



**BAHAN AJAR**

**PERENCANAAN DAN EVALUASI  
KESEHATAN**

**OLEH :**

**RAPOTAN HASIBUAN, SKM., M.Kes  
NIP. 199006062019031016**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA  
MEDAN  
2021**

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

*Assalaamu'alaikum wr wb.*

Puji syukur penulis ucapkan ke hadirat Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya Diktat Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan ini dapat terwujud. Buku ini disusun pada dasarnya guna menunjang pelaksanaan perkuliahan bagi mahasiswa kesehatan agar dapat memahami dan menerapkan perencanaan dan evaluasi dalam bidang kesehatan secara baik dan benar.

Diktat ini terdiri atas sembilan Bab. Bab pertama menjelaskan konsep perencanaan dalam kesehatan masyarakat. Bab kedua memaparkan siklus pemecahan masalah. Bab ketiga menguraikan analisis situasi kesehatan masyarakat serta identifikasi dan permusan masalah yang baik. Bab keempat menjelaskan pentingnya prioritas masalah dan metode-metode dalam memprioritaskan masalah. Bab kelima membahas bagaimana cara menentukan akar penyebab masalah dan mulai menkonsep tujuan program dari akar masalah yang ditemukan. Bab keenam menguraikan langkah-langkah dalam membuat rencana operasional atau *plan of action*. Bab ketujuh membahas pentingnya supervisi dan analisis hambatan dalam mendukung implementasi program. Bab kedelapan menjelaskan konsep dan implementasi *monitoring* evaluasi untuk memastikan perjalanan dan ketercapaian program. Bab kesembilan menguraikan tentang keberlanjutan program (*sustainability*) program kesehatan, mulai dari konsep, jenis, tingkatan hingga kapasitas keberlanjutan program.

Buku ini tentu masih terdapat kekurangan dan kekeliruan, oleh sebab itu sangat diharapkan kritik dan saran yang membangun guna meningkatkan kualitas buku ini demi perbaikannya di masa yang akan datang. Akhirnya kepada Allah penulis bermohon semoga semua ini menjadi amal saleh bagi penulis. Dan akhir kata, selamat membaca dan semoga bermanfaat.

Medan, Juli 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	1
DAFTAR ISI .....	2
<b>BAB I KONSEP PERENCANAAN DALAM KESEHATAN MASYARAKAT .....</b>	<b>5</b>
1.1    Pengertian Perencanaan .....	5
1.2    Urgensi Perencanaan.....	6
1.3    Unsur-Unsur Perencanaan .....	6
1.4    Prinsip Perencanaan .....	7
1.5    Syarat perencanaan .....	7
1.6    Ciri-ciri Perencanaan.....	7
1.7    Keuntungan dan Kelemahan Perencanaan .....	7
1.8    Proses Perencanaan.....	8
1.9    Tujuan dan Manfaat Perencanaan.....	9
1.10   Langkah-langkah Perencanaan.....	10
1.11   Model-Model Perencanaan.....	12
<b>BAB II SIKLUS PEMECAHAN MASALAH (<i>PROBLEM SOLVING CYCLE</i>) .....</b>	<b>14</b>
2.1    Pemecahan Masalah ( <i>Problem Solving</i> ).....	14
2.2    Tahapan Pemecahan Masalah.....	16
<b>BAB III ANALISIS SITUASI KESEHATAN MASYARAKAT.....</b>	<b>22</b>
3.1    Analisis Situasi .....	22
3.2    Konten Analisis Situasi .....	22
3.2.1   Analisis Status Kesehatan .....	22
3.2.2   Analisis Status Kependudukan.....	24
3.2.3   Analisis Pelayanan Kesehatan.....	25
3.2.4   Analisis Perilaku Kesehatan Kesehatan.....	26
3.2.5   Analisis Lingkungan .....	27
3.3    Identifikasi dan Perumusan Masalah Kesehatan .....	28
3.2.1   Fungsi Identifikasi Masalah.....	29
3.2.2   Metode Mengidentifikasi Masalah .....	29
3.2.3   Perumusan Masalah yang Tepat .....	30
<b>BAB IV MEMPRIORITASKAN MASALAH.....</b>	<b>32</b>
4.1    Pengertian Prioritas Masalah.....	32
4.2    Metode Prioritas Masalah.....	33

4.2.1	Metode Kuantitatif ( <i>scoring</i> ) .....	33
4.2.2	Metode Kualitatif ( <i>non-scoring</i> ) .....	40
4.3	Identifikasi Akar Penyebab Masalah Prioritas .....	42
4.3.1.	Diagram Tulang Ikan ( <i>fish bone digram</i> ) .....	43
4.3.2.	Pareto Analysis .....	48
BAB V MENENTUKAN ALTERNATIF INTERVENSI DAN TUJUAN PROGRAM .....		51
5.1	Menentukan Akar Penyebab Masalah .....	51
5.2	Menentukan Alternatif Intervensi .....	52
5.3	Tujuan Program .....	54
BAB VI PLAN OF ACTION.....		57
6.1	Plan of Action (PoA) .....	57
6.2	Tujuan PoA .....	57
6.3	Ruang Lingkup PoA.....	58
6.4	Indikator PoA yang SMART .....	58
6.5	Langkah-Langkah Membuat PoA .....	59
6.6	Contoh PoA.....	62
BAB VII PELAKSANAAN PROGRAM SECARA EFEKTIF .....		64
7.1	Pelaksanaan Program .....	64
7.2	Supervisi Program.....	65
7.3	Analisis Hambatan dan Tantangan.....	68
7.4	Analisis SWOT .....	69
MBAB VIII MONITORING DAN EVALUASI.....		75
8.1	Monitoring .....	75
8.1.1	Konsep Monitoring .....	75
8.1.2	Tujuan Monitoring .....	76
8.1.3	Langkah Pokok Melakukan Monitoring .....	77
8.2	Evaluasi.....	78
8.2.1	Konsep Evaluasi .....	78
8.2.2	Ruang Lingkup .....	78
8.2.3	Teori Evaluasi .....	81
8.2.4	Desain Evaluasi .....	83
8.2.5	Metode Evaluasi Program .....	83
8.3	Perbedaan dan Komplementer antara Monitoring-Evaluasi .....	84

BAB IX KEBERLANJUTAN PROGRAM.....	89
9.1 Konsep Keberlanjutan Program.....	89
9.2 Proses Keberlanjutan dan Siklus Program .....	90
9.3 Tipologi Keberlanjutan Program .....	91
9.4 Memastikan Keberlanjutan Program.....	92

# BAB I

## KONSEP PERENCANAAN DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

### 1.1 Pengertian Perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi terpenting dalam manajemen. Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut.

Melalui perencanaan dapat diketahui tujuan yang ingin dicapai, jenis dan struktur organisasi yang dibutuhkan, jenis dan jumlah staf yang diinginkan dan uraian tugasnya, sejauh mana efektivitas kepemimpinan dan pengarahan yang diperlukan, bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan.<sup>1</sup>

Perencanaan adalah hal inti dalam kegiatan manajemen. Semua kegiatan manajemen dikontrol oleh perencanaan yang telah dibuat. Usulan perencanaan yang tidak optimal dapat dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya yang ada, misalnya kebijakan, sumber daya, sarana, prasarana, dana, data dan informasi. Suatu organisasi belum mampu mencapai target maupun capaian indikator dari program kesehatan, dapat disebabkan oleh kurang sempurnanya perencanaan program dan kegiatan yang dilakukan setiap tahunnya.

Berikut definisi perencanaan menurut beberapa pakar:<sup>2</sup>

1. Perencanaan merupakan kemampuan untuk memilih satu kemungkinan dan berbagai kemungkinan yang tersedia dan yang dipandang paling tepat untuk mencapai tujuan (Billy E. Goetz; Azrul Azwar, 1996)
2. Perencanaan merupakan pekerjaan yang menyangkut penyusunan konsep serta kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan demi masa depan yang lebih baik (Le Breton ; Azrul Azwar, 1996)
3. Perencanaan adalah proses untuk mengantisipasi peristiwa di masa datang dan menentukan strategi untuk mencapai tujuan organisasi di masa mendatang (Stefanus S, Nyoman. A. D, 2007)
4. Perencanaan adalah proses memobilisasi informasi dan sumber daya dari sifat naluriah, spontan, peramalan subjektif menjadi disengaja, sistematis dan objektif. (Stefanus S, Nyoman. A. D, 2007)

Secara umum perencanaan adalah suatu proses sistematis berupa pengambilan keputusan tentang pemilihan sasaran, tujuan, strategi, kebijakan, bentuk program dan penilaian keberhasilan dengan memperhitungkan perubahan yang akan terjadi untuk mencapai tujuan yang efektif dan efisien. Adapun perencanaan kesehatan adalah suatu proses yang terorganisir dalam

---

<sup>1</sup> Eni Purwaningsih, *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan untuk Kesehatan Masyarakat* (CV. Media Sains Indonesia, 2021).

<sup>2</sup> Haerawati Idris et al., *Modul Perencanaan Kesehatan Di Tingkat Dinas Kesehatan* (Universitas Sriwijaya, 2020).

pengambilan keputusan mengenai penyediaan fasilitas dan layanan kesehatan di masa depan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.

## 1.2 Urgensi Perencanaan

Adapun Urgensi dari Perencanaan adalah :

- a. Tanpa rencana berarti tidak ada tujuan yang ingin dicapai.
- b. Tanpa perencanaan tidak ada pedoman berarti pemborosa.
- c. Rencana adalah dasar pengendalian.
- d. Tanpa perencanaan berarti tidak ada keputusan dan proses manajemen.

## 1.3 Unsur-Unsur Perencanaan

Perencanaan merupakan inti kegiatan manajemen, karena semua kegiatan manajemen diatur dan diarahkan oleh perencanaan tersebut. Dengan perencanaan itu memungkinkan para pengambil keputusan atau manajer untuk menggunakan sumber daya mereka secara berhasil guna dan berdaya guna.<sup>3</sup> Rencana yang baik pada umumnya memuat enam unsur yaitu *what, why, where, when, who, how*. Selanjutnya, pertanyaan-pertanyaan ini harus dijawab secara ilmiah, artinya atas hasil analisis data, informasi, dan fakta, supaya rencana yang dibuat itu relatif baik, pelaksanaannya mudah dan tujuan yang diinginkan akan tercapai. Pertanyaan itu secara rinci berupa:<sup>4</sup>

### 1. *What* (apa)

Apa yang akan dicapai, tindakan apa yang harus dikerjakan untuk mencapai sasaran, sarana dan prasarana apa yang diperlukan, harus ada penjelasan dan rinciannya

### 2. *Why* (mengapa)

Mengapa itu menjadi sasaran, mengapa ia harus dilakukan dengan memberikan penjelasan, mengapa ia harus dikerjakan dan mengapa tujuan itu harus dicapai.

### 3. *Where* (di mana)

Di mana tempat setiap kegiatan harus dikerjakan. Perlu dijelaskan dan diberikan alasan-alasannya berdasarkan pertimbangan ekonomis.

### 4. *When* (kapan)

Kapan rencana akan dilakukan. Penjelasan waktu dimulainya pekerjaan baik untuk tiap-tiap bagian maupun untuk seluruh pekerjaan harus ditetapkan standar waktu untuk memilih pekerjaan-pekerjaan itu. Alasan-alasan memilih waktu itu harus diberikan se jelas- jelasnya.

### 5. *Who* (siapa)

Siapa yang akan melakukannya, jadi pemilihan dan penempatan karyawan, menetapkan persyaratan dan jumlah karyawan yang akan melakukan pekerjaan, luasnya wewenang dari masing-masing pekerja.

### 6. *How* (bagaimana)

Bagaimana mengerjakannya, perlu diberi penjelasan mengenai teknik-teknik pengerjaannya.

---

<sup>3</sup> Soekidjo Notoatmodjo, *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-Prinsip Dasar* (Jakarta: Rineka Cipta, 2003).

<sup>4</sup> Malayu S.P. Hasibuan, *Manajemen Dasar, Pengertian dan Masalah*, Revisi edition (Jakarta: Bumi Aksara, 2006).

#### **1.4 Prinsip Perencanaan**

Adapun prinsip-prinsip pada Perencanaan sebagai berikut :

- Menggunakan berbagai pertimbangan sistematis, objektif dalam memobilisasi informasi dan pengelola sumber daya
- Penerapan metode multidisiplin dan prosedur dalam suatu kerangka dan jangka waktu yang ditentukan.
- Proses berkesinambungan.

#### **1.5 Syarat perencanaan**

Syarat-syarat dari perencanaan adalah sebagai berikut:

- a. Tujuan harus jelas
- b. Uraian aktivitas yang lengkap
- c. Jangka waktu pelaksanaan jelas
- d. Job description harus jelas
- e. Faktor pendukung dan penghambat
- f. Mencantumkan standar yang dipakai untuk mengukur keberhasilan
- g. Berpedoman kepada sistem yang sedang berlaku
- h. Simple
- i. Fleksibel.

#### **1.6 Ciri-ciri Perencanaan**

Perencanaan kesehatan itu sendiri adalah sebuah proses yang terdiri dari langkah-langkah yang berkesinambungan untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Adapun ciri-ciri perencanaan program kesehatan sebagai berikut:

1. Bagian dari sistem administrasi,
2. Dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan,
3. Berorientasi pada masa depan,
4. Mampu menyelesaikan masalah,
5. Mempunyai tujuan, dan
6. Bersifat mampu kelola.

#### **1.7 Keuntungan dan Kelemahan Perencanaan**

Perencanaan pada dasarnya merupakan pengambilan keputusan sekarang tentang hal-hal yang akan dikerjakan di masa depan yang mempunyai keuntungan dan kelemahan. Dengan perencanaan yang baik akan diperoleh keuntungan sebagai berikut:<sup>5</sup>

1. Perencanaan akan menyebabkan berbagai macam aktivitas organisasi untuk mencapai tujuan tertentu dan dapat dilakukan secara teratur.
2. Perencanaan akan mengurangi atau menghilangkan jenis pekerjaan yang tidak produktif.
3. Perencanaan dapat dipakai untuk mengukur hasil kegiatan yang telah dicapai karena dalam perencanaan ditetapkan berbagai standard.
4. Perencanaan memberikan suatu landasan pokok fungsi manajemen lainnya, terutama untuk fungsi pengawasan.

Sebaliknya, perencanaan juga memiliki kelemahan yaitu:<sup>6</sup>

1. Perencanaan mempunyai keterbatasan mengukur informasi dan fakta-fakta di masa yang akan datang dengan tepat.
2. Perencanaan yang baik memerlukan sejumlah dana.
3. Perencanaan mempunyai hambatan psikologis bagi pimpinan dan staf karena harus menunggu dan melihat hasil yang akan dicapai.
4. Perencanaan menghambat timbulnya inisiatif. Gagasan baru untuk mengadakan perubahan harus ditunda sampai tahap perencanaan berikutnya.
5. Perencanaan juga menghambat tindakan baru yang harus diambil oleh staff.

### **1.8 Proses Perencanaan<sup>7</sup>**

Proses perencanaan dimulai ketika kepala organisasi (dalam hal ini Kepala Dinas Kesehatan, kepala Puskesmas atau Direktur Rumah Sakit) membuat rencana organisasi keseluruhan dengan menentukan misi dan tujuan strategis (organisasi) dengan jelas.

Kedua, mereka menerjemahkan rencana dan sasaran teknis, membuat peta strategi untuk menyelaraskan tujuan, menyusun rencana kontingensi dan skenario, serta membentuk tim intelejen untuk menganalisis isu-isu utama persaingan.

Ketiga, para kepala organisasi menjabarkan faktor-faktor operasional yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan. Ini mengharuskan mereka untuk membuat tujuan dan rencana operasional, memilih ukuran dan target untuk mengetahui apakah segala sesuatu berjalan semestinya. Keempat, menetapkan tujuan abadi (stretch goals) dan perencanaan krisis yang diperlukan. Sarana untuk melaksanakan rencana meliputi manajemen bersasaran, panel instrumen kinerja, rencana sekali pakai, dan tanggung jawab terdesentralisasi.

---

<sup>5</sup> Sondang Siagian, *Fungsi-Fungsi Manajerial* (Jakarta: Bumi Aksara, 2004).

<sup>6</sup> A.A. Gde Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*, 2nd edition (Jakarta: EGC, 2004).

<sup>7</sup> Richard L. Daft, *Manajemen*, Ed. 6 edition (Jakarta: Salemba Empat, 2006).

Terakhir, para kepala organisasi secara rutin mengevaluasi rencana untuk belajar dari hasil yang telah dicapai serta mengubahnya jika diperlukan. Dengan demikian proses baru perencanaanpun dilakukan.

## 1.9 Tujuan dan Manfaat Perencanaan

Tujuan perencanaan pada dasarnya adalah membuat ketetapan-ketetapan tertentu yang ingin dicapai oleh perencanaan tersebut. Semakin jelas rumusan masalah kesehatan maka akan semakin mudah menentukan tujuan. Perumusan sebuah tujuan operasional program kesehatan harus bersifat **SMART**: *spesific* (jelas sasarannya dan mudah dipahami oleh staf pelaksana), *measurable* (dapat diukur kemajuannya), *appropriate* (sesuai dengan strategi nasional, tujuan program dan visi/misi institusi, dan sebagainya), *realistic* (dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas organisasi yang ada), *time bound* (sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan program sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan).<sup>8</sup>

Selain itu perencanaan juga bertujuan untuk merumuskan dan melaksanakan kegiatan-kegiatan dimasa yang akan datang (yang akhirnya) bertujuan untuk meningkatkan Derajat Kesehatan. Menurut Wijono (2007) perencanaan adalah suatu alat atau cara untuk mencapai suatu tujuan. Tujuan membuat perencanaan antara lain:<sup>9</sup>

1. Dengan adanya perencanaan diharapkan tercapainya suatu pengarahan kegiatan, adanya pedoman bagi pelaksanaan kegiatan yang ditunjukkan kepada Pencapaian tujuan pembangunan.
2. Melakukan suatu perkiraan (*forecasting*) terhadap potensi-potensi dan prospek-prospek perkembangan, hambatan-hambatan serta risiko-risiko yang mungkin dihadapi dan mengusahakan supaya ketidakpastian dapat dibatasi sedikit mungkin.
3. Memberikan kesempatan memilih berbagai alternatif tentang cara yang baik.
4. Dengan perencanaan dilakukan penyusunan skala prioritas, memilih urutan-urutan dari segi pentingnya suatu tujuan, sasaran maupun kegiatan usahanya.
5. Dengan adanya rencana maka akan ada suatu ukur atau standart untuk mengadakan pengawasan pengendalian atau evaluasi.
6. Sebuah rencana hendaknya tidak terlepas dari sistem yang ada dan diketahui kaitannya dengan elemen-elemen sistem lainnya.
7. Rencana harusnya luwes (fleksibel), dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi.

Perencanaan juga memiliki manfaat dan fungsi dari perencanaan yaitu sebagai berikut:<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Notoatmodjo, *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-Prinsip Dasar*, p. hal. 35.

<sup>9</sup> Wijono Djoko, *Evaluasi Program Kesehatan dan Rumah Sakit* (Surabaya: Duta Prima Airlangga, 2007).

<sup>10</sup> Mamik, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan* (Sidoarjo: Zifatama Jawara, 2017), p. hal. 48.

1. Perencanaan itu sangat penting karena di dalamnya memuat garis garis tujuan baik yang berjangka panjang ataupun pendek serta digunakan gariskan pula pada apa saja yang harus dilakukan agar tercapai tujuan tujuan tersebut.
2. Perencanaan berfungsi sebagai petunjuk bagi semua anggota
3. Perencanaan merupakan proses yang terus menerus
4. Perencanaan berfungsi sebagai alat pengendali
5. Perencanaan yang baik menjamin penggunaan sumber sumber daya yang tersedia secara efektif dan efisien.

### 1.10 Langkah-langkah Perencanaan

Langkah – langkah perencanaan kesehatan dilakukan dengan tahapan berikut:<sup>11</sup>

#### 1. Analisis Situasi

Analisis situasi bertujuan untuk mengumpulkan jenis data atau fakta yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang dijadikan dasar penyusunan perencanaan. Data yang dibutuhkan antara lain :

- Data tentang penyakit dan kejadian sakit (diseases and illnesses).
- Data kependudukan.
- Data potensi organisasi kesehatan.
- Keadaan lingkungan dan geografi.
- Data sarana dan prasarana.

Proses pengumpulan data untuk analisis situasi dapat dilakukan dengan cara:

- Mendengarkan keluhan masyarakat melalui pengamatan langsung kelapangan.
- Membahas langsung masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dikembangkan bersama tokoh-tokoh formal dan informal masyarakat setempat.
- Membahas program kesehatan masyarakat dilapangan bersama petugas lapangan kesehatan, petugas sektor lain, atau bersama dukun bersalin yang ada diwilayah kerja pukesmas.
- Membaca laporan kegiatan program kesehatan pada pusat0pusat pelayanan kesehatan di suatu wilayah.
- Mempelajari peta wilayah, sensus penduduk, statistik kependudukan, laporan khusus, hasil survei, petunjuk pelaksanaan (jutilak) program kesehatan, dan laporan tahunan.

#### 2. Identifikasi Masalah

Mengidentifikasi masalah kesehatan dapat diperoleh dari berbagai cara antara lain:

- Laporan kegiatan dari program kesehatan yang ada.
- Surveillance epidemiologi atau pemantauan penyebaran penyakit
- Survei kesehatan yang khusus diadakan untuk memperoleh masukan perencanaan kesehatan.

---

<sup>11</sup> Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*.

- Hasil kunjungan lapangan supervisi dan sebagainya.
3. Menetapkan prioritas masalah  
Keterbatasan sumber daya baik biaya, tenaga dan teknologi, menuntut tidak semua masalah dapat dipecahkan sekaligus (direncanakan pemecahannya). Maka harus dipilih masalah yang mana yang 'feasible' untuk dipecahkan. Proses pemilihan prioritas masalah dapat dilakukan melalui dua cara, yakni:
    - a. Melalui teknik skoring, yakni memberikan nilai (scor) terhadap masalah tersebut dengan menggunakan beberapa parameter antara lain: *Prevalence*, *Severity*, *Degree of unmet need*, *Social benefit*, *Technical feasibility*, dan *Resources availability*.
    - b. Melalui teknik non-skoring, masalah dinilai melalui diskusi kelompok, disebut juga *Nominal Group Technique* (NGT), baik dengan *Delphi technique* maupun *Delbeg technique*.
  4. Menentukan tujuan  
Membuat ketetapan-ketetapan tertentu yang ingin dicapai oleh perencanaan. Penetapan tujuan yang baik apabila dirumuskan secara kongkret dan dapat diukur. Pada umumnya tujuan dibagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus. Sumber lainnya membagi menjadi tujuan kebijakan, tujuan program, tujuan operasional, tujuan sasaran dan sebagainya.
  5. Mengkaji hambatan dan kelemahan program  
Hambatan dapat bersumber dari kemampuan organisasi (pengetahuan, motivasi staff, kelengkapan laporan, dan lainnya) maupun dari lingkungan (akses jalan sulit, musim hujan, tingkat pendidikan masyarakat, budaya masyarakat, dan lainnya)
  6. Menyusun rencana kegiatan  
Rencana kegiatan adalah uraian tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan. Pada umumnya kegiatan mencakup 3 kegiatan pokok, yakni:
    1. Kegiatan pada tahap persiapan, yakni kegiatan-kegiatan yang dilakukan sebelum kegiatan pokok dilaksanakan. Misalnya: perizinan, rapat koordinasi.
    2. Kegiatan pada tahap pelaksanaan yakni kegiatan pokok program yang bersangkutan.
    3. Kegiatan pada tahap penilaian yakni kegiatan untuk mengevaluasi seluruh kegiatan dalam rangka pencapaian program tersebut.
  7. Menetapkan sasaran (target group).  
Sasaran (target group) adalah kelompok masyarakat tertentu yang akan digarap oleh program yang direncanakan tersebut. Sasaran program kesehatan biasanya dibagi dua, yakni:
    - a. Sasaran langsung, yaitu kelompok yang langsung dikenal oleh program.
    - b. Sasaran tidak langsung, yakni kelompok yang menjadi sasaran antara program tersebut, namun berpengaruh sekali terhadap sasaran langsung.
  8. Menyusun jadwal pelaksanaan

Waktu yang ditetapkan dalam perencanaan adalah sangat tergantung dengan jenis perencanaan yang dibuat serta kegiatan-kegiatan yang ditetapkan dalam rangka mencapai tujuan.

9. Organisasi dan staf

Dalam bagian ini digambarkan atau diuraikan organisasi dan sekaligus staf yang akan melaksanakan kegiatan atau program tersebut. Disamping itu juga diuraikan tugas (*job description*) masing-masing staf pelaksana tersebut.

10. Rencana anggaran

Rencana adalah uraian tentang biaya-biaya yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, mulai dari persiapan sampai dengan evaluasi. Biasanya rincian rencana biaya ini dikelompokkan menjadi:

- a. Biaya personalia
- b. Biaya operasional
- c. Biaya sarana dan fasilitas
- d. Biaya penilaian

11. Pelaksanaan

Melaksanakan semua kegiatan yang sudah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah disepakati.

12. Evaluasi

Rencana evaluasi adalah suatu uraian tentang kegiatan yang akan dilakukan untuk menilai sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tersebut telah dicapai.

### 1.11 Model-Model Perencanaan

Perencanaan kesehatan atau perencanaan promosi kesehatan dapat dilakukan dengan mengikuti beberapa model tertentu sebagai berikut:

a. PRECEDE-PROCEED

Berisi 9 tahapan, yaitu : (1) Penilaian sosial, (2) Pengkajian epidemiologi, (3) Penilaian perilaku dan Lingkungan, (4) Penilaian pendidikan, Faktor predisposisi, Faktor pendukung dan Faktor penguat, (5) Penilaian administrative, (6) Implementasi, (7) Proses evaluasi, (8) Dampak evaluasi dan (9) Hasil evaluasi.

b. PATCH (CDC,1985)

Langkah PATCH meliputi: Mobilizing community (menggerakkan masyarakat), Collecting & organizing data (mengumpulkan dan mengorganisir data), Choosing priority & target (memilih prioritas kesehatan dan menentukan grup sasaran, Conducting interventions (melakukan intervensi), dan Evaluation (evaluasi)

c. MATCH (Simons Morton, D., Simons Morton, B., Parcel, & Bunker, 1988)

Model ini terdiri dari tahapan: Tahap 1 Pemilihan Tujuan, Tahap 2 Perencanaan Intervensi, Tahap 3 Pengembangan Program, Tahap 4 Persiapan Implementasi, Tahap 5 Evaluasi Program

- d. Generalized Model for Program Planning (McKenzie and Smeltzer, 2001)  
Model ini meliputi: Needs Assessment (Butuh penilaian), Setting Goals and Objectives (Menetapkan tujuan dan sasaran), Developing an intervention (Mengembangkan intervensi), Implementing the intervention (Menerapkan Intervensi), Evaluating results (Mengevaluasi hasil)
- e. A Systematic Approach to Health Promotion (Healthy People 2010) (USDHHS, 2000), Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP) (NACCHO, 2001), Healthy Communities (USDHHS, 2001) dan lainnya.

## BAB II SIKLUS PEMECAHAN MASALAH (*PROBLEM SOLVING CYCLE*)

### 2.1 Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)

Masalah muncul ketika terdapat kesenjangan antara situasi/kondisi saat ini dengan situasi yang diinginkan dan belum jelas bagaimana untuk mengatasi kendala tersebut. Masalah menurut Lovett (2002), memiliki 3 komponen: (1) Kondisi awal: kondisi kita saat ini, (2) Kondisi tujuan/akhir: kondisi yang ingin kita capai/kehendaki, dan (3) Hambatan: apa pun yang menghalangi antara kondisi awal dan kondisi tujuan.<sup>12</sup>

*Problem solving* adalah kemampuan dalam pemecahan masalah yang diantaranya adalah usaha menemukan urutan yang benar dari alternatif jawaban, sehingga menggerakkan kita agar lebih dekat dengan tujuan kita juga proses yang dapat membantu seseorang untuk menemukan apa yang mereka inginkan dan bagaimana mencapainya dengan cara yang paling efektif dengan cara merumuskan masalah, menyusun rencana tindakan, dan melaksanakan tindakan yang mengarah pada penyelesaian masalah.<sup>13</sup>

Pemecahan masalah berarti mencari jalan keluar dari sebuah kesulitan, suatu cara keluar dari rintangan, mencapai suatu tujuan yang tidak seketika dapat dimengerti. Pemecahan masalah juga merupakan aktivitas berpikir yang diarahkan untuk menemukan jawaban atas permasalahan yang meliputi pembentukan respon dan seleksi atas berbagai kemungkinan respon.<sup>14</sup>

Tujuan utama dari pemecahan masalah adalah untuk mengatasi kendala dan mencari solusi yang terbaik dalam menyelesaikan masalah. *Problem solving cycle* mencakup proses yang terdiri dari langkah - langkah berkesinambungan yang terdiri dari analisa situasi, perumusan masalah secara spesifik, penentuan prioritas masalah, penentuan tujuan, memilih alternatif terbaik, menguraikan alternatif terbaik menjadi rencana operasional dan melaksanakan rencana kegiatan serta mengevaluasi hasil kegiatan. Pemecahan masalah yang begitu kompleks biasanya akan diselesaikan lebih cepat bila menggunakan pendekatan bersama (gotong royong), kolaboratif, dan sistematis untuk pemecahan masalah.

Terdapat beberapa teknik yang digunakan dalam *problem solving cycle*, yaitu sebagai berikut:<sup>15</sup>

- a. *Abstraction* : Menyelesaikan masalah pada model sistem terlebih dahulu sebelum akhirnya pada sistem yang sebenarnya.
- b. *Analogy* : Menggunakan solusi yang dapat memecahkan masalah yang menggunakan analogi.

---

<sup>12</sup> Marsha C. Lovett, 'Problem Solving', in *Stevens' Handbook of Experimental Psychology* (American Cancer Society, 2002), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/0471214426.pas0208>, accessed 11 Aug 2021.

<sup>13</sup> Stephen K. Reed, 'Problem solving', *Encyclopedia of psychology*, vol. 8, A. E. Kazdin edition (Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press, 2000).

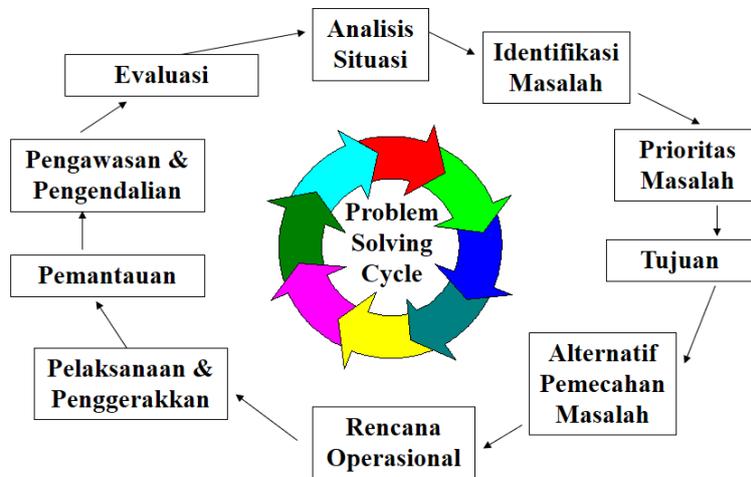
<sup>14</sup> George Pólya and John Horton Conway, *How to solve it: a new aspect of mathematical method*, Expanded Princeton Science Library edition (Princeton [N.J.]: Princeton University Press, 2004).

