

**ANALISIS PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN  
PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK PADA PUSKESMAS  
DI KOTA BANJAR JAWA BARAT  
TAHUN 2007**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi  
Administrasi Kebijakan Kesehatan

Oleh :  
SAIFUDDIN  
NIM. E 4 A 005035

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2007**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### I. Identitas

1. Nama : SAIFUDDIN
2. Tempat dan Tanggal Lahir : Malang, 29 Juni 1968
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Status : Sudah Menikah
5. Agama : Islam
6. Alamat : Jalan Gerilya Rt.1 Rw. 22  
Pamongkoran Sumanding Wetan  
Mekarsari Banjar
7. Nama Istri dan Anak
  - a. Istri : Kokom Komala, A.KS
  - b. Anak : 1. Naura Hajidah Imani .S  
2. Fathan Gifari .S
8. Orang Tua
  - a. Ayah : Ahadun Mukhtar
  - b. Ibu : Miswatin

### II. Pendidikan

1. SD Muhammadiyah Dau Malang, Tahun Lulus 1981
2. SMP Muhammadiyah 1 Malang, Tahun Lulus 1984
3. Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial (SMPS) Negeri Malang, Tahun Lulus 1988
4. Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial (STKS) Bandung, Tahun Lulus 1988
5. Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Administrasi Kebijakan Kesehatan Tahun 2005 sampai dengan sekarang

### III. Pekerjaan

1. Tahun 1989 diangkat menjadi CPNS ditempatkan pada Kantor Wilayah Departemen Sosial Prpinsi Nusa Tenggara Timur Kupang.

2. Tahun 1990 sampai dengan tahun 1993, staf pada Kantor Departemen Sosial Kabupaten Flores Timur Larantuka NTT
3. Tahun 1993 sampai dengan 1998 Tugas Belajar pada Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial (STKS) Bandung.
4. Tahun 1998 sampai dengan tahun 2000, staf pada Kantor Departemen Sosial Kabupaten Belu Atambua NTT
5. Tahun 1999 sampai dengan 2000 Plt. Kepala Sub Seksi Anak Nakal dan Korban Narkotika pada Kantor Departemen Sosial Kabupaten Belu Atambua NTT.
6. Tahun 2000 sampai dengan 2003, staf pada Sekretariat Daerah Kabupaten Ciamis Jawa Barat.
7. Tahun 2003 sampai dengan 2004 Kepala Sub Bagian Sosial pada Sekretariat Daerah Kota Banjar.
8. Tahun 2004 Kepala Seksi Kesejahteraan Sosial pada Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kota Banjar.
9. Tahun 2005 sampai dengan sekarang Kepala Seksi Data Informasi dan Promosi Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kota Banjar
10. Bulan Mei 2007 sampai dengan sekarang, Plt Kepala Bagian Tata Usaha pada Dinas Kesehatan Kota Banjar.

## KATA PENGANTAR

Peneliti panjatkan rasa sukur ke hadirat Illahi Rabbi yang selalu mencurahkan rahmat hidayah dan inayahnya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini. Sholawat dan salam dihaturkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW, pada keluarganya, para sahabatnya dan seluruh umatnya. Amien ....

Perencanaan dan Penganggaran merupakan salah satu diantara kegiatan manajemen guna melaksanakan visi suatu organisasi yang telah ditetapkan. Perencanaan kesehatan yang baik akan memberikan arah bagi pelaksana dan stakeholder dalam pelaksanaan kegiatan untuk jangka waktu tertentu dan dapat dijadikan sebagai alat untuk evaluasi.

Peneliti menyadari, tanpa dukungan, bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, tesis ini tidak akan tersusun dengan baik. Peneliti ucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. dr. Sudiro, MPH,Dr.PH. selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang beserta staf.
2. drg. Darmadji Prawira Setia, M.Kes, Kepala Dinas Kesehatan Kota Banjar yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk Tugas Belajar dengan dana PHP II pada MIKM Universitas Diponegoro Semarang.
3. Dra. Chriswardhani Suryawati, M.Kes selaku dosen pembimbing utama yang telah meluangkan waktunya untuk mengoreksi, memberikan arahan dan dukungan dengan penuh tanggung jawab.
4. Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, M.Kes selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan sehingga memperlancar penyelesaian penulisan tesis ini.

5. dr. Yuswanti, MHSc selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji, memberikan saran-saran demi kesempurnaan tesis ini.
6. Septo Pawelas Arso. SKM, MARS selaku penguji yang meluangkan waktu untuk menguji, memberikan saran-saran demi kesempurnaan tesis ini.
7. Kepala BPKAD Kota Banjar yang telah meluangkan waktu untuk menerima peneliti dalam pengambilan data.
8. Teman-teman di seksi Kesehatan Keluarga dan Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kota Banjar yang telah meluangkan waktu untuk menerima penulis dalam pengumpulan data
9. Teman-teman MIKM peminatan AKK Universitas Diponegoro angkatan 2005 yang memotivasi penulis untuk dapat menyelesaikan thesis.
10. Teman-teman di Dinas Kesehatan Kota Banjar khususnya teman-teman di Bina Program dan Tata Usaha yang dapat memahami kondisi penyusun sehingga dapat bekerja sama dan sama-sama bekerja.

Teristimewa untuk :

11. Bapak Ibuku di Kota Malang Bapak Ahadun Mukhtar dan Ibu Miswatin, Bapak Mamahku di Kota Banjar Bapak Una Hidayat dan Ibu Yoyoh yang selalu mengiringi penyusun dalam doa-doanya yang tiada pernah berhenti dan selalu mendorong penyusun baik moril maupun matriil.
12. Istriku tercinta Kokom Komala, buah hatiku Naura Hajida Imani dan Fathan Gifari S yang selalu menemani dalam keceriaan dan kedukaan menginspirasi Penyusun dengan ide-idenya dan selalu mengaliri hidup penyusun dengan curahan cinta dan kasihnya yang tak pernah surut.

Semoga segala ketulusan dan kebajikan yang telah peneliti terima mendapat balasan yang sepadan dari Allah SWT. Amien.

Semarang, Agustus 2007  
Penyusun

MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO 2007

## ABSTRAK

**SAIFUDDIN**

**Analisis Perencanaan dan Penganggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak pada Puskesmas di Kota Banjar Tahun 2007**

**XV + 117 Halaman + 23 Tabel + Lampiran**

Pemerintah Kota Banjar sejak 1 Maret 2004 telah mengambil kebijakan pembebasan biaya pada pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk Kota Banjar. Disisi lain Dinas Kesehatan dituntut untuk melaksanakan standar pelayanan minimal (SPM) yang diantaranya SPM Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Perencanaan dan perhitungan anggaran pada Puskesmas di Kota Banjar harus dilakukan secara cermat dan hati-hati agar sesuai dengan permasalahan, tujuan dan target yang ditetapkan serta mendapatkan perhitungan jumlah anggaran yang sesuai.

Penelitian ini bertujuan mendapatkan informasi tentang fenomena perencanaan dan penganggaran program KIA pada puskesmas di Kota Banjar yang meliputi proses analisis situasi, proses penentuan tujuan, proses identifikasi kegiatan dan proses perhitungan anggaran, juga untuk mengetahui berapa jumlah anggaran program KIA yang telah dihitung oleh puskesmas melalui P2KT dan berapa jumlah anggaran Program KIA untuk Puskesmas melalui perhitungan template UW SPM. Penelitian ini merupakan penelitian Kualitatif, studi kasus yang bersifat deskriptif dengan data kualitatif dan kuantitatif. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam pada 9 informan yang terdiri dari kepala puskesmas, bidan koordinator dan koordinator P2KT. Triangulasi dilakukan kepada Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Seksi Kesga dan Kepala BPKAD dan Studi dokumentasi.

Hasil penelitian menunjukkan Analisis situasi dan penentuan masalah sebagian besar informan menyatakan dipengaruhi oleh keadaan masalah kesehatan, kinerja program, faktor perilaku dan lingkungan. Dalam Penentuan tujuan program KIA ada dua fenomena *pertama* puskesmas menentukan tujuan sendiri dan *kedua* puskesmas tidak menentukan tujuan tapi mengikuti tujuan dan target dinas. Adapun proses penentuan tujuan/target KIA di puskesmas dipengaruhi oleh tujuan dan target dinas, ketersediaan anggaran, cakupan target sarana, motivasi pegawai trend kinerja, budaya dan tuntutan lingkungan. Keterlibatan lintas program dalam identifikasi kegiatan muncul dua kelompok *pertama* perencanaan disusun dengan keterlibatan lintas program *kedua* perencanaan hanya disusun orang-orang tertentu saja. Hasil Penghitungan anggaran berdasarkan P2KT oleh Puskesmas dan manual/template UW SPM oleh peneliti menunjukkan hasil perhitungan manual UW SPM lebih besar dibandingkan perhitungan P2KT. Perencanaan dan perhitungan anggaran di Puskesmas dapat mengkombinasikan pendekatan P2KT pada proses perencanaan dari analisis masalah sampai dengan identifikasi kegiatan dan rencana operasional dan manual UW SPM untuk penghitungan anggaran..

Kata Kunci : Standar Pelayanan Minimal, Perencanaan, Anggaran, KIA.  
Kepustakaan 36, 1993 - 2006

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iii
RIWAYAT HIDUP .....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
DAFTAR SINGKATAN .....	xv
ABSTRAK .....	xvi
ABSTRACT .....	xvii
<b>BAB I      PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	9
C. Pertanyaan Penelitian .....	10
D. Tujuan Penelitian .....	10
E. Manfaat Penelitian .....	11
F. Keaslian Penelitian .....	12
G. Ruang Lingkup .....	13
<b>BAB II     TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Perencanaan .....	15
B. Penganggaran .....	22

	C. Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu .....	27
	D. Metode Analisis Anggaran .....	32
	E. Urusan Wajib Dan Standar Pelayanan Minimal	37
	F. Kesehatan Ibu dan Anak .....	43
	G. Advokasi .....	47
	H. Pusat Kesehatan Masyarakat .....	48
	I. Kerangka Teori .....	53
<b>BAB III</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN</b>	
	A. Kerangka Konsep Penelitian .....	54
	B. Definisi Istilah .....	55
	C. Rancangan Penelitian .....	57
	D. Unit Analisis, Subyek dan Obyek Penelitian ...	58
	E. Pengumpulan Data .....	59
	F. Pengolahan dan Analisa Data .....	61
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
	A. Keterbatasan Penelitian .....	64
	B. Kelemahan Penelitian .....	64
	C. Karakteristik Informan .....	64
	D. Gambaran analisis situasi pada program KIA	66
	E. Gambaran penentuan tujuan pada perencanaan anggaran program KIA .....	71
	F. Identifikasi kegiatan .....	81
	G. Kebutuhan anggaran dan sumber anggaran ....	87
	H. Hasil Perhitungan Anggaran Program KIA .....	103
	I. P2KT dan Template UW SPM .....	107

BAB V	Kesimpulan dan Saran	
	A. Kesimpulan .....	110
	B. Saran .....	113

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Undang-undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah telah menetapkan bidang Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus dilaksanakan kabupaten/kota, penyelenggaraan urusan wajib oleh daerah sebagai perwujudan otonomi atau kewenangan daerah dalam pelaksanaan tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh kabupaten/kota. Penyelenggaraan urusan pemerintah yang bersifat wajib, berpedoman pada standar pelayanan minimal dilaksanakan secara bertahap dan ditetapkan pemerintah.<sup>1</sup>

Guna memberikan panduan dalam melaksanakan urusan wajib pada bidang kesehatan telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor: 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal di kabupaten/kota, dan Kepmenkes RI nomor 1091/MENKES/SK/X/2004 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kota.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Adapun pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi, dan pemerintah.<sup>2</sup>

Pelaksanaan SPM bagi pemerintah daerah mempunyai konsekwensi, pemerintah daerah dapat diberikan penghargaan oleh pemerintah pusat

apabila berhasil mencapai target yang telah ditetapkan dan diberi sanksi apabila tidak berhasil mencapai target SPM.<sup>2</sup>

Target tahunan SPM merupakan rencana kinerja kegiatan yang dilaksanakan dalam kurun waktu tertentu, yang membutuhkan proses dan input. Proses program kesehatan berupa kegiatan pelayanan individu, kegiatan pelayanan masyarakat, kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan kapasitas. Adapun input dapat berupa alat, tenaga, ATK, obat, bahan dan lain-lain.<sup>3</sup>

Untuk pencapaian target SPM, puskesmas mempunyai upaya kesehatan wajib yang dikenal dengan *basic six* yang meliputi promosi kesehatan, KIA dan KB, Imunisasi, pemberantasan penyakit menular, gizi dan balai pengobatan di samping dapat melaksanakan upaya kesehatan pilihan seperti usaha kesehatan sekolah.<sup>4</sup>

Urusan pemerintah yang diserahkan kepada daerah disertai dengan sumber pendanaan, pengalihan sarana prasarana, serta kepegawaian sesuai dengan urusan yang di desentralisasikan.<sup>1</sup> Pemerintah daerah guna pelaksanaan urusan wajib sesuai dengan standar pelayanan minimal perlu membuat perencanaan dan menghitung berapa besar jumlah anggaran untuk pelaksanaan urusan tersebut.

Proses penyusunan perencanaan mempunyai langkah-langkah yang saling berkaitan. Adapun perhitungan anggaran dalam teori dikenal "*line item budgeting*" dan "*performance budgeting*" *line item budgeting* pada saat ini sudah banyak ditinggalkan karena mempunyai kelemahan yaitu tidak adanya kejelasan hubungan antara belanja barang dan jasa yang digunakan dengan output atau kinerja program.<sup>3</sup> *Performance budgeting* (anggaran berbasis kinerja) pada akhir-akhir ini menjadi pilihan dalam penyusunan perencanaan penganggaran sesuai dengan Keputusan

Menteri Dalam Negeri Nomor 29 tahun 2002 yang telah diubah menjadi Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 tahun 2006. Pada *performance budgeting* didasarkan pada adanya kesinambungan antara output atau kinerja kegiatan dengan input atau anggaran yang dibutuhkan.<sup>3</sup>

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan penulis melalui wawancara dan studi dokumentasi pada bulan September 2006, diketahui penyusunan perencanaan dan penganggaran kesehatan pada puskesmas yang berada di wilayah Kota Banjar telah dilaksanakan sejak tahun 2003, namun pada kenyataannya pencapaian indikator kinerja SPM pada pelayanan kesehatan ibu dan bayi pada Dinas Kesehatan Kota Banjar belum dapat mencapai target yang ditetapkan oleh Surat Keputusan Gubernur Jawa Barat tentang Penetapan Target Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Propinsi Jawa Barat maupun Peraturan Walikota Banjar Nomor 25 tahun 2006 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kota Banjar.

Data capaian kinerja program pada Dinas Kesehatan Kota Banjar untuk urusan wajib pelayanan kesehatan ibu dan bayi (Program KIA) pada tahun 2005 dan 2006 menunjukkan rata-rata masih berada di bawah target seperti terlihat pada table 1.1.

Dari tabel 1.1 terlihat pencapaian hasil program pada pelayanan kesehatan ibu dan bayi di Kota Banjar pada tahun 2005 masih berada di bawah target, indikator persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang merupakan indikator sensitif yang tercantum dalam Rencana Strategik Dinas Kesehatan Kota Banjar juga belum mencapai target, masih ada kesenjangan -12,82% pada tahun 2005 dan -11,7 tahun 2006 dengan target tahun 2005, begitu pula target indikator yang lainnya berada di bawah target yang berada diatas target hanya persentase cakupan bayi

BBLR yang ditangani mencapai 90,2 % pada tahun 2006 dari target 85 % tahun 2005. Apabila dibandingkan antara capaian 2005 dan 2006 terlihat ada kecenderungan (*trend*) naik pada 4 indikator dan turun pada 2 indikator yaitu presentase ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk dan persentase kunjungan bayi. Namun secara keseluruhan capain indicator kinerja masih dibawah target.

**Tabel 1.1**  
**Pencapaian Hasil Program Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi**  
**di Kota Banjar Tahun 2005 dan 2006**

No	Indikator SPM	Target 2005	Capaian		Kesenjangan	
			2005	2006	2005	2006
	Pelayanan Kesehatan ibu dan bayi					
1.	Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K4	80	65.21	68,3	-14,79	-11,7
2.	Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga Kesehatan	75	62.18	62,4	-12.82	-12,6
3.	Persentase ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk	85	19.53	5,9	-65,47	-79,1
4.	Persentase kunjungan neonatus	75	69.97	70,1	-5,03	-4,9
5.	Persentase kunjungan bayi	75	53.62	16,3	-21.38	-58,7
6.	Persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani	85	67.21	90,2	-17,79	5,2

Sumber data : Laporan SPM Dinkes Kota Banjar tahun 2005 dan 2006

Kota Banjar berdiri sebagai kota otonom sejak tahun 2003 berdasarkan Undang-undang nomor 27 tahun 2002 tentang Pembentukan Kota Banjar di Propinsi Jawa Barat, sebelumnya merupakan bagian dari Kabupaten Ciamis. Situasi Kota Banjar terdiri dari 4 kecamatan, 24 desa dengan luas wilayah 113,49 Km<sup>2</sup>. Jumlah penduduk 162,226 jiwa terdiri dari laki-laki 80.742 jiwa perempuan 81.476 jiwa dengan penduduk miskin 12.634 KK atau 41.838 jiwa (25,70% dari jumlah penduduk).<sup>5,6</sup>

Kota Banjar memiliki sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah sebagaimana tabel 1.2 berikut :

**Tabel 1.2**  
**Sarana Pelayanan Kesehatan Pemerintah di Kota Banjar**  
**Tahun 2006**

<b>NO</b>	<b>JENIS SARANA PELAYANAN KESEHATAN</b>	<b>JUMLAH</b>
1.	Rumah Sakit	1
2.	Puskesmas DTP	1
3.	Puskesmas	6
4.	Puskesmas Pembantu	12
5.	Puskesmas Keliling Roda 4	10
6.	BP Mata	1
7.	Gudang Farmasi	1

*Sumber : Profil Dinkes Kota Banjar*

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa di Kota Banjar terdapat 7 Puskesmas yang terdiri dari 1 buah puskesmas dengan tempat perawatan dan 6 buah puskesmas non perawatan yang tersebar pada 4 kecamatan dengan 24 desa.

Sejak 1 Maret 2004 berdasarkan Surat Keputusan Walikota Banjar nomor 440/Kpts.24-Huk/II/2004 tanggal 20 Pebruari 2004, dilaksanakan pembebasan biaya pada pelayanan kesehatan dasar di puskesmas bagi penduduk Kota Banjar. Pembebasan biaya dilaksanakan pada beberapa jenis pelayanan yaitu retribusi rawat jalan, catatan medik, tindakan kecil (luka kecil, *debriment* luka, buka jahitan, pasang buka kateter), tindakan pencabutan dan penambalan gigi anak, pemeriksaan Laboratorium TB paru, pil dan suntik KB program masyarakat miskin.

Sejak 20 Pebruari 2006 pembebasan biaya telah diperkuat dengan Peraturan Daerah nomor 7 tahun 2006 yaitu pada pasal 14 menyebutkan bagi masyarakat Kota Banjar yang dibuktikan dengan Kartu Tanda

Penduduk (KTP) Kota Banjar dibebaskan dari retribusi pada pelayanan rawat jalan.

Kebijakan pembebasan biaya tersebut akan membawa perubahan pada sistem penganggaran di Puskesmas dan Dinas Kesehatan, karena beberapa sumber pendapatan yang selama ini diperoleh puskesmas melalui pemberian pelayanan yang dipergunakan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan puskesmas baik pelayanan langsung maupun tidak langsung menjadi berkurang, walaupun biaya tersebut akan diganti oleh pemerintah daerah melalui APBD Kota Banjar.

Perencanaan dan perhitungan penganggaran harus dilakukan secara cermat dan hati-hati untuk mendapatkan anggaran yang sesuai dengan masalah dan tujuan yang ditetapkan, mengingat 3 tahun setelah Banjar menjadi kota otonom pencapaian hasil program belum tercapai berdasarkan target indikator SPM, seperti terlihat pada Tabel 1.1. Di samping itu agar masyarakat tidak menjadi korban akibat pembebasan biaya dikhawatirkan mutu pelayanan menjadi berkurang karena anggaran yang merupakan input dari sebuah sistem pelayanan/program kesehatan sangat minim.

Sumber anggaran sebelum pembebasan biaya didapatkan dari pengembalian retribusi, APBD Kota, dana PKPS-BBM dan kegiatan-kegiatan dari APBD Propinsi dan APBN. Adapun sesudah pembebasan biaya sumber utama penganggaran puskesmas adalah APBD Kota ditambah dana PKPS-BBM dan kegiatan-kegiatan dari APBD Propinsi dan APBN. Gambaran anggaran yang didapatkan puskesmas dan realisasinya dari tahun 2004 sampai dengan 2006 dapat terlihat pada tabel 1.3, sedangkan gambaran Anggaran Program KIA dari berbagai sumber di Dinas Kesehatan dan Puskesmas tergambar pada tabel 1.4.

**Tabel 1.3**  
**Jumlah Anggaran dan Realisasi Anggaran Puskesmas Di Kota Banjar**  
**Tahun 2004 – 2006**

Dalam ribuan

No	Sumber Anggaran	2003			2005			2006		
		JML	REALISASI		JML	REALISASI		JML	REALISASI	
			Rp.	%		Rp.	%		Rp.	%
1	APBD Kota	100.000	100.000	100	200.000	200.000	100	289.179	289.179	100
2	PKPS-BBM Bidkes	329.917	233.825	70,9	649.289	13.640	2.10	-		
3	JKMM (Kapitasi)	-	-	-	-	-	-	166.687	86.636	52
<b>Jumlah</b>		429.917	333.825	77,7	849.289	213.540	25,2	455.866	375.815	82,4

*Sumber data : Laporan pelaksanaan kegiatan dan keuangan PKPS-BBM Puskesmas*

**Tabel 1.4**  
**Jumlah Anggaran Program KIA pada Dinas dan Puskesmas**  
**Di Kota Banjar Tahun 2004 – 2006**

Dalam ribuan

No.	Sumber Anggaran	2004	2005	2006
1	APBD Kota	15.000	28.500	60.000
2.	APBD Propinsi	122.122	212.000	0
3	PKPS-BBM / JKMM	160.935	272.148	32.350
4	Dekonsentrasi	0	0	1.488.177
5.	BLN (PHP II)	71.165.	68.500	196.670
	<b>Jumlah</b>	369.222	581.148	1.777.197

*Sumber data : Laporan pelaksanaan kegiatan dan keuangan PKPS-BBM Puskesmas*

Pada tabel 1.3 terlihat masih rendahnya penyerapan anggaran PKPS BBM terutama pada anggaran PKPS BBM pada tahun 2005 hanya terpakai 2,10 % . Berdasar hasil pertemuan penulis dengan beberapa Kepala Puskesmas rendahnya penyerapan anggaran disebabkan terbatasnya menu-menu kegiatan anggaran PKPS BBM dan rasa kehati-hatian dalam menggunakan dana PKPS BBM Bidang Kesehatan. Dana PKPS BBM apabila tidak terserap tidak harus dikembalikan ke kas daerah atau kas negara, tetapi dana tersebut tetap di kas puskesmas dan dapat digunakan untuk tahun berikutnya (tidak dibatasi oleh tahun anggaran).

Hal ini berbeda dengan APBD, dari anggaran yang dialokasikan dari tahun 2003 sampai dengan 2006 terserap 100%.

Pada tabel 1.4 tergambarakan ketersediaan anggaran bagi program KIA di puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Banjar dari berbagai sumber, berdasar pertemuan peneliti dengan programmer KIA dan Promkes realisasi anggaran untuk APBD Kota dan BLN hampir seluruhnya terealisasi sedangkan untuk PKPS BBM penyerapan sangat rendah dan untuk APBD Propinsi hampir seluruh dana tidak terserap karena kegiatannya duplikasi dengan kegiatan PKPS BBM dan perencanaannya bersifat top down. Dana yang tercantum pada tabel 1.4 tidak termasuk dana biaya operasional Puskesmas yang bersumber dari APBD yang didalamnya juga ada anggaran untuk KIA.

Puskesmas dapat memanfaatkan berbagai sumber anggaran dengan membuat perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu yang berbasiskan kinerja berdasar SPM bidang kesehatan secara tepat, sehingga dapat melaksanakan pelayanan dasar kesehatan secara optimal.

Penganggaran hendaknya didasarkan pada target kinerja program, biaya satuan, ketersediaan dan sumber biaya. Untuk menghitung anggaran dapat digunakan beberapa pendekatan dan metode, pada penelitian ini guna mendapatkan berapa jumlah anggaran yang dibutuhkan untuk pelaksanaan SPM pelayanan kesehatan ibu dan bayi (program KIA) digunakan metode '*activity and input based costing and budgeting*'<sup>3,7</sup> dengan memakai **pertama** template perhitungan biaya kesehatan dalam rangka implementasi urusan wajib standar pelayanan minimal (UW-SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Kota<sup>8</sup> dan **kedua** perhitungan anggaran berbasis kinerja yang telah dilakukan Tim P2KT Puskesmas. Dua

perhitungan anggaran tersebut diperbandingkan mana di antaranya yang lebih mendekati dengan ketersediaan anggaran atau sumber biaya.

Perbedaan antara penghitungan anggaran UW SPM dengan P2KT, yaitu pada template UW SPM, identifikasi langkah kegiatan setiap indikator kinerja SPM dan identifikasi variabel kegiatan dari setiap langkah kegiatan telah tersedia pada template, sedangkan pada P2KT langkah-langkah kegiatan dan variabel pada setiap langkah kegiatan tersebut ditentukan oleh perencana sesuai kebutuhan dari kegiatan tersebut.<sup>3,8</sup>

Berdasar latar belakang tersebut penulis termotivasi untuk mengangkat masalah analisis perencanaan dan penganggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak pada Puskesmas di Kota Banjar Propinsi Jawa Barat.

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

Puskesmas salah satu institusi yang memberikan pelayanan dasar sebagai wujud dari pelaksanaan SPM. Beberapa pelayanan kesehatan dasar puskesmas di Kota Banjar telah dibebaskan dari biaya yang pembiayaannya diganti pemerintah daerah melalui APBD, namun cakupan pencapaian program berdasarkan SPM pada pelayanan kesehatan Ibu dan bayi (program KIA) belum mencapai target yang ditetapkan.

