

ANALISIS BIAYA PELAYANAN GIZI KELUARGA MISKIN DI KABUPATEN INDRAGIRI HULU

Elis Julinarti¹, Hamam Hadi², Tubagus Raymond³

ABSTRACT

Background: The health cost from both government and non government sectors in the year of 2000 was Rp1.470/capita/year. The cost for nutrition programe in the year 2003 was Rp200/capita/year, while in Indragiri Hulu, the cost for nutrition service was allocated 0.55% of regional budget of Health Department.

Objective: To estimate the real cost and demand of cost of nutrition service for poor family and to expolre the perception of regional government, regional parliament and private sectors about the cost of nutrition service.

Method: This study was a qualitative study. In-depth interview method was used to collect data from regional government officers, regional parliament members and private sectors.

Results: The cost of nutrition service for poor family on average was Rp12.053.000,- in the year 2003 and Rp8.763.000,- in the year 2004. In fact, the demand cost was Rp79.022.541,- for rural primary health care and Rp144.073.000,- for urban primary healht care.

Conclusion: The cost of nutrition service for poor family in Indragiri Hulu on average was Rp645/capita/year in the year 2003 and Rp355,- in the year 2004 which was much smaller than the demand cost which was Rp14.290.

Key words: Cost analysis, unit cost, nutrition service, poor family.

PENDAHULUAN

Krisis ekonomi dan krisis politik sejak pertengahan tahun 1997 telah membawa dampak ke segala sektor termasuk kesehatan terutama masalah gizi. Timbulnya krisis yang berkepanjangan telah menyebabkan penurunan kegiatan produksi yang drastis, akibat lapangan kerja berkurang dan pendapatan per kapita turun. Hal ini berdampak kepada status gizi dan kesehatan masyarakat karena tidak terpenuhinya kecukupan konsumsi makanan. Akibat krisis, status gizi balita secara umum menurun, hal ini ditunjukkan dari KEP pada kelompok umur 6-23 bulan meningkat dari 29,0% pada tahun 1995 menjadi 30,5% pada tahun 1998. Menurut Susenas tahun 1999, balita menderita KEP tingkat berat (gizi buruk) 8,1% balita atau sekitar 1,7 juta. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 sebesar 51,3% anemia pada ibu hamil dan pada tahun 1999 sebesar 50,0% (1).

Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia (SDM). Kegagalan gizi berdampak pada kegagalan fisik dan perkembangan kecerdasan, menurunkan produktivitas kerja dan menurunnya daya tahan tubuh yang berakibat meningkatnya angka kesakitan dan angka kematian. Kondisi demikian akan kehilangan aset yang berharga, terjadi penurunan SDM yang berkualitas pada akhirnya menjadi beban bagi masyarakat dan pemerintah. Peningkatan SDM yang akan datang perlu dilakukan dengan memperbaiki atau memperkuat intervensi yang ada menjadi lebih efektif, bermanfaat untuk kelompok sasaran terutama untuk penduduk rawan dan miskin (2).

Berdasarkan hasil dari Daftar Isian Proyek (DIP) Program Perbaikan Gizi Masyarakat Subsidi Pemerintah Daerah Kabupaten Indragiri Hulu pada tahun anggaran 2003 yang diberikan dalam bentuk proyek, anggaran proyek perbaikan gizi sebesar Rp250.000.000,-, sedangkan untuk pelayanan gizi masyarakat 16,2% dari proyek program perbaikan gizi masyarakat atau 0,55% dari anggaran proyek Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu, dan pada tahun 2004 terjadi penurunan anggaran sebesar 60% dengan jumlah sasaran pelayanan gizi sebesar 141.920 orang.

Berdasarkan uraian di atas maka perlu adanya suatu penelitian untuk mengetahui berapa besar realisasi biaya dan biaya seharusnya untuk pelayanan gizi keluarga miskin, dan peran para pengambil kebijakan dalam pembiayaan pelayanan gizi keluarga miskin di daerah agar lebih efisien dan efektif.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif untuk melihat realisasi biaya dan biaya seharusnya pelayanan gizi keluarga miskin serta peran pengambil keputusan dalam kebijakan (pemerintah daerah, DPRD, dan sektor swasta) pelayanan gizi keluarga miskin di Kabupaten Indragiri Hulu Propinsi Riau. Oleh karena Kabupaten Indragiri Hulu mempunyai banyak kecamatan dan puskesmas serta dengan keterbatasan peneliti,

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu Riau

² Magister Gizi dan Kesehatan UGM Yogyakarta

³ Magister Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM, Yogyakarta

maka pengambilan sampel secara *purposive sampling*. Puskesmas (kecamatan) yang dipilih dengan kriteria kota dan desa dengan angka keluarga miskin tinggi.

