

PS4

58

Surabaya



**STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN KABUPATEN
SERAM BAGIAN BARAT PROPINSI MALUKU**



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

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

PERPUSTAKAAN

Tanggal : 24-6-013

No. Jilid : _____

No. Riis : PSA

58



**STUDI PEMBIAYAAN KESEHATAN KABUPATEN
SERAM BAGIAN BARAT PROPINSI MALUKU**



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayahNya, akhirnya penyusunan laporan hasil studi “Pembiayaan Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan” ini dapat diselesaikan.

Tujuan dari studi ini adalah untuk mendapatkan gambaran peta pembiayaan kesehatan di daerah bermasalah kesehatan tahun 2011, termasuk permasalahan-permasalahannya dan ~~saran-saran~~ dari lapangan yang kiranya dapat dimanfaatkan sebagai masukan untuk perbaikan perencanaan dan penganggaran yang selanjutnya untuk meningkatkan kinerja program di ~~daerah~~ bermasalah kesehatan.


Dengan keterbatasan yang ada, kami yakin tim peneliti telah berusaha menyelesaikan studi ini dengan semaksimal mungkin, namun tidak berarti hasil yang dicapai telah sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh tim peneliti, pembimbing dan ~~pengarah~~ studi ini, karena hasil ini tidak terlepas dari kerja keras seluruh tim.

Kami berharap, semoga hasil studi ini dapat memberikan manfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan, terutama bagi dinas kesehatan dan penentu kebijakan sehingga mampu ~~memperbaiki~~ perencanaan dan penganggaran yang berdampak pada peningkatan kinerja program kesehatan.

Jakarta, 27 November 2012

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kepala,



Dr.dr. Trihono, M.Sc

SUSUNAN TIM PENELITI

PENGARAH

Dr. dr. Trihono, MSc

Prof. dr. Ascobat Gani, MPH, Dr. PH

Dr. Soewarta Kosen, MPH, Dr. PH

PENANGGUNG JAWAB

Drg. Agus Suprpto, M.Kes

KETUA PELAKSANA

Wahyu Pudji Nugraheni, SKM, M.Kes

ANGGOTA TIM PENELITI

Rofingatul Mubasyiroh, SKM

Turniani Laksmiarti, SE, MM

Galih Arianto, SE

dr. Wahyu Dwi Astuti, SpPK, M.Kes

Wening Widjajanti, SKM

Indah Pawita, SKM

Djazuly Chalidyanto, SKM, M.Kes

Dra. Sri Nurwati, MSi

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vii
Daftar Grafik.....	viii
Daftar Lampiran.....	ix
Bab I Pendahuluan	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Penelitian	5
Bab II Tinjauan Pustaka	7
2.1. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat	7
2.2. Daerah Bermasalah Kesehatan	7
2.3. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan	8
2.4. Kapasitas Fiskal	9
2.5. <i>District Health Account</i>	11
Bab III Kerangka Konsep dan Definisi Operasional	14
3.1. Kerangka Konsep	14
3.2. Definisi Operasional	15
Bab IV Metodologi Penelitian	16
4.1. Disain Penelitian	16
4.2. Jenis Penelitian	16
4.3. Tempat dan Waktu Penelitian	16
4.4. Unit Analisis dan Sumber Informasi	16
4.5. Variabel Penelitian	17
4.6. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	17
4.7. Tahapan Penelitian	18
4.8. Manajemen Data	18

Bab V Hasil Penelitian dan Pembahasan	20
5.1. Gambaran Umum Kabupaten Seram Bagian Barat	20
5.1.1. Letak Demografis Kabupaten Seram Bagian Barat	20
5.1.2. Distribusi Penduduk Menurut Umur dan Pendidikan.....	21
5.1.3. Keadaan Ekonomi.....	25
5.1.4. Pertumbuhan Ekonomi	26
5.1.5. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat	27
5.1.6. Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat	29
5.1.7. Tenaga Kesehatan	29
5.1.8. Capaian Program Kesehatan di Kabupaten SBB tahun 2010	30
5.2. Gambaran Peta Pembiayaan Kabupaten Seram Bagian Barat	30
5.2.1. Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat	31
5.2.2. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat	33
5.2.3. Peta Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Layanan di Kabupaten Seram Bagian Barat	33
5.2.4. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Seram Bagian Barat	34
5.2.5. Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat	35
5.2.6. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Seram Bagian Barat	35
5.2.7. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Seram Bagian Barat	35
5.2.8. Peta Pembiayaan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Seram Bagian Barat	37
5.2.9. Peta Pembiayaan Berdasarkan Program/Masalah Kesehatan Spesifik di Kabupaten Seram Bagian Barat	38
Bab VI Kesimpulan dan Rekomendasi	40
6.1. Kesimpulan	40
6.2. Rekomendasi	42
Bab VII Kepustakaan	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Lokasi Penelitian Studi Pembiayaan Daerah Bermasalah Kesehatan	16
Tabel 4.2. Sumber Informasi dan Data Penelitian Pembiayaan Kesehatan	17
Tabel 5.1. Kondisi Pendidikan di Kabupaten Seram Bagian Barat	21
Tabel 5.2. Angka Partisipasi Kasar (APK) di Kabupaten Seram Bagian Barat	23
Tabel 5.3. Perkembangan Jumlah Penduduk.....	24
Tabel 5.4. Laju Pertumbuhan Penduduk Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2005-2010	24
Tabel 5.5. Perkembangan Penduduk Miskin Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2005-2010	25
Tabel 5.6. Distribusi Perkembangan PDRB	26
Tabel 5.7. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2010.....	28
Tabel 5.8. Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten SBB tahun 2010	29
Tabel 5.9. Cakupan Program Kesehatan Tahun 2010	30
Tabel 5.10. Belanja Kesehatan berdasarkan Sumber Pembiayaan Tahun 2011	31
Tabel 5.11. Belanja Kesehatan Rumah Tangga Tahun 2011	32
Tabel 5.12. Belanja Kesehatan Berdasarkan Pengelola Anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat	33
Tabel 5.13. Belanja Kesehatan Berdasarkan Penyedia Layanan di Kabupaten Seram Bagian Barat	33
Tabel 5.14. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Seram Bagian Barat	34
Tabel 5.15. Belanja Kesehatan Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat	35
Tabel 5.16. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenis Program di Kabupaten Seram Bagian Barat	36
Tabel 5.17. Belanja Kesehatan Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Seram Bagian Barat	37

Tabel 5.18. Belanja Kesehatan Berdasarkan Penerima Manfaat di Kabupaten Seram Bagian Barat	37
Tabel 5.19. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat	38
Tabel 5.20. Belanja Kesehatan Program KIA Berdasarkan Sumber Anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat	38
Tabel 5.21 Belanja Kesehatan Program Gizi Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat	39
Tabel 5.22. Peta Pembiayaan Berbasis Kinerja Kabupaten Seram Bagian Barat	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	14
--	----

DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1. Angka Melek Huruf di Kabupaten Seram Bagian Barat	23
Grafik 5.2. Jumlah Penduduk Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2005-2010.....	24
Grafik 5.3. Perkembangan Penduduk miskin di kabupaten Seram Bagian Barat	25
Grafik 5.4. Pertumbuhan ekonomi	27

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Draft SK Tim DHA Kabupaten Seram Bagian Barat.....	47
Lampiran 2.	Dokumentasi Penelitian DHA Kabupaten Seram Bagian Barat.....	51

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, Survei Sosial Ekonomi (Susenas) 2007 dan Survei Potensi Desa (Podes) tahun 2008 melahirkan indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. IPKM dibentuk dari 24 indikator kesehatan. Salah satu kegunaan IPKM adalah diperolehnya gambaran indikator kesehatan yang tertinggal di masing-masing kabupaten/kota, sehingga bisa dirumuskan program intervensi yang lebih tepat. Nilai IPKM diantaranya bisa menggambarkan baik buruk dan kompleks tidaknya masalah kesehatan di suatu kabupaten/kota. Misalnya IPKM rendah artinya makin buruk dan makin kompleks masalah kesehatannya, karena banyak indikator kesehatan yang tertinggal.

Hasil analisis data IPKM diantaranya menghasilkan rumusan Daerah Bermasalah Kesehatan. Kajian IPKM menunjukkan bahwa dari 75 kabupaten dengan masalah kesehatan berat ($IPKM < 0,337$) dan ternyata 64 kabupaten (85,3%) termasuk daerah tertinggal.

Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 mencanangkan Program Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK). Kabupaten yang masuk dalam kategori daerah bermasalah kesehatan adalah kabupaten/kota yang memiliki IPKM diantara rerata sampai dengan minus satu (-1) simpang baku dan mempunyai nilai kemiskinan (pendataan status ekonomi/PSE) di atas rerata (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kota). Untuk tahap awal pendampingan DBK diprioritaskan pada 8 (delapan) propinsi yang memiliki lebih dari 50% kabupaten/kota dengan kriteria DBK yaitu Aceh, NTB, NTT, Sulteng, Sultra, Gorontalo, Sulbar, Maluku, Papua Barat dan Papua (dua propinsi terakhir penanganannya di bawah koordinasi Bappenas).

Pendampingan dimaksud bertujuan untuk meningkatkan nilai IPKM di daerah bermasalah kesehatan dalam kurun waktu yang telah disepakati, setidaknya diharapkan ada peningkatan yang bermakna atas derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara keseluruhan dengan kesenjangan antar daerah yang semakin kecil, dengan metode memberikan motivasi kabupaten/kota untuk lebih sensitif terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

IPKM menggambarkan indikator kesehatan yang tertinggal di masing-masing kabupaten. Rendahnya nilai IPKM di suatu kabupaten diduga antara lain akibat dari kurang efektif dan efisien dalam anggaran kesehatan, misalnya kecenderungan anggaran daerah digunakan untuk belanja fisik, kurang untuk biaya operasional, kecenderungan daerah untuk membebaskan biaya pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, realisasi anggaran pemerintah yang terlambat dan lain sebagainya. Berbagai permasalahan tersebut dapat terdeteksi dan diketahui melalui pelaksanaan *District Health Account (DHA)* di tingkat kabupaten/kota.

WHO dan lembaga dunia lain (*World Bank*, UNDP, dll) menyarankan agar negara-negara di dunia melakukan pencatatan dan analisis situasi pembiayaan kesehatan (*National Health Account*) dengan tujuan untuk melihat kecukupan, ketepatan alokasi dan efektifitas pembiayaan kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Selain itu hasil pencatatan tersebut dapat dibandingkan antar negara. Melalui pendekatan ini dapat diketahui bagaimana mobilisasi dana dari sumber pembiayaan ke penyedia atau pemberi layanan kesehatan dan fungsinya.

Sampai saat ini pemanfaatan dana menjadi masalah di sebagian besar kabupaten/kota di Indonesia, padahal hampir semua daerah di Indonesia menetapkan kesehatan sebagai salah satu program prioritas. Pemberlakuan otonomi daerah memberikan peluang kepada daerah untuk menyusun perencanaan dan pengalokasian anggaran di lingkungan pemerintah daerah masing-masing. Peran dan komitmen *policymakers* sebagai pengambil kebijakan sangat besar dalam menentukan arah pembangunan dan

pengalokasian anggaran bersumber dari pemerintah (Nyoman Sumaryadi, 2005).

IPKM dibangun dari beberapa indikator diantaranya indikator kinerja program kesehatan. Sehingga untuk meningkatkan nilai IPKM suatu daerah, hal yang harus dipikirkan adalah bagaimana menjamin program kesehatan di daerah tersebut berjalan secara efektif dan efisien. Selama ini disinyalir ada beberapa masalah pembiayaan kesehatan di daerah baik di kabupaten atau di kota yang mengakibatkan tidak efektifnya program kesehatan yaitu: jumlah anggaran kesehatan terlalu kecil dibandingkan dengan kebutuhan, sumber pembiayaan tidak terintegrasi atau masih terpisah-pisah sehingga pemanfaatan biaya menjadi tidak efisien, anggaran kesehatan lebih banyak digunakan untuk kegiatan tidak langsung (pelatihan, belanja barang modal dll) sehingga kegiatan langsung terkait dengan program menjadi kecil (pelayanan dan intervensi), alokasi anggaran tidak sesuai dengan program prioritas dan realisasi anggaran sering telat turun sehingga pelaksanaan kegiatan program dilaksanakan dengan terburu-buru dengan mutu yang kurang optimal (Ascobat Gani, 2009).

