

## ANALISIS ANGGARAN PROGRAM PRIORITAS KESEHATAN IBU DAN ANAK DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN LINGGA PROPINSI KEPULAUAN RIAUTAHUN 2009-2010

*ANALYSIS BUDGETING OF THE MATERNAL AND CHILD HEALTH PROGRAM PRIORITIES IN  
LINGGA HEALTH AUTHORITY  
KEPULAUAN RIAU PROVINCE 2009-2010*

Marnaza Yusman<sup>1</sup>, Mubasysyir Hasan Basri<sup>2</sup>, Lutfan Lazuardi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Puskesmas Dabo Lama Kabupaten Lingga Kepulauan Riau

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** Global commitments for developing countries contained in the Millennium Development Goals (MDGs) by 2015, where the target MMR 102 per 100,000 live births and IMR 23 per 1,000 live births. In connection with this mother and child health program should be a concern. Lingga Health Authority supports the achievement of MDGs with budget support and adequate human resources and the commitment of policy makers.

**Goal of Research:** To find out the budgeting maternal and child health program priorities Lingga Health Authority.

**Methods of Research:** The design of this study using a case study design is descriptive with qualitative methods. Researchers analyzed the budget maternal and child health program in Lingga Health Authority Kepulauan Riau Province 2009-2010.

**Research Result:** The low budget of MCH programs and programs that have not implemented effectively viewed from maternal and child mortality is still high. MPS implementation of the strategy aimed to emergency service only focused on improving access and coverage, while the increase in family and community participation, use of co-operation, and management support is not implemented consistently. There is no prioritization of MCH program activities and budget refers only to the previous year's budget is based on data or the strengthening of the program. Weak commitment to decision makers and advocacy that have an impact on the budgets MCH program of low.

**Conclusions:** Local builders index is determined by success in reducing maternal mortality. MCH program budget allocation should be based on evidence based and consider the magnitude of maternal mortality can be reduced. Priority setting is needed to determine which program activities over the allocated budget priorities so that more effective. The need for advocacy to local government and is committed to implement the priority programs so that programs are implemented more useful.

**Keywords:** health budget, maternal and child program priorities.

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Komitmen global bagi negara berkembang tertuang dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015, dimana target AKI 102 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 23 per 1.000 kelahiran hidup. Sehubungan dengan hal itu

program kesehatan ibu dan anak harus menjadi perhatian. Dinas Kesehatan kabupaten Lingga mendukung pencapaian target MDGs dengan dukungan anggaran dan sumber daya manusia yang memadai serta komitmen para pembuat kebijakan.

**Tujuan penelitian:** Untuk mengetahui anggaran program prioritas kesehatan ibu dan anak di Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga.

**Metode Penelitian:** Rancangan penelitian ini adalah studi kasus yang bersifat deskriptif dengan metode kualitatif. Peneliti menganalisis anggaran dan program prioritas kesehatan ibu dan anak di Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga Propinsi Kepulauan Riau Tahun 2009-2010.

**Hasil Penelitian:** Rendahnya anggaran program KIA dan program yang telah dilaksanakan tidak efektif dilihat dari angka kematian ibu dan anak yang masih tinggi. Penerapan strategi *MPS* yang diarahkan untuk pelayanan kegawatdaruratan hanya terfokus pada peningkatan akses dan cakupan pelayanan, sedangkan peningkatan partisipasi keluarga dan masyarakat, pemanfaatan kerjasama, dan manajemen support tidak dilaksanakan dengan konsisten. Tidak ada penetapan prioritas untuk kegiatan program KIA dan penyusunan anggaran hanya mengacu pada anggaran tahun sebelumnya tidak berdasarkan data atau penguatan dari program. Lemahnya komitmen dan advokasi pengambil keputusan yang berdampak pada anggaran program KIA rendah.

**Kesimpulan:** Indeks pembangun daerah sangat ditentukan oleh keberhasilan dalam menurunkan angka kematian ibu. Pengalokasian anggaran program KIA harus berdasarkan *evidence based* dan mempertimbangkan besaran angka kematian ibu dapat diturunkan. Penetapan prioritas sangat perlu dilakukan untuk menentukan kegiatan program yang lebih prioritas sehingga anggaran yang dialokasikan lebih efektif. Perlunya advokasi terhadap pemerintah daerah dan mempunyai komitmen untuk melaksanakan program prioritas sehingga program yang dilaksanakan lebih bermanfaat.

**Kata Kunci:** anggaran kesehatan, program prioritas kesehatan ibu dan anak

### PENGANTAR

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahap II Tahun 2010-2014 target Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 118 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Bayi

(AKB) sebesar 24 per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2015 sesuai dengan komitmen global bagi negara berkembang yang tertuang di dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) yaitu AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup<sup>1</sup>.

Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dipengaruhi oleh penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung berkaitan dengan kondisi saat melahirkan, seperti perdarahan, hipertensi (*eklampsia*), infeksi, partus lama, dan komplikasi keguguran yang diperburuk oleh status kesehatan dan gizi ibu yang kurang baik. Penyebab tidak langsung antara lain rendahnya pendidikan ibu, kurangnya pengetahuan kesehatan reproduksi, rendahnya status sosial ekonomi, kedudukan, peranan ibu yang tidak menguntungkan dalam keluarga, kuatnya tradisi dan budaya lokal dalam menyikapi proses persalinan, serta kurangnya ketersediaan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana<sup>1</sup>.

Berbagai upaya telah dilakukan dalam rangka penurunan AKI, seperti program *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang merupakan strategi sektor kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan akibat kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Selain itu program yang mendukung penurunan AKI adalah penyediaan bidan di desa, peningkatan puskesmas menjadi puskesmas Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED) serta kerjasama antara tenaga kesehatan dan dukun<sup>2</sup>.