<sup>15</sup> Yingxu Wang and Vincent Chiew, 'On the cognitive process of human problem solving', *Cognitive Systems Research*, vol. 11, no. 1 (Netherlands: Elsevier Science, 2010), pp. 81–92.

- c. *Brainstorming* : (sering kali digunakan oleh sekelompok orang) menyediakan, mengkombinasi, dan mengembangkan banyak solusi dan ide sampai solusi yang optimal ditemukan.
- d. *Divide and conquer* : Digunakan untuk memecah masalah yang besar dan rumit menjadi sekumpulan masalah yang kecil sehingga lebih mudah diselesaikan.
- e. *Hypothesis testing* : Mengasumsikan kemungkinan penyelesaian sebuah masalah dan kemudian mencoba membuktikan kevalidan asumsi tersebut.
- f. *Lateral thinking* : Melakukan pendekatan terhadap solusi secara kreatif.
- g. *Means-ends analysis* : Memilih tindakan yang tepat pada setiap tahapan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.
- h. *Method of focal objects* : Membuat sesuatu yang baru dari objek-objek berbeda yang memiliki karakteristik yang kelihatannya tidak cocok.
- i. *Morphological analysis* : Menghubungkan output dengan interaksi yang berada di sistem.
- j. *Proof* : Mencoba membuktikan jika sebuah masalah tidak bisa diselesaikan. Titik dimana pembuktian itu gagal adalah titik awal untuk memulai menyelesaikannya.
- k. *Reduction* : Mentransformasikan suatu masalah menjadi masalah lain yang sudah ada solusinya.
- l. *Research* : Menggunakan ide yang sudah ada atau mengadaptasi solusi yang sudah ada untuk masalah yang serupa.
- m. *Root cause analysis* : Mengidentifikasi akar dari sebuah permasalahan.
- n. *Trial-and-error* : Mencoba berbagai kemungkinan sampai solusi yang paling tepat ditemukan.

## 2.2 Tahapan Pemecahan Masalah

Tahapan-tahapan dalam *problem solving cycle* dapat digambarkan sebagai berikut:<sup>16</sup>



**Gambar 1. Siklus Pemecahan Masalah**

atau bisa juga disederhanakan menjadi gambar berikut:



**Gambar 2. Siklus Pemecahan Masalah Sederhana**

<sup>16</sup> María Lucero Botía Sanabria and Luis Humberto Orozco Pulido, 'Critical review of problem solving processes traditional theoretical models', *International Journal of Psychological Research*, vol. 2, no. 1 (2009), pp. 67–72.

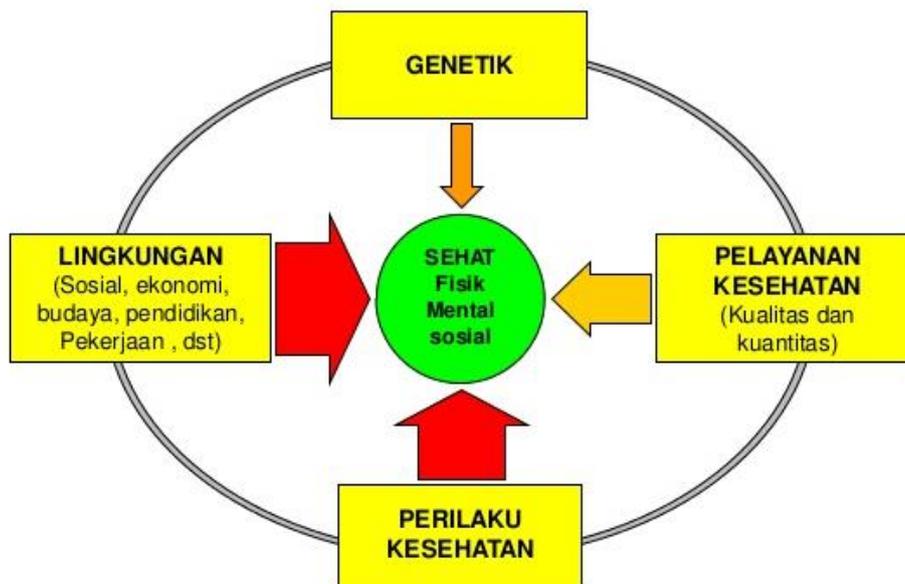
Penjelasan masing-masing langkah di atas adalah sebagai berikut:

### 1) Analisis Situasi

Tujuan analisis situasi antara lain :

- Memahami masalah kesehatan secara jelas dan spesifik
- Mempermudah penentuan prioritas
- Mempermudah penentuan alternative pemecahan masalah

Analisis situasi meliputi analisis masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan tersebut. HL Blum (1981) telah mengembangkan suatu kerangka konsep tentang hubungan antar faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan.<sup>17</sup> Dalam kerangka tersebut disebutkan 4 (empat) yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan faktor genetika. Oleh karena itu, analisis situasi dilakukan dengan melihat analisis derajat kesehatan, analisis aspek kependudukan, analisis pelayanan/upaya kesehatan, analisis perilaku kesehatan, dan analisis lingkungan.



**Gambar 3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan (HL. Blum, 1981)<sup>18</sup>**

**a. Analisa Derajat Kesehatan.** Analisa derajat kesehatan akan menjelaskan masalah kesehatan apa yang dihadapi. Analisa ini menghasilkan ukuran-ukuran derajat kesehatan secara kuantitatif, penyebaran masalah menurut kelompok umur penduduk, menurut tempat dan waktu. Pendekatan yang dilakukan adalah pendekatan epidemiologis. Ukuran yang digunakan adalah angka kematian (mortalitas) dan angka kesakitan (morbilitas).

<sup>17</sup> Henrik L. Blum, *Planning for Health: Generics for the Eighties* (Human Sciences Press, 1981).

<sup>18</sup> *Ibid.*

- Angka kematian bayi.  
Penelitian menunjukkan bahwa IMR sangat erat kaitannya dengan kualitas lingkungan hidup, gizi masyarakat, keadaan sosial ekonomi. Tingginya IMR menunjukkan bobot masalah mengenai perinatal: komplikasi kehamilan, perawatan kehamilan, komplikasi persalinan dan perawatan bayi.
- Angka kematian balita.  
Kematian balita sangat berkaitan dengan kualitas sanitasi rumah tangga dan keadaan gizi anak.
- Angka kematian menurut penyebab (CSDR).  
Berguna untuk melihat penyebab-penyebab atau penyakit apa yang menjadi penyebab utama angka kematian.
- Incidence rate  
Jumlah kasus baru suatu penyakit tertentu yang terjadi dalam suatu kelompok masyarakat tertentu, dalam masa waktu tertentu pula.
- Prevalence rate  
Jumlah orang yang menderita sakit pada umumnya atau menderita penyakit tertentu dalam suatu kelompok penduduk tertentu dalam suatu masalah tertentu.
- Case fatality rate  
Jumlah orang yang meninggal dunia dari total orang yang sakit atau mempunyai gejala suatu penyakit

**b. Analisis genetik (kependudukan).** Manfaat analisis kependudukan adalah sebagai denominator ukuran masalah kesehatan, prediksi beban upaya/program kesehatan, dan prediksi masalah kesehatan yang dihadapi. Ukuran demografis yang digunakan dalam analisis kependudukan :

- Jumlah penduduk.
- Kesuburan : angka kelahiran kasar, angka kesuburan.
- Kesehatan : angka kematian kasar, angka kematian menurut kelompok umur.
- Laju pertumbuhan penduduk.
- Struktur umur.
- Angka ketergantungan.
- Distribusi penduduk.
- Mobilitas penduduk.

**c. Analisis pelayanan kesehatan.** Pelayanan atau upaya kesehatan meliputi upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Analisis ini menghasilkan data atau informasi tentang input, proses, output dan dampak dari pelayanan kesehatan. Input meliputi aspek ketenagaan kesehatan, biaya, sarana dan prasarana kesehatan. Proses meliputi pengorganisasian, koordinasi, dan supervisi. Sementara Output meliputi cakupan pelayanan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

**d. Analisis perilaku kesehatan.** Analisis ini memberikan gambaran tentang pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat sehubungan dengan kesehatan maupun upaya kesehatan. Dapat menggunakan teori pengetahuan, sikap praktek, atau health belief model atau teori lainnya. Analisis perilaku kesehatan meliputi pemberian pelayanan kesehatan, pola pencarian pelayanan kesehatan, penanganan penyakit, peran serta masyarakat atau ukbm, dan tentang kesehatan ibu dan anak.

**e. Analisis lingkungan.** Analisis lingkungan meliputi analisis lingkungan fisik, biologis, dan social. Analisis lingkungan fisik dapat berupa penyediaan air bersih, keadaan rumah dan pekarangan (ventilasi, lantai, pencahayaan maupun kebisingan), penanganan limbah rumah tangga dan limbah industry. Analisis lingkungan biologis menggambarkan vektor penyakit, ternak dan sebagainya. Analisis sosial budaya menggambarkan gotong royong dalam penanganan masalah kesehatan.

## **2) Identifikasi Masalah**

Masalah merupakan kesenjangan (gap) antara harapan dengan kenyataan. Cara perumusan masalah yang baik adalah kalau rumusan tersebut jelas menyatakan adanya kesenjangan. Kesenjangan tersebut dikemukakan secara kualitatif dan dapat pula secara kuantitatif.

Penentuan masalah dapat dengan cara membandingkan dengan yang lain, memonitor tanda-tanda kelemahan, membandingkan capaian saat ini dengan tujuan atau dengan capaian sebelumnya, checklist, brainstorming dan dengan membuat daftar keluhan.

Penyebab masalah dapat dikenali dengan menggambarkan diagram sebab akibat atau diagram tulang ikan. Diagram tulang ikan (diagram *Ishikawa*) adalah alat untuk menggambarkan penyebab-penyebab suatu masalah secara rinci. Diagram ini memberikan gambaran umum suatu masalah dan penyebabnya. Diagram tersebut memfasilitasi tim untuk mengidentifikasi sebab masalah sebagai langkah awal untuk menentukan focus perbaikan, mengembangkan ide pengumpulan data dan/atau mengembangkan alternatif solusi.

## **3) Penentuan Prioritas Masalah**

Penentuan prioritas masalah kesehatan adalah suatu proses yang dilakukan oleh sekelompok orang dengan menggunakan metode tertentu untuk menentukan urutan masalah dari yang paling penting sampai yang kurang penting. Penentuan prioritas masalah dapat menggunakan metode kuantitatif (pembobotan) maupun kualitatif (non-pembobotan).

## **4) Alternatif Solusi**

Alternatif solusi dapat diketahui dengan metode brainstorming. Brainstorming merupakan teknik mengembangkan ide dalam waktu yang singkat yang digunakan untuk mengenali adanya masalah, baik yang telah terjadi maupun yang potensial terjadi, menyusun daftar masalah, menyusun alternatif pemecahan masalah, menetapkan kriteria untuk monitoring, mengembangkan kreativitas, dan menggambarkan aspek-aspek yang perlu dianalisis dari suatu pokok bahasan.

## 5) Pelaksanaan Solusi Terpilih

Solusi yang paling tepat dapat dipilih dengan menggunakan 2 cara yaitu teknik *scoring* dan *non-scoring*. Pada teknik skoring dilakukan dengan memberikan nilai (skor) terhadap beberapa alternatif solusi yang menggunakan ukuran (parameter). Pada teknik *non-scoring* alternatif solusi didapatkan melalui diskusi kelompok sehingga teknik ini disebut juga *nominal group technique* (NGT).

Langkah-langkah implementasi solusi adalah dengan memperhatikan : (1) POA (*Plan of Action*), (2) Efektifitas, (3) Efisiensi, dan (4) Produktifitas.

## 6) Evaluasi Solusi yang Dilaksanakan

Beberapa hal yang bisa diamati dalam evaluasi antara lain: (1) Hasil yang dicapai sesuai dengan rencana (masalah terpecahkan), (2) Terdapat kesenjangan antara berbagai ketetapan dalam rencana dengan hasil yang dicapai (tidak seluruh masalah teratasi), dan (3) Hasil yang dicapai lebih dari yang direncanakan (masalah lain ikut terpecahkan).

Tabel berikut membantu memahami indikator yang harus diperhatikan dalam langkah pemecahan masalah:<sup>19</sup>

**Tabel 1. Indikator Penting dalam Pemecahan Masalah**

Langkah	Indikator yang diperhatikan
<b>1. Menentukan masalah</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Bedakan fakta dengan opini</li> <li>◦ Tentukan penyebab masalah</li> <li>◦ Konsultasikan setiap anggota yang terlibat untuk informasi</li> <li>◦ Nyatakan masalahnya secara spesifik</li> <li>◦ Identifikasi standar atau target yang tidak tercapai</li> <li>◦ Tentukan prioritas masalah</li> <li>◦ Hindari mencoba menyelesaikan masalah tanpa data</li> </ul>
<b>2. Mencari solusi alternatif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hindari melakukan evaluasi alternatif sedini mungkin</li> <li>◦ Libatkan semua individu yang terlibat dalam menghasilkan alternatif</li> <li>◦ Tentukan alternatif yang konsisten dengan tujuan organisasi</li> <li>◦ Tentukan alternatif jangka pendek dan jangka panjang</li> <li>◦ Lakukan <i>Brainstorming</i> pada ide-ide yang diusulkan</li> <li>◦ Mencari alternatif yang dapat memecahkan masalah</li> <li>◦ Mengevaluasi solusi alternatif terhadap standar target</li> </ul>

<sup>19</sup> ASQ, *What is Problem Solving? Steps, Process & Techniques* | ASQ, <https://asq.org/quality-resources/problem-solving>, accessed 11 Aug 2021.

- Evaluasi semua alternatif tanpa bias
  - Mengevaluasi alternatif terhadap tujuan yang ditetapkan
  - Evaluasi hasil yang terbukti dan potensial
  - Nyatakan alternatif yang dipilih secara eksplisit
- 
- Merencanakan dan mengimplementasikan uji coba alternatif yang dipilih
  - Kumpulkan umpan balik dari semua pihak yang terkena dampak
  - Tentukan penerimaan atau konsensus oleh semua yang terkena dampak
  - Tetapkan tindakan dan pemantauan berkelanjutan
  - Evaluasi hasil jangka panjang berdasarkan solusi akhir

## **BAB III**

### **ANALISIS SITUASI KESEHATAN MASYARAKAT**

#### **3.1 Analisis Situasi**

Analisis situasi adalah analisis untuk mengetahui masalah kesehatan yang ada di suatu kelompok masyarakat tertentu dan juga faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan tersebut, keadaan upaya yang sudah dilakukan, bagaimana keadaan sumberdaya yang tersedia, apa hasil dan hambatan yang dihadapi dan hal-hal yang mendukung upaya tersebut.

Green (2007) menyebut tujuan dari analisis situasi adalah untuk memberikan dasar pemahaman yang lebih luas dikarenakan dua alasan. Pertama, hasil analisis situasi merupakan bahan dasar dan referensi utama untuk kegiatan perencanaan hingga evaluasi; dan kedua, sebagai latar belakang tahapan prioritas masalah yang menjadi perhatian perencanaan.<sup>20</sup> Sumber lain menyebut, tujuan analisis situasi ada 3 (tiga) yaitu:

- a. Memahami masalah secara jelas dan spesifik
- b. Mempermudah menentukan prioritas masalah
- c. Mempermudah penentuan alternatif pemecahan masalah

#### **3.2 Konten Analisis Situasi**

Seperti yang diketahui bahwa analisis situasi menguraikan dan menilai keadaan yang terjadi saat ini dan proyeksi berbagai aspek yang begitu luas (seperti disinggung pada Bab II). Konten analisis tersebut dapat dibagi menjadi:

- 1) Analisa Status Kesehatan,
- 2) Analisa Aspek Kependudukan,
- 3) Analisa Pelayanan/Upaya Kesehatan,
- 4) Analisa Perilaku Kesehatan,
- 5) Analisa Lingkungan

Berikut adalah penjelasan lebih detail mengenai masing-masing komponen konten analisis situasi di atas.

##### **3.2.1 Analisis Status Kesehatan**

Status kesehatan merupakan kesatuan dari kondisi kesehatan fisik, kesehatan mental, dan kesehatan sosial seseorang atau masyarakat. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa sakit dan memang secara klinis tidak menunjukkan gejala sakit. Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni: pikiran, emosional, dan spiritual. Sedangkan kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain secara baik, atau mampu

---

<sup>20</sup> Andrew Green, *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems* (Oxford University Press, 2007), p. hal. 185, accessed 12 Aug 2021.

berinteraksi dengan orang atau kelompok lain tanpa membeda-bedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik dan sebagainya.<sup>21</sup>

Green (2007) mengungkapkan secara garis besar status kesehatan masyarakat dapat diketahui dengan 2 (dua) pendekatan, yakni melalui Indikator medis dan melalui persepsi kebutuhan kesehatan masyarakat. Informasi tentang kebutuhan yang dirasakan secara medis dapat diperoleh dari survei kesehatan masyarakat, catatan rekam medis pelayanan kesehatan, dan diagnosa tenaga kesehatan. Sementara persepsi masyarakat tentang kebutuhan kesehatan cenderung kurang tersedia dan kurang terstruktur. Namun, informasi tersebut dapat diperoleh dari survei sikap dan pandangan masyarakat terhadap kebutuhan kesehatan mereka (misal Riskesdas, Susenas, SDKI, dll).<sup>22</sup>

Analisis status kesehatan akan menjelaskan masalah kesehatan apa yang dihadapi, dan juga akan menghasilkan ukuran-ukuran (indikator) status kesehatan secara kuantitatif, yaitu:<sup>23</sup>

- a. Angka kesakitan (morbiditas), meliputi insiden dan prevalensi menurut penyakit (menular maupun tidak menular), dan menurut kategori kelompok penderita (berdasarkan usia, jenis kelamin, kelas, etnis, lokasi, dst). Morbiditas menggambarkan kejadian penyakit dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu. Tingkat kesakitan suatu negara mencerminkan situasi derajat kesehatan masyarakat yang ada di dalamnya. Angka kesakitan penyakit menular tertentu yang terkait dengan komitmen internasional (TB, COVID-19, dll) senantiasa menjadi sorotan dalam membandingkan kondisi kesehatan antar negara.
- b. Angka kematian (mortalitas), meliputi angka kematian penduduk secara umum, angka kematian spesifik usia seperti angka kematian bayi (AKB), angka kematian ibu (AKI), dan angka kematian khusus penyakit (seperti angka kematian TB). Pendistribusian angka mortalitas berdasarkan jenis penyakit dan kelompok umur juga sangat penting untuk dilakukan.
- c. Tingkat kecacatan (*disability rates*).
- d. Angka tingkat kebutuhan kesehatan yang tidak berhubungan dengan penyakit, Misalnya, capaian kunjungan pelayanan antenatal, partisipasi keluarga berencana (KB), angka harapan hidup (AHH), ketersediaan tenaga kesehatan, ketersediaan obat dan vaksin, dan lainnya
- e. Angka beban penyakit (*Burden of Disease*), yaitu ukuran besarnya perbandingan *health loss* dari semua jenis penyakit besar untuk masyarakat berdasarkan umur, jenis kelamin, dan kondisi geografis dari waktu ke waktu. Ukuran yang sering digunakan adalah *Disability-Adjusted Life Year (DALY)*, yaitu angka kematian yang disebabkan karena disabilitas, kematian premature, penyakit yang melumpuhkan, dan road injury.
- f. Indikator-indikator patologi sosial dan mental, seperti angka bunuh diri, kecanduan obat, kejahatan, kenakalan remaja, minum minuman keras, merokok, penggunaan obat-obat terlarang dan lainnya.

---

<sup>21</sup> Henrik L. Blum, *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory* (Human Sciences Press, 1974).

<sup>22</sup> Green, *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*, p. hal. 190.

<sup>23</sup> Green, *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*.

### 3.2.2 Analisis Status Kependudukan

Aspek kependudukan (demografi) merupakan hal paling mendasar dalam pembangunan. Dalam nilai universal, penduduk merupakan pelaku dan sasaran pembangunan sekaligus yang menikmati hasil pembangunan. Dalam kaitan peran penduduk tersebut, kualitas mereka perlu ditingkatkan melalui berbagai sumber daya yang melekat, dan pewujudan keluarga kecil yang berkualitas, serta upaya untuk menskenario kuantitas penduduk dan persebaran kependudukan.

Informasi status demografi diperlukan karena berbagai alasan, antara lain sebagai dasar perkiraan penyediaan layanan kesehatan yang dibutuhkan. Misalnya, tingkat pertumbuhan penduduk yang tinggi akan menyebabkan komposisi penduduk didominasi kelompok usia subur sehingga harus didukung kebutuhan khusus akan layanan ibu dan anak. Sebaliknya, tingkat pertumbuhan yang rendah atau negatif akan menyebabkan tingginya proporsi lansia dengan kebutuhan layanan kesehatan yang khusus untuk lansia.<sup>24</sup>

Informasi demografis juga penting dalam hal sisi penyediaan layanan kesehatan. Layanan kesehatan adalah organisasi yang sangat padat karya —seringkali merupakan pemberi kerja tunggal terbesar di suatu negara— dan karena itu perubahan demografis dapat memiliki efek penting pada pasar tenaga kerja kesehatan di masa depan. Pada layanan kesehatan di Perkotaan, misalnya, kekurangan berbagai tenaga kesehatan, seperti perawat atau dokter, diperkirakan sebagian sebagai akibat dari profil demografi yang diproyeksikan.

Menurut Abdurachim (2003) yang dimaksud dengan kuantitas penduduk meliputi jumlah, struktur komposisi, dan pertumbuhan penduduk yang ideal melalui pengendalian angka kelahiran, penurunan angka kematian, dan persebaran penduduk yang merata.<sup>25</sup> Jumlah penduduk, komposisi umur, dan laju penambahan atau penurunan penduduk dipengaruhi oleh fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian), dan migrasi (perpindahan tempat) karena ketiga variabel tersebut merupakan komponen-komponen yang berpengaruh terhadap perubahan penduduk.<sup>26</sup>

Data tentang kependudukan yang perlu diperoleh untuk dianalisis:

1. Jumlah penduduk dan distribusinya menurut jenis, suku, lokasi geografis tempat tinggal
2. Angka Pertumbuhan penduduk
3. Struktur umur penduduk
4. Mobilitas penduduk (imigrasi dan emigrasi)
5. Jumlah penduduk miskin dan distribusinya menurut kec/ desa
6. Jumlah kelompok khusus yang rentan (ibu hamil, bayi anak sekolah, tenaga kerja, PSK, jumlah PUS, peserta KB, persalinan, balita, remaja, usia lanjut).

---

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> I.I.H. Abdurachim, *Pengantar Masalah Penduduk* (Alumni, Bandung, 1973).

<sup>26</sup> David Lucas, *Pengantar Kependudukan* (Gajah Mada University Press, 1995).

### 3.2.3 Analisis Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, keluarga kelompok, dan ataupun masyarakat.<sup>27</sup>

Untuk mengukur suatu pelayanan kesehatan diperlukan suatu petunjuk atau tolak ukur, tolak ukur/petunjuk tersebut dinamakan indikator. Indikator adalah petunjuk atau tolak ukur/Indikator adalah fenomena yang dapat diukur. Contoh indikator atau tolak ukur status kesehatan antara lain adalah angka kematian ibu, angka kematian bayi, status gizi. Indikator pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses dan outcome.

#### 1. Indikator Struktur/Input:

- Tenaga kesehatan profesional

Sebagai contoh dari Indikator ini adalah : tersedianya jumlah tenaga kesehatan tertentu per jumlah penduduk, (misal: Jumlah dokter setiap 300.000 penduduk).

- Biaya yang tersedia

Contoh dari Indikator ini adalah : tersedianya sejumlah dana atau anggaran yang tersedia untuk pemberantasan penyakit tertentu.

- Obat-obatan dan alat kesehatan

Contoh dari Indikator ini adalah : tersedianya sejumlah obat-obatan untuk pemberantasan penyakit tertentu.

- Metode atau standard operation

Contoh dari Indikator ini adalah : tersedianya Standar Operating Procedur untuk yang sesuai untuk kegiatan pelayanan di sarana pelayanan kesehatan.

#### 2. Indikator Proses

Memberikan petunjuk tentang pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, prosedurasuhan yang ditempuh oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya. Dipandang dari sudut manajemen yang diperlukan adalah pelaksanaan dari fungsi-fungsi manajemen seperti perencanaan, pengoorganisasian, penggerakan, pemantauan, pengendalian dan penilaian. Sebagai contoh dari indikator proses ini adalah:

- Terbentuknya satgas/panitia penanggulangan penyakit menular,
- Terselenggaranya gerakan Cuci Tangan Pake Sabun di setiap sekolah
- Adanya rapat evaluasi untuk menilai keberhasilan

#### 3. Indikator Output

Merupakan ukuran-ukuran khusus (kuantitas) bagi output program seperti sejumlah puskesmas yang berhasil dibangun, jumlah kader kesehatan yang dilatih, jumlah

---

<sup>27</sup> Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan* (Binarupa Aksara, 1996).

MCK yang dibangun, jumlah pasien yang sembuh, Capaian program. Cakupan pemanfaatan program, dsb.

#### 4. Indikator Outcome (Dampak Jangka Pendek)

Indikator ini merupakan ukuran-ukuran dari berbagai dampak program seperti meningkatnya derajat kesehatan anak balita, menurunkan angka kesakitan. Indikator Impact (dampak jangka panjang). Seperti meningkatnya umur harapan hidup, meningkatnya status gizi, atau indikator di pelayanan kesehatan seperti rumah sakit seperti: BOR, LOS, TOI dan Indikator klinis lain seperti: angka kesembuhan penyakit, angka kematian 48 jam, angka infeksi nosokomial, dsb.

Berikut ini adalah beberapa contoh indikator yang berkaitan dengan bidang kesehatan:

- a. Kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan bagi ibu-ibu dan anak-anak
- b. Pertolongan persalinan oleh petugas terlatih
- c. Presentase anak terancam risk yang telah di imunisasi terhadap penyakit infeksi masa kanak-kanak
- d. Tersedianya obat-obatan esensial sepanjang tahun
- e. Aksebilitas lembaga-lembaga rujukan
- f. Rasio jumlah penduduk terhadap berbagai jenis tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan dasar dan di tingkat-tingkat rujukan.

### 3.2.4 Analisis Perilaku Kesehatan Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dalam konteks pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan dibagi menjadi dua:<sup>28</sup>

- 1) Perilaku masyarakat yang dilayani atau menerima pelayanan (*consumer*),
- 2) Perilaku pemberi pelayanan atau petugas kesehatan yang melayani (*provider*).

Perilaku kesehatan masyarakat (*consumer*) adalah perilaku individu, kelompok atau masyarakat yang terkait dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan ini meliputi:

- a) Mencegah dari sakit dan kecelakaan (preventif).
- b) Meningkatkan derajat kesehatannya (promotif)
- c) Bila sakit berupaya untuk memperoleh kesembuhan (kuratif)
- d) Bila telah sembuh berupaya untuk memulihkan (rehabilitatif)

Dimensi Perilaku kesehatan dibagi menjadi dua:

---

<sup>28</sup> Notoatmodjo, *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-Prinsip Dasar*.

- a) *Healthy Behavior* yaitu perilaku orang sehat untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan. Disebut juga perilaku preventif (tindakan atau upaya untuk mencegah dari sakit dan masalah kesehatan yang lain: kecelakaan) dan promotif (tindakan atau kegiatan untuk memelihara dan meningkatkannya kesehatannya). Contoh :
- 1) Makan dengan gizi seimbang,
  - 2) Olah raga/kegiatan fisik secara teratur
  - 3) Tidak mengkonsumsi makanan/minuman yang mengandung zat adiktif
  - 4) Istirahat cukup,
  - 5) Rekreasi/mengendalikan stress.
- b) *Health Seeking Behavior* yaitu perilaku orang sakit untuk memperoleh kesembuhan dan pemulihan kesehatannya. Disebut juga perilaku kuratif dan rehabilitative yang mencakup kegiatan:
- 1) Mengenali gejala penyakit,
  - 2) Upaya memperoleh kesembuhan dan pemulihan yaitu dengan mengobati sendiri atau mencari pelayanan (tradisional, profesional),
  - 3) Patuh terhadap proses penyembuhan dan pemulihan atau kepatuhan (*compliance*).

### 3.2.5 Analisis Lingkungan

Kesehatan lingkungan meliputi interaksi antara lingkungan dengan kesehatan manusia, tumbuhan, dan hewan dengan tujuan untuk meningkatkan faktor lingkungan yang menguntungkan dan mengendalikan faktor yang merugikan. Tujuan analisis situasi lingkungan misalnya dengan diperolehnya informasi tentang keadaan sanitasi lingkungan rumah tangga masyarakat dan informasi akses masyarakat terhadap air dan penyehatan lingkungan.

Untuk menilai status kesehatan lingkungan masyarakat, digunakan beberapa indikator yang mencerminkan kondisi lingkungan fisik, lingkungan biologis, dan lingkungan sosial.<sup>29</sup>

#### 1. Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik bersifat abiotik atau benda air seperti air, udara, tanah, dan cuaca, makanan, rumah, panas, sinar, radiasi, dan lain-lain. Lingkungan fisik ini berinteraksi secara konstan dengan manusia sepanjang waktu dan masa serta memegang peranan yang penting dalam proses terjadinya penyakit pada masyarakat. Contoh, kekurangan persediaan air bersih terutama dapat menimbulkan penyakit diare dimana-mana.

#### 2. Lingkungan Biologis

Lingkungan biologis bersifat biotik atau benda hidup, misalnya tumbuh-tumbuhan, hewan, virus, bakteri, jamur, parasite, serangga, dan lain-lain yang dapat berperan sebagai agen penyalit, reservoir infeksi, vector penyakit dan *hospes intermediate*. Hubungan manusia dengan

---

<sup>29</sup> Arif Sumantri, *Kesehatan Lingkungan - Edisi Revisi* (Prenada Media, 2017).

lingkungan biologisnya bersifat dinamis dan pada keadaan tertentu saat terjadi ketidakseimbangan diantara hubungan tersebut, manusia akan menjadi sakit.

### 3. Lingkungan Sosial-Ekonomi

Lingkungan sosial berupa kultur, adat, kebiasaan, pekerjaan, transportasi, standar dan gaya hidup. Manusia dipengaruhi oleh lingkungan sosial melalui berbagai media seperti radio, TV, dan sebagainya. Bila manusia tidak dapat menyesuaikan dirinya dengan lingkungan sosial akan menimbulkan konflik kejiwaan dan menimbulkan gejala psikomatik seperti stress, insomnia, depresi, dan lain- lain.

### 3.3 Identifikasi dan Perumusan Masalah Kesehatan

Masalah merupakan suatu kendala atau persoalan yang harus dipecahkan. Masalah adalah kesenjangan yang dapat diamati antara situasi/kondisi yang terjadi dengan situasi/kondisi yang diharapkan. Kesenjangan dalam masalah adalah dapat diukur antara hasil yang mampu dicapai dengan tujuan/target yang ingin dicapai. Secara umum, terdapat 3 (tiga) syarat menetapkan masalah, yaitu:

1. Ada kesenjangan
2. Ada rasa tidak puas
3. Ada rasa tanggung jawab mengatasi masalah

Cara mengetahui masalah bisa dilakukan dengan :

1. Melakukan penelitian (riset, observasi, wawancara, dst),
2. Mempelajari laporan (misal dokumen Profil Kesehatan daerah, laporan rutin Puskesmas, dll)
3. Diskusi dengan para ahli.