Perencanaan dan penganggaran program KIA selama ini di Puskesmas Kota Banjar belum pernah dilakukan perhitungan anggaran yang dibutuhkan untuk mencapai target SPM berdasarkan *"activity and input based costing and budgeting"* tapi masih cenderung pada penghitungan secara global sehingga ada kesulitan dalam mengevaluasi kinerja dikaitkan dengan anggaran yang telah digunakan.

Proses perencanaan dan proses perhitungan anggaran merupakan titik awal keberhasilan suatu program. Pada proses perencanaan dikenal ada beberapa langkah yang saling berkaitan dari analisis situasi sampai dengan penyusunan rencana operasional dan pada perhitungan anggaran dikenal beberapa metode diantaranya metode P2KT dan UW SPM.

### **C. PERTANYAAN PENELITIAN**

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah maka pertanyaan penelitiannya adalah :

“Bagaimanakah proses perencanaan dan penganggaran program kesehatan ibu dan anak pada Puskesmas di Kota Banjar dikaitkan dengan standar pelayanan minima (SPM)!”

### **D. TUJUAN PENELITIAN**

Penelitian ini dilaksanakan mempunyai tujuan sebagai berikut :

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui proses perencanaan dan penganggaran program KIA dikaitkan dengan pelaksanaan SPM pada puskesmas di Kota Banjar.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui proses analisis situasi pada perencanaan dan penganggaran program KIA di Puskesmas
- b. Mengetahui proses penentuan tujuan pada perencanaan dan penganggaran program KIA di Puskesmas
- c. Mengetahui proses identifikasi kegiatan pada perencanaan dan penganggaran program KIA di Puskesmas
- d. Mengetahui proses penghitungan anggaran program KIA di Puskesmas

- e. Mengetahui hasil perhitungan anggaran program KIA di Puskesmas Kota Banjar berdasarkan P2KT yang dilakukan Tim P2KT Puskesmas.
- f. Menghitung jumlah anggaran Program KIA di Puskesmas Kota Banjar berdasarkan template UW SPM
- g. Memberi rekomendasi alternatif metode penganggaran yang tepat untuk Kota Banjar

#### **E. MANFAAT PENELITIAN**

Penelitian ini bermanfaat baik secara teoritis maupun praktis yaitu :

1. Manfaat penelitian secara praktis
  - a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Banjar  
Sebagai masukan untuk dasar bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan tentang perencanaan dan penganggaran Program KIA
  - b. Bagi Puskesmas  
Sebagai masukan dalam proses perencanaan dan perhitungan anggaran program KIA di puskesmas
2. Manfaat penelitian secara teoritis  
Menambah kajian tentang perencanaan dan penganggaran kesehatan dan dapat dijadikan acuan penelitian lebih lanjut
3. Bagi Peneliti  
Memberi pengalaman yang berharga untuk mengembangkan ketrampilan dalam penelitian dan pengkajian masalah-masalah kebijakan Kesehatan.

## F. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian tentang Perencanaan dan penganggaran yang sudah dilaksanakan tergambar pada table 1.5 berikut :

**Tabel 1.5**  
**Keaslian Penelitian**

	<b>Penelitian ini (2007)</b>	<b>Tisa Hamara (2006)</b>	<b>Dewi Marhaeni (2006)</b>	<b>Yuni Rahayuningtyas (2004)</b>
<b>Fokus</b>	Analisis Perencanaan dan Penganggaran Program KIA pada Puskesmas	Factor-faktor yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah	<i>Decisión Space</i> dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak	Studi Kasus Penerapan Konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) Pasca Pelatihan P2KT Dalam Rencana Pembangunan Kesehatan
<b>Tempat</b>	Kota Banjar Propinsi Jawa Barat	Kota Mempawah Kabupaten Pontianak	Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta	Kota Surakarta
<b>Jenis Penelitian</b>	Studi Kasus yang bersifat diskriptif didukung data kualitatif dan kuantitatif (Pendekatan Kualitatif)	Penelitian Kualitatif dengan metode wawancara mendalam dan penelusuran dokumen	Studi Kasus	Studi kasus
<b>Unit Analisis dan informan</b>	Tim Perencana Puskesmas dan stakeholder yang berperan dalam perencanaan dan penganggaran Kesehatan. Dengan obyek penelitian kepala puskesmas, koordinator program KIA puskesmas, koordinator P2KT puskesmas dilakukan triangulasi kepada pejabat struktural Dinkes, Bapeda, BPKAD dan Bawasda.	Faktor-faktor yang mempengaruhi besaran pembiayaan kesehatan daerah bersumber APBD dengan informan sebanyak 6 orang terdiri dari 2 orang Tim anggaran eksekutif, 1 orang panitia anggaran legislatif dan 3 orang dari instansi pengusul	Anggaran dekonsentrasi Kabupaten dengan obyek penelitian kepala dinas dan programer KIA dilakukan triangulasi kepada programer KIA provinsi dan kepala puskesmas serta koordinator KIA puskesmas	Tim Perencana Pembangunan Kesehatan Surakarta yang pernah mendapatkan pelatihan P2KT, berjumlah 10 orang
<b>Analisis Data</b>	Analisis Kualitatif dan kuantitatif	Metode triangulasi	Analisis Deskriptip	Deskriptif Analisis ( <i>contents analysis</i> )

	<b>Penelitian ini (2007)</b>	<b>Tisa Hamara (2006)</b>	<b>Dewi Marhaeni (2006)</b>	<b>Yuni Rahayuningtyas (2004)</b>
<b>Hasil Penelitian</b>	<p>Ada 3 fenomena dalam perencanaan penganggaran Program KIA pada Puskesmas di Kota Banjar yaitu :</p> <p>1 Perencanaan Penganggaran yang ideal yaitu semua tahap perencanaan dilaksanakan dan ada keterkaitan antara tahap-tahap perencanaan penganggaran.</p> <p>2 Perencanaan penganggaran relatif ideal yaitu tahap perencanaan dilaksanakan tapi belum ada keterkaitan antara tahap-tahap tersebut</p> <p>3 Perencanaan Penganggaran sekedar rutinitas yaitu melakukan perencanaan sekedar untuk melakukan kewajiban, tidak memperhatikan tahapan dan bahkan mengkopi yang sudah ada atau asal jalan.</p>	<p>Faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan Kesehatan Daerah Kabupaten Pontianak 2006 adalah Komitmen Daerah, Kemampuan Advokasi, Kemampuan perencanaan, Prioritas Masalah Kesehatan, pemilihan intervensi program, dana perimbangan, lain-lain pendapatan yang sah, informasi alur pembiayaan dan keseimbangan antara mata anggaran, sedangkan faktor PAD tidak mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah</p>	<p>Pusat mempunyai <i>decisión</i> <i>space</i> yang lebar, Propinsi DIY mempunyai <i>decisión</i> <i>space</i> yang sedang dan Kabupaten Bantul mempunyai <i>decisión</i> <i>space</i> yang sempit</p>	<p>Faktor-faktor pelatihan mengetahui pengetahuan, sikap dan ketrampilan peserta pelatihan terhadap konsep P2KT, namun demikian dalam penerapannya terdapat faktor lain yang ikut mempengaruhi yaitu faktor lingkungan organisasi dan organisasi eksternal.</p> <p>Di Kota Surakarta untuk tahun 2004 konsep P2KT telah dilaksanakan pada penyusunan perencanaan Kesehatan namun masih tahap analisis situasi. Sedangkan penerapan sepenuhnya akan dilaksanakan dalam penyusunan perencanaan tahun 2005. Penerapan konsep P2KT oleh Tim masih ditemukan masalah dan kendala, meskipun terdapat juga peluang dan dukungan untuk selalu mengembangkannya.</p>

## G. RUANG LINGKUP

### 1. Ruang lingkup waktu

Penelitian ini dilakukan mulai dari pembuatan proposal penelitian sampai ujian tesis mulai Januari 2007 sampai dengan Agustus 2007

2. Ruang lingkup tempat

Tempat penelitian adalah Puskesmas yang berada di Wilayah Kota Banjar

3. Ruang lingkup materi

Materi yang dibahas adalah perencanaan dan penganggaran program KIA yang merupakan Urusan Wajib Standar Pelayanan Minimal (UWSPM) tingkat puskesmas yang merupakan bagian dari perencanaan anggaran Dinas Kesehatan. Proses Perencanaan dan anggaran ini masih panjang karena untuk penetapan dikaji dulu oleh Tim eksekutif dan legislatif.

4. Ruang lingkup Metoda

Metoda yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus

5. Ruang lingkup Sasaran

Penelitian ini ditujukan kepada Kepala Puskesmas, koordinator P2KT puskesmas, Programer KIA Puskesmas, Pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Banjar, Tim Anggaran Eksekutif dan legislatif.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. PERENCANAAN**

##### **1. Pengertian**

Menurut Drucker perencanaan adalah suatu proses kerja yang terus menerus yang meliputi pengambilan keputusan yang bersifat pokok dan penting dan yang akan dilaksanakan secara sistematik, melakukan perkiraan-perkiraan dengan mempergunakan segala pengetahuan yang ada tentang masa depan, mengorganisir secara sistematik segala upaya yang dipandang perlu untuk melaksanakan segala keputusan yang telah ditetapkan, serta mengukur keberhasilan dari pelaksanaan keputusan tersebut dengan membandingkan hasil yang dicapai terhadap target yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan umpan balik yang diterima dan yang telah disusun secara teratur dan baik <sup>11</sup>

##### **2. Ciri-ciri dan unsur rencana**

Penyusunan perencanaan yang baik harus memperhatikan ciri-ciri sebagai berikut : <sup>11</sup>

###### **a. Bagian dari sistem administrasi**

Menempatkan perencanaan yang disusun sebagai bagian dari sistem administrasi secara keseluruhan.

###### **b. Dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan**

Perencanaan dibuat untuk dilaksanakan, apabila hasilnya telah dinilai dilanjutkan lagi dengan perencanaan, demikian seterusnya sehingga terbentuk suatu spiral yang tidak mengenal titik akhir.

c. Berorientasi pada masa depan

Artinya hasil pelaksanaan perencanaan tersebut akan mendatangkan berbagai kebaikan tidak hanya pada saat ini, tetapi juga pada masa yang akan datang.

d. Mampu menyelesaikan masalah

Penyelesaian masalah dilakukan secara bertahap, yang harus tercermin pada pentahapan perencanaan yang akan datang.

e. Mempunyai tujuan

Perencanaan harus mempunyai tujuan yang dicantumkan secara jelas . Tujuan biasanya dibedakan menjadi dua yakni tujuan umum yang berisikan uraian secara garis besar dan tujuan khusus yang berisikan uraian lebih spesifik.

f. Bersifat mampu kelola

Artinya bersifat wajar, logis objektif, jelas runtun fleksibel serta telah disesuaikan dengan sumber daya.

3. Macam Perencanaan

Perencanaan ditinjau dari jangka waktu berlakunya rencana dibagi menjadi tiga yaitu:<sup>11</sup>

a. Perencanaan jangka panjang (*long-range planning*)

Perencanaan jangka panjang jika masa berlakunya rencana tersebut antara 12 sampai 20 tahun.

b. Perencanaan jangka menengah (*medium-range planning*)

Perencanaan jangka menengah jika masa berlakunya rencana tersebut antara 5 sampai 7 tahun.

c. Perencanaan jangka pendek (*short-range planning*)

Perencanaan jangka panjang jika masa berlakunya rencana tersebut antara 1 tahun.

Adapun perencanaan ditinjau dari tingkatan rencana terdiri dari :<sup>11</sup>

a. Perencanaan induk (*master planning*)

Rencana yang dihasilkan lebih menitikberatkan pada aspek kebijakan, mempunyai ruang lingkup yang amat luas serta berlaku untuk jangka waktu yang panjang.

b. Perencanaan operasional (*operational planning*)

Rencana yang dihasilkan lebih menitikberatkan pada aspek pedoman pelaksanaan yang akan dipakai sebagai petunjuk pada waktu melaksanakan kegiatan.

c. Perencanaan harian (*day to day planning*)

Rencana yang dihasilkan telah disusun rinci, biasanya disusun untuk program yang telah bersifat rutin.

4. Model Perencanaan<sup>11</sup>

Prinsip-prinsip dalam perencanaan sangat tergantung pada asumsi dan tujuan dari perencanaan, asumsi dan tujuan dari perencanaan tidak ada yang seragam melainkan tergantung pada model perencanaan. Adapun beberapa model-model perencanaan antara lain :

a. Model Rasional Komprehensif

Prinsip utama dalam model ini bahwa perencanaan merupakan suatu proses yang teratur dan logis sejak dari diagnosis masalah sampai pada pelaksanaan kegiatan atau penerapan program. Model ini sangat menekankan pada aspek teknis metodologis yang didasarkan atas fakta-fakta, teori-teori dan nilai-nilai tertentu yang relevan. Pada model ini, masalah yang ditemukan harus didiagnosis, ditentukan pemecahannya melalui perancangan program yang komprehensif, kemudian diuji efektivitasnya

sehingga diperoleh cara pemecahan masalah dan pencapaian tujuan yang baik.

b. Model Inkremental (penambahan)

Prinsip utama model ini mensyaratkan bahwa perubahan-perubahan yang diharapkan dari perencanaan tidak bersifat radikal, melainkan perubahan-perubahan kecil atau penambahan-penambahan pada aspek-aspek program yang sudah ada. Model ini menyarankan bahwa perencanaan tidak perlu menentukan tujuan-tujuan dan kemudian menentukan kebijakan-kebijakan untuk mencapainya, yang diperlukan menentukan pilihan terhadap kebijakan yang berbeda secara marginal saja.

c. Model Pengamatan Terpadu

Model pengamatan terpadu atau penyelidikan campuran (*mixed scanning model*) dikembangkan Amitai Etzioni, yang merupakan jalan tengah dari model rasional komprehensif dan model inkremental, yang memadukan unsur-unsur yang terdapat pada kedua pendekatan tersebut. Keputusan yang fundamental dilakukan dengan menjajagi alternatif-alternatif utama dihubungkan dengan tujuan, tetapi tidak seperti pendekatan rasional hal-hal yang detail dan spesifikasi diabaikan sehingga pandangan yang menyeluruh dapat diperoleh. Adapun keputusan yang bersifat tambahan atau inkremental dibuat di dalam konteks yang ditentukan oleh keputusan-keputusan fundamental.

d. Model Transaksi

Pada model ini menekankan bahwa perencanaan melibatkan proses interaksi dan komunikasi antara perencana dan para penerima pelayanan. Oleh karena itu, model ini menyarankan

bahwa perencanaan harus dapat menutup jurang komunikasi antara perencana dan penerima pelayanan yang membutuhkan rencana program.

#### 5. Langkah-langkah perencanaan

Penyusunan perencanaan disusun dengan mengikuti tahapan atau siklus tertentu. Tahapan tersebut biasanya berbeda-beda tergantung pada jenis perencanaan, tujuan perencanaan dan konteks perencanaan. Secara garis besar perencanaan sosial dapat dirumuskan menjadi lima tahapan yang meliputi identifikasi masalah; penentuan tujuan; penyusunan dan pengembangan rencana program; pelaksanaan program; dan evaluasi program.<sup>11</sup>

##### a. Identifikasi masalah

Identifikasi masalah sangat erat kaitannya dengan asesmen kebutuhan (*need assesment*). Kebutuhan dapat didefinisikan sebagai kekurangan yang mendorong masyarakat untuk mengatasinya. Asesmen kebutuhan dapat diartikan sebagai penentuan besarnya atau luasnya suatu kondisi dalam suatu populasi yang ingin diperbaiki atau penentuan kekurangan dalam kondisi yang ingin direalisasikan.

##### b. Penentuan Tujuan

Tujuan adalah suatu kondisi di masa depan yang ingin dicapai. Penentuan tujuan dimaksudkan untuk membimbing program ke arah pemecahan masalah. Ada dua jenis atau tingkat tujuan yaitu tujuan umum (*goal*) dan tujuan khusus (*objective*). Tujuan umum dirumuskan secara luas sehingga pencapaian tidak dapat diukur. Sedangkan tujuan khusus merupakan pernyataan yang spesifik

dan terukur. Rumusan tujuan khusus yang baik memiliki beberapa ciri yaitu :

- 1) Berorientasi pada keluaran (*output*) bukan pada proses atau masukan (*input*).
- 2) Dinyatakan dalam istilah yang terukur
- 3) Tidak hanya menunjukkan arah perubahan (misalnya meningkatkan) tetapi juga tingkat perubahan yang diharapkan (misalnya 10 persen)
- 4) Menunjukkan jumlah populasi secara terbatas
- 5) Realistis dalam arti dapat dicapai dan menunjukkan usaha untuk mencapainya
- 6) Relevan dengan kebutuhan dan tujuan umum

c. Penyusunan dan Pengembangan Rencana Program

Rencana biasanya dikembangkan dalam suatu pola yang sistematis dan pragmatis di mana bentuk-bentuk kegiatan dijadwalkan dengan jelas. Program dapat dirumuskan sebagai suatu perangkat kegiatan yang saling tergantung dan diarahkan pada pencapaian satu atau beberapa tujuan khusus (*objectives*). Penyusunan program dalam proses perencanaan mencakup keputusan tentang apa yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut. Ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam proses perumusan program :

- 1) Identifikasi program alternatif
- 2) Penentuan hasil program
- 3) Penentuan biaya
- 4) Kreteria pemilihan program

d. Pelaksanaan Program

Tahap implementasi program intinya menunjuk pada perubahan proses perencanaan pada tingkat abstraksi yang lebih rendah. Penerapan kebijakan atau pemberian pelayanan merupakan tujuan, sedangkan operasi atau kegiatan-kegiatan untuk mencapainya adalah alat pencapaian tujuan. Ada dua prosedur dalam melaksanakan program yaitu :

- 1) Merinci prosedur operasional untuk melaksanakan program.
- 2) Merinci prosedur agar kegiatan-kegiatan sesuai dengan rencana.

e. Evaluasi Program

Dalam tahap evaluasi program, analisis kembali kepada peramalan proses perencanaan untuk menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai. Evaluasi menjadikan perencanaan sebagai suatu proses yang berkesinambungan. Evaluasi dapat dilaksanakan kalau rencana sudah dilaksanakan. Namun demikian perencanaan yang baik harus sudah dapat menggambarkan proses evaluasi yang akan dilaksanakan. Ada beberapa pertanyaan pokok yang biasanya diajukan pada tahap evaluasi :

- 1) Apakah rencana sudah dilaksanakan ?
- 2) Apakah tujuan sudah tercapai ?
- 3) Apakah kebijakan atau program sudah berjalan secara efektif ?
- 4) Apakah kebijakan atau program sudah berjalan secara efisien ?

## B. PENGANGGARAN

### 1. Pengertian

Anggaran adalah ungkapan keuangan dari program kerja untuk mencapai sasaran dalam jangka waktu yang telah ditentukan<sup>12</sup> dapat juga diartikan suatu rencana yang disusun secara sistimatis yang meliputi seluruh kegiatan perusahaan, yang dinyatakan dalam unit (kesatuan) moneter dan berlaku untuk jangka waktu (periode) tertentu yang akan datang.<sup>13</sup>

Dua pengertian tersebut menunjukkan penganggaran merupakan hitungan keuangan untuk melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dalam jangka waktu tertentu.

### 2. Unsur-unsur

Unsur-unsur yang ada dalam penganggaran meliputi :<sup>3,13</sup>

- a. Rencana yaitu penentuan tentang aktivitas atau kegiatan yang akan dilakukan diwaktu yang akan datang,
- b. Meliputi seluruh kegiatan program kesehatan yaitu mencakup semua kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan pada program/pelayanan kesehatan yang secara garis besar meliputi kegiatan pelayanan individu, kegiatan pelayanan masyarakat, kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan
- c. Dinyatakan dalam unit moneter yaitu unit (kesatuan) yang dapat diterapkan pada berbagai kegiatan program kesehatan yang beraneka ragam. Adapun unit moneter yang berlaku di Indonesia "rupiah".
- d. Jangka waktu tertentu yang akan datang, yang berarti bahwa apa yang dimuat di dalam budget adalah taksiran-taksiran (*forecast*)

tentang apa yang akan terjadi serta apa yang akan dilakukan di waktu yang akan datang.

### 3. Sistem-Sistem Anggaran

Dalam proses perkembangan hingga saat ini dikenal tiga sistem anggaran negara yaitu :<sup>14</sup>

- a. Sistem anggaran tradisional (*line item budgeting system*) titik berat pada sistem ini terletak pada segi pelaksanaan dan pengawasan pelaksanaan anggaran. Dari segi pelaksanaan, yang dipentingkan adalah pembelanjaan pengeluaran negara oleh lembaga diharapkan sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku namun kurang memperhatikan hasil akhir dari pembelanjaan pengeluaran negara. Sedangkan dari pengawasannya yang dipentingkan adalah kesahihan bukti transaksi dan kewajaran laporan. Bentuk laporan lebih mengutamakan realisasi anggaran dan cenderung mengabaikan prestasi yang dicapai dibalik penggunaan anggaran.
- b. Sistem Anggaran Kinerja (*performance budgeting sistem*), titik berat pada sistem anggaran kinerja terletak pada segi manajemen anggaran, yaitu dengan memperhatikan baik segi ekonomi dan keuangan pelaksanaan anggaran, maupun hasil fisik yang dicapainya.

Anggaran berbasis Kinerja (*Performance budgeting*) didasarkan pada hasil proses perencanaan yang realistis dan sistimatis. Proses perencanaan tersebut akan menjamin adanya kesinambungan dan konsistensi antara masalah; tujuan; kegiatan; output atau kinerja kegiatan; dan input yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan tersebut.<sup>3</sup>

Ciri lain dari anggaran berbasis kinerja adalah keseimbangan antara anggaran untuk kegiatan pelayanan langsung dengan kegiatan penunjang. Kegiatan pelayanan langsung berupa kegiatan pelayanan individu (penemuan kasus dan pengobatan kasus) dan kegiatan pelayanan masyarakat (intervensi faktor resiko lingkungan, perilaku dan pemberdayaan masyarakat). Adapun kegiatan penunjang berupa kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan kapasitas.<sup>3</sup>

Pada dasarnya anggaran berbasis kinerja adalah bagaimana menghitung dan mengalokasikan sejumlah anggaran yang cukup dan tepat sehingga kegiatan tersebut bisa terlaksana, sehingga tujuan yang ditargetkan dapat tercapai.

1) Sistem Anggaran Program (*Planning Programming Budgeting System*), perhatian pada sistem ini tidak lagi terletak pada segi pengendalian anggaran, melainkan pada segi persiapan anggaran. Dalam tahap persiapan ini semua implikasi positif dan negatif dari setiap keputusan yang telah dan atau akan diambil, dipertimbangkan secara matang. Sehingga diharapkan rencana serta program yang disusun, benar-benar merupakan rencana dan program yang paling baik.

#### 4. Kegunaan

Penganggaran mempunyai tiga kegunaan yaitu :<sup>13</sup>

##### a. Sebagai pedoman kerja

Penganggaran dapat memberikan arah dan target-target yang harus dicapai oleh kegiatan-kegiatan program/Pelayanan Kesehatan

b. Sebagai alat pengkoordinasian kerja

Penganggaran berfungsi sebagai alat pengkoordinasian kerja agar semua bagian yang terdapat dalam institusi kesehatan dapat saling menunjang dan bekerjasama dengan baik untuk mencapai kesasaran yang telah ditetapkan.

c. Sebagai alat pengawasan kerja

Penganggaran berfungsi sebagai tolok ukur, alat pembanding untuk menilai/ evaluasi realisasi kegiatan program kesehatan.

5. Struktur Anggaran <sup>15</sup>

Struktur Anggaran (APBD) merupakan satu kesatuan yang terdiri dari Pendapatan Daerah, Belanja Daerah dan Pembiayaan Daerah. Pendapatan daerah adalah hak pemerintah daerah yang diakui sebagai penambah nilai kekayaan bersih. Belanja Daerah adalah kewajiban pemerintah Daerah yang diakui sebagai pengurang nilai kekayaan daerah sedangkan pembiayaan daerah yaitu semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun-tahun anggaran berikutnya.

Belanja daerah dipergunakan dalam rangka mendanai pelaksanaan urusan pemerintah yang menjadi kewenangan propinsi atau kabupaten/kota yang terdiri dari urusan wajib dan urusan pilihan.

Belanja dikelompokkan menjadi belanja tidak langsung yaitu belanja yang dianggarkan tidak terkait dengan pelaksanaan program dan kegiatan dan belanja langsung yaitu belanja yang terkait secara langsung dengan pelaksanaan program dan kegiatan.

## 6. Jenis Belanja

Kelompok belanja tidak langsung menurut jenisnya terdiri dari 7 jenis yaitu belanja pegawai, bunga, subsidi hibah, bantuan sosial, belanja bagi hasil, bantuan keuangan, dan belanja tidak terduga.<sup>15</sup>

Adapun kelompok Belanja langsung menurut jenisnya dibagi menjadi 3 jenis yaitu belanja pegawai, belanja barang dan jasa, serta Belanja Modal.<sup>15</sup>

## 7. Pendekatan Penyusunan Anggaran

Beberapa pendekatan penyusunan anggaran sebagai berikut<sup>16</sup>

### a. *Top Down Approach*

Pendekatan ini memiliki ciri sedikit keterlibatan dari staf, refleksi perspektif top manajemen, dan *SPJ oriented*.

### b. *Participatory Approach*

Mempunyai ciri sangat melibatkan staf, ada komunikasi dan komitmen, perspektif tugas dan tanggungjawab pada unit terkait dan waktu relatif lama.

### c. *Fixed Budget*

Total anggaran diasumsikan tetap untuk satu periode setelah disetujui (*final*), tidak ada penyesuaian (*adjustment*).

### d. *Fleksibel Budget*

Total anggaran dapat direvisi bila asumsi kegiatan berubah dan pada prinsipnya total anggaran mengacu pada jumlah kegiatan yang dilakukan.

### e. *Zero-Based Budgeting (Prospektif)*

Menyusun anggaran dari nol, disesuaikan dengan *Goal* dan *Objective* (tidak mengacu pada *line item* anggaran lalu)

f. *Historical Budget (Retrospektif)*

Mengacu pada *line item* dan jumlah biaya tahun sebelumnya. Asumsi kegiatan lalu sudah mencakup semua *line item* secara optimal. Realitas di lapangan lain, sehingga perlu dibedakan biaya *actual* dan *normative* atau biaya standar (sesuai standar pelayanan). Kelebihan dari pendekatan ini adalah mendapatkan gambaran riil di lapangan masa lalu, dapat menjawab mengapa biaya tinggi atau rendah (misalnya inefisiensi) yang tidak diperoleh dari penganggaran prospektif.

g. *Target Based Budgeting*

Anggaran disusun berdasarkan target yang akan dicapai. Target dulu yang disusun, baru anggaran dibuat. Budget dibuat setelah program disusun, mengikuti siklus perencanaan yang ideal.

h. *Budget Based Targeting*

Besarnya anggaran telah ditetapkan terlebih dahulu, baru setelah itu target dan jenis kegiatan disesuaikan dengan besarnya anggaran yang tersedia.