Idealnya untuk meningkatkan IPKM pada daerah bermasalah kesehatan harus ditunjang dengan data yang mendukung, Salah satunya, adalah data pembiayaan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan. Realitanya pada saat ini sebagian besar daerah di Indonesia belum memiliki data atau peta pembiayaan kesehatan. Selama ini penyediaan informasi data pembiayaan di daerah dilakukan secara insidental hanya beberapa daerah saja (Laoda Ahmad Dkk 2006).

Informasi alokasi, realisasi dan kebutuhan anggaran kesehatan sebagai indikator pembiayaan kesehatan pada daerah bermasalah kesehatan dirasakan sangat perlu diketahui dan ditelusuri dalam rangka pendampingan daerah bermasalah kesehatan yang bertujuan meningkatkan IPKM di daerah tersebut. Informasi alokasi dan realisasi anggaran kesehatan bisa diperoleh dengan kegiatan DHA.

Diharapkan dengan adanya informasi biaya tersebut bisa dibuat rumusan atau simulasi pengelolaan anggaran yang baik dan efisien pada daerah bermasalah kesehatan sehingga kedepan pelaksanaan program bisa berjalan dengan efisien, tepat waktu, efektif, optimal, bermutu dan berdasarkan skala prioritas dan bermuara pada meningkatnya IPKM di daerah bermasalah kesehatan tersebut.

Dari uraian/fakta di atas dan dalam rangka kegiatan pendampingan pada daerah bermasalah kesehatan, di perlukan informasi pembiayaan kesehatan daerah sebagai pintu untuk meningkatkan IPKM di daerah bermasalah kesehatan.

1.1.1. Permasalahan Penelitian

Dari uraian tersebut di atas, maka permasalahan yang perlu dianalisis dalam meningkatkan IPKM adalah:

- Belum tersedianya informasi biaya kesehatan yang akurat dan berkesinambungan dalam rangka pendampingan daerah bermasalah kesehatan.
- Perencanaan pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota belum terencana secara spesifik.
- Pemanfaatan/pembiayaan dan alokasi penganggaran belum efektif.

1.1.2. Topik Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian pembiayaan bidang kesehatan secara keseluruhan di daerah, baik yang bersumber dari daerah berupa APBD/DAU propinsi, Kabupaten/kota, bersumber dari pemerintah pusat (APBN, DAK), Bantuan luar negeri (PHLN), dan lain-lain yang berada di sektor-sektor lain.

1.1.3. Pertanyaan Penelitian

Dari uraian diatas, maka pertanyaan penelitian adalah :

- 1) Bagaimana peta pembiayaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah di Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2011?
- 2) Bagaimana peta pembiayaan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan non pemerintah/swasta di Kabupaten tahun 2011?

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

1.1.4. Manfaat Penelitian

- 1) Untuk Pemerintah Daerah : membantu daerah untuk mengetahui jumlah anggaran kesehatan kabupaten / kota
- 2) Untuk Sektor Kesehatan: memberikan masukan kepada Kemkes dan pengambil kebijakan lainnya tentang pembiayaan sektor kesehatan
- 3) Untuk Institusi Penelitian: mengembangkan penelitian dalam hal ini DHA yang bersifat *client oriented research activities* (CORA).

1.2. TUJUAN PENELITIAN

1.2.1. Tujuan Umum

Diperolehnya peta pembiayaan kesehatan dari berbagai sumber di daerah bermasalah kesehatan dalam rangka mendukung program Pendampingan

Daerah Bermasalah Kesehatan sebagai salah satu upaya awal meningkatkan peringkat IPKM.

1.2.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan identifikasi / pemetaan biaya kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah di Daerah Bermasalah kesehatan tahun 2011.
- 2) Melakukan identifikasi / pemetaan biaya kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan non pemerintah/swasta di Daerah Bermasalah Kesehatan tahun 2011.
- 3) Melakukan analisis proporsi biaya pengeluaran Rumah Tangga (Out Of Pocket) dari hasil SUSENAS tahun 2010
- 4) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan sumber biaya di Kabupaten Seram Bagian Barat
- 5) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan pengelola anggaran di Kabupaten Seram Bagian Barat
- 6) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenis kegiatan kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat
- 7) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan penyedia pelayanan/program di Kabupaten Seram Bagian Barat
- 8) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan mata anggaran di Kabupate Aru Aru
- 9) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenis program di Kabupaten Seram Bagian Barat
- 10) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan jenjang kegiatan di Kabupaten Seram Bagian Barat
- 11) Mengidentifikasi dan menghitung anggaran kesehatan berdasarkan penerima manfaat di Kabupaten Seram Bagian Barat
- 12) Membangun kelembagaan DHA di Kabupaten Seram Bagian Barat

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. INDEKS PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT

IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu:

- a. Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar)
- b. Susenas (Survei Ekonomi Nasional)
- c. Survei Podes (Potensi Desa)

IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan yang dikumpulkan dari ketiga survei tersebut.

Dengan indikator tersebut, maka setiap kabupaten/kota memiliki nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat, dimana nilai 0 (nol) adalah Nilai Terburuk, dan nilai 1 (satu) adalah Nilai Terbaik. Berdasarkan nilai tersebut maka tersusun Ranking IPKM kabupaten/kota; dengan Rerata Nasional adalah 0,508629 dan simpang baku sebesar 0,092642. IPKM Terendah adalah 0,247059 (Kabupaten Pegunungan Bintang, Propinsi Papua), dan tertinggi adalah 0,708959 (Kota Magelang, Provinsi Jawa Tengah).

2.2. DAERAH BERMASALAH KESEHATAN

Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM di antara rerata sampai dengan -1 (minus satu) simpang baku, dan mempunyai nilai kemiskinan (Pendataan Status Ekonomi/PSE) di atas rerata (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kelompok kota).

Daerah Bermasalah Kesehatan Berat (DBK-B) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM lebih rendah dari rerata IPKM -1 (minus satu) simpang baku.

Daerah Bermasalah Kesehatan Khusus (DBK-K) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai masalah khusus, seperti misalnya yang terkait dengan:

- a. Geografi, yaitu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.

- b. Sosial budaya, yaitu tradisi atau adat kebiasaan yang mempunyai dampak buruk terhadap kesehatan.
- c. Penyakit tertentu yang spesifik di daerah tersebut, misalnya *Fasciolopsis buski* di Kabupaten Hulu Sungai Utara Provinsi Kalimantan Selatan, *Schistosomiasis* di sekitar Danau Lindu Provinsi Sulawesi Tengah, dll.

2.3. PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) adalah upaya kesehatan terfokus, terintegrasi, berbasis bukti, dilakukan secara bertahap di daerah yang menjadi prioritas bersama kementerian terkait, dalam jangka waktu tertentu, sampai mampu mandiri dalam menyelenggarakan kewenangan pemerintahan di bidang (urusan wajib) kesehatan seluas-luasnya.

Terfokus – sesuai upaya kesehatan prioritas Kabinet Indonesia Bersatu – II; Terintegrasi - dalam perencanaan, penganggaran, dan penerapan; Berbasis evidence - sesuai hasil Riskesdas, Podes, PSE; Bertahap - dimulai kabupaten/kota dengan IPKM rendah dan Angka Kemiskinan Tinggi, dimulai dari Propinsi dengan lebih dari 50 % kabupaten/kota sebagai DBK; Dalam jangka waktu tertentu – tidak selamanya, sesuai tingkatan bermasalahnya; sesuai azas stewardship, concurrent; Mampu mandiri - dalam konteks kelembagaan, ketatalaksanaan, SDM; Kewenangan seluas-luasnya – sesuai azas desentralisasi.

Tahapan – untuk tahap awal Pendampingan -DBK diprioritaskan pada 8 (delapan) Propinsi yang memiliki lebih dari 50 % Kabupaten/Kota dengan Kriteria DBK/DBK-B/DBK-K, yaitu : Aceh, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat, dan Papua (Dua provinsi terakhir inilah yang penanganannya di bawah koordinasi Bappenas); kabupaten memperoleh perhatian lebih dibandingkan dengan kota; dan kabupaten baru hasil pemekaran kabupaten DBK (setelah tahun 2007) memperoleh prioritas yang sama.

2.4. KAPASITAS FISKAL

Dalam setiap penyelenggaraan negara, pemerintah menetapkan suatu keputusan atau kebijakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas ekonomi, politik, sosial budaya dan pertahanan yang di dalamnya tersirat supaya terwujud kesejahteraan seluruh masyarakat.

Stabilitas dalam bidang ekonomi dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu stabilitas pasar barang dan jasa, stabilitas pasar uang, dan stabilitas pasar luar negeri. Kebijakan fiskal dimana suatu kebijakan yang berkaitan dengan pasar barang dan jasa serta kebijakan moneter yang berkaitan dengan pasar uang. Kebijakan tentang pasar barang dan jasa merupakan kebijakan fiskal dan tentang pasar uang merupakan kebijakan moneter.

Pelaksanaan kebijakan fiskal dan moneter membawa pengaruh terhadap perubahan keseimbangan internal dan eksternal ekonomi suatu negara. Keseimbangan internal atau sering juga disebut dengan keseimbangan domestik adalah suatu keseimbangan di pasar barang dan di pasar uang. Keseimbangan eksternal atau sering disebut dengan keseimbangan luar negeri adalah suatu keseimbangan neraca pembayaran.

Peraturan Menteri Keuangan RI No 244/PMK.07/2011 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah.

Pasal 1, ayat 2:

“Kapasitas fiskal adalah gambaran, kemampuan keuangan masing-masing daerah yang dicerminkan melalui penerimaan umum anggaran pendapatan dan belanja daerah (tidak termasuk dana alokasi khusus, dana darurat, dana pinjaman lama, dan penerimaan lain yang penggunaannya dibatasi untuk membiayai pengeluaran tertentu). Untuk membiayai tugas pemerintahan setelah dikurangi belanja pegawai dan dikaitkan dengan jumlah penduduk miskin”

Pasal 1, ayat 3:

Peta kapasitas fiskal daerah yang selanjutnya disebut peta kapasitas fiskal adalah gambaran kapasitas fiskal yang dikelompokkan berdasarkan indeks kapasitas fiskal daerah.

Pasal 1, ayat 4:

Anggaran pendapatan dan belanja daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintah daerah yang dibahas dan disetujui

bersama oleh pemerintah daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan ditetapkan dengan peraturan daerah.

Pasal 2, ayat 1:

“Peta kapasitas fiskal dapat digunakan untuk :

- a. pengusulan Pemerintah daerah sebagai penerima hibah.*
- b. penilaian atas usulan pinjaman daerah*
- c. penentuan besaran dana pendamping, jika dipersyaratkan dan /atau*
- d. hal lain yang diatur secara khusus dalam ketentuan peraturan perundang-undangan”*

Pasal 2, ayat 2:

“Peta kapasitas fiskal terdiri dari peta kapasitas fiskal provinsi dan peta kapasitas fiskal kabupaten/kota”.

Pasal 3:

“Penyusunan peta kapasitas fiskal dilakukan melalui 2 tahap, yaitu:

- a. penghitungan kapasitas fiskal daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota*
- b. penghitungan indeks kapasitas daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota*

Pasal 4, ayat 1

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

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

$$KF= \frac{\text{-----}}{\text{-----}}$$

Jumlah penduduk miskin

KF	= kapasitas fiskal
PAD	= Pendapatan asli daerah
DBH	= Dana Bagi Hasil
DAU	= Dana Alokasi Umum
LP	= Lain-lain Pendapatan daerah yang sah
BP	= Belanja pegawai

Pasal 4, ayat 2:

Jumlah penduduk miskin sebagaimana dimaksud pada ayat 1 adlah jumlah penduduk miskin berdasarkan data badan pusat statistik tahun 2010.

Pasal 4, ayat 3 :

Penghitungan kapasitas fiskal didasarkan pada data realisasi APBD tahun anggaran 2010

Pasal 4, ayat 4:

"Penghitungan indeks kapaistas fikal daerah provinsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 huruf B dilakukan dengan menghitung kapasitas fiskal masing-masing daerah provinsi dibagi dengan rata-rata kapasitas fiskal seluruh daerah provinsi".

Pasal 4, ayat 5:

"Penghitungan indeks kapasitas fiskal daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam psal 3 huruf b, dilakukan dengan menghitung kapasitas fiskal masing-masing daerah kabupaten/kota dibagi dengan rata-rata kapasitas fiskal seluruh daerah kabupaten/kota".