Berdasarkan data dari dinas kesehatan Kabupaten Lingga tahun 2009 jumlah kelahiran hidup sebesar 1.536 adapun AKI sebesar 6 kasus (390/100.000 kelahiran hidup), dan AKB 18 kasus (11/1.000 kelahiran hidup). Anggaran kesehatan secara keseluruhan dari total APBD Kabupaten setiap tahunnya sebesar antara 6%-6,7%. Kegiatan program kesehatan ibu dan anak pada tahun 2009 bersumber dari APBD kabupaten sebesar Rp.407.980.000,- dan Rp 512.425.000,00 pada tahun 2010<sup>3</sup>.

Berdasarkan latar belakang diatas dimana masih tingginya AKI dan AKB serta rendahnya anggaran untuk program kesehatan ibu dan anak maka permasalahan masalahnya adalah bagaimana penganggaran program prioritas kesehatan ibu dan anak di Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga Propinsi Kepulauan Riau Tahun 2009–2010.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus yang bersifat deskriptif dengan metode kualitatif. Subjek penelitian adalah di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga Propinsi Kepu-

luan Riau. Pengambilan subjek penelitian ini terdiri dari : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga, Sekretariat Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Kesehatan Keluarga, Kepala Seksi KIA dan Gizi, dan Kepala Sub Bagian Perencanaan serta beberapa staf yang dijadikan sumber data (informan) yang berkaitan dengan pengelola program.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga

Belum ada puskesmas Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED) sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam pelayanan kesehatan di puskesmas yang berada disetiap kecamatan sumber daya manusia kesehatan khususnya keberadaan bidan di desa pada tahun 2009 memiliki 48 bidan dan bertambah menjadi 141 bidan pada tahun 2010. Berdasarkan telaah dokumen dan informasi yang ada dari 141 total jumlah bidan, yang tinggal di desa berjumlah 51 dari 57 desa/kelurahan selebihnya bertugas di puskesmas induk, rumah sakit dan pindah di jabatan struktural. Selanjutnya jika dibandingkan dengan jumlah penduduk pada tahun 2010 sebesar 97.144 jiwa, perbandingannya adalah sebesar 1 : 689 atau 145 : 100.000 penduduk, hal ini sudah melebihi Standar Indonesia Sehat Tahun 2010 dimana perbandingan bidan 100/100.000 penduduk.

Berdasarkan Standar Indonesia Sehat Tahun 2010 perbandingan dokter spesialis 6/100.000 jumlah penduduk. Keadaan dokter spesialis di Kabupaten Lingga dengan geografis kepulauan, dimana letak rumah sakit antar pulau dengan jumlah dokter spesialis 5 orang dengan jumlah penduduk 97.144 atau 5,14/100.000 penduduk dirasakan masih sangat kurang apalagi dengan status dokter tidak permanen atau sistem kontrak yang selalu terjadi kekosongan pada saat penyambungan kontrak.

### Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga Tahun 2009–2010

Total keseluruhan alokasi anggaran program Kesehatan Ibu Anak (KIA) ternyata yang bersumber dari APBD II hanya berkisar 2,26% pada tahun 2009 dan meningkat menjadi 4,80% di tahun 2010. Jika alokasi anggaran program KIA tersebut dibandingkan dengan total APBD II maka persentasenya masih kecil yaitu pada tahun 2009 sebesar 0,07%, sedangkan pada tahun 2010 hanya 0,09%.

Kutipan wawancara dan telaah dokumen diketahui bahwa jika hanya mengandalkan dari anggaran APBD II saja maka anggaran APBD II tersebut tidak

**Tabel 1. Alokasi Anggaran Program KIA Bersumber dari APBD II Kabupaten Lingga Tahun 2009–2010**

Alokasi Anggaran KIA	Tahun Anggaran	
	2009	2010
Total APBD II	545.000.000,000	601.000.000.000
Total APBD II Program Kesehatan	18.066.345.000	10.671.918.000
Total Anggaran KIA	407.980.000	512.425.000
% KIA Terhadap APBD II Kesehatan	2,26 %	4,80%
% KIA Terhadap Total APBD II	0,07%	0,09%

Sumber: Subag Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan Dinkes Kabupaten Lingga)

cukup untuk membiayai seluruh biaya untuk program KIA di Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga. Oleh karena itu ketergantungan terhadap sumber pembiayaan lainnya yaitu dari kegiatan yang bersumber dari APPB I sehingga kegiatan program KIA dapat berjalan optimal.

### Anggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak

**Tabel 2. Alokasi Anggaran Program KIA di Kabupaten Lingga Tahun 2009–2010**

Alokasi Biaya	Tahun Anggaran	
	2009	2010
Anggaran Program KIA	407.980.000	512.425.000
Total Anggaran Program Kesehatan	18.066.345.000	10.671.918.000
% Anggaran KIA	2,26%	4,80%

Sumber: Subag Perencanaan dan Evaluasi Dinkes Kabupaten Lingga Tahun 2010

Walaupun persentase anggaran program KIA mengalami peningkatan namun anggaran tersebut belum sepenuhnya dapat mengintervensi permasalahan program KIA di Kabupaten Lingga terutama dalam penurunan angka kematian ibu.

### Gambaran Situasi Anggaran Program Dinas Kesehatan APBD II

**Tabel 3. Anggaran Program KIA Berdasarkan Kegiatan Pokok KIA di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010**

Kegiatan KIA	Tahun Anggaran			
	2009		2010	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Penyuluhan Kesehatan Anak Balita	284.404.500	1.58	480.225.000	4.50
Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	123.575.500	0.68	32.200.000	0.30
Jumlah	407.980.000	2.41	512.425.000	4.80

Anggaran kesehatan per program di dinas kesehatan Kabupaten Lingga secara total mengalami penurunan dari tahun sebelumnya dimana Rp. 18.066.345.000,- pada tahun 2009 dan Rp. 10.671.918.000,- pada tahun 2010. Untuk program peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak juga

mengalami penurunan anggaran, akan tetapi untuk anggaran program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita meningkat dari Rp. 284.404.500,- tahun 2009 dan Rp. 480.225.000,- tahun 2010.

