

DESENTRALISASI KESEHATAN DAN DAMPAKNYA TERHADAP PROGRAM PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR

Misnaniarti, Asmaripa Ainy*, Rini Mutahar**

Abstract

One important aspect of the impact of decentralization policy on health sectors is that budget allocation is fully authorized by each province. Preventive program of contagious disease is one of program strategy in Indonesian health department to enhance community health status, particularly in order to eliminate contagious diseases in community. Financing is one essential factor; therefore, finding an appropriate policy model of budget allocation is urgent. As a result, budget allocation for each contagious disease is able to be balance.

The research design was an observational study with combination of qualitative and quantitative methods. The population is including all health officials in South Sumatera. Data were obtained using a checklist of budget allocation model and deep interview regarding supports and factors that halted in preventive programs of contagious diseases. Univariate and content analysis were utilized.

The results indicated that budget proportion of preventive program of contagious diseases in each district/region is various, it depended in program that has priorities over in each region. Furthermore, program financing did not depend on number of diseases' cases in previous year. Consequently, there were some diseases that were not handled very well due to limited budget from the health officials in each region. It might also be because of limited support from local government that has priorities on free medical treatments that need more budget than prevention activities.

In summary, decentralization has not showed positive impacts on implication of communicable diseases preventive program, particularly in budget allocation. We recommend that appropriate budget allocation for this program is urgent needed to decrease numbers of communicable diseases in all district health officials in South Sumatera.

Key Words : Policy, decentralization, financing, contagious diseases

PENDAHULUAN

Desentralisasi kesehatan merupakan bagian dari desentralisasi politis dan ekonomi yang lebih luas¹. Salah satu aspek yang perlu kita lihat dengan seksama sebagai dampak pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan adalah dalam hal alokasi anggaran untuk program-program di sektor kesehatan. Isu perubahan yang paling sering dimunculkan salah

satunya adalah tentang perimbangan pembiayaan antara pemerintah pusat dan daerah, termasuk kecilnya persentase anggaran untuk sektor kesehatan.

Pendanaan (*financing*) dalam sektor kesehatan merupakan aspek penting karena merupakan *input* dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan sebagai bagian dari upaya meningkatkan status kesehatan

*Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Unsri, Gedung dr. A.I. Muthalib,M.PH (Cherec) (Kampus Unsri, Inderalaya, Kab. Ogan Ilir Prov Sumatera Selatan, Tlp/Fax. 0711 – 580068 e-mail : <http://www.fkmunsri.ac.id>.

masyarakat. Peranan dana sebagai *input* juga sangat menentukan derajat kesehatan suatu bangsa, yang dapat dilihat dari indikator-indikator kesehatan.

Pendanaan kesehatan di era desentralisasi sepenuhnya ada dalam wewenang daerah, dimana besarnya alokasi anggaran ditetapkan oleh Pemerintah Daerah (Pemda) dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) sesuai skala prioritas. Sehingga perlu kemampuan advokasi dari *provider* pelayanan kesehatan untuk mendapatkan dukungan pendanaan dari pihak Pemda dan DPRD.

Menurut WHO untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diperlukan anggaran minimal 5%–6% dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) suatu negara. Sementara untuk mencapai derajat kesehatan yang ideal diperlukan anggaran 15%–20% dari APBN. Anggaran yang besar tersebut diperlukan karena kesehatan merupakan investasi pemerintah untuk meningkatkan produktivitas warganya²,³.

Permasalahan pendanaan kesehatan di Indonesia harus mendapatkan perhatian yang besar dari berbagai pihak, karena berbagai studi menunjukkan bahwa tingginya angka

kematian bayi dan kinerja sistem kesehatan lainnya mempunyai korelasi yang kuat dengan pendanaan kesehatan^{4,5}.

Pengalokasian dana merupakan aspek penting dalam pembangunan sektor kesehatan. Salah satu aspek yang perlu kita lihat secara seksama sebagai dampak dari desentralisasi bidang kesehatan adalah dalam hal alokasi anggaran untuk kegiatan-kegiatan strategis, seperti program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M).

