

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian terkait Analisis Perencanaan dan Penganggaran Program KIA di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan memiliki keterbatasan yang ditemui peneliti selama keberlangsungan penelitian. Namun, peneliti tetap berusaha untuk meminimalisir dan mengatasi keterbatasan tersebut.

Keterbatasan dalam melakukan penelitian ini adalah situasi lingkungan pada saat melakukan wawancara dengan informan dalam keadaan banyak orang lain, sehingga cenderung berisik. Dalam hal ini peneliti mengatasinya dengan cara membuat catatan yang digunakan untuk cross check serta mendengar ulang rekaman wawancara. Kemudian, peneliti juga menemukan pernyataan-pernyataan atas jawaban informan yang tidak sama. Sehingga, peneliti melakukan cross-check jawaban informan dengan melakukan triangulasi sumber informan lainnya, telaah dokumen terkait, dan observasi partisipatif. Pengambilan data memerlukan waktu yang cukup lama dan keterbatasan waktu dikarenakan para informan tidak memiliki banyak waktu luang, sehingga peneliti untuk mengambil data-data terkait dokumen perencanaan dan penganggaran program KIA dibantu oleh pengelola program KIA seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat.

5.2 Indikator Input

Indikator input (masukan) merupakan penunjang dari kesinambungan sebuah program. Input akan membantu dalam penentuan rencana dan strategi yang lebih spesifik lagi untuk mencapai untuk mencapai tujuan sebuah program. Komponen evaluasi masukan meliputi: (a) sumber daya manusia (b) sarana dan peralatan pendukung, (c) dana/anggaran, dan (d) berbagai prosedur dan aturan yang diperlukan (Darodjat dan Wahyudhiana, 2015).

Input yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sumber daya manusia pendanaan, sarana prasarana penunjang kegiatan perencanaan dan penganggaran program kesehatan ibu dan anak di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.

5.2.1 Sumber Daya Manusia (Man)

Pada dasarnya sumber daya manusia (SDM) merupakan individu yang berperan menjadi penggerak, pemikir, dan perencana dalam sebuah organisasi maupun perusahaan, yang mana memiliki peranan sebagai asset dan dilatih dan dikembangkan kemampuannya demi tercapainya tujuan organisasi maupun perusahaan. Sumber Daya Manusia (SDM) menjadi komponen terpenting dalam suatu organisasi, karena sdm itu sendiri yang berperan dalam pengendalian komponen lainnya seperti modal dan teknologi pada sebuah organisasi. Sumber daya manusia (SDM) adalah salah satu faktor yang sangat penting bahkan tidak dapat dilepaskan dari sebuah organisasi, baik institusi maupun perusahaan. SDM juga merupakan kunci yang menentukan perkembangan perusahaan (Susan, 2019).

Sumber daya manusia memiliki peranan yang paling penting pada setiap organisasi manapun termasuk di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa SDM di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan masih kurang atau belum memadai. Menurut Islamy (2000) dalam Yulianah (2017) Perlunya kesiapan oknum pelaksana atau sumber daya dalam melakukan sebuah kebijakan tidak luput dari sumberdaya yang memadai, penting untuk sebuah organisasi memiliki sumber daya cukup seperti, sumber daya manusia (dalam jumlah serta kualifikasi yang memadai) , sumber daya keuangan, sumber daya teknologi, dan sumberdaya psikologis (Yulianah, 2017). Berdasarkan PMK NO.97 TH.2015 Beberapa kendala terkait sumber daya manusia menjadi gambaran yang hampir sama baik di pusat maupun daerah. Kuantitas dan kualitas SDM masih belum memenuhi kebutuhan. Kemampuan untuk melakukan manajemen dan analisis data kesehatan masih kurang. Adanya keterbatasan dalam waktu akibat tugas ganda dan keterbatasan kewenangan dalam melakukan pengelolaan sistem informasi kesehatan.

Berdasarkan analisa beban kerja, seksi kesehatan keluarga dan gizi masyarakat yang mengelola program KIA di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan masih membutuhkan tenaga SDM tambahan untuk membantu pelaksanaan kegiatan dalam program KIA. SDM di seksi kesehatan keluarga berjumlah 12 orang, yang terdiri dari satu kepala seksi, serta 10 orang pengelola

program yang mana setiap program dikelola oleh dua orang, dan satu orang bagian data. Maka dari itu penting untuk melakukan analisis kebutuhan SDM terutama pada bagian perencanaan dan penganggaran sehingga bisa mengajukan kebutuhan SDM di Dinas Kesehatan. Akan tetapi agar lebih efisien dalam mengatasi kurangnya tenaga SDM di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, diperlukan suatu pengembangan SDM supaya tenaga SDM dapat menambah pengetahuan dan keterampilan baru sehingga jika diperlukan SDM dengan kualifikasi tertentu, tidak perlu melakukan perekrutan SDM lagi.

5.2.2 Dana (Money)

Anggaran untuk kesehatan ibu dialokasikan berdasarkan tiga jenis belanja yaitu anggaran Kementerian Kesehatan, dana dekonsentrasi serta dana desentralisasi. Alokasi anggaran kementerian dilakukan oleh pemerintah di tingkat nasional dan kabupaten guna merealisasikan misi pemerintah sektor kesehatan sebagai pelaksanaan tanggung jawab pemerintah pusat. Dana dekonsentrasi merupakan sumber dana yang dikirim dan digunakan oleh instansi pemerintah provinsi dalam rangka memenuhi misi pemerintah di sektor kesehatan. Dana desentralisasi adalah sumber dana yang dikirim ke instansi pemerintah kabupaten dalam rangka membantu pemerintah provinsi dan kabupaten dalam melakukan misi pemerintah di sektor kesehatan, yang ditetapkan sebagai tanggung jawab pemerintah dan kabupaten, dan kepentingan pemerintah pusat.

Didalam Pasal 171 ayat (2) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 mengamanahkan besaran anggaran kesehatan pemerintah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) di luar gaji. Anggaran dana untuk program KIA di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan sudah dialokasikan, namun anggaran yang ada masih sangat terbatas. Adapun sumber dana untuk program KIA berdasarkan hasil penelitian yaitu dari APBD, APBN, dan dana BOK.

Adapun hambatan yang berkaitan dengan ketersediaan dana dalam pelaksanaan perencanaan dan penganggaran program KIA adalah karena masa pandemi ini, maka terjadi *recofusing* anggaran untuk penanganan pandemi covid-19. Sesuai dengan instruksi Presiden Nomor 4 Tahun 2020 tentang *Recofusing* Kegiatan, Realokasi Anggaran, Serta Pengadaan Barang dan Jasa dalam rangka

percepatan penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). Instruksi ini secara umum, memerintahkan kepada seluruh jajaran Kementrian/Lembaga serta pemerintah daerah untuk segera mengutamakan penggunaan alokasi anggaran yang telah ada untuk kegiatan-kegiatan yang mempercepat penanganan COVID-19. Selain itu mengutamakan penggunaan alokasi anggaran yang sudah ada, serta besar harapan untuk bisa segera *recofusing* kegiatan dan realokasi anggaran melewati mekanisme revisi anggaran serta mengajukan usulan perbaikan anggaran kepada Menteri Keuangan sesuai dengan wewenangnya.

Dengan adanya keterbatasan dana, perencanaan anggaran yang kurang tepat akan menyulitkan dalam hal pembahasan anggaran, dengan demikian akan ada revisi dan menyusun kembali yang tentunya membutuhkan waktu yang ekstra dalam sebuah proses penentuan anggaran. Kebijakan dan regulasi yang berubah juga akan ikut mempengaruhi proses penyusunan anggaran. Keterlambatan dalam pengesahan anggaran tentu akan berdampak pada proses penyerapan anggaran yang mengakibatkan anggaran tidak dapat terserap penuh bagi program-program yang telah diusulkan (Ruwaida, Darwanis and Abdullah, 2015). Hal tersebut akan berdampak pada lambatnya realisasi pelaksanaan program. Apabila pengalokasian anggaran efisien, maka keterbatasan sumber dana yang dimiliki negara dapat dioptimalkan untuk mendanai kegiatan strategis. Sumber-sumber penerimaan negara yang terbatas mengharuskan pemerintah menyusun prioritas kegiatan dan pengalokasian anggaran yang efektif dan efisien. Ketika penyerapan anggaran gagal memenuhi target, berarti telah terjadi inefisiensi dan inefektivitas pengalokasian anggaran (Ramdhani and Anisa, 2017).

