980	1.19%	1,933,576,910	3.11%	1,305,813,150	2.14%
8	Pencegahan Penyakit Tidak Menular	96,925,500	0.22%	87,530,000	0.14%	101,928,000	0.17%

program	nama program	realisasi penyerapan anggaran 2007 timur	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 timur	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 timur	%
9	Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan	961,710,040	2.16%	907,030,469	1.46%	1,046,043,676	1.72%
10	Program pengawasan obat dan makanan	18,17,500	0.04%	6,110,000	0.01%		
11	Program pengembangan obat asli Indonesia	4,498,000	0.01%				
12	Program Peningkatan Sarana & Prasarana Puskesmas	1,707,101,937	3.84%	2,635,245,991	4.25%	2,730,348,781	4.48%
14	Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM)			22,056,000	0.04%		
16	Peningkatan Gizi masyarakat	629,564,883	1.42%	811,536,478	1.31%	698,197,733	1.15%
17	Program kesehatan jiwa masyarakat	41,082,500	0.09%	693,618,721	1.12%	36,564,000	0.06%
18	Peningkatan sarana dan prasarana kesehatan	1,716,132,096	3.86%	2,915,588,447	4.70%	3,622,287,619	5.95%
Totals		44,428,487,710	100%	62,076,641,663	100.00%	60,914,194,310	100%

Lampiran 4 : Output Olah data Berdasarkan Kegiatan

P	K	Name_Kegiatan	realisasi anggaran 2007	%	realisasi anggaran 2008	%	realisasi anggaran 2009	%
1	1	Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan kesehatan	46,609,060,812	26.46%	65,245,503,194	26.93%	68,585,508,692	27.76%
	2	Pelaksanaan operasional layanan umum	57,241,949,017	32.49%	59,779,032,965	24.67%	65,745,497,256	26.61%
	3	Penyediaan jasa TAL	6,047,406,497	3.43%	7,415,667,558	3.06%	7,355,225,071	2.98%
	4	Layanan siaga 24 Jam	5,267,294,400	2.99%	5,545,754,000	2.29%	6,800,253,005	2.75%
	5	Pelaksanaan Dukungan Kesehatan Pra RS dalam bentuk	845,939,900	0.48%	1,163,820,199	0.48%	4,497,589,256	1.82%
	6	Penyelenggaraan jaringan dan SIK Integrasi	573,719,747	0.33%	417,688,528	0.17%	1,203,515,300	0.49%
	7	Manev keuangan dan kegiatan	0	0.00%	515,246,722	0.21%	505,428,100	0.20%
	8	Belanja Kebutuhan RB Puskesmas	1,085,613,520	0.62%	768,955,700	0.32%	108,489,125	0.04%
	9	Pembinaan Mental Pegawai	873,105,728	0.50%	110,976,000	0.05%	-	-
	10	Upaya Pengelolaan Limbah Puskesmas	655,475,227	0.37%	409,571,680	0.17%	52,167,500	0.02%
	11	Biaya Jasa Kebersihan (Cleaning service)	4,249,160,587	2.41%	7,304,035,832	3.01%	7,079,100,815	2.87%
	12	Belanja jasa keamanan	286,369,932	0.16%	1,034,854,486	0.43%	1,507,776,447	0.61%
2	1	Penyusunan Renja Puskesmas	836,286,450	0.47%	611,911,396	0.25%	614,168,970	0.25%
3	1	Penataaksanaan dan Pengelolaan Imunisasi	1,981,418,103	1.12%	1,265,912,530	0.52%	2,351,310,880	0.95%
	2	Pencegahan dan Pemberantasan TBC	1,858,880,211	1.06%	2,206,961,988	0.91%	2,831,992,353	1.15%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran 2007	%	realisasi anggaran 2008	%	realisasi anggaran 2009	%
	3	Pencegahan dan pemberantasan Penyakit Demam berdar	16,811,146,691	9.54%	23,609,288,136	9.74%	24,821,037,842	10.05%
	4	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Seks	226,049,000	0.13%	369,910,500	0.15%	1,521,766,037	0.62%
	5	Investigasi Penyakit Potensial KLB	165,316,000	0.09%	142,344,000	0.06%	653,910,900	0.26%
	6	Melaksanakan Pemeriksaan Jenazah	154,729,600	0.09%	150,745,000	0.06%	-	
	7	Pencegahan dan Pemberantasan Kusta	121,854,500	0.07%	86,009,000	0.04%	90,202,000	0.04%
4	1	Peningkatan Kesehatan Ibu	410,539,348	0.23%	302,334,820	0.12%	653,331,798	0.26%
	2	Penanggulangan Anemia Gizi Ibu Hamil	523,652,020	0.30%	146,495,485	0.06%	180,262,615	0.07%
	3	Pelacakan kasus KI dan perinata/AMP	21,001,500	0.01%	73,972,000	0.03%	-	
5	1	Pengadaan dan Distribusi MP ASI	0		258,264,510	0.11%	1,510,174,540	0.61%
	2	Penanggulangan Kekurangan Vitamin A	539,731,710	0.31%	511,232,574	0.21%	648,613,639	0.26%
6	1	Pemeriksaan Jentik Berkala dan Abatesasi	1,901,127,059	1.06%	21,041,964,491	8.68%	3,597,035,089	1.46%
	2	Pengawasan dan Pembinaan TTU	176,632,000	0.10%	172,386,776	0.07%	1,241,806,995	0.50%
	3	Pengawasan & Pemeriksaan Kualitas Sumber Air Bersi	474,916,100	0.27%	402,972,500	0.17%	471,331,710	0.19%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran 2007	%	realisasi anggaran 2008	%	realisasi anggaran 2009	%
	4	Peningkatan kesehatan lingkungan & kesehatan kerja	102,783,525	0.06%	192,525,000	0.08%	91,802,555	0.04%
7	1	Penantuan dan pembinaan RW Siaga	0		825,224,530	0.34%	702,252,560	0.28%
	2	Pemantauan dan Pembinaan UKBM	0		2,798,937,360	1.16%	1,497,888,122	0.61%
	3	Peningkatan Kesehatan Anak	1,258,947,780	0.71%	1,430,256,120	0.59%	1,789,261,717	0.72%
	4	Sosialisasi Program Prioritas	678,410,900	0.39%	1,125,532,800	0.46%	2,105,280,349	0.85%
	5	Sosialisasi & Intervensi PHBS	535,508,667	0.30%	462,848,000	0.19%	-	
	6	Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkes)	550,241,600	0.31%	273,413,400	0.11%	-	
8	1	Pembinaan Kelompok Penyakit Tidak Menular	328,334,600	0.19%	400,503,400	0.17%	602,653,578	0.24%
	2	Deteksi dini kanker leher rahim	0		21,563,200	0.01%	18,898,000	0.01%
	3	Pelaksanaan Surveilans Penyakit Tidak Menular	0		8,000,000	0.00%	7,154,000	0.03%
9	1	Penerapan & pemeliharaan Sistem manajemen Mutu	4,193,154,563	2.38%	4,665,431,061	1.93%	4,964,091,439	2.01%
10	1	Pembinaan Hygiene Tempat Pengelolaan Makanan	83,627,500	0.05%	167,692,500	0.07%	17,792,000	0.01%
12	1	Belanja pemeliharaan	6,775,292,384	3.85%	8,851,619,355	3.65%	9,399,416,798	3.80%
14	1	Sosialisasi dan verifikasi gakin	0		341,345,178	0.14%	7,666,280	0.00%
16	1	Pengelolaan Penanganan Gizi Balita	3,481,260,115	1.98%	4,251,103,199	1.75%	4,698,211,031	1.90%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran 2007	%	realisasi anggaran 2008	%	realisasi anggaran 2009	%
17	1	Pembinaan dan Pelayanan Pengobatan Keswa	192,861,100	0.11%	89,627,300	0.04%	248,689,254	0.10%
	2	Sosialisasi Kesehatan Jiwa	108,851,000	0.06%	906,697,921	0.37%	261,444,830	0.11%
18	1	Belanja modal	7,938,856,888	4.51%	14,419,352,227	5.95%	15,972,811,663	6.46%
		Totals	176,166,506,281		242,295,485,121		247,076,810,111	



P	K	Name_Kegiatan	realisasi penyerapan anggaran 2007 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 pusat	%