Pada negara berpenghasilan menengah yang menerapkan desentralisasi akan memiliki cakupan imunisasi lebih rendah dibandingkan dengan negara yang menerapkan sentralisasi⁶.

Berdasarkan data Dinkes Propinsi Sumsel⁷ diketahui angka kesakitan DBD di wilayah ini adalah 18,55 per 100.000 penduduk, hal ini menunjukkan bahwa angka tersebut masih tinggi jika dibandingkan dengan target indikator Indonesia Sehat 2010 sebesar 2 per 100.000. Sebenarnya, masyarakat Indonesia sudah tahu tanda-tanda dan cara penularan penyakit DBD. Pencegahannya pun sederhana saja dan tidak perlu teknologi tinggi seperti pada kasus SARS yang untuk memastikan

penyakitnya perlu pemeriksaan laboratorium di Atlanta⁸.

Kasus TBC di beberapa wilayah kabupaten/kota di Sumsel terlihat bahwa 6 kabupaten dengan angka kesembuhan penderita TB paru BTA (+) masih berada di bawah 85% yaitu Kabupaten OKU Pagaralam, Muba, Muara enim, OKU Selatan dan Komering Ilir⁷.

Dan memang dari penelitian sebelumnya dapat dilihat bahwa alokasi anggaran untuk sektor kesehatan di beberapa daerah di Indonesia masih relatif rendah yang terlihat dari kecilnya persentase anggaran kesehatan dibandingkan total APBD. Ini menunjukkan masih rendahnya perhatian pemerintah daerah terhadap pembangunan sektor kesehatan^{9,10,11}.

Untuk itulah perlu dicari pola pembiayaan kesehatan yang dapat menjamin tingkat kesehatan masyarakat. Secara umum tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis dampak desentralisasi terhadap penyelenggaraan program pemberantasan penyakit menular (P2M) di wilayah Dinas Kesehatan kabupaten/kota se Propinsi Sumatera Selatan.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah observasional dengan pendekatan

kuantitatif dan kualitatif. Kerangka pikir berdasarkan teori desentralisasi dan pembiayaan kesehatan^{12,13,14}, dimana penerapan desentralisasi berpengaruh terhadap berbagai fungsi di lembaga pemerintah termasuk penyelenggaraan program di pemerintah daerah¹⁵. Populasi penelitian adalah seluruh dinas kabupaten/kota di propinsi Sumatera Selatan, yang berjumlah 15 kab/kota.

Pengumpulan data dilakukan menggunakan *check list* tentang pola anggaran kesehatan pada program pemberantasan penyakit menular yang dibedakan berdasarkan jenis biaya : Belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja modal, kemudian data *trend* angka kejadian penyakit meliputi : Malaria, TBC, DBD, HIV/AIDS, dan diare. Data juga dikumpulkan dengan cara wawancara mendalam terhadap informan kunci untuk mengetahui dukungan dan faktor-faktor penghambat dalam program pemberantasan penyakit menular di wilayah kabupaten/kota Propinsi Sumatera Selatan. Data kuantitatif kemudian dianalisis secara univariat^{16,17} sedangkan data kualitatif dianalisis secara *content analysis*¹⁸, lalu disajikan dalam bentuk tabel dan gambar serta narasi.

HASIL

1. Pola Alokasi Anggaran program pemberantasan penyakit menular

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa proporsi alokasi anggaran untuk pelaksanaan program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) di setiap Dinkes kabupaten/kota di Propinsi Sumatera Selatan berbeda-beda, dimana jumlah dana untuk setiap tahun tidak tetap besarnya, namun terlihat adanya kecenderungan penurunan dana program pada tahun 2008. Misalnya di Kota Palembang tersedia anggaran yang cukup besar pada tahun 2008 untuk program P2M sekitar Rp1.144.782.000, sedangkan di Kabupaten Empat Lawang dengan anggaran yang cukup rendah sekitar Rp135.114.750.

