

## HAMBATAN PEMANGKU KEBIJAKAN DALAM MENGGUNAKAN DATA RUTIN KESEHATAN IBU DAN ANAK UNTUK PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

### *BARRIERS TO POLICY STAKEHOLDERS IN USING ROUTINE MATERNAL AND CHILD HEALTH DATA FOR PLANNING AND BUDGETING*

Brian Sahar Afifah<sup>1\*</sup>, Lutfan Lazuardi<sup>2</sup>, Tiara Marthias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

<sup>2</sup>Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan  
Universitas Gadjah Mada

#### ABSTRACT

**Background:** In Indonesia, policy stakeholders' use of routine health data is still limited because the data are incomplete, not of good quality, and timeliness is still constrained. In MCH (Maternal and Child Health), the use of routine data contributes to the quality of services, MMR (Maternal Mortality Rate) and IMR (Infant Mortality Rate), including in the Special Region of Yogyakarta (DIY). The current pandemic situation has a negative impact on the availability of routine data and the achievements of the MCH program. Thus, it is essential to understand the factors that influence the use of routine data to improve the MCH program during the pandemic.

**Objective:** This study aimed to explore the use of MCH data in the planning and budgeting process for MCH programs and the factors that need to be improved in the utilization of MCH data in DIY Province during the COVID-19 pandemic.

**Methods:** This research is descriptive qualitative research that explores barriers to policy stakeholders' used data in the planning and budgeting process of the MCH program. Research is located in two regencies, Sleman and Gunung Kidul Regencies, DIY Province. Determination of subjects by purposive sampling method, with criteria for stakeholders involved in the planning and budgeting process for the MCH program at the primary health care and health offices. Data analysis using content analysis techniques.

**Results:** The study results found obstacles to using routine MCH data by policymakers, such as low quality of MCH data, Human Resources (HR) quality, an unintegrated MCH information system, internet network, and political interests. In addition, researchers also found lower quality of MCH data during the pandemic.

**Conclusion:** The government needs to increase the use of data in planning and budgeting by using an integrated and simple electronic-based information system to meet MCH information needs. Furthermore, the government needs to make regulations on the integration of MCH information and special SOPs for MCH, improve the quality of human resources for users of information systems, increase HR motivation in respecting MCH information, and need to review PMK policy No. 7 regarding the preparation of MCH planning and budget regarding the timeline for submitting plans. and program budgets.

**Keywords:** COVID-19, Data Quality, MCH (Maternal and Child Health) Data, Planning and Budgeting

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Di Indonesia, penggunaan data rutin kesehatan oleh pemangku kebijakan masih terbatas karena data belum lengkap, belum berkualitas, serta terkendala ketepatan waktu. Di KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), penggunaan data rutin berkontribusi terhadap kualitas pelayanan, AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi), termasuk di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Situasi pandemi saat ini berdampak negatif terhadap ketersediaan data rutin dan pencapaian program KIA. Sehingga, penting memahami faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan data rutin untuk perbaikan program KIA di masa pandemi.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pemanfaatan data KIA dalam proses perencanaan dan penganggaran program KIA dan faktor-faktor yang perlu ditingkatkan dalam pemanfaatan data KIA di Provinsi DIY di masa pandemi COVID-19.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif yang mengeksplorasi hambatan penggunaan data dalam proses perencanaan dan penganggaran program KIA. Penelitian ini berlokasi di dua kabupaten, yaitu Kabupaten Sleman dan Gunung Kidul, Provinsi DIY. Penentuan subjek dengan metode *purposive sampling*, dengan kriteria *stakeholder* yang terlibat dalam proses perencanaan dan penganggaran program KIA di level puskesmas dan dinas kesehatan. Analisis data menggunakan teknik *content analysis*.

**Hasil:** Penelitian menemukan hambatan pemanfaatan data rutin KIA oleh pemangku kebijakan. Hal ini dikarenakan rendahnya mutu data KIA, kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), sistem informasi KIA yang belum terintegrasi, jaringan internet dan kepentingan politik. Selain itu, peneliti juga menemukan semakin rendahnya mutu KIA selama pandemi.