1	1	Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan kesehatan	6,330,356,849	23.75%	11,920,991,615	25.62%	15,401,616,907	34.87%
	2	Pelaksanaan operasional BLUD	8,277,272,259	31.06%	7,832,355,942	18.80%	8,723,090,594	19.75%
	3	Belanja TAL	1,132,605,284	4.25%	1,253,781,906	3.01%	1,165,327,960	2.64%
	4	Layanan Siaga 24 Jam	831,907,700	3.12%	1,018,650,000	2.45%	1,234,363,000	2.79%
	5	Pelaksanaan Dukungan Kesehatan Pra RS Dalam Bentuk	103,476,000	0.39%	129,239,000	0.31%	339,847,500	0.77%
	6	Pelaksanaan SIK Integrasi dan SP2 TP	64,471,317	0.24%	75,744,473	0.18%	111,495,100	0.25%
	7	Pelaksanaan monv kegiatan dan keuangan			51,778,500	0.12%	41,696,500	0.09%
	8	Belanja Kebutuhan Rumah Bersalin	315,202,700	1.18%	127,395,000	0.31%	88,926,625	0.20%
	9	Pembinaan Rohani Pegawai	13,572,500	0.05%	4,982,500	0.01%		
	10	Pelaksanaan pengalihan limbah	219,212,540	0.82%	4,338,000	0.01%		
	11	Belanja jasa kebersihan	1,241,762,957	4.66%	1,701,770,644	4.09%		
	12	Belanja Jasa Keamanan Kantor	70,200,000	0.26%	268,807,200	0.65%		
2	1	Penyusunan Renja Puskesmas	121,707,000	0.46%	143,294,900	0.34%		
3	1	Penatalaksanaan dan Pengelola Imunisasi	171,207,500	0.64%	245,522,840	0.59%	485,880,500	1.10%
	2	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TBC	353,308,677	1.33%	568,273,300	1.36%	664,696,275	1.50%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan anggaran 2007 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 pusat	%
	3	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdar	2,430,799,645	9.12%	3,310,143,298	7.95%	3,632,823,752	8.22%
	4	pelaksanaan Harm reduction	66,070,000	0.25%	101,187,000	0.24%	497,539,580	1.13%
	5	Investigasi Kasus Penyakit Potensial KLB	9,126,000	0.03%	2,380,000	0.01%	111,261,000	0.25%
	6	Pelaksanaan Pemeriksaan Jenazah	25,869,500	0.10%	37,930,000	0.09%		
	7	Pencegahan dan Pemberantasan penyakit Kusta	5,415,500	0.02%	5,145,000	0.01%	6,909,500	0.02%
4	1	Peningkatan Kesehatan Ibu	41,929,275	0.16%	49,581,500	0.12%	161,733,400	0.37%
	2	Pendataan bumil	123,473,525	0.46%	15,930,435	0.04%	42,394,000	0.10%
	3	Pelaksanaan AMP			13,204,000	0.03%		
5	1	Pengadaan & Distribusi MP-ASI			131,133,800	0.31%	184,473,745	0.42%
	2	Pelaksanaan akselerasi Vit A	58,768,976	0.22%	115,930,840	0.28%	189,324,510	0.43%
6	1	Pemeriksaan Jentik Berkala dan Abatisasi	228,549,159	0.86%	3,386,908,295	8.13%	547,477,200	1.24%
	2	Pengawasan dan Pembinaan Tempat-Tempat Umum	23,012,000	0.09%	43,304,400	0.10%	165,210,400	0.37%
	3	Pengawasan dan Pemeriksaan Kualitas Sumber Air Ber	55,363,000	0.21%	81,470,000	0.19%	121,787,500	0.28%
	4	Pembentukan dan pembinaan pos UKK			2,865,000	0.01%	5,001,500	0.01%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan anggaran 2007 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 pusat	%
7	1	Pemantauan dan pembinaan RW Siaga			54,372,500	0.13%	65,940,500	0.15%
	2	Pemantauan dan Pembinaan UKBM			419,234,500	1.01%	378,005,220	0.86%
	3	Peningkatan Kesehatan anak	185,985,900	0.70%	243,618,750	0.58%	455,993,312	1.03%
	4	Sosialisasi Program Prioritas	149,845,500	0.56%	235,314,000	0.56%	549,013,000	1.24%
	5	Sosialisasi dan Intervensi Perilaku Hidup Bersih d	62,222,425	0.23%	96,112,500	0.23%		
	6	Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat	106,911,500	0.40%	50,108,500	0.12%		
8	1	Pembinaan Kelompok Penyakit Tidak Menular	42,193,000	0.16%	81,128,000	0.19%	72,400,400	0.16%
	2	Deteksi Dini Penyakit Rahim			1,340,000	0%		
	3						8,765,000	0.02%
9	1	Penerapan dan Pemeliharaan Sistem Manajemen Mutu	626,384,250	2.35%	757,624,700	1.82%	812,735,480	1.84%
10	1	Pengawasan Hygiene Tempat Pengelolaan Makanan	15,212,000	0.06%	18,730,000	0.04%	2,492,000	0.01%
12	1	Belanja pemeliharaan	1,005,373,888	3.77%	1,769,530,470	4.25%	1,529,468,026	3.46%
14	1	Verifikasi dan Sosialisasi Gakin			161,595,178	0.39%		
16	1	Peningkatan Gizi Komunitas	769,626,174	2.89%	1,645,764,146	3.95%	1,703,140,402	3.86%
17	1	Pembinaan dan Pelayanan Pengobatan Keawa	56,701,500	0.21%	20,510,500	0.05%	83,090,000	0.19%
	2	Sosialisasi Kesehatan Remaja dan Konseling Jiwa	36,357,000	0.14%	110,438,000	0.27%		
18	1	Belanja Modal	1,278,588,922	4.80%	3,345,305,871	8.03%	4,584,168,942	10.38%
		Totals	26,650,091,923	100%	41,654,467,003	100%	44,168,139,330	100%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
1	1	Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan keschat	5,711,642,810	23.60%	8,914,551,670	26.18%	9,673,101,295	27.94%
	2	Pelaksanaan operasional layanan umum	8,291,262,561	34.26%	8,906,529,868	26.15%	10,250,266,827	29.61%
	3	Penyediaan jasa TAL	1,243,731,366	5.14%	1,448,368,764	4.25%	1,451,713,850	4.19%
	4	Layanan siaga 24 Jam	696,117,100	2.88%	757,500,000	2.22%	933,600,000	2.70%
	5	Pelaksanaan Dukungan Kesehatan Pra RS dalam bentuk	101,667,500	0.42%	112,375,000	0.33%	461,076,500	1.33%
	6	Penyelenggaraan Jaringan dan SIK Integrasi	26,394,500	0.11%	46,026,000	0.14%	233,232,500	0.67%
	7	Manev keuangan dan kegiatan			81,515,800	0.23%	177,399,000	0.51%
	8	Belanja Kebutuhan RB Puskesmas	182,556,500	0.75%	194,295,500	0.57%		
	9	Pembinaan Mental Pegawai	60,535,000	0.25%	17,372,000	0.05%		
	10	Ujaya Pengelolaan Limbah Puskesmas	35,999,000	0.15%	35,454,850	0.10%	51,568,000	0.15%
	11	Biaya Jasa Kebersihan (Cleaning service)	641,524,510	2.65%	872,620,806	2.56%	894,264,517	2.58%
	12	Belanja jasa keamanan	72,169,932	0.30%	114,095,000	0.34%	308,737,503	0.89%
2	1	Penyusunan Renja Puskesmas	21,234,050	1.04%	212,185,856	0.62%	309,358,500	0.89%
3	1	Penatalaksanaan dan Pengelolaan Imunisasi	94,137,000	0.39%	139,326,000	0.41%	226,351,850	0.65%
	2	Pencegahan dan Pemberantasan TBC	179,132,220	0.74%	239,774,500	0.70%	226,576,900	0.65%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
1	1	Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan, keschat	5.711.642,810	23.60%	8.914.551,670	26.18%	9.673.101,295	27.94%
	2	Pelaksanaan operasional layanan umum	8.291.262,561	34.26%	8.905.529,868	26.15%	10.250.266,827	29.61%
	3	Penyediaan jasa TAL	1.243.731,366	5.14%	1.448.368,764	4.25%	1.451.713,850	4.19%