Berdasarkan pola alokasi anggaran dapat dilihat di beberapa Dinkes mengalokasikan biaya program P2M dengan porsi yang berbeda pada belanja pegawai, belanja barang dan jasa serta belanja modal. Pada kabupaten/kota yang baru dibentuk setelah era desentralisasi antara lain : Kabupaten Ogan Ilir, Banyuasin, Empat Lawang cenderung memiliki porsi belanja modal yang cukup besar, ini berhubungan dengan adanya pembangunan fasilitas fisik untuk pemenuhan kebutuhan kabupaten yang baru dibentuk.

Dalam pengalokasian dana diketahui bahwa belanja modal (misalnya ; membeli peralatan fogging, dll) mempunyai porsi yang cukup besar di Program P2M ini, tetapi cenderung tidak sama setiap tahun karena disesuaikan dengan kebutuhan. Daerah yang sudah mengalokasikan pembelian alat pada tahun sebelumnya, maka pada tahun mendatang cenderung tidak mengalokasikan lagi untuk membeli peralatan sehingga dana bisa dialokasikan untuk belanja barang dan jasa untuk operasional kegiatan P2M, sebagaimana ada di kab. OKI. Akan tetapi ada beberapa daerah yang porsi belanja modalnya cenderung meningkat 3 tahun terakhir ini seperti halnya di Dinkes Kabupaten Ogan Ilir dan Empat Lawang.

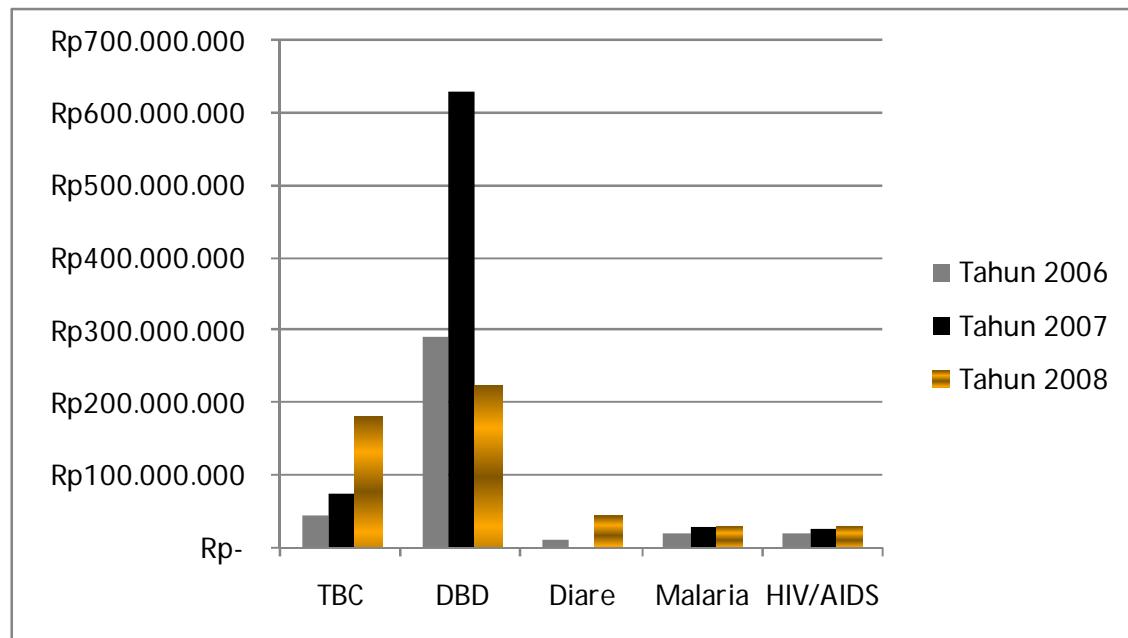
2. Hubungan Besar Alokasi Anggaran dengan *Trend* angka kejadian penyakit menular

Besar jumlah pembiayaan program P2M berdasarkan kelompok penyakit TBC, DBD, Diare Malaria dan HIV/AIDS di beberapa kabupaten/kota diketahui dengan porsi yang bervariasi.

