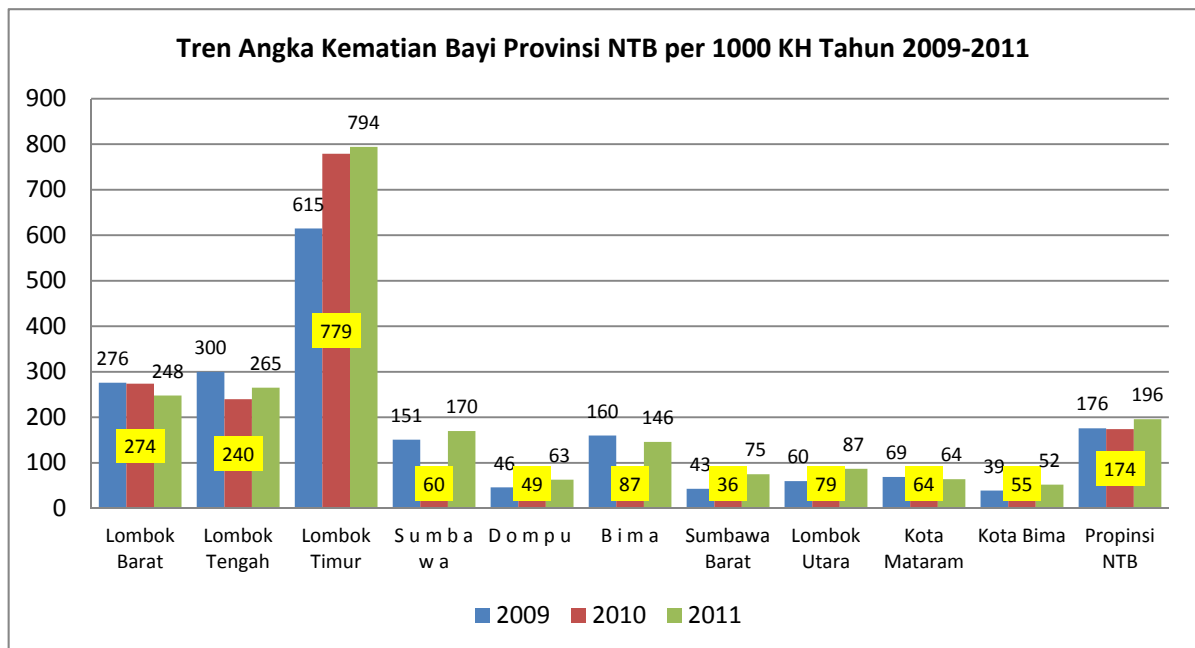


HASIL ANALISIS APBD PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT¹

A. POTRET AKI/AKB DI PROVINSI NTB

1. Trend Kematian Bayi



Sumber: Diolah oleh PATTIRO NTB dari NTB dalam Angka 2012

Angka Kematian Bayi (AKB) Provinsi Nusa Tenggara Barat sepanjang tahun 2009-2011 mengalami peningkatan. Pada tahun 2009 AKB Provinsi NTB 176/1000 kelahiran hidup (KH) dan pada tahun 2010 hanya sedikit mengalami penurunan menjadi 174/1000 KH, namun pada tahun 2011 justru kembali mengalami peningkatan menjadi 196/1000 KH.

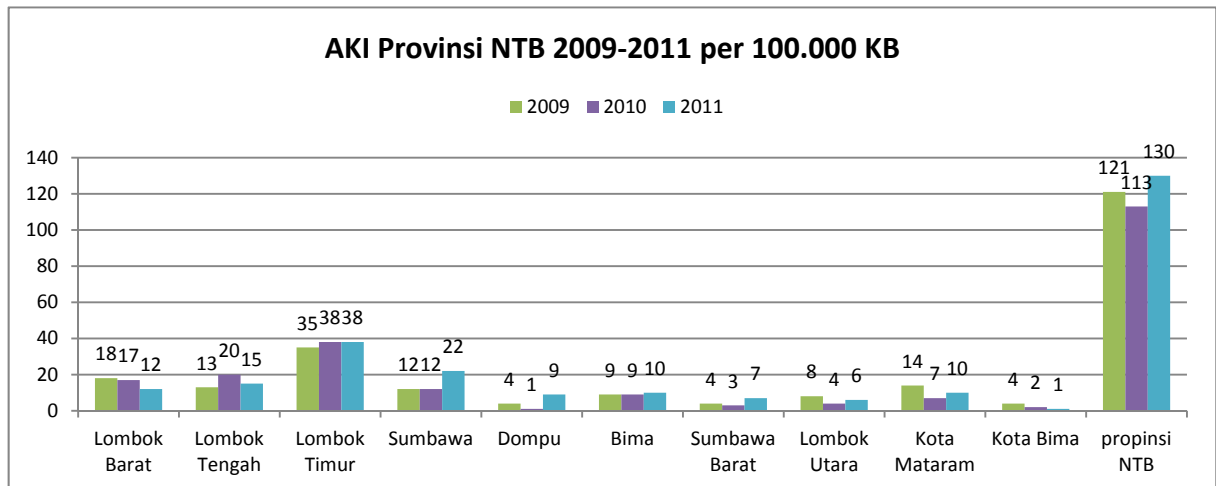
Kabupaten yang berkontribusi besar terhadap peningkatan AKB Provinsi NTB adalah Kabupaten Lombok Timur. Jumlah kasus kematian bayi di Kabupaten Lombok Timur berturut-turut dalam kurun waktu 2009-2011 adalah 615 kasus (tahun 2009), meningkat menjadi 779 kasus (tahun 2010), dan 794 kasus (tahun 2011). Terdapat peningkatan jumlah kasus yang cukup signifikan pada tahun 2010 sebesar 164 kasus dan meningkat kembali sebesar 15 kasus pada tahun berikutnya. Kabupaten lain yang berkontribusi cukup besar terhadap AKB di NTB adalah Kabupaten Lombok Tengah, Lombok Barat, Kabupaten Sumbawa, dan Kabupaten Bima.

Terjadi trend peningkatan angka kematian bayi di pulau Sumbawa, khusus pada tahun 2010-2011 dari 60 kasus kematian bayi meningkat menjadi 170 kasus.

¹ Hasil analisis ini dibuat oleh Jaringan CSO Provinsi NTB yang difasilitasi dan didampingi oleh PATTIRO melalui Program *Support to CSO* yang didukung oleh AIPD.

