

**EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PERCEPATAN PENURUNAN ANGKA
KEMATIAN IBU (AKI) DI INDONESIA**
*The Effectiveness of The Action to Accelerate The Reduction of Maternal
Mortality Rate in Indonesia*

(¹)Nurhidajat A, (²)Kusumawati D

(¹)(²)Kementerian Keuangan, DJA, (¹)Dit.PMK, (²)Dit. PAPBN

(¹)ayipgeo88@gmail.com, (²)dykusuma@gmail.com

Abstract

Maternal Mortality Rate (MMR) is a sensitive indicator that shows the health quality of a country and gets special attention from the United Nations (UN) so that it is placed as one of the targets in the Millennium Development Goals (MDGs). This study tries to look at the effectiveness of efforts to reduce MMR in Indonesia with a focus on research on the analysis of AKI targeting in Indonesia, the effectiveness of the RAN PPAKI program, and the adequacy of budget allocations for efforts to reduce MMR. Furthermore, by using a qualitative analysis approach that adopts the Miles and Huberman (1984) model, results are obtained that the target targets for decreasing the MMR have been quite realistic even though in the determination there are differences in the calculation methods between national targets and the MDGs. In terms of the program plan and its implementation, it was found that the implementation of the RAN PPAKI program was not optimal and effective due to several factors, including: 1) determining the output and efforts to reduce MMR in the form of top down from the Ministry of Health, which paid little attention to needs and characteristics each region; 2) the synchronization and coordination between the activities of reducing MMR financed from the APBN and APBD are not optimal; 3) cross-sectoral coordination that is still very weak and not optimal; and 4) there has been no in-depth evaluation of the impact or relevance of RAN PPAKI's output / activity and budget on the achievement of the reduction in MMR. In addition, the analysis results related to the variable budget allocation for the reduction of MMR, namely the budget to support the implementation of the 2013-2015 RAN PPAKI has been sufficient but the problem is the lack of flexibility in its use, given the allocation of the budget by the center and regions less able to adjust to the needs based on the characteristics in the area.

Keywords: Effectiveness, Maternal Mortality Rate, Reduction

JEL Classification: H51, I18

Abstrak

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator sensitif yang menunjukkan kualitas kesehatan suatu Negara dan mendapat perhatian khusus dari Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) sehingga ditempatkan sebagai salah satu target dalam Tujuan Pembangunan Millennium atau *Millenium Development Goals* (MDGs). Kajian ini mencoba melihat efektivitas upaya penurunan AKI di Indonesia dengan fokus penelitian pada analisis penetapan target AKI di Indonesia, efektivitas program RAN PPAKI, dan kecukupan alokasi anggaran untuk upaya penurunan AKI.

Selanjutnya, dengan menggunakan pendekatan analisis kualitatif yang mengadopsi model Miles dan Huberman (1984), diperoleh hasil bahwa target sasaran penurunan AKI yang ditetapkan sudah cukup realistis meskipun dalam penetapannya terdapat perbedaan metode perhitungan antara target nasional dan MDGs. Dari sisi rencana program dan pelaksanaannya diperoleh hasil telitian bahwa pelaksanaan program RAN PPAKI belum optimal dan efektif yang disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: 1) penentuan output dan aktifitas upaya penurunan AKI lebih bersifat *top down* dari Kemenkes, di mana kurang memperhatikan kebutuhan dan karakteristik masing-masing daerah; 2) sinkronisasi dan koordinasi antara kegiatan penurunan AKI yang dibiayai dari APBN dan APBD belum optimal; 3) koordinasi lintas sektor yang masih sangat lemah dan belum optimal; dan 4) belum adanya evaluasi mendalam terhadap dampak atau relevansi output/aktivitas dan anggaran RAN PPAKI terhadap capaian penurunan AKI. Di samping itu, juga diperoleh hasil analisis terkait dengan variabel alokasi anggaran untuk penurunan AKI, yaitu anggaran untuk mendukung pelaksanaan RAN PPAKI 2013-2015 telah cukup memadai namun yang menjadi masalah adalah kurang adanya fleksibilitas dalam penggunaannya, mengingat peruntukkan anggaran telah ditetapkan oleh pusat dan daerah kurang dapat menyesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan karakteristik yang ada di daerah.

Kata Kunci : Angka Kematian Ibu, Efektivitas, Penurunan

1. PENDAHULUAN

Setiap tahun di seluruh dunia diperkirakan ada lebih kurang 529.000 wanita meninggal pada saat persalinan atau akibat komplikasi yang timbul dari kehamilan, sehingga diperkirakan angka kematian ibu (AKI) adalah sebesar 400 per 100.000 kelahiran hidup (estimasi kematian ibu dari WHO/UNICEF/UNFPA tahun 2000). Hal ini berarti di seluruh dunia ada satu orang wanita meninggal setiap menitnya. 98% kematian ibu terjadi di negara-negara berkembang. Angka kematian ibu di negara-negara maju berkisar antara 20 per 100.000 kelahiran hidup (KH), sedangkan di negara-negara berkembang hampir 20 kali lebih tinggi yaitu berkisar antara 440 per 100.000 KH. Di kawasan Asia Tenggara diperkirakan terdapat 240.000 kematian ibu setiap tahunnya, sehingga angka kematian ibu adalah sebesar 210 per 100.000 KH.

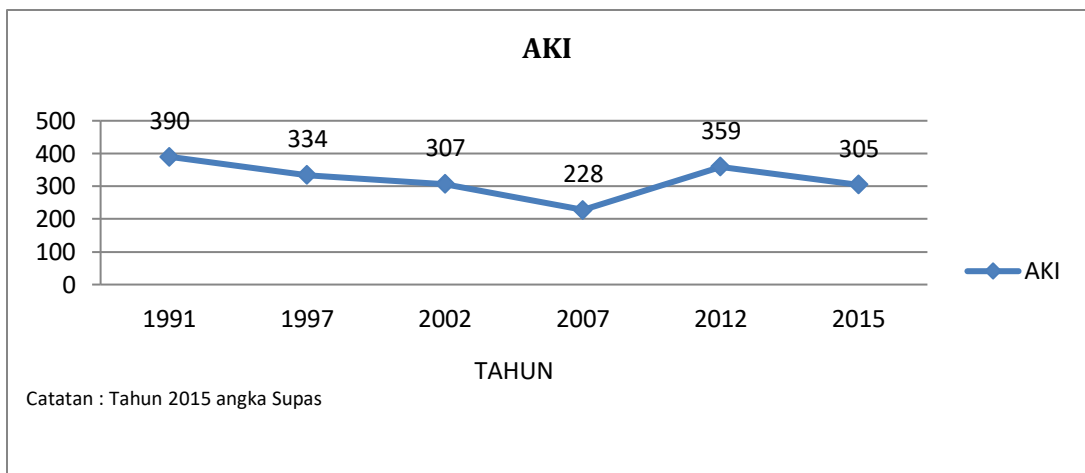
Angka Kematian Ibu menurut batasan dari *The Tenth Revision of The International Classification of Diseases* (ICD - 10) adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan sampai berakhirnya masa nifas atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, dan disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut, atau penanganannya, akan tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh penyebab lain seperti kecelakaan.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator sensitif yang menunjukkan kualitas kesehatan suatu Negara, karena AKI menggambarkan hasil interaksi dari berbagai aspek, baik aspek klinis (kualitas dan kuantitas tenaga medis dan tenaga kesehatan, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan), aspek sistem layanan kesehatan sistem jaminan kesehatan, sistem informasi rujukan) maupun aspek-aspek non kesehatan (budaya, pendidikan, akses menuju tempat layanan kesehatan). Kematian wanita pada usia reproduktif akan mengakibatkan kerugian ekonomi yang signifikan dan dapat menyebabkan kemunduran perkembangan masyarakat, sebab

wanita merupakan pilar utama dalam keluarga yang berperan penting dalam mendidik anak-anak, serta memberikan perawatan kesehatan dalam keluarga bahkan membantu perekonomian keluarga, dan sebenarnya sebagian besar kematian ini dapat dicegah.

Angka Kematian ibu sebagai indikator derajat kesehatan ibu mendapat perhatian khusus dari Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB), sehingga ditempatkan sebagai butir kelima dari delapan butir tujuan Millenium Development Goals (MDGs) atau Tujuan Pembangunan millennium. MDGs adalah Deklarasi Millenium hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-bangsa yang dimulai September tahun 2000. Target MDGs adalah tercapainya kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada 2015. Dari delapan butir tujuan MDGs, tujuan kelima adalah meningkatkan kesehatan ibu, dengan target menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara 1990 – 2015, serta yang dijadikan indikator untuk monitoring yaitu angka kematian ibu, proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan angka pemakaian kontrasepsi. Target MDGs AKI di Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini cukup tinggi dibandingkan dengan negara-negara Asean. Pada tahun 2007 AKI di Indonesia 228, AKI di Singapura 6, AKI di Brunei 33, AKI di Filipina 112, serta AKI di Malaysia dan Vietnam sama-sama 160. Perkembangan AKI di Indonesia dari tahun 1991 s.d. 2015 hasil SDKI dapat dilihat pada gambar berikut :



Sumber: Pusdatin, Kemenkes.

Gambar 1. Perkembangan AKI di Indonesia (Tahun 1991 – 2012)

Berdasarkan gambar 1.1. di atas, dapat dilihat bahwa AKI di Indonesia sejak tahun 1991 sampai dengan tahun 2007 mengalami penurunan dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2012, hasil SDKI mencatatkan kenaikan yang *significant* yaitu dari 228 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2012, Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neo Natal Survival (EMAS)* dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neo natal sebesar 25%.

Pada tahun 2013, Kementerian Kesehatan menyusun Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu Tahun 2013-2015 (RAN AKI 2013-2015) yang difokuskan pada 3 strategi dan 7 program utama. Melalui rencana aksi ini diharapkan semua pihak memiliki pemahaman yang sama mengenai konsep terjadinya kematian ibu dan upaya-upaya yang efektif dan efisien untuk mencegahnya. Selain hal tersebut, melalui rencana aksi ini juga diharapkan dapat mencapai target angka kematian ibu di Indonesia menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada Tahun 2015 (sesuai target MDGs). RAN AKI juga memiliki tujuan khusus yaitu sebagai penjabaran visi, misi, dan program Presiden yang penyusunannya berpedoman pada RPJPN 2005-2025. Dalam RPJMN 2010-2014 penurunan AKI ditargetkan turun dari 307 pada 2008 menjadi 118 pada 2014. RAN AKI juga memiliki tujuan khusus sebagai panduan dan arahan dalam pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan ibu di tingkat pusat, provinsi, kabupaten, dan kota baik bagi institusi pemerintah maupun masyarakat dan pihak-pihak lain yang terkait dalam perbaikan kesehatan ibu yang pada akhirnya fokus pada peningkatan sistem pelayanan kesehatan untuk menjamin akses terhadap pelayanan kebidanan yang berkualitas.

Berbagai upaya yang telah dilakukan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat tentunya tidak terlepas dari dukungan anggaran yang telah dialokasikan melalui APBN dan APBD. Pentingnya dukungan anggaran untuk bidang kesehatan diperkuat dengan amanat Pasal 171 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengatur antara lain: (1) Besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji. (2) Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.

Adapun besaran alokasi anggaran kesehatan melalui APBN dan APBD selama kurun waktu 2009 sampai dengan 2015 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Alokasi Anggaran Kesehatan Melalui APBN dan APBD (2009 – 2015)

(dalam miliar rupiah)

APBN/ APBD	Tahun						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
APBN	20.685,5	24.610,9	29.826,3	33.248,7	38.642,3	54.337,5	64.390,7
APBD	37.796,7	40.481,5	48.279,5	57.736,3	70.796,6	72.965,6	79.052,8

Sumber data: *Bussiness Intellegence DJA dan publikasi data DJPK (<http://www.djpk.depkeu.go.id>)*

Apabila kita bandingkan grafik tren AKI dan tabel perkembangan alokasi anggaran di atas, terlihat bahwa kenaikan alokasi anggaran tidak diikuti dengan penurunan AKI, terlebih pada periode 2007 sampai dengan 2012 meskipun ada peningkatan alokasi anggaran pada periode tersebut ternyata belum berdampak pada penurunan AKI, namun justru pada periode yang sama terjadi peningkatan AKI secara signifikan dari 228 menjadi 359. Kendati demikian Pemerintah terus berupaya menurunkan AKI, di antaranya melalui program Emas pada tahun 2012 dan disusunnya RAN AKI pada tahun 2013. Upaya tersebut menunjukkan hasil adanya penurunan AKI

semula pada tahun 2012 sebanyak 359 menjadi 305 pada tahun 2015. Namun demikian, penurunan AKI pada periode tahun 2012 sampai dengan 2015 ternyata belum sesuai dengan harapan, karena sasaran yang diharapkan sesuai target MDGs pada tahun 2015 sebesar 102 belum tercapai.

Berdasarkan latar belakang tersebut benang merah yang bisa ditarik sebagai suatu permasalahan adalah Bagaimana efektivitas pelaksanaan percepatan penurunan AKI dalam upaya mempercepat penurunan AKI?, Apakah target AKI yang ditetapkan cukup realistis dengan kondisi saat ini? Serta Bagaimana pengaruh alokasi anggaran terhadap upaya percepatan penurunan AKI?. Untuk itu perlu dilakukan telaahan yang melibatkan semua pihak yang berkaitan dengan upaya percepatan penurunan AKI ini baik dari sisi regulator, eksekutor serta juga pihak penerima manfaat untuk mendapatkan gambaran permasalahan yang terjadi dalam upaya percepatan penurunan AKI dan bagaimana mendapatkan jalan keluar yang komprehensif dalam mengatasi permasalahan-permasalahan tersebut. Selain itu manfaat yang bisa dipetik dengan kajian ini adalah bila efektivitas program kegiatan percepatan penurunan AKI ini bisa diketahui, maka akan bermanfaat dalam menentukan program kegiatan percepatan AKI yang lebih efektif dalam menurunkan AKI. Selain itu target yang lebih realistis dalam penurunan AKI bisa lebih dirumuskan, serta mengetahui alokasi anggaran yang berpengaruh paling signifikan terhadap upaya penurunan AKI.

2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 AKI dalam MDGs Bidang Kesehatan

MDGs bidang kesehatan mencakup upaya menurunkan angka kematian anak (Tujuan 4), meningkatkan kesehatan ibu (Tujuan 5), dan memerangi HIV/AIDS, Malaria dan penyakit menular lainnya (Tujuan 6) yang masing-masing mempunyai target dan indikator.

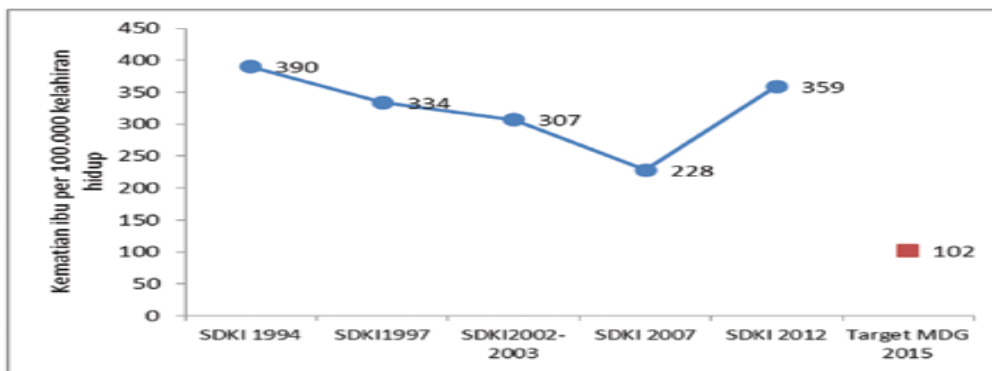
Tabel 2. MDGs Bidang Kesehatan: Tujuan, Sasaran dan Indikator

Tujuan	Target	Indikator
Tujuan 4: Menurunkan angka kematian anak.	Menurunkan angka kematian balita sebesar dua pertiganya, antara 1990-2015.	- Angka Kematian Balita - Angka Kematian Bayi - Persentase anak di bawah satu tahun yang diimunisasi campak.
Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu	Menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara 1990 dan 2015	- Angka Kematian Ibu - Proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih - Angka Pemakaian kontrasepsi
Tujuan 5: Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya	Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru hingga tahun 2015	- Prevalensi HIV di kalangan ibu hamil yang berusia antara 15-24 tahun - Penggunaan kondom pada pemakai kontrasepsi

		- Presentase anak muda usia 15-24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif HIV/AIDS
--	--	--

Sumber: Bappenas RI, Indonesia 2004

Sebagai salah satu target dalam tujuan MDGs yang ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu, Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih cukup tinggi bahkan tiga kali lipat dari target dalam MDGs, angka kematian ibu ditargetkan sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup.



Sumber: Pusdatin Kemenkes

Gambar 2. Angka Kematian Ibu (1994 – 2012) dan target 2015

2.2 Pengertian/Batasan Kematian Ibu

Dalam *The Tenth Revision of The International Classification of Diseases (ICD - 10)* yang dipublikasikan WHO, Kematian ibu adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan.

Merujuk pada definisi dimaksud, kematian ibu secara eksplisit memiliki ruang lingkup yang luas yaitu kematian yang terjadi bukan saja dalam proses persalinan, akan tetapi juga dalam masa kehamilan dan masa nifas serta tidak disebabkan oleh kecelakaan. Ada hubungan temporal dan kausal antara kehamilan dan kematian. Ketika ibu meninggal, pada saat itu kemungkinan ibu dalam keadaan:

- Hamil dan kemudian meninggal sebelum melahirkan.
- Telah melahirkan seorang bayi hidup atau lahir mati.
- Mengalami abortus spontan, buatan atau hamil ektopik.

Dalam definisi tersebut juga dibedakan penyebab kematian ibu dalam dua kelompok, yaitu:

- a. Kematian obstetri langsung (*direct obstetric death*) yaitu kematian ibu yang disebabkan langsung oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- b. Kematian obstetri tidak langsung (*indirect obstetric death*) yaitu kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang tidak disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas itu sendiri.

Studi tindak lanjut hasil Sensus Penduduk 2010 yang dilakukan pada tahun 2012 melaporkan penyebab kematian langsung adalah komplikasi obstetri (77,2%). Selebihnya (22,8%) disebabkan oleh penyebab kematian tidak langsung. Penyebab kematian langsung yang terbesar adalah perdarahan postpartum (sebesar 20,3%), diikuti eklamsia (16,2%), dan oedema serta hipertensi dalam kehamilan (9,2%). Berbagai penyebab tak langsung meliputi penyakit saluran darah (6,4%), TBC paru (4,1%) dan penyakit saluran pernafasan (2,6%). Komplikasi abortus diduga masih banyak menjadi penyebab kematian ibu.

Dalam definisi kematian ibu sesuai *ICD - 10*, penyebab kematian ibu dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Kematian obstetri langsung

Lima penyebab kematian ibu secara global adalah pendarahan, tekanan darah tinggi (hipertensi) dalam kehamilan, infeksi, proses persalinan (partus) yang terlalu lama/macet, dan kematian pada kehamilan muda. Kematian ibu di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh pendarahan, hipertensi dalam kehamilan dan infeksi. Saat ini dari tiga besar penyebab kematian ibu tersebut, hipertensi dalam kehamilan proporsinya sebagai penyebab kematian ibu semakin meningkat mencapai 30%.

- b. Kematian obstetri tidak langsung

Di samping penyebab langsung, kematian ibu tidak saja disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas saja tetapi juga dapat disebabkan oleh hal-hal lain di luar kehamilan, persalinan dan nifas. Kematian obstetri tidak langsung ini dapat disebabkan oleh status kesehatan yang rendah dan status reproduksi yang buruk. Status kesehatan yang rendah ini dapat disebabkan di antaranya oleh anemia, kekurangan energi kronis dan penyakit kronis misal hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, malaria, tuberkulosis, HIV / AIDS, dan lain-lain. Sedangkan status reproduksi yang buruk dapat disebabkan di antaranya oleh pendidikan, sosial budaya dan sosial ekonomi, dan keadaan "4 terlalu" (terlalu muda / tua, terlalu sering dan terlalu banyak).

2.3 Faktor-Faktor yang Berpengaruh

Depkes RI membagi faktor-faktor yang mempengaruhi kematian maternal (Arulita, 2007) sebagai berikut:

- a. Faktor medik

- 1) Komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang merupakan penyebab langsung kematian maternal, yaitu: perdarahan pervaginam, khususnya pada kehamilan trimester ketiga, persalinan dan pasca persalinan; keracunan kehamilan (preeklamsia dan eklamsia), infeksi, komplikasi akibat partus lama, trauma persalinan.
- 2) Faktor empat terlalu (status reproduksi ibu), yaitu: usia ibu pada waktu hamil terlalu muda (kurang dari 20 tahun); usia ibu pada waktu hamil terlalu tua (lebih dari 35

tahun); jumlah anak terlalu banyak (lebih dari 4 orang); jarak antar kehamilan terlalu dekat (kurang dari 2 tahun).

- 3) Beberapa keadaan dan gangguan yang memperburuk derajat kesehatan ibu selama hamil, antara lain kekurangan gizi dan anemia, bekerja (fisik) berat selama kehamilan.

b. Faktor Non Medik

Faktor non medik yang berkaitan dengan ibu, dan menghambat upaya penurunan kesakitan dan kematian maternal adalah:

- 1) Kurangnya kesadaran ibu untuk mendapatkan pelayanan antenatal.
- 2) Terbatasnya pengetahuan ibu tentang bahaya kehamilan risiko tinggi.
- 3) Ketidakberdayaan sebagian besar ibu hamil di pedesaan dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk.
- 4) Ketidakmampuan sebagian ibu hamil untuk membayar biaya transport dan perawatan di rumah sakit.
- 5) Akses Pelayanan Kesehatan karena tiga terlambat yaitu: (i) terlambat dalam pengambilan keputusan, (ii) terlambat mencapai fasilitas rujukan, dan (iii) terlambat mendapat pertolongan di fasilitas rujukan.

2.4 Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu

Kematian ibu dipengaruhi oleh berbagai aspek, di antaranya aspek klinis, aspek sistem pelayanan kesehatan maupun aspek-aspek non kesehatan yang mempengaruhi pemberian layanan klinis dan terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan secara optimal. Upaya penurunan angka kematian ibu memerlukan kesamaan persepsi dan pengertian dari semua pihak mengenai pentingnya dan peran dari berbagai aspek, sehingga strategi untuk mengatasinya harus merupakan integrasi menyeluruh dari berbagai aspek tersebut.

Angka kematian ibu di Indonesia sejak tahun 1991 sampai dengan 2007 mengalami penurunan, yaitu dari 390 menjadi 228 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Namun demikian, berdasarkan hasil SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan yang sangat signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup.

Dalam rangka memfokuskan percepatan pencapaian target MDG 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu, di mana salah satu targetnya adalah angka kematian ibu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015, sesuai Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Pembangunan yang berkeadilan, seluruh Gubernur, Bupati, dan Walikota diwajibkan memprioritaskan upaya pencapaian target MDGs dalam program pembangunan di daerah yang dituangkan dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Pencapaian MDGs.

Selanjutnya, dalam rangka percepatan pencapaian target MDG 5 dan agar upaya-upaya yang dilakukan dapat efektif dan efisien serta konsisten dari seluruh pemangku kepentingan, Kementerian Kesehatan menyusun Rencana Aksi Percepatan Penurunan AKI Tahun 2013-2015 yang difokuskan pada 3 strategi dan 7 program utama. Tujuan umum rencana aksi tersebut adalah mencapai target angka kematian ibu di Indonesia menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, dan mencapai target angka kematian ibu di daerah sesuai dengan RAD MDGs/RPJMD bagi daerah yang telah mencapai target nasional.

Rencana Aksi Nasional (RAN) percepatan penurunan angka kematian ibu di Indonesia, dilaksanakan dalam konteks desentralisasi dalam bentuk Rencana Aksi Daerah (RAD) yang menjamin integrasi yang mantap dalam perencanaan pembangunan kesehatan serta proses alokasi anggaran dengan fokus pada pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir sesuai standar, *cost-effective* dan berdasarkan bukti pada semua tingkat pelayanan dan rujukan kesehatan baik di sektor pemerintah maupun swasta.

2.5 Konsep Efektivitas

Effectiveness—Efektivitas adalah suatu keadaan mengenai terjadinya sesuatu efek atau akibat yang dikehendaki. Kalau seseorang melakukan suatu perbuatan dengan maksud tertentu yang memang dikehendakinya, maka orang itu dikatakan efektif kalau menimbulkan akibat atau mempunyai maksud sebagaimana dikehendakinya (The Liang Gie, 2001:108). Dengan kata lain bahwa suatu hasil dikatakan mencapai efektivitas jika hasil tersebut benar-benar sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya, termasuk ketentuan yang berlaku.

Adapun pengertian efektivitas menurut Handyaningrat adalah sebagai berikut: “Efektivitas adalah pengukuran dalam arti tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya” (Handyaningrat, 1995:16). Menurut Handyaningrat efektivitas merupakan sebuah pengukuran dimana suatu target telah tercapai sesuai dengan apa yang telah direncanakan.

Supriyono mendefinisikan pengertian efektivitas, sebagai berikut: “Efektivitas merupakan hubungan antara keluaran suatu pusat tanggung jawab dengan sasaran yang mesti dicapai, semakin besar kontribusi daripada keluaran yang dihasilkan terhadap nilai pencapaian sasaran tersebut, maka dapat dikatakan efektif pula unit tersebut” (Supriyono, 2000:29).

Dari berbagai pandangan para ahli tersebut dapat dijelaskan bahwa efektivitas merupakan hubungan keluaran tanggung jawab dengan sasaran yang harus dicapai. Efektivitas merupakan pengukuran dalam arti tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya, semakin besar keluaran yang dihasilkan dari sasaran yang akan dicapai maka dapat dikatakan efektif.

Adapun kriteria atau ukuran mengenai pencapaian tujuan efektif atau tidak, sebagaimana dikemukakan oleh S.P. Siagian (1978:77), yaitu:

- a. Kejelasan tujuan yang hendak dicapai, hal ini dimaksudkan supaya karyawan dalam pelaksanaan tugas mencapai sasaran yang terarah dan tujuan organisasi dapat tercapai.
- b. Kejelasan strategi pencapaian tujuan, telah diketahui bahwa strategi adalah “pada jalan” yang diikuti dalam melakukan berbagai upaya dalam mencapai sasaran-sasaran yang ditentukan agar para implementer tidak tersesat dalam pencapaian tujuan organisasi.
- c. Proses analisis dan perumusan kebijakan yang mantap, berkaitan dengan tujuan yang hendak dicapai dan strategi yang telah

Menurut James L. Gibson dalam Kurniawan (2005) ukuran efektivitas, sebagai berikut:

1. Kejelasan tujuan yang hendak dicapai;
2. Kejelasan strategi pencapaian tujuan;
3. Proses analisis dan perumusan kebijaksanaan yang mantap;
4. Perencanaan yang matang;

5. Penyusunan program yang tepat;
6. Tersedianya sarana dan prasarana;
7. Sistem pengawasan dan pengendalian yang bersifat mendidik.

Untuk mengukur capaian kinerja Kementerian/Lembaga Menteri Keuangan telah menetapkan PMK Nomor 249/PMK.02/2011 Tentang Pengukuran Dan Evaluasi Kinerja Atas Pelaksanaan Rencana Kerja Dan Anggaran Kementerian Negara/ Lembaga. Dalam pasal 1 disebutkan bahwa Pengukuran dan Evaluasi Kinerja atas Pelaksanaan RKA-K/L yang selanjutnya disebut Evaluasi Kinerja adalah proses untuk menghasilkan informasi capaian kinerja yang telah ditetapkan dalam dokumen RKA-K/ L. Pasal 4 Evaluasi Kinerja terdiri atas 3 (tiga) aspek, yaitu: aspek implementasi, aspek manfaat, dan aspek konteks.

Evaluasi Kinerja atas aspek implementasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, dilakukan dalam rangka menghasilkan informasi Kinerja mengenai pelaksanaan Kegiatan dan pencapaian Keluaran.

Indikator yang diukur dalam Evaluasi Kinerja atas aspek implementasi meliputi:

- a. penyerapan anggaran;
- b. konsistensi antara perencanaan dan implementasi;
- c. pencapaian Keluaran; dan
- d. efisiensi.

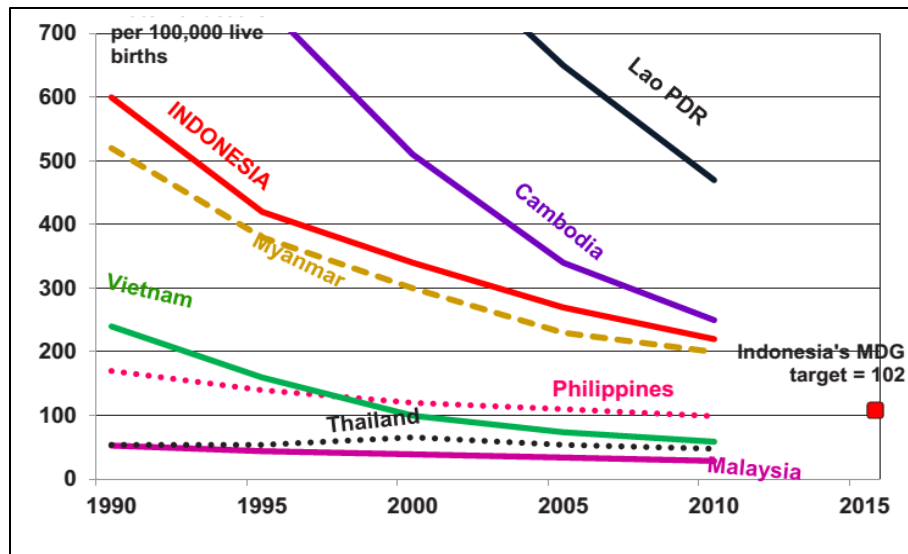
Evaluasi Kinerja atas aspek manfaat dilakukan dalam rangka menghasilkan informasi mengenai perubahan yang terjadi dalam masyarakat dan/atau Pemangku Kepentingan sebagai penerima manfaat atas Keluaran yang telah dicapai. Indikator yang diukur dalam Evaluasi Kinerja atas aspek manfaat merupakan capaian indikator kinerja utama.

Evaluasi Kinerja atas aspek konteks dilakukan dalam rangka menghasilkan informasi mengenai relevansi masukan, Kegiatan, Keluaran, dan Hasil, dengan dinamika perkembangan keadaan, termasuk kebijakan Pemerintah.

2.6 Studi Terkait Sebelumnya

2.6.1 Ringkasan Kajian Unicef Indonesia: Kesehatan Ibu dan Anak (2012)

Salah satu isu penting yang disampaikan dalam kajian tersebut bahwa peningkatan kesehatan ibu di Indonesia, yang merupakan Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) kelima, berjalan lambat dalam beberapa tahun terakhir. Rasio kematian ibu, yang diperkirakan sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup, tetap tinggi di atas 200 selama dekade terakhir, meskipun telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan Ibu. Hal ini bertentangan dengan negara-negara miskin di sekitar Indonesia yang menunjukkan peningkatan lebih besar pada MDG kelima, seperti tampak pada Gambar 3.



Sumber: UN Maternal Mortality Estimation Group: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank dalam Kajian Unicef Indonesia (2012)

Gambar 3. Tren Kematian Ibu Di Beberapa Negara ASEAN

Beberapa hambatan untuk menurunkan kematian ibu dan anak, sebagaimana disampaikan dalam kajian yang dilakukan oleh Unicef tersebut, antara lain:

- a. Buruknya kualitas pelayanan kesehatan antenatal, persalinan, dan pasca persalinan merupakan hambatan utama untuk menurunkan kematian ibu dan anak.
- b. Buruknya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat menunjukkan perlunya peningkatan pemerintah untuk kesehatan.
- c. Proses perencanaan untuk DAK harus lebih efisien, efektif, dan transparan.
- d. Berbagai hambatan menyebabkan perempuan miskin tidak sepenuhnya menyadari manfaat Jampersal, program asuransi kesehatan pemerintah untuk perempuan hamil.
- e. Berdasarkan permintaan, harus ada lebih banyak fasilitas kesehatan yang memberikan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dan lebih banyak dokter kandungan dan ginekologi.

2.6.2 Tantangan Pencapaian Millenium Development Goals Bidang Kesehatan (Budi Utomo, 2007)

Dalam kajian yang disusun oleh Budi Utomo (Guru Besar Departemen Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia) tersebut, disampaikan bahwa walaupun terdapat trend penurunan angka kematian ibu di Indonesia, angka tersebut masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN. Target penurunan angka kematian ibu sesuai dengan tujuan ke-5 MDGs tidak mudah tercapai.

Hal tersebut disebabkan oleh sistem pelayanan obstetri emergensi masih lemah, belum mampu menjangkau tepat waktu semua kasus komplikasi maternal (kehamilan, persalinan dan nifas). Biaya dan jarak menjadi penghambat utama akses pelayanan obstetri emergensi. Data menunjukkan sebagian besar kematian ibu terjadi pada masyarakat miskin dan mereka yang tinggal jauh dari rumah sakit. Perdarahan, eklamsia, dan infeksi merupakan jenis komplikasi

maternal yang menjadi penyebab langsung kematian ibu. Kematian ibu dapat dicegah hanya apabila kasus komplikasi ditolong di rumah sakit dengan fasilitas pelayanan obstetri emergensi yang memadai. Ibu dengan komplikasi akan meninggal apabila terlambat menerima pelayanan standar.

Dalam rangka menghadapi tantangan pencapaian target MDGs tersebut perlu dilakukan upaya-upaya:

- a. Upaya perbaikan kesehatan ibu dan anak perlu pula memperbaiki kejelasan hukum dan peraturan dan menjamin pelaksanaan hukum demi melindungi perempuan dan anak.
- b. Menempatkan Kesehatan sebagai agenda prioritas
- c. Memperkuat kerja sama lintas sektor dan program
- d. Memperkuat kebijakan dan kelembagaan
- e. Memperbaiki sistem informasi
- f. Peningkatan edukasi masyarakat
- g. Kesetaraan gender
- h. Partisipasi masyarakat

3. METODOLOGI PENELITIAN

Untuk dapat mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh atas tidak tercapainya target AKI tahun 2015 sesuai yang ditetapkan dalam MDGs, dan sesuai dengan fokus penelitian ini yang akan melihat sejauhmana efektivitas program kegiatan percepatan penurunan AKI dalam upaya menurunkan AKI, realistis atau tidaknya target AKI yang ditetapkan, serta pengaruh alokasi anggaran terhadap upaya penurunan AKI, maka dalam kajian ini digunakan metode penelitian kualitatif. Dengan menggunakan metode penelitian kualitatif akan diperoleh informasi dari sumber-sumber yang berkompeten dalam memberikan penjelasan mengenai permasalahan terkait AKI, sehingga dapat melengkapi data-data mengenai AKI yang diperoleh melalui studi pustaka. Menurut Sugiyono (2010), dalam penelitian kualitatif, pengumpulan data dilakukan pada *natural setting* (kondisi yang alamiah), sumber data primer, dan teknik pengumpulan data lebih banyak pada observasi berperan serta (*participant observation*), wawancara mendalam (*in depth interview*) dan dokumentasi.

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder, yang diperoleh menggunakan teknik sebagai berikut:

a. Data Primer

Sumber data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2010). Data primer dalam penelitian ini dikumpulkan melalui:

- *Focus Group Discussion* (FGD) dengan para ahli dan pihak terkait;
- Pembuatan *Leading Question* dan wawancara dengan *stakeholders* yang terkait;
- Pembuatan kuisioner dan survey ke daerah sampel.

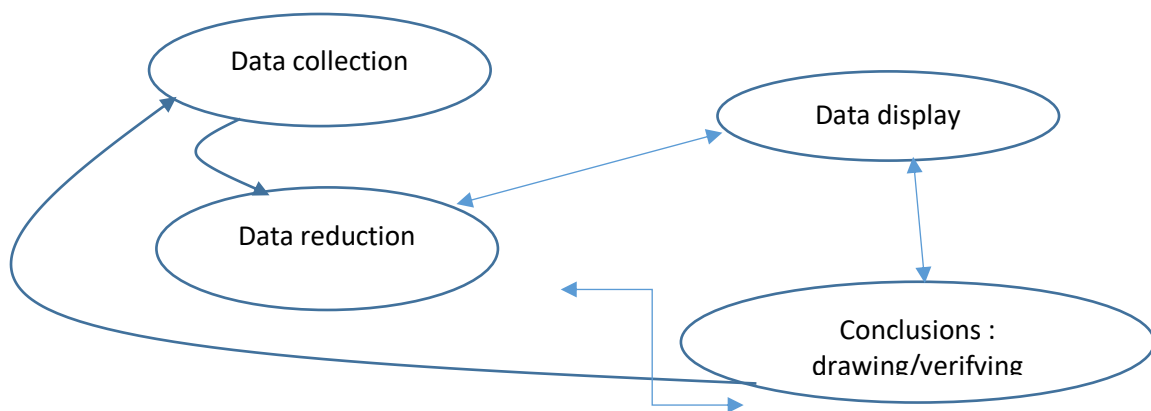
b. Data Sekunder

Sumber data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2010). Adapun dalam penelitian ini data sekunder yang digunakan antara lain:

- Data target MDGs AKI;
- Data series AKI;
- Data series anggaran

Dalam kajian ini pengambilan sampel responden yang diwawancara menggunakan teknik *purposive sampling*. Sebagaimana disampaikan Sugiyono (2010), *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalnya orang tersebut yang dianggap paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek/situasi sosial yang diteliti. Oleh karena itu, yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah pihak-pihak yang dianggap terkait langsung dengan kegiatan dalam rangka percepatan penurunan AKI (Tim Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi) baik di Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi terpilih.

Metode analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode analisis data kualitatif model Miles dan Huberman sebagaimana dijelaskan dalam Sugiyono (2010), dengan tahapan sebagai berikut:



Gambar 4. Model Miles dan Huberman

a. *Data Reduction* (Reduksi Data)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya dan membuang yang tidak perlu. Dalam mereduksi data, setiap peneliti akan dipandu oleh tujuan yang akan dicapai. Tujuan utama dari penelitian kualitatif adalah temuan.

b. *Data Display* (Penyajian Data)

Penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan sejenisnya. Dengan *display*-kan data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami tersebut.

c. *Conclusion Drawing / Verification*

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif mungkin dapat menjawab rumusan yang dirumuskan sejak awal, tetapi mungkin juga tidak. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif yang diharapkan adalah merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada.

4. HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN

4.1 Analisis Pemantauan Hasil Pelaksanaan Aksi Nasional Percepatan Penurunan AKI 2013-2015

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan millenium. *Millenium Development Goals* (MDGs) adalah Deklarasi Milenium hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-Bangsa yang dimulai September tahun 2000, berupa delapan butir tujuan untuk dicapai pada tahun 2015. Targetnya adalah tercapai kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada 2015. Dari delapan butir tujuan MDGs, tujuan kelima adalah meningkatkan kesehatan ibu, dengan target menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara 1990 – 2015, serta yang menjadi indikator untuk monitoring yaitu angka kematian ibu. Target AKI di Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup jauh dari target yang harus dicapai pada tahun 2015. Rencana Aksi Nasional percepatan penurunan AKI 2013-2015 diharapkan sebagai langkah untuk mencapai penurunan AKI karena dalam target MDGs angka AKI harus diturunkan pada posisi 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Kemenkes RI menyusun RAN PP AKI 2013-2015 yang berfokus pada 3 strategi dan 7 program utama.

Tiga Tantangan Utama adalah: (1) Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan sudah membaik, tetapi cakupan dan kualitas belum optimal; (2) Terbatasnya ketersediaan sumber daya strategis untuk kesehatan ibu dan neonatal; (3) Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu.

Tiga Strategi dimaksud adalah: (1) Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu; (2) Peningkatan peran Pemerintah Daerah terhadap Peraturan yang dapat mendukung secara efektif pelaksanaan program; (3) Pemberdayaan keluarga dan masyarakat.

Tujuh Program Utama meliputi: (1) Penyediaan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di tingkat desa sesuai standar; (2) Penyediaan fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) di tingkat dasar yang mampu memberikan pertolongan persalinan sesuai standar selama 24 jam 7 hari seminggu; (3) Penjaminan seluruh Puskesmas Perawatan, Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (RS PONEK) selama 24 jam 7 hari seminggu berfungsi sesuai standar; (4) Pelaksanaan rujukan efektif pada kasus komplikasi; (5) Penguatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam tata kelola desentralisasi program kesehatan, seperti regulasi, pembiayaan, dan lain; (6) Pelaksanaan kemitraan lintas sektor dan swasta; (7) Peningkatan perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat melalui pemahanan dan pelaksanaan P4K serta Posyandu.

Angka AKI yang menunjukkan penurunan selama kurun waktu 2012 s.d. 2015 sebenarnya telah mengindikasikan bahwa upaya penurunan AKI di Indonesia bisa dikatakan telah berhasil,

akan tetapi dengan target yang dicanangkan MDGs yaitu 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, angka pencapaian tersebut dapat diindikasikan bahwa RAN PPAKI sebagai upaya percepatan telah gagal mencapai targetnya. Upaya percepatan penurunan AKI yang telah didukung dengan kenaikan alokasi anggaran kesehatan, yang sejak tahun 2013 juga terus mengalami kenaikan yang cukup signifikan. Dari Tabel 3.1, menunjukkan bahwa untuk alokasi anggaran kesehatan di Kementerian Kesehatan ada kenaikan sebesar 40,6% pada tahun 2014 dari alokasi anggaran tahun 2013. Kemudian pada tahun 2015 juga mengalami kenaikan sebesar 18,5% dari tahun 2014. Begitu pula halnya dengan alokasi anggaran kesehatan dari APBD yang menunjukkan adanya kenaikan dalam kurun waktu yang sama (2013 s.d. 2015).

Upaya RAN PPAKI yang telah diimplementasikan oleh seluruh aparat kesehatan mulai dari tingkat pusat sampai dengan daerah pada kurun waktu tersebut (2013 s.d. 2015), dengan didukung alokasi anggaran baik pusat melalui APBN dan daerah melalui APBD, namun belum mencapai hasil seperti yang diharapkan, akan diteliti dengan pendekatan 3 variabel yang mempengaruhi, yaitu: target yang ditetapkan terlalu tinggi atau tidak realistis, program RAN PPAKI yang ditetapkan tidak berjalan efektif dan anggaran yang dibutuhkan untuk implementasi RAN PPAKI tidak sesuai kebutuhan.

Tabel 3. Alokasi Anggaran Kesehatan 2013-2015 (Kemenkes dan APBD)

(dalam.....rupiah)

SUMBER	2013	2014	2015
Kementerian Kesehatan	38.642,3	54.337,5	64.390,7
APBD (Propinsi dan Kab/Kota)	70.796,6	72.965,6	79.052,8

Sumber: Kementerian Keuangan RI

Untuk menggali informasi guna mendapatkan gambaran yang akurat dari tiga variabel yang diduga mempengaruhi tidak tercapainya target MDGs dalam RAN PPAKI tahun 2013-2015, telah dilakukan survey dengan melakukan wawancara pada narasumber dari 10 satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan dan instansi daerah, dengan rincian 5 responden dari satker daerah dan 5 responden dari satker pusat.

Sebagaimana dijelaskan pada Tabel 4, karakteristik responden dalam penelitian ini berdasarkan latar belakang pendidikan dan jabatan, seluruh narasumber dalam penelitian ini memiliki latar belakang pendidikan Strata 2 serta jabatan yang diemban para narasumber dalam jabatan struktural adalah jabatan eselon IV atau Kepala Seksi dan jabatan eselon III atau Kepala Subdit atau Kepala Bidang. Hal ini menggambarkan bahwa narasumber tersebut adalah para pejabat struktural yang berkompeten di bidangnya, serta memahami substansi dan hal-hal yang disampaikan terkait dengan upaya penurunan AKI baik di pusat maupun di daerah.

Tabel 4. Karakteristik Responden

Kode Responden	Instansi	Jabatan	Pendidikan
R.1	Dinkes Prov. Jawa Barat	Kasi Kesehatan Keluarga dan Gizi	S-2
R.2	Dinkes Prov. Jawa Tengah	Kasi Upaya Kesehatan Keluarga dan Gizi	S-2
R.3	Dinkes Prov. DIY	Kasi Kesehatan Keluarga dan Gizi	S-2
R.4	Dinkes Prov. Jawa Timur	Kabid PPKM	S-2
R.5	Dinkes Prov. Banten	Kabid Kesmas	S-2
R.6	Ditjen Pelayanan Kesehatan	Kasubag Anggaran PI	S-2
R.7	Biro Perencanaan Kemenkes	Kabag APBN III	S-2
R.8	BPPSDM Kemenkes	Kasubag Anggaran PPSDM	S-2
R.9	Setditjen Kesmas Ditjen Kesehatan Masyarakat	Kasubag Anggaran, Setditjen Kesmas	S-2
R.10	Direktorat Kesehatan Keluarga, Ditjen Kesmas	Kasubdit Maternal dan Neonatal	S-2

Sumber: Hasil wawancara

4.2 Analisis Target AKI

Target yang ditetapkan dalam RPJMN ternyata berbeda dengan target yang ditetapkan dalam MDGs. Target penurunan AKI dalam RPJMN tahun 2015 adalah sebesar 161 per 100.000 kelahiran hidup yang dihitung berdasarkan estimasi hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1990-2007 dengan perhitungan eksponensial, sementara target MDGs yang harus dicapai adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup yang dihitung berdasarkan perhitungan penurunan angka kematian Ibu sebesar tiga perempatnya antara tahun 2009-2015. Penetapan target dengan metode yang berbeda tentu saja menghasilkan angka yang berbeda, akan tetapi perbedaan target yang ditetapkan melalui estimasi hasil SDKI dengan target yang ditetapkan oleh MDGs tidak terlalu berbeda jauh.

Untuk menggali informasi mengenai target yang ditetapkan apakah telah sesuai dengan kondisi dan kemampuan di daerah yang menjadi ujung tombak pelaksanaan upaya penurunan AKI melalui RAN PPAKI tahun 2013-2015, dilakukan wawancara kepada responden/narasumber yang ada di daerah sesuai bidang kompetensinya. Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan, secara umum para responden menyatakan bahwa target yang ditetapkan untuk AKI setiap tahunnya mulai dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 cukup realistis. Seperti yang disampaikan oleh Responden dari Dinas Kesehatan Banten yang menyatakan bahwa target yang ditetapkan cukup realistis karena sudah sesuai dengan usulan dari Banten sendiri. Demikian juga pendapat responden dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang menyatakan bahwa target yang ditetapkan masih realistis.

Jawaban agak berbeda disampaikan responden dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY yang menyatakan bahwa bagi DIY tidak ada masalah dengan target, karena selalu tercapai diatas angka nasional, kalau ditingkat kabupaten bisa juga dipasang di atas angka nasional tetapi ada proses *bottom up* dalam penetapan AKI, masing-masing memunculkan angka sesuai kemampuan kemudian disepakati satu angka yang masing-masing masuk ke dalam target dalam RPJMD tiap kabupaten/kota. Pada saat proses penetapan target AKI oleh propinsi masing-masing kabupaten/kota bisa menyampaikan target yang realistis disesuaikan dengan kondisi sumberdaya manusia, geografis, dan sumber daya kesehatan di masing-masing kabupaten/kota. Sementara responden dari Dinas Propinsi Jawa Tengah, menyampaikan bahwa target yang ditetapkan untuk Propinsi Jawa Tengah cukup realistis meskipun target AKI untuk Propinsi Jawa Tengah tidak tercapai. Mereka berpendapat target yang ditetapkan tersebut harus juga melihat dukungan anggaran yang memadai, sumber daya kesehatan yang layak dan kondisi sosial masyarakat.

Para pemangku kepentingan di tingkat pusat sejalan dengan yang disampaikan oleh para pelaksana di daerah juga menyatakan bahwa proses penetapan target AKI setiap tahunnya menggunakan perhitungan proyeksi dan trend penurunan AKI di Indonesia. Kegiatan Sensus Penduduk dan Survey Penduduk antar Sensus (Supas) yang berupa kegiatan cacah jiwa digunakan sebagai dasar dalam penetapan target nasional AKI sehingga dirasakan cukup realistis. Melalui pengamatan atas pola jawaban dari masing-masing responden, terhadap variabel penyebab tidak tercapainya sasaran penurunan AKI sesuai MDGs yaitu variabel target sasaran AKI yang tidak realistis, maka dapat dirumuskan bahwa target sasaran penurunan AKI yang ditetapkan sudah cukup realistis meskipun dalam penetapannya terdapat perbedaan metode perhitungan antara target nasional dan MDGs.

Tabel 5. Analisis Hasil Wawancara terkait Target Penurunan AKI

Pertanyaan	Responden	Target AKI		Simpulan Jawaban
		Realistis	Tidak Realistis	
Apakah Target yang ditetapkan untuk penurunan AKI sudah cukup realistis?	Instansi Daerah (R1 s.d. R5)	Realistis	-	Sasaran penurunan AKI cukup realistis meskipun dalam penetapannya terdapat perbedaan metode perhitungan antara target nasional dan MDGs
		Realistis	-	
		Realistis	-	
		Realistis	-	
		Realistis	-	
	Instansi Pusat (R6 s.d. R10)	Realistis	-	
		Realistis	-	
		Realistis	-	
		Realistis	-	
		Realistis	-	

Sumber: Hasil wawancara

4.3 Analisis Program/Kegiatan

Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu (RAN PPAKI) yang ditetapkan pada tahun 2013, merupakan salah satu upaya pemerintah untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu melahirkan. Oleh karena itu, segenap jajaran pemerintah baik pusat, provinsi maupun daerah diharapkan dapat melaksanakan semua program-program utamanya dengan baik. Pelaksanaan RAN PPAKI yang dijabarkan dalam 3 strategi dan 7 program utama menjadi acuan bagi para pemangku kepentingan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya penurunan angka kematian ibu saat melahirkan.

Agar upaya penurunan AKI benar-benar berdampak signifikan, diharapkan kepada setiap Kabupaten dan Kota di seluruh Indonesia untuk menyusun Rencana Aksi Daerah Percepatan Penurunan AKI (RAD PPAKI). RAD PPAKI ini akan membantu masing-masing Kabupaten dan Kota untuk menganalisis persoalan kesehatan ibu dan anak (KIA), mengidentifikasi solusi yang berpotensi mengatasi persoalan tersebut, dan menyusun rencana aksi yang dilengkapi dengan program dan kegiatan.

Hasil implementasi dari pelaksanaan RAN PPAKI menunjukkan bahwa AKI terus mengalami penurunan dalam kurun waktu tiga tahun sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2015, akan tetapi angka penurunan AKI tersebut belum sesuai dengan target yang ditetapkan dalam MGDs. Sebagai upaya dalam rangka mempercepat penurunan angka AKI supaya mencapai target yang ditetapkan dalam MDGs, program-program yang dirumuskan dalam RAN PPAKI semestinya sudah mencakup semua penyelesaian atas permasalahan-permasalahan dalam upaya percepatan penurunan AKI.

Untuk mengetahui apakah program-program yang dirumuskan dalam RAN PPAKI dapat dilaksanakan secara efektif, telah dilakukan wawancara dengan para pemangku kepentingan untuk menggali informasi terkait hal tersebut. Sebagai ujung tombak dalam pelaksanaan RAN PPAKI, Dinas Kesehatan yang berada di Provinsi dan Kabupaten/Kota telah mempunyai arah yang harus diikuti yaitu RAN PPAKI dalam upaya penurunan AKI, akan tetapi pertanyaan berikutnya adalah apakah panduan atau arahan yang dirumuskan dalam RAN PPAKI tersebut telah menjadi alat yang efektif dalam mengarahkan setiap kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan oleh Dinas Provinsi maupun kabupaten/kota dalam upaya penurunan AKI. Efektivitas ini sangat penting karena apabila suatu kebijakan yang dibuat ternyata berbeda antara yang telah direncanakan dengan hasil yang didapatkan maka tentu kebijakan ini menjadi kurang efektif. Keefektifan suatu kebijakan yang dibuat dapat diukur dari hasil yang dicapai dan penyebab ketidakefektifannya bisa dikaji dari proses pelaksanaan atas kebijakan tersebut oleh para pemangku kepentingan. Secara jelas telah terlihat bahwa hasil atas pelaksanaan RAN PPAKI pada tahun 2015 sebagai tahun terakhir RAN PPAKI angka kematian ibu di Indonesia adalah sebesar 305. Angka ini ternyata masih lebih tinggi dari target yang dicanangkan dalam MGDs yaitu sebesar 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Ini mengindikasikan bahwa RAN PPAKI kurang efektif dalam pelaksanaannya.

Tidak efektifnya suatu kebijakan tidak lepas dari proses pengambilan keputusan dan proses perencanaan kegiatan. Terkait dengan proses perencanaan kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan program utama dalam RAN PPAKI, kepada para responden mengenai proses penentuan

kegiatan dalam pelaksanaan RAN PPAKI. Dari jawaban yang diperoleh, para responden secara umum menyampaikan bahwa dalam proses perencanaan penentuan output dan aktivitas lebih banyak bersifat *top down*. Artinya kebijakan-kebijakan dan kegiatan jabarannya lebih banyak disampaikan oleh pusat, sehingga kurang memperhatikan kebutuhan dan karakteristik dari masing-masing daerah. Responden dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menyampaikan bahwa kegiatan/Output/Aktivitas pelaksanaan RAN AKI ditentukan menunya oleh Kemenkes secara *Top down*. Pemerintah daerah diminta mengusulkan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan dalam RAN AKI, namun demikian menu-menu pilihan sudah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan. Dalam prakteknya, menu-menu kegiatan yang telah ditentukan tersebut belum sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik daerah. Sebagai contoh: kegiatan-kegiatan yang ditentukan pusat lebih banyak bersifat pertemuan-pertemuan, sedangkan yang dibutuhkan adalah kegiatan yang bersinggungan langsung dengan ibu hamil (bumil), seperti kader pendamping bumil, dan sebagainya. Jawaban ini memberi gambaran bahwa dalam proses perencanaan terdapat tahapan yang kurang bisa diterima oleh para responden terutama yang ada di daerah.

Pendapat dari daerah ini juga sama dengan pendapat dari responden pusat, yang menyatakan bahwa dalam menentukan kebijakan dan kegiatan yang menunjang RAN PPAKI lebih bersifat *top down*, karena pemerintah pusat ingin mengamankan program-program yang sudah ditetapkan dalam program utama RAN PPAKI 2013-2015. Jawaban responden dari Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Kesehatan Masyarakat dapat menggambarkan kondisi ini, disampaikan bahwa upaya penurunan AKI merupakan target nasional yang harus didukung oleh semua LP/LS serta pemerintah pusat dan daerah, dipastikan semua komponen terkait dapat mendukung upaya tersebut salah satunya melalui dukungan kegiatan yang tercantum dalam tersedianya anggaran. Saat ini Kementerian Kesehatan mengalokasikan Dana Dekonsentrasi dan dana Tugas Pembantuan. Menu-menu sebagai pilihan dalam menggunakan dana dekonsentrasi maupun dana tugas pembantuan telah ditetapkan sesuai dengan tema masing-masing program pada satker-satker di unit utama pusat. Sedangkan dana yang ke daerah selain kedua dana tersebut adalah Dana Alokasi Khusus atau DAK yang merupakan *specific grant*, yang artinya menu-menu pilihan dalam mengalokasikan penggunaannya telah ditentukan oleh pemerintah pusat, sehingga pemerintah daerah kurang memiliki fleksibilitas dalam mengalokasikan kegiatan-kegiatan dalam upaya penurunan AKI sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik yang ada di daerah masing-masing.

Kegiatan dengan output yang telah ditetapkan, dalam menilai efektivitas suatu kebijakan perlu juga didalami bagaimana implementasi kegiatan-kegiatan tersebut, apakah ada kendala dan permasalahan dengan pihak-pihak yang berkepentingan. Kegiatan-kegiatan dalam pelaksanaan RAN PPAKI tahun 2013-2015 dibiayai baik melalui APBN maupun melalui APBD. Komposisi pendanaan antara APBN dan APBD untuk tiap daerah berbeda-beda.

Tabel 6. Analisis Hasil Wawancara terkait Efektivitas Program/Kegiatan Penurunan AKI

Pertanyaan	Responden	Efektivitas Program				Simpulan Jawaban
		Penentuan Kegiatan/ Output	Sinkronisasi Pembiayaan	Monev RAN AKI	Koordinasi Lintas Sektor	
Apakah Program dan kegiatan yang ditetapkan dalam RAN PPAKI sudah cukup efektif?	Instansi Daerah (R1 - R5)	Top down oleh Kemenkes	Sudah optimal	Sudah dilaksanakan	Sudah dilaksanakan	<p>Program dan kegiatan dalam pelaksanaan RAN PPAKI 2013-2015 kurang efektif dilaksanakan, hal ini disebabkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam penentuan output dan aktivitas lebih bersifat top down, sehingga dirasa kurang memperhatikan kebutuhan dan karakteristik masing-masing daerah • Sinkronisasi dan koordinasi kegiatan yang dibiayai dari APBN dan APBD belum dilaksanakan secara optimal • Tidak adanya evaluasi yang mendalam terhadap dampak atau relevansi output/aktivitas dan anggaran RAN PPAKI
		Top down oleh Kemenkes	Tidak akan duplikasi	Sudah dilaksanakan	Sudah dilaksanakan	
		Top down oleh Kemenkes	Tidak akan duplikasi	Monev secara umum, tidak khusus AKI	Belum optimal	
		Top down oleh Kemenkes	Belum optimal	Belum ada monev khusus AKI	Belum optimal	
		Top down oleh Kemenkes	Sudah Bersinergi	Sudah dilaksanakan secara berkala	Sudah dilaksanakan	
	Instansi Pusat (R6 - R10)	Top down oleh Kemenkes	Belum optimal	Sudah dilaksanakan	Belum optimal	
		Top down oleh Kemenkes	Belum optimal	Monev bersifat umum, tidak khusus AKI	Belum optimal	
		Top down oleh Kemenkes	Tidak tumpang tindih	Belum optimal	Belum optimal	
		Top down oleh	Belum optimal	Monev bersifat	Sudah dilaksanakan	
		Top down oleh	Belum optimal	Monev bersifat	Sudah dilaksanakan	

		Kemenkes		umum, tidak khusus AKI		terhadap capaian-capaian dalam upaya penurunan AKI <ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi antar sektor masih sangat lemah
		<i>Top down</i> oleh Kemenkes	Belum optimal	Sudah dilaksanakan	Sudah dilaksanakan	

Sumber: Hasil wawancara

Dari keterangan responden, besaran perbandingan antara alokasi anggaran dari APBN dan APBD tidaklah sama. Ada daerah yang menyebutkan komposisinya 3:1 artinya 3 bagian berasal dari pembiayaan APBN dan 1 bagian dari APBD, seperti di Dinas Kesehatan Provinsi DIY. Sementara di daerah lain mempunyai komposisi yang berbeda antara alokasi anggaran yang bersumber dari APBN atau APBD. Namun secara umum disampaikan bahwa pendanaan untuk kegiatan yang menunjang RAN PPAKI sebagian besar adalah melalui pembiayaan dari APBN.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para narasumber di daerah, secara umum disampaikan bahwa alokasi anggaran yang dipergunakan dalam upaya penurunan AKI antara yang bersumber dari APBN maupun dari APBD dari sisi sumber pembiayaannya tidak mungkin terjadi tumpang tindih. Ada mekanisme pembahasan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota yang secara khusus membahas alokasi setiap kegiatan. Akan tetapi yang menjadi kendala adalah terkait sinkronisasi dan koordinasi antara kegiatan yang dibiayai oleh APBN dan APBD. Kegiatan yang sangat mendukung upaya penurunan AKI yang ada di daerah, yang seharusnya bisa didanai melalui alokasi anggaran APBN akan tetapi karena daerah tidak punya kewenangan mengubah peruntukannya dan pada saat usulan atas kegiatan tersebut juga terkendala ketentuan tentang peruntukkan anggaran yang bisa dibiayai oleh APBN. Penjelasan responden dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dapat menggambarkan kondisi ini, disampaikan bahwa sinkronisasi dan koordinasi kegiatan RAN AKI yang dibiayai oleh APBN dan APBD belum optimal. Alokasi APBD digunakan untuk membiayai kegiatan yang tidak dapat dibiayai dari dana dekonsentrasi, seperti pembiayaan kader pendamping ibu hamil dengan honor Rp100.000,- per bulan dan pembiayaan makanan tambahan ibu hamil dalam bentuk makanan segar karena Pemberian Makanan Tambahan (PMT) ibu hamil dari pusat cenderung kurang disukai ibu hamil.

Masalah sinkronisasi dan koordinasi kegiatan yang dibiayai oleh APBD dan APBN juga dicetuskan oleh responden dari pusat, yang secara umum menyatakan bahwa sinkronisasi dan koordinasi kegiatan antara yang dibiayai oleh APBD dan APBN belum optimal. Pembiayaan melalui APBD biasanya menunggu kepastian alokasi yang akan diberikan melalui alokasi anggaran APBN. Sikap *wait and see* yang dilakukan oleh pemerintah daerah menunjukkan kurangnya rasa keberpihakan pemerintah daerah terhadap upaya penurunan AKI. Pejabat daerah yang diangkat melalui proses politik cenderung untuk mementingkan pembangunan yang bersifat fisik yang dapat dilihat secara kasat mata oleh masyarakat dan dapat mengangkat citra pejabat bersangkutan dan juga partai tempat pejabat tersebut bernaung. Kondisi seperti ini dapat dilihat dari jawaban responden dari Biro Perencanaan Kemenkes yang menyampaikan bahwa

sinkronisasi dan koordinasi pembiayaan kegiatan RAN AKI antara APBN dan APBD belum optimal karena pada proses pengusulan anggaran, unit utama dan daerah belum mencantumkan anggaran yang diusulkan itu spesifik untuk penurunan AKI atau pencapaian indikator proksi penurunan AKI. Usulan anggaran yang diterima masih secara umum. Selain itu Kementerian Kesehatan belum mendapatkan data terkait dengan dukungan APBD dalam pembiayaan penurunan AKI. Kementerian Kesehatan sudah melakukan Rakontek Perencanaan dalam rangka sinkronisasi perencanaan anggaran pusat dan daerah, namun pada saat Daerah tidak pernah mengisi matrik berapa kontribusi APBD untuk program kesehatan, sehingga yang dibahas hanya dana APBN saja. Demikian juga pada saat Musrenbangnas, Daerah tidak mengisi data dukungan dana APBD. Tentang keberpihakan pada program-program yang bersifat fisik dapat dilihat dari jawaban responden dari Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes, bahwa secara umum tiap daerah sangatlah berbeda, tergantung pada kebijakan lokal yang ada, biasanya masih banyak melihat besarnya anggaran dari pusat dahulu, ada sebagian mengurangi dan ada juga menambah besaran anggaran, masih ditentukan dengan komitmen kepala daerah pada era desentralisasi ini, secara umum masih lebih banyak yang mengurangi daripada menambah anggaran sesuai dengan perencanaan yang mereka buat. (masih kurang seksi dibanding dengan pembangunan infrastruktur/fisik terutama dengan pimpinan daerah yang mencalonkan lagi sebagai “*incumbent*”).

Upaya yang tidak kalah penting dalam pelaksanaan program dan kegiatan tentu saja adalah kegiatan monitoring dan evaluasi atas kebijakan yang telah ditetapkan tersebut. Monitoring dan evaluasi sebagai bentuk umpan balik atas suatu kebijakan yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan, dan memungkinkan untuk menghasilkan informasi mengenai sebab dan akibat serta nilai suatu kebijakan. Selama pelaksanaan RAN PPAKI dalam kurun waktu 3 tahun dengan program dan kegiatan yang sudah ditetapkan dan sasarannya juga sudah ditetapkan, tentu saja sangat diperlukan adanya kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan dan hasil-hasilnya. Kegiatan monitoring dan evaluasi tersebut dilakukan sepanjang pelaksanaan program dan kegiatan RAN PPAKI.

Terkait monitoring dan evaluasi program dan kegiatan RAN PPAKI 2013-2015 dikemukakan juga oleh para responden. Gambaran secara umum para responden menyoroti kegiatan monitoring dan evaluasi kurang dilakukan secara intensif dan mendalam terutama atas dampak atau relevansi aktivitas dan output yang dihasilkan serta anggaran untuk RAN PPAKI terhadap capaian-capaian dalam rangka upaya penurunan AKI. Sebenarnya dalam pelaksanaan RAN PPAKI 2013-2015 selama ini, telah dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) mulai dari tingkat pusat sampai dengan tingkat kabupaten/kota, meskipun monev yang dilakukan bukan suatu kegiatan monev khusus untuk RAN PPAKI. Monev yang dilakukan merupakan kegiatan monev secara umum untuk memantau pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang dibiayai melalui APBN dan APBD. Keterbatasan dalam hal pembiayaan yang menyebabkan tidak ada upaya pelaksanaan monev khusus untuk kegiatan RAN PPAKI. Kondisi seperti ini dapat disimpulkan dari penjelasan responden Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang menyatakan bahwa selama ini belum ada monev khusus AKI dari Kemenkes sehingga belum ada evaluasi mendalam terkait efektivitas dampak pelaksanaan kegiatan RAN AKI terhadap capaian penanggulangan AKI.

Pelaksanaan RAN PPAKI ini tentu saja perlu bersinergi dengan sektor-sektor yang lain di luar sektor kesehatan. Penanganan yang cepat terhadap ibu-ibu yang akan melahirkan dan sedang mengalami masalah dalam kelahiran sangat diperlukan untuk mengurangi kematian ibu saat melahirkan. Salah satu faktor tingginya AKI di Indonesia adalah disebabkan karena relatif masih rendahnya cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan. Pertolongan kelahiran oleh tenaga kesehatan yang memadai dan dilakukan minimal di fasilitas kesehatan tingkat dasar memerlukan akses transportasi yang baik. Kerjasama dengan Dinas Pekerjaan Umum serta Dinas Perhubungan untuk menyediakan akses yang lancar dan cepat perlu dilakukan untuk mendukung upaya penurunan AKI tersebut. Faktor yang berpengaruh terhadap upaya penurunan AKI yang memerlukan sinergi dengan sektor lain seperti masalah kemiskinan dan tingkat pendidikan tentu memerlukan sinergi dengan Dinas Sosial dan Dinas Pendidikan dan Kebudayaan di masing-masing daerah. Sinergisitas dengan sektor lain yang rendah menjadi salah satu kendala di dalam pelaksanaan program dan kegiatan RAN PPAKI 2013-2015. Pendapat dari responden Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat bahwa jika yang dimaksud lintas sektor ini menyangkut bidang-bidang di bawah pengawasan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, maka sudah dilaksanakan dengan baik. karena pada saat penyusunan program, rebug bersama dan dikoordinasikan lintas sektor misal, Seksi Kesga, dan seksi lainnya. namun demikian jika lintas sektor ini berhubungan dengan dinas-dinas lainnya maka belum baik, karena tidak ada skema bersama dalam melaksanakan program seperti contoh, puskesmas dan tenaga kesehatan sudah baik, akan tetapi akses jalan ke puskesmas tersebut rusak berat sehingga tidak ada ibu hamil yang datang, hal ini menunjukkan permasalahan koordinasi lintas sektor yang menjadi salah satu penyebab kurang efektifnya program RAN PPAKI 2013-2015. Sementara pendapat yang lain disampaikan oleh responden dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bahwa selama ini koordinasi lintas sektor untuk pelaksanaan kegiatan RAN AKI masih lemah/belum optimal.. Dari hasil wawancara tersebut salah satu penyebab tidak efektifnya program dan kegiatan dalam rangka RAN PPAKI dapat dirumuskan karena koordinasi lintas sektor masih sangat lemah dan belum optimal.

4.4 Analisis Anggaran

Alokasi anggaran pada fungsi anggaran setiap tahunnya selalu mengalami peningkatan. Hal ini dapat dilihat dalam Tabel 3.1, yang menunjukkan bahwa untuk alokasi anggaran kesehatan di Kementerian Kesehatan ada kenaikan sebesar 40,6% pada tahun 2014 dari alokasi anggaran tahun 2013. Kemudian pada tahun 2015 juga mengalami kenaikan sebesar 18,5% dari tahun 2014. Begitu pula halnya dengan alokasi anggaran kesehatan dari APBD yang menunjukkan adanya kenaikan dalam kurun waktu yang sama (2013 s.d. 2015). Alokasi anggaran fungsi kesehatan yang naik setiap tahun baik itu berasal dari APBN maupun dari APBD dapat diasumsikan bahwa alokasi anggaran untuk program dan kegiatan dalam rangka RAN PPAKI 2013-2015 juga mengalami kenaikan.

Melihat alokasi anggaran yang selalu mengalami kenaikan, sementara angka AKI dalam kurun waktu 3 tahun yaitu dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2015 mengalami penurunan. Sebenarnya dengan penurunan angka AKI setiap tahun, mengindikasikan bahwa alokasi anggaran yang ditetapkan sudah cukup memberikan pengaruh yang positif terhadap angka penurunan AKI.

Akan tetapi yang diharapkan oleh RAN PPAKI 2013-2015 adalah angka penurunan AKI yang mencapai target yang telah ditetapkan dalam MDGs yaitu 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Upaya percepatan dalam rangka menurunkan angka kematian ibu ini ternyata tidak berhasil dicapai. Pertanyaan selanjutnya dari penelitian ini adalah apakah alokasi anggaran yang ditetapkan dalam rangka membiayai program dan kegiatan RAN PPAKI 2013-2015 telah sesuai dengan kebutuhan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para responden (Tabel 3.5), dapat dirumuskan bahwa alokasi anggaran untuk pelaksanaan RAN PPAKI 2013-2015 ternyata sudah cukup memadai. Sumber pembiayaan yang berasal dari APBN yang ditunjang APBD menurut para responden daerah telah sesuai dengan kemampuan sumber daya yang dimiliki untuk mengelola anggaran tersebut. Kondisi demikian sesuai dengan pendapat dari responden Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat yang menyatakan bahwa alokasi anggaran untuk RAN AKI sudah cukup. Sebaiknya jika ada penambahan anggaran langsung dialokasikan ke kabupaten/kota. Responden lain yaitu Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menyampaikan bahwa alokasi pembiayaan dari APBN dan APBD sudah mencukupi, dan secara umum anggaran untuk AKI yang diterima daerah baik dari APBN maupun APBD sudah mencukupi. Permasalahannya adalah pada pemanfaatannya yang belum optimal, kurang fleksibel, kurang memperhatikan karakteristik daerah dan harus mengikuti menu-menu yang ditetapkan Pusat untuk pencapaian target AKI Nasional.

Pendapat dari responden pusat yaitu perwakilan dari unit-unit eselon I di lingkungan Kementerian Kesehatan menyampaikan secara umum bahwa anggaran yang dialokasikan untuk mendukung program dan kegiatan yang berkaitan dengan RAN PPAKI 2013-2014 telah mencukupi, namun permasalahannya adalah penyerapan oleh satker daerah belum optimal hal ini disebabkan karena satker daerah kesulitan dalam melakukan revisi anggaran. Output-output yang ditetapkan dalam rangka pelaksanaan RAN PPAKI adalah output yang sifatnya prioritas nasional sehingga satker daerah akan terlebih dahulu berkonsultasi kepada unit eselon I pusat untuk melakukan revisi sehingga hal ini menjadikan penggunaan anggaran kurang fleksibel.

Dari gambaran tersebut terkait dengan variabel anggaran, ternyata dari hasil analisis yang telah dilakukan di atas, anggaran untuk mendukung pelaksanaan RAN PPAKI 2013-2015 telah cukup memadai namun yang menjadi masalah adalah kurang adanya fleksibilitas dalam penggunaannya, mengingat peruntukkan anggaran telah ditetapkan oleh pusat dan daerah kurang dapat menyesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan karakteristik yang ada di daerah.

Tabel 7. Analisis Hasil Wawancara terkait Anggaran dalam RAN PPAKI 2013-2015

Pertanyaan	Responden	Anggaran		Simpulan Jawaban
		Sudah cukup	Belum cukup	
Apakah Anggaran yang dialokasikan untuk penurunan AKI dalam RAN PPAKI sudah cukup memadai?	Instansi Daerah (R1 s.d. R5)	Sudah cukup memadai	-	Alokasi Anggaran untuk upaya penurunan AKI pada RAN PPAKI 2013-2015 yang berasal dari APBN dan APBD sudah cukup memadai akan tetapi penyerapan menjadi kurang optimal karena dalam pemanfaatannya kurang fleksibel
		Sudah cukup memadai	-	
		Sudah cukup memadai	-	
		Sudah cukup memadai	-	
		-	Tidak cukup memadai	
	Instansi Pusat (R6 s.d. R10)	Sudah cukup memadai	-	
		Sudah cukup memadai	-	
		Sudah cukup memadai	-	
		Sudah cukup memadai	-	
		Sudah cukup memadai	-	

Sumber: Hasil wawancara

5. PENUTUP

Berkenaan dengan hasil analisis efektivitas program RAN PPAKI dalam upaya penurunan AKI di Indonesia, diperoleh hasil bahwa pelaksanaan program RAN PPAKI belum optimal dan efektif yang disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: 1) penentuan output dan aktifitas upaya penurunan AKI lebih bersifat *top down* dari Kemenkes, di mana kurang memperhatikan kebutuhan dan karakteristik masing-masing daerah; 2) sinkronisasi dan koordinasi antara kegiatan penurunan AKI yang dibiayai dari APBN dan APBD belum optimal; 3) koordinasi lintas sektor yang masih sangat lemah dan belum optimal; dan 4) belum adanya evaluasi mendalam terhadap dampak atau relevansi output/aktivitas dan anggaran RAN PPAKI terhadap capaian penurunan AKI. Di samping itu, diperoleh juga hasil analisis terkait dengan variabel alokasi anggaran untuk penurunan AKI, yaitu anggaran untuk mendukung pelaksanaan RAN PPAKI 2013-2015 telah cukup memadai namun yang menjadi masalah adalah kurang adanya fleksibilitas dalam penggunaannya, mengingat peruntukkan anggaran telah ditetapkan oleh pusat dan daerah kurang dapat menyesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan karakteristik yang ada di daerah.

Berkenaan dengan hal tersebut, hasil kajian ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu alat bantu/*tools* dalam memberikan rekomendasi pengambilan keputusan serta monitoring dan evaluasi oleh pimpinan dalam perumusan strategi upaya penurunan AKI yang lebih baik, efektif, efisien dan optimal. Namun demikian, kajian ini masih perlu penyempurnaan terkait penyempurnaan data dan pengembangan-pengembangan lain guna mengikuti perkembangan yang terjadi.

Berdasarkan hasil kajian ini, bisa direkomendasikan bahwa proses perencanaan dan pelaksanaan upaya penurunan AKI agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan lagi efektivitasnya. Beberapa rekomendasi yang dapat disampaikan, antara lain:

- 1) Pemerintah pusat, dalam hal ini Kemenkes, agar dapat lebih memperhatikan kebutuhan dan karakteristik masing-masing daerah dalam proses penentuan output dan aktivitas upaya penurunan AKI. Proses perencanaan tidak hanya bersifat *top-down*, melainkan membuka fleksibilitas untuk masukan secara *bottom-up* sehingga semua komponen terkait upaya penurunan AKI yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi sumber daya di masing-masing daerah, yang berdampak signifikan terhadap capaian penurunan AKI, dapat terakomodir dalam rencana kerja dan tersedia alokasi anggarannya.
- 2) Pemerintah pusat dan daerah agar dapat meningkatkan sinkronisasi dan koordinasi antara kegiatan penurunan AKI yang dibiayai dari APBN dan APBD sehingga pelaksanaan kegiatan dan pencapaian target dapat lebih optimal.
- 3) Pelaksanaan RAN PPAKI dalam upaya penurunan AKI tentu saja perlu bersinergi dengan sektor-sektor yang lain di luar sektor kesehatan, dengan demikian sangatlah perlu ditingkatkan koordinasi lintas sektor sehingga penyediaan sarana-prasana, sumber daya, dan akses masyarakat untuk layanan kesehatan dan persalinan dapat lebih optimal.
- 4) Perlunya dilakukan evaluasi mendalam dan khusus terkait efektivitas dampak pelaksanaan kegiatan RAN PPAKI dan kegiatan upaya penurunan AKI lainnya terhadap capaian target penurunan AKI. Sehingga pemerintah dapat memperoleh informasi yang jelas mengenai faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan program/kegiatan dan memperoleh umpan balik atas suatu kebijakan yang telah ditetapkan, untuk perbaikan proses perumusan kebijakan selanjutnya.
- 5) Meningkatkan fleksibilitas dan efektivitas pemanfaatan alokasi anggaran terkait upaya penurunan AKI, salah satunya yaitu proses perencanaan pemanfaatan anggaran dapat lebih menyesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan karakteristik yang ada di daerah namun tetap harus mengikuti menu-menu yang ditetapkan Pusat untuk pencapaian target AKI Nasional.

Di samping itu, terkait dengan segala keterbatasan dalam kajian ini, diperlukan studi lanjutan, untuk penyempurnaan model guna menjawab tantangan perkembangan yang akan terjadi dalam penyelenggaraan upaya penurunan AKI Indonesia di tahun-tahun berikutnya. Kajian lanjutan yang perlu dilakukan antara lain kajian serupa namun dengan penambahan variabel/fokus analisa dan penambahan jumlah sampel daerah yang lebih luas dan mewakili setiap regional di Indonesia, serta kajian terkait analisa kegiatan/aktivitas apa yang paling memberikan dampak signifikan dalam upaya penurunan AKI. Apabila melalui kajian tersebut dapat diperoleh hasil dan

kesimpulan yang valid, akan sangat membantu dalam proses pengambilan keputusan kebijakan upaya penurunan AKI di Indonesia.

Daftar Pustaka

- Abdullah, Ab Rahman. (2015). *Overview of Maternal Mortality Rate in Malaysia, CEMD and MDG 4 & 5*. Malaysia.
- Bappenas (2004). *Indonesia: Laporan Pencapaian Tujuan Millenium (Millenium Development Goals)*. Jakarta: Bappenas.
- Bappenas. (2015). *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia 2014*. Jakarta: Bappenas
- Bappenas dan UNDP. (2008). *Kita Suarakan MDGs Demi Pencapaiannya di Indonesia*. Jakarta : Bappenas
- Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. (2013). *Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia*. Jakarta : Kemenkes
- Fibriana, Arulita Ika. (2007). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kematian Maternal (Studi Kasus Kabupaten Cilacap)*. Semarang : Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
- Gibson, dkk. (1984). *Organisasi dan Manajemen Perilaku Struktur Proses. Edisi keempat (Terjemahan : Djoerban Wahid)*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Gie, The Liang. (1997). *Ensiklopedia Administrasi*. Jakarta: Gunung Agung.
- Handyaningrat, Soewarno. (1995). *Azas-Azas Manajemen Organisasi*. Jakarta: CV. Mas Agung.
- Kementerian Keuangan RI. (2011). Peraturan Menteri Keuangan Nomor 249/PMK.02/2011 tanggal 28 Desember 2011 tentang Pengukuran Dan Evaluasi Kinerja Atas Pelaksanaan Rencana Kerja Dan Anggaran Kementerian Negara/ Lembaga. Jakarta : Kementerian Keuangan
- Siagian, S. P. (1990). *Filsafat Administrasi*. Jakarta: Gunung Agung.
- Sugiyono. (2010). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Supriyono, R.A. (2000). *Sistem Pengendalian Manajemen*. Yogyakarta: BPFE.
- Tim Kajian AKI-AKA. (2004). *Kajian kematian ibu dan anak di Indonesia*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes. Jakarta.
- Tim Penyusun Kamus Pusat Bahasa Kementrian Pendidikan Nasional. (2008). *Kamus Besar Bahasa Indonesia III*. Jakarta: Balai Pustaka.
- UNDP. (2015). *Asia-Pacific Regional MDGs Report 2014/15*. Diunduh pada 12 Desember 2016 dari <https://wedocs.unep.org/rest/bitstreams/17677/retrieve>
- UNDP. (2015). *ASEAN Statistical Report – Millenium Indicators*. Diunduh pada 12 Desember 2016 dari http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Capacity/manila/Presentations/S2_P2.1_1_ASEAN%20Statistical%20Report%20on%20MDGs%20Nove%202011-1.ppt
- UNDP. (2016). *Report of the ASEAN Regional Assessment of MDG Achievement and Post-2015 Development Priorities*. Diunduh pada 12 Desember 2016 dari http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/regions/report_asean_regional_assesment_of_mdg_achievement_and_post2015_development_priorities.pdf

- UNFPA. (2016). *Maternal and Neonatal Health in East and South East Asia*. Diunduh pada 12 Desember 2016 dari <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MaternalHealth Asia.pdf>
- Unicef. (2014). *Maternal and Newborn Health Country Profiles, Philippines*. Diunduh pada 12 Desember 2016 dari <https://www.unicef.org/philippines/MNH Philippines Country Profile.pdf>
- Unicef. (2012). *Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak*. Diunduh pada 12 Desember 2016 dari <https://www.unicef.org/indonesia/id/A5 - B Ringkasan Kajian Kesehatan REV.pdf>
- UN Malaysia. (2016). *Malaysia Millenium Development Goals Report 2015*. Diunduh pada 12 Desember 2016 dari <http://un.org.my/upload/undp mdg report 2015.pdf>
- Utomo, Budi. (2007). *Tantangan Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) Bidang Kesehatan di Indonesia*. Depok : Universitas Indonesia.
- Yadav, Hematram. (2013). *A Review of Maternal Mortality in Malaysia*. International Medical University. Malaysia. Diunduh pada 12 Desember 2016 dari <http://web.imu.edu.my/ejournal/approved/19.Review Hematram s142-s151.pdf>
- WHO. (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Health Problems - 10th Revision, edition 2010*. Geneva.