Pembiayaan program pada setiap kelompok penyakit tidak tetap jumlahnya setiap tahun termasuk turun naik jumlah dana. Untuk di Dinkes Kabupaten Muara enim, Kota Palembang dan Kota Prabumulih yang data pembiayaannya cukup lengkap

dapat dilihat bahwa porsi pembiayaan untuk program pemberantasan penyakit DBD merupakan yang paling banyak

porsinya, tetapi jumlahnya menurun pada tahun 2008 (Lihat gambar 1).



Gambar 1 .
Pembiayaan Program berdasarkan kelompok penyakit
di Dinkes Kabupaten Muara Enim pada tahun 2006 sampai 2008

Berdasarkan gambar di atas dapat dilihat bahwa porsi pembiayaan program untuk pemberantasan DBD di Dinkes Kab. Muara Enim paling banyak porsinya dibandingkan penyakit lain. Begitu pula di Dinkes Kota Prabumulih, Kabupaten Ogan Ilir, Kabupaten Musi Rawas. Apabila dihubungkan dengan *trend* angka kejadian penyakit terlihat adanya kecenderungan peningkatan kasus penyakit DBD di empat daerah tersebut. Tetapi apabila dibandingkan dengan besar angka kejadian penyakit terlihat bahwa angka kejadian penyakit DBD tidak begitu besar dibandingkan

dengan kasus lain yang tidak mendapat prioritas anggaran seperti penyakit Malaria, diare dan TBC (lihat Tabel 1).

Tabel 1.
Data Kejadian Penyakit Menular di Setiap Kabupaten/kota
di Propinsi Sumatera Selatan pada tahun 2007

No.	Kabupaten/ Kota	Malaria Klinis	DBD	Suspek TB	HIV/ AIDS	Diare
1.	OKU	13151	2	1.564	1	10.928
2.	OKI	1374	262	2.901	1	14.327
3.	Musi Banyuasin	6308	44	1.369	0	13.700
4.	Musi Rawas	8168	9	2.460	0	14.879
5.	Muara Enim	13580	271	2.005	0	23.176
6.	Lahat	8475	28	4.041	0	8.032
7.	Palembang	459	1957	7.624	39	48.970
8.	Pagaralam	551	8	33	0	1.082
9.	Prabumulih	193	286	602	0	4.014
10.	Lubuk Linggau	2303	51	1.898	0	5.018
11.	Banyuasin	6360	207	6.362	0	24.170
12.	OKU Timur	3248	0	641	0	14.269
13.	OKU Selatan	2169	0	1.423	0	7.584
14.	Ogan Ilir	141	99	527	0	8.358
15.	Empat lawang	-	-	-	0	-
Total		66.515	3.487	33.450	41	195.307

Sumber : Subdin P2PL Dinkes Provinsi Sumatera Selatan 2008

Tetapi di Kab. Musi Rawas program pemberantasan DBD mempunyai porsi anggaran yang lebih besar dibandingkan dengan pemberantasan penyakit lainnya, padahal bila dilihat dari angka kejadian penyakit maka DBD tidak terlalu tinggi di Kab. Musi Rawas ini yaitu sekitar 2 penderita pada tahun 2006 dan meningkat menjadi 9 penderita pada tahun 2007. Bila dibandingkan dengan angka kejadian penyakit malaria yang lebih tinggi di Kab. Musi Rawas ini sebaiknya pemerintah lebih memprioritaskan dana program untuk pemberantasan penyakit malaria.

Apabila dilihat dari sumber anggaran diketahui bahwa pada

beberapa Kabupaten/kota tidak menyediakan anggaran yang berasal dari APBD untuk kegiatan pemberantasan penyakit TBC seperti di Kab. OKI, Kab. Ogan Ilir. Hal ini karena adanya program *Global Fund* yang dananya berasal dari bantuan luar negeri.

3. Dukungan terhadap program P2M.

a. Dukungan Pemerintah Daerah

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa program P2M belum sepenuhnya menjadi program prioritas di dinas kesehatan kabupaten/kota (informan no. 1, 2, 5, 6, 7, 15).