Pasal 4, ayat 6 :

"Berdasarkan indeks sebagaimana dimaksud pada ayat 4 dan ayat 5, daerah dikelompokn dalam 4 katagori sebagai berikut;

- a. daerah yang indeks kapasitas fiskalnya lebih dari atau sama dengan 2 (indeks > 2) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal sangat tinggi.*
- b. daerah yang indeks kapasitas fiskalnya antara lebih dari atau sama dengan 1 sampai kurang dari 2 (1 < indeks < 2) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal tinggi*
- c. Daerah yang indeks kapasitas fiskalnya antara lebih dari 0,5 sampai kurang dari 1 (0,5 < indeks < 1) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal sedang*
- d. Daerah yang indeks kapasitas fiskalnya kurang dari atau sama dengan 0,5 (indeks < 0,5) merupakan daerah yang termasuk kategori kapasitas fiskal rendah.*

2.5. DISTRICT HEALTH ACCOUNT

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

Untuk konteks kabupaten/kota, pembiayaan kesehatan dapat berasal dari sumber pemerintah dan non pemerintah. Anggaran kesehatan yang bersumber

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

Keterlambatan realisasi anggaran sudah menjadi pengetahuan umum dan telah berlangsung kronis. Dampak terhadap kinerja program besar sekali, sehingga pengelola program cenderung memilih kegiatan yang cepat penyerapannya namun kurang efektif terhadap program. Dalam teori dan pengalaman empiris, kinerja suatu program kesehatan sangat di tentukan oleh kecukupan anggaran operasional dan anggaran kegiatan langsung. Berbagai permasalahan tersebut dapat di deteksi dan diketahui melalui pelaksanaan *District Health Account* (DHA) di tingkat kabupaten, serta kesehatan pemerintah. berguna untuk kebijakan pembiayaan kesehatan daerah untuk menyusun anggaran tahunan kesehatan pemerintah. Sehingga dalam pelaksanaan DHA, perlu di perjelas mengenai batasan biaya yang termasuk sebagai belanja/anggaran kesehatan. Demarkasi mana yang tergolong belanja kesehatan dan mana yang bukan sangat penting dalam *Health account*.

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

DHA akan menghasilkan data yang dapat di pergunakan untuk bahan advokasi kepada pengambil keputusan dengan tujuan memperbaiki kekurangan sistem pembiayaan, misalnya (a) meningkatkan alokasi anggaran kesehatan, (b) mengarahkan alokasi dana pada masalah prioritas, (c) mengarahkan dana pada investasi dan kegiatan yang lebih “*cost effective*”, (d) mengembangkan sistem asuransi dll.

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

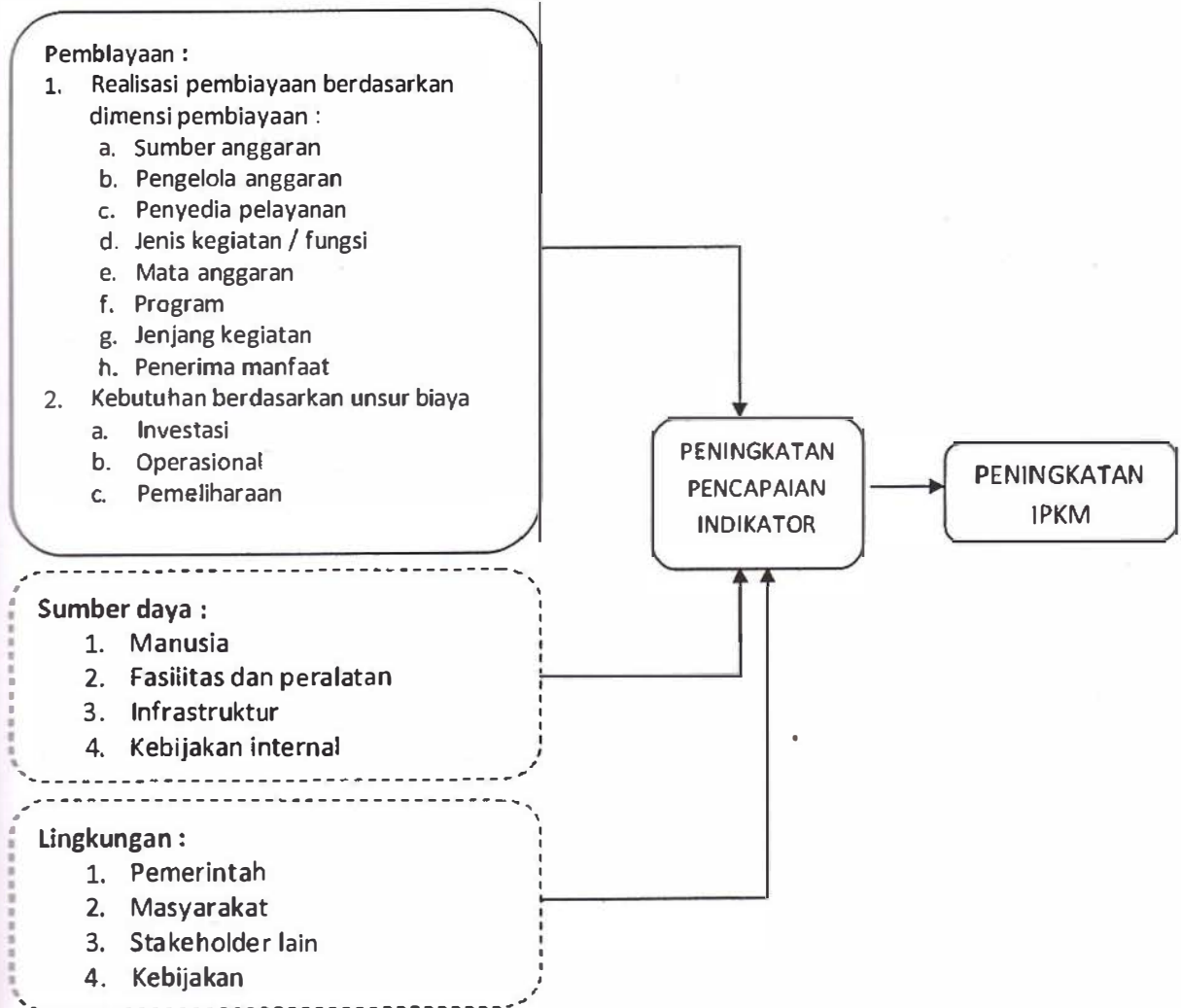
Output DHA dapat digunakan untuk memonitor dan evaluasi pembiayaan kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota. Kalau DHA dilakukan secara regular (setiap tahun), dapat diketahui kecendrungan (trend) pembiayaan kesehatan dalam periode waktu tertentu. Hasil DHA juga dapat dipergunakan untuk membandingkan pembiayaan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

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

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3. 1. Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

----- : tidak diteliti

3. 2. Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional
1	Sumber Anggaran	Unit/institusi yang menyediakan biaya kesehatan, dalam hal ini bisa instansi pemerintah, non pemerintah dan rumah tangga
2	Pengelola Anggaran	Unit/institusi yang menerima dan mengelola dana dari sumber dana untuk membayar atau membeli barang dan jasa kesehatan, dalam hal ini bisa instansi pemerintah, non pemerintah dan rumah tangga
3	Penyedia Pelayanan	Unit/institusi yang menerima dan menggunakan dana untuk memproduksi barang dan jasa pelayanan/program kesehatan
4	Jenis Kegiatan/Fungsi	Tindakan yang dilakukan oleh provider, ada 2 jenis kegiatan yaitu a) Kegiatan langsung dan b) Kegiatan tidak langsung/penunjang
5	Mata Anggaran	Jenis input yang dibeli oleh provider untuk melaksanakan kegiatan. Ada 3 macam: a)Biaya Modal b) Biaya Operasional c) Biaya Pemeliharaan
6	Jenis Program	Kelompok program kesehatan yang sudah dibakukan. Di Indonesia pengelompokan program bisa dilihat pada : a)SPM (Permenkes no.741/2008) b)Permendagri No.59/2007 (Perubahan atas Permendagri No.13/2006) c) PP No.38/2007 dan d) MDG's
7	Jenjang Kegiatan	Jenjang administratif dimana kegiatan tersebut dilaksanakan. Untuk studi ini, jenjang kegiatan bisa di a) Propinsi b)Kabupaten c)Kecamatan dan d) Desa
8	Penerima Manfaat	Kelompok penduduk yang mendapat manfaat dari barang dan jasa kesehatan yang dibiayai. Ada beberapa kategori yaitu:a) Ciri Demografi :bayi, balita, anak sekolah, remaja, usia produktif, usila b) Tingkat ekonomi : Miskin dan Non Miskin c) Geografi : Kota, Desa, Daerah terpencil dll)
9	Indikator SPM	Jenis program kesehatan yang secara spesifik dimasukkan dalam Standart Pelayanan Minimal, terdapat 18 indikator yang terbagi menjadi 3 bagian besar yaitu: Pelayanan Kesehatan Dasar, Pelayanan Rujukan dan Surveillance Epidemiologi dan Penanganan KLB
10	Biaya Investasi	Biaya yang dikeluarkan untuk membeli barang modal
11	Biaya Operasional	Biaya yang dikeluarkan untuk mengoperasikan barang-barang modal
12	Biaya Pemeliharaan	Biaya yang dikeluarkan untuk memelihara barang-barang modal

BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Disain Penelitian

Penelitian ini menggunakan disain "*Cross Sectional*" dimana data dikumpulkan dalam waktu yang sama (tahun anggaran sama).

4.2. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan riset operasional dimana terdiri dari beberapa aktivitas diantaranya adalah pengumpulan data, pendampingan analisis kepada tim pokja daerah, advokasi, pelebagaan DHA dan lokakarya hasil penelitian oleh tim pokja daerah di masing-masing kabupaten.

4.3. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di 6 kabupaten terpilih di dua propinsi yaitu Propinsi Maluku dan Propinsi Maluku Utara.

Tabel 4.1 Tempat Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan

NO	REGIONAL	PROPINSI	KABUPATEN	IPKM
1.	III	Maluku	Maluku Tenggara Barat	0,404
			Buru	0,368
			Kepulauan Aru	0,391
			Seram Bagian Barat	0,432
2.	III	Maluku Utara	Halmahera Tengah	0,425
			Halmahera Timur	0,439

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

4.4. Unit Analisis dan Sumber Informasi

Unit analisis adalah kabupaten Seram Bagian Barat. Sumber informasi dan data dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2 Sumber Informasi dan Data Penelitian Studi Pembiayaan Kesehatan

Kabupaten	Sumber Informasi dan Data	
	Pemerintah	Non Pemerintah
Seram Bagian Barat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinas Kesehatan 2. RSUD 3. Global Fund 4. PT. Askes 5. Dekon Provinsi 6. Jamkesmas 7. Jampersal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah Tangga

4.5. Variabel Penelitian

Variabel yang dianalisis dalam penelitian ini adalah

1. Pembiayaan kesehatan secara umum
 - 1) . Sumber anggaran
 - 2) Pengelola anggaran
 - 3) Penyedia pelayanan
 - 4) Jenis kegiatan/fungsi
 - 5) Mata anggaran
 - 6) Program
 - 7) Jenjang kegiatan
 - 8) Penerima manfaat
2. Pengeluaran rumah tangga dari data Susenas 2010
3. Capaian program Indikator SPM

4.6. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Salah satu tahapan penting dalam penelitian ini adalah bagaimana memperoleh data anggaran kesehatan selengkap mungkin. Anggaran kesehatan dalam penelitian diambil dari beberapa instansi baik milik pemerintah maupun swasta.

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan menelaah dokumen pembiayaan (laporan realisasi anggaran tahun 2011) dari unit analisis yang terpilih yang terkait dengan kesehatan dengan menggunakan instrument terstruktur

4.7. Tahapan Penelitian

Dalam penelitian ini akan dilakukan beberapa tahapan kegiatan yang meliputi:

I. Tahap Persiapan

- (1) Penelusuran Dokumen Penunjang (SK Menkes tentang PDBK dan Literatur lainnya)
- (2) Penentuan Lokasi dan Unit analisis penelitian
- (3) Workshop DHA tingkat pusat
- (4) Workshop DHA tingkat propinsi

II. Tahap Pelaksanaan

- (1) Pengumpulan data
- (2) Pendampingan dan supervisi
- (3) Analisis data
- (4) Lokakarya kabupaten

III. Tahap pelaporan dan Desiminasi

- (1) Penyusunan laporan
- (2) Desiminasi

4.8. Manajemen Data

Secara umum data yang sudah terkumpul akan dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

1) Editing

Proses *editing* dimaksudkan untuk memperbaiki kualitas data, menghilangkan kerancuan, serta menjaga konsistensi data yang diperoleh. *Editing* mulai dilakukan oleh petugas pengumpul data semenjak data diperoleh di lapangan dan sekaligus mengkonfirmasi langsung ke penanggungjawab data atau program.