5.2.3 Sarana dan Prasarana (Materials)

Sarana prasarana secara umum banyak diartikan menurut beberapa sumber. Menurut Mulyasa (2012), menyatakan sarana adalah peralatan dan perlengkapan yang secara langsung dipergunakan dan menunjang proses kerja, khususnya proses kinerja, seperti gedung, ruangangan, meja kursi, serta alat-alat dan media kerja. Adapun yang dimaksud dengan prasarana adalah fasilitas yang secara tidak langsung menunjang jalannya proses pelayanan (Mulyasa, 2012).

Sarana merupakan semua perkakas yang diperlukan guna menunjang untuk tercapainya tujuan. Sedangkan prasarana adalah semua peralatan yang diperlukan

untuk menunjang untuk menunjang tercapainya suatu tujuan secara tidak langsung. Sarana dan prasarana tidak bisa dipisahkan karena saling berkaitan. Pegawai suatu organisasi atau kantor akan dapat bekerja lebih maksimal apabila terpenuhi penunjang dari sarana dan prasarana dengan baik (Amaliah, 2019).

Sarana dan prasarana merupakan faktor penentu kesuksesan dan kelancaran sistem kerja. Karena hal ini sangat berkaitan dalam menentukan hasil kerja yang diberikan mengingat akan pentingnya dan dibutuhkannya akan sarana dan prasarana. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Syelviani (2019) didapatkan data yang telah ditemukan dalam penelitian di lapangan dan setelah diolah dengan statistik pada penelitian dengan judul Pengaruh Sarana dan Prasarana yang terdiri dari variabel Sarana dan Prasarana Terhadap efisiensi kerja pegawai Pada Puskesmas Teluk Pinang, dapat di ambil kesimpulan di peroleh hasil 0,734 atau 73,4% variabel Sarana dan Prasarana secara bersama-sama berpengaruh terhadap Kinerja (Syelviani, 2019). Hal serupa ditemukan juga dalam penelitian yang dilakukan Basalamah (2019), penelitian ini menunjukkan bahwa sarana prasarana kinerja pegawai pada RSKD ibu dan anak siti Fatimah makassar merasa puas akan dukungan sarana prasarana yang diberikan sehingga membuat tenaga kerja atau pegawai tersebut berkinerja dengan baik karena fasilitas yang ada sehingga sarana prasarana dapat menjadi tolak ukur penunjang kinerja pegawai pada RSKD ibu dan anak siti Fatimah Makassar (Basalamah, Pramukti and Basalamah, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian terkait sarana dan prasarana yang tersedia di wilayah kerja Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan belum sepenuhnya cukup atau belum memadai. Dari hasil penelitian terkait sarana dan prasarana, peneliti telah melakukan *crosscheck* terhadap sarana dan prasarana yang tersedia untuk perencanaan dan penganggaran program KIA di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. Adapun kekurangan sarana yaitu meliputi ketersediaan komputer maupun laptop yang tersedia tidak mencukupi, sehingga masing-masing pengelola program menggunakan laptop pribadi. Jumlah ketersediaan laptop dan komputer untuk seksi kesehatan keluarga dan juga gizi masyarakat di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan berjumlah 10 buah dengan keadaan barang 2 buah computer rusak berat. Berdasarkan hal tersebut diperlukan kegiatan

pemeliharaan terhadap sarana dan prasarana yang melibatkan semua staf agar sarana dan prasarana yang sudah ada tetap terjaga dengan baik atau tidak mengalami kerusakan yang akan menghambat kinerja dari pegawai, bila perlu dilakukan pembentukan tim khusus untuk pencatatan sarana dan prasarana dan jika memungkinkan melakukan pengadaan sarana dengan mengajukannya ke bagian umum Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.

5.3 Komponen Proses

5.3.1 Analisis Situasi

Dalam proses perencanaan program kesehatan untuk memperlihatkan masalah sesuai dengan kenyataannya tahapan awal yang dilakukan adalah analisa situasi. Analisa situasi adalah sebuah aktivitas mengumpulkan dan menganalisis sejumlah data berupa angka, yang kemudian diterjemahkan agar dapat memberikan informasi terkait sebuah keadaan tertentu. Keberhasilan program sangat dipengaruhi oleh analisis situasi, jika masalah yang ditemukan sesuai dengan kenyataannya maka tidak akan susah dalam membuat perencanaan serta implementasi program. Analisis situasi yang dipakai dalam bidang kesehatan memiliki tujuan sebagai dasar untuk menafsirkan berbagai permasalahan kesehatan dengan spesifik dan memudahkan dalam menentukan prioritas masalah serta alternatif pemecahannya dengan cara menyatukan informasi sebanyak mungkin (Mulia Avisena and Bantas, 2016).

Analisis situasi merupakan awal proses perumusan strategi. Kekuatan (*strengths*), kelemahan (*weakness*), peluang (*opportunities*), dan ancaman (*threats*) dari perusahaan yang semuanya merupakan faktor-faktor strategis. Lingkungan eksternal berisi variabel peluang dan ancaman (*opportunities and threats*) yang berada di luar organisasi dan bukan merupakan hal yang dapat dikontrol oleh pimpinan organisasi dalam jangka waktu dekat. Lingkungan internal organisasi terdiri dari variabel kekuatan dan kelemahan (*strengths and weaknesses*) yang berada dalam tubuh organisasi itu sendiri dan biasanya tidak dalam kontrol pimpinan organisasi dalam waktu dekat. Yang termasuk dalam variabel ini adalah struktur, budaya, dan sumber daya organisasi (Widiastuti, 2020).

Untuk membaca situasi dan menentukan kekuatan-kelemahan-peluang-ancaman yang akan menjadi dasar perumusan strategi bisa didapatkan dengan adanya analisis situasi (Marlius and Putra, 2018). Analisis situasi merupakan tahapan awal yaitu meliputi kegiatan mengenali situasi sekitar (situation analysis), baik situasi internal di dalam perusahaan maupun situasi eksternal di luar perusahaan. Dilakukan dengan cara melakukan pencarian data-data faktual atau yang sering kita sebut dengan riset, yang dilakukan dengan terjun langsung ke lapangan atau lokasi tersebut. fungsi tahapan awal ini yaitu untuk mengetahui apa yang sedang terjadi saat ini (Mayangsari *et al.*, 2021).

Dalam melakukan analisis situasi sebaiknya menggunakan “*evidence based*” yang menghimpun berbagai data yang diperlukan. Akan lebih baik jika data mencakup keadaan umum dan lingkungan geografis, pendidikan, pekerjaan, sosial, budaya, data derajat kesehatan masyarakat yang mencakup data status kesehatan penduduk, kesehatan lingkungan, pemukiman serta data upaya kesehatan seperti data fasilitas dan pelayanan kesehatan (Viani, 2017). Menurut Azwar (2010) proses analisa situasi dilakukan tidak berdasarkan laporan program saja, tetapi harus berdasarkan sejumlah data terkait sarana prasarana kesehatan, SDM kesehatan serta faktor eksternal dan internal (Azwar, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa proses analisa situasi program KIA yang dilakukan di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan sudah dilakukan berdasarkan data (*Evidence Based*) dengan cara melihat data demografi, data sarana dan prasarana fasilitas kesehatan, data ketersediaan SDM Kesehatan, data hasil penelitian seperti RISKESDAS, data indikator RPJMD dan RENSTRA, serta data cakupan program KIA di Kabupaten/Kota. Yang mana dalam analisis tersebut dilakukan oleh kepala bidang, kepala seksi, serta masing-masing pengelola program KIA setiap tiga bulan sekali. Kemudian Dinas Kesehatan membuat perencanaan untuk program KIA berdasarkan hasil analisa data-data tersebut. Akan tetapi hal ini belum dapat dikatakan baik, karena terdapat beberapa hal yang masih belum mendukung. Di dalam melakukan analisis situasi penting untuk mengidentifikasi juga faktor eksternal yaitu terkait dengan peluang dan ancaman.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.7 Tahun 2014 tentang perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan menyebutkan bahwa analisis situasi adalah aktivitas yang sistematis guna memperoleh gambaran mengenai kegiatan yang akan segera dilakukan maupun yang telah dilakukan, mengapa kegiatan tersebut dibutuhkan, bagaimana proses dalam mencapai target, serta apa saja faktor pendorong dan penghambat berdasarkan faktor internal dan juga faktor eksternal (analisis SWOT), berdasarkan data (*Evidence Based*) serta pengaruh unsur lain seperti hukum, sosial, politik dan lain-lain. Analisis SWOT merupakan metode yang dipakai dalam kegiatan evaluasi kekuatan (*strengths*), kelemahan (*weaknesses*), peluang (*opportunities*), dan ancaman (*threats*) pada perencanaan program maupun kegiatan pembangunan. Kegiatan tersebut juga merangkap dalam menentukan tujuan khusus dan juga mengidentifikasi faktor internal dan eksternal yang mendukung atau menghambat dalam mencapai tujuan tersebut.