HASIL

Realisasi Biaya Pelayanan Gizi Gakin di Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2003 dan 2004.

1. Realisasi biaya pelayanan gizi terhadap APBD Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu tahun 2003 dan 2004

Tabel 1 menyajikan realisasi biaya pelayanan gizi yang bersumber dari APBD Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu. Hasil analisis realisasi biaya pelayanan gizi tahun 2003 sebesar Rp40.424.000,- dan pada tahun 2004 sebesar Rp12.900.000,-. Rata-rata biaya satuan per orang per tahun pada tahun 2003 sebesar Rp607,- dan pada tahun 2004 sebesar Rp338,-

2. Realisasi biaya satuan pelayanan gizi keluarga miskin (gakin) Kabupaten Indragiri Hulu tahun 2003 dan 2004.

Berdasarkan hasil analisis besarnya anggaran pelayanan gizi gakin per orang per tahun masih rendah yaitu sebesar Rp645,- tahun 2003, dan Rp355,- tahun 2004. Jumlah gakin yang mendapat pelayanan gizi 18.703 jiwa pada tahun 2003 (29,45%), dan 24.718 jiwa tahun 2004 (41,73%). **Tabel 2** menunjukkan peningkatan jumlah sasaran pelayanan gizi gakin (12,28%) pada tahun 2004 berdasarkan analisis penurunan anggaran pelayanan gizi gakin (48,69%) pada tahun 2004.

Biaya Seharusnya Pelayanan Gizi Gakin di Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2005.

1. Biaya satuan pelayanan gizi gakin di Puskesmas Batang Gansal tahun 2005

Tabel 3 menyajikan hasil analisis biaya satuan per orang per tahun pada pelayanan gizi gakin di Puskesmas Batang Gansal. Dihitung berdasarkan biaya total yang terdiri dari biaya langsung dan biaya tidak langsung. Komponen biaya langsung terdiri dari biaya obat dan bahan habis pakai dihitung berdasarkan bahan yang

TABEL 1. Realisasi biaya pelayanan gizi terhadap APBD Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2003 dan 2004

Tahun anggaran	Alokasi anggaran (Rp)	Jenis pelayanan gizi	Realisasi biaya pelayanan gizi (Rp)	Sasaran (orang)	Biaya pelayanan per orang per tahun (Rp)
2003	40.424.000,-	Pemberian vit. A bayi, balita dan bufas	23.964.000,-	39.639	605,-
		Pemberian syrup besi	6.000.000,-	8.185	733,-
		PMT bumil	3.750.000,-	3.274	1.145,-
		PMT bayi dan balita	6.710.000,-	15.340	437
2004	12.900.000,-	Pemberian zat besi	12.900.000,-	38.200	338

Tabel 2 menyajikan besarnya biaya satuan pelayanan gizi gakin yang bersumber dari proyek perbaikan gizi masyarakat melalui APBD kabupaten.

digunakan, harga satuan, frekuensi dan jumlah sasaran yang dilayani. Biaya tidak langsung berdasarkan biaya nonpengadaan, pemeliharaan dan biaya ATK.

TABEL 2. Biaya satuan pelayanan gizi gakin Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2003 dan 2004

Tahun anggaran	Biaya pelayanan gizi (Rp)	Jumlah anggaran pelayanan gakin gizi (Rp)	Sasaran gakin		Biaya pelayanan gizi per orang per tahun (Rp)
			Jiwa	%	
2003	40.928.000,-	12.053.296,-	18.70322	29,45	645,-
2004	21.000.000,-	8.763.300,-	4.718	41,73	355,-

Dari **Tabel 3** dapat dilihat biaya satuan per orang per tahun yang terbesar adalah penanganan bayi dan balita BGM (Rp373.000,-), penanganan Bumil KEK (Rp249.857,) dan pemberian MP-ASI bayi dan balita (Rp150.760,-).