Hal ini juga dapat dilihat dari data anggaran untuk Program P2M seperti di Dinkes Kab. OKU total anggaran pada tahun 2006 untuk Bidang P2P hanya sebesar Rp893.600.000 (sekitar 8,2%) dari total anggaran di Dinkes sebesar Rp10.878.800.000 dan menjadi turun pada tahun 2007 (sekitar 4,5%) dan tahun 2008 (sekitar 5%). Data anggaran di Kab. OKU selatan juga diketahui bahwa anggaran untuk P2M hanya sekitar 5% dari anggaran total di Dinkes untuk tahun 2008. Di Dinkes Banyuasin tidak sampai 10% karena dana tersedot untuk pengobatan gratis. Sehingga diketahui bahwa dana untuk Program P2M lebih rendah dibanding untuk program-program lain.

Tetapi ada juga Dinkes yang memposisikan semua program merupakan prioritas karena semua penting. Ada juga dinas kesehatan kabupaten/kota yang program prioritasnya pada penanggulangan penyakit menular.

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa dukungan Pemda terhadap program P2M bisa berupa dukungan dana, sarana, prasarana, tenaga, pembinaan, kerjasama kemitraan, kebijakan maupun berupa himbauan.

Berdasarkan hasil wawancara dan data sekunder dapat disimpulkan bahwa program pemberantasan penyakit menular belum sepenuhnya menjadi

prioritas di beberapa wilayah dinas kesehatan kabupaten/kota di Propinsi Sumatera Selatan. Ada beberapa alasan antara lain selaras dengan visi misi pemerintah kabupaten/kota tentang berobat gratis sehingga lebih memfokuskan pada program peningkatan pelayanan kesehatan dasar. Juga karena banyaknya kabupaten/kota baru sehingga lebih memfokuskan pada pembangunan fisik.

b. Dukungan Dana

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa dukungan berupa dana terhadap program P2M di beberapa Dinkes Kab/kota lebih rendah dibandingkan program di bidang lain dalam hal ini dilihat dari proporsi pembiayaan untuk program tersebut.

Hal ini juga selaras dengan dokumen pembiayaan program di beberapa Dinkes kabupaten/kota diketahui bahwa alokasi biaya untuk Bidang P2PL hampir selalu lebih rendah daripada bidang lain yang ada di dinas kesehatan tersebut. Seperti di Dinkes Kab. OKI diketahui bahwa proporsi dana untuk program pemberantasan penyakit menular pada tahun 2009 sekitar 3% (sekitar Rp339.000.000) dibandingkan dengan kegiatan pengobatan gratis sekitar 11,6 miliar dimana *cost sharingnya* 50% dengan APBD kabupaten. Sedangkan di Dinkes Kab.

OKU pada tahun 2006 total anggaran Bidang P2P sekitar Rp893.600.000 atau sekitar 8,2% dari total anggaran yang ada di Dinas Kesehatan tersebut (anggaran total di Dinkes adalah Rp10.878.800.000).

Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa dari aspek pendanaan untuk program P2M belum sepenuhnya mendapatkan dukungan maksimal. Hal ini terkait dengan program prioritas tadi dimana pihak Pemda lebih banyak memberikan dukungan dana untuk program peningkatan pelayanan kesehatan dasar antara lain pada kegiatan Pengobatan Gratis.

c. Dukungan SDM

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa dukungan sumber daya manusia pada program pemberantasan penyakit menular sudah dirasakan cukup, tetapi ada juga di beberapa daerah yang merasa kurang baik dari segi jumlah maupun kualitas karena masih ada tenaga di program P2M dengan kualifikasi pendidikannya SLTA ataupun sarjana non kesehatan. Dirasakan kurang juga karena ada beberapa kegiatan monitoring program di P2M yang waktunya lebih banyak berada di lapangan.

Berdasarkan data ini maka ada dua pendapat terhadap dukungan SDM di program pemberantasan penyakit

menular ini. Pendapat pertama yang berpendapat bahwa kondisi SDM yang masih kurang bila dibandingkan dengan kegiatan yang cukup banyak. Pendapat kedua yang berpendapat bahwa dukungan SDM sudah cukup karena sesuai dengan kebutuhan yang ada di Dinas Kesehatan tersebut.