5.3.2 Identifikasi Masalah dan Prioritas Masalah

Setelah melewati proses analisis situasi, akan ditemukan berbagai macam masalah. Masalah adalah kesenjangan yang dapat diamati antara situasi dan kondisi yang terjadi dengan situasi dan kondisi yang diharapkan, atau kesenjangan yang dapat diukur antara hasil yang mampu dicapai dengan tujuan dan target yang ingin dicapai. Masalah juga dapat dirumuskan dalam bentuk hambatan kerja dan kendala yang dihadapi staf dalam pelaksanaan kegiatan dan program (Aditya and Hartono, 2021). Setelah dilakukan analisis situasi kegiatan selanjutnya adalah identifikasi masalah. Yaitu membuat rincian atau uraian berbagai masalah kesehatan masyarakat yang dilihat berdasarkan data hasil analisis situasi yang telah didapatkan. Dalam proses perencanaan suatu program sangat penting untuk melakukan analisis situasi dan identifikasi masalah sebab akan memudahkan dalam penentuan langkah selanjutnya yaitu penentuan prioritas masalah dan mencari alternatif pemecahan masalah yang sinkron dengan keadaan masyarakat (Hasanah, Wulan dan Ismaya, 2020).

Upaya pemecahan masalah akan selalu berhadapan dengan realita yang ada di lapangan. Penanganan masalah sosial akan diawali oleh suatu kegiatan identifikasi. Identifikasi ini dilakukan untuk menunjukkan keberadaan masalah tersebut dalam kehidupan sosial. Adanya identifikasi inilah yang kemudian akan

mendorong dilakukannya kegiatan untuk merencanakan dan melaksanakan program guna memecahkannya. Apabila masalah sudah diidentifikasi maka selanjutnya dicurahkan pada usaha untuk menangani dan memecahkan suatu permasalahan (Soetomo, 1995)

Terdapat hal-hal yang perlu dicermati pada proses identifikasi masalah, yaitu terkait kemampuan sumber daya manusia, biaya, tenaga, teknologi dan lain-lain. Maka dari itu perlu dibuat penilaian prioritas masalah dari yang paling genting hingga tidak terlalu genting. Pada dasarnya semua permasalahan yang ditemukan perlu diselesaikan dengan rampung dan menyeluruh, oleh sebab itu dalam penetapan prioritas masalah ditujukan untuk menentukan urutan atau peringkat masalah dari yang paling mendesak, serta berapa besar gentingnya masalah tersebut dapat mempengaruhi kinerja, dan harus secepatnya perlu diselesaikan. Hal ini bertujuan untuk mempermudah dalam menyelesaikan masalah yang ditemukan (Rahmawati and Hartono, 2021).

Idealnya pemecahan permasalahan dilakukan secara komprehensif, akan tetapi seringkali terhalang keterbatasan sumber daya yang ada. Maka dari itu, pemecahan masalah bisa dilaksanakan dengan cara mengidentifikasi prioritas masalah dan prioritas solusi terhadap suatu instansi tersebut. Pengidentifikasi tersebut bisa memudahkan guna pemecahan masalah yang terjadi serta bisa memberikan solusi yang tepat hingga tidak akan dilakukan pemecahan masalah yang berulang (Rahardjo and Kristanto, 2020).

Pembangunan kesehatan tidak terlepas dari masalah keterbatasan sumberdaya seperti sumber daya manusia, sarana dan dana. Oleh karena itu penentuan prioritas masalah kesehatan dan jenis program intervensi yang dilaksanakan merupakan hal yang penting karena adanya keterbatasan SDM dan dana. Dalam menyiapkan kegiatan yang akan dilakukan pada tahap perencanaan awal kegiatan untuk kegiatan penanggulangan masalah kesehatan perlu dilakukan prioritas untuk mengetahui masalah kesehatan atau penyakit apa yang perlu diutamakan atau diprioritaskan dalam program kesehatan (Tyas, 2020).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pada tahapan identifikasi serta penetapan prioritas masalah pada program KIA di Dinas Kesehatan Provinsi

Sumatera Selatan didasarkan dengan memperhatikan kebijakan yang ada. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses identifikasi masalah program KIA di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan dilakukan dengan cara melihat akar-akar masalah berdasarkan data cakupan program KIA. Identifikasi tersebut dilakukan oleh kepala seksi dan juga pengelola program. Dalam penentuan prioritas masalah dilakukan dengan cara bermufakat sesuai dengan kebijakan kementerian kesehatan, kepentingan isu global, dan juga data cakupan program KIA.

5.3.3 Penentuan Tujuan Program

Setiap organisasi/perusahaan yang tidak memiliki perencanaan dan tujuan akan mengalami kesulitan dalam perjalanannya. Seperti pengendara yang tidak tahu arah dan tujuan akan ke mana. Apalagi di era saat ini, di mana kehidupan industri terus berkembang dan kompetisi meluas hingga sampai ke tingkat global. Maka, kita membutuhkan suatu perencanaan yang matang dan menetapkan tujuan organisasi agar mampu bertahan dan unggul dalam pasar. Berbagai peran sumber daya dapat dimaksimalkan untuk membuat perencanaan dan menetapkan tujuan organisasi, termasuk upaya antisipatif ataupun penyesuaian terhadap lingkungan yang akan di hadapi (Abbas *et al.*, 2017).

Pada perencanaan kesehatan tahapan penentuan tujuan program merupakan suatu hal yang krusial. Rencana kerja yang baik membutuhkan tujuan yang akan dicapai untuk mendapatkan hasil yang baik. Dalam penentuan tujuan program harus berdasarkan dengan Situasi pada lapangan, seperti dalam penelitian Alberto (2014), menunjukkan rencana kerja yang optimal dan apabila mau memperoleh hasil yang memuaskan diperlukan menentukan tujuan yang ingin diperoleh, dimana terdapat dua jenis tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Dalam menentukan tujuan pada puskesmas di Kabupaten Keerom mengacu dengan tujuan Dinas Kesehatan Kabupaten Keerom. Puskesmas dilibatkan juga dalam penentuan tujuan ini. Dari tujuan yang sudah ditetapkan, dalam realitanya terdapat beberapa yang tidak realistis dengan kondisi dilapangan. Hal tersebut dikarenakan tujuan belum dibuat secara detail menjelaskan masalah yang ada di wilayah Kabupaten Keerom (Nick Albertho, Syahrir A. Pasinringi, 2014).

Penetapan tujuan, dalam hal ini adalah sesuatu yang akan dicapai dalam kurun waktu satu tahun atau yang sering diistilahkan dengan tujuan operasional.

Karena tujuan operasional merupakan turunan dari visi dan misi organisasi, tujuan operasional seharusnya menjadi dasar untuk alokasi sumber daya yang dimiliki, mengelola aktivitas harian, serta pemberian penghargaan (reward) dan hukuman (punishment). tahapan pembuatan tujuan secara berkesinambungan difokuskan pada indikator adanya tujuan program serta kegiatan yang jelas dan dukungan aparatur kerja yang profesional (Mulyatini, N., Herlina, E., & Mardiana, 2018).