2. Biaya satuan pelayanan gizi gakin di Puskesmas Pekan Heran tahun 2005.

Tabel 4 menyajikan hasil analisis biaya satuan per orang per tahun di Puskesmas Pekan Heran. Biaya satuan per orang per tahun didapat berdasarkan biaya total yang terdiri dari biaya langsung dan biaya tidak langsung.

Komponen biaya langsung terdiri dari biaya obat, dan bahan habis pakai dihitung berdasarkan bahan yang digunakan, harga satuan, frekuensi dan jumlah sasaran yang dilayani. Biaya langsung berdasarkan biaya nonpengadaan, biaya pemeliharaan dan biaya ATK. Dari **Tabel 4** dapat dilihat biaya satuan per orang per tahun yang terbesar adalah penanganan bayi dan balita BGM (Rp353.000,-), Penanganan Bumil KEK (Rp190.000,-), dan pemberian MP-ASI bayi dan balita (Rp146.000,-).

Peran Pemda, DPRD, dan LSM terhadap Biaya Pelayanan Gizi Gakin di Kabupaten Indragiri Hulu.

Pada penelitian ini pendapat tentang peran pemda, DPRD, dan sektor swasta terhadap pembiayaan pelayanan gizi gakin memberikan jawaban yang berbeda. Hasil wawancara menggambarkan peran pemerintah daerah dalam pembiayaan pelayanan gizi keluarga miskin, sebagaimana yang dituturkan oleh salah satu pejabat pemda dibawah ini:

“..... barangkali mulai dari sekarang kita berangsur-angsur melakukan kebijakan-kebijakan untuk meningkatkan anggaran dalam rangka mengan-

tisipasi pembiayaan pelayanan gizi keluarga miskin yang masih relatif kecil....maka saya melihat dengan angka 0,6% mana biasa kita mengharapkan pelayanan gizi gakin optimal dengan angka demikian,padahal masih bisa kita pacu....”

Pernyataan tersebut di atas menggambarkan bahwa sebagai wujud rasa tanggung jawab pemda untuk meningkatkan peran dalam pembiayaan pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu. Namun dalam pengalokasian anggaran tersebut menurut DPRD perlu disepakati agar tidak mengurangi dana untuk program lainnya karena APBD kabupaten juga terbatas jumlahnya dan arah kebijakan tidak terlepas dari program pengentasan kemiskinan, kebodohan dan infrastruktur (K2I). Hal ini sebagaimana yang dituturkan oleh salah seorang anggota DPRD di bawah ini:

“.....saya rasa mengalokasikan anggaran pelayanan gizi tergantung perencanaan dari dinas kesehatan dan juga disesuaikan dengan kemampuan keuangan daerah serta arah kebijakan pembangunan daerah, ya...yang saya tahu pelayanan gizi sudah termasuk dalam anggaran kesehatan, namun demikian....nanti angsur-angsur kita perhatikan karena infrastruktur juga perlu sementara duit kita terbatas.”

Pernyataan lain peran eksekutif dan legislatif dalam pembiayaan pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang dari instansi pemda adalah sebagai berikut:

“....saya melihat anggaran untuk kesehatan yang juga termasuk biaya pelayanan gizi gakin tidak signifikan

TABEL 3. Biaya satuan pelayanan gizi gakin di Puskesmas Batang Gansal Tahun 2005

Jenis pelayanan gizi	Biaya langsung (Rp)	Biaya tak langsung (Rp)	Total biaya (Rp)	Sasaran pelayanan	Biaya per orang per tahun (Rp)
Pemberian vitamin A bayi, balita dan bufas	504.575	770.000	1.274.575	895	2.550
Pemberian tablet/syrup besi balita, bumil, bufas dan WUS	4.302.866	370.000	4.672.866	2.245	2.080
Pemberian MP ASI bayi dan balita	36.000.000	1.690.000	37.600.000	250	150.760
Penimbangan posyandu	7.041.100	2.390.000	9.431.000	910	10.365
Penangan bayi dan balita BGM	9.585.000	1.990.000	11.575.000	31	373.000
Penangan bumil KEK	7.875.000	870.000	8.745.000	35	249.857
Pemeriksaan Hb bumil, bufas dan WUS	1.389.000	310.000	1.699.000	731	2.325
Pemberian obat cacing balita dan bumil	713.000	540.000	1.253.000	713	1.760
Pojok gizi/konseling	1.187.000	1.485.000	2.672.000	370	7.220