4. Hambatan dalam program P2M

Dari hasil wawancara diketahui bahwa ada beberapa hambatan dalam merencanakan dan menyediakan pendanaan kesehatan pada program P2M ini antara lain seperti : pagu dana yang terbatas dirasa kurang, adanya usulan yang tidak disetujui, program yang diajukan tidak sesuai dengan anggaran Pemda, kualitas tenaga perencana yang dirasa kurang dalam hal advokasi ke pembuat kebijakan, laporan dari Puskesmas yang terlambat, juga kurangnya kesepahaman dengan pembuat kebijakan dalam hal ini DPRD dimana tidak semua berasal dari bidang kesehatan.

Berdasarkan data ini diketahui bahwa hambatan yang paling sering terjadi antara lain dalam hal perencanaan penganggaran yang dalam hal ini melibatkan unsur Pemerintah Daerah dan DPRD dalam memutuskan anggaran yang disetujui untuk didanai. Dan memang dalam era desentralisasi ini proses perencanaan dalam sektor

kesehatan tidak hanya melibatkan unsur pejabat Dinas Kesehatan saja tetapi memerlukan dukungan data epidemiologis, ekonomi dan politis. Namun, konsep yang menggunakan prinsip *evidence based* ini tampaknya menemui banyak kendala. Salah satunya disebabkan oleh sistem penganggaran yang terkesan tidak memerlukan bukti.

Selain kendala dalam perencanaan, kurangnya dukungan dari Pemda diduga disebabkan oleh lemahnya advokasi. Wawancara dengan Dinas Kesehatan Banyuasin menunjukkan bahwa Bina Program kurang dapat memperjuangkan usulan-usulan program P2M. PPM sudah merencanakan anggaran sesuai renstra, tetapi pada akhirnya anggaran program P2M dari APBD bisa dipangkas hingga 65%. Sehingga tidak semua perencanaan anggaran yang diusulkan akan didanai. Namun demikian, Bina Program justru mengatakan bahwa untuk program P2M jumlah dana yang didapat sangat besar. Hal ini mungkin dikaitkan dengan adanya dana-dana Bantuan Luar Negeri (BLN) seperti *Global Fund* untuk penyakit TBC. Berdasarkan wawancara tersebut diketahui pula bahwa adanya anggaran proyek seperti *Global Fund* tersebut merupakan salah satu pertimbangan untuk tidak menyetujui usulan dari dinas kesehatan.

PEMBAHASAN

Besar anggaran yang disediakan untuk program P2M bervariasi di setiap daerah, dimana daerah dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang besar cenderung untuk mengalokasikan dana yang besar pada program P2M begitu pula sebaliknya.

Porsi belanja modal cenderung meningkat seperti di Dinkes Kabupaten Ogan Ilir, Empat Lawang hal ini kemungkinan disebabkan karena daerah Ogan Ilir merupakan wilayah yang baru berkembang sejak desentralisasi ini sehingga memerlukan infrastruktur yang cukup besar dalam pengadaan barang modal seperti peralatan untuk mendukung kegiatan program P2M.

Sejak desentralisasi, di Propinsi Sumatera Selatan terjadi pemekaran wilayah dengan munculnya kabupaten-kabupaten baru seperti : Kab. Ogan Ilir, Kab. OKU Selatan, Kab. OKU Timur, Kab. Empat Lawang, Kab. Banyuasin, Kota Pagaralam, Kota Prabumulih., Kota Lubuk Linggau. Sehingga otomatis sumber dana dari APBD propinsi akan terbagi ke banyak kabupaten baru ini.

Hal ini berakibat adanya penyakit yang tidak mendapatkan dukungan anggaran karena keterbatasan anggaran yang dialokasikan untuk Dinas Kesehatan yang ada di kabupaten tersebut. Juga karena kurangnya dukungan dari Pemerintah Daerah yang

lebih memprioritaskan pada kegiatan Pengobatan Gratis yang lebih banyak memerlukan porsi anggaran.

Selain itu dalam hal pola alokasi anggaran diketahui adanya kecenderungan di beberapa dinas kesehatan kabupaten/kota untuk mengalokasikan lebih banyak pada porsi belanja modal tetapi tidak didukung dengan porsi belanja operasional lainnya terutama pada kabupaten/kota yang baru dibentuk dalam era desentralisasi.