	4	Layanan siaga 24 Jam	696.117,100	2.88%	757.500,000	2.22%	933.600,000	2.70%
	5	Pelaksanaan Dukungan Kesehatan Pra RS dalam bentuk	101.667,500	0.42%	112.375,000	0.33%	461.076,500	1.33%
	6	Penyelenggaraan jaringan dan SIK Integrasi	26.394,500	0.11%	46.026,000	0.14%	233.232,500	0.67%
	7	Money keuangan dan kegiatan			81.515,800	0.23%	177.397,000	0.51%
	8	Belanja Kebutuhan RB Puskesmas	182.556,500	0.75%	194.295,500	0.57%		
	9	Pembinaan Mental Pegawai	60.535,000	0.25%	17.372,000	0.05%		
	10	Upaya Pengelolaan Limbah Puskesmas	35.999,000	0.15%	35.454,850	0.10%	51.568,000	0.15%
	11	Biaya Jasa Kebersihan (Cleaning service)	641.524,510	2.65%	872.620,606	2.56%	894.264,517	2.58%
	12	Belanja jasa keamanan	72.169,932	0.30%	114.095,000	0.34%	308.737,503	0.89%
2	1	Penyusunan Renja Puskesmas	251.234,050	1.04%	212.185,856	0.62%	309.358,500	0.89%
3	1	Penatalaksanaan dan Pengelolan Imunisasi	94.057,000	0.39%	139.326,000	0.41%	226.351,850	0.65%
	2	Pencegahan dan Pemberantasan TBC	179.132,220	0.74%	239.774,500	0.70%	226.576,900	0.65%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
	3	Pencegahan dan pemberantasan Penyakit Demam berdar	2,045,035,639	8.45%	3,338,560,999	9.80%	2,833,456,512	8.19%
	4	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Seks	53,960,000	0.22%	172,425,000	0.51%	409,273,460	1.18%
	5	Investigasi Penyakit Potensial KLB	10,612,500	0.04%	350,000	0%	94,851,000	0.27%
	6	Melaksanakan Pemeriksaan Jenasah	22,330,000	0.09%	40,715,000	0.12%		
	7	Pencegahan dan Pemberantasan Kusta	31,194,000		5,118,000	0.02%	7,900,000	0.02%
4	1	Peningkatan Kesehatan Ibu	87,573,221	0.36%	34,482,500	0.10%	39,059,000	0.11%
	2	Penanggulangan Anemia Gizi Ibu Hamil	96,368,405	0.40%	22,564,000	0.07%	32,109,000	0.09%
	3	Pelacakan kasus KI dan perinatal/AMP	1,160,000	0%	7,384,000	0.02%		
5	1	Pengadaan dan Distribusi MP ASI			14,738,500	0.04%	250,139,525	0.72%
	2	Penanggulangan Kekurangan Vitamin A	52,166,000	0.22%	75,794,910	0.22%	50,976,375	0.15%
6	1	Pemeriksaan Jentik Berkala dan Abatesasi	263,610,150	1.09%	2,481,330,700	7.29%	382,014,760	1.10%
	2	Pengawasan dan Pembinaan TTU	51,680,000	0.21%	31,188,600	0.09%	182,620,708	0.53%
	3	Pengawasan & Pemeriksaan Kualitas Sumber Air Bersi	25,005,000	0.10%	30,810,000	0.09%	51,051,460	0.15%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
	4	Peningkatan kesehatan lingkungan & kesehatan kerja			18,782,000	0.06%	1,339,000	0%
7	1	Pemantauan dan pembinaan RW Siaga			182,428,630	0.54%	38,712,060	0.11%
	2	Pemantauan dan Pembinaan UKBM			495,125,000	1.45%	115,588,466	0.33%
	3	Peningkatan Kesehatan Anak	104,429,000	0.43%	190,920,910	0.56%	136,048,000	0.39%
	4	Sosialisasi Program Prioritas	58,248,050	0.24%	91,244,000	0.26%	268,436,700	0.78%
	5	Sosialisasi & Intervensi PHBS	16,956,000	0.07%	94,487,000	0.28%		
	6	Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkes)	60,989,200	0.25%	43,254,500	0.13%		
8	1	Pembinaan Kelompok Penyakit Tidak Menular	14,605,500	0.06%	15,903,000	0.05%	12,024,000	0.03%
	2	Deteksi dini kanker leher rahim			7,798,200	0.02%	17,048,000	0.05%
	3	Pelaksanaan Surveilans Penyakit Tidak Menular					9,610,000	0.03%
9	1	Penerapan & pemeliharaan Sistem manajemen Mutu	788,798,790	3.26%	632,532,840	1.86%	902,191,685	2.61%
10	1	Pembinaan Hygiene Tempat Pengelolaan Makanan	4,799,500	0.02%	11,457,000	0.03%		
12	1	Belanja pemeliharaan	1,243,152,595	5.14%	1,437,947,057	4.22%	1,736,791,837	5.02%
14	1	Sosialisasi dan verifikasi gakin			117,944,500	0.35%		
16	1	Pengelolaan Penanganan Gizi Balita	596,325,282	2.46%	585,638,920	1.72%	809,521,085	2.34%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
17	1	Pembinaan dan Pelayanan Pengobatan Keswa	26.574,100	0.11%			40.035,500	0.12%
2		Sosialisasi Kesehatan Jiwa	12.740,000	0.05%	31.243,000	0.09%		
18	1	Belanja modal	948.055,262	3.92%	1.750.569,190	5.14%	999.362,341	2.89%
		Totals	24.204.362,243	100%	34.054.929,570	100%	34.617.407,716	100%



P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan barat 2007	%	realisasi penyerapan barat 2008	%	realisasi penyerapan barat 2009	%
1	1	penyediaan kebutuhan operasional pelayanan kesehatan	8.844.116.643	25.16%	11.523.384.833	25.85%	12.991.193.943	28.61%
	2	pelaksanaan operasional BLUD	12.253.802.221	34.86%	12.302.512.347	27.59%	13.050.626.630	28.74%
	3	Belanja TAL	1.319.052.586	3.75%	1.501.123.740	3.37%	1.467.556.270	3.23%
	4	Pelaksanaan Layanan siaga 24 jam	1.344.031.100	3.02%	1.264.205.000	2.84%	1.677.870.000	3.69%
	5	pelaksanaan dukungan pelayanan kesehatan pra rumah	189.204.900	0.54%	280.191.400	0.63%	460.379.300	1.01%
	6	Penyenggaraan jaringan dan SIK integrasi dan Sp2	161.264.400	0.46%	68.057.500	0.15%	295.606.000	0.65%
	7	Penyusunan Neraca dan Laporan Keuangan			40.600.000	0.09%	86.696.100	0.19%
	8	Pelayanan operasional RB	227.441.400	0.65%	434.518.950	0.97%		
	9	PEMBINAAN Jasmani dan rohani PEGAWAI (BINROH)	138.165.000	0.39%	74.025.500	0.16%		
	10	Pengelolaan Limbah Medis	171.589.660	0.49%	71.162.950	0.16%		
	11	belanja jasa kebersihan	774.951.358	2.20%	1.420.376.124	3.19%	1.853.368.025	4.08%
	12	belanja jasa pengamanan kantor			357.346.572	0.80%	859.046.154	1.89%
2	1	Penyusunan rencana kerja	136.920.000	0.39%	49.290.000	0.11%	94.836.500	0.21%
3	1	Penatalaksanaan imunisasi	716.506.509	2.04%	263.409.000	0.59%	441.266.650	0.97%
	2	Penatalaksanaan penyakit TBC	305.489.650	0.87%	243.237.700	0.55%	385.694.390	0.85%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan anggaran 2007 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 pusat	%
	3	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdar	2,430,799,645	9.12%	3,310,143,298	7.95%	3,632,823,752	8.22%
	4	pelaksanaan Harum reduction	66,070,000	0.25%	101,187,000	0.24%	497,539,580	1.13%
	5	Investigasi Kasus Penyakit Potensial KLB	9,126,000	0.03%	2,380,000	0.01%	111,261,000	0.25%
	6	Pelaksanaan Pemeriksaan Jenazah	25,869,500	0.10%	37,930,000	0.09%		
	7	Pencegahan dan Pemberantasan penyakit Kusta	5,415,500	0.02%	5,145,000	0.01%	6,909,500	0.02%
4	1	Peningkatan Kesehatan Ibu	41,929,276	0.16%	49,581,500	0.12%	161,733,400	0.37%