TABEL 4. Biaya satuan pelayanan gizi gakin di Puskesmas Pekan Heran Tahun 2005

Jenis pelayanan gizi	Biaya langsung (Rp)	Biaya tak langsung (Rp)	Total biaya (Rp)	Sasaran pelayanan	Biaya per orang per tahun (Rp)
Pemberian vitamin A bayi, balita dan bufas	713.405	1.290.000	2.003.405	1453	1.380
Pemberian tablet/syrup besi balita, bumil, bufas dan WUS	6.016.214	7255.000	6.741.214	2955	2280
Pemberian MP ASI bayi dan balita	90.720.000	1.260.000	91.980.000	630	146.000
Penimbangan posyandu	8.732.000	4.070.000	12.802.000	1470	8.685
Penangan bayi dan balita BGM	8.550.000	3.110.000	11.660.000	33	353.000
Penangan bumil KEK	8.640.000	485.000	9.125.000	48	190.000
Pemeriksaan Hb bumil, bufas dan WUS	3.213.000	480.000	3.693.000	1413	2.615
Pemberian obat cacing balita dan bumil	842.000	470.000	1.312.000	838	1.565
Pojok gizi/konseling	2.367.000	2.390.000	4.757.000	590	8.065

dan malah fluktuatif dengan hal tersebut barangkali kita juga harus punya komitmen bersama untuk mensinergikan mengenai perencanaan biaya pelayanan gizi dasar ini....kami hanya menganggarkan, usulan dibuat dari dinkes dan selanjutnya penentuan tergantung dari pimpinan eksekutif dan legislatif....”

Pernyataan tersebut di atas juga menggambarkan bahwa peran pimpinan eksekutif dan legislatif dalam pembiayaan pelayanan gizi gakin sangat penting. Selain dari peran eksekutif dan legislatif diharapkan juga peran sektor swasta yaitu lembaga swadaya masyarakat (LSM) untuk memberikan pengawasan dan advokasi dalam kebijakan-kebijakan daerah. Hal ini terungkap dari hasil wawancara dengan salah satu LSM sebagai berikut:

“..... sebenarnya pelayanan gizi sudah termasuk dalam pembiayaan kesehatan dasar, namun mungkin biaya itu masih kecil dan tidak tepat dengan sasaran karena berdasarkan hasil pengamatan di lapangan masih banyak anggaran yang persentasinya lebih besar untuk fisik, dan mungkin ke depan perlu penanganan dan komitmen bersama dalam hal ini LSM pun harusnya dilibatkan untuk kebijakan yang yang menyangkut kelangsungan hidup masyarakat dan menyakut biaya gizi gakin harus pos tersendiri bukan ditumpang-tumpangkan.....”

Berdasarkan pernyataan di atas diharapkan peranan pemerintah daerah untuk meningkatkan anggaran pelayanan gizi gakin melalui APBD dan melakukan komitmen bersama dari berbagai sektor terkait sehingga kesinambungan pelayanan gizi gakin dapat terjamin.

BAHASAN

Realisasi Biaya Pelayanan Gizi Gakin di Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2003 dan 2004

Tabel 1 menunjukkan realisasi pembiayaan pelayanan gizi yang bersumber dari APBD kabupaten tahun 2003 sebesar Rp40.424.000,- dan tahun 2004 sebesar Rp12.900.000,-. Kecilnya anggaran untuk program perbaikan gizi masyarakat tidak sebanding dengan jenis pelayanan gizi yang dilaksanakan oleh puskesmas. Berdasarkan hasil analisis realisasi biaya pelayanan gizi rata-rata biaya pelayanan per orang per tahun sebesar Rp607,- untuk tahun 2003 dan Rp338,- tahun 2004.

Kecilnya anggaran untuk pelayanan yang langsung dirasakan oleh masyarakat dan menjadi tanggung jawab pemerintah (*public goods*). Jika dilihat kecilnya alokasi pembiayaan tersebut disebabkan oleh karena lemahnya sistem anggaran yang masih dilakukan di Kabupaten Indragiri Hulu. Perencanaan anggaran pelayanan gizi gakin tidak mempertimbangkan data historis mengenai pencapaian kinerja pelayanan pada tahun anggaran sebelumnya. Sesuai dengan Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 Tahun 2002 yaitu anggaran berbasis kinerja (3).