Secara umum, masalah dapat dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu masalah sederhana dan masalah rumit/kompleks. Perbedaan di antara kedua jenis masalah ini yaitu:

#### 1. Masalah Sederhana

Masalah sederhana memiliki skala yang kecil, tidak terpaut dengan masalah lainnya, tidak memiliki konsekuensi yang besar, pemecahannya tidak terlalu rumit, dan dapat dipecahkan oleh individu. Jangkauan masalah ini hanya sebatas pada individu saja dan dapat diselesaikan oleh individu pula.

#### 2. Masalah Rumit/Kompleks

Masalah rumit/kompleks memiliki cakupan skala yang lebih besar, dapat terkait dengan berbagai masalah lainnya, memiliki konsekuensi yang sangat besar, dan penyelesaiannya membutuhkan kerja sama kelompok serta analisis yang mendalam. Jangkauan masalah ini berkaitan dengan banyak individu dan hanya dapat diselesaikan oleh banyak individu pula.

Sementara dalam ilmu kesehatan dikenal ada 2 (dua) jenis masalah kesehatan, yaitu:

1. Masalah penyakit (aspek medis)

- ☛ Terkait dengan individu pasien
- ☛ Memerlukan intervensi medis mulai dari diagnosa penyakit, pengobatan, sampai tindak lanjutnya.

## 2. Masalah kesehatan masyarakat

- ☛ Merupakan penyakit yang berkembang pada kelompok masyarakat tertentu di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu.

### 3.2.1 Fungsi Identifikasi Masalah

- Sebagai bentuk dorongan dari suatu kegiatan perencanaan dan evaluasi untuk menjadi penyebab suatu kegiatan intervensi perlu dilakukan,
- Perumusan dapat dilakukan dengan pengembangan sehingga mendapatkan wawasan baru,
- Tahu apa saja yang harus dibahas, apa saja yang harus diselesaikan sehingga menjadi suatu kegiatan intervensi yang efektif dan efisien,
- Mempermudah untuk menentukan mana saja yang harus diprioritaskan dan mana yang hanya akan menjadi bagian pelengkap.

### 3.2.2 Metode Mengidentifikasi Masalah

Terdapat tiga tahapan yang perlu dilakukan untuk mengidentifikasi suatu masalah.

1. Menemukan bahwa terdapat masalah. Suatu hal dikatakan menjadi masalah jika tidak sesuai dengan standar atau acuan yang berlaku. Dalam proses perencanaan, umumnya masalah ditemukan ketika kondisi lapangan dibandingkan dengan dokumen perencanaan yang sudah ada SDG's, Renstra Kemenkes ataupun RPJM Kesehatan.

Selain pendekatan teknokratik tersebut, terdapat pula pendekatan akar rumput (grassroots) dengan melakukan observasi dan wawancara kepada orang-orang yang terdampak. Respons warga menentukan apa saja masalah yang terjadi di suatu wilayah. Jika akses langsung dirasa sulit, identifikasi masalah dapat dilakukan dengan menggunakan data - data sekunder lainnya seperti jurnal ilmiah, media sosial ataupun media populer seperti koran dan portal berita online.

2. Mengidentifikasi sumber permasalahan. Tahapan ini menentukan apa apa saja yang menjadi akar masalah dari masalah yang ditemukan. Terkadang, suatu permasalahan bukanlah permasalahan akarnya. Contohnya adalah masalah *stunting* di suatu lokasi, ternyata, *stunting* tersebut tidak berdiri sendiri, tetapi didukung oleh beberapa faktor (penghasilan keluarga, pengetahuan keluarga tentang gizi seimbang, infeksi penyakit, tingkat pendidikan masyarakat, dan aksesibilitas transportasi ke fasilitas kesehatan, dll) (Identifikasi akar penyebab masalah selengkapnya lihat di Bab IV).
3. Menciptakan kalimat isu. Merangkai permasalahan menjadi kalimat identifikasi permasalahan yang runut atau sering disebut sebagai kalimat isu. Secara umum, terdapat 3 indikator kalimat isu yang baik yaitu spesifik, objektif, dan jelas. Intinya kalimat isu tersebut mudah dipahami

oleh semua orang, bahkan orang-orang yang tidak mengerti permasalahan tersebut. Kalimat isu yang tepat dapat meningkatkan pemahaman pendengar dan pembaca mengenai masalah apa yang sedang atau seharusnya diselesaikan.

### 3.2.3 Perumusan Masalah yang Tepat

Beberapa keadaan penting untuk merumuskan masalah kesehatan antara lain:

1. Definisi dan lingkup dari masalah kesehatan
2. Masalah merupakan hal yang penting dan sering terjadi di masyarakat.
3. Kerja sama lintas sektoral
4. Masalah melibatkan beberapa tingkatan intervensi
5. Perlunya peranan media
6. Point Masalah kesehatan merupakan permasalahan kesehatan yang terjadi pada negara-negara lain umumnya.

Rumusan masalah adalah suatu pertanyaan yang akan dicari jawabannya melalui pengumpulan data untuk mendukung pemecahan suatu masalah. Untuk membuat sebuah rumusan masalah yang baik, beberapa hal yang harus kamu perhatikan antara lain adalah:<sup>30</sup>

1. Masalah dirumuskan dalam bentuk kalimat tanya
2. Jawabannya dapat diperoleh secara ilmiah (ada data dan fakta)
3. Dituliskan secara jelas dan padat (tidak ambigu atau multi tafsir)
4. Tidak bertentangan dengan hukum
5. Masalah yang dirumuskan dapat bermanfaat bagi rencana intervensi program dan bagi masyarakat.

Rumusan Masalah memiliki beberapa jenis, yakni sebagai berikut:

#### A. Rumusan Masalah Deskriptif

Rumusan masalah deskriptif adalah rumusan masalah yang mempertanyakan deskripsi atau penjelasan sebuah variabel atau beberapa variabel. Di dalam rumusan masalah deskriptif, pertanyaannya tidak membandingkan variabel satu dengan yang lainnya. Biasanya, rumusan masalah deskriptif dimulai dengan kata “Apa”, “Bagaimana”, dan “Mengapa” yang perlu dijawab secara rinci dan jelas pada hasil penelitian. Rumusan masalah deskriptif adalah rumusan masalah yang memuat pertanyaan tentang suatu hal yang variabelnya berdiri sendiri. Contoh:

1. Bagaimana kondisi pelayanan kesehatan Puskesmas di Kota Medan?
2. Apa pengertian *Stunting*?

#### B. Rumusan Masalah Komparatif

Rumusan masalah komparatif mengkomparasi atau membandingkan suatu variabel atau beberapa variabel yang ada di dalam sebuah penelitian maupun karya ilmiah lainnya.

---

<sup>30</sup> Rizky, Pratama. *Rumusan Masalah yang Baik dan Benar*. (2020). Diakses pada 31 Mei 2021, dari <https://bocahkampus.com/contohrumusan-masalah.html>

Rumusan masalah komparatif adalah rumusan masalah yang pertanyaannya membandingkan suatu hal dengan suatu hal yang lain. Contoh:

1. Apakah terdapat perbedaan penurunan penyakit diare di Desa X antara menggunakan intervensi sanitasi lingkungan dan penyuluhan PHBS?
2. Adakah perbedaan distribusi fasilitas kesehatan antara jawa dan luar jawa?

### 3. Rumusan Masalah Asosiatif

Rumusan masalah asosiatif adalah rumusan masalah yang menanyakan tentang hubungan antara 2 variabel atau lebih. Hubungan yang dimaksud adalah hubungan simetris, kausal, dan timbal balik (interaktif).

- Hubungan Simetris: Merupakan hubungan antara dua variabel yang kedudukannya sejajar atau tidak memiliki hubungan sebab akibat. Contoh:
  1. Adakah hubungan antara status gizi dengan diare pada anak balita di Dusun?
  2. Adakah hubungan antara kepuasan pasien dengan kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan?
- Hubungan Kausal: Kebalikan dari simetris, hubungan kausal merupakan hubungan yang menunjukkan sebab akibat. Contoh:
  1. Adakah pengaruh merokok terhadap kejadian kanker paru?
  2. Adakah pengaruh kepatuhan protokol kesehatan terhadap peningkatan kejadian COVID-19?

## **BAB IV MEMPRIORITASKAN MASALAH**

### **4.1 Pengertian Prioritas Masalah**

Prioritas masalah didefinisikan sebagai upaya penentuan sejauh mana masalah itu penting dan apakah masalah tersebut dapat teratasi. Penentuan prioritas masalah kesehatan adalah suatu proses yang dilakukan oleh sekelompok orang dengan menggunakan metode tertentu untuk menentukan urutan masalah dari yang paling penting sampai yang kurang penting.

Prioritas masalah perlu dilakukan karena terbatasnya sumber daya yang tersedia, dan karena itu, tidak mungkin menyelesaikan semua masalah. Selain itu, karena adanya hubungan antara satu masalah dengan masalah lainnya, oleh karena itu, tidak perlu semua masalah diselesaikan.<sup>31</sup>

Hal yang penting untuk diketahui dalam prioritas masalah, antara lain:

- Masalah apa yang perlu diprioritaskan. Dapat dilakukan dengan mengajukan beberapa pertanyaan, sebagai berikut:
  - Apakah masalah tersebut menimpa sebagian besar penduduk?
  - Apakah masalah tersebut potensial sebagai penyebab tingginya kematian bayi?
  - Apakah masalah tersebut memengaruhi kesehatan dan kematian anak balita?
  - Apakah masalah tersebut mengganggu kesehatan dan mengakibatkan kematian ibu hamil?
  - Apakah masalah kesehatan tersebut bersifat kronis (endemik di suatu wilayah tertentu), dan dapat mengganggu produktivitas kerja kelompok masyarakat tertentu di suatu wilayah?
  - Apakah masalah tersebut menyebabkan kepanikan masyarakat secara luas?
- Siapa yang melakukan prioritas masalah :
  - Setiap individu/partisipan umumnya merupakan masukan dalam proses prioritas masalah. Hal yang penting dipahami dalam penentuan prioritas masalah adalah orang yang menentukan prioritas masalah tidak terlibat langsung dalam upaya intervensi sehingga penentuan prioritas masalah terhindar dari kepentingan yang lain sehingga penentuan lebih objektif.
  - Dalam kesehatan masyarakat penentuan prioritas dilakukan oleh organisasi yang memiliki kewenangan dalam intervensi pemecahan masalah kesehatan masyarakat seperti Puskesmas dan Dinas kesehatan.
- Bagaimana metode untuk mengidentifikasi masalah :
  - Penentuan metode dalam mengidentifikasi masalah kesehatan adalah analisis kekuatan dan kelemahan.

---

<sup>31</sup> Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*.

- Metode mana yang tepat untuk digunakan.
- Metode yang memungkinkan untuk dilakukan
- Metode yang ada adalah item atau substansi yang memiliki nilai tertinggi dan isu yang penting dalam masyarakat.

Tujuan Prioritas Masalah antara lain:

1. Menyusun masalah dari yang relevan sampai yang tidak relevan
2. Menyeleksi masalah yang mempunyai daya ungkit
3. Mengesampingkan masalah yang tidak relevan
4. Membandingkan kekuatan dan kelemahan permasalahan

Sedangkan Manfaat Prioritas Masalah antara lain:

1. Memudahkan penentuan prioritas masalah
2. Menemukan urutan masalah secara rasional
3. Penetapan masalah yang relevan

## **4.2 Metode Prioritas Masalah**

Penentuan prioritas masalah dapat dilakukan dengan 2 (dua) pendekatan, yaitu secara kuantitatif (*scoring*) dan kualitatif (*non-scoring*).

### **4.2.1 Metode Kuantitatif (*scoring*)**

Pada cara ini pemilihan prioritas dilakukan dengan memberikan score (nilai) untuk berbagai parameter tertentu yang telah ditetapkan. Diantara metode kuantitatif yang dapat digunakan adalah Metode Delbeq, Metode Hanlon, Metode CARL, Metode Bryant, Metode Reinke, dan lainnya.

#### **A. Metode Delbeq**

Metode Delbeque merupakan salah satu penetapan prioritas yang dilakukan berdasarkan kesepakatan sekelompok orang yang tidak sama keahliannya (Azwar,1996). Metode debleq adalah metoda kualitatif dimana prioritas masalah penyakit ditentukan secara kualitatif oleh panel expert. Caranya sekelompok pakar diberi informasi tentang masalah penyakit yang perlu ditetapkan prioritasnya termasuk data kuantitatif yang ada untuk masing-masing penyakit tersebut. Dalam penentuan prirotas masalah berdasarkan metode Delbeqc Dimana metode ini memprioritaskan masalah yang harus diselesaikan dengan memberikan bobot (yang merupakan nilai maksimum) dan berkisar antara 0 sampai 10 dengan kriteria:

1. Besar masalah, yaitu % atau jumlah atau kelompok penduduk yang ada kemungkinan terkena masalah/terdampak serta keterlibatan masyarakat dan instansi terkait.

2. Urgensi masalah yang terjadi/diselesaikan, kecenderungannya untuk terjadi dari waktu ke waktu.
3. Biaya/dana yaitu besar atau jumlah dana yang diperlukan untuk mengatasi masalah baik dari segi instansi yang bertanggung jawab terhadap penyelesaian masalah atau dari masyarakat yang terkena masalah.
4. Kemudahan yaitu tersediannya tenaga, sarana/peralatan, waktu serta cara atau metode dan teknologi penyelesaian masalah seperti tersediannya kebijakan/peraturan, petunjuk pelaksanaan (juklak), petunjuk teknis (juknis) dan sebagainya.

Dengan demikian dapat ditentukan masalah mana yang menduduki peringkat prioritas tertinggi. Penetapan kriteria berdasarkan seriusnya permasalahan menurut pendapat para pakar dengan contoh kriteria persoalan masalah kesehatan berupa:<sup>32</sup>

1. Kemampuan menyebar/menular yang tinggi
2. Mengenai daerah yang luas
3. Mengakibatkan penderitaan yang lama
4. Mengurangi penghasilan penduduk
5. Mempunyai kecendrungan menyebar meningkat dan lain sebagainya sesuai kesempatan.

**Tabel 2. Contoh Prioritas Masalah Metode Debleq**

No	Daftar Masalah	Kategori				Jumlah Skor	Prioritas
		Besar masalah (9)	Urgensi (9)	Biaya (8)	Kemudahan (8)		
1.	SDM Kesehatan Kurang	7x9 = 63	9x9 = 81	8x8 = 64	8x8 = 64	272	I
2.	Posyandu dan Polindes Rusak	8x9 = 72	8x9 = 72	8x8 = 64	6x8 = 48	256	II
3.	Perilaku MCK di sungai	6x9 = 54	7x9 = 63	7x8 = 56	9x8 = 72	245	III

## B. Metode Hanlon

Penggunaan metoda Hanlon dalam penetapan alternatif prioritas jenis intervensi yang akan dilakukan menggunakan 4 kriteria masing-masing:

1. Kelompok kriteria 1 yaitu besarnya masalah (*magnitude*)
2. Kelompok kriteria 2 yaitu tingkat kegawatan masalah (*emergency/seriousness*)
3. Kelompok kriteria 3 yaitu kemudahan penanggulangan masalah (*causability*)
4. Kelompok kriteria 4 yaitu dapat atau tidaknya program dilaksanakan (PEARL faktor).

Metoda Hanlon dalam proses awalnya menggunakan pendapat anggota secara curah pendapat (*brainstorming*) untuk menentukan nilai dan bobot. Dari masing-masing kelompok

<sup>32</sup> Suci Pujiati, 'Pemetaan Masalah dan Penentuan Prioritas Program Kesehatan pada Masyarakat Kelurahan Gerem, Kecamatan Grogol, Kota Cilegon', *HEARTY: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, vol. 6, no. 2 (2018), <http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/Hearty/article/view/1278>, accessed 16 Aug 2021.

kriteria diperoleh nilai dengan jalan melakukan scoring dengan skala tertentu, Kemudian kelompok kriteria tersebut dimasukkan kedalam formula dan hasil yang didapat paling tinggi nilainya maka itulah prioritas jenis program yang didahulukan (menjadi prioritas intervensi).<sup>33</sup>

Langkah-langkah untuk melaksanakan metoda Hanlon :

1. Menetapkan Kriteria 1: Besarnya masalah (*magnitude*)

Anggota kelompok merumuskan faktor apa saja yang digunakan untuk menentukan besarnya masalah, misalnya: (1) Besarnya persentasi/prevalensi penduduk yang menderita langsung karena penyakit tersebut (2) Besarnya pengeluaran biaya yang diperlukan perorang rata-rata perbulan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut (3) Besarnya kerugian yang diderita.

2. Menetapkan Kriteria 2: Kegawatan (*emergensy/seriousness*)

Langkah ini berbeda dengan langka pertama dimana banyak menggunakan data kuantitatif untuk menentukan nilai. Menentukan tingkat kegawatan lebih bersifat subjektif. Pada langkah ini kelompok menentukan tingkat kegawatan misalnya dengan melihat faktor-faktor berikut ini: (a) Tingkat urgensinya (b) Kecenderungannya (c) Tingkat Keganasannya. Berdasarkan 3 faktor ini anggota menentukan nilai dengan skala 0-10.

3. Menetapkan Kriteria 3: Kemudahan Penanggulangan (*causability*)

Masing-masing anggota katakanlah jumlah anggota 6 orang memberikan nilai antara 1-5 berdasarkan prakiraan kemudahan penanggulangan masing-masing masalah. Angka 1 berarti bahwa masalah tersebut sulit ditanggulangi dan angka 5 berarti bahwa masalah tersebut mudah dipecahkan. Kelompok menentukan kriteria berdasarkan kemampuan dan tersedianya sumberdaya untuk menyelesaikan masalah tersebut dengan kriteria:

- 1 : Apabila masalah sangat sulit ditanggulangi
- 2 : Apabila masalah sulit ditanggulangi
- 3 : Apabila masalah cukup sulit ditanggulangi
- 4 : Apabila masalah mudah ditanggulangi
- 5 : Apabila masalah sangat mudah ditanggulangi

4. Menetapkan Kriteria 4: Menentukan PEARL faktor

Kelompok kriteria IV terdiri dari beberapa faktor yang saling menentukan dapat atau tidaknya suatu program dilaksanakan dan faktor tersebut meliputi:

- P=Kesesuaian (*Appropriateness*)
- E=Secara ekonomi murah (*Economic feasibility*)
- A=Dapat diterima (*Acceptability*)
- R=Tersedia sumber daya (*Resources availability*)
- L=Legalitas terjamin (*Legality*)

Masing-masing masalah harus diuji dengan faktor PEARL. Tujuannya adalah untuk menjamin terselenggaranya program dengan baik. Jawaban hanya dua yaitu Ya atau Tidak.

---

<sup>33</sup> Denas Symond, 'Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan Dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan Dalam Pelayanan Kesehatan di Suatu Wilayah', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, vol. 7, no. 2 (2013), pp. 94-100.

Jawaban Ya nilai 1 dan jawaban Tidak nilainya 0. Dengan cara aklamasi atau voting maka tiap faktor dapat diperoleh angka 1 atau 0 untuk masing-masing masalah.

**Tabel 3. Contoh Prioritas Masalah Metode Hanlon**

Masalah	Rata-Rata Besar Masalah	Rata-Rata Kegawatan	Kemudahan Penanggulangan	Faktor PEARL	Prioritas Intervensi
A	6,6	6,6	3,17	1	138,1
B	5,6	5,6	2,83	1	87,8
C	5,3	5,3	4,5	0	0

Berdasarkan rekapitulasi nilai rata-rata dari ke empat kelompok kriteria yang ditetapkan maka ranking 1 untuk intervensi kegiatan ada pada pemecahan masalah A dan ranking 2 pemecahan masalah B dan pemecahan masalah C tidak dapat dilaksanakan karena dari nilai faktor PEARL tidak layak untuk dilaksanakan.

### C. Metode CARL

Metode CARL merupakan sebuah teknik yang dilakukan untuk menentukan prioritas masalah jika data yang tersedia adalah data kualitatif. Hal ini dikarenakan tidak ada data pasti seberapa banyak kecacatan yang disebabkan oleh sebuah masalah. Metode ini dilakukan dengan menentukan score dari kriteria yang ada yaitu capability, accessibility, readiness, dan leverage. Capability merupakan ketersediaan sumber daya yang ada, misalnya adalah dana. Accessibility menunjukkan kemudahan bila prioritas tersebut dilakukan. Readiness menunjukkan kesiapan dari tenaga kerja yang ada, seperti keahlian atau kemampuan dan motivasi. Leverage menunjukkan dampak yang diberikan bila prioritas permasalahan ini dilakukan dan diatasi.

Masalah yang ada lalu diidentifikasi dan dibuat tabel kriteria CARL untuk diisi nilainya. Nilai yang diisi memiliki angka minimum 1 hingga yang tertinggi adalah 10. Setelah seluruh kriteria permasalahan diisi maka nilai akan dikalikan untuk menentukan prioritas apa yang harus dilakukan terlebih dahulu. Semakin tinggi nilai yang didapatkan menunjukkan prioritas yang harus dilakukan terlebih dahulu.

Kelebihan penggunaan metode CARL yaitu, dengan masalah yang relatif banyak, bisa ditentukan peringkat atas masing-masing masalah, sehingga bisa diperoleh prioritas masalahnya. Sedangkan Kelemahannya:

1. Penentuan skor sangat subyektif, sehingga sulit untuk distandarisasi
2. Penilaian atas masing-masing kriteria terhadap masalah yang diskor perlu kesepakatan agar diperoleh hasil yang maksimal dalam penentuan peringkat (prioritas)
3. Obyektifitas hasil peringkat masalah kurang bisa dipertanggungjawabkan, karena penentuan skor atas kriteria yang ada subyektif sifatnya.

Langkah inti pelaksanaan CARL yakni:<sup>34</sup>

- a. Tulis atau daftarkan masalah yang didapat dari kegiatan analisis situasi dan letakkan pada lembar flipchart atau papan tulis atau white board
- b. Tentukan skor atau nilai yang akan diberikan pada tiap masalah berdasarkan kesepakatan bersama

Misal : Telah disepakati bersama skor atau nilai yang diberikan adalah 1-5, dengan ketentuan sebagai berikut :

- Nilai 1 = sangat tidak menjadi masalah
- Nilai 2 = tidak menjadi masalah
- Nilai 3 = cukup menjadi masalah
- Nilai 4 = sangat menjadi masalah
- Nilai 5 = sangat menjadi masalah (mutlak)

- c. Berikan skor atau nilai untuk setiap alternatif masalah berdasarkan kriteria CARL (*Capability* atau kemampuan, *Accessibility* atau Kemudahan, *Readiness* atau kesiapan, *Leverage* atau Daya Ungkit)

**Tabel 4. Contoh Prioritas Metode CARL**

No.	Masalah	Skor				Hasil	Ranking
		C	A	R	L	$C \times A \times R \times L$	
1.	Mutu pelayanan BP rendah	4	5	4	5	400	1
2.	Perilaku PHBS rendah	3	3	3	3	81	3
3.	Perhatian keluarga pada bumil rendah	4	4	3	3	144	2

#### D. Metode Bryant

Metode Bryant yang dilakukan dalam dua tahap, yaitu pemberian skoring (1 sampai 5) oleh masing-masing tim penilai berdasarkan beberapa kriteria dan dilanjutkan dengan menjumlahkan skor. Nilai yang tertinggi merupakan masalah urutan pertama, urutan selanjutnya sesuai besarnya nilai prioritas masalah kesehatan. Kriteria dalam penilaian adalah:

<sup>34</sup> Sudirman (2020). Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Palu*

1. P (*prevalence*) atau besar masalah yang menggambarkan jumlah atau kelompok masyarakat yang terkena masalah, makin besar jumlah semakin tinggi skor yang diberikan.
2. S (*seriousness*) atau keseriusan masalah untuk segera ditanggulangi, misalnya ditinjau dari kegawatan masalah yaitu tingginya angka morbiditas atau mortalitas. Semakin serius masalah semakin tinggi skor yang diberikan.
3. C (*community concern*) yaitu perhatian atau kepentingan masyarakat dan pemerintah atau instansi terkait terhadap masalah tersebut. Makin tinggi tingkat kepentingannya makin tinggi skor yang diberikan.
4. M (*manageability*) yaitu ketersediaan sumber daya (tenaga, dana, sarana dan metode/cara) yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah. Semakin mampu sumberdaya yang dibutuhkan, makin tinggi nilai yang diberikan.

Langkah Penggunaan Metode Bryan yaitu:<sup>35</sup>

- a. Pada metode ini masing-masing kriteria tersebut diberi skor, kemudian masing masing skor dikalikan.
- b. Hasil perkalian ini dibandingkan antara masalah-masalah yang dinilai.
- c. Masalah-masalah dengan skor tertinggi, akan mendapat prioritas yang tinggi pula.

**Tabel 5. Contoh Prioritas Masalah Metode Bryant**

Alternatif Masalah	P	S	C	M	Total	Prioritas
Diare	5	4,0	3,4	3	15,4	II
Malaria	5	4,5	3,1	5	17,6	I
Sampah	5	3,4	3	2,5	13,9	III

Keterangan :

- Masalah dengan magnitude tinggi diberi skor 4 atau 5
- Masalah dengan magnitude rendah diberi skor 2 atau 1
- Begitu pula dengan kriteria lainnya
- Kecuali untuk biaya /cost, bila biaya mahal diberi skor rendah

## E. Metode Reinke

Metode Reinke juga merupakan metode dengan mempergunakan skor. Nilai skor berkisar 1-5 atas serangkaian kriteria:

- M = *Magnitude of the problem* (besarnya masalah yang dapat dilihat dari % atau jumlah/kelompok yang terkena masalah, keterlibatan masyarakat serta kepentingan instansi terkait

<sup>35</sup> Aini Khulaila, Made Utama, and Anak Agung Sagung Sawitri, 'Analisis kesehatan di Kota Mataram tahun 2011: suatu penerapan Bryant method', *Public Health and Preventive Medicine Archive*, vol. 1, no. 2 (2013), p. 128.

- I = *Importancy* / kegawatan masalah (tingginya angka morbiditas dan mortalitas serta kecenderungan dari waktu ke waktu)
- V = *Vulnerability* (sensitif atau tidaknya pemecahan masalah dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Sensitifitasnya dapat diketahui dari perkiraan hasil (output) yang diperoleh dibandingkan dengan pengorbanan (input) yang dipergunakan)
- C = *Cost* (biaya atau dana yang dipergunakan untuk melaksanakan pemecahan masalah. Semakin besar biaya semakin kecil skornya.<sup>36</sup>)

Prioritas masalah atau pemecahan masalah diperoleh dengan mengurutkan jumlah nilai P dari yang tertinggi sampai terendah. Contoh penggunaan metode Reinke adalah sebagai berikut:

**Tabel 6. Contoh Penggunaan Metode Reinke**

Daftar Masalah	M	I	V	C	Total	Prioritas
A	5	4,6	5	3	38,33	I
B	5	4,2	3	5	12,60	III
C	4,6	4	3,5	3,2	20,13	II

#### F. Metode MCUA (*Multiple Criteria Utility Assessment Method*)

Kriteria yang dipakai dalam Metode MCUA ialah: 1) *Emergency* (Kegawatan menimbulkan kesakitan atau kematian), 2) *Greetes member* (insiden/ prevalensi), 3) *Expanding scope* (Mempunyai ruang lingkup besar di luar kesehatan), 4) *Feasibility* (Kemungkinan dapat/tidaknya dilakukan), dan 5) *Policy* (Kebijakan pemerintah).

**Tabel 7. Contoh penggunaan metode MCUA**

MASALAH	E	G	E	F	P	TOTAL	PRIORITAS
A	4	4	3	2	2	192	III
<b>B</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1024</b>	<b>I</b>
C	4	3	3	2	2	144	IV
D	4	3	3	3	3	324	II
E	3	3	2	2	2	72	V

E  
X  
G  
E  
X  
F  
P

<sup>36</sup>Budioro B., 2006, Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.

#### 4.2.2 Metode Kualitatif (*non-scoring*)

Menetapkan prioritas masalah dengan metode kualitatif lazim digunakan bila tidak tersedia data yang diperlukan. Diantara metode kualitatif yang dapat digunakan adalah Teknik Curah Pendapat (*Brainstorming*), Teknik *Brainwriting*, Teknik Delphi, Teknik Kelompok Nominal, dan lainnya.

##### A. Teknik Curah Pendapat (*brainstorming*)

Metode curah pendapat (*brainstorming*) adalah suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari semua peserta. Berbeda dengan diskusi, di mana gagasan dari seseorang dapat ditanggapi (didukung, dilengkapi, dikurangi, atau tidak disepakati) oleh peserta lain, pada penggunaan metode curah pendapat pendapat orang lain tidak untuk ditanggapi atau dikritik. Teknik ini dapat dilakukan dengan melontarkan suatu masalah ke dalam forum, kemudian peserta menjawab atau menyatakan komentar sehingga mungkin masalah tersebut berkembang menjadi masalah baru, atau dapat diartikan sebagai suatu cara untuk mendapatkan banyak ide dari sekelompok orang dalam waktu yang singkat.<sup>37</sup>

Tujuan curah pendapat adalah untuk membuat kompilasi (kumpulan) pendapat, informasi, pengalaman anggota kelompok yang sama atau berbeda. Hasilnya kemudian dijadikan peta informasi, peta masalah, atau peta gagasan (*mindmap*) untuk menjadi bahan penentuan prioritas.<sup>38</sup>

Langkah-langkah metode Brainstorming :

- a. Fasilitator memberikan masalah yang mampu merangsang pikiran peserta, sehingga peserta menanggapi tanpa mengomentari bahwa pendapat tersebut benar atau salah, juga tidak perlu disimpulkan. Fasilitator hanya menampung semua pernyataan pendapat, sehingga peserta mendapat giliran.
- b. Peserta menanggapi masalah dengan mengemukakan pendapat, komentar atau bertanya, atau mengemukakan masalah baru. Biasanya dalam metode ini, karakteristik peserta memiliki keahlian yang relatif sama.

Berikut ini adalah langkah-langkah pembelajaran yang menggunakan metode brainstorming :

- c. Mengklasifikasikan semua saran dan masukan peserta berdasarkan kriteria yang dibuat dan disepakati oleh kelompok. Klasifikasi bisa berdasarkan struktur/ faktor-faktor lain.
- d. Peserta secara bersama memverifikasi sumbang saran yang telah diklasifikasikan. Setiap sumbang saran diuji relevansinya dengan permasalahannya. Apabila terdapat sumbang

---

<sup>37</sup> Yusuf Yusuf and Anita Trisiana, 'Metode Brainstorming Tertulis: Teknik Curah Pendapat Dengan Memaksimalkan Keterlibatan Semua Peserta Dalam Pengambilan Keputusan', *Adi Widya : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, vol. 3, no. 2 (2019), pp. 108–16.

<sup>38</sup> *Ibid.*

saran yang sama diambil salah satunya dan sumbang saran yang tidak relevan bisa dicoret. Kepada pemberi sumbang saran bisa diminta argumentasinya.

- e. Konklusi (Penyepakatan), semua peserta mencoba menyimpulkan butir-butir alternatif pemecahan masalah yang disetujui. Setelah semua puas, maka diambil kesepakatan terakhir cara pemecahan masalah yang dianggap paling tepat.