	2	Pendataan bumi	123,473,525	0.46%	15,930,435	0.04%	42,394,000	0.10%
	3	Pelaksanaan AMP			13,204,000	0.03%		
5	1	Pengadaan & Distribusi AP-ASI			131,133,800	0.31%	184,473,745	0.42%
	2	Pelaksanaan akselerasi Vit A	58,708,976	0.22%	115,930,840	0.28%	189,324,510	0.43%
6	1	Pemeriksaan Jenik Berkala dan Abatisasi	228,549,159	0.86%	3,386,908,295	8.13%	547,477,200	1.24%
	2	Pengawasan dan Pembinaan Tempat-Tempat Umum	23,012,000	0.09%	43,304,400	0.10%	165,210,400	0.37%
	3	Pengawasan dan Pemeriksaan Kualitas Sumber Air Ber	55,363,000	0.21%	81,470,000	0.19%	121,787,500	0.28%
	4	Pembentukan dan pembinaan pos UKK			2,865,000	0.01%	5,001,500	0.01%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan anggaran 2007_pusat	%	realisasi penyerapan anggaran 2008 ausat	%	realisasi penyerapan anggaran 2009 pusat	%
7	1	Pemantauan dan pembinaan RW Siaga			54.372,500	0.13%	65.940,500	0.15%
	2	Pemantauan dan Pembinaan UKBM			419.234,500	1.01%	378.005,220	0.86%
	3	Peningkatan Kesehatan anak	185.985,900	0.70%	243.618,750	0.58%	455.993,312	1.03%
	4	Sosialisasi Program Prioritas	149.845,500	0.56%	235.314,000	0.56%	549.043,000	1.24%
	5	Sosialisasi dan Intervensi	62.222,425	0.23%	96.112,500	0.23%		
	6	Perilaku Hidup Bersih d Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat	106.911,500	0.40%	50.108,500	0.12%		
8	1	Pembinaan Kelompok Penyakit Tidak Menular	42.193,000	0.16%	81.128,000	0.19%	72.400,400	0.16%
	2	Deteksi Dini Penyakit Rahim			1.340,000	0%		
	3						8.765,000	0.02%
9	1	Penerapan dan Pemeliharaan Sistem Manajemen Mutu	626.384,250	2.35%	757.624,700	1.82%	812.735,480	1.84%
10	1	Pengawasan Hygiene Tempat Pengelolaan Makanan	15.212,000	0.06%	18.730,000	0.04%	2.492,000	0.01%
12	1	Belanja pemeliharaan	1.005.373,888	3.77%	1.769.530,470	4.25%	1.529.468,026	3.46%
14	1	Verifikasi dan Sosialisasi Gakin			161.595,178	0.39%		
16	1	Peningkatan Gizi Komunitas	769.626,174	2.89%	1.645.764,146	3.95%	1.703.140,402	3.86%
17	1	Pembinaan dan Pelayanan Pengobatan Keswa	56.701,500	0.21%	20.510,500	0.05%	83.090,000	0.19%
	2	Sosialisasi Kesehatan Remaja dan Kounseling Jiwa	36.337,000	0.14%	110.438,000	0.27%		
18	1	Belanja Modal	1.278.588,922	4.80%	3.345.305,871	8.03%	4.584.168,942	10.38%
		Totals	26.650.091,923	100%	41.654.467,003	100%	44.168.139,330	100%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
1	1	Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan kesehatan	5,711,642,810	23.60%	8,914,551,670	26.18%	9,673,101,295	27.94%
	2	Pelaksanaan operasional layanan umum	8,291,262,561	34.26%	8,906,529,868	26.15%	10,250,266,827	29.61%
	3	Penyediaan jasa TAL	1,243,731,366	5.14%	1,448,368,764	4.25%	1,451,713,850	4.19%
	4	Layanan siaga 24 Jam	696,117,100	2.88%	757,500,000	2.22%	933,600,000	2.70%
	5	Pelaksanaan Dukungan Kesehatan Pra RS dalam bentuk	101,667,500	0.42%	112,375,000	0.33%	461,076,500	1.33%
	6	Penyelenggaraan jaringan dan SIK Integrasi	26,394,500	0.11%	46,026,000	0.14%	233,232,500	0.67%
	7	Manev keuangan dan kegiatan			81,515,800	0.23%	177,399,000	0.51%
	8	Belanja Kebutuhan RB Puskesmas	182,556,500	0.75%	194,295,500	0.57%		
	9	Pembinaan Mental Pegawai	60,535,000	0.25%	17,372,000	0.05%		
	10	Upaya Pengelolaan Limbah Puskesmas	35,999,000	0.15%	35,454,850	0.10%	51,568,000	0.15%
	11	Biaya Jasa Kebersihan (Cleaning service)	641,524,510	2.65%	872,620,806	2.56%	894,264,517	2.58%
	12	Belanja jasa keamanan	72,169,932	0.30%	114,095,000	0.34%	308,737,503	0.89%
2	1	Penyusunan Renja Puskesmas	21,234,050	1.04%	212,185,856	0.62%	309,358,500	0.89%
3	1	Penatalaksanaan dan Pengelolaan Imunitasi	94,157,000	0.39%	139,326,000	0.41%	226,351,850	0.65%
	2	Pencegahan dan Pemberantasan TBC	179,132,220	0.74%	239,774,500	0.70%	226,576,900	0.65%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
1	1	Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan, kescha:	5,711,642,810	23.60%	8,914,551,670	26.18%	9,673,101,295	27.94%
	2	Pelaksanaan operasional layanan umum	8,291,262,561	34.26%	8,905,529,868	24.15%	10,250,266,827	29.61%
	3	Penyediaan jasa TAL	1,243,731,366	5.14%	1,448,368,764	4.25%	1,451,713,850	4.19%
	4	Layanan siaga 24 Jam	696,117,100	2.88%	757,500,000	2.22%	933,600,000	2.70%
	5	Pelaksanaan Dukungan Kesehatan Pra RS dalam bentuk	101,667,500	0.42%	112,375,000	0.35%	461,076,500	1.33%
	6	Penyelenggaraan Jaringan dan SIK Integrasi	26,394,500	0.11%	46,026,000	0.14%	233,232,500	0.67%
	7	Money keuangan dan kegiatan						
	8	Belanja Kebutuhan RB Puskesmas	182,556,500	0.75%	81,515,800	0.23%	177,399,000	0.51%
	9	Pembinaan Mental Pegawai	60,535,000	0.25%	17,372,000	0.05%		
	10	Upaya Pengelolaan Limbah Puskesmas	35,999,000	0.15%	35,454,850	0.10%	51,568,000	0.15%
	11	Biaya Jasa Kebersihan (Cleaning service)	641,524,510	2.65%	872,620,806	2.56%	894,264,517	2.58%
	12	Belanja jasa keamanan	72,169,932	0.30%	114,095,000	0.34%	308,737,503	0.89%
2	1	Penyusunan Renja Puskesmas	251,234,050	1.04%	212,185,856	0.62%	309,358,500	0.89%
3	1	Penatalaksanaan dan Pengelolaan Imunisasi	94,037,000	0.39%	139,326,000	0.41%	226,351,850	0.65%
	2	Pencegahan dan Pemberantasan TBC	179,132,220	0.74%	239,774,500	0.70%	226,576,900	0.65%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
	3	Pencegahan dan pemberantasan Penyakit Demam berdar	2,045,035,639	8.45%	3,338,560,999	9.80%	2,833,456,512	8.19%
	4	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Seks	53,960,000	0.22%	172,625,000	0.51%	409,273,460	1.18%
	5	Investigasi Penyakit Potensial KLB	10,612,500	0.04%	350,000	0%	94,851,000	0.27%
	6	Melaksanakan Pemeriksaan Jenazah	22,330,000	0.09%	40,715,000	0.12%		
	7	Pencegahan dan Pemberantasan Kusta	31,194,000		5,118,000	0.02%	7,900,000	0.02%
4	1	Peningkatan Kesehatan Ibu	87,573,221	0.36%	34,482,500	0.10%	39,039,000	0.11%
	2	Penanggulangan Anemia Gizi Ibu Hamil	96,368,405	0.40%	22,564,000	0.07%	32,109,000	0.09%
	3	Pelacakan kasus KI dan perinatal/AMP	1,160,000	0%	7,384,000	0.02%		
5	1	Pengadaan dan Distribusi MP ASI			14,738,500	0.04%	250,139,525	0.72%
	2	Penanggulangan Kekurangan Vitamin A	52,166,000	0.22%	75,794,910	0.22%	50,976,375	0.15%