Berdasarkan keadaan tersebut di atas akan berimplikasi pada pelayanan gizi masyarakat termasuk pelayanan gizi kepada keluarga miskin. **Tabel 2** menyajikan biaya pelayanan gizi gakin yang bersumber dari proyek perbaikan gizi masyarakat melalui APBD Kabupaten Indragiri Hulu.

Hasil analisis anggaran pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu per orang per tahun sebesar Rp645,- tahun 2003 dan Rp355,- tahun 2004. Penurunan

status gizi tergantung banyak faktor, salah satu penyebab yang mendasar adalah rendahnya pembiayaan kesehatan baik dari struktur pemerintah dan nonpemerintah tahun 2000 sebesar Rp1.470,- per kapita per tahun, demikian juga pembiayaan untuk gizi tahun 2003 sebesar Rp200,- per kapita per tahun (4).

Program kesehatan masyarakat yang termasuk *public goods* diperkirakan kebutuhan biaya sekitar US\$2 per kapita per tahun atau Rp17.500,- per kapita per tahun, sedangkan untuk pelayanan kesehatan esensial bagi penduduk miskin, rata-rata kebutuhan tersebut adalah Rp10.000,- per kepala keluarga miskin per tahun termasuk subsidi gizi (5).

Biaya Seharusnya Pelayanan Gizi Gakin di Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2005

Jika dikaji dari hasil analisis rata-rata biaya satuan pelayanan gizi sebesar Rp14.290,- maka biaya pelayanan gizi seharusnya di Kabupaten Indragiri Hulu pada tahun 2005 sebesar Rp387.835.800,- dengan dasar perhitungan jumlah sasaran dan biaya satuan pelayanan gizi gakin.

Berdasarkan tabel tersebut dapat terlihat bahwa terjadi peningkatan jumlah sasaran (24%). Pada tahun anggaran 2004 peningkatan jumlah anggaran yang bersumber dari APBD kabupaten tidak sesuai dengan peningkatan jumlah sasaran gakin. Pada **Tabel 5** juga terlihat terjadi penurunan subsidi (60%) dari anggaran APBN sehingga biaya satuan pelayanan gizi gakin tahun 2004 lebih kecil dibanding tahun 2003.

Dinas kesehatan kabupaten-kota harus mampu melakukan analisis biaya untuk membuat proyeksi biaya ke depan dan memperkirakan kebutuhan biaya untuk mereplikasi suatu program atau pelayanan di masing-masing daerah. Analisis dapat digunakan untuk memperkirakan keperluan biaya untuk melanjutkan program atau pelayanan sesuai dengan kemampuan daerah (6).

Tabel 6 dan **7** memperlihatkan hasil analisis proyeksi biaya pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu tahun 2006. Perhitungan perkiraan biaya untuk tahun 2006 dengan asumsi angka kemiskinan sebesar 30% dan angka inflasi 5 tahun terakhir (2000–2004) rata-rata 9,3% per tahun (7).

TABEL 5. Alokasi anggaran pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2003 dan 2004

Tahun anggaran	Alokasi anggaran (Rp.)		Sasaran gakin (jiwa)	Biaya satuan pelayanan gizi/orang/tahun (Rp)		
	APBD	APBN		APBD	APBN	APBD +APBN
2003	12.053.296	166.165.700	18.703	645	8.885	9.530
2004	8.763.300	67.360.450	24.718	355	2.725	3.080

Subsidi pemerintah pusat untuk program perbaikan gizi bagi masyarakat miskin diberikan dalam bentuk barang (*blended food* dan vitamin A) melalui dana dekonsentrasi Propinsi Riau tahun anggaran 2003 sebesar Rp166.165.700,- dan pada tahun 2004 sebesar Rp67.360.450,- dana tersebut hasil dari konferensi bahan makanan pendamping ASI (*blended food*) dan vitamin A. Berdasarkan hal tersebut jika pemerintah pusat memberikan subsidi rata-rata Rp116.763.075,- maka kekurangan biaya tersebut sebesar Rp271.072.725,- atau sekitar 70%.