Dampak desentralisasi secara umum juga berpengaruh dalam sistem penyampaian laporan kejadian penyakit menular dari Dinas Kesehatan Kabupaten/kota ke Dinas Kesehatan Propinsi dimana adanya keterlambatan dari beberapa kabupaten/kota yang ditunjukkan dengan tidak tersedianya data penyakit pada 1 tahun terakhir di Dinas Kesehatan Propinsi.

Sebelum desentralisasi, dana kesehatan adalah dana sektoral yang jumlah dan penggunaannya telah ditentukan dari pusat, di mana alokasi anggaran kesehatan dilakukan oleh pemerintah pusat dengan menggunakan model negosiasi ke provinsi. Ketika kebijakan desentralisasi diterapkan, dana kesehatan harus diperjuangkan dari DAU sebagai alokasi anggaran pembangunan yang berbasis formula. Formula ini ditetapkan berbasis pada potensi penerimaan dan kebutuhan fiskal

suatu daerah. Dalam formula ini pembagian alokasi anggaran tidak hanya ke provinsi saja tetapi sampai ke sekitar 400-an kabupaten/kota di Indonesia.

Sesuatu yang mengejutkan terjadi untuk sektor kesehatan karena di dalam formula DAU komponen kesehatan secara implisit dianggap sudah masuk didalamnya walaupun secara ekspilisit tidak ada. Akibatnya secara praktis sektor kesehatan harus berjuang di tiap-tiap provinsi dan kabupaten/kota untuk mendapatkan anggaran. Hal ini merupakan perkembangan baru untuk fungsi pemerintah daerah di sektor kesehatan, yaitu harus merencanakan dan menganggarkan program kesehatan dan bersaing dengan sektor lain untuk mendapatkan anggaran^{19, 20}.

Aspek pembiayaan dalam bidang kesehatan menjadi aspek penting karena merupakan *input* pada program pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Peranan biaya sebagai *input* juga sangat menentukan derajat kesehatan suatu bangsa, yang dapat dilihat dari indikator-indikator kesehatan. Sehingga peran pemerintah sangat diperlukan salah satunya dengan adanya kebijakan yang mengatur pembiayaan sektor kesehatan secara proporsional yang mudah dipahami dan dapat diterima oleh masyarakat (*acceptable*)

serta dapat menjamin ekuitas pembiayaan yang relatif terjangkau oleh masyarakat².

Hal ini penting terutama kaitannya dengan perubahan sistem pembiayaan pembangunan dalam era desentralisasi ini. Yang jelas dalam era desentralisasi ini, pembiayaan kesehatan sangat tergantung pada daerah itu sendiri, apakah bidang kesehatan diletakkan sebagai prioritas program daerah atau tidak. Dikhawatirkan karena investasi dalam bidang kesehatan ini *return on investment*-nya lama dan jangka panjang, menyebabkan banyak pemerintah daerah yang kurang memprioritaskannya dibanding sektor lain

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan penelitian ini bahwa desentralisasi belum menunjukkan dampak yang positif pada pelaksanaan program Pemberantasan Penyakit Menular (P2M), terutama dalam aspek pengalokasian dana yang tergantung pada kemampuan keuangan daerah, dan program prioritas yang ada di daerah tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian ini direkomendasikan untuk semua Dinas Kesehatan kabupaten/kota di Propinsi Sumatra Selatan, agar memprioritaskan anggaran kesehatan pada program

pemberantasan penyakit menular dengan cara sebagai berikut :