Sebaliknya, trend penurunan angka kematian bayi terdapat di Kabupaten Lombok Barat, yaitu dari 274 kasus menjadi 248 kasus.

2. Data Trend Angka Kematian Ibu



Sumber: Diolah oleh PATTIRO NTB dari NTB dalam Angka 2012

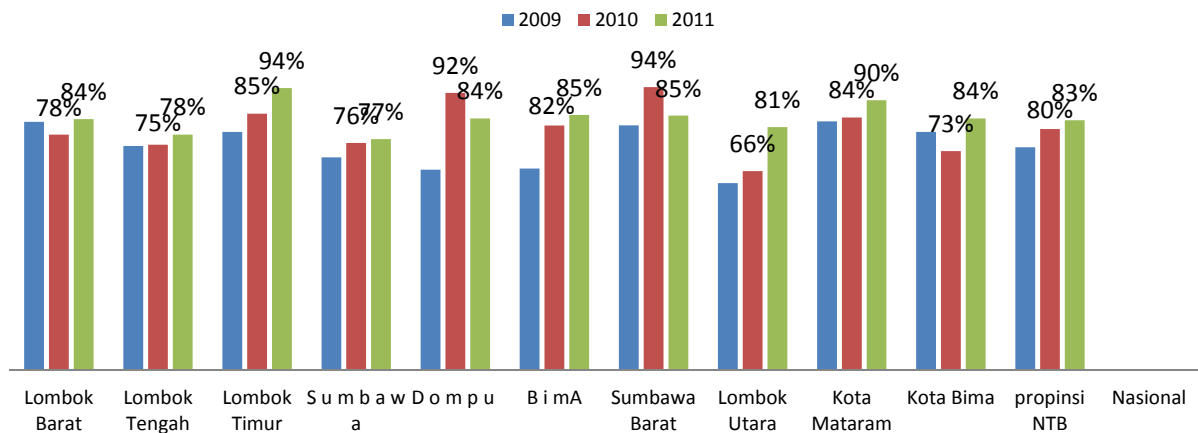
Tren Angka Kematian Ibu (AKI) Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2009-2011 mengalami fluktuasi yang hampir sama dengan tren AKB periode tahun yang sama. Pada tahun 2010, AKI Provinsi NTB mengalami penurunan menjadi 113/100.000 KH dan meningkat signifikan pada tahun 2011 menjadi 130/100.000 KH.

Pulau Lombok berkontribusi signifikan terhadap AKI Provinsi NTB dalam tiga tahun tersebut. Tiga Kabupaten di Pulau Lombok yang berkontribusi besar terhadap AKI Provinsi NTB, yaitu Kabupaten Lombok Timur, Lombok Tengah, dan Lombok Barat. Sedangkan di Pulau Sumbawa, hanya Kabupaten Sumbawa yang memiliki AKI tertinggi dan menjadi Kabupaten dengan AKI tertinggi se-NTB setelah Kabupaten Lotim, bahkan menalami peningkatan paling signifikan pada tahun 2011.

Kabupaten Lombok Timur memiliki AKI tertinggi di antara Kabupaten/Kota se-NTB selama periode 2009-2011. Pada tahun 2011, AKI Kabupaten Lotim sebesar 38/100.000 KH. Meskipun angka ini tidak mengalami perubahan sejak tahun 2010, namun tertinggi di NTB atau hampir menyamai total AKI di Pulau Sumbawa. Sedangkan tren AKI Kota Bima terus mengalami penurunan, bahkan AKI Kota Bima adalah yang terendah di antara 10 Kabupaten/Kota di NTB.

3. Tren Kelahiran dengan Pertolongan Tenaga Kesehatan

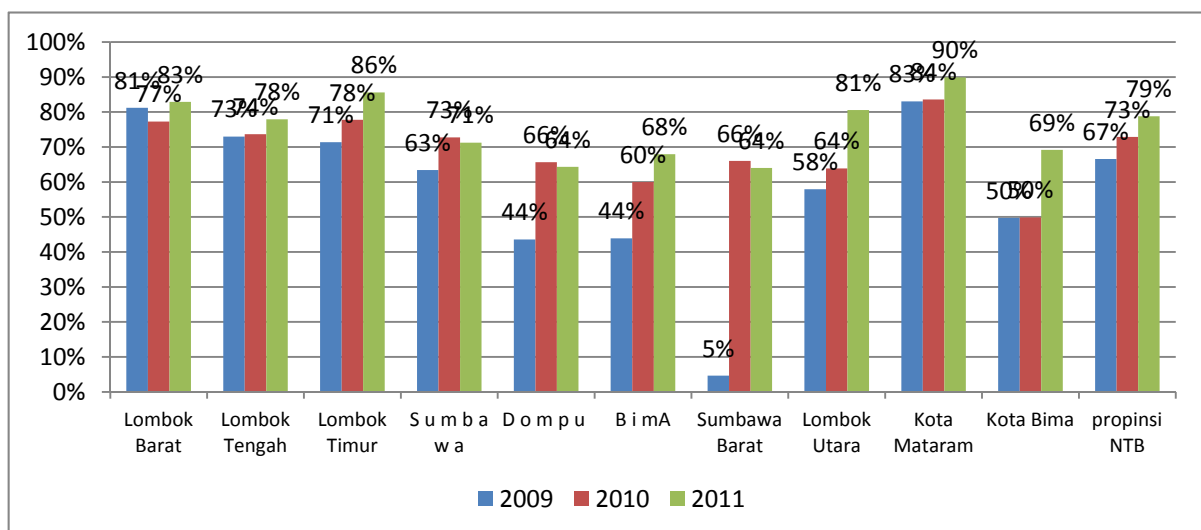
Proporsi Kelahiran Bayi oleh Tenaga Kesehatan di Provinsi NTB Tahun 2009-2011



Sumber: Diolah oleh PATTIRO NTB dari NTB dalam Angka 2012

Jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan Provinsi NTB sepanjang 2009-2011 terus mengalami peningkatan dari 80% pada tahun 2010 menjadi 83% pada tahun 2011. Rata-rata jumlah kelahiran dengan bantuan tenaga kesehatan di semua kabupaten mengalami peningkatan. Namun, dari 10 Kabupaten/Kota di NTB, hanya Kabupaten Dompu dan Kabupaten Sumbawa Barat yang mengalami penurunan pada tahun 2011 dibandingkan tahun 2010. Namun demikian, tiga kabupaten, yaitu Kabupaten Sumbawa, Lombok Tengah serta Lombok Utara adalah daerah dengan jumlah kelahiran dengan bantuan tenaga kesehatan di bawah rata-rata provinsi.