8. Langkah-langkah penyusunan Anggaran

Langkah-langkah penyusunan anggaran dapat dikelompokkan ke dalam lima tahap yaitu : Perencanaan, Perkiraan, Penyesuaian, Implementasi dan Evaluasi.<sup>12</sup>

**C. PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN KESEHATAN TERPADU (P2KT)**

1. Pengertian P2KT<sup>17</sup>

Pendekatan dan teknik perencanaan serta penganggaran secara terpadu dari program kesehatan, mengacu "*Problem Solving Cycle*"

(Siklus Pemecahan Masalah ) disebut juga *Integrated Health Planning and Budgeting* (IHPB).

## 2. Prinsip-prinsip P2KT<sup>3</sup>

- a. P2KT adalah perencanaan dan penganggaran program kesehatan tahunan yang merupakan implementasi tahunan dari Rencana Strategis.
- b. P2KT adalah perencanaan berbasis wilayah
- c. Konotasi integrasi dalam P2KT mempunyai makna :
  - o Integrasi kegiatan berbagai program berbeda yang bisa dilakukan bersama
  - o Integrasi sumber daya berbagai program yang bisa dipergunakan bersama
  - o Intervensi yang terintegrasi dan holistik (pelayanan klinis dan intervensi kesehatan masyarakat)
  - o Integrasi sistem pelayanan pemerintah dan non pemerintah
  - o Integrasi dana pemerintah dan dana non pemerintah
- d. P2KT adalah "*Evidence based planning*"
- e. P2KT adalah proses berulang (*iterative*) untuk menemukan kompromi antara kebutuhan Kesehatan dengan ketersediaan sumber daya (yang terbatas) dengan kata lain mempertemukan pendekatan "*target based budgeting*" dengan "*budget based targeting*"
- f. P2KT menekankan pentingnya eksplorasi atau menemukan intervensi terhadap faktor-faktor resiko terjadinya suatu masalah Kesehatan, yaitu faktor resiko lingkungan dan faktor resiko perilaku.

- g. P2KT mengintegrasikan kegiatan langsung kegiatan penunjang dan kegiatan pengembangan (*capacity building*).
- h. Penyusunan anggaran dalam P2KT didasarkan pada target kinerja program, biaya satuan, ketersediaan dan sumber biaya.
- i. P2KT melibatkan semua unsur Dinas Kesehatan, Puskesmas, masyarakat.

### 3. Langkah-Langkah P2KT

Penyusunan rencana terpadu dalam program kesehatan mempunyai lima kegiatan pokok yang meliputi : <sup>3</sup>

#### a. Analisis Situasi dan Perumusan masalah

Analisis situasi merupakan langkah awal dalam perencanaan kesehatan. Secara konseptual analisis kesehatan daerah adalah proses sistematis untuk mengetahui masalah kesehatan di suatu daerah berikut kecenderungannya serta situasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah tersebut. Pada analisis situasi dan perumusan masalah akan menghasilkan empat output utama analisis situasi yaitu :

- 1) Deskripsi masalah kesehatan yang meliputi mortalitas, morbiditas dan status gizi
- 2) Kinerja sistem pelayanan/program kesehatan yang meliputi kinerja output, kinerja proses dan kinerja input
- 3) Faktor resiko lingkungan, analisis faktor resiko lingkungan bertujuan untuk mengetahui sumber penyakit (faktor yang berkaitan langsung dengan kejadian penyakit) dan juga mengetahui faktor lain yang tidak langsung berkaitan dengan kejadian penyakit.

4) Faktor resiko perilaku, sebagaimana diketahui bahwa faktor perilaku berhubungan dengan berbagai macam masalah kesehatan.

b. Penentuan Tujuan

Tujuan yang ditetapkan dan dirumuskan adalah target program untuk tahun mendatang. Ada dua hirarki dalam perencanaan program kesehatan yaitu pertama tujuan yang berkaitan dengan perbaikan derajat kesehatan yaitu penurunan morbiditas dan mortalitas dan kedua tujuan yang berkaitan dengan perbaikan kinerja program.

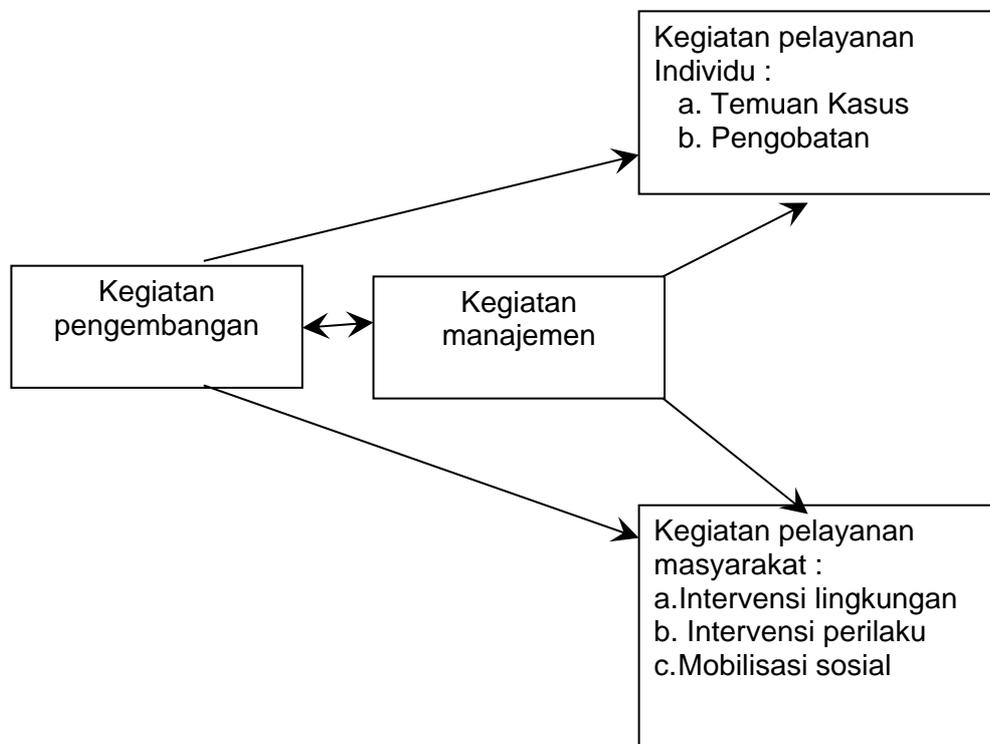
c. Identifikasi Kegiatan

Identifikasi kegiatan sangat penting dalam perencanaan karena kaitannya yang erat dengan perhitungan kebutuhan anggaran.

Secara garis besar, kegiatan dalam program kesehatan dapat dibagi empat yaitu:

- 1) Kegiatan Pelayanan individu meliputi penemuan kasus (*case finding*) dan Pengobatan kasus (*case treatment*)
- 2) Kegiatan Pelayanan Masyarakat meliputi kegiatan intervensi terhadap faktor resiko lingkungan, intervensi terhadap faktor resiko perilaku dan mobilisasi sosial (kemitraan)
- 3) Kegiatan manajemen untuk mendukung kegiatan pelayanan individu dan pelayanan masyarakat termasuk sistem informasi, monitoring, supervisi dan lain-lain.
- 4) Kegiatan pengembangan/peningkatan kapasitas untuk kegiatan pelayanan individu, masyarakat dan kegiatan manajemen, yaitu kegiatan untuk memelihara kapasitas program dan mengembangkan kapasitas program termasuk di sini kegiatan

pelatihan, pembelian alat, penambahan fasilitas, pengadaan kendaraan dan lain-lain.



Gambar 2.1 : Kegiatan dalam Program Kesehatan

d. Penyusunan Rencana Operasional

Dari langkah-langkah sebelumnya kemudian disusun rencana operasional yang isinya adalah daftar kegiatan, output masing-masing kegiatan, lokasi kegiatan, jadwal pelaksanaan dan penanggungjawab pelaksana.

e. Integrasi Perencanaan

Apabila ada rencana kegiatan yang dapat diintegrasikan dengan kegiatan lain maka rencana program untuk kegiatan bersangkutan perlu dirubah. dan kegiatan tersebut dialihkan ke program lain.

## D. METODE ANALISIS ANGGARAN

### 1. Batasan

Penganggaran merupakan hitungan keuangan atau biaya untuk melaksanakan rencana yang telah disusun sebelumnya dalam jangka waktu tertentu oleh karena dalam analisis anggaran ini digunakan metode analisis biaya. Adapun yang dimaksud dengan biaya adalah semua pengorbanan uang, barang, waktu kesempatan dan lain-lain yang terjadi dalam proses produksi ataupun konsumsi<sup>18</sup> atau dapat diartikan penggunaan sumber-sumber ekonomi yang diukur dengan satuan uang, yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk obyek atau tujuan tertentu.<sup>19</sup>

Analisis biaya dilakukan dalam perencanaan kesehatan untuk menjawab pertanyaan berapa rupiah biaya satuan program atau proyek atau unit pelayanan kesehatan agar dapat dihitung total anggaran yang diperlukan untuk program atau pelayanan kesehatan. Analisis biaya Puskesmas adalah suatu kegiatan menghitung biaya puskesmas untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun per unit/ per pasien, dengan cara menghitung seluruh biaya pada unit/ pusat biaya serta mendistribusikannya ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien.<sup>16</sup>

Metode analisis biaya pada prinsipnya ada dua metode yaitu pertama metode konvensional di antaranya *simple distribution*, *simple down metode*, *double distribution method*, *multiple distribution*. Kedua metode *activity based costing* (ABC) yaitu suatu metode penentuan harga pokok yang ditujukan untuk menyajikan informasi harga pokok produk secara cermat<sup>20</sup>. Adapun sistem anggaran hingga saat ini dikenal adanya tiga sistem anggaran yaitu sistem anggaran tradisional

(*line-item budgeting system*), sistem anggaran kinerja (*Performance budgeting system*) dan sistem anggaran program (*Planning Programming System*).<sup>14</sup>

2. Perencanaan Anggaran *zero based budgeting* (menghitung biaya program secara prospektif)

Salah satu pendekatan yang digunakan adalah menghitung biaya program secara prospektif. Pendekatan ini adalah pendekatan menghitung kebutuhan biaya operasional berbagai program kesehatan yang dilakukan di puskesmas yang akan diusulkan dalam anggaran (*budgeting*).

Prinsip pokok dalam menghitung kebutuhan biaya operasional program kesehatan adalah :<sup>16</sup>

- a. Jenis biaya operasional program kesehatan pada umumnya terdiri dari :
  - 1) Biaya tenaga pelaksana (honor, insentif, perdiem dan lain-lain)
  - 2) Biaya obat dan bahan medis
  - 3) Biaya bahan non medis (misal ATK)
  - 4) Biaya transport/perjalanan
- b. Biaya tenaga bisa dianggap sebagai biaya tetap (*semivariable*) dan biaya lainnya bisa dianggap biaya variabel.
- c. Biaya tenaga dan obat dalam program atau pelayanan kesehatan rata-rata mencakup 60 % sampai 75 % dari keseluruhan biaya.
- d. Dalam praktek sering ditemui kesulitan menghitung biaya tenaga untuk suatu program tertentu, karena umumnya tenaga yang sama juga melaksanakan kegiatan untuk program-program lain. Dalam hal ini memperhitungkan alokasi (%) waktu setiap staf untuk macam-macam program perlu dilakukan.

- e. Setiap program perlu didefinisikan outputnya.
- f. Kalau diketahui biaya total setahun suatu program tertentu dan diketahui jumlah output yang dihasilkan program tersebut selama setahun, maka biaya satuan (  $UC = TC / Q$  ) dimana UC = Unit Cost; TC = Total Cost; Q = Jumlah Output.
- g. Tidak semua program dapat atau mudah dihitung biaya satuannya. Ada program yang outputnya sulit dihitung secara kuantitatif sehingga program seperti ini yang dihitung hanya biaya total.
- h. Ada program kesehatan yang satuannya beragam.  
Langkah-langkah perhitungan biaya program prospektif meliputi :
  - a. Tentukan program yang akan dihitung biaya operasionalnya
  - b. Kumpulkan data program tersebut yakni yang termasuk komponen biaya tenaga, biaya obat, biaya bahan dan biaya perjalanan.
  - c. Dari langkah 2 diperoleh gambaran biaya total dan persentase masing-masing komponen biaya.
  - d. Hitung biaya satuan masing-masing komponen biaya tersebut.  
Adapun langkah-langkah menghitung kebutuhan anggaran program sebagai berikut :
    - a. Dari langkah penghitungan biaya program diperoleh informasi tentang :
      - 1) Biaya total program selama satu tahun (realisasi)
      - 2) Komponen biaya dalam biaya total, serta persentase masing-masing komponen
      - 3) Biaya satuan per output program untuk :
        - a) tenaga (biaya tetap) = UC – personil
        - b) obat (biaya variable) = UC – obat
        - c) bahan (biaya variable) = UC – bahan

- d) perjalanan (biaya variable) = UC - perjalanan
- b. Dari proses penyusunan rencana program, dihasilkan perkiraan target program yang dicapai pada tahun yang akan datang. Untuk menghitung biaya yang diperlukan untuk mencapai target melalui :
- 1) Menghitung biaya tetap  
 Dengan asumsi jumlah gaji dan biaya tenaga lainnya tidak berubah selama tahun mendatang, maka biaya tetap program adalah sama dengan total biaya tenaga pada tahun yang lalu atau tahun sekarang.
  - 2) Menghitung biaya variabel  
 Besar biaya variabel adalah target output program dikalikan dengan biaya satuan obat, biaya satuan bahan dan biaya satuan perjalanan atau:  $TVC = (UC\text{-}obat + UC\text{-}bahan + UC\text{-}perjalanan)$ .
  - 3) Maka kebutuhan biaya operasional untuk program bersangkutan adalah : Biaya tenaga + TVC.
3. Perencanaan Anggaran Kinerja / *Activity And Input Based Costing And Budgeting*
- Pada penghitungan anggaran/biaya UW SPM Bidang kesehatan tidak menggunakan metode *simple, double, step down distribution* tetapi pendekatan analisis biaya UW SPM menggunakan modifikasi dari *activity based cost* (ABC) dengan menggunakan konsep/pemahaman sebagai berikut:<sup>7</sup>
- a Penyusutan investasi tidak dihitung tetapi pengadaan baru masuk dalam perhitungan.
  - b Biaya sarana umum (listrik, air, telepon, dan lain-lain) tidak dihitung.

c Gaji dan Tunjangan tidak dihitung tetapi honor, jasa dan transport masuk dalam perhitungan.

d Tidak mendistribusikan biaya tidak langsung ke biaya langsung

*Activity and input based costing and budgeting* adalah mentransformasikan rencana ke dalam nilai moneter dengan langkah awal menkonversikan daftar kegiatan yang telah disusun (kegiatan langsung dan penunjang) ke dalam jenis dan jumlah input yang dibutuhkan atau dengan perkataan lain anggaran untuk kegiatan tersebut diasumsikan sama dengan nilai input yang diperlukan untuk melaksanakan.<sup>3</sup>

Langkah-Langkah Kegiatan Perhitungan Biaya UW-SPM meliputi

21

1. Identifikasi modul-modul pembiayaan kesehatan
2. Identifikasi langkah kegiatan setiap indikator kinerja (SPM)
3. Identifikasi variabel kegiatan dari setiap langkah kegiatan
4. Penyusunan metode perhitungan biaya setiap jenis pelayanan
5. Pembuatan *template/software*
6. Penghitungan dan analisis biaya sesuai kebutuhan menurut KW-SPM

Adapun ada 6 (enam) langkah yang perlu dilakukan dalam menyusun anggaran berbasis kinerja yaitu :<sup>3</sup>

1. Kegiatan yang telah disusun dalam proses perencanaan, dilakukan identifikasi semua jenis input yang diperlukan untuk melakukan masing-masing kegiatan. Input tersebut bisa terdiri dari tenaga, obat/bahan, ATK, alat dan lain-lain.
2. Lakukan estimasi jumlah atau volume masing-masing input yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan bersangkutan.

3. Lakukan estimasi atau dapatkan informasi biaya satuan (UC) per input dan kemudian hitung nilai totalnya = UC x jumlah input. UC disesuaikan dengan UC yang berlaku di daerah bersangkutan atau sesuaikan dengan UC yang berlaku menurut sumber dana bersangkutan.
4. Lakukan konversi item input agar sesuai dengan kode rekening pedoman penyusunan anggaran berbasis kinerja
5. Integrasi anggaran yaitu melihat apakah ada jenis input (mata anggaran) yang bisa diintegrasikan antara kegiatan yang berbeda. Perhatian perlu diberikan pada kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan yang mungkin bisa di "*share*" oleh beberapa kegiatan langsung.
6. Identifikasi sumber pembiayaan untuk masing-masing input tersebut.

## **E. URUSAN WAJIB DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

### **2. Dasar**

Undang-undang Nomor 34 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah di dalamnya menyatakan urusan pemerintah yang menjadi kewenangan pemerintah daerah terdiri atas urusan wajib dan urusan pilihan. Penyelenggaran urusan pemerintah yang bersifat wajib yang berpedoman pada standar pelayanan minimal dilaksanakan secara bertahap dan ditetapkan pemerintah.

Urusan pemerintah yang diserahkan kepada daerah disertai dengan sumber pendanaan, pengalihan sarana prasarana, serta kepegawaian sesuai dengan urusan yang didesentralisasikan. Adapun Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah untuk

kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/kota meliputi :<sup>1</sup>

- a) Perencanaan dan pengendalian pembangunan
- b) Perencanaan, pemanfaatan dan pengawasan tata ruang
- c) Penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat
- d) penyediaan sarana dan prasarana umum
- e) Penanganan bidang kesehatan**
- f) Penyelenggaraan pendidikan
- g) Penanggulangan masalah sosial
- h) Pelayanan bidang ketenagakerjaan
- i) Fasilitasi pengembangan koperasi, usaha kecil menengah
- j) Pengendalian lingkungan hidup
- k) Pelayanan pertanahan
- l) Pelayanan kependudukan dan catatan sipil
- m) Pelayanan administrasi umum pemerintahan
- n) Pelayanan administrasi penanaman modal
- o) Penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya dan
- p) Urusan wajib lainnya yang diamanatkan oleh peraturan perundang-undangan

Bidang Kesehatan merupakan urusan wajib Pemerintahan Daerah artinya pemerintah daerah harus melaksanakan dan menyiapkan anggaran guna pelaksanaan urusan tersebut.

### 3. Pengertian

Urusan wajib diartikan sebagai urusan yang sangat mendasar yang berkaitan dengan hal dan pelayanan dasar warga negara antara lain perlindungan hak konstitusional, perlindungan kepentingan nasional, kesejahteraan masyarakat, ketentraman dan ketertiban

umum dalam kerangka menjaga keutuhan NKRI, dan pemenuhan komitmen nasional yang berhubungan dengan perjanjian dan konvensi internasional. Sedangkan urusan pilihan adalah urusan yang secara nyata ada di daerah dan berpotensi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai kondisi, kekhasan dan potensi unggulan daerah.<sup>22</sup>

Adapun Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (*benchmark*).<sup>23</sup>

Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.<sup>24</sup>

Jenis pelayanan dalam SPM merupakan pelayanan publik yang harus dilaksanakan guna memenuhi kebutuhan dasar yang layak dalam kehidupan.<sup>23</sup>

#### 4. Jenis Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan

Standar pelayanan minimal bidang kesehatan berdasar SK Menkes 1457 tahun 2003 terdiri dari 9 kewenangan wajib dan 31 pelayanan sebagaimana tercantum pada tabel 2.1 berikut :

**Tabel 2.1**  
**Daftar SPM, Kepmenkes 1457/2003**

No	Kewenangan Wajib	Pelayanan	
1	Pelayanan Kesehatan Dasar	1.	Pelayanan Kesehatan ibu dan bayi
		2.	Pelkes Anak Prasekolah dan usia sekolah
		3.	Pelayanan KB
		4.	Pelayanan Imunisasi
		5.	Pelayanan pengobatan/perawatan
		6.	Pelayanan Kesehatan Jiwa
		7.	Pelayanan Kesehatan kerja*
		8.	Pelayanan Kesehatan usia lanjut*
2	Perbaikan Gizi Masyarakat	9.	Pemantauan pertumbuhan balita
		10.	Pelayanan gizi
3	Pelayanan Kesehatan Rujukan & Penunjang	11.	Pel. Obstetri & Neonatal Emergensi dasar dan komprehensif
		12.	Pelayanan gawat darurat
4	Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular	13.	Surveilans epidemiologi, penanggulangan KLB dan Gizi buruk
		14.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit polio
		15.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Tb paru
		16.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit ISPA
		17.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit HIV-IDS
		18.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD
		19.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Diare
		20.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria*
		21.	Pencegahan & pemberantasan penyakit Kusta*
		22.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Filariasis*
5	Penyelenggaraan kesling & Sanitasi dasar	23.	Pelayanan Kesehatan lingkungan
		24.	Pelayanan Pengendalian vektor
		25.	Pelayanan Hygiene sanitasi di tempat umum
6	Promkes	26.	Penyuluhan perilaku sehat
7	P3 NAPZA	27.	Penyuluhan P3 NAPZA berbasis masyarakat
8	Pelayanan kefarmasian (obat)	28.	Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan
		29.	Pelayanan penggunaan obat generik
9	Penyediaan pembiayaan dan jaminan kesehatan	30.	Penyelenggaraan pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan
		31.	Penyelenggaraan pembiayaan untuk gakin dan masyarakat rentan

(\*) Pelayanan dan SPM dari urusan wajib yang dilaksanakan di Kab/Kota tertentu.

WHO dan Bank Dunia menyarankan penggunaan konsep "program atau pelayanan esensial", yaitu program atau pelayanan yang memenuhi kriteria sebagai berikut: <sup>3</sup>

- a. Mengenai sejumlah besar penduduk, seperti terlihat dari angka prevalens kejadiannya
- b. Dampaknya besar, misalnya *case fatality rate* (CFR) yang tinggi, menyebabkan tingginya kehilangan waktu produktif yang diukur dengan DALY (*Dissability Adjusted Life Years*) dan menyebabkan mutu SDM menurun
- c. Intervensi tersebut "*cost effective*"

Berikut ini pelayanan kesehatan esensial rekomendasi WHO :

**Tabel 2.2**  
**Pelayanan Kesehatan Essensial Rekomendasi WHO**

No	Prioritas masalah/intervensi	Target 2015	No	Prioritas masalah/intervensi	Target 2015
1.	Tb	70 %	5.	MTBS	80 %
2.	Malaria			(1) ISPA	
	(1) Pengobatan	70 %		(2) Diare	
	(2) Pencegahan	70 %	6.	KIA	90 %
3.	HIV / AIDS			(1) ANC	
	(1) Pengobatan	80 %		(2) Persalinan dg	
	(2) Pencegahan	70 %	7.	Pengendalian konsumsi rokok	80 %
4.	Immunisasi	90 %		(1) Kebijakan pajak rokok	
	(1) BCG/DPT/OPV			(2) Pelarangan iklan	
	(2) Hb			(3) Penyuluhan masyarakat	
	(3) Campak				

Sumber : DHS.1, Depkes RI<sup>3</sup>

## 5. Indikator Kinerja

Setiap jenis pelayanan mempunyai indikator kinerja, dari 31 jenis pelayanan pada tabel 2.1 terdapat 54 indikator kinerja. Pada

pelayanan kesehatan ibu dan bayi terdapat 6 indikator kinerja yang tergambar pada tabel berikut :

**Tabel 2.3**  
**Daftar Indikator Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi**

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2010
1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi	1 Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K4	95
	2 Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga Kesehatan	90
	3 Persentase ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk	100
	4 Persentase kunjungan neonatus	90
	5 Persentase kunjungan bayi	90
	6 Persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani	100

Sumber : Kepmenkes 1457/2003

Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu<sup>23</sup>

Green mendefinisikan indikator adalah variable-variabel yang mengindikasikan atau memberi petunjuk kepada kita tentang suatu keadaan tertentu, sehingga dapat digunakan untuk mengukur perubahan.<sup>25</sup>

Indikator kesehatan mempunyai beberapa jenis di antaranya :<sup>25, 26</sup>

- a) Indikator berbentuk absolut adalah indikator yang hanya berupa pembilang saja, biasanya untuk suatu yang sangat jarang misal kasus meningitis
- b) Indikator berbentuk proporsi adalah perbandingan antara dua kualitas yang pembilang (*numerator*) nya merupakan sebagian

dari penyebut dan nilai *resultannya* dinyatakan dalam bentuk persen.

- c) Indikator berbentuk rasio adalah indikator yang pembilangnya bukan merupakan bagian dari penyebut
- d) Indikator berbentuk angka adalah indikator yang menunjukkan frekwensi dari suatu kejadian selama waktu (periode) tertentu, biasanya dinyatakan dalam bentuk per 1000 atau per 100.000 populasi (kontanta atau k).
- e) Frekwensi adalah suatu ukuran yang menyatakan berapa kali aktifitas atau suatu kegiatan dilaksanakan pada periode waktu tertentu
- f) Cakupan adalah suatu ukuran untuk menilai pencapaian hasil pelaksanaan dari suatu target kegiatan yang ditentukan pada periode waktu tertentu

## **F. KESEHATAN IBU DAN ANAK**

### **1. Data dasar**

Data dasar pada program KIA yang harus dimiliki yang selanjutnya dapat dijadikan sebagai alat monitoring meliputi :<sup>27</sup>

- a. Data sasaran ibu hamil, bayi dan balita
- b. Data Cakupan K1, K4, Persalinan Nakes, Kunjungan neonatos (KN)
- c. Cakupan bayi serta cakupan anak balita yang kontak dengan tenaga kesehatan (terlatih), serta cakupan penggunaan buku KIA pada ibu hamil dan balita
- d. Data tenaga kesehatan seperti : bidan, dokter, perawat (jumlah dan pelatihan yang pernah diikuti)

- e. Data fasilitas Kesehatan seperti: polindes, puskesmas pembantu, puskesmas, puskesmas PONED
- f. Jumlah dan penyebab kematian ibu, bayi (termasuk bayi baru lahir) dan balita
- g. Data lain yang diperlukan

Data-data dasar tersebut di samping digunakan sebagai alat evaluasi dan monitoring juga akan digunakan dalam penentuan target-target yang akan dicapai tahun ke depan dan juga dijadikan salah satu dasar penghitungan anggaran yang dibutuhkan.

