

ANALISIS PEMBIAYAAN KESEHATAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) BERDASARKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) DI KABUPATEN NUNUKAN

ANALYSIS OF HEALTH FINANCING FOR MATERNAL AND CHILD HEALTH PROGRAMS BASED ON MINIMUM SERVICE STANDARD IN NUNUKAN REGENCY

Mustaqim Hariyadi¹, Julita Hendrartini², M.Arief Budiarto²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan Propinsi Kalimantan Utara

²Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UGM

ABSTRACT

Background: The role of regional government in decentralization period is very important to the health sector particularly in financing. This is because health is one of the sectors that was decentralized. Minimum service standard is the obligatory responsibility for the region that is the right for every citizens at minimum level, and one of many basic services is Maternal and Child Health programs.

Objectives: To assess the financing sufficiency for Maternal and Child Health Programs based on Minimum Service Standard cost calculation and the effectivity of financing for Maternal and Child Health programs to achieve program's objectives and goals.

Methods: This research is a descriptive study conducted in Nunukan in 2013 with quantitative data. Sufficiency analysis is done by calculating the cost of Maternal and Child Health program to the result of cost calculation based on Minimum Service Standard. Performance effectivity of the Maternal and Child Health Programs was analyzed by the achievement of Minimum Service Standard according to the national indicator target and Maternal Mortality and Infant Mortality to the target of RPJMN of 2010-2014.

Results: The cost of Maternal and Child Health program that was available was Rp. 2.530.038.761, and the calculation result of the cost based on Minimum Service Standard at Rp. 3.707.719.364, thus there was fund deficit about Rp 1.177.680.603. The percentage of MCH programs financing by central government was still high that was about 75%. There are financing MCH programs for direct activities amounted to 74%, and indirect activities amounted to 26%. The financing performance of MCH program was not effective yet to achieve the target of national Minimum Service Standard indicator and maternal mortality was still high at 173 per 100.000 life births and infant mortality at 14 per 1000 life births.

Conclusion: The financing of MCH programs was not sufficient to perform activities in MCH programs, as there was fund deficit about Rp 1.177.680.603. There was high financing dependency to the central government at 75% because the low regional government commitment to financing priority programs such as MCH programs.

Keyword: maternal and child health, cost analysis, SPM

ABSTRAK

Latar belakang: Peran pemerintah daerah dalam era desentralisasi sangat penting terhadap bidang kesehatan terutama dalam pembiayaan. Hal ini dikarenakan kesehatan

merupakan salah satu bidang yang didesentralisasikan. SPM merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal dan salah satu pelayanan dasar adalah program KIA.

Tujuan penelitian: Memperoleh gambaran kecukupan biaya program KIA berdasarkan hasil perhitungan SPM dan efektifitas kinerja pembiayaan program KIA dalam mencapai sasaran dan tujuan program.

Metode penelitian: Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Nunukan tahun 2013 dan merupakan penelitian deskriptif dengan data kuantitatif. Analisis kecukupan dilakukan dengan menghitung biaya program KIA yang tersedia terhadap hasil perhitungan berdasarkan SPM. Analisis efektifitas capaian kinerja program KIA terhadap target indikator nasional dan AKI/ AKB terhadap target RPJMN 2010-2014.

Hasil penelitian: Biaya program KIA yang tersedia Rp. 2.530.038.761 dimana jumlahnya lebih kecil dari hasil perhitungan biaya berdasarkan SPM yang berjumlah Rp. 3.707.719.364. Terdapat kekurangan biaya sebesar Rp 1.177.680.603. Pembiayaan untuk kegiatan langsung sebesar 74% sementara itu untuk kegiatan tidak langsung 26%. Persentase pembiayaan program KIA dari pemerintah pusat sekitar 75%. Kinerja pembiayaan program KIA belum efektif dalam mencapai target indikator SPM nasional dan AKI masih cukup tinggi 173 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB yang berjumlah 14 per 1000 kelahiran hidup.

Kesimpulan: Biaya program KIA tidak cukup untuk melaksanakan kegiatan program KIA terdapat kekurangan biaya sebesar Rp. 1.177.680.603 dan adanya ketergantungan pembiayaan program KIA terhadap pemerintah pusat sebesar 75% hal ini dikarenakan masih rendahnya komitmen pemerintah daerah terhadap program prioritas seperti program KIA. Tidak efektifnya kinerja pembiayaan program KIA terhadap sasaran dan tujuan program yang telah ditetapkan.

Kata kunci: KIA, analisis biaya, SPM

PENGANTAR

Desentralisasi dapat diterjemahkan sebagai manifestasi penyerahan sebagian kewenangan dan tanggungjawab pemerintah pusat kepada daerah sekaligus untuk mengatur daerahnya sendiri (otonom). Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang didesentralisasikan disertai dengan sumber pendanaan. Pembiayaan kesehatan

hendaklah dapat menjamin terselenggaranya urusan wajib yang berkaitan dengan hak dan pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang berpedoman pada SPM.

Pembiayaan kesehatan berasal dari berbagai sumber yakni, pemerintah, pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri dan prinsip pembiayaan kesehatan adalah: 1) kecukupan, 2) efektif dan efisien, 3) adil dan transparan¹. Sedangkan menurut WHO pembiayaan kesehatan adalah bagian dari ekonomi kesehatan yang meliputi sumber dana untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang digunakan secara efektif dan penting dalam pembuatan kebijakan kesehatan².

Alokasi anggaran untuk dinas kesehatan dari APBD Kabupaten Nunukan selama tahun 2010-2012 mengalami tren kenaikan yang positif. Pada tahun 2012 mengalami kenaikan sekitar 69,8% menjadi Rp.76.204.095.928,00 dibandingkan dengan tahun 2011 yang berjumlah Rp.44.865.027.258,00. Seksi program KIA dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan termasuk didalam bidang Kesehatan masyarakat. Sehingga dalam pengalokasian anggaran untuk kegiatan dan program masuk didalam bidang tersebut. Naiknya alokasi anggaran di dinas kesehatan yang bersumber APBD berbanding lurus dengan naiknya anggaran Bidang Kesmas. Dimana pada tahun 2012 mengalami kenaikan sekitar 167,6% menjadi Rp.1.483.424.220,00 dibandingkan dengan tahun 2011 yang berjumlah Rp.554,406,450,00. Anggaran bidang Kesmas juga untuk membiayai program promosi kesehatan dan program perbaikan gizi masyarakat termasuk penanggulangan gizi buruk.

Kondisi kesehatan di Kabupaten Nunukan Tahun 2012 secara umum masih rendah dibanding dengan RPJMN 2010-2014, dinilai dari UHH yaitu rata-rata masih 72 tahun, AKI yaitu 133 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 16 per 1000 kelahiran hidup³. Sedangkan RPJMN 2010-2014 yang menargetkan UHH 72 tahun, AKI 118 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 24 per 1000 kelahiran hidup⁴.

Efektivitas menunjukkan keberhasilan sumber daya yang digunakan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan⁵. Efektifitas tidak menyatakan tentang berapa besar biaya yang telah dikeluarkan untuk mencapai tujuan tersebut. Efektifitas hanya melihat apakah suatu program atau kegiatan telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan⁶.

Kinerja pembiayaan program KIA saat belum efektif terhadap sasaran dan tujuan program. Berdasarkan cakupan indikator SPM tahun 2012 dibanding dengan target indikator nasional secara umum masih

rendah yaitu; 1) kunjungan ibu hamil K4 target nasional 95% capaian program 85,2%, 2) komplikasi kebidanan yang ditangani target nasional 80% capaian program 77,1%, 3) pertolongan persalinan oleh nakes yang mempunyai kompetensi kebidanan target nasional 90% capaian program 85,1%, 4) pelayanan nifas target nasional 90% capaian program 80,6%, 5) neonatus komplikasi yang ditangani target nasional 80% capaian program 56,5%, 6) kunjungan bayi target nasional 90% capaian program 54,0%, 7) pelayanan anak balita target nasional 90% capaian program 27,1%.

Pelaksanaan program KIA membutuhkan perencanaan dengan tepat dan tanggung jawab seluruh pelaksana kegiatan terutama dukungan pembiayaan dari pemerintah daerah. Sementara itu untuk memberikan kemudahan didalam perencanaan pembiayaan SPM kesehatan di kabupaten/kota Departemen Kesehatan. RI mengeluarkan Juknis melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. 317/MENKES/SK/V/2009. Berdasarkan hal tersebut tujuan penelitian yaitu menganalisis tentang kecukupan pembiayaan program KIA berdasarkan SPM dan efektifitas kinerja pembiayaan program KIA dalam mencapai tujuan program yang telah ditetapkan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan data kuantitatif. Penelitian deskriptif merupakan bagian dari proses pembuatan keputusan untuk membandingkan kegiatan dengan standar dan program yang telah ditetapkan dan penelitian ini mengandalkan data yang sudah ada atau data sekunder⁷.

Subyek dalam penelitian adalah seluruh anggaran bersumber pemerintah yang dibelanjakan dengan tujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dengan unit analisisnya adalah anggaran yang dikelola oleh Pemerintah Kabupaten Nunukan Tahun 2013 (tidak termasuk gaji), dana Jampersal dan BOK, sementara itu variabel penelitian adalah kecukupan biaya program KIA dan efektifitas kinerja pembiayaan program. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa; 1) formulir isian (*checklist*) yang berguna untuk mengetahui kelengkapan data 2) *dummy* tabel berisi tentang jenis program kegiatan indikator dan capaian program, alokasi anggaran serta perhitungan biaya berdasarkan SPM.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Sumber Pembiayaan Program KIA

a. Pemerintah Daerah

Pada tahun 2013 alokasi anggaran dinas kesehatan mengalami kenaikan sebesar 33,2% menjadi Rp.101.523.314.444,00 dibanding

tahun 2012 yang berjumlah Rp.76.204.095.928,00.

b. Sumber Pemerintah Pusat
Pembiayaan program KIA dari pemerintah

Tabel 1. Alokasi Anggaran Kesehatan Bersumber APBD Tahun 2012-2013

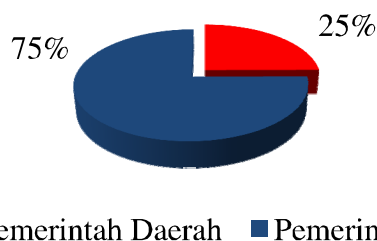
No	Uraian	Tahun 2012		Tahun 2013	
		Jumlah (juta)	(%)	Jumlah (juta)	(%)
1.	Anggaran Dinas Kesehatan terhadap APBD	76.204,10	5,4	101.523,31	5,7
2.	Belanja Langsung SKPD Dinas Kesehatan	50.370,75	66,1	77.201,35	76,0
3.	Anggaran Prog.KIA terhadap Anggaran Dinas Kesehatan	126,80	0,2	812,30	0,8
4.	Anggaran Program KIA terhadap Belanja Langsung Dinas Kesehatan	126,80	0,3	812,30	1,1

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa persentase alokasi anggaran untuk kesehatan tahun 2013 sebesar 5,7% dan mengalami kenaikan dari tahun 2012 sebesar 5,4%. Anggaran program KIA dari APBD kesehatan tahun 2012 sebesar 0,% mengalami peningkatan di tahun 2013 sebesar 0,8%, sementara itu persentase anggaran program KIA dari belanja langsung juga mengalami kenaikan tahun 2012 sebesar 0,3% menjadi 1,1% di tahun 2013.

Hasil identifikasi belanja langsung dinas kesehatan yang berjumlah Rp.101.523.314.444,00 atau sebesar 76% dari APBD lebih banyak dialokasikan untuk program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana puskesmas sebesar 26,5% dan program obat dan perbekalan sebesar 18,2%, sementara untuk program KIA jumlahnya sangat kecil yaitu 1,1%.

Anggaran program KIA dipergunakan untuk kegiatan jenis tidak langsung yaitu dengan mengadakan diklat dalam rangka peningkatan *capacity building*, monitoring dan evaluasi, dan pelaporan sehingga sebesar 81,7% dipergunakan untuk belanja perjalanan dinas pegawai. Realisasi anggaran program KIA program KIA dari hasil identifikasi sebesar Rp. 631.510.761 atau 77,7% dan realisasi tersebut sangat rendah.

pusat melalui dana Jampersal dan BOK. Hasil identifikasi realisasi pemanfaatan dan Jampersal sebesar Rp.1.552.000.000,00 dan BOK sebesar Rp.346.528.000,00. Jumlah total biaya program KIA tahun 2013 sebesar Rp.2.530.038.761,00 sementara itu persentase berdasarkan sumber biaya sebesar 75% dari pemerintah pusat.



Gambar 1 . Persentase Sumber Pembiayaan Program KIA di Kabupaten Nunukan Tahun 2013

2. Pembiayaan Program KIA menurut Jenis Kegiatan

Kegiatan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh provider dan secara umum dapat dibagi menjadi dua yaitu: 1) kegiatan tidak langsung atau penunjang dan 2) kegiatan langsung. Kegiatan tidak langsung atau penunjang adalah kegiatan yang tidak langsung menghasilkan *output* program dan tidak terkait dengan pelayanan.

Tabel 2. Pembiayaan Program KIA Menurut Jenis Kegiatan

No Sumber Biaya	Jenis Kegiatan dalam Juta (% total biaya)				Jumlah (Rp)
	Langsung	(%)	Tdk Langsung	(%)	
1. APBD	-	-	631,5	25%	631.510.761
2. Jampersal	1.552,00	61%	-	-	1.552.000.000
3. BOK	310,57	12%	36,0	1%	346.528.000
Jumlah total	1.862,57	74%	667,5	26%	2.530.038.761

Tabel 2 diatas menunjukkan bahwa persentase biaya program KIA lebih banyak dipergunakan untuk jenis kegiatan langsung 74%.

Hasil identifikasi pembiayaan indikator kegiatan SPM menurut jenis kegiatan langsung dan kegiatan tidak langsung yaitu 1) pembiayaan kegiatan kunjungan ibu hamil K4 untuk jenis kegiatan langsung sebesar 64% dan lebih besar dari jenis kegiatan tidak langsung yaitu 36%, 2) pembiayaan kegiatan komplikasi kebidanan yang ditangani pembiayaan untuk jenis kegiatan langsung sebesar 27% persentasenya lebih kecil dari jenis kegiatan tidak langsung yaitu 73%, 3) kegiatan pertolongan persalinan oleh nakes yang mempunyai kompetensi kebidanan untuk pembiayaan jenis kegiatan langsung sebesar 98% lebih dominan dari jenis kegiatan tidak langsung yaitu 2%, 4) kegiatan pelayanan nifas pembiayaan 100% untuk jenis kegiatan langsung, 5) kegiatan neonatus dengan komplikasi yang ditangani pembiayaan 100% untuk jenis kegiatan langsung, 6) pembiayaan kegiatan kunjungan bayi 100% untuk jenis kegiatan langsung, dan 7) pembiayaan kegiatan pelayanan anak balita lebih dominan untuk jenis kegiatan tidak langsung sebesar 81%, sementara itu jenis kegiatan langsung hanya sebesar 19%.

3. Pembiayaan Program KIA Menurut Penyelenggara Pelayanan

Penyelenggaraan pelayanan untuk program KIA di Kabupaten Nunukan yang paling besar adalah Bidan Praktek Mandiri (BPM)/Bidan Praktek Swasta (BPS) dengan persentase sebesar 73,8%.

Besarnya pembiayaan penyelenggara pelayanan kesehatan BPM/BPS sekitar 55,4% hal ini terkait dengan pelaksanaan program Jampersal.

4. Pembiayaan Program KIA Menurut Penerima Manfaat

Penerima manfaat pada pembiayaan program KIA di Kabupaten Nunukan terdiri dari kelompok bayi, balita, ibu, pegawai dan masyarakat umum, hal ini didasarkan pada pengklasifikasian yang dari Gani¹³.

Tabel 4 menunjukkan bahwa sekitar 66,36% penerima manfaat dari pembiayaan program KIA adalah kelompok ibu. Sementara itu kelompok masyarakat umum sekitar 1,04%.

5. Analisis Kecukupan Pembiayaan Program KIA

Kecukupan secara umum diartikan bahwa biaya yang tersedia dapat memenuhi seluruh kebutuhan kegiatan program KIA. Analisis kecukupan pembiayaan program KIA bisa diartikan tidak ada kekurangan biaya yang tersedia terhadap hasil perhitungan biaya berdasarkan SPM.

Biaya program KIA yang tersedia lebih kecil dari hasil perhitungan biaya berdasarkan SPM. terdapat kekurangan biaya sebesar Rp. 1.177.680.603, atau persentase biaya yang tersedia hanya sekitar 68,2%.

6. Analisis Efektifitas Kinerja Pembiayaan Program KIA

Efektifitas adalah tingkat pencapaian hasil program dengan target yang telah ditetapkan⁶. Kinerja

Tabel 3. Pembiayaan Program KIA menurut Penyelenggara Layanan

No	Penyelenggara Pelayanan	Sumber Pembiayaan (Juta)		Jumlah (Rp)	Persentase (%)
		APBD	APBN		
1	Dinas Kesehatan	631,511	-	631.510.761	25,0
2	Puskesmas	-	469,63	469.628.000	18,6
3	BPM/BPS	-	1.401,10	1.401.100.000	55,4
4	Lain-lain	-	27,80	27.800.000	1,1
Jumlah Total		631,511	1.898,53	2.530.038.761	100

Tabel 4. Pembiayaan Program KIA Menurut Penerima Manfaat

No	Penerima Manfaat	Sumber Pembiayaan		Jumlah (Rp)	Persentase (%)
		APBD	APBN		
1.	Bayi	-	100.377.000	100.377.000	4,0%
2.	Balita	-	86.275.000	86.275.000	3,4%
3.	Ibu	-	1.678.919.500	1.678.919.500	66,4%
4.	Pegawai	631.510.761	6.526.000	638.036.761	25,2%
5.	Masyarakat Umum	-	26.430.500	26.430.500	1,0%
Jumlah Total		631.510.761	1.898.528.000	2.530.038.761	100%

Tabel 5. Kecukupan Pembiayaan Program KIA Terhadap Perhitungan Berdasarkan SPM

No	Indikator Kegiatan SPM	Biaya Prog.KIA Tersedia	Biaya SPM Normatif	Selisih Lebih/(Kurang) (3-4)	% Biaya Thd SPM (3/4)	Cukup/ Tdk Cukup
1	2	3	4	5	6	7
1.	Kunjungan ibu hamil K4	531.302.380	657.364.500	(126.062.120)	80,8%	Tdk Cukup
2.	Komplikasi kebidanan yang ditangani	337.425.016	512.652.264	(175.227.248)	65,8%	Tdk Cukup
3.	Pertolongan persalinan oleh nakes yg memiliki kompetensi kebidanan	1.175.430.500	1.863.938.000	(688.507.500)	63,1%	Tdk Cukup
4.	Pelayanan nifas	188.925.000	269.980.000	(81.055.000)	70,0%	Tdk Cukup
5.	Neonatus komplikasi yang ditangani	15.055.000	115.912.000	(100.857.000)	13,0%	Tdk Cukup
6.	Kunjungan bayi	18.687.000	85.738.000	(67.051.000)	21,8%	Tdk Cukup
7.	Pelayanan anak balita	263.213.865	202.134.600	61.079.265	130,2%	Cukup
	Jumlah Total	2.530.038.761	3.707.719.364	(1.177.680.603)	68,2%	Tdk Cukup

program KIA tahun 2013 lebih efektif dari tahun 2012, hal ini seiring dengan meningkatnya anggaran program KIA tahun 2013.

Hasil identifikasi menemukan bahwa kinerja program KIA tahun 2013 belum mencapai target indikator nasional dan hal ini dikatakan bahwa kinerja

Tabel 6. Capaian Kinerja Program KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan Tahun 2012-2013

No	Indikator Kegiatan SPM	Target Nasional (%)	Capaian		Kesenjangan (5-4)	Keterangan Naik/Turun
			2012 (%)	2013 (%)		
1	2	3	4	5	6	7
1.	Kunjungan ibu hamil K4	95	85,2	86,5	1,3	Naik
2.	Komplikasi kebidanan yg ditangani	80	77,1	70,3	-6,8	Turun
3.	Pertolongan persalinan nakes yang mempunyai kompetensi kebidanan	90	85,1	86,5	1,4	Naik
4.	Pelayanan nifas	90	80,6	86,1	5,5	Naik
5.	Neonatus komplikasi yg ditangani	80	56,5	70,2	13,7	Naik
6.	Kunjungan bayi	90	54	84,2	30,2	Naik
7.	Pelayanan anak balita	90	27,1	48,8	21,7	Naik

Tabel 6 di atas menunjukkan bahwa kinerja program KIA tahun 2013 mengalami peningkatan dari tahun 2012, artinya lebih efektif dari tahun 2012.

program KIA belum efektif dalam mencapai tujuan dan sasaran program.

Tabel 7. Capaian Kinerja Program KIA Terhadap Target Nasional

No	Indikator Kegiatan	Target Nasional (%)	Capaian Th. 2013 (%)	Kesenjangan (4-3)	Keterangan
1	2	3	4	5	6
1.	Kunjungan ibu hamil K4	95	86,5	-8,5	Belum tercapai
2.	Komplikasi kebidanan yg ditangani	80	70,3	-9,7	Belum tercapai
3.	Pertolongan persalinan nakes yang mempunyai kompetensi kebidanan	90	86,5	-3,5	Belum tercapai
4.	Pelayanan nifas	90	86,1	-3,9	Belum tercapai
5.	Neonatus komplikasi yg ditangani	80	70,2	-9,8	Belum tercapai
6.	Kunjungan bayi	90	84,2	-5,8	Belum tercapai
7.	Pelayanan anak balita	90	48,8	-41,2	Belum tercapai

Kondisi AKI dan AKB di Kabupaten Nunukan tahun 2013 masih cukup tinggi. AKI mengalami kenaikan sebesar 30,1% dibanding dengan tahun 2012 berjumlah 133 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu AKB mengalami penurunan 12,5% dibanding tahun 2012 yang berjumlah 16 per 1.000 kelahiran hidup.

Rp.346.528.000,00 sehingga jumlah total pembiayaan program KIA sebesar Rp.2.530.038.761,00 jumlah dana tersebut masih kecil dari hasil perhitungan biaya berdasarkan SPM. Hal ini bisa dikatakan bahwa pembiayaan program KIA tidak mencukupi.

Tabel 8. AKI dan AKB di Kabupaten Nunukan Tahun 2013 Terhadap Target RPJMN Tahun 2010-2014

No	Indikator	RPJMN 2010-2014	Tahun	
			2012	2013
1.	AKI per 100.000 kelahiran hidup	118	133	173
2.	AKB per 1.000 kelahiran hidup	24	16	14

PEMBAHASAN

1. Kecukupan Pembiayaan Program KIA

Pemerintah daerah Kabupaten Nunukan mempunyai kewajiban dan komitmen untuk mengalokasikan anggaran bidang kesehatan minimal 10% diluar gaji pegawai. Hal ini sebagai manifestasi dan perwujudan dari desentralisasi dan otonomi daerah dan menjalankan amanat Undang-Undang Kesehatan No. 36/ 2009 pada pasal 171 ayat 2⁸. Dan ditegaskan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 37/2012 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran dan Belanja Daerah Tahun 2013⁹.

Hasil dari penelitian ini menemukan bahwa alokasi anggaran untuk kesehatan masyarakat dari belanja APBD Kabupaten Nunukan tahun 2013 sebesar 5,7% dan termasuk gaji pegawai, meskipun sudah terjadi kenaikan sebesar 33,2% dibanding tahun 2012, namun persentase anggaran tersebut masih dibawah angka 10% termasuk gaji pegawai. Kondisi ini menunjukkan masih rendahnya komitmen pemerintah daerah kabupaten terhadap pembiayaan kesehatan.

Rendahnya alokasi anggaran kesehatan dari APBD sekitar 5,7% sehingga berdampak terhadap alokasi anggaran program KIA yang hanya sekitar 1,1% dari belanja langsung sekitar 0,8% dari APBD kesehatan. Alokasi belanja langsung anggaran kesehatan lebih berorientasi pada pembangunan fisik yaitu untuk program pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana puskesmas sebesar 26,5% dan upaya kesehatan kuratif untuk belanja obat dan perbekalan kesehatan sebesar 18,2%. Sementara itu realisasi anggaran program KIA masih sangat rendah yaitu sebesar Rp.631.510.761,00 atau sekitar 77,7%.

Meskipun program KIA mendapat bantuan dana dari pemerintah pusat melalui program Jampersal Rp.1.552.000.000,00 dan BOK sebesar

Peran pemerintah pusat dalam pembiayaan program KIA di Kabupaten Nunukan sangat dominan dengan persentase sebesar 75%. Peningkatan pembiayaan dari pemerintah pusat adalah konsekuensi dari tidak adanya keberpihakan pemerintah daerah pada sektor kesehatan dan terdapat gejala tidak adanya *ownership* pemerintah daerah terhadap pelayanan kesehatan yang bersifat *public goods*. Daerah menganggap pelayanan kesehatan yang bersifat *public goods* seperti layanan KIA merupakan urusan pemerintah pusat¹².

Penelitian di Kupang Nusa Tenggara Timur proporsi biaya program KIA dari pemerintah pusat lebih besar 79,63%, pemerintah provinsi 3,56% dan pemerintah kabupaten sebesar 16,78%¹³. Sementara itu penelitian tentang pembiayaan program KIA di Papua menyebutkan bahwa rendahnya komitmen pemerintah daerah pada program prioritas yaitu program KIA, dengan alasan utama bahwa sebagian besar dana untuk program KIA berasal dari pemerintah pusat¹⁴.

2. Efektifitas Kinerja Pembiayaan Program KIA

Masih rendahnya capaian indikator program KIA di Kabupaten Nunukan terhadap indikator SPM nasional salah satu penyebabnya adalah sumber dana yang tidak mencukupi, sementara itu permasalahan kinerja pembiayaan kesehatan di Indonesia selain jumlahnya terlalu kecil tidak cukup menjamin efektifivitas program, belanja yang cenderung kepada investasi barang dan kegiatan tidak langsung sehingga masalah ini berdampak pada kurangnya biaya operasional dan biaya kegiatan langsung¹⁵. Hasil penelitian ini menemukan bahwa terdapat capaian indikator kegiatan SPM program KIA yang mempunyai kesenjangan terbesar terhadap target indikator nasional yaitu sebagai berikut:

1. Kunjungan ibu hamil K4

Pembiayaan kunjungan ibu hamil K4 untuk kegiatan langsung mendapat porsi pembiayaan yang lebih besar yaitu 64%, sedangkan pembiayaan untuk kegiatan tidak langsung sebesar 36%. Uraian kegiatan menunjukkan adanya porsi pembiayaan yang masih rendah pada kegiatan yang kegiatan langsung penyuluhan kesehatan ibu sebesar 1%, dan sweeping K4 yang hanya 4%, sementara itu jenis kegiatan tidak langsung mempunyai porsi pembiayaan yang lebih besar seperti kegiatan supervise, monitoring dan evaluasi sebesar 15%, dan pelatihan kelas ibu sebesar 14%. Pembiayaan lebih banyak pada kegiatan tidak langsung yang bukan prioritas hal ini menandakan adanya perencanaan yang kurang baik atau adanya *missallocation* anggaran. Penelitian tentang pelayanan antenatal care yang dilakukan oleh Ali¹⁴, menyebutkan meskipun antenatal care tidak dapat diklaim sebagai salah satu solusi untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi di negara berkembang, namun antenatal care yang berkualitas dapat membantu untuk pencapaian target *Milenium Development Goals* (MDGs) dalam penurunan AKI dan AKB.

2. Komplikasi kebidanan yang ditangani

Besarnya komposisi pembiayaan pada kegiatan tidak langsung sehingga menyebabkan berkurangnya persentase pembiayaan pada kegiatan langsung untuk upaya promotif-preventif seperti kegiatan kunjungan rumah ibu hamil dengan resiko tinggi yang hanya mendapat porsi pembiayaan sebesar 2%, rujukan kasus dengan komplikasi kebidanan sebesar 6%, dan penanganan komplikasi sebesar 3%. Disamping pembiayaan yang tidak cukup, alokasi pembiayaan lebih banyak pada kegiatan tidak langsung untuk peningkatan *capacity building* yaitu pelatihan PONEB bagi petugas kesehatan, hal ini menandakan adanya perencanaan yang kurang baik atau *missallocation* anggaran.

3. Neonatus dengan komplikasi yang ditangani

Pembiayaan untuk kegiatan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 100% dipergunakan untuk jenis kegiatan langsung yaitu kunjungan neonatus resti sebesar 45%, dan AMP sebesar 55%. Meskipun pembiayaan dialokasikan 100% untuk jenis kegiatan langsung namun biaya untuk kegiatan neonatus dengan komplikasi yang ditangani berdasarkan hasil

perhitungan SPM biaya tersebut tidak cukup, dan ketersediaannya hanya sebesar 13% tersebut berdasarkan perhitungan SPM paling rendah diantara indikator kegiatan lainnya.

4. Cakupan pelayanan anak balita

Pembiayaan pelayanan anak balita lebih dominan pada kegiatan tidak langsung yaitu sebesar 81% sementara itu untuk jenis kegiatan langsung sebesar 19% yang dipergunakan untuk; 1) pelayanan di posyandu sebesar 11%, 2) sweeping DDTK anak 7%, dan 3) pelacakan kasus KtA sebesar 0,4%. Kegiatan pelayanan di posyandu dan sweeping DDTK anak merupakan kegiatan langsung yang sangat penting dalam meningkatkan cakupan pelayanan anak. namun kegiatan tersebut justru kurang mendapat dukungan dana. Pembiayaan lebih banyak dialokasikan untuk kegiatan tidak langsung dan bukan prioritas seperti pelatihan penanganan KtA sebesar 44% dan pelatihan DDTK anak sebesar 33%, kondisi ini dapat diartikan adanya *missallocation* anggaran sehingga mengakibatkan rendahnya capaian indikator kegiatan kunjungan anak. Penelitian menemukan pembiayaan program KIA lebih banyak untuk jenis kegiatan langsung 74%, sementara itu sekitar 26% untuk jenis kegiatan tidak langsung. Sumber pembiayaan jenis kegiatan langsung lebih dominan dari pemerintah pusat dari dana Jampersal dan BOK, sementara itu sumber dana pemerintah daerah dipergunakan untuk jenis kegiatan tidak langsung.

Permasalahan sumber dana dari pemerintah pusat adalah adanya keterbatasan ruang kewenangan pada daerah dalam mengelola biaya-biaya kesehatan tersebut sehingga menyebabkan banyak terjadi kesulitan dalam implementasi program dan penyerapan biaya¹⁶. Sehingga pelaksanaan kegiatan yang masih kurang efektif.

Pelaksanaan pelayanan gratis bagi ibu hamil di Ghana dengan *National Health Insurance* (NHS), yang bertujuan untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan ibu. dalam implementasinya masih banyak kendala, antara lain masalah sosialisasi kebijakan, sulitnya manajemen pengantian biaya klaim oleh provider, sehingga masih ada pungutan liar, kurangnya pengawasan terhadap kualitas pelayanan, meningkatnya beban kerja petugas kesehatan¹⁵.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penyelenggara pelayanan kesehatan di Kabupaten Nunukan untuk program KIA sebagian

besar dilaksanakan oleh BPS/BPM (Bidan Praktek Swasta/Bidan Praktek Mandiri) yaitu sebesar 55,4%, hal ini keterkaitan dengan adanya program Jampersal yang memberikan pelayanan gratis bagi ibu hamil mulai dari pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, pelayanan pasca persalinan termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan.

Dinas Kesehatan sebagai pemberi layanan kesehatan sebesar 25,0%, yang bersumber dari pemerintah daerah atau APBD. Sementara itu alokasi anggaran 100% digunakan untuk kegiatan pelatihan ketrampilan petugas dan monitoring dan evaluasi dan pelaporan dimana termasuk dalam jenis kegiatan tidak langsung atau sebagai kegiatan penunjang. Tidak adanya alokasi dalam penyusunan anggaran program KIA bersumber APBD yang berorientasi pada pencapaian hasil kinerja program. Hal ini dapat dikatakan terjadi inkonsistensi terhadap prinsip-prinsip anggaran berbasis kinerja. Salah satu karakteristik anggaran berbasis kinerja adalah memfokuskan pada hasil dan memiliki alat ukur kinerja⁶.

Puskesmas merupakan salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional¹⁷. Hasil penelitian ini menemukan rendahnya pembiayaan program KIA di puskesmas sebesar 19% yang bersumber dari dana BOK. Sehingga fungsi puskesmas yaitu mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat kurang efektif. Padahal Kementerian Kesehatan dalam RPJMN 2015-2019 telah menyatakan peran pembiayaan kesehatan lebih diprioritaskan pada upaya-upaya promotif dan preventif¹⁸.

Penerima manfaat dalam pembiayaan program KIA sebesar 66,4% diperuntukkan bagi ibu, dan pegawai merupakan penerima manfaat sebesar 25,2%. Secara umum pemerintah Kabupaten Nunukan kurang memprioritaskan peningkatan pembiayaan program KIA dimana masih tingginya biaya dimanfaatkan untuk pegawai yaitu 25,2% sementara itu bayi 4% dan balita sebesar 3,4% persentasenya lebih rendah. Hal ini bisa dikatakan adanya *mis-allocation* anggaran program KIA.

Faktor lain yang mempengaruhi tingginya AKI dan AKB adalah masih kurangnya tenaga bidan di Kabupaten Nunukan dan penyebaran

yang kurang merata terutama di daerah dengan geografis yang sulit. Disamping itu kompetensi bidan yang sangat rendah, hal ini akan mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap kesehatan ibu dan anak.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah bidan adalah 182 orang dengan sasaran ibu hamil sebesar 4010, jumlah bidan tersebut masih kurang memadai. Pada tahun 2010 strategi global untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak di Negara-negara berpenghasilan rendah diperlukan penambahan jumlah tenaga bidan sekitar 3,5 juta dan WHO merekomendasikan satu bidan terampil untuk 175 wanita hamil¹⁹.

Hasil penelitian menemukan RS. Daerah Kabupaten Nunukan (RS. Regional) sebagai salah RS rujukan saat ini statusnya belum RS PONEK, sementara itu dari 15 Kecamatan yang ada di Kabupaten Nunukan jumlah puskesmas induk sebanyak 12 puskesmas, terdapat 9 puskesmas rawat inap, dengan jumlah puskesmas yang mampu PONEK hanya 7 puskesmas. Padahal Kementerian Kesehatan dalam RENSTRA 2010-2014 yang menetapkan sasaran strategis untuk meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat terutama dalam bidang KIA salah satunya adalah Puskesmas rawat inap yang mampu PONEK sebesar 100%, dan persentase RS Kabupaten/Kota yang melaksanakan PONEK sebesar 100%²⁰.

Sistem rujukan khususnya dalam pelayanan kegawat daruratan kebidanan harus dilakukan secara tepat dan harus menghindari tiga terlambat, yaitu keterlambatan dalam pengambilan keputusan, keterlambatan dalam mencapai tempat tujuan rujukan dan keterlambatan dalam memperoleh pelayanan di tempat rujukan. Hasil penelitian menemukan bahwa sebesar 85,7% ibu yang meninggal berasal dari luar Pulau Nunukan yang merupakan daerah terpencil dengan akses yang susah terhadap RS. Daerah Kabupaten Nunukan sebagai pusat rujukan. Penelitian tentang sistim rujukan menyatakan bahwa faktor yang memberikan kontribusi terhadap kematian ibu di Sudan adalah terlambat merujuk, fasilitas kesehatan yang rendah dan masalah transportasi²¹.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Alokasi anggaran kesehatan untuk dinas kesehatan dari belanja APBD Kabupaten Nunukan sebesar 5,7% dan masih dibawah angka 10% diluar gaji

pegawai. Biaya program KIA tidak cukup dibandingkan dengan normatif hasil perhitungan biaya berdasarkan SPM, terdapat kekurangan sebesar Rp. 1.177.680.603,00 atau ketersediaan biaya program KIA sekitar 68,2%. Ketergantungan pembiayaan program KIA di Kabupaten Nunukan terhadap pemerintah pusat masih cukup tinggi yaitu sekitar 75,0%. Kinerja pembiayaan program KIA di Kabupaten Nunukan belum cukup efektif dalam pencapaian program.

Saran

Pemerintah Kabupaten Nunukan hendaknya berkomitmen dalam mengalokasikan anggaran kesehatan minimal 10% diluar gaji pegawai. Pemerintah Kabupaten Nunukan hendaknya membuat Peraturan Daerah, Peraturan Bupati, Peraturan Kecamatan dan Peraturan Desa untuk bersinergi meningkatkan KIBBLA (Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir) dalam menurunkan AKI dan AKB.

Penerapan perencanaan anggaran berbasis kinerja (*performance based budgeting*) dan prioritas serta berbasis data. Peningkatan sarana dan prasarana terutama Puskesmas PONED dan Rumah Sakit PONEK.

REFERENSI

1. Pemerintah RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor/ : 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta; 2012.
2. WHO/WPRO. Health Economy and Financing, Regional office for the Western Pacific. 2005.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan. Profil Kesehatan Kabupaten Nunukan Tahun 2012. Nunukan; 2013.
4. Bappenas. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor: 5 Tahun 2010 Tentang Perencanaan Pembangunan Jangka Menengah Tahun 2010-2014. Jakarta; 2010.
5. Mandl U, Dierx A, Ilzkovitz F. The Effectiveness and Efficiency of Public Spending [Internet]. Economic Papers EU. Belgia; 2008. Available from: <http://ideas.repec.org/p/euf/ecopap/0301.html>
6. Mardiasmo. Akuntansi Sektor Publik. 4th ed. Yogyakarta: Andi; 2009. 4 p.
7. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: CV. Alfabeta; 2009.
8. Pemerintah RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor: 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta; 2009.
9. Pemerintah. RI. Permendagri No. 37 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Dan Belanja daerah Tahun Anggaran 2013. Jakarta; 2012.
10. Trisnantoro L. Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007. Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan. Trisnantoro L, editor. Yogyakarta: BPFE; 2009.
11. Dodo D, Riyarto S. Analisis Pembiayaan Program Ibu Dan Anak Bersumber Pemerintah Dengan Pendekatan Health Account. Kebijakan Kesehatan Indones. 2012;01(01):13–23.
12. Kurniawan M, Harbianto D, Purwaningrum D, Marthias T. Evidence-based budgeting policy in maternal and child health programme: do they work? BMC Public Health [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012 [cited 2014 Dec 31];12(Suppl 2):A31. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/S2/A31>
13. Gani A. Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten/ Kota. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan FKMUI, AusAID-Jakarta, PPJK Depkes; 2009.
14. Ali AA a, Osman MM, Abbaker AO, Adam I. Use of antenatal care services in Kassala, eastern Sudan. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. BioMed Central Ltd; 2010 Jan [cited 2014 Oct 7];10(1):67. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2987884&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
15. Trisnantoro L, Atmawikarta A, Marhaeni D, Harbianto D. Desentralisasi Fiskal di Sektor Kesehatan dan Reposisi Peran Pusat dan Daerah Dalam Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007- Mengkaji Pengalamam dan Skenario Masa Depan. 2nd ed. Trisnantoro L, editor. Yogyakarta: BPFE; 2009.
16. Witter, Sophie; Garshong, Bertha; Ridde V. An exploratory study of the policy process and early implementation of the free NHIS coverage for pregnant women in Ghana. Int J Equity Health. 2013;12(1):16.
17. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta; 2014.
18. Kemenkes RI. Peran Pembiayaan Kesehatan Dalam Membangun Kualitas Hidup Manusia di Indonesia [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun 4]. Available from: <http://www.inahea.org/blog-32-update-terms-of-reference-2nd-indonesian->

- health-economics-association-in-aea-congress-and-world-health-day-2015.html
19. Toure K. Save Lives/ : Invest in Midwives Knowledge Summary/ : Women ' S and Children ' S Health. World Health. 2011;1–4.
 20. Depkes.RI. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2010.
 21. Mohammed A a, Elnour MH, Mohammed EE, Ahmed S a, Abdelfattah AI. Maternal mortality in Kassala State - Eastern Sudan: community-based study using Reproductive age mortality survey (RAMOS). BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;11(1):102. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/102>