4. Kelahiran di Fasilitas Kesehatan



Sumber: Diolah oleh PATTIRO NTB dari NTB dalam Angka 2012

Sementara itu, jumlah kelahiran bayi di fasilitas kesehatan di Provinsi NTB mengalami peningkatan dari 67% pada tahun 2009, 73% pada tahun 2010, dan 79%



PATTIRO

PUSAT TELAHAH DAN INFORMASI REGIONAL
[CENTER FOR REGIONAL INFORMATION AND STUDIES]

pada tahun 2011. Tingkat kelahiran di fasilitas kesehatan tertinggi berada di Kota Mataram (90%) dan terendah di Dompu dan KSB (64%).



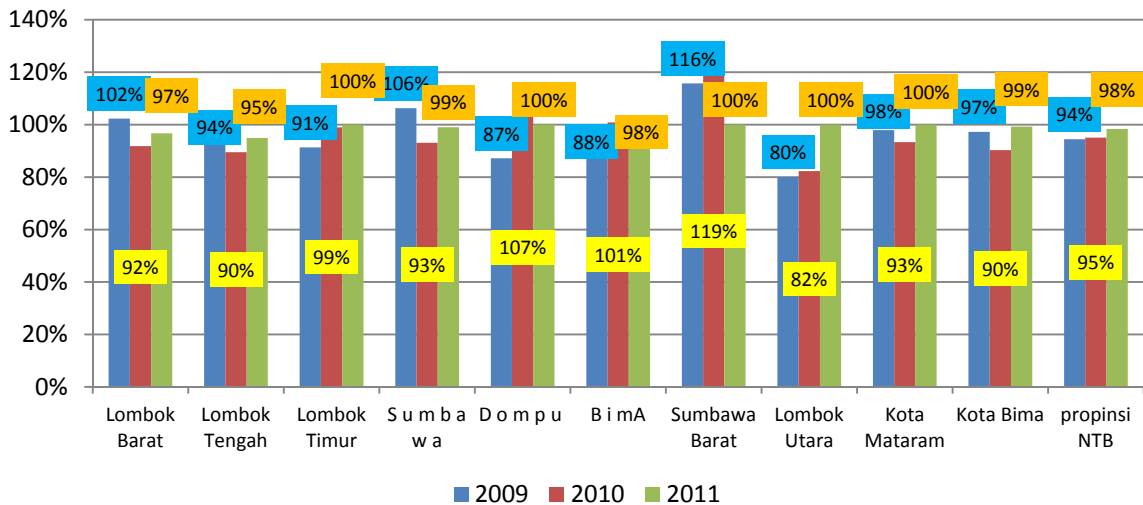
PATTIRO

JL. INTAN NO. 81, GILANDAK BARAT
JAKARTA SELATAN 12430
INDONESIA

T. +62 21 7591 5498
+62 21 7591 5546
F. +62 21 751 2503

E. SEKRETARIAT@PATTIRO.ORG
INFO@PATTIRO.ORG
WWW.PATTIRO.ORG

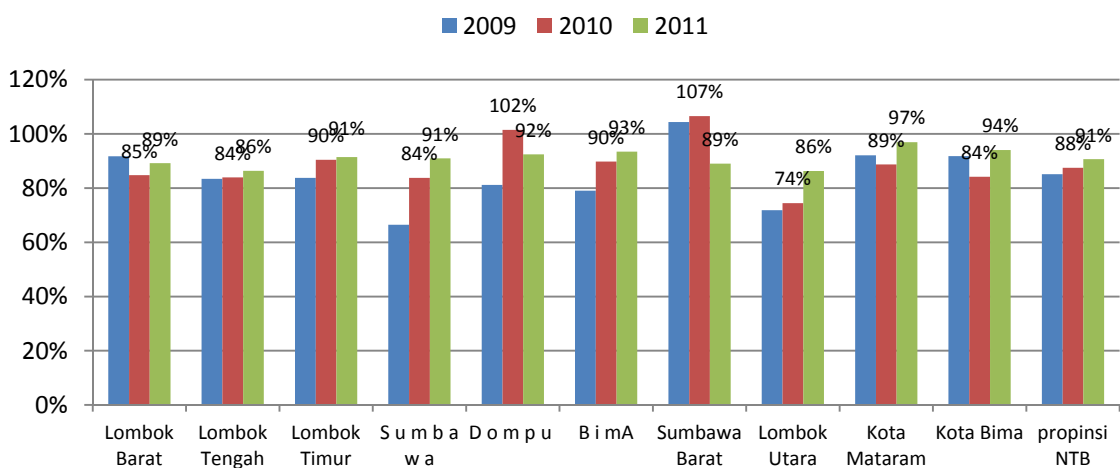
5. Tren Kunjungan K1 Provinsi NTB Tahun 2009-2011



Sumber: Diolah oleh PATTIRO NTB dari NTB dalam Angka 2012

Kunjungan K1 di Provinsi NTB mengalami tren yang cukup menggembirakan sepanjang 2009-2011. Hingga tahun 2011, 98% ibu hamil melakukan kunjungan K1, sebelumnya pada tahun 2010 sebesar 95%. Lima Kabupaten/Kota dengan kunjungan K1 100% pada tahun 2011 adalah Kabupaten Lotim, Dompu, KSB, KLU, dan Kota Mataram. Sedangkan Kabupaten/Kota dengan K1 di bawah rata-rata provinsi adalah Kabupaten Lombok Tengah dan Kabupaten Lombok Barat.