2) *Entry Data*

Realisasi anggaran yang telah diedit atau diklarifikasi selanjutnya diolah (dientry) dalam template DHA berbasis program excel untuk menjadi data elektronik yang akan menjadi *database*.

3) *Cleaning*

Setelah *entry* data selesai dilakukan, maka hasilnya dicek kembali untuk menghindari adanya kesalahan *entry*. *Cleaning* terhadap data hasil *entry* dimaksudkan untuk menjamin validitas data.

BAB. V
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum

5.1.1. Letak Geografis

- a. Kabupaten Seram Bagian Barat merupakan kabupaten pemekaran berdasarkan Letak Geografis Kabupaten Seram Bagian Barat adalah 1°19' - 1°16' LS dan 129°1' - 127°20' BT dengan batasan sebagai berikut :

Sebelah Utara	:	Berbatasan dengan Laut Seram
Sebelah Selatan	:	Berbatasan dengan Laut Banda
Sebelah Barat	:	Berbatasan dengan Laut Buru
Sebelah Timur	:	Berbatasan dengan Kabupaten Maluku Tengah

b. Luas Wilayah

Luas wilayah Kabupaten Seram Bagian Barat adalah 84.181 Km² terdiri dari :

Luas Daratan : 5.176 Km² (6,15%)

Luas Lautan : 79.005 Km² (93,85%)

Panjang garis pantai adalah 719,20 km (Hasil Verifikasi Penamaan Pulau LAPAN – Bakorsutanal, 16 Juli 2007). Secara administrasi Kabupaten Seram Bagian Barat terdiri 11 (Sebelas) Kecamatan, 92 (Sembilan Puluh Dua) Desa dan 115 (Seratus Lima Belas) Dusun. Jumlah Penduduk Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2010 adalah 173.222 Jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,51 persen.

c. Karakteristik Wilayah

Wilayah Kabupaten Seram Bagian Barat secara umum dikelompokkan menjadi 5 (lima) kawasan yaitu :

1. Kawasan pertanian lahan basah meliputi kecamatan Kairatu (Desa Waimital dan Waihatu) dan Kecamatan Seram Barat (Desa Kawa). Kawasan Lahan kering meliputi hampir seluruh wilayah Kecamatan Seram Barat, Taniwel dan Kecamatan Kairatu.
2. Kawasan Perikanan yaitu seluruh Kecamatan Waesala, Kecamatan Seram Barat (Eti, Kaibobo, Ariate) dan Kecamatan Huamual.
3. Kawasan Pemukiman meliputi hamparan dari Piru-Eti dataran Huamual di

Kecamatan Seram Barat dan Dataran Waeruapa di Kecamatan Kairatu yang menghubungkan Pulau Seram dan Kota Provinsi serta Pulau-pulau sekitarnya.

4. Kawasan Pegunungan meliputi Kecamatan Kairatu dan Hunitetu (Desa Hunitetu, Rambatu, Rumberu, Manusa, Hukuanakota, Huku kecil, Watui, Abio, Buria, Riring dan Ahiolo, Lohiasapalewa, Neniari, Rumahsoal, Laturake) yang merupakan potensi pengembangan komoditi dataran tinggi (Sayuran, buah-buahan)
5. Kawasan Pantai yaitu meliputi hampir seluruh kecamatan dengan potensi budidaya Perikanan dan Pariwisata

5.1.2. Distribusi Penduduk Menurut Umur dan Pendidikan

1. PENDIDIKAN

Berdasarkan Indeks Kesejahteraan Rakyat (INKESRA) Tahun 2010, Angka Melek Huruf Kabupaten Seram Bagian Barat adalah 98,2 persen, dimana hanya terdapat 1,8 persen saja masyarakat yang buta aksara. Rata-rata lama usia bersekolah di Kabupaten Seram Bagian Barat adalah 8,23 (delapan koma dua tiga) tahun dari jumlah penduduk.

Tabel 5.1. Kondisi Pendidikan di Kabupaten Seram Bagian Barat

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah Sekolah	Jumlah Murid	Jumlah Guru	Rasio Murid terhadap Guru
1.	Taman Kanak-Kanak	33	1.146	109	10,51
2.	SD/MI	210	32.236	2.398	13,44
3.	SLTP/MI	70	10.628	777	13,68
4.	SMU/MA/SMK	39	6.738	725	9,29
JUMLAH		352	50.748	4.009	12,66

Sumber : Seram Bagian Barat Dalam Angka Tahun 2010

a. Angka Melek Huruf (AMH)

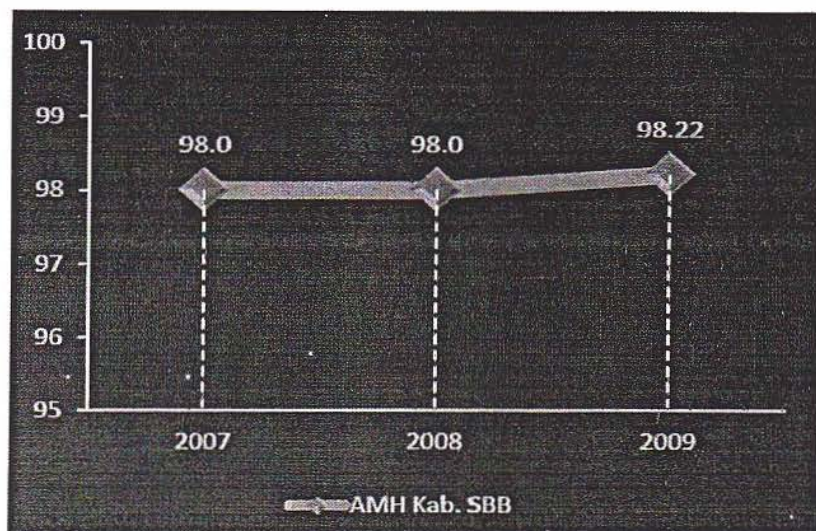
AMH penduduk 15 tahun ke atas, merefleksikan *out come* pendidikan dasar sebagai ukuran efektifnya sistem pendidikan sejak 10 tahun terakhir. Angka Melek Huruf (AMH) dapat digunakan untuk mengukur keberhasilan program pendidikan,

- Sebab langsung yang mempengaruhi AMH adalah ketersediaan sarana belajar mengajar di masyarakat seperti sekolah, koran, radio, televisi, media massa lainnya.
- Sebab tidak langsung yang mempengaruhi AMH adalah status sosial ekonomi yang rendah dan kurangnya kesadaran masyarakat akan arti dan makna melek huruf.

Secara umum dapat dilihat dalam periode 2007-2009, AMH di Kabupaten Seram Bagian Barat memiliki persentase yang cukup baik, persentase AMH konstan pada angka 98 persen (2007-2008) kemudian mengalami peningkatan sebesar 0,22 persen (2009). Walaupun telah mencapai 98,22 persen, jika melihat rasio AMH pada tahun 2008-2009, masih kurang dari 100, artinya AMH perempuan lebih kecil dari AMH laki-laki. Hal ini menandakan bahwa masih terjadi ketimpangan melek huruf antara laki-laki dan perempuan. Jika dilihat perkembangan rasionya, 98,39 persen (2007) turun menjadi 97,43 persen (2008), ketimpangan ini merefleksikan adanya ketimpangan yang cukup signifikan pada out come pendidikan dasar antara laki-laki dan perempuan. Sehingga dapat dikatakan bahwa jika dilihat dari aspek pendidikan dasar, laki-laki lebih baik dibandingkan perempuan.

Untuk itu, secara umum program pemberantasan buta huruf/aksara harus terus dilakukan secara intensif dan menyeluruh sehingga dapat meningkatkan derajat pendidikan di Kabupaten Seram Bagian Barat. Sedangkan secara khusus, pemberantasan buta aksara (misalnya: melalui program Keaksaraan Fungsional dengan sertifikat (Surat Keterangan Melek Aksara) "SUKMA" dapat menjadi program andalan dan dapat lebih fokus kepada perempuan sehingga dapat mengurangi ketimpangan AMH dengan laki-laki. Dengan meningkatkan AMH perempuan, maka secara tidak langsung dapat turut memberdayakan penduduk perempuan Kabupaten Seram Bagian Barat untuk dapat memiliki kesempatan yang lebih baik dalam meraih peluang ekonomi maupun sosial.

Grafik 5.1 Perkembangan Angka Melek Huruf (AMH) di Kabupaten Seram Bagian Barat



Sumber : Indikator Kesejahteraan Rakyat Tahun 2010

b. Angka Partisipasi Kasar Sekolah

Sebagai akibat dari kebijakan Pemerintah Daerah tentang Pendidikan Gratis terlihat bahwa sejak tahun 2010 Angka Partisipasi Kasar (APK) di tingkat SD dan SMP serta SMA terlihat peningkatan APK yang cukup signifikan sejak tahun 2010, seperti yang terlihat pada table 5 dibawah ini.

Tabel 5.2. Angka Partisipasi Kasar (APK) di Kabupaten Seram Bagian Barat

Tahun	Presentase APK Pendidikan (%)		
	SD/Sederajat	SMP/Sederajat	SMA/Sederajat
2006	90,71	85,15	49,79
2007	90,28	90,02	53,89
2008	92,26	91,66	57,70
2009	97,57	95,65	64,56

Sumber : Dinas Pendidikan dan Olahraga Kab. Seram Bagian Barat Tahun 2010

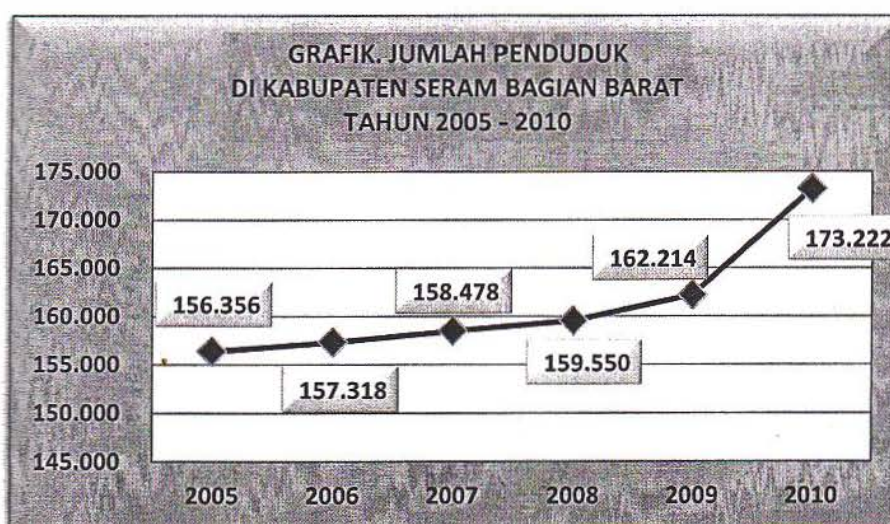
Perkembangan jumlah penduduk, laju pertumbuhan penduduk, laju pertumbuhan ekonomi/PDRB, di Kabupaten Seram Bagian Barat selama 5 tahun terakhir dapat di gambarkan sebagai berikut :

Tabel 5.3 Perkembangan Jumlah Penduduk

Tahun	Jumlah (Jiwa)
2005	156.356
2006	157.318
2007	158.478
2008	159.550
2009	162.214
2010	173.222

Sumber : BPS Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2010

Grafik 5.2 Jumlah Penduduk Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2005-2010



Tabel 5.4 Laju Pertumbuhan Penduduk Kabupaten

Tahun	Pertumbuhan Penduduk (%)
2005	2,42
2006	0,62
2007	0,74
2008	0,67
2009	1,67
2010	1,51