### Gambaran Program Kesehatan Ibu dan Anak

**Tabel 4. Perkembangan Kasus Kematian Ibu dan Kematian Bayi di Kabupaten Lingga Tahun 2009 – 2010**

No	Indikator Dampak	Tahun	Kasus	Kelahiran
1	Kematian Ibu	2009	6	1.536
		2010	8	2.012
2	Kematian Bayi	2009	18	1.536
		2010	38	2.012

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Lingga Tahun 2010

Dari tabel di atas bahwa AKI meningkat dari tahun sebelumnya dari enam kasus (390/100.000 KH) menjadi delapan kasus (397/100.000 KH) sedangkan Angka Kematian Bayi meningkat hampir dua kali lipat. Meskipun jumlah sarana kesehatan dan jumlah sumber daya manusia kesehatan khususnya bidan sudah cukup memadai tetapi dibandingkan dengan capaian target indikator pelayanan kesehatan ibu dan anak, yang menjadi perhatian adalah angka kematian bayi yaitu 18 kasus (12/1.000 KH) menjadi 38 kasus (19/1.000 KH).

Indikator SPM program KIA yang mempengaruhi kematian ibu dan kematian bayi masih belum dapat mencapai target yang telah ditetapkan.

Rendahnya cakupan program KIA secara langsung berdampak pada upaya akselerasi penurunan angka kematian ibu. Hal ini tentunya sangat ironis jika dibandingkan dengan semakin meningkatnya alokasi biaya program kesehatan ibu dan anak dibandingkan tahun sebelumnya. Anggaran KIA meningkat idealnya target indikator program kesehatan ibu.

Peningkatan kasus kematian ibu di Kabupaten Lingga ternyata tidak sejalan dengan cakupan program KIA yang berkaitan dengan penurunan angka kematian ibu. Dari hasil telaah dokumen kegiatan KIA dapat diketahui bahwa cakupan program KIA menunjukkan peningkatan setiap tahunnya meskipun belum mencapai target yang telah ditetapkan. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 7.

**Tabel 5. Perkembangan Cakupan Program KIA Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010**

No	Indikator SPM	Tahun	Sasaran	Target	Capaian
1	Persalinan ditolong tenaga kesehatan	2009	1246	75 %	59.1%
		2010	1623	90 %	69.2 %
2	Komplikasi obstetri ditangani	2009	226	55 %	10.7 %
		2010	133	60 %	28.4%
	Komplikasi Neonatal ditangani	2009	84	55 %	4.2 %
		2010	80	60 %	23.8 %
3	Kunjungan Nifas (Kf3)	2009	1143	100 %	54.2%
		2010	1573	100 %	67.1%
4	Kunjungan Neonatus (KN2)	2009	1177	80 %	58.6 %
		2010	1670	85 %	74.7 %

Sumber : Data Standar Pelayanan Minimal Dinkes Kabupaten Lingga Tahun 2010

**Tabel 6. Penyebab Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010**

No	Penyebab Kematian	Tahun	
		2009	2010
1	Pendarahan	2	3
2	Infeksi	-	-
3	Eklamsia	1	2
4	Lain – lain		
	- Penyakit Jantung	-	2
	- Post SC	-	1
	- Tidak diketahui	3	-
Jumlah		6	8

Sumber: Hasil Audit Maternal Perinatal Kabupaten LinggaTahun 2009-2010

**Tabel 7. Cakupan Program KIA Terkait Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010**

No	Tahun	Indikator Proxy AKI				Kasus Kematian Ibu
		K4	Persalinan ditolong tenaga kesehatan	Komplikasi obstetri ditangani	Kunjungan Neonatus (KN2)	
1	2009	73,3%	59,1%	10.7%	58.6%	6
2	2010	73.9%	69.2%	28.4%	74.4%	8

Sumber kasie kesga Dinkes Kab Lingga Tahun 2009-2010

Dapat diketahui bahwa secara kuantitas cakupan program KIA yang berkaitan dengan penurunan angka kematian ibu mengalami peningkatan, hal ini dapat dilihat dari meningkatnya cakupan K4 yang telah mencapai 73,9% pada tahun 2010, persalinan oleh tenaga kesehatan yang telah mencapai 69,2%, penanganan komplikasi obstetri yang baru mencapai 28,4% dan kunjungan neonatus yang telah mencapai 74,4%. Tetapi jika dilihat dari angka kematian ibu yang bertambah dari enam kasus menjadi delapan kasus maka hal tersebut ternyata belum menunjukkan peningkatan sama sekali. Ternyata tingginya kasus kematian ibu yang disebabkan oleh pendarahan dan eklamsia oleh karena masih banyak ibu hamil kurang memanfaatkan buku KIA yang telah dibagikan.

### Gambaran Aktivitas Program Kesehatan Ibu dan Anak

Berdasarkan gambaran situasi kasus kematian ibu di Kabupaten Lingga diketahui bahwa kasus kematian ibu yang terjadi selama tahun 2009-2010

lebih didominasi oleh kasus pendarahan dan eklamsia, maka seharusnya aktivitas yang dilaksanakan lebih diarahkan untuk kedua penyebab masalah kematian tersebut, tetapi kenyataannya aktivitas yang dianggarkan belum sepenuhnya diarahkan untuk kedua penyebab kematian ibu tersebut.

Untuk melihat aktivitas program KIA yang didasarkan pada kegiatan pokok KIA terkait penurunan angka kematian ibu pada tahun 2009-2010 dapat diketahui dari tabel 8.

Selanjutnya, untuk melihat aktivitas program KIA yang didasarkan pada strategi MPS terkait penurunan angka kematian ibu pada tahun 2009-2010 dapat diketahui dari Tabel 9.

Berdasarkan Tabel 8 dan 9, dapat diketahui bahwa secara umum aktifitas yang dilaksanakan masih bersifat rutinitas dan lebih cenderung menggunakan pendekatan aspek *supply* yakni peningkatan akses pelayanan KIA, sedangkan menggunakan pendekatan aspek *demand* yakni peningkatan kemampuan masyarakat dalam menggunakan pelayanan KIA belum tergambar secara jelas.