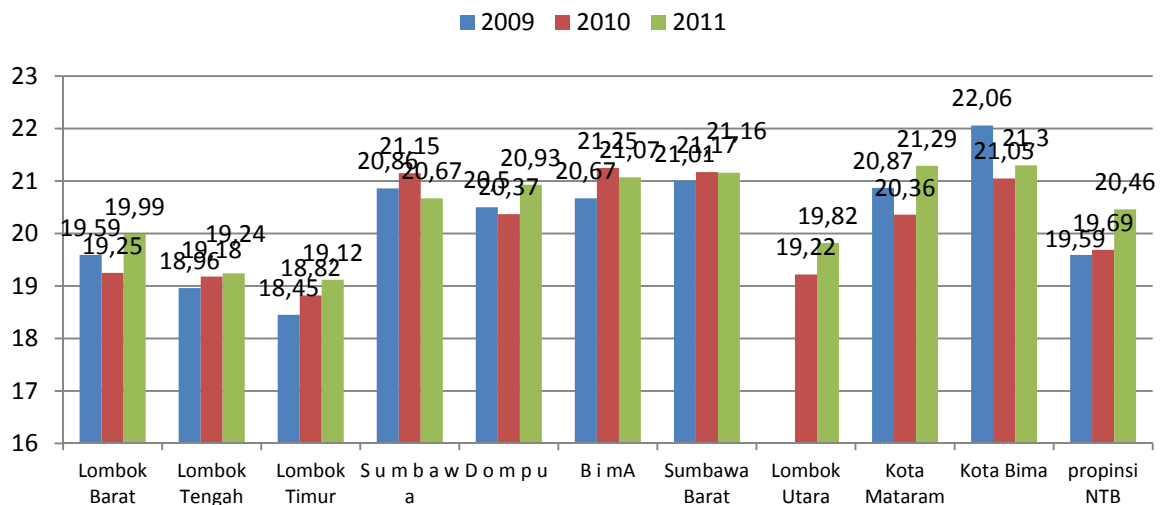
6. Tren Kunjungan K4 Provinsi NTB Tahun 2009-2011



Sumber: Diolah oleh PATTIRO NTB dari NTB dalam Angka 2012

Grafik di atas menunjukkan bahwa terdapat trend peningkatan kunjungan K4 Provinsi NTB tahun 2009-2011. Dari semua Kabupaten/Kota, hanya KSB yang mengalami penurunan jumlah kunjungan k4 pada tahun 2011 (89%), setelah pada tahun sebelumnya menjadi daerah dengan kunjungan K4 tertinggi di NTB, yaitu 107%.

7. Tren Usia Kawin Pertama di Provinsi NTB Tahun 2009-2011

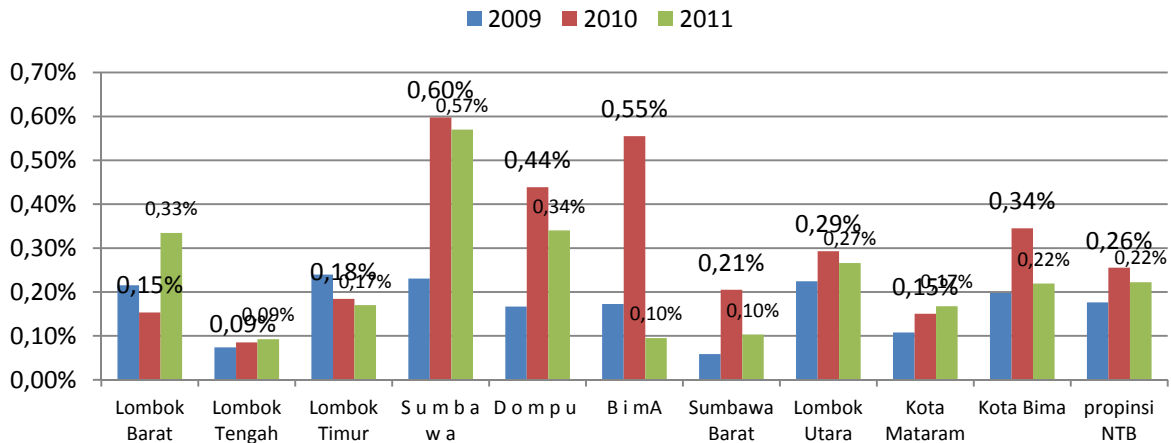


Sumber: Diolah oleh PATTIRO NTB dari NTB dalam Angka 2011

Rata-rata usia kawin pertama di NTB terus mengalami peningkatan sepanjang tahun 2009-2011 menjadi 20,46 tahun. Sebelumnya, pada tahun 2010 rata-rata kawin pertama pada usia 19,7 tahun. Usia kawin pertama di sebagian besar Kabupaten/Kota di NTB mengalami tren fluktuatif. Sedangkan usia kawin pertama di Kabupaten Lotim dan Loteng mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2009, usia kawin pertama di Kabupaten Lotim adalah 18,5 tahun, lalu pada tahun 2011 meningkat menjadi 19,1 tahun.

Rata-rata usia kawin pertama di semua Kabupaten di Pulau Lombok berada di bawah usia kawin pertama provinsi, yaitu di kisaran 19,12-19,99 tahun, kecuali di Kota Mataram dengan usia kawin pertama 21,29 tahun. Sebaliknya, usia kawin pertama di semua Kabupaten/Kota di Pulau Sumbawa berada di atas rata-rata usia kawin pertama provinsi. Ini menggambarkan bahwa kawin dini di Pulau Lombok masih marak.

8. Status Gizi Bayi di Provinsi NTB Tahun 2009-2011



Sumber: Diolah oleh PATTIRO NTB dari NTB dalam Angka 2012

Rata-rata kondisi status gizi bayi di NTB pada tahun 2011 lebih baik dibandingkan tahun sebelumnya. Tren membaiknya status gizi ini hampir terjadi di seluruh Kabupaten/Kota di NTB, kecuali di Kabupaten Lombok Barat, Kota Mataram, dan Lombok Tengah. Grafik di atas juga menunjukkan bahwa status gizi buruk tertinggi terdapat Kabupaten Sumbawa dengan jumlah 0,57%, namun lebih baik dibandingkan tahun sebelumnya. Sedangkan trend peningkatan kasus gizi buruk terjadi di kabupaten Lombok Barat yaitu dari 0,15% menjadi 0,33%.

Sebaliknya pada tahun 2010, status gizi buruk di Pulau Sumbawa sangat mengkhawatirkan dengan tingginya temuan kasus gizi buruk. Kasus tertinggi terjadi; sekitar 0,60% bayi mengalami gizi buruk di Kabupaten Sumbawa dan menjadi yang tertinggi di NTB pada tahun tersebut. Meskipun menurun pada tahun 2011, namun tidak signifikan dan tetap berkontribusi paling besar dalam penurunan status gizi bayi di Provinsi NTB.

Kabupaten Bima cukup berhasil meningkatkan status gizi bayi bahkan salah satu yang terbaik pada 2011. Pada tahun 2010, status gizi bayi di Kabupaten Bima terburuk kedua setelah Kabupaten Sumbawa, namun dapat ditekan pada tahun berikutnya hingga 0,10%.