Seram Bagian Barat tahun 2005-2010

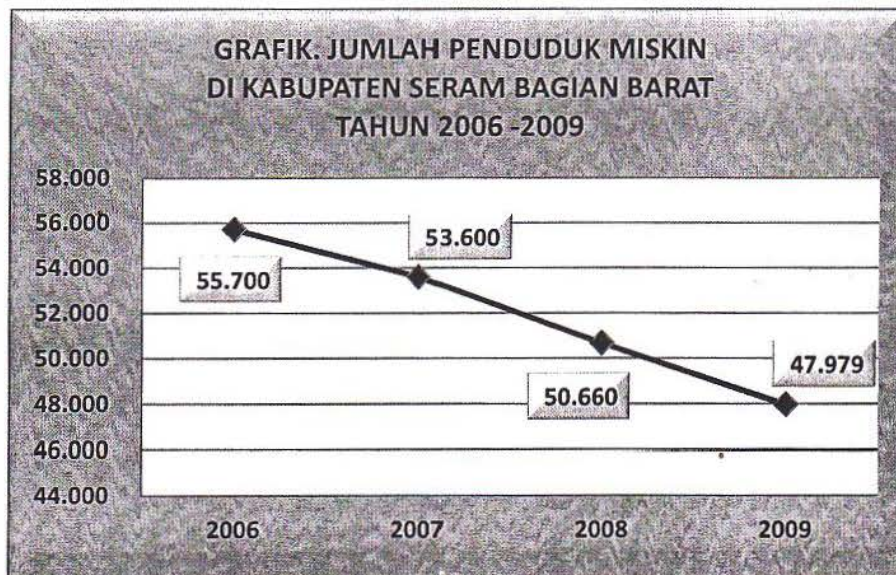
Sumber : BPS Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2010

Tabel 5.5 Perkembangan Penduduk Miskin Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2005-2010

Tahun	Penduduk Miskin (Jiwa)
2006	55.700
2007	53.600
2008	50.660
2009	47.979

Sumber : BPS Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2010

Grafik 5.3 Perkembangan Penduduk Miskin Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2006-2009



5.1.3.Keadaan Ekonomi

Selama tiga tahun terakhir sejak tahun 2007 sektor pertanian memberikan kontribusi terbesar terhadap PDRB Kabupaten Seram Bagian Barat. Selama tiga tahun sektor pertanian selalu menyumbang lebih dari 38 persen dari total keseluruhan nilai PDRB Kabupaten Seram Bagian Barat. Nilai tersebut menunjukkan bahwa selama tiga tahun dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2009 Kabupaten Seram Bagian Barat memiliki struktur perekonomian yang paling dominan di sektor pertanian. Selama tahun 2007 sampai dengan 2009, selain sektor pertanian, urutan selanjutnya setelah sektor petanian yang menyumbang PDRB Kabupaten Seram Bagian Barat paling besar adalah sektor perdagangan, hotel, dan restoran, serta

sektor industri pengolahan. Selanjutnya disusul oleh sektor jasa. Kemudian sektor pengangkutan, dan komunikasi diurutan berikutnya.

Tabel 5.6
Distribusi Presentase PDRB Kabupaten Seram Bagian Barat
Atas Dasar Harga Berlaku Menurut Lapangan Usaha
Tahun 2007 – 2009 (Persen)

Lapangan Usaha	2007	2008	2009
(1)	(4)	(5)	(6)
I. Pertanian	38,78	39,04	38,51
II. Pertambangan dan Penggalian	0,79	0,81	0,85
III. Industri Pengolahan	18,17	17,40	17,45
IV. Listrik Gas dan Air Bersih	0,45	0,44	0,40
V. Bangunan	0,81	0,84	0,87
VI. Perdagangan Hotel dan Restoran	24,06	24,68	24,95
VII. Pengangkutan dan Komunikasi	5,68	5,67	5,64
VIII. Keuangan, Persewaan dan Jasa Perusahaan	1,74	1,76	1,75
IX. Jasa Jasa	9,51	9,36	9,59
PDRB	100,00	100,00	100,00

Sumber : Indikator Ekonomi Kab. Seram Bagian Barat Tahun 2009

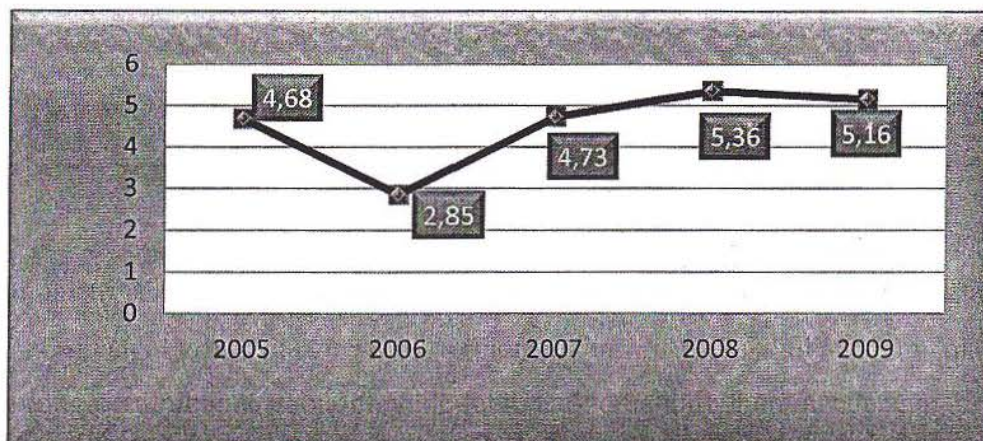
Pada tahun 2009 sektor pertanian menyumbang 38,51 persen dari seluruh nilai PDRB Kabupaten Seram Bagian Barat atau menyumbang sebesar 204,92 milyar rupiah. Dari lima subsektor yang ada pada sektor pertanian, subsektor tanaman perkebunan dan subsektor tanaman bahan makanan merupakan dua subsektor yang memberikan kontribusi paling besar di tahun 2009, masing-masing sebesar 13,21 persen dan 11,89 persen. Yang termasuk tanaman perkebunan adalah kelapa, cengkeh, pala, coklat, kopi, jambu mete, dan tanaman lain yang sejenis. Sementara itu yang termasuk tanaman bahan makanan adalah padi, jagung, ketela pohon, ketela rambat, kacang tanah, kentang, sayur-sayuran, buah-buahan dan tanaman lain yang sejenis. Berdasarkan nilai dari distribusi persentase nilai PDRB atas dasar harga berlaku, tanaman-tanaman tersebut yang paling banyak diproduksi di Kabupaten Seram Bagian Barat.

5.1.4 Pertumbuhan Ekonomi

Pertumbuhan ekonomi Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2009 yang ditunjukkan oleh PDRB atas dasar harga konstan sebesar 5,16 persen. Hal ini

menunjukkan semakin meningkatnya kondisi ekonomi di Kabupaten Seram Bagian Barat. Dengan Pertumbuhan yang terjadi tahun 2009 ini diharapkan mampu mendorong pertumbuhan ekonomi yang lebih baik di tahun-tahun mendatang.

Grafik 5.4.
Laju Pertumbuhan Ekonomi
Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2005 - 2009



Jika dilihat persektor, pada tahun 2009, sebagian besar sektor perekonomian mengalami pertumbuhan yang positif. Pertumbuhan yang paling tinggi secara berurutan adalah pada sektor bangunan sebesar 10,31 persen. Sektor bangunan memiliki pertumbuhan yang tinggi disebabkan banyaknya pembangunan dibidang konstruksi. Pembangunan konstruksi di Kabupaten Seram Bagian Barat didominasi oleh pembangunan infrastruktur pemerintahan daerah. Kemajuan di sektor bangunan selalu diikuti oleh kebutuhan materiil konstruksi, hal ini tercermin pada pertumbuhan sektor pertambangan dan penggalian sebesar 9,28 persen, yang tumbuh pada urutan kedua setelah sektor bangunan, kemudian urutan ketiga yaitu sektor jasa yang tumbuh sebesar 6,47 persen. Selanjutnya urutan keempat yaitu sektor perdagangan, hotel, dan restoran yang tumbuh sebesar 6,03 persen. Sektor keuangan, persewaan, dan jasa menempati urutan kelima, dengan pertumbuhan sebesar 5,78 persen. Sektor lain yang tumbuh positif adalah sektor pengangkutan dan komunikasi, sektor pertanian, dan sektor industri pengolahan.

5.1.5. Fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Seram Bagian Barat

Jumlah penduduk di Kabupaten Seram Bagian Barat 192.582 yang di layani dengan 1 rumah sakit yang terletak di ibukota kabupaten sebagai rujukan 15

puskesmas dalam 9 kecamatan atau setiap kecamatan terdapat 2 puskesmas. Jumlah fasilitas kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat sebagaimana pada tabel 5.5 berikut:

Tabel 5.7. Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2010

PELAYANAN KESEHATAN	PEMDA	SWASTA	JUMLAH
1 RUMAH SAKIT UMUM	1		1
2 RUMAH SAKIT JIWA			-
3 RUMAH SAKIT BERSALIN			-
4 RUMAH SAKIT KHUSUS LAINNYA			-
5 PUSKESMAS PERAWATAN	5		5
6 PUSKESMAS NON PERAWATAN	10		10
7 PUSKESMAS KELILING	25		25
8 PUSKESMAS PEMBANTU	58		58
9 RUMAH BERSALIN			-
10 BALAI PENGOBATAN/KLINIK		1	1
11 PRAKTIK DOKTER BERSAMA			-
12 PRAKTIK DOKTER PERORANGAN		4	4
13 PRAKTIK PENGOBATAN TRADISIONAL			-
14 POSKESDES	91		91
15 POSYANDU	202		202
16 APOTEK	4		4
17 TOKO OBAT	15		15
18 GFK	2		2
19 INDUSTRI OBAT TRADISIONAL			-
20 INDUSTRI KECIL OBAT TRADISIONAL			-

Sumber data : Profil DinKes Kab SBB th 2010

Rasio puskesmas terhadap penduduk tidak dapat diperhitungkan oleh karena persebaran penduduk ada pada tiap desa yang terletak di pulau-pulau kurang terdata dengan baik. Dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, sasaran penduduk yang dilayani oleh satu unit Puskesmas rata-rata 13.026 penduduk, maka dapat dikatakan bahwa jumlah Puskesmas yang ada sudah tercukupi.

5.1.6 . Sarana Kesehatan Bersumber daya Masyarakat

Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) adalah Posyandu, Desa Siaga dan Poskesdes. Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang paling dikenal di masyarakat, dengan lima program prioritas, yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, imunisasi, dan penanggulangan diare. Untuk memantau perkembangannya, Posyandu dikelompokkan ke dalam 4 strata, yaitu Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama, dan Posyandu Mandiri. Pada tahun 2010 sebanyak 202 unit posyandu, 43 Posyandu dengan strata Pratama, Strata Madya 67, Strata Purnama 92 posyandu.

5.1.7. Tenaga Kesehatan

Gambaran situasi ketersediaan tenaga kesehatan yang bekerja di sektor kesehatan pada tahun 2011 terlihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.8. Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2010

No	Tenaga Kesehatan	Puskesmas	RSUD	DinKes	Jumlah
1	Dokter Spesialis	0	1	1	2
2	Dokter Umum	13	6	2	21
3	Dokter Gigi	8	1	0	9
4	D3 Kebidanan	18	4	1	23
5	Bidan	72	4	1	77
6	SI Keperawatan	3	0	1	4
7	Perawat	220	26	6	252
8	Sarjana Apoteker	1	2	1	4
9	SAA	0	0	0	0
10	D1-D3 Gizi	15	3	3	21
11	Analisis Lab	0	1	0	1
12	Tem-Ro	0	0	0	0
13	Anestesi	0	0	0	0
14	Fisioterapi	0	0	0	0
15	Sarjana Kes Mas	0	2	4	6
16	D3 Kesmas	0	0	0	0
17	Sanitasi	11	4	5	20

Sumber data : Profil DinKes Kab SBB th 2010

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat (Puskesmas, RSUD dan Dinas Kesehatan) pada tahun 2010 adalah 440 orang, dengan jumlah Dokter Spesialis 2 orang, Dokter Umum 21 orang, Dokter Gigi 9 orang, D3 Kebidanan 23 orang, dan jumlah tenaga kesehatan terbanyak yaitu perawat dengan total 252 orang.

5.1.8. Capaian Program Kesehatan di Kabupaten SBB Tahun 2010

Tabel 5.9. Cakupan Program Kesehatan Tahun 2010

Kategori	Target		Capaian	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Pelayanan kesehatan dasar				
Kunjungan ibu hamil K4	4.841	100	3.675	76
Komplikasi kebidanan yang ditangani	...	...	.....	...
Pertolongan persalinan oleh nakes/linakes	4.489	100	2.756	61
Pelayanan nifas	4.481	100	3.237	72
Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	3.620	100	2.855	79
Kunjungan bayi	4.334	100	1.649	38
Desa/kelurahan UCI	183	100	97	53
Pelayanan anak balita	...	...	.....	...
PMP-ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin	...	...	.....	...
Balita gizi buruk mendapat perawatan	9626	100	8	0.9
Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat	...	...	....	...
Peserta KB aktif	36.955	100	3.078	8
Penemuan dan penanganan penderita penyakit				
AFP rate per 100.000 penduduk	...	...	...	...
Pneumonia balita	...	...	7.059	...
Pasien baru TB BTA positif	331	100	258	78
DBD	...	...	27.387	...
Diare	552	100	552	100
Pasien masyarakat miskin	...	...	...	...
Pelayanan kesehatan rujukan dasar (rwt Jalan)			....
Pasien masyarakat miskin Rawat Inap	...	...	....	...
Pelayanan gawat darurat level I	...	...	...	...
Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB				
Desa/kelurahan terkena KLB ditangani < 24 jam	...	...	...	...