1. Menjadikan program pemberantasan penyakit menular sebagai salah satu program prioritas antara lain dengan memberikan dukungan dana yang optimal.
2. Mengalokasi anggaran yang seimbang pada program P2M ini, antara lain pada belanja pegawai, belanja operasional dan belanja modal sehingga kegiatan yang ada di program pemberantasan penyakit menular dapat berjalan dengan baik dengan harapan dapat menurunkan angka kejadian penyakit menular ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional (DP2M Dikti) melalui Lembaga Penelitian Universitas Sriwijaya yang telah membiayai penelitian ini. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada seluruh Dinas Kesehatan yang ada di Kabupaten/kota Provinsi Sumatera Selatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menggunakan data penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. *Desentralisasi Sistem Kesehatan ; Konsep-konsep, Isu-isu, dan Pengalaman di Berbagai Negara*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta. 1991
2. Gani, Ascobat. *Aplikasi Indikator Kesehatan di Era Otonomi*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok. 2001
3. World Health Organization. *The World Health Report 2003 – Shaping the Future*. WHO. Geneva. 2003
4. World Health Organization. *The World Health Report 2000, Health Systems : Improving Performance*. WHO. Geneva. 2000
5. Thabran, Hasbullah. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta. 2005
6. Kusnanto, Hari. *Pembangunan Program Pengendalian Malaria, Imunisasi dan Balai Pengobatan di Puskesmas, Kabupaten Sanggau Kapuas Kalimantan Barat Sebelum dan Sesudah Desentralisasi*. Jurnal Desentralisasi Kesehatan Volume : II / 04/ 2004. Yogyakarta.
7. Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Selatan. *Profil Kesehatan Sumatera Selatan Tahun 2007*.
8. Soedarmo, Sumarmo P. *Masalah Demam Berdarah Dengue di Indonesia; Dalam Naskah Lengkap Pelatihan Tatalaksana Kasus DBD*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 2000
9. Misnaniarti. *Analisis Deskriptif Tesis dan Skripsi Tentang Pembangunan Kesehatan Bersumber Pemerintah di Kabupaten/Kota*. Makalah yang terpublikasi di perpustakaan Fakultas Kedokteran Unsr. 2006
10. Akhirani, dan Trisnanto L. *Analisis Pembangunan Kesehatan yang Bersumber dari pemerintah melalui District Health Account di Kabupaten Sinjai*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 07/Nomor 01/Maret/2004.
11. Budiarto, W dan Ristrini. *Studi Tentang Pembangunan Kesehatan oleh Pemerintah Sebelum dan Selama Otonomi Daerah di Propinsi Kalimantan Timur*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 6/Nomor 02/2003
12. Trisnanto, L. *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah : 2001-2003, Apakah Merupakan Periode Uji Coba?* Gajah Mada University Press. Yogyakarta. 2005
13. Trisnanto, L. *Desentralisasi Kesehatan ; Laporan Seminar Internasional “Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan Berbagi Pengalaman dan Langkah ke Depan”*. Hotel Sanur Paradise Plaza, Bali, Kamis 9 Agustus 2007
14. World Health Organization. *International NHA Producers Guide 4th Draft*. diakses 19 Maret 2006. <http://www.whosea.org/ehp/nha/producer.html/> last modified 27 Januari 2004.
15. Hapsara, R. Habib Rachmat. *Pembangunan Kesehatan di Indonesia ; Prinsip Dasar, Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa Depannya*, Gajah Mada University Press. Yogyakarta. 2004
16. Hastono, Sutanto P. *Modul Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok. 2001.
17. Prasetya, Gede Edy. *Penyusunan dan Analisis Laporan Keuangan Pemerintah Daerah*. ANDI. Yogyakarta. 2005

18. Kresno S, Nurlaela E, Wuryaningsih E, Ariawan I. *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi program Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia bekerja sama dengan Pusat Data Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Depok. 1999.
19. Sidik, M. *Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah Sebagai Pelaksanaan Desentralisasi Fiskal (Antara Teori dan Aplikasinya di Indonesia)*. dalam : Seminar "Setahun Implementasi Kebijaksanaan Otonomi Daerah di Indonesia" Dirjen Perimbangan Keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah Departemen Keuangan RI. Jakarta. diakses 21 Juni 2006. <http://www.djpkpd.go.id/>
20. Harbianto D, dan Trisnantoro L. *Desentralisasi Kesehatan dan Perubahan Peran Pemerintah dalam Pembiayaan Kesehatan*. Health Decentralization Bulletin Volume II/01/tahun 2004. (Jurnal elektronik), diakses 14 Maret 2006. <http://www.desentralisasi-kesehatan.net/>