6	1	Pemeriksaan Jentik Berkala dan Abatesasi	263,610,150	1.09%	2,481,330,700	7.29%	382,014,760	1.10%
	2	Pengawasan dan Pembinaan TTV	51,680,000	0.21%	31,188,600	0.09%	182,620,708	0.53%
	3	Pengawasan & Pemeriksaan Kualitas Sumber Air Bersih	25,005,000	0.10%	30,810,000	0.09%	51,051,460	0.15%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
	4	Peningkatan kesehatan lingkungan & kesehatan kerja			18,782,000	0.06%	1,339,000	0%
7	1	Penantuan dan pembinaan RW Siaga			182,428,630	0.54%	38,712,060	0.11%
	2	Penantuan dan Pembinaan UKBM			495,125,000	1.45%	115,588,466	0.33%
	3	Peningkatan Kesehatan Anak	104,429,000	0.43%	190,920,910	0.56%	136,048,000	0.39%
	4	Sosialisasi Program Prioritas	58,248,050	0.24%	91,244,000	0.26%	268,436,700	0.78%
	5	Sosialisasi & Intervensi PHBS	16,956,000	0.07%	94,487,000	0.28%		
	6	Peleksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkes)	60,999,200	0.25%	43,254,500	0.13%		
8	1	Pembinaan Kelompok Penyakit Tidak Menular	14,605,500	0.06%	15,903,000	0.05%	12,024,000	0.03%
	2	Deteksi dini kanker leher rahim			7,798,200	0.02%	17,048,000	0.05%
	3	Pelaksanaan Survelian Penyakit Tidak Menular					9,610,000	0.03%
9	1	Penerapan & pemeliharaan Sistem manajemen Mutu	788,798,790	3.26%	632,532,840	1.86%	902,191,685	2.61%
10	1	Pembinaan Hygiene Tempat Pengelolaan Makanan	4,799,500	0.02%	11,457,000	0.03%		
12	1	Belanja pemeliharaan	1,243,152,595	5.14%	1,437,947,057	4.22%	1,736,791,837	5.02%
14	1	Sosialisasi dan verifikasi gakin			117,944,500	0.35%		
16	1	Pengelolaan Penanganan Gizi Balita	596,325,282	2.46%	585,638,920	1.72%	809,521,085	2.34%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran UTARA 2007	%	realisasi anggaran UTARA 2008	%	realisasi anggaran UTARA 2009	%
17	1	Pembinaan dan Pelayanan Pengobatan Keswa	26,574,100	0.11%			40,035,500	0.12%
	2	Sosialisasi Kesehatan Jiwa	12,740,000	0.05%	31,243,000	0.09%		
18	1	Belanja modal	948,055,262	3.92%	1,750,569,190	5.14%	999,362,341	2.89%
		Totals	24,204,362,243	100%	34,054,929,570	100%	34,617,407,716	100%



P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan barat 2007	%	realisasi penyerapan barat 2008	%	realisasi penyerapan barat 2009	%
1	1	penyediaan kebutuhan operasional pelayanan keschat	8,844,116,643	25.16%	11,523,384,833	25.85%	12,991,193,943	28.61%
	2	pelaksanaan operasional BLUD	12,253,802,221	34.86%	12,302,512,347	27.59%	13,050,626,630	28.74%
	3	Belanja TAL	1,319,052,586	3.75%	1,501,123,740	3.37%	1,467,556,270	3.23%
	4	Pelaksanaan Layanan siaga 24 jam	1,344,031,100	3.82%	1,264,205,000	2.84%	1,677,870,000	3.69%
	5	pelaksanaan dukungan pelayanan kesehatan pra rumah	189,284,900	0.54%	280,191,400	0.63%	460,379,300	1.01%
	6	Penyenggaraan jaringan dan SIK integrasi dan Sp2	161,264,400	0.46%	68,057,500	0.15%	295,606,000	0.65%
	7	Penyusunan Neraca dan Laporan Keuangan			40,600,000	0.09%	86,696,100	0.19%
	8	Pelayanan operasional R8	227,441,400	0.65%	434,518,950	0.97%		
	9	PEMBINAAN Jasmani dan rohani PEGAWAI (BENROH)	138,165,000	0.39%	74,026,500	0.16%		
	10	Pengelolaan Limbah Medis	171,589,660	0.49%	71,162,950	0.16%		
	11	belanja jasa kebersihan	774,951,358	2.20%	1,420,376,124	3.19%	1,853,368,025	4.08%
	12	belanja jasa pengaman kantor			357,346,572	0.80%	859,046,154	1.89%
2	1	Penyusunan rencana kerja	136,920,000	0.39%	49,290,000	0.11%	94,836,500	0.21%
3	1	Penatalaksanaan imunisasi	716,506,509	2.04%	263,409,000	0.59%	441,266,650	0.97%
	2	Penatalaksanaan penyakit TBC	305,489,650	0.87%	243,237,700	0.55%	385,694,390	0.85%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan barat 2007	%	realisasi penyerapan barat 2008	%	realisasi penyerapan barat 2009	%
	3	Pencegahan dan pemberantasan Demam berdarah	1,941,316,410	5.51%	2,352,646,580	5.26%	2,337,716,815	5.15%
	4	Penatalaksanaan Harm reduction	22,499,000	0.06%	56,962,500	0.13%	261,541,500	0.58%
	5	Pelaksanaan surveillance	18,256,500	0.05%	45,469,500	0.10%	157,276,500	0.35%
	6	Pemeriksaan Jenazah	20,954,000	0.06%	12,725,000	0.03%		
	7	Penatalaksanaan kuata	3,509,500	0.01%			1,090,000	0%
4	1	Penatalaksanaan kesehatan ibu	68,947,400	0.20%	127,303,000	0.29%	237,197,301	0.52%
	2	Pendataan Bumil	189,505,360	0.54%	59,739,000	0.13%	41,598,616	0.09%
	3	Pertemuan AMP			2,057,500	0%		
5	1	Pengadaan dan distribusi MP ASI			50,487,000	0.11%	470,637,982	1.04%
	2	Penanggulangan Kekurangan Vitamin A	127,772,753	0.36%	67,940,630	0.15%	77,086,636	0.17%
6	1	Pemantauan jentik berkala dan abatisasi selektif	501,320,230	1.42%	4,022,657,720	9.02%	900,597,720	1.98%
	2	Pembinaan Kesehatan Lingkungan di Tempat-tempat Um	36,446,000	0.10%	31,374,775	0.07%	412,513,870	0.91%
	3	Pemantauan kualitas air bersih dan air minum	288,744,100	0.82%	46,648,000	0.10%	165,904,500	0.37%
	4	Pembinaan pengawasan kesehatan lingkungan dan kese	2,519,500	0.01%	32,824,000	0.07%	45,067,155	0.10%
7	1	Pembinaan dan Pemantauan RW Siaga			283,455,900	0.64%	104,921,500	0.23%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan barat 2007	%	realisasi penyerapan barat 2008	%	realisasi penyerapan barat 2009	%
	2	Pembinaan UKBM			201,914,450	0.45%	262,490,134	0.58%
	3	Pembinaan dan pelayanan kesehatan anak sekolah	239,655,200	0.68%	380,355,450	0.85%	423,952,441	0.93%
	4	Pelaksanaan sosialisasi program prioritas	110,228,650	0.31%	186,177,300	0.42%	278,103,700	0.61%
	5	Sosialisasi dan Intervensi Perilaku Hidup Bersih d	242,040,342	0.69%	42,163,500	0.09%		
	6	Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat	104,460,500	0.30%	55,552,900	0.12%		
8	1	pancegahan pengendalian ptm	120,317,600	0.34%	101,361,500	0.23%	156,487,680	0.34%
	2	Deteksi Dini Penyakit Kanker Rahim			3,500,000	0.01%		
	3	Pelaksanaan Surveilans Penyakit Tidak Menular (PTM)					4,140,000	0.01%
9	1	Penerapan dan Pemeliharaan SIMM	909,710,708	2.59%	938,304,632	2.10%	682,657,150	1.50%
10	1	Pembinaan tempat pengelolaan makanan	8,651,500	0.02%	98,625,200	0.22%		
12	1	Belanja pemeliharaan	1,417,514,926	4.03%	1,623,305,794	3.64%	1,602,310,615	3.53%
14	1	Pelaksanaan Monev JPK Gakin					7,666,280	0.02%
16	1	Penatalaksanaan peningkatan gizi balita	762,167,836	2.17%	659,638,033	1.48%	772,945,455	1.70%