Sumber Profil DinKes Kab SBB tahun 2010

5.2. PETA PEMBIAYAAN KABUPATEN SERAM BAGIAN BARAT

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

Sumber Data

Data yang digunakan berasal dari beberapa SKPD/instansi di lingkup Pemerintah Kabupaten Seram Bagian Barat yakni sbb:

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

5.2.1. Peta Pembiayaan Berdasarkan Sumber Anggaran

Sumber pembiayaan yang dimaksudkan disini adalah suatu institusi yang menyediakan pembiayaan kesehatan. Sumber pembiayaan di maksudkan bisa dari pemerintah atau swasta sebagaimana penyedia tersebut. Beberapa negara sumber pembiayaan kesehatan juga berasal dari komunitas/masyarakat yang berbadan hukum. Tabel berikut disampaikan sumber pembiayaan di Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2011.

Tabel 5.10. Belanja Kesehatan berdasarkan Sumber Pembiayaan Tahun 2011

Sumber Pembiayaan (SB)	Total	%	Per Kapita(US\$/Thn)
1 Pemerintah	29,016,267,573	73.7	28.40
SB 1.1.1 APBN	5,833,563,856	14.8	
SB 1.2.1 APBD Propinsi	43,137,578	0.1	
SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	23,139,566,139	58.8	
2 Non Pemerintah	10,359,726,085	26.3	10.14
SB 2.1 Donor/Hibah	251,745,750	0.6	
SB 2.4 Rumah Tangga	10,107,980,335	25.7	
Grand Total	39,375,993,658	100.0	38.53

Hasil Perhitungan DHA data anggaran yang terdiri dari berbagai institusi pemerintah dan swasta di Kabupaten Seram Bagian Barat terlihat bahwa sumber anggaran terbesar dari pemerintah yaitu Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) 58,8%, sumber anggaran dari swasta atau non Pemerintah 26,3% terhadap total anggaran kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat. Apabila dihitung dengan jumlah penduduk maka anggaran perkapita \$ US \$28.40, WHO menyatakan bahwa

anggaran kesehatan yang ideal untuk menjamin terselenggaranya program/pelayanan kesehatan esensial sebesar US \$46/perkapita.

Dalam tabel 5.9 tertulis Anggaran rumah tangga, yaitu anggaran yang didapatkan dari pengeluaran langsung rumah tangga untuk pembiayaan kesehatan sebesar 25,7%, yaitu biaya asuransi kesehatan, biaya kesehatan untuk pelayanan di puskesmas (rawat inap dan rawat jalan) yang di hitung berdasarkan tarif puskesmas rawat inap dan rawat jalan, dan biaya rumah tangga yang di keluarkan untuk pelayanan di rumah sakit . Hasil perhitungan biaya rumah tangga tersebut di dapatkan sebagaimana pada tabel 5.10 berikut.

Tabel 5.11. Belanja Kesehatan Rumah Tangga Kabupaten Seram Bagian Barat, Susenas 2010

	Item Belanja Rumah Tangga	Estimasi Belanja
1	Asuransi Kesehatan	52.745.480
2	Total Belanja Kesehatan (excl'd Askes)	6.258.967.613
3	Rawat Jalan Puskesmas	2.335.680.000
4	Rawat Inap Puskesmas	66.900.000
5	Belanja ke RSUD*	6.206.180.989
6	Belanja ke fasilitas kesehatan swasta (2- 3 - 4 - 5)	2.856.387.613
	Total Belanja Kesehatan (1 + 2)	3.201.757.216

Tabel diatas menunjukkan bahwa realisasi pembiayaan yang terbanyak adalah pelayanan rawat jalan di puskesmas, dengan jenis kegiatan adalah kegiatan individual atau kuratif. Begitu pula dengan pelayanan rawat inap. Dengan demikian visi Indonesia yaitu kemandirian kesehatan bagi masyarakat untuk kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2011 belum terlaksanakan.

Estimasi belanja rumah tangga ini di hitung berdasarkan belanja masyarakat yang di keluarkan untuk kesehatan, melalui perkalian jumlah pasien rawat inap dan rawat jalan di puskesmas dan rumah sakit dengan satuan biaya rumah sakit/puskesmas.

5.2.2. Peta Pembiayaan Berdasarkan Pengelola Anggaran

Tabel-5.12. Belanja Kesehatan Menurut Pengelola Anggaran Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun

Pengelola Anggaran (PA)	Total	%
1 Pemerintah	29,208,013,323	74.2
PA 1.2 Pemerintah Provinsi/Dinkes	233,264,000	0.6
PA 1.3.01 Dinas Kesehatan	19,553,301,834	49.7
PA 1.3.02 Puskesmas	2,524,672,500	6.4
PA 1.3.03 RSUD	6,206,180,989	15.8
PA 1.3.08 BPMD	120,778,000	0.3
PA 1.3.12 Pemberdayaan Perempuan dan KB	569,816,000	1.4
2 Semi Pemerintah	60,000,000	0.2
PA 2.1 PT Askes	60,000,000	0.2
3 Non Pemerintah	10,107,980,335	25.7
PA 3.1 Perusahaan Asuransi Kesehatan	61,932,105	0.2
PA 3.4 Rumah Tangga	1,329,281,250	3.4
PA 3.5 Penyedia Pelayanan Lainnya	8,716,766,980	22.1
Grand Total	39,375,993,658	100.0

Hasil perhitungan DHA diatas, pengelolaan anggaran terbanyak di dominasi oleh pemerintah (74,2%), anggaran yang di kelola non pemerintah yaitu rumah tangga meliputi anggaran asuransi kesehatan swasta, biaya rawat inap dan rawat jalan yang dikeluarkan oleh rumah tangga.

5.2.3. Peta Pembiayaan Berdasarkan Penyedia Layanan

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

Tabel-5.13. Belanja Kesehatan Menurut Penyedia Layanan Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011

Penyedia Pelayanan (PL)	Total	%
1 Pemerintah	30,597,294,573	77.7
PL 1.3.1 Dinas Kesehatan	17,539,634,400	44.5
PL 1.3.2 RSUD	6,656,274,923	16.9
PL 1.3.3 Puskesmas	5,710,791,250	14.5
PL 1.6 Faskes Pemerintah Lainnya	690,594,000	1.8
2 Non Pemerintah	8,716,766,980	22.1
PL 2.1 Faskes Milik swasta/ LSM/ Yayasan	8,716,766,980	22.1
3 Tidak Jelas	61,932,105	0.2
PL 3 Tidak Jelas (Tidak dirinci)	61,932,105	0.2
Grand Total	39,375,993,658	100.0

Dari tabel 5.13 menunjukkan 77,7 % penyedia layanan dari seluruh pembiayaan di Kabupaten

Seram Bagian Barat dari unsur pemerintah yaitu Dinas Kesehatan, RSUD dan Puskesmas. Dan 22,1 % penyedia layanan non Pemerintah yaitu Fasilitas Kesehatan Swasta dan terdapat 0,2% tidak terdeteksi secara jelas dari penyedia layanan lain.

5.2.4. Peta Pembiayaan Berdasarkan Jenis Kegiatan

Pada dasarnya jenis kegiatan tersebut terbagi menjadi 2 yaitu jenis kegiatan langsung dan jenis kegiatan tidak langsung, kegiatan langsung di maksud adalah tindakan-tindakan yang mempunyai intervensi secara langsung. Disebut kegiatan tidak langsung karena kegiatan tersebut hanya bersifat menunjang, karena kegiatan bersifat menunjang sepantasnya lebih rendah dari kegiatan pokok. kegiatan langsung dapat di bedakan antara kegiatan kesehatan masyarakat dan kegiatan individual. Dalam kasus ini kegiatan langsung nilainya lebih rendah dari kegiatan penunjang. Belanja menurut Jenis Kegiatan di Kabupaten Seram Bagian Barat terbagi dalam 4 kriteria, yaitu belanja kegiatan yang bersifat tidak langsung (47,9%) , belanja dengan jenis kegiatan langsung 52,1%, sebagai berikut.

Tabel 5.14 Belanja Kesehatan Menurut Jenis Kegiatan Kabupaten SBB Tahun 2011

Jenis Kegiatan / Fungsi (JK)	Total	%
1 Tidak Langsung	18,871,316,039	47.9
JK 1.1 Manajerial dan koordinasi	12,149,521,073	30.9
JK 1.2 Peningkatan Kapasitas Personil (Diklat)	144,915,000	0.4
JK 1.3 Perencanaan dan Penganggaran Program	91,400,000	0.2
JK 1.4 Pengelolaan Program	36,120,000	0.1
JK 1.5 Monitoring dan Pelaporan	23,605,000	0.1
JK 1.6 Evaluasi	27,000,000	0.1
JK 1.7 Peningkatan Kesejahteraan Pegawai	3,887,923,766	9.9
JK 1.8 Pengadaan dan Pemeliharaan Alat Non Medis	2,510,831,200	6.4
2 Langsung	20,504,677,619	52.1
JK 2.1 Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat	8,021,336,800	20.4
JK 2.1.03 Pengambilan sampel	45,700,000	0.1
JK 2.1.04 Pendataan Sasaran	24,803,500	0.1
JK 2.1.08 Supervisi dan Bimbingan Teknis	22,390,000	0.1
JK 2.1.10 Pemantauan Kasus	15,775,000	0.0
JK 2.1.11 Pelaksanaan Program	3,116,477,250	7.9
JK 2.1.12 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	12,750,000	0.0
JK 2.1.14 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	4,783,441,050	12.1
JK 2.2 Kegiatan Program Kesehatan Individual	12,483,340,819	31.7
JK 2.2.2 Pelayanan Kesehatan	12,049,510,819	30.6
JK 2.2.6 Pelayanan Transfusi Darah	600,000	0.0
JK 2.2.8 Kegiatan Individu Langsung Lainnya	433,230,000	1.1
Grand Total	39,375,993,658	100.0

5.2.5. Peta Pembiayaan Berdasarkan Mata Anggaran

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

Dari jumlah anggaran yang tersedia 83,6 % digunakan untuk operasional, 16,2% digunakan untuk pembelian investasi, dan 0,2% untuk pemeliharaan. Kegiatan terbesar di dinas kesehatan masih sangat besar di operasional dimana gaji dan biaya operasional lainnya masih sangat tinggi yaitu sebesar 38% dan 31,8%. Investasi pada pembiayaan kesehatan sebesar 16,2% sudah cukup baik. Diharapkan di waktu yang akan datang investasi terus mengalami penurunan dan di alokasikan pada kegiatan operasional yang bersifat langsung untuk menunjang program utama kesehatan di kabupaten Seram Bagian Barat guna untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayah tersebut.