Kurniati (2016) dalam bukunya bahan ajar perencanaan dan evaluasi program kesehatan mengatakan bahwa dalam proses menetapkan tujuan program, memiliki beberapa syarat tertentu agar satu program tersebut berjalan dengan lancar dan efektif. Syarat tersebut yaitu, (1) realistik atau nyata, dalam hubungannya dengan masalah yang dihadapi; (2) layak laksana (*feasible*), dengan melihat ketersediaan kemampuan dan sumberdaya; (3) terukur (*measurable*), terutama untuk proses dan hasil (Kurniati, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa dalam menentukan tujuan dari program KIA di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan dilakukan dengan berpedoman berdasarkan kebijakan pemerintah pusat dalam hal ini kementerian kesehatan. Dengan kata lain, tujuan dari program KIA merupakan turunan dari tujuan kementerian kesehatan. Hal tersebut belum dapat dikatakan baik, karena dalam penentuan tujuan tidak melihat langsung dari kondisi yang ada di lapangan. Tujuan yang dibuat harus secara detail menjelaskan masalah yang terjadi di lapangan.

Tujuan yang akan dicapai dari setiap program akan lebih baik jika ditentukan berdasarkan capaian target pada tahun sebelumnya. Jadi sebelum menetapkan target, terlebih dahulu melakukan evaluasi pencapaian tahun lalu. Analisis ini disebut dengan analisis kecenderungan (*trend analysis*). Pada penentuan target program juga perlu memperhatikan hal lain seperti kejadian *diminishing return*, dimana akan lebih susah memperoleh tujuan yang besar jika cakupan program telah tinggi. Maka dari itu perencana harus menentukan target yang bersifat konservatif. Sebagusnya tujuan program dirumuskan secara terinci dan kuantitatif, waktu dan lokasi yang dituju jelas serta bisa diukur (Viani, 2017).

5.3.4 Menyusun Rencana Kerja

Dinas Kesehatan mempunyai tanggung jawab yang tinggi untuk mencapai

target dari setiap program yang telah ditentukan yang utama dalam pencapaian indikator kinerja. Maka dari itu penting untuk memiliki suatu dokumen perencanaan yang baik sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan. Pada tahapan penyusunan dokumen perencanaan tak luput dari sumber daya kesehatan yang berperan dalam penyusunan perencanaan, yaitu anatara lain kebijakan yang sudah ditentukan oleh pemerintah, tenaga perencana kesehatan, sumber daya dana, sarana dan prasarana serta data dan informasi kesehatan. Suatu daerah dimungkinkan untuk dapat membuat sendiri perencanaannya berdasarkan kebijakan di era otonomi ini. Pada penyusunan perencanaan terdapat tatanan yang diatur sebagai pedoman maupun acuan dalam penyusunan perencanaan, antara lain Dinas Kesehatan mengacu ke RPJPN, RPJPD, RPJMN, RPJMD, Renstra, Peraturan Bupati, ataupun berbagai aturan lainnya seperti kebijakan dalam penyusunan perencanaan serta tak luput dari skala prioritas masalah, data dan anggaran dana (Yunita, 2011).

Penyusunan rencana kerja dan anggaran merupakan bentuk penyempurnaan dalam menerapkan anggaran berbasis kinerja. Hal tersebut dikarenakan pada implementasi yang bersifat teknis, semua program maupun aktivitas pada penganggaran perlu memiliki sasaran yang telah diukur. Seperti masukan (*input*), keluaran (*output*), serta hasil yang diinginkan (*outcome*). implementasi rencana kerja dan anggaran juga membuat sebuah pergantian pola pikir pada sikap dari individu yang berikatan dalam proses penganggaran serta memerlukan sebuah pembelajaran (Armala and Pandoyo, 2020).

Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga disusun didasarkan pada alokasi anggaran yang ditentukan oleh kementerian keuangan yang mengacu pada rencana kerja dan anggaran kementerian negara/lembaga (RKA K/L). Pada kegiatan penyusunan dan pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja negara, kementerian negara/lembaga berkewajiban menyusun rencana kerja (Renja) secara tertib, dan taat dengan peraturan perundang-undangan, efisien, ekonomis, efektif, transparan serta memiliki tanggung jawab dalam memperhatikan rasa keadilan dan kepatuhan. Oleh karena itu penting disusun RKA K/L dimana data didukung guna penyusunan RKA K/L perlu di penuhi oleh kuasa pengguna anggaran sebagai orang yang bertanggung

jawab dalam kegiatan yang dilakukan (Wijaya and Tobing, 2016).

Menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah mewajibkan setiap Perangkat Daerah untuk menyusun Rencana Kerja SKPD sebagai hasil rumusan dari Rencana strategis dan berfungsi untuk menterjemahkan perencanaan strategis lima tahunan kedalam perencanaan tahunan yang sifatnya lebih operasional. Rencana Kerja merupakan suatu dokumen perencanaan untuk periode 1 (satu) tahun, dimana didalamnya berisi mengenai program, kegiatan, lokasi, kelompok sasaran disertai indikator kinerja dan pendanaan sesuai dengan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan dalam rangka pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan, baik yang dilaksanakan langsung oleh Pemerintah Daerah ataupun yang ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat. Rencana Kerja disusun mengacu pada Rencana Kerja Pembangunan Daerah dan merupakan salah satu komponen dari Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Permendagri No. 54 Tahun 2010 mengatur tentang kewajiban daerah dalam penyusunan RPJPD, RPJMD dan Renstra SKPD, renja SKPD, serta RKPD. Prinsip dalam pembangunan daerah yaitu : (a) menjadi suatu kesatuan pada sistem perencanaan nasional, (b) dilaksanakan oleh pemerintah daerah dengan pemangku kepentingan lainnya sesuai dengan pran dan tanggung jawab masing-masing, (c) rencana tata ruang diintegrasikan dengan rencana pembangunan daerah, (d) dilakukan sesuai dengan keadaan dan juga potensi yang ada pada setiap daerah berdasarkan dinamika perkembangan daerah dan nasional. Maka dari itu perlu penyesuaian antara RPJMD dan juga RPJMN, dan juga Renstra SKPD dengan RPJMD, demi menjamin kesesuaian rencana pembangunan untuk level pusat mauun daeah diperlukan keselarasan. Didalam Permendagri ini diatur juga mengenai system koordinasi terkait penyusunan rencana pembangunan daerah. Dan juga tahapan tata cara dalam menyusun rencana pembangunan daerah seperti RPJPD, RPJMD, Renstra SKPD, RKPD dan juga Renja SKPD. Pada pengaturan perencanaan pembangunan daerah berkaitan juga dengan penendalian dan evaluasi.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui Dinas Kesehatan Provinsi

Sumatera Selatan dalam melakukan penyusunan rencana kerja sudah mengacu kepada kebijakan-kebijakan yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat maupun kebijakan pemerintah daerah sendiri, seperti mengacu kepada RPJMD, Renstra pusat, maupun Renstra Dinas Provinsi Sumatera Selatan. Dengan adanya renstra yang digunakan sebagai acuan dalam membuat perencanaan setiap tahunnya, maka dapat mempermudah pada proses penetapan program serta kegiatan yang akan direncanakan.

5.3.5 Menyusun Rencana Anggaran

Anggaran memiliki peranan penting dalam suatu organisasi baik organisasi pemerintah maupun organisasi swasta. Menyusun anggaran dari setiap program organisasi dapat menjadi tugas yang cukup berat dan membebani. Namun demikian, hal ini sangat penting bagi suatu organisasi yang merupakan cara untuk merencanakan dan memastikan bahwa sebuah organisasi telah mengalokasikan sumber dayanya dengan baik. Pengendalian keuangan sangat penting dilakukan yaitu agar anggaran belanja yang ditetapkan dapat membiayai semua kebutuhan program yang dijalankan serta realisasinya dapat sesuai dengan anggaran yang ditetapkan (I.Pangkey., 2015).

Pada kegiatan penganggaran, dibutuhkan komunikasi antara atasan dengan bawahan agar dapat saling memberi informasi terutama terkait informasi lokal dikarenakan bawahan yang paling mengetahui kondisi langsung di divisinya. Selain itu, bawahan juga perlu ikut serta pada penyusunan anggaran. Penganggaran dalam sektor pemerintahan berkaitan pada proses penentuan jumlah alokasi dana di semua program serta kegiatan. Proses penganggaran daerah diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2006, yang memaparkan mengenai pedoman dalam Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang dilaksanakan oleh tim anggaran eksekutif dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD). Rancangan anggaran sebuah unit kerja ditempatkan dalam sebuah dokumen yang disebut Rencana Kerja Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD). RKA berisi standar analisis belanja, tolak ukur kinerja dan standar biaya sebagai instrumen pokoknya (Rumiasih and Ikmayadi, 2012).