17	1	Pembentukan dan pembinaan kelompok keswa	42,857,500	0.12%	4,141,500	0.01%	29,506,755	0.06%
	2	Sosialisasi kesehatan jiwa	13,456,000	0.04%	53,210,000	0.12%		
18	1	belanja modal	1,371,526,158	3.50%	3,150,946,195	7.07%	2,313,562,685	5.09%
		Totals	35,146,993,100	100%	44,584,820,175	100%	45,411,712,952	100%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan SELATAN 2007	%	realisasi penyerapan SELATAN 2008	%	realisasi penyerapan SELATAN 2009	%
1	1	Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan kesehatan	12,818,325,767	28.03%	16,799,758,125	28.03%	13,950,168,339	22.51%
	2	Pelaksanaan Operasional Layanan Umum	13,710,649,766	29.98%	15,399,343,889	25.70%	15,844,638,417	25.25%
	3	Belanja TAL	1,109,916,915	2.43%	1,657,904,630	2.77%	1,872,385,585	3.02%
	4	Layanan Siaga 24 Jam	1,183,025,000	2.59%	1,025,199,000	1.71%	1,456,520,005	2.35%
	5	Pelaksanaan Dukungan Kesehatan Pra Rumah Sakit (RS)	235,756,500	0.52%	395,944,470	0.66%	2,556,960,956	4.13%
	6	Penyelenggaraan Jaringan & Sirkuit Integritas serta SP	233,983,000	0.51%	143,154,155	0.24%	283,153,200	0.46%
	7	Manajemen keuangan dan kegiatan			120,380,412	0.20%	121,158,500	0.20%
	8	Belanja Kebutuhan Rumah Bersalin (RB)	172,495,900	0.38%	12,746,250	0.02%	19,562,500	0.03%
	9	Pembinaan Mental Pegawai	567,838,573	1.24%	14,595,000	0.02%		
	10	Pengelolaan Limbah	131,025,500	0.29%	206,021,880	0.35%		
	11	Belanja jasa kebersihan kantor	847,831,905	1.85%	1,483,404,536	2.48%	2,096,988,389	3.38%
	12	Belanja jasa pengaman kantor	144,000,000	0.31%	294,605,714	0.49%	339,992,790	0.55%
2	1	Penyusunan Rencana Kerja Puskesmas	155,458,000	0.34%	103,265,140	0.17%	98,438,220	0.16%
3	1	Penatalaksanaan dan Pengelolaan Imunisasi	402,432,500	0.88%	319,279,600	0.53%	702,642,405	1.13%
	2	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TBC	620,181,200	1.36%	626,066,388	1.04%	945,223,313	1.53%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan SELATAN 2007	%	realisasi penyerapan SELATAN 2008	%	realisasi penyerapan SELATAN 2009	%
	3	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdar	5,383,857,185	11.77%	7,522,542,479	12.55%	9,103,230,178	14.69%
	4	Pencegahan & Pemberantasan Penyakit Menular seksual	15,852,000	0.03%	5,651,000	0.01%	161,337,997	0.26%
	5	Investigasi Kasus Penyakit Potensial KLB	37,588,000	0.08%	29,657,000	0.05%	144,368,900	0.23%
	6	Peleksanaan Pemeriksaan Jenazah	55,035,100	0.12%	53,250,000	0.09%		
	7	Pencegahan dan Pemberantasan Kusta	20,819,000	0.05%	45,171,500	0.08%	39,646,000	0.06%
4	1	Peningkatan Kesehatan Ibu	97,734,000	0.21%	21,072,000	0.04%	142,160,847	0.24%
	2	Pendataan ibu hamil	58,447,090	0.13%	40,292,050	0.07%	30,545,999	0.05%
	3	AMP	19,841,500	0.04%	29,336,500	0.05%		
5	1	Pengadaan & Distribusi MP-ASI			30,247,800	0.05%	106,538,438	0.17%
	2	Penanggulangan Kekurangan Vitamin A	175,824,096	0.38%	160,662,151	0.27%	217,883,068	0.35%
6	1	Pemeriksaan Jentik Berkala dan Abatesasi	533,972,900	1.17%	4,689,594,711	7.83%	802,587,759	1.30%
	2	Pengawasan dan Pembinaan Tempat-tempat Umum	25,379,000	0.06%	44,142,501	0.07%	481,462,017	0.78%
	3	Pengawasan dan pemeriksaan kualitas sumber air ber	63,895,500	0.14%	92,052,000	0.15%	48,523,000	0.08%
	4	Peningkatan Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Ker	44,400,000	0.10%	14,295,000	0.02%	6,711,500	0.01%
7	1	Pemantauan dan pembinaan RW Siaga			233,430,500	0.39%	257,524,000	0.42%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi penyerapan SELATAN 2007	%	realisasi penyerapan SELATAN 2008	%	realisasi penyerapan SELATAN 2009	%
	2	Pemantauan dan pembinaan UKBM			581,053,500	0.97%	412,095,802	0.67%
	3	Peningkatan Kesehatan Anak	429,757,100	0.94%	386,088,010	0.64%	431,115,014	0.70%
	4	Sosialisasi Program Prioritas	292,071,700	0.64%	237,136,000	0.40%	610,899,749	0.99%
	5	Sosialisasi dan Intervensi Perilaku Hidup Bersih d	160,587,500	0.35%	129,522,500			
	6	Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat	169,215,400	0.37%	69,574,500	0.12%		
8	1	Pembinaan Kelompok Penyakit Tidak Menular	54,293,000	0.12%	117,580,900	0.20%	305,452,498	0.49%
	2	Pelayanan Deteksi Dini Ca Cervic dan Payudara			5,925,000	0.01%	1,850,000	0%
	3	Pelaksanaan Surveilans penyakit tidak menular			8,000,000	0.01%	3,009,000	0%
9	1	Penerapan dan pemeliharaan SMM	906,550,775	1.98%	1,429,938,420	2.39%	1,520,463,448	2.45%
10	1	Pembinaan Higiene Tempat Pengelala Makanan	36,247,000	0.08%	32,770,300	0.05%	15,300,000	0.02%
12	1	Belanja Pemeliharaan	1,402,149,038	3.07%	1,385,590,043	2.31%	1,800,497,539	2.91%
14	1	Sosialisasi dan verifikasi Gakin			39,749,500	0.07%		
16	1	Pengelolaan Penanganan Gizi Balita	723,575,940	1.58%	548,525,622	0.92%	714,406,356	1.15%
17	1	Pembinaan dan Pelayanan Pengobatan Kesehatan Jiwa	48,262,000	0.11%	22,322,500	0.04%	59,492,999	0.10%
	2	Sosialisasi Kesehatan Jiwa	23,681,500	0.05%	60,641,000	0.10%		
18	1	Belanja Modal	2,624,554,450	5.74%	3,256,942,524	5.44%	4,453,430,076	7.19%
		Totals	45,736,571,305	100%	59,924,626,710	100%	61,965,355,803	100%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran timur 2007	%	realisasi anggaran timur 2008	%	realisasi anggaran timur 2009	%
1	1	Penyediaan kebutuhan operasional pelayanan kesehatan	12,904,618,743	29.05%	16,086,816,951	25.91%	16,569,428,208	27.20%
	2	Pelaksanaan operasional layanan umum	14,708,962,210	33.11%	15,338,590,919	24.71%	18,076,874,788	29.68%
	3	Penyediaan jasa TAL	1,242,100,346	2.80%	1,554,488,518	2.50%	1,398,241,405	2.30%
	4	Layanan siga 24 Jam	1,212,213,500	2.73%	1,480,200,000	2.38%	1,497,900,000	2.46%
	5	Pelaksanaan Dukungan Kesehatan Pra RS dalam bentuk	215,755,000	0.49%	246,070,329	0.40%	679,325,000	1.12%
	6	Penyelenggaraan jaringan dan SIK Integrasi	87,606,530	0.20%	84,706,400	0.14%	280,028,500	0.46%
	7	Manev keuangan dan kegiatan			220,972,000	0.36%	78,478,000	0.13%
	8	Belanja Kebutuhan RB Puskesmas	187,867,020	0.42%				
	9	Pembinaan Mental Pegawai	92,934,650	0.21%				
	10	Upaya Pengelolan Limbah Puskesmas	97,648,527	0.22%	92,554,000	0.15%	599,500	0%
	11	Biaya Jasa Kebersihan (Cleaning service)	743,089,857	1.67%	1,825,863,722	2.94%	2,234,479,884	3.67%