Tabel-5.15. Belanja Kesehatan Menurut Mata Anggaran Kabupaten SBB Tahun 2011

Mata Anggaran (MA)	Total	%
1 Investasi	6,398,291,200	16.2
MA 1.2 Bangunan/Konstruksi	1,991,267,200	5.1
MA 1.3 Pengadaan Alat Non-Medis	506,124,000	1.3
MA 1.4 Pengadaan Alat medis	3,900,900,000	9.9
2 Operasional	32,903,499,189	83.6
MA 2.1 Gaji	14,961,806,221	38.0
MA 2.2 Honorarium	367,937,489	0.9
MA 2.3 Obat dan Bahan Medis	2,388,425,054	6.1
MA 2.4 Bahan Non-Medis	181,982,118	0.5
MA 2.5 Perjalanan	1,541,546,245	3.9
MA 2.6 Akomodasi	924,532,076	2.3
MA 2.7 Utilities (Telepon, Listrik, Air)	12,000,000	0.0
MA 2.8 Biaya Operasional Lainnya	12,525,269,986	31.8
3 Pemeliharaan	74,203,269	0.2
MA 3.2 Gedung/Konstruksi	8,458,769	0.0
MA 3.3 Pemeliharaan Alat Non-Medis	65,744,500	0.2
Grand Total	39,375,993,658	100.0

5.2.6. Peta anggaran berdasarkan Program Kegiatan

Pada tabel berikut menggambarkan jumlah pembiayaan yang di dimanfaatkan untuk program masyarakat, program upaya kesehatan perorangan dan program penunjang atau capacity building

Tabel-5.16. Belanja Kesehatan Menurut Program Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011

Program (PR)	Total	%
1 Kesehatan Masyarakat	3,604,537,283	9.2
PR 1.01 KIA	1,267,491,150	3.2
PR 1.02 Gizi	663,913,875	1.7
PR 1.03 Imunisasi	408,291,354	1.0
PR 1.05 Malaria	251,745,750	0.6
PR 1.12 KB	28,302,291	0.1
PR 1.13 UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)	46,061,769	0.1
PR 1.15 Kesehatan Lingkungan	110,827,189	0.3
PR 1.16 Promosi Kesehatan	379,117,814	1.0
PR 1.18 Surveilans	325,306,140	0.8
PR 1.19 Program Kesehatan Masyarakat Lainnya	123,479,951	0.3
2 Upaya Kesehatan Perorangan	12,527,341,319	31.8
PR 2.1 Pelayanan Rawat Jalan	1,674,564,500	4.3
PR 2.2 Pelayanan Rawat inap	1,141,225,250	2.9
PR 2.3 Pelayanan Rujukan	433,230,000	1.1
PR 2.4 Pengobatan Umum (tidak jelas PR 2.1- 2.3)	8,863,417,835	22.5
PR 2.5 Jaminan Kesehatan	414,903,734	1.1
3 Capacity Building	23,244,115,056	59.0
PR 3.1 Administrasi & Manajemen	16,040,768,937	40.7
PR 3.3 Capacity Building	3,905,000	0.0
PR 3.4 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur	6,349,659,469	16.1
PR 3.6 Obat dan Perbekalan Kesehatan	838,540,550	2.1
PR 3.7 Administrasi Jaminan Kesehatan	11,241,100	0.0
Grand Total	39,375,993,658	100.0

Dari data tersebut terlihat bahwa dari jumlah pembiayaan kesehatan Rp. 39,375,993,658, yang di manfaatkan untuk Upaya Kesehatan masyarakat sebesar 9,2%, program upaya kesehatan perorangan 31,8% dan selebihnya 59,0 di gunakan untuk penunjang. Dalam program penunjang ini terbesar digunakan untuk Adminitrasi dan Manajemen 40,7% dan pengadaan/infrastruktur 16,1%. Anggaran kesehatan di kabupaten Seram Bagian Barat perlu di tingkatkan pada program Upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Dalam program tersebut sangat penting karena semua kegiatannya bersifat opsional langsung. Program program penunjang yang didalamnya ada adminitrasi manajemen dan lainnya perlu diturunkan supaya bisa nmemberikan subsidi anggaran untuk program yang lebih utama dengan catatan tidak mempengaruhi kinerja dari dinas kesehatan.

5.2.7. Peta Anggaran Berdasarkan Jenjang Kegiatan

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

Tabel-5.17. Belanja Kesehatan Menurut Jenjang Kegiatan Kabupaten SBB Tahun 2011

Jenjang Kegiatan (JJ)	Total	%
JJ 1 Pusat	66,620,000	0.2
JJ 2 Provinsi	269,734,000	0.7
JJ 3 Kabupaten	32,834,064,908	83.4
JJ 4 Kecamatan/Puskesmas	5,992,851,750	15.2
JJ 5 Desa/Keurahan/masyarakat	212,723,000	0.5
Grand Total	39,375,993,658	100.0

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa jenjang kegiatan masih di dominan oleh kabupaten (83,4%) hal ini menunjukkan adanya desentralisasi bidang kesehatan, untuk pusat 0,2% , Propinsi 0,7% dan Kecamatan 15,2%.

5.2.8. Peta Anggaran Berdasarkan Penerima Manfaat

Tabel-5.18. Belanja Kesehatan Menurut Penerima Manfaat Kabupaten SBB Tahun 2011

No	Penerima Manfaat	Jumlah Belanja	%
PM.1. < 1 thn (Bayi)	< 1 thn (Bayi)	692,993,824	1.8
PM.2. 1 - 4 thn (Balita)	1 - 4 thn (Balita)	2,328,111,475	5.9
PM.3. 5 - 12 thn (u sekolah)	5 - 12 thn (u sekolah)	1,415,947,213	3.6
PM.4. 13 - 18 thn (Remaja)	13 - 18 thn (Remaja)	872,973,617	2.2
PM.5. 19 - 64 thn (Produktif)	19 - 64 thn (Produktif)	5,377,487,606	13.7
PM.6. 65 + thn (Lansia)	65 + thn (Lansia)	5,328,809,569	13.5
PM.7. Semua umur (Pasti)	Semua umur (Pasti)	23,359,670,355	59.3
Grand Total		39,375,993,658	100.0

Penerima manfaat terbesar pada kategori semua umur pasti. Nilai investasi pemerintah pada SDM adalah pada usia < 1 th sampai dengan remaja yang dalam kondisi ini pembiayaan untuk usia tersebut masih rendah yaitu sebesar 13,7%. Sehingga untuk penerima manfaat tersebut diharapkan dapat ditingkatkan agar Human Development Index naik guna sebagai modal pembangunan masa depan.

5.2.9. PETA PEMBIAYAAN BERDASARKAN MASALAH SPESIFIK

Sebagaimana pada bab terdahulu, dari hasil profil Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2011 selain permasalahan TB paru, HIV-AIDS dan Malaria dalam mendukung MDGs 2015 masih terdapat permasalahan yang menjadi perhatian yaitu program bina gizi dan program Kesehatan Ibu dan Anak.

Sumber pembiayaan program Kesehatan ibu anak sebagian besar didapatkan dari APBN melalui dana BOK, setelah di distribusikan dalam mata anggaran terlihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.19 Peta Pembiayaan berdasarkan program/masalah kesehatan spesifik di Kabupaten Seram Bagian Barat (program kesehatan ibu dan anak)

Program (PR)	Mata Anggaran (MA)	Total	%
PR 1.01 KIA	MA 2.2 Honorarium	300,000	0.02%
	MA 2.3 Obat dan Bahan Medis	1,108,142,650	87.43%
	MA 2.4 Bahan Non-Medis	2,468,500	0.19%
	MA 2.5 Perjalanan	86,405,000	6.82%
	MA 2.6 Akomodasi	70,175,000	5.54%
Grand Total		1,267,491,150	100%

Pada dasarnya jenis kegiatan tersebut pada program KIA sebagian besar dananya bersumber dari dana bantuan operasional kesehatan. Dalam kasus ini kegiatan program Kia mayoritas penggunaan anggarannya lebih banyak terfokus pada pengadaan obat dan Bahan medis sebesar 87,43% dari total anggaran KIA di kabupaten seram Bagian Barat.

Tabel 5.20 Peta Pembiayaan Program KIA di Kabupaten Seram Bagian Barat

Program (PR)	Sumber Pembiayaan (SB)	Total	%
PR 1.01 KIA	SB 1.1.1 APBN	1,242,687,650	98%
	SB 1.3.1 APBD Kabupaten/Kota	24,803,500	2%
Grand Total		1,267,491,150	100%

Sebagaimana yang tertulis dalam profil kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2011, dimana program kesehatan ibu dan anak merupakan program spesifik yang akan di lakukan sampai dengan tahun 2015. Dari data pembiayaan yang di kompilasi, jumlah biaya untuk program kesehatan ibu dan anak tahun 2011 Rp. 1,267,491,150,- . sebagian besar sumber biaya berasal dari APBN(Bantuan Operasional Kesehatan) sebesar 98%, disini terlihat kurang adanya perhatian dari

pemerintah daerah setempat terhadap pembangunan generasi penerus bangsa. Karena ketika ada suatu dana yang seharusnya menjadi supplement bagi kegiatan tersebut yang diharapkan untuk meningkatkan capaian yang di inginkan malah ditarik dan di alokasikan yang lain

Tabel 5.21 Peta Pembiayaan Program Gizi di Kabupaten Seram Bagian Barat

Program (PR)	Mata Anggaran (MA)	Total	%
PR 1.02 Gizi	MA 2.2 Honorarium	2,440,000	0.37
	MA 2.4 Bahan Non-Medis	8,043,750	1.21
	MA 2.5 Perjalanan	53,085,000	8.00
	MA 2.6 Akomodasi	600,345,125	90.43
Grand Total		663,913,875	100

Hasil perhitungan DHA diatas, pengelolaan anggaran terbanyak untuk program Gizi di dominasi oleh mata anggaran akomodasi sebesar 90,43%, pada kegiatan program Gizi tersebut belum mencerminkan kegiatan operasional langsung karena sebagian besar penerima manfaat dari anggaran program gizi tidak langsung diterima.

Tabel 5.22 Pembiayaan Kesehatan ditinjau dari Mata Anggaran dan Jenis Kegiatan

Mata Anggaran	Tidak Langsung	%	Langsung	%	Total	%
Investasi	2,497,391,200	6.3%	3,900,900,000	9.91%	6,398,291,200	16.2%
Operasional	16,308,180,339	41.4%	16,595,318,850	42.15%	32,903,499,189	83.6%
Pemeliharaan	65,744,500	0.2%	8,458,769	0.02%	74,203,269	0.2%
Total		47.93%		52.07%	39,375,993,658	100%

Dari data tersebut terlihat bahwa dari jumlah pembiayaan kesehatan Rp. 39,375,993,658, yang di dimanfaatkan untuk biaya operasional tidak langsung sebesar 41,4%, biaya operasional langsung sebesar 42,15%, selebihnya di gunakan untuk pemeliharaan dan investasi. Dalam pembiayaan program kesehatan di kabupaten Seram Bagian Barat terlihat masih belum berbasis kinerja, karena pembiayaan masih terfokus pada kegiatan operasional tidak langsung dimana hampir 53% digunakan untuk kegiatan tidak langsung. Dinas kesehatan selaku pelaksana program kesehatan yang yang paling dominan di kabupaten Seram Bagian Barat perlu untuk segera membenahi system pembiayaan kesehatan di daerah tersebut dengan me Realokasi pembiayaan program kesehatan dengan mendahulukan program unggulan yang

menjadi sasaran utama di kabupaten tersebut dan lebih banyak bersifat operasional langsung.

BAB VI

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1. KESIMPULAN

- 1) Tidak tersedia Profil Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 yang akurat sehingga menggunakan data tahun 2010.
- 2) Belanja kesehatan sebagian besar bersumber dari pemerintah, APBD Kabupaten Seram Bagian Barat menjadi sumber utama dalam beianza kesehatan tahun 2011.
- 3) Kabupaten Seram Bagian Barat belum memiliki anggaran yang cukup untuk melakukan kegiatan di bidang kesehatan, karena biaya kesehatan perkapita kabupaten Sebesar US\$ 28,40/kapita.
- 4) Sebagian besar belanja kesehatan di Kabupaten Seram Bagian Barat Pengelola Anggaran pemerintah, utamanya adalah Dinas Kesehatan Kabupaten dan Rumah Sakit Umum Daerah.
- 5) Sebagian besar belanja kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat Penyedia Layanan disediakan oleh pemerintah, sebagian besar adalah dinas kesehatan kabupaten dan Rumah Sakit Umum Daerah.
- 6) Belanja Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat pemanfaatan pada dimensi Jenjang kegiatan hampir sama proporsinya antara kegiatan langsung dengan kegiatan langsung.
- 7) Belanja Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat pemanfaatan pada dimensi Jenjang kegiatan, Belanja kesehatan masih banyak dimanfaatkan untuk Manajerial dan kordinasi.
- 8) Belanja Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat pemanfaatan pada dimensi Mata Anggaran, Belanja kesehatan masih banyak dimanfaatkan untuk operasional terutama terbesar pada pembayaran gaji pegawai.
- 9) Biaya operasional di Kabupaten Seram Bagian Barat di bidang kesehatan untuk sektor pengeluaran rumah tangga sangat tinggi hampir mendekati belanja gaji selama satu tahun.