**Kesimpulan:** Pemerintah perlu meningkatkan penggunaan data dalam perencanaan dan anggaran dengan menggunakan sistem informasi berbasis elektronik terintegrasi dan sederhana untuk memenuhi kebutuhan informasi. Selanjutnya, pemerintah perlu membuat regulasi integrasi informasi KIA dan SOP khusus KIA, meningkatkan kualitas SDM pengguna sistem informasi, memotivasi SDM dalam menghargai informasi KIA, serta melakukan peninjauan kembali kebijakan PMK No.7 tentang penyusunan perencanaan dan anggaran KIA perihal *timeline* pengajuan perencanaan dan anggaran program.

**Kata Kunci:** COVID-19, data KIA, Mutu Data, perencanaan dan anggaran

\*Penulis Korespondensi. Email: briansahar95@mail.ugm.ac.id

## PENDAHULUAN

Pemangku kebijakan atau pengambil keputusan memperoleh data kesehatan dari *Routine Health Information System* (RHIS). Data tersebut dapat menjadi dasar pengambilan keputusan dalam perencanaan, *monitoring* dan evaluasi, serta peningkatan kualitas sistem kesehatan.<sup>1</sup> Di Indonesia, data rutin kesehatan lebih banyak digunakan untuk administrasi dan manajemen.<sup>2</sup> Selain itu, data jarang digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan. Sebagian besar pengambilan keputusan, terutama perencanaan dan penganggaran, cenderung dilakukan berdasarkan rencana dan anggaran tahun sebelumnya.<sup>3</sup>

Salah satu program kesehatan yang bergantung pada kualitas data adalah program kesehatan ibu dan anak (KIA). Program KIA terdiri dari pelayanan-pelayanan yang periodik, salah satunya adalah pelayanan kunjungan ibu hamil dari kunjungan pertama sampai kunjungan keempat (K1- K4). Sehingga, *stakeholder* perlu melakukan *monitoring* dan evaluasi pelayanan KIA secara rutin untuk meningkatkan kualitas dan cakupan program KIA. Selain itu, *stakeholder* perlu melakukan perencanaan dan penganggaran berdasarkan data rutin KIA yang berkualitas untuk meningkatkan kualitas program. Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), pelayanan program KIA sudah cukup baik, namun pelayanan masih bisa ditingkatkan, salah satunya dengan pemanfaatan data rutin KIA.

Data rutin KIA diperoleh dari beragam sistem informasi kesehatan, hal ini menjadi tantangan tersendiri dalam penggunaan data rutin KIA untuk perencanaan dan anggaran program KIA. Berikut gambaran tantangan tersebut di lokasi penelitian, yaitu kabupaten yang terletak di wilayah perkotaan yaitu Kabupaten Sleman dan wilayah pedesaan adalah Kabupaten Gunung Kidul. Kabupaten Sleman memiliki lima sistem informasi yang menyediakan data KIA.

Terdapat beberapa hambatan dalam penggunaan data, misalnya perbedaan capaian data *outcome* program KIA menyebabkan staf kesulitan dalam menentukan data mana yang digunakan untuk menentukan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Selain itu belum terintegrasinya data KIA juga menjadi hambatan penggunaan data di Dinas Kesehatan Gunung Kidul. Dinas Kesehatan Gunung Kidul mempunyai 11 sistem informasi kesehatan rutin yang menyediakan data KIA. Masalah terkait data rutin KIA ini dapat berdampak negatif pada capaian program KIA di institusi terkait. Misalnya data yang berbeda menyebabkan pembuat kebijakan tidak dapat menentukan data yang berkualitas. Sehingga, pemerintah membutuhkan petugas yang memiliki kapasitas verifikasi data rutin KIA.

Pada situasi pandemi COVID-19, pemangku ke-

bijakan perlu menentukan data KIA yang berkualitas pada setiap level pelayanan kesehatan agar dapat digunakan sebagai dasar pembuatan perencanaan pelayanan kesehatan yang lebih baik<sup>1</sup>. Selain itu, aplikasi data rutin KIA yang beragam tidak sebanding dengan mutu data KIA, misalnya dalam kelengkapan data KIA. Saat ini, masih terdapat beberapa fasilitas kesehatan, khususnya milik swasta yang belum mengumpulkan data KIA. Hal ini berdampak pada penyusunan perencanaan dan anggaran KIA yang kurang tepat. Selain kurang lengkapnya data KIA, penelitian di Filipina menyebutkan bahwa perencanaan dan anggaran program KIA masih terkendala oleh faktor politik dan pengaruh prioritas program. Faktor tersebut melemahkan penggunaan data dalam perencanaan sehingga menyebabkan intervensi program KIA belum optimal.<sup>4</sup>

Di Kenya, politik mempengaruhi pengambilan keputusan dalam proses perencanaan dan anggaran. Informasi atau data kesehatan jarang digunakan karena keputusan dipengaruhi secara signifikan oleh perencanaan dan anggaran tahun sebelumnya.<sup>3</sup> Kondisi tersebut juga terjadi di Indonesia, sehingga diperlukan manajemen yang baik untuk mengelola data dalam proses perencanaan dan penganggaran, agar tidak terjadi tumpang tindih perencanaan dan anggaran program kesehatan.<sup>5</sup> Pemanfaatan data KIA dalam proses perencanaan dan penganggaran yang belum optimal dapat menjadi salah satu penyebab tujuan program KIA tidak tercapai serta Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang tinggi. Seperti yang ditemukan di Kabupaten Lingga, data KIA belum digunakan dalam perencanaan dan anggaran menyebabkan anggaran untuk program KIA rendah. Hal ini menjadi salah satu penyebab terjadinya kenaikan AKI dan AKB di kabupaten tersebut.<sup>6</sup> Isu serupa kemungkinan dapat terjadi di Provinsi DIY, meskipun jumlah AKI dan AKB termasuk rendah di Indonesia.

Penelitian lainnya terkait kondisi sistem informasi KIA menyebutkan terdapat 18 sistem informasi KIA di DIY. Akan tetapi, keterbatasan interoperabilitas (kemampuan untuk saling bertukar informasi dan data) antar sistem informasi perlu dieksplorasi lebih jauh untuk melihat bagaimana pemangku kebijakan dan staf pengelola menavigasi data dari sistem yang ada. Sehingga, data dan informasi kesehatan dapat dimanfaatkan dalam proses perencanaan dan anggaran.<sup>7</sup> Penelitian mengenai implementasi sistem informasi kesehatan di Kabupaten Bantul, DIY juga menjelaskan kualitas data di kabupaten belum baik (data belum akurat, relevan, lengkap dan tepat waktu). Kualitas data yang rendah menyebabkan data tidak digunakan sebagai dasar perencanaan.<sup>8</sup>

Masalah pemanfaatan data rutin KIA di Provinsi DIY menjadi salah satu hal yang harus dianalisis. Sehingga, *stakeholder* dapat menggunakan data KIA dengan optimal dalam perencanaan dan anggaran. Hal ini berpotensi menurunkan AKI dan AKB.<sup>9</sup> Kondisi jumlah kematian ibu di Provinsi DIY, khususnya di lokasi penelitian yaitu Kabupaten Sleman pada tahun 2020 mempunyai jumlah kematian ibu sebanyak 8 jiwa dan bayi sebanyak 59 jiwa. Sedangkan, pada kurun waktu yang sama di Kabupaten Gunung Kidul terdapat 7 ibu dan 64 bayi meninggal.<sup>10</sup> Namun, data kematian dan pelayanan KIA masih bisa ditingkatkan kualitasnya termasuk kelengkapan data.

Dengan adanya sistem informasi kesehatan yang beragam dan belum terintegrasi, provinsi DIY memiliki tantangan yang sama dengan penelitian sebelumnya. Sehingga perlu penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hambatan yang mempengaruhi pemangku kebijakan di provinsi DIY dalam memanfaatkan data dari sistem informasi KIA dalam proses perencanaan dan penganggaran program KIA.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif. Sebuah penelitian yang menjelaskan variasi pengalaman dan interaksi antar manusia<sup>11</sup>. Lokasi penelitian berdasarkan karakteristik wilayah perkotaan dan pedesaan. Kabupaten Sleman menggambarkan wilayah perkotaan, sedangkan wilayah pedesaan yaitu Kabupaten Gunung Kidul. Sedangkan, pengambilan data dilakukan di Dinas Kesehatan Gunung Kidul, Dinas Kesehatan Sleman, Puskesmas Ngaglik 1 dan Puskesmas Nglipar 1 pada Bulan November 2021. Peneliti melakukan pengambilan data dengan wawancara mendalam kepada 13 responden. Responden dipilih menggunakan *purposive sampling*, dengan kriteria *stakeholder* yang terlibat dalam proses perencanaan dan penganggaran. Instrumen penelitian terdiri dari peneliti dan panduan wawancara mendalam (*in-depth interview*).

Analisis data menggunakan teknik *content analysis*. Hasil rekaman setiap wawancara diubah ke dalam bentuk dokumen berupa transkrip. Kemudian setiap transkrip wawancara dilengkapi dengan komentar substantif, metodologis, dan analitis. Peneliti menggunakan pendekatan deduktif, terdiri dari: memilih unit analisis yaitu puskesmas dan dinas kesehatan<sup>12</sup>, menetapkan tema yang berasal dari *Data Demand and Use (DDU) Framework*. Membaca hasil transkrip dari awal hingga akhir, menandai kalimat penting dan melakukan *coding* dengan cara menyederhanakan kalimat-kalimat penting, menggabungkan kumpulan *coding* dalam beberapa kategori, memasukkan kategori ke dalam tema yang telah ditetapkan, dan men-

galisis sehingga peneliti mendapatkan hasil penelitian.

Uji keabsahan data dilakukan peneliti dengan beberapa pengujian, yaitu<sup>13</sup>:

- 1) Uji kredibilitas dengan teknik triangulasi yaitu mengkonfirmasi jawaban responden di instansi puskesmas dengan jawaban responden di dinas kesehatan atau sebaliknya, mengecek kembali kesesuaian hasil wawancara dengan hasil telaah dokumen;
- 2) Uji *transferability* menampilkan beberapa kutipan informan dalam laporan, sehingga orang lain dapat memahami hasil penelitian ini;
- 3) Uji *confirmability*, peneliti menyimpan seluruh dokumen yang berkaitan dengan penelitian dan bersedia dicek kesesuaian antara hasil penelitian dengan proses penelitian.

## HASIL

Peneliti menemukan tidak ada perbedaan hambatan pemanfaatan data dari sistem informasi KIA dalam perencanaan dan penganggaran program KIA di dua lokasi penelitian. Beberapa hambatan pemanfaatan data KIA untuk perencanaan dan penganggaran adalah sebagai berikut:

### Mutu Data

#### a. Data tidak lengkap dan tidak *up to date*

Terdapat tiga belas jenis indikator data rutin KIA yang dikumpulkan sebagai dasar perencanaan dan penganggaran di wilayah perkotaan dan pedesaan. Data yang paling tidak lengkap di wilayah pedesaan adalah data sasaran wanita usia subur (WUS) dan data sasaran ibu hamil karena kepatuhan SDM dalam melengkapi data rendah. Sedangkan, data yang tidak lengkap di wilayah perkotaan adalah data balita karena bidan desa dan kader sebagai petugas yang mengumpulkan data sulit memahami Definisi Operasional (DO) data:

*"...tumbuh kembang balita kan dipantau juga, itu yang masih kita kesulitan itu masih banyak yang masih belajar..."*  
(K8)

Selain itu, secara umum peneliti menemukan faktor-faktor penyebab data tidak lengkap di kedua wilayah penelitian, yaitu gangguan teknis saat memasukkan data ke sistem informasi KIA. Data yang tidak lengkap juga disebabkan oleh kedudukan rumah sakit dan dinas kesehatan yang sejajar. Hal ini menyebabkan rumah sakit tidak melengkapi data. Dapat disimpulkan apabila puskesmas tidak mempunyai data yang lengkap maka informasi yang tersedia di dinas

kesehatan juga tidak lengkap. Sehingga, kepala dinas tidak mendapatkan informasi yang berkualitas sebagai dasar pengambilan keputusan. Hal ini menyebabkan kepercayaan *stakeholder* terhadap kualitas data rendah dan pengambilan keputusan tidak selalu berdasarkan data. Sistem informasi (sistem informasi) yang banyak juga menjadi penyebab data tidak lengkap karena SDM harus mengisi berbagai SI.

Data yang digunakan sebagai dasar perencanaan dan penganggaran KIA tidak *up to date* karena terdapat jarak waktu yang cukup jauh antara data yang digunakan dengan periode kegiatan yang sedang direncanakan:

*"...data tahun lalu digunakan untuk 2 tahun ke depan, jadi loncat. Misalnya 2021 kita menggunakan data tahun 2019, yang 2020 kita gunakan untuk 2022 karena memang anggaran kita dibuat sistem nya seperti itu"*  
(K5, 81)

Peneliti juga menemukan data yang tidak *up to date* menyebabkan data tidak digunakan dalam perencanaan dan anggaran karena data baru didapatkan ketika pertengahan penyusunan perencanaan dan anggaran kegiatan. Data yang tidak *up to date* dikarenakan beberapa faktor. Misalnya karena komunikasi antar SDM di dinas kesehatan untuk *update* data rendah, perilaku SDM yang tidak langsung melakukan *entry data* ke sistem informasi KIA, dan kemampuan SDM dalam *entry data* ke sistem informasi rendah. Kondisi data yang tidak *up to date* ini juga terjadi pada data pendukung dalam perencanaan dan anggaran program KIA, seperti data Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil). Hal tersebut mempengaruhi proses perencanaan dan anggaran yang terhambat karena *stakeholder* membutuhkan data kependudukan dari Dukcapil.

b. Kepercayaan terhadap data rendah, validitas data rendah

Peneliti menemukan kepercayaan kepala puskesmas terhadap data KIA rendah:

*"Ya tingkat kepercayaannya 70-80%. Jadi memang gak bisa sampai 90 ke atas"*  
(K5, 160)

Tingkat kepercayaan yang rendah disebabkan oleh data capaian real program KIA yang sudah dikumpulkan setiap bulan oleh puskesmas diubah oleh dinas kesehatan di akhir tahun. Hal ini terjadi dikarenakan KIA merupakan program prioritas dinas kesehatan:

*"...harapannya data real yang bisa kita olah, tapi kadang-kadang dari proyeksi yang begitu panjang, sehingga di akhir tahun kaya di real kan..."*  
(K5, 162)

Tidak hanya di puskesmas, tingkat kepercayaan yang rendah terhadap validitas data juga ditemukan pada *stakeholder* di dinas kesehatan karena pendataan data KIA yang masih dilakukan dengan manual. Hal tersebut menyebabkan data tidak tervalidasi sebaik validasi yang dilakukan oleh sistem informasi berbasis elektronik.

c. Perbedaan data dan *double entry* data

Terdapat perbedaan data antar sistem informasi KIA, termasuk perbedaan data KIA antar puskesmas dan dinas kesehatan, dinas kesehatan dan kementerian kesehatan. Hal ini terjadi karena banyaknya sistem informasi KIA:

*"...sering sekali permasalahan perbedaan data. Ada beberapa sampai sekarang belum menemukan solusinya. Ketika sama-sama mengampu sebuah data dari Sistem Informasi (SI) satu dengan yang lain ternyata outputnya berbeda...."*  
(K11, 136)

Selain perbedaan data KIA, data KIA juga sering mengalami *double entry* dalam proses pengumpulan data.

#### Faktor Teknis

Peneliti menemukan faktor teknis seperti jaringan internet di puskesmas wilayah pedesaan dan belum ada SOP yang mengatur timeline validasi data. Sehingga, validasi membutuhkan waktu lama. Hal ini menjadi hambatan dalam pemanfaatan data untuk perencanaan dan anggaran:

*"...dari seksi atau pengampu data KIA datanya belum valid karena prosesnya validasi belum selesai..."* (L5, 230)

Selain itu faktor belum terintegrasinya data yang dikumpulkan juga menghambat bagian perencanaan dalam menggunakan data KIA.

#### Faktor Organisasi

Prioritas pemimpin daerah mempengaruhi pemanfaatan data dalam menyusun perencanaan dan anggaran di dinas kesehatan:

*"Iya, pemimpin juga sangat mempengaruhi ya, mempengaruhi keputusan. Saya beri"*

*contoh, pada periode sebelum itu ada kebijakan bahwa (nama kabupaten)\*\*\* harus mendirikan 3 RS gitu dalam 5 tahun. Tentu kalau ditanya analisisnya kita dinkes belum butuh sekaligus 3 gitu E..dan juga harus menyesuaikan kemungkinan dari terwujudnya hal tersebut. . .”(L7,72)*

Peneliti menemukan hal yang sama di puskesmas. Pengaruh prioritas pemimpin daerah terlihat ketika puskesmas mengikuti perencanaan dan anggaran dari dinas kesehatan.

### Faktor Perilaku

Peneliti menemukan beberapa perilaku dari petugas yang mengumpulkan data, menganalisis dan memvalidasi data serta *stakeholder* menghambat pemanfaatan data dalam perencanaan dan penganggaran. Kemampuan kader kesehatan sebagai petugas yang mengumpulkan data dalam mengoperasikan teknologi dalam pengumpulan data rendah. Selain itu, peneliti menemukan kader dan bidan desa di wilayah perkotaan juga kesulitan memahami definisi operasional data tumbuh kembang balita dan anak dikarenakan kualitas SDM dan kurangnya kolaborasi pengisian data tumbang kembang antara program KIA dengan program gizi. Pada level puskesmas di wilayah pedesaan dan perkotaan, peneliti menemukan kualitas bidan koordinator dan kepala puskesmas untuk menggunakan data dalam menyusun perencanaan dan anggaran masih rendah karena tidak ada pelatihan:

*”Iya mbak, kalau KIA khusus itu ga ada. Nanti mereka (bagian manajemen Puskesmas) baru melatih yang KIA gitu setelah dilatih”*  
(K8, 196)

Hal tersebut juga terjadi pada level dinas kesehatan. Peneliti menemukan kepala dinas kesehatan, kepala bidang kesehatan keluarga atau KIA, kepala bidang perencanaan dan evaluasi dan stafnya belum memahami DO dengan baik sehingga menghambat proses perencanaan dan anggaran:

*”...kita komitmen pertama kita harus pegang DO, DONya apa. Misalnya cuma ibu hamil bisa beda-beda DO-nya...”*  
(K10, 57)

Kurang optimalnya pemahaman DO dikarenakan *update* pengetahuan mengenai definisi operasional belum dilakukan secara rutin.

## PEMBAHASAN

Data KIA lebih banyak digunakan untuk pengambilan keputusan operasional pelayanan kesehatan dibandingkan untuk perencanaan dan penganggaran. Misalnya, data KIA dijadikan dasar untuk merujuk pasien, merencanakan persalinan, menindaklanjuti pelayanan untuk ibu hamil dengan risiko tinggi, dan lain sebagainya. Penggunaan data KIA yang belum optimal disebabkan oleh beberapa faktor yang ditemukan peneliti dapat menghambat pemanfaatan data dalam perencanaan dan anggaran. Pada salah satu lokasi penelitian, kepentingan politik seperti program prioritas pemimpin daerah berpotensi mendominasi keputusan dalam perencanaan dan anggaran. Sehingga, dibutuhkan upaya atau kemampuan dari kepala dinas kesehatan untuk memastikan data KIA menjadi dasar utama pengambilan keputusan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Wickremasinghe yang menyebutkan pemangku kebijakan di sektor kesehatan sering mengabaikan data lokal dan membuat keputusan berdasarkan prioritas nasional.<sup>11</sup> Apabila perencanaan dan anggaran program KIA banyak dipengaruhi kepentingan politik atau hanya berfokus meningkatkan cakupan pada standar peraturan-peraturan tertentu seperti Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan maka pelayanan KIA menjadi tidak efektif dan tidak efisien. Jenis perencanaan di lokasi penelitian adalah *strategic planning*<sup>12</sup> dan perencanaan yang dilakukan sejalan dengan teori inkremental karena perencanaan dibuat berdasarkan isu yang ada, dengan data pendukung yang terbatas dan dipengaruhi proses politik.<sup>13</sup>

Seharusnya perencanaan dan anggaran berkembang berdasarkan hasil analisis data yang lengkap untuk mengatasi masalah. Mencontoh Ethiopia, pengaruh politik dapat diminimalisir dengan forum rutin melibatkan bupati, anggota dewan, kepala dinas kesehatan dan *stakeholder* lintas sektor yang dipimpin oleh sekretaris daerah. Forum bertujuan membahas capaian program, masalah program berdasarkan data dan mendiskusikan perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan berdasarkan data.<sup>14</sup> Selain itu, *stakeholder* di dinas kesehatan harus mempunyai komitmen kuat untuk melakukan pengambilan keputusan berbasis data dan memastikan akses terhadap intervensi KIA merata serta efektif. Komitmen tinggi *stakeholder* dalam pengambilan keputusan berbasis data telah berkontribusi menurunkan angka kematian balita di Zambia<sup>15</sup>.

Selain faktor kepentingan politik, faktor lain yang menghambat pemanfaatan data KIA adalah faktor teknis seperti jaringan internet puskesmas wilayah pedesaan dan tidak tersedianya SOP pengumpulan dan analisis data KIA. Pemerintah perlu melakukan

pemerataan jaringan internet untuk memudahkan akses data KIA oleh staf dan *stakeholder* dalam penyusunan perencanaan dan anggaran. Selanjutnya, dinas kesehatan perlu membuat SOP pengumpulan dan analisis data KIA. Di sisi lain, faktor pengetahuan SDM yang masih rendah dalam melakukan perencanaan dan anggaran juga menjadi kendala pemanfaatan data. Sehingga, pemerintah perlu melatih SDM dalam melakukan perencanaan dan anggaran KIA dan pendampingan perencanaan dan anggaran KIA di puskesmas oleh dinas kesehatan seperti yang sudah dilakukan oleh salah satu dinas kesehatan di perkotaan. Faktor mutu data KIA rendah juga mempengaruhi proses pemanfaatan data KIA dalam perencanaan dan anggaran KIA.

Peneliti menemukan data KIA tidak lengkap, tidak *up to date*, validitas data rendah, adanya perbedaan data, serta *double entry data*. Mutu data yang rendah ini terjadi karena beberapa faktor, yaitu:

- (1) Banyaknya sistem informasi KIA;
- (2) Gangguan sistem informasi KIA;
- (3) Tidak adanya SDM khusus pengumpul dan analisis data KIA;
- (4) Kualitas SDM pengumpul dan analisis data rendah.

Sehingga, pemerintah perlu membuat regulasi dan kegiatan untuk meningkatkan mutu data KIA, diantaranya:

- (1) Regulasi untuk memastikan sistem informasi kesehatan daerah terintegrasi, tidak terlalu banyak dan tetap efektif;
- (2) Melakukan pemeliharaan rutin sistem informasi KIA untuk meminimalisir error sistem;
- (3) Merekrut SDM khusus yang mengumpulkan dan analisis data KIA;
- (4) Melakukan pelatihan dan pendampingan pengumpulan dan analisis data KIA.

Peneliti juga menemukan untuk memperbaiki proses perencanaan dan anggaran secara keseluruhan pemerintah perlu melakukan peninjauan ulang dalam hal penjadwalan proses perencanaan seperti yang terdapat pada PMK No. 7 tahun 2014 tentang perencanaan dan penganggaran program kesehatan. PMK No. 7 tahun 2014 menyatakan jadwal perencanaan dan anggaran kesehatan menjadi tiga periode, yaitu: 31 Maret, 30 Juni, dan 30 September. Hal ini membuat perencanaan dilakukan tidak menggunakan data terbaru. Misalnya, berdasarkan kebijakan perencanaan tahun 2022 harus dikumpulkan pada bulan Juni tahun 2021, perencanaan tidak da-

pat dilakukan berdasarkan analisis data KIA Bulan Januari-Desember 2021 namun berdasarkan analisis data KIA tahun 2019 atau 2020.

## KESIMPULAN

Pemerintah sebaiknya meninggalkan sistem informasi berbasis kertas dan menjadikan sistem informasi KIA berbasis elektronik sebagai sumber data KIA. Sistem elektronik yang mendukung pemanfaatan data KIA adalah sistem elektronik yang terintegrasi dan cukup sederhana untuk memenuhi kebutuhan informasi KIA. Selain itu, pemerintah perlu melatih SDM pengguna sistem informasi elektronik dan meningkatkan motivasi SDM untuk lebih mengapresiasi nilai dan informasi data KIA.

Perihal pembuatan regulasi, pemerintah perlu membuat SOP pengumpulan, validasi, dan analisis data khusus KIA untuk meningkatkan kualitas data KIA. SOP berisi deskripsi pekerjaan SDM dan mekanisme akuntabilitas SDM dalam mengumpulkan dan menganalisis data. SOP diperkuat dengan adanya pelatihan rutin terkait proses penyusunan perencanaan dan anggaran KIA. Pelatihan SDM melibatkan aktor yang terlibat dalam teknis pelaksanaan penyusunan perencanaan dan anggaran program termasuk kader kesehatan.

Selanjutnya, dibutuhkan juga program pelatihan kader kesehatan sebagai salah satu SDM yang mempunyai peran dalam mengumpulkan data dan terlibat dalam penyusunan perencanaan dan anggaran di level puskesmas dalam pengumpulan data KIA yang berkualitas. Penelitian ini juga menyimpulkan perlu adanya peninjauan kembali pada kebijakan PMK No.7 tentang penyusunan perencanaan dan anggaran KIA perihal *timeline* pengajuan perencanaan dan anggaran program.

Selain itu, untuk meminimalisir pengaruh politik dalam proses perencanaan dan anggaran, pemerintah perlu membuat program rutin pertemuan bupati, kepala dinas kesehatan dan kepala seksi bidang, kepala puskesmas dan pemegang program, serta lintas sektor yang terlibat dalam perencanaan dan anggaran kesehatan untuk membahas hasil analisis informasi KIA secara rutin sebelum proses perencanaan dan anggaran berlangsung.

## REFERENSI

1. Saigí-Rubió F, Pereyra-Rodríguez JJ, Torrent-Sellens J, Eguía H, Azzopardi-Muscat N, Novillo-Ortiz D. Routine health information systems in the european context: A systematic review of systematic reviews. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(9):4622. <https://10.3390/ijerph18094622>
2. Lazuardi L. Evaluasi Digitalisasi Pelayanan dan Sistem Informasi Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas. 2020

3. Waithaka D, Tsofa B, Kabia E, Barasa E. Describing and evaluating healthcare priority setting practices at the county level in Kenya. *Int J Health Plann Manage* 2018; 33(3):e733-50.  
<https://doi.org/10.1002/hpm.2527>
4. Clark A, Jimenez-Soto E, Kraft A, Firth S, Aldaba B, La Vincente S. Supporting local planning and budgeting for maternal, neonatal and child health in the Philippines. *Health Res Policy Syst* 2013; 11:3.  
<https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-3>
5. Kani A, Herawati DMD, Trisnantoro L. Evaluasi Perencanaan dan Penganggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Pesisir Selatan Provinsi Sumatera Barat. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 2012; 15(03):131-39.
6. Yusman M, Hasanbasri M, Lazuardi L. Analisis Anggaran Program Prioritas Kesehatan Ibu dan Anak di Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga Propinsi Kepulauan Riau Tahun 2009-2010. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia JKKI* 2010; 1(4):224-34.
7. Lazuardi L, Sanjaya GY, Ali PB, Siahaan RG, Achmad L, Wulandari H. Interoperability of Health Digitalization: Case Study on Use of Information Technology for Maternal and Child Health Services in Indonesia. In *Business Information Systems 2021*; 2(pp. 317-327).  
<https://doi.org/10.52825/bis.v1i.53>
8. Wijayanti A. Analisis Implementasi Sistem Informasi Tenaga dan Sarana Kesehatan (SINTESA) di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul (Doctoral dissertation, Universitas Gadjah Mada).
9. Sistem Informasi Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. *Integrasi Sistem Informasi KIA di Yogyakarta*. Diakses 17 Juni 2021, pada <https://simkes.fk.ugm.ac.id/2020/02/13/integrasi-sistem-informasi-kia-di-di-yogyakarta/>
10. Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Diakses 17 Juni 2021 pada Sistem Informasi Komunikasi Data Keluarga. <http://kesgadiy.web.id/grafik-indikator>
11. Wickremasinghe D, Hashmi IE, Schellenberg J, Avan BI. District decision-making for health in low-income settings: a systematic literature review. *Health Policy Planning* 2016;31(suppl.2):ii12-24.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czv124>
12. Hasanbasri M. Pendekatan sistem dalam perencanaan program kesehatan daerah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 2007; 10(02):56-63.
13. Blewett LA, Good MB, Call KT, Davern M. Monitoring the uninsured: a state policy perspective. *J Health Polit Policy Law* 2004; 29(1):107-46. <https://doi.org/10.1215/03616878-29-1-107>
14. Bhattacharyya S, Berhanu D, Taddesse N, Srivastava A, Wickremasinghe D, Schellenberg J, et al. District decision-making for health in low-income settings: a case study of the potential of public and private sector data in India and Ethiopia. *Health Policy Plan* 2016; 31(suppl.2):ii25-34.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czw017>
15. Kipp AM, Maimbolwa M, Brault MA, Kalesha-Masumbu P, Katepa-Bwalya M, Habimana P, et al. Improving access to child health services at the community level in Zambia: a country case study on progress in child survival, 2000–2013. *Health Policy Plan* 2017; 32(5):603-12.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czw141>