	12	Belanja jasa keamanan						
2	1	Penyusunan Renja Puskesmas	170,917,400	0.38%	103,875,500	0.17%	111,535,750	0.18%
3	1	Penatalaksanaan dan Pengelolan Imunitisasi	597,214,594	1.34%	298,375,090	0.46%	495,169,475	0.81%
	2	Pencegahan dan Pemberantasan TBC	400,768,464	0.90%	529,610,100	0.85%	609,801,475	1%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran timur 2007	%	realisasi anggaran timur 2008	%	realisasi anggaran timur 2009	%
	3	Pencegahan dan pemberantasan Penyakit Demam berdar	5.010.137,812	11.28%	7.085.394,780	11.41%	6.913.810,585	11.35%
	4	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular Seks	67.668,000	0.15%	33.485,000	0.05%	192.053,500	0.32%
	5	Investigasi Penyakit Potensial KLB	89.733,000	0.20%	64.467,500	0.10%	146.153,500	0.24%
	6	Melaksanakan Pemeriksaan Jenazah	30.541,000	0.07%	6.125,000	0.01%		
	7	Pencegahan dan Pemberantasan Kusta	60.916,500	0.14%	30.574,500	0.05%	34.656,500	0.06%
4	1	Peningkatan Kesehatan Ibu	114.355,451	0.26%	69.895,820	0.11%	65.581,250	0.11%
	2	Penanggulangan Anemia Gizi Ibu Hamil	55.857,640	0.12%	7.970,000	0.01%	33.615,000	0.06%
	3	Pelacakan kasus KI dan perinatal/AMP			21.990,000	0.04%		
5	1	Pengadaan dan Distribusi AP ASI			31.657,410	0.05%	498.384,850	0.82%
	2	Penanggulangan Kekurangan Vitamin A	125.199,885	0.28%	90.904,043	0.15%	113.343,050	
6	1	Pemeriksaan Jenrik Berkala dan Abatesasi	373.674,620	0.84%	6.461.573,065	10.41%	964.357,650	1.58%
	2	Pengawasan dan Pembinaan TTU	40.115,000	0.09%	22.376,500	0.04%		
	3	Pengawasan & Pemeriksaan Kualitas Sumber Air Bersi	41.908,500	0.09%	151.992,500	0.24%	84.065,250	0.14%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran timur 2007	%	realisasi anggaran timur 2008	%	realisasi anggaran timur 2009	%
	4	Peningkatan kesehatan lingkungan & kesehatan kerja	55,864,025	0.13%	123,759,000	0.20%	33,683,400	0.06%
7	1	Pemantauan dan pembinaan RW Siaga			71,537,000	0.12%	235,154,500	0.39%
	2	Pemantauan dan Pembinaan UKBM			1,101,609,910	1.77%	329,708,500	0.54%
	3	Peningkatan Kesehatan Anak	299,120,580	0.67%	229,273,000	0.37%	342,152,950	0.56%
	4	Sosialisasi Program Prioritas	68,017,000	0.15%	375,661,500	0.61%	398,797,200	0.65%
	5	Sosialisasi & Intervensi PHBS	53,702,400	0.12%	100,562,500	0.16%		
	6	Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkes)	108,695,000	0.24%	54,933,000	0.09%		
8	1	Pembinaan Kelompok Penyakit Tidak Menular	96,925,500	0.22%	84,530,000	0.14%	56,289,000	0.09%
	2	Deteksi dini kanker leher rahim			3,000,000	0%		
	3	Pelaksanaan Surveilans Penyakit Tidak Menular					45,639,000	0.07%
9	1	Penerapan & pemeliharaan Sistem manajemen Mutu	961,710,040	2.16%	907,030,469	1.46%	1,045,043,676	1.72%
10	1	Pembinaan Hygiene Tempat Pergeblaan Makanan	18,717,500	0.04%	6,110,000	0.01%		
12	1	Belanja pemeliharaan	1,707,101,937	3.84%	2,635,245,991	4.25%	2,730,348,781	4.48%
14	1	Sosialisasi dan verifikasi gakin			22,056,000	0.04%		
16	1	Pergeblaan Penanganan Gizi Balita	629,594,883	1.42%	911,536,478	1.31%	698,197,733	1.15%

P	K	Nama_Kegiatan	realisasi anggaran timur 2007	%	realisasi anggaran timur 2008	%	realisasi anggaran timur 2009	%
17	1	Pembinaan dan Pelayanan Pengobatan Keswa	18,466,000	0.04%	42,652,800	0.07%	36,564,000	0.06%
	2	Sosialisasi Kesehatan Jiwa	22,616,500	0.05%	650,965,921	1.05%	261,444,830	0.43%
18	1	Belanja modal	1,716,132,096	3.86%	2,915,588,447	4.70%	3,622,287,619	5.95%
		Totals	44,428,487,710	100%	62,076,641,663	100%	60,914,194,310	100%



Lampiran 5 : Output Olah Data Berdasarkan Upaya Wajib, Program Prioritas, Sifat Program, Jenis Kegiatan, Kelompok Belanja dan CRR

NAMA SKPD	kelompok belanja (adum/Op/pemeliharaan/modal)					
	ADUM	%	BOP	%	MODAL	%
JAKARTA	3,440,947,129	12.91%	21,930,555,872	82.29%	1,278,588,922	4.80%
PUSAT	3,974,568,709	9.54%	34,334,592,423	82.43%	3,345,305,871	8.03%
2009	2,198,105,684	4.98%	37,385,864,704	84.64%	4,584,168,942	10.38%
2007	2,527,370,092	10.44%	20,728,936,889	85.64%	948,055,262	3.92%
JAKARTA	812,927,800	2.39%	31,462,392,580	92.39%	1,779,609,190	5.23%
UTARA	3,703,072,368	10.70%	29,914,973,007	86.42%	999,362,341	2.89%
2009	3,307,543,994	9.41%	30,467,922,948	86.69%	1,371,526,158	3.90%
2007	4,412,771,690	9.90%	37,021,102,290	83.04%	3,150,946,195	7.07%
JAKARTA	5,389,374,854	11.87%	37,708,775,413	83.04%	2,313,562,685	5.09%
BARAT	3,572,441,907	7.81%	39,539,574,948	86.45%	2,624,554,450	5.74%
2009	4,348,713,378	7.26%	52,318,970,808	87.31%	3,256,942,524	5.44%
JAKARTA	5,280,484,339	8.52%	52,231,441,388	84.29%	4,453,430,076	7.19%
SELATAN	3,383,149,073	7.61%	39,329,206,541	88.52%	1,716,132,096	3.86%
2009	5,209,965,238	8.39%	53,951,087,978	86.91%	2,915,588,447	4.70%
JAKARTA	5,394,642,480	8.86%	51,897,264,211	85.20%	3,622,287,619	5.95%
TIMUR	16,231,452,195	9.21%	151,996,197,198	86.28%	7,938,856,888	4.51%
Jumlah	18,758,946,815	7.74%	209,088,146,079	86.29%	14,448,392,227	5.96%
2009	21,965,679,725	8.89%	209,138,318,723	84.65%	15,972,811,663	6.45%
TOTAL	56,956,078,735	8.56%	570,222,662,000	85.68%	39,360,060,778	5.76%
rata-rata per tahun	3,797,071,916	8.56%	38,014,844,133	85.68%	2,557,337,385	5.76%

NAMA SKPD	upaya wajib dan pengembangan			kegiatan prioritas (1=prioritas, 0=tdk prioritas)				
	upaya wajib	%	upaya pengembangan	%	prioritas	%	NON prioritas	%
JAKARTA PUSAT	20,628,088,265	77.40%	6,022,003,658	22.60%	21,190,907,832	79.52%	5,459,184,091	20.48%
	31,833,657,661	76.42%	9,820,809,342	23.58%	32,181,920,612	77.26%	9,472,546,391	22.74%
JAKARTA UTARA	35,680,745,297	80.78%	8,487,594,033	19.22%	35,826,614,882	81.11%	8,341,524,448	18.89%
	18,974,795,990	78.39%	5,229,566,233	21.61%	19,447,460,728	80.35%	4,756,901,515	19.65%
	27,121,146,207	79.64%	6,933,783,363	20.36%	27,170,627,317	79.78%	6,884,302,253	20.22%
	27,474,070,483	79.36%	7,143,337,233	20.64%	28,117,431,974	81.22%	6,499,975,742	18.78%
JAKARTA BARAT	28,463,638,704	80.98%	6,683,354,396	19.02%	29,157,100,712	82.96%	5,989,892,388	17.04%
	34,973,899,068	78.44%	9,610,921,107	21.56%	35,325,849,575	79.23%	9,258,970,600	20.77%
	37,425,829,008	82.41%	7,985,883,944	17.59%	35,794,938,509	78.82%	9,616,774,443	21.18%