## 2. Kesehatan Ibu

Program kesehatan ibu terfokus pada 3 (tiga) pesan kunci "*making Pregnancy Safer*" /MPS (Gerakan Nasional Kehamilan yang aman) yaitu :<sup>28, 29</sup>

- a. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- b. Setiap komplikasi obsetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat.
- c. Setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran

Tujuan program kesehatan ibu melalui MPS adalah menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia. Untuk mencapai hal tersebut di atas dilakukan melalui 4 (empat) strategi utama yaitu :

- a. Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berkualitas yang *cost-effective* dan berdasarkan bukti-bukti.

- b. Membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumber daya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan MPS.
- c. Mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
- d. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

### 3. Kesehatan Anak

Tujuan program kesehatan anak adalah menurunkan kesakitan dan kematian bayi dan balita, guna mencapai hal tersebut dilakukan melalui upaya prioritas yang meliputi :<sup>27</sup>

- a. Upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan dan melengkapi sarana dan prasarana fasilitas kesehatan.
  - b. Upaya peningkatan jangkauan pelayanan kesehatan, melalui kegiatan kunjungan rumah bagi bayi dan balita yang tidak akses kepada pelayanan kesehatan, dukungan rujukan bagi yang tidak mampu dan kegiatan surveilans.
  - c. Upaya peningkatan pengelolaan program, melalui kegiatan manajemen program kesehatan anak yang mencakup P1, P2 dan P3.
  - d. Upaya peningkatan peran serta masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan ibu dan anak melalui penggunaan buku KIA.
4. Kegiatan yang berhubungan dengan upaya penurunan angka kematian ibu (AKI)<sup>26</sup> Kegiatan yang masuk dalam kelompok ini adalah

- a. Pemeriksaan ibu hamil/pelayanan antenatal standar, termasuk pengenalan dini tanda dan gejala kehamilan beresiko, konseling sesuai resiko, konseling gizi dan konseling KB pasca persalinan.
  - b. Pertolongan persalinan yang aman, termasuk pengenalan dini tanda dan gejala persalinan yang membahayakan jiwa ibu dan janin/bayi dan rujukan.
  - c. Perawatan nifas, terutama pasca persalinan, termasuk pengenalan dini tanda bahaya dan rujukannya.
  - d. Penanganan kehamilan berisiko dan rujukannya
  - e. Pertolongan pertama pada keadaan gawat darurat kebidanan dan rujukannya
  - f. Pembinaan dukun bayi dalam pertolongan persalinan
  - g. Pelayanan dan konseling KB serta penanganan efek samping
5. Kegiatan yang berhubungan dengan upaya penurunan angka kematian bayi (AKB)<sup>29</sup> Kegiatan yang termasuk dalam kelompok ini adalah :
- a. Perawatan bayi baru lahir
  - b. Penanganan neonatus berisiko, khususnya BBLR dan tetanus neonatorum dan rujukannya
  - c. Pertolongan pertama pada keadaan gawat darurat neonatal
  - d. Pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan prasekolah, termasuk imunisasi dasar dan pemantauan tumbuh kembang anak.
  - e. Pertolongan pertama pada kesakitan yang sering ditemukan pada balita
  - f. Penyuluhan dan konseling kesehatan bayi dan anak balita.
6. Kegiatan manajerial Program KIA dan upaya pendukungnya <sup>29</sup>
- a. Pendataan sasaran KIA

- b. Pencatatan kelahiran dan kematian ibu dan bayi serta pelacakannya untuk melakukan otopsi verbal maternal perinatal/neonatal
- c. Pemantauan cakupan pelayanan KIA
- d. Penggunaan format pencatatan dan pelaporan KIA (register kohort ibu dan bayi; KMS ibu hamil dan balita; pencatatan hasil pemeriksaan/pelayanan perorangan; otopsi verbal maternal-perinatal/neonatal)
- e. Penggerakan dan peningkatan peran serta masyarakat dalam program KIA.

## **G. ADVOKASI**

### **1. Pengertian<sup>30</sup>**

Johns Hopkins mengartikan advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan publik melalui bermacam-macam bentuk komunikasi persuasif. Adapun WHO mendefinisikan advokasi adalah kombinasi kegiatan individu dan sosial yang dirancang untuk memperoleh komitmen politis, dukungan kebijakan, penerimaan sosial dan sistem yang mendukung tujuan atau program kesehatan tertentu. Secara ringkas advokasi merupakan upaya atau proses untuk memperoleh komitmen, yang dilakukan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat.

### **2. Metode dan Teknik advokasi<sup>30</sup>**

Tujuan utama advokasi di sektor kesehatan adalah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan di segala tingkat. Metode dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan itu di antaranya :

- a. Lobi politik (*political lobbying*)  
Berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan.
- b. Seminar dan/atau presentasi  
Seminar, musyawarah atau presentasi yang dihadiri oleh para pejabat lintas program dan lintas sektoral, dan membahas masalah dan program kesehatan dengan didukung data dan ilustrasi yang menarik.
- c. Advokasi Media (*media advocacy*)  
Melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media, khususnya media massa. Melalui media cetak maupun elektronik permasalahan kesehatan disajikan baik dalam bentuk artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat dan sebagainya.
- d. Perkumpulan (asosiasi) peminat  
Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau interest terhadap permasalahan tertentu atau perkumpulan profesi, juga merupakan bentuk advokasi.

## H. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

### 1. Pengertian <sup>31</sup>

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

Di kota Banjar Puskesmas mempunyai pengertian sebagai unit pelaksana fungsional Dinas Kesehatan Kota Banjar yang

bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah

Perbedaan dari dua pengertian tersebut bahwa di Kota Banjar puskesmas sebagai unit pelaksana fungsional bukan teknis yang berimplikasi bahwa seorang kepala puskesmas bukan pejabat struktural tetapi sebagai pejabat fungsional diberi tugas tambahan sebagai kepala puskesmas.

## 2. Visi dan Misi <sup>31</sup>

Visi Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh puskesmas adalah tercapainya kecamatan sehat menuju Indonesia sehat. Kecamatan sehat adalah kecamatan yang masyarakatnya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Adapun misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah :

- 1) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
- 2) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.
- 3) Memelihara dan meningkatkan mutu.
- 4) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

## 3. Tujuan <sup>31</sup>

Mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup

sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010.

#### 4. Fungsi<sup>31</sup>

Puskesmas mempunyai fungsi sebagai berikut :

- a) Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan
- b) Pusat Pemberdayaan Masyarakat
- c) Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Adapun pelayanan kesehatan pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi :

- 1) Pelayanan kesehatan perorangan (*private good*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.
- 2) Pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

#### 5. Struktur Organisasi

Organisasi puskesmas di Kota Banjar berdasar Peraturan Daerah nomor tahun 2006 Puskesmas sebagai UPF Dinas kesehatan. Adapun struktur Organisasi Puskesmas sebagai berikut :<sup>31</sup>

- a. Kepala Puskesmas
- b. Unit Tata Usaha yang bertanggungjawab membantu Kepala Puskesmas dalam pengelolaan data informasi, perencanaan dan penilaian, keuangan, Umum dan Kepegawaian
- c. Unit Pelaksana Teknis Fungsional Puskesmas :

- Upaya Kesehatan Masyarakat, termasuk pembinaan terhadap UKBM
  - Upaya Kesehatan Perorangan
- d. Jaringan pelayanan Puskesmas meliputi unit puskesmas pembantu, unit puskesmas keliling dan unit bidan di desa/komunitas

6. Upaya Kesehatan<sup>30</sup>

a. Upaya kesehatan wajib

Upaya yang ditetapkan berdasar komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia, yang meliputi Upaya Promosi Kesehatan, Upaya Kesehatan Lingkungan, Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta KB, Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat, Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, dan Upaya Pengobatan.

b. Upaya kesehatan pengembangan

Upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan puskesmas, di antaranya upaya kesehatan sekolah, upaya kesehatan olah raga, upaya perawatan kesehatan masyarakat, upaya kesehatan kerja, upaya kesehatan gigi mulut, upaya kesehatan jiwa, upaya kesehatan mata, upaya kesehatan usia lanjut, dan upaya pembinaan pengobatan tradisional.

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula bersifat inovasi, yakni upaya lain di luar sembilan upaya tersebut yang sesuai dengan kebutuhan. Pengembangan dan pelaksanaan

upaya inovasi ini adalah dalam rangka mempercepat tercapainya inovasi puskesmas.

#### 7. Azas Penyelenggaraan <sup>31</sup>

##### a. Azas pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas bertanggungjawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya

##### b. Azas pemberdayaan masyarakat

Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat, agar berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya puskesmas.

##### c. Azas keterpaduan

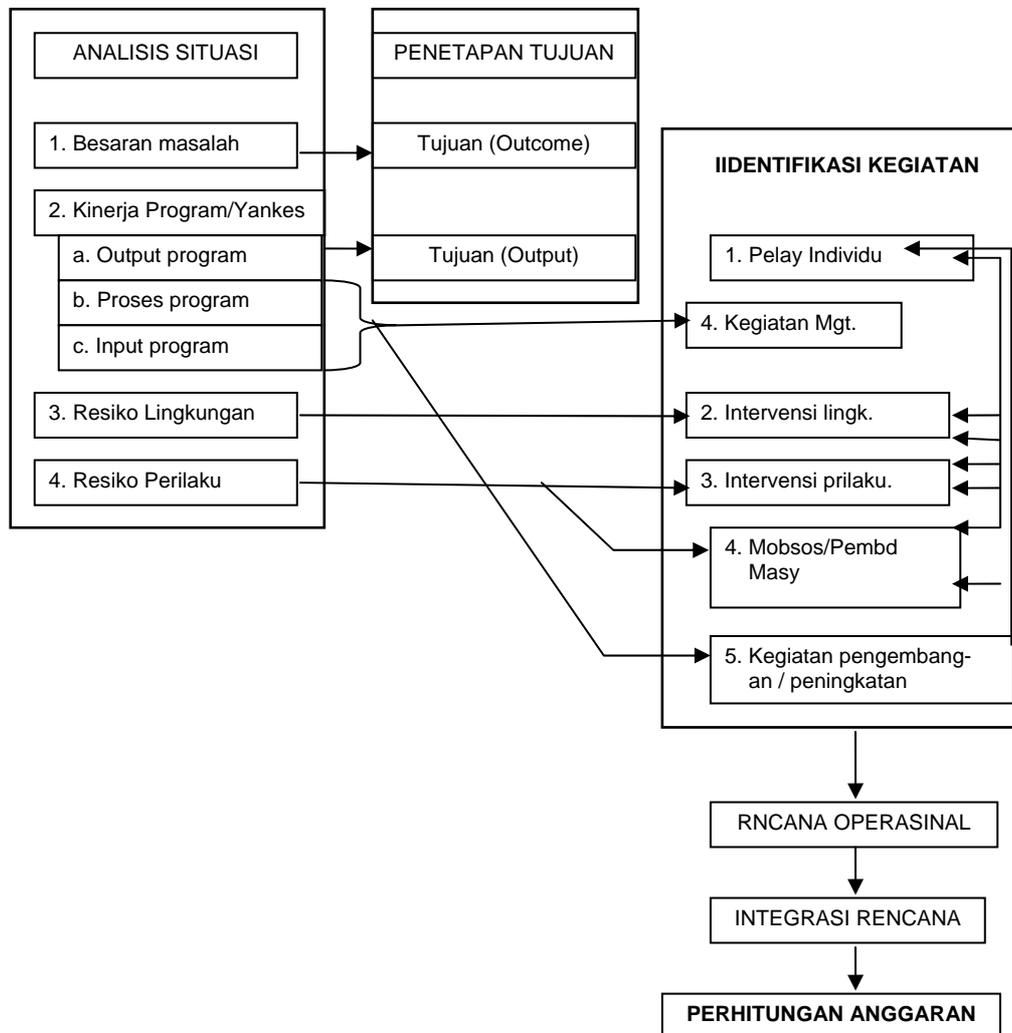
Untuk mengatasi keterbatasan sumber daya serta diperolehnya hasil yang optimal, penyelenggaraan setiap upaya puskesmas harus diselenggarakan secara terpadu, jika memungkinkan sejak dari tahap perencanaan. Keterpaduan ini meliputi keterpaduan lintas program dan lintas sektor.

##### d. Azas Rujukan

Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik baik secara vertikal maupun horizontal. Hal ini dilakukan karena kemampuan yang dimiliki puskesmas terbatas.

## G. KERANGKA TEORI

### Teori Keterkaitan Perencanaan Penganggaran Terpadu



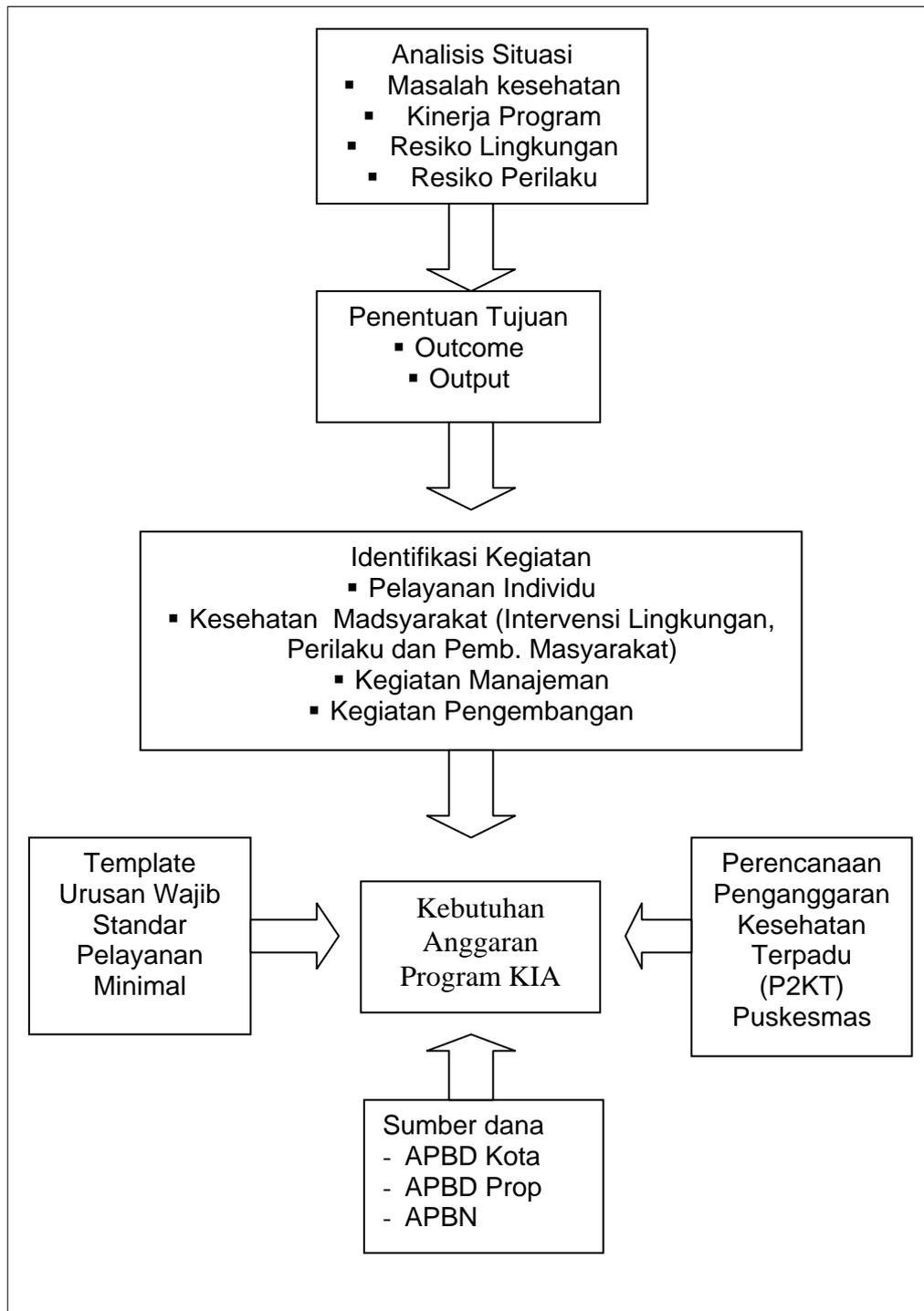
Gambar 2.2 : Kerangka Teori Keterkaitan Perencanaan Penganggaran Terpadu

Sumber : DHS-1, Depkes RI<sup>3</sup>

# BAB III

## METODOLOGI PENELITIAN

### A. KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Gambar 3.1 : Kerangka Konsep Penelitian

## **B. DEFINISI ISTILAH**

### **1. Analisis Situasi**

Adalah proses bagaimana tim perencana menguraiakan keadaan Program KIA yang terjadi di wilayah Puskesmas Kota Banjar sehingga tergambarakan masalah kesehatan ibu dan anak, kinerja program KIA, faktor resiko lingkungan dan factor resiko perilaku pada kesehatan ibu dan anak.

### **2. Besaran Masalah Kesehatan ibu dan anak**

Adalah bagaimana tim perencana memanfaatkan gangguan kesehatan pada ibu dan anak yang dinyatakan dalam ukuran kesakitan dan kematian yang meliputi abortus, HAP, HPP, anemia KEP, kematian ibu dan kematian bayi dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran puskesmas

### **3. Kinerja program**

Penggunaan hasil analisis dari pelaksanaan kegiatan yang meliputi output, proses dan Input Program KIA dalam perencanaan dan penganggaran puskesmas.

### **4. Faktor resiko lingkungan**

Adalah pemanfatan analisis lingkungan yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak yang meliputi vector penyakit, air bersih, kondisi rumah, polusi/sampah dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran kesehatan program KIA di puskesmas.

### **5. Faktor resiko perilaku**

Pemanfaatan tentang faktor resiko perilaku dalam program KIA yang meliputi konsep KIA yang ada di masyarakat, gaya hidup, pola pencarian pengobatan untuk dijadikan dasar dalam perencanaan dan penganggaran program KIA.

#### 6. Penentuan tujuan

Adalah target program KIA untuk tahun mendatang dalam perencanaan penganggaran puskesmas. misalnya AKI, AKB dan presentase persalinan oleh tenaga kesehatan, dan lain-lain.

#### 7. Identifikasi Kegiatan

Adalah pembagian kegiatan-kegiatan pada program KIA dengan tujuan untuk memudahkan dalam perhitungan anggaran, yang meliputi kegiatan pelayanan individu, kegiatan pelayanan masyarakat, kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan atau peningkatan.

#### 8. Kegiatan pelayanan individu

Adalah pelayanan KIA yang bertujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan dengan kegiatan temuan kasus dan pengobatan

#### 9. Kegiatan pelayanan Masyarakat

Adalah pelayanan KIA yang tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dengan melakukan kegiatan intervensi terhadap faktor resiko lingkungan, perilaku dan kegiatan mobilisasi sosial dan pemberdayaan masyarakat.

#### 10. Kegiatan manajemen

Adalah kegiatan untuk mendukung kegiatan pelayanan kesehatan perorangan, masyarakat dan kegiatan pengembangan yang meliputi perencanaan, sistim informasi, monitoring dan evaluasi.

#### 11. Kegiatan pengembangan/peningkatan

Adalah kegiatan untuk pengembangan/peningkatan kapasitas kegiatan pelayanan kesehatan perorangan, masyarakat dan kegiatan manajemen dilakukan melalui pelatihan, pembelian alat medis non medis, pembangunan fisik .

#### 12. Kebutuhan Anggaran Program KIA

Biaya yang dibutuhkan oleh Puskesmas untuk melaksanakan Program KIA guna mencapai target kinerja selama satu tahun.

#### 13. Template UW SPM

suatu alat bantu dengan program excel untuk menghitung jumlah anggaran yang dibutuhkan Puskesmas selama setahun untuk mencapai target SPM KIA .

#### 14. Anggaran P2KT

Adalah hasil perhitungan anggaran Program KIA yang dilakukan Tim P2KT Puskesmas

#### 15. Sumber dana

Adalah sumber biaya yang yang dapat dimanfaatkan oleh puskesmas untuk program KIA meliputi dana APBD Kota Banjar, APBD Propinsi, APBN

### **C. RANCANGAN PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif melalui studi kasus yang bersifat deskriptif, dengan data kualitatif dan kuantitatif. Unit analisis dalam penelitian ini adalah proses perencanaan dan penganggaran puskesmas di Kota Banjar dan subyek penelitian adalah tim perencana anggaran dan stakeholder yang berperan dalam penganggaran kesehatan pada puskesmas.

Pendekatan waktu dalam pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross-sectional study* (studi potong melintang) artinya dilakukan satu kali pengamatan dalam kurun waktu tertentu yaitu pada tahun 2007.

Jenis penelitian studi kasus dipilih karena: 1) mampu mengungkapkan fenomena atau isu penting yang perlu diperhatikan, khususnya dalam kebijakan publik dan program-program sosial kemasyarakatan. 2) mengkaji hubungan kausal yang kompleks, menyangkut intervensi kesehatan dalam konteks kehidupan nyata 3) melukiskan proses intervensi kesehatan. Kelebihan studi kasus adalah mengungkap secara rinci pandangan masyarakat yang menjadi sasaran intervensi tersebut.<sup>32</sup>

#### **D. UNIT ANALISIS, SUBYEK DAN OBYEK PENELITIAN**

##### 1. Unit analisis

Unit analisis pada penelitian ini adalah proses perencanaan dan penganggaran program KIA puskesmas di wilayah Kota Banjar sebanyak 7 puskesmas.

##### 2. Subyek Penelitian

Subyek pada penelitian ini adalah Tim perencana dan stakeholder yang berperan dalam perencanaan dan penganggaran kesehatan subyek yang dipilih adalah Kepala Puskesmas 3 orang, tim perencana puskesmas yang diwakili Programer KIA 3 orang, Programer P2KT 3 orang, dan dilakukan triangulasi kepada Dinas Kesehatan 2 orang, Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah 1 orang.

##### 3. Obyek Penelitian

Obyek pada penelitian ini adalah data dan dokumen perencanaan program KIA puskesmas di wilayah Kota Banjar yang berada pada puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Banjar.

## E. PENGUMPULAN DATA

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini berupa data kualitatif dan data kuantitatif. Data kuantitatif yaitu data yang berhubungan dengan angka-angka, baik yang diperoleh dari pengukuran maupun dari nilai suatu data yang diperoleh dengan jalan mengubah data kualitatif menjadi kuantitatif.<sup>33</sup> Adapun data kualitatif yaitu data yang berhubungan dengan kategorisasi, karakteristik berwujud pernyataan atau berupa kata-kata biasanya didapat dari wawancara.<sup>34</sup>

Sumber data pada penelitian ini didapatkan dari data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang dihimpun langsung oleh peneliti sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh melalui tangan kedua.<sup>34</sup>

Adapun data yang diambil pada penelitian ini meliputi :

### 1. Data primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam. Wawancara mendalam adalah wawancara yang berusaha menggali sedalam-dalamnya dan mendapat pengertian yang seluas-luasnya dari jawaban yang diberikan oleh responden.<sup>34</sup> Wawancara mendalam dilakukan kepada 9 informan yaitu 3 orang kepala puskesmas, 3 orang programer KIA dan 3 orang koordinator P2KT, sebagai tianggulasi dilakukan wawancara mendalam kepada Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Seksi Kesga dan Kepala BPKAD dengan menggunakan instrumen wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti sendiri.

### 2. Data sekunder

Pengumpulan datanya menggunakan metode dokumentasi yaitu ditujukan untuk memperoleh data langsung dari tempat penelitian yang dikumpulkan bersumber dari buku-buku yang relevan, peraturan-

peraturan, laporan kegiatan, data arsip dokumen-dokumen.<sup>34</sup> Pada penelitian ini data dikumpulkan dari puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Banjar diantaranya P2KT Puskesmas, pencapaian indikator SPM KIA tahun 2005 dan 2006, data program kesehatan ibu dan anak, tenaga dan sarana kesehatan, laporan kegiatan KIA dan dokumen keuangan, dengan menggunakan instrumen formulir isian dan tabel.

Secara rinci pengumpulan data kuantitatif pada penelitian ini ditunjukkan pada tabel 3.1 berikut :

**Tabel 3.1**  
**Matrik Pengumpulan Data Teknik dan Instrumen**

<b>Sumber data</b>	<b>Jenis data yang dikumpulkan</b>	<b>Informan</b>	<b>Metode/ teknik</b>	<b>Instrumen</b>
Bagian KIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Target 2007</li> <li>- Capaian 2005</li> <li>- Data Program</li> <li>- Tenaga</li> <li>- Obat</li> <li>- Bahan Medis habis pakai</li> <li>- Bahan non medis</li> <li>- Honor &amp; Transport</li> <li>- Inventaris</li> <li>- Pencatatan dan Pelaporan</li> <li>- Jenis Kegiatan KIA dan Frekwensi</li> <li>- Input Kegiatan KIA</li> </ul> <p><b>Yg berhubungan dengan KIA</b></p>	Koordinator Bidan puskesmas dan dinas. Sebanyak 2 orang	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wawancara</li> <li>- Studi dokumentasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulir Isian</li> <li>- Tabel</li> </ul>
Bagian TU / Keuangan/ perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biaya satuan transport</li> <li>- Biaya satuan honor</li> <li>- Jumlah Tenaga</li> <li>- Jumlah Sarkes</li> <li>- Harga formulir RR</li> <li>- Kepemilikan inventaris</li> <li>- Biaya bahan non medis</li> <li>- Realisasi anggaran</li> </ul>	Penanggungjawab TU Puskesmas 2 orang	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wawancara</li> <li>- Studi dokumentasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulir Isian</li> <li>- Tabel</li> </ul>

Sumber data	Jenis data yang dikumpulkan	Informan	Metode/ teknik	Instrumen
Bagian Farmasi	- Harga obat - Jenis obat - Harga bahan habis pakai - Ketersediaan obat	Pembantu apoteker/ Penanggungjawab Farmasi 2 orang	- Wawancara - Studi dokumentasi	- Formulir Isian - Tabel
P 2 M	- Jumlah sasaran imunisasi - Jumlah kebutuhan vaksin	Juru Imunisasi 2 orang	- Wawancara - Studi dokumentasi	- Formulir Isian - Tabel
Bidang Yankes dan Bina Program	- Pencapaian Indikator SPM KIA tahun 2005 - Dokumen Keuangan	Programmer KIA dan programmer perencanaan 2 orang	- Wawancara - Studi dokumentasi	- Formulir Isian

## F. PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA

Data yang telah dikumpulkan sebelumnya kemudian diolah dan dilakukan analisis. Analisis dilakukan sebagai berikut :

### 1. Pengolahan dan analisis data kualitatif

Pengolahan dan analisis data kualitatif yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam dilaksanakan melalui prosedur sebagai berikut:<sup>35,36</sup>

- a Penyusunan transkrip data yaitu merubah catatan baik yang berasal dari tape recorder maupun tulisan tangan ke bentuk tertulis.
- b Pembuatan Koding dan Kategori (reduksi data) yaitu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisasikan data dengan cara sedemikian rupa. Cara yang dapat ditempuh adalah dengan membaca semua transkrip kemudian di koding yaitu dengan membuat simbol yang dibuat peneliti dan mempunyai arti

berdasarkan topik pada setiap kelompok kata, kalimat atau paragraf dari transkrip yang selanjutnya dikelompokkan ke dalam kategori dan dicari hubungannya antara kategori tersebut.