Proses penyusunan rencana anggaran program KIA di Dinas Kesehatan

Provinsi Sumatera Selatan dilakukan untuk program kegiatan selama satu tahun. Dalam penyusunan anggaran KIA dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu menentukan sumber daya, dan mengubah sumber daya dalam bentuk uang. Menentukan sumber daya dalam proses perencanaan anggaran merupakan upaya untuk menetapkan jumlah dan jenis sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan program yang telah ditentukan. Sumber daya tersebut meliputi tenaga yang akan melaksanakan kegiatan, dana yang tersedia, sarana yang diperlukan serta tata cara pelaksanaannya.

Menurut Nordiawan (2008) penentuan sumber daya jenis belanja terbagi menjadi dua jenis. Jenis belanja tersebut yaitu belanja langsung dan juga belanja tidak langsung. Adapun belanja langsung adalah terkait belanja yang dianggarkan secara langsung terhadap pelaksanaan program serta kegiatan. Contoh belanja langsung dari sebuah kegiatan program yaitu terkait belanja pegawai seperti honor/upah, belanja barang dan jasa, belanja sewa serta belanja modal. Sedangkan belanja tidak langsung adalah belanja yang dianggarkan tidak terkait secara langsung dengan pelaksanaan program serta kegiatan program contohnya adalah gaji pegawai (Nordiawan, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian ini, dalam proses penentuan sumber daya pada perencanaan anggaran KIA dilakukan dengan cara menguraikan dan merincikan jenis kebutuhan belanja sesuai dengan kebutuhan program kegiatan. Setelah menentukan sumber daya, selanjutnya sumber daya diubah dalam bentuk uang. Menurut azwar (2010) dalam mengubah sumber daya kedalam bentuk uang dilakukan estimasi atau perkiraan guna memperoleh informasi mengenai biaya satuan (UC) per input kemudian dihitung nilai totalnya = $UC \times \text{Jumlah input}$. UC tersebut disesuaikan dengan unit cost yang berlaku di daerah bersangkutan (Azwar, 2010). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa mengubah sumber daya dalam bentuk uang sudah dilakukan dengan cukup baik. Standar satuan harga yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan didasarkan pada peraturan gubernur sumatera selatan No.15 tahun 2019 tentang analisis standar belanja.

Tabel 5. 1 Contoh Mengubah Sumber Daya dalam Bentuk Uang

KODE	PROGRAM/ KEGIATAN/ OUTPUT/ SUBOUTPUT/ KOMPONEN/ SUBKOMP/ DETIL	PERHITUNGAN TAHUN 2020			SD/ CP
		VOLUME	HARGA SATUAN	JUMLAH BIAYA	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
024.03.06	Program Pembinaan Kesehatan Masyarakat			2,594,591,000	
2080	Pembinaan Gizi Masyarakat			581,814,000	
2080.504	Peningkatan Surveilans Gizi	17.0 Layanan		581,814,000	
	Lokasi : SUMATERA SELATAN				
2080.504.002	Pelaksanaan Surveilans Gizi			581,814,000	
051	Pelaksanaan Surveilans gizi menggunakan e-PPGBM			492,344,000	U
C	Pertemuan Analisa dan Pemanfaatan data Surveilans Gizi (A2 dan A3) seluruh Puskesmas Kab/Kota di Provinsi			492,344,000	
521211	Belanja Bahan			40,523,000	RM
	(KPPN.014-Palembang)				
	- ATK [1 PT x 2 AKT]	2.0 PT	661,500	1,323,000	
	- Fotocopy [1 PT x 2 AKT]	2.0 PT	500,000	1,000,000	
	- Komputer Suplay [1 PT x 2 AKT]	2.0 PT	750,000	1,500,000	
	- Seminar KIT [1 PT x 367 OR]	367.0 PT	100,000	36,700,000	
522151	Belanja Jasa Profesi			21,000,000	RM
	(KPPN.014-Palembang)				
	- Honor Narasumber Kadinkes [1 OR x 2 JAM x 2 AK]	4.0 OJ	500,000	2,000,000	
	- Honor Narasumber Pusat [2 OR x 3 JAM x 2 AK]	12.0 OJ	900,000	10,800,000	
	- Honor Narasumber Provinsi [3 OR x 2 JAM x 2 AK]	12.0 OJ	450,000	5,400,000	
	- Honor Moderator [2 ORG x 1 KL x 2 AK]	4.0 OK	700,000	2,800,000	
524114	Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting Dalam Kota			430,821,000	RM
	(KPPN.014-Palembang)				
	- Paket meeting fullboard peserta [237 OR x 2 HR]	474.0 OP	500,000	237,000,000	
	- Paket meeting fullboard NS Pusat [2 OR x 2 HR x 2 AK]	8.0 OP	500,000	4,000,000	
	- Paket Meeting Fullday NS Provinsi, Moderator, dan Panitia [22 ORG x 3 HR]	66.0 OP	270,000	17,820,000	
	- Transport Panitia , NS Provinsi, Moderator, Panitia dan Peserta [22 ORG x 3 HR]	66.0 OT	150,000	9,900,000	
	- Transport Peserta (237 OR x 1 TR)	1.0 PT	62,231,000	62,231,000	
	- Transport NS Pusat [2 OR x 1 TR x 2 AK]	4.0 OT	3,000,000	12,000,000	
	- Uang Harian Fullboard Peserta [237 OR x 3 HR]	711.0 OH	120,000	85,320,000	
	- Uang Harian Paket Fullday Panitia dan Peserta [10 ORG x 3 HR]	30.0 OH	85,000	2,550,000	
052	Pelacakan dan Konfirmasi Masalah Gizi dan Monev Kegiatan Gizi			89,470,000	U
A	Pelacakan dan Konfirmasi Masalah Gizi dan Monev Kegiatan Gizi			82,940,000	
524111	Belanja Perjalanan Dinas Biasa			82,940,000	RM

Sumber : Rincian Kertas Kerja Satker Tahun Anggaran 2020 Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan

5.3.6 Mengirimkan Rencana Kerja dan Anggaran untuk Persetujuan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam mengirim rencana anggaran KIA untuk persetujuan dimulai dengan penyusunan rencana kegiatan program oleh pengelola program KIA. Kemudian setelah mendapat persetujuan kepala seksi dan kepala bidang, dimasukkan ke subbagian perencanaan evaluasi & pelaporan, yang mana akan dikumpulkan dan dijadikan satu menjadi Rencana Kerja Anggaran (RKA). Lalu selanjutnya setelah persetujuan kepala dinas, RKA tersebut diajukan ke Bappeda untuk kemudian di telaah bersama dengan Tim Anggaran Perencanaan Daerah (TAPD). Hasil telaah tersebut kemudian diajukan lagi kepada tim panitia anggaran DPRD untuk persetujuan dan pengesahan. Proses tersebut sudah sesuai dengan ketentuan yang ada.

Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) terdiri dari unsur Bappeda, BPKD dan Administrasi Pembangunan yang diketuai oleh Sekretaris Daerah. Tim

Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) berkontribusi dengan kepala daerah dalam menyusun kebijakan serta melakukan koordinasi dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan termasuk juga dalam pengelolaan keuangan daerah. Sebagai pengelola keuangan daerah, TAPD memiliki wewenang dalam mengoreksi Rencana Kerja Anggaran (RKA) yang disusun oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD), termasuk RKA yang disusun oleh Dinas Kesehatan. TAPD melakukan koreksi terhadap RKA SKPD sebelum mengajukannya dalam rapat Panggar di DPRD (Kani *et al.*, 2012).

Dalam pengiriman rencana anggaran KIA untuk persetujuan, tak luput dari tahapan penyusunan APBD. Penyusunan APBD disesuaikan dengan keperluan penyelenggaraan pemerintahan serta kemampuan pendapatan daerah. APBD disusun berdasarkan pedoman dari Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) guna melaksanakan pelayanan kepada masyarakat demi tergapainya tujuan Negara. TAPD adalah tim di dirikan oleh kepala daerah yang memiliki wewenang atas penyusunan APBD.

