



Analisis Implementasi Keberhasilan Program Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) Melalui Studi Kasus Pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Tahun 2017

Djembar Wibowo^{1*}

¹ Biro Perencanaan dan Anggaran, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

*Corresponding author: bowiedjwibowo92@gmail.com

Info Artikel : Diterima 19 Juni 2022 ; Disetujui 1 Juli 2022 ; Publikasi 1 Agustus 2022

ABSTRAK

Latar belakang: Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator utama untuk melihat kualitas hidup negara. Di Indonesia, Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi masih tinggi. Berdasarkan data SUPAS Tahun 2015, AKI di Indonesia sebesar 305/100.000 Kelahiran Hidup (KH) dan berdasarkan SDKI 2017, Angka Kematian Bayi (AKB) 24 per 1.000 KH. Angka tersebut masih jauh dari target RPJMN untuk penurunan AKI Tahun 2024 menjadi 183/100.000 KH dan AKB menjadi 16/1000 KH. Pendanaan dari dana transfer ke daerah melalui DAK (Dana Alokasi Khusus) ke dalam sistem pendanaan APBD merupakan bantuan pembiayaan operasional yang disalurkan oleh Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah (Kabupaten/Kota). Meskipun tingkat proporsinya terhadap seluruh dana perimbangan nilainya masih kecil (sekitar 8,5%), sehingga perlu dilakukan studi analisis pemanfaatan.

Metode: Studi kasus dilakukan melalui analisis penggunaan DAK Non Fisik yang mencakup BOK dan Jampersal terhadap pencapaian kinerja program penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Metode penelitian yang digunakan merupakan hasil analisis gabungan deskriptif dan statistik dengan menggunakan *software* SPSS, karena analisis ini memberikan kecenderungan hasil penelitian yang menunjukkan hubungan / pengaruh beberapa variabel penelitian yang diujicobakan. Instrumen penelitian menggunakan data primer dan sekunder.

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian terhadap analisis hasil implementasi keberhasilan program penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui studi kasus pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Tahun 2017, diketahui bahwa indikator ketersediaan Tim Evaluasi BOK dari Kab/Kota memiliki peranan lebih potensial terhadap peningkatan realisasi penganggaran program KIA untuk penurunan AKI yang dilaksanakan oleh UPT Puskesmas. Faktor-faktor yang menjadi hambatan di dalam peningkatan capaian realisasi penganggaran DAK Non Fisik di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, yaitu : 1) adanya hambatan dalam perencanaan DAK Non Fisik, 2) terdapat menu BOK yang tidak bisa dianggarkan menggunakan kode rekening daerah, 3) sulitnya proses pencairan BOK dan 4) sulitnya pertanggungjawaban BOK di daerah.

Simpuln: Indikator ketersediaan Tim Evaluasi BOK dari Kab/Kota memiliki peranan lebih potensial terhadap peningkatan realisasi penganggaran program KIA untuk penurunan AKI yang dilaksanakan oleh UPT Puskesmas.

Kata kunci : DAK Non Fisik; Angka Kematian Ibu (AKI); BOK

ABSTRACT

Title: *Analysis of The Successful Implementation of Maternal Mortality Rate Reduction Program through Case Studies of Utilization of Non-Physical Special Allocation Funds in 2017*

Background: *The Maternal Mortality Rate (AKI) is a leading indicator to see the quality of life of the country. In Indonesia, maternal mortality and infant mortality are still high. Based on SUPAS data in 2015, AKI in Indonesia is 305/100,000 Live Births (KH) and based on the 2017 SDKI, the Infant Mortality Rate (AKB) is 24 per 1,000 KH. This figure is still far from the RPJMN target for reducing the 2024 AKI to 183/100,000 KH and AKB to 16/1000 KH. Funding from transfer funds to the regions through DAK (Special Allocation Fund) into the APBD funding system is operational financing assistance distributed by the Central Government to Regional*

Governments (Regencies/Cities). Although the level of proportion to the entire balance fund is still small (about 8.5%), it is necessary to conduct a utilization analysis study.

Method: The case study was conducted through an analysis of the use of Non-Physical DAK which includes BOK and Jampersal on the achievement of the performance of the Maternal Mortality Reduction Program (AKI). The research method used is the result of a combined descriptive and statistical analysis using SPSS software, because this analysis provides a tendency to research results that show the relationship / influence of several research variables being tested. The research instrument uses primary and secondary data.

Result: Based on the results of research on the analysis of the results of the successful implementation of the Maternal Mortality Reduction (AKI) program through a case study on the use of the Non-Physical Special Allocation Fund (DAK) in 2017, that the availability indicators of the BOK Evaluation Team from the District / City have a more potential role in increasing the realization of budgeting for the KIA program for reducing AKI implemented by the UPT Puskesmas. Factors that become obstacles in increasing the achievement of non-physical DAK budgeting realization in the District / City Health Office, namely: 1) there are obstacles in the planning of Non-Physical DAK, 2) there is a BOK menu that cannot be budgeted using the regional account code, 3) the difficulty of the BOK disbursement process and 4) the difficulty of BOK accountability in the regions.

Conclusion: The availability indicators of the BOK Evaluation Team from the District / City have a more potential role in increasing the realization of budgeting for the KIA program for reducing AKI implemented by the UPT Puskesmas

Keywords: Non-Physical DAK; Maternal Mortality Rate (AKI); BOK

PENDAHULUAN

Sejalan dengan kebijakan desentralisasi di Indonesia yang mengacu Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, maka muncul kebutuhan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui upaya peningkatan pelayanan, pemberdayaan dan peran serta masyarakat serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, dan kekhasan suatu daerah dalam sistem NKRI. Berdasarkan pembagian urusan antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah yang terbagi ke dalam kepentingan absolut, pemerintahan umum dan konkuren, maka bidang kesehatan menjadi urusan mutlak yang merupakan pelayanan dasar bagi masyarakat.¹ Untuk memenuhi kebutuhan kesehatan bagi masyarakat dalam pelayanan dasar wajib yang harus dilakukan Pemerintah Daerah di tingkat kabupaten/kota, maka ditetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan. SPM Kesehatan yang dipayungi oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 memiliki 12 indikator kinerja penilaian pelayanan kesehatan, dengan cakupan total coverage 100 %.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator utama yang digunakan untuk melihat kualitas hidup negara. Di Indonesia, Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi masih tinggi. Berdasarkan data SUPAS Tahun 2015, AKI di Indonesia sebesar 305/100.000 Kelahiran Hidup (KH) dan berdasarkan SDKI 2017, Angka Kematian Bayi (AKB) 24 per 1.000 KH. Angka tersebut masih jauh dari target RPJMN untuk penurunan AKI Tahun 2024 menjadi 183/100.000 KH dan AKB menjadi 16/1000 KH.²

Sebagai unit pelaksana teknis di daerah, Puskesmas memiliki tugas pokok dan fungsi dalam melakukan serangkaian kegiatan manajemen operasional dan upaya kesehatan berbasis perorangan maupun masyarakat. Dalam mendukung proses manajemen Puskesmas yang terdiri atas: Perencanaan, Pelaksanaan termasuk Penggerakan serta Monitoring dan Evaluasi, maka diperlukan unsur pembiayaan kesehatan yang memadai dalam penyelenggaraan kegiatan. Upaya kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas dalam rangka mendukung promotif dan preventif di masyarakat, mencakup: Upaya Kesehatan Wajib (Esensial) yang meliputi : a) Promosi Kesehatan, b) Kesehatan Lingkungan, c) KIA dan KB, d) Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat, e) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular. Selain itu, upaya kesehatan pengembangan Puskesmas ditetapkan berdasarkan pada permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat dengan membuka kesempatan Puskesmas mengembangkan kegiatan upaya kesehatan inovatif yang belum dilaksanakan secara komprehensif di seluruh Puskesmas. Di samping kegiatan teknis upaya kesehatan, operasional dukungan manajemen Puskesmas perlu dilakukan seperti Lokakarya Mini yang bertujuan untuk mempersiapkan perencanaan kegiatan kerja Puskesmas dengan melibatkan jejaring lintas sektoral dan lintas bidang untuk menyelesaikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya.

Berkenaan dengan pelaksanaan program prioritas bidang kesehatan nasional untuk turut serta dalam mengimplementasikan pendekatan Keluarga Sehat yang telah diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun

2016 dan pemicuan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) di daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) dengan berpedoman pada Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2017, maka setiap institusi kesehatan maupun non kesehatan akan berkontribusi dalam upaya pemberdayaan perilaku masyarakat dan promosi hidup sehat melalui integrasi kegiatan secara holistik dan tematik dengan mengedepankan advokasi dan pelembagaan perangkat daerah sebagai satu kesatuan dalam media komunikasi dengan masyarakat tentang kesehatan.³

Penggunaan dana pembangunan di daerah untuk pelaksanaan urusan mendasar kebutuhan masyarakat, khususnya bidang pelayanan kesehatan dengan adanya komitmen Pemda dalam pengalokasian minimal 10 % dana APBD digunakan untuk kesehatan, maka Pemerintah Pusat sebagai koordinator pembinaan dan pengawasan bagi penyelenggaraan program dan kegiatan kesehatan di daerah, terus mengupayakan penyempurnaan perangkat kebijakan. Termasuk melakukan revisi Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah serta Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 tentang dana perimbangan agar sesuai dengan mobilisasi tantangan baru dan dinamika pendanaan pembangunan terdesentralisasi.

Pendanaan pembangunan yang berasal dari dana transfer ke daerah melalui mekanisme DAK (Dana Alokasi Khusus) ke dalam kerangka sistem pendanaan APBD, sebagai bentuk bantuan pembiayaan operasional yang disalurkan oleh Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah

(Kabupaten/Kota). Meskipun dari tingkat proporsinya terhadap seluruh dana perimbangan nilainya kecil (sekitar 8,5%), sehingga perlu dilakukan studi analisis pemanfaatan. Studi kasus yang dilakukan melalui utilisasi penggunaan DAK Non Fisik yang mencakup BOK dan Jampersal terhadap pencapaian kinerja program penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Indikator yang diukur adalah pemanfaatan bantuan operasional di bidang kesehatan terhadap kebijakan keberhasilan AKI yang lebih koheren dan efektif. Karena tidak dipungkiri, daerah tertentu terutama daerah-daerah yang kemampuan dana fiskalnya rendah dan sebagian besar alokasi DAU-nya terpakai untuk belanja tidak langsung (belanja gaji pegawai dan belanja rutin lainnya), maka DAK Non Fisik tetap menjadi pembiayaan operasional kesehatan utama.

MATERI DAN METODE

Metode penelitian yang digunakan merupakan hasil analisis gabungan deskriptif dan statistik dengan menggunakan program *software* SPSS, karena analisis ini dapat memberikan kecenderungan hasil penelitian yang menunjukkan hubungan / pengaruh dari beberapa variabel penelitian yang diujicobakan. Instrumen penelitian ini menggunakan data primer serta sekunder. Data primer didapatkan melalui hasil penilaian responden yang merupakan perwakilan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan telah mengisi kuesioner melalui aplikasi pertanyaan *googleform* serta data sekunder melalui hasil studi kepustakaan dan review kajian literatur.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Klasifikasi Golongan/Pangkat

Golongan	N	Persen (%)
-	1	0.2
IIA	3	0.6
IIB	1	0.2
IIC	7	1.4
IID	15	3.0
IIIA	42	8.3
IIIB	75	14.8
IIIC	95	18.8
IIID	127	25.1
IVA	107	21.1
IVB	33	6.5
Total	506	100.0

Tabel 2. Klasifikasi Dinkes Kabupaten/Kota

Klasifikasi Dinas Kesehatan	N	Persen (%)
Dinas Kesehatan Kabupaten	381	81.4
Dinas Kesehatan Kota	87	18.6
Total	468	100.0

Berdasarkan tabel diatas terkait dengan karakteristik responden, diketahui persentase terbesar sebanyak 25.1% memiliki golongan

jabatan IIID dengan proporsi terbanyak hampir 81.4% berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Variabel Terikat

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Laporan Cakupan Program Kesehatan Dinkes Kab/Kota	468	0	1	308	.66	.022	.475
Laporan Realisasi DAK Non Fisik Dinkes Kab/Kota	468	0	1	318	.68	.022	.467
Valid N (listwise)	468						

Variabel Dependent untuk “Laporan Cakupan Program KIA Dinkes Kab/Kota” memiliki standar kesalahan *mean* (SDm) 0,022 dengan besar variansi 0,225 dan standar deviasi (SD) 0,475. Berdasarkan nilai CI (*Confidence Interval*) dengan nilai kepercayaan yang diasumsikan mencapai 95% (taraf kesalahan 5%), maka nilai *mean* parameter (MP) dengan deviasi 1,96 SDm (0,0392) diatas dan dibawah *mean* statistik (0,66) mencakup 95% dari frekuensi dalam distribusi normal. Sehingga sampel yang digunakan dianggap dapat mewakili populasi.

Variabel Dependent terkait dengan “Laporan Realisasi DAK Non Fisik Dinkes Kab/Kota” memiliki standar kesalahan *mean* (SDm) 0,022 dengan besar variansi 0,218 dan standar deviasi (SD) 0,467. Berdasarkan nilai CI (*Confidence Interval*) dengan nilai kepercayaan diasumsikan mencapai 95% (taraf kesalahan 5%), maka nilai *mean* parameter (MP) dengan deviasi 1,96 SDm (0,0392) diatas dan dibawah *mean* statistik (0,68) mencakup 95% dari frekuensi dalam distribusi normal. Sehingga sampel yang digunakan dianggap mewakili populasi.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Variabel Bebas

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Error	Std. Deviation	Variance	Skewness	Std. Error	Kurtosis	Std. Error
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
1. Hambatan dalam proses perencanaan DAK Non Fisik	468	0	1	235	.50	.023	.501	.251	-.009	.113	-2.009	.225
2. Perencanaan DAK Non Fisik bottom up planning	468	0	1	405	.87	.016	.342	.117	-2.148	.113	2.625	.225
3. Penyusunan Perencanaan BOK melibatkan seluruh Bidang/Unit Program	468	0	1	447	.96	.010	.207	.043	-4.411	.113	17.532	.225
4. Usulan alokasi BOK disusun sesuai Bidang	468	0	1	314	.67	.022	.470	.221	-.730	.113	-1.473	.225
5. RUK Puskesmas diverifikasi ulang oleh Dinkes Kab/Kota	468	0	1	446	.95	.010	.212	.045	-4.294	.113	16.511	.225
6. Dinas Kab/Kota memiliki kebijakan khusus dalam pengalokasian BOK	468	0	1	315	.67	.022	.470	.221	-.740	.113	-1.458	.225
7. Kegiatan BOK sesuai menu dalam Juknis yang tidak diakomodir dengan APBD	468	0	1	150	.32	.022	.467	.218	.772	.113	-1.411	.225
8. Ada menu BOK tidak dapat dianggarkan menggunakan kode rekening daerah	468	0	1	91	.19	.018	.396	.157	1.549	.113	.401	.225
9. Hambatan dalam pelaksanaan DAK Non Fisik	468	0	1	340	.73	.021	.446	.199	-1.019	.113	-.965	.225
10. Sosialisasi DAK Non Fisik ke Provinsi/Kab/Kota	468	0	1	362	.77	.019	.419	.176	-1.311	.113	-.282	.225
11. Pengelola BOK adalah staf administratif bukan teknis	468	0	1	186	.40	.023	.490	.240	.421	.113	-1.831	.225
12. Pengelola BOK mendapatkan Sosialisasi tentang administratif pertanggung jawaban Keuangan	468	0	1	343	.73	.020	.443	.196	-1.056	.113	-.888	.225
13. Ketersediaan Dana diluar BOK untuk Operasional Puskesmas	468	0	1	412	.88	.015	.325	.106	-2.351	.113	3.544	.225
14. Kesulitan Pencairan BOK	468	0	1	263	.56	.023	.497	.247	-.251	.113	-1.946	.225
15. Penggunaan langsung BOK	468	0	1	329	.70	.021	.457	.209	-.891	.113	-1.211	.225
16. Penggunaan langsung Jampersal	468	0	1	205	.44	.023	.497	.247	.251	.113	-1.946	.225
17. Memiliki Juknis DAK Non Fisik	468	0	1	465	.99	.004	.080	.006	-12.409	.113	152.645	.225
18. Informasi terkait Pemotongan DAK Non Fisik	468	0	1	348	.74	.020	.437	.191	-1.119	.113	-.750	.225
19. Kejelasan isi Juknis	468	0	1	395	.84	.017	.363	.132	-1.902	.113	1.626	.225
20. Kesulitan dalam pertanggungjawaban anggaran BOK	468	0	1	238	.51	.023	.500	.250	-.034	.113	-2.007	.225
21. Ketersediaan Tim Evaluasi BOK dari Kab/Kota	468	0	1	420	.90	.014	.304	.092	-2.628	.113	4.930	.225
22. Kab/Kota melakukan kegiatan evaluasi BOK	468	0	1	435	.93	.012	.256	.066	-3.366	.113	9.370	.225
23. Hambatan permasalahan dalam evaluasi BOK	468	0	1	226	.48	.023	.500	.250	.069	.113	-2.004	.225
Valid N (listwise)	468											

Berdasarkan analisis deskriptif dari 23 variabel Independent, diketahui bahwa standar error pengambilan sampel kurang dari nilai α 5% (dengan CI 95%) dengan nilai standar deviasi (SD) dan variansi berada diatas dan dibawah mean

statistik dan nilai *Confidence Interval* (CI) mencakup 95% (1,96 SDm) dari frekuensi dalam distribusi normal. Sehingga sampel yang digunakan dianggap dapat mewakili populasi.

Tabel 5. Hasil Analisis Pengaruh Cakupan Program KIA di Dinkes Kab/Kota Terhadap Pemanfaatan DAK Nonfisik

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	P1A	-.243	.239	1.034	1	.309	.785	.492	1.252
	P1B	-.036	.310	.013	1	.908	.965	.526	1.770
	P1C	.542	.552	.966	1	.326	1.720	.583	5.072
	P1D	.032	.229	.019	1	.889	1.032	.659	1.618
	P1E	.421	.480	.770	1	.380	1.524	.595	3.906
	P1F	.235	.222	1.118	1	.290	1.265	.818	1.956
	P1G	.140	.261	.287	1	.592	1.150	.690	1.916
	P1H	.134	.308	.189	1	.664	1.143	.625	2.090
	P2A	-.134	.292	.210	1	.647	.875	.494	1.550
	P2B	-.062	.270	.052	1	.819	.940	.554	1.596
	P2C	-.049	.215	.052	1	.820	.952	.625	1.451
	P2D	.893	.252	12.569	1	.000	2.443	1.491	4.004
	P2E	.262	.318	.679	1	.410	1.299	.697	2.422
	P2F	.253	.257	.966	1	.326	1.288	.778	2.132
	P2G	-.177	.291	.371	1	.543	.838	.474	1.481
	P2H	.210	.250	.706	1	.401	1.233	.756	2.011
	P2I	-.945	1.399	.456	1	.500	.389	.025	6.033
	P2J	.407	.235	3.005	1	.083	1.502	.948	2.380
	P2K	-.182	.300	.371	1	.543	.833	.463	1.499
	P2L	-.295	.252	1.377	1	.241	.744	.455	1.219
P2M	.420	.371	1.281	1	.258	1.522	.735	3.152	
	Constant	-.584	1.487	.154	1	.694	.558		

a. Variable(s) entered on step 1: P1A, P1B, P1C, P1D, P1E, P1F, P1G, P1H, P2A, P2B, P2C, P2D, P2E, P2F, P2G, P2H, P2I, P2J, P2K, P2L, P2M.

Hasil penelitian berdasarkan tabel diatas dengan menggunakan analisis multivariat diketahui bahwa terdapat pengaruh antara indikator P2D (Pengelola BOK mendapatkan sosialisasi tentang juknis dan pertanggungjawaban pelaporan pelaksanaan program KIA menggunakan dana BOK) dengan cakupan program KIA yang terlaksana di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Hasil uji statistik menunjukkan $p\ value = 0.000$ dan nilai $Exp (B) = 2.443$, yang berarti sosialisasi yang diberikan terhadap pelaksanaan program KIA, khususnya terhadap pelayanan kesehatan Ibu dengan menggunakan dana BOK secara signifikan dapat

meningkatkan secara positif nilai cakupan program 2 kali lebih besar apabila dibandingkan dengan pelaksanaan program tanpa ada sosialisasi.

Berdasarkan hasil tersebut dapat menjadi dasar bahwa proses sosialisasi dan pelaporan yang dilakukan dengan baik terhadap pelaksanaan program dan kegiatan yang mendukung keberhasilan program KIA menjadi salah satu bagian terpenting dalam mewujudkan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) sesuai dengan target pembangunan kesehatan nasional di dalam RPJMN Tahun 2024 yaitu 183/100.000 Kelahiran Hidup.

Tabel 6. Hasil Analisis Pengaruh Cakupan Program KIA di Dinkes Kab/Kota Terhadap Realisasi DAK Nonfisik

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	P1A	.090	.247	.131	1	.717	1.094	.674	1.775
	P1B	-.274	.331	.681	1	.409	.761	.397	1.457
	P1C	1.026	.559	3.371	1	.066	2.790	.933	8.344
	P1D	-.033	.238	.019	1	.890	.968	.607	1.542
	P1E	.751	.501	2.250	1	.134	2.119	.794	5.652
	P1F	.375	.230	2.644	1	.104	1.455	.926	2.285
	P1G	.333	.275	1.458	1	.227	1.395	.813	2.392
	P1H	.083	.328	.065	1	.799	1.087	.572	2.067
	P2A	-.188	.303	.382	1	.537	.829	.457	1.503
	P2B	-.171	.283	.366	1	.545	.843	.484	1.468
	P2C	-.191	.223	.734	1	.392	.826	.534	1.278
	P2D	.763	.262	8.504	1	.004	2.146	1.284	3.584
	P2E	-.103	.341	.091	1	.763	.902	.462	1.761
	P2F	-.043	.269	.026	1	.873	.958	.566	1.622
	P2G	.442	.293	2.270	1	.132	1.555	.876	2.763
	P2H	.256	.263	.947	1	.331	1.292	.771	2.164
	P2I	-1.393	1.366	1.039	1	.308	.248	.017	3.615
	P2J	.824	.239	11.891	1	.001	2.279	1.427	3.640
	P2K	-.045	.311	.021	1	.886	.956	.520	1.759
	P2L	-.153	.261	.345	1	.557	.858	.514	1.431
P2M	.072	.388	.035	1	.852	1.075	.502	2.301	
	Constant	-.727	1.474	.243	1	.622	.483		

a. Variable(s) entered on step 1: P1A, P1B, P1C, P1D, P1E, P1F, P1G, P1H, P2A, P2B, P2C, P2D, P2E, P2F, P2G, P2H, P2I, P2J, P2K, P2L, P2M.

Mengacu pada tabel diatas dapat diketahui bahwa terdapat pengaruh antara indikator P2D (Pengelola BOK mendapatkan sosialisasi tentang juknis dan pertanggungjawaban pelaporan pelaksanaan program KIA menggunakan dana BOK) dan P2J (Informasi terkait pemotongan alokasi BOK) dengan cakupan program KIA yang terlaksana di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Hasil uji statistik menunjukkan $p\ value = 0.004$ dan nilai $Exp(B) = 2.146$, yang berarti sosialisasi yang diberikan terhadap pelaksanaan program KIA, khususnya terhadap pelayanan kesehatan Ibu dengan menggunakan dana BOK secara signifikan dapat meningkatkan secara positif realisasi penggunaan DAK Nonfisik 2 kali lebih besar apabila dibandingkan dengan pelaksanaan program tanpa adanya sosialisasi. Selain itu, diikuti dengan variabel pemotongan alokasi BOK dengan $p\ value = 0.001$ dan nilai $Exp(B) = 2.279$, yang artinya efektivitas penggunaan anggaran BOK untuk program KIA lebih optimal tingkat utilitasnya 2

kali lebih besar dengan adanya efisiensi apabila dibandingkan realisasi tanpa adanya pemotongan.

Hal tersebut sejalan dengan sistem penganggaran di daerah bersumber dari berbagai alokasi dana, baik dekonsentrasi, DAK Nonfisik, APBD II serta JKN yang secara general digunakan untuk memfasilitasi program prioritas nasional pembangunan kesehatan, salah satunya dalam upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui peningkatan program layanan Kesehatan Ibu dan Anak (AKI). Berdasarkan transformasi pilar pembangunan kesehatan primer yang mendukung terwujudnya layanan *basic six* di puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu menyusun perencanaan dan penganggaran baik secara *top-down* maupun *bottom-up* dengan pelibatan berbagai lintas program dan sektor guna penyerapan anggaran dan ketercapaian program lebih mantap, *agile* serta tidak *overlap* (tumpang tindih) antara satu kegiatan dengan kegiatan lainnya.

Tabel 7. Hasil Analisis Pengaruh Realisasi DAK Non Fisik di Dinkes Kab/Kota Terhadap Kab/Kota Melakukan Evaluasi DAK Non Fisik

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	P1A	.369	.490	.566	1	.452	1.446	.553	3.781
	P1B	1.161	.566	4.208	1	.040	3.195	1.053	9.691
	P1C	1.311	.686	3.650	1	.056	3.712	.967	14.251
	P1D	.182	.483	.142	1	.707	1.199	.466	3.087
	P1E	.453	.818	.307	1	.580	1.573	.316	7.822
	P1F	-.196	.476	.169	1	.681	.822	.324	2.090
	P1G	-.239	.513	.217	1	.641	.787	.288	2.152
	P1H	-.157	.569	.076	1	.783	.855	.280	2.608
	P2A	-1.280	.852	2.257	1	.133	.278	.052	1.477
	P2B	.239	.492	.236	1	.627	1.270	.484	3.330
	P2C	-.209	.453	.214	1	.644	.811	.334	1.971
	P2D	.559	.489	1.306	1	.253	1.749	.670	4.561
	P2E	-.532	.696	.584	1	.445	.587	.150	2.300
	P2F	.240	.615	.153	1	.696	1.272	.381	4.244
	P2G	.478	.534	.801	1	.371	1.613	.566	4.596
	P2H	1.012	.693	2.137	1	.144	2.752	.708	10.698
	P2I	-1.006	1.766	.325	1	.569	.366	.011	11.642
	P2J	.385	.477	.653	1	.419	1.470	.578	3.741
	P2K	.845	.522	2.624	1	.105	2.329	.837	6.476
	P2L	-.236	.567	.174	1	.677	.789	.260	2.398
	P2M	1.646	.517	10.135	1	.001	5.188	1.883	14.294
Constant	-.545	1.988	.075	1	.784	.580			

a. Variable(s) entered on step 1: P1A, P1B, P1C, P1D, P1E, P1F, P1G, P1H, P2A, P2B, P2C, P2D, P2E, P2F, P2G, P2H, P2I, P2J, P2K, P2L, P2M.

Berdasarkan hasil tabel diatas diketahui bahwa terdapat pengaruh antara indikator P1B (Perencanaan DAK Non Fisik dilakukan secara *bottom up*) dan P2M (Ketersediaan Tim Evaluasi BOK dari Kab/Kota) dengan capaian realisasi penganggaran DAK Non Fisik di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Hasil uji statistik menunjukkan p value = 0.040 dan nilai Exp (B) = 3.195, yang berarti perencanaan DAK Non Fisik dengan mendapatkan masukan dari puskesmas (*bottom up*) sebagai bahan evaluasi dan umpan balik dapat meningkatkan secara positif realisasi penganggaran di Dinkes Kab/Kota 3 kali lebih besar apabila

dibandingkan dengan perencanaan tanpa pelibatan puskesmas. Selain itu, diikuti dengan variabel ketersediaan Tim Evaluasi BOK dengan p value= 0.001 dan nilai Exp (B) = 5.188, yang artinya optimalisasi kinerja Tim Evaluasi BOK di Dinkes Kab/Kota dalam meningkatkan realisasi penganggaran program KIA untuk penurunan AKI yang dilaksanakan oleh UPT Puskesmas menjadi 5 kali lebih besar dengan adanya Tim Evaluasi BOK dalam fokus percepatan program apabila dibandingkan Dinkes Kab/Kota yang secara khusus tidak memiliki Tim.

Tabel 8. Hasil Analisis Pengaruh Realisasi DAK Non Fisik di Dinkes Kab/Kota Terhadap Hambatan Permasalahan dalam Evaluasi DAK Non Fisik

Step	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
1	P1A	.965	.253	14.535	1	.000	2.626	1.599	4.314
	P1B	-.093	.347	.071	1	.789	.911	.461	1.801
	P1C	-.401	.672	.356	1	.551	.670	.179	2.500
	P1D	.219	.257	.730	1	.393	1.245	.753	2.059
	P1E	.509	.569	.801	1	.371	1.664	.546	5.073
	P1F	-.250	.256	.953	1	.329	.779	.471	1.287
	P1G	-.573	.297	3.728	1	.054	.564	.315	1.009
	P1H	.887	.350	6.439	1	.011	2.428	1.224	4.818
	P2A	.187	.313	.360	1	.549	1.206	.654	2.225
	P2B	-.411	.311	1.746	1	.186	.663	.360	1.220
	P2C	-.467	.242	3.708	1	.054	.627	.390	1.008
	P2D	-.232	.295	.617	1	.432	.793	.445	1.414
	P2E	.631	.364	2.995	1	.084	1.879	.920	3.839
	P2F	.925	.265	12.219	1	.000	2.521	1.501	4.234
P2G	-.562	.323	3.026	1	.082	.570	.302	1.074	
P2H	.468	.282	2.761	1	.097	1.598	.919	2.776	
P2I	1.978	1.478	1.792	1	.181	7.227	.399	130.849	
P2J	-.313	.275	1.299	1	.254	.731	.427	1.253	
P2K	.024	.342	.005	1	.944	1.024	.524	2.003	
P2L	1.378	.259	28.421	1	.000	3.968	2.391	6.586	
P2M	-1.251	.466	7.205	1	.007	.286	.115	.714	
Constant	-2.247	1.641	1.875	1	.171	.106			

a. Variable(s) entered on step 1: P1A, P1B, P1C, P1D, P1E, P1F, P1G, P1H, P2A, P2B, P2C, P2D, P2E, P2F, P2G, P2H, P2I, P2J, P2K, P2L, P2M.

Hasil penelitian diatas diketahui bahwa terdapat pengaruh antara indikator P1A (Hambatan dalam proses perencanaan DAK Non Fisik), P1H (Ada menu BOK yang tidak dapat dianggarkan menggunakan kode rekening daerah), P2F (Kesulitan Pencairan BOK), P2L (Kesulitan pertanggungjawaban anggaran BOK) serta P2M (Ketersediaan Tim Evaluasi BOK dari Kab/Kota) dengan capaian realisasi penganggaran DAK Non Fisik di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Hasil uji statistik menunjukkan *p value* = 0.000 dan nilai *Exp (B)* = 2.626, yang berarti adanya hambatan dalam proses perencanaan DAK Non Fisik yang dipengaruhi oleh faktor tidak adanya hasil umpan balik dan evaluasi atas implementasi program dan kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya dalam upaya layanan KIA dapat menurunkan tingkat capaian realisasi penganggaran DAK Non Fisik di Dinkes Kab/Kota 2 kali lebih besar apabila dibandingkan dengan tidak adanya hambatan dalam proses perencanaan. Selain itu, diikuti dengan variabel adanya menu BOK yang tidak dapat dianggarkan menggunakan kode rekening daerah dengan *p value*= 0.011 dan nilai *Exp (B)* = 2.428, yang artinya menu BOK untuk program KIA ditemukan ada beberapa kegiatan yang tidak memiliki akun sehingga berpotensi 2 kali lebih besar terhadap rendahnya tingkat capaian realisasi penganggaran DAK Non Fisik di Dinkes Kab/Kota.

Pada variabel selanjutnya, kesulitan pencairan dan pertanggungjawaban anggaran BOK dengan hasil masing-masing yang menunjukkan *p value* = 0.000 dan nilai *Exp (B)* = 2.521 serta *p value* = 0.000 dan nilai *Exp (B)* = 3.968, yang berarti bahwa kesulitan dalam merealisasikan dan melaporkan hasil pelaksanaan anggaran BOK di Dinkes Kab/Kota karena adanya perbedaan sistem pertanggung-jawaban antara dana transfer daerah yang berasal dari APBN pusat dengan dana APBD murni sehingga ada beberapa daerah tidak menggunakan anggaran / sedikit dalam merealisasikan anggaran BOK sehingga berpotensi 2 sampai 3 kali lebih besar untuk rendahnya tingkat penyerapan realisasi anggaran DAK Non Fisik di Kabupaten/Kota. Sedangkan untuk variabel Ketersediaan Tim Evaluasi BOK dari Kab/Kota dengan adanya faktor hambatan permasalahan dalam evaluasi DAK Non Fisik berdampak pada 0.2 kali lebih kecil dalam menyumbang keberhasilan capaian realisasi penganggaran DAK Non Fisik di Dinkes Kab/Kota (*p value* = 0.007 dan nilai *Exp (B)* = 0.286).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terhadap analisis hasil implementasi keberhasilan program penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui

studi kasus pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Tahun 2017, dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Sosialisasi dan pelaporan yang dilakukan dengan baik terhadap pelaksanaan program dan kegiatan yang mendukung keberhasilan program KIA menjadi bagian terpenting dalam mewujudkan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) sesuai dengan target pembangunan kesehatan nasional di dalam RPJMN Tahun 2024 yaitu 183/100.000 Kelahiran Hidup
- b. Transformasi pelaksanaan pilar pembangunan kesehatan primer yang dapat mendukung terwujudnya layanan *basic six* di puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu menyusun perencanaan dan penganggaran baik secara *top-down* maupun *bottom-up* dengan pelibatan lintas program dan sektor guna penyerapan anggaran dan ketercapaian program lebih mantap, *agile* serta tidak *overlap* (tumpang tindih) antara satu kegiatan dengan kegiatan lainnya
- c. Berdasarkan keseluruhan variabel yang diteliti, dapat disimpulkan bahwa indikator ketersediaan Tim Evaluasi BOK dari Kab/Kota memiliki peran yang lebih potensial terhadap peningkatan capaian realisasi penganggaran program KIA untuk penurunan AKI yang dilaksanakan oleh UPT Puskesmas.
- d. Faktor-faktor yang menjadi hambatan di dalam peningkatan capaian realisasi penganggaran DAK Non Fisik di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, yaitu : 1) adanya hambatan dalam perencanaan DAK Non Fisik, 2) terdapat menu BOK yang tidak bisa dianggarkan menggunakan kode rekening daerah, 3) sulitnya proses pencairan BOK dan 4) sulitnya pertanggungjawaban BOK di daerah.

Direktorat Kesehatan Keluarga. 2018. *Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi Baru Lahir*. Kementerian Kesehatan:Jakarta.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ditjen Perimbangan Keuangan, Kementerian Keuangan Republik Indonesia. 2014. *Laporan Monev 2014 : Evaluasi Kebijakan Penyaluran, Pelaporan, dan Monev DAK di Daerah*. Kementerian Keuangan:Jakarta.
2. Kementerian Kesehatan. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Kementerian Kesehatan:Jakarta.
3. Rahadian, Mukti Eka. 2017. *Rencana Tindak Lanjut Rakernas*. Pusat Analisis Determinan Kesehatan:Jakarta.
4. Santoso, Budhi. 2011. *Analisis Permasalahan dan Dampak Dana Alokasi Khusus (DAK)*. Bappenas:Jakarta.
5. Peraturan Menteri Kesehatan. 2016. *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2017*. Kementerian Kesehatan:Jakarta.