**Tabel 8. Aktivitas Program KIA Berdasarkan Kegiatan Pokok KIA di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010**

No	Kegiatan KIA	Kegiatan	
		2009	2010
1	Antenatal Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pertemuan Pemantapan KIA&amp;KB PWS KIA Puskesmas</li> <li>Cetak Buku KIA</li> <li>Pendataan dan Sweeping Bumil</li> <li>Upaya Deteksi Dini Bumil Resti</li> <li>Supervisi Ke Puskesmas</li> <li>Evaluasi Program Kesga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PWS KIA Tk. Puskesmas</li> <li>PWS KIA Tk. Kabupaten</li> <li>Pemantapan Teknis Koordinator KIA</li> <li>Evaluasi Program Kesga</li> <li>Evaluasi Pelaksanaan MTBS</li> <li>Cetak Buku KIA</li> <li>Supervisi KIA Ke Puskesmas</li> <li>Konsultasi KIA</li> <li>Pelatihan PWS KIA</li> </ul>
2	Persalinan ditolong nakes kompeten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendataan Bidan Di Desa</li> <li>Evaluasi Kegiatan APN</li> <li>Pembinaan Bidan Desa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelatihan Asuhan Persalinan Norma (APN)</li> <li>Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)</li> </ul>
3	Perawatan masa nifas		<ul style="list-style-type: none"> <li>Konseling Kesehatan Ibu dan ASI Eksklusif</li> </ul>
4	Pelayanan emergensi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Otopsi Verbal Maternal Perinatal</li> <li>Rujukan Kasus Neonatal Resti</li> <li>Pertemuan AMP</li> <li>Bantuan rujukan Bumil dan Bulin Resti</li> <li>Pelatiham PONED</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penjaringan Bumil resti</li> <li>Rujukan Ibu hamil resti</li> <li>Pertemuan AMP</li> <li>Rujukan kasus Neo Resti</li> <li>Penanganan kasus neonatus Resti</li> <li>Otopsi Verbal Maternal Perinatal</li> </ul>

**Tabel 9. Aktifitas Program KIA Berdasarkan Strategi MPS di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010**

No	Strategi MPS	Kegiatan	
		2009	2010
1	Peningkatan akses dan cakupan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendataan dan Sweeping Bumil</li> <li>Upaya Deteksi Dini Bumil Resti</li> <li>Pendataan Bidan di Desa</li> <li>Pembinaan Bidan Desa</li> <li>Otopsi Verbal Maternal Perinatal</li> <li>Rujukan Kasus Neonatal Resti</li> <li>Pertemuan AMP</li> <li>Bantuan rujukan Bumil dan Bulin Resti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN)</li> <li>Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)</li> <li>Validasi ibu hamil</li> <li>Pelatihan Alat Bantu Pengambilan Keputusan dalam berKB</li> <li>Pertemuan AMP</li> </ul>
2	Peningkatan partisipasi keluarga dan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lomba Balita Sehat Tingkat Kabupaten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendataan dan Sweeping Bumil</li> <li>Lomba Balita Sehat Tingkat Kabupaten</li> </ul>
3	Pemantapan kerjasama	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pertemuan Pemantapan KIA&amp;KB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemantapan Teknis Koordinator KIA</li> </ul>
4	Manajemen Support	<ul style="list-style-type: none"> <li>PWS KIA Puskesmas</li> <li>Cetak Buku KIA</li> <li>Evaluasi Program Kesga</li> <li>Supervisi Ke Puskesmas</li> <li>Evaluasi Kegiatan APN</li> <li>Bantuan Operasional Posyandu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PWS KIA Tk. Puskesmas</li> <li>PWS KIA Tk. Kabupaten</li> <li>Evaluasi Program Kesga</li> <li>Supervisi KIA Ke Puskesmas</li> <li>Konsultasi KIA</li> <li>Pelatihan PWS KIA</li> <li>Bantuan Operasional Posyandu</li> </ul>

Seharusnya aktivitas yang dilaksanakan lebih fokus pada penyebab kasus kematian ibu. Karena dengan bertitik tolak dari penyebab kasus kematian tersebut maka aktivitas yang dilaksanakan dapat terukur.

Selanjutnya untuk melihat secara rinci korelasi kegiatan pokok KIA yang terkait dengan penurunan angka kematian ibu dengan penerapan strategi MPS dapat dilihat pada Tabel 10.

Tabel 10. Penerapan Strategi MPS Terhadap Kegiatan Pokok KIA di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010

No	Kegiatan Pokok KIA	Strategi MPS	Tahun	
			2009	2010
1	Antenatal Care	I	Pendataan dan Sweeping Bumil Upaya Deteksi Dini Bumil Resti	Pendataan dan Sweeping Bumil Upaya Deteksi Dini Bumil Resti
		II	Pembinaan Kader GSI Lomba Balita Sehat Tingkat Kabupaten	Lomba Balita Sehat Tingkat Kabupaten
		III	Pemantapan KIA&KB	Pertemuan Pemantapan Koordinator KIA
		IV	PWS KIA Puskesmas Cetak Buku KIA Evaluasi Program Kesga Supervisi Ke Puskesmas	PWS KIA Tk. Puskesmas PWS KIA Tk. Kabupaten Evaluasi Prog Kesga Cetak Buku KIA Supervisi KIA Ke Puskesmas Konsultasi KIA Pelatihan PWS KIA
2	Salin Ditolong Nakes	I	Pendataan Bidan Di Desa Pembinaan Bidan Desa	Pelatihan APN Pelatihan MTBS
		II		
		III		
		IV	Evaluasi Kegiatan APN	
3	Perawatan nifas	I		
		II		Konseling Kesehatan Ibu dan ASI Eksklusif
		III		
		IV		
4	Pelayanan Emergency	I	Otopsi Verbal Maternal Perinatal Rujukan Kasus Neonatal Resti Pertemuan AMP Bantuan rujukan Bumil dan Bulin Resti Pelatihan PONED	Penanganan bumil resti Rujukan Ibu hamil resti Pertemuan AMP Rujukan kasus Neonatus Resti Penanganan kasus neonatus Resti Otopsi Verbal Maternal Perinatal
		II		
		III		
		IV		

**Keterangan : Strategi MPS**  
 Peningkatan akses dan cakupan pelayanan  
 Peningkatan partisipasi keluarga dan masyarakat  
 Pemantapan Kerjasama  
 Manajemen Support

Dapat dilihat ternyata kegiatan yang dilakukan selama ini terutama yang berhubungan langsung terhadap penyebab kematian ibu yang disebabkan oleh pendarahan dan eklamsia hanya sebagian kecil.