Tabel 5. menyajikan besarnya alokasi anggaran pelayanan gizi gakin yang bersumber dari APBD kabupaten dan APBN tahun 2003 dan 2004. Dapat terlihat bahwa alokasi anggaran yang berasal dari APBD lebih kecil dari alokasi anggaran dari APBN, namun besar biaya satuan pelayanan gizi gakin pada tahun 2003 sebesar Rp9.530 dengan demikian untuk melaksanakan pelayanan gizi gakin pemerintah daerah mensubsidi sebesar 17%, dan pada tahun 2004 sebesar 11,5%.

Tabel 6 menyajikan proyeksi biaya pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu yang mewakili puskesmas desa, dengan dasar biaya satuan yang seharusnya didapat biaya proyeksi pelayanan gizi gakin sebesar Rp348.146.503,-. Perkiraan biaya tersebut dihitung berdasarkan biaya satuan seharusnya dengan memperhitungkan angka kemiskinan dan inflasi.

Tabel 7 menyajikan proyeksi biaya pelayanan gizi gakin yang mewakili puskesmas kota, dengan dasar biaya satuan (*unit cost*) yang dihitung berdasarkan asumsi sasaran gakin dan inflasi. Berdasarkan hasil analisis dapat diproyeksikan biaya pelayanan gizi gakin untuk puskesmas yang mewakili wilayah kota sebesar Rp346.511.385,-

Perhitungan perkiraan biaya untuk tahun 2006 (**Tabel 6 dan 7**) pelayanan gizi gakin untuk daerah kota sebesar Rp346.511.385,- dan untuk daerah desa sebesar Rp348.146.503,-. Perkiraan pembiayaan pelayanan gizi gakin ke depan sebagai wujud implementasi otonomi daerah maka dana yang akan ditanggung oleh Pemda

TABEL 6. Proyeksi biaya pelayanan gizi gakin Puskesmas di Desa Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2006

Jenis pelayanan gizi	Sasaran pelayanan (Orang)	Biaya satuan (Rp)	Total (Rp)
Pemberian vitamin A bayi, balita dan bufas	6.132	2.460	15.084.720
Pemberian sirup besi balita, bumil, bufas dan wus	13.675	2.275	31.110.625
Pemberian MP-ASI bayi dan balita	876	164.760	144.329.760
Penimbangan posyandu	4.117	11.335	46.666.195
Penanganan bayi dan balita BGM	88	407.000	35.816.000
Penanganan bumil KEK	124	272.557	33.797.068
Pemeriksaan Hb bumil, bufas dan wus	4.888	2.545	12.439.960
Pemberian obat cacing balita dan bumil	5.915	1.925	11.386.375
Pojok gizi/Konseling	2.220	7.890	17.515.800
Total			348.146.503

Kabupaten Indragiri Hulu sebesar Rp694.657.800,- dengan asumsi angka kemiskinan 30% dan inflasi rata-rata 9,3%. Jika ditelaah lebih lanjut apabila subsidi pemerintah pusat rata-rata Rp116.763.075,- maka Pemda Kabupaten Indragiri Hulu akan mensubsidi sebesar Rp577.894.725,- atau sekitar 83 persen.

Peran dan Pendapat Pemda, DPRD dan Sektor Swasta terhadap Pelayanan Gizi Gakin di Kabupaten Indragiri Hulu

Mengingat besarnya anggaran yang diperlukan untuk pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu dan besarnya nilai ekonomi yang akan hilang akibat masalah gizi. Peran eksekutif dan legislatif daerah dalam meningkatkan status kesehatan di samping mendukung dengan jumlah anggaran juga mendukung partisipasi dalam bentuk kebijakan untuk masyarakat miskin.

Mengacu dari hasil wawancara dengan pemda, DPRD, dan sektor swasta di Kabupaten Indragiri Hulu peran eksekutif dan legislatif dalam pembiayaan pelayanan gizi gakin masih harus ditingkatkan. Pengalokasian anggaran untuk pembiayaan pelayanan gizi gakin perlu ada kesepakatan dan komitmen bersama pengambil kebijakan. Hal ini cukup beralasan karena APBD diperebutkan banyak instansi yang ada di Kabupaten Indragiri Hulu. Adanya kecenderungan pemerintah daerah dalam pengalokasian anggaran pelayanan gizi lebih banyak untuk pembiayaan aparatur daripada pembiayaan publik. Di samping itu kultur negosiasi dalam alokasi anggaran di daerah masih kental, sehingga ada kekhawatiran dana yang dialokasikan untuk pembiayaan pelayanan gizi gakin fluktuatif dan terjadi peningkatan yang tidak signifikan karena tidak sesuai dengan kebutuhan riilnya.