INDIKATOR - SPM	TARGET 2013 (%)	2010			2011			2012		
		REALISASI (A)	SASARAN SETAHUN (B)	A/B (%)	REALISASI (A)	SASARAN SETAHUN (B)	A/B (%)	REALISASI (A)	SASARAN SETAHUN (B)	A/B (%)
PELAYANAN KESEHATAN DASAR										
Cakupan Kunjungan Bumil K4	100	98.809	117.297	84,24	103.845	117.441	88,42	108.362	117.798	91,99
Cakupan Komplikasi Kebidanan yang Ditangani	85	12.191	15.908	76,63	20.726	27.698	74,83	21.495	23.261	92,41
Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan yang Memiliki Kompetensi Kebidanan	90	73.539	94.393	77,91	96.767	111.683	86,64	101.037	112.183	90,06
Cakupan Pelayanan Nifas	95	75.859	95.309	79,59	98.856	111,67	88,53	102.086	111.646	91,44
Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani	85	20.123	22.599	89,04	11.301	15,35	73,62	8.785	14.438	60,85
Cakupan Kunjungan Bayi	95	76.173	75.039	101,51	101.261	106.097	95,44	104.056	107.085	97,17
Cakupan Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	100	790	911	86,72	847	957	88,51	896	1	89,60
Cakupan Pelayanan Anak Balita	80	162.698	919.846	17,69	313.202	508.946	61,54	334,52	363.539	92,02
Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI pada Anak usia 6 - 24 bulan Keluarga Miskin	100	3,5	31.291	11,19	36,38	51.742	70,31	4.051	36.639	11,06
Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	100	590	556	106,12	1.543	2.272	67,91	788	788	100,00
Cakupan Penjangkaran Kesehatan Siswa SD dan Setingkat	100	106.125	191.477	55,42	55.508	72.831	76,21	144.856	97.145	149,11
Cakupan Peserta KB Aktif	80	609.835	545.632	111,77	499,24	801,46	62,29	577.345	906.061	63,72
Cakupan Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per100,000 penduduk < 15 tahun		2.427	595.843	407,32	39	790.793	4,96	46	1,401,922	3,28
Cakupan Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penemuan Penderita Pneumonia Balita	100	22.501	95.116	23,66	29.048	70.569	41,16	34.006	58.283	58,35
Cakupan Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penemuan pasien baru TB BTA Positif	70	2.206	147.893	1,49	3.241	8.276	39,16	3.786	8.298	45,63
Cakupan Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penderita DBD yang ditangani	100	1.877	1,107,097	0,17	624	809	77,13	804	804	100,00
Cakupan Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penemuan penderita diare	100	110.254	1,197,926	9,20	169.481	221.621	76,47	175.337	211.809	82,78
Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Pasien Masyarakat Miskin	90	873.681	1,213,522	72,00	852.728	1,566,982	54,42	1,452,155	2,245,439	64,67



PATTIRO

PUSAT TELAHAH DAN INFORMASI REGIONAL
[CENTER FOR REGIONAL INFORMATION AND STUDIES]

PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN										
Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin	80	117.134	1,172,757	9,99	139.278	1,483,458	9,39	144.746	1,872,385	7,73
Cakupan Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan Sarana Kesehatan (RS) di Kab/ Kota	100	43.558	41.251	105,59	323	153.827	0,21	131	148	88,51
PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB										
Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	100	454	419	108,35	150	431	34,80	184	357	51,54
PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT										
Cakupan Desa Siaga Aktif	80	664	820	80,98	867	1.068	81,18	904	1.114	81,15

Lampiran 1. Capaian Indikator SPM Kesehatan Provinsi NTB 2010-2013 (Sumber: Diolah dari Pergub no. 3 tahun 2010 dan NTB dalam angka)

Lampiran 2. Capaian Indikator Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTB 2009-2013

PROGRAM / INDIKATOR KINERJA	2009		2010			2011			2012		
	TARGET (%)	REALISASI (%)	TARGET (%)	REALI (%)	SASI	TARGET (%)	REALI (%)	SASI	Target (%)	REALI (%)	SASI
I Promosi kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat											
▪ Cakupan Desa Siaga Aktif	65	58,2	70	87,71	75	87,60	80	96,17			
▪ Cakupan Posyandu Aktif	65	55,6	70	62,71	75	64,7	80	62,71			
II Pelayanan KIA dan Kespro											
▪ Cakupan kunjungan Ibu Hamil K4	90	83,63	95	79,52	95	89,02	98	83,74			
▪ Cakupan kunjungan ibu hamil K1	90	92,8	95	96,05	95	99,04	98	91,59			
▪ Cakupan pertolongan persalinan oleh nakes yang memiliki kompetensi kebidanan	90	75,96	90	76,56	90	87,90	90	90,33			
▪ Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani	70	22,81	80	26,10	82	45,34	84				

PATTIRO

JL. INTAN NO. 81, GILANDAK BARAT
JAKARTA SELATAN 12430
INDONESIA

T. +62 21 7591 5498
+62 21 7591 5546
F. +62 21 751 2503

E. SEKRETARIAT@PATTIRO.DRG
INFO@PATTIRO.DRG
WWW.PATTIRO.DRG



PATTIRO

PUSAT TELAHAH DAN INFORMASI REGIONAL
[CENTER FOR REGIONAL INFORMATION AND STUDIES]

▪	Cakupan Kunjungan Bayi	85	89,98	90	85,76	92	99,10	94	95,48
III	Program Perbaikan Gizi Masyarakat								
▪	Prevalensi Balita Gizi Buruk	3,2	3,18	3,0	5,49	2,8	5,49	2,6	3,52
▪	Prevalensi Balita Kurang Gizi /KEP	24	24,47	23	20,87	22	20,87	21	17,63
▪	Kabupaten/Kota melaksanakan kegiatan penanggulangan PTM (Penyakit Tidak Menular)	100		100		100		100	100
IV	Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular dan Tidak Menular								
▪	Desa mengalami KLB dilakukan penyelidikan Epidemiologi <24 jam	100	100	100	100	100	100	100	100
▪	Cakupan Desa UCI (Universal Children Immunization)	95	89,6	100	92,60	100	93,9	100	100
V	Program Pengembangan Lingkungan Sehat								
▪	KK yang menggunakan jamban keluarga	63	61,08	65	65,5	70	66,16	75	68,91
▪	KK yang memiliki akses terhadap air bersih	70	79,96	71	78,9	74	52,45	76	75,32
VI	Program Sumber Daya Kesehatan								
▪	Rasio dokter terhadap penduduk (per 100.000 penduduk)	15	10,2	20	11,14	25	11,14	30	14,5
▪	Rasio bidan terhadap penduduk (per 100.000 penduduk)	30	29,97	40	33	60	33	70	43,4
▪	Rasio perawat terhadap penduduk (per 100.000 penduduk)	60	68,61	65	89,91	80	89,91	95	109,11