## B. Teknik *Brainwriting*

*Brainwriting* merupakan pengembangan dari teknik *brainstorming*. Teknik ini mencari ide dalam grup secara tertulis, dan tidak perlu berbicara di depan forum, sehingga menghilangkan kesungkaman atau kegelisahan dalam menyampaikan pendapat. *Brainwriting* merupakan pendekatan yang lebih fleksibel daripada *brainstorming*, dapat dilakukan secara kelompok maupun individu, sekaligus atau dalam waktu tertentu, secara *public* atau *privat*, tidak ada batasan jumlah peserta, dengan atau tanpa kritik dan diskusi. Selain itu, karena *brainwriting* dilakukan secara tertulis, maka biasanya tidak ada ide yang akan terlewatkan.

Teknik ini dapat dilakukan dengan cara:

- a. Peserta melibatkan sekitar 6-8 orang dengan keahlian dan latar belakang yang sama
- b. Fasilitator diskusi mengajukan masalah di secarik kertas
- c. Semua peserta membacanya dan menuliskan pendapatnya
- d. Semua pendapat ditulis dikertas kemudian didiskusikan untuk mencari pendapat terbanyak.

## C. Teknik Delphi

Masalah-masalah didiskusikan oleh sekelompok orang yang mempunyai keahlian yang sama. Melalui diskusi tersebut akan menghasilkan prioritas masalah yang disepakati bersama. Pemilihan prioritas masalah dilakukan melalui pertemuan khusus. Setiap peserta yang sama keahliannya dimintakan untuk mengemukakan beberapa masalah pokok, masalah yang paling banyak dikemukakan adalah prioritas masalah yang dicari.

Langkah-langkah teknik delphi dilakukan sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah yang hendak/ perlu diselesaikan
2. Membuat kuesioner dan menetapkan peserta/para ahli yang dianggap mengetahui dan menguasai permasalahan
3. Kuesioner dikirim kepada para ahli, kemudian menerima kembali jawaban kuesioner yang berisikan ide dan alternatif solusi penyelesaian masalah
4. Pembentukan tim khusus untuk merangkum seluruh respon yang muncul dan mengirim kembali hasil rangkuman kepada partisipan
5. Partisipan menelaah ulang hasil rangkuman, menetapkan skala prioritas/ memeringkat alternatif solusi yang dianggap terbaik dan mengembalikan kepada pemimpin kelompok/pembuatan keputusan.
6. Konsensus peserta dapat dipercepat dengan pengambilan suara

7. Diperlukan kecermatan dan kesabaran pihak pemberi kuesioner.

#### D. Teknik Kelompok Nominal

Nominal Group Technique (NGT) adalah suatu metode untuk mencapai konsensus dalam suatu kelompok dengan cara mengumpulkan ide-ide dari setiap peserta kemudian memberikan voting dan ranking terhadap ide-ide yang dipilih. Ide yang dipilih adalah yang paling banyak skor-nya.

Nominal Group Technique (NGT) merupakan sebuah *quality tools* yang bertujuan untuk mengambil keputusan terbaik. Dalam ilmu manajemen, metode ini bisa dimanfaatkan untuk mencari solusi permasalahan, hingga memilih ide pengembangan produk yang baru.

Metode ini bisa menjadi salah satu alternatif *brainstorming*, hanya saja konsensus dapat tercapai lebih cepat. NGT cocok diaplikasikan ketika tim mempunyai pendapat dan perspektif yang berbeda-beda mengenai suatu masalah. Bila membutuhkan konsensus cepat, NGT cocok digunakan dibandingkan dengan *brainstorming* yang memakan waktu lebih lama.

Teknik NGT memiliki lima langkah, yaitu: 1) Pengantar, fasilitator menjelaskan tujuan sesi dan menjelaskan cara kerjanya, 2) Peserta menyampaikan pendapat mereka terkait dengan masalah, 3) Peserta berbagi ide mereka secara bergantian dan fasilitator mencatatnya. Tidak ada diskusi pada tahap ini dan peserta dapat mencatat ide-ide tambahan dicatat secara diam-diam, 4) Fasilitator memandu diskusi senetral mungkin. Setiap peserta harus diberikan kesempatan yang sama untuk menyajikan, mempertanyakan dan mengklarifikasi daftar ide, dan 5) Peserta memberi peringkat atau skor ide yang sesuai misalnya memberi peringkat pada risiko yang teridentifikasi atau menilai solusi yang diidentifikasi atau memprioritaskan manfaatnya. Fasilitator mengkonsolidasikan peringkat dan menyajikan hasilnya ke grup.



#### 4.3 Identifikasi Akar Penyebab Masalah Prioritas

Setelah mengetahui beberapa metode prioritas masalah dan ditemukan satu masalah prioritas, maka langkah selanjutnya adalah mencari akar penyebab masalah itu sendiri. Mengidentifikasi di sini merupakan penelusuran masalah penelitian yang ditelaah melihat variabel-variabel spesifik yang diduga menjadi akar permasalahan. Istilah lain untuk kegiatan ini sering disebut *Root Causes Analysis*. Metode identifikasi yang dibahas kali yaitu menggunakan Diagram Tulang Ikan (*fish bone*) dan Pareto Analysis,

#### 4.3.1. Diagram Tulang Ikan (*fish bone digram*)

##### A. Definisi Diagram Tulang Ikan (*fishbone diagram*)

Diagram tulang ikan atau *fishbone diagram* adalah salah satu metode untuk menganalisa penyebab dari sebuah masalah atau kondisi. Sering juga diagram ini disebut dengan diagram sebab-akibat atau *cause effect diagram*. Diagram sebab akibat berkaitan dengan pengendalian proses statistikal, di mana dapat mengidentifikasi penyebab suatu proses *out of control*. Artinya, diagram sebab akibat ini dipergunakan untuk menunjukkan faktor-faktor penyebab (sebab) dan karakteristik kualitas (akibat) yang disebabkan oleh faktor-faktor penyebab itu. Diagram sebab akibat ini sering juga disebut sebagai Diagram Tulang Ikan (*Fishbone diagram*) karena bentuknya seperti kerangka ikan. Diagram ini juga dikenal dengan diagram Ishikawa, yang pertama kali diperkenalkan oleh Prof. Kaoru Ishikawa dari Universitas Tokyo pada Tahun 1953.

##### B. Manfaat dan Fungsi Diagram Fish Bone

Diagram Fishbone dapat digunakan untuk menganalisis permasalahan baik pada level individu, tim, maupun organisasi. Terdapat banyak kegunaan atau manfaat dari pemakaian Diagram Fishbone ini dalam analisis masalah. Manfaat penggunaan diagram fishbone tersebut antara lain :

1. Memfokuskan individu, tim, atau organisasi pada permasalahan utama. penggunaan Diagram Fishbone dalam tim/organisasi untuk menganalisis permasalahan akan membantu anggota tim dalam memfokuskan permasalahan pada masalah prioritas.
2. Memudahkan dalam mengilustrasikan gambaran singkat permasalahan tim/organisasi. Diagram Fishbone dapat mengilustrasikan permasalahan utama secara ringkas sehingga tim akan mudah menangkap permasalahan utama.
3. Menentukan kesepakatan mengenai penyebab suatu masalah. Dengan menggunakan teknik brainstorming para anggota tim akan memberikan sumbang saran mengenai penyebab munculnya masalah. Berbagai sumbang saran ini akan didiskusikan untuk menentukan mana dari penyebab tersebut yang berhubungan dengan masalah utama termasuk menentukan penyebab yang dominan.
4. Membangun dukungan anggota tim untuk menghasilkan solusi. Setelah ditentukan penyebab dari masalah, langkah untuk menghasilkan solusi akan lebih mudah mendapat dukungan dari anggota tim.
5. Memfokuskan tim pada penyebab masalah. Diagram Fishbone akan memudahkan anggota tim pada penyebab masalah. Juga dapat dikembangkan lebih lanjut dari setiap penyebab yang telah ditentukan.
6. Memudahkan visualisasi hubungan antara penyebab dengan masalah. Hubungan ini akan terlihat dengan mudah pada Diagram Fishbone yang telah dibuat.
7. Memudahkan tim beserta anggota tim untuk melakukan diskusi dan menjadikan diskusi lebih terarah pada masalah dan penyebabnya.

Fungsi dasar diagram Fishbone (Tulang Ikan) atau Cause and Effect (Sebab dan Akibat) atau Ishikawa adalah untuk mengidentifikasi dan mengorganisasi penyebab-penyebab yang mungkin timbul dari suatu efek spesifik dan kemudian memisahkan akar penyebabnya. Fishbone Diagram sendiri banyak digunakan untuk membantu mengidentifikasi akar penyebab dari suatu masalah dan membantu menemukan ide-ide untuk solusi suatu masalah.<sup>39</sup>

#### C. Kelebihan dan Kekurangan Diagram Fish Bone

Kelebihan ialah dapat menjabarkan setiap masalah yang terjadi dan setiap orang yang terlibat di dalamnya dapat menyumbangkan saran yang mungkin menjadi penyebab masalah tersebut. Kemudian, kekurangan dalam pembuatan fishbone diagram menggunakan *opinion based on tool* yang menyebabkan adanya pembatasan kemampuan dari tim/pengguna untuk menjabarkan masalah, padahal permasalahan tersebut memerlukan metode “*level why*” yang dalam, kecuali bila kertas yang digunakan benar – benar besar untuk menyesuaikan dengan kebutuhan tersebut. Serta biasanya voting digunakan untuk memilih penyebab yang paling mungkin yang terdaftar pada diagram tersebut.

#### D. Langkah-Langkah Pembuatan Diagram Fish Bone

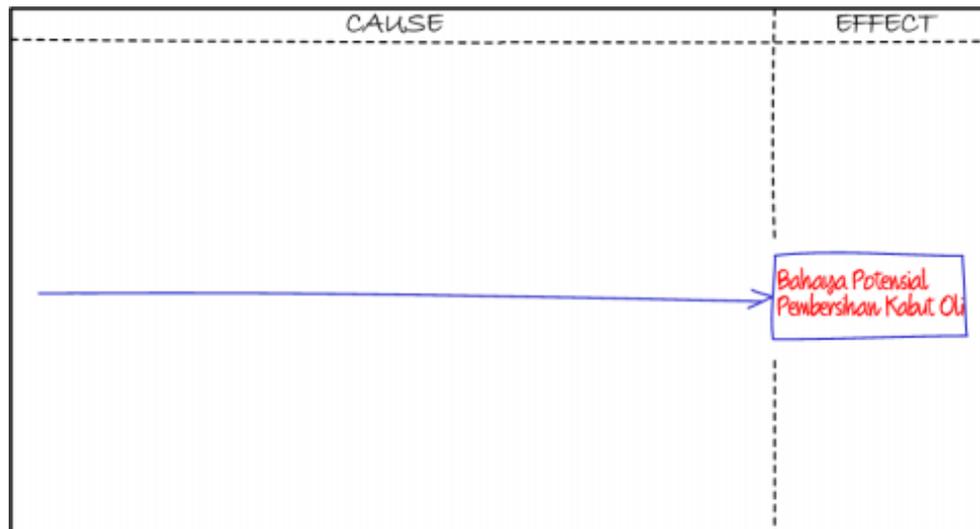
Pembuatan fishbone diagram kemungkinan akan menghabiskan waktu sekitar 30-60 menit dengan peserta terdiri dari orang-orang yang kira-kira mengerti/paham tentang masalah yang terjadi, dan tunjuklah satu orang pencatat untuk mengisi fishbone diagram. Alat-alat yang perlu disiapkan adalah: *flipchart* atau *whiteboard* dan *marking pens* atau spidol.

Langkah 1: Menyetujui pernyataan masalah

- Sepakati sebuah pernyataan masalah (problem statement). Pernyataan masalah ini diinterpretasikan sebagai “effect”, atau secara visual dalam fishbone seperti “kepala ikan”.
- Tuliskan masalah tersebut di tengah whiteboard di sebelah paling kanan, misal: “Bahaya Potensial Pembersihan Kabut Oli”.
- Gambarkan sebuah kotak mengelilingi tulisan pernyataan masalah tersebut dan buat panah horizontal panjang menuju ke arah kotak (lihat Gambar 3).

---

<sup>39</sup> Hari Agung Yuniarto, Annisa Dewi Akbari, and Nur Aini Masruroh, 'Perbaikan Pada Fishbone Diagram Sebagai Root Cause Analysis Tool', *Jurnal Teknik Industri*, vol. 3, no. 3 (2013), <https://www.trijurnal.lemlit.trisakti.ac.id/tekin/article/view/1565>, accessed 16 Aug 2021.

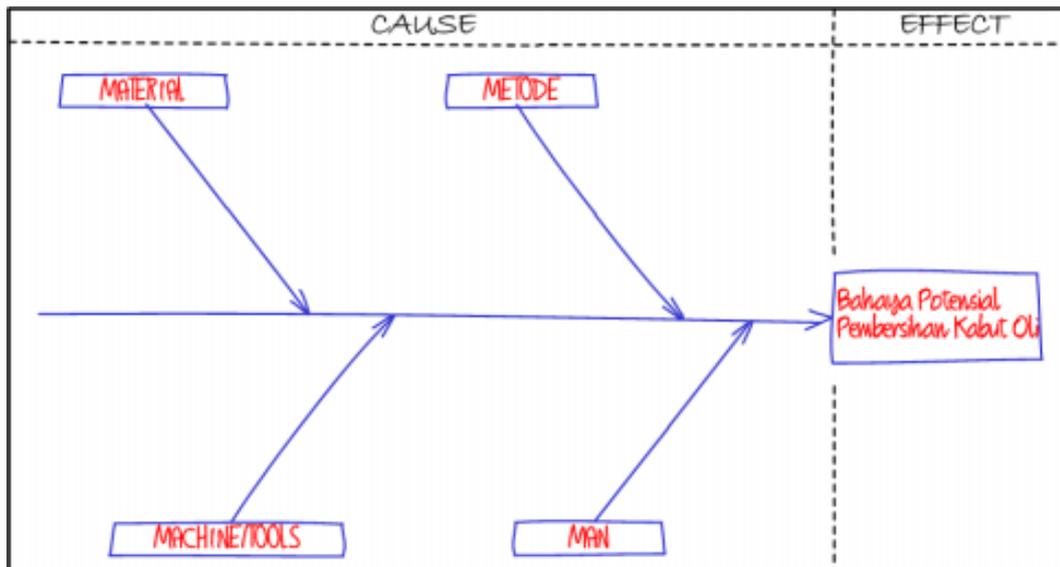


**Gambar 4. Pembuatan Fishbone Diagram — Menyepakati Pernyataan Masalah**

Langkah 2: Mengidentifikasi kategori-kategori

- Dari garis horisontal utama, buat garis diagonal yang menjadi “cabang”. Setiap cabang mewakili “sebab utama” dari masalah yang ditulis. Sebab ini diinterpretasikan sebagai “cause”, atau secara visual dalam fishbone seperti “tulang ikan”.
- Kategori sebab utama mengorganisasikan sebab sedemikian rupa sehingga masuk akal dengan situasi. Kategori-kategori ini antara lain:
- Kategori 6M yang biasa digunakan dalam industri manufaktur:
  - 1) *Machine* (mesin atau teknologi),
  - 2) *Method* (metode atau proses),
  - 3) *Material* (termasuk raw material, consumption, dan informasi),
  - 4) *Man Power* (tenaga kerja atau pekerjaan fisik) / *Mind Power* (pekerjaan pikiran: kaizen, saran, dan sebagainya),
  - 5) *Measurement* (pengukuran atau inspeksi), dan
  - 6) *Milieu / Mother Nature* (lingkungan).
- Kategori 8P yang biasa digunakan dalam industri jasa:
  - 1) *Product* (produk/jasa),
  - 2) *Price* (harga),
  - 3) *Place* (tempat),
  - 4) *Promotion* (promosi atau hiburan),
  - 5) *People* (orang),
  - 6) *Process* (proses),
  - 7) *Physical Evidence* (bukti fisik), dan
  - 8) *Productivity and Quality* (produktivitas dan kualitas).
- Kategori 5S yang biasa digunakan dalam industri jasa:
  - 1) *Surroundings* (lingkungan),

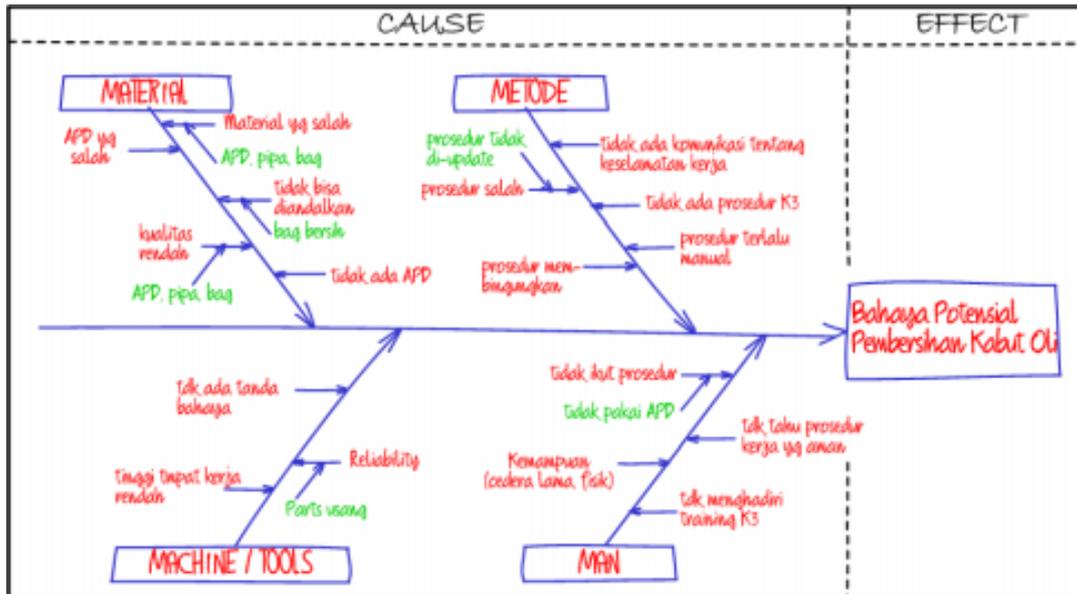
- 2) *Suppliers* (pemasok),
  - 3) *Systems* (sistem),
  - 4) *Skills* (keterampilan), dan
  - 5) *Safety* (keselamatan).
- Kategori di atas hanya sebagai saran, kita bisa menggunakan kategori lain yang dapat membantu mengatur gagasan-gagasan. Jumlah kategori biasanya sekitar 4 sampai dengan 6 kategori. Kategori pada contoh ini lihat Gambar 4.



**Gambar 5. Pembuatan Fishbone Diagram — Mengidentifikasi Kategori-Kategori**

Langkah 3: Menemukan sebab-sebab potensial dengan cara brainstorming

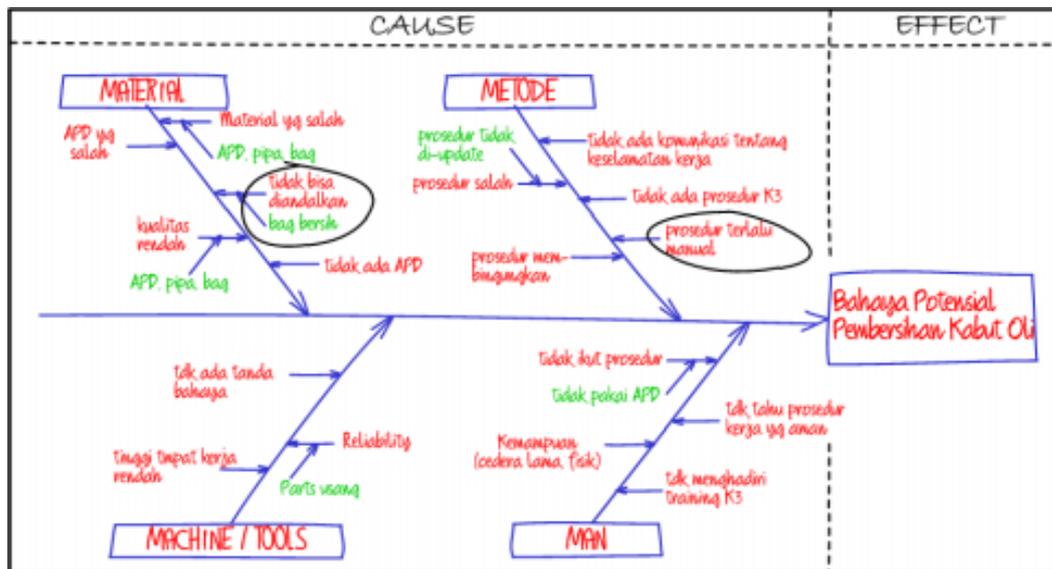
- Setiap kategori mempunyai sebab-sebab yang perlu diuraikan melalui sesi brainstorming.
- Saat sebab-sebab dikemukakan, tentukan bersama-sama di mana sebab tersebut harus ditempatkan dalam fishbone diagram, yaitu tentukan di bawah kategori yang mana gagasan tersebut harus ditempatkan, misal: “Mengapa bahaya potensial? Penyebab: Karyawan tidak mengikuti prosedur!” Karena penyebabnya karyawan (manusia), maka diletakkan di bawah “Man”.
- Sebab-sebab ditulis dengan garis horisontal sehingga banyak “tulang” kecil keluar dari garis diagonal.
- Pertanyakan kembali “Mengapa sebab itu muncul?” sehingga “tulang” lebih kecil (sub-sebab) keluar dari garis horisontal tadi, misal: “Mengapa karyawan disebut tidak mengikuti prosedur? Jawab: karena tidak memakai APD” (lihat Gambar 5).
- Satu sebab bisa ditulis di beberapa tempat jika sebab tersebut berhubungan dengan beberapa kategori.



**Gambar 6. Pembuatan Fishbone Diagram-Menemukan Sebab-Sebab Potensial**

Langkah 4: Mengkaji dan menyepakati sebab-sebab yang paling mungkin

- Setelah setiap kategori diisi carilah sebab yang paling mungkin di antara semua sebab-sebab dan sub-subnya.
- Jika ada sebab-sebab yang muncul pada lebih dari satu kategori, kemungkinan merupakan petunjuk sebab yang paling mungkin.
- Kaji kembali sebab-sebab yang telah didaftarkan (sebab yang tampaknya paling memungkinkan) dan tanyakan, "Mengapa ini sebabnya?"
- Pertanyaan "Mengapa?" akan membantu kita sampai pada sebab pokok dari permasalahan teridentifikasi.
- Tanyakan "Mengapa?" sampai saat pertanyaan itu tidak bisa dijawab lagi. Kalau sudah sampai ke situ sebab pokok telah teridentifikasi.
- Lingkarilah sebab yang tampaknya paling memungkinkan pada fishbone diagram (lihat Gambar 6).



Gambar 7. Pembuatan Fishbone Diagram — Melingkari Sebab yang Paling Mungkin

#### 4.3.2. Pareto Analysis

##### A. Definisi Pareto Analysis

Analisis Pareto adalah teknik statistik dalam pengambilan keputusan yang digunakan untuk pemilihan sejumlah tugas yang menghasilkan efek keseluruhan yang signifikan. Ia menggunakan Prinsip Pareto (juga dikenal sebagai aturan 80/20) gagasan bahwa dengan melakukan 20% dari pekerjaan Anda dapat menghasilkan 80% dari manfaat melakukan seluruh pekerjaan. Atau dalam hal peningkatan kualitas, mayoritas besar masalah (80%) diproduksi oleh beberapa penyebab utama (20%).

Aturan 80/20 dapat diterapkan pada hampir semua hal, misalnya:<sup>40</sup>

- 80% dari keluhan pelanggan timbul dari 20% dari produk atau jasa.
- 80% dari keterlambatan dalam jadwal timbul dari 20% dari kemungkinan penyebab penundaan.
- 20% dari produk atau jasa account untuk 80% dari keuntungan Anda.
- 20% dari penjualan anda *force* menghasilkan 80% dari pendapatan perusahaan Anda.
- 20% dari cacat sistem menyebabkan 80% dari masalah.

<sup>40</sup> Jani, *Analisis Pengendalian Persediaan Bahan Baku Pakan Ternak Sapi Dalam Rangka Efisiensi Dengan Menggunakan Diagram Pareto (Metode EOQ Dan Diagram Sebab Akibat Studi Kasus, 2018)*

## B. Manfaat Pareto Analysis

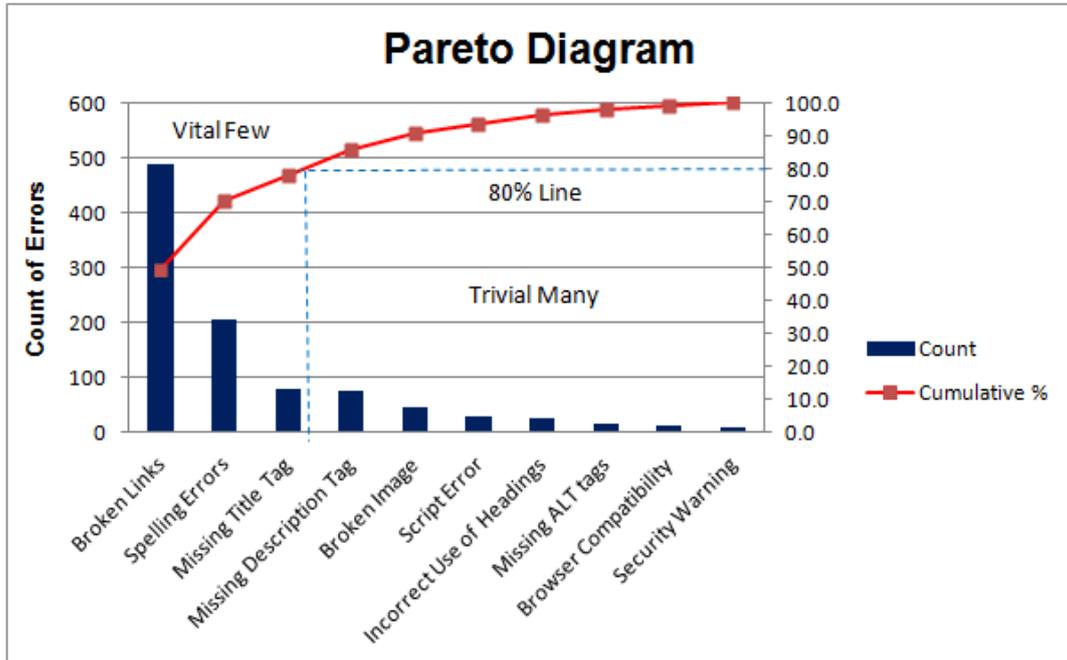
Diagram Pareto sangat bermanfaat dalam menentukan dan mengidentifikasi prioritas permasalahan yang akan diselesaikan. Permasalahan yang paling banyak dan sering terjadi adalah prioritas utama kita untuk melakukan tindakan.

- 1) Pareto merupakan metode standar dalam pengendalian mutu untuk mendapatkan hasil maksimal atau memilih masalah-masalah utama dan lagi pula dianggap sebagai suatu pendekatan sederhana yang dapat dipahami oleh pekerja tidak terlalu terdidik, serta sebagai perangkat pemecahan dalam bidang yang cukup kompleks.
- 2) Diagram Pareto merupakan suatu gambar yang mengurutkan klasifikasi data dari kiri ke kanan menurut urutan ranking tertinggi hingga terendah. Hal ini dapat membantu menemukan permasalahan yang terpenting untuk segera diselesaikan (ranking tertinggi) sampai dengan yang tidak harus segera diselesaikan (ranking terendah).
- 3) Pareto juga dapat digunakan untuk membandingkan kondisi proses, misalnya ketidaksesuaian proses, sebelum dan setelah diambil tindakan perbaikan terhadap proses. Diagram Pareto dibuat berdasarkan data statistik dan prinsip bahwa 20% penyebab bertanggungjawab terhadap 80% masalah yang muncul atau sebaliknya. Kedua aksioma tersebut menegaskan bahwa lebih mudah mengurangi bagian lajur yang terletak di bagian kiri diagram Pareto daripada mencoba untuk menghilangkan secara sistematis lajur yang terletak di sebelah kanan diagram.

## C. Langkah-Langkah Pembuatan Pareto Analysis

Tujuh langkah untuk mengidentifikasi penyebab penting menggunakan Analisis Pareto:

- Formulir tabel daftar penyebab dan frekuensi mereka sebagai persentase.
- Mengatur baris dalam urutan penurunan pentingnya penyebab, yaitu penyebab paling penting pertama.
- Tambahkan kolom persentase kumulatif ke meja.
- Plot dengan penyebab pada x-axis dan persentase kumulatif pada sumbu-y.
- Bergabung dengan poin di atas untuk membentuk kurva.
- Plot (pada grafik yang sama) grafik batang dengan penyebab pada x-axis dan persen frekuensi pada sumbu-y.
- Menarik garis di 80% pada y-axis sejajar dengan sumbu-x. Kemudian turun garis pada titik persimpangan dengan kurva pada sumbu-x. Ini titik pada sumbu-x memisahkan penyebab penting pada penyebab kiri dan kurang penting di sebelah kanan.



**Gambar 8. Grafik Pareto Diagram**

Di atas adalah contoh sederhana diagram Pareto menggunakan data sampel menunjukkan frekuensi relatif dari penyebab kesalahan pada situs. Hal ini memungkinkan Anda untuk melihat apa yang 20% dari kasus yang menyebabkan 80% dari masalah dan di mana upaya harus difokuskan untuk mencapai peningkatan terbesar.

Nilai Prinsip Pareto untuk seorang manajer proyek adalah bahwa hal itu mengingatkan Anda untuk fokus pada 20% dari hal-hal penting. Dari hal-hal yang Anda lakukan selama proyek Anda, hanya 20% yang benar-benar penting. Mereka menghasilkan 80% 20% dari hasil Anda. Mengidentifikasi dan fokus pada hal-hal pertama, tetapi tidak benar-benar mengabaikan sisanya 80%.

## BAB V MENENTUKAN ALTERNATIF INTERVENSI DAN TUJUAN PROGRAM

### 5.1 Menentukan Akar Penyebab Masalah

Setelah mengetahui bahwa satu masalah kesehatan tidak berdiri sendiri, melainkan dipengaruhi beberapa penyebab masalah, selain itu di bab sebelumnya juga telah dipelajari menganalisis akar penyebab masalah. Maka langkah berikutnya adalah menentukan mana “akar penyebab” yang prioritas. Analisis prioritas penyebab masalah amat sangat berguna untuk langkah pembuatan alternatif intervensi dan pembuatan rencana operasional / *Plan of Action* (PoA). Setiap kegiatan yang dibuat dalam PoA akan mengacu pada penyelesaian akar penyebab masalah tersebut.

Analisis Prioritas Penyebab Masalah dapat dilakukan dengan MCUA (*Multiple Criteria Utility Assessment Method*), yang terdiri dari:<sup>41</sup>

1. Menentukan kriteria yang dipakai (misal: urgensi, relevansi, dan besar masalah)
2. Menentukan pembobotan untuk masing-masing kriteria tersebut dalam persentase (Misal: urgensi 40%, relevansi 35%, besar masalah 25%)
3. Menentukan skor penyebab masalah (misal: rentang dari 1 sampai 4)

**Tabel 8. Contoh MCUA Prioritas Penyebab Masalah**

Kriteria	Bobot	Skor			
		1	2	3	4
Urgensi	40%	sangat kurang penting	kurang penting	penting	sangat penting
Relevansi (keterkaitan dg program puskesmas)	35%	sangat kurang relevan	kurang relevan	relevan	sangat relevan
Besar Masalah	25%	0-25	26-50	51-75	76-100

Setelah tabel MCUA ditentukan dan disepakati bersama, maka terapkan tabel tersebut ke beberapa penyebab masalah yang telah diketahui sebelumnya.

Misalnya saja di suatu daerah masalah prioritasnya adalah masih minimnya kepemilikan jamban sehat, dan setelah dilakukan identifikasi penyebab masalah diketahui terdapat 3 faktor yang menjadi penyebab, yaitu Pengetahuan warga, Sarana Prasarana dan Sosial Budaya

<sup>41</sup> Eti Rimawati et al., *Panduan Kuliah Integrasi “Problem Solving”* (Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dian Nuswantoro Semarang, 2020), p. hal. 7, [https://repository.dinus.ac.id/docs/ajar/panduan\\_kuliah\\_integrasi\\_problem\\_solving.pdf](https://repository.dinus.ac.id/docs/ajar/panduan_kuliah_integrasi_problem_solving.pdf), accessed 17 Dec 2020.

setempat. Faktor penyebab tersebut dibuatkan matriks MCUA penyebab masalahnya sebagai berikut:

**Tabel 9. Contoh Pemberian Skor pada Matriks MCUA Prioritas Penyebab Masalah**

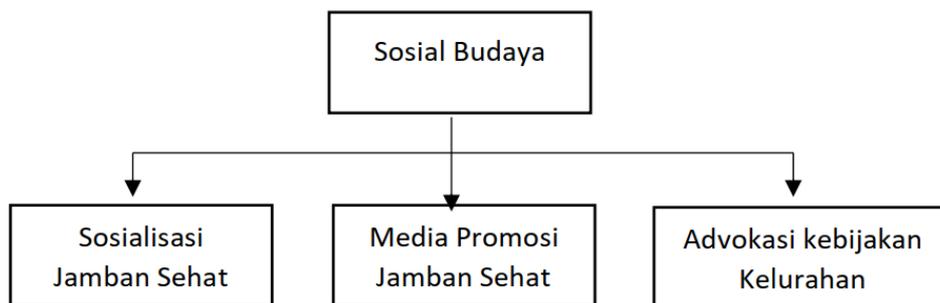
Kriteria	Bobot (%)	Pengetahuan		Sarana Prasarana		Sosial Budaya	
		S	S x B	S	S x B	S	S x B
Urgensi	40	3	120	3	120	4	160
Relevansi (keterkaitan dg program puskesmas)	35	1	35	2	70	3	105
Besar Masalah	25	3	75	3	75	3	75
<b>Total Prioritas</b>	<b>100</b>		<b>230</b> III		<b>265</b> II		<b>340</b> I

Tabel di atas menunjukkan bahwa akar penyebab masalah kepemilikan jamban sehat adalah faktor Sosial Budaya Masyarakat.

## 5.2 Menentukan Alternatif Intervensi <sup>42</sup>

Penentuan alternatif intervensi diidentifikasi dengan metode *How How Diagram* dan penetapan prioritas intervensi dengan metode *Force Field Analysis (FFA)*.

Contoh permasalahan Faktor permasalahan Sosial Budaya Masyarakat dalam kepemilikan jamban sehat dapat diintervensi dengan 3 program yaitu: sosialisasi jamban sehat, membuat media promosi jamban sehat, dan melakukan advokasi kebijakan kelurahan.



**Gambar 9. Contoh How-How Diagram**

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. hal. 8-9.

Dari 3 kegiatan program intervensi yang diusulkan tersebut, lalu dipilih mana intervensi yang prioritas untuk dilakukan dengan metode Force Field Analysis (FFA) terhadap semua alternatif solusi untuk mengetahui faktor penghambat dan pendukungnya. Langkahnya: tentukan kriteria FFA, Lakukan uji kelayakan FFA, Pilih Prioritas Intervensi.

a. Kriteria FFA

**Tabel 10. Kriteria FFA**

Kriteria Faktor Penghambat	Skor	Kriteria Faktor Pendukung
Tidak Menghambat	1	Tidak Mendukung
Cukup Menghambat	2	Cukup Mendukung
Menghambat	3	Mendukung
Sangat Menghambat	4	Sangat mendukung

b. Uji kelayakan FFA

**Tabel 11. Uji Kelayakan FFA**

Skor	Kriteria Faktor Penghambat	Intervensi	Kriteria Faktor Pendukung	Skor
1	Ketersediaan waktu	Sosialisasi Jamban Sehat	Kemudahan pelaksanaan	4
1	Ketersediaan Biaya		Ketersediaan SDM	4
1	Partisipasi Sasaran		Dukungan <i>stakeholder</i>	4
1	Teknis Pelaksanaan		Kecepatan atasi masalah	1
4				<b>13</b>

Skor	Kriteria Faktor Penghambat	Intervensi	Kriteria Faktor Pendukung	Skor
1	Ketersediaan waktu	Advokasi Kebijakan Kelurahan	Kemudahan pelaksanaan	2
3	Ketersediaan Biaya		Ketersediaan SDM	3
2	Partisipasi Sasaran		Dukungan <i>stakeholder</i>	2
4	Teknis Pelaksanaan		Kecepatan atasi masalah	1
10				<b>8</b>

Skor	Kriteria Faktor Penghambat	Intervensi	Kriteria Faktor Pendukung	Skor
1	Ketersediaan waktu	Media Promosi Jamban Sehat	Kemudahan pelaksanaan	4
1	Ketersediaan Biaya		Ketersediaan SDM	4
1	Partisipasi Sasaran		Dukungan <i>stakeholder</i>	4
1	Teknis Pelaksanaan		Kecepatan atasi masalah	4
4				<b>16</b>

c. Prioritas Intervensi

Maka prioritas intervensi yang dipilih adalah yang paling tinggi skornya antara faktor penghambat dan faktor pendukung:

**Tabel 12. Penentuan Kegiatan Intervensi terpilih Berdasarkan Skor**

Kegiatan Intervensi	Penghambat	Pendukung
Sosialisasi Jamban Sehat	4	13
Advokasi Kebijakan kelurahan	10	8
<b>Media Promosi Jamban Sehat</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

### 5.3 Tujuan Program<sup>43,44</sup>

Sebelum membuat rencana operasional atau *plan of action*, maka perlu diketahui pula penyusunan tujuan program atau tujuan intervensi yang akan dilakukan. Hal-Hal yang perlu di perhatikan untuk menyusun tujuan program, antara lain:

- Tujuan program adalah hasil akhir sebuah kegiatan. Maka, tujuan program dipakai untuk mengukur keberhasilan kegiatan program.
- Tujuan harus sesuai dengan masalah, target ditetapkan sesuai dengan kemampuan organisasi dan dapat di ukur.
- Tujuan penting untuk menyusun perencanaan dan evaluasi hasil akhir.
- Target operasional biasanya ditetapkan dengan waktu (batas pencapaiannya) dan hasil akhir yang ingin dicapai pada akhir kegiatan program. Di tingkat pelaksana, tujuan program kesehatan dijabarkan dalam bentuk tujuan operasional (jelas besarnya sasaran dan target). Semakin tinggi jenjang organisasi, semakin umum rumusan tujuannya.
- Berbagai macam kegiatan alternatif dipilih untuk mencapai tujuan program. Kegiatan untuk mencapai tujuan dikembangkan dari beberapa program terkait.
- Masalah dan faktor-faktor penyebab masalah serta dampak masalah yang telah dan mungkin terjadi dimasa depan sebaiknya dikaji lebih dahulu sebelum tujuan dan target operasional ditetapkan.

Tujuan operasional program kesehatan harus bersifat SMART”:

- a. *Spesific* : Jelas sasarannya dan mudah dipahami oleh staf pelaksana.
- b. *Measurable* : Dapat diukur kemajuannya.
- c. *Appropriate* : Sesuai dengan strategi nasional, tujuan program dan visi/misi organisasi, institusi, dsb.
- d. *Realistic* : Dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas organisasi yang tersedia.
- e. *Time bound* : Sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan program sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan.

<sup>43</sup> Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*.

<sup>44</sup> Marlina Elfa Lubis, *Modul Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan: Menentukan Tujuan Program* (Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, 2020), (unpublished).

Tujuan memiliki hirarki kriteria penyusunan tujuan, yaitu: Tujuan umum, Tujuan Kebijakan, Tujuan Program, Tujuan Pelayanan, Tujuan Sumber, Tujuan Implementasi. Masing-masing dijelaskan sebagai berikut:<sup>45</sup>

a. Tujuan Umum (*Goals*)

- Bersifat jangka panjang, masih umum, abstrak, dan tidak terpengaruh oleh perubahan situasi.
- Tujuan ini biasanya dibuat oleh MPR yang dituangkan kedalam GBHN sektor kesehatan; RPJMN Kesehatan.

b. Tujuan Kebijakan

- Merupakan bagian dari goal, sasaran populasinya belum ada.
- Tujuan ini sudah lebih spesifik karena bersifat sektoral dan ditujukan untuk masyarakat di Daerah.
- Tujuan seperti ini tertuang dalam sistem kesehatan nasional (SKN).
- Misal: "Menurunkan masalah kesehatan di kalangan masyarakat desa"

c. Tujuan Program

- Target populasinya sudah lebih jelas, ada identifikasi dampak khusus yang dapat diukur jika tujuan program tercapai.
- Misal: "Meningkatnya status gizi masyarakat desa", "Meningkatnya kesehatan lingkungan di desa", "Menurunnya kejadian sakit dan kematian kelompok umur tertentu di desa".

d. Tujuan Pelayanan

- Sudah memiliki kejelasan atau spesialisasi jenis dan tingkat pelayanan yang perlu dilaksanakan.
- Misal: "Menurunnya kejadian dan kematian akibat diare pada anak balita di desa sebanyak 35% dalam kurun waktu 3 tahun"

e. Tujuan Sumber

- Memerlukan identifikasi "masukan" spesifik (*input* atau sumber daya tertentu) untuk mencapai tujuan pelayanan.
- Misal: "Meningkatnya cakupan penyediaan air bersih sampai 10% setiap tahun", "Meningkatnya perbaikan sistem pembuangan air limbah (SPAL) dan penyediaan JAGA (jamban keluarga) sampai 30% dari seluruh rumah tangga penduduk di desa dalam kurun waktu 3 tahun"
- Jika tujuan ini tercapai, diharapkan tujuan pelayanan juga akan tercapai.

f. Tujuan Implementasi

- Menjelaskan produk spesifik yang ingin dicapai dan yang juga dapat diukur keberhasilannya setelah program dilaksanakan.
- Misal: "Perlu ditingkatkan persediaan 500 JAGA", "Memasang 200 SPT, 300 SPAL dalam kurun waktu 3 tahun"

---

<sup>45</sup> Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*.

- Jika sarana ini tersedia, tujuan sumber dan tujuan program akan tercapai.



**Gambar 10. Skema Hirarki Tujuan**

Dalam pembuatan tujuan intervensi kesehatan, maka pernyataan tujuan yang digunakan dapat berupa Tujuan Program dan Tujuan Pelayanan.

Selain hirarki di atas Tujuan juga dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan khusus berarti pernyataan kegiatan dibuat lebih operasional dan terukur. Contohnya adakah sebagai berikut:

**Tabel 13. Contoh Tujuan Umum dan Tujuan Khusus**

Tujuan Umum	Tujuan Khusus
Meningkatkan status Kesehatan ibu pada Desa Pelita V	Menurunkan angka kematian ibu bersalin, pada akhir tahun di desa pelita V pada tingkat 2/1000 persalinan
Meningkatkan pemberian ASI pada bayi sampai umur 2 tahun	Pada akhir pelita V, 30% bayi-bayi mendapatkan ASI penuh sampai umur 2 tahun

Bila mengacu pada 2 kategori di atas, maka pernyataan tujuan yang dibuat dalam Rencana Operasional (PoA) adalah Tujuan Khusus.

## **BAB VI PLAN OF ACTION**

### **6.1 Plan of Action (PoA)**

*Plan of Action* (POA) atau Rencana Operasional adalah suatu dokumen penyusunan rencana pelaksanaan program kesehatan yang disusun berdasarkan kegiatan-kegiatan dengan memperhitungkan hal-hal yang telah ditetapkan dalam proses sebelumnya serta semua potensi sumber daya yang ada. PoA merupakan bagian paling realistis dari perencanaan kesehatan dan sebagai pedoman langkah nyata untuk langkah selanjutnya. PoA merupakan suatu berkas yaitu urutan yang sangat terinci tentang rencana tindakan atas perencanaan yang telah dilakukan sebelumnya yang harus mengikuti kaidah-kaidah tertentu.

*Plan of Action* (PoA) disebut juga Rencana Usulan Kegiatan (RUK) merupakan sebuah proses yang ditempuh untuk mencapai sasaran kegiatan. Apabila tidak ada rencana usulan kegiatan, maka bisa terjadi ketidaksinambungan antara kegiatan dengan tujuan yang seharusnya atau bisa jadi tidak akan ada program untuk penyelesaian masalah yang terjadi.<sup>46</sup>

Alasan kenapa PoA dibutuhkan dalam perencanaan program kesehatan antara lain: 1) Agar penggunaan sumber daya dilakukan seefektif mungkin, 2) Memperjelas peran dan fungsi serta keterkaitan dari berbagai pihak, dan 3) Memudahkan pendelegasian wewenang. PoA mempunyai sifat dan isi khusus sesuai dengan tingkat masing-masing administrasi dimana PoA disusun.

Rencana kegiatan dapat memiliki beberapa bentuk, antara lain:

1. Rangkaian sasaran yang lebih spesifik dengan jangka waktu lebih pendek,
2. Rangkaian kegiatan yang saling terkait akibat dipilihnya alternatif pemecahan masalah
3. Rencana kegiatan yang memiliki jangka waktu spesifik, kebutuhan sumber daya yang spesifik, dan akuntabilitas untuk setiap tahapannya.

### **6.2 Tujuan PoA**

Tujuan dari *Plan of Action* (PoA), antara lain:<sup>47</sup>

1. Mengidentifikasi apa saja yang harus dilakukan
2. Menguji dan membuktikan bahwa:
  - a. Sasaran dapat tercapai sesuai dengan waktu yang telah dijadwalkan
  - b. Adanya kemampuan untuk mencapai sasaran
  - c. Sumber daya yang dibutuhkan dapat diperoleh
  - d. Semua informasi yang diperlukan untuk mencapai sasaran dapat diperoleh

---

<sup>46</sup> Stefanus Supriyanto and Nyoman Anita Damayanti, *Buku Perencanaan dan Evaluasi* (Surabaya: Airlangga University Press, 2007), <http://repository.unair.ac.id/99063/>, accessed 17 Aug 2021.

<sup>47</sup> World Health Organization (WHO), 'Materi Pelatihan Plan of Action. Pelatihan Ketrampilan Manajerial SPMK', Jakarta (2003), [http://www.kmpk.ugm.ac.id/data/SPMKK/9-POA\(revWAs%20&%20Feb'03\).doc](http://www.kmpk.ugm.ac.id/data/SPMKK/9-POA(revWAs%20&%20Feb'03).doc), accessed 17 Aug 2021.

- e. Adanya beberapa alternatif yang harus diperhatikan.
3. Berperan sebagai media komunikasi
- a. Hal ini menjadi lebih penting apabila berbagai unit dalam organisasi memiliki peran yang berbeda dalam pencapaian
  - b. Dapat memotivasi pihak yang berkepentingan dalam pencapaian sasaran.

### 6.3 Ruang Lingkup PoA

Secara umum rencana kegiatan operasional mengandung unsur-unsur:<sup>48</sup>

1. Tahapan atau rencana kegiatan spesifik yang harus dilakukan.
2. Adanya orang yang bertanggung jawab agar setiap tahap atau tindakan dapat diselesaikan dengan baik.
3. Jadwal untuk menjalankan setiap tahapan atau tindakan
4. Sumber daya yang perlu dialokasikan agar tahapan atau tindakan tersebut dapat diselesaikan dengan baik
5. Adanya mekanisme umpan balik untuk memantau setiap tahapan atau tindakan.

Ruang lingkup *Plan of Action* (POA) juga mencakup antara lain:

1. Tujuan umum dan khusus
2. Kebijakan
3. Penentuan target populasi dan pencapaian program
4. Urutan masing-masing kegiatan secara terperinci
5. Pembiayaan
6. Sarana dan fasilitas
7. Waktu
8. Hambatan
9. Pengorganisasian SDM
10. Lokasi
11. Rencana penilaian

### 6.4 Indikator PoA yang SMART

Indikator adalah alat ukur yang digunakan untuk melihat perubahan-perubahan yang terjadi, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penentuan Indikator pada PoA amat penting dicantumkan untuk mengetahui dan mengukur perkembangan rencana kegiatan dalam pencapaian target pemecahan masalah kesehatan.

PoA yang baik mengandung indikator SMART (*Specific, Measurable, Attainable, Relevan, Timely*):<sup>49</sup>

1. *Spesific (spesifik)* :

---

<sup>48</sup> *Ibid.*

<sup>49</sup> *Ibid.*

Rencana kegiatan harus spesifik dan berkaitan dengan keadaan yang ingin dirubah. Rencana kegiatan perlu penjelasan secara pasti berapa Sumber Daya Manusia (SDM) yang dibutuhkan, siapa saja mereka, bagaimana dan kapan mengkomunikasikannya.

2. *Measurable (terukur) :*

Rencana kegiatan harus dapat menunjukkan apa yang sesungguhnya telah dicapai.

3. *Attainable/achievable (dapat dicapai) :*

Rencana kegiatan harus dapat dicapai dengan biaya yang masuk akal. Ini berarti bahwa rencana tersebut harus sederhana tetapi efektif, tidak harus membutuhkan anggaran yang besar. Selain itu teknik dan metode yang digunakan juga harus yang sesuai untuk bisa dilakukan

4. *Relevant :*

Rencana kegiatan harus sesuai dan bisa diterapkan di suatu organisasi atau di suatu wilayah yang ingin di intervensi. Harus sesuai dengan pegawai atau masyarakat di wilayah tersebut

5. *Timely (sesuai waktu) :*

Rencana kegiatan harus merupakan sesuatu yang dibutuhkan sekarang atau sesuatu yang segera dibutuhkan. Jadi waktu yang sesuai sangat diperlukan dalam rencana kegiatan agar kegiatan dapat berjalan efektif.

## 6.5 Langkah-Langkah Membuat PoA

Langkah membuat *Plan of Action* (POA) adalah sebagai berikut:<sup>50</sup>

1. Mengidentifikasi masalah dengan pernyataan masalah (*What, Who, When, Where, Why, How*), sebagai berikut:
  - a. Masalah apa yang terjadi?
  - b. Dimana masalah tersebut terjadi?
  - c. Kapan masalah tersebut terjadi?
  - d. Siapa yang mengalami masalah tersebut?
  - e. Mengapa masalah tersebut terjadi?
  - f. Bagaimana cara mengatasi masalah tersebut?
2. Setelah masalah diidentifikasi, tentukan solusi apa yang bisa dilakukan.
3. Menyusun PoA / Rencana Usulan Kegiatan (RUK).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun *Plan of Action* adalah:

a. Pembahasan Ulang Masalah

Setelah menentukan masalah dan melakukan analisis penyebab masalah, dapat dilihat keadaan atau situasi yang ada saat ini dan mencoba menggambarkan keadaan tersebut nantinya sesuai dengan yang diharapkan.

b. Perumusan Tujuan Umum

---

<sup>50</sup> Supriyanto and Damayanti, *Buku Perencanaan dan Evaluasi*.

Dengan melihat situasi yang ada saat ini dengan gambaran situasi yang diharapkan nantinya dan juga atas dasar tujuan umum pembangunan kesehatan, maka dapat dirumuskan tujuan umum program atau kegiatan yang akan dilaksanakan. Tujuan umum adalah suatu pernyataan yang bersifat umum dan luas yang menggambarkan hasil akhir (outcome atau dampak) yang diharapkan

c. Perumusan Tujuan Khusus

Tujuan khusus merupakan pernyataan yang bersifat spesifik, dapat diukur (kuantitatif) dengan batas waktu pencapaian untuk mencapai tujuan umum. Bentuk pernyataan dalam tujuan khusus sifatnya positif, merupakan keadaan yang diinginkan. Penentuan indikator tujuan khusus program dapat menggunakan kriteria SMARTS (*Smart, Measurable, Attainable, Realistic, Time-bound, Sustainable*)

d. Penentuan Kriteria Keberhasilan

Penentuan kriteria keberhasilan atau biasa disebut indikator keberhasilan dari suatu rencana kegiatan, perlu dilakukan agar organisasi tahu seberapa jauh program atau kegiatan yang direncanakan tersebut berhasil atau tercapai. Menentukan kriteria atau indikator keberhasilan disesuaikan dengan tujuan khusus yang telah ditentukan.

Pada program kegiatan yang diusulkan harus mengandung unsur 5W+1H, yaitu:

- a) *Who* : Siapa yang harus bertanggung jawab untuk melaksanakan rencana kegiatan?
- b) *What* : Pelayanan atau spesifik kegiatan yang akan dilaksanakan
- c) *How Much* : Berapa banyak jumlah pelayanan atau kegiatan yang spesifik?
- d) *Whom* : Siapa target sasaran atau populasi apa yang terkena program?
- e) *Where* : Dimana lokasi atau daerah dimana aktivitas atau program dilaksanakan?
- f) *When* : Kapan waktu pelaksanaan kegiatan atau program?

e. Program Kegiatan kemudian disusun dalam bentuk matriks tabel PoA atau PPM (*Project planning matrix*) yang berisikan rincian:

- **Kegiatan** : merupakan nama atau judul dari program yang akan dilaksanakan
- **Tujuan** : merupakan goal yang akan dicapai setelah dilakukan program dan bukan merupakan dampak
- **Sasaran** : merupakan obyek dan atau subyek yang akan mendapatkan/terkena kegiatan/ program
- **Biaya dan Sumber** : merupakan rincian kebutuhan dana untuk pelaksanaan kegiatan program beserta asal/sumber dana tersebut
- **Waktu & Tempat** : keterangan yang menunjukkan kapan dan dimana kegiatan program tersebut dilaksanakan (pukul, hari, tanggal, bulan, tahun, atau keterangan waktu lainnya serta lokasi)
- **Penanggungjawab**: Orang yang bertanggungjawab atas pelaksanaan kegiatan intervensi
- **Keterangan** : lain-lain yang berhubungan dengan pelaksanaan kegiatan

Berikut ini bentuk matriks tabel PoA:

**Tabel 14. Bentuk Matriks Tabel PoA**

Kegiatan (1)	Tujuan (2)	Sasaran (3)	Biaya/Sumber (4)	Waktu & Tempat (5)	Penanggungjawab (6)	Keterangan (7)

Bentuk lainnya dapat menggunakan matriks PPM (*Project planning matrix*) seperti ini:

**Tabel 15. Bentuk Matriks Tabel PPM (*Project planning matrix*)**

Nama proyek	:	
Tahun	:	
Penanggung jawab	:	
G o a l	:	

Masalah	Tujuan	Indikator	Kegiatan	Logistik					Metode	Media	Penanggung Jawab	
				Tenaga	Peralatan	Biaya	Waktu					
							1	2				3

- Langkah terakhir yaitu bersama-sama dengan pihak yang berkepentingan menguji dan melakukan validasi rencana kegiatan untuk mendapatkan kesepakatan dan dukungan.

## 6.6 Contoh PoA

Berikut adalah beberapa contoh *Plan of Action / Action Plan* program kesehatan:

**Tabel 16. Contoh Aplikasi PoA pada Program di Puskesmas**

Kegiatan (1)	Tujuan (2)	Sasaran (3)	Biaya/Sumber (4)	Waktu & Tempat (5)	Penanggungjawab (6)	Keterangan (7)
Pekan Imunisasi polio	Terlaksananya program imunisasi polio pada bayi di daerah X dengan cakupan 90 %	Bayi di daerah X yang berjumlah 230	Biaya 1. vaksin : .....Rp. 2. tenaga : .....Rp. 3. transportasi : .....Rp. 4. dst... Jumlah :Rp. Sumber : 1. APBD 2. LSM 3. dll	Hari Senin dan Selasa Tgl 2 & 3 Maret 2020 PKI 07.00 – 16.00 WIB Tempat Balai Kelurahan X	Sumarlan, S.KM (Koordinator program Imunisasi)	
Penyuluhan tentang teknik Pengelolaan air bersih rumah tangga	Warga X mampu mempraktekkan teknik pengelolaan air bersih rumah tangga sebesar 30%	Seluruh kepala keluarga di daerah X yang berjumlah 100 KK	Biaya 1. leaflet : .....Rp. 2. modul : .....Rp. 3. transportasi : .....Rp. 4. dst... Jumlah :Rp. Sumber : 1. APBD 2. LSM 3. dll	Hari Senin Tgl 5 Maret 2020 PKI 20.00-22.00 WIB Tempat Balai Kelurahan X	Sukaesi, S.KM (Koordinator program kesehatan lingkungan)	

**Tabel 17. Contoh Aplikasi PPM pada Program Kesehatan Reproduksi**

Masalah	Tujuan	Indikator	Kegiatan	Logistik					Metode	Media	Penanggung Jawab			
				Tenaga	Peralatan	Biaya	Waktu							
							1	2				3	4	5
Bidan KIA kurang mampu menerapkan pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT)	Agar mampu menerapkan PMTCT	80% bidan KIA mengikuti pelatihan PMTCT	Mengadakan pelatihan PMTCT	Bidan yang dilatih mengikuti pelatihan PMTCT	Sound system			✓				Ceramah dan tanya jawab	Poster	Kepala puskesmas
Maraknya seks bebas pada anak usia sekolah	Mengurangi seks bebas pada anak usia sekolah	Dilakukannya penyuluhan 1 x sebulan	Penyuluhan tentang bahaya seks bebas pada anak usia sekolah	Tenaga kesehatan bidang UKS	LCD				✓			Ceramah dan tanya jawab	Poster	Kepala puskesmas
Rendahnya pengetahuan bumil tentang penularan HIV/AIDS pada janin	Untuk meningkatkan pengetahuan bumil ttg penularan HIV/AIDS pada janin	30% Bumil memahami penularan HIV/AIDS pada janin	Penyuluhan tentang penularan HIV/AIDS pada bumil	Bidan yang telah mengikuti pelatihan PMTCT	LCD, Infocus, Sound System	5jt				✓		Ceramah dan tanya jawab	Poster	Kepala puskesmas

## BAB VII PELAKSANAAN PROGRAM SECARA EFEKTIF

### 7.1 Pelaksanaan Program

Program yang dimaksud di sini adalah kegiatan intervensi yang telah dibuat dalam matriks PoA. Sebenarnya bila PoA sudah dibentuk dan disepakati bersama, hal itu menandakan telah dilakukan lebih dari setengah jalan proses perencanaan dan evaluasi. Adapun kegiatan pelaksanaan program merupakan implementasi (*action*) dan realisasi dari setiap kegiatan yang direncanakan.

Pelaksanaan merupakan suatu tindakan lanjut berupa penggerakan, pemantauan dan pengawasan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Di antara kegiatan pelaksanaan adalah melakukan pengarahan, bimbingan dan komunikasi termasuk koordinasi.

Pelaksanaan sangat erat kaitannya dengan unsur manusia (SDM) yang terlibat dalam rencana operasional. Keberhasilan setiap kegiatan intervensi akan sangat ditentukan oleh sejauh penanggung jawab, narasumber dan masyarakat yang terlibat mendayagunakan unsur non-manusiawi serta mampu melaksanakan tugas yang telah ditetapkan. Rencana, dana, sarana prasarana, alat, metode, waktu, dan informasi tidak akan berarti ketika unsur manusiawi tidak memiliki semangat untuk mengerjakannya secara efektif dan efisien. Dengan demikian, keberhasilan suatu rencana akan sangat ditentukan oleh unsur manusiawi yang terlibat dalam kegiatan intervensi itu sendiri.<sup>51</sup>

Agar supaya pelaksanaan (*actuating*) berhasil dengan baik perlu aktivitas-aktivitas atau fungsi penggerakan sebagaimana tersebut di bawah ini dijalankan sebaik mungkin. Adapun fungsi-fungsi pelaksanaan (*actuating*) itu adalah:<sup>52</sup>

- a. Komunikasi, pelaksana berbicara dengan memberi penjelasan dan penerangan, memberi isyarat, meminta keterangan, memberikan nota, mengadakan pertemuan, rapat, pelajaran, dan sebagainya;
- b. Human Relations, memperhatikan keadaan pihak terlibat sebagai manusia dan selalu ada keseimbangan antara kepentingan masing-masing pribadi, mengembangkan kegembiraan, dan kepentingan-kepentingan bersama;
- c. Leadership, pada hakekatnya merupakan inti dari pada pelaksanaan dan terdiri dari atas kegiatan-kegiatan menunjukkan dan membuat sasaran masyarakat merasa bahwa mereka dilindungi dan dibimbing;
- d. Pengembangan Rasa Tanggung Jawab, artinya mengembangkan rasa pada diri setiap orang bawahan untuk tidak menerima jikalau apa yang jadi tugas atau kewajiban masing-masing tidak mereka tunaikan dengan sebaikbaiknya;

---

<sup>51</sup> Muhammad Amiruddin and Muhammad Yusuf, 'Pelaksanaan Teknik Supervisi Pada Pelayanan Kesehatan', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, vol. 2, no. 3 (2017), <http://jim.unsyiah.ac.id/FKKep/article/view/3901>, accessed 20 Aug 2021.

<sup>52</sup> *Ibid.*

- e. Pemberian Komando, artinya memberikan perintah instruksi dan arahan meminta laporan dan pertanggung jawaban, memberikan teguran dan memberikan pujian;
- f. Mengadakan Pengamatan, atas pekerjaan serta aktivitas-aktivitas bawahan yang langsung dipimpinya;
- g. Pemeliharaan Moral dan Disiplin, artinya mendidik serta memberi contoh kepada bawahan tentang apa yang baik dan patut dijalankan, menjaga ketertiban, kesopanan dan kerukunan

Teknis pelaksanaan Rencana Operasional dapat dilakukan dengan mendeskripsikan metode, suasana dan progress output yang ditargetkan. Misalnya pelaksanaan dapat dijelaskan seperti tabel berikut:<sup>53</sup>

**Tabel 18. Contoh Rencana Pelaksanaan Program Intervensi**

Program	Kegiatan	Sasaran	Target	Kebutuhan	Pihak terlibat	Metode	Deskripsi metode
Media Promosi Jamban Sehat	1. Desain media	mahasiswa, kader	100%	alat tulis, laptop	mahasiswa, kader	diskusi, brainstorming	mahasiswa berdiskusi dalam menyusun isi dan desain promosi jamban sehat
	2. Cetak media	mahasiswa	100%	-	mahasiswa	-	mahasiswa cetak desain ke percetakan
	3. Publikasi media	100 rumah warga	100%	transportasi, data rumah warga	mahasiswa, RT, warga	kunjungan ke rumah warga	mahasiswa mendatangi 100 rumah, melakukan KIE dan menempel media promosi jamban sehat
	4. ..dst..						

## 7.2 Supervisi Program

Salah satu fungsi penting dari pelaksanaan program adalah dilakukannya supervisi. Supervisi dipahami sebagai suatu proses yang bertujuan untuk mendukung, memastikan, dan mengembangkan pengetahuan serta keahlian dari individu atau kelompok. Konsep dasar supervisi menjelaskan bahwa supervisi adalah proses pemberian motivasi dan pengalaman pembelajaran kepada staf (penanggung jawab program) agar mampu untuk meningkatkan pengetahuan dan kompetensi sesuai dengan yang diharapkan dalam pekerjaan.<sup>54</sup>

Dalam bidang kesehatan, supervisi dipahami sebagai suatu proses peningkatan kualitas pada seluruh level sistem kesehatan melalui penguatan hubungan dalam sistem kesehatan fokus pada Identifikasi dan memberi solusi dari masalah, membantu meningkatkan alokasi sumberdaya, meningkatkan standar kerja, tim kerja dan membangkitkan komunikasi dua arah. Secara khusus, supervisi dilakukan dengan tujuan pengawasan dan dukungan kepada penanggungjawab program dalam meningkatkan performa kinerja program. Selain itu, supervisi juga bertujuan memastikan staf bekerja sesuai dengan standar yang ditetapkan, mengidentifikasi kesenjangan

<sup>53</sup> Rimawati et al., *Panduan Kuliah Integrasi "Problem Solving"*.

<sup>54</sup> D.A. Kilroy, 'Clinical supervision in the emergency department: a critical incident study', *Emergency medicine journal: EMJ*, vol. 23, no. 2 (2006), pp. 105–8.

dalam pelayanan program, melakukan monitoring terhadap efek serta kendala yang dihadapi dalam sistem kerja dan juga bertanggung jawab dalam memastikan semua pekerjaan dilaksanakan dengan baik sehingga semua proses pelaksanaan program berjalan lancar.<sup>55,56</sup>

Untuk memastikan pelaksanaan dan hasil supervisi yang berkualitas, seorang supervisor paling tidak memiliki tiga kompetensi dasar, yakni sebagai berikut:<sup>57</sup>

- a) Kompetensi teknis (*technical competence*), yaitu kemampuan atau pengetahuan untuk menggunakan teknik tertentu dalam melaksanakan tugas atau pekerjaan tertentu. Contohnya adalah kemampuan dan pengetahuan untuk merancang program, mengembangkan instrumen supervisi, dan lain sebagainya. Kompetensi teknik ini merupakan keterampilan yang penting bagi supervisor karena seorang supervisor harus memiliki kemampuan atau keahlian khusus sesuai dengan bidang yang ditekuni.
- b) Kompetensi konseptual (*conceptual competence*), yakni kemampuan supervisor yang meliputi pemahaman tentang kerjasama setiap unit kerja dalam organisasi beserta pemahaman tentang ketergantungan satu unit kerja dengan unit kerja lainnya perubahan pada suatu unit kerja juga akan mempengaruhi unit kerja lainnya. Keterampilan ini meliputi pemahaman tentang hubungan antar institusi atau stakeholder, program kesehatan dan masyarakat, serta pemahaman tentang pengaruh faktor-faktor politik sosial dan kondisi ekonomi suatu negara terhadap kesehatan serta mengambil tindakan yang tepat untuk pencapaian tujuan.
- c) Kompetensi interpersonal (*interpersonal competence*), yakni kemampuan supervisor untuk berinteraksi secara efektif dengan anggota organisasinya serta membangun pemahaman dan usaha kooperatif dalam tim yang dipimpinnya. Keterampilan ini akan memungkinkan supervisor memotivasi kita untuk mendapatkan Prestasi Kerja yang lebih baik. Dengan pemahaman pemahaman tersebut, seorang supervisor dapat bekerja sama dengan individu ataupun kelompok, serta mampu berkomunikasi dengan baik dan efektif dalam pencapaian tujuan.

Pelaksanaan supervisi perlu memperhatikan efektivitas supervisi guna mencapai hasil atau umpan balik yang diharapkan oleh petugas kesehatan dan organisasi pelayanan kesehatan. *Supporting* supervisi merupakan pendekatan supervisi yang fokus pada siapa yang merancang supervisi, kapan supervisi dilakukan, apa saja yang disupervisi, dan apa tindakan supervisor setelah melakukan supervisi. *Supporting* supervisi memiliki manfaat seperti staf program menjadi lebih terbuka selama supervisi berlangsung, memungkinkan komunikasi timbal balik antara supervisor dan staf, serta memungkinkan pendekatan tim dalam pemecahan masalah dalam pekerjaan.

---

<sup>55</sup> Yodi Mahendradhata, *Manajemen Program Kesehatan* (Gadjah Mada University Press, 2019), p. hal. 82-83.

<sup>56</sup> David A. Snowdon, Sandra G. Leggat, and Nicholas F. Taylor, 'Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review', *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 1 (2017), p. 786.

<sup>57</sup> Stephen P. Robbins and Sharon Lund O'Neil, *Supervision Today!* (Prentice Hall, 1995).

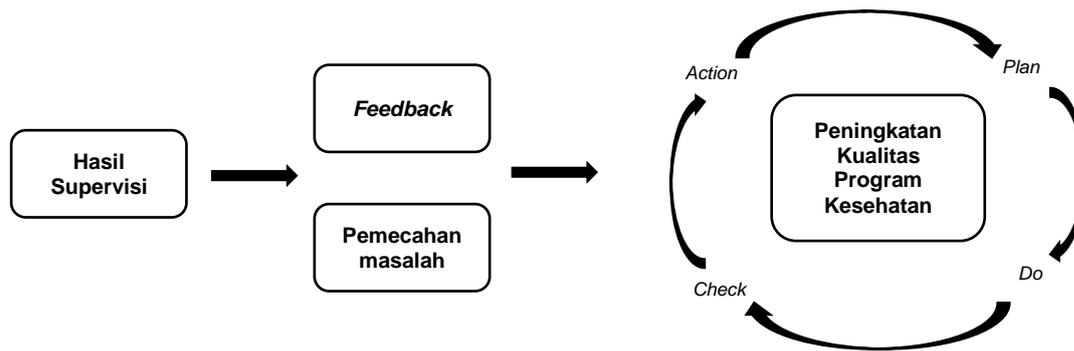
Dalam melaksanakan supervisi, beberapa hal yang perlu dilakukan adalah pengembangan sistem supervisi, perencanaan kunjungan reguler kegiatan supervisi, pelaksanaan supervisi, dan tindak lanjut setelah supervisi:<sup>58,59</sup>

- Pengembangan sistem supervisi: ada tiga aspek utama untuk membentuk *supporting* supervisi efektif yaitu supervisor yang tepat, alat (*tools*) yang tepat, dan sumberdaya yang tepat. Untuk mewujudkan sistem supervisi yang efektif maka harus dilakukan pelatihan dasar bagi calon supervisor. Setelah melakukan pelatihan harus dikembangkan *tools* yang tepat berupa checklist dan materi pembelajaran yang dikembangkan sesuai fokus isu prioritas dan memperhatikan 3S: singkat, spesifik, dan sederhana untuk digunakan dan dipahami oleh supervisor. Selain itu dibutuhkan sumber daya yang memadai seperti transportasi dan bekal finansial.
- Perencanaan kunjungan reguler supervisi: tiga aspek dalam tahapan ini adalah “di mana” yang berkaitan dengan penentuan tempat atau lokasi yang akan dilakukan kunjungan supervisi; “kapan” yang berkaitan dengan penentuan waktu pelaksanaan kunjungan; dan “apa” yang berkaitan dengan penetapan tujuan pelaksanaan supervisi. Kejelasan tujuan sangat membantu supervisor mengumpulkan data dan informasi yang dibutuhkan.
- Pelaksanaan supervisi: tahapan ini biasanya meliputi: pengumpulan informasi, pemecahan masalah dan umpan balik, *on the job training*, dan pelaporan hasil supervisi. Kegiatan pengumpulan informasi dilakukan menggunakan beberapa metode seperti observasi, mendengarkan secara langsung, melakukan pencatatan, mengunjungi masyarakat sekitar, mempelajari rekomendasi supervisi terdahulu dan melakukan survei cepat kepada masyarakat. Kegiatan pemecahan masalah dan umpan balik bertujuan menyediakan informasi tentang gap yang ada dalam pekerjaan. Dalam memberikan umpan balik harus diperhatikan beberapa kondisi *feedback* agar tidak terlalu umum, tidak memberikan nasehat atau saran, dan sebaiknya dimulai dengan *feedback* yang positif sehingga menjadi lebih terbuka untuk menerima *feedback* berikutnya. *On the job training* dilakukan untuk mereview *best practice* yang telah dilaksanakan sehingga menjadi bahan pembelajaran, dan dan tahapan menyiapkan laporan pelaksanaan supervisi harus mencakup identifikasi siapa yang disupervisi, daftar tugas dan tanggungjawab yang disupervisi beserta hasil pengamatan kinerja.
- Tindak lanjut setelah supervisi: secara praktis, hasil supervisi berupa *feedback* memberikan data yang akurat tentang kesenjangan yang terjadi dalam pelaksanaan program intervensi. Hasil tersebut selanjutnya menjadi mekanisme yang penting dalam pembelajaran perbaikan program, baik secara inkremental maupun dalam skala besar untuk perbaikan kualitas pelayanan. Secara sederhana, pemanfaatan hasil supervisi terhadap peningkatan program dapat diilustrasikan pada gambar berikut:

---

<sup>58</sup> World Health Organization (WHO), *Training for mid-level managers (MLM): module 4: supportive supervision* (World Health Organization, 2020), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337056>, accessed 23 Aug 2021.

<sup>59</sup> Mahendradhata, *Manajemen Program Kesehatan*, p. hal. 89-92.



**Gambar 11. Hasil Supervisi dan Peningkatan Kaulitas Program Kesehatan**  
(Sumber: Probandari, 2015 dalam Mahendrata, 2019)

### 7.3 Analisis Hambatan dan Tantangan

Kegiatan ini merupakan bagian dari kegiatan Supervisi, yaitu melakukan pengkajian terkait hambatan dan kelemahan program yang bertujuan untuk mencegah timbulnya hambatan serupa dan memprediksi kendala dan hambatan yang mungkin akan terjadi di lapangan pada saat program dilaksanakan.

Jenis hambatan dan kelemahan program dapat dibagi ke dalam 2 (dua) kategori:<sup>60</sup>

#### a. Hambatan yang bersumber pada kemampuan organisasi

Hambatan ini merupakan aspek kelemahan organisasi. Hal ini misalnya berasal dari:

- Motivasi kerja staf rendah, pengetahuan dan ketrampilan yang kurang,
- Staf belum mampu mengembangkan partisipasi masyarakat setempat,
- Peralatan sterilisasi belum tersedia atau dana untuk membeli peralatan tersebut tidak dialokasikan,
- Arus informasi tentang pelaksanaan program sangat lamban karena data yang tersedia kurang dapat dipercaya, kurang akurat dan diolah secara manual,
- Laporan kegiatan program tidak dilaksanakan untuk menyusun rencana kegiatan program sehingga staf terperangkap saat rutinitas, laporan kegiatan program dibuat asal jadi saja, laporan ada tapi kegiatan sering tidak dilakukan, supervisi lemah,
- Jumlah dana operasional masih kurang, turunnya juga sering terlambat dan masih sering dipotong alokasinya oleh Dinkes Kab/Kota,
- Waktu yang tersedia tidak dimanfaatkan oleh staf untuk menyusun rencana kerja harian atau untuk melakukan supervisi ke lapangan.

Semua jenis hambatan di atas sebenarnya harus dilakukan pada saat melakukan analisis situasi yang lebih difokuskan pada analisis internal organisasi (sumber daya dan proses kegiatan program).

#### b. Hambatan yang terjadi pada lingkungan

<sup>60</sup> Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*, p. Hal. 68-70.

Hambatan geografis (jalan rusak), iklim atau musim hujan, masalah tingkat pendidikan masyarakat yang masih rendah, sikap dan budaya masyarakat yang tidak kondusif (masih banyak tabu, salah persepsi mitos dan sebagainya). Semua kendala dan hambatan yang bersumber pada lingkungan ini sebaiknya dianalisis pada saat melakukan kajian terhadap perilaku sehat-sakit masyarakat. Perilaku masyarakat yang kurang partisipatif adalah kendala utama pelaksanaan program. Di satu sisi, keadaan lingkungan ini tidak selalu dianggap kendala, tetapi dijadikan sebuah tantangan yang perlu diantisipasi atau diatasi agar tidak menjadi hambatan dalam pelaksanaan program. Masalahnya rendahnya pendidikan, jalan rusak, kurangnya air minum adalah kendala yang harusnya ditangani sektor lain (sektor pendidikan, pembangunan, ekonomi, Pekerjaan Umum, dan PDAM)

Setelah semua hambatan dianalisis kemudian ditetapkan langkah-langkah sebagai berikut:<sup>61</sup>

- a. Susun daftar semua hambatan. Hambatan mungkin terjadi pada staf atau para pelaksana, peralatan, informasi, biaya dan waktu, geografis, iklim dan peran serta masyarakat
- b. Pilih hambatan yang dapat dihilangkan, mana yang dianggap tantangan untuk dimodifikasi atau dikurangi, mana yang tidak bisa dihilangkan sama sekali
- c. Kaji kembali tujuan operasional kegiatan yang sudah disusun tetapi tetap waspada dengan berbagai hambatan dan kendala yang terjadi dilapangan. Alternatif kegiatan yang dipilih untuk mencapai tujuan program dan sudah mempertimbangkan berbagai hambatan dan kendala di lapangan diharapkan akan memberikan hasil yang lebih optimal, sehingga pelaksanaan manajemen program dilapangan lebih efektif, efisien, dan rasional.

#### 7.4 Analisis SWOT

Analisis Hambatan dan Tantangan program intervensi dapat menggunakan Analisis SWOT. Meski sebenarnya analisis ini lebih lazim digunakan untuk rencana strategis instansi dalam melihat posisi dan perkembangan capaian instansi. Analisis ini juga dapat dilakukan pada tahap awal yakni pada saat Analisis Situasi Kesehatan Masyarakat. Namun Analisis SWOT lebih fokus pada kondisi internal internal dan eksternal dari organisasi pelayanan kesehatan itu sendiri (dalam hal ini Puskesmas dan tenaga kesehatan).

Analisis SWOT adalah sebuah metode perencanaan strategis yang digunakan untuk mengevaluasi kekuatan (*Strength*), kelemahan (*Weakness*), peluang (*Opportunity*) dan ancaman (*Threat*) yang terjadi dalam proyek kesehatan (program kesehatan) atau di sebuah unit instansi, atau mengevaluasi lini-lini produk sendiri maupun pesaing. Beberapa ahli mengatakan bahwa analisis SWOT merupakan sebuah instrumen perencanaan startegis klasik yang memberikan cara sederhana untuk memperkirakan cara terbaik dalam menentukan sebuah strategi.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*.

<sup>62</sup> Ralph D. Stacey, *Strategic management and organisational dynamics: the challenge of complexity*, 3th edition edition (Harlow, England New York: Pearson, 1999).

Instrumen ini memudahkan dalam menentukan apa yang bisa dicapai, dan hal hal apa saja yang perlu diperhatikan.<sup>63</sup>

Dalam menganalisis hambatan dan kendala digunakan teknik deskriptif kualitatif guna menjawab perumusan permasalahan mengenai apa saja yang menjadi kekuatan dan kelemahan yang ada pada program kesehatan dan apa saja yang menjadi peluang dan ancaman dari luar yang harus dihadapi. Dilakukan identifikasi variabel-variabel yang merupakan kekuatan dan peluang yang kemudian digunakan skala likert terdiri dari: Sangat baik (5), Baik (4), Cukup baik (3), Kurang baik (2), dan Tidak baik (1). Sementara -variabel yang merupakan kelemahan dan ancaman digunakan skala likert terdiri dari: Sangat berat (=5), Berat (=4), Cukup berat (=3), Kurang berat (=2), dan Tidak berat (=1).

- A. Kekuatan (*Strength*): berbagai kelebihan yang bersifat khas yang dimiliki oleh suatu organisasi, yang apabila dapat dimanfaatkan akan berperan besar tidak hanya dalam memperlancar berbagai kegiatan yang akan dilaksanakan oleh organisasi, tetapi juga dalam mencapai tujuan yang dimiliki oleh organisasi.
- B. Kelemahan (*Weakness*) : berbagai kekurangan yang bersifat khas yang dimiliki oleh suatu organisasi, yang apabila berhasil diatasi akan berperan besar, tidak hanya dalam memperlancar berbagai kegiatan yang akan dilaksanakan oleh organisasi, tetapi juga dalam mencapai tujuan yang dimiliki oleh organisasi.
- C. Kesempatan (*Opportunity*) : peluang yang bersifat positif yang dihadapi oleh suatu organisasi, yang apabila dapat dimanfaatkan akan besar peranannya dalam mencapai tujuan organisasi.
- D. Hambatan (*Threat*) : kendala yang bersifat negatif yang dihadapi oleh suatu organisasi, yang apabila berhasil diatasi akan besar peranannya dalam mencapai tujuan organisasi.

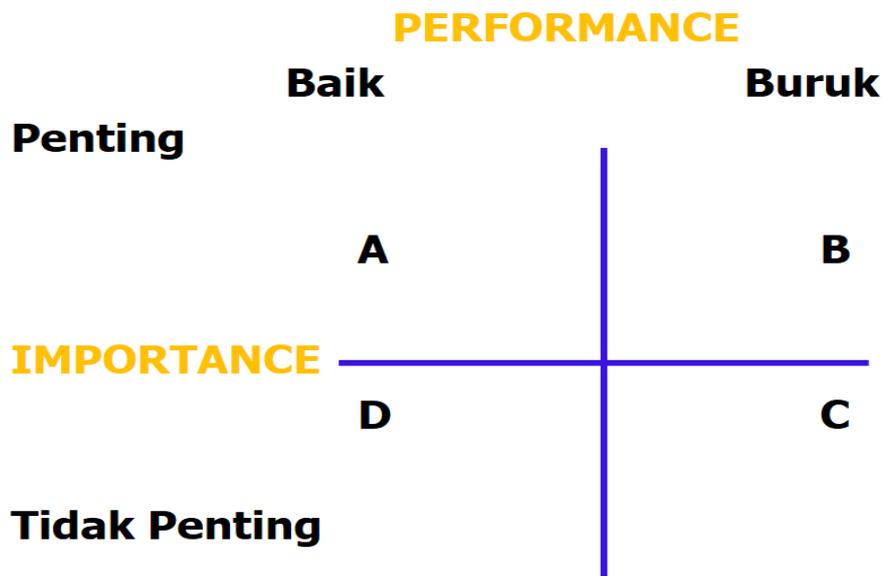
Unsur kekuatan dan kesempatan merupakan faktor positif yang bersifat menguntungkan bagi organisasi. Unsur kelemahan dan hambatan merupakan faktor negatif yang bersifat merugikan bagi organisasi.

Teknik Analisis SWOT dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Melakukan analisis kekuatan dan kelemahan organisasi
  - a. Menetapkan unsur-unsur organisasi yang akan dinilai
    - Unsur perangkat organisasi: Tenaga, Sarana, Dana, Metoda
    - Unsur fungsi organisasi: Perencanaan (*planning*), Organisasi (*organizing*), Penggerakan (*actuating*), Pengawasan (*controlling*)
  - b. Memberikan nilai untuk setiap unsur yang akan dinilai
    - Nilai penampilan (*performance*): Baik ----- Buruk
    - Nilai kepentingan (*importance*): Penting ----- Tidak penting
  - c. Membuat matrik dari hasil penilaian yang dilakukan
  - d. Menarik kesimpulan hasil penilaian

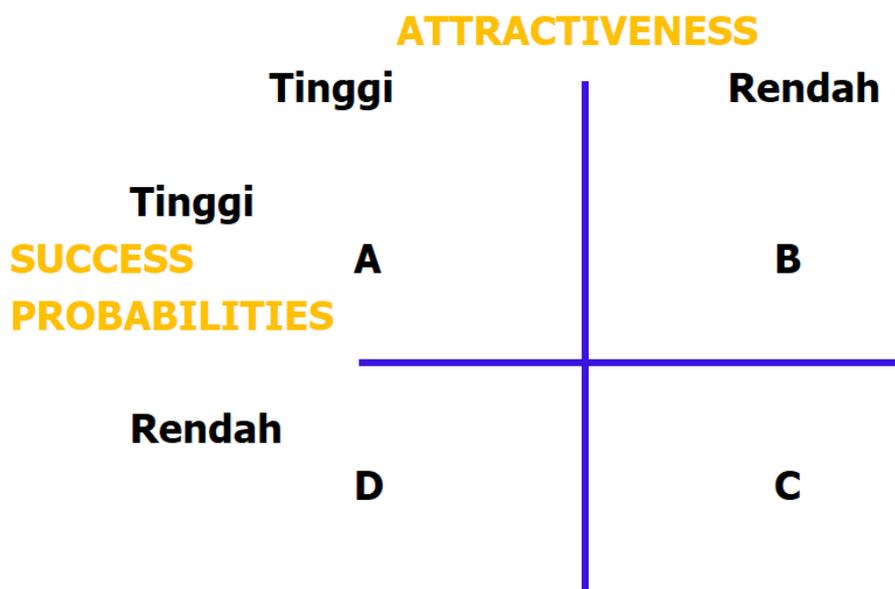
---

<sup>63</sup> Gerry Johnson and Kevan Scholes, *Exploring corporate strategy* (Harlow: Financial Times Prentice Hall, 2002).



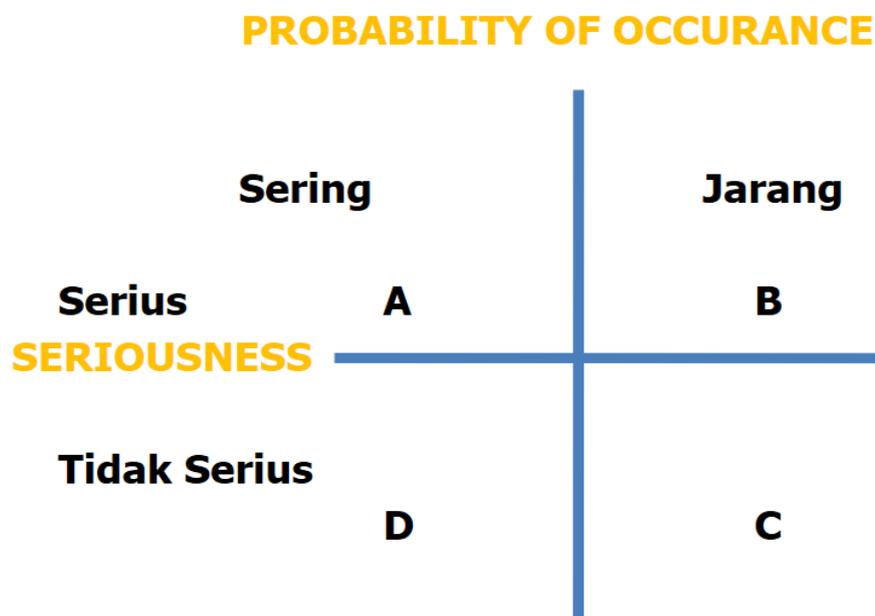
2. Melakukan analisis kesempatan organisasi

- a. Menetapkan unsur-unsur yang akan dinilai :Perubahan kebijakan pemerintah, Perubahan tingkat sosial ekonomi penduduk, Perubahan keadaan sosial budaya penduduk
- b. Memberikan nilai untuk setiap unsur yang akan dinilai
  - Nilai daya tarik (*attractiveness*) : Tinggi ----- Rendah
  - Nilai kemungkinan keberhasilan (*success probability*): Tinggi ----- Rendah
- c. Membuat matrik dari hasil penilaian yang dilakukan
- d. Menarik kesimpulan hasil penilaian



3. Melakukan analisis hambatan organisasi

- a. Menetapkan unsur-unsur yang akan diteliti: Perubahan kebijakan pemerintah, Perubahan tingkat sosial ekonomi penduduk, Perubahan keadaan sosial budaya penduduk
- b. Memberikan nilai untuk setiap unsur yang akan dinilai
  - Nilai kemungkinan munculnya hambatan (*probability of occurrence*): Sering ----- Jarang
  - Nilai seriusnya hambatan (*seriousness*): Serius ----- Tidak Serius
- c. Membuat matrik dari hasil penilaian yang dilakukan
- d. Menarik kesimpulan hasil penilaian



Hasil dari perhitungan di atas dituangkan dalam digram Cartesius. Dari diagram Cartesius tersebut, dapat diketahui hasil analisis SWOT, sesuai dengan posisi dari hasil perhitungannya, yaitu:<sup>64</sup>

- Sebelah Kiri Atas --> Strategi Agresif (*Growth*) ← S-O strategy
- Sebelah Kanan atas --> Strategi Diversifikasi ← S-T strategy
- Sebelah Kiri Bawah --> Strategi Rasionalisasi (*Turne around*) ← W-O strategy
- Sebelah Kanan Bawah --> Strategi Defensif ← W-T strategy

Penjelasan mengenai masing-masing strategi di atas dapat diilustrasikan dalam gambar berikut ini:

<sup>64</sup> Stacey, *Strategic Management and Organisational Dynamics*.

MATRIK SWOT	Peluang (Opportunities) ~ ~	Ancaman (Threats) ~ ~
Kekuatan (Strengths) ~ ~	<b>S-O Strategy</b> <i>Menggunakan seluruh kekuatan yang dimiliki untuk memanfaatkan peluang</i>	<b>S-T Strategy</b> <i>Memfaatkan kekuatan yang dimiliki untuk menghadapi ancaman</i>
Kelemahan (Weaknesses) ~ ~	<b>W-O Strategy</b> <i>Pemanfaatan peluang dengan cara mengatasi kelemahan yang dimiliki</i>	<b>W-T Strategy</b> <i>Meminimalkan kelemahan yang dimiliki dan mengantisipasi/menghindari ancaman</i>

**Gambar 12. Diagram Cartesius Analisis SWOT dan Pilihan Strategi**

Contoh beberapa indikator yang menjadi SWOT dalam program kesehatan masyarakat di Dinas Kesehatan:

**Tabel 19. Contoh Analisis SWOT Program Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi**

<p><b>Kekuatan (Strength)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komitmen tinggi dalam pencapaian program prioritas nasional</li> <li>2. Pembiayaan semakin meningkat</li> <li>3. Regulasi sudah mendukung program kesehatan masyarakat</li> <li>4. Jumlah tenaga kesehatan yang terlatih yang cukup</li> <li>5. Pemanfaatan informasi dan teknologi meluas</li> <li>6. Selama 5 tahun berturut turut mendapatkan WTP</li> <li>7. Tersedianya NSPK yang mendukung program kesehatan masyarakat</li> </ol>	<p><b>Peluang (opportunity)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan lintas sektor</li> <li>2. Pengelolaan anggaran sudah semakin efektif, efisien dan transparan</li> <li>3. Komitmen global bidang kesehatan</li> <li>4. Otonomi daerah</li> <li>5. Kebijakan SPM daerah</li> <li>6. Banyaknya inovasi program kesehatan di daerah</li> <li>7. Banyaknya tersedia dana untuk kesehatan dari lintas sektor (dana desa)</li> <li>8. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan semakin meningkat</li> </ol>
<p><b>Kelemahan (weakness)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distribusi dan kompetensi SDM belum memadai</li> <li>2. Kurang optimalnya penyerapan anggaran</li> <li>3. Keterbatasan sarana dan prasarana</li> <li>4. Kurangnya pelatihan SDM</li> <li>5. Beban kerja yang berlebihan</li> <li>6. Lemah dalam kepatuhan pada standar program</li> <li>7. Pemantauan program belum memadai</li> </ol>	<p><b>Ancaman (threat)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingginya kematian ibu, bayi dan masalah gizi</li> <li>2. Pergeseran gaya hidup</li> <li>3. Pergeseran pola penyakit</li> <li>4. Tingginya ego program dan ego sektor</li> <li>5. Perencanaan program pusat dan daerah belum sinkron</li> <li>6. Pemanfaatan dana operasional kesehatan masih focus pada pengadaan</li> </ol>

- 
- |   |  |
|---|--|
| 8. Belum terintegrasinya sistem informasi kesehatan | 7. Sistem pengelolaan keuangan daerah yang rumit                             |
| 9. Perencanaan internal program belum optimal       | 8. Kebijakan kepala daerah yang belum mendukung prioritas nasional kesehatan |
| 10. NSPK belum sinkron                              | 9. Fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia belum berkualitas             |
|   | 10. Rendahnya perilaku masyarakat hidup sehat                                |
-

## BAB VIII MONITORING DAN EVALUASI

### 8.1 Monitoring

#### 8.1.1 Konsep Monitoring

Sering kali cukup sulit membedakan antara monitoring dengan evaluasi (biasa disingkat menjadi Monev). Hal ini karena lazim anggapan bahwa monitoring adalah bagian dari evaluasi yg wajib dilakukan selama program dilakukan dari awal sampai dengan selesai. Monitoring diartikan sebagai sebuah fungsi berkelanjutan dengan tujuan menyediakan informasi bagi manajemen dan *stakeholder* tentang intervensi yang sedang berjalan. Monitoring dapat membantu mengetahui hasil melalui pengumpulan informasi secara rutin untuk pertimbangan dalam pengambilan keputusan, mendorong akuntabilitas, dan menyediakan informasi dasar bagi evaluasi.<sup>65</sup>

Dalam perkembangannya, monitoring yang semula fokus pada pemantauan pelaksanaan (implementasi) telah berkembang menjadi monitoring berbasis pada hasil. Monitoring yang fokus pada pelaksanaan terlalu fokus pada penilaian terhadap kepatuhan pada rencana awal berdasarkan input, proses dan output. Sedangkan monitoring berbasis hasil mencakup pengumpulan informasi secara rutin dan komprehensif terhadap indikator input, proses, output dan luaran (outcome).

Berdasarkan kegunaannya, William Travers Jerome (1961) menggolongkan monitoring menjadi delapan macam, sebagai berikut:<sup>66</sup>

1. Monitoring yang digunakan untuk memelihara dan membakukan pelaksanaan suatu rencana dalam rangka meningkatkan daya guna dan menekan biaya pelaksanaan program.
2. Monitoring yang digunakan untuk mengamankan harta kekayaan organisasi atau lembaga dari kemungkinan gangguan, pencurian, pemborosan, dan penyalahgunaan.
3. Monitoring yang digunakan langsung untuk mengetahui kecocokan antara kualitas suatu hasil dengan kepentingan para pemakai hasil dengan kemampuan tenaga pelaksana.
4. Monitoring yang digunakan untuk mengetahui ketepatan pendelegasian tugas dan wewenang yang harus dilakukan oleh staf atau bawahan.
5. Monitoring yang digunakan untuk mengukur penampilan tugas pelaksana.
6. Monitoring yang digunakan untuk mengetahui ketepatan antara pelaksanaan dengan perencanaan program.
7. Monitoring yang digunakan untuk mengetahui berbagai ragam rencana dan kesesuaiannya dengan sumber-sumber yang dimiliki oleh organisasi atau lembaga.
8. Monitoring yang digunakan untuk memotivasi keterlibatan para pelaksana.

---

<sup>65</sup> Mahendradhata, *Manajemen Program Kesehatan*.

<sup>66</sup> William Travers Jerome, *Executive Control--the Catalyst* (J. Wiley, 1961).

Monitoring, pengawasan, dan supervisi memiliki perbedaan antara satu dengan yang lainnya. Pengawasan dilakukan terhadap orang-orang yang mengelola program. Supervisi dilakukan terhadap pelaksanaan program, sedangkan monitoring dilakukan terhadap komponen-komponen program. Monitoring selain berkaitan dengan pengawasan dan supervisi, mempunyai hubungan erat dengan penilaian program.<sup>67</sup>

### 8.1.2 Tujuan Monitoring

Tujuan utama monitoring adalah untuk menyajikan informasi tentang pelaksanaan program sebagai umpan balik bagi para pengelola dan pelaksana program. Informasi ini hendaknya dapat menjadi masukan bagi pihak yang berwenang untuk:

- a. Memeriksa kembali strategi pelaksanaan program sebagaimana sudah direncanakan setelah membandingkan dengan kenyataan di lapangan,
- b. Menemukan permasalahan yang berkaitan dengan penyelenggaraan program,
- c. Mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat penyelenggaraan program.

Kegiatan monitoring dapat menggunakan pendekatan langsung dan tidak langsung. Pendekatan langsung dilakukan apabila pihak yang memantau melakukan kegiatannya pada lokasi program yang sedang dilaksanakan. Teknik-teknik yang sering digunakan dalam pendekatan ini adalah wawancara dan observasi. Kedua teknik ini digunakan untuk memantau kegiatan, peristiwa, komponen, proses, hasil dan pengaruh program yang dilaksanakan. Pendekatan tidak langsung digunakan apabila pihak yang memantau tidak terjun langsung ke lapangan, namun dengan menelaah laporan berkala yang disampaikan oleh pada penyelenggara program, atau dengan mengirimkan kuesioner secara berkala kepada para penyelenggaranya atau pelaksana program.

Secara lebih terperinci monitoring bertujuan untuk:<sup>68</sup>

- Mengumpulkan data dan informasi yang diperlukan;
- Memberikan masukan tentang kebutuhan dalam melaksanakan program;
- Mendapatkan gambaran ketercapaian tujuan setelah adanya kegiatan;
- Memberikan informasi tentang metode yang tepat untuk melaksanakan kegiatan;
- Mendapatkan informasi tentang adanya kesulitan-kesulitan dan hambatan-hambatan selama kegiatan;
- Memberikan umpan balik bagi sistem penilaian program;
- Memberikan pernyataan yang bersifat penandaan berupa fakta dan nilai.

---

<sup>67</sup> Kemen PU PR RI, *Modul Monitoring dan Evaluasi Perkotaan* (BPSDM Kementerian PU dan Perumahan Rakyat, 2018), [https://bpsdm.pu.go.id/center/pelatihan/uploads/edok/2018/05/6953a\\_Modul\\_Monitoring\\_dan\\_Evaluasi\\_Perkotaan.docx](https://bpsdm.pu.go.id/center/pelatihan/uploads/edok/2018/05/6953a_Modul_Monitoring_dan_Evaluasi_Perkotaan.docx), accessed 17 Dec 2020.

<sup>68</sup> *Ibid.*, p. hal. 17.

### 8.1.3 Langkah Pokok Melakukan Monitoring

Langkah-langkah pokok untuk melakukan monitoring adalah sebagai berikut:

- a) Pertama, menyusun rancangan monitoring, seperti :
  - Menghimpun data atau informasi tentang pelaksanaan program yang hasilnya akan dibagikan dan diserahkan kepada pengelola untuk memperbaiki pelaksanaan program,
  - Sasaran atau aspek-aspek yang akan dimonitor,
  - Faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program,
  - Pendekatan metode, teknik dan instrumen monitoring,
  - Waktu dan jadwal kegiatan monitoring, dan
  - Biaya monitoring.

Rancangan ini didiskusikan dengan pengelola dan penyelenggara program untuk memperoleh masukan bagi penyempurnaannya. Hasil penyempurnaan ini dapat disebut program monitoring.

- b) Kedua, melaksanakan kegiatan monitoring dengan menggunakan metode, teknik dan instrumen yang telah ditetapkan dalam langkah pertama.
- c) Ketiga, menyusun dan menyerahkan laporan monitoring kepada pihak pengelola atau penyelenggara program untuk digunakan bagi perbaikan atau pengembangan program.

Monitoring adalah proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan atas objektif program. Memantau perubahan, yang fokus pada proses dan keluaran. Monitoring melibatkan perhitungan atas apa yang kita lakukan. Monitoring melibatkan pengamatan atas kualitas dari layanan yang kita berikan.

Kegiatan monitoring lebih berpusat (terfokus) pada kegiatan yang sedang dilaksanakan. Monitoring dilakukan dengan cara menggali untuk mendapatkan informasi secara regular berdasarkan indikator tertentu, dengan maksud mengetahui apakah kegiatan yang sedang berlangsung sesuai dengan perencanaan dan prosedur yang telah disepakati.

Nanang Fattah (1996) menyarankan langkah-langkah Monitoring yang dapat bermanfaat diikuti seperti dalam diagram berikut:



**Gambar 13. Langkah-langkah Monitoring**

## 8.2 Evaluasi

### 8.2.1 Konsep Evaluasi

Menurut Suchman (1967) evaluasi sebagai sebuah proses menentukan hasil yang telah dicapai beberapa kegiatan yang direncanakan untuk mendukung tercapainya tujuan. Menurut Worthen dan Sanders bahwa evaluasi adalah kegiatan mencari sesuatu yang berharga tentang sesuatu; dalam mencari sesuatu tersebut, juga termasuk mencari informasi yang bermanfaat dalam menilai keberadaan suatu program, produksi, prosedur, serta alternatif strategi yang diajukan untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan. Sedangkan, menurut Stufflebeam (1985) evaluasi merupakan proses penggambaran, pencarian, dan pemberian informasi yang sangat bermanfaat bagi pengambil keputusan dalam menentukan alternatif keputusan.<sup>69</sup>

Evaluasi adalah suatu proses yang teratur dan sistematis dalam membandingkan hasil yang dicapai dengan tolak ukur atau kriteria yang telah ditetapkan kemudian dibuat suatu kesimpulan dan penyusunan saran pada setiap tahap dari pelaksanaan program<sup>70</sup>. Beberapa definisi Evaluasi adalah :

- a) Cara sistematis untuk belajar dari pengalaman-pengalaman yang dimiliki dalam meningkatkan perencanaan yang baik dengan melakukan seleksi yang cermat terhadap alternatif yang akan diambil;
- b) Merupakan proses berlanjut dengan tujuan kegiatan pelayanan kesehatan menjadi lebih relevan, efisien dan efektif;
- c) Proses menentukan suatu keberhasilan atau mengukur pencapaian suatu tujuan dengan membandingkan terhadap standar/ indikator menggunakan kriteria nilai yang sudah ditentukan;
- d) Didukung oleh oleh informasi yang sah, relevan dan peka (WHO, 1990).

Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa evaluasi adalah kegiatan untuk mengumpulkan informasi tentang bekerjanya sesuatu, yang selanjutnya informasi tersebut digunakan untuk menentukan alternatif yang tepat dalam mengambil sebuah keputusan.

### 8.2.2 Ruang Lingkup

Sesuai dengan luasnya pengertian kesehatan, maka ruang lingkup Evaluasi atau penilaian yang akan dinilai dari suatu program kesehatan amat luas. Beberapa ahli memberikan pedoman sebagai berikut, yakni:<sup>71</sup>

#### 1. Deniston

Deniston menyebutkan bahwa hal-hal yang dapat dinilai dari suatu program kesehatan dibedakan menjadi 4 macam, yakni:

---

<sup>69</sup> Supriyanto and Damayanti, *Buku Perencanaan dan Evaluasi*.

<sup>70</sup> Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*.

<sup>71</sup> *Ibid*.

- a. Kelayakan program : Penilaian dilakukan disini ialah terhadap program secara keseluruhan. Program dinilai layak (*appropriateness*) jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang sesuai dengan situasi dan kondisi yang dihadapi.
- b. Kecukupan program : Sama halnya dengan kelayakan, maka penilaian yang dilakukan disini adalah juga terhadap program secara keseluruhan. Suatu program dinilai cukup (*adequacy*) jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan
- c. Efektivitas program : Penilaian juga dilakukan terhadap program secara keseluruhan. Suatu program dinilai efektif (*effectiveness*) jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi.
- d. Efisiensi : Sama halnya dengan efektifitas, maka penilaian juga dilakukan terhadap program secara keseluruhan. Suatu program dinilai efisien (*efficiency*) jika program tersebut dilaksanakan dengan hasil yang dapat menyelesaikan masalah dan juga pada waktu pelaksanaannya tidak memerlukan sumber daya yang besar.

## 2. George James

Sama halnya dengan Demiston, maka George James juga membedakan ruang lingkup penilaian suatu program kesehatan atas empat macam. Dua ruang lingkup penilaian adalah sama, sedangkan dua lainnya berbeda. Rincian selengkapnya adalah sebagai berikut:

- a. Upaya Program : Penilaian yang dilakukan di sini adalah terhadap upaya yang dilaksanakan oleh program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Jika upaya (*effort*) yang dilaksanakan telah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, maka program tersebut dari sudut upaya mendapat penilaian yang baik.
- b. Penampilan Program : Penilaian yang dilakkan di sini adalah terhadap penampilan program (*performance*) yang dibandingkan dengan rencana yang telah ditetapkan. Jika penampilan tersebut yakni hasil yang dicapai dinilai sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, maka program tersebut dari sudut penampilannya mendapat penilaian yang baik.
- c. Ketepatan Penampilan Program : Penilaian yang dilakkan di sini ialah terhadap penampilan program (*adequacy of performance*) yang dibandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Jika hasil yang dicapai dinilai dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka program tersebut dari sudut ketepatan penampilannya mendapat penilaian yang baik.
- d. Efisiensi Program : Penilaian yang dilakkan di sini ialah terhadap penampilan program yang dibandingkan tidak hanya terhadap tujuan dan atau masalah, tetapi juga terhadap penggunaan sumberdaya (*efficiency*). Jika hasil yang dicapai dinilai dapat mencapai tujuan, berhasil mengatasi masalah serta penggunaan sumberdayanya terbatas, maka program tersebut dari sudut efisiensi mendapat penilaian yang baik.

### 3. Milton R. Roemer

Milton R. Roemer membedakan ruang lingkup penilaian suatu program kesehatan atas enam macam yaitu:

- a. Status Kesehatan yang dihasilkan : Di sini penilaian yang dilakukan terhadap tingkat kesehatan (health status outcomes) yang dihasilkan dari dilaksanakannya suatu program kesehatan. Mudah dipahami bahwa penilaian ini sulit dilakukan, karena berbagai faktor lainnya yang sebenarnya turut mempengaruhi status kesehatan seseorang atau masyarakat, harus turut diperhitungkan.
- b. Kualitas pelayanan yang diselenggarakan : Penilaian yang dilakukan di sini ialah terhadap kualitas pelayanan (estimated quality of services) oleh suatu program. Penilaian dilakukan dengan membandingkannya terhadap suatu tolak ukur ataupun kriteria yang telah ditetapkan (minimum medical standard). Suatu program kesehatan dianggap baik, jika kualitas pelayanan telah sesuai dengan standar minimal pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan. Tolak ukur dan ataupun kriteria yang digunakan sebagai perbandingan banyak macamnya. Misalnya angka kesembuhan, lama rata-rata hari perawatan dan ataupun obat yang diberikan terhadap penderita.
- c. Kuantitas pelayanan yang dihasilkan : Dasar penilaian ini ialah adanya perbedaan pelayanan yang diselenggarakan (quantity of services provided). Misalnya pelayanan pencegahan lebih baik dari pada pelayanan pengobatan. Jadi jika suatu program kesehatan lebih banyak menekankan pelayanan pencegahan, maka program tersebut dianggap lebih baik dari pada program yang terlalu mengutamakan pelayanan pengobatan. Perlu diingat bahwa dalam melakukan penilaian seperti ini harus diperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi program, misalnya pemakaian sumber dana, tenaga dan sarana yang tersedia. Secara umum disebutkan jika rasio antara dana dan masyarakat, rasio antara tenaga dan masyarakat serta rasio antara sarana dan masyarakat adalah tinggi, maka pelayanan kesehatan tersebut dinilai baik, karena berarti kontak antara masyarakat dengan pelayanan kesehatan dapat lebih sering. Tentu mudah dipahami bahwa penarikan kesimpulan yang seperti ini harus hati-hati. Karena kadang kala ditemukan banyaknya pengunjung suatu sarana pelayanan kesehatan (dengan demikian kontak antara dokter dengan penderita adalah juga tinggi), justru disebabkan kualitas program kesehatan yang tidak baik.
- d. Sikap masyarakat terhadap program kesehatan : Program kesehatan juga dapat dinilai dari sikap masyarakat (*attitude of recipients*) yang memanfaatkan program kesehatan tersebut. Penilaian yang seperti ini bersifat subjektif dan karena itu hasilnya sulit dipercaya.

### 4. HL. Blum

Sama halnya dengan Roemer, HL. Blum juga membedakan ruang lingkup penilaian atas enam macam hanya saja perinciannya agak berbeda yakni:

- a. Pelaksanaan program : Pertanyaan pokok yang akan dijawab pada penilaian tentang pelaksanaan program ialah apakah program tersebut terlaksana atau tidak, bagaimana pelaksanaannya serta faktor-faktor penopang dan penghambat apakah yang ditemukan pada pelaksanaan program. Pada penilaian tentang pelaksanaan program ini, tidak terlar dipersoalkan masalah efektivitas dan ataupun efisiensi program.
- b. Pemenuhan kriteria yang telah ditetapkan : Pertanyaan pokok yang akan dijawab pada penilaian tentang pemenuhan kriteria program ialah apakah dalam pelaksanaan program, semua ketentuan yang telah ditetapkan terpenuhi atau tidak. Ketentuan dan ataupun kriteria yang dimaksudkan disini adalah seperti yang tercantum dalam rencana kerja program yang dimaksud.
- c. Efektivitas program : Penilaian tentang efektivitas program menunjuk pada keberhasilan program dalam mencapai tujuan dan ataupun mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.
- d. Efisiensi program : Sama halnya penilaian tentang efektivitas, maka penilaian tentang efisiensi program juga melihat keberhasilan program dalam mencapai tujuan dan ataupun mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tetapi dikaitkan dengan penggunaan dana. Sekalipun program dapat mencapai tujuan dan ataupun mengatasi masalah, tetapi jika memerlukan biaya yang besar, maka program tersebut dinilai tidak efisien.
- e. Keabsahan hasil yang dicapai oleh program : Pada penilaian tentang keabsahan hasil program (*validity*), maka penilaian tersebut dikaitkan pula dengan kemampuannya memberikan hasil yang sama pada setiap kali program tersebut dilaksanakan. Program disebut absah (*valid*), apabila pada setiap kali program tersebut dilaksanakan, hasil yang diperoleh adalah sama.

### 8.2.3 Teori Evaluasi

Menurut WHO (2003), Monitoring dan Evaluasi memungkinkan pengelola program menilai keefektifan inisiatif pengendalian dan harus dilakukan secara terus menerus.<sup>72</sup> Tujuan khusus evaluasi program adalah mengukur pencapaian dan kemajuan program, mendeteksi dan memecahkan masalah, menilai keefektifan dan efisiensi program, mengarahkan alokasi sumber daya program dan mengumpulkan informasi yang dibutuhkan untuk merevisi kebijakan. Sebagai salah satu bentuk evaluasi program harus dilihat dari faktor-faktor input, proses dan output dimana ketiganya saling berkaitan. Dengan demikian faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan program yaitu :

- Input, meliputi sumber tenaga, biaya penyelenggaraan pelayanan, kebijakan dan pedoman pelaksanaan kegiatan serta bahan/alat untuk pengumpulan dan pengolahan data.

---

<sup>72</sup> World Health Organization (WHO), 'The Monitoring and Evaluation (M&E) of the 3 by 5 Initiative', WHO (World Health Organization, 2003), <https://www.who.int/3by5/publications/briefs/monitoring/en/>, accessed 26 Aug 2021.

- Proses, meliputi perencanaan program dalam tahun, bulan yang mencakup penentuan target/sasaran, anggaran dan penanggung jawab kegiatan, penggerakan pelaksanaan program dan pengawasan atau penilaian program.
- Output, cakupan atau hasil-hasil dari suatu kegiatan program.

Pendekatan analisis sistem yang digunakan Donabedian, bahwa ketiga dimensi itu berhubungan secara linear dan positif. Input yang baik memungkinkan proses baik, proses yang baik memungkinkan output yang baik, dan output yang baik akan membawa dampak terhadap outcome yang baik. Dengan cara lain input yang baik menjadi dasar bagi kegiatan yang bermutu, proses yang baik menjadi dasar bagi output yang bermutu, dengan mutu output menjadi dasar bagi dampak yang diharapkan pada sasaran.

Program dapat dievaluasi dengan berbagai cara, di antaranya melakukan observasi terhadap program secara terus-menerus dalam upaya melakukan interpretasi terhadap informasi yang didapat dan sangat berguna bagi umpan balik program serta relevansi dan efisiensi program. Pada prinsipnya evaluasi program akan memberikan dampak yang lebih baik bagi kelangsungan program sesuai prinsip manajemen yaitu:<sup>73</sup>

1. **Perencanaan:** Perencanaan merupakan salah satu fungsi fundamental dari manajemen yang sangat menentukan, karena didalamnya termuat apa yang ingin dicapai oleh suatu organisasi serta langkah-langkah apa yang akan perlu dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Ada empat tahap kegiatan perencanaan yaitu: menetapkan tujuan atau serangkaian tujuan, merumuskan keadaan saat ini, mengidentifikasi segala kemudahan dan hambatan, mengembangkan rencana untuk mencapai tujuan.
2. **Pengorganisasian:** Pengorganisasian merupakan suatu proses penyusunan struktur organisasi yang sesuai dengan tujuan organisasi dan tersedianya sumber daya seperti tenaga, keuangan, prasarana dan sarana dalam organisasi.
3. **Pelaksanaan:** Manajemen adalah pelaksanaan atau penggerakan (actuating) yang dilakukan setelah organisasi memiliki perencanaan dan melakukan pengorganisasian dengan memiliki struktur organisasi termasuk tersedianya personil sebagai pelaksana sesuai dengan kebutuhan unit atau satuan kerja.
4. **Pengarahan dan bimbingan:** Pengarahan dan bimbingan adalah kegiatan menciptakan, memelihara, menjaga atau mempertahankan dan memajukan organisasi melalui setiap personil, baik secara struktural maupun fungsional agar langkah-langkah operasionalnya tidak keluar dari usaha mencapai tujuan organisasi.
5. **Pembinaan atau supervisi:** Pembinaan adalah suatu upaya pengarahan dengan memberikan petunjuk serta saran, setelah menemukan alasan dan keluhan pelaksanaan dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi. Pembinaan dan supervisi mempunyai tujuan

---

<sup>73</sup> Kesmas, 'Teori Evaluasi Program Kesehatan', *The Indonesian Public Health Portal* (23 Jul 2021), <https://www.indonesian-publichealth.com/teori-evaluasi-program-kesehatan/>, accessed 26 Aug 2021.

untuk memotivasi petugas dan mengendalikan sesuatu kegiatan agar sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

#### **8.2.4 Desain Evaluasi**

Desain evaluasi merupakan bentuk rencana untuk melakukan evaluasi yang meliputi komponen : fokus evaluasi, cara menjangkau informasi, mengolah informasi yang didapatkan, membuat laporan, dan melakukan review atau peninjauan kembali terhadap semua langkah evaluasi yang telah dilakukan. Desain evaluasi program yang menggunakan pendekatan kuantitatif, pada prinsipnya mengikuti langkah seperti yang dilakukan oleh peneliti yang akan melakukan penelitian yang menggunakan pendekatan kuantitatif. Format rancangannya mencakup konteks atau pernyataan tentang apa yang mendasari perlunya dilakukan evaluasi terhadap suatu program, kemudian apa tujuan dilakukannya evaluasi program. Selanjutnya akan dibuat sejumlah pertanyaan hipotetis yang merujuk pada informasi apa yang akan dijangkau guna mencapai tujuan evaluasi yang telah ditetapkan. Kemudian ditetapkan pula metodologi yang mencakup penetapan desain evaluasi, subjek yang akan dievaluasi, instrumentasi untuk menjangkau data, serta pengolahannya.<sup>74</sup>

Desain evaluasi program yang menggunakan pendekatan kualitatif agak berbeda dengan desain penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif dikenal banyak orang mempunyai ciri fleksibel dalam metode pengumpulan datanya dan pada saat proses berlangsung bias saja penelitiannya mengembangkan datanya sejauh itu masih dalam konteks menggali informasi yang nantinya dapat digunakan untuk membangun teori baru. Sedangkan pada evaluasi program informasi apa yang akan dikumpulkan telah ditetapkan pada awal penentuan desain dan sedapat mungkin pada saat pengumpulan informasi tidak terjadi perluasan pencarian informasi dengan alasan mencari titik jenuh keputasan peneliti dalam mengumpulkan informasi. Pada pendekatan kualitatif, karakteristik yang menonjol adalah pada posisi evaluator dalam pelaksanaan evaluasi. Tujuan evaluasi adalah mengumpulkan informasi tentang suatu program, evaluator walaupun bukan bagian dari pelaku di dalam program, tetapi pada pendekatan kualitatif evaluator harus berada dalam program dan mempunyai aksesibilitas yang tinggi terhadap semua komponen program. Tujuan utama evaluasi program dengan pendekatan kualitatif adalah mendapatkan gambaran yang menyeluruh tentang suatu program di semua aspeknya.<sup>75</sup>

#### **8.2.5 Metode Evaluasi Program**

Terdapat beberapa komponen tertentu yang selalu ditemukan dalam setiap perencanaan evaluasi, yaitu metode evaluasi. Metode evaluasi merupakan penentuan modal evaluasi sangat berkaitan dengan berbagai pendekatan evaluasi. Evaluator hendaknya memahami berbagai

---

<sup>74</sup> John, W, Creswell, Research Design, *Qualitative & Quantitative Approaches*, (California USA: Sage Publication, 1994).

<sup>75</sup> David Daniel Royse et al., *Program Evaluation: An Introduction*, 4th edition (Belmont USA: Thomson Brooks/Cole, 2006).

pendekatan dalam evaluasi, kekuatan dan kelemahan setiap pendekatan. Berikut ini adalah pendekatan-pendekatan utama dalam evaluasi.<sup>76</sup>

- 1) Pendekatan yang berorientasi pada tujuan, yang fokusnya adalah menentukan tujuan dan sasaran dan pencapaiannya.
- 2) Pendekatan yang berorientasi pada manajemen, yang fokus utamanya adalah pada identifikasi dan pemenuhan kebutuhan informasi bagi para pembuat keputusan manajerial.
- 3) Pendekatan yang berorientasi pada klien, yaitu yang masalah utamanya adalah mengembangkan informasi evaluasi dalam produk-produk layanan kesehatan, untuk digunakan oleh pasien dalam memilih layanan kesehatan.
- 4) Pendekatan yang berorientasi pada para ahli, yang sangat bergantung pada penerapan langsung dari para profesional dalam menilai kualitas pendidikan.
- 5) Pendekatan yang berorientasi pada lawan atau pesaing, yaitu sebagai kontra atau penyeimbang dari pendekatan yang berorientasi pada para ahli pada umumnya (pro dan kontra).
- 6) Pendekatan naturalistik yang berorientasi pada partisipan, yaitu bahwa keterlibatan partisipan merupakan penentu utama dalam nilai-nilai, kriteria, kebutuhan, dan sifat data untuk evaluasi.

### 8.3 Perbedaan dan Komplementer antara Monitoring-Evaluasi

Monitoring mempunyai hubungan erat dengan evaluasi program. UNESCO (1982) mengidentifikasi lima kaitan antara monitoring dan evaluasi, yaitu:<sup>77</sup>

- Pertama, fokus monitoring adalah pada program yang sedang dilaksanakan. Bukan pada konteks kegiatan yang harus dilakukan oleh pelaksana program. Sedangkan evaluasi sering dilakukan sejak perencanaan program.
- Kedua, monitoring menitikberatkan pada aspek kuantitatif dalam pelaksanaan program yang dapat menjadi bahan untuk kegiatan evaluasi. Evaluasi dapat melengkapi hasil monitoring dengan data tambahan yang diperlukan sesuai dengan tujuan evaluasi yang mengarah pada aspek kualitatif. Monitoring berhubungan dengan dimensi kuantitatif tentang efektivitas program seperti banyaknya output program. Sedangkan evaluasi lebih berkaitan dengan dimensi kualitatif tentang efektivitas program, seperti sejauhmana output dikaitkan dengan norma atau standar yang telah ditentukan.
- Ketiga, monitoring mencakup usaha untuk mengidentifikasi faktor-faktor pendukung program, seperti faktor logistik, yang dapat membantu atau mempengaruhi penampilan program, sedangkan evaluasi mengarah pada upaya menyiapkan bahan masukan untuk pengambilan keputusan tentang ketepatan perbaikan peluasan atau pengembangan program.
- Keempat, kontribusi yang dapat dimanfaatkan dengan segera dari hasil monitoring adalah untuk kepentingan pengelolaan program, sedangkan kontribusi evaluasi lebih terkait dengan pengambilan keputusan tentang penyusunan rancangan dan isi program.

---

<sup>76</sup> Farida Yusuf Tayibnapis, *Evaluasi program dan instrumen evaluasi untuk program pendidikan dan penelitian* (Jakarta: Rineka Cipta, 2008).

<sup>77</sup> Kemen PU PR RI, *Modul Monitoring dan Evaluasi Perkotaan*, p. hal. 6-7.

- Kelima, monitoring dan evaluasi merupakan proses yang saling melengkapi antara satu dengan yang lainnya. Walaupun penekanannya berbeda, keduanya mempunyai arah yang sama yaitu untuk meningkatkan efektivitas program.

Keterkaitan fungsi monitoring dan evaluasi dapat disederhanakan sebagai pada tabel berikut:<sup>78</sup>

**Tabel 20. Peran komplementer *Monitoring* dan *Evaluasi***

Monitoring	Evaluasi
◦ Mengklasifikasi tujuan program	◦ Menganalisis mengapa hasil yang diinginkan tercapai atau tidak tercapai
◦ Menghubungkan aktivitas dan sumber daya untuk tujuan	◦ Mengukur penyebab spesifik yang berkontribusi pada pencapaian hasil
◦ Menerjemahkan tujuan menjadi indikator kinerja dan penentuan target	◦ Menguji proses implementasi
◦ Pengumpulan data berdasarkan indikator, dilakukan secara rutin, membandingkan hasil aktual dan target	◦ Mengeksplorasi hasil yang tidak tercapai
◦ Pelaporan kemajuan program kepada manajer dan mengingatkan mereka terhadap permasalahan yang dihadapi	◦ Menyediakan informasi pembelajaran, meng-highlight, prestasi yang signifikan atau program yang potensial, memberikan rekomendasi untuk peningkatan skala program

Sumber : Kusek and Rist, 2004

Sedangkan beberapa perbedaan antara *monitoring* dan *evaluasi* ditunjukkan pada tabel berikut.<sup>79,80</sup>

**Tabel 21. Dimensi perbedaan *Monitoring* dan *Evaluasi***

Dimensi	Monitoring	Evaluasi
Fokus Utama	Pengumpulan data kemajuan	Penilaian data dari tahap kritis suatu proses
Fokus Waktu Kegiatan	Program sedang berlangsung Observasi	Masa lalu dan masa yang akan datang Melakukan perbandingan hasil dengan standar
Pertanyaan utama	Apa yang harus dilakukan sekarang untuk mencapai program	Sudahkan tujuan yang direncanakan tercapai
Pendukung	Implementasi dari rencana	Pembuatan pola untuk siklus perencanaan selanjutnya

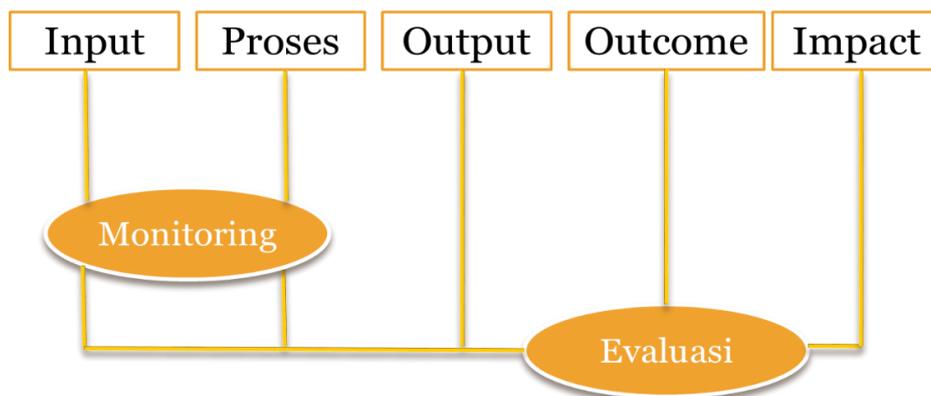
<sup>78</sup> Jody Zall Kusek and Ray C. Rist, 'Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System : A Handbook for Development Practitioners', *World Bank Publications* (The World Bank, 2004), <https://ideas.repec.org/b/wbk/wbpubs/14926.html>, accessed 25 Aug 2021.

<sup>79</sup> Mahendradhata, *Manajemen Program Kesehatan*, p. hal. 100.

<sup>80</sup> Lubis, *Modul Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan: Menentukan Tujuan Program*.

Periode Pengamatan	Dilaksanakan terus menerus selama proses	Umumnya dilaksanakan pada pertengahan atau akhir program
Hasil dari Proses	Indikator kemajuan perlu dipantau ketat oleh beberapa orang	Hasil evaluasi perlu didiskusikan, diproses dan diinterpretasikan oleh semua pihak
Sumber informasi	Sistem <i>surveillance</i> secara rutin, laporan observasi lapangan, laporan perkembangan, pengukuran cepat, pertemuan <i>review</i> program	Sistem <i>surveillance</i> secara rutin, laporan observasi lapangan, laporan perkembangan, pengukuran cepat, pertemuan <i>review</i> program, survei populasi, registrasi penting, dan studi khusus
Biaya	Biaya rutin	Biaya bersifat episodik, biasanya di tengah atau akhir periode implementasi

Dalam siklus sistem program, letak monitoring dan evaluasi dapat diilustrasikan seperti gambar berikut:



**Gambar 14. Monitoring dan Evaluasi dalam Mekanisme Sistem Program**

Terdapat beberapa referensi yang menerangkan langkah melakukan Evaluasi. Namun tidak hanya Evaluasi, di sini juga akan diterangkan langkah integrasi melakukan monitoring dan evaluasi dengan 10 (sepuluh) tahapan yaitu:<sup>81</sup>

1. Penilaian kesiapan  
Tahapan ini memberikan informasi tentang kerangka kerja yang dapat dipakai untuk menilai dan memantau kemajuan dalam mencapai tujuan. Selain itu tahapan ini berperan dalam memberikan pengertian atas peran, tanggung jawab dan isu kapasitas dari instansi dan individu terkait dengan monev program.
2. Menyepakati luaran (*outcome*)  
Luaran dan dampak suatu program dapat diturunkan dari pernyataan tujuan program di tingkat yang lebih tinggi (misal target nasional, provinsi, dst). Luaran dan dampak program harus dapat diukur dengan melihat indikator-indikator yang valid dan reliabel yang

<sup>81</sup> Kusek and Rist, 'Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System'.

sebelumnya harus disepakati melalui proses partisipatif dengan stakeholder terkait melalui suatu lokakarya. Contoh, permasalahan “Banyaknya kematian Ibu melahirkan di pedesaan”. Maka luarannya adalah “Meningkatnya persalinan oleh tenaga kesehatan di pedesaan”.

3. Memilih indikator kunci kinerja untuk *monitoring* luaran

Indikator yang baik harus memenuhi kriteria **CREAM**, yaitu *Clear* (jelas), *Relevant* (relevan), *Economis* (biaya terjangkau) dan *Monitorable* (memadai). Contoh, luaran “Meningkatnya persalinan oleh tenaga kesehatan di pedesaan”, maka indikator-nya adalah “Persentase ibu melahirkan yang ditolong tenaga kesehatan”.

4. Menetapkan indikator awal (*baseline*)

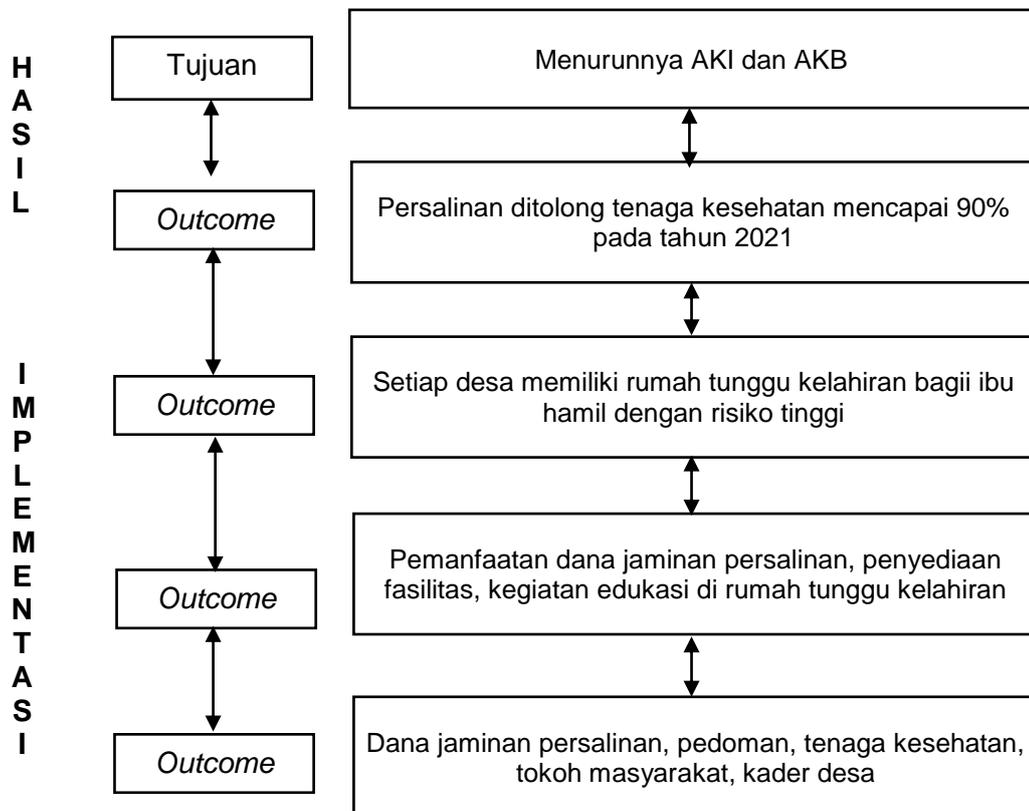
Penentuan *baseline* bertujuan untuk mengetahui posisi saat ini, yang kemudian dihubungkan dengan tujuan yang akan dicapai, akan sangat berguna untuk menentukan langkah selanjutnya. Contoh indikator *baseline*, “Tahun 2020, sebanyak 65% persalinan ditolong tenaga kesehatan”.

5. Perencanaan target

Target merupakan tingkatan pada indikator yang dapat dikuantifikasikan dan ingin dicapai pada waktu tertentu. Target ditetapkan berdasarkan data awal (*baseline*) yang telah ada sebelumnya. Contoh, Target “sebanyak 90% persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan pada tahun 2021”.

6. Pemantauan hasil

Monitoring dilakukan pada dua bagian, yaitu monitoring implementasi (input, proses, output) dan monitoring hasil (input, proses, output, outcome, tujuan akhir). Contoh:



### Gambar 15. Contoh Kerangka Monitoring

7. Penggunaan informasi evaluasi

Evaluasi memberi manfaat sebagai masukan informasi bagi pengambilan keputusan, mengidentifikasi sebab dari suatu masalah, mengidentifikasi isu pada masalah yang dihadapi pengambilan keputusan berdasarkan alternatif terbaik dan membantu membangun konsensus di antara para stakeholder tentang bagaimana merespon suatu masalah.

8. Melaporkan temuan

Laporan monitoring program dibuat dalam bentuk perbandingan antara data luaran (outcome) dengan data awal. Contoh:

Indikator Luaran (Outcome)	Data Awal (%)	Pencapaian (%)	Target (%)	Selisih (%)
Persentase ibu melahirkan yang ditolong oleh tenaga kesehatan	Pada tahun 2020, 65% persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan	93	(2021) 90	+3

Sumber: Mahendrata, 2019

9. Menggunakan hasil temuan

- Hasil temuan Monev dapat digunakan untuk:
- Memenuhi kebutuhan pengelola program dan tuntutan publik Tentang akuntabilitas,
- Membantu merumuskan dan memberikan dasar atas perencanaan dan penganggaran,
- Membantu dalam membuat keputusan alokasi sumber daya operasional,
- Memicu pemeriksaan mendalam terhadap masalah kinerja yang muncul dan koreksi yang diperlukan,
- Membantu memotivasi pengelola program untuk terus membuat perbaikan terhadap kinerja program,
- Menyediakan data khusus untuk evaluasi program secara mendalam
- Mendukung upaya strategis dan perencanaan jangka panjang,
- Membangun komunikasi publik yang lebih baik

10. Menjaga kelangsungan sistem Monev

Komponen penting dalam mempertahankan sistem moneter mencakup adanya **permintaan** akan hasil temuan monev bagi perumusan kebijakan dan program; pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas; informasi yang kredibel dan bermanfaat, akuntabilitas, kapasitas, dan insentif.

## BAB IX KEBERLANJUTAN PROGRAM

### 9.1 Konsep Keberlanjutan Program

Dewasa ini, perkembangan keberlanjutan program (*sustainability*) telah bergeser dari semula merupakan bagian akhir dari siklus program menjadi suatu proses yang harus dilakukan pada permulaan program. Hal ini menegaskan bahwa implementasi dan upaya keberlanjutan suatu program merupakan dua proses yang berjalan bersamaan. Keberlanjutan program dimulai ketika proses awal pengembangan program.<sup>82</sup>

Keberlanjutan program (*sustainability*) didefinisikan sebagai kemampuan dan upaya untuk mempertahankan suatu program dan manfaatnya secara terus menerus dalam jangka panjang. Keberlanjutan program perlu diperhatikan karena pada dasarnya intervensi program dilakukan untuk benar-benar dapat menuntaskan permasalahan yang ada. Ketika program berhenti, segala kegiatan perbaikan yang telah dilakukan dengan susah payah, juga ikut terhenti. Untuk menjaga manfaat program bagi masyarakat, para *stakeholder* harus memahami faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keberlanjutan program.<sup>83</sup>

Dalam program kesehatan, fokus utama *sustainability* terletak pada faktor-faktor penentu (determinan) dan bagaimana pemilihan strategi untuk terus memberikan layanan kesehatan yang berkualitas dari waktu ke waktu dengan selalu mempertimbangkan aspek organisasi dan pembiayaan. Program dikatakan berkelanjutan apabila memenuhi unsur-unsur berikut ini:<sup>84</sup>

1. Memberikan manfaat berkelanjutan bagi mereka yang menerima program atau intervensi pada saat program tersebut dimulai dan bagi partisipan baru setelah pendanaan program tidak dilanjutkan,
2. Program tetap diimplementasikan dalam aktivitas sebuah organisasi setelah dukungan dana tidak dilanjutkan,
3. Pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan dengan melanjutkan aktivitas program yang telah berakhir

Selain itu, terdapat 4 (empat) alasan utama mengapa keberlanjutan program menjadi fokus dari kebijakan atau intervensi kesehatan masyarakat dan para praktisi kesehatan, yaitu:<sup>85</sup>

1. Keberlanjutan dapat memastikan pengaruh atau dampak dari program dalam jangka waktu yang lama
2. Program harus mampu bertahan dalam masa laten selama intervensi awal program,

---

<sup>82</sup> Mahendradhata, *Manajemen Program Kesehatan*, p. hal. 115.

<sup>83</sup> CPHSS, *The Program Sustainability Assessment Tool v2* (Center for Public Health Systems Science (CPHSS), Washington University, St Louis, MO, 2013), [https://sustaintool.org/wp-content/uploads/2016/12/Sustainability-ToolV2\\_w-scoring\\_12.11.13.pdf](https://sustaintool.org/wp-content/uploads/2016/12/Sustainability-ToolV2_w-scoring_12.11.13.pdf), accessed 11 Aug 2021.

<sup>84</sup> Juliet Iwelunmor et al., 'Toward the sustainability of health interventions implemented in sub-Saharan Africa: a systematic review and conceptual framework', *Implementation science: IS*, vol. 11 (2016), p. 43.

<sup>85</sup> Pierre Pluye, Louise Potvin, and Jean-Louis Denis, 'Making public health programs last: conceptualizing sustainability', *Evaluation and Program Planning*, vol. 27, no. 2 (2004), pp. 121–33.

3. Keberlanjutan dapat menjadi “pengarah” masyarakat untuk menghadirkan partisipasi masyarakat,
4. Keberlanjutan dapat mengatasi hambatan dalam mobilisasi masyarakat

Langkah awal mewujudkan keberlanjutan program dimulai dari internal organisasi sehingga program dapat dikendalikan oleh satu atau beberapa ketentuan yang berlaku. Rutinitas organisasi dan standar kelembagaan (institusional) merupakan persyaratan yang harus dipenuhi oleh suatu program agar dapat berkelanjutan.<sup>86</sup> Hal ini berarti, program akan berlanjut bila program menjadi aktivitas yang rutin melalui proses rutinitas organisasi. Program kesehatan dikatakan telah menjadi rutinitas sebuah organisasi apabila program tersebut secara teratur dan stabil menjadi bagian dari prosedur dan perilaku dalam suatu organisasi. Keberlanjutan program juga mensyaratkan standardisasi (standar institusional) sehingga program mampu berintegrasi dengan prinsip tata nilai, dan kebijakan organisasi. Standar institusional yang dimaksud mencakup standar pelayanan minimal, regulasi, dan kebijakan yang dapat bersifat “memaksa” program menjadi rutinitas bagi organisasi.<sup>87</sup>

Dengan pertimbangan adanya rutinitas organisasi dan standar institusional maka keberlanjutan suatu program dapat digolongkan dalam tiga tingkatan sebagai berikut:<sup>88</sup>

1. *Weak sustainability*, yakni kondisi yang terjadi ketika beberapa program dilakukan, tetapi program tersebut bukan bagian dari rutinitas dalam organisasi. Sebagai contoh, dalam rangka memperingati hari anti tembakau sedunia, Dinas kesehatan kabupaten menggalakkan program “1 jam tanpa asap rokok” di beberapa pemukiman warga.
2. *Medium sustainability*, yakni kondisi yang terjadi ketika sebuah program telah menjadi rutinitas sebuah organisasi, tetapi program tersebut tidak termasuk dalam standar institusional. Sebagai contoh, dalam rangka memperingati ulang tahun Kota X, setiap tahun Dinas Kesehatan bekerjasama dengan Puskesmas dan pemerintah kelurahan melaksanakan program pembersihan sampah di pasar tradisional.
2. *High sustainability*, terjadi apabila sebuah program telah menjadi rutinitas dan diatur dengan peraturan dan kebijakan yang ada. Seperti Puskesmas memiliki Program pemberantasan penyakit demam berdarah dengue, Program penanggulangan tuberkulosis, Program pelayanan kesehatan ibu dan anak, dan lain-lainnya

## 9.2 Proses Keberlanjutan dan Siklus Program

Proses keberlanjutan merupakan proses yang berjalan bersamaan (*concomitance of process*) antara rutinitas organisasi dan standar Institusional. Kondisi tersebut membutuhkan kesadaran penuh untuk memahami cara mengetahui, mengevaluasi, dan mempelajari proses keberlanjutan program itu. Proses manajemen program menjelaskan bahwa pengembangan program merupakan model yang memiliki sifat hubungan sekuensial. Model hubungan sosial

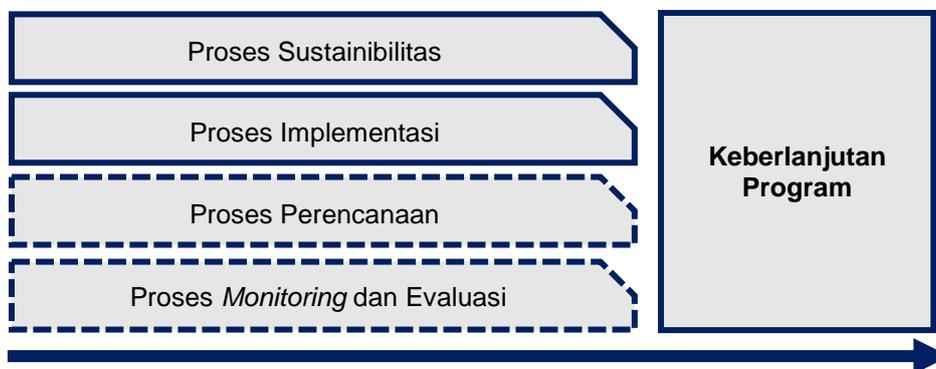
---

<sup>86</sup> *Ibid.*

<sup>87</sup> Mahendradhata, *Manajemen Program Kesehatan*, p. hal. 117.

<sup>88</sup> *Ibid.*, p. hal. 117-118.

ditandai siklus program yang saling berurutan dan proses keberlanjutan biasanya mengikuti kronologi siklus program.<sup>89</sup> Proses keberlanjutan yang terjadi dalam siklus program dapat diilustrasikan seperti gambar berikut:



**Gambar 16. Proses keberlanjutan dan siklus program**

Sumber : Pluye et al. (2004)<sup>90</sup>

Proses keberlanjutan secara alami mengikuti fase implementasi program yang terjadi dalam siklus program. Strategi keberlanjutan harus dilakukan sejak awal proses manajemen program dengan tujuan untuk menciptakan struktur program yang mandiri. struktur program yang mandiri mampu beradaptasi dan diadopsi dalam struktur organisasi oleh para stakeholder sehingga menjamin terus berfungsi setelah akhir pendanaan awal terhadap program. Sebagai contoh, stabilitas sumber daya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberlanjutan program karena dalam fase perencanaan program juga harus diperhitungkan secara tepat Kebutuhan sumber daya untuk menjamin keberlangsungan program.

### 9.3 Tipologi Keberlanjutan Program

Proses keberlanjutan pada program memiliki dimensi politik ekonomi (*political economy*) dan dimensi kualitas siklus (*quality cycle*). Dimensi kualitas siklus menggambarkan interaksi antara masalah kesehatan dan program serta Bagaimana program dapat memberikan dampak yang berkelanjutan. Pemahaman yang cermat terhadap kondisi dan karakteristik suatu program sangat diperlukan titik dalam mencapai efek yang berkelanjutan, perlu diperhatikan tipologi program. Hubungan tipologi program dan keberlanjutan meliputi 4 aspek utama yaitu tingkat intervensi strategi intervensi, keberlanjutan program dan efek keberlanjutan, sebagaimana disajikan pada tabel berikut:

**Tabel 22. Tipologi Program dan Keberlanjutan<sup>91</sup>**

<sup>89</sup> *Ibid.*, p. hal. 119.

<sup>90</sup> Pluye, Potvin, and Denis, 'Making public health programs last'.

<sup>91</sup> Hal Swerissen and Beth R. Crisp, 'The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization', *Health Promotion International*, vol. 19, no. 1 (2004), pp. 123–30.

Tingkat Intervensi	Strategi Intervensi	Keberlanjutan Program	Efek Keberlanjutan
Individu	Fokus pada informasi, pemodelan, pendidikan, jangka waktu yang relatif singkat untuk dampak awal yang rendah terhadap hasil	Program membutuhkan sumber daya yang memadai	Rendah dan tidak memiliki efek pervasif (dapat diserap)
Organisasi	Fokus pada perubahan organisasi dan praktik kerja individu	Program membutuhkan sumber daya selama implementasi, tetapi berpotensi untuk ditarik kembali dalam proses organisasi	Tinggi tetapi berpotensi terjadi resistensi karena organisasi tidak siap untuk berubah
Komunitas	Fokus pada aksi sosial dengan tujuan menghasilkan perubahan dan distribusi sumber daya	Program membutuhkan tambahan sumber daya alam tetapi berpotensi digantikan secara sistematis setelah ada inovasi program baru	Tinggi dan memiliki efek pervasif (dapat diserap)
Institusi	Fokus pada advokasi sosial terhadap institusi	Program membutuhkan sumber daya dalam jangka panjang	Tinggi tetapi berpotensi terjadi resistensi

Sumber: Swerissen & Crisp (2004)

Intervensi kesehatan berupa program pada dasarnya bertujuan untuk mengatasi risiko masalah kesehatan pada masyarakat. Namun demikian, prinsip perubahan yang menjadi tujuan implementasi program terkadang tidak dapat menjamin keberlanjutan karena intervensi tersebut tidak memperhatikan kondisi sosial di sekitarnya. Tipologi program dan keberlanjutan memberikan pemahaman kepada manajer maupun pembuat program untuk memperhatikan hubungan antara tingkat intervensi dan konteks sosial sehingga dapat mengembangkan strategi intervensi yang memadai, potensi keberlanjutan program, serta efek dari keberlanjutan program. Program dapat berlanjut apabila desain dan implementasi program memperhatikan strategi program, tingkat intervensi, dan kapasitas keberlanjutan. Untuk menghasilkan desain program yang memadai maka sangat diperlukan dukungan strategis, kapasitas lembaga atau organisasi, serta ketersediaan sumber daya yang memadai.<sup>92</sup>

#### 9.4 Memastikan Keberlanjutan Program

Upaya meningkatkan kapasitas program merupakan cara untuk memastikan keberlanjutan program. Peningkatan kapasitas diawali dengan penilaian kapasitas keberlanjutan program. Hasil penilaian kapasitas keberlanjutan program memberikan informasi tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberlangsungan efektivitas program kesehatan. Pemetaan kapasitas program dapat dilakukan dengan menilai 8 (delapan) domain keberlanjutan program, yaitu: dukungan politik, kemitraan, kapasitas organisasi, perencanaan strategis, stabilitas pendanaan, evaluasi program, adaptasi program, dan komunikasi. Masing-masing domain dijelaskan sebagai berikut:<sup>93</sup>

##### 1) Dukungan Lingkungan

<sup>92</sup> Mahendradhata, *Manajemen Program Kesehatan*, p. hal. 120.

<sup>93</sup> *Ibid.*, p. hal. 122-125.

- Dukungan pemerintah berupa penentuan prioritas
- Dukungan legislatif berupa peraturan
- Dukungan advokasi untuk alokasi sumber daya
- Dukungan masyarakat berupa partisipasi dan sinergi

## 2) Kemitraan

- Struktur kemitraan seperti jaringan organisasi berkontribusi terhadap program
- Peranan partnership yang ada dalam mendukung keberhasilan program
- Bentuk kontribusi untuk menjamin keberlanjutan program
- Efektivitas dan efisiensi jaringan kemitraan untuk menunjang program

## 3) Kapasitas Organisasi

- Dukungan internal dan sumber daya untuk menjamin keberlanjutan program
- Sistem kerja organisasi dan kompetensi staf dan kinerja kerja
- Kepemimpinan organisasi dan pengelolaan staf dan sumber daya
- Kekuatan dan kelemahan dukungan eksternal dan internal untuk perubahan

## 4) Perencanaan Strategis

- Program memiliki rencana strategis untuk keberlanjutan
- Strategi dan mekanisme perencanaan Kebutuhan sumber daya di masa mendatang
- Proses pengembangan rencana keberlanjutan program
- Apa yang dilakukan dalam perencanaan strategis untuk mendukung keberlanjutan program

## 5) Stabilitas Pendanaan

- Situasi pendanaan program saat dulu, kini dan masa depan
- Ketersediaan sumber pendanaan lain untuk mendukung program
- Strategi kebijakan pendanaan
- Regulasi kebijakan pendanaan

## 6) Evaluasi Program

- Frekuensi melakukan evaluasi program
- Penggunaan hasil evaluasi untuk penguatan program dalam menjamin sustainability
- Kapasitas evaluator dalam melakukan evaluasi program yang berkualitas dan standar evaluasi
- Diseminasi hasil evaluasi dibagikan kepada publik

## 7) Adaptasi Program

- Program proaktif beradaptasi terhadap perubahan
- Bagaimana program memutuskan untuk tidak melanjutkan komponen yang tidak efektif
- Kemampuan adaptasi program dapat menjamin keberlanjutan program
- Program mampu beradaptasi dengan ilmu serta strategi yang baru

## 8) Komunikasi

- Pesan penting program harus dikomunikasikan kepada stakeholder dan masyarakat

- Strategi komunikasi yang dilakukan untuk menjaga dukungan publik terhadap program
- Efektivitas komunikasi dapat meningkatkan kesadaran masyarakat
- Mekanisme menerima umpan balik dari masyarakat terhadap program
- Identifikasi kendala-kendala dalam mengkomunikasikan program

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrachim, I.I.H., *Pengantar Masalah Penduduk*, Alumni, Bandung, 1973.
- Amiruddin, Muhammad and Muhammad Yusuf, 'Pelaksanaan Teknik Supervisi Pada Pelayanan Kesehatan', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, vol. 2, no. 3, 2017, <http://jim.unsyiah.ac.id/FKep/article/view/3901>, accessed 20 Aug 2021.
- ASQ, *What is Problem Solving? Steps, Process & Techniques* | ASQ, <https://asq.org/quality-resources/problem-solving>, accessed 11 Aug 2021.
- Azwar, Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, 1996.
- Blum, Henrik L., *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*, Human Sciences Press, 1974.
- , *Planning for Health: Generics for the Eighties*, Human Sciences Press, 1981.
- Botía Sanabria, María Lucero and Luis Humberto Orozco Pulido, 'Critical review of problem solving processes traditional theoretical models', *International Journal of Psychological Research*, vol. 2, no. 1, 2009, pp. 67–72 [<https://doi.org/10.21500/20112084.879>].
- CPHSS, *The Program Sustainability Assessment Tool v2*, Center for Public Health Systems Science (CPHSS), Washington University, St Louis, MO, 2013, [https://sustaintool.org/wp-content/uploads/2016/12/Sustainability-ToolV2\\_w-scoring\\_12.11.13.pdf](https://sustaintool.org/wp-content/uploads/2016/12/Sustainability-ToolV2_w-scoring_12.11.13.pdf), accessed 11 Aug 2021.
- Daft, Richard L., *Manajemen*, Ed. 6 edition, Jakarta: Salemba Empat, 2006.
- Djoko, Wijono, *Evaluasi Program Kesehatan dan Rumah Sakit*, Surabaya: Duta Prima Airlangga, 2007.
- Green, Andrew, *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*, Oxford University Press, 2007 [<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198571346.001.0001>].
- Hasibuan, Malayu S.P., *Manajemen Dasar, Pengertian dan Masalah*, Revisi edition, Jakarta: Bumi Aksara, 2006.
- Idris, Haerawati et al., *Modul Perencanaan Kesehatan Di Tingkat Dinas Kesehatan*, Universitas Sriwijaya, 2020.
- Iwelunmor, Juliet et al., 'Toward the sustainability of health interventions implemented in sub-Saharan Africa: a systematic review and conceptual framework', *Implementation science: IS*, vol. 11, 2016, p. 43 [<https://doi.org/10.1186/s13012-016-0392-8>].
- Jerome, William Travers, *Executive Control--the Catalyst*, J. Wiley, 1961.
- Johnson, Gerry and Kevan Scholes, *Exploring corporate strategy*, Harlow: Financial Times Prentice Hall, 2002.
- Kemen PU PR RI, *Modul Monitoring dan Evaluasi Perkotaan*, BPSDM Kementerian PU dan Perumahan Rakyat, 2018, [https://bpsdm.pu.go.id/center/pelatihan/uploads/edok/2018/05/6953a\\_Modul\\_Monitoring\\_dan\\_Evaluasi\\_Perkotaan.docx](https://bpsdm.pu.go.id/center/pelatihan/uploads/edok/2018/05/6953a_Modul_Monitoring_dan_Evaluasi_Perkotaan.docx), accessed 17 Dec 2020.
- Kemas, 'Teori Evaluasi Program Kesehatan', *The Indonesian Public Health Portal*, 23 Jul 2021, <https://www.indonesian-publichealth.com/teori-evaluasi-program-kesehatan/>, accessed 26 Aug 2021.
- Khulaila, Aini, Made Utama, and Anak Agung Sagung Sawitri, 'Analisis kesehatan di Kota Mataram tahun 2011: suatu penerapan Bryant method', *Public Health and Preventive Medicine Archive*, vol. 1, no. 2, 2013, p. 128 [<https://doi.org/10.15562/phpma.v1i2.175>].

- Kilroy, D.A., 'Clinical supervision in the emergency department: a critical incident study', *Emergency medicine journal: EMJ*, vol. 23, no. 2, 2006, pp. 105–8 [<https://doi.org/10.1136/emj.2004.022913>].
- Kusek, Jody Zall and Ray C. Rist, 'Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System : A Handbook for Development Practitioners', *World Bank Publications*, The World Bank, 2004, <https://ideas.repec.org/b/wbk/wbpubs/14926.html>, accessed 25 Aug 2021.
- Lovett, Marsha C., 'Problem Solving', in *Stevens' Handbook of Experimental Psychology*, American Cancer Society, 2002 [<https://doi.org/10.1002/0471214426.pas0208>].
- Lubis, Marlina Elfa, *Modul Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan: Menentukan Tujuan Program*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, 2020, (unpublished).
- Lucas, David, *Pengantar Kependudukan*, Gajah Mada University Press, 1995.
- Mahendradhata, Yodi, *Manajemen Program Kesehatan*, Gajah Mada University Press, 2019.
- Mamik, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*, Sidoarjo: Zifatama Jawara, 2017.
- Muninjaya, A.A. Gde, *Manajemen Kesehatan*, 2nd edition, Jakarta: EGC, 2004.
- Notoatmodjo, Soekidjo, *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-Prinsip Dasar*, Jakarta: Rineka Cipta, 2003.
- Pluye, Pierre, Louise Potvin, and Jean-Louis Denis, 'Making public health programs last: conceptualizing sustainability', *Evaluation and Program Planning*, vol. 27, no. 2, 2004, pp. 121–33 [<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>].
- Pólya, George and John Horton Conway, *How to solve it: a new aspect of mathematical method*, Expanded Princeton Science Library ed edition, Princeton [N.J.]: Princeton University Press, 2004.
- Pujati, Suci, 'Pemetaan Masalah dan Penentuan Prioritas Program Kesehatan pada Masyarakat Kelurahan Gerem, Kecamatan Grogol, Kota Cilegon', *HEARTY: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, vol. 6, no. 2, 2018 [<https://doi.org/10.32832/hearty.v6i2.1278>].
- Purwaningsih, Eni, *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan untuk Kesehatan Masyarakat*, CV. Media Sains Indonesia, 2021.
- Reed, Stephen K., 'Problem solving', *Encyclopedia of psychology*, vol. 8, A. E. Kazdin edition, Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press, 2000.
- Rimawati, Eti et al., *Panduan Kuliah Integrasi "Problem Solving"*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dian Nuswantoro Semarang, 2020, [https://repository.dinus.ac.id/docs/ajar/panduan\\_kuliah\\_integrasi\\_problem\\_solving.pdf](https://repository.dinus.ac.id/docs/ajar/panduan_kuliah_integrasi_problem_solving.pdf), accessed 17 Dec 2020.
- Robbins, Stephen P. and Sharon Lund O'Neil, *Supervision Today!*, Prentice Hall, 1995.
- Royse, David Daniel et al., *Program Evaluation: An Introduction*, 4th edition, Belmont USA: Thomson Brooks/Cole, 2006.
- Siagian, Sondang, *Fungsi-Fungsi Manajerial*, Jakarta: Bumi Aksara, 2004.
- Snowdon, David A., Sandra G. Leggat, and Nicholas F. Taylor, 'Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review', *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 1, 2017, p. 786 [<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>].

- Stacey, Ralph D., *Strategic management and organisational dynamics: the challenge of complexity*, 3th edition edition, Harlow, England New York: Pearson, 1999.
- Sumantri, Arif, *Kesehatan Lingkungan - Edisi Revisi*, Prenada Media, 2017.
- Supriyanto, Stefanus and Nyoman Anita Damayanti, *Buku Perencanaan dan Evaluasi*, Surabaya: Airlangga University Press, 2007, <http://repository.unair.ac.id/99063/>, accessed 17 Aug 2021.
- Swerissen, Hal and Beth R. Crisp, 'The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization', *Health Promotion International*, vol. 19, no. 1, 2004, pp. 123–30 [<https://doi.org/10.1093/heapro/dah113>].
- Symond, Denas, 'Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan Dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan Dalam Pelayanan Kesehatan di Suatu Wilayah', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, vol. 7, no. 2, 2013, pp. 94–100 [<https://doi.org/10.24893/jkma.v7i2.115>].
- Tayibnaxis, Farida Yusuf, *Evaluasi program dan instrumen evaluasi untuk program pendidikan dan penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta, 2008.
- Wang, Yingxu and Vincent Chiew, 'On the cognitive process of human problem solving', *Cognitive Systems Research*, vol. 11, no. 1, Netherlands: Elsevier Science, 2010, pp. 81–92 [<https://doi.org/10.1016/j.cogsys.2008.08.003>].
- World Health Organization (WHO), 'Materi Pelatihan Plan of Action. Pelatihan Ketrampilan Manajerial SPMK', Jakarta, [http://www.kmpk.ugm.ac.id/data/SPMCK/9-POA\(revWas%20&%20Feb'03\).doc](http://www.kmpk.ugm.ac.id/data/SPMCK/9-POA(revWas%20&%20Feb'03).doc), accessed 17 Aug 2021.
- , 'The Monitoring and Evaluation (M&E) of the 3 by 5 Initiative', WHO, World Health Organization, 2003, <https://www.who.int/3by5/publications/briefs/monitoring/en/>, accessed 26 Aug 2021.
- , *Training for mid-level managers (MLM): module 4: supportive supervision*, World Health Organization, 2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337056>, accessed 23 Aug 2021.
- Yuniarto, Hari Agung, Annisa Dewi Akbari, and Nur Aini Masrurroh, 'Perbaikan Pada Fishbone Diagram Sebagai Root Cause Analysis Tool', *Jurnal Teknik Industri*, vol. 3, no. 3, 2013 [<https://doi.org/10.25105/jti.v3i3.1565>].
- Yusuf, Yusuf and Anita Trisiana, 'Metode Brainstorming Tertulis: Teknik Curah Pendapat Dengan Memaksimalkan Keterlibatan Semua Peserta Dalam Pengambilan Keputusan', *Adi Widya: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, vol. 3, no. 2, 2019, pp. 108–16 [<https://doi.org/10.33061/awpm.v3i2.3365>].