- c Penyimpulan sementara yaitu suatu tahapan peneliti dapat mengambil kesimpulan yang masih bersifat sementara. Kesimpulan ini 100% harus berdasarkan data tidak boleh dicampur aduk dengan pikiran dan penafsiran peneliti. Apabila peneliti ingin memberi penafsiran berdasar pendapatnya maka ditulis pada bagian akhir kesimpulan sementara yang disebut *Observer's Comments* (OC).
- d Penyimpulan akhir merupakan ujung terakhir dari suatu proses penelitian. Kesimpulan penelitian kualitatif berbentuk deskriptif kualitatif, yang merupakan kristalisasi dan konseptualisasi dari temuan di lapangan.

## 2. Pengolahan dan analisis data kuantitatif

Sebelum pengolahan data dilakukan, dilihat validasi dan kelengkapan data terlebih dahulu. Pengolahan data penghitungan anggaran UW SPM pada program KIA menggunakan program excell yaitu template perhitungan biaya kesehatan dalam rangka implementasi UW-SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Kota<sup>28</sup> dengan langkah sebagai berikut :

- a) Mengumpulkan data sekunder sesuai yang yang dibutuhkan template .
- b) Mengentry data pada template yang telah tersedia
- c) Menghitung Anggaran dari setiap langkah kegiatan untuk tahun anggaran 2005 dan anggaran 2007

- d) Menghitung Total Anggaran Pelayanan kesehatan ibu dan bayi tahun anggaran 2005 dan 2007.

Untuk P2KT menggunakan hasil perhitungan anggaran Program KIA pada Puskesmas Pataruman dan Purwaharja tahun 2007 yang telah disusun oleh Tim P2KT Puskesmas. Hasil dari pengolahan dan analisis data akan diperoleh hasil sebagai berikut :

- a. Perbandingan total anggaran Program KIA di puskesmas dari dua pendekatan.
- b. Jumlah anggaran berdasarkan indikator kinerja pada puskesmas berdasar indikator kinerja
- c. Perbandingan jumlah anggaran berdasarkan jenis belanja dari dua pendekatan
- d. Terpilihnya alternatif rekomendasi tentang penyusunan perencanaan dan penganggaran.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **I. KETERBATASAN PENELITIAN**

Penelitian yang telah dilakukan ini mempunyai keterbatasan yaitu :

1. Secara metodologi penelitian kualitatif ini bersifat subyektif, maka dilakukan triangulasi dan analisis data sekunder.
2. Penelitian ini hanya merupakan studi kasus, artinya di daerah lain bila dilakukan yang sama hasilnya dapat berbeda.
3. Penelitian ini tidak diperuntukkan buat model di daerah lain karena situasi dan kondisinya berbeda

#### **J. KELEMAHAN PENELITIAN**

Penelitian ini memiliki kelemahan yaitu pada penghitungan total anggaran Program KIA berdasar P2KT yang melakukan adalah Tim P2KT Puskesmas Pataruman dan Purwahaerja peneliti tidak ikut terlibat didalamnya. Adapun penghitungan anggaran berdasar UW SPM dilakukan oleh peneliti sendiri. Hal ini dilakukan karena pada P2KT perhitungan anggaran bersifat partisipatif sehingga peneliti tidak mungkin melakukan penghitungan sendiri, sehingga peneliti menggunakan hasil perhitungan anggaran P2KT untuk tahun 2006 yang sudah ada.

#### **K. KARAKTERISTIK INFORMAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang didukung dengan perhitungan anggaran. Metode pengumpulan data utama wawancara mendalam dengan didukung observasi dan studi dokumentasi.

Wawancara mendalam informannya adalah petugas puskesmas di Kota Banjar yang seluruhnya berjumlah 9 orang. Triangulasi dilakukan pada Kepala Dinas, Kepala Seksi Kesga Dinas Kesehatan dan Kepala Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD).

Karakteristik informan pada penelitian ini dapat digambarkan pada tabel berikut :

**Tabel 4.1**

**Karakteristik Informan  
Wawancara Mendalam Perencanaan Penganggaran Program KIA  
pada Puskesmas di Kota Banjar Tahun 2007**

No	Initial	Umur (th)	Jabatan	Pendidikan Terakhir	Masa kerja (th)
1.	Informan 1	31	Ka Puskesmas	S1/ dokter	4
2	Informan 2	32	Ka Puskesmas	S 1/ dokter	4
3	Informan 3	52	Ka Puskesmas	S1/ dokter	16
4	Informan 4	33	Koord. Bidan	D III	10
5	Informan 5	35	Koord. Bidan	D III	8
6	Informan 6	47	Koord. Bidan	D III	19
7	Informan 7	28	Koord. P2KT	S1	6
8	Informan 8	27	Koord. P2KT	SPK	3
9	Informan 9	38	Koord. P2KT	D III	12
	Triangulasi				
10	Informan 10	53	Kepala Dinkes	S2	23
11	Informan 11	46	Dinkes	D III	20
12	Informan 12	52	Krpala BPKAD	S1	21

*Sumber data : Data Primer terolah, Mei 2007*

Dari tabel 4.1 tergambar bahwa informan sebagian besar berumur 30 sampai 50 tahun sebanyak 7 orang sedangkan di bawah 30 tahun 2 orang dan di atas 50 tahun 2 orang. Pendidikan 5 orang lulusan D III, 5 orang Sarjana, 1 orang SPK dan 1 orang S2. Adapun masa kerja sebagian besar sudah di atas 10 tahun sebanyak 7 orang dan di bawah 10 tahun sebanyak 5 orang. Dari data tersebut terlihat keberagaman informan dilihat dari umur, pendidikan dan masa kerja.

#### L. GAMBARAN TENTANG ANALISIS SITUASI PADA PROGRAM KIA

Gambaran analisis situasi pada program KIA pada penelitian ini meliputi hubungan/pengaruh antara masalah kesehatan, kinerja program KIA dan pengaruh faktor lingkungan serta perilaku terhadap perencanaan penganggaran pada Puskesmas di wilayah Kota Banjar. Hasil wawancara mendalam tergambar pada tabel 4.2 isinya antara lain:

1. Sebagian besar informan menyatakan masalah kesehatan berpengaruh terhadap perencanaan yang telah disusun puskesmas di Kota Banjar di antaranya untuk dijadikan dasar dalam penentuan prioritas kegiatan dan sebagian kecil (1 informan) mengatakan tidak berpengaruh.
2. Sebagian besar informan menyatakan masalah kesehatan tidak berpengaruh terhadap penganggaran karena dalam penghitungan anggarannya sifatnya rutinitas dan anggaran sudah ditentukan sehingga ada yang melakukan *copy paste* pada anggaran/kegiatan tahun lalu. Sebagian kecil menyatakan berpengaruh karena masalah kesehatan dijadikan dasar dalam penentuan prioritas kegiatan yang akan dibiayai.
3. Pada hubungan analisis kinerja program dengan perencanaan anggaran menunjukkan sebagian besar responden menyatakan kinerja program dibutuhkan dalam perencanaan penganggaran, karena akan dijadikan dasar dalam penentuan prioritas kegiatan. Sebagian kecil (1 informan) menyatakan tidak ada hubungan karena dilakukan *copy paste* perencanaan tahun sebelumnya.
4. Hubungan analisa faktor lingkungan dan perilaku dengan perencanaan penganggaran menunjukkan seluruh informan menyatakan dibutuhkan dan berpengaruh karena lingkungan dan perilaku berpengaruh besar

terhadap keberhasilan program seperti keyakinan dan budaya masyarakat tentang pola pencarian pengobatan dan pertolongan persalinan, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Tabel 4.2

## Gambaran tentang Analisis situasi pada Program Kesehatan Ibu dan Anak pada Puskesmas di Kota Banjar Tahun 2007

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Kesimpulan
Apakah Masalah Kesehatan dapat mempengaruhi Penyusunan Perencanaan	Secara teori berpengaruh	Sangat berpengaruh sekali	Sangat berpengaruh	Berpengaruh sebagai dasar menentukan prioritas	Sangat berpengaruh	Tidak berpengaruh, rencana KIA hanya target dan anggaran	Sangat berpengaruh sekali, sebagai dasar perencanaan dan pembiayaan	Sangat berpengaruh untuk patokan dalam penyusunan program KIA	Berpengaruh untuk menentukan prioritas kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ berpengaruh - prioritas kegiatan</li> <li>▪ Tidak berpengaruh</li> </ul>
Apakah Masalah kesehatan dapat mempengaruhi Anggaran	Tidak terlalu berpengaruh, karena rutinitas,	Tidak berpengaruh, tetap sama saja	Berpengaruh karena dihitung berdasar kegiatan	Seharusnya ada pengaruh, tapi kenyataannya rutinitas	Tidak berpengaruh tetap saja,	Tidak ada pengaruh	Jelas berpengaruh, untuk anggaran PKPS BBM	Berpengaruh, masalah yang penting mendapatkan alokasi prioritas.	Berpengaruh, masalah besar tentu kita anggarakan yang besar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak berpengaruh - rutinitas</li> <li>▪ berpengaruh -prioritas masalah - kegiatan</li> </ul>
Apakah Kinerja Program KIA berpengaruh pada perencanaan penganggaran	Dibutuhkan karena besaran masalah dilihat dari cakupannya.	Dibutuhkan	Dibutuhkan	Tidak dibutuhkan, karena <i>copy paste</i>	Sangat Dibutuhkan, sebagai tolak ukur keberhasilan	Dibutuhkan sebagai dasar kegiatan	Dibutuhkan sebagai dasar kegiatan	Dibutuhkan untuk peningkatan cakupan	Tidak berpengaruh untuk KIA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dibutuhkan -besaran masalah -dasar Kegiatan - Cakupan</li> <li>▪ tidak dibutuhkan - <i>Copy Paste</i></li> </ul>
Apakah analisa faktor resiko lingkungan dan perilaku dibutuhkan dalam perencanaan penganggaran	Dubutuhkan, untuk keberhasilan program	Dubutuhkan, untuk keberhasilan program	Dibutuhkan, untuk keberhasilan program	Berpengaruh sekali, besar pengaruh untuk keberhasilan program	Sangat berpengaruh, karena paham	Berpengaruh, misal lahir ke paraji, PHBS lingkungan fisik	Sangat dibutuhkan sekali, karena penyakit lingkungan itu faktor yang paling mempengaruhi.	Pengaruhnya karena, masih mempunyai keyakinan yang kuat terhadap dukun paraji	Berpengaruh besar sekali, lingkungan fisik, sosial ekonomi pengetahuan, linakes ke dukun paraji.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berpengaruh &amp; dibutuhkan.</li> <li>- Keberhasilan program</li> <li>- Budaya &amp; keyakinan</li> </ul>

Analisa yang dapat dipaparkan adalah :

*Pertama* Puskesmas menyusun perencanaan didasarkan pada permasalahan kesehatan yang ada di wilayahnya, sehingga intervensi dalam perencanaan tepat dengan kebutuhan di suatu daerah. Hal ini sesuai dengan tahapan perencanaan sosial bahwa langkah awal adalah identifikasi masalah untuk mengetahui kebutuhan atau kekurangan program KIA sehingga terdorong untuk mengatasi melalui aktifitas-aktifitas yang sesuai dengan permasalahan tersebut.<sup>11</sup>

Adapun hubungan masalah kesehatan dengan penganggaran dari hasil wawancara mendalam menunjukkan pernyataan terbagi menjadi 3 kelompok yaitu *pertama* menyatakan tidak berpengaruh *kedua* menyatakan seharusnya ada tapi kenyataannya tidak, dan *ketiga* menyatakan ada pengaruh. Pada umumnya menyatakan tidak ada pengaruh namun ada keseragaman pernyataan pada koordinator P2KT seluruhnya menyatakan ada pengaruh.

Jika kita lihat dari pernyataan-pernyataan tersebut masih ditemukan puskesmas yang tidak mengkaitkan antara alokasi anggaran dengan masalah kesehatan yang ada, padahal pada pernyataan sebelumnya perencanaan itu dipengaruhi oleh masalah kesehatan. Idealnya penganggaran itu harus dikaitkan dengan rencana yang telah disusun atau dengan kata lain anggaran adalah ungkapan keuangan atau moneter untuk melaksanakan aktifitas atau kegiatan yang telah disusun dalam perencanaan.<sup>12,13</sup> Kondisi ini menunjukkan ketidak konsistenan dalam proses perencanaan. Pada dasarnya informan memahami tentang kaidah penganggaran itu harus berdasarkan masalah karena ada faktor lain misalnya malas, rutinitas sehingga ia tidak melakukan proses yang seharusnya.

*Kedua* Puskesmas selama ini telah mendasarkan kinerja yang diwujudkan dengan cakupan-cakupan program sebelumnya sebagai dasar dalam pengalokasian anggaran. Hal ini telah mengarah pada sistim anggaran berbasis kinerja, yang berarti proses perencanaan yang menjamin adanya kesinambungan dan konsistensi antara output atau kinerja kegiatan dengan input (SDM, anggaran, sarana) yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan tersebut.<sup>3</sup>

*Ketiga* Lingkungan dan perilaku secara teori merupakan faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan. Seluruh informan yang meliputi kepala puskesmas, bidan koordinator dan koordinator P2KT menyatakan bahwa faktor perilaku dan lingkungan sangat mempengaruhi perencanaan dan penganggaran program KIA, seperti pernyataan di bawah ini.

Kotak 1 :

.....” sangat dibutuhkan sekali, karena setiap penyakit baik dari KIA maupun *non* KIA, lingkungan itu faktor paling besar mempengaruhi..... misal kalau di lingkungan kita *kotor/jelek* atau sanitasi kurang baik otomatis dampak terhadap kehamilan itu akan terganggu. ....”

(Informan 7)

Hal ini seiring dengan Teori Hendrick L. Blum yang menyatakan bahwa derajat kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor yang meliputi pelayanan kesehatan, lingkungan, perilaku dan genetik.<sup>32</sup> Pengaruh yang paling besar adalah lingkungan dan perilaku sehingga program apapun yang tujuannya untuk meningkatkan derajat kesehatan faktor lingkungan dan perilaku merupakan faktor yang harus diperhitungkan baik dalam perencanaan maupun intervensi.

Kegiatan intervensi terhadap perilaku dan lingkungan pada program KIA tergabung dalam kegiatan-kegiatan seperti desa siaga dan posyandu belum secara khusus, seperti petikan wawancara berikut.

Kotak 2 :

” ..... KIA belum sampai *kesitu*, paling-paling kalau KIA kita hubungkan dengan Desa Siaga, paling kita intervensi di desa siaga. Desa Siaga kan lumayan *nya* sering kita lakukan pertemuan jadi anggarannya masuk *kesitu* ke pertemuan ....., Kalau penyuluhan KIA kan pasti *pas* posyandu dan pada saat ANC, K1, K4 jadi memang biasa dilaksanakan tapi kalau yang dikhususkan belum.....”

(Informan 2)

Jika dilihat dari pernyataan tersebut puskesmas di Kota Banjar dalam penyusunan perencanaan penganggaran berpedoman pada perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu (P2KT), karena pengintegrasian program merupakan salah satu prinsip P2KT<sup>17</sup>, sehingga kegiatan intervensi terhadap faktor resiko lingkungan dan perilaku terhadap kesehatan ibu dan anak tidak selalu harus berada pada program KIA.

Idealnya perencanaan program KIA disusun secara lengkap yang di dalamnya ada kegiatan pelayanan langsung, pelayanan masyarakat, kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan. Proses integrasi kegiatan setelah semua program menyusun kegiatan secara lengkap, sehingga kegiatan-kegiatan intervensi tersebut sesuai dengan data dan permasalahan yang sesungguhnya.

#### **M. GAMBARAN TENTANG PENENTUAN TUJUAN PADA PERENCANAAN ANGGARAN PROGRAM KIA**

Perencanaan harus mempunyai tujuan yang dicantumkan secara jelas. Pada penelitian ini untuk mengungkapkan bagaimana proses penentuan tujuan pada program KIA Puskesmas di Kota Banjar, dilihat dari beberapa variabel yang meliputi, proses penentuan tujuan, kesesuaian target standar pelayanan minimal, dasar penentuan tujuan dan target.

Tabel 4.3

**Gambaran tentang Penentuan Tujuan pada Perencanaan Penganggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak  
pada Puskesmas di Kota Banjar Tahun 2007**

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Kesimpulan
Bagaimana anda merumuskan tujuan/target Program KIA di Puskesmas? apa mengikuti dinas	Puskesmas menentukan tujuan sendiri berdasar masalah . Target ditentukan dari dinas, tapi puskesmas juga menentukan target.	Sebagian besar tujuan dan target dari dinas, bila tidak wajar puskesmas juga membuat	Puskesmas merumuskan tujuan sendiri dan, target dinas sebagai acuan	Tujuan dan target mengikuti Dinas	Target proyeksi dari dinas, dan target riil dari hasil pendataan puskesmas	Mengikuti dinas Tujuannya untuk menurunkan AKI	Target proyeksi dari dinas dan target riil dari puskesmas sebagai pembanding.	Merumuskan tujuan/target sendiri dengan mengacu pada Tujuan/target dari dinas	Tujuan dan target mengikuti Dinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mengikuti tujuan dan target dinas</li> <li>▪ menentukan tujuan dan target sendiri mengacu pada dinas</li> <li>▪ Mengambil sebagian dari dinas</li> </ul>
Bagaimana menurut anda realistiskah tujuan yang ditetapkan selama ini	Tidak realistis, karena Dinas menggunakan data proyeksi,	Ada yang realistis, ada yang tidak, tapi sebagian besar realistis	Relaistis karena mereka sudah dengan perhitungan statistik.	Tidak realistis	Ada yang realistis, ada yang tidak	Tidak realistis, di lapangan tidak sesuai terlalu tinggi	Tidak sesuai dengan kenyataan	Realistis, Tapi ada juga yang tidak sesuai	Ada yang realistis ada yang tidak, tapi untuk bayi jauh tidak realistis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realistis - Statistik</li> <li>▪ Tidak Realistis - proyeksi</li> </ul>

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Kesimpulan
Bagaimana pendapat anda tentang data riil dan proyeksi	Data riil merupakan hasil pendataan dan proyeksi sebagai acuan yang ditetapkan oleh dinas	Kita memakai data proyeksi data riil untuk pembandingan	Data proyeksi itu acuan data riil itu harus dicapai. Selama ini selalu menggunakan data riil dan proyeksi.	Data proyeksi itu acuan data riil itu untuk pembandingan	Data Proyeksi sebagai acuan keberhasilan pekerjaan. Data riil hasil pendataan	untuk perbandingan data riil bisa karena targetnya tinggi	Sebagai pembandingan	Data riil sebagai pembandingan, karena data proyeksi tidak sesuai di lapangan	Data proyeksi sebagai acuan, bila target proyeksi tidak tercapai kita punya data riil yg dapat dipertanggung jawabkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Data riil hasil pendataan</li> <li>▪ Data riil sebagai pembandingan</li> <li>▪ Data riil utk pertanggung-jawaban</li> <li>▪ Data proyeksi sebagai acuan</li> </ul>
Apa Sajakah yang menjadi pertimbangan dalam penentuan tujuan/target	Permasalahan yang ada di Puskesmas	Trend sama faktor eksternal	Cakupan, dan permasalahan	faktor tenaga pada KIA, bidan yang di desa, SDM, Budaya.	SDM, kemajuan jaman dan era globalisasi	Puskesmas tidak menentukan, target dari dinas	data riil data Proyeksi, target kebelakang, biaya, kinerja karyawan, motivasi karyawan	SDM yang tersedia, sarana dan alokasi dana	Tujuan puskesmas input yang tersedia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Masalah</li> <li>▪ Trend</li> <li>▪ Cakupan</li> <li>▪ SDM</li> <li>▪ Data</li> <li>▪ Sarana</li> <li>▪ Dana</li> <li>▪ Tujuan puskesmas</li> <li>▪ Budaya</li> </ul>

Berdasarkan tabel 4.3 dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Penentuan tujuan program KIA di puskesmas sebagian besar menyatakan tujuan dan target Program KIA ditentukan sendiri oleh Puskesmas dengan mengacu pada tujuan dan target Dinas Kesehatan Kota Banjar, namun ada sebagian kecil yang menyatakan mengikuti tujuan dan target dinas.
2. Pertimbangan puskesmas dalam menentukan tujuan dan target meliputi masalah, *trend*, cakupan, sumber daya manusia, sarana, dana, data, tujuan puskesmas dan budaya.
3. Kesesuaian target SPM dengan kenyataan di lapangan kecenderungannya menyatakan tidak realistis karena menggunakan data proyeksi yang jumlahnya jauh lebih besar dari kenyataan yang ada dan yang menyatakan realistis beralasan data tersebut telah dihitung berdasar statistik dengan rumus-rumus tertentu.
4. Dari ketidaksesuaian target dengan kenyataan maka puskesmas mempunyai dua data yaitu data proyeksi dan data riil. Data riil merupakan data hasil pendataan oleh puskesmas, yang dijadikan pembanding dan salah satu alat pertanggungjawaban puskesmas ketika target yang di dasarkan data proyeksi tidak tercapai. Adapun data proyeksi merupakan acuan puskesmas dalam melakukan program.

Dari fenomena tersebut dapat di analisa sebagai berikut :

1. Penentuan Tujuan

Puskesmas menentukan target dan tujuan sendiri dikarenakan target yang ditentukan dinas ada yang realistis dan tidak realistis. Idealnya Puskesmas menentukan tujuan/taget sendiri agar tujuan yang ditentukan realistis artinya sesuai dengan realita masalah Kesehatan

Ibu dan Anak di puskesmas serta kemampuan puskesmas untuk mencapainya. Agar realistis hal-hal yang perlu dipertimbangkan dalam perumusan tujuan meliputi :<sup>3</sup>

- a. Trend (kecenderungan) kinerja tahun-tahun sebelumnya
- b. Kemungkinan perubahan dalam sistem kesehatan (internal)
  - 1) Adanya penambahan atau pengurangan tenaga
  - 2) Adanya prospek penambahan atau pengurangan dana
  - 3) Adanya prospek penambahan atau pengurangan bahan serta peralatan
- c. Kemungkinan perubahan di luar kesehatan
  - 1) Prospek perubahan kebijakan politik dan pembangunan daerah
  - 2) Prospek musim.

Hal ini sesuai dengan triangulasi yang dilakukan kepada Kepala Seksi Kesga dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Banjar dan Kepala BPKAD seperti pernyataan pada kotak 3 berikut.

Kotak 3 :

..... "ya sangat perlu, bagaimana kita melakukan sesuatu kalau tidak punya tujuan dan target sendiri".....  
(Informan 11)

....."Betul-betul dan itupun harus tetap merujuk pada visi misi dinas kesehatan dan visi misi dinas kesehatan harus merujuk visi misi pemerintah kota".....  
(Informan 12)

..... "Bisa saja artinya begini kalau kita sudah membuat kesepakatan seperti itu alokasi dana yang kita turunkan artinya *block grand* puskesmas A akan dapat 60 juta misalnya, puskesmas A silahkan membuat perencanaan sesuai kebutuhan mereka yang *evidence base*, yang sesuai dengan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya, kalau seperti itu mereka dapat menentukan tujuan dan target sendiri apa yang akan dikerjakan *nah* nanti bisa *target based budgeting*, bisa *budget base targeting* itu sangat tergantung. Dan dari bagaimana puskesmas memanfaatkan uang yang ada".....  
(Informan 10)

Dari triangulasi bahwa seluruh informan yang di wawancarai menyatakan puskesmas/program KIA perlu mempunyai tujuan dan target tersendiri, sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan dan tujuan tersebut tetap mengacu/memperhatikan tujuan dan target dari dinas kesehatan.

## 2. Kesesuaian Target Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Kesesuaian target SPM dengan kenyataan sebagian besar menyatakan ada yang realistis ada yang tidak, namun dari alasan yang dikemukakan cenderung tidak realistis. Ketidaksesuaian target dengan kenyataan di lapangan disebabkan angka target pada setiap indikator SPM dihitung dengan membandingkan capaian pelayanan dengan sasaran proyeksi, sedangkan sasaran proyeksi tidak selalu sama dengan kondisi dilapangan.

Target Program Kesehatan Ibu dan Anak pada standar pelayanan minimal sesuai Peraturan Walikota Banjar nomor 25 sebagaimana pada tabel 4.4. berikut.