PATTIRO

JL. INTAN NO. 81, GILANDAK BARAT
JAKARTA SELATAN 12430
INDONESIA

T. +62 21 7591 5498
+62 21 7591 5546
F. +62 21 751 2503

E. SEKRETARIAT@PATTIRO.DRG
INFO@PATTIRO.DRG
WWW.PATTIRO.DRG



PATTIRO

PUSAT TELAHAH DAN INFORMASI REGIONAL

[CENTER FOR REGIONAL INFORMATION AND STUDIES]

- Berdasarkan Peraturan gubernur nusa tenggara barat Nomor 3 tahun 2010 Tentang Standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan Pemerintah provinsi nusa tenggara barat ada 4 kelompok cakupan pelayanan yaitu (1) Pelayanan Kesehatan Dasar, (2) Pelayanan Kesehatan Rujukan, (3) Penyelidikan Epidemiologi Dan Penanggulangan Klb(4) Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat.
- pada **tahun 2010** target pelayanan dasar yang dicapai hanya 4 cakupan layanan yaitu Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani, Cakupan Kunjungan Bayi, Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan, dan Cakupan Peserta KB Aktif. Pada **tahun 2011** tidak ada satu pun cakupan pelayanan dasar yang bisa dicapai.
- **Dan dari tahun 2009-2012 terjadi perkembangan capaian indikator SPM kesehatan pelayanan dasar hanya 7 cakupan layanan dasar** yaitu, Cakupan Komplikasi Kebidanan yang Ditangani, Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan yang Memiliki Kompetensi Kebidanan, Cakupan Kunjungan Bayi, Cakupan Pelayanan Anak Balita, Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan, Cakupan Penjaringan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat, dan Cakupan Penemuan Dan Penanganan Penderita Penyakit - Penderita DBD yang ditangani. Dan dari 2009-2012 terdapat 11 cakupan layanan dasar yang tidak bisa dicapai.
- Indikator SPM pelayanan rujukan hanya Pelayanan Gawat Darurat yang bisa tercapai, **sedangkan pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin tidak tercapai.**
- Dari 22 cakupan indikator SPM kesehatan NTB baik cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar, Pelayanan Kesehatan Rujukan, Penyelidikan Epidemiologi Dan Penanggulangan Klb serta Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat, cakupan layanan yang mencapai target hanya 12 layanan dan parahnya yang banyak tidak tercapai target adalah pelayanan dasar yaitu dari 18 cakupan layanan dasar hanya 7 yang bisa dicapai (%).



PATTIRO

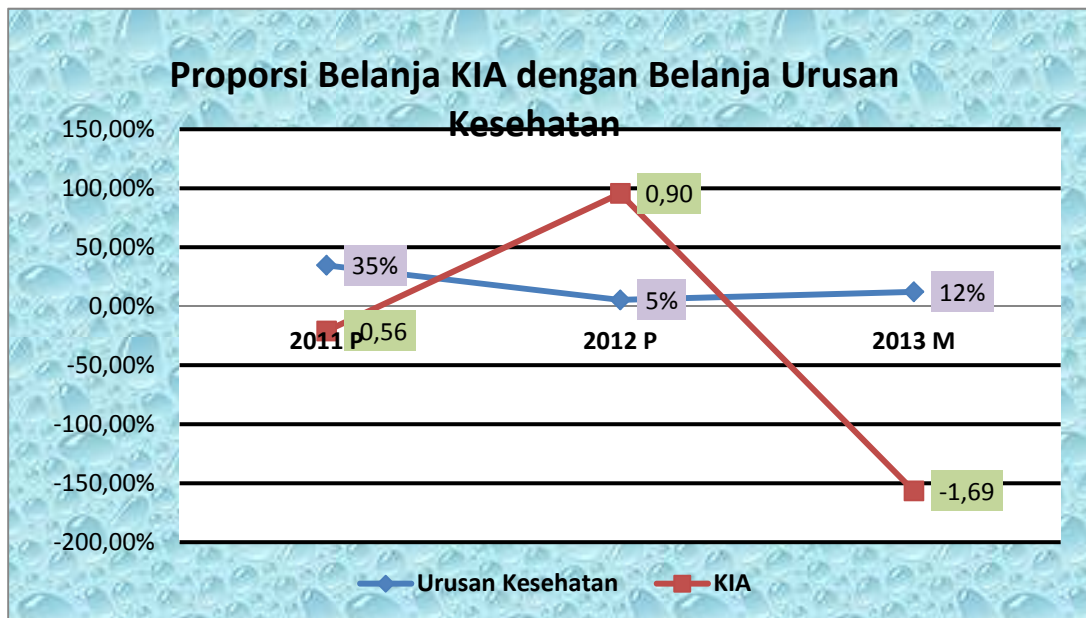
JL. INTAN NO. 81, CILANDAK BARAT
JAKARTA SELATAN 12430
INDONESIA

T. +62 21 7591 5498
+62 21 7591 5546
F. +62 21 751 2503

E. SEKRETARIAT@PATTIRO.ORG
INFO@PATTIRO.ORG
WWW.PATTIRO.ORG

B. ANALISIS ANGGARAN PROGRAM KIA DI PROVINSI NTB

1. Belanja KIA dan Belanja Urusan Kesehatan yang disesuaikan dengan IHK Provinsi NTB.



--Pertumbuhan berdasarkan IHK provinsi NTB.