Aktifitas pelayanan kegawatdaruratan hanya pada peningkatan akses pelayanan kesehatan, hal ini menggambarkan bahwa pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan yang dilakukan tidak didukung oleh peningkatan partisipasi masyarakat dan pemantapan kerja sama serta dukungan manajemen yang kuat. Dengan demikian dapat diketahui bahwa pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan yang dilaksanakan selama ini kurang optimal. Dari beberapa

kegiatan pada peningkatan akses pelayanan yang dilakukan selama ini juga kurang berkesinambungan.

**Gambaran Efektifitas Program Kesehatan Ibu dan Anak**

Efektifitas program KIA maka dapat dilihat dengan membandingkan hasil kegiatan program KIA tersebut dengan biaya yang dikeluarkan untuk mengintervensi permasalahan yang ada. Dengan demikian dapat diketahui bahwa apakah biaya yang telah dialokasikan bermanfaat secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna menurunkan angka kematian ibu.

Tabel 11. Alokasi Biaya Perkapita Ibu Hamil Terkait Penurunan AKI di Kabupaten Lingga Tahun 2009–2010

No	Tahun	Alokasi Biaya KIA Terkait Penurunan AKI	Sasaran Ibu Hamil	Biaya Perkapita	Kasus Kematian Ibu
1	2009	407.980.000	2.315	176.233	6
2	2010	512.425.000	2.459	208.787	8

Berdasarkan Tabel diatas, diketahui bahwa meskipun alokasi biaya perkapita ibu hamil terkait penurunan angka kematian ibu semakin meningkat tetapi kasus kematian ibu juga meningkat. Hal ini menunjukkan sinkronisasi anggaran program KIA terhadap penekanan-penekanan program tidak berjalan.

evaluasi terhadap program yang dilaksanakan. Memang banyak cakupan yang belum tercapai. Penyusunan prioritas telah kita laksanakan berdasarkan masalah yang ada namun implementasinya karena anggaran telah ditetapkan oleh bagian perencanaan jadi kita membuat kegiatan

Tabel 12. Biaya Program KIA Terkait Pelayanan Kegawatdaruratan di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010

No	Tahun	Biaya Program KIA Terkait AKI	Biaya Pelayanan Kegawatdaruratan	Sasaran Bumil Risti	Perkapita Bumil Risti
1	2009	407.980.000	122.325.000	463	26.690
2	2010	512.425.000	32.200.000	492	6.544

Dapat dilihat bahwa masih rendahnya cakupan pelayanan kegawatdaruratan karena anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan tersebut sangat kecil dan cenderung menurun. Jadi dapat diketahui bahwa semakin meningkatnya jumlah kematian yang sebagian besar disebabkan oleh komplikasi dikarenakan anggaran program KIA yang dialokasikan untuk kegiatan kegawatdaruratan sangat kecil. Walaupun anggaran program KIA meningkat pada tahun sebelumnya, namun aktifitas kegiatannya tidak pada penurunan angka kematian ibu.

sesuai dengan anggaran yang ada “ (Responden 3)

“Sejauh ini anggaran yang telah diberikan pemkab, tidak lebih dari 7% dari total APBD II, belum ada penetapan prioritas program berdasarkan data dan tingkat kebutuhan program, kami berorientasi isue daerah melalui kadis (sebagai pembuat keputusan), dimana kami masih berorientasi pada pembangunan infra struktur, dan pembiayaan kesehatan daerah, sementara untuk program dilihat berdasarkan anggaran sebelumnya dan anggaran setiap program hampir merata” (Responden 4).

### Gambaran Penetapan Prioritas

Berikut beberapa kutipan hasil dari wawancara mendalam dari responden:

“Tidak ada proses penetapan prioritas, forum khusus hanya melibatkan kasi dan kabid dalam diskusi tentang anggaran yang di buat hanya berdasarkan issue daerah. Anggaran hanya mengikuti anggaran penganggaran tahun sebelumnya” (Responden 1).

“Tidak ada proses penetapan prioritas, forum khusus hanya melibatkan kasi dan kabid dalam diskusi tentang anggaran yang di buat berdasarkan kegiatan tahun sebelumnya” (Responden 2)

“Kelemahannya kita akui proses penetapan prioritas belum berjalan dengan baik, dimana belum ada forum khusus untuk membicarakan masalah program prioritas. Selain itu anggaran kesehatan belum pernah mencapai 10% dari total APBD“ (Responden 2).

“Dari bidang kami sebelum melakukan prioritas kami telah melakukan monitoring dan

Berdasarkan wawancara mendalam pada subjek penelitian dapat disimpulkan bahwa tidak ada penetapan prioritas, hal ini dapat dilihat anggaran kesehatan ibu dan anak masih kecil.

### Gambaran Komitmen Pembuat Keputusan

Berikut beberapa kutipan hasil dari wawancara mendalam dari responden:

“Anggaran yang kita usulkan selalu mendapat tantangan, dimana anggaran untuk dinkes sudah ditentukan tanpa melihat usulan, hanya sebagian kecil yang dapat diperjuangkan. Artinya usulan kami selalu tidak digoalkan” (Responden 1).

“.....namun saya melihat selain kami membuat usulan, saya juga harus mengikuti perkembangan issue daerah yang sedang terjadi, misalnya pembiayaan kesehatan (jam-kesda) harus dibesarkan untuk membantu masyarakat miskin dan pembangunan infrastruktur sarana kesehatan usulan dari

masyarakat harus di laksanakan” (Respoden 1).