**Tabel. 4.4**

**Daftar SPM Peraturan Walikota Banjar Nomor 25 Tahun 2006  
Program Kesehatan Ibu dan Anak Urusan Wajib Penyelenggaraan  
Pelayanan Kesehatan Dasar Jenis Pelayanan  
Kesehatan Ibu dan Bayi**

No	Indikator Kinerja	Target (dalam %)					
		(IS 2010)	2005	2006	2007	2008	2009
1	% cakupan kunjungan ibu hamil K4	95	80	85	90	93	95
2	% cak. pertolongan persalinan oleh tenaga Kesehatan	90	75	75	80	85	90
3	% cak. ibu hamil yg dirujuk	100	85	85	95	95	100
4	% cakupan kunjungan neonatus	90	75	80	85	85	90
5	% cakupan kunjungan bayi	90	75	80	85	85	90
6	% cak. bayi berat lahir rendah yang ditangani	100	85	85	95	95	100

Dinas kesehatan saat ini dalam menentukan sasaran sebagai penyebut untuk penghitungan pencapaian target program KIA didasarkan pada proyeksi yang dihitung dari jumlah penduduk dengan rumus sbb :

- a. Jumlah perkiraan Sasaran ibu hamil  $1,1 \times \text{CBR}$  (angka kematian kasar) Kota  $\times$  Jumlah penduduk di wilayah kerja (penyebut indikator cakupan kunjungan ibu hamil K-4)
- b. Jumlah perkiraan sasaran persalinan =  $1,05 \times \text{CBR}$  Kota  $\times$  Jumlah Penduduk (penyebut indikator Cakupan Linakes)
- c. Jumlah sasaran ibu hamil resiko tinggi = 20 % dari sasaran ibu hamil (penyebut indikator cakupan bumil resti yang dirujuk)
- d. Jumlah seluruh bayi lahir hidup = 2,3 %  $\times$  jumlah penduduk (penyebut indikator cakupan kunjungan nepnatus)

Tidak semua wilayah/desa sesuai dengan proyeksi sebagian besar kenyataannya ada di bawah proyeksi, sehingga berpengaruh terhadap kesulitan dalam mencapai target cakupan program. Puskesmas pada prakteknya mempunyai dua data yaitu data proyeksi dan data riil.

Data riil diperoleh dari pendataan yang dilakukan oleh bidan desa dan kader sehingga dalam data riil itu tercantum *by name by adress* yang dapat dilacak. Dan data inilah yang digunakan acuan dalam pelacakan–pelacakan sasaran dan berfungsi sebagai pembanding ketika target proyeksi tersebut tidak tercapai sehingga puskesmas dapat mempertanggungjawabkan,

Trianggulasi dilakukan pada Kepala Dinas Kesehatan pernyataannya seperti kutipan pada kotak 4 berikut.

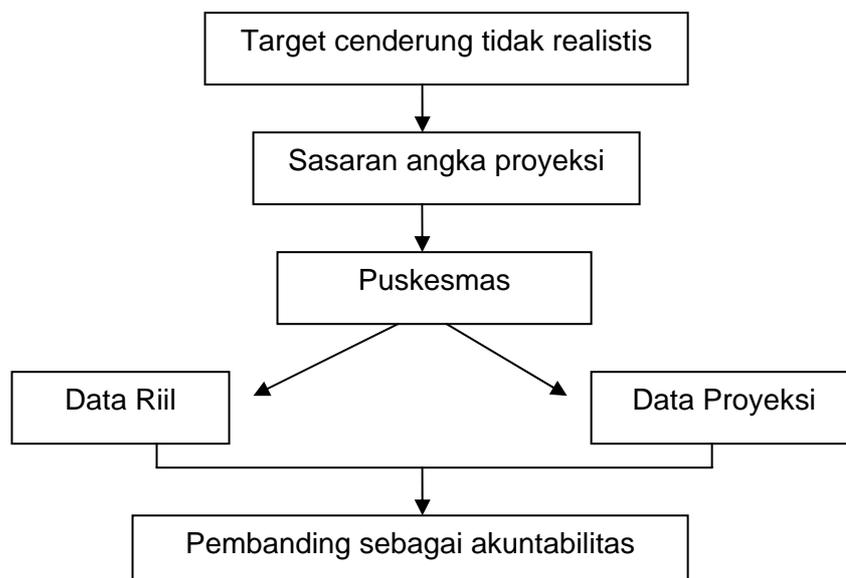
## Kotak 4 :

....."Sebenarnya kalau *proyeksi* kan hanya sebagai pedoman artinya bahwa data ini yang akan dicapai, tapi sebenarnya kalau pendataan yang dilakukan oleh puskesmas itu sudah bagus, itu penggunaan data riil yang ada dilapangan, dengan catatan secara *sequel* harus melakukan *validasi* data, misalnya dalam satu tahun triwulan I, triwulan IV dia melakukan *validasi* data sehingga pada saat melaksanakan perencanaan tahun yang akan datang data sudah diperbaharui bisa pada triwulan I atau triwulan III, pada saat menyusun perencanaan tahun berikutnya menggunakan data yang *divalidasi*".....

(Informan 10)

Data riil memang perlu karena dari hasil wawancara mendalam dan kondisi di Kota Banjar seluruh desa sudah mempunyai bidan desa bahkan satu desa ada yang ditempatkan 3 bidan desa sangat memungkinkan untuk melacak sasaran secara riil. Evaluasi terhadap data perkiraan sasaran dengan rumus-rumus statistik masih perlu dibandingkan dengan hasil pendataan

Kesesuaian target SPM dapat digambarkan dengan skema berikut :



Gambar 4.1 : Skema Kondisi kesesuaian target SPM di Wilayah Puskesmas Kota Banjar

### 3. Dasar penentuan tujuan dan target

Puskesmas menetapkan tujuan atau target program idealnya didasarkan pada target/tujuan nasional, regional dan dinas juga pada tataran operasional oleh trend, faktor internal dan eksternal.

Penentuan tujuan program KIA pada proses perencanaan dan penganggaran di puskesmas wilayah Kota Banjar dapat dibagi menjadi dua *pertama* sebagian besar informan menyatakan puskesmas menentukan tujuan dan target sendiri dengan pertimbangan faktor internal yang meliputi SDM, biaya, motivasi, sarana dan alokasi dana. Faktor eksternal di antaranya budaya, tujuan dan target dinas serta kecenderungan atau trend kinerja. Hal ini sesuai dengan Modul P2KT versi 3 bahwa pada tatanan operasional penentuan tujuan secara kuantitatif harus realistis dengan mempertimbangkan *trend* (kecenderungan) kinerja tahun-tahun sebelumnya, kemungkinan perubahan dalam sistem kesehatan (internal) dan kemungkinan perubahan di luar kesehatan (eksternal).<sup>3</sup>

Pandangan *kedua* ada sebagian informan yang menyatakan bahwa puskesmas tidak menentukan tujuan tetapi mengikuti saja tujuan dinas. Secara teori ada dua tingkat tujuan yaitu tujuan umum (*goal*) dan tujuan khusus (*objectif*) tujuan umum dirumuskan secara luas dan tujuan khusus merupakan pernyataan secara spesifik dan terukur.<sup>11</sup> Puskesmas sebagai unit pelaksana fungsional dinas kesehatan mempunyai tugas pokok dan fungsi, idealnya organisasi tersebut juga menetapkan tujuan/target tersendiri dengan mengacu pada tujuan dan target dinas kesehatan sesuai dengan realita masalah di wilayah puskesmas serta kemampuan puskesmas untuk mencapai sasaran.<sup>3</sup>

Trianggulasi dilakukan pada kepala seksi kesga dan kepala dinas untuk tentang dasar dari penetapan tujuan/target sebagaimana pernyataan berikut.

Kotak 5 :

..... "Dasar penentuan tujuan Jumlah penduduk, dan pendataan".....

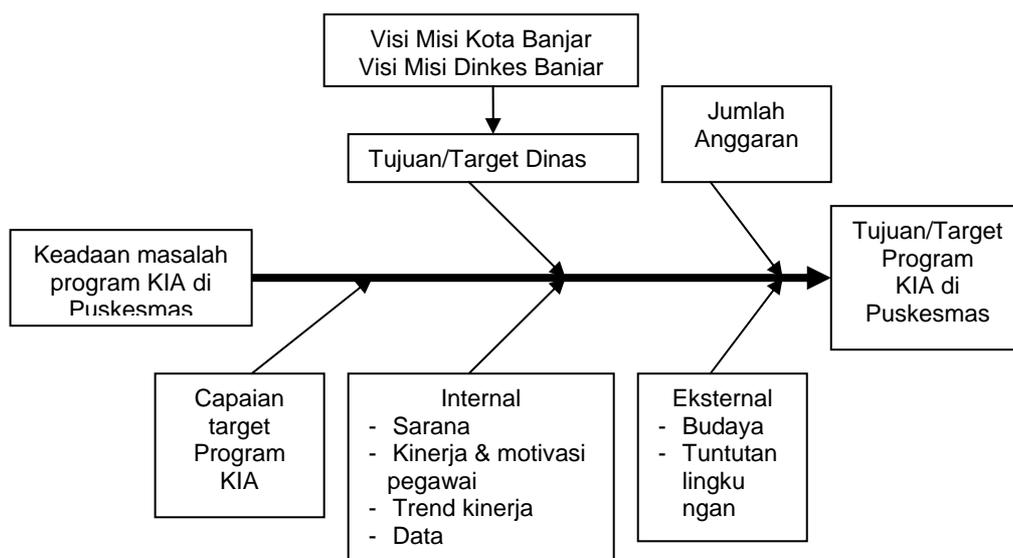
(Informan 11)

....."Dilihat dari data yang *spesifik*, misal di puskesmas A BBLR tinggi kematian bayi tinggi tapi di puskesmas B tidak ada BBLR tapi kematian bayinya masih ada, ini intervensinya akan berbeda karena masalah kesehatannya berbeda, *outcomenya* sama kematian bayi, tapi penyebabnya sangat berbeda, perbedaan penyebab ini yang akan menimbulkan perbedaan tujuan dan target akhirnya akan membedakan perencanaan yang ada di masing-masing puskesmas".....

(Informan 10)

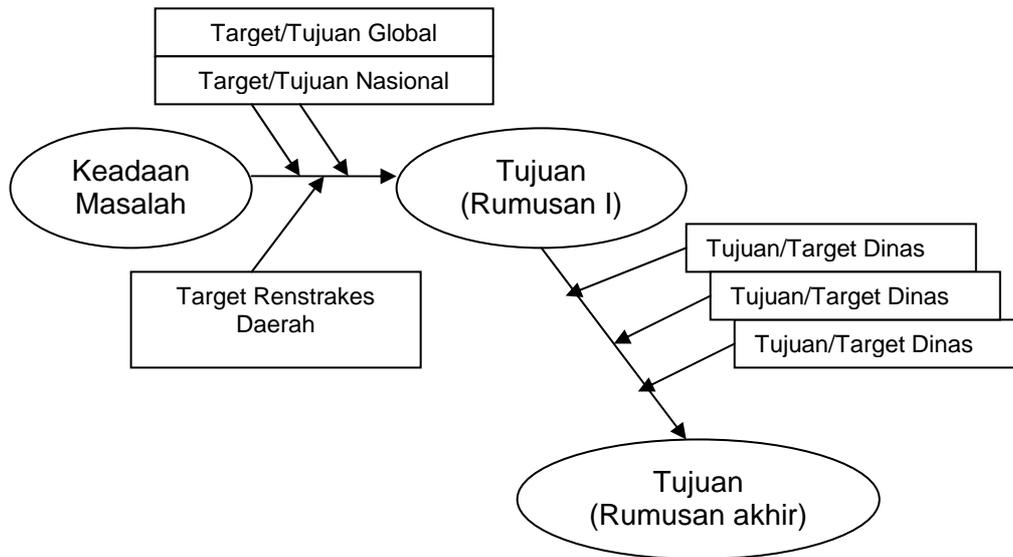
Hasil trianggulasi seiring dengan pendapat sebagian besar informan bahwa dasar dalam penentuan tujuan di antaranya adalah data dan masalah yang ada di puskesmas sehingga sangat dimungkinkan target dan tujuan antar puskesmas berbeda.

Dari hasil penelitian proses penentuan tujuan program KIA pada puskesmas di Kota Banjar dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.2, Proses Penentuan Tujuan di Puskesmas Kota Banjar

Secara teori penentuan tujuan/target program digambarkan berikut:



Gambar 4.3 : Proses Penentuan Tujuan

Sumber : DHS-1, Depkes RI<sup>3</sup>

Proses penentuan tujuan Program KIA pada puskesmas di Kota Banjar bila dibandingkan dengan teori tidak ada perbedaan yang *significant*. Adapun perbedaannya pada teori rumusan tujuan ada 2 tahap sedangkan pada realita yang terjadi di puskesmas langsung merumuskan tujuan akhir berdasarkan aspek-aspek yang ada, hal ini dimungkinkan karena *scope* puskesmas yang tidak terlalu luas.

## N. IDENTIFIKASI KEGIATAN

Identifikasi kegiatan merupakan langkah penting pada perencanaan penganggaran karena akan dijadikan dasar dalam perhitungan anggaran. Variabel ini akan melihat bagaimana keterlibatan tenaga yang ada di puskesmas dalam merumuskan kegiatan dan bagaimana puskesmas mengelompokkan atau mengidentifikasi kegiatan-kegiatan program Kesehatan Ibu Anak (KIA) seperti tergambar pada tabel 4.5 berikut .

Tabel 4.5.

## Gambaran Identifikasi Kegiatan Perencanaan Penganggaran pada Puskesmas di Kota Banjar Tahun 2007

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Kesimpulan
Apakah Saudara terlibat pada perumusan kegiatan-kegiatan program KIA	terlibat	Selalu terlibat kadang kita laksanakan pada staf <i>meeting</i>	Terlibat, programmer menyusun perencanaan, kemudian programmer dan saya diskusi mana yang bisa masukkan dan mana yang tidak	Terlibat, dengan mengisi format isian	Terlibat	Terlibat,	Terlibat	Terlibat	terlibat, bersama programmer membuat perencanaan, identifikasi masalah program KIA,	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ terlibat</li> <li>√ diskusi bersama</li> <li>√ diskusi programmer dengan kepala puskesmas</li> <li>√ pengisian format.</li> </ul>
Bagaimana-kah keterlibatan lintas program dalam perencanaan penganggaran Program KIA	Semua ikut terlibat, koordinator P2KT berikan format ke program, semua berkumpul untuk bahas,	Kurang terlibat, yang mengurus kepala puskesmas bendahara, dan koordinator P2KT	Terlibat, karena programmer saya panggil untuk mejelaskan kegiatannya	Tidak terlibat karena sudah tugas saya, saya buat sendiri karena kegiatannya tetap saja	Bidan desa terlibat, usulan kita kompilasi untuk diajukan ke puskesmas	Terlibat, semua bidan, usul di diskusikan dengan koordinator P2KT	Trlibat, bentuk tim, bidan koordina-tor bidan desa petugas kesling, bersama pengelola perencanaan	Terlibat bidan Koordinator, KIA, bidan desa	Terlibat , karena programmer usulkan kegiatan baik yang rutin maupun yang inovatif.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ terlibat</li> <li>√ diskusi bersama,</li> <li>√ diskusi programmer dengan kepala</li> <li>√ format</li> <li>√ Tim</li> <li>▪ Kurang terlibat</li> <li>√ Tugas saya</li> </ul>

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Kesimpulan
Bagaimana Saudara mengidentifikasi kegiatan-kegiatan program KIA -kegiatan pelayanan individu -Kegiatan Pelayanan Masyarakat -Manajemen -Pengembangan -	Mengikuti format yang ada,	dijadikan satu belum dibedakan berdasarkan jenis pelayanan.	Membikin suatu kegiatan diantaranya ada manajemen, operasional pemeliharaan kemudian jasa.	Mengisi jenis kegiatan saja tidak dipisah individu, manajemen, masyarakat, dan pengembangan	Mengusulkan kegiatan sesuai dengan masalah yang ada yang menyusun koordinator P2KT	Mengusulkan kegiatan yang menyusun koordinator P2KT	Merencanakan, kegiatan individu, pelayanan langsung dalam gedung maupun luar gedung, pelayanan masyarakat dan manajemen	Membuat prioritas kegiatan-kegiatan. Tanpa membedakan pelayanan	Program sudah kita pilah baik pelayanan individu, program pengembangan maupun pelayanan kesehatan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Belum dibedakan per jenis pelayanan</li> <li>▪ Sudah dipisahkan               <ul style="list-style-type: none"> <li>√ Manajemen</li> <li>√ Operasional</li> <li>√ Pemeliharaan</li> <li>√ Luar gedung</li> <li>√ Dalam gedung</li> </ul> </li> </ul>

Berdasarkan tabel 4.5 tergambar hal-hal sebagai berikut :

1. Seluruh Informan menyatakan terlibat dalam perumusan kegiatan program KIA, walaupun bentuknya berbeda ada yang diskusi bersama, diskusi antara programer dengan kepala puskesmas serta dengan pengisian format.
2. Keterlibatan lintas program pada penyusunan perencanaan sebagian besar informan menyatakan, lintas program terlibat dengan bentuk diskusi bersama, konsultasi dengan kepala puskesmas dan pengisian format serta masuk dalam tim. Sebagian kecil menyatakan kurang terlibat karena itu sudah tugas rutin sehingga yang mengerjakan hanya orang tertentu.
3. Pengelompokan kegiatan pada perencanaan program KIA di puskesmas belum dikelompokkan menjadi pelayanan individu, masyarakat, manajemen dan pengembangan seperti pada modul P2KT. Kegiatan dikelompokkan menjadi operasional, pemeliharaan, manajemen, luar gedung dan dalam gedung.

Trianggulasi tentang pengelompokan kegiatan dilakukan kepada kepala seksi Kesga yang menyatakan kegiatan pelayanan individu, masyarakat, manajemen dan pengembangan harus ada seperti pernyataan pada kotak 6 berikut :

Kotak 6 :  
 .....”harus ada, karena KIA itu dibilang rumit *endak* ya tapi tidak hanya sasaran aja yang kita kaji, sebetulnya keluarga juga banyak pengaruhnya, ibu hamil itu tidak diperiksa, sebetulnya karena ada dorongan dari suami, dari mertua banyak sekali pengaruhnya, pengaruh di lingkungan sekelilingnya itu sangat besar pengaruhnya, jadi tidak hanya ke sasaran harus secara menyeluruhlah”.....  
 (informan 11)

Penyusunan identifikasi kegiatan program KIA memerlukan keterlibatan dari berbagai pihak termasuk lintas program, karena

permasalahan KIA sangat kompleks yang memerlukan intervensi dari berbagai program.

Fenomena keterlibatan petugas puskesmas dalam identifikasi kegiatan menunjukkan puskesmas dalam penyusunan perencanaan penganggaran ada yang menggunakan *top down approach* dan *participatory approach*. *Top down approach* memiliki ciri sedikit keterlibatan staf, refleksi perspektif top manajemen dan SPJ oriented. *Participatory approach* mempunyai ciri sangat melibatkan staf, ada komunikasi dan komitmen, perspektif tugas dan tanggungjawab pada unit terkait dan waktu relatif lama. Idealnya karena menurut Permendagri nomor 13/2006 telah menetapkan sistem penyusunan anggaran berbasis kinerja maka dalam proses perencanaan penganggaran harus melibatkan stakeholder yang ada di puskesmas, yang mengarah pada *Participatory approach*.

Proses perencanaan dalam penyusunan kegiatan dibahas melalui lokakarya mini dan lokakarya bulanan atau pertemuan khusus perencanaan. Hasil dari pembahasan tersebut untuk tingkat desa diusulkan melalui musyawarah perencanaan pembangunan desa (musrenbangdes) dan untuk kecamatan melalui musyawarah perencanaan pembangunan kecamatan (musrenbangcam), disamping usulan tersebut disampaikan ke Dinas Kesehatan.

Pengelompokan kegiatan pada identifikasi kegiatan sangat penting, karena erat kaitannya dengan perhitungan kebutuhan anggaran. Kegiatan program KIA, secara garis besar dapat dibagi menjadi kegiatan pelayanan individu, kegiatan pelayanan masyarakat, kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan.<sup>3</sup>

Belum dikelompokkannya kegiatan-kegiatan tersebut puskesmas akan kesulitan untuk membandingkan anggaran yang bersifat langsung untuk pelayanan dengan anggaran pendukung kegiatan pelayanan, akibatnya sulit mengetahui keseimbangan penggunaan anggaran antara kegiatan pelayanan dan penunjang. Di samping itu identifikasi pelaku potensial guna mendukung kegiatan sulit dilakukan. Pengelompokan kegiatan belum dilakukan sebagaimana pada modul P2KT versi 3, karena petugas puskesmas masih sulit memahami format yang ada, perencanaan dianggap hal rutinitas.

Kesulitan-kesulitan itu dapat dipahami karena pelatihan secara khusus tentang perencanaan untuk petugas puskesmas di Kota Banjar sejak berdiri tahun 2003 belum pernah dilaksanakan, yang dilaksanakan berupa sosialisasi dan fasilitasi. Adapun pelatihan secara khusus baru diikuti oleh petugas dinas kota yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat.

Proses Identifikasi kegiatan dalam perencanaan program KIA di Kota Banjar pada dasarnya telah dilaksanakan dengan melibatkan semua unsur terkait minimal bidan koordinator, bidan desa, kepala puskesmas dan koordinator P2KT. Identifikasi kegiatan secara detail menjadi kegiatan pelayanan individu, pelayanan masyarakat, kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan sesuai dengan modul P2KT versi 3 belum dilaksanakan, sebagian puskesmas baru melaksanakan untuk perencanaan tahun 2008. Hal ini di antaranya disebabkan belum adanya pemahaman secara utuh programer KIA maupun koordinator P2KT dan beberapa Kepala Puskesmas tentang perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu yang menjadi acuan pada puskesmas di Kota Banjar.

Pelatihan P2KT secara khusus bagi petugas puskesmas dapat menjadi alternatif pilihan guna mengoptimalkan penyusunan P2KT di Puskesmas.

#### **O. KEBUTUHAN ANGGARAN DAN SUMBER ANGGARAN**

Variabel penelitian yang diteliti pada anggaran program KIA meliputi proses penghitungan anggaran, keterkaitan anggaran dengan SPM, realisasi anggaran, kecukupan anggaran, sumber anggaran, capaian target dan dasar pengalokasian anggaran. Gambaran pendapat informan tentang variabel-variabel tersebut termaktup pada tabel 4.6 berikut.

Tabel 4.6

## Gambaran Kebutuhan Anggaran dan Sumber Anggaran pada Puskesmas di Kota Banjar Tahun 2007

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Kesimpulan
Bagaimana-kah anda menghitung anggaran program KIA	Mengikuti format	Dihitung oleh kepala puskesmas bendahara, P2KT.	Dihitung rinci sesuai format oleh programmer, kemudian di bahas kepala puskesmas	Dihitung transportasi, biaya pertemuan, tidak dikaitkan dengan kesenjangan target, tapi berdasar jumlah tenaga	Dihitung Transport, biaya makan pertemuan, per triwulan sesuai juklak.	Dihitung rata-rata untuk kegiatan berapa ribu rupiah 1 orang misal 20.000,-	Menyusun kegiatan, baru dihitung anggaran-nya, kita ajukan ke dinas, ada yang setuju dan tidak disetujui	Dihitung menyesuaikan dengan bentuk kegiatan, ada transport, biaya pertemuan.	Dihitung secara rinci meliputi petugas, sasaran volume dan unit cost	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mengikuti format</li> <li>▪ berdasar kegiatan</li> <li>▪ transport, biaya pertemuan, konsumsi</li> <li>▪ mengalikan jumlah petugas sasaran, volume dan unit cost.</li> </ul>
Apakah anda mengkaitkan perhitungan anggaran dengan target SPM atau target lain	Tidak tahu, Bidan koordinator yang tahu ,	(geleng-geleng) Informan tidak menjawab	Di kaitkan, sasarannya, bukan individu tapi posyandu, BP swasta, RS swasta dan RSU	Belum dikaitkan	Sesuaikan anggaran, bila dihitung sesuai target biaya akan melambung tinggi	Tidak, tidak ada anggaran, yang ada anggaran untuk gakin, lainnya dibayar transport posyandu	Dikaitkan, dirinci pada setiap kegiatan, misal 1 kali gerak ataupun 1 kali OH, itu ada perhitungannya	Dikaitkan	Dikaitkan, sasaran bukan individu tapi dengan gerak ke posyandu,	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dikaitkan antara anggaran dengan target</li> <li>▪ sasarannya pada poyandu, RS dan BP bukan individu sasaran</li> <li>▪ gakin sudah perindividu</li> </ul>

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Kesimpulan
Bagaimana-kah perbandingan hasil perhitungan anggaran dengan alokasi yang di dapatkan	Tidak sesuai, sekarang beda dengan dulu namun anggarannya tidak jauh berubah	Sebagian besar terpenuhi	Sekitar 80 %, sisanya diambil dari sumber dana lain, jadi tidak kurang	Secara administrasi terbiayai hanya ada yang diberikan ke orangnya ada yang untuk disimpan.	APBD 50 %, sisanya ada dana dekon	Terpenuhi, kita tinggal lapor kepala puskesmas	APBD 70% - 80%, bisa 100% dengan PKPS BBM/ JPKMM	relatif terpenuhi dengan APBD Kota menganggarkan 83 juta realisasi 79 juta	Kurang, tidak semua dapat diakomodir APBD, didanai dari dana yang lain.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ relatif terpenuhi,</li> <li>▪ administrasi terbiayai</li> <li>▪ kurang karena anggaran tetap kebutuhan bertambah</li> </ul>
Bagaimana-kah menurut saudara anggaran yang sudah ada mencukupi untuk pelaksanaan program KIA	cukup kalau PKPS BBM JPKMM turun atau disetujui	cukup, dengan didukung PKPS BBM jadi yang menjadi primodona PKPS BBM	Cukup, karena anggaran sesuai dengan yang kita bikin, yang di sayang kan telat realisasinya,	sekarang tidak cukup, dengan adanya desa siaga dengan sistem yang baru.	Tidak cukup misalnya transport 1 kali Rp.7.500,- kurang ini untuk melihat kenyataan dilapangan	Cukup sih kalau untuk KIA	Bisa mencukupi	cukup terpenuhi	Cukup kalau menghitungnya dari semua sumber dana APBD, PKPS BBM, Askeskin	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cukup bila dilihat dari semua sumber dana</li> <li>▪ masalahnya ketepatan realisasi anggaran</li> <li>▪ Kurang -unit cost -desa siaga</li> </ul>
Dari mana sumber dana untuk membiayai program KIA	Block grand, PKPS BBM	APBD dan PKPS BBM	BOP dan PKPS BBM. APBD I tapi itu sudah jelas peruntukannya.	APBD dan PKPS BBM berdasarkan P2KT yang telah disusun	BOP, rutin, PKPS BBM Askeskin,	BOP, PKPS BBM	APBD Kota, PKPS BBM APBD Prop dan APBN masuk biaya lain-lain	APBD, JPS BK dan Askeskin	APBD, PKPS BBM, ASKESKIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ APBD Kota, PKPS BBM/ JPS BK/ Askeskin</li> <li>▪ APBD Propinsi dan APBN</li> </ul>

Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Kesimpulan
Mengapa target tidak tercapai sedangkan anggaran cukup	karena faktor lingkungan atau dari masyarakat sendiri, seperti kepercayaan kepada paraji, kesadaran ke fasilitas kesehatan masih rendah	Faktor perilaku masyarakat, budaya pencarian linakes, masih percaya ke paraji	Faktor Internal malas memberikan pembinaan pada kader Faktor Eksternal kurang kooperatif mereka dalam pelaksanaan program kesehatan	Data proyeksi tidak sesuai di lapangan	Data yang kurang tepat, data proyeksi yang terlalu tinggi	Karena Target terlalu tinggi tidak sesuai dengan data riilnya	Karena data proyeksi terlalu tinggi sedangkan dengan data riil tercapai	Pegawai kurang optimal dalam pelaksanaan program. Kesadaran dan pemahaman masyarakat kurang	intern motivasi dan kinerja pegawai. Ekstern, kurang kemitraan dengan lintas sektoral,	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ faktor internal, kinerja petugas, motivasi petugas, target berdasar data proyeksi terlalu tinggi</li> <li>▪ Faktor eksternal kepercayaan pada paraji, kesadaran rendah, kooperatif masyarakat, kemitraan yang kurang</li> </ul>
Tahukah saudara dasar penentuan pengalokasian anggaran di puskesmas	tidak tahu, tahunya tentukan sekian berdasar tahun kemarin	belum paham	tidak tahu, sekarang model bootom up dari kita ke dinas. Dasar Perhitungannya tidak tahu. barangkali masalah kepadatan penduduk pencapain program	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu, kita hanya dikasih, Mungkin cakupan	tidak tahu, tapi saya yakin berdasar jumlah penduduk masalah di puskesmas dan tujuan yang akan dicapai	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tidak tahu</li> <li>▪ perencanaan dari bawah</li> <li>▪ kepadatan penduduk</li> <li>▪ masalah yang terjadi</li> <li>▪ tujuan yang akan dicapai</li> </ul>

Berdasar tabel 4.6 maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Puskesmas melakukan proses penghitungan anggaran program KIA dengan cara mengikuti format yang ada mengisinya secara rinci, anggaran mengikuti kegiatan yang telah disusun di samping itu puskesmas menjual program atau melakukan advokasi sehingga kegiatan-kegiatan dapat dibiayai
2. Perhitungan anggaran di puskesmas pada prinsipnya telah dikaitkan dengan target SPM, namun perhitungan sasarannya baru pada posyandu, rumah sakit dan balai pengobatan bukan perindividu sasaran, seperti yang diisyaratkan pada model perhitungan modul UW SPM, karena anggaran telah dibatasi dan apabila dihitung persasaran individu anggaran akan cukup besar.
3. Realisasi dan kecukupan anggaran sebagian besar menyatakan relatif terpenuhi, dan mencukupi, namun ada juga yang menyatakan kurang hal ini dapat disebabkan karena penghitungan anggaran hanya terfokus pada APBD Kota, sumber lain tidak dihitung dan kurang dimanfaatkan. Kekurangan dirasakan pada *unit cost*/harga satuan pada perjalanan dinas.
4. Sumber dana yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan pada puskesmas di Kota Banjar terdiri dari berbagai sumber yaitu APBD Kota, PKPS BBM/JPS BK/Kapitasi Askeskin, APBD Propinsi dan APBN.
5. Anggaran bukan satu-satunya penyebab keberhasilan program ada faktor lain yang meliputi faktor internal yaitu kinerja petugas, motivasi petugas, kesesuaian target dengan keadaan di lapangan. Faktor eksternal yaitu lingkungan/masyarakat, kepercayaan, kesadaran dan

kooperatif masyarakat terhadap program dan kemitraan yang dibangun.