Tabel belanja urusan kesehatan dan KIA yang disesuaikan dengan index harga konsumen (IHK)

Belanja Urusan	2010	2011	2012	2013
Urusan Kesehatan	136,790,207,169	196,571,957,146	199,713,775,639	224,114,756,994
KIA	1,347,526,486	812,641,906	8,056,379,019	2,952,409,954



PATTIRO

PUSAT TELAHAH DAN INFORMASI REGIONAL

[CENTER FOR REGIONAL INFORMATION AND STUDIES]

Pertumbuhan riil belanja urusan kesehatan dan belanja KIA Provinsi NTB dalam periode tiga tahun terakhir terjadi fluktuatif. Sejak tahun 2011 belanja riil urusan kesehatan sebesar 35% atau sekitar 196 miliar dari tahun 2010 yang sebesar 136 miliar, dan turun sebesar 30% sehingga ditahun 2012 sehingga menjadi 5% atau sebesar 199 miliar ditahun 2012, kemudian naik lagi ditahun 2013 sebesar 7% menjadi 12% atau 224 miliar.

Sementara trend pertumbuhan belanja KIA sejak tahun 2011 mengalami penurunan sebesar 534 juta dari tahun 2010 atau persentase pertumbuhannya sebesar -0,56%. Ditahun 2012 pertumbuhannya meningkat sebesar 7,2 miliar sehingga menjadi 8.06 miliar atau meningkat menjadi 0,90%, kemudian ditahun 2013 mengalami penurunan sebesar 5,1 miliar sehingga menjadi 2,95 miliar atau sekitar -1,69%. Belanja anggaran kesehatan tersebut diluar belanja transfer provinsi ke kabupaten melalui biro keuangan dalam bentuk belanja bantuan keuangan ke kabupaten/kota. **Melihat tren pertumbuhan belanja KIA 2011-2013, diindikasikan sector KIA tidak menjadi prioritas pemerintah provinsi pada periode waktu tersebut.**

2. Belanja SKPD terkait urusan kesehatan dan KIA.

Table : Sebaran belanja urusan kesehatan dan rasio terhadap belanja urusan kesehatan

SKPD URUSAN KESEHATAN	BELANJA URUSAN KESEHATAN					
	2011 P	Rasio thd Urusan Kes.	2012 P	Rasio thd Urusan Kes.	2013 M	Rasio thd Urusan Kes.
Dinas Kesehatan	47,880,109,021	22.9%	62,880,691,750	30.3%	43,070,032,031	18.9%
RSUP	142,391,728,769	68.0%	119,556,054,487	57.6%	161,216,861,969	70.8%
RSJ	16,464,063,876	7.9%	24,515,895,200	11.8%	22,693,103,700	10.0%
Badan		0.8%				



PATTIRO

JL. INTAN NO. 81, CILANDAK BARAT
JAKARTA SELATAN 12430
INDONESIA

T. +62 21 7591 5498
+62 21 7591 5546
F. +62 21 751 2503

E. SEKRETARIAT@PATTIRO.ORG
INFO@PATTIRO.ORG
WWW.PATTIRO.ORG



Narkotika	1,738,096,726		-		-	
BP3AKB	529,240,600	0.3%	724,835,000	0.3%	416,822,400	0.2%
SEKDA		0.0%	14,100,000	0.0%	128,100,000	0.1%
BPMPD	445,064,000	0.2%	-		39,400,000	0.0%
BELANJA URUSAN KESEHATAN	209,448,302,992		207,691,576,437		227,564,320,100	
KIA	865,873,600	0.4%	8,378,200,520	4.0%	2,997,853,300	1.3%

Alokasi anggaran belanja urusan kesehatan yang dikelola oleh dimasing - masing SKPD teknis mengalami fluktuatif sejak tiga tahun terakhir. Belanja urusan kesehatan dipemerintahan provinsi NTB tidak hanya dikelola oleh SKPD teknis kesehatan seperti Dinas Kesehatan, RSUD, Rumah Sakit Jiwa dan Badan Narkotika, tetapi juga dikelola atau dialokasikan juga di SKPD - SKPD lain seperti BP3AKB, BPMPD.

Dari table diatas menunjukkan bahwa sejak tahun 2011 - 2013 Rumah Sakit Umum mengelola anggaran paling besar dibandingkan dengan SKPD - SKPD yang lain. Walaupun besaran anggaran tiap tahunnya terjadi fluktuatif, ditahun 2011 mengalokasikan sebesar 142 miliar atau sekitar 68% dari total belanja urusan kesehatan. Ditahun 2012 turun menjadi 119 miliar atau 57,6%, dan naik lagi ditahun 2013 menjadi 161 miliar atau 70,8% dari total urusan kesehatan. Anggaran yang dialokasikan ke RSUP lebih banyak di peruntukkan bagi program perbaikan pelayanan mutu kesehatan secara yang dikelola dengan system BLUD tidak spesifik isu Kesehatan ibu dan Anak (KIA).

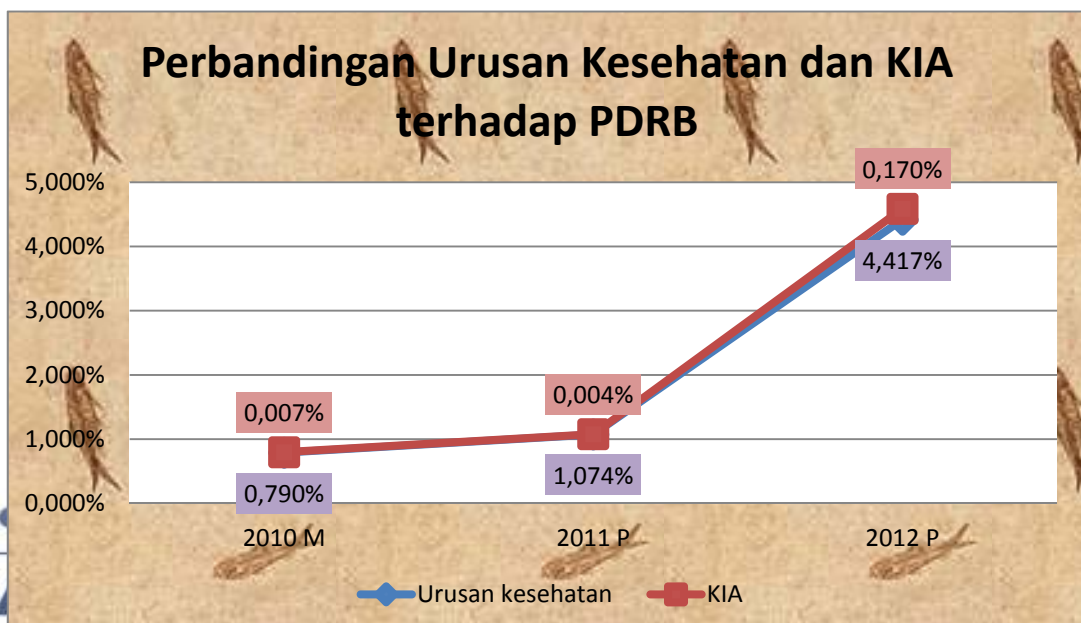
Diurutan kedua oleh dinas Kesehatan yang mengelola anggaran ditahun 2011 - 2013 berkisar antara 43 miliar - 67 miliar atau sekitar 18,9% - 30,2% dari total belanja urusan kesehatan. Anggaran yang dikelola oleh dinas



kesehatan untuk KIA lebih diarahkan untuk program pencegahan (preventif) seperti kegiatan penyuluhan dan perawatan bagi ibu hamil, pemberian vit dan makanan tambahan.