“advokasi kami hanya sebatas saat hearing dalam usulan anggaran, advokasi secara khusus belum ada dilakukan” (Respoden 2). “Belum ada advokasi secara khusus pada pemda maupun legislatif, yang dilakukan hanya memperjuangkan anggaran yang telah diusulkan pada saat hearing” (Responden 4). “Tidak ada kebijakan khusus yang dibuat kepala dinas terhadap peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak terkait penurunan angka kematian ibu” ( Responden 3 dan 4).

Dari hasil wawancara mendalam pada subjek penelitian dapat disimpulkan bahwa komitmen pembuat keputusan terhadap program kesehatan ibu dan anak sudah ada tetapi tidak optimal hal ini ditandai dengan belum ada advokasi yang dilakukan secara intens atau dapat diasumsikan hanya sebatas prosedural tupoksi, belum ada dilakukan advokasi secara khusus misalnya meyakinkan legislatif dengan melakukan pemaparan masalah kesehatan yang terjadi saat ini dan adanya kepentingan politik dalam usulan program kesehatan.

Selain itu tidak ada kebijakan khusus yang dibuat kepala dinas terhadap peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak terkait penurunan angka kematian ibu.

## PEMBAHASAN

### Analisis Anggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak

Alokasi anggaran program KIA dari tahun 2009 Rp407.980.000,00 (2,26% dari total program kesehatan), tahun 2010 Rp512.425.000,00 (4.80% dari total program kesehatan). Anggaran program KIA yang dialokasikan, ternyata yang bersumber dari dana APBD II, sementara dari APBD I hanya berupa kegiatan langsung yang di tujukan kepada dinas kesehatan Kabupaten Lingga berupa bantuan alat kesehatan dan mengakomodir pelatihan poned. Dilihat angka kematian dan anggaran yang tersedia, ini menunjukkan bahwa komitmen daerah terhadap pembangunan kesehatan di Kabupaten Lingga khususnya dalam rangka menurunkan angka kematian ibu sangat rendah.

Dari seluruh anggaran kesehatan, ternyata khusus untuk membiayai program KIA sebesar Rp407.980.000,00 tahun 2009, yang terkait dengan penurunan angka kematian ibu hanya Rp123.575.500,00 sedangkan tahun 2010 Rp512.425.000,00 yang terkait dengan penurunan angka kematian ibu sebesar Rp32.200.000,00

selebihnya untuk membiayai program KIA lainnya yakni penyuluhan kesehatan anak balita.

Rendahnya anggaran KIA di dinas kesehatan Kabupaten Lingga sama dengan hasil penelitian dari yaitu anggaran apbd untuk penurunan AKI masih minim<sup>4</sup>.

Dari gambaran anggaran program KIA diatas, dapat dilihat bahwa anggaran program KIA dari total anggaran dinas kesehatan masih rendah dan kegiatan yang berhubungan dengan penurunan angka kematian ibu sangat kecil. Hal ini tentunya bertolak belakang dengan keinginan untuk memperkuat kapasitas pelayanan KIA dalam rangka penurunan angka kematian ibu. Fokus strategi MPS adalah untuk meningkatkan kemampuan sistem kesehatan dalam menjamin penyediaan dan pemantapan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menanggulangi penyebab utama kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir<sup>2</sup>.

Ada tiga *issue* pokok berkaitan dengan alokasi pembiayaan kesehatan yang terbatas, yaitu: 1) prioritas masalah kesehatan, 2) pemilihan program atau intervensi yang “*cost effective*”, dan 3) keseimbangan alokasi pembiayaan antara mata anggaran<sup>5</sup>.

Rata-rata anggaran program KIA yang dialokasikan per kapita bagi ibu hamil pada tahun 2009 sebesar Rp176.233,00 dan pada tahun 2010 telah meningkat menjadi Rp208.388,00 per kapita ibu hamil. Peningkatan biaya per kapita tersebut belum sebanding dengan idealnya anggaran operasional program KIA sebesar Rp26.196,00 per kapita penduduk<sup>5</sup>. Dengan demikian jika konversikan maka idealnya total anggaran untuk program operasional program KIA di Kabupaten Lingga adalah sebesar Rp2.285.705.784,00 pada tahun 2009 dan Rp2.494.802.256,00 pada tahun 2010.

Perbandingan keterkaitan antara kegiatan pokok KIA terhadap penerapan strategi MPS terhadap anggaran program KIA yang diarahkan untuk pelayanan kegawatdaruratan dari tahun 2009 - 2010 hanya terfokus pada peningkatan akses dan cakupan pelayanan saja, sedangkan program untuk kegiatan peningkatan partisipasi keluarga dan masyarakat, pemantapan, dan manajemen support tidak di maksimalkan dapat dilihat pada Tabel 10. Gambaran di atas dapat diketahui bahwa pengalokasian anggaran program KIA selama tahun 2009-2010 yang didasarkan pada kegiatan pokok KIA terkait penurunan angka kematian ibu dengan implementasi strategi MPS ternyata tidak sinkron dan kurang fokus.

Dari hasil penelitian yang dilakukan mengatakan bahwa dengan meningkatnya kualitas ANC akan

dapat dicegah kemungkinan pendarahan 5% dan eklamsia sampai dengan 33%. Dari 5% pendarahan yang dapat dicegah tersebut, akan merupakan upaya ikut mengendalikan dampak pada kematian ibu antara 40 – 60%, sedangkan eklamsia yang dapat dicegah dari awal ANC (33%) akan dapat ikut meredam akibat kematian ibu sampai 30%<sup>6</sup>.