Adapun Hasil triangulasi terlihat pada tabel berikut

**Tabel 4.7**

**Hasil Triangulasi tentang proses Perhitungan Anggaran Program KIA**

Pertanyaan	Kepala Dinas	Kasie Kesga	Kepala BPKAD
Sudahkah anggaran dikaitkan dengan target SPM	Dikaitkan tapi belum bisa menghitung berdasar SPM, karena tidak akan cukup APBD kita,	Dikaitkan, dengan target/SPM, targetnya tinggi anggaran akan lebih banyak	-
Bagaimana- kah Kecukupan Anggaran	Dengan menggunakan sumber-sumber biaya yang ada saya rasa tidak akan pernah kekurangan, akan cukup untuk melaksanakan operasional puskesmas	Alokasi anggaran sudah cukup dari PKPS BBM semua dibiayai, rujukan dibiayai, persalinan dibiayai	kita lihat DPA SKPD Dinkes itu belum ideal karena belum mencakup seluruh kegiatan di puskesmas.
Mengapa anggaran cukup tapi target belum tercapai	tidak ada hubungan yang signifikan, antara pencapaian target dengan anggaran banyak komponen faktor, lebih pada perilaku petugas	Sasarannya terlalu tinggi, dengan adanya bidan di seluruh desa, sasaran kecil, berarti memang sasaran tidak ada	-
Apa dasarnya dalam pengalokasian anggaran ke puskesmas	Indikator yang menjadi dasar luas wilayah jumlah desa, daerah-daerah resiko faktor resiko yang dihadapinya angka kematian bayi, ibu yang ada terjadi disana, angka kesakitan, jumlah keluarga miskin, berapa banyak bumil	Didasarkan pada sasaran bisa posyandu dan sasaran-sasaran	formulasi ideal tentunya dinkes yang tahu sesuai sasaran yang hendak dicapai,

Analisis dan pembahasan pada proses perhitungan Anggaran KIA dikaitkan dengan pencapaian target adalah sebagai berikut :

### **1. Perhitungan Anggaran dan keterkaitan Target Program/SPM**

Pada Proses perhitungan anggaran puskesmas telah melakukan 3 langkah perencanaan dari 5 tahapan/langkah yaitu Perencanaan, perkiraan dan penyesuaian dan 2 langkah berikutnya adalah implementasi dan evaluasi<sup>12</sup>, yang akan dilaksanakan setelah penetapan anggaran. Pada penyusunan anggaran tersebut puskesmas juga melakukan advokasi dengan langkah menjual program-program pada stakeholder agar rencana anggaran dapat dibiayai. Advokasi perencanaan anggaran memang perlu dilakukan agar untuk mengoptimalkan alokasi anggaran karena kemampuan advokasi dinas kesehatan atau puskesmas berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan.<sup>34</sup>

Perhitungan anggaran pada dasarnya telah dikaitkan dengan target-target yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaannya tetap mempertimbangkan tenaga yang tersedia, biaya yang teralokasikan dan sarana prasarana yang ada. Puskesmas belum menghitung anggaran persasaran individu seperti perhitungan UW SPM hal ini dilakukan karena perhitungan tersebut akan menghasilkan angka yang tidak realistis atau terlalu besar yang pada akhirnya akan tidak dibiayai hasil perhitungannya.

Metoda perencanaan yang didasarkan pada kebutuhan dan data dari bawah kecenderungannya pada perhitungan anggaran akan membengkak yang sulit untuk dibiayai dari dana bersumber pemerintah. Hal ini dapat diakibatkan ketidakjelasan pada masyarakat antara kebutuhan dan keinginan. Kebutuhan merupakan suatu

masalah yang harus segera diselesaikan yang didukung dengan data, adapun keinginan lebih pada kemauan masyarakat.

Agar perencanaan dan penganggaran dapat berdasar kebutuhan dan data (*evidence Based*) dan dapat terealisasi sesuai dengan prioritas maka pendekatan *bottom up* dan *top down* perlu dilakukan pada puskesmas di Kota Banjar artinya pendekatan *bottom up* adalah untuk melihat masalah yang berkembang di wilayah puskesmas untuk dibuat perencanaan dan penganggaran sedangkan *top down* dimaksudkan untuk menjaga agar standar pelayanan minimal yang harus ada di puskesmas dapat dimasukkan pada perencanaan dan penganggaran. Disamping untuk melihat usulan dari bawah merupakan masalah-masalah prioritas atau bukan.

Puskesmas lebih memilih model perhitungan yang diperkirakan akan terakomodir, hal ini sejalan dengan pendekatan penyusunan anggaran *budget based targeting* artinya besarnya anggaran telah ditetapkan terlebih dahulu, baru setelah itu target dan jenis kegiatan disesuaikan dengan besarnya anggaran yang tersedia<sup>16</sup> walaupun pelaksanaannya tidak murni *budget based targeting* karena pada kenyataannya target yang harus dicapai juga telah ditetapkan terlebih dahulu pada Peraturan Walikota Banjar nomor 25 tahun 2006 tentang Standar Pelayanan Minimal di Kota Banjar. Di sisi lain anggaran yang dihitung secara rinci oleh puskesmas anggaran yang bersumber dari APBD Kota dan PKPS BBM/JPkMM, adapun anggaran APBN/dekonsentrasi dan APBD Propinsi sifatnya hanya usulan yang kepastiannya belum diketahui.

Pada dana dekonsentrasi puskesmas dapat dikatakan tidak mempunyai kewenangan dalam perencanaan, hanya sebagai

pelaksana kegiatan, hal ini sejalan dengan hasil penelitian di Dinas Kesehatan Bantul yaitu kewenangan dan *decision space* yang dimiliki kabupaten sempit, sehingga derajat otonomi kabupaten dalam dana dekonsentrasi program KIA juga sempit.<sup>10</sup> karena dinas kabupaten/Kota mempunyai kewenangan yang sempit maka puskesmas sebagai UPT/UPF Dinas Kabupaten/Kota otomatis juga mempunyai kewenangan dan *decision space* yang sempit dalam penyusunan perencanaan penganggaran.

Perkecualian terjadi pada penghitungan anggaran untuk keluarga miskin. Pelayanan kesehatan ibu dan anak keluarga miskin yang meliputi kunjungan ibu hamil, persalinan oleh tenaga kesehatan, ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk, kunjungan neonatal, penanganan berat badan lahir rendah (BBLR) seluruhnya dihitung persasaran individu dengan *unit cost* tertentu

Dinas Kesehatan Kota Banjar untuk pengaturan pembiayaan pelayanan KIA menerbitkan surat yang mengatur penggunaan dana JPKMM untuk persalinan gakin sebagaimana tabel 4.8 berikut

**Tabel 4.8**

**Daftar Biaya Persalinan oleh Tenaga Kesehatan bagi Keluarga Miskin dengan sumber dana PKPS BBM/JPKMM di Kota Banjar Tahun 2007**

No	Uraian Pelayanan	Biaya (Rp)
1	K1 – K4 – Linakes – N1 - N2	350.000,-
2	K1 – K4 – RSUD langsung – N1 - N2	90.000,-
3	K1 – K4 – Rujuk RSUD – N1 - N2	165.000,-
4	K1 – K4 – Paraji – N1 - N2	90.000,-
5	K1 – K4 – Linakes	300.000,-
6	Linakes – N1 - N2	275.000,-
7	Linakes	250.000,-
8	N1 - N2	30.000,-
9	K1 – K4	60.000,-
10	Rujuk RSUD – N1 - N2	100.000,-
11	Rujukan	75.000,-

Sumber data : Dinas Kesehatan Kota Banjar 2007.

Berdasar tabel 4.8 di Kota Banjar hampir seluruh aktifitas bidan atau tenaga kesehatan dalam menolong ibu hamil dan persalinan keluarga miskin dibiayai oleh pemerintah melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin dari kunjungan ibu hamil pertama (K1) sampai Kunjungan Neonatus (N2). Dan ketentuan ini merupakan penjabaran dari Keputusan Menteri kesehatan tentang pedoman pelaksanaan JPKMM baik tahun 2006 maupun 2007 karena pada manlak tersebut tidak diatur secara rinci.

## **2. Realisasi Anggaran dan Kecukupan Anggaran**

Perbandingan antara rencana dengan alokasi anggaran relatif terpenuhi dan cukup untuk melaksanakan kegiatan namun ada juga yang menyatakan kurang hal ini dapat disebabkan karena penghitungan anggaran hanya terfokus pada APBD Kota. Ketidakesesuaian anggaran disebabkan juga kurang akuratnya estimasi pada saat menyusun perencanaan, seperti tidak diperhitungkannya penambahan fasilitas pada tahun pelaksanaan rencana berjalan, sehingga berakibat kekurangan anggaran pada tahap pelaksanaan.

Terdapat perbedaan pendapat antara pejabat dinas kesehatan dengan kepala BPKAD. Kepala BPKAD menganggap anggaran belum ideal sedangkan pejabat Dinas Kesehatan anggaran sudah mencukupi, hal ini terjadi karena informasi yang dimiliki berbeda. Pejabat Dinas Kesehatan mengetahui bahwa selain APBD terdapat dana PKPS BBM/JPKMM sedangkan kepala BPKAD hanya melihat dari APBD Kota, dan besaran penggunaan anggaran APBD Kota pada jenis program kesehatan yang telah dialokasikan pada Dinas Kesehatan merupakan kewenangan Kepala Dinas Kesehatan. Tim

Anggaran Pendapatan Daerah (TAPD) hanya melihat pada kesesuaian pada Tugas pokok dan fungsi, Kebijakan Umum Anggaran (KUA) dan Penetapan Plafon Anggaran (PPA).

Di samping itu selama ini puskesmas dalam melaksanakan kegiatan lebih terfokus pada anggaran yang bersumber pada APBD Kota yang sering disebut BOP padahal di puskesmas tersedia dana PKPS BBM, JPKMM yang tersimpan pada rekening puskesmas. Kenyataan ini didasari dengan alasan dana APBD Kota penggunaannya mempunyai tenggang waktu pelaksanaan dalam satu tahun anggaran apabila tidak digunakan dalam tahun berjalan dana tersebut dikembalikan ke kas daerah<sup>15</sup>, sedangkan dana PKPS BBM maupun JPKMM merupakan dana yang tersimpan di rekening Puskesmas yang penggunaannya tidak dibatasi tahun anggaran dan dana tersebut menjadi modal puskesmas<sup>34</sup>.

Alasan lain mengapa puskesmas kurang terfokus pada penggunaan dana PKPS BBM/JPKMM karena penggunaannya susah untuk mendapat persetujuan dinas, petunjuk pelaksanaannya tentang menu-menu sangat terbatas sehingga puskesmas susah untuk membuat perencanaan.

Hasil wawancara mendalam pada analisis situasi menunjukkan perencanaan yang disusun puskesmas didasarkan pada masalah kesehatan, kinerja yang meliputi kinerja yang dicapai pada tahun lalu dan rencana pencapaian target tahun yang akan datang. Kenyataannya setelah anggaran disusun dan diajukan untuk mendapatkan penetapan tidak seluruh perencanaan yang diusulkan mendapatkan anggaran.

Dalam menyikapi anggaran yang tidak terpenuhi tersebut, melakukan langkah *pertama* membuat skala prioritas dan *kedua* kegiatan tetap dilaksanakan dengan mencari sumber dana yang lain atau mengatur dana yang ada. Hal ini memperkuat anggapan sebelumnya bahwa puskesmas di Kota Banjar mengkombinasikan pendekatan penyusunan anggaran *budget based targeting* dan *target based budgeting* artinya besarnya anggaran telah ditetapkan terlebih dahulu, baru setelah itu target dan jenis kegiatan disesuaikan dengan besarnya anggaran yang tersedia<sup>16</sup> namun di sisi lain target yang harus dicapai juga telah ditetapkan terlebih dahulu pada Surat Keputusan Walikota Banjar nomor 901 tahun 2005 sehingga improvisasi yang diambil ada puskesmas yang tetap melaksanakan seluruh kegiatan dengan dana yang ada dengan harapan target-target dapat tercapai.

Proses improvisasi yang dilakukan puskesmas guna memenuhi transparansi dan akuntabilitas dibicarakan dan dilaporkan melalui forum-forum yang ada yaitu lokakarya mini, lokakarya bulanan atau mengadakan forum khusus untuk membahas dan mengevaluasi kegiatan dan pencapaian target berjalan.

### **3. Sumber Dana**

Sumber dana yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan pada puskesmas di Kota Banjar meliputi APBD Kota, PKPS BBM/JPS BK/Kapitasi Askeskin, APBD Propinsi dan APBN. Hal ini sesuai dengan Undang-undang nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bahwa dasar pendanaan pemerintahan daerah meliputi untuk pelaksanaan desentralisasi di danai APBD dan untuk pelaksanaan dekonsentrasi

dan tugas pembantuan di danai APBN. Sumber dana program KIA di puskesmas terdiri dari APBN, APBD Propinsi dan APBD Kota sedangkan dana PKPS BBM/JPkMM adalah dana APBN yang dialokasikan langsung ke puskesmas dengan sistem penggunaan diatur oleh Keputusan Menkes yang terakhir nomor 417/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin Tahun 2007 dan untuk di Kota Banjar ditindaklanjuti dengan SK Walikota maupun SK Kepala Dinas Kesehatan.

Namun sebenarnya ada sumber lain yaitu sumber dari masyarakat dan swasta. Idealnya puskesmas dapat menghitung berapa anggaran dari sumber-sumber dana tersebut termasuk dari masyarakat dan swasta untuk dijadikan bahan menghitung berapa jumlah pengeluaran pembiayaan kesehatan pemerintah dan swasta.

#### **4. Capaian Target**

Puskesmas mempunyai anggaran yang cukup seperti terlihat pada tabel 1.3 terlihat bahwa masih banyak anggaran yang dapat dimanfaatkan puskesmas terutama dana sumber PKPS BBM/JPkMM untuk pembiayaan program KIA dan tabel 1.4 tentang anggaran Program KIA, disamping itu berdasar wawancara mendalam perencanaan yang dibuat untuk program KIA pembiayaannya relatif terpenuhi. Namun kecukupan anggaran ternyata tidak berbanding lurus terhadap pencapaian target program karena dari data yang ada capaian program KIA pada Dinas Kesehatan Kota Banjar Tahun 2006 seperti terlihat pada tabel 4.9 berikut:

**Tabel 4.9**  
**Pencapaian Hasil Program Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi**  
**di Kota Banjar Tahun 2006**

No	Indikator SPM	Target	Capaian	Kesenjangan
1.	Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K4	85	68,3	-16,7
2.	Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga Kesehatan	75	62,4	-12,6
3.	Persentase ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk	85	5,9	-79,1
4.	Persentase kunjungan neonatus	80	70,1	-9,9
5.	Persentase kunjungan bayi	80	16,3	-63,7
6.	Persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani	85	90,2	5,2

Berdasar tabel 4.9 terlihat dari 6 indikator program pelayanan kesehatan ibu dan bayi hanya satu indikator yang telah memenuhi target yaitu persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani, sedangkan 5 (lima) indikator lainnya belum mencapai target.

Anggaran bukan satu-satunya penyebab keberhasilan program ada faktor lain yang meliputi faktor internal yaitu kinerja petugas, motivasi petugas, target berdasarkan data proyeksi terlalu tinggi tidak sesuai dengan sasaran yang ada di lapangan. Faktor eksternal yaitu lingkungan/masyarakat, kepercayaan, kesadaran dan kooperatif masyarakat, kemitraan yang kurang. Hal ini sejalan dengan teori Blum bahwa derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh empat faktor yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan, dapat diartikan keberhasilan suatu program kesehatan selain anggaran ditentukan pula oleh perilaku masyarakat dan lingkungan yang ada di masyarakat.

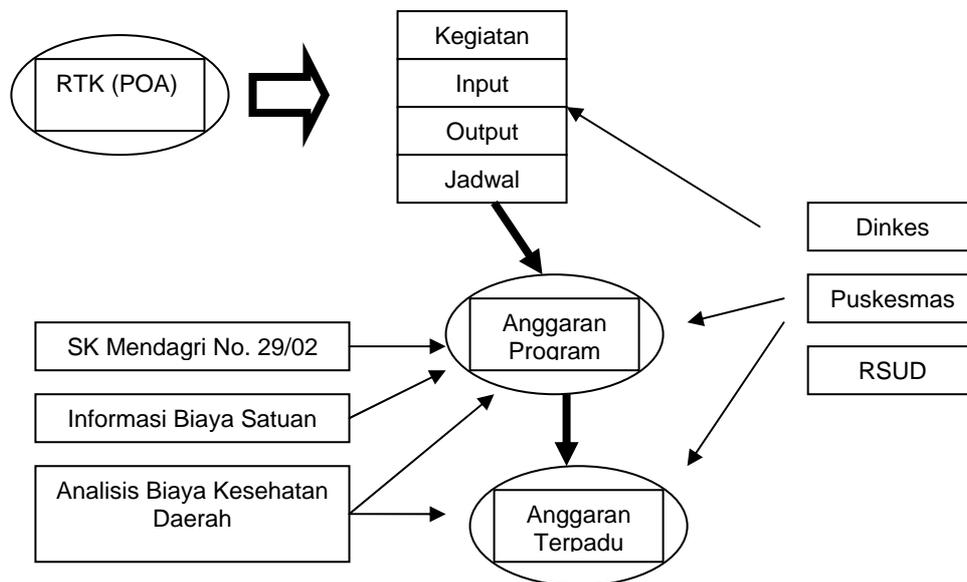
Tetapi dengan anggaran yang cukup dapat pula kegagalan pencapaian target disebabkan oleh manajemen pengelolaan keuangan yang kurang tepat sehingga anggaran tidak berpengaruh signifikan pada kinerja petugas sehingga target program tidak tercapai, karena berdasar wawancara diketahui evaluasi yang dilakukan oleh puskesmas maupun dinas lebih pada evaluasi proses dan output jarang melakukan evaluasi input yang diantaranya meliputi ketersediaan SDM, kemampuan pengelola anggaran di puskesmas dan ketepatan penggunaan anggaran. Disamping itu berdasar data yang ada pemegang keuangan/bendahara sebagian besar dipegang secara rangkap oleh tenaga fungsional seperti bidan, perawat sehingga mereka dalam mengelola keuangan atau program tidak dapat fokus. Kondisi ini terjadi dapat disebabkan keterbatasan SDM di puskesmas atau kepercayaan pimpinan terhadap seseorang.

#### **5. Dasar pengalokasian anggaran**

Pengalokasian anggaran pada dasarnya dapat dilihat dari pendekatan penyusunan anggaran. Berdasar hasil wawancara mendalam fenomena yang muncul pada Dinas Kesehatan Kota Banjar dalam pengalokasian anggaran menggunakan beberapa pendekatan yang pertama *historical budget (retropestif)* artinya mengacu pada *line item* dan jumlah biaya tahun sebelumnya. Kedua pendekatan *Target Based Budgeting* yaitu Anggaran disusun berdasarkan target yang akan dicapai dan ketiga *Budget Based Targeting* yang berarti besarnya anggaran telah ditetapkan terlebih dahulu.<sup>16</sup>

Proses perhitungan penganggaran puskesmas secara teori dapat dilihat pada gambar 4.4 berikut.

**SKEMA PROSES PERHITUNGAN ANGGARAN PROGRAM KESEHATAN**

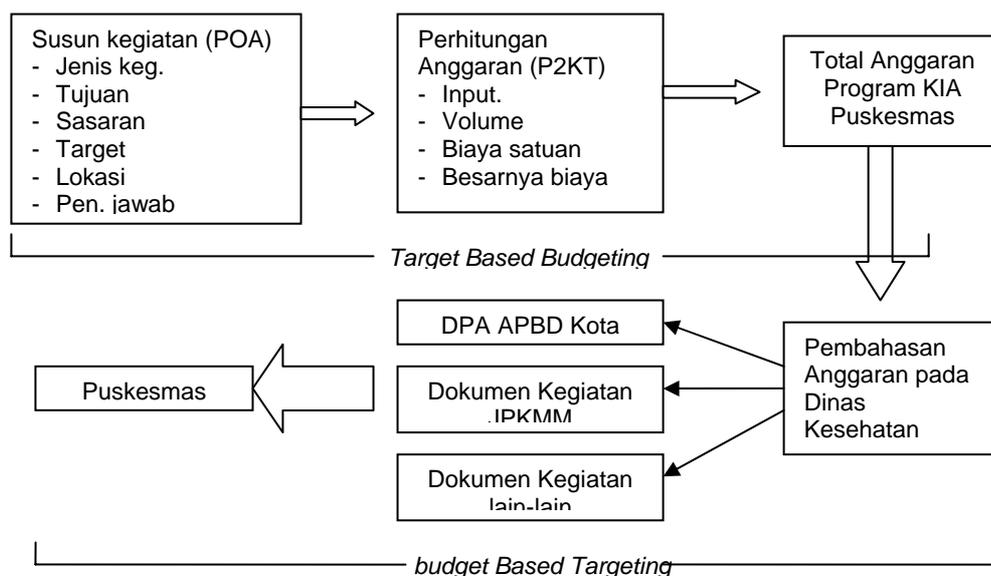


Gambar 4.4 : Bagan Proses Perhitungan anggaran Kesehatan

Sumber : DHS-1, Depkes RI

Adapun pada puskesmas di Kota Banjar sebagai berikut :

**SEKEMA PROSES PERHITUNGAN ANGGARAN PROGRAM KIA PADA PUSKESMAS DI KOTA BANJAR**



Gambar 4.5 : Skema Perhitungan Anggaran KIA Puskesmas Kota Banjar

Proses perhitungan anggaran merupakan langkah lanjutan dari proses perencanaan, artinya perhitungan anggaran dilakukan didasarkan pada hasil analisis situasi, penetapan tujuan dan identifikasi kegiatan.

Pada gambar 4.5 terlihat proses perhitungan anggaran pada puskesmas di Kota Banjar dimulai dari penyusunan kegiatan yang dilakukan oleh programer KIA yang selanjutnya dibahas pada lokakarya mini atau lokakarya bulanan yang melibatkan seluruh staf dan pimpinan di puskesmas, kemudian berdasar hasil pembahasan anggaran dihitung dengan menggunakan pendekatan P2KT untuk mengetahui total anggaran. Selanjutnya diusulkan pada Dinas Kesehatan untuk dibahas lebih lanjut dengan mempertimbangkan sumber dana yang ada untuk mendapatkan penetapan sebagai pedoman/acuan pelaksanaan kegiatan Puskesmas satu tahun kedepan.

#### **P. HASIL PERHITUNGAN ANGGARAN PROGRAM KIA**

Penelitian ini menghitung anggaran program KIA di puskesmas menggunakan dua pendekatan yang *pertama* adalah penghitungan anggaran yang telah dilaksanakan oleh puskesmas melalui perencanaan penganggaran kesehatan terpadu (P2KT) dan *kedua* penghitungan anggaran berdasarkan template UW SPM yang telah dikeluarkan Biro Keuangan dan Perlengkapan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Peneliti pada penghitungan anggaran ini mengambil dua sampel puskesmas dari tujuh puskesmas yang ada di Kota Banjar yaitu puskesmas Pataruman dan Puskesmas Purwahaerja. Adapun alasan mengambil dua sampel tersebut dikarenakan dua puskesmas tersebut kasus kematian ibu dan bayi cukup tinggi dibandingkan dengan

puskesmas yang lainnya. Adapun Hasil perhitungan anggaran P2KT maupun template UW SPM tergambar pada lampiran 7, 8, 9 dan 10.