TABEL 7. Proyeksi biaya pelayanan gizi gakin Puskesmas di Kota Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2006

Jenis pelayanan gizi	Sasaran pelayanan (Orang)	Biaya satuan (Rp)	Total (Rp)
Pemberian vitamin A bayi, balita dan bufas	8.340	1.510,-	12.593.400,-
Pemberian sirup besi balita, bumil, bufas dan wus	14.187	2.490,-	35.325.630,-
Pemberian MP-ASI bayi dan balita	791	159.500,-	126.164.500,-
Penimbangan posyandu	5.598	9.945,-	53.153.000,-
Penanganan bayi dan balita BGM	79	385.500,-	30.454.500,-
Penanganan bumil KEK	170	207.700,-	35.309.000,-
Pemeriksaan Hb bumil, bufas dan wus	5.907	2.865,-	16.923.555,-
Pemberian obat cacing balita dan bumil	8.045	1.710,-	13.756.950,-
Pojok gizi/Konseling	2.590	8.815,-	22.830.850,-
Total			346.511.385,-

Ada beberapa kemungkinan alasan mengapa anggaran pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu tidak terjadi peningkatan secara signifikan. Sesuai dari hasil wawancara bahwa perencanaan dari dinas kesehatan pelayanan gizi masyarakat digabung dengan pelayanan kesehatan dasar dan perencanaan diusulkan berdasarkan penampungan dari subdin kesra. Berdasarkan hal tersebut dalam perencanaan tidak berdasarkan kebutuhan dan data historis cakupan program pelayanan gizi serta kurangnya koordinasi antarprogram dan antarsektor. Sehingga advokasi program kepada legislatif hanya pelayanan kesehatan secara global.

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa pemda, DPRD memiliki komitmen untuk meningkatkan anggaran pelayanan gizi gakin. Namun hal ini tidak terealisasi sesuai dengan keinginan terlihat dari alokasi anggaran tahun 2005 anggaran perbaikan gizi masyarakat tidak terjadi peningkatan masih sebesar Rp154.685.000,- untuk pelayanan gizi (vitamin A dan Syrup besi) sebesar Rp43.000.000,- atau 28 persen.

Berdasar hal tersebut di atas ada indikasi pengalokasian anggaran tidak berdasarkan kebutuhan tetapi berdasarkan kepentingan. Komitmen pemerintah daerah untuk memberikan kontribusi dana dalam menjamin pemeliharaan kesehatan dasar salah satunya pelayanan gizi gakin merupakan wujud tanggung jawab dalam pelaksanaan otonomi daerah. Hal tersebut sesuai amanat undang-undang nomor 32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah khususnya pasal 167. Pasal tersebut menjelaskan bahwa belanja daerah diprioritaskan untuk melindungi dan meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat dalam upaya memenuhi kewajiban daerah.

Apabila pemerintah daerah mengandalkan sumber dana pembiayaan pelayanan gizi gakin bertumpu pada APBD, secara praktis tidak mempunyai sumber daya yang kuat untuk kelangsungan pembiayaan, karena sumber dana dari APBD terbatas. Oleh karena itu, untuk menjamin kelangsungan pembiayaan pelayanan gizi gakin, pemerintah daerah tidak semata-mata berharap dari APBD namun perlu mencari sumber dana lain yang potensial baik dari badan, organisasi, atau lembaga donatur maupun sumber-sumber pendapatan lainnya.

Fungsi pemerintah daerah di bidang kesehatan yang sangat tergantung pada keadaan ekonomi pemerintah daerah dan masyarakat. Apabila pemerintah daerahnya miskin sementara masyarakat mempunyai tingkat ekonomi tinggi maka biaya pelayanan lebih banyak ditanggung oleh masyarakat. Dalam hal ini perlu ada pembangunan sistem manajemen publik di daerah (8).

Pada masyarakat kaya sistem pelayanan kesehatan bergeser ke mekanisme pasar. Dalam kondisi pemerintah daerah dan masyarakat yang miskin, fungsi pemerintah

daerah cenderung kecil dan dalam situasi ini peran pemerintah pusat diperlukan (9).