### **Analisis Penetapan dan Anggaran Program Prioritas Kesehatan Ibu dan Anak**

Penentuan prioritas program kesehatan disebabkan karena permasalahan kesehatan yang lebih besar dibandingkan dengan sumber daya yang ada. Dalam kenyataannya selama ini dalam penentuan prioritas masalah kesehatan masih belum dilaksanakan secara ideal dengan pendekatan bermacam teori yang ada, walaupun tentunya sudah banyak program dan kegiatan yang mengedepankan penentuan prioritas masalah akibat keterbatasan sumber daya yang ada<sup>7</sup>.

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa yang terjadi di dinas kesehatan Kabupaten Lingga belum ada penetapan prioritas sehubungan dengan kegiatan program kesehatan ibu dan anak secara khusus maupun penetapan program kesehatan yang lain pada umumnya, sedangkan untuk menentukan anggaran program kesehatan mengacu pada anggaran pada tahun sebelumnya yaitu (*incremental budgeting*) dimana sistem ini menggunakan revisi anggaran pendapatan dan belanja tahun berjalan untuk menentukan anggaran tahun yang akan datang. Seluruh kegiatan yang dilaksanakan pada tahun anggaran yang sebelumnya merupakan kegiatan yang harus diteruskan pada tahun berikutnya<sup>8</sup>.

Jika dilihat dari kasus kematian ibu yang terjadi selama ini, penyebab kematian ibu lebih sering disebabkan oleh pendarahan dan eklamsia. Dengan penyebab utama ini, mengidentifikasi tiga paket intervensi utama, yaitu pelayanan antenatal, persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih dan pelayanan obstetri darurat<sup>6</sup>.

Intervensi yang terbaik adalah yang dilaksanakan dengan lengkap, karena masing-masing intervensi mempunyai spesifikasi dan kemampuan mencegah kematian ibu dengan cara yang berbeda. Oleh karena itu perlu kembali kemampuan setiap intervensi untuk mencegah kematian ibu dengan biaya yang paling minimal. Kombinasi PONEK dan PONEK merupakan salah satu pilihan intervensi yang paling dianggap *cost effective*<sup>9</sup>.

Pemerintah telah mencanangkan program *Making Pregnancy Safer (MPS)* yang merupakan strategi sektor kesehatan dalam menanggulangi kematian

ibu dan bayi baru lahir dengan menekankan pada kegiatan kunci yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap komplikasi memperoleh pelayanan rujukan yang adekuat, dan setiap wanita usia reproduksi mendapat akses pencegahan dan penanganan kehamilan yang tidak diinginkan dan komplikasi aborsi<sup>10</sup>.

Berdasarkan data yang ada dan dengan memperhatikan strategi pendekatan *MPS*, maka pengelola program KIA perlu memprioritaskan program:

1. Peningkatan deteksi ibu hamil dengan risiko tinggi melalui, 1) penggerakan puskesmas dan jajarannya termasuk bidan di desa agar dapat memberikan pelayanan secara aktif agar secara bertahap cakupan pelayanan KIA dari waktu ke waktu meningkat, 2) peningkatan keterampilan dan kompetensi pelaksana pelayanan KIA termasuk bidan desa dalam deteksi dan penanganan resti bumil, 3) peningkatan sistem surveillans dengan pendataan sasaran dan revisinya secara berkala, 4) pemantauan secara terus menerus cakupan pelayanan KIA dengan penertiban kembali sistem pencatatan dan pelaporan khususnya sistem Pemantauan Wilayah KIA (PWS-KIA), dan 5) pemberdayaan masyarakat termasuk sasaran dalam mengenal dan merujuk risiko tinggi/komplikasi obstetri secara tepat waktu, melalui penyuluhan dan konseling.
2. Peningkatan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, melalui, 1) kegiatan pelayanan pertolongan secara aktif oleh bidan, 2) pembinaan polindes (pondok bersalin desa), dan 3) pembinaan pertolongan persalinan dukun oleh bidan dan peningkatan kerjasama antara dukun dengan bidan desa dan puskesmas.

### **Analisis Kebijakan Anggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak**

Pengalokasian anggaran program KIA terhadap aktifitas yang dilakukan selama ini belum efektif dalam rangka akselerasi penurunan angka kematian ibu. Hal ini didasarkan pada semakin meningkatnya jumlah kasus kematian ibu yang terjadi selama ini dengan penyebab utamanya lebih didominasi oleh kasus pendarahan dan eklamsia.

Berdasarkan data tersebut sebaiknya dinas kesehatan Kabupaten Lingga membuat kebijakan anggaran KIA sehingga anggaran KIA menjadi prioritas, namun berdasarkan hasil wawancara tidak ada langkah penetapan prioritas dan advokasi yang dilakukan sehubungan dengan keterbatasan anggaran belum dapat diandalkan. Jika dikaitkan

dengan hasil penelitian sebelumnya<sup>11</sup> ada kesamaan pada hasil penelitian, yaitu tidak ada konsisten dalam biaya operasional dan program yang urgen tidak dibiayai, sedangkan kesamaan dari hasil penelitian lain<sup>12</sup> adalah adanya pertimbangan politik dan kapasitas dalam penetapan prioritas.

Sebelum menetapkan kebijakan KIA, sebaiknya dapat mempertimbangkan beberapa pilihan intervensi yang dianggap *cost effectiveness* menurut WHO, dapat dilihat pada Tabel berikut:

pada analisis *cost effectiveness* atas program pelayanan yang diberikan. *Cost-effectiveness* mengacu pada efektivitas biaya, yaitu seberapa efektif biaya yang dikeluarkan mampu mencapai tujuan yang ditetapkan.

Analisis efektivitas biaya merupakan suatu alternatif yang tidak terlalu banyak menuntut untuk mengevaluasi program-program kesehatan. Metode ini memeriksa perbedaan-perbedaan biaya diantara beberapa program yang potensial untuk mendapat-

Tabel 13. Beberapa Pilihan Intervensi Dianggap *Cost Effectiveness*

No	Intervensi	% Kematian yang dicegah	Biaya Program (\$000)	Biaya per kematian yang dapat dicegah
1	Pelatihan dukun	3	138	17.250
2	Upgrade dukun	7	184	11.000
3	Pelayanan antenatal	11	460	17.692
4	PONED	25	250	4.098
5	PONED dan PONEK	67	605	3.795

Sumber: Bappenas (2007) Adopsi dari Maine, D. Safe Motherhood Program : Options and Issues, 1991

Berdasarkan Tabel diatas, dapat dilihat bahwa pelayanan antenatal dan PONED merupakan intervensi yang lebih *cost Effectiveness* dalam pencegahan kematian ibu. Selanjutnya jika merujuk dari penelitian yang dilakukan WHO bahwa dengan meningkatnya kualitas ANC akan dapat dicegah kemungkinan pendarahan 35% dan eklamsia sampai dengan 15%. Dari 35% pendarahan yang dapat dicegah tersebut, akan merupakan upaya ikut mengendalikan dampak pada kematian ibu 50%, sedangkan eklamsia yang dapat dicegah dari awal ANC akan dapat ikut meredam akibat kematian ibu sampai 35%<sup>6</sup>, maka dapat diasumsikan efektivitas anggaran program KIA di Kabupaten Lingga dalam rangka akselerasi penurunan angka kematian ibu yang telah dianggarkan selama ini sebagai berikut:

kan hasil tertentu<sup>14</sup>. Untuk itu pengelola program daerah harus mampu merencanakan kegiatan yang *cost-effective* berdasarkan sumber daya yang ada dan menggali sumber daya dari sektor lain, swasta dan masyarakat, sehingga di samping diperlukan upaya peningkatan kemampuan manajemen para pengelola program juga perlu dukungan data/informasi yang akurat tentang kondisi kesehatan ibu dan bayi baru lahir setempat.

**KESIMPULAN DAN SARAN**

Besarnya anggaran untuk program kesehatan ibu dan anak di dinas kesehatan Kabupaten Lingga meningkat pada tahun 2010 dibandingkan pada tahun 2009, namun anggaran yang spesifik untuk menurunkan angka kematian ibu masih kecil bahkan

Tabel 14. Asumsi Kasus Kematian Ibu Dapat Dicegah di Kabupaten Lingga Tahun 2009-2010

No	Tahun	Alokasi Biaya Operasional KIA	Kasus Kematian Ibu	Skenario Alokasi Biaya		Asumsi Kasus Kematian Dapat Dicegah
				Pendarahan	Eklamsia	
1	2009	2.475.000.000	6 Kasus	396.000.000	198.000.000	3 Kasus
2	2010	4.554.000.000	8 Kasus	2.070.000.000	1.242.000.000	3 Kasus

Berdasarkan Tabel 14, dapat dilihat bahwa jika anggaran program KIA lebih difokuskan pada intervensi pendarahan dan eklamsia maka asumsi jumlah kasus kematian yang dapat dicegah pada tahun 2009 dan tahun 2010 adalah sebesar masing-masing 3 kasus.

Oleh karena itu<sup>13</sup>, organisasi sektor publik untuk menggunakan teknik penilaian kinerja yang berfokus

menurun karena anggaran KIA lebih banyak dipergunakan untuk kegiatan penyuluhan kesehatan anak balita.

Sumber dana untuk program kesehatan ibu dan anak berasal dari APBD II dalam bentuk kegiatan peningkatan pelayanan KIA dan peningkatan pelayanan kesehatan anak balita, sedangkan dari propinsi kegiatan peningkatan SDM. Dilihat dari pemanfaatan

anggaran program KIA terkait penerapan strategi MPS hanya terfokus pada peningkatan akses dan cakupan pelayanan saja, sedangkan peningkatan partisipasi keluarga dan masyarakat, pemanfaatan kerjasama, dan manajemen support tidak dilaksanakan dengan konsisten.

Implementasi dari penetapan anggaran untuk program kesehatan ibu dan anak tidak berdasarkan fakta dan data yang menunjang, hanya berdasarkan anggaran tahun sebelumnya atau *incremental budgeting*.

Lemahnya komitmen pengambil keputusan dan advokasi yang dilakukan tidak ada untuk meningkatkan anggaran kesehatan ibu dan anak yang berdampak pada anggaran program untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak rendah.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI, Rencana Strategis Departemen Kesehatan RI 2005 – 2009, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2006.
2. Departemen Kesehatan RI, Rencana Strategis Nasional “Making Pregnancy Safer” di Indonesia tahun 2001-2010, Tim Dirjend Bina Kesmas Depkes RI, Jakarta, 2001.
3. Dinas Kesehatan Kabupeten Lingga, Pofil Kesehatan: Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga Propinsi Kepri, 2009.
4. Faulia. Penetapan Prioritas Dalam Pengalokasian Dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD): Study Kasus Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka kematian Bayi di Dinas Kesehatan Propinsi NTB Tahun 2007-2009, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2010.
5. Gani A, Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Sistem Desentralisasi, Bandung, 2006.
6. WHO, Making choice in Health : Who Guide to Cost Effectiveness Analysis, World Health Organization, Geneva, 2002.
7. Suyono A, Keterbatasan Anggaran, Prioritas Masalah Harus Dikedepankan, 2009.
8. Mokoginta A, Penyusunan Anggaran Tahunan. Halim A, editor. UPP STIM YPKN, Yogyakarta, 2007.
9. Bappenas, Angka Kematian Ibu, Jakarta, 2007.
10. Departemen Kesehatan RI, Panduan Pelaksanaan Strategi Making Pregnancy Safer dan Child Survival, Depkes RI, Jakarta, 2008.
11. Rambe MD, Analisis Efektifitas Biaya Operasional Program Kesehatan Ibu dan Anak Terkait Penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak di Kabupaten Muaro Jambi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008.
12. Diaonne F, Mitton C, Smith N, Donaldson C. Decision maker view priority setting in the vancouver island, Cost Effectiveness and Resource Allocation, 2007;6:13.
13. Mitton C, Donaldson C. Health Care Priority Setting: Principles, practice and challenges. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 2004;2:3.
14. Rienke AW, Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Manajemen Efektifitas Manajemen, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2007.