- 10) Belanja Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat pemanfaatan pada dimensi Program, Belanja kesehatan masih banyak dimanfaatkan untuk capacity building terutama terbesar pada Adminitrasi dan Manajemen.
- 11) Program-program esensial yang berkaitand dengan kesehatan masyarakat termasuk di dalamnya program terkait MDGs masih belum mendapatkan anggaran yang cukup dan jauh dibawah rata-rata .
- 12) Belanja kesehatan masih belum banyak dipakai untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat yang lebih cenderung ke pembangunan modal masa depan bangsa (Kesehatan Ibu dan Anak, Imunisasi, TBC, Malaria, HIV/AIDS, Demam Berdarah, Penyakit Menular Lain, Penyakit Tidak Menular, Keluarga Berencana, Usaha Kesehatan Sekolah, Kesehatan Remaja, Kesehatan Lingkungan dan Promosi Kesehatan).
- 13) Belanja Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat pemanfaatan pada dimensi Jenjang Kegiatan, Belanja kesehatan masih banyak dimanfaatkan di sektor Kabupaten.
- 14) Belanja Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat pemanfaatan pada dimensi Penerima Manfaat, Belanja kesehatan masih banyak dimanfaatkan untuk Semua umur yang ada di masyarakat dan belum ada prioritas untuk program unggulan di kabupaten tersebut..
- 15) Sebagian besar dana yang dipergunakan untuk program Gizi dan KIA tersebut bersumber dari APBN, seharusnya Dinas Kesehatan tidak perlu menarik dana alokasi dari APBD .
- 16) Sebagian besar anggaran kesehatan untuk kegiatan Gizi dan KIA sudah cukup baik pengalokasiannya yaitu berbasis kinerja, hanya perlu untuk lebih memfokuskan lagi untuk kegiatan langsung.
- 17) Belanja kesehatan dihabiskan untuk kegiatan tidak langsung dan bersifat operasional. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pemerintah daerah belum melaksanakan kinerja yang baik dan perlu untuk merealokasikan sebagian atau lebih anggaran tersebut pada kegiatan operasional langsung

6.2. REKOMENDASI

- 1) Semua data-data sebaiknya dikemas sesuai dengan tata kearsipan untuk memudahkan pengambilan data.
- 2) Program yang berkaitan dengan *Human Capital Investment* sebaiknya ditingkatkan lagi karena merupakan modal utama untuk pembangunan generasi muda masa depan bangsa.
- 3) Pelaksanaan kegiatan jangan hanya di tingkat kabupaten saja, tetapi juga harus mengena pada masyarakat dan jangan berfokus pada kegiatan pertemuan di level kecamatan yang lebih banyak pengeluaran akomodasi yang menggunakan anggaran kesehatan.
- 4) Penerima manfaat lebih diprioritaskan untuk *human capital investment* dalam hal ini untuk ibu hamil, bayi, balita dan anak sekolah dengan memprioritaskan program utama.
- 5) Agar DHA dapat dilaksanakan secara regular setiap tahun, maka Tim DHA Kabupaten Seram Bagian Barat perlu di-SK-kan dan dijamin keberlanjutan fungsinya.
- 6) Perlu alokasi anggaran untuk kegiatan perhitungan DHA setiap tahunnya.

KEPUSTAKAAN

- Ascobat Gani, DKK , Modul Perhitungan Pembiayaan Kesehatan Daerah , 2009, Pusat kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia
- Laoda Ahmad, Nanis Budiningsih, Sigit Riyanto (2006), Analisis Kesiapan Dinas Kesiapan Dalam mengalokasikan Anggaran Kesehatan Pada Era Desentralisasi.
- Nyoman Sumaryadi, Efektifitas Implementasi Kebijakan Otonomi Daerah, Depok Citra Utama 2005
- Universitas Indonesia, Pusat Kajian Ekonomi & Kebijakan Kesehatan FKMUI dan AusAID. Pedoman dan Modul District Health Account (DHA) Untuk Tingkat kabupaten. Jakarta : FKMUI, 2010
- Kemenkes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI. Pedoman Teknis PDBK. Jakarta : Kemenkes RI, 2010
- Organisation For Economic Cooperation and Development, International Monetary Fund, World Bank et al. System Of National Account 1993, 1994.
- Universitas Indonesia, Fakultas Bisnis Manajemen. Modul A System of Health Account. Jakarta : FBMUI, 2010
- Anne Mills, Lucy Gilson. 1990, Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang. Dian Rakyat, Jakarta.
- Prijono Tjiptoherijanto, Budhi Soesetyo. 2008. Ekonomi Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta
- Guide To producing National Health Accounts. World Bank, World Health Organization, USAID. 2003

Lampiran 1. SK Tim DHA Kabupaten Seram Bagian Barat



BUPATI SERAM BAGIAN BARAT

**KEPUTUSAN BUPATI SERAM BAGIAN BARAT
NOMOR : TAHUN 2012**

TENTANG

**PEMBENTUKAN TIM TEKNIS
PERHITUNGAN PEMBAYARAN KESEHATAN DAERAH
(DISTRICT HEALTH ACCOUNT)
KABUPATEN SERAM BAGIAN BARAT
TAHUN 2012**

BUPATI SERAM BAGIAN BARAT

Menimbang

a. bahwa Perhitungan Pembayaran Kesehatan Daerah (District Health Account) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menilai, mengevaluasi dan memotret kebijakan anggaran dibidang kesehatan baik secara internal Dinas Kesehatan maupun secara lintas sektoral;

b. bahwa Perhitungan Pembayaran Kesehatan Daerah (District Health Account) dalam prosesnya membutuhkan data dan informasi yang akurat secara lintas sektor;

bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Keputusan Bupati Seram Bagian Barat tentang pembentukan Tim Teknis Perhitungan Pembayaran Kesehatan (District Health Account) Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2012

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pembentukan Kabupaten Seram Bagian Timur, Kabupaten Seram Bagian Barat dan Kabupaten Kepulauan Aru di Provinsi Maluku; (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 155, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4393);
2. Undang-undang Nomor 27 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851)
3. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4385).

4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pembagian Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4436);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2006 tentang Jenis dan Bentuk Produk Mula-mula Daerah;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 16 Tahun 2006 tentang Prosedur Penyusunan Produk Mula-mula Daerah;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PERMIL/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
12. Peraturan Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat Nomor 03 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat;
13. Peraturan Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat Nomor 19 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat;
14. Peraturan Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat Nomor 24 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Badan Pengelola KB dan Pemberdayaan Perempuan Kabupaten Seram Bagian Barat;
15. Peraturan Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat Nomor 28 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat;

MEMUTUSKAN

Menetapkan

- KESATU** : Keputusan Bupati Seram Bagian Barat tentang Pembentukan Tim Teknis Pengawasan dan Pengawasan Kesehatan Daerah (District Health Account) Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2012 dengan susunan keanggotaan sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini
- KEDUA** : Tim Teknis Pengawasan dan Pengawasan Kesehatan Daerah (District Health Account) Kabupaten Seram Bagian Barat sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU melaksanakan tugas berikut
- a. Menentukan pengumpulan data dari berbagai sumber;
 - b. Menyusunung bejana kesehatan rumah tangga menggunakan data sensus nasional;
 - c. Melakukan Entry Data dengan Pivot Table (Excel);
 - d. Menghasilkan tabel-tabel standar, interpretasi dan memutuskan rekomendasi dan;
 - e. Menyerahkan masukan kepada para pemangku terkait dan sesuai hasil analisis data.
- KETIGA** : Dalam melaksanakan tugasnya Tim Teknis Pengawasan dan Pengawasan Kesehatan Daerah (District Health Account) sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat.
- KEEMPAT** : Segala biaya yang timbul akibat ditetapkannya keputusan ini dibebankan kepada DPA Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat dalam APBD Kabupaten Seram Bagian Barat tahun Anggaran 2012
- KELIMA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal 17 Oktober 2012

Ditetapkan di : PIRU

Pada Tanggal : 17 Oktober 2012



MANSUR TUHAREK, SH
SEKRETARIS DAERAH,



MANSUR TUHAREK, SH

NIP : 19630303 199011 1 002

Dembusan, Keputusan ini ditandatangani Kepala PPH :


1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia di Jakarta
2. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Maluku di Ambon
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat di Pira
4. Peringatan

Lampiran : Kabupaten Bupati Seram Bagian Barat
 Nomor : Tahun 2012
 Tanggal : 17 Oktober 2012

**SURAH REANOGOTAJM TIMTENSIS
 PERKUTLINGANPEMILAYAN KESIHATAN DAERAH (DISTRICT HEALTH ACCOUNT)
 KABUPATEN SERAM BAGIAN BARAT
 TAHUN 2012**

NO	NAMA	JABATAN	
		Dalam Instansi	Dalam Tim
1.	Jacobus F. Puslihebat	Bupati Seram Bagian Barat	Peindung
2.	M. Muhammad Husni	Wakil Bupati Seram Bagian Barat	Peindung
3.	Mansur Tunarea, SH	Sekretaris Daerah Kabupaten Seram Bagian Barat	Penasihat
4.	Ir. Sofian Sitepu	Kepala BAPPEDA Kabupaten Seram Bagian Barat	Penanggung jawab
5.	dr. Sosa Hegmon Iahja	Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat	Penanggung jawab
6.	Shamad Lassy, S. Soc., M. St	Kabid Sosbud dan Pemerintahan BAPPEDA Kabupaten Seram Bagian Barat	Ketua Tim
7.	G. Kurniawan, SSKM., M. Kes	Kasubag Pencanaan dan Keuangan Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat	Sekretaris
8.	Rusly Lessepa, ST	Staf BAPPEDA Kabupaten Seram Bagian Barat	Anggota
9.	M. Saich Maftan	Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat	Anggota
10.	M. Hiran Tunarea	Kasubag Umum dan Kepegawaian RSUD Kabupaten Seram Bagian Barat	Anggota
11.	Yany Dalon Tubumury, SST	Staf BPS Kabupaten Seram Bagian Barat	Anggota

BUPATI SERAM BAGIAN BARAT
 SEKRETARIS DAERAH,


MANSUR TUNAREA, SH
 NIP : 19630303 199011 1 002

Lampiran 2. Dokumentasi Penelitian DHA Kabupaten Seram Bagian Barat



Foto 1. Pembukaan Lokakarya DHA di Kabupaten Seram Bagian Barat

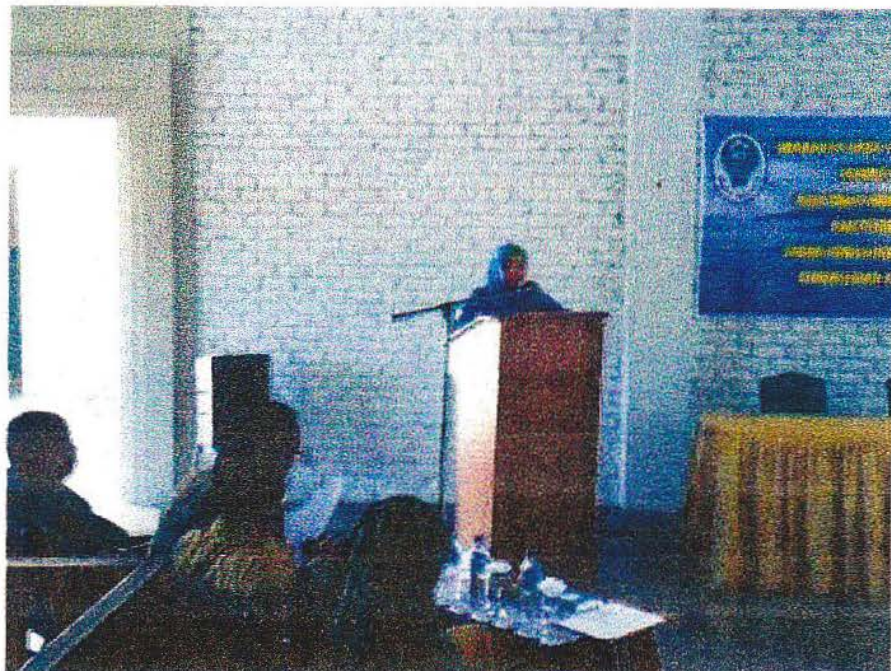


Foto 2. Ketua Pelaksana Penelitian membuka Lokakarya DHA



Foto 3. Peserta Lokakarya dari berbagai macam SKPD di Kab. Seram Bagian Barat



Foto 4. Pemaparan hasil DHA Kabupaten Seram Bagian Barat



Foto 5. Pemaparan hasil DHA Kabupaten Seram Bagian Barat



Foto 6. Pembacaan doa pada saat lokakarya DHA di Kabupaten Seram Bagian Barat



Foto 7. Foto bersama perwakilan SKPD di Kabupaten Seram Bagian Barat



Foto 8. Peserta lokakarya DHA Kabupaten Seram Bagian Barat



Foto 9. Salah satu peserta bertanya tentang DHA



Foto 10. Penjelasan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat