



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KONSISTENSI PERENCANAAN
DAN PENGANGGARAN BIDANG KESEHATAN
KOTA LUBUKLINGGAU TAHUN 2010**

TESIS

**Ramadhiani Fitry, SKM
1006791751**

**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
JAKARTA
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KONSISTENSI PERENCANAAN
DAN PENGANGGARAN BIDANG KESEHATAN
KOTA LUBUKLINGGAU TAHUN 2010**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ekonomi (M.E)**

**Ramadhiani Fitry, SKM
1006791751**

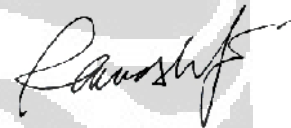
**FAKULTAS EKONOMI
PROGRAM MAGISTER PERENCANAAN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
KEKHUSUSAN EKONOMI KEUANGAN NEGARA DAN DAERAH
JAKARTA
JANUARI 2012**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Jakarta, Januari 2012



Ramadhiani Fitry

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Ramadhiani Fitry

NPM : 1006791751

Tanda Tangan :



Tanggal : Januari 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ramadhiani Fitry
NPM : 1006791751
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Judul Tesis : Analisis Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran
Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ekonomi pada Program Studi Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Iman Rozani, SE., M.Soc.Sc ()

Ketua Penguji : Dr. Andi Fahmi Lubis ()

Anggota Penguji : Widyanti Soetjipto, SE., M.Sc ()

Ditetapkan di : Jakarta
Tanggal : Januari 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya haturkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ekonomi (M.E.) Program Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik pada Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Iman Rozani, SE., M.Soc.Sc, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
2. Bapak Dr. Andi Fahmi Lubis, selaku Ketua Penguji pada sidang tesis dan sidang komprehensif saya dan Sekretaris Program Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
3. Ibu Widyanti Soetjipto, SE., M.Sc, selaku penguji sidang tesis dan sidang komprehensif saya.
4. Bapak Arindra A. Zainal, Ph.D, selaku Ketua Program Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
5. Seluruh Responden yang telah saya wawancarai, terima kasih atas waktu, data dan kesediaannya.
6. Orang tua yang saya sangat cintai, terima kasih atas dukungan baik moril maupun materil dan kesediaannya untuk mengasuh *my lovely princess Fira*.
7. Suamiku Tercinta, *My Abi*, terima kasih atas cinta, pengertian dan dukungannya.
8. Anakku, *My Lovely Princes "Baby Fira"*, yang selalu Ummi cintai dan memberi semangat Ummi untuk terus berjuang. *Thanks dear... akhirnya perjuangan kita selesai juga nak....*

9. Teman-temanku seangkatan MPKP XXIII Bappenas, terima kasih atas doa dan semangatnya, tanpa kalian, hari-hari selama di kampus akan semakin terasa berat.
10. Sahabat-sahabat dan seluruh sanak saudara yang telah memberikan doa dan semangatnya selama ini.

Akhir kata, saya berharap agar Allah Subhanahu wa Ta'ala berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini memberikan manfaat bagi semua pihak yang berkepentingan dengan bidang di dalam tesis ini.

Salemba, Januari 2012
Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ramadhiani Fitry
NPM : 1006791751
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Departemen : Ilmu Ekonomi
Fakultas : Ekonomi
Jenis Karya : Tesis

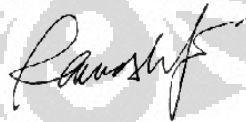
demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

”Analisis Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan
Kota Lubuklinggau Tahun 2010”

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada tanggal : Januari 2012
Yang menyatakan,



(Ramadhiani Fitry)

ABSTRAK

Nama : Ramadhiani Fitry, SKM
Program Studi : Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik
Judul Tesis : Analisis Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010

Penelitian ini mencoba untuk menganalisis konsistensi antara perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan tahun 2010 di Kota Lubuklinggau yang dilihat melalui dokumen perencanaan dan penganggaran Kota Lubuklinggau seperti RPJPD Tahun 2010, RPJMD Tahun 2008-2013, RKPD Tahun 2010, Renstra Kesehatan Tahun 2008-2013, Renja Kesehatan Tahun 2010 dan DPA Kesehatan APBD Tahun 2010. Hasil analisa tersebut selanjutnya dianalisis dengan menggunakan Matriks Konsolidasi Perencanaan dan Penganggaran untuk melihat sejauhmana tingkat konsistensi yang terjadi dan terakhir dikaitkan dengan Visi dan Misi Pembangunan Daerah, sejauhmana kekonsistenan pemerintah daerah untuk mewujudkan visi dan misi pembangunan daerah dari bidang kesehatan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat konsistensi perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau tahun 2010 masih kurang baik. Apalagi jika dikaitkan dengan visi dan misi pembangunan dalam RPJMD Kota Lubuklinggau Tahun 2010. Dilihat dari visi RPJPD dan visi RPJMD Kota Lubuklinggau, ternyata kesehatan bukanlah menjadi fokus prioritas pembangunan, walaupun dari hasil wawancara dinyatakan bahwa kesehatan adalah salah satu bidang prioritas pembangunan daerah. Dari hasil analisis konsistensi DPA Tahun 2010 dengan misi pembangunan RPJMD persentase konsistensi untuk program kesehatan sebesar 58,82% atau 10 program dari 17 program yang ada, sedangkan untuk kegiatannya sebesar 32,84% atau 22 kegiatan dari 67 kegiatan yang ada.

Ketidakkonsistenan ini terjadi dikarenakan karena kurangnya komitmen dari pimpinan daerah, kurangnya kualitas dan kapabilitas pejabat perencana, kebijakan pimpinan daerah yang sering gonta ganti pejabat daerah, dan adanya dana pemerintah pusat dengan syarat teknis yang mengikat dan tidak sesuai dengan kebijakan daerah.

Kata kunci:

Konsistensi, perencanaan, penganggaran, pemerintah daerah.

ABSTRACT

Name : Ramadhiani Fitry, SKM

Study Program: Magister of Planning and Public Policy

Thesis Title : Consistency Analysis of Planning and Budgeting in Health
Sector Year 2010 City Lubuklinggau

This research tries to analyze consistency between planning and budgeting in the field of health in 2010 at Lubuklinggau is seen through the planning and budgeting documents like RPJPD Years 2010, RPJMD Years 2008-2013, Health's Renstra Years 2008-2013, RKPD Years 2010, Health's Renja Years 2010 and Health's DPA APBD Years 2010. The results of such analysis is analyzed using the consolidated planning and budgeting matrix to look at the level of consistency that occur and last associated with the vision and mission of regional development, as far as consistency of local governments to realize the vision and mission of the regional development of the health sector.

The results of this research show that the level of the consistency of planning and budgeting in the health field in 2010 at Lubuklinggau still less well. Moreover, if linked to the vision and mission of development in RPJMD city of Lubuklinggau in 2010. Judging from the vision of RPJPD and the vision RPJMD of Lubuklinggau City, it turns out health is not the focus of development priorities, although the results of interviews revealed that health is one of the priority areas of regional development. From the results of the consistency analysis of the DPA in 2010 with the mission of RPJMD percentage consistency for the health program for 58.82% or 10 programs from 17 existing programs, while for the activities of 32.84% or 22 activities from 67 activities.

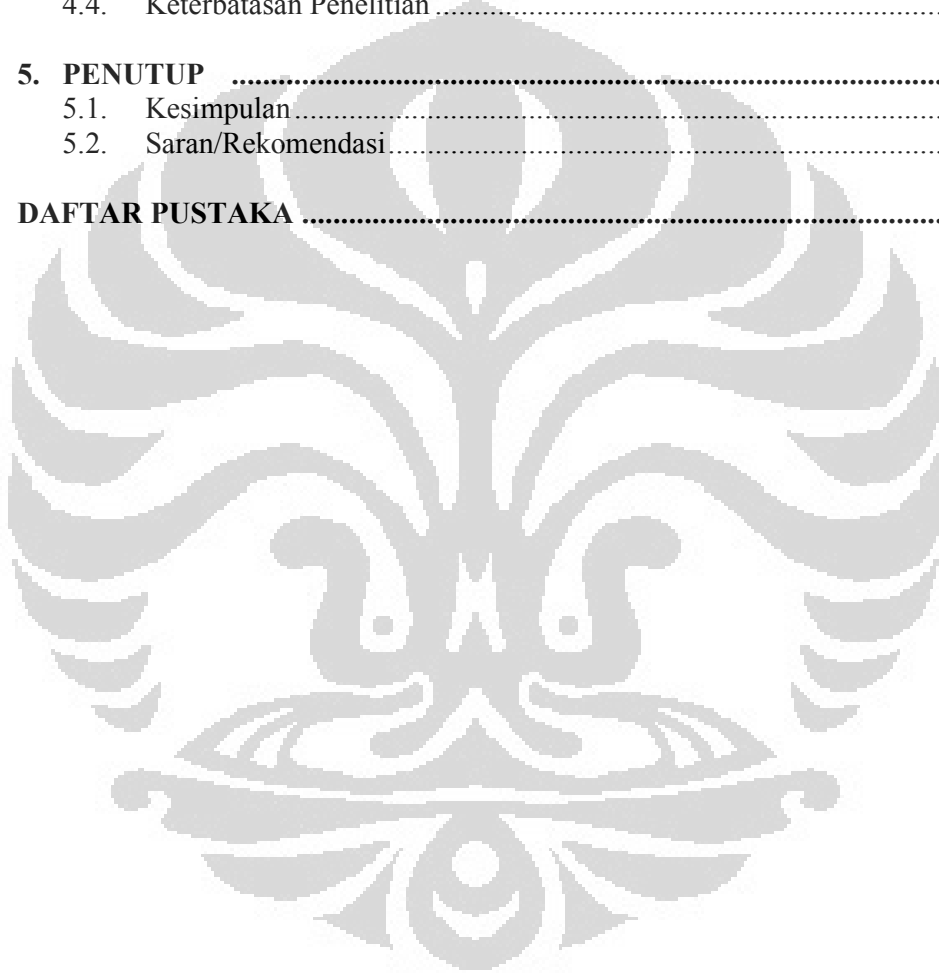
This inconsistency occurs because of lack of commitment from local leaders, lack the quality and capability of planners, policy-led areas that are often mutually exchange local officials, and the presence of central government funds with the technical requirements of binding and not in accordance with local policy.

Key words : consistency, planning, budgeting, local government

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.4. Manfaat Penelitian	7
1.5. Ruang Lingkup Penelitian	8
1.6. Metodologi Penelitian	8
1.7. Kerangka Teoritis	11
1.8. Kerangka Berpikir	12
2. TINJAUAN LITERATUR	14
2.1. Arti dan Pentingnya Perencanaan	14
2.2. Penganggaran	15
2.3. Keterkaitan Perencanaan dengan Penganggaran	18
2.4. Konsep <i>Medium Term Expenditure Framework (MTEF)</i>	20
2.5. Konsistensi dalam Perencanaan dan Penganggaran	21
2.5.1. Karakteristik Konsistensi dalam Perencanaan dan Penganggaran	23
2.5.2. Penelusuran Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran	24
2.6. Penelitian Terdahulu	27
3. PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DAERAH DI INDONESIA MENURUT PERATURAN PERUNDANGAN YANG BERLAKU	30
3.1. Esensi Perencanaan dan Penganggaran Daerah	31
3.2. Kebijakan Perencanaan Pembangunan dan Penganggaran Daerah	33
3.3. Penilaian Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Daerah	39
4. ANALISIS DAN PEMBAHASAN KAITAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN	41
4.1. Analisis Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan	41
4.1.1. Analisis Konsistensi antara Dokumen Perencanaan untuk Pencapaian Agenda Pembangunan Daerah	41
4.1.2. Analisis Konsistensi antara Dokumen Perencanaan Pemerintah	

Daerah dengan Dokumen Perencanaan SKPD	45
4.1.3. Analisis Konsistensi antara Dokumen Perencanaan dengan Dokumen Penganggaran.....	64
4.2. Analisis Berdasarkan Hasil Wawancara (<i>In Depth Interview</i>)	76
4.2.1. Proses Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan.....	76
4.2.2. Penyusunan Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan Konsisten/Tidak dengan Dokumen Perencanaan dan Penganggaran	78
4.2.3. Kelemahan Proses Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan ..	80
4.3. Pembahasan Kaitan Perencanaan dan Penganggaran di Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau.....	82
4.4. Keterbatasan Penelitian	85
5. PENUTUP	87
5.1. Kesimpulan.....	87
5.2. Saran/Rekomendasi.....	89
DAFTAR PUSTAKA	90



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Alur Perencanaan dan Pembangunan.....	6
Gambar 1.2. Kerangka Teoritis.....	12
Gambar 1.3. Kerangka Berpikir Penelitian.....	13
Gambar 2.1. Ilustrasi Keterkaitan antara Perencanaan Jangka Panjang, Jangka Menengah, dan Jangka Pendek (Anggaran)	19
Gambar 2.2. Penelusuran Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran.....	24
Gambar 3.1. Peta Konsep Perencanaan dan Penganggaran Daerah.....	33
Gambar 3.2. Alur Perencanaan dan Penganggaran	34
Gambar 3.3. Diagram Alur Perencanaan dan Penyusunan APBD.....	37
Gambar 4.1. Diagram Keterkaitan Antara Renstra Kesehatan dengan Renja Kesehatan 2010 Kota Lubuklinggau Tahun 2010.....	56
Gambar 4.2. Diagram Keterkaitan Antara Renja Kesehatan dan RKPD Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010	63
Gambar 4.3. Diagram Keterkaitan Antara RKPD Kesehatan dan DPA Kesehatan APBD Kota Lubuklinggau Tahun 2010	69

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Rerata Belanja Pembangunan Pemerintah Kabupaten/Kota	4
Tabel 4.1.	Matriks Konsolidasi antara RPJPD Kota Lubuklinggau dengan RPJMD Kota Lubuklinggau	42
Tabel 4.2.	Matriks Konsolidasi antara RPJMD Kota Lubuklinggau dengan RKPD Kota Lubuklinggau.....	44
Tabel 4.3.	Matriks Konsolidasi antara RPJMD Kota Lubuklinggau dengan Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau	45
Tabel 4.4.	Matriks Konsolidasi antara Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau dengan Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010	48
Tabel 4.5.	Matriks Konsolidasi antara Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau dengan RKPD Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010	57
Tabel 4.6.	Matriks Konsolidasi antara RKPD dan DPA Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010	64
Tabel 4.7.	Matriks Konsolidasi antara DPA Bidang Kesehatan Tahun 2010 dengan Visi dan Misi RPJMD Kota Lubuklinggau	71

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Hasil *In Depth Interview* dengan Anggota Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) Kota Lubuklinggau
- Lampiran 2. Matriks Rencana Program Kegiatan Tahun 2010 pada Renstra Kesehatan 2008-2013 Kota Lubuklinggau
- Lampiran 3. Matriks Rencana Program Kegiatan Tahun 2010 pada Rencana Kerja Kesehatan Kota Lubuklinggau
- Lampiran 4. Matriks Rencana Program Kegiatan Tahun 2010 pada RKPD Kota Lubuklinggau
- Lampiran 5. Matriks Rekapitulasi Belanja Langsung Menurut Program dan Kegiatan SKPD Kesehatan DPA APBD Tahun 2010

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dalam salah satu publikasi resminya, yakni *Word Development Report*, yang terbit pada tahun 1991, Bank Dunia melontarkan pernyataan tegas bahwasanya:

Tantangan utama pembangunan... adalah memperbaiki kualitas kehidupan. Terutama di negara-negara yang paling miskin, kualitas hidup yang lebih baik memang mensyaratkan adanya pendapatan yang lebih tinggi—namun, yang dibutuhkan bukan hanya itu. Pendapatan yang lebih tinggi hanya merupakan salah satu dari sekian banyak syarat yang harus dipenuhi. Banyak hal lain yang juga harus diperjuangkan, yakni pendidikan yang lebih baik, peningkatan standar kesehatan dan nutrisi, pemberantasan kemiskinan, perbaikan kondisi lingkungan hidup, pemerataan kesempatan, peningkatan kebebasan individual, dan pelestarian ragam kehidupan budaya.

Menilik hal di atas, pembangunan harus dipandang sebagai suatu proses multidimensional yang mencakup berbagai perubahan mendasar. Pembangunan harus mencerminkan perubahan total suatu masyarakat atau penyesuaian sistem sosial secara keseluruhan, tanpa mengabaikan keragaman kebutuhan dasar keinginan individual maupun kelompok-kelompok sosial yang ada didalamnya. (Todaro, 2006)

Kesehatan merupakan tujuan pembangunan yang mendasar di samping pendidikan. Kesehatan merupakan inti dari kesejahteraan, hal yang fundamental untuk membentuk kemampuan manusia yang lebih luas yang berada pada inti makna pembangunan. Kesehatan juga dapat dilihat sebagai komponen pertumbuhan dan pembangunan yang vital—sebagai input fungsi produksi agregat. Peran gandanya sebagai input maupun output menyebabkan kesehatan sangat penting dalam pembangunan ekonomi. (Todaro, 2006)

Dalam *National Summit* pada tanggal 30 Oktober 2009, telah dibahas 4 (empat) isu pokok pembangunan kesehatan pada periode pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu II, yaitu : 1) Peningkatan pembiayaan kesehatan untuk

memberikan jaminan kesehatan masyarakat; 2) Peningkatan kesehatan masyarakat untuk mempercepat pencapaian target MDG's; 3) Pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana; dan 4) Peningkatan ketersediaan, pemerataan dan kualitas tenaga kesehatan terutama di Daerah Tertinggal Terpencil Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Selain keempat isu tersebut, yang dianggap penting oleh Kementerian Kesehatan yaitu dukungan manajemen dalam peningkatan pelayanan kesehatan, yang termasuk didalamnya adalah *good governance*, desentralisasi bidang kesehatan dan struktur organisasi yang efektif dan efisien.

Pemberlakuan desentralisasi di daerah di Indonesia ditandai dengan diterapkannya UU No.32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, UU No.33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah serta PP No.3 tahun 2005 tentang Kewenangan Daerah. Penerapan undang-undang dan peraturan ini dimaksudkan sebagai pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk mengatur sistem pemerintahan dan rumah tangga sendiri. Hal ini akan sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan sesuai dengan kebutuhan, situasi dan kondisi masing-masing daerah, yang bertujuan meningkatkan derajat dan pelayanan kesehatan, serta meningkatkan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat. (Gani, A. 2002. Mills, A.1994).

Sehubungan dengan adanya peluang pengembangan kebijakan kesehatan pada tingkat kabupaten dan kota karena otonomi daerah yang sedang dilaksanakan saat ini, persoalan-persoalan pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten dan kota perlu diketahui dengan jelas. Untuk mencapai keluaran dan dampak yang diharapkan, sangat tergantung pada desain dan pengelolaan dalam implementasinya. Beberapa harapan dengan diterapkannya kebijakan desentralisasi antara lain: (1) terjadinya perencanaan dari bawah yang sesuai dengan kebutuhan lokal (*bottom up planning*); (2) terjadinya perencanaan program dan kegiatan serta penganggaran yang terpadu; (3) pelayanan publik makin baik termasuk pelayanan untuk keluarga miskin; (4) peran serta masyarakat meningkat dan terwujudnya demokrasi pembangunan; (5) terwujudnya

akuntabilitas dalam pelaksanaan pembangunan, dan (6) terwujudnya pemerataan kemampuan pembangunan. (Ambar, 2007)

Dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 171 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 -2014 menargetkan tercapainya pembiayaan kesehatan minimal sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD, di luar gaji dan diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik. Kecukupan alokasi anggaran daerah untuk sektor kesehatan dipengaruhi oleh : (1) Jumlah APBD pemerintah daerah baik yang berasal dari PAD maupun transfer dana dari pemerintah pusat, (2) Penetapan sektor kesehatan sebagai skala prioritas di mata para pemimpin daerah, dan (3) Kemampuan Dinas Kesehatan melakukan advokasi dan menyusun rencana anggaran yang baik, serta menginformasikan alur pembiayaan kesehatan daerah, sumber dana yang ada dan penggunaan dana tersebut.

Guna meningkatkan kualitas pembangunan kesehatan, berbagai upaya telah dilakukan pemerintah diantaranya adalah dengan menetapkan tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan di daerah sehingga diharapkan dapat menjamin terwujudnya mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di daerah. Tolok ukur tersebut diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Selama ini pengeluaran pembangunan pemerintah provinsi dan kabupaten/kota masih terkonsentrasi pada bidang infrastruktur ekonomi dan belum memberikan perhatian yang memadai bagi bidang pembangunan manusia. Tabel 1 menjelaskan bahwa sektor pelayanan dasar (tercakup didalamnya sektor kesehatan, pendidikan dan perumahan rakyat) lebih rendah dibandingkan dengan pengeluaran untuk sektor prasarana fisik.

Tabel 1.1. Rerata Belanja Pembangunan Pemerintah Kabupaten/Kota

Kelompok Sektor	2001 (%)	2002 (%)
Pelayanan Dasar	32,08	31,78
Prasarana Fisik	37,44	38,03
Aparatur & Politik	10,91	12,07
Produksi Perekonomian	10,23	10,05
Pertanian & SDA	9,34	8,07

Sumber : DJPKPD, Departemen Keuangan RI, data diolah dari APBD Seluruh Indonesia 2001 & 2002

Jika dibandingkan dengan pembiayaan kesehatan secara standar nasional, alokasi anggaran kesehatan Kota Lubuklinggau masih relatif rendah. Anggaran kesehatan Kota Lubuklinggau tahun 2009 sebesar 9,08% dan tahun 2010 turun menjadi 4,06% dari total APBD Kota Lubuklinggau dan itu sudah termasuk anggaran rutin dan gaji pegawai. Alokasi anggaran pendidikan yang memadai memang menjadi bagian penting dari keberhasilan pembangunan kesehatan.

Rendahnya kinerja pembangunan kesehatan di Indonesia yang salah satunya dapat dilihat dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM) tahun 2005 dimana Indonesia berada pada peringkat 110 dari 175, jauh dibawah negara-negara tetangga seperti Malaysia (61), Thailand (73), Filipina (84), Srilanka (93) dan Vietnam (108) dan program pembangunan manusia ini khususnya kesehatan sebagian besar masih dibiayai melalui belanja masyarakat dan bukan belanja pemerintah, dimana pengeluaran kesehatan yang harus dikeluarkan oleh seseorang mencapai sekitar 75-80 % dari total biaya kesehatan. Penerima manfaat dari belanja pemerintah untuk kesehatan pun bias ke kelompok kaya, 20% orang miskin hanya menggunakan 8% untuk pelayanan kesehatan dasar, sementara 20% orang kaya menikmati 39% belanja pemerintah (UNDP, 2004). Salah satu faktor penyebab dari hal tersebut diatas adalah akibat dari rendahnya pembiayaan kesehatan oleh pemerintah dan kurang terpadunya perancangan program dan kegiatan serta penganggaran (Ambar, 2007)

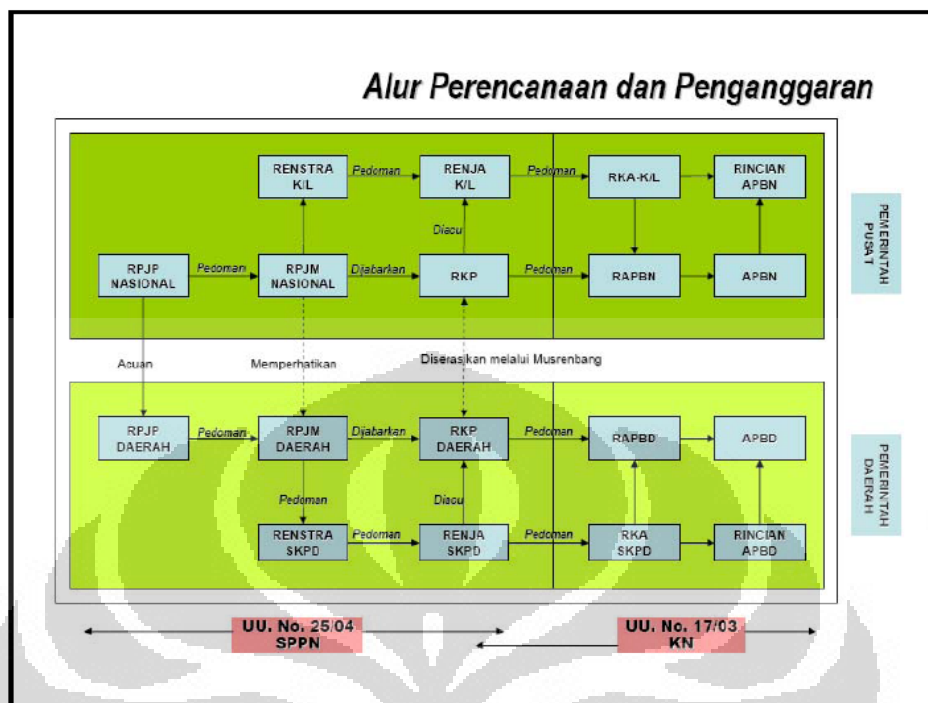
Dalam rangka mendukung program Pemerintah Kota Lubuklinggau dalam bidang kesehatan diperlukan optimalisasi penyelenggaraan fungsi perencanaan

dan penganggaran. Artinya, kecukupan alokasi pembiayaan kesehatan dalam anggaran pemerintah dan ketepatan dalam menyusun program dan kegiatan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi merupakan faktor penting keberhasilan desentralisasi dalam bidang kesehatan. Kedua fungsi ini mempunyai peranan yang tak kalah penting dalam pelaksanaan pembangunan untuk memperbaiki kesejahteraan masyarakat melalui program-program kesehatan.

Pentingnya peranan perencanaan pembangunan menjadi bagian tak terhindarkan sebagai suatu kebutuhan untuk menyusun rancangan kebijakan, program dan kegiatan yang secara konsisten menuju pada cita-cita yang disepakati bersama. Fungsi perencanaan diperlukan untuk menjelaskan dan memberikan mekanisme pengambilan keputusan yang rasional dan bertanggungjawab atas berbagai pilihan (Wrihatnolo, 2006).

Perencanaan pembangunan bidang kesehatan baik dalam bentuk program, kebijakan maupun kegiatan akan tinggal sebagai dokumen yang sia-sia jika tidak dikaitkan dengan penganggarnya. Karena anggaran merupakan bagian yang sangat penting untuk merealisasikan rencana dan target-target pembangunan yang telah ditetapkan sebelumnya. Namun disisi lain, keterbatasan anggaran semakin menuntut adanya perencanaan yang matang agar pemanfaatan sumber daya yang tersedia benar-benar dilakukan secara efektif dan efisien dengan kata lain agar sasaran pembangunan yang telah ditetapkan sebelumnya benar-benar tercapai sesuai dengan target. Oleh karena itu hubungan fungsi perencanaan dan penganggaran merupakan hal yang sangat penting.

Alur proses perencanaan dan penganggaran menuntut sinkronisasi dari setiap proses tahapannya, hal ini dapat dilihat dari bagan di bawah ini.



Gambar 1.1. Alur Perencanaan dan Penganggaran

Sumber : Undang-undang No. 25 Tahun 2004

Harmonisasi kedua fungsi perencanaan dan penganggaran ini dipertegas dengan Undang-undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara dan Undang-undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Kedua undang-undang tersebut mengamanatkan adanya kesinambungan antara perencanaan dengan penganggaran sehingga sasaran pembangunan yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan dapat tercapai karena didukung oleh penganggaran.

1.2. Perumusan Masalah

Pada prinsipnya, perencanaan dan penganggaran harus terpadu, konsisten dan sinkron satu sama lain. Hal ini dikarenakan penganggaran adalah media untuk mewujudkan target-target kinerja yang direncanakan. Tanpa perencanaan, Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) cenderung tidak fokus serta cenderung bersifat reaktif yang pada akhirnya bermuara pada inefektifitas.

Begitu juga dalam rangka mendukung agenda pembangunan di Kota Lubuklinggau dimana prioritas pertama adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat, serta demi tercapainya sasaran pembangunan tersebut maka sudah seyogyanya program-program dan kegiatan pembangunan di bidang kesehatan harus didukung oleh penganggaran daerah. Sesuai dengan Undang-undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara dan Undang-undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional yang mengamanatkan bahwa antara perencanaan dan penganggaran harus terintegrasi dan sinkron satu sama lain. Dengan kata lain perencanaan yang telah disusun harus didukung oleh penganggaran dan begitu juga dalam penyusunan anggaran harus konsisten dan sinkron dengan dokumen perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka pernyataan penelitian yang diangkat dalam penelitian ini adalah:

“Sejauhmana konsistensi antara perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau tahun 2010.”

1.3. Tujuan Penelitian

Dengan mengacu pada rumusan masalah dan pertanyaan penelitian di atas, maka tujuan penelitian yang akan dicapai adalah untuk:

“Menganalisis konsistensi antara perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau selama tahun 2010.”

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Pemerintah Kota Lubuklinggau dan Instansi terkait di Kota Lubuklinggau

- a. Hasil penelitian ini dapat sebagai pedoman dan masukan untuk perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau untuk tahun selanjutnya.
- b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi tentang kaitan antara tingkat konsistensi perencanaan dan penganggaran dengan indikator kinerja bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dari penelitian ini adalah di Kota Lubuklinggau khususnya pada aspek pelaksanaan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Pemerintahan Kota Lubuklinggau. Alasan dari pemilihan lokasi ini karena penulis bekerja sebagai staf bidang perencanaan dan penyusunan program di Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau dan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan sudah menjadi salah satu tanggung jawab tugas dari penulis.

Waktu pelaksanaan penelitian untuk thesis ini adalah pada bulan Juli-Agustus 2010.

1.6. Metodologi Penelitian

1.6.1. Pendekatan/Desain Penelitian

Penelitian ini mencoba menganalisa konsistensi antara perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan untuk melihat implikasi antara kekonsistenan tersebut terhadap kinerja bidang kesehatan. Dengan memperhatikan pokok permasalahan dan tujuan penelitian, maka pendekatan dan desain yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan perpaduan antara pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif yang lebih tampak dominan dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui tingkat konsistensi dan tingkat capaian kinerja bidang kesehatan. Sedangkan untuk menjelaskan pola hubungan tersebut dan mempertegas hasil analisa kuantitatif digunakan pendekatan kualitatif dalam artian memberikan penjelasan dari angka-angka ke dalam bentuk narasi. Tambahan berbagai informasi kualitatif tersebut diharapkan dapat menjelaskan hasil analisis yang dilakukan secara kuantitatif.

1.6.2. Jenis dan Sumber Data

Data yang dibutuhkan untuk memberikan informasi dalam penelitian ini adalah :

- a. Data sekunder yang diperoleh dari dokumen-dokumen yang berhubungan dengan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau khususnya pada tahun 2010. Dokumen-dokumen tersebut diantaranya adalah:

1. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD)
 2. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2008 dan 2013 Kota Lubuklinggau
 3. Rencana Kerja Perangkat Daerah (RKPD) Kota Lubuklinggau Tahun 2010
 4. Dokumen Pelaksanaan Anggaran SKPD Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010
 5. Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2008-2013
 6. Rencana Kinerja Tahunan Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010
 7. Dokumentasi Perencanaan dan Keuangan lainnya yang mendukung penelitian.
- b. Data primer, yang diperoleh melalui observasi dan wawancara mendalam (*in depth interview*). Responden yang diwawancarai adalah *Policy maker* yang terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau, Kabag Perencanaan dan Pengendalian Program Kota Lubuklinggau, Ketua Komisi II DPRD Kota Lubuklinggau, Kepala Bappeda Kota Lubuklinggau, Kepala DPPKA Kota Lubuklinggau.

1.6.3. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Melakukan pengumpulan data yang diperoleh dari sumber, baik primer maupun sekunder, serta data yang diperoleh dari observasi dan telaah dokumen secara menyeluruh.
2. Untuk menjawab permasalahan konsistensi antara perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan dilakukan dengan mengevaluasi beberapa dokumen terkait yaitu mulai dari Visi dan Misi Kota Lubuklinggau yang tertuang dari RPJPD Kota Lubuklinggau, RPJMD Kota Lubuklinggau Tahun 2008-2013, RKPD Kota Lubuklinggau Tahun 2010, Renstra Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2008-2013 sampai ke Renja Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010 dan DPA Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau

tahun 2010. Hasil evaluasi tersebut disusun dalam suatu Matrik Konsolidasi Perencanaan dan Penganggaran (MKPP) bidang kesehatan dimana MKPP ini disusun dengan cara melakukan integrasi antara dokumen perencanaan dengan dokumen Kesehatan Kota Lubuklinggau. MKPP ini disadur/diacu berdasarkan Permendagri No 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan Tatacara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah.

3. Penentuan konsistensi antara dokumen-dokumen tersebut dilakukan dengan mensinkronkan program dan kegiatan secara nomenklatur. Kegiatan dianggap konsisten apabila terdapat saling keterkaitan, sinkron atau mempunyai maksud dan isi yang sama dengan dokumen yang dibandingkan. Selanjutnya untuk menentukan tingkat konsistensi secara keseluruhan dari dokumen tersebut dilakukan melalui teknik persentase yaitu:

$$\text{Tingkat konsistensi (\%)} = \frac{\text{Jumlah kegiatan yang konsisten}}{\text{Total kegiatan}} \times 100\%$$

Tingkatan Konsistensi Berdasarkan Persentase (Sugiyono, 2003):

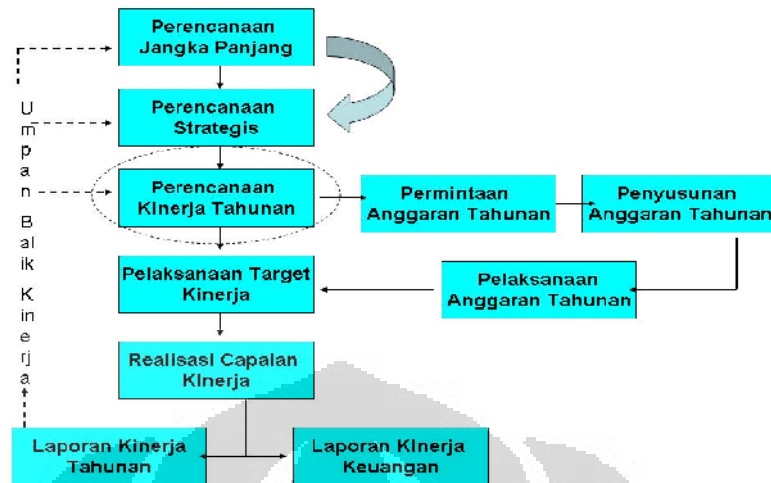
- Sangat buruk : 0,0 – 19,9
- Buruk : 20,0 – 39,9
- Sedang : 40,0 – 59,9
- Baik : 60,0 – 79,9
- Sangat Baik : 80,0 – 100,0

4. Mencari akar permasalahan yang membuat terjadinya inkonsistensi dari perencanaan dan penganggaran di bidang kesehatan Kota Lubuklinggau tahun 2010 dan memberikan solusi dari permasalahan tersebut jika memang ditemukan permasalahan dalam penelitian yang dilakukan yang dapat digali dari hasil in depth interview dari beberapa tokoh yang terlibat langsung dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau, jika pun tidak ditemukan peneliti akan memberikan saran untuk mengoptimalkan penyelenggaraan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau.

1.7. Kerangka Teoritis

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah membuka peluang yang luas bagi daerah untuk mengembangkan dan membangun daerahnya sesuai dengan kebutuhan dan prioritasnya masing-masing. Dengan berlakunya kedua undang-undang tersebut di atas membawa konsekuensi bagi daerah dalam bentuk pertanggungjawaban atas pengalokasian dana yang dimiliki dengan cara yang efisien dan efektif, khususnya dalam upaya peningkatan kesejahteraan dan pelayanan umum kepada masyarakat.

Dalam siklus pengelolaan keuangan daerah terdiri dari tahap-tahapan kegiatan yang terkait satu dengan lainnya, diawali dengan tahap perencanaan dan penganggaran, dilanjutkan dengan tahap pelaksanaan dan penatausahaan/akuntansi dan diakhiri dengan tahap pertanggungjawaban pelaksanaan anggaran kepada DPRD yang dinyatakan dalam bentuk laporan keuangan dan laporan kinerja, seperti yang termaktub dalam paket undang-undang bidang pengelolaan keuangan negara yaitu UU 17/2003, UU 1/2004, dan UU 15/2004, dan juga dengan keluarnya UU 25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, sampai pada diberlakukannya PP 105/2000 yang kemudian direvisi dengan PP 58/2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, yang menyebabkan prinsip-prinsip pengelolaan keuangan daerah akhirnya menjadi sinkron dengan paket Undang-Undang di Bidang Keuangan Negara maupun dengan UU 25/2004.

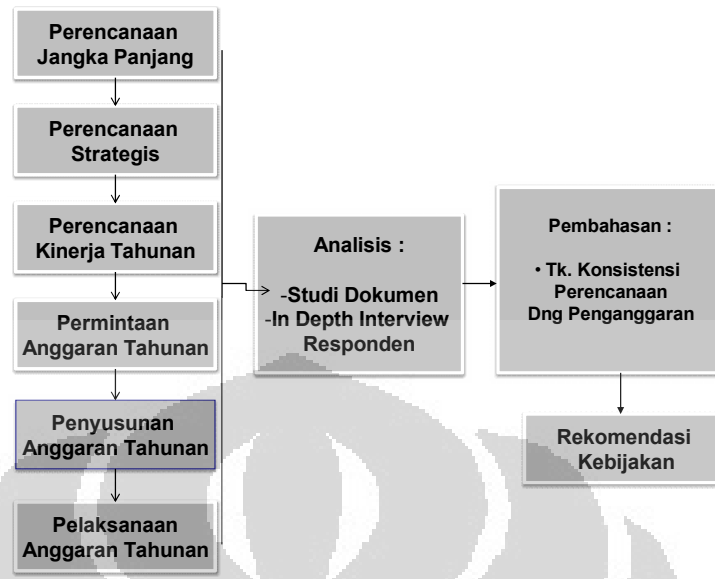


Gambar 1.2. Kerangka Teoritis

Sumber : Diolah dari Pedoman Penyusunan Anggaran Berbasis Kinerja, BPKP

1.8. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir penelitian ini berangkat dari fenomena yang sering terjadi di daerah yaitu masih kurangnya pemahaman pemerintah daerah terutama stakeholder sehingga menyebabkan sering terjadi inkonsistensi antara perencanaan dan penganggaran yang menyebabkan sering tidak tercapainya sasaran pembangunan dan akhirnya pembangunan menjadi tidak terarah/tidak fokus, yang dalam penelitian ini dikhususkan pada bidang kesehatan. Untuk itu penelitian ini mencoba menjawab pertanyaan penelitian dengan memanfaatkan data yang tersedia (sekunder) dan didukung dengan data primer yang berasal dari *in depth interview* dengan responden. Dari analisa terhadap data yang diperoleh kemudian dilakukan pembahasan guna menghasilkan rekomendasi kebijakan.



Gambar 1.3 Kerangka Berpikir Penelitian

BAB 2

TINJAUAN LITERATUR

2.1. Arti dan Pentingnya Perencanaan

Dalam setiap organisasi, baik organisasi perusahaan swasta pencari keuntungan atau perusahaan nirlaba maupun organisasi pemerintah, perencanaan adalah fungsi utama manajemen. Artinya, segala tindak organisasi senantiasa bermula dari perencanaan. Tanpa perencanaan yang matang pada setiap tindak organisasi tersebut (misalnya: baik di saat menyusun struktur organisasi, rekrutmen pegawai serta penempatannya, melakukan pengawasan maupun pemantauan) niscaya tujuan organisasi akan sulit dicapai. Hanya dengan perencanaan yang matang dan baik hasil tindak organisasi menjadi terarah dan sejalan dengan tujuan organisasi.

George R Terry (1960), seorang pakar manajemen mengatakan bahwa perencanaan adalah memilih, dan berhubungan dengan fakta dan pembuatan serta menggunakan asumsi mengenai masa depan dalam visualisasi dan perumusan kegiatan yang diusulkan, diyakini, diperlukan, untuk mencapai hasil yang diinginkan. Di pihak lain, D. Conyers dan Hill (1984) mengatakan bahwa perencanaan adalah proses yang kontiniu, terdiri dari keputusan atau pilihan dari berbagai cara untuk menggunakan sumber daya yang ada, dengan sasaran untuk mencapai tujuan tertentu di masa mendatang. Dan Jhingan (2000), dalam konteks perencanaan pembangunan ekonomi suatu negara, mengatakan bahwa perencanaan adalah teknik/cara untuk mencapai tujuan, untuk mewujudkan maksud dan sasaran tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya dan telah dirumuskan dengan baik oleh Badan Perencana Pusat.

Dari semua ini maka dapatlah disimpulkan bahwa perencanaan pada hakekatnya adalah sebuah hasil upaya dari pengelola (perusahaan atau negara atau organisasi lainnya) memutuskan strategi serta tindakan apa yang harus dilakukan di masa datang untuk mencapai tujuan yang dikehendaki. Keputusan atas strategi dan kegiatan itu tidak ditentukan sembarang, melainkan setelah menganalisis kenyataan-kenyataan masa kini dan perkiraannya di masa datang. Cara

menganalisis kenyataan-kenyataan masa kini dan perkiraan masa mendatang itu menggunakan pendekatan yang rasional dan dapat dipertanggungjawabkan serta menggunakan asumsi yang relevan (untuk memperkirakan masa datang). Akhirnya juga, keputusan yang diambil atas pilihan strategi dan tindakan – termasuk tujuan yang hendak dicapai—mempertimbangkan sumberdaya yang dimiliki oleh organisasi.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional pada pasal 1 ayat 1 mengatakan bahwa perencanaan adalah proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia. Arti atau definisi perencanaan yang dikemukakan oleh UU RI No 25 tahun 2004 ini, seperti terbaca di atas, tidak berbeda jauh dari perencanaan-perencanaan yang dikemukakan oleh Terry, Conveyrs dan Hill maupun Jinghan. Yang berbeda hanya susunan kata dan keringkasannya. UU RI No, 25 tahun 2004 memberikan definisi perencanaan yang lebih ringkas dibandingkan dengan yang dikemukakan para pakar tadi (Terry, Conveyrs dan Gill serta Jinghan).

Perencanaan yang dimaksud oleh UU RI No. 25 tahun 2004, sesuai dengan namanya Undang-undang tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, adalah perencanaan pembangunan nasional di Indonesia (yang juga harus diacu oleh daerah-daerah ketika merumuskan perencanaan pembangunan di daerahnya). Perencanaan ini mencakup makro maupun mikro (sektoral dan wilayah/daerah). Perencanaan ini mempunyai tujuan untuk mengejar laju pertumbuhan ekonomi yang tinggi, mempertahankan stabilitas harga, menyediakan peluang kerja yang besar bagi rakyat, meratakan hasil pembangunan, dan meniadakan kemiskinan; sehingga pada akhirnya kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia akan menjadi lebih baik.

2.2 Penganggaran

Penganggaran adalah serangkaian tindakan organisasi dalam jangka waktu yang relatif pendek (biasanya 1 tahun) untuk menentukan: (i) sasaran apa yang terlebih dahulu ingin dicapai –dari sejumlah sasaran yang diperlukan untuk menggapai tujuan organisasi--; (ii) kegiatan apa yang mesti dilakukan untuk

mencapai sasaran tersebut; (iii) siapa yang harus melaksanakan kegiatan tersebut; dan (iv) berapa banyak sumberdaya –kesemuanya dinyatakan dalam nilai uang— untuk bisa mendukung kegiatan tersebut.

Dalam sejarahnya, setidaknya dikenal empat system penganggaran untuk organisasi pemerintah, yakni: (i) tradisional atau *line items budgeting system* ; (ii) penganggaran kinerja atau *performance budgeting system*; (iii) perencanaan, pemrograman dan penganggaran (PPBS); atau *planning, programming and budgeting system*, dan (iii) dasar nol atau *zero base budgeting*. Sistem penganggaran tradisional adalah sistem penganggaran yang berfokus pada pengawasan ketaatan penggunaan sumberdaya. Pada sistem ini arah penggunaan sumberdaya harus sama dengan saat pengusulannya. Misalnya, jika di awal penyusunan anggaran diusulkan, dan disetujui oleh parlemen, penggunaan uang senilai Rp 500,- juta untuk membeli peralatan kantor maka nanti sewaktu pertanggungjawaban anggaran uang senilai Rp 500,- juta itu benar-benar digunakan untuk membeli peralatan kantor, tidak lainnya. Sistem penganggaran kinerja mencoba mengatasi satu aspek dari kelemahan sistem penganggaran tradisional, yaitu masalah efisiensi. Bila pada penganggaran tradisional tidak pernah dipertanyakan perihal untuk apa pembelian peralatan kantor Rp 500,- juta itu, maka pada penganggaran kinerja hal itu dipertanyakan. Pada sistem penganggaran kinerja keluaran (*output*) dari penggunaan sumberdaya dipersoalkan. Pada sistem penganggaran ini akan dipertanyakan apa keluaran dari pembelian peralatan kantor senilai Rp 500,- juta itu dan berapa banyak keluaran yang akan dihasilkan. Misalnya, pembelian peralatan kantor itu untuk bisa memproses dokumen-dokumen yang diajukan satuan-satuan kerja, maka pertanyaannya adalah: berapa banyak dokumen yang akan diproses dan selesai diproses nantinya. Pada pertanggungjawaban anggaran janji untuk memproses dan menyelesaikan proses dokumen-dokumen itu akan ditagih oleh parlemen.

Sistem perencanaan, pemrograman dan penganggaran (PPBS) lebih jauh lagi kehendaknya daripada penganggaran kinerja. Di sini bukan hanya kaitan antara sumberdaya yang digunakan dengan keluaran yang dihasilkan yang dipertanyakan, tetapi juga dipertanyakan perihal apakah keluaran tadi akan sejalan dengan pencaian tujuan di masa datang. Jadi, persoalan efektivitas jangka panjang

dari penggunaan sumberdaya dipersoalkan. PPBS berangkat dari pemikiran bahwa sumberdaya yang dimiliki organisasi (pemerintah) itu terbatas, jadi setiap penggunaannya harus sedemikian rupa sehingga memungkinkan tujuan tercapai. Dengan perkataan lain bahwa setiap penggunaan sumberdaya harus memberikan manfaat yang besar kepada organisasi (masyarakat keseluruhan).

Pada PPBS, umumnya perencanaan tersusun dalam program-program atau proyek-proyek. Selanjutnya program-program atau proyek-proyek ini terpilah dalam sejumlah kegiatan. Karena PPBS tersusun dalam program-program dan proyek-proyek maka analisis biaya manfaat (*cost benefit analysis*) biasanya digunakan untuk menilai kelayakan program-program dan proyek-proyek tersebut. Analisis yang disebut terakhir ini dilakukan oleh unit-unit organisasi pemerintah yang terlibat atau bertanggungjawab terhadapnya, dan umumnya dibantu konsultan yang mumpuni.

Banyak program atau proyek memiliki jangka waktu penyelesaian lebih dari satu tahun. Karena itu tidak jarang pembuatan rencana dan program –dan bahkan anggaran—juga lebih dari satu tahun (*multi years*). Permasalahan tidak akan muncul jika pelaksana program atau proyek bersikap jujur. Bila pada satu tahun anggaran tertentu bisa terjadi kelebihan sumberdaya (anggaran), atas upaya efisiensi, kelebihan itu dilaporkan saat pertanggungjawabannya. Namun sering terjadi pelaksana program atau proyek tidak jujur, peluang kelebihan anggaran tadi sengaja ditiadakan. Andai pun sebenarnya bisa terjadi kelebihan anggaran, kelebihan itu dihabiskannya (biasanya dilakukan di akhir tahun anggaran dengan menciptakan kegiatan-kegiatan fiktif).

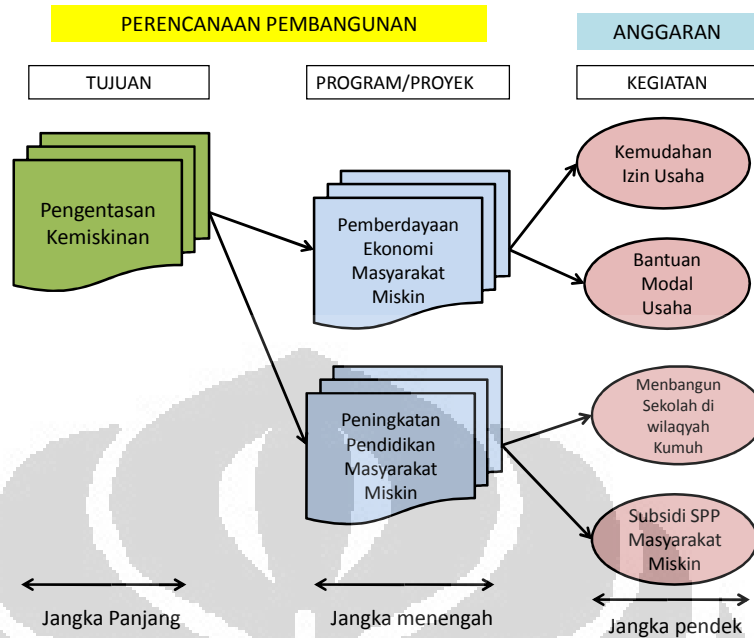
Penganggaran dasar nol mencoba mengatasi hal negatif yang disebutkan di alinea akhir di atas. Pada sistem penganggaran ini setiap pelaksana program maupun proyek mesti membuat rencana untuk tahun yang bersangkutan, meski program dan proyek tadi nantinya akan memakan waktu lebih dari satu tahun. Untuk tahun berikutnya setiap pelaksana program atau proyek harus membuat rencana lagi, yang baru, untuk tahun berikut tersebut. Artinya setiap tahun, meski pelaksanaan program atau proyek sudah merupakan tahun ke n, seolah membuat perencanaan dari awal kembali.

2.3. Keterkaitan Perencanaan dengan Penganggaran

Adanya keterkaitan antara anggaran dengan perencanaan tentu sangat penting. Anggaran merupakan sebuah upaya untuk merealisasikan tujuan jangka panjang dengan menghasilkan keluaran-keluaran yang dibutuhkan untuk mendukung tujuan jangka panjang tadi. Anggaran merupakan media alokasi sumberdaya dalam jangka pendek, media memilih tindakan yang tepat di dalam jangka pendek, media untuk mengawasi dan mempertanggungjawabkan alokasi sumberdaya dan pelaksanaan tindakan dalam jangka pendek. Muara semuanya haruslah tujuan yang hendak dicapai dalam jangka panjang. Dengan kata lain, perencanaan –dalam kaitan ini perencanaan pembangunan—yang berdimensi jangka menengah dan panjang mesti bersesuaian dengan anggaran, yang berdimensi jangka pendek. Ketidaksesuaian alokasi sumberdaya dan tindakan dalam dimensi jangka pendek dengan alokasi sumberdaya dan tindakan dalam dimensi jangka menengah dan panjang akan menyebabkan tujuan-tujuan yang dikehendaki sama sekali gagal dicapai.

Caiden dan Wildavsky (1974) dalam bukunya *Planning and Budgeting in Poor Countries* mengatakan bahwa di samping pencapaian tujuan-tujuan pembangunan nasional tergantung pada kemampuan para perencana untuk merumuskan strategi, tindakan dan kebijakan yang diperlukan juga tergantung pada seberapa jauh sumberdaya yang ada diarahkan dan digunakan secara efisien dan efektif melalui anggaran pendapatan dan belanja pemerintah.

Berikut di bawah ini adalah ilustrasi keterkaitan antara perencanaan (pembangunan) dengan anggaran (pemerintah).



Gambar 2.1. Ilustrasi Keterkaitan antara Perencanaan Jangka Panjang, Jangka Menengah dan Jangka Pendek (Anggaran)

Pada gambar 2.1 ini terlukis hubungan yang konsisten antara perencanaan jangka panjang, jangka menengah atau strategis dan jangka pendek atau anggaran. Keluaran yang diharapkan dapat diwujudkan dari rencana jangka panjang adalah tujuan (*goals*), yang biasanya dinyatakan sebagai visi. Keluaran yang diharapkan dari rencana jangka menengah adalah *outcome*, yaitu keluaran (*output*) antara yang menghubungkan keluaran jangka pendek dengan jangka panjang (*goals*). Keluaran jangka menengah ini biasa dikemukakan sebagai misi. Akhirnya, keluaran jangka pendek adalah hasil dari kegiatan-kegiatan yang dijalankan oleh pemerintah di setiap tahunnya, yang pada umumnya tertuang dalam anggaran pendapatan belanja pemerintah.

Pada gambar 2.1 di atas, misalnya, visi dari pemerintah adalah mengentaskan kemiskinan yang menyelimuti sebagian besar masyarakat. Visi ini ditetapkan atas dasar amanat konstitusi, yaitu bahwa dibentuknya pemerintah tiada lain adalah untuk mensejahterakan masyarakat. Visi ini selanjutnya dijabarkan ke dalam misi, dan misi ini akan dicapai melalui program-program pembangunan lima atau empat tahunan secara bertahap. Program yang akan dijalankan sejalan dengan misi tersebut adalah, misalnya, memberdayakan

ekonomi masyarakat miskin, meningkatkan pendidikan masyarakat miskin, dan sebagainya. Upaya memberdayakan masyarakat miskin dan memajukan pendidikan masyarakat miskin sebagai upaya antara menuju masyarakat sejahtera ditetapkan bukan pula tanpa dasar. Upaya ini, misalnya, mengacu pada hasil kajian, baik yang dilakukan oleh pemerintah sendiri dan para pakar pemerhati masalah kemiskinan. Dari kajian-kajian tersebut ditemukan bahwa sebagian besar masyarakat miskin dalam berusaha memenuhi kehidupannya (sebagai pedagang, produsen RT, pengrajin, petani dan sebagainya) memiliki modal finansial yang kecil. Modal ini menjadi kendala bagi masyarakat miskin ini untuk memperluas usahanya sehingga menjadi pengusaha kelas menengah ataupun besar. Selain itu, kajian juga menemukan bahwa rata-rata tingkat pendidikan masyarakat miskin ini adalah rendah, dan rendahnya tingkat pendidikan ini juga menjadi kendala baginya untuk memahami informasi-informasi yang relevan dalam usaha, kebijakan-kebijakan pemerintah dan untuk dapat akses ke lembaga-lembaga keuangan formal.

Akhirnya, tindaklanjut dari upaya di atas, yaitu kehendak memberdayakan ekonomi dan pendidikan (keluarga) masyarakat ini diejawantahkan ke dalam rencana-rencana kegiatan –yang terangkum anggaran— seperti: memberi kemudahan dalam izin usaha, bantuan modal, subsidi pendidikan bagi anak-anak keluarga miskin, dan sebagainya.

2.4 Konsep Medium Term Expenditure Framework (MTEF)

Medium Term Expenditure Framework (MTEF) adalah suatu konsep yang diperkenalkan Bank Dunia dan IMF, yang tiada lain adalah anjuran agar pemerintah-pemerintah di dunia, utamanya negara berkembang, berupaya untuk memikirkan dan merancang rencana kegiatan, beserta pembiayaannya, yang sinambung dari tahun ke tahun agar misi dan visi akhirnya benar-benar dapat dicapai. Dengan demikian, artinya, perhatian pemerintah tidak cukup hanya pada soal penyusunan anggaran di tahun tertentu tanpa ada kaitannya dengan tahun sebelumnya dan sesudahnya. Sebab, anggaran pada tahun sekarang betapapun kerap kali berkait dengan anggaran tahun sebelumnya maupun sesudahnya, karena keluaran dari kegiatan tahun sebelumnya akan menjadi dasar pijak penentuan

kegiatan tahun sekarang, dan keluaran tahun sekarang akan mempengaruhi skala kegiatan dan pembiayaannya di tahun mendatang.

Pemerintah Australia di tahun 1980'an memulai sebuah program reformasi ekonomi yang komprehensif pada tahun 1980an dan mengangkat sistem prakiraan ke depan yang sedang dirintis untuk peran utama dalam perencanaan alokasi sumber daya dan penggunaan sumber daya. Setelah menguji pendekatan negosiasi selama fase awal mereka mengembangkan metode, yang sekarang menjadi basis KPJM (Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah/MTEF), untuk membuat sebuah program patokan dalam hal kebijakan saat ini dan membuat perkiraan ke depan berdasarkan faktor-faktor perkiraan. Dengan memberikan jaminan anggaran untuk program patokan selama periode tiga tahun, perdebatan politik bergeser dari tawar-menawar mengenai program dasar menjadi berfokus pada efektivitas kebijakan yang melandasi dan manfaat perubahan kebijakan. Ketiga unsur utama dari proses meliputi pembuatan kebijakan strategis, portfolio penganggaran dan sistem biaya berjalan. Dengan menetapkan lingkup sektor melalui pembuatan kebijakan strategis, kementerian kemudian diberi tanggung jawab untuk mempersiapkan dan mengelola program portofolio untuk mencapai tujuan-tujuan kebijakan tersebut. Penggunaan sistem biaya berjalan mendelegasikan masalah personel dan administrasi pada para pengelola, dan membebaskan kementerian dari masalah administrasi yang detail. Dengan demikian, pengambilan keputusan dapat didistribusikan secara efisien dalam Kabinet, melalui para Menteri ke manajer sektor. Penganggaran Berbasis Kinerja diperkenalkan secara progresif untuk menghubungkan asupan (sumber daya) dengan keluaran dan manfaat, dan untuk menentukan akuntabilitas dan pengukuran kinerja. Hasilnya adalah perbaikan yang menerus dalam hal efisiensi dan efektivitas program-program pemerintah, dan ketahanan yang lebih besar untuk menangani krisis ekonomi seperti yang terjadi pada tahun 1997 dan 2009.

2.5 Konsistensi dalam Perencanaan dan Penganggaran

Menurut Caiden dan Wildavsky (1974), perencanaan adalah salah satu dari tindakan rasional. Norma-norma rasionalitas yang terkait didalamnya seperti identifikasi efisiensi, konsistensi, dan koordinasi dalam setiap proses dapat dinilai.

Asumsinya adalah bila mengikuti norma-norma tersebut akan mengarah pada keputusan yang lebih baik.

Seperti yang diilustrasikan oleh Herbert Simon dalam Caiden dan Wildavsky (1974), proses perencanaan sering memiliki kekurangan, yaitu inkonsistensi. Jadi, dalam perencanaan, konsisten adalah suatu hal yang diperlukan. Konsisten, dan tidak berjalan pada semua arah secara sekaligus atau dengan kata lain “fokus”. Konsistensi dapat dipahami secara horisontal (relatif terhadap beberapa kebijakan pada satu waktu), dan secara vertikal (satu kebijakan atas serangkaian waktu dilihat perkembangan ke depan). Konsistensi vertikal mensyaratkan bahwa kebijakan yang sama harus dikejar dari waktu ke waktu sedangkan konsistensi horizontal melihat perkembangan atau kesesuaian beberapa kebijakan dengan yang lainnya pada waktu yang sama.

Konsistensi yang pertama (vertikal) membutuhkan kontinuitas sebuah rezim pemerintahan yang kuat yang mampu menerapkan preferensinya. Konsistensi kedua (horizontal) membutuhkan pengetahuan tentang bagaimana kebijakan tersebut saling berinteraksi. Hal ini menuntut syarat, yang satu membutuhkan sikap tegas/kekakuan untuk menjamin kebijakan itu berlangsung, yang lain sikap fleksibilitas untuk mengakomodasi antar kebijakan tersebut agar dapat berjalan. Bersikap tegas dan fleksibel secara bersamaan cukup sulit untuk dijalankan.

Arah yang berbeda tersirat dalam konsistensi yang dikatakan bahwa kebaikan dalam konsistensi tidak harus diambil untuk dilaksanakan, tapi juga mungkin diinginkan untuk mendapatkan strategi utama dengan menaruhkan banyak energi dan pengabdian, yang dapat membuktikan harga dari suatu nilai taruhan. Konsistensi menyelamatkan banyak pengorbanan untuk sebuah kesuksesan, tetapi juga mempertaruhkan kegagalan. Jika beberapa kebijakan yang berbeda sedang dikejar di daerah yang sama, hal ini dapat bertentangan satu sama lain, tetapi ada juga kemungkinan bahwa hal tersebut dapat berhasil.

Konsistensi tidak selalu kompatibel dengan kebaikan dari adaptasi. Meskipun mungkin diharapkan untuk mencapai suatu keadaan yang stabil. Ada keadaan dimana tujuan tidak berubah walaupun dilaksanakan dengan banyak cara,

namun ada juga keadaan dimana pengalaman menyebabkan manusia beradaptasi dengan perubahan keadaan yang mengubah tujuan mereka.

2.5.1. Karakteristik Konsistensi dalam Perencanaan dan Penganggaran

Perencanaan dan penganggaran merupakan proses yang paling krusial dalam penyelenggaraan pemerintah, karena berkaitan dengan tujuan dari pemerintah itu sendiri untuk mensejahterakan rakyatnya. Perencanaan dan penganggaran merupakan proses yang terintegrasi, oleh karenanya output dari perencanaan adalah penganggaran. Perencanaan merupakan panduan strategis dalam mewujudkan tujuan yang akan dicapai.

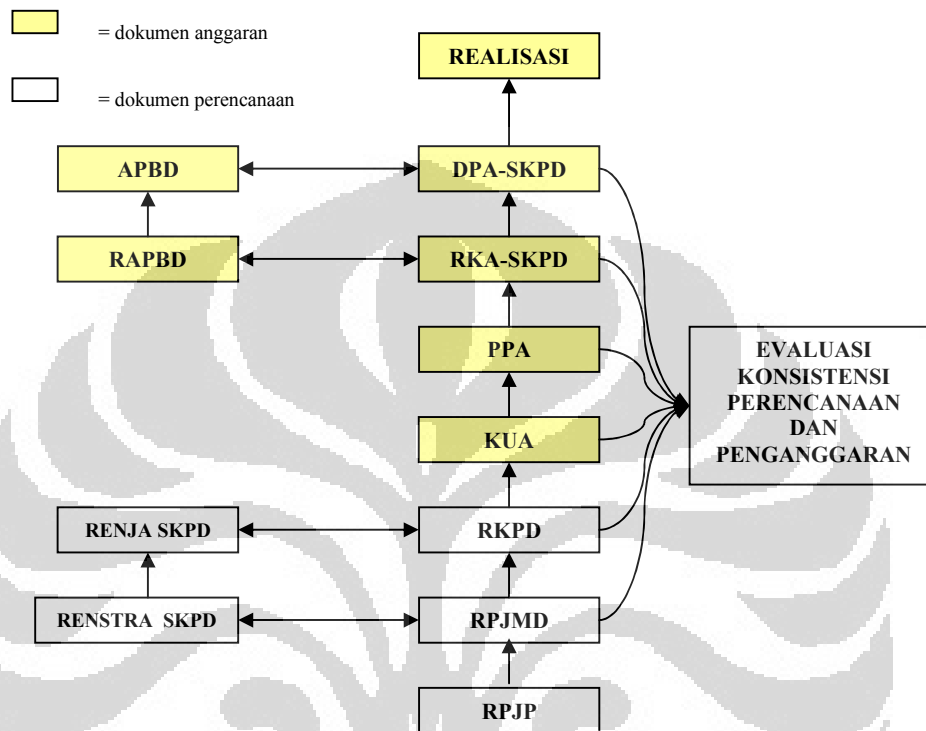
Dalam proses penyusunan anggaran harus memperhatikan beberapa aspek yaitu :

1. Kesesuaian atau keterkaitan antara belanja yang dikeluarkan dengan isu strategis, tujuan, sasaran dan prioritas pembangunan yang disepakati, penganggaran dikaitkan dengan tujuan dan sasaran strategis;
2. Terdapat tujuan dan program yang jelas;
3. Terdapat standar pelayanan yang jelas;
4. Terdapat indikator kinerja yang disepakati untuk mengukur kinerja program/kegiatan.

Menurut *PEACH (Public Expenditure Analysis and Capacity Harmonization) Program* yang dikembangkan oleh World Bank, konsistensi terjadi bila ada keterkaitan atau kesesuaian yang jelas antara perencanaan dan penganggaran yang tercermin dari setiap dokumen perencanaan dan penganggaran. Antara proses perencanaan dan penganggaran harus dipandang sebagai satu kesatuan waktu yang berkesinambungan dan bukan terputus-putus setiap tahunnya. Merujuk dari MTEF yang diterapkan di Indonesia, bahwa konsistensi dapat ditunjukkan dengan adanya keterkaitan/kesesuaian antara dokumen perencanaan jangka menengah dengan perencanaan jangka pendek, baik di tingkat SKPD maupun Pemerintahan Daerah. Selain itu, perencanaan di tingkat SKPD juga harus merujuk pada perencanaan yang terjadi di tingkat Pemerintahan Daerah. Dan sebaliknya inkonsistensi atau ketidakkonsistenan antara perencanaan dan penganggaran itu terjadi apabila proses perencanaan yang tercermin dalam

dokumen perencanaan jangka panjang sampai dengan jangka pendek tidak ada kesesuaian.

2.5.2. Penelusuran Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran



Gambar 2.2. Penelusuran Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran

Sumber : Modul Pelatihan MKPP+ SKPD Propinsi NTT (telah diolah kembali)

Pada gambar di atas dapat dilihat bagaimana keterkaitan antara perencanaan dan penganggaran tersebut dapat ditelusuri. Dari gambar di atas sebagaimana Konsep *PEACH (Public Expenditure Analysis and Capacity Harmonization) Program* yang dikembangkan oleh World Bank dapat dikemukakan bahwa untuk menelusuri keterkaitan tersebut dapat dilakukan dengan dua tahapan/konsolidasi :

1. Konsolidasi dokumen perencanaan dan penganggaran
2. Konsolidasi kerangka waktu perencanaan dan penganggaran

Konsolidasi pertama adalah konsolidasi yang meliputi pengintegrasian berbagai dokumen perencanaan dan penganggaran. Konsolidasi ini tentunya tidak terlepas dari tujuan agar dokumen penganggaran konsisten dengan dokumen

perencanaan. Selain itu, diperlukan pula konsistensi antar dokumen perencanaan itu sendiri. Dokumen perencanaan meliputi Perencanaan di tingkat Pemerintah Daerah yang terdiri dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), dan Rencana Kerja Pemerintahan Daerah (RKPD), Perencanaan SKPD meliputi Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD) serta Rencana Kerja Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renja SKPD); sedangkan dokumen Penganggaran meliputi Kebijakan Umum APBD (KUA), Plafon dan Prioritas APBD (PPA), Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (RAPBD) serta dokumen Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Selain itu, terdapat pula dokumen penganggaran pada tingkat SKPD dalam bentuk RKA SKPD yang akhirnya menjadi dokumen anggaran SKPD dalam bentuk Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA SKPD).

Analisis yang dikembangkan terkait dengan konsistensi antara dokumen perencanaan dan penganggaran adalah sebagai berikut:

- 1) Konsistensi antar dokumen perencanaan untuk pencapaian agenda pembangunan daerah, nasional dan global.
- 2) Penjabaran target kinerja SKPD untuk pencapaian target pembangunan daerah tercermin dalam dokumen perencanaan SKPD
- 3) Konsistensi antara dokumen perencanaan pemerintahan daerah dengan dokumen perencanaan SKPD
- 4) Konsistensi antara dokumen perencanaan dengan dokumen penganggaran.

Untuk Konsolidasi Kedua, terkait dengan konsolidasi kerangka waktu perencanaan dan penganggaran. Dalam dokumen perencanaan, terdapat tiga jenis perencanaan menurut waktu yaitu perencanaan jangka panjang 20 tahun tercermin dalam RPJPD, perencanaan lima tahunan di tingkat Pemda adalah RPJMD dan di tingkat SKPD adalah Renstra SKPD. Selain itu, terdapat pula perencanaan jangka pendek 1 tahun di tingkat Pemerintahan Daerah tercermin dalam RPKD dan di tingkat SKPD dalam bentuk Renja SKPD.

Berkaitan dengan dokumen penganggaran, Pemerintah telah menerapkan Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah (MTEF) yang termanifestasi dalam RPJMD. Selain itu, proses penganggaran jangka menengah juga terjadi di tingkat

SKPD tercermin dalam program dan kegiatan serta pagu indikatif dalam Renstra SKPD. Konsolidasi kerangka waktu perencanaan ini dapat ditunjukkan dengan adanya konsistensi antara dokumen perencanaan jangka menengah dengan perencanaan jangka pendek, baik di tingkat SKPD maupun Pemerintahan Daerah. Selain itu, perencanaan di tingkat SKPD juga harus merujuk pada perencanaan yang terjadi di tingkat Pemerintahan Daerah. Dengan kata lain, maka harus diperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

1. RKPD harus merujuk dan konsisten dengan matriks perencanaan untuk lima tahun periode kepemimpinan Kepala/Wakil Kepala Daerah seperti tercermin dalam RPJMD.
2. Target kinerja perencanaan tahunan dalam RKPD harus merujuk dan ditujukan untuk mencapai target agenda pembangunan seperti yang tercermin dalam RPJMD.
3. Dokumen perencanaan jangka menengah di tingkat SKPD harus merujuk pada perencanaan jangka menengah di tingkat Pemda. Renstra SKPD merujuk pada RPJMD, dimana target kinerja SKPD merupakan penjabaran dan usaha pencapaian target kinerja RPJMD.
4. Arah kebijakan keuangan dalam RPJMD menjadi panduan bagi SKPD dalam menentukan pagu indikatif kerangka pengeluaran jangka menengah dalam Renstra SKPD.
5. Perencanaan tahunan di tingkat SKPD (Renja SKPD) dalam tataran draft awal merujuk pada Renstra SKPD, serta memperhatikan perencanaan tahunan di tingkat Pemda (RKPD).
6. Proses penganggaran tahunan yang dilakukan oleh Pemda harus memperhatikan kerangka pengeluaran jangka menengah.
 - a. Perencanaan Jangka Menengah tersebut adalah jabaran rencana jangka panjang (RPJPD) yang memuat visi dan misi daerah. Sebagaimana yang telah diatur dalam Undang-Undang Sistem Perencanaan Nasional (UU No.25 Tahun 2004) bahwa perencanaan jangka panjang yang memuat visi dan misi dijabarkan lebih jauh dalam bentuk kebijakan dan arah pembangunan jangka menengah dan program dan kegiatan yang akan dilaksanakan dalam waktu lima tahun ke depan.

Perencanaan jangka menengah tersebut memuat program-program dan kegiatan-kegiatan yang merupakan jabaran dari misi, serta bersifat indikatif. Hasil musrenbang baik dari tingkat desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota, Provinsi sampai tingkat nasional dapat merubah kerangka waktu program dan kegiatan yang akan dimuat dalam RKPD dan Renstra SKPD. Sedangkan Perencanaan jangka pendek (Renja SKPD dan RKPD) akan menjadi dasar dalam menyusun Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) yang kemudian dapat dibuat RKA dan Rancangan APBD.

2.6. Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian terdahulu yang membahas masalah konsistensi perencanaan dan penganggaran diantaranya adalah :

1. Rutiana D. Wahyuningsih (2007), penelitiannya berjudul *Responsibilitas Kebijakan Perencanaan dan Penganggaran Daerah (studi Konsistensi Dokumen RKPD, PPAS dan APBD Tahun 2008 dari Aspek Pro Job, Pro Poor dan Pro Growth di Kabupaten Palopo, Semarang, Klaten, Nagan Raya, Aceh Jaya, Simalungun, Malang dan Probolinggo)*. Temuan penelitian, secara umum dari aspek regulasi, sistematika KUA dan sistematika PPAS memiliki nilai konsistensi tinggi (lebih dari 80%), dibandingkan dengan konsistensi pada dokumen RKPD. Konsistensi terendah muatan dokumen menurut regulasi adalah RKPD. Dari segi kesesuaian program dan kegiatan konsistensi tertinggi ada pada dokumen PPAS ke APBD. Konsistensi terendah pada dokumen RKPD dengan APBD. Dari segi kesesuaian prioritas daerah dengan prioritas Nasional, secara umum akomodasi isu nasional ke dalam dokumen perencanaan RKPD cukup tinggi, yaitu sekitar 80%. Namun demikian dalam perjalanan proses penyusunan kebijakan perencanaan dan penganggaran sering terdapat ketidak konsistenan. Dari segi konsistensi besaran anggaran, secara umum korelasi besaran anggaran antar dokumen perencanaan dan penganggaran pada kategori “Agak Rendah”. Konsistensi tertinggi ada pada dokumen PPAS dan APBD. Konsistensi terendah pada keterkaitan dokumen RKPD dan APBD. Penyebab Umum inkonsistensi adalah kurangnya

komitmen tim penyusun dokumen perencanaan, tim anggaran, dan DPRD; pada: (1) aspek regulasi; (2) kelompok miskin sebagai sasaran program dan kegiatan dalam kebijakan perencanaan dan penganggaran; (3) evaluasi hasil capaian kinerja kebijakan sebelumnya; serta kurangnya komitmen dan kapasitas *stakeholder* daerah dalam melakukan proses pengawalan dan tindak lanjut hasil proses perencanaan *bottom up* dan partisipatif. Rekomendasi yang diusulkan secara garis besar; (1) Optimalisasi fungsi kelembagaan tim perencana di tiap SKPD; (2) Perlu komitmen bersama antara Dewan dan eksekutif untuk menjaga konsistensi perencanaan dan penganggaran; (3) Adanya jaminan keterbukaan informasi proses perencanaan dan penganggaran untuk diakses publik untuk menguatkan kualitas pengawalan publik terhadap isu-isu kritis untuk perencanaan dan penganggaran.

2. Saifuddin (2007), penelitiannya berjudul Analisis Perencanaan dan Penganggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak pada Puskesmas di Kota Banjar Tahun 2007. Penelitian ini bertujuan mendapatkan informasi tentang fenomena perencanaan dan penganggaran program KIA pada puskesmas di Kota Banjar yang meliputi proses analisis situasi, proses penentuan tujuan, proses identifikasi kegiatan dan proses perhitungan anggaran, juga untuk mengetahui berapa jumlah anggaran program KIA yang telah dihitung oleh puskesmas melalui P2KT dan berapa jumlah anggaran Program KIA untuk Puskesmas melalui perhitungan template UW SPM. Hasil penelitian menunjukkan Analisis situasi dan penentuan masalah sebagian besar informan menyatakan dipengaruhi oleh keadaan masalah kesehatan, kinerja program, faktor perilaku dan lingkungan. Dalam penentuan tujuan program KIA ada dua fenomena pertama puskesmas menentukan tujuan sendiri dan kedua puskesmas tidak menentukan tujuan tapi mengikuti tujuan dan target dinas. Adapun proses penentuan tujuan/target KIA di puskesmas dipengaruhi oleh tujuan dan target dinas, ketersediaan anggaran, cakupan target sarana, motivasi pegawai trend kinerja, budaya dan tuntutan lingkungan. Keterlibatan lintas program dalam identifikasi kegiatan muncul dua kelompok pertama perencanaan disusun dengan keterlibatan lintas program kedua perencanaan hanya disusun orang-orang tertentu saja. Hasil Penghitungan anggaran

berdasarkan P2KT oleh Puskesmas dan manual/template UW SPM oleh peneliti menunjukkan hasil perhitungan manual UW SPM lebih besar dibandingkan perhitungan P2KT. Perencanaan dan perhitungan anggaran di Puskesmas dapat mengkombinasikan pendekatan P2KT pada proses perencanaan dari analisis masalah sampai dengan identifikasi kegiatan dan rencana operasional dan manual UW SPM untuk penghitungan anggaran.

3. Rini Octavianti (2008), penelitiannya berjudul Analisis Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Program Pendidikan Dasar dan Menengah di Kabupaten Solok Selatan. Penelitian ini mencoba melakukan analisa terhadap konsistensi antara berbagai dokumen perencanaan daerah yang saling terkait mulai dari perencanaan jangka panjang, menengah dan tahunan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penyusunan RPJPD dan RPJMD di Solok Selatan kurang menunjukkan konsistensi, secara kuantitatif hanya sekitar 50% program kegiatan di RPJMD yang sinkron dengan program kegiatan di RPJPD. Hal ini disebabkan karena RPJMD tidak membahas secara rinci program untuk SKPD Dinas Pendidikan. Sementara itu analisis antara dokumen RPJMD dengan Renstra SKPD Dinas Pendidikan konsisten sekitar 75%. Analisis antara Renstra SKPD dengan Renja SKPD menunjukkan konsistensi 100%. Selanjutnya analisis konsistensi antara Renja SKPD dan APBD menunjukkan tingkat konsistensi sebesar 40%.

BAB 3

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN DAERAH DI INDONESIA MENURUT PERATURAN PERUNDANGAN YANG BERLAKU

Sistem perencanaan nasional yang terintegrasi dari daerah sampai pusat selama ini belum memiliki landasan aturan yang mengikat setingkat undang-undang sehingga memerlukan kerangka kebijakan yang mengatur sistem perencanaan nasional yang bersifat sistematis dan harmonis. Alasan itulah antara lain sebagai landasan dikeluarkannya Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN).

Pengelolaan keuangan negara dan daerah selama ini juga masih mengacu pada peraturan perundang-undangan pada zaman pemerintahan Hindia Belanda yaitu ICW (*Indische Comptabiliteitswet*) yang tidak sesuai lagi dengan arah perkembangan pemerintah saat ini. Untuk mengantisipasi hal itu, pemerintah telah mengeluarkan tiga paket undang-undang keuangan negara yang melandasi pengaturan pengelolaan keuangan, di mana salah satunya adalah Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara. Pada Undang-undang ini selain mengatur proses pengelolaan keuangan dan penganggaran secara nasional, di dalamnya juga mengatur proses pengelolaan keuangan dan penganggaran daerah.

Sementara itu, kebijakan otonomi daerah yang dijalankan oleh pemerintah melalui dasar Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, pada tataran implementasi cukup banyak permasalahan yang muncul. Sehingga untuk menyempurnakan kebijakan itu, pemerintah telah mengganti Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintahan Pusat dan Daerah. Kedua Undang-undang tentang otonomi daerah ini juga mengandung muatan materi tentang perencanaan dan penganggaran daerah. Padahal Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 menjelaskan sistem perencanaan pembangunan di

daerah sebagaimana juga dijelaskan secara lebih rinci oleh Undang-undang Nomor 25 tahun 2004. Sedangkan Bab IX Undang-undang, Nomor 33 tahun 2004 menjelaskan sistem penganggaran daerah sebagaimana juga dijelaskan dalam Undang-undang nomor 17 tahun 2003, dengan judul "*Pengelolaan Keuangan dalam rangka Desentralisasi*".

Proses perencanaan dan penganggaran daerah ke depan harus mengacu pada ke empat undang-undang ini. Pada aparat perencana di daerah tentu harus sangat hati-hati dalam mengimplementasikan empat undang-undang ini, karena tidak menutup kemungkinan keempat peraturan perundang-undangan dengan kekuatan hukum yang sama ini dapat menimbulkan multiinterpretasi. Keempat undang-undang ini selain memiliki kekuatan hukum yang sama, keempatnya juga mengatur substansi yang saling terkait satu sama lain.

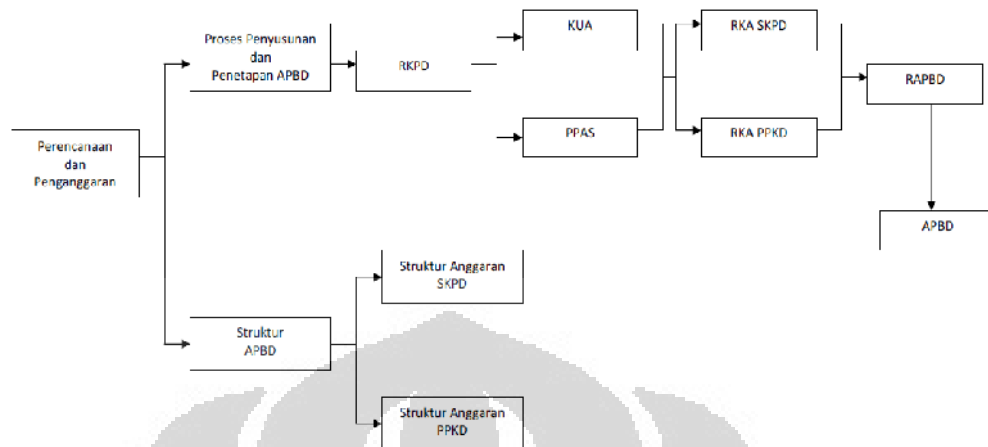
3.1. Esensi Perencanaan dan Penganggaran Daerah

Dalam konteks penyusunan anggaran pemerintah, pada tahap-tahap tertentu agak sulit untuk membedakan antara domain perencanaan dan penganggaran. Sebagai contoh, apakah penyusunan dokumen KUA (Kebijakan Umum Anggaran) ataupun PPAS (Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara) itu masuk domain perencanaan atau penganggaran? Jawabannya bisa tidak seragam (*debateble*), karena dokumen tersebut merupakan irisan antara proses perencanaan dan penganggaran. Bahkan di dalam definisi pengelolaan keuangan daerah yang dinyatakan di dalam pasal 1, PP No. 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, tidak digunakan istilah 'perencanaan dan penganggaran' melainkan hanya 'perencanaan'. Hal ini berarti bahwa di dalam istilah perencanaan tersebut sekaligus mengandung makna penganggaran.

Di dalam pasal 1, PP No. 58 Tahun 2005 dinyatakan bahwa pengelolaan keuangan daerah adalah keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, penatausahaan, pelaporan, pertanggungjawaban, dan pengawasan keuangan daerah. Aktivitas perencanaan dan penganggaran dapat dikatakan sebagai tahapan paling krusial dan kompleks dibandingkan dengan aktivitas lainnya di dalam konteks pengelolaan keuangan daerah. Hal ini bisa kita lihat dari beberapa alasan berikut ini:

- a. Perencanaan (termasuk penganggaran) merupakan tahap awal dari serangkaian aktivitas (siklus) pengelolaan keuangan daerah, sehingga apabila perencanaan yang dibuat tidak baik, misalnya program/kegiatan yang direncanakan tidak tepat sasaran, maka kita tidak dapat mengharapkan suatu keluaran ataupun hasil yang baik/tepat sasaran.
- b. Perencanaan melibatkan aspirasi semua pihak pemangku kepentingan pembangunan (*stakeholders*) baik masyarakat, pemerintah daerah itu sendiri dan pemerintah yang lebih tinggi (propinsi dan pusat) yang dilakukan melalui forum musyawarah perencanaan pembangunan (musrenbang) mulai dari tingkat kelurahan/desa, dilanjutkan di tingkat kecamatan, tingkat kabupaten/kota, sampai di tingkat propinsi dan nasional untuk menyerasikan antara perencanaan pemerintah kabupaten/kota/propinsi dan pemerintah pusat (perencanaan nasional).
- c. Perencanaan Daerah disusun dalam spektrum jangka panjang (20 tahun) yang disebut RPJPD (Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah); jangka menengah (5 tahun) yang disebut RPJMD (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah); dan jangka pendek (satu tahun) yang disebut RKPD (Rencana Kerja Pembangunan Daerah).
- d. Penyusunan APBD harus dibahas bersama oleh pemerintah daerah dengan DPRD dan setelah disetujui bersama kemudian harus dievaluasi oleh pemerintah yang lebih tinggi (pemerintah propinsi/pemerintah pusat c.q. Menteri Dalam Negeri).
- e. Anggaran mempunyai fungsi otorisasi, perencanaan, pengawasan, alokasi, distribusi, dan stabilisasi.

Setelah tahap perencanaan dan penganggaran selesai dilaksanakan, tahap berikutnya merupakan domain pemerintah daerah selaku eksekutif, yaitu tahap pelaksanaan, penatausahaan, dan pengawasan dan akhirnya ditutup dengan tahap pertanggungjawaban. Kesimpulannya adalah bahwa semua tahap dalam siklus pengelolaan keuangan daerah saling terkait erat dan setiap tahap tentunya memegang peranan penting dalam menyukseskan pengelolaan keuangan daerah yang efisien, efektif, transparan dan akuntabel. Namun sekali lagi bahwa tahap perencanaan dan penganggaran dapat dikatakan paling krusial dan kompleks dengan sejumlah alasan yang dijelaskan di atas.



Gambar 3.1. Peta Konsep Perencanaan dan Penganggaran Daerah

Sumber : Modul Perencanaan dan Penganggaran Daerah Bandiklat Keuangan RI, 2010

3.2. Kebijakan Perencanaan Pembangunan dan Penganggaran Daerah

3.2.1. Perencanaan Pembangunan Berdasarkan Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 dan Undang -undang Nomor 32 Tahun 2004

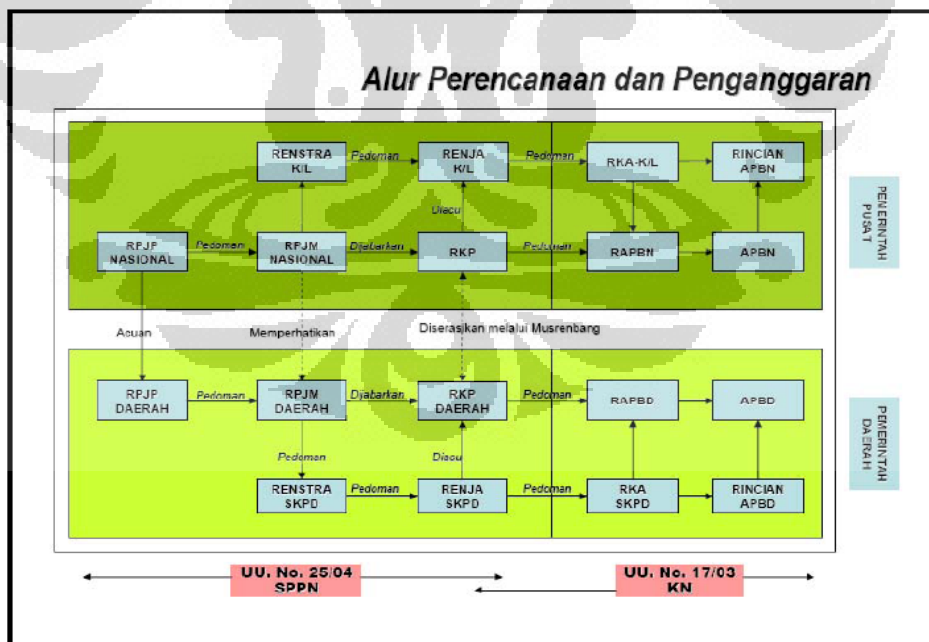
Salah satu alasan penting perlunya sistem perencanaan pembangunan nasional adalah untuk menjamin agar pembangunan berjalan efektif, efisien, dan bersasaran. Tujuan sistem perencanaan pembangunan nasional antara lain adalah: (1) mendukung koordinasi antar pelaku pembangunan, (2) menjamin terciptanya integrasi, sinkronisasi, dan sinergi baik antar daerah, antar ruang, antar waktu, antar fungsi pemerintah maupun antara pusat dan daerah, (3) menjamin keterkaitan dan konsistensi antara perencanaan, penganggaran, pelaksanaan dan pengawasan, (4) mengoptimalkan partisipasi masyarakat, dan (5) menjamin tercapainya penggunaan sumber daya secara efisien, efektif, berkeadilan dan berkelanjutan.

Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional mengatur tahapan perencanaan pembangunan jangka panjang (20 tahun), jangka menengah (5 tahun) maupun jangka pendek (1 tahun), baik yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat (termasuk kementerian/lembaga =KL) maupun pemerintah daerah (termasuk satuan kerja perangkat daerah = SKPD). Pada tingkat daerah, perencanaan pembangunan yang dihasilkan berupa

dokumen-dokumen: Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP Daerah) untuk jangka panjang, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJM Daerah) dan Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra-SKPD) untuk jangka menengah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) serta Rencana Kerja Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renja SKPD) untuk jangka pendek.

Beberapa kritikan muncul dengan keluarnya Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004, yaitu bahwa lahirnya peraturan perundangan ini lebih pada upaya mempertahankan eksistensi Bappenas. Seiring munculnya Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang keuangan negara ada kekhawatiran lembaga perencanaan Bappenas akan dihapus dengan semakin memperkuat posisi eksistensi Departemen Keuangan. Regulasi kadang memang lahir tidak berdasarkan kebutuhan yang ada, melainkan lebih karena berbagai pertarungan kepentingan antardepartemen atau kepentingan politis lainnya.

Keterkaitan antar dokumen perencanaan dapat digambarkan dalam skema sebagai berikut:



Gambar 3.2. Alur Perencanaan dan Penganggaran

Sumber : UU No.25 tahun 2004 dan UU No.17 tahun 2003

Berdasarkan skema ini dapat dijelaskan bahwa:

- a. Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Daerah dengan periode waktu 20 tahun memuat visi, misi, dan arah pembangunan daerah. RPJP Daerah menurut undang-undang ini ditetapkan dengan Peraturan Daerah (Perda) sehingga tidak menjamin bahwa dalam 20 tahun tersebut dokumen RPJP Daerah tidak berubah seiring dengan pergantian pimpinan daerah.
- b. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah (RPJM) Daerah merupakan penjabaran visi, misi dan arah pembangunan daerah yang ada dalam RPJP Daerah. RPJM Daerah memuat arah kebijakan keuangan daerah, strategi pembangunan daerah, kebijakan umum, dan program satuan Kerja Perangkat Daerah, dan program kewilayahan disertai dengan rencana-rencana kerja dalam rangka regulasi dan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif. RPJM Daerah disusun berpedoman pada RPJP Daerah dan memperhatikan RPJM Nasional. Prosedur itu memungkinkan terjadi ketidaksinkronan antara RPJM Daerah dengan RPJM Nasional. RPJM Daerah merupakan penjabaran dari visi, misi, dan program kepala daerah terpilih sedangkan RPJM Nasional adalah penjabaran visi, misi dan Program Presiden terpilih.
- c. Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) disusun mengacu pada Rencana Kerja Pemerintah Pusat dan merupakan Penjabaran dari RPJM Daerah. RKPD memuat rancangan kerangka ekonomi daerah, prioritas pembangunan daerah, rencana kerja dan pendanaannya, baik yang dilaksanakan langsung oleh pemerintah maupun yang ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat. Kritik dalam penyusunan RKPD dalam hal ini adalah keterlibatan masyarakat. Penyusunan RPJP dan RPJM Daerah yang berjangka panjang dan menengah saja diatur supaya melibatkan masyarakat secara aktif dalam wadah Musrenbang. Penyusunan RKPD yang berjangka waktu tahunan dan produk perencanaan yang paling *up to date* serta langsung dapat dirasakan masyarakat, penyusunannya justru tidak diatur harus melibatkan masyarakat. Demikian pula dengan kekuatan hukum bagi RKPD itu yang dapat ditetapkan hanya dengan Peraturan Kepala Daerah, padahal dokumen RKPD itu menjadi acuan bagi penyusunan RAPBD dan RAPBD memiliki kekuatan hukum ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

- d. Penganggaran program atau kegiatan di daerah dalam undang-undang ini tercermin dalam penyusunan Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (RAPBD). Penyusunan RAPBD dalam peraturan perundangan ini mengacu pada Rencana Kegiatan Pemerintah Daerah (RKPD).

Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah juga mengatur tata cara perencanaan pembangunan dan penganggaran di daerah. Kesan yang muncul pada lahirnya undang-undang ini adalah bahwa undang-undang ini mengatur sistem perencanaan pembangunan sebagaimana yang diatur secara rinci dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Nasional dan Pengelolaan Keuangan atau Penganggaran Daerah yang diatur dalam undang-undang nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara. Produk dokumen perencanaan yang harus ada di daerah menurut Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 ini tidak jauh berbeda produk dokumen perencanaan berdasarkan Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004. Perbedaan yang sangat membingungkan dari kedua Undang-undang itu adalah pada kekuatan hukum dokumen RPJM Daerah.

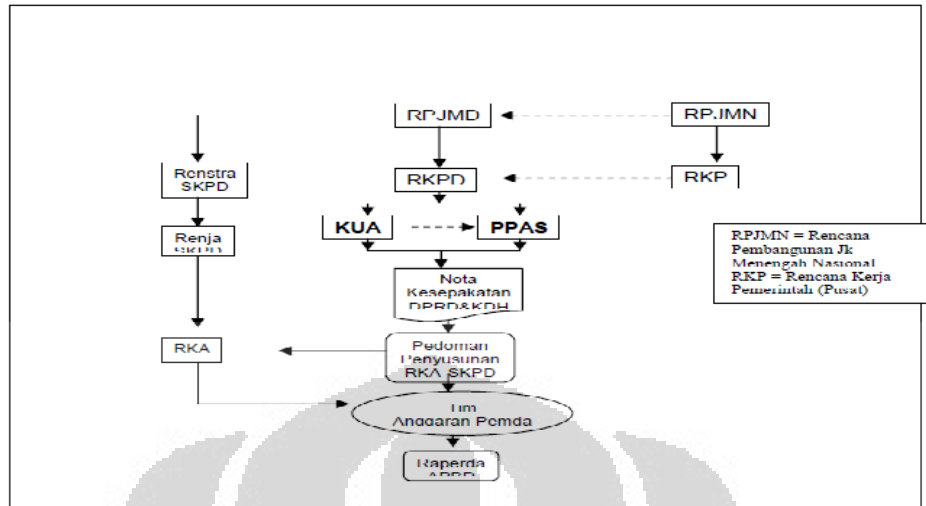
Pada pasal 19 ayat (3) Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 disebutkan bahwa "RPJM Daerah ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah paling lambat 3 (tiga) bulan setelah Kepala Daerah dilantik". Sedangkan pasal 150 ayat (3) huruf e. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 menyebutkan bahwa "RPJP Daerah dan RPJM Daerah ditetapkan dengan Perda berpedoman pada Peraturan Pemerintah". Perbedaan kekuatan hukum atas dokumen yang sama ini tentu sangat membingungkan aparat perencana maupun pihak lain yang terkait dengan penetapan peraturan perundang-undangan seperti DPRD. Bagi pihak pemerintah tentu lebih memilih menggunakan dasar UU Nomor 25 tahun 2004 karena proses penetapan RPJM Daerah dengan Peraturan Kepala Daerah lebih sederhana. Tetapi bagi legislatif (DPRD) untuk menjamin keterlibatan masyarakat yang direpresentasikan melalui wakilnya, penetapan RPJM daerah dengan Peraturan Daerah (Perda) tentu yang lebih dipilih.

3.2.2. Pengelola Keuangan (Penggangan) Daerah berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 dan Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004.

Bab IV Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 yang terdiri dari pasal 16 sampai dengan pasal 20 mengatur tentang Penyusunan dan Penetapan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Proses penganggaran daerah pada undang-undang ini dilakukan dengan urutan :

- a. Pemerintah Daerah menyampaikan kebijakan umum APBD kepada DPRD (Pasal 18, ayat 1)
- b. DPRD membahas kebijakan umum APBD dalam pembicaraan pendahuluan RAPBD. (Pasal 18, ayat 2)
- c. Pemerintah Daerah dan DPRD menyepakati kebijakan umum APBD. (Pasal 18, ayat 3)
- d. Pemerintah Daerah bersama DPRD membahas prioritas dan plafon anggaran sementara untuk acuan SKPD. (Pasal 18, ayat 3)
- e. Kepala SKPD menyusun RKA SKPD dengan pendekatan prestasi kerja yang dicapai. (Pasal 19, ayat 1 dan 2)
- f. RKA SKPD diserahkan kepada DPRD untuk dibahas dalam pembicaraan pendahuluan RAPBD. (Pasal 19, ayat 5)
- g. Hasil pembahasan RKA SKPD disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan RAPBD (Pasal 19, ayat 5)
- h. Pemerintah mengajukan RAPBD kepada DPRD. (Pasal 20, ayat 1)
- i. DPRD membahas dokumen RAPBD dan dapat mengajukan usul. (Pasal 2, ayat 2 dan 3)
- j. DPRD mengambil keputusan tentang Raperda APBD untuk menjadi Perda APBD (Pasal 20, ayat 4 dan 5)

Secara skematis proses penganggaran daerah berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 tahun 2003 dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.3. Diagram Alur Perencanaan dan Penyusunan APBD

Sumber : Modul Perencanaan dan Penganggaran Daerah Bandiklat Keuangan RI, 2010

Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah merupakan pengganti Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pokok-pokok muatan Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 merupakan penegasan dan penyempurnaan dari Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999.

Proses penganggaran menurut Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 ini tidak jauh berbeda dengan yang diatur oleh Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003. Bahkan berkenaan dengan penyusunan dan penetapan APBD, dokumen undang-undang ini hampir merupakan salinan dari Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003. Ada kurang lebih 12 ayat dalam kedua undang-undang ini yang menyatakan atau mengatur perkara yang sama, dan perbedaan keduanya hanyalah pergantian 1 atau 2 kata saja. Pengaturan perkara yang sama dengan mencantumkan kembali pada peraturan perundang-undangan dengan kekuatan hukum yang sama ini lebih mengesankan adanya pemborosan aturan atau ketidakkreatifan dalam penyusunan undang-undang. Perbedaan yang sangat menonjol dalam proses penganggaran kedua undang-undang ini adalah dicantumkannya hak usul DPRD terhadap pengajuan RAPBD pemerintah daerah sehingga dapat mempengaruhi jumlah kegiatan dan pendanaan dalam RAPBD.

3.3. Penilaian Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Daerah

Sesuai dengan undang-undang keuangan negara (Undang-Undang No.17 tahun 2003) mengatur bahwa pada tahun-tahun mendatang (PP 58/2005 menetapkan mulai tahun anggaran 2009) akan diterapkan Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah (MTEF) yang akan sangat erat kaitannya antara perencanaan jangka menengah dan perencanaan tahunan. Juga ditegaskan dalam undang-undang tersebut bahwa dalam jangka menengah juga akan diterapkan pengukuran kinerja dengan mempertimbangkan pencapaian hasil dari program dan kegiatan.

Perencanaan jangka pendek (Renja SKPD dan RKPD) akan menjadi dasar dalam menyusun Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) yang kemudian dapat dibuat RKA dan Rancangan APBD, sesuai dengan Permendagri No.13 tahun 2005 dan Permendagri No.59 tahun 2007.

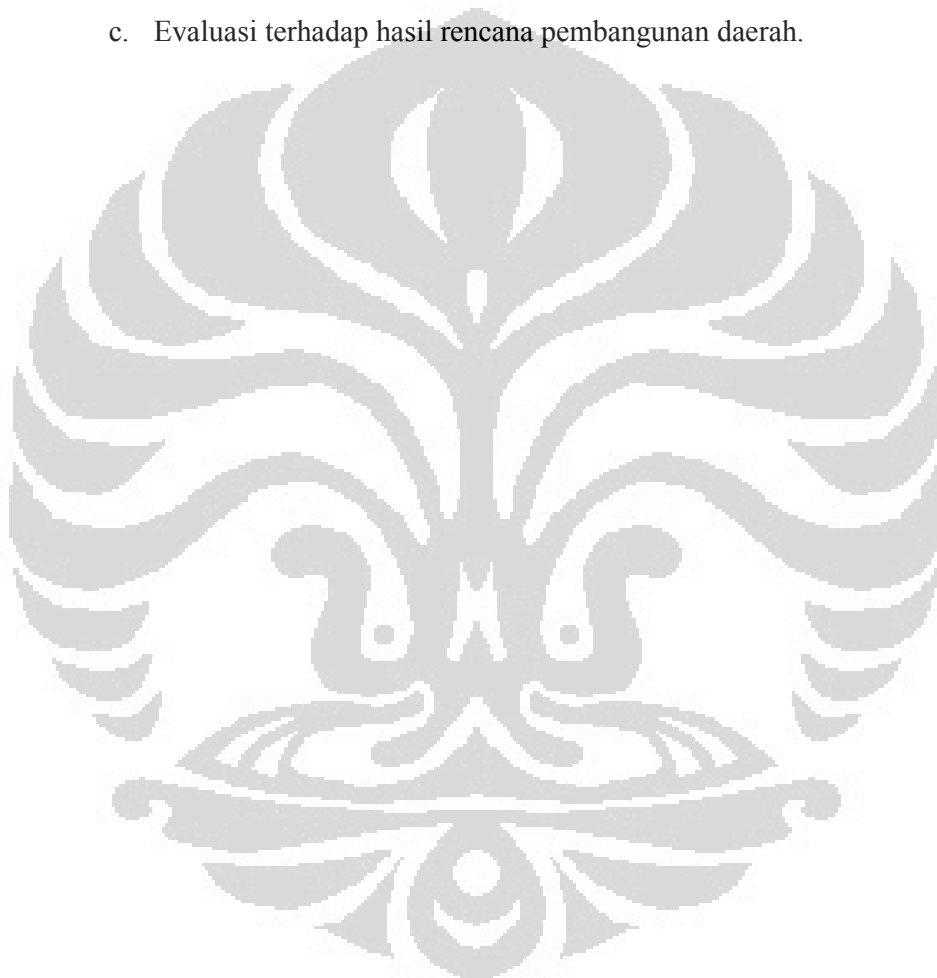
Pemerintah Indonesia dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 54 Tahun 2010 tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah yang disahkan pada tanggal 21 Oktober 2010 sebagai salah satu pedoman yang dapat digunakan oleh pejabat perencana untuk menilai konsistensi perencanaan dan penganggaran yang dilaksanakan pemerintah, meskipun peraturan ini terkesan agak lambat disahkan dan dilaksanakan.

Penilaian konsistensi perencanaan pembangunan daerah ini tersirat pada Bab IX Pengendalian dan Evaluasi Perencanaan Pembangunan Daerah dari PP No. 54 Tahun 2010. Pada pasal 155 dinyatakan bahwa pengendalian dan evaluasi perencanaan pembangunan daerah bertujuan untuk mewujudkan :

- a. Konsistensi antara kebijakan dengan pelaksanaan dan hasil rencana pembangunan daerah;
- b. Konsistensi antara RPJPD dengan RPJPN dan RTRW Nasional;
- c. Konsistensi antara RPJMD dengan RPJPD dan RTRW daerah;
- d. Konsistensi antara RKPD dengan RPJMD; dan
- e. Kesesuaian antara capaian pembangunan daerah dengan indikator-indikator kinerja yang telah ditetapkan.

Dan pada pasal 158, dinyatakan juga bahwa maksud dari pengendalian dan evaluasi terhadap perencanaan pembangunan daerah sebagaimana dimaksud pada pasal 155, meliputi :

- a. Pengendalian dan evaluasi terhadap kebijakan perencanaan pembangunan daerah;
- b. Pengendalian dan evaluasi terhadap pelaksanaan rencana pembangunan dan;
- c. Evaluasi terhadap hasil rencana pembangunan daerah.



BAB 4

ANALISIS DAN PEMBAHASAN KAITAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Dalam bab ini akan diuraikan mengenai analisis dan pembahasan terhadap konsistensi perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau. Pentingnya peran kesehatan dalam pembangunan menghendaki supaya pembangunan kesehatan dilaksanakan secara terencana, terarah, komprehensif dan berkelanjutan. Untuk itu perlu adanya perencanaan yang matang sebagai pedoman dan pemberi arah pembangunan kesehatan tersebut di samping pengendali pemanfaatan sumber daya yang terbatas ketersediaannya. Perencanaan yang dimaksudkan mencakup perencanaan jangka panjang, jangka menengah dan jangka pendek. Sementara itu, penyelenggaraan pemerintahan yang baik menuntut komitmen dan konsistensi dari seluruh stakeholder penyelenggara pemerintahan daerah dalam menyusun suatu perencanaan dan penganggaran termasuk mengimplementasikan visi, misi, tujuan, kebijakan dan program yang telah dirumuskan dalam berbagai dokumen perencanaan daerah.

Berdasarkan kepada perencanaan yang telah disusun secara bersama-sama dengan melibatkan seluruh unsur masyarakat inilah diharapkan komitmen dan konsistensi pemerintah daerah dalam melaksanakan program dan kegiatan pembangunan dengan harapan agar sasaran pembangunan yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan tersebut dapat tercapai.

4.1. Analisis Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan

4.1.1. Analisis Konsistensi antar Dokumen Perencanaan untuk Pencapaian Agenda Pembangunan Daerah

4.1.1.1. Analisis Konsistensi antara RPJP dan RPJMD Kota Lubuklinggau

RPJP Daerah adalah dokumen perencanaan pembangunan daerah untuk periode 20 tahun yang memuat visi, misi, dan arah pembangunan daerah yang

mengacu pada rencana pembangunan jangka panjang nasional. Sedangkan RPJM daerah merupakan penjabaran dari visi, misi, dan program kepala daerah yang penyusunannya berpedoman pada RPJP daerah, dan memperhatikan RPJM Nasional memuat arah kebijakan keuangan daerah, strategik pembangunan daerah, kebijakan umum, dan program satuan kerja perangkat daerah, lintas satuan kerja perangkat daerah, dan program kewilayahan disertai dengan rencana-rencana kerja dalam rangka regulasi dan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif.

Tabel 4.1. Matriks Konsolidasi antara RPJPD Kota Lubuklinggau dengan RPJMD Kota Lubuklinggau

RPJPD Kota Lubuklinggau	RPJMD Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
(1)	(2)	(3a)	(3b)	(4)
Visi: Menjadikan Kota Lubuklinggau Berakhlak dan Terbaik di Sumsel	Visi: Terwujudnya Kota Lubuklinggau sebagai pusat perdagangan, industri, jasa & pendidikan melalui kebersamaan menuju masyarakat madani		V	Visi RPJP tidak menunjang kapasitas Lubuklinggau, definisi berakhlak dan terbaik harus dijelaskan kembali
Misi: 1. Mewujudkan masyarakat berakhlak mulia, bermoral, beretika, berbudaya & beradab berdasarkan falsafah Pancasila.	Misi: 1. Membangun sumber daya manusia yang berkualitas dan berakhlak mulia.	V		
2. Mewujudkan kota berdaya saing	2. Menumbuhkembangkan pusat bisnis, perdagangan, industri dan jasa secara terpadu	V		
3. Mewujudkan pemerataan pembangunan dan berkeadilan	3. Meningkatkan pembangunan sosial ekonomi masyarakat	V		
4. Mewujudkan Kota Lubuklinggau yang maju, asri, dan lestari	4. Meningkatkan pemerataan pembangunan yang berkeadilan dan berwawasan lingkungan	V		
5. Mewujudkan tata pemerintahan yang baik	5. Meningkatkan profesionalisme aparatur dalam penyelenggaraan pemerintahan	V		

(Sambungan Tabel 4.1)

RPJPD Kota Lubuklinggau	RPJMD Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
(1)	(2)	(3a)	(3b)	(4)
6. Mewujudkan masyarakat demokratis berdasarkan hukum			V	

Dari matriks di atas dapat dilihat ketidakkonsistenan/ketidaksesuaian antara Visi dan Misi yang tertuang dalam RPJPD Kota Lubuklinggau dan RPJMD Kota Lubuklinggau. Pada visi yang tertuang di RPJPD Kota Lubuklinggau, seharusnya merefleksikan kemampuan yang kemungkinan dapat tercapai dari Kota Lubuklinggau, namun dari visi tersebut seperti mimpi yang sulit dijangkau untuk masa 20 tahun pembangunan. Visi yang dibuat melebihi kemampuan dan kewenangan tingkat pemerintahan kota dalam jangka waktu 20 tahun pemerintahan. Visi dari RPJPD juga mengandung makna yang membingungkan, definisi dari “berakhlak” dan “terbaik” sukar diukur. Sehingga pada visi RPJMD jika memang merupakan turunan atau penjabaran dari RPJPD menjadi kesulitan menjabarkannya, dan dampaknya menjadi inkonsisten.

Untuk misi RPJPD dan RPJMD masih ada inkonsistensi yang terjadi, dari 6 misi pada RPJPD hanya 5 misi yang konsisten dengan misi pada RPJMD. Misi “Mewujudkan masyarakat demokratis berdasarkan hukum” pada RPJPD tidak diturunkan pada RPJMD.

4.1.1.2. Analisis Konsistensi antara RPJMD dan RKPD Kota Lubuklinggau

Secara garis besar program prioritas yang tercantum di RPJMD dan RKPD Tahun 2010 Kota Lubuklinggau sudah cukup konsisten, namun masih ada beberapa program prioritas yang tidak masuk pada RKPD Kota Lubuklinggau Tahun 2010 atau sebaliknya ada di RKPD Tahun 2010 tapi tidak ada di RPJMD. Untuk program peningkatan pelayanan kesehatan anak dan balita serta program peningkatan pelayanan kesehatan lansia bukannya tidak ada tapi kegiatannya tergabung pada program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak.

(Sambungan Tabel 4.2)

10. Program Peningkatan pelayanan kesehatan lansia	14. Tidak Ada		V	
11. Program Standarisasi pelayanan kesehatan	15. Tidak Ada		V	
12. Tidak Ada	16. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin		V	

4.1.2. Analisis Konsistensi antara Dokumen Perencanaan Pemerintah Daerah dengan Dokumen Perencanaan SKPD

4.1.2.1. Analisis Konsistensi Antara RPJMD dan Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau

Tabel 4.3. Matriks Konsolidasi antara RPJMD Kota Lubuklinggau dengan Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau

RPJMD Kota Lubuklinggau	RENSTRA Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
<p>Visi dan misi</p> <p>Visi :</p> <p>Terwujudnya Kota Lubuklinggau sebagai pusat perdagangan, industri, jasa & pendidikan melalui kebersamaan menuju masyarakat madani</p> <p>Misi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membangun sumber daya manusia yang berkualitas dan berakhlak mulia. 2. Menumbuhkembangkan pusat bisnis, perdagangan, industri dan jasa secara terpadu 3. Meningkatkan pemerataan pembangunan yang berkeadilan dan berwawasan lingkungan 4. Meningkatkan pembangunan sosial ekonomi masyarakat 	<p>Visi dan misi</p> <p>Visi :</p> <p>Terwujudnya Masyarakat Kota Lubuklinggau yang Mandiri untuk Hidup Sehat</p> <p>Misi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan dan mendorong kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup sehat; 2. Meningkatkan dan memelihara upaya pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata; 3. Menurunkan resiko kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular; 4. Meningkatkan dukungan sistem manajemen kesehatan yang handal. 	V	V	Bila dilihat dari visi RPJMD terkesan bahwa prioritas pembangunan bukan pada bidang kesehatan, misi RPJMD yang dapat didukung oleh misi renstra kesehatan adalah pada misi 1 dan 5

RPJMD Kota Lubuklinggau	RENSTRA Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
5. Meningkatkan profesionalisme aparaturnya dalam penyelenggaraan pemerintahan				
Indikasi rencana program prioritas Bidang Kesehatan;	Rancangan Program Prioritas Pada Tahun 2010 :			
1. Program Perbaikan Gizi Masyarakat	1. Program Perbaikan Gizi Masyarakat	V		
2. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	2. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	V		
3. Program Pengembangan Lingkungan Sehat	3. Program Pengembangan Lingkungan Sehat	V		
4. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat :	4. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	V		
5. Program Upaya Kesehatan Masyarakat	5. Program Upaya Kesehatan Masyarakat	V		
6. Program Peningkatan Keselamatan ibu melahirkan dan anak	6. Program Peningkatan Keselamatan ibu melahirkan dan anak	V		
7. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	7. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	V		
8. Program Pengawasan Obat dan Makanan	8. Program Pengawasan Obat dan Makanan	V		
9. Program peningkatan pelayanan kesehatan anak dan balita	9. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita	V		
10. Program Peningkatan pelayanan kesehatan lansia	10. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia	V		
11. Program Standarisasi pelayanan kesehatan	11. Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan	V		
12. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	12. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	V		
13. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	13. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	V		
14. Program Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan jaringannya	14. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan jaringannya	V		
15. Program pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit	Tidak Ada		V	
Tidak Ada	15. Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan		V	
Tidak Ada	16. Program peningkatan disiplin aparaturnya		V	
Tidak Ada	17. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran		V	

(Sambungan Tabel 4.3)

RPJMD Kota Lubuklinggau	RENSTRA Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
Tidak Ada	18. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur		V	
Tidak Ada	19. Program peningkatan pengembangan sistem capaian kinerja dan keuangan		V	
Tidak Ada	20 Program Pengembangan Obat Asli Indonesia		V	
Tidak Ada	21. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin		V	

Secara keseluruhan antara RPJMD Kota Lubuklinggau Tahun 2008-2013 dengan Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2008-2013 kurang konsisten, karena masih terdapat ketidakselarasan antara visi, misi RPJMD. Pada visi RPJMD terlihat bahwa fokus pembangunan untuk Tahun 2008-2013 bukan pada bidang kesehatan tapi bidang industri, perdagangan, jasa dan pendidikan. Untuk misi pada Renstra kesehatan no 1, 2 dan 3 cukup konsisten dengan misi pada RPJMD no 1, yaitu misi “*membangun sumber daya manusia yang berkualitas dan berakhlak mulia*”, sedangkan misi Renstra kesehatan no 4 konsisten dengan misi RPJMD no. 5 yaitu “*meningkatkan profesionalisme aparatur dalam penyelenggaraan pemerintahan*”. Sedangkan dari 15 program prioritas yang tertuang di RPJMD ada 14 program yang konsisten di Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau.

(Sambungan Tabel 4.4)

Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau	Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
4.2. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan (Operasional UPTD) TERGABUNG	4.2. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Labkesda	√		Utk 4.2 s/d 4.10 di renja = ' keg 4.2 pd renstra penyediaan operasional & pemeliharaan pd renja digabung 1
TERGABUNG	4.3 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Perumnas dan jaringannya	√		
TERGABUNG	4.4. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sidorejo dan jaringannya	√		
TERGABUNG	4.5. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Taba Tjemekeh dan jaringannya	√		
TERGABUNG	4.6. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Citra Medika dan jaringannya	√		
TERGABUNG	4.7. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Petanang dan jaringannya	√		
TERGABUNG	4.8. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Megang dan jaringannya	√		
TERGABUNG	4.9. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sumber Waras dan jaringannya	√		
TERGABUNG	4.10. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Simpang Periuk dan jaringannya	√		
4.3. Peningkatan kesehatan masyarakat	4.11. Peningkatan kesehatan masyarakat	√		
4.4. Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya (DAK)	TIDAK ADA		√	
4.5 Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut bagi siswa SD	TIDAK ADA		√	
4.6. Pelayanan kesehatan mata siswa SD	TIDAK ADA		√	
5. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia	5. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia	√		
5.1. Pelayanan pemeliharaan kesehatan	5.1. Pelayanan pemeliharaan kesehatan	√		

(Sambungan Tabel 4.4)

Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau	Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
5.2. Pendidikan dan pelatihan perawatan kesehatan	TIDAK ADA		√	
5.3. Pelayanan kesehatan lansia	5.2. Pelayanan kesehatan lansia	√		
5.4 Pengembangan PKM Santun Lansia	TIDAK ADA		√	
6. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	6. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	√		
6.1. Pelayanan Operasi Katarak	6.1. Pelayanan operasi katarak	√		
6.2. Pelayanan Operasi Bibir Sumbing	6.2. Pelayanan operasi bibir sumbing	√		
6.3. Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Kota Lubuklinggau	6.3. Jaminan sosial kesehatan Sumatera Selatan semesta	√		
TIDAK ADA	6.4 Pelayanan Kesehatan Pro Aktif On Call Centre		√	
7. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	7. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	√		
7.1 Kemitraan Peningkatan Kualitas Dokter dan Paramedis	7.1. Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis	√		
7.2. Kemitraan Alih Teknologi Kedokteran dan Kesehatan (Sosialisasi UU Praktek Kedokteran, Perawat dan Bidan)	TIDAK ADA		√	
7.3. Kemitraan Pengobatan Bagi Pasien Kurang Mampu (Pelayanan Dokter Spesialis, Peny. Dalam, Bedah, Anak dan Kebidanan)	TIDAK ADA		√	
7.4. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan	TIDAK ADA		√	
TIDAK ADA	7.2. Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat		√	
8. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan jaringannya	8. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya	√		
8.1. Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas	8.1. Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas	√		
8.2. Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya	8.2. Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas	√		
8.3. Rehabilitasi dan Pengembangan Puskesmas, Pustu dan Polindes	8.3. Peningkatan puskesmas dan jaringannya	√		8.3 & 8.4 di Renja jadi satu di 8.3 Renstra
TERGABUNG	8.4. Rehabilitasi sedang/berat puskesmas pembantu	√		
8.4. Pembangunan Poli Klinik	TIDAK ADA		√	
8.5. Pembangunan Posyandu	TIDAK ADA		√	

(Sambungan Tabel 4.4)

Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau	Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
9 Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	9. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Mata	√		9.1 s.d 9.5 di Renstra tergabung menjadi 1 di Renja
9.1. Penambahan ruang Rawat Inap rumah sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II & III) RSI Siti Aisyah LLG	9.1. Pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana RS	√		
9.2. Pembangunan Ruang ICU, ICCU, NICU	TERGABUNG	√		
9.3. Pembangunan Ruang Unit Radiologi	TERGABUNG	√		
9.4. Pembangunan Ruang Laboratorium	TERGABUNG	√		
9.5. Pembangunan Kamar Jenazah	TERGABUNG	√		
9.6 Pengadaan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit	9.2. Pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit	√		
10. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	10. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	√		
10.1. Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan	10.1. Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan	√		
10.2. Peningkatan Pemerataan Obat dan Perbekalan Kesehatan	10.2. Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan	√		
TIDAK ADA	10.3. Pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan termasuk obat generik essensial		√	
10.3. Peningkatan Mutu Penggunaan Obat dan Perbekalan Kesehatan	TIDAK ADA		√	
10.4. Pengadaan Alat-alat Kesehatan untuk Puskesmas dan Jaringannya (DAK)	TIDAK ADA		√	
TIDAK ADA	11. Program Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit		√	
TIDAK ADA	11.1. Pemeliharaan rutin/berkala instansi pengolahan limbah rumah sakit		√	
11. Program Pengawasan Obat dan Makanan	12.1 Program Pengawasan Obat dan Makanan	√		
11.1. Peningkatan Pemberdayaan Konsumen/Masyarakat di bidang Obat dan Makanan	TIDAK ADA		√	

(Sambungan Tabel 4.4)

Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau	Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
11.2. Peningkatan Pengawasan Keamanan Pangan dan Bahan Berbahaya	12.1. Pengawasan farmasi, obat tradisional, kosmetika dan makanan	V		
11.3. Peningkatan Kapasitas Laboratorium Pengawasan Obat dan Makanan	TIDAK ADA		V	
11.4. Peningkatan Penyidikan dan Penegakan Hukum di Bidang Obat dan Makanan	TIDAK ADA		V	
11.5. Sosialisasi Pelayanan Informasi Obat	TIDAK ADA		V	
11.6 Sosialisasi Kosmetika	TIDAK ADA		V	
TIDAK ADA	12.2. Perencanaan obat terpadu		V	
12. Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan	13. Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan	V		
12.1 Pengawasan Keamanan dan Kesehatan Makanan Hasil Industri	TIDAK ADA		V	
12.2. Pengawasan dan Pengendalian Keamanan dan Kesehatan Makanan Hasil Produksi Rumah Tangga	13.1. Pengawasan dan pengendalian keamanan dan kesehatan makanan dan hasil produksi rumah tangga	V		
13. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	14. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	V		
13.1. Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	14.1. Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	V		
13.2. Pelayanan vaksinasi bagi balita dan anak balita	14.2. Pelayanan vaksinasi bagi bayi dan anak sekolah	V		
13.3 Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	14.3 Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	V		
13.4. Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik	14.4. Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik	V		
13.5. Peningkatan imunisasi	14.5 Peningkatan imunisasi	V		
13.6 Peningkatan surveillence epidemiologi dan penanggulangan wabah	14.6. Peningkatan surveilans dan penanggulangan wabah	V		
13.7. Peningkatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	TIDAK ADA		V	
13.8. Monitoring, evaluasi dan pelaporan Program P2M	14.7. Monitoring, evaluasi dan pelaporan program P2M	V		

(Sambungan Tabel 4.4)

Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau	Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
13.9. Pencegahan dan Penanggulangan Peny. Saluran Pernapasan dan Flu Burung	14.8.Pencegahan dan penanggulangan ISPA & Flu Burung	V		
13.10. Pelatihan Surveilans Epidemiologi	TIDAK ADA	V		
TIDAK ADA	14.9.Pelayanan imunisasi hepatitis B bagi anak sekolah		V	
14. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita	15. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita	V		
14.1. Penyuluhan kesehatan anak balita	15.1. Penyuluhan Kesehatan Anak Balita	V		
14.2. Pelatihan dan pendidikan perawatan anak balita	TIDAK ADA		V	
14.3. Pelatihan KIA Bagi Petugas Kesehatan	TIDAK ADA		V	
15. Program Peningkatan Keselamatan ibu melahirkan dan anak	16. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	V		
15.1. Penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil dari keluarga kurang mampu	16.1. Penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil dari keluarga tidak mampu	V		
15.2 Perawatan secara berkala bagi ibu hamil bagi keluarga kurang mampu	16.2.Perawatan secara berkala bagi ibu hamil bagi keluarga kurang mampu	V		
15.3 Pelayanan Pap Smear	TIDAK ADA		V	
15.4 Pelatihan Bidan Poskeslur dlm rangka pengembangan Kelurahan Siaga	TIDAK ADA		V	
16. Program peningkatan disiplin aparatur	17. Program Peningkatan Disiplin Aparatur	V		
16.1. Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu	17.1 Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu	V		
16.2 Pelatihan Leadership, Self Building, Motivation Training	TIDAK ADA		V	
17. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	18. Pelayanan Administrasi Perkantoran	V		
17.1. Penyediaan jasa surat menyurat	18.1. Penyediaan jasa surat menyurat	V		
17.2. Penyediaan jasan komunikasi, sumber daya air dan listrik	18.2. Penyediaan jasan komunikasi, sumber daya air dan listrik	V		
17.3 Penyediaan jasa administrasi keuangan	18.3 Penyediaan jasa administrasi keuangan	V		
17.4. Penyediaan jasa kebersihan kantor	18.4. Penyediaan jasa kebersihan kantor	V		

(Sambungan Tabel 4.4)

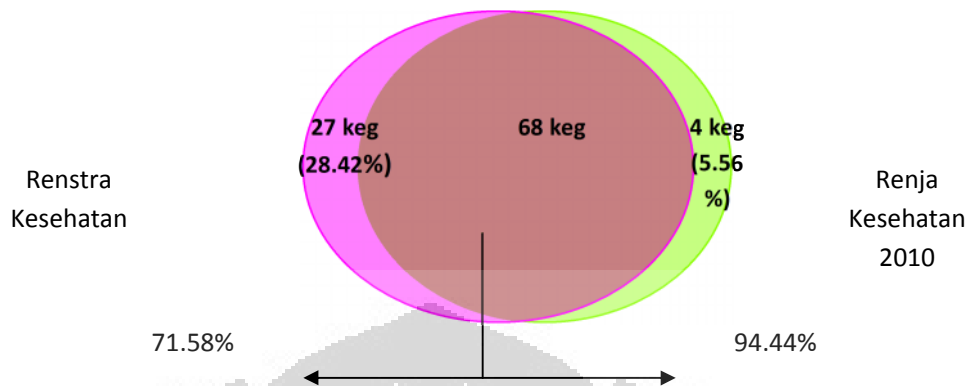
Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau	Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
17.5. Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	18.5. Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	V		
17.6 Penyediaan alat tulis kantor	18.6 Penyediaan alat tulis kantor	V		
17.7. Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	18.7. Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	V		
17.8 Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	18.8 Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	V		
17.9. Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	18.9. Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	V		
17.10. Penyediaan peralatan rumah tangga	TIDAK ADA		V	
17.11. Penyediaan makanan dan minuman	18.10 Penyediaan makanan dan minuman	V		
17.12 Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah	18.11. Rapat-rapat koordinasi dari konsultasi ke luar daerah	V		
TIDAK ADA	19. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur		V	
TIDAK ADA	19.1. Pendidikan dan Pelatihan Formal		V	
18. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	20. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	V		
18.1. Pembangunan Gedung Bertingkat Dinas Kesehatan	20.1 Pembangunan gedung kantor	V		
18.2. Pengadaan perlengkapan gedung kantor	20.2 Pengadaan perlengkapan gedung kantor	V		
18.3. Pemeliharaan rutin/berkala gedung kantor	20.3. Pemeliharaan rutin/berkala gedung kantor	V		
18.4. Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	20.4. Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	V		
19. Program peningkatan pengembangan sistem capaian kinerja dan keuangan	21. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Kinerja dan Keuangan	V		
19.1. Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	21.1. Pembuatan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	V		
19.2. Penyusunan pelaporan keuangan semesteran	TIDAK ADA		V	
19.3. Penyusunan pelaporan keuangan akhir tahun	TIDAK ADA		V	
19.4. Perencanaan Teknis dan Pengembangan Kesehatan Terpadu	21.2. Perencanaan teknis dan pengembangan kesehatan terpadu	V		

(Sambungan Tabel 4.4)

Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau	Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya (3a)	Tidak (3b)	
-1	-2			-4
19.5 Survei Akreditasi Pelayanan Kesehatan Daerah dan Tenaga Kesehatan	TIDAK ADA		√	
19.6 Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah Kota Lubuklinggau	TIDAK ADA		√	
TIDAK ADA	21.3 Monitoring dan Evaluasi Program Pembangunan Kesehatan		√	
20. Program Pengembangan Obat Asli Indonesia	TIDAK ADA		√	
20.1. Pengembangan Standarisasi Tanaman Obat Bahan Alam Indonesia	TIDAK ADA		√	
20.2 Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan	TIDAK ADA		√	
20.3. Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan	TIDAK ADA		√	

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa pada penyusunan perencanaan program dan kegiatan bidang kesehatan tahun 2010, belum sepenuhnya konsisten atau berkesinambungan. Hal ini terlihat dari beberapa program dan kegiatan yang ada di Renstra Kesehatan tidak diakomodir di Renja Kesehatan 2010.

Dalam Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau 20 program dan 95 kegiatan bidang kesehatan sedangkan dalam Renja Kesehatan 2010 ada 21 program dan 72 kegiatan. Untuk lebih jelasnya keterkaitan antara penyusunan perencanaan Renstra Kesehatan dan Renja Kesehatan 2010 dapat dilihat melalui diagram venn pada gambar 4.1 berikut :



Gambar 4.1. Diagram Keterkaitan Antara Renstra Kesehatan dengan Renja Kesehatan 2010 Kota Lubuklinggau Tahun 2010

Diagram di atas menunjukkan bahwa dari 95 kegiatan yang direncanakan dalam Renstra Kesehatan tersebut ada 68 kegiatan (71.58%) yang diakomodir dalam Renja Kesehatan 2010, artinya menunjukkan tingkat konsistensi yang baik, sedangkan sisanya sebanyak 27 kegiatan (28.42%) kegiatan tidak terlaksana karena pertimbangan banyak faktor seperti keterbatasan anggaran, dan efisiensi program. Dari diagram tersebut juga menunjukkan bahwa dari 72 kegiatan yang ada di Renja Kesehatan 2010 yang penyusunannya konsisten atau berpedoman dengan Renstra Kesehatan sebesar 94.44% yang artinya menunjukkan *tingkat konsistensi yang sangat baik*, sedangkan 4 kegiatan lainnya (5.56%), penyusunannya tidak mempedomani Renstra Kesehatan Tahun 2008-2013.

(Sambungan Tabel 4.5)

Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	RKPD Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
4.5. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sidorejo dan jaringannya	4.5. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sidorejo dan jaringannya	V		
4.6. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Taba Tjemekeh dan jaringannya	4.6. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Taba Tjemekeh dan jaringannya	V		
4.7. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Citra Medika dan jaringannya	4.7. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Citra Medika dan jaringannya	V		
4.8. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Petanang dan jaringannya	4.8. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Petanang dan jaringannya	V		
4.9. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Megang dan jaringannya	4.9. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Megang dan jaringannya	V		
4.10. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sumber Waras dan jaringannya	4.10. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sumber Waras dan jaringannya	V		
4.11. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Simpang Periuk dan jaringannya	4.11. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Simpang Periuk dan jaringannya	V		
TIDAK ADA	4.12 Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat dengan On Cal Center		V	
TIDAK ADA	4.13. Pelatihan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)		V	
5. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia	Tidak Ada	V		Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia digabung menjadi 1 dng program kesehatan ibu melahirkan dan anak
5.1. Pelayanan pemeliharaan kesehatan	Tidak Ada	V		
5.2. Pelayanan kesehatan lansia	Tidak Ada	V		
6. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	5. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	V		
6.1. Pelayanan operasi katarak	5.1. Pelayanan operasi katarak	V		
6.2 Pelayanan operasi bibir sumbing	5.2 Pelayanan operasi bibir sumbing	V		
6.3 Jaminan sosial kesehatan Sumatera Selatan semesta	5.3 Jaminan sosial kesehatan Sumatera Selatan semesta	V		

(Sambungan Tabel 4.5)

Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	RKPD Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
6.4 Pelayanan Kesehatan Pro Aktif On Call Centre	5.4 Tidak Ada		V	
7. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	6. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	V		
7.1. Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat	Tidak ada		V	
7.2 Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis	6.1 Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis	V		
Tidak Ada	6.2 Kemitraan pelayanan kesehatan		V	
8. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya	7. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya	V		
8.1 Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas	7.1 Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas	V		
8.2 Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas	7.2 Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas	V		
8.3 Peningkatan puskesmas dan jaringannya	7.3. Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya (DAK) TERGABUNG di 7.3	V		
8.4 Rehabilitasi sedang/berat puskesmas pembantu		V		
9. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Mata	8. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Mata	V		
9.1. Pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana RS	8.1 Pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana RS	V		
9.2 Pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit	Tidak Ada		V	
10. Program Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	Tidak Ada		V	
10.1 Pemeliharaan rutin/berkala instansi pengolahan limbah rumah sakit	Tidak Ada		V	
11. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	9. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	V		
11.1 Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan	9.1 Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan	V		
11.2 Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan	9.2 Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan	V		

(Sambungan Tabel 4.5)

Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	RKPD Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
11.3 Pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan termasuk obat generik esensial	TERGABUNG di 9.1	V		
Tidak Ada	9.3 Pengadaan alat-alat kesehatan untuk puskesmas dan jaringannya (DAK/APBD)		V	
12. Program Pengawasan Obat dan Makanan	10. Program Pengawasan Obat dan Makanan	V		
12.1 Pengawasan farmasi, obat tradisional, kosmetika dan makanan	10.1 Pengawasan farmasi, obat tradisional, kosmetika dan makanan	V		
12.2 Perencanaan obat terpadu	TIDAK ADA		V	
TIDAK ADA	10.2. Sertifikasi Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP)		V	
13 Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan	Tidak Ada		V	
13.1 Pengawasan dan pengendalian keamanan dan kesehatan makanan dan hasil produksi rumah tangga	Tidak Ada		V	
14 Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	11. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	V		
14.1 Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	11.1 Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	V		
14.2. Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik	11.2 Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik	V		
14.3 Peningkatan imunisasi	11.3 Peningkatan imunisasi	V		
14.4.Pelayanan vaksinasi bagi bayi dan anak sekolah	11.4 Pelayanan vaksinasi bagi bayi dan anak sekolah	V		
14.5.Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	11.5 Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	V		
14.6.Peningkatan surveilans dan penanggulangan wabah	11.6 Peningkatan surveilans dan penanggulangan wabah	V		
14.7.Pelayanan imunisasi hepatitis B bagi anak sekolah	11.7 Pelayanan imunisasi hepatitis B bagi anak sekolah	V		
14.8.Pencegahan dan penanggulangan ISPA & Flu Burung	Tidak Ada		V	
14.9 .Monitoring, evaluasi dan pelaporan program P2M	Tidak Ada		V	

(Sambungan Tabel 4.5)

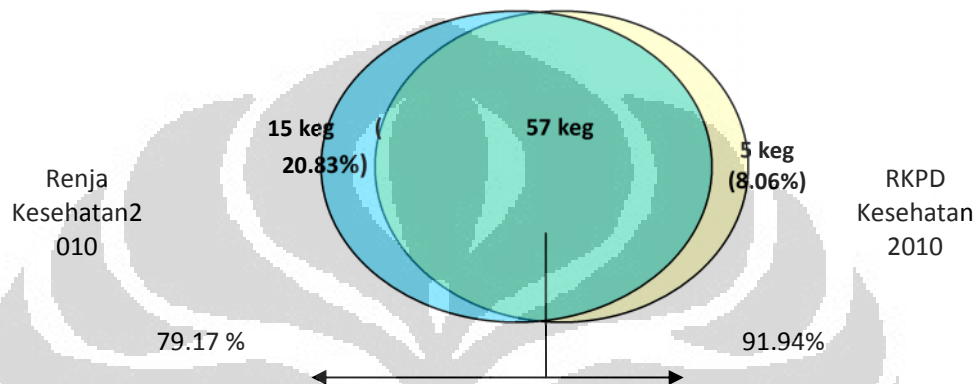
Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	RKPD Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
15 -Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita	Tidak Ada	V		program & kegiatan Yg menyangkut KIA & Lansia digabung menjadi satu
15.1 Penyuluhan Kesehatan Anak Balita	Tidak Ada	V		
16. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	12. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	V		
16.1 Penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil dari keluarga tidak mampu	12.1 Pelayanan dan Pembinaan Kesehatan Ibu, Anak dan Lansia	V		Setiap Lomba dari masing2 Prog KIA digabung jd 1
16.2 Perawatan secara berkala bagi ibu hamil bagi keluarga kurang mampu	Tidak Ada		V	
Tidak Ada	12.2 Lomba-lomba Bidang Kesehatan Keluarga	V		
17. Program Peningkatan Disiplin Aparatur	Tidak Ada		V	
17.1 Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu	Tidak Ada		V	
18. Pelayanan Administrasi Perkantoran	13. Pelayanan Administrasi Perkantoran	V		
18.1 Penyediaan jasa surat menyurat	13.1. Penyediaan jasa surat menyurat	V		
18.2 Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik	13.2. Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik	V		
18.3 Penyediaan jasa administrasi keuangan	13.3. Penyediaan jasa administrasi keuangan	V		
18.4 Penyediaan jasa kebersihan kantor	13.4. Penyediaan jasa kebersihan kantor	V		
18.5. Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	13.5. Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	V		
18.6. Penyediaan alat tulis kantor	13.6. Penyediaan alat tulis kantor	V		
18.7 Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	13.7. Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	V		
18.8 .Penyediaan komponen instalasi listrik bangunan kantor	13.8. Penyediaan komponen instalasi listrik bangunan kantor	V		
18.9 Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	13.9. Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	V		
18. 10. Penyediaan makanan dan minuman	13.10. Penyediaan makanan dan minuman	V		
18.11 Rapat-rapat koordinasi dari konsultasi ke luar daerah	13.11 Rapat-rapat koordinasi dari konsultasi ke luar daerah	V		

(Sambungan Tabel 4.5)

Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau	RKPD Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
19. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur	Tidak Ada		V	
19.1. Pendidikan dan Pelatihan Formal	Tidak Ada		V	
20. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	14. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	V		
20.1. Pembangunan gedung kantor	14.1. Pengadaan perlengkapan gedung kantor	V		
20.2. Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	14.2. Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	V		
20.3. Pengadaan perlengkapan gedung kantor	Tidak Ada		V	
20.4. Pemeliharaan rutin/berkala gedung kantor	Tidak Ada		V	
Tidak Ada	14.3 Pengadaan pakaian dinas harian PNS		V	
Tidak Ada	14.4 Pengadaan pakaian olahraga		V	
21. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Kinerja dan Keuangan	15. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Kinerja dan Keuangan	V		
21.1. Pembuatan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	15.1. Pembuatan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	V		
21.2. Perencanaan teknis dan pengembangan kesehatan terpadu	15.2 Perencanaan teknis dan pengembangan kesehatan terpadu	V		
21.3. Monitoring dan Evaluasi Program Pembangunan Kesehatan	15.3 Monitoring dan Evaluasi Program Pembangunan Kesehatan	V		
Tidak Ada	15.4. Penyusunan Laporan Keuangan Semesteran		V	

Program dan kegiatan yang ada dalam Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010 merupakan penjabaran dari dokumen perencanaan Renstra Kesehatan Tahun 2008-2013 Kota Lubuklinggau. Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa Renja Kesehatan Tahun 2010 terdapat 21 program dan 72 kegiatan bidang kesehatan dan di RKPD Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010 terdapat 15 program dan 62 kegiatan. Tabel tersebut juga menunjukkan bahwa penyusunan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau Tahun 2010 kurang konsisten terbukti masih ada kegiatan di Renja

Kesehatan Tahun 2010 yang belum diakomodir dalam RKPD Tahun 2010, begitu juga dengan masih ada kegiatan di RKP Tahun 2010 yang tidak berlandaskan Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010. Keterkaitan kegiatan bidang kesehatan yang ada pada Renja Kesehatan dan RKP Kesehatan APBD Tahun 2010 dapat dilihat dari diagram venn pada gambar 4.2 berikut ini :



Gambar 4.2. Diagram Keterkaitan Antara Renja Kesehatan dan RKP Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010

Dari diagram di atas menunjukkan bahwa dari 72 kegiatan bidang kesehatan yang ada di Renja Kesehatan dan 62 kegiatan yang ada di RKP Kesehatan APBD Kota Lubuklinggau Tahun 2010, ada 57 kegiatan yang sinkron satu sama lainnya atau sebesar 79.17% kegiatan bidang kesehatan dalam Renja Kesehatan yang diakomodir dalam RKP Kesehatan APBD 2010 yang berarti menunjukkan tingkat konsistensi yang baik, sedangkan sisanya sebesar 20.83% tidak diakomodir. Sedangkan kegiatan bidang kesehatan di RKP Kesehatan APBD 2010 sesuai dengan Renja Kesehatan sebesar 91.94% (57 kegiatan dari 62 kegiatan yang ada), dengan persentase sebesar itu menunjukkan *tingkat konsistensi yang sangat baik*. Sisanya sebesar 8.06% tidak konsisten terhadap Renja Kesehatan Tahun 2010.

4.1.3 Analisis Konsistensi antara Dokumen Perencanaan dengan Dokumen Penganggaran

4.1.3.1 Analisis Konsistensi Antara RKPD Kesehatan dan DPA Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau

Tabel 4.6. Matriks Konsolidasi antara RKPD dan DPA Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010

RKPD	DPA	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
1. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 1.1. Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat 1.2. Penyuluhan masyarakat pola hidup sehat 1.3. Peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan Tidak Ada	1. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 1.1 Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat 1.2 Penyuluhan masyarakat pola hidup sehat 1.3 Peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan 1.4 Lomba-lomba upaya kesehatan berbasis masyarakat	V		Gab. dr bbrp keg. Lomba 1.1 s.d 1.3
2. Program Pengembangan Lingkungan Sehat 2.1. Pengembangan kota sehat 2.2. Penyehatan dan pengawasan lingkungan pemukiman dan tempat-tempat umum	2. Program Pengembangan Lingkungan Sehat 2.1 Pengembangan kota sehat 2.2 Penyehatan dan pengawasan lingkungan pemukiman dan tempat-tempat umum	V		
3. Program Perbaikan Gizi Masyarakat 3.1. Pemberian tambahan makanan dan vitamin	3. Program Perbaikan Gizi Masyarakat 3.1 Pemberian tambahan makanan dan vitamin	V		
4. Program Upaya Kesehatan Masyarakat 4.1. Pemeliharaan dan Pemulihan Kesehatan 4.2. Peningkatan kesehatan masyarakat 4.3 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Labkesda 4.4 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Perumnas dan jaringannya 4.5 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sidorejo dan jaringannya	4. Program Upaya Kesehatan Masyarakat 4.1 Pemeliharaan dan Pemulihan Kesehatan 4.2 Peningkatan kesehatan masyarakat 4.3 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Labkesda 4.4 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Perumnas dan jaringannya 4.5 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sidorejo dan jaringannya	V		
		V		
		V		
		V		
		V		
		V		
		V		
		V		

(Sambungan Tabel 4.6)

RKPD	DPA	Konsistezns i		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
4.6 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Taba Tjemekeh dan jaringannya	4.6 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Taba Tjemekeh dan jaringannya	V		
4.7 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Citra Medika dan jaringannya	4.7 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Citra Medika dan jaringannya	V		
4.8 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Petanang dan jaringannya	4.8 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Petanang dan jaringannya	V		
4.9 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Megang dan jaringannya	4.9 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Megang dan jaringannya	V		
4.10 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sumber Waras dan jaringannya	4.10 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sumber Waras dan jaringannya	V		
4.11 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Simpang Periuk dan jaringannya	4.11 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Simpang Periuk dan jaringannya	V		
4.12 Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat dengan On Call Center	4.12 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan on call centre JAMKESMAS Kota Lubuklinggau	V		
4.13 Pelatihan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) Tidak Ada	4.13 Pelatihan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)	V		
	4.14 Lomba-lomba Remaja Sehat dan Sekolah Sehat	V		Pecahan keg. Lomba 1.1 s.d 4.1
5. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	5. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	V		
5.1 Pelayanan operasi katarak	5.1 Pelayanan operasi katarak	V		
5.2 Pelayanan operasi bibir sumbing	5.2 Pelayanan operasi bibir sumbing	V		
5.3 Jaminan sosial kesehatan Sumatera Selatan semesta	5.3 Jaminan sosial kesehatan Sumatera Selatan semesta	V		
6. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Tidak Ada	6. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	V		
6.1. Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis	6.1 Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat		V	
6.2. Kemitraan pelayanan kesehatan	6.2 Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis	V		
	6.3 Kemitraan pengobatan lanjutan bagi pasien rujukan	V		

(Sambungan Tabel 4.6)

RKPD	DPA Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-2	-2	(3a)	(3b)	-4
Tidak Ada	6.4 Lomba-lomba tenaga medis dan paramedis	V		Pada Keg. 6.4 pecahan dr Keg 6.1
7. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya	7. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya	V		
7.1 Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas	7.1 Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas	V		
7.2 Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas	7.2 Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas	V		
7.3. Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya (DAK)	7.3 Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya (DAK)	V		
Tidak Ada	7.4 Finalisasi ruang rawat inap dan dapur puskesmas sidorejo + sarana air bersih		V	
8. Program Pengadaan, Peningkatan & Perbaikan Sarana & Prasarana Rum-kit/Rum-kit Jiwa/Rum-kitt Mata	8. Program Pengadaan, Peningkatan & Perbaikan Sarana dan Prasarana Rum-kit/Rum-kit Jiwa/Rum-kit Mata	V		
8.1 Pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana RS	8.1 Pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana RS (Dana Desentralisasi Penguatan Fiskal)	V		
9. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	9. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	V		
9.1 Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan	9.1 Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan	V		
9.2 Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan	9.2 Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan	V		
9.3. Pengadaan alat-alat kesehatan untuk Puskesmas dan Jaringannya	9.3 Pengadaan alat-alat kesehatan	V		
10. Program Pengawasan Obat dan Makanan	10. Program Pengawasan Obat dan Makanan	V		
10.1 Pengawasan farmasi, obat tradisional, kosmetika dan makanan	10.1 Pengawasan farmasi, obat tradisional, kosmetika dan makanan	V		
10.2. Sertifikasi Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP)	10.2 Sertifikasi Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP)	V		
Tidak Ada	10.3 Penyuluhan Keamanan Pangan		V	

(Sambungan Tabel 4.6)

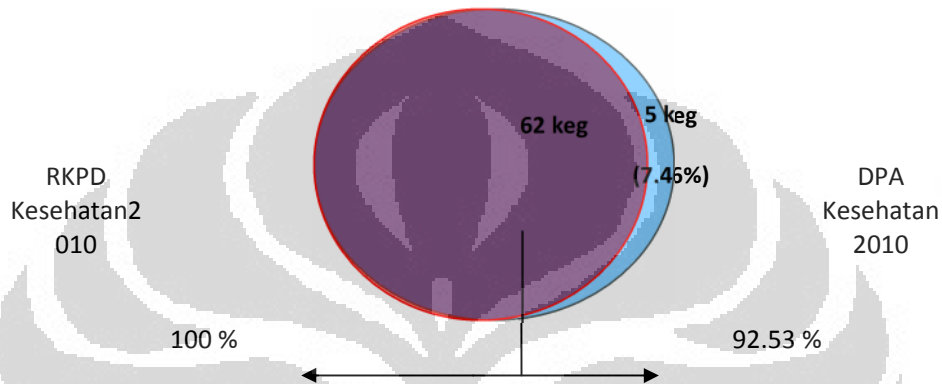
RKPD	DPA Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-2	-2	(3a)	(3b)	-4
11. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	11. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	V		Konsisten dng Prog & Keg 14.3 & 14.4 pd RKPD
11.1 Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	11.1 Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	V		
11.2 Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik	11.2 Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik	V		
11.3 Peningkatan imunisasi	11.3 Peningkatan imunisasi	V		
11.4 Pelayanan vaksinasi bagi bayi dan anak sekolah	11.4 Pelayanan vaksinasi bagi bayi dan anak sekolah	V		
11.5 Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	11.5 Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	V		
11.6 Peningkatan surveilans dan penanggulangan wabah	11.6 Peningkatan surveilans dan penanggulangan wabah	V		
11.7 Pelayanan imunisasi hepatitis B bagi anak sekolah	11.7 Pelayanan imunisasi hepatitis B bagi anak sekolah	V		
12. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	12. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	V		
12.1 Pelayanan dan Pembinaan Kesehatan Ibu, Anak dan Lansia	12.1 Pelayanan dan Pembinaan Kesehatan Ibu, Anak dan Lansia	V		
12.2 Lomba-lomba Bidang Kesehatan Keluarga	12.2 Lomba-lomba Bidang Kesehatan Keluarga	V		
Tidak Ada	13. Program Peningkatan Disiplin Aparatur	V		
Tidak Ada	13.1 Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu	V		
13. Pelayanan Administrasi Perkantoran	14. Pelayanan Administrasi Perkantoran	V		
13.1 Penyediaan jasa surat menyurat	14.1 Penyediaan jasa surat menyurat	V		
13.2 Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik	14.2 Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik	V		
13.3 Penyediaan jasa administrasi keuangan	14.3 Penyediaan jasa administrasi keuangan	V		
13.4 Penyediaan jasa kebersihan kantor	14.4 Penyediaan jasa kebersihan kantor	V		
13.5 Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	14.5 Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	V		
13.6 Penyediaan alat tulis kantor	14.6 Penyediaan alat tulis kantor	V		
13.7 Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	14.7 Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	V		
13.8 Penyediaan komponen instalasi listrik bangunan kantor	14.8 Penyediaan komponen instalasi listrik bangunan kantor	V		

(Sambungan Tabel 4.6)

RKPD Kesehatan Kota Lubuklinggau	DPA Kesehatan Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-2	-2	(3a)	(3b)	-4
13.9 Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	14.9 Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	V		Konsisten dng Prog 13 pd DPA
13.10 Penyediaan makanan dan minuman	14.10 Penyediaan makanan dan minuman	V		
13.11 Rapat-rapat koordinasi dari konsultasi ke luar daerah	14.11 Rapat-rapat koordinasi dari konsultasi ke luar daerah	V		
<i>Tidak Ada</i>	15. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur		V	
Tidak Ada	15.1 Pendidikan dan Pelatihan Formal		V	
14. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	16. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	V		
14.1 Pengadaan perlengkapan gedung kantor	16.1 Pengadaan perlengkapan gedung kantor	V		
14.2 Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	16.2 Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	V		
14.3 Pengadaan pakaian dinas harian PNS	<i>Tidak Ada</i>	V		
14.4 Pengadaan pakaian olahraga	<i>Tidak Ada</i>	V		
15. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Kinerja dan Keuangan	17. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Kinerja & Keuangan	V		
15.1 Pembuatan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	17.1 Pembuatan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	V		
15.2 Perencanaan teknis dan pengembangan kesehatan terpadu	17.2 Perencanaan teknis dan pengembangan kesehatan terpadu	V		
15.3 Monitoring dan Evaluasi Program Pembangunan Kesehatan	17.3 Monitoring dan Evaluasi Program Pembangunan Kesehatan	V		
15.4 Penyusunan Laporan Keuangan Semesteran	17.4 Penyusunan Laporan Keuangan Semesteran	V		

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa RKPD Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010 terdapat 15 program dan 62 kegiatan dan di DPA Kesehatan Kota Lubuklinggau terdapat 17 program dan 67 kegiatan. Tabel tersebut juga menunjukkan bahwa penyusunan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau Tahun 2010 kurang konsisten terbukti masih ada kegiatan di RKPD Kesehatan Tahun 2010 yang tidak direncanakan

sebelumnya dalam APBD/DPA Tahun 2010 kegiatan tersebut dianggarkan, hal ini menandakan bahwa penyusunan APBD/DPA Tahun 2010 tidak berlandaskan RKPD Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2010 sepenuhnya. Keterkaitan kegiatan bidang kesehatan yang ada pada RKPD Kesehatan dan DPA Kesehatan APBD Tahun 2010 dapat dilihat dari diagram venn pada gambar 4.3 berikut ini :



Gambar 4.3. Diagram Keterkaitan Antara RKPD Kesehatan dan DPA Kesehatan APBD Kota Lubuklinggau Tahun 2010

Dari diagram di atas menunjukkan bahwa dari 62 kegiatan bidang kesehatan yang ada di RKPD Kesehatan dan 67 kegiatan yang ada di DPA Kesehatan APBD Kota Lubuklinggau Tahun 2010, semua kegiatan yang ada RKPD Kesehatan diakomodir dalam DPA Kesehatan APBD 2010, hal ini menunjukkan tingkat konsistensi yang sangat baik. Sedangkan kegiatan bidang kesehatan di DPA Kesehatan APBD 2010 yang sesuai dengan RKPD Kesehatan sebesar 91.04%, dengan persentase sebesar ini menunjukkan tingkat konsistensi yang sangat baik. Sisanya sebesar 8.96% tidak konsisten terhadap RKPD Kesehatan Tahun 2010 karena adanya penambahan kegiatan baru di luar dari RKPD 2010, diantaranya yaitu :

1. Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat;
2. Finalisasi ruang rawat inap dan dapur puskesmas sidorejo + sarana air bersih;
3. Penyuluhan Keamanan Pangan;
4. Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu;

5. Pendidikan dan Pelatihan Formal.

Walaupun menunjukkan tingkat konsistensi yang sangat baik, namun masih terjadi penambahan kegiatan baru. Pada tahapan penyusunan DPA (tahapan proses penyusunan anggaran), hal ini sebenarnya tidak diperkenankan. Pada tahapan penganggaran yang dilakukan adalah pemantapan pagu indikatif dari setiap kegiatan untuk direalisasikan anggaran, namun dikarenakan belum adanya peraturan yang mengikat, hal ini menjadi cela bagi aparatur pemerintah untuk menambah kegiatan/program baru sehingga menjadi tidak konsisten dengan perencanaan yang telah dibuat terlebih dahulu.

Berdasarkan hasil konfirmasi dengan pejabat penyusun perencanaan program Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau, maka didapatlah alasan kenapa penambahan kegiatan baru di DPA Kesehatan 2010 itu terjadi :

1. Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat, dikarenakan adanya utang Pemerintah Kota Lubuklinggau dengan PT. ASKES untuk Program Askes PNS Plus Tahun 2009 yang belum terbayarkan yang telah jatuh tempo.
2. Finalisasi ruang rawat inap dan dapur puskesmas sidorejo + sarana air bersih; kegiatan ini ditambahkan karena tidak dapat dimasukkan pada kegiatan yang didanai oleh DAK Tahun 2010 karena tidak sesuai dengan syarat teknis penyusunan DAK Tahun 2010.
3. Penyuluhan Keamanan Pangan, hal ini permintaan khusus dari DPR Komisi 2 karena pada tahun lalu terjadi KLB Keracunan Makanan di Kota Lubuklinggau
4. Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu, kegiatan ini sebenarnya sudah ada di RKPD pada Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur, namun menurut Tim Anggaran Daerah penempatan kegiatan pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu pada Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur tidak sesuai dengan nomenklatur anggaran menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah yang seharusnya dimasukkan ke dalam Program Peningkatan Disiplin Aparatur.
5. Pendidikan dan Pelatihan Formal, kegiatan ini ditambahkan karena salah satu dokter umum lulus mengikuti pendidikan dokter spesialis, jadi

Pemerintah Kota Lubuklinggau mengganggarkan biaya pendidikan dokter spesialisnya selama 5 tahun ke depan.

4.1.3.2 Analisis Konsistensi Antara DPA Bidang Kesehatan dan Misi RPJMD Kota Lubuklinggau Tahun 2010

Tabel 4.7. Matriks Konsolidasi antara DPA Bidang Kesehatan Tahun 2010 dengan Visi dan Misi RPJMD Kota Lubuklinggau

DPA Kesehatan 2010	Misi RPJMD Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
1. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	Misi:	V		
1.1. Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat	1. Membangun sumber daya manusia yang berkualitas dan berakhlak mulia.	V		
1.2. Penyuluhan masyarakat pola hidup sehat	2. Menumbuhkembangkan pusat bisnis, perdagangan, industri dan jasa secara terpadu	V	V	
1.3. Peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan	3. Meningkatkan pemerataan pembangunan yang berkeadilan dan berwawasan lingkungan	V		
1.4. Lomba-lomba upaya kesehatan berbasis masyarakat	4. Meningkatkan pembangunan sosial ekonomi masyarakat	V		
2. Program Pengembangan Lingkungan Sehat	5. Meningkatkan profesionalisme aparatur dalam penyelenggaraan pemerintahan	V		
2.1. Pengembangan kota sehat		V		
2.2. Penyehatan dan pengawasan lingkungan pemukiman dan tempat-tempat umum		V		
3. Program Perbaikan Gizi Masyarakat		V		
a. Pemberian tambahan makanan dan vitamin		V		
4. Program Upaya Kesehatan Masyarakat		V		
4.1. Pemeliharaan dan Pemulihan Kesehatan		V		
4.2. Peningkatan kesehatan masyarakat			V	
4.3. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Labkesda			V	
4.4. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Perumnas dan jaringannya			V	

(Sambungan Tabel 4.7)

DPA Kesehatan 2010	Misi RPJMD Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
4.5 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sidorejo dan jaringannya			V	
4.6 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Taba Tjemekeh dan jaringannya			V	
4.7 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Citra Medika dan jaringannya			V	
4.8 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Petanang dan jaringannya			V	
4.9 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Megang dan jaringannya			V	
4.10 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Sumber Waras dan jaringannya			V	
4.11 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas Simpang Periuk dan jaringannya			V	
4.12 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan on call centre JAMKESMAS Kota Lubuklinggau			V	
4.13 Pelatihan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)		V		
4.14 Lomba-lomba Remaja Sehat dan Sekolah Sehat		V		
5. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin		V		
5.1 Pelayanan operasi katarak		V		
5.2 Pelayanan operasi bibir sumbing		V		
5.3 Jaminan sosial kesehatan Sumatera Selatan semesta		V		
6. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan			V	

(Sambungan Tabel 4.7)

DPA Kesehatan 2010	Misi RPJMD Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	-2	(3a)	(3b)	-4
6.1 Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat			V	
6.2 Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis		V		
6.3 Kemitraan pengobatan lanjutan bagi pasien rujukan			V	
6.4 Lomba-lomba tenaga medis dan paramedis		V		
7. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya			V	
7.1 Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas			V	
7.2. Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas			V	
7.3 Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya (DAK)			V	
7.4 Finalisasi ruang rawat inap dan dapur puskesmas sidorejo + sarana air bersih			V	
8. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Mata			V	
8.1 Pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana RS (Dana Desentralisasi Penguatan Fiskal)			V	
9. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan		V		
9.1 Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan		V		
9.2 Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan			V	
9.3 Pengadaaan alat-alat kesehatan			V	
10. Program Pengawasan Obat dan Makanan			V	
10.1 Pengawasan farmasi, obat tradisional, kosmetika dan makanan			V	

(Sambungan Tabel 4.7)

DPA Kesehatan Kota Lubuklinggau	Misi RPJMD Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	2	(3a)	(3b)	-4
10.2 Sertifikasi Industri Rumah Tangga Pangan (IRTP)			V	
10.3 Penyuluhan Keamanan Pangan		V		
11. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular		V		
11.1 Penyemprotan/fogging sarang nyamuk			V	
11.2 Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik			V	
11.3 Peningkatan imunisasi		V		
11.4 Pelayanan vaksinasi bagi bayi dan anak sekolah		V		
11.5 Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular			V	
11.6 Peningkatan surveilans dan penanggulangan wabah			V	
11.7 Pelayanan imunisasi hepatitis B bagi anak sekolah		V		
12. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak		V		
12.1 Pelayanan dan Pembinaan Kesehatan Ibu, Anak dan Lansia		V		
12.2 Lomba-lomba Bidang Kesehatan Keluarga		V		
13. Program Peningkatan Disiplin Aparatur		V		
13.1 Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu			V	
14. Pelayanan Administrasi Perkantoran		V		
14.1 Penyediaan jasa surat menyurat				V
14.2 Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik				V
14.3 Penyediaan jasa administrasi keuangan			V	
14.4 Penyediaan jasa kebersihan kantor			V	
14.5 Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja			V	

Universitas Indonesia

(Sambungan Tabel 4.7)

DPA Kesehatan Kota Lubuklinggau	Misi RPJMD Kota Lubuklinggau	Konsistensi		Evaluasi
		Ya	Tidak	
-1	2	(3a)	(3b)	-4
14.6 Penyediaan alat tulis kantor			√	
14.7 Penyediaan barang cetakan dan penggandaan			√	
14.8 Penyediaan komponen instalasi listrik bangunan kantor			√	
14.9 Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor			√	
14.10 Penyediaan makanan dan minuman			√	
14.11 Rapat-rapat koordinasi dari konsultasi ke luar daerah			√	
15. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur		√		
15.1 Pendidikan dan Pelatihan Formal		√		
16. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur			√	
16.1 Pengadaan perlengkapan gedung kantor			√	
16.2 Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional			√	
17. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Kinerja dan Keuangan			√	
17.1 Pembuatan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD			√	
17.2 Perencanaan teknis dan pengembangan kesehatan terpadu			√	
17.3 Monitoring dan Evaluasi Program Pembangunan Kesehatan			√	
17.4 Penyusunan Laporan Keuangan Semesteran			√	

Seperti telah dianalisis sebelumnya, bila dilihat dari Visi RPJMD Kota Lubuklinggau dengan Renstra Kesehatan pada analisis terdahulu terlihat bahwa Kesehatan bukan lah bidang yang menjadi prioritas pembangunan di Kota Lubuklinggau, dan dari misi RPJMD pun yang bisa dikaitkan dengan bidang

Universitas Indonesia

pembangunan kesehatan ada pada misi no 1, 3 dan 5. Maka untuk melihat konsistensi dengan program dan kegiatan pada DPA Kesehatan tahun 2010 hanya melihat konsistensinya pada misi no 1, 3 dan 5 yang berfokus pada program dan kegiatan yang dampaknya langsung menyangkut pada kesehatan masyarakat dan peningkatan profesionalisme aparatur kesehatan. Maka dari hal ini persentase konsistensi untuk program kesehatan sebesar 58,82 % atau 10 program dari 17 program yang ada (*menunjukkan tingkat konsistensi yang cukup/sedang*), sedangkan untuk kegiatannya sebesar 32,84% atau 22 kegiatan dari 67 kegiatan yang ada (*menunjukkan tingkat konsistensi yang buruk*).

Secara keseluruhan dari seluruh dokumen perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan tahun 2010, bila dilihat dari analisis matriks konsolidasi dan diagram keterkaitan penyusunan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan Kota Lubuklinggau menunjukkan konsistensi yang kurang bagus, artinya keterkaitan dan keseimbangan antara perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau kurang baik. Bila diperhatikan dengan lebih lanjut masih ada anggaran kegiatan bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau kurang memperhatikan perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya. Perlu diperhatikan bahwa konsistensi perencanaan dan penganggaran ini merupakan hal yang sangat penting dalam mengelola pembangunan daerah secara efisien dan efektif.

4.2 Analisis Berdasarkan Hasil Wawancara (*In Depth Interview*)

4.2.1 Proses Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan

Berdasarkan dokumen perencanaan yang telah dibuat oleh Pemerintah Kota Lubuklinggau dapat disimpulkan bahwa bidang kesehatan merupakan salah satu fokus pembangunan di Kota Lubuklinggau, walaupun dari visi dan misi pembangunan kota dari RPJMD Kota Lubuklinggau tidak disebutkan secara jelas. Hal ini juga disepakati oleh kelima responden yang diwawancarai penulis, mereka menyatakan bahwa bidang kesehatan menjadi salah satu program prioritas di Kota Lubuklinggau bahkan menduduki tingkat ketiga tertinggi dari Prioritas dan Plafon Anggaran Sementara (PPAS) Perubahan SKPD Tahun 2010. Secara garis besar, kelima responden tersebut menyatakan bahwa :

“Ya, bidang kesehatan menjadi program prioritas pembangunan di Kota Lubuklinggau karena sesuai dengan arah pembangunan yaitu meningkatkan kualitas SDM dan dari anggarannya pun menduduki tingkat ketiga tertinggi dari plafon anggaran yang ditetapkan.”

Proses perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau berdasarkan hasil wawancara dengan informan 1,2, 3, 4, Dan 5 didapatkan keterangan bahwa prosesnya dimulai dari pengusulan dari Dinas Kesehatan, UPTD Dinas Kesehatan/Puskesmas dan Laboratorium Kesehatan kemudian rencana kerja tersebut dimusyawarahkan dalam Musrenbang mulai dari tingkat kelurahan, kecamatan dan selanjutnya dibahas pada Musrenbang Tingkat Kota sampai Forum SKPD (Forum Satuan Kerja Perangkat Daerah) yang nantinya akan menghasilkan rumusan RKPD (Rencana Kerja Perangkat Daerah) Tahunan. Selanjutnya akan diplenokan di DPRD Kota untuk pembahasan dan penetapan anggaran tahunan. Keterangan ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Responden-responden berikut ini :

“Proses perencanaan di Kota Lubuklinggau selama ini sudah sesuai dengan aturan pemerintah yang telah ditetapkan, yaitu :

- 1. Dimulai dari musrenbang*
- 2. Menyusun rancangan RKPD yang melibatkan seluruh SKPD*
- 3. Melakukan pra musrenbang, sebelum musrenbang yang dalam aturan disebut Forum SKPD, usulan musrenbang diserahkan pada setiap SKPD, jadi tidak ada alasan SKPD tidak punya usulan dari bawah (masyarakat).*
- 4. Menyusun RKPD berdasarkan sasaran, capaian kinerja pada waktu tertentu sesuai dengan RPJMN....” (Responden 1)*

Pernyataan dari Responden 2 adalah sebagai berikut :

“Proses perencanaan dan penganggaran di Dinas Kesehatan dibuat berdasarkan data-data yang berada di lapangan, kemudian di bawah pertemuan Musrenbang Tk. Kelurahan, dan Kecamatan yang dihadiri oleh masyarakat dan LPM. Kalau program yang diangkat di Musrenbang cocok kemudian dikumpulkan lalu disesuaikan dengan program yang ada di Dinas Kesehatan pada tahun tersebut. Kemudian dilakukan penentuan program perioritas yang didasari kebutuhan masyarakat untuk ditetapkan pada Renja Kesehatan untuk tahun kedepannya yang akhirnya akan dibahas di rapat pleno DPRD....”

Menurut Responden 3 sebagai berikut :

“Proses perencanaan di Dinas Kesehatan dimulai dari usulan dari masing-masing bidang yang disesuaikan dengan SPMnya, usulan masyarakat. Bidang menyusun kegiatan yang didasarkan dari evaluasi kegiatan sebelumnya, kemudian dibawa ke Musrenbang, hasil Musrenbang ditampung karena berasal dari aspirasi masyarakat, dari Musrenbang ke Forum SKPD dan akhirnya dibahas di DPRD yang akhirnya jadi pengesahan anggaran... Untuk perencanaan tingkat propinsi biasanya dilakukan rentek propinsi, yang dibahas biasanya kegiatan yang bersifat fisik, program gizi, kegiatan puskesmas....”

Menurut Responden 4 adalah sebagai berikut :

“Proses penganggaran di mulai dari hasil musrenbang dan rencana kerja (Renja) SKPD yang selanjutnya menjadi bahan rencana kerja pembangunan daerah (RKPD) selanjutnya ditetapkan KUA dan PPAS bersama DPRD dan ditetapkan menjadi Perda APBD.”

4.2.2 Penyusunan Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan Konsisten/Tidak dengan Dokumen Perencanaan dan Penganggaran

Penyusunan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan bila diperbandingkan dengan dokumen perencanaan seperti RPJP, RPJMD, RKPD Kota Lubuklinggau dan dokumen perencanaannya maka tingkat konsistensi menurut hasil wawancara dengan para responden ternyata mempunyai pendapat yang berbeda, sebagian responden menyiratkan pernyataan bahwa perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan konsisten dengan dokumen perencanaan yang ada, dan sebagian responden lagi menyatakan bahwa tidak konsisten.

Responden yang menyatakan tidak konsisten, yaitu Responden 1 dan Responden 5. Responden 1 menyatakan bahwa yang menyebabkan ketidakonsistenan bahwa pejabat perencana tidak memperhatikan dokumen perencanaan sebelumnya dan *copy paste* rencana dan anggaran terdahulu Berikut pernyataan mereka :

*“...selama ini yang terjadi dikebanyakan SKPD adalah penganggaran mengikuti perencanaan bukan perencanaan mengikuti penganggaran... penganggaran tidak melihat/memperhatikan RKPD dan RPJMD, program yang dibuat pun juga biasanya **copy paste** dari tahun sebelumnya, bahkan dari kabupaten/kota lainnya.... itulah kenapa ada program dan kegiatan yang tidak ada di RKPD/Renja SKPD tapi tiba-tiba muncul di penganggaran/DPA... dengan alasan program yang dibuat diperintahkan walikota, program dari pusat dan sebagainya....” (Responden 1)*

Sedangkan menurut Responden 5 ketidakkonsistenan ini terjadi karena stakeholder tidak memperhatikan RPJP dan dokumen perencanaan lainnya, *copy paste* dari dokumen perencanaan lainnya, dampak dari dana bantuan pusat yang biasanya mempunyai juknis program kegiatan tersendiri bila mendapatkan dana tersebut.

*“Antara perencanaan dan penganggaran tidak nyambung, perencanaan seharusnya disusun berdasarkan kebutuhan, tinggal lagi stakeholder mau atau tidak mengacu dengan RPJP atau tidak. Dan memang sebagian besar penyusun program seperti itu, tidak connect dengan dokumen perencanaan di atasnya, entah dari mana sumbernya, entah melihat dari kab/kota lainnya, atau **copy paste** dari yang lain.... 2. Dampak dari sebagian besar dana bantuan pusat, dana pusat ini ada slogan/jargon dari SKPD, bahwa daripada dana ini mubazir, tidak diambil, lebih baik diambil, urusan pelaksanaan/pembentukan program urusan belakangan. Dan hal ini lah yang biasanya menyebabkan program/kegiatan tidak nyambung dengan visi misi RPJP dan dokumen perencanaan lainnya. Dan juga menyebabkan Program dan Kegiatan Pemerintah Pusat tumpang tindih dengan Program dan Kegiatan di Daerah. Contohnya DAK yang syarat teknisnya mengikat, terkadang tidak sesuai dengan kebutuhan daerah, namun bila tidak diambil pemda merasa rugi...” (Responden 5)*

Selanjutnya Responden 5 juga menambahkan pernyataannya sebagai berikut :

“Kalau RPJM sudah sesuai cuma diterjemahkan ke dalam bentuk program dan harus mengacu dalam visi dan misi, tinggal lagi stakeholder menerjemahkan RPJM ke dalam bentuk program dan kegiatan ,dari sini terdapat tidak adanya kesamaan/sinkron. Dikarenakan, yang pertama sumber dana terbatas. Yang kedua, dalam pelaksanaan kegiatan hanya copy paste/mengikuti saja. Jadi menyusun program bukan berdasarkan kebutuhan masyarakat, tapi ada sebagian yang melihat di tempat lain yang dianggap baik dan disusun padahal belum tentu untuk masyarakat disini membutuhkan.....”

Sedangkan yang menyatakan konsisten dengan RPJP, RPJMD, RKPD Kota Lubuklinggau dan dokumen perencanaan lainnya adalah pernyataan responden berikut ini :

“Bidang kesehatan sudah mengacu/konsisten pada visi, misi yang tertuang dalam RPJP dan RPJMD Kota. Pertama, Visi kesehatan adalah untuk meningkatkan kualitas manusia. Kedua, kesehatan sudah mengaitkan dengan indikator kesehatan bayi dan anak... Memang dari pertama kita sudah mengacu pada RPJP.” (Responden 2 dan 3)

Dan menurut Responden 4 yang menyatakan bahwa untuk proses penganggaran di bidang kesehatan selama ini sudah berjalan sesuai dengan apa yang ditetapkan.

4.2.3 Kelemahan Proses Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan

Kelemahan proses perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan yang dapat menyebabkan inkonsistensi antara dokumen perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan di bidang kesehatan, menurut Responden 1 inkonsistensi itu dikarenakan karena kurangnya komitmen dari pimpinan daerah dan pemahaman kepala SKPD dalam menterjemahkan dokumen perencanaan ke dalam penganggaran. Pernyataan tersebut dinyatakan sebagai berikut :

“Penyebab tidak konsistennya/ketidaksesuaian antara dokumen perencanaan dan penganggaran dikarenakan kurangnya komitmen dari pimpinan daerah dalam memperhatikan RPJMN dan RKPD. Pimpinan daerah seharusnya bisa menggiring keberlanjutan visi misinya dalam menyusun perencanaan dan arah pembangunannya.... Pimpinan daerah seharusnya terlibat dalam setiap proses perencanaannya. Misalnya pada tahap rapat dengan dewan. Selanjutnya kepala SKPD, misalnya Dinas kesehatan sebagian besar tidak tahu dengan konsep dari program, kegiatan, visi dan misi bidangnya.” (Responden 1)

Responden 1 juga menambahkan pernyataan sebagai berikut :

“Komitmen pimpinan daerah terhadap visi dan misi juga dirasa kurang, orientasi pimpinan daerah tidak ke arah situ ... dan kemauan pimpinan daerah (walikota) untuk menggiring pencapaian visi misinya tersebut juga kurang seperti mengarahkan pembantu-pembantunya (kepala SKPD, bukan hanya Dinkes) untuk pencapaian target-target pembangunan... selain itu pemahaman kepala SKPD (seperti Kadinkes) juga kurang, mereka cenderung tidak memiliki pengetahuan penuh terhadap program dan kegiatan yang direncanakan, jarang sekali menganalisis rencana pembangunan yang direncanakan.”

Menurut Responden 2 kelemahan dalam proses perencanaan dan penganggaran karena sistem pelaporan terutama operator pelaporan yang kurang baik kualitasnya.

“Dari sisi operator perencanaan cukup baik, namun tidak bisa terlepas dari sisi aparat/staf bidang lain yang masih kurang baik kualitasnya, terutama dengan bagian pelaporan yang sangat berkaitan erat dengan data yang dibutuhkan perencanaan. Hal inilah yang terkadang

mengganggu kinerja perencanaan yang sering dikejar deadline...”
(Responden 2)

Sedangkan Responden 3 menambahkan, kelemahan proses perencanaan dan penganggaran dikarenakan kualitas staf dalam memahami peran perencanaan yang masih kurang, seringkali mutasi pejabat dan yang lainnya.

“Hambatan dalam proses perencanaan bidang kesehatan...yaitu kapasitas staf setiap bidang dirasa masih kurang dari sisi fungsi perencanaan; seringkali mutasi pejabat pemegang program (kepala bidang; kasi) sehingga pemahaman kabid terhadap tupoksi program sangat kurang; kapasitas basis pendidikan seperti sarjana kesehatan murni terkadang penempatannya tidak sesuai dengan bidang yang dijalankan; pelatihan teknis perencanaan kesehatan yang berkualitas di daerah sangat jarang dilaksanakan, walaupun dilaksanakan, petugas yang dikirim tidak sesuai dengan apa yang diminta, dan bukan bidang petugas tersebut. Hal-hal inilah yang menghambat proses perencanaan dan penganggaran tidak sesuai hasilnya.” (Responden 3)

Menurut Responden 5, inkonsistensi perencanaan dengan penganggaran disebabkan karena seringkali mutasi pejabat program sehingga pejabat yang baru kesulitan memahami program dan kegiatan yang ada.

“Seringnya berganti pejabat program bahkan kepala dinas, yang terkadang baru beberapa bulan menjabat. Misalnya yang menyusun program kadin A, pejabat A setelah menyusun belum dilaksanakan malah diganti kadin B, berikut pejabat-pejabatnya, sehingga kadin yang baru butuh waktu memahami program yang disusun baik itu target sasaran, output outcome program, baru selesai dipahami eh.. malah diganti lagi dengan pejabat baru. Hal ini lah yang menyebabkan program tidak nyambung dengan pelaksanaannya. Idealnya pejabat program ini menjabat minimal 1 tahun, sehingga dia punya waktu untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program..” (Responden 5)

Sedangkan dari sisi proses penganggaran Responden 4, menyatakan sebagai berikut :

“Dinas Kesehatan terkadang tidak melakukan koordinasi atau pelaporan bila mendapat kegiatan/dana bantuan langsung dari pusat yang dialokasikan ke puskesmas/pustu seperti Dana BOK, Jamkesmas, dan Jampersal sehingga tidak dianggarkan dalam APBD (tidak melalui mekanisme APBD) sehingga menjadi catatan bagi auditor karena tidak masuk dalam laporan realisasi anggaran”

4.3 Pembahasan Kaitan Perencanaan dan Penganggaran di Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau

Berdasarkan analisis konsistensi perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan yang penulis lakukan, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Untuk analisis konsistensi antara RPJP dan RPJMD Kota Lubuklinggau, menurut penulis terjadi inkonsistensi antara visi RPJPD dan visi RPJMD. Pada visi yang tertuang di RPJPD Kota Lubuklinggau, seharusnya merefleksikan kemampuan yang kemungkinan dapat tercapai dari Kota Lubuklinggau, namun dari visi tersebut seperti mimpi yang sulit dijangkau untuk masa 20 tahun pembangunan. Begitu juga dengan penyusunan misi, bila dibandingkan dengan potensi, kapasitas, kewenangan dan kemampuan yang ada sangat timpang. Pada visi RPJPD penggunaan kata yang mengandung makna multi tafsir (ambigu) seperti “berakhlak” dan “terbaik” sehingga menyulitkan untuk penjabaran pada visi pembangunan di RPJMD. Pembuatan visi pembangunan seharusnya rasional dan memiliki target yang jelas dan dapat diukur, tidak muluk-muluk.
2. Untuk analisis konsistensi antara RPJMD dan RKPD Kota Lubuklinggau, menurut penulis cukup konsisten, namun masih ada beberapa program prioritas kesehatan yang tidak masuk pada RKPD Kota Lubuklinggau Tahun 2010 atau sebaliknya ada di RKPD Tahun 2010 tapi tidak ada di RPJMD. Hal ini menunjukkan bahwa RPJMD terkadang tidak menjadi acuan yang mendasar bagi penyusunan RKPD setiap tahunnya.
3. Untuk analisis konsistensi antara RPJMD Kota Lubuklinggau Tahun 2008-2013 dengan Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau Tahun 2008-2013, menurut penulis terdapat beberapa hal yang inkonsistensi dalam hal visi, misi RPJMD pada RPJMD, dimana pada tujuan pembangunan tercantum jelas bahwa fokus pembangunan juga pada bidang kesehatan dan di visi misi tidak. Dari hal ini nampak jelas bahwa dalam penyusunan Renstra Kesehatan, RPJMD tidak menjadi acuan dalam mendasar.
4. Untuk analisis konsistensi antara Renstra dan Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau, Renja dan RKPD, penulis menyimpulkan bahwa inkonsistensi itu masih terjadi, banyak kegiatan yang tidak diakomodir ke

dalam dokumen perencanaan kesehatan, hal ini dapat terjadi dikarenakan dokumen perencanaan yang diharapkan menjadi rujukan untuk dokumen perencanaan selanjutnya, ternyata tidak dijadikan acuan utama, seperti halnya dokumen tersebut merupakan dokumen yang terpisah bukan satu kesatuan rangkaian proses perencanaan sampai anggaran.

5. Untuk analisis konsistensi antara RKPD dan DPA, terlihat bahwa adanya penambahan kegiatan baru pada DPA yang seharusnya tidak terjadi, karena hal tersebut tidak tercantum dalam RKPD. Setelah dilakukan penelusuran ada beberapa kegiatan yang bersifat kesalahan teknis dari pejabat penyusun anggaran yang sebenarnya dapat dihindari, hal ini bisa terjadi dikarenakan kurangnya koordinasi dengan tim anggaran daerah dan pengetahuan pengelola perencanaan SKPD tentang penyusunan penganggaran yang masih kurang. Selebihnya penambahan kegiatan yang terjadi bersifat insidental.
6. Untuk analisis konsistensi antara DPA Kesehatan APBD Tahun 2010 dengan kaitannya Visi Misi RPJMD Kota Lubuklinggau, penulis dapat simpulkan bahwa inkonsistensi yang terjadi sangat kelihatan, tingkat konsistensinya dapat dinilai rendah karena banyak kegiatan yang terdapat di APBD Kesehatan tidak mencerminkan misi yang terdapat di RPJMD sedangkan visi seperti yang diketahui dari analisis sebelumnya memang visi dalam RPJMD tidak mencerminkan bahwa kesehatan merupakan salah satu prioritas pembangunan.

Dari hasil analisis di atas, inkonsistensi dari beberapa isi dari dokumen perencanaan kesehatan bisa terjadi dikarenakan konsep perencanaan dan penganggaran yang dilaksanakan oleh pejabat perencana tersebut tidak dipahami dengan baik begitu juga komitmennya sebagaimana beberapa responden telah sampaikan. Hal ini juga sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Ascobat Gani tentang permasalahan pembiayaan kesehatan, bahwa pembiayaan kesehatan melalui proses perencanaan diantaranya sangat dipengaruhi oleh kemampuan perencanaan kesehatan dan advokasi Dinas Kesehatan ke Tim Anggaran. Di sini juga diketahui bahwa komitmen para *policy makers* eksekutif maupun legislatif

untuk tetap konsisten dalam program dan kegiatan yang direncanakan dan dianggarkan masih kurang.

Informasi dari responden melalui wawancara mendalam tentang proses perencanaan dan penganggaran program bidang kesehatan dimulai dari pengusulan rencana kerja (renja) yang berisi program dan kegiatan dari Dinas Kesehatan, yang kemudian disosialisasikan dan dibawa mulai dari tingkat kelurahan, terus kecamatan dan akhirnya tingkat kota untuk dimusyawarahkan melalui musrenbang. Mulai ditingkat kecamatan dihadiri oleh DPRD dan instansi yang terkait dengan program dan kegiatan kesehatan tersebut juga dihadiri oleh LSM dan tokoh masyarakat. Pada musrenbang tersebut Dinas Kesehatan menyampaikan program/kegiatan yang akan dilaksanakan tahun berikutnya, dan pada forum ini semua yang hadir mempunyai hak untuk menyampaikan program yang lebih dibutuhkan masyarakat, selanjutnya Dinas Kesehatan menerima usulan tersebut dan kembali memprosesnya bersama forum sehingga didapatlah kesepakatan tentang program yang lebih dibutuhkan masyarakat. Setelah semua tahapan ini dilalui barulah dibawa ke sidang pleno DPRD untuk disahkan, lengkap dengan anggarannya. Namun menurut responden, proses diatas belum sepenuhnya dijalankan, karena terkendala waktu dan kualitas, komitmen SDM yang ada dalam melaksanakan proses perencanaan dan penganggaran tersebut, dan terlebih lagi kesungguhan dari Pemimpin Daerah/Walikota dalam menggiring pencapaian visi misi pembangunannya, begitu juga dengan kebijakan beliau yakni mutasi pejabat yang terlalu sering sehingga berimbas dengan kurangnya pemahaman kepala SKPD baru dalam memahami program dan kegiatan yang ada di dinas.

Penulis mengambil pendapat yang disampaikan oleh Caiden dan Wildavsky (1974), menurut mereka untuk menjaga konsistensi kebijakan atau suatu konsep/program membutuhkan sikap tegas (komitmen) untuk menjamin kebijakan itu berlangsung, yang lain sikap fleksibilitas untuk mengakomodasi antar kebijakan tersebut agar dapat berjalan. Bersikap tegas dan fleksibel secara bersamaan memang cukup sulit untuk dijalankan. Konsistensi ini memiliki 2 tipe yang bisa dihadapi secara bersamaan. Konsistensi yang pertama (vertikal) membutuhkan kontinuitas sebuah rezim pemerintahan yang kuat yang mampu menerapkan preferensinya. Konsistensi kedua (horizontal) membutuhkan

pengetahuan tentang bagaimana kebijakan tersebut saling berinteraksi. Mempertahankan konsistensi ini memang mempertaruhkan banyak energi pengorbanan. Tapi hasil yang didapatkan pun nantinya dapat memuaskan bila sikap ini terus dijaga dan dipertahankan.

Penyusunan rencana pembangunan yang tidak didukung oleh pemahaman dan penguasaan aparat akan proses dan mekanisme penganggaran seringkali mengakibatkan kegagalan dalam pelaksanaannya. Betapapun, dana yang berasal dari anggaran pemerintah merupakan motor utama penggerak pembangunan di daerah. Oleh sebab itu, mudah dipahami bahwa para perencana juga harus memiliki kemampuan dan keterampilan teknis yang memadai di bidang teknik-teknik penganggaran. Perencana yang kurang mampu meyakinkan para perumus kebijakan di daerah mengenai alokasi anggaran untuk program publik tertentu seperti kesehatan pasti tidak akan berhasil mengupayakan dukungan dana sekalipun banyak aspek yang menunjukkan begitu pentingnya program tersebut, sehingga akibatnya tidak dapat dimasukkan ke dalam dokumen anggaran.

4.4 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan penggabungan pendekatan kualitatif dan kuantitatif yang bertujuan untuk menganalisis konsistensi antara perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau selama tahun 2010.

Pengumpulan data sekunder diambil dari dokumen perencanaan dan penganggaran, khususnya penganggaran bidang kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau untuk tahun 2010. Data primer diperoleh dari wawancara mendalam (*In depth Interview*) dengan pejabat terkait dengan penyusunan proses perencanaan dan penganggaran dengan tujuan mendukung hasil penelitian dari data sekunder. Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yaitu :

1. Tidak melakukan penelitian dan tidak menghitung penganggaran kesehatan baik dana yang bersumber pemerintah dan non pemerintah.
2. Tidak melakukan penelitian terhadap indikator kinerja terhadap program-program prioritas yang ada di bidang kesehatan, karena hanya

fokus melihat konsistensi terhadap pengambilan kebijakan program dan kegiatan di bidang kesehatan.

3. Karena kesibukan pekerjaan dari beberapa responden menyebabkan jumlah responden terbatas dan beberapa responden terbatas bukan kepala bagian/kantor, namun responden tersebut merupakan pelaksana yang kompeten di bidangnya.
4. Ada satu responden yang bersedia di wawancara dengan tidak menjawab pertanyaan secara langsung tapi dengan menjawab secara kertas.



BAB 5 PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Dari penelitian yang dilakukan maka dapat disimpulkan hal sebagai berikut:

1. Dari analisis konsistensi antar dokumen perencanaan untuk pencapaian agenda pembangunan daerah terlihat bahwa :

(a) Pada analisis konsistensi antara RPJPD dan RPJMD Kota Lubuklinggau terlihat ketidakkonsistenan/ketidaksesuaian antara Visi dan Misi yang tertuang dalam RPJPD Kota Lubuklinggau dan RPJMD Kota Lubuklinggau. Visi dari RPJPD juga mengandung makna yang membingungkan, dan sukar diukur.

(b) Pada analisis konsistensi antara RPJMD dan RKPD Tahun 2010 Kota Lubuklinggau program prioritas yang tercantum di RPJMD dan RKPD Tahun 2010 Kota Lubuklinggau sudah cukup konsisten, namun masih ada beberapa program prioritas yang tidak masuk pada RKPD Kota Lubuklinggau Tahun 2010 atau sebaliknya ada di RKPD Tahun 2010 tapi tidak ada di RPJMD.

2. Dari analisis konsistensi antara dokumen perencanaan pemerintah daerah dengan dokumen perencanaan SKPD terlihat bahwa :

(a) Pada analisis konsistensi antara RPJMD dan Renstra Kesehatan Kota Lubuklinggau cukup konsisten, namun ketidakkonsistenan terjadi pada penjabaran visi pembangunannya, terlihat dari penjabaran pada visi RPJMD dan Visi Renstra Kesehatan yang tidak selaras.

(b) Pada analisis konsistensi antara Renstra dan Renja Kesehatan Kota Lubuklinggau menunjukkan bahwa dari 72 kegiatan yang ada di Renja Kesehatan 2010 yang penyusunannya konsisten atau berpedoman dengan Renstra Kesehatan sebesar 94.44% yang artinya menunjukkan *tingkat konsistensi yang sangat baik*.

- (c) Pada analisis konsistensi antara Renja dan RKPD Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau terlihat bahwa kegiatan di RKPD Kesehatan APBD 2010 yang sesuai dengan Renja Kesehatan sebesar 91.94% (57 kegiatan dari 62 kegiatan yang ada), dengan persentase sebesar itu menunjukkan *tingkat konsistensi yang sangat baik*.
3. Dari analisis konsistensi antara dokumen perencanaan dan penganggaran maka dapat dilihat bahwa :
- (a) Pada analisis konsistensi antara RKPD Kesehatan dan DPA APBD Kesehatan Tahun 2010 Kota Lubuklinggau terlihat bahwa kegiatan bidang kesehatan di DPA Kesehatan APBD 2010 yang sesuai dengan RKPD Kesehatan sebesar 91.04%, dengan persentase sebesar ini menunjukkan *tingkat konsistensi yang sangat baik*.
- (b) Pada analisis konsistensi antara DPA Bidang Kesehatan Tahun 2010 dengan Visi Misi RPJMD Kota Lubuklinggau maka terlihat bahwa persentase konsistensi untuk program kesehatan sebesar 58.82 % atau 10 program dari 17 program yang ada (*menunjukkan tingkat konsistensi yang cukup/sedang*), sedangkan untuk kegiatannya sebesar 32,84% atau 22 kegiatan dari 67 kegiatan yang ada (*menunjukkan tingkat konsistensi yang buruk*).
4. Dalam penelitian masih terdapat program dan kegiatan yang tidak konsisten. Ketidakkonsistenan/Inkonsistensi disebabkan karena :
- (a) Kurangnya komitmen dari para *stakeholder* dan *policy makers* untuk menjaga kekonsistenan perencanaan dan penganggaran,
- (b) Kurangnya kualitas dari pejabat perencanaan dan penganggaran, tercermin dari penyusunan dokumen perencanaan yang terkesan *copy paste* dengan perencanaan sebelumnya dan perencanaan dari instansi lain,
- (c) Adanya Dana Khusus yang diterima dari Pemerintah Pusat yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan di daerah yang sasaran dan tujuannya tumpang tindih dengan program dan kegiatan di daerah, misalnya DAK yang syarat teknisnya cukup mengikat, yang membuat pejabat perencana kesulitan menyesuaikan dengan syarat tersebut, karena beberapa kegiatan sebenarnya tidak sesuai dengan kebutuhan daerah.

- (d) Pimpinan daerah yang kurang memperhatikan proses perencanaan dan penganggarannya dan kebijakannya yang sering menggonta-ganti para pemegang kebijakan.
5. Visi RPJMD Kota Lubuklinggau dengan Renstra Kesehatan terlihat bahwa Kesehatan bukan lah bidang yang menjadi prioritas pembangunan di Kota Lubuklinggau, dan dari misi RPJMD yang bisa dikaitkan dengan bidang pembangunan kesehatan ada pada misi no 1, 3 dan 5. Tingkat konsistensi program dan kegiatan pada DPA Kesehatan tahun 2010 dengan melihat konsistensinya pada misi no 1, 3 dan 5 RPJMD yang berfokus pada program dan kegiatan yang dampaknya langsung menyangkut pada kesehatan masyarakat dan peningkatan profesionalisme aparatur kesehatan. Maka dari hal ini persentase konsistensi untuk program kesehatan sebesar 58,82% atau 10 program dari 17 program yang ada, sedangkan untuk kegiatannya sebesar 32,84% atau 22 kegiatan dari 67 kegiatan yang ada.

5.2. Saran/Rekomendasi

Terhadap beberapa persoalan yang ditemukan dari hasil penelitian, untuk meningkatkan konsistensi antara perencanaan dan penganggaran, bidang kesehatan di Kota Lubuklinggau maka dapat direkomendasikan:

- (1) optimalisasi fungsi kelembagaan tim perencana di SKPD Kesehatan terutama pada tiap bidang dan seksi;
- (2) perlu komitmen bersama antara DPRD dan eksekutif untuk menjaga konsistensi perencanaan dan penganggaran;
- (3) peningkatan intensitas informasi dan komunikasi dengan pejabat perencana di SKPD, Bappeda dan Tim Anggaran;
- (4) meningkatkan SDM perencana dalam membuat setiap kegiatan yang diajukan dan meningkatkan pengetahuan aparatur yang terkait dalam penyusunan rencana dan anggaran;
- (5) perlunya SKPD dan Bappeda melakukan sinkronisasi antara dokumen perencanaan dan penganggaran yang dibuat oleh SKPD dan Bappeda, misalnya dengan membuat laporan di akhir tahun, sehingga kekonsistenan itu tetap terjaga.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

Australia Indonesia Partnership, *Perencanaan Pengeluaran dan Penganggaran Berbasis Kinerja (PBK) Pada Direktorat Jenderal Bina Marga—Indonesia Infrastructure Initiative*, Kementerian PU, Jakarta Maret 2010

Caiden and Wildavsky (1974). *Planning and Budgeting in Poor Countries*. Google Books. www.Google.com

Conyers, Diana & Hill, Peter. (1984). *An Introduction to Development Planning In The Third World*. The Pitman Press Ltd Bath. Avon, Scotland

Deputi IV BPKP.(2005). *Pedoman Penyusunan Anggaran Berbasis Kinerja (Revisi)*. BPKP. Jakarta

Jhingan, M.L. (2000). *Ekonomi Pembangunan dan Perencanaan*. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta

Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta

Musgrave, Richard A. dan Musgrave, Peggy B. (1989). *Keuangan Negara dalam Teori dan Praktek*. Erlangga. Jakarta

Sugiyono (2003), *Statistika untuk Penelitian*, CV. Alfabeta. Bandung

Todaro, Michael P. dan Smith, Stephen C. (2006). *Pembangunan Ekonomi*. Jilid I. Edisi Kesembilan. Erlangga. Jakarta

Terry, George. R. (1960) *The Principles of Management*, Third Edition, Homewood Illinois: Richard Irwin

World Bank (2010), *Modul Pelatihan MKPP+ SKPD Propinsi NTT*, Peach Program World Bank

Wrihatnolo, Randy R. dan Riant Nugroho F. (2006). *Manajemen Pembangunan Indonesia*. Gramedia/Elexmedia Komputindo. Jakarta.

JURNAL, MAKALAH DAN TESIS

Hogye, Mihaly. *Theoretical Approaches to Public Budgeting*

Meldayeni (2011), *Analisis Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan di Kota Solok Tahun 2007-2010*, Universitas Andalas
 Sumardi (2010), *Keterkaitan Kebijakan Perencanaan Pembangunan dan Penganggaran Daerah*, Journal of Rural and Development Volume 1 No. 1 Februari 2010, FE Universitas Sebelas Maret

Octavianti, Rini, (2008). *Analisis Konsistensi Perencanaan dan Penganggaran Program Pendidikan Dasar dan Menengah di Kabupaten Solok Selatan*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Andalas, tidak dipublikasikan

Saifuddin. (2008). *Analisis Perencanaan Dan Penganggaran Program Kesehatan Ibu Dan Anak Pada Puskesmas Di Kota Banjar Jawa Barat Tahun 2007*. Tesis Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan. Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. Semarang

Widaningrum, Ambar (2007). *Pembangunan Kesehatan : Agenda yang Tidak Serius di Era Otonomi Daerah*. *Interaksi*. Jurnal Politik dan Manajemen Publik : Jurusan Ilmu Administrasi Negara, FISIP UGM, Volume II, Nomor 1 (Maret 2007). Jogyakarta.

Wahyuningsih, Rutiana D., (2007). *Responsibilitas Kebijakan Perencanaan dan Penganggaran Daerah*, LGSP

UNDANG-UNDANG

Undang-undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara

Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional

Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

Undang-undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Kewenangan antara Pemerinta Pusat dan Pemerintah Daerah

Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 tahun 2007

Permendagri No 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan Tatacara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah

MATRIK
INDIKASI RENCANA PROGRAM KEGIATAN INDIKATOR KINERJA KELOMPOK SASARAN DAN PENDANAAN INDIKATIF
RENCANA STRATEGIS 2008-2013 DINAS KESEHATAN KOTA LUBUKLINGGAU
TAHUN 2010

No.	Program	Kegiatan	Kelompok Sasaran	Dana Indikatif
1	2	3	4	5
1	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	Pemberian Makanan Tambahan dan Vitamin	Jumlah pemberian PMT & Vitamin pada Balita : 2000 anak & anak sekolah : 3000	2,160,000,000
		Penanggulangan Gizi Lebih	Jumlah penderita gizi lebih tertangani sesuai standar : 2000 orang (Usia Produktif & Lansia)	201,600,000
		Monitoring, evaluasi dan pelaporan Perbaikan Gizi Masyarakat	Pertemuan Evaluasi Program Gizi : 1 Kali, Pembuatan PWS SKDN Gizi : 96 Laporan.	46,306,224
		Seminar Sehari ASI Eksklusif	Jumlah Peserta yang mengikuti seminar = 120 orang Menurunnya prevalensi gangguan gizi pada masyarakat = 80%	186,000,000
2	Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	Pengembangan Media promosi dan Informasi sadar Hidup Sehat	Adanya media untuk pesan-pesan kesehatan (Radio spot : 10 kali & Leaflet, poster, kalender: 2500 buah, billboard : 1	425,008,680
		Penyuluhan masyarakat pola hidup sehat	Jumlah frekuensi penyuluhan Kesehatan : 12 kali, Lomba Kelurahan PHBS : 9 Kali, Jambore Kader Posyandu : 1	177,600,000
		Peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan	Jumlah Posyandu di revitalisasi : 8 PKM, Lomba Posyandu dan Akreditasi Kelurahan Siaga Tk. Kota & Kec : 9 kali	610,704,576
		Peningkatan pendidikan tenaga penyuluh kesehatan	Pelatihan TOMA dan Nakes Kelurahan Siaga : 39 Kelurahan Meningkatnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	105,787,200
3	Program Upaya Kesehatan Masyarakat	Pemeliharaan dan Pemulihan Kesehatan	Pembinaan Dokter Kecil dan Pelayanan Kesehatan di Sekolah : 95 SD, 30 SMP dan 15 SMA.	243,081,000
		Peningkatan pelayanan dan penanggulangan masalah kesehatan	Lomba Sekolah Sehat dan Remaja Sehat Tk. Kota dan Kecamatan : 18 Kali	204,502,320
		Peningkatan kesehatan masyarakat	Pelatihan bidang kesehatan : 8 PKM, Peningkatan manajemen kesehatan : 8 PKM	3,595,799,200
		Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya (DAK)	Peningkatan sarana kesehatan = 1 pkt	2,523,823,920
		Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut bagi siswa SD	Jumlah pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada siswa SD : 95 SD/MI	156,000,000
		Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan (Operasional UPTD)	Tersedianya biaya operasional & pemeliharaan UPTD = 1 pkt	897,598,224

No.	Program	Kegiatan	Kelompok Sasaran	Dana Indikatif
1	2	3	4	5
		Pelayanan kesehatan mata siswa SD	Jumlah pelayanan kesehatan gangguan mata pada siswa SD : 95 SD/MI Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan masyarakat = 80%	117,600,000
4	Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita	Penyuluhan kesehatan anak balita	Lomba Balita Sehat Tk. Kota dan Kecamatan : 9 kali	127,212,000
		Pelatihan dan pendidikan perawatan anak balita	Jumlah Kader mampu dalam penatalaksanaan tumbuh kembang anak : 40 Orang	95,267,232
		Pelatihan KIA Bagi Petugas Kesehatan	Jumlah Petugas Kesehatan Yang : 40 orang (2 angkatan) Menurunnya angka kematian balita	120,000,000
5	Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia	Pelayanan pemeliharaan kesehatan	Lomba Senam Lansia dan Posyandu Lansia Tk. Kota : 2 Kali, Tk. Kec : 16 Kali	170,784,576
		Pendidikan dan pelatihan perawatan kesehatan	Jumlah Kader Posyandu Lansia dilatih : 40 Orang	39,311,280
		Pelayanan kesehatan lansia	Jumlah Lansia/pra lansia mendapatkan pelayanan kesehatan : 12.609 Lansia	70,626,528
		Pengembangan PKM Santun Lansia	Pengadaan Peralatan PKM Santun Lansia : 4 Pkt, Rehab Poli Lansia = 4 PKM Meningkatnya usia harapan hidup	258,000,000
6	Program Peningkatan Keselamatan ibu melahirkan dan anak	Penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil dari keluarga kurang mampu	Lomba GSI Tk. Kota : 1 Kali, Tk. Kec : 8 Kali, Kampanye GSI : 1 kali	82,550,880
		Perawatan secara berkala bagi ibu hamil bagi keluarga kurang mampu	Pelayanan pemeriksaan kehamilan untuk bumil : 4536 bumil	150,540,000
		Pelayanan Pap Smear	Jumlah Wanita Usia Subur mendapatkan pelayanan pemeriksaan Pap Smear : 200 WUS	86,400,000
		Pelatihan Bidan Poskeslur dlm rangka pengembangan Kelurahan Siaga	Jumlah Bidan Poskeslur yang Dilatih 40 org	135,000,000
7	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	Jumlah Fogging Fokus : 25 Kali, Fogging Sebelum musim penularan : 48 kali	123,644,160
		Pelayanan vaksinasi bagi balita dan anak balita	Jumlah Bayi mendapatkan pelayanan Imunisasi Lengkap : 4186 Bayi, TT2 Bumil : 4536 bumil, Jumlah Pelaksanaan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) : 95 SD/MI	168,480,000
		Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	Pemberantasan Penyakit HIV/AIDS, Rabies: 1 paket Pemberantasan Penyakit Diare : 8 Kecamatan Pemberantasan Penyakit TB Paru : 8 Kecamatan	210,000,000

No.	Program	Kegiatan	Kelompok Sasaran	Dana Indikatif
1	2	3	4	5
		Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik	Pemeriksaan Jentik Berkala dan Abatisasi : 30 lokasi dan Pencegahan penyakit malaria : 1 paket	204,449,040
		Peningkatan imunisasi	Jumlah PWS Imunisasi dibuat dalam setahun : 104 laporan, Pertemuan evaluasi program imunisasi : 1 kali, studi banding program imunisasi : 1 kali, Pengambilan vaksin : 12 kali/Th.	123,935,760
		Peningkatan surveillance epidemiologi dan penanggulangan wabah	Pelatihan surveilans : 2 kali, pelatihan surveilans, Review Program Surveilans : 1 kali, Penyelidikan KLB dan Pelaksanaan SKD-KLB : 8 Puskesmas	129,472,740
		Peningkatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	Desiminasi Informasi penanggulangan Penyakit Menular : 4 kali, Pembuatan Media Penyuluhan Program P2M : 1 paket	66,535,200
		Monitoring, evaluasi dan pelaporan Program P2M	Pertemuan Evaluasi Program P2M : 1 Kali, Pembuatan Laporan Program P2M : 96 Laporan dan Bimbingan teknis ke Puskesmas : 8 Puskesmas	69,546,240
		Pencegahan dan Penanggulangan Peny. Saluran Pernapasan dan Flu Burung	Pemberantasan penyakit ISPA, Pneumonia, TB Paru, dan Flu Burung = 8 Kec.	90,000,000
		Pelatihan Surveilans Epidemiologi	Pelatihan Surveilans Epidemiologi bagi Kader Kelurahan Siaga = 80 orang (2 angkatan) Menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular	114,189,000
8	Program Pengembangan Lingkungan Sehat	Penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar terutama bagi masyarakat miskin	Bantuan stimulan pembuatan MCK bagi keluarga miskin : 2 sarana utk 5 Kecamatan	270,000,000
		Monitoring evaluasi dan pelaporan Kesehatan Lingkungan	Bimtek ke Puskesmas : 8 PKM, Monitoring Kualitas air : 400 SAB dan Penyemprotan lalat : 24 Kali.	600,737,262
9	Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan jaringannya	Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas	Pembelian sarana dan prasarana PKM = 8 paket	323,046,806
		Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya	pemeliharaan sarana dan fasilitas puskesmas = 8 PKM dan jaringannya	453,755,520
		Rehabilitasi dan Pengembangan Puskesmas, Pustu dan Polindes	Pembangunan gedung bertingkat Puskesmas dan Pustu Perkotaan dan Pustu serta Rehabilitasi Polindes	3,600,000,000
		Pembangunan Poli Klinik	Pembangunan Pos Kesehatan Kelurahan (Poskeslur) Terpadu (Polindes, Pustu dan Posyandu Permanen) : 10 Buah	5,760,000,000

No.	Program	Kegiatan	Kelompok Sasaran	Dana Indikatif
1	2	3	4	5
		Pembangunan Posyandu	Pembangunan Posyandu Balita Permanen : 30 Posyandu	4,320,000,000
			Meningkatnya pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan	
10	Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	Kemitraan Peningkatan Kualitas Dokter dan Paramedis		
		- Pelatihan ATLS dan CTLS bagi Dokter dan Tenaga Paramedis Puskesmas Rawat Inap + UGD (PKM Petanang & Simpang Periuik)	Jumlah tenaga kesehatan mengikuti pelatihan ATLS : 2 Orang dan CTLS : 8 Orang.	288,000,000
		- Pendidikan Dokter Spesialis (4 Dokter Spesialis Dasar)	Jumlah Dokter Spesialis yang mengikuti pendidikan = 4 orang (kontrak per tahun)	288,000,000
		- Pendidikan utk Ahli Rontgen, Fisioterapi dan Ahli Anestasi	Jumlah Ahli Rontgen = 2 orang, Ahli Fisioterapi = 2 orang, Ahli Anestasi = 2 orang	200,000,000
		Peningkatan Kualitas Dokter dan Paramedis		
		- Pemilihan Dokter, Paramedis, Bidan, Jurim, Petugas Gizi Teladan dan Puskesmas Berprestasi + Monev Pelaporan Nakes	Jumlah Petugas Kesehatan mengikuti lomba : 40 Orang, Puskesmas : 8 unit dan Monitoring Nakes : 8 PKM	117,011,808
		Kemitraan Alih Teknologi Kedokteran dan Kesehatan (Sosialisasi UU Praktek Kedokteran, Perawat dan Bidan)	Sosialisasi UU Praktek Kedokteran, Perawat dan Bidan : 1 kali (40 Orang)	37,646,784
		Kemitraan Pengobatan Bagi Pasien Kurang Mampu (Pelayanan Dokter Spesialis, Peny. Dalam, Bedah, Anak dan Kebidanan)	Jumlah Pasien Gakin yang mendapatkan pelayanan dokter spesialis : 500 pasien	167,279,760
		Peningkatan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan	Monitoring dan Evaluasi Program = 30 sarana kesehatan, Pelatihan Dasar2 Pelayanan Kesehatan dan Rujukan = 30 peserta	46,804,440
11	Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	Pelayanan Operasi Katarak	Jumlah Penderita Katarak dioperasi : 30 Orang	129,333,312
		Pelayanan Operasi Bibir Sumbing	Jumlah Penderita Bibir Sumbing dioperasi : 10 Orang	62,085,312
		Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Kota	Jumlah penduduk yang diberikan asuransi kesehatan : Menurunnya masalah kesehatan bagi keluarga miskin	3,500,000,000
12	Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan	Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan	Jumlah peserta yang tersosialisasi standar pelayanan kesehatan : 30 orang	51,796,800
			Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan	
13	Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan	Jumlah obat-obat untuk pelayanan kesehatan : 1 Pkt	3,142,734,705

No.	Program	Kegiatan	Kelompok Sasaran	Dana Indikatif
1	2	3	4	5
		Peningkatan Pemerataan Obat dan Perbekalan Kesehatan	Jumlah Sarana Kesehatan Pemerintah yang telah terdistribusi obat secara lancar : 49 Sarana (PKM, Pustu, Polindes dan RSI SA) Jumlah Puskesmas yang melaporkan Laporan Pemakaian Obat secara rutin dan benar : 8 PKM	156,398,400
		Peningkatan Mutu Penggunaan Obat dan Perbekalan Kesehatan	Adanya perencanaan dan pengawasan penggunaan obat secara baik : 1 paket, Pengawasan distribusi obat di Puskesmas = 8 PKM	18,137,275
		Pengadaan Alat-alat Kesehatan untuk Puskesmas dan Jaringannya (DAK)	Pengadaan peralatan kesehatan untuk puskesmas dan jaringannya : 1 paket	2,836,168,135
14	Program Pengawasan Obat dan Makanan	Peningkatan Pemberdayaan Konsumen/Masyarakat di bidang Obat dan Makanan	Jumlah peserta (SD) yang mengikuti penyuluhan jajanan yang aman dan sehat : 24 orang Jumlah peserta (Kader) yang mengikuti sosialisasi keamanan pangan: 94 orang	99,960,480
		Peningkatan Pengawasan Keamanan Pangan dan Bahan Berbahaya	Jumlah Industri Rumah Tangga yang dilakukan sampling makanan dan pengujian BTM : 30 IRTP	323,304,696
		Peningkatan Kapasitas Laboratorium Pengawasan Obat dan Makanan	Tersedianya peralatan (formaldehid test) untuk mendeteksi makanan yang mengandung Bahan Tambahan Makanan Berbahaya : 10 unit	29,132,856
		Peningkatan Penyidikan dan Penegakan Hukum di Bidang Obat dan Makanan	Tertanganinya KLB keracunan makanan : 5 Kasus	37,711,188
		Sosialisasi Pelayanan Informasi Obat	Jumlah peserta yang telah tersosialisasi pelayanan informasi obat : 30 orang	46,080,000
		Sosialisasi Kosmetika	Jumlah peserta yang telah tersosialisasi kosmetika : 30 orang	22,413,600
15	Program Pengembangan Obat Asli Indonesia	Pengembangan Standarisasi Tanaman Obat Bahan Alam Indonesia	Jumlah Apotik, Toko Obat, dan Pengobatan Tradisionil yang menjual produk obat tradisionil yang mendapatkan pengawasan dan pembinaan sesuai standar mutu : 77 Sarana Terawasinya peredaran obat tradisionil dan pengobat tradisionil	50,627,379
16	Program Pengawasan dan Pengendalian Kesehatan Makanan	Pengawasan Keamanan dan Kesehatan Makanan Hasil Industri	Jumlah industri distribusi Mak-Min yang diawasi : 20 sarana Makanan & 10 Damiu	38,063,520
		Pengawasan dan Pengendalian Keamanan dan Kesehatan Makanan Hasil Produksi Rumah Tangga	Jumlah industri pangan rumah tangga yang diawasi : 40 sarana	164,529,000

No.	Program	Kegiatan	Kelompok Sasaran	Dana Indikatif
1	2	3	4	5
			Hasil Sampling Makanan yang tidak memenuhi syarat kesehatan	
17	Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	Penambahan ruang Rawat Inap rumah sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II & III) RSI Siti Aisyah LLG	Pembangunan ruangan tambahan Rawat inap : 1.000 m2.	3,600,000,000
		Pembangunan Ruang ICU, ICCU, NICU	Pembangunan Ruang ICCU/NICU : 200 m2.	720,000,000
		Pembangunan Ruang Unit Radiologi	Pembangunan Ruang Radiologi : 150 m2.	432,000,000
		Pembangunan Ruang Laboratorium	Pembangunan Ruang Laboratorium : 150 m2.	288,000,000
		Pembangunan Kamar Jenazah	Pembangunan Kamar Jenazah : 100 m2.	288,000,000
		Pengadaan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit	- Unit Radiologi : 1 Pkt - Unit ICU/NICU : 1 Pkt - Unit Perawatan : 1 Pkt - Unit OK/UGD : 1 Pkt - Unit Laboratorium : 1 Pkt - Unit Trauma Centre : 1 Pkt	12,240,000,000
		Pembangunan Unit Trauma Centre	Pembangunan Unit Trauma Centre : 150 m2	1,255,000,000.0
18	Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	Penyediaan jasa surat menyurat	Jumlah Surat Terkirim Selama 1 Tahun : 2500 buah	25,416,000
		Penyediaan jasan komunikasi, sumber daya air dan listrik	Jumlah rekening air, listrik dan telp/fax dibayar : 12 bulan	59,472,000
		Penyediaan jasa administrasi keuangan	Petugas/Panitia Kegiatan Pengelolaan Keuangan/Barang di Dinas Kesehatan diberikan honor : 12 Bulan:	574,056,000
		Penyediaan jasa kebersihan kantor	Petugas Kebersihan diberikan uang jasa : 12 Bulan:	17,449,200
		Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	Jumlah peralatan kerja diperbaiki : 24 unit	30,744,000
		Penyediaan alat tulis kantor	Jumlah sarana ATK selama 1 tahun : 8 Pkt	43,209,360
		Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	Jumlah Blangko/buku untuk kegiatan administrasi tercetak/tergandakan : 2500 Buku	46,432,800
		Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	Jumlah Komponen Instalasi Listrik Bangunan Kantor : 20 set	6,833,952
		Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	Jumlah Peralatan & Perlengkapan kantor yang layak pakai tersedia : 79 set	119,294,496
		Penyediaan peralatan rumah tangga	Jumlah Peralatan RT tersedia 3 set	39,000,000
		Penyediaan makanan dan minuman	Jumlah Mak-Min tersedia selama setahun untuk kegiatan pertemuan/rapat LS & LP : 20 Kali dan utk pasien di PKM RI : 12 Bl.	43,056,000

No.	Program	Kegiatan	Kelompok Sasaran	Dana Indikatif
1	2	3	4	5
		Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah	Jumlah Kegiatan Rapat-Rapat Koordinasi dan Konsultasi Ke Luar Daerah dalam setahun : 25 Kali	217,267,200
19	Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	Pembangunan Gedung Bertingkat Dinas Kesehatan	Adanya bangunan kantor Dinas Kesehatan 2 lantai : 1 unit.	107,225,496
		Pengadaan perlengkapan gedung kantor	Tersedianya perlengkapan gedung kantor : 1 paket	53,194,320
		Pemeliharaan rutin/berkala gedung kantor	Terpeliharanya Gedung/Sarana Kesehatan : 50 unit	12,528,000
		Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	Terpeliharanya kendaraan dinas : 15 unit	189,878,400
20	Program peningkatan disiplin aparatur	Pengadaan pakaian khusus hari-hari tertentu	Jumlah baju dinas tersedia : 465 Stel	211,398,840
		Pelatihan Leadership, Self Building, Motivation Training	Terlatihnya Kadin, Kasubdin, Kasie dan Pimpinan Puskesmas = 24 orang	129,600,000
21	Program peningkatan pengembangan sistem capaian kinerja dan keuangan	Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	Adanya laporan capaian kinerja & ikhtisar realisasi Kinerja Dinkes : 5 Buku	7,184,880
		Penyusunan pelaporan keuangan semesteran	Tersusunnya Prognosis Realisasi Keuangan Dinkes : 1 Dokumen.	8,226,000
		Penyusunan pelaporan keuangan akhir tahun	Tersusunnya Pelaporan Keuangan akhir Tahun : 1 Dokumen	10,044,864
		Perencanaan Teknis dan Pengembangan Kesehatan Terpadu	Adanya dokumen perencanaan teknis dan pengembangan kesehatan terpadu = 1 Dokumen; Adanya Dokumen Profil	104,700,000
		Survei Akreditasi Pelayanan Kesehatan Daerah dan Tenaga Kesehatan	Terakritisasinya RS Siti Aisyah, Puskesmas dan Jaringannya serta Tenaga Kesehatan	182,500,000
		Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah Kota Lubuklinggau	Terbentuknya Sistem Informasi Kesehatan Daerah	475,800,000

RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN TAHUN ANGGARAN 2010 (RENCANA KERJA KESEHATAN 2010)

SKPD : DINAS KESEHATAN KOTA LUBUKLINGGAU

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
I	Program Perbaikan Gizi Masyarakat			
1	Pemberian Makanan Tambahan dan Vitamin	Jumlah pemberian PMT : 200 Bumil Resti gakin, 100 penderita TB Paru dan 35 Balita Kurang Gizi (Rp.100.000,- per org/bulan x 7 Bulan), PMT Balita Gizi Kurang di 15 kelurahan.	200 bumil gakin, 100 penderita TB Paru, 35 Balita Kurang Gizi di 15 Kelurahan	582,120,000
2	Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin			
1	Pelayanan Operasi Katarak	Jumlah Penderita Katarak dioperasi : 30 Orang, yang berasal dari 8 Kecamatan.	8 Kecamatan	140,039,700
2	Pelayanan Operasi Bibir Sumbing	Jumlah Penderita Bibir Sumbing dioperasi : 20 Orang, yang berasal dari 8 Kecamatan.	8 Kecamatan	126,439,700
3	Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Lubuklinggau	Jumlah peserta 103.581 jiwa, total dana yg dibutuhkan 6.214.860.000,-, sharing 60% APBD II Kota LLG, APBD Propinsi 2.485.944.000,-, (40%), sasaran : seluruh penduduk yang tidak dijamin oleh Jamkesmas Pusat dan ASKES PNS.	8 Kecamatan	3,902,216,000
3	Program Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan jaringannya			
1	Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas (DAK/APBD)	Pengadaan Sarana Moubelair dan Peralatan Kantor(Mesin Tik) untuk Poskeslur 16 unit dan Tanah 2 lokasi (Poskeslur Kenanga dan Taba Pingin) dialihkan ke Pemerintahan Rp.100.000.000,-.	8 Puskesmas	100,000,000
2	Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya	Pemeliharaan sarana dan fasilitas puskesmas = 8 PKM dan jaringannya	8 Puskesmas	178,129,600
3	Pembangunan Pengadaan Rehabilitasi dan Pengembangan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya(DAK/APBD)	<p>1. <i>Pembangunan Baru Poskeslur Kenanga</i></p> <p>2. <i>Pembangunan Baru Poskeslur Taba Pingin</i></p> <p>3. <i>Peningkatan Poskeslur Tapak Lebar</i> Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-) Pembuatan Pagar (74 m x @ Rp.1.000.000,-) + SAB + Listrik</p> <p>4. <i>Peningkatan Poskeslur Lubuk Tanjung</i> Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-) Peningkatan Pagar (74 m x Rp.600.000,-)</p> <p>5. <i>Peningkatan Poskeslur Siring Agung</i> Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-) Peningkatan Pagar (82 m x Rp.600.000,-)</p> <p>6. <i>Peningkatan Poskeslur Ulak Lebar</i> Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)</p>	<p>1 unit</p> <p>1 unit</p> <p>20 m</p> <p>74 m</p> <p>20 m</p> <p>74 m</p> <p>20 m</p> <p>82 m</p> <p>20 m</p>	<p>216,300,000</p> <p>216,300,000</p> <p>51,500,000</p> <p>91,670,000</p> <p>51,500,000</p> <p>45,732,000</p> <p>-</p> <p>51,500,000</p> <p>50,676,000</p> <p>-</p> <p>51,500,000</p>

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
		Peningkatan Pagar (70 m x Rp.600.000,-)	70 m	43,260,000
		<i>7. Peningkatan Poskeslur Pelita Jaya</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (70 m x Rp.600.000,-)	70 m	43,260,000
		<i>8. Peningkatan Poskeslur Karya Bakti</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar 80 m x Rp.600.000,-)	80 m	49,440,000
		<i>9. Peningkatan Poskeslur Mesat Seni</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (92 m x Rp.600.000,-)	92 m	56,856,000
		<i>10. Peningkatan Poskeslur Waringin Puncak Kemuning</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (74 m x Rp.600.000,-)	74 m	45,732,000
		<i>11. Peningkatan Poskeslur Senalang</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (76 m x Rp.600.000,-)	76 m	46,968,000
		<i>12. Peningkatan Poskeslur Marga Rahayu</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (70 m x Rp.600.000,-)	70 m	43,260,000
		<i>13. Peningkatan Poskeslur Margorejo</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (74 m x Rp.600.000,-)	74 m	45,732,000
		Rehab berat Pustu Ulak Surung bagian depan + pagar	1 unit	355,350,000
4	Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit			
1	Peningkatan Sarana dan Prasarana RSUD Siti Aisyah Lubuklinggau.	Penambahan ruang Rawat Inap Kelas III. RSI Siti Aisyah LLG (Lanjutan Bertingka	1 unit	840,000,000
		Pembangunan R. Anestesi + Kamar Operasi = 340 M2 x @ Rp.2.800.000,-	1 unit	875,500,000
		Pembangunan Unit Laundry = 200 M2 x @ Rp.2.800.000,-	1 unit	560,000,000
		Pembangunan Unit Transfusi Darah = 180 M2 x @ Rp.2.800.000,-	1 unit	504,000,000
		Rehab Ruang Rawat Inap	1 unit	150,000,000
		Pembuatan DED (Detail Eengineering Desaign) RSUD Siti Aisyah LLG	1 pt	320,000,000
2	Pengadaan Alkes untuk RSUD Siti Aisyah LLG (DAK/APBD)	Peralatan untuk Ruang Bersalin	1 set	450,000,000
		Peralatan unit Laundry	1 set	700,000,000
		Peralatan Unit Transfusi Darah	1 set	750,000,000
5	Program Obat dan Perbekalan Kesehatan			
1	Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan	Jumlah obat-obat untuk pelayanan kesehatan : 1 \$ per kapita	1 pkt	1,890,884,300

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
2	Peningkatan Pemerataan Obat dan Perbekalan Kesehatan	Operasional Gudang Farmasi Kota Lubuklinggau, dan distribusi obat-obatan ke sarana kesehatan.	48 sarana	175,629,900
3	Pengadaan Alat-alat Kesehatan untuk Puskesmas dan Jaringannya (DAK/APBD)	Peralatan kesehatan poskeslur (30 set x Rp.39.600.000,-)	30 set	1,188,000,000
		Peralatan Laboratorium Puskesmas Perkotaan (3 Set x @ Rp.460.000.000,-)	3 set	1,380,000,000
		Peralatan Sanitarian Kit (3 set x Rp.50.000.000,-)	3 set	150,000,000
		Pengadaan PONED Kit 2 set (3 Set x @ Rp.98.000.000,-)	3 set	294,000,000
		Pengadaan Cold Chain 4 buah (4 Bh x @ Rp.46.500.000,-)	4 unit	186,000,000
		Pengadaan Lansia Kit (30 set x @ Rp.9.600.000,-)	30 set	288,000,000
		Pengadaan UKS Kit (10 set x @ Rp.7.500.000)	10 set	75,000,000
		Dental unit set (4 set x @ Rp.215.000.000,-)	4 set	860,000,000
6	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular			
1	Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	Jumlah Fogging Fokus : 30 kasus, Fogging Sebelum musim penularan : 65 lokasi (daerah Rawan DBD).	8 Kecamatan	98,437,500
2	Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik (Malaria, DBD)	Pencegahan Penyakit Malaria & DBD melalui Pembentukan Juru Mantau Jentik (JUMANTIK) dan Juru Malaria Kelurahan (JUMAKEL) sebanyak 40 Kader, Pemeriksaan Jentik Berkala, Abatisasi dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) : 4 Kali	8 Kecamatan	208,661,700
3	Pelayanan vaksinasi bagi balita dan anak balita	Pelayanan imunisasi Posyandu : 1 tahun, Sweeping Kelurahan Non UCI : 1o kelurahan, Pelayanan, Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) : 98 SD/MI,	8 Kecamatan	134,210,000
4	Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	Penanggulangan penyakit Diare/Survei kecacingan, Rabies, Care Seeking ISPA/Flu Burung, TBC dan IMS & HIV AIDS (Pembentukan klinik VCT) : 1 tahun	8 Kecamatan	300,160,200
5	Peningkatan imunisasi	Pelayanan Kesehatan Jemaah Haji : 350 CalHaj, Pemeliharaan dan Perawatan Cold Chain, On The job training peningkatan pelayanan imunisasi.	8 Kecamatan	69,799,125
6	Peningkatan surveillance epidemiologi dan penanggulangan wabah	Review Program Surveilans : 1 kl; Sosialisasi SKD-KLB Kader dan AFP Guru UKS : 2 kl; Penyelidikan epidemiologis, Pelacakan Spesimen KLB AFP : 6 kl	8 Kecamatan	147,378,100
7	Imunisasi Hepatitis B pada anak sekolah	Pemberian imunisasi Hepatitis B siswa SMA (8.438 Remaja)	8 Kecamatan	1,956,800,000
7	Program Pengembangan Lingkungan Sehat			
1	Penyehatan lingkungan pemukiman dan tempat-tempat umum	Pengawasan dan Pemeriksaan Sampel Bakteriologi Air Bersih dan Kimia Air pd RM, Hotel & IRT : 530 sampel; Pelacakan Kasus Peny. Yang Berbasis Lingkungan : 40 lks; Pengukuran Tk. Kepadatan Lalat : 2 kl; Pembelian Miss Blower : 1 bh	8 Kecamatan	279,939,000

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
	2 Pengembangan Kota Sehat	Pelaksanaan Lomba Kelurahan Sehat Tk. Kota : 1 kl dan Pembentukan forum kesehatan kota & Kec (Forkesta & Forkescam)	8 Kecamatan	70,144,400
8	Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat			
	1 Pengembangan Media promosi dan Informasi sadar Hidup Sehat	Pembuatan Media Penyuluhan Kesehatan : 3 jenis (Pembuatan papan Bill Board pesan Kesehatan 4 unit, Pesan No Smoking Area : 10 unit, Radio Spot (dialog interaktif) : 1.164 kali dan Media Cetak 30 kl, Pembuatan poster dan leaflet pesan kesehatan : 4000 lbr)	8 Kecamatan	351,784,800
	2 Penyuluhan masyarakat pola hidup sehat	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat : 2 angk, Lomba Kelurahan PHBS Tk. Kota : 1 kl	8 Kecamatan	70,144,400
	3 Peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan	Lomba Kelurahan Siaga Tk. Kota = 1 kali, Pembinaan Kelurahan Siaga dan Posyandu = 2 kali, Pembentukan Forum Masyarakat Kelurahan = 14 kelurahan, Pelaksanaan Musyawarah Masyarakat Desa = 14 kelurahan, Jambore Kader Posyandu = 2 kali	8 Kecamatan, 98 Posyandu	493,656,550
9	Program Upaya Kesehatan Masyarakat			
	1 Pemeliharaan dan Pemulihan Kesehatan	Pembinaan sekolah sehat percontohan : 2 SD, 1 SMP dan 1 SMA, Pembinaan Dokter Kecil dan Pelayanan Kesehatan UKS & Gimul di Sekolah : 98 SD, 30 SMP dan 15 SMA., Lomba Sekolah Sehat dan Remaja sehat; Pengadaan Baju Dokcil	98 SD, 30 SMP dan 15 SMA.	107,783,750
	2 Peningkatan kesehatan masyarakat (Kegiatan <i>Supporting</i> DHS II Kota Lubuklinggau)	Pelatihan APN : 1 kl; Pelatihan Kader Poskeslur ttg Surveilans Peny. & Masalah Kesehatan Berbasis Masy : 1 kl; Pengembangan Model Desa Siaga Percontohan; Pembinaan Kelurahan Siaga Percontohan; Operasional Sekretariat DHS-2	1 Kegiatan	229,980,200
	3 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan (Operasional UPTD)	Penyediaan biaya utk operasional & pemeliharaan UPTD = 8 Puskesmas dan Labkesda	8 Puskesmas	740,000,000
	5 Pelatihan Perkesmas bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas Kota Lubuklinggau	Pelatihan Perkesmas bagi Tenaga Kesehatan : 1 kl	8 Puskesmas	34,073,000
10	Program Peningkatan Keselamatan ibu melahirkan dan anak			
	1 Pelayanan dan Pembinaan Kesehatan Ibu dan Anak	Audit Maternal Perinatal : 3 kl; Pelayanan Pap Smear : 100 WUS	8 Kecamatan	129,641,000

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
2	Lomba-Lomba bidang Kesehatan Keluarga	Lomba Balita Sehat Tk. Kota dan Kecamatan : 9 kali, Lomba GSI Tk. Kota : 1 Kali, Pembinaan GSI Tk. Kec : 8 Kali, Kampanye GSI : 2 kali, Lomba Senam Lansia dan Posyandu Lansia Tk. Kota : 2 Kali, Pembinaan Posyandu & Senam Lansia Tk. Kec : 8 Kali	8 Kecamatan	450,155,200
11	Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan			
1	Peningkatan Kualitas Dokter dan Paramedis - Pemilihan Dokter, Paramedis, Bidan, Jurim, Petugas Gizi Teladan dan Puskesmas Berprestasi + Monev Pelaporan Nakes	Jumlah Petugas Kesehatan mengikuti lomba : 40 Orang, Puskesmas : 8 unit dan Monitoring Nakes : 8 PKM, Jumlah nakes teladan yang akan dilombakan ke tingkat Provinsi : 5 orang. Jumlah dokter yang menjalani pendidikan dokter spesialis : 2 orang	8 Puskesmas	251,427,250
12	Program Pengawasan Obat dan Makanan			
1	Pengawasan Farmasi Obat Tradisional Kosmetika & Makanan	Pengawasan dan Pemeriksaan sampel pada Toko Obat 15 sarana, Apotik 17 sarana, Kosmetik 8 Sarana Jumlah industri distribusi Mak-Min yang diawasi : 30 sarana Makanan	60 sarana	146,108,725
2	Sertifikasi Industri Pangan dan Hasil Industri Rumah Tangga	Pertemuan Sertifikasi bagi Pengelola Industri Rumah Tangga : 30 orang	8 Kecamatan	28,896,900
13	Program Pelayanan Administrasi Perkantoran			
1	Penyediaan jasa surat menyurat	Jumlah Surat Terkirim Selama 1 Tahun : 2500 buah	2500 surat	21,180,000
2	Penyediaan jasan komunikasi, sumber daya air dan listrik	Jumlah rekening air, listrik dan telp/fax dibayar : 12 bulan	12 bulan	49,560,000
3	Penyediaan jasa administrasi keuangan	Petugas/Panitia Kegiatan Pengelolaan Keuangan/Barang di Dinas Kesehatan diberikan honor : 12 Bulan:	12 bulan	378,380,000
4	Penyediaan jasa kebersihan kantor	Petugas Kebersihan diberikan uang jasa : 12 Bulan:	12 bulan	14,541,000
5	Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	Jumlah peralatan kerja diperbaiki : 24 unit	24 unit	25,620,000
6	Penyediaan alat tulis kantor	Jumlah sarana ATK selama 1 tahun : 8 Pkt	8 pkt	28,007,800
7	Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	Jumlah Blangko/buku untuk kegiatan administrasi tercetak/tergandakan : 2500 Buku	2500 buku	48,750,000
8	Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	Jumlah Komponen Instalasi Listrik Bangunan Kantor : 20 set	20 set	15,694,960
9	Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	Jumlah Peralatan & Perlengkapan kantor yang layak pakai tersedia : 79 set	79 set	49,000,000
10	Penyediaan makanan dan minuman	Jumlah Mak-Min tersedia selama setahun untuk kegiatan pertemuan/rapat LS & LP : 20 Kali	12 bulan	35,880,000

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
11	Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah	Jumlah Kegiatan Rapat-Rapat Koordinasi dan Konsultasi Ke Luar Daerah dalam setahun	88 kali	200,000,000
14	Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur			
1	Pengadaan perlengkapan gedung kantor	Tersedianya perlengkapan gedung kantor : Mesin Tik, AC split, terali dan Pembuatan Taman serta pagar Kantor Dinkes	3 set	145,000,000
2	Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	Terpeliharanya kendaraan dinas : 15 unit	15 unit	158,232,000
3	Pengadaan Pakaian Dinas Harian PNS	Tersedianya pakaian dinas bagi PNS di Dinas Kesehatan sebanyak 564 steel	564 Steel	211,500,000
4	Pengadaan Pakaian Olahraga	Tersedianya pakaian Olahraga di Dinas Kesehatan sebanyak 96 steel	104 steel	62,400,000
15	Program peningkatan pengembangan sistem capaian kinerja dan keuangan			
1	Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	Adanya laporan capaian kinerja & ikhtisar realisasi Kinerja Dinkes : 2 Dokumen. (LAKIP dan Lap. Kemajuan Fisik).	1 Pt	5,987,400
2	Penyusunan pelaporan keuangan semesteran	Tersusunnya Prognosis Realisasi Keuangan Dinkes : 1 Dokumen (Laporan realisasi keuangan)	1 Pt	6,855,000
3	Perencanaan Teknis dan Pengembangan Kesehatan Terpadu	Pengembangan sistem Informasi manajemen kesehatan terpadu dan penyusunan perencanaan bidang kes.	1 Pt	38,000,000
4	Monitoring dan Evaluasi Program Pembangunan Kesehatan	Pembuatan Profil Kesehatan Kota Lubuklinggau = 1 Dokumen, Pertemuan Evaluasi program kesehatan : 4 kali/tahun, Survei Asset :Kesehatan di 8 Kecamatan.	1 pt	37,500,000
JUMLAH				26,414,265,160

Lubuklinggau, Agustus 2009.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA LUBUKLINGGAU,H. Eddy Chandra jaya, SH
NIP. 19540830 197607 1 001

DINAS KESEHATAN

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
I	Program Perbaikan Gizi Masyarakat			
	1 Pemberian Makanan Tambahan dan Vitamin	Jumlah pemberian PMT : 200 Bumil Resti gakin, 100 penderita TB Paru dan 35 Balita Kurang Gizi (Rp.100.000,- per org/bulan x 7 Bulan), PMT Balita Gizi Kurang di 15 kelurahan.	200 bumil gakin, 100 penderita TB Paru, 35 Balita Kurang Gizi di 15 Kelurahan	582,120,000
2	Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin			
	1 Pelayanan Operasi Katarak	Jumlah Penderita Katarak dioperasi : 30 Orang, yang berasal dari 8 Kecamatan.	8 Kecamatan	140,039,700
	2 Pelayanan Operasi Bibir Sumbing	Jumlah Penderita Bibir Sumbing dioperasi : 20 Orang, yang berasal dari 8 Kecamatan.	8 Kecamatan	126,439,700
	3 Jaminan Kesehatan Masyarakat Kota Lubuklinggau	Jumlah peserta 103.581 jiwa, total dana yg dibutuhkan 6.214.860.000,-, sharing 60% APBD II Kota LLG, APBD Propinsi 2.485.944.000,-, (40%), sasaran : seluruh penduduk yang tidak dijamin oleh Jamkesmas Pusat dan ASKES PNS.	8 Kecamatan	3,902,216,000
3	Program Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan jaringannya			
	1 Pengadaan sarana dan prasarana puskesmas (DAK/APBD)	Pengadaan Sarana Moubelair dan Peralatan Kantor(Mesin Tik) untuk Poskeslur 16 unit dan Tanah 2 lokasi (Poskeslur Kenanga dan Taba Pingin) dialihkan ke Pemerintahan Rp.100.000.000,-.	8 Puskesmas	100,000,000
	2 Pemeliharaan rutin/berkala sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya	Pemeliharaan sarana dan fasilitas puskesmas = 8 PKM dan jaringannya	8 Puskesmas	178,129,600
	3 Pembangunan Pengadaan Rehabilitasi dan Pengembangan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya(DAK/APBD)			
		1. <i>Pembangunan Baru Poskeslur Kenanga</i>	1 unit	216,300,000
		2. <i>Pembangunan Baru Poskeslur Taba Pingin</i>	1 unit	216,300,000
		3. <i>Peningkatan Poskeslur Tapak Lebar</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Pembuatan Paqar (74 m x @ Rp.1.000.000,-) + SAB + Listrik	74 m	91,670,000
		4. <i>Peningkatan Poskeslur Lubuk Tanjung</i>		

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (74 m x Rp.600.000,-)	74 m	45,732,000
		<i>5. Peningkatan Poskeslur Siring Agung</i>		-
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (82 m x Rp.600.000,-)	82 m	50,676,000
		<i>6. Peningkatan Poskeslur Ulak Lebar</i>		-
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (70 m x Rp.600.000,-)	70 m	43,260,000
		<i>7. Peningkatan Poskeslur Pelita Jaya</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (70 m x Rp.600.000,-)	70 m	43,260,000
		<i>8. Peningkatan Poskeslur Karya Bakti</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar 80 m x Rp.600.000,-)	80 m	49,440,000
		<i>9. Peningkatan Poskeslur Mesat Seni</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (92 m x Rp.600.000,-)	92 m	56,856,000
		<i>10. Peningkatan Poskeslur Waringin Puncak Kemuning</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (74 m x Rp.600.000,-)	74 m	45,732,000
		<i>11. Peningkatan Poskeslur Senalang</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (76 m x Rp.600.000,-)	76 m	46,968,000
		<i>12. Peningkatan Poskeslur Marga Rahayu</i>		

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (70 m x Rp.600.000,-)	70 m	43,260,000
		<i>13. Peningkatan Poskeslur Margorejo</i>		
		Perluasan Bangunan Poskeslur (4 m x 5 m x @ Rp. 2.800.000,-)	20 m	51,500,000
		Peningkatan Pagar (74 m x Rp.600.000,-)	74 m	45,732,000
		Rehab berat Pustu Ulak Surung bagian depan + pagar	1 unit	355,350,000
4	Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit			
	1 Peningkatan Sarana dan Prasarana RSUD Siti Aisyah Lubuklinggau.	Penambahan ruang Rawat Inap Kelas III RSI Siti Aisyah LLG (Lanjutan Bertingkat) = 300 M2 x @ Rp.2.800.000,-	1 unit	840,000,000
		Pembangunan R. Anestesi + Kamar Operasi = 340 M2 x @ Rp.2.800.000,-	1 unit	875,500,000
		Pembangunan Unit Laundry = 200 M2 x @ Rp.2.800.000,-	1 unit	560,000,000
		Pembangunan Unit Transfusi Darah = 180 M2 x @ Rp.2.800.000,-	1 unit	504,000,000
		Rehab Ruang Rawat Inap	1 unit	150,000,000
		Pembuatan DED (Detail Eengineering Desaign) RSUD Siti Aisyah LLG	1 pt	150,000,000
5	Program Obat dan Perbekalan Kesehatan			
	1 Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan	Jumlah obat-obat untuk pelayanan kesehatan : 1 \$ per kapita	1 pkt	1,890,884,300
	2 Peningkatan Pemerataan Obat dan Perbekalan Kesehatan	Operasional Gudang Farmasi Kota Lubuklinggau, dan distribusi obat-obatan ke sarana kesehatan.	48 sarana	175,629,900
	3 Pengadaan Alat-alat Kesehatan untuk Puskesmas dan Jaringannya (DAK/APBD)	Peralatan kesehatan poskeslur (30 set x Rp.39.600.000,-)	30 set	1,188,000,000
		Peralatan Laboratorium Puskesmas Perkotaan (3 Set x @ Rp.460.000.000,-)	3 set	1,380,000,000
		Peralatan Sanitarian Kit (3 set x Rp.50.000.000,-)	3 set	150,000,000

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
		Pengadaan PONEC Kit 2 set (3 Set x @ Rp.98.000.000,-)	3 set	294,000,000
		Pengadaan Cold Chain 4 buah (4 Bh x @ Rp.46.500.000,-)	4 unit	186,000,000
		Pengadaan Lansia Kit (30 set x @ Rp.9.600.000,-)	30 set	288,000,000
		Pengadaan UKS Kit (10 set x @ Rp.7.500.000)	10 set	75,000,000
		Dental unit set (4 set x @ Rp.215.000.000,-)	4 set	860,000,000
6	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular			
	1 Penyemprotan/fogging sarang nyamuk	Jumlah Fogging Fokus : 30 kasus, Fogging Sebelum musim penularan : 65 lokasi (daerah Rawan DBD).	8 Kecamatan	98,437,500
	2 Pencegahan penularan penyakit endemik/epidemik (Malaria, DBD)	Pencegahan Penyakit Malaria & DBD melalui Pembentukan Juru Mantau Jentik (JUMANTIK) dan Juru Malaria Kelurahan (JUMAKEL) sebanyak 40 Kader, Pemeriksaan Jentik Berkala, Abatisasi dan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) : 4 Kali, mesin fogging 2 buah,	8 Kecamatan	208,661,700
	3 Pelayanan vaksinasi bagi balita dan anak balita	Pelayanan imunisasi Posyandu : 1 tahun, Sweeping Kelurahan Non UCI : 10 kelurahan, Pelayanan, Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) : 98 SD/MI,	8 Kecamatan	134,210,000
	4 Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular	Survei kecacingan, Rabies, Care Seeking ISPA/Flu Burung, TBC dan IMS & HIV AIDS (Pembentukan klinik VCT) : 1 tahun	8 Kecamatan	300,160,200
	5 Peningkatan imunisasi	Pelayanan Kesehatan Jemaah Haji : 350 CalHaj, Pemeliharaan dan Perawatan Cold Chain, On The job training peningkatan pelayanan imunisasi.	8 Kecamatan	69,799,125
	6 Peningkatan surveilliance epidemiologi dan penanggulangan wabah	Review Program Surveilans : 1 kl; Sosialisasi SKD-KLB Kader dan AFP Guru UKS : 2 kl; Penyelidikan epidemiologis, Pelacakan Spesimen KLB AFP : 6 kl	8 Kecamatan	147,378,100
	7 Imunisasi Hepatitis B pada anak sekolah	Pemberian imunisasi Hepatitis B siswa SMA (8.438 Remaja)	8 Kecamatan	1,956,800,000
7	Program Pengembangan Lingkungan Sehat			

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
	1 Penyehatan lingkungan pemukiman dan tempat-tempat umum	Pengawasan dan Pemeriksaan Sampel Bakteriologi Air Bersih dan Kimia Air pd RM, Hotel & IRT : 530 sampel; Pelacakan Kasus Peny. Yang Berbasis Lingkungan : 40 lks; Pengukuran Tk. Kepadatan Lalat : 2 kl; Pembelian Miss Blower : 1 bh	8 Kecamatan	279,939,000
	2 Pengembangan Kota Sehat	Pelaksanaan Lomba Kelurahan Sehat Tk. Kota : 1 kl dan Pembentukan forum kesehatan kota & Kec (Forkesta & Forkescam)	8 Kecamatan	70,144,400
8	Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat			
	1 Pengembangan Media promosi dan Informasi sadar Hidup Sehat	Pembuatan Media Penyuluhan Kesehatan : 3 jenis (Pembuatan papan Bill Board pesan Kesehatan 4 unit, Pesan No Smoking Area : 10 unit, Radio Spot (dialog interaktif) : 1.164 kali dan Media Cetak 30 kl, Pembuatan poster dan leaflet pesan kesehatan : 4000 lbr)	8 Kecamatan	351,784,800
	2 Penyuluhan masyarakat pola hidup sehat	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat : 2 angk, Lomba Kelurahan PHBS Tk. Kota : 1 kl	8 Kecamatan	70,144,400
	3 Peningkatan pemanfaatan sarana kesehatan	Lomba Kelurahan Siaga Tk. Kota = 1 kali, Pembinaan Kelurahan Siaga dan Posyandu = 2 kali, Pembentukan Forum Masyarakat Kelurahan = 14 kelurahan, Pelaksanaan Musyawarah Masyarakat Desa = 14 kelurahan, Jambore Kader Posyandu = 2 kali	8 Kecamatan, 98 Posyandu	493,656,550
9	Program Upaya Kesehatan Masyarakat			
	1 Pemeliharaan dan Pemulihan Kesehatan	Pembinaan sekolah sehat percontohan : 2 SD, 1 SMP dan 1 SMA, Pembinaan Dokter Kecil dan Pelayanan Kesehatan UKS & Gimul di Sekolah : 98 SD, 30 SMP dan 15 SMA., Lomba Sekolah Sehat dan Remaja sehat; Pengadaan Baju Dokcil	98 SD, 30 SMP dan 15 SMA.	107,783,750
	2 Peningkatan kesehatan masyarakat (Kegiatan <i>Supporting</i> DHS II Kota Lubuklingau)	Pelatihan APN : 1 kl; Pelatihan Kader Poskeslur ttg Surveilans Peny. & Masalah Kesehatan Berbasis Masy : 1 kl; Pengembangan Model Desa Siaga Percontohan; Pembinaan Kelurahan Siaga Percontohan; Operasional Sekretariat DHS-2	1 Kegiatan	229,980,200
	3 Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan (Operasional UPTD)	Tersedia biaya utk operasional & pemeliharaan UPTD = 8 Puskesmas dan Labkesda, puskesmas keliling	1 tahun	750,000,000
	4 Optimalisasi pelayanan kesehatan masyarakat dengan On Call Center	Pelayanan on call center	1 tahun	199,900,000

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
	5 Pelatihan Perkesmas bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas Kota Lubuklinggau	Pelatihan Perkesmas bagi Tenaga Kesehatan : 1 kl	40 orang	34,073,000
10	Program Peningkatan Keselamatan ibu melahirkan dan anak			
	1 Pelayanan dan Pembinaan Kesehatan Ibu dan Anak	Audit Maternal Perinatal : 3 kl; Pelayanan Pap Smear : 100 WUS	8 Kecamatan	129,641,000
	2 Lomba-Lomba bidang Kesehatan Keluarga	Lomba Balita Sehat Tk. Kota dan Kecamatan : 9 kali, Lomba GSI Tk. Kota : 1 Kali, Pembinaan GSI Tk. Kec : 8 Kali, Kampanye GSI : 2 kali, Lomba Senam Lansia dan Posyandu Lansia Tk. Kota : 2 Kali, Pembinaan Posyandu & Senam Lansia Tk. Kec : 8 Kali	8 Kecamatan	450,155,200
11	Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan			
	1 Peningkatan Kualitas Dokter dan Paramedis			
	- Pemilihan Dokter, Paramedis, Bidan, Jurim, Petugas Gizi Teladan dan Puskesmas Berprestasi + Monev Pelaporan Nakes	Jumlah Petugas Kesehatan mengikuti lomba : 40 Orang, Puskesmas : 8 unit dan Monitoring Nakes : 8 PKM, Jumlah nakes teladan yang akan dilombakan ke tingkat Provinsi : 5 orang. Jumlah dokter yang menjalani pendidikan dokter spesialis : 2 orang	8 Puskesmas	251,427,250
	2 Kemitraan pelayanan kesehatan	Pelayanan dokter spesialis pada rumah sakit dan puskesmas	6 orang	550,000,000
12	Program Pengawasan Obat dan Makanan			
	1 Pengawasan Farmasi Obat Tradisional Kosmetika & Makanan	Pengawasan dan Pemeriksaan sampel pada Toko Obat 15 sarana, Apotik 17 sarana, Kosmetik 8 Sarana Jumlah industri distribusi Mak-Min yang diawasi : 30 sarana Makanan	60 sarana	146,108,725
	2 Sertifikasi Industri Pangan dan Hasil Industri Rumah Tangga	Pertemuan Sertifikasi bagi Pengelola Industri Rumah Tangga : 30 orang	8 Kecamatan	28,896,900
13	Program Pelayanan Administrasi Perkantoran			
	1 Penyediaan jasa surat menyurat	Jumlah Surat Terkirim Selama 1 Tahun : 2500 buah	2500 surat	21,180,000
	2 Penyediaan jasan komunikasi, sumber daya air dan listrik	Jumlah rekening air, listrik dan telp/fax dibayar : 12 bulan	12 bulan	49,560,000
	3 Penyediaan jasa administrasi keuangan	Petugas/Panitia Kegiatan Pengelolaan Keuangan/Barang di Dinas Kesehatan diberikan honor : 12 Bulan:	12 bulan	378,380,000
	4 Penyediaan jasa kebersihan kantor	Petugas Kebersihan diberikan uang jasa : 12 Bulan:	12 bulan	14,541,000

NO	PROGRAM dan KEGIATAN	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	TARGET KINERJA	PAGU INDIKATIF
5	Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	Jumlah peralatan kerja diperbaiki : 24 unit	24 unit	25,620,000
6	Penyediaan alat tulis kantor	Jumlah sarana ATK selama 1 tahun : 8 Pkt	8 pkt	28,007,800
7	Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	Jumlah Blangko/buku untuk kegiatan administrasi tercetak/tergandakan : 2500 Buku	2500 buku	48,750,000
8	Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	Jumlah Komponen Instalasi Listrik Bangunan Kantor : 20 set	20 set	15,694,960
9	Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor	Jumlah Peralatan & Perlengkapan kantor yang layak pakai tersedia : 79 set	79 set	49,000,000
10	Penyediaan makanan dan minuman	Jumlah Mak-Min tersedia selama setahun untuk kegiatan pertemuan/rapat LS & LP : 20 Kali	12 bulan	35,880,000
11	Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah	Jumlah Kegiatan Rapat-Rapat Koordinasi dan Konsultasi Ke Luar Daerah dalam setahun	88 kali	200,000,000
14	Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur			
1	Pengadaan perlengkapan gedung kantor	Tersedianya perlengkapan gedung kantor : Mesin Tik, AC split, terali dan Pembuatan Taman serta pagar Kantor Dinkes	3 set	145,000,000
2	Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional	Terpeliharanya kendaraan dinas : 15 unit	15 unit	158,232,000
3	Pengadaan Pakaian Dinas Harian PNS	Tersedianya pakaian dinas bagi PNS di Dinas Kesehatan sebanyak 564 steel	564 Steel	211,500,000
4	Pengadaan Pakaian Olahraga	Tersedianya pakaian Olahraga di Dinas Kesehatan sebanyak 96 steel	104 steel	62,400,000
15	Program peningkatan pengembangan sistem capaian kinerja dan keuangan			
1	Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD	Adanya laporan capaian kinerja & ikhtisar realisasi Kinerja Dinkes : 2 Dokumen. (LAKIP dan Lap. Kemajuan Fisik).	1 Pt	5,987,400
2	Penyusunan pelaporan keuangan semesteran	Tersusunnya Prognosis Realisasi Keuangan Dinkes : 1 Dokumen (Laporan realisasi keuangan)	1 Pt	6,855,000
3	Perencanaan Teknis dan Pengembangan Kesehatan Terpadu	Pengembangan sistem Informasi manajemen kesehatan terpadu dan penyusunan perencanaan bidang kes.	1 Pt	38,000,000
4	Monitoring dan Evaluasi Program Pembangunan Kesehatan	Pembuatan Profil Kesehatan Kota Lubuklinggau = 1 Dokumen, Pertemuan Evaluasi program kesehatan : 4 kali/tahun, Survei Asset :Kesehatan di 8 Kecamatan.	1 pt	37,500,000
JUMLAH				25,104,165,160