Dinas kesehatan kabupaten-kota dengan adanya manajemen publik bertindak sebagai regulator pemerintah dan pemegang anggaran untuk pembiayaan pelayanan kesehatan bagi orang miskin. Berdasarkan hal tersebut sebaiknya ada otonomi kebijakan dalam fasilitas kesehatan milik pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan. Jadi ada tugas bagi dinas kesehatan kabupaten untuk mengusulkan anggaran termasuk pelayanan kesehatan gakin. Proses alokasi anggaran di pemerintah daerah sangat penting untuk memastikan tersedianya pembiayaan kesehatan bagi orang miskin (10).

Selain alokasi anggaran dalam APBD yang rendah terhadap pelayanan kesehatan gakin. Komitmen yang rendah juga terlihat dari indikator ada tidaknya perda yang khusus mengatur masalah tersebut, orientasi perda dan besarnya alokasi anggaran untuk pelayanan kesehatan termasuk pelayanan gizi gakin. Hal tersebut masih belum sesuai harapan. Berdasarkan hasil penelitian GDS hanya (9,4%) daerah yang mempunyai perda yang khusus menangani hal tersebut (11).

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Realisasi biaya pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu yang bersumber dari APBD kabupaten berkisar antara Rp8.763.000,- sampai Rp12.053.000,- per puskesmas dan biaya satuan pelayanan gizi gakin per orang per tahun rata-rata Rp. 645,- pada tahun 2003 dan Rp. 355,- pada tahun 2004.
2. Biaya seharusnya pelayanan gizi gakin di Kabupaten Indragiri Hulu tahun 2005, berkisar antara Rp79.022.541,- hingga Rp144.073.619, per puskesmas sedangkan biaya satuan pelayanan gizi gakin per orang per tahun rata-rata sebesar Rp. 14.290,-.
3. Rendahnya peran dan komitmen pemda, DPRD, dan sektor swasta dalam pembiayaan pelayanan gizi keluarga miskin di Kabupaten Indragiri Hulu.

Berdasarkan kesimpulan yang ada, maka ada beberapa saran yang kami ajukan adalah sebagai berikut:

1. Pemerintah Daerah Kabupaten Indragiri Hulu perlu meningkatkan alokasi anggaran pelayanan gizi gakin secara bertahap sesuai dengan kebutuhan yang seharusnya.
2. Dinas kesehatan perlu meningkatkan advokasi kepada pengambil kebijakan dalam penganggaran pelayanan gizi gakin.

3. Pemerintah Kabupaten Indragiri Hulu perlu meningkatkan anggaran pada puskesmas yang merupakan ujung tombak pelayanan gizi gakin.
4. Diperlukan peningkatan peran dan komitmen pemda, DPRD, dan sektor swasta dalam meningkatkan pelayanan gizi gakin di samping mendukung dengan jumlah anggaran dan juga kebijakan dalam bentuk peraturan daerah (Perda).

RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan RI. Buku Panduan Pengelolaan Program Perbaikan Gizi Kabupaten/ Kota. Jakarta; 2000.
2. Departemen Kesehatan RI. Program Gizi Makro. Jakarta; 2002.
3. Departemen Dalam Negeri RI. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 Tahun 2002. Jakarta; 2002.
4. Atmarita, dan Tatang SF. Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Kumpulan Makalah Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII. Jakarta; 2004.
5. Budiarto W, dan Ristrini. Kontribusi Anggaran Pemerintah dalam Pembiayaan Program Kesehatan pada Era Otonomi Daerah. JMPK 2003;6(4).
6. Raynold J. Cost Analysis, Primary Health Management Advancement Programme. Geneva: The Aga Khan University; 1993.
7. Indragiri Hulu dalam Angka. Biro Pusat Statistik; 2004.
8. Trisnantoro L, dan Akhirani. Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari Pemerintah Melalui District Health Account Di Kabupaten Sinjai. JMPK Maret 2004;7(1).
9. Mills A, Vaughan JP, Smith D, Ltabibzadeh I. Desentralisasi Sistem Kesehatan; Konsep, Isu-Isu, dan Pengalaman di Berbagai Negara. Yogyakarta: UGM Press; 1989.
10. Trisnantoro L. Perubahan Sistem Kesehatan Wilayah Akibat Kebijakan Desentralisasi. JMPK 2001;4(2).
11. Dwiyanto A. Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah, Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta; 2003.