Berdasarkan tabel hasil perhitungan anggaran pada lampiran 7,8,9 dan 10 tersebut dapat dianalisis sebagai berikut :

1. Perbandingan total perhitungan anggaran antara dua pendekatan menunjukkan bahwa hasil perhitungan berdasar template UW SPM lebih besar dibandingkan perhitungan P2KT yang dihitung oleh tim P2KT Puskesmas seperti terlihat pada tabel 4.10 berikut.

**Tabel 4.10**

**Perbandingan Total Anggaran Program KIA di Puskesmas antara P2KT dan UW SPM**

Puskesmas	P2KT	Template UW SPM	Selisih	
			Jumlah	%
Pataruman	96.410.000	101.350.752	4.940.752	4,87
Purwahaerja	19.760.000	50.693.663	30.933.663	60,73

Perhitungan template UW SPM lebih besar dibandingkan perhitungan P2KT yang telah dihitung oleh tim puskesmas dapat disebabkan perhitungan P2KT didasarkan pada kegiatan-kegiatan yang telah disusun berdasar masalah kesehatan yang ada di puskesmas sehingga perencana mempunyai kebebasan untuk menyusun kegiatan sesuai dengan estimasi anggaran yang akan didapatkan dan ketersediaan tenaga, sarana dan prasarana. Adapun pada template UW SPM anggaran dihitung berdasar target yang ditetapkan. Perbedaan yang menyolok juga terlihat selisih antara 2 puskesmas yaitu pada puskesmas pataruman hanya 4,87% dan Purwahaerja 60,73% hal ini sangat dimungkinkan karena dalam P2KT kegiatan-

kegiatan antar puskesmas tidak seragam tergantung pada visi misi puskesmas sedangkan dalam template UW SPM relatif seragam.

2. Anggaran berdasarkan Indikator kinerja SPM pada perhitungan anggaran dengan pendekatan P2KT yang dilakukan puskesmas pataruman dan purwahaerja tidak dapat dihitung karena perhitungan anggaran yang dilakukan tidak berdasarkan pada indikator tersebut namun berdasarkan kegiatan yang dibutuhkan oleh masing-masing puskesmas sehingga kegiatannya pun berbeda. Adapun template UW SPM dapat menyajikan informasi berdasarkan indikator kinerja seperti tabel 4.11 berikut :

**Tabel 4.11**  
**Total Anggaran Program KIA menurut Indikator Kinerja**  
**Berdasarkan Perhitungan Template UW SPM**  
**pada Puskesmas Puskesmas Tahun 2007**

No	Indikator Kinerja	Puskesmas	
		Pataruman	Purwahaerja
1.	Cakupan kunjungan ibu hamil	16.877.281,-	8.643.500,-
2.	Pertolongan persalinan oleh nakes	61.591.212,-	29.384.724,-
3.	Bumil risti yang dirujuk	619.636,-	311.961,-
4.	Cakupan runjungan neonatos	15.665.542,-	7.681.988,-
5.	Cakupan kunjungan bayi	3.778.447,-	1.852.855,-
6.	Cakupan BBLR yang ditangani	2.818.634,-	2.815.634,-
	Jumlah Total	101.350.752,-	50.693.663,-

Tabel 4.11 memperlihatkan ada perbedaan anggaran pada semua indikator kinerja, Puskesmas Pataruman anggarannya lebih besar dibanding Puskesmas Purwahaerja. Kondisi ini sangat dimungkinkan karena puskesmas Pataruman jumlah penduduk dan jumlah sasaraannya lebih banyak dibanding Puskesmas Purwahaerja.

3. Anggaran berdasarkan kegiatan antara dua pendekatan juga tidak dapat dibandingkan karena pada pendekatan template UW SPM jenis

kegiatan sudah ditentukan pada masing-masing indikator kinerja yang seluruhnya terdiri dari 16 kegiatan. Pada pendekatan P2KT kegiatan ditentukan oleh tim perencana berdasar kebutuhan dan data masalah kesehatan, dan pada setiap puskesmas kegiatannya pun berbeda-beda, seperti pada puskesmas pataruman sebanyak 9 kegiatan sedangkan pada puskesmas purwahaerja sebanyak 11 kegiatan.

4. Perbandingan anggaran berdasar jenis belanja antara dua pendekatan tersebut dapat digambarkan pada tabel 4.12 dan 4,13 berikut.

**Tabel 4.12**

**Perbandingan Total Anggaran Program KIA Berdasarkan jenis belanja antara perhitungan P2KT dengan UW SPM di Puskesmas Pataruman Tahun Anggaran 2007**

No	Jenis Belanja	P2KT	UW SPM
1.	Belanja Pegawai	72.500.000,-	-
2.	Belanja Barang & Jasa		
	- Barang dan jasa	8.800.000,-	81.547.184,-
	- Perjalanan Dinas	15.690.000,-	19.803.568,-
3.	Belanja Modal	-	-
	Jumlah	96.490.000,-	101.350.752,-

**Tabel 4.13**

**Perbandingan Total Anggaran Program KIA Berdasarkan jenis belanja antara perhitungan P2KT dengan UW SPM di Puskesmas Purwahaerja Tahun Anggaran 2007**

No	Jenis Belanja	P2KT	UW SPM
1.	Belanja Pegawai	13.500.000,-	-
2.	Belanja Barang & Jasa		
	- Barang dan jasa	2.110.000,-	39.325.752,-
	- Perjalanan Dinas	4.170.000,-	11.367.911,-
3.	Belanja Modal	-	-
	Jumlah	19.780.000,-	50.693.663,-

Dari tabel 4.12 dan 4.13 menunjukkan bahwa pada P2KT terdapat tiga jenis belanja yaitu belanja pegawai, belanja barang dan jasa dan belanja perjalanan dinas sedangkan pada UW SPM hanya dua jenis

belanja yaitu belanja barang jasa dan belanja perjalanan dinas. Adapun jenis belanja terbesar pada P2KT adalah belanja pegawai yang dikarenakan biaya linakes pada P2KT itu adalah jasa pelayanan persalinan keluarga miskin bagi tenaga kesehatan dengan satuan paket. Sedangkan pada UW SPM biaya linakes masuk pada pembelian vitamin, vaksin BHMP dan obat dan jasa pelayanan bagi tenaga kesehatan tidak tercantum.

## **Q. PERENCANAAN PENGANGGARAN KESEHATAN TERPADU (P2KT) DAN TEMPLATE UW SPM**

### **1. Pendekatan P2KT**

P2KT merupakan perencanaan penganggaran yang terpadu dari program kesehatan yang dimulai dari analisis masalah dan perumusan masalah, penentuan tujuan, identifikasi kegiatan, penyusunan rencana operasional, integrasi perencanaan dan penghitungan anggaran, yang seluruhnya dilakukan secara bersama-sama oleh perencana dan programmer.

Pendekatan perencanaan penganggaran kesehatan terpadu mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Membutuhkan kemampuan petugas dalam analisis masalah
- b. Memerlukan data tahun-tahun sebelumnya untuk melihat trend
- c. Adanya koordinasi antar program karena tidak dapat dilakukan sendiri (dilakukan secara tim)
- d. Dapat menentukan tujuan sesuai dengan realita
- e. Adanya keterkaitan langkah-langkah karena langkah sebelumnya merupakan dasar untuk langkah selanjutnya
- f. Waktu relatif lama

- g. Dapat membuat kegiatan inovatif sesuai dengan permasalahan
- h. Dapat menyesuaikan anggaran yang ada (*target based budgeting*)
- i. Perencana harus membuat kegiatan sesuai dengan permasalahan karena tidak ada menu kegiatan

## 2. Pendekatan Template UW SPM

Template merupakan suatu alat yang dibuat untuk memudahkan dalam penghitungan anggaran urusan wajib standar pelayanan minimal (UW SPM) pada semua jenis pelayanan yang menggunakan program excel.

Pendekatan template urusan wajib standar pelayanan minimal (UW SPM) mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Membutuhkan data dasar dan data program secara rinci dan lengkap
- b. Biaya anggaran per indikator kinerja SPM dapat diketahui
- c. Kegiatan seluruh puskesmas cenderung seragam karena untuk pelayanan minimal
- d. Jenis tujuan telah ditentukan
- e. Permasalahan lokal spesifik cenderung tidak muncul
- f. Sulit memasukkan kegiatan inovatif yang bukan SPM
- g. Kebutuhan anggaran yang dihasilkan cenderung besar (tidak dapat menyesuaikan anggaran yang ada)
- h. Bila data tersedia waktu relatif cepat
- i. Membutuhkan sarana komputer
- j. Efektif digunakan alat advokasi
- k. Lebih mudah sudah tersedia template

Dari dua pendekatan P2KT dan UW SPM tersebut dapat dibuat tabel matrik kelebihan dan kekurangan masing-masing pendekatan sebagaimana pada tabel 4.14 berikut:

**Tabel 4.14**

**Matrik Kelebihan dan Kekurangan Pendekatan P2KT dan Template UW SPM pada Puskesmas di Kota Banjar**

Uraian	P 2KT	Template UW SPM
Kelebihan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adanya analisa masalah</li> <li>▪ Dapat melihat trend</li> <li>▪ Adanya koordinasi</li> <li>▪ Dapat menentukan tujuan</li> <li>▪ Keterkaitan langkah perencanaan</li> <li>▪ Dapat menyesuaikan anggaran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berdasarkan data</li> <li>▪ Anggaran per indikator SPM dapat diketahui</li> <li>▪ Waktu relatif cepat</li> <li>▪ Efektif digunakan advokasi</li> <li>▪ Ada menu kegiatan kegiatan SPM dpt terencana</li> </ul>
Kekurangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak tersedia menu kegiatan</li> <li>▪ Waktu relatif lama</li> <li>▪ Membutuhkan SDM yang handal</li> <li>▪ Tidak dapat mengetahui anggaran per indikator SPM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kegiatan cenderung seragam</li> <li>▪ Tujuan telah di tentukan oleh template</li> <li>▪ Lokal spesifik cenderung tidak muncul</li> <li>▪ Sulit kegiatan inovatif</li> <li>▪ Anggaran cenderung besar</li> </ul>

Dari tabel 4.14 dapat dilihat masing-masing pendekatan mempunyai keunggulan dan kekurangan sesuai dengan tujuan dan karakter pendekatan tersebut. Kombinasi dua pendekatan P2KT dan template UW SPM dapat menjadi alternatif untuk perencanaan dan penganggaran di puskesmas Kota Banjar dengan tidak menghilangkan nilai-nilai positif proses perencanaan dan penganggaran yang selama ini telah dilakukan puskesmas misalnya adanya komunikasi antar programer dan pimpinan di puskesmas, perencanaan berdasarkan data (*evidence based*), perencanaan partisipatif keterpaduan dan lain-lain.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. KESIMPULAN

6. Gambaran Analisis situasi pada Program KIA menunjukkan
  - a. Puskesmas dalam proses menyusun perencanaan telah dikaitkan dengan masalah kesehatan yang ada di wilayahnya, namun ketika menyusun anggaran ada dua fenomena yang berkembang di puskesmas 1) ada keterkaitan antara masalah kesehatan dengan anggaran 2) tidak ada pengaruh masalah kesehatan terhadap anggaran.
  - b. Kinerja yang diwujudkan dengan cakupan program telah dijadikan dasar dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran program KIA yang nantinya pada proses pelaksanaan dan evaluasi dapat dijadikan dasar monitoring dan evaluasi.
  - c. Perencanaan Program KIA di Puskesmas pada umumnya selalu melakukan analisa faktor perilaku dan lingkungan yang meliputi faktor budaya, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), kepercayaan dan keyakinan masyarakat serta lingkungan fisik, sosial dan ekonomi guna keberhasilan program.
7. Gambaran penentuan tujuan Program KIA di Puskesmas sebagai berikut.
  - a. Puskesmas dalam penentuan tujuan dan target ada dua fenomena yang ditemukan 1) puskesmas mengikuti tujuan atau target dinas 2) puskesmas menentukan tujuan dan target sendiri dengan mempertimbangkan tujuan dan target dinas. Hal ini disebabkan

kesesuaian target yang ditetapkan dinas dengan kondisi di lapangan berbeda-beda pada umumnya menyatakan bahwa target terlalu tinggi karena menggunakan angka proyeksi.

- b. Puskesmas pada umumnya menggunakan dua data sasaran yaitu
    - 1) data proyeksi mengacu pada target nasional, propinsi dan kota
    - dan 2) data riil hasil pendataan. Data proyeksi diartikan sebagai acuan atau pedoman dan data riil merupakan data yang harus dicapai dan juga digunakan untuk bahan pertanggungjawaban ketika proyeksi tidak tercapai.
8. Gambaran proses identifikasi kegiatan pada perencanaan di puskesmas menunjukkan.
- a. Keterlibatan lintas program dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran Program KIA muncul dua kelompok, 1) kelompok pertama puskesmas dalam perencanaan lintas program selalu terlibat dan 2) kelompok kedua perencanaan dan penganggaran hanya disusun orang-orang tertentu saja.
  - b. Puskesmas dalam mengidentifikasi kegiatan belum mengelompokkan kegiatan-kegiatan menjadi empat kegiatan seperti yang ada pada modul P2KT versi 3 yaitu kegiatan pelayanan individu, pelayanan masyarakat, kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan, karena pelatihan khusus P2KT belum pernah dilakukan kepada Puskesmas.
9. Gambaran Proses penghitungan anggaran dan ketersediaan anggaran dapat disimpulkan sebagai berikut,
- a. Puskesmas dalam Penghitungan anggaran program KIA saat penelitian dilaksanakan menggunakan format P2KT, adapun

kegiatan-kegiatan disusun berdasar kebutuhan yang ada sehingga tidak ada keseragaman kegiatan antar puskesmas.

- b. Penghitungan anggaran di puskesmas sudah dikaitkan dengan target yang telah ditetapkan namun belum berdasar SPM yang sarasannya per individu tapi sasaran dihitung per posyandu, kecuali untuk keluarga miskin dihitung sasaran per individu sesuai Keputusan Menteri Kesehatan, karena masih ada anggapan ketika didasarkan SPM anggaran akan meledak dan tidak dapat dipenuhi. Namun anggaran berdasar SPM dapat dijadikan bahan advokasi pada stakeholder dan penentu kebijakan.
  - c. Realisasi dan kecukupan anggaran di puskesmas guna pelaksanaan program KIA sangat memadai karena didukung dari berbagai sumber dana yang meliputi APBD Kota, PKPS BBM/JPkMM, APBD Propinsi dan APBN, dan untuk APBD Kota dan JPkMM puskesmas mempunyai kewenangan yang sangat luas untuk merencanakan dan memanfaatkan.
  - d. Kecukupan anggaran tidak berbanding lurus terhadap pencapaian target program karena masih banyak faktor-faktor lain yang mempengaruhinya di antaranya lingkungan, perilaku dan data sasaran yang tidak sesuai dengan kenyataan.
10. Penghitungan anggaran program KIA berdasarkan P2KT yang dilakukan Puskesmas dan template UW SPM yang dilakukan peneliti menunjukkan hasil perhitungan template UW SPM lebih besar dibandingkan perhitungan P2KT.
11. Nilai selisih/kesenjangan perhitungan template UW SPM dan P2KT di puskesmas Pataruman dan Purwahaaja sangat berbeda yaitu untuk puskesmas pataruman selisih Rp.4.940.752,- dengan kata lain

perhitungan UW SPM dan P2KT di puskesmas Pataruman relatif sama, sedangkan di Puskesmas Purwaharaja selisihnya sangat besar yaitu Rp. 30.933.663,-. Hal ini menunjukkan pada perhitungan P2KT besar kecilnya biaya tergantung pada perencanaan dalam menyusun kegiatan dan *unit cost* yang digunakan, sedangkan pada template UW SPM kegiatan dan *unit cost* relatif sama.

Secara umum dapat disimpulkan, ada 3 fenomena dalam perencanaan penganggaran Program KIA pada Puskesmas di Kota Banjar yaitu :

- 4 Perencanaan penganggaran yang ideal yaitu semua tahap perencanaan dilaksanakan dan ada keterkaitan antara tahap-tahap perencanaan penganggaran.
- 5 Perencanaan penganggaran relatif ideal yaitu tahap perencanaan dilaksanakan tapi belum ada keterkaitan antara tahap-tahap tersebut
- 6 Perencanaan penganggaran sekedar rutinitas yaitu melakukan perencanaan sekedar untuk melakukan kewajiban, tidak memperhatikan tahapan dan bahkan mengcopy yang sudah ada atau asal jalan.

## **B. SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian beberapa saran yang dapat diajukan sebagai berikut :

1. Secara teoritis penelitian ini masih perlu ditindaklanjuti terutama tentang pembuktian adakah pengaruh anggaran terhadap cakupan program.

2. Saran untuk Dinas Kesehatan Kota Banjar
  - a. Dinas Kesehatan perlu mengadakan pelatihan secara *intensif* tentang Perencanaan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) bagi tenaga puskesmas dengan mendatangkan nara sumber ahli sehingga P2KT dapat dipahami secara utuh.
  - b. Dalam proses pembahasan perencanaan dan anggaran di dinas kesehatan keterkaitan antara langkah-langkah perencanaan hendaknya dijadikan indikator untuk alokasi anggaran
  - c. Dinas Kesehatan perlu menetapkan kebijakan atau menyamakan persepsi tentang penggunaan dan fungsi data proyeksi dan riil pada puskesmas dan stakeholder, hal ini dapat dituangkan dalam surat keputusan atau surat edaran sehingga dapat dijadikan dasar dalam penghitungan cakupan program.
  - d. Dinas Kesehatan perlu merumuskan formula atau dasar-dasar pertimbangan dalam pengalokasian anggaran ke puskesmas agar terdapat kejelasan bagaimana penghitungan alokasi anggaran pada puskesmas. Dasar pengalokasian dapat menggunakan indikator misalnya luas wilayah, jumlah penduduk, jumlah keluarga miskin, masalah-masalah kesehatan yang dihadapi, jumlah desa, faktor resiko yang dihadapinya angka kematian bayi, angka kematian ibu, angka kesakitan. Atau perhitungan SPM dijadikan dasar awal dalam pengalokasian anggaran dengan mempertimbangkan ketersediaan dana.
  - e. Puskesmas dalam perhitungan anggaran dapat menggunakan beberapa alternatif pendekatan yaitu :
    - 1) Pendekatan perhitungan P2KT seperti yang telah dilaksanakan saat ini, dengan konsekwensi :

- i. Kemampuan analisis lebih ditingkatkan
  - ii. Adanya keterkaitan pada langkah-langkah perencanaan
  - iii. Memerlukan waktu yang relatif lama
  - iv. Dapat membuat kegiatan inovatif sesuai dengan permasalahan
  - v. Dapat menyesuaikan anggaran yang ada
- 2) Pendekatan Perhitungan anggaran UW SPM dengan konsekwensi:
- vi. mempunyai data dasar dan data program yang lengkap
  - vii. biaya anggaran indikator kinerja dapat diketahui
  - viii. kegiatan seluruh puskesmas cenderung seragam
  - ix. permasalahan lokal spesifik cenderung tidak muncul
  - x. sulit memasukkan kegiatan inovatif
  - xi. kebutuhan anggaran yang dihasilkan cenderung besar
  - xii. lebih mudah sudah tersedia template
- 3) Kombinasi antara P2KT dan template UW SPM karena keduanya mempunyai kelebihan dan kekurangan.

Adapun penulis menyarankan untuk menggunakan kombinasi antara P2KT dan UW SPM karena keduanya mempunyai kelebihan dan kelemahan. Penggunaan tersebut dilakukan dengan cara :

- a. Format menggunakan P2KT karena format P2KT memberikan keleluasaan pada perencana untuk membuat kegiatan-kegiatan inovasi sesuai masalah kesehatan yang ada.
- b. Format P2KT diisi dengan indikator kinerja yang ada pada template UW SPM, sehingga puskesmas dapat mengetahui anggaran berdasarkan kegiatan dan indikator kinerja

- c. Rincian kegiatan yang ada di template UW SPM dijadikan acuan dalam mengisi format P2KT (diambil yang sesuai dengan kebutuhan/sebagai menu kegiatan) karena template UW SPM selalu disempurnakan.
- d. Perencana dapat mengisi kegiatan di luar template UW SPM sehingga lokal spesifik terakomodir

Kombinasi dapat diartikan proses perencanaan didasarkan pada pendekatan P2KT yaitu adanya analisis masalah, penentuan tujuan dan langkah lainnya yang dalam pelaksanaannya ada proses diskusi, koordinasi dan kebersamaan dan dalam penyusunan anggaran P2Kt di kombinasikan dengan template UW SPM sebagaimana dijelaskan pada item-item pendekatan kombinasi.

### 3. Saran untuk Puskesmas

- a. Puskesmas dapat mempersiapkan dan meningkatkan SDM untuk pelaksanaan perencanaan dan penganggaran dengan selalu mengadakan kajian-kajian tentang perencanaan di internal puskesmas dan mengikutsertakan pelatihan-pelatihan
- b. Puskesmas agar memelihara data yang telah terkumpul dan mengolahnya karena data merupakan bahan dasar dalam perencanaan dan penganggaran
- c. Proses pelaksanaan perencanaan dan penganggaran hendaknya dilaksanakan dalam suasana kondusif, transparan dan kebersamaan guna menghasilkan perencanaan yang optimal dan mendapatkan dukungan pada pelaksanaannya dengan menggunakan forum-forum yang ada misalnya lokakarya mini dan lokakarya bulanan atau mengadakan forum khusus untuk perencanaan dan penganggaran

- d. Untuk mendapatkan dukungan lintas sektor Puskesmas dapat bekerjasama dengan lintas sektir dengan menggunakan sarana yang ada secara optimal misalnya musrenbangdes, musrenbangcam, rapat koordinasi tiingkat desa dan kecamatan sehingga permasalahan dan program kesehatan kususnya KIA diketahui oleh lintas sektor dan masyarakat guna mendapatkan dukungan.
- e. Guna memperlancar proses perencanaan dan penganggaran puskesmas perlu menyediakan sarana parasarana misalnya komputer, laptop, buku pedoman, aturan-turan peundang-undangan secara lengkap.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
2. Peraturan Pemerintah RI nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman penyusunan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
3. Gani Ascobat, Nadjib Madiati dan Chusnun Prastuti. *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)*. DHS.1, Depkes RI. 2004
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Depkes 2004
5. Dinas Kesehatan Kota Banjar, Profil Dinas Kesehatan Kota Banjar. 2005
6. Pedoman Pelaksanaan Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat Miskin (ASKESKIN). Depkes. 2005.
7. Thabrany Hasbullah, *Perhitungan Biaya Kesehatan Dalam Implementasi KW SPM di Kabupaten/Kota dan Peran DHA (materi pelatihan)*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Universitas Indonesia
8. Biro Keuangan dan Perlengkapan Setkretariat Jenderal, Depkes RI, *Template Perhitungan Biaya Kesehatan dalam rangka Kewenangan Wajib Standar Pelayanan Minimal (KW-SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*, 2005
9. Harmana Tisa, B. Adisasmita Wiku, *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2006*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan 2006, Volume 09
10. Marhaeni Dewi, Herawati Diah, *Decision Space Dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2006*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan 2006, Volume 09
11. Azwar Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi ketiga, Bina Putera Aksara, Jakarta 1996.
12. Tunggal Amin Widjaya. *Dasar-dasar Budgeting*, Rineka Cipta, Jakarta, 1995
13. Munandar M. *Budgeting : Perencanaan Kerja Pengorganisasian Kerja Pengawasan Kerja*, PT BPFU UGM Yogyakarta
14. Baswir Revrison. *Akutansi Pemerintah Indonesia* , PT BPFU UGM Yogyakarta
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah

16. Biro Perencanaan Depkes RI, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu : Prinsip Analisis Biaya dan Perhitungan Kebutuhan Biaya Program*
17. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat, *Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu Puskesmas*, 2002
18. Gani Ascobat. *Analisis Biaya dan Resiko Lingkungan*. FKMUI
19. Mardiasmo, *Akutansi Biaya Penentuan Harga Pokok Produksi*, Andiofset, Yogyakarta, 1994
20. Mulyadi, *Akutansi Manajemen: Konsep Manfaat dan Rekayasa*, STIE YKPN Yogyakarta 1993
21. Cholik Amin A, *Perkembangan Perhitungan Biaya KW-SPM Bidang Kesehatan*, materi pada Perhitungan Kebutuhan Biaya Pelaksanaan KW-SPM Regional Barat, yogyakarta, 2006.
22. Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
23. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1091/MENKES/SK/X/2004, tanggal 1 Oktober 2004 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal di Kabupaten/Kota
24. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/MENKES/SK/X/2003, tanggal 10 Oktober 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota
25. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1202/MENKES/SK/VII/2003, tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Propinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat
26. Departemen Kesehatan RI. *Kumpulan Indikator Kesehatan : Arti dan manfaatnya*, Pusat Data Kesehatan. Jakarta 1998
27. Departemen Kesehatan dan HSP/USAID. *Pedoman Pengelolaan Anggaran Dekonsentrasi : Program Upaya Kesehatan Masyarakat Dalam Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak Tahun Anggaran 2006*.
28. Departemen Kesehatan RI. *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010*.
29. Departemen Kesehatan RI. *Panduan Bidan di Tingkat Desa*. Jakarta. 1994
30. Notoatmodjo Soekijo, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, PT Rineka Cipta, Jakarta 2005
31. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/MENKES/SK/II/2004, tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. 2004
32. Kusnanto, H. *Metode Penelitian Dalam Riset Kesehatan*, Yogyakarta Program Studi IKM Pasca Sarjana UGM, 1998

33. Notoatmodjo Sukijo, *Metodologi Penelitian Kesehatan (edisi revisi)*, PT Rineka Cipta, Jakarta 2002
34. Utarini Adi, *Materi Kuliah Metodologi Penelitian Kualitatif*, Program S3 Kedokteran dan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
35. Irawan Prasetya, *Penelitian Kualitatif & Kuantitatif Untuk Ilmu-Ilmu Sosial*, Departemen Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia, 2006
36. Miles, M.B. Huberman.A.M, *Analisis Data Kualitatif*, Alih Basa oleh Tjetjep Rohendi Rohedi, Jakarta , UI Press.