JAKARTA SELATAN	37,281,504,244	81.51%	8,455,067,061	18.49%	38,174,921,419	83.47%	7,561,649,886	16.53%
	49,472,060,546	82.56%	10,452,566,164	17.44%	49,991,850,620	83.42%	9,932,776,090	16.58%
	49,003,211,085	79.08%	12,962,144,718	20.92%	49,407,037,988	79.73%	12,558,317,815	20.27%
JAKARTA TIMUR	37,379,283,827	84.13%	7,049,203,883	15.87%	38,074,014,372	85.70%	6,354,473,338	14.30%
	50,878,508,895	81.96%	11,198,132,768	18.04%	50,313,359,854	81.05%	11,763,281,809	18.95%
	49,273,659,194	80.89%	11,640,535,116	19.11%	49,474,864,890	81.22%	11,439,329,420	18.78%
Jumlah	142,727,311,030	81.02%	33,439,195,251	18.98%	146,044,405,063	82.90%	30,122,101,218	17.10%
	194,279,272,377	80.18%	48,016,212,744	19.82%	194,983,607,978	80.47%	47,311,877,143	19.53%
	198,857,515,067	80.48%	43,219,235,044	19.52%	198,620,888,243	80.39%	48,455,921,868	19.61%
TOTAL	535,864,098,474	80.52%	129,674,703,039	19.48%	535,648,901,284	81.08%	125,889,900,229	18.92%
rata-rata per tahun	35,724,273,232	80.52%	8,644,980,203	19.48%	35,976,593,419	81.08%	8,392,660,015	18.92%

NAMA SKPD	sifat program (promotif/preventif/kuratif/PENUNJANG)							
	PROMOTIF	%	PREVENTIF	%	KURATIF	%	PENUNJANG	%
JAKARTA PUSAT	248,424,925	0.93%	4,769,522,832	17.90%	15,858,265,508	59.51%	5,773,878,658	21.67%
	869,046,500	2.09%	10,014,473,538	24.04%	20,981,215,441	50.37%	9,789,731,524	23.50%
	549,043,000	1.24%	9,586,359,696	21.70%	25,698,918,001	58.18%	8,339,818,633	18.87%
JAKARTA UTARA	87,944,050	0.36%	3,821,376,717	15.79%	14,933,582,971	61.70%	5,361,258,505	22.15%
	894,527,630	2.63%	7,508,517,239	22.08%	18,885,252,038	55.46%	6,766,632,663	19.87%
	268,436,700	0.78%	5,966,306,661	17.23%	21,318,044,622	61.58%	7,064,619,733	20.41%
JAKARTA BARAT	361,024,492	1.03%	5,526,597,548	15.72%	22,858,676,264	65.04%	6,400,694,796	18.21%
	281,550,800	0.63%	9,203,916,838	20.64%	25,804,812,530	57.88%	9,294,540,007	20.85%
	278,103,700	0.61%	7,690,233,600	16.93%	28,180,369,873	62.05%	9,263,305,779	20.40%
JAKARTA SELATAN	23,681,500	0.05%	9,181,572,891	20.07%	28,120,252,933	61.48%	8,411,063,981	18.39%
	366,658,500	0.61%	15,789,424,512	26.35%	33,632,991,734	56.13%	10,135,551,964	16.91%
	610,899,749	0.99%	15,140,098,090	24.43%	33,627,850,217	54.27%	12,586,507,747	20.31%
JAKARTA TIMUR	141,514,900	0.32%	8,238,264,954	18.54%	29,229,416,473	65.79%	6,819,291,383	15.35%
	1,127,189,921	1.82%	17,435,352,496	28.09%	33,151,678,199	53.40%	10,362,421,047	16.69%
	398,797,200	0.65%	12,189,825,998	20.01%	36,823,527,996	60.45%	11,502,043,116	18.88%
Jumlah	862,589,867	0.49%	31,537,534,942	17.90%	111,000,194,149	63.01%	32,766,187,323	18.60%
	3,538,973,351	1.46%	59,951,681,623	24.74%	132,455,949,942	54.67%	46,348,877,205	19.13%
	2,105,280,349	0.85%	50,572,824,045	20.47%	145,648,410,709	58.95%	48,750,295,008	19.73%
TOTAL	6,506,843,567	0.98%	142,062,043,610	21.35%	389,104,554,800	58.46%	127,865,359,536	19.21%
rata-rata per tahun	433,789,571.13	0.98%	9,470,802,907.33	21.35%	25,940,303,653.33	58.46%	8,524,357,302.40	19.21%

NAMA SKPD	jenis kegiatan (UKP / UKM/manajemen / investasi)									
	UKP	%	UKM	%	MANAJEMEN	%	INVESTASI	%		
JAKARTA PUSAT	2007	15,858,265,508	59.51%	5,017,947,757	18.83%	4,495,289,736	16.87%	1,278,588,922	4.80%	
	2008	20,981,215,441	50.37%	10,883,520,038	26.13%	6,444,425,653	15.47%	3,345,305,871	8.03%	
	2009	25,698,918,001	58.18%	10,135,402,696	22.93%	3,749,649,691	8.49%	4,584,168,942	10.38%	
JAKARTA UTARA	2007	14,933,582,971	61.70%	3,909,520,767	16.15%	4,413,203,243	18.23%	948,055,262	3.92%	
	2008	18,885,252,038	55.46%	8,403,044,869	24.67%	4,987,023,473	14.64%	1,779,609,190	5.23%	
	2009	21,318,044,622	61.58%	6,234,743,361	18.01%	6,065,257,392	17.52%	999,362,341	2.89%	
JAKARTA BARAT	2007	22,858,676,264	65.04%	5,887,622,040	16.75%	5,029,168,638	14.31%	1,371,526,158	3.90%	
	2008	25,804,812,530	57.88%	9,485,467,638	21.28%	6,143,593,812	13.78%	3,150,946,195	7.07%	
	2009	28,180,069,873	62.05%	7,968,337,300	17.55%	6,949,743,094	15.30%	2,313,562,685	5.09%	
JAKARTA SELATAN	2007	28,120,252,933	61.48%	9,205,254,391	20.13%	5,786,509,531	12.65%	2,624,554,450	5.74%	
	2008	33,632,991,734	56.13%	16,156,083,012	26.96%	6,878,609,440	11.48%	3,256,942,524	5.44%	
	2009	33,627,850,217	54.27%	15,750,997,839	25.42%	8,133,077,671	13.13%	4,453,430,076	7.19%	
JAKARTA TIMUR	2007	29,229,416,473	65.79%	8,379,779,854	18.86%	5,103,159,287	11.49%	1,716,132,096	3.86%	
	2008	33,151,678,199	53.40%	18,562,512,417	29.90%	7,446,832,600	12.00%	2,915,588,447	4.70%	
	2009	36,823,527,996	60.45%	12,588,623,198	20.67%	7,879,755,497	12.94%	3,622,287,619	5.95%	
Jumlah	2007	111,000,194,149	63.01%	32,400,124,809	18.39%	24,827,330,435	14.09%	7,938,856,888	4.51%	
	2008	132,455,949,942	54.67%	63,490,657,974	26.20%	31,900,484,978	13.17%	14,448,392,227	5.96%	
	2009	145,648,410,709	58.95%	52,678,104,394	21.32%	32,777,483,345	13.27%	15,972,811,663	6.46%	
TOTAL		389,104,554,800	58.46%	148,568,887,177	22.32%	89,505,298,758	13.45%	38,360,060,778	5.76%	
rata-rata per tahun		25,940,303,653.33	58.46%	9,904,592,478.47	22.32%	5,967,019,917.20	13.45%	2,557,337,385.20	5.76%	

NAMA SKPD		JUMLAH	BLU	CRR
JAKARTA PUSAT	2007	26,50,091,923	8,277,272,259	52,20%
	2008	41,434,467,003	7,832,055,942	37,33%
	2009	44,168,139,330	8,723,090,594	33,94%
JAKARTA UTARA	2007	24,204,362,243	8,291,262,561	55,52%
	2008	34,054,929,570	8,906,529,868	47,16%
	2009	34,617,407,716	10,250,266,827	48,08%
JAKARTA BARAT	2007	35,146,993,100	12,253,802,221	53,61%
	2008	44,584,820,175	12,302,512,347	47,68%
	2009	45,411,712,952	13,050,526,630	46,31%
JAKARTA SELATAN	2007	45,736,571,305	13,710,649,766	48,76%
	2008	59,924,626,710	15,399,343,889	45,79%
	2009	61,965,355,803	15,644,638,417	46,52%
JAKARTA TIMUR	2007	44,428,487,710	14,708,962,210	50,32%
	2008	62,076,641,663	15,338,590,919	46,27%
	2009	60,914,194,310	18,076,874,788	49,09%
Jumlah		176,166,506,281	57,241,949,017	51,57%
	2008	242,295,485,121	59,779,032,965	45,13%
	2009	247,076,810,111	65,745,497,256	45,14%
TOTAL		665,538,801,513	182,766,479,238	46,97%
rata-rata per tahun		44,369,253,434	12,184,431,949	46,97%