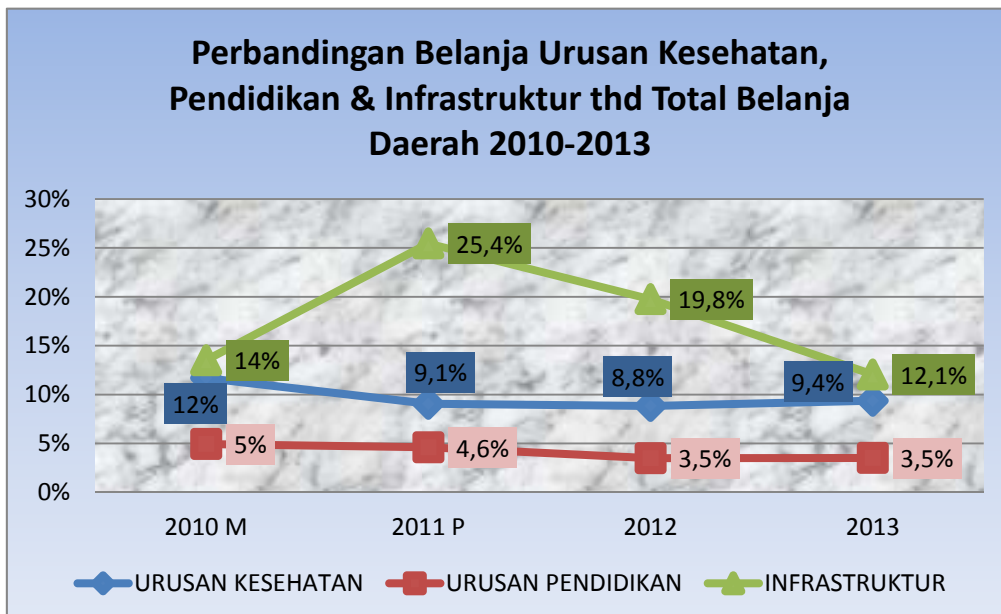
Diurutan ketiga oleh Rumah Sakit Jiwa berkisar antara 7,9% - 11,8%. Sementara Badan Narkotika, BP3AKB, Sekda dan BPMPD hanya dialokasi anggaran dibawah 0,3%. Anggaran BP3AKB, SEKDA dan BPMPD mengalokasikan anggaran tersebut untuk kesehatan ibu dan anak (KIA) seperti kegiatan KB, Fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak (BP3KB), insentif kader (SEKDA), Revitalisasi posyandu dan penilaian evaluasi terpadu (BPMPD) Kecuali badan narkota yang hanya mengalokasikan anggaranya ditahun 2011 sebesar 1,7 miliar, sementara ditahun 2012, 2013 tidak lagi mengelolah anggaran.

3. Perbandingan Urusan Kesehatan dan KIA terhadap PDRB.



Pemerintah provinsi NTB tidak memandang urusan kesehatan menjadi prioritas daerah untuk meningkatkan produktifitas ekonomi daerah. Pada tahun 2010, belanja urusan kesehatan hanya berkontribusi sebesar 0,79% terhadap PDRB. Padahal produktifitas masyarakat akan meningkat apabila didasari kondisi kesehatan yang baik. Namun, pada tahun 2011 dan 2012, kontribusi belanja urusan kesehatan terhadap PDRB mengalami peningkatan, terutama pada tahun 2012 sebesar 4,42% dan belanja KIA sebesar 0,17%.

4. Perbandingan Belanja Urusan Kesehatan, Pendidikan dan Infrastruktur.



Proporsi belanja urusan kesehatan provinsi NTB belum sesuai dengan amanat UU Kesehatan yang mewajibkan pemerintah daerah mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 10% dari total APBD di luar gaji. Proporsi belanja urusan kesehatan terhadap total belanja daerah tahun 2010-2013 rata-rata sekitar 9,7% termasuk gaji pegawai. Prosentase belanja

urusan kesehatan lebih kecil dibandingkan dengan belanja urusan infrastruktur yang dialokasikan rata-rata 17,7%.

5. Alokasi Anggaran perkapita Ibu Hami dan Anak.

	2010	2011
T. Belanja KIA	1,483,062,580	865,873,600
Jumlah ibu hamil + bayi	217,500	220,342
Unit cost KIA / ibu dan bayi	6,819	3,930

Dihat dari belanja KIA tahun 2010 dan 2011 dibandingkan dengan jumlah belanja KIA pada tahun tersebut maka didapatkan alokasi anggaran perkapita ibu hamil dan bayi hanya sebesar Rp. 6.819 tahun 2010 dan Rp. 3.930 untuk tahun 2011. Angka tersebut sangat kecil Jika dibanding dengan anggaran jamkesda provinsi sebesar 300.000 perorang pertahun.

C. KESIMPULAN

1. Kecilnya alokasi anggaran untuk KIA berpengaruh terhadap besarnya peningkatan AKI/AKB dan pencapaian SPM di NTB.
2. Dari 32 variabel dalam SPM urusan kesehatan hanya 9 variabel yang bias mencapai target yang telah ditetapkan berdasarkan peraturan gubernur no 3 tahun 2010
3. AKI dan AKB tertinggi terdapat di Kabupaten Lombok Timur, Lombok Tengah, Lombok Utara, Dompu dan Kota Bima;
4. Faktor yang mempengaruhi tingginya AKI/AKB diNTB diantaranya :
 - a. Angka usia kawin pertama berkisar usia 18 – 22 tahun.
5. KIA belum menjadi prioritas provinsi NTB jika dilihat dari kecilnya kontribusi belanja urusan kesehatan terhadap PDRB dan alokasi anggaran KIA per kapita.