

EVALUASI KEGIATAN PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN PEMULIHAN DALAM PROGRAM JARING PERLINDUNGAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN DI KOTAMADYA YOGYAKARTA

EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF SUPPLEMENT FEEDING IN SAFETY NET PROGRAMME IMPLEMENTATION IN YOGYAKARTA

Rahmat Alyakin Dakhi¹, Hamam Hadi², and Toto Sudargo²

¹RSUD Buntok, Kalimantan Tengah

²Magister Manajemen Pelayanan Gizi Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

ABSTRACT

Background: This study was an evaluation of a pilot intervention, which adopted the supplement feeding model to minimise the impact of economic crisis on nutritional status of infant and children aged 6 – 23 month in poor families of Yogyakarta, from October 1998 to May 1999. The objectives of this study were to evaluate the implementation of supplementary feeding in health sector-social safety net programme and to determine the effect of program in nutritional status.

Method: This study used longitudinal design. In addition, one group pre-post evaluation design was employed to evaluate the effect of program. The data were primary and secondary utilising qualitative and quantitative approaches. Data were collected using questionnaires, observations, and in-depth interviews, in addition to administering assessed relevant documents. Sampling was conducted using the proportional random sampling method.

Results: The result of this study indicated that not all of the procedures and standards in the guidelines were implemented. There was a mismatch between the budget plan and the budget allocated. This program was perceived to increase workload with insufficient unit cost allocation to support it. The realization of budget was low and delayed. Also, this study found that not all of the supplementary food were consumed by the targeted population. The program coverage was 64,71 percent, the level of public participation was 60,00 percent, the level of targeted for monitored growth was 92,73 percent, the success of the program was 51,37 percent, and the success of weighing was 85,62 percent. The targeted population at the beginning of the program consisted of malnourished status about 21,18 percent. At the end this study, the nutritional status of targeted showed that about 94,90 percent was constant, 2,75 percent was increased and 2,35 percent was decreased. However, this study indicated that there was no difference of the nutritional status of targeted population between pre and post intervention.

Keywords: evaluation, social safety net programme, supplement feeding, nutritional status

PENGANTAR

Krisis moneter yang melanda Indonesia sejak pertengahan tahun 1997 menyebabkan terjadinya penurunan daya beli masyarakat termasuk untuk bahan makanan yang memenuhi standar gizi sementara di lain pihak biaya pelayanan kesehatan termasuk perbaikan gizi masyarakat semakin meningkat. Apabila keadaan ini terus berlanjut,

maka dikhawatirkan akan terjadinya peningkatan jumlah status gizi buruk. Untuk mengatasi dampak krisis tersebut, melalui kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-Pemulihan) dalam program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) diharapkan dapat melindungi kelompok masyarakat khususnya masyarakat miskin dari ancaman menurunnya status gizi.

Jumlah penduduk miskin di Indonesia diperkirakan telah mencapai 79,4 juta orang atau 39,1% dari total penduduk. Angka ini telah mengalami peningkatan lebih dari 350% dibandingkan keadaan sebelum krisis moneter, yaitu pada tahun 1996 (sebelum krisis) jumlah penduduk miskin baru sekitar 22,5 juta orang atau 11,3% dari total penduduk. Demikian juga di kotamadya Yogyakarta pada tahun 1996 terdapat 5.184 Kepala Keluarga (KK) yang tergolong keluarga miskin atau sekitar 5,5%. Pada saat yang sama Balita kekurangan energi kronik sebesar 15,9%. Hal ini mengandung pengertian bahwa apabila jumlah balita diperkirakan sebesar 4% dari jumlah penduduk (471.335 jiwa) maka pada tahun 1996 di kotamadya Yogyakarta terdapat balita KEK sebanyak 2.998 jiwa. Terjadinya krisis moneter menyebabkan jumlah keluarga miskin mengalami peningkatan yang cukup tajam. Pendataan yang dilakukan pada bulan September 1998 menunjukkan bahwa jumlah keluarga miskin telah mencapai 21.541 KK dari 87.873 KK dan telah mengalami kenaikan sekitar 418,43% dibanding keadaan pada tahun 1996.

Banyak ahli mengatakan keterlambatan pertumbuhan anak merupakan salah satu indikator rendahnya kualitas bangsa. Hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Roy dkk¹ di Bangladesh ternyata status gizi buruk merupakan resiko utama penyebab kematian bayi dan anak. Terjadinya krisis moneter di Indonesia menurut Hamam², mempengaruhi konsumsi makanan sehingga menimbulkan dampak negatif terhadap