Fungsi pihak eksekutif (TAPD) pada prosedur perencanaan dan penganggaran Dinas Kesehatan diawali sejak penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD). Bappeda yang berfungsi dalam penyusunan Renja RKPD merupakan Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD). Berdasarkan PP No.8/2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah pasal 39 yang menyebutkan bahwa Bappeda dan SKPD menyusun Renja RKPD. Otoritas TAPD untuk memeriksa dan merevisi usulan perencanaan anggaran yang telah diajukan. Kegiatan tersebut merupakan perwujudan dari kegiatan evaluasi yang dilakukan TAPD sebagaimana disebutkan dalam PP No.8/2008 pasal 48. Yang digunakan untuk bahan dalam penyusunan rencana pembangunan daerah untuk periode berikutnya adalah hasil koreksi dari pihak TAPD. Dalam penentuan APBD, Kepala Daerah yang merupakan lembaga eksekutif di daerah perlu mendapatkan persetujuan DPRD sebagai lembaga legislative. Jadi Kepala Daerah dan DPRD memiliki pengaruh dalam proses penentuan anggaran pembangunan daerah. Hal tersebut telah diatur didalam UU No 32/2004 yang menyatakan bahwa tugas DPRD adalah membahas serta menyetujui rancangan Peraturan Daerah tentang APBD bersama Kepala

Daerah (Kani *et al.*, 2012)

5.4 Indikator Output

Keluaran (output) merupakan produk langsung dari sebuah kegiatan/aktivitas yang didapatkan dari satuan kerja perangkat daerah yang bersangkutan. Indikator keluaran bisa menjadi landasan untuk menilai kemajuan suatu aktivitas program apabila target kinerjanya (tolok ukur) dikaitkan dengan target-target kegiatan yang terdefinisi dengan baik serta terukur (Armala and Pandoyo, 2020). Output memiliki beberapa kriteria yaitu: Output dikonsumsi oleh pihak eksternal bukan internal; Mempunyai jangkauan yang tidak seluas outcome; ukuran output secara langsung akan berpengaruh terhadap outcome. Target dari output adalah pemakai dari produk atau layanan yang dihasilkan dari sebuah program. Target yang telah ditetapkan merupakan sasaran program yang akan dicapai (Kurniati, 2016).

1. Jumlah Kematian ibu

Salah satu indikator untuk dapat mengukur pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) adalah indikator jumlah kematian ibu. Terdapat faktor langsung dan tidak langsung yang mempengaruhi kematian ibu. Faktor tersebut antara lain yaitu faktor geografis, sosial dan lain sebagainya. Sebagai bentuk upaya penurunan kematian ibu, dinas kesehatan sudah membuat program penanggulangan kematian ibu seperti pemberian tablet penambah darah, pelayanan ibu hamil sampai pelayanan terhadap ibu nifas (Evadianti and Puhadi, 2014). Kematian ibu merupakan kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa melihat lamanya durasi kehamilan maupun tempat persalinan, yaitu kematian yang diakibatkan oleh kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi disebabkan oleh sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dan lain-lain (Salaki, Majore and Prang, 2020).

Berdasarkan target RPJMD Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020 menetapkan target untuk jumlah kematian ibu di Provinsi Sumatera Selatan adalah sebanyak 116 kasus. Dari hasil penelitian, diketahui bahwa jumlah kematian ibu di Provinsi Sumatera Selatan belum mencapai tersebut. Terjadi sebanyak 128 kasus jumlah kematian ibu di Provinsi Sumatera Selatan Tahun

2020. Adapun faktor yang mempengaruhi jumlah kematian ibu di Provinsi Sumatera Selatan yaitu karena di masa pandemi ini banyak ibu hamil yang takut untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ke fayankes, adapun faktor lainnya yaitu ketersediaan SDM serta sarana dan prasarana yang kurang berkualitas dan memadai.

Kematian wanita selama kehamilan, persalinan dan nifas tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah seperti di Afrika Selatan. Akan tetapi penyebab dan faktor yang menyebabkan kematian ibu dapat dihindari dengan cara menggunakan formulir terstruktur, dan data dimasukkan ke dalam sistem pendataan elektronik, Sistem Audit Morbiditas dan Mortalitas Ibu (MAMMAS), yang kemudian mengumpulkan informasi dari semua provinsi. Ada komponen kendali mutu di tingkat provinsi untuk memastikan bahwa penilaian seakurat mungkin. Di tingkat nasional, data MAMMAS digunakan untuk membuat tabel dan informasinya dikumpulkan menjadi laporan. Laporan-laporan ini, yang disebut laporan *Saving Mothers* (SMRs), dibuat sebagai laporan tahunan dan laporan tiga tahunan yang lebih komprehensif, yang mencakup bab tentang masing-masing kondisi utama yang menyebabkan kematian. Sebelum publikasi laporan, ada pertemuan diskusi pemangku kepentingan nasional dan provinsi untuk mengidentifikasi rekomendasi utama yang muncul dari data. Rekomendasi ini harus dilaksanakan untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) (Moodley, Fawcus and Pattinson, 2018).

2. Jumlah Kematian Bayi

Menurut Aulele (2012) Kematian bayi merupakan terjadinya kematian bayi antara saat sesudah bayi lahir sampai belum berusia tepat satu tahun. Kematian bayi dikaitkan dengan beragam faktor. Terdapat dua jenis kematian bayi secara umum, yaitu kematian endogen dan kematian eksogen. Kematian bayi endogen dapat disebut dengan kematian neonatal, yang merupakan kematian bayi terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, pada dasarnya kematian neonatal di akibatkan faktor bawaan anak sejak lahir, yang mana

diturunkan dari orang tuanya pada saat konsepsi maupun diperoleh selama kehamilan. Sedangkan Kematian bayi eksogen atau kematian post neonatal, merupakan kematian bayi yang terjadi sesudah usia mencapai satu bulan hingga usia satu tahun. Kematian eksogen disebabkan oleh faktor yang berkaitan dengan pengru eksternal seperti faktor usia ibu pada saat melahirkan, banyaknya pemeriksaan yang dilakukan oleh ibu pada saat hamil, tingkat pendidikan ibu, jumlah sarana kesehatan, persentase daerah yang berstatus desa, dan faktor lain (Aulele, 2012).

India memiliki jumlah kematian neonatal tertinggi di dunia. Pada 2015, 20% (1.201.000) kematian balita global terjadi di India, yang berarti bahwa satu dari setiap lima kematian anak global terjadi di India. Lebih dari 50% kematian balita dan 70% kematian bayi terjadi selama 4 minggu pertama kehidupan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Anthony *et al.*, (2017), kunci masalah kematian anak di India jelas terletak pada pembatasan kematian bayi baru lahir. Pentingnya pendokumentasian rincian kelahiran dan kematian neonatus tidak dapat dilebih-lebihkan karena tanpa data yang akurat dan terkini, kita tetap tidak mengetahui besarnya dan tingkat keparahan masalah Anthony Godinho *et al.*, 2017).

Angka kematian bayi di Indonesia dan Kamboja sendiri masih berada diatas AKB Asia Tenggara, sedangkan Filipina sudah sama dengan AKB Asia Tenggara. Jarak kelahiran merupakan salah satu faktor yang memegang peran penting pada kematian bayi (Fitri, Adisasmita and Mahkota, 2017). Beberapa status kesehatan neonatal merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kematian bayi. Menurut Mahadevan dkk (1986) dalam Setyo dkk, (2014) menyebutkan banyak faktor yang mempengaruhi kematian bayi. Faktor langsung penyebab kematian bayi adalah kesehatan dan kelangsungan hidup bayi. Faktor tidak langsung penyebab kematian bayi meliputi variabel keluarga, konsepsi dan kehamilan, perinatal serta norma perawatan bayi (Setyo *et al.*, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian untuk jumlah kematian bayi di provinsi Sumatera selatan tahun 2020 masih jauh dari target RPJMD atau masih belum mencapai target. Yakni sebanyak 536 kasus kematian bayi sedangkan target RPJMD Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020 menetapkan sebanyak 458 kasus. Adapun faktor – faktor penyebab kematian bayi di Provinsi Sumatera Selatan yaitu di masa pandemic banyak ibu hamil yang jarang memeriksakan kehamilannya karena takut, masih tingginya usia kawin muda, hamil di usia tua serta kehamilan lebih dari empat kali, banyak kasus kurang energy kronik (KEK) yang menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR), fakto lainnya adalah masih minimnya alat untuk pertolongan bayi baru lahir.

3. Persentase Pertolongan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Salah satu upaya untuk mengurangi angka mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir adalah dengan memastikan kelahiran bayi dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih, terakreditasi seperti bidan, dokter atau perawat, yang telah dididik dan dilatih untuk menguasai keterampilan yang dibutuhkan untuk mengelola kehamilan normal (tanpa komplikasi), dan masa nifas, serta mampu melakukan identifikasi, manajemen dan rujukan komplikasi pada Ibu dan bayi baru lahir. Persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan upaya untuk menurunkan angka kematian maternal dan bayi. Namun, persalinan oleh tenaga non kesehatan/tanpa pertolongan masih tinggi terutama di beberapa provinsi dan kabupaten di Indonesia (Hermawan, 2017). Menurut WHO (2004) keberhasilan upaya pemerintah dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari peningkatan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (linakes) di Indonesia. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dianggap memenuhi persyaratan steril dan aman, karena apabila ibu mengalami komplikasi persalinan maka penanganan atau pertolongan pertama pada rujukan dapat segera dilakukan.

Target RPJMD Provinsi Sumatera Selatan tahun 2020 yang ditetapkan untuk Persentase Persalinan di Fasyankes adalah sebesar 91% 88,83%. Berdasarkan hasil penelitian Provinsi Sumatera Selatan belum mencapai target yang ditetapkan. Hasil capaian dari persentase persalinan di fayankes

yaitu sebesar 88,83%. Akan tetapi terdapat dua kabupaten yang capaiannya melebihi 100% yaitu Kabupaten Ogan Ilir dan Pagar alam, dikarenakan menggunakan data sasaran berbeda dengan provinsi. Untuk tahun 2020, 10 kabupaten/ kota tidak mencapai target di karenakan adanya pandemi covid, banyak keluarga yang tidak mau melahirkan dan takut ke fayankes . Persentase capaian terendah ialah Kabupaten Muratara sebesar 71,58 (69,57%). Penyebabnya ialah Perilaku/ tradisi masyarakat (lebih memilih bersalin dengan dukun dan di rumah), sarana dan prasarana di polindes yang kurang memadai.

4. Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Pelayanan K4

Cakupan pelayanan K4 merupakan salah satu capaian indikator dari program kesehatan ibu. Cakupan K4 merupakan jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal berdasarkan standar yang ada, yaitu paling sedikit sebanyak empat kali disesuaikan dengan waktu yang direkomendasikan pada setiap trisemester dibandingkan dengan jumlah sasaran ibu hamil dalam suatu daerah kerja dengan kurun waktu satu tahun (Kemenkes, 2016). Indikator kualitas capaian pelayanan kesehatan ibu hamil bisa dilihat berdasarkan cakupan kunjungan ibu hamil (K4). Pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat tergambarkan melalui indikator cakupan K4. Ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal K4 memungkinkan akan dibantu tenaga kesehatan dalam proses persalinan. Cakupan ANC di Indonesia msih belum mencapai target nasional hal ini menunjukkan masih rendahnya kualias pelayanan ANC. Di Indonesia berdasarkan data cakupan kunjungan ibu hamil (K4) tahun 2015 belum memenuhi dari target Renstra Kementerian Kesehatan sebesar 95%, sedangkan capaian program hanya sebesar 87,48%. Adapun 3 provinsi di Indonesia yang telah mencapai target tersebut yaitu Kepulauan Riau, DKI Jakarta dan Jawa Barat sedangkan 31 provinsi lainnya belum memenuhi target Kemenkes tahu 2015 (Kemenkes, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Izati (2018) diketahui di

Provinsi Jawa Timur capaian cakupan kunjungan ibu hamil (K4) di tahun 2014 mencapai 88,66%. Pada tahun 2015 terjadi peningkatan capaian K4 sebesar 91,24% di Provinsi Jawa Timur. Walaupun terjadi peningkatan secara nasional, tetap cakupan yang dicapai belum bisa memenuhi target Rensra tahun 2015 yakni sebesar 95,1%. Hal ini membuktikan bahwa belum optimalnya pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan (Izati, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian ini, target capaian dari program pelayanan K4 pada ibu hamil di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan belum memenuhi target RPJMD Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020 yang ditetapkan sebesar 94%. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K4 di Provinsi Sumatera Selatan adalah sebesar 90,91%. Persentase terendah adalah kota Palembang yaitu sebesar 77,45%. Adapun penyebab dari capaian terendah disebabkan karena adanya perilaku masyarakat yang belum memahami pentingnya kunjungan kehamilan, kurang patuhnya petugas kesehatan terhadap standar pelayanan antenatal terpadu, akses ke fasilitas kesehatan sebagian sulit dijangkau dan terdapat pelayanan yang tidak dilaporkan.

5. Persentase Bayi Baru Lahir Mendapatkan Pelayanan Kunjungan Neonatal ke 1 (KN1)

Masalah utama sebagai penyebab kematian bayi dan balita terdapat pada saat neonatal. Enam puluh persen kematian bayi terjadi pada saat neonatal (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, 2013). Masalah neonatal sebagai penyebab utama kematian bayi adalah asfiksia, berat badan lahir rendah dan infeksi neonatal (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2011). Di Indonesia angka kematian neonatal mencapai 19 per 1000 kelahiran hidup dimana berarti angka kematian bayi sebesar 55,9%. Walaupun telah digalangkan berbagai pelayanan peningkatan kesehatan ibu dan anak, penurunan kematian neonatal tetap lambat. Usaha penurunan kematian neonatal pada masa kini dicapai dengan melakukan pemberian pelayanan kunjungan neonatal yang mana termasuk juga pemberian vitamin K injeksi,

pemberian salep mata, deteksi dini tanda bahaya, dan pemberian imunisasi HB0. Kunjungan neonatal adalah sebagai sarana dalam memperoleh asuhan bayi baru lahir esensial supaya bayi bisa beradaptasi terhadap perubahan lingkungan dari dalam rahim ke luar rahim. Adaptasi lingkungan saat sudah di luar rahim harus difasilitasi oleh orang terdekat dengan bayi, dalam hal ini orang tua dan tenaga kesehatan yang membantu proses persalinan serta pemeriksa bayi baru lahir. Kunjungan neonatal bisa dilaksanakan melalui kunjungan ibu ke nakes dan fayankes maupun sebaliknya (Sukamti and Riono, 2015).

Menurut penelitian Sukamti dan Riono (2015) kunjungan neonatal pertama dilaksanakan pada umur enam jam hingga 48 jam, diperoleh persentase sebesar 69,9%. Untuk kunjungan neonatal di rumah adalah 27,8% sedangkan kunjungan neonatal di praktik nakes sebesar 23,2%. Persentase ini sesuai dengan data mengenai pertolongan persalinan, di mana persentase yang paling besar adalah dirumah dan di bidan praktik. Berdasarkan KN1 dan jenis pelayanan yang diberikan diperoleh KN1 dengan tiga macam pelayanan hanya sekitar 13,1%, KN1 dengan kurang dari tiga macam pelayanan sebanyak 59,9%. Sedangkan untuk yang tidak mendapatkan kunjungan neonatal adalah sebanyak 27%. Berdasarkan data tersebut dapat dilihat kualitas pelayanan kunjungan neonatal yang berhubungan dengan asuhan penting bayi baru lahir. Dalam penelitian ini persentase KN1 dengan pemberian vitamin K sebanyak 22,45%, persentase KN1 tidak diberi vitamin K dan tidak KN sebanyak 77,45%. Peristiwa kematian pada bayi yang KN1 dengan pemberian vitamin K sebanyak 0,04% sedangkan pada bayi yang KN1 tidak diberikan vitamin K dan tidak KN1 sebanyak 1,2% (Sukamti dan Riono, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa cakupan program pelayanan Kunjungan Neonatal ke 1 (KN1) untuk bayi baru lahir telah melebihi dari target RPJMD Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020, yaitu sebesar 94,83%. Adapun Kabupaten Muratara memiliki capaian terendah dengan persentase 82,75% ialah kabupaten Muratara. Beberapa faktor yang menyebabkan capaian rendah di antaranya di masa pandemic covid ini

masyarakat takut untuk ke fasyankes dan juga menerima kunjungan rumah oleh nakes, serta masyarakat kurang tahu pentingnya kunjungan bayi.

6. Persentase Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik 1, 7 dan 10

Penjaringan kesehatan merupakan suatu prosedur pemeriksaan kesehatan yang dilakukan untuk memilah anak yang sehat dan tidak sehat. Penjaringan kesehatan dapat dimanfaatkan untuk pemetaan kesehatan siswa. Kegiatan ini dilaksanakan untuk mendeteksi gaya hidup siswa yang dapat mengakibatkan masalah kesehatan, masalah proses belajar, dan untuk mendeteksi perilaku serta masalah kesehatan reproduksi (Mulazimah, Ikawati dan Nurahmawati, 2021).

Penjaringan kesehatan dilakukan pada peserta didik kelas 1 SD, kelas 7 SMP/MTs dan Kelas 10 SMA/SMK/MA. Pemeriksaan kesehatan terhadap peserta didik kelas 1 SD/MI yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB,BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran. Pemeriksaan kesehatan terhadap peserta didik kelas 7 SMP/MTs yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB,BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran. Pemeriksaan kesehatan terhadap peserta didik kelas 10 SMA/MA yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama kader kesehatan sekolah minimal pemeriksaan status gizi (TB,BB), pemeriksaan gigi, tajam penglihatan dan tajam pendengaran (Profil Dinas Kesehatan Provinsi NTB).

Berdasarkan data dari DKK Kabupaten Demak, cakupan penjaringan kesehatan anak SD di Kabupaten Demak mencapai 100%. Akan tetapi setelah ditelusuri diketahui bahwa penghitungan cakupan hanya berdasarkan jumlah SD yang melakukan program penjaringan yakni sebanyak 683 SD. Menurut petunjuk teknis dalam program penjaringan kesehatan anak sekolah, semestinya cakupan dihitung sesuai dengan jumlah murid SD yang memperoleh pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan maupun tenaga terlatih dalam sebuah daerah kerja di kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah murid SD setingkat dalam sebuah daerah kerja di kurun waktu yang sama dikalikan

100%. Dalam penyiapan Tim Penjaringan, Puskesmas dan DKK Kabupaten Demak penyusunan perencanaan kurang baik karena tidak terstruktur. Belum dilakukan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan, pencatatan-pelaporan di akhir kegiatan program belum dilakukan juga, dapat dilihat bahwa pelaksanaan program tidak berjalan optimal. Akibat belum melakukan pengelolaan komponen *input* secara optimal, sehingga mempengaruhi kelangsungan fungsi manajemen pada Puskesmas, yang mana berperan dalam menghasilkan output dan outcome pada sistem penjaringan kesehatan tersebut (S, Mawarni dan Sriatmi, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh, program penjaringan kesehatan untuk peserta didik Tahun 2020 di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan telah memenuhi dari target RPJMD Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjaringan kesehatan untuk peserta Didik Tahun 2020 di Provinsi Sumatera Selatan mencapai 96,76%. Cakupan merata di seluruh 17 kabupaten/ kota. Mekanisme pelaporan dan pencatatan data ini diperoleh pada tahun ajaran 2019/2020 yang dilakukan secara langsung ke lapangan dan belum terkena dampak pandemi covid.

7. Persentase PUS menjadi Peserta KB Aktif

Keluarga berencana adalah pelayanan yang diperuntukkan untuk mendukung pencapaian target mengenai peningkatan kualitas dan cakupan sasaran pelayanan keluarga dalam Millenium Development Goal (MDG's). Program Keluarga Berencana Nasional memiliki peran penting sebagai usaha meningkatkan kualitas penduduk. Keluarga berencana merupakan cara yang digunakan guna menekan laju pertumbuhan penduduk untuk mengontrol fertiltas. Naiknya *Total Fertility iRate* (TFR) diakibatkan oleh berbagai faktor, contohnya banyak Pasangan Usia Subur yang memilih untuk tidak melakukan KB, yang berdampak *unmet need* meningkat serta pertumbuhan laju penduduk meningkat (Sariyati, Mulyaningsih and Hadi, 2016). Di Indonesia Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) menjadi salah satu provinsi yang memiliki peserta KB aktif cukup tinggi. Peserta Kb aktif

menjangkau angka 34.373 dari 477.339 pasangan usia subur atau setara dengan 73,29% di tahun 2012 (BKKBN 2012).

Berdasarkan Profil data kesehatan Indonesia tahun 2013 memperlihatkan sekitar 76,73% pasangan usia subur telah menjadi peserta KB. Dengan rincian pemakaian kontrasepsi suntik sebesar 48,56%, pil 26,60%, kondom 6,09%, metode operasi wanita (MOW) sebanyak 1,25, dan yang paling sedikit yaitu metode operasi pria (MOP) sebanyak 0,25%. Sedangkan untuk di tahun 2014 metode kontrasepsi yang terbanyak diminati adalah metode suntikan sebanyak 47,54%, yang kedua ada pil sebanyak 23,58%, untuk metode kondom ada sebanyak 3,15%, Sedangkan metode yang paling sedikit diminati adalah kontrasepsi metode operasi pria (MOP) sebanyak 0,69% (Profil kesehatan Indonesia, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian cakupan PUS menjadi Peserta KB Aktif di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020 telah di atas target RPJMD yang ditetapkan yaitu sebesar 79,17%. Akan tetapi masih terdapat beberapa Kabupaten/Kota yang belum memenuhi target yaitu Kabupaten OKUS, Kab. Empatlawang dan Kota Prabumulih. Beberapa alasan tidak tercapainya target dikarenakan adanya pandemi covid menyebabkan tidak ada layanan KB, akses pelayanan yang jauh, serta kurangnya minat masyarakat untuk ber KB.

8. Persentase Puskesmas mengembangkan Program Usila

Usia Harapan Hidup yang meningkat menyebabkan perubahan struktur umur di setiap provinsi. Provinsi berpenduduk tua memiliki persentase jumlah lansia melebihi 7 (tujuh) persen dari total penduduk. Pemerintah telah mengusung berbagai program untuk meningkatkan kesejahteraan lansia. Dalam hal ini, Kementerian Sosial dan Kementerian Kesehatan memiliki andil paling besar. Program-program di bawah kendali Kementerian Sosial yaitu JSLU (Jaminan Sosial Lanjut Usia), Panti Sosial, dan BKL (Bina Keluarga Lansia), sedangkan Kementerian Kesehatan menyediakan fasilitas kesehatan berupa Puskesmas Santun usia lanjut, Posyandu Lansia, dan Poliklinik Geriatri di Rumah Sakit (Silitonga, Suwitri and Marom, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Dian Margita dkk, (2020) menunjukkan bahwa, target SPM (Standar pelayanan minimal) pelayanan kesehatan pada usia lanjut yang harus dilaksanakan sesuai standar oleh puskesmas adalah 100 % usia lanjut. Menurut data laporan tahunan Puskesmas Pondok Rumpit Tahun 2017 hal tersebut belum sesuai target 100%, karena pencapaiannya hanya 485 orang yaitu 69,78% dengan total penduduk yang berusia lanjut berjumlah 695 orang. pelaksanaan kesehatan dasar pada lanjut usia di Puskesmas Pondok Rumpit dilihat dari beberapa upaya, seperti upaya promotif, upaya preventif, upaya kuratif, dan upaya rehabilitatif. Hasil penelitian yang dilakukan menemukan adanya hambatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan lanjut usia, yang salah satunya yaitu para lansia masih kurang menyadari pentingnya kesehatan, masih kurang motivasi diri untuk melakukan skrining ke Posbindu (Dian Margita, Muchlisoh dan Listyandini, 2020).

Berdasarkan hasil penelitian persentase puskesmas mengembangkan program pelayanan usia lanjut (usila) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan sudah di atas target RPJMD Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2020 yaitu sebesar 82,70%. Namun, masih ada enam kabupaten yang di bawah target yaitu Kabupaten Lahat, Banyuasin, Ogan Ilir, Muratara, Palembang dan Lubuk Linggau. Faktor penyebab rendahnya capaian ini diantaranya karena adanya pandemi covid, SDM yang belum terpapar/ terlatih mengenai pelayanan kesehatan lansia dan geriatri, serta Sarana dan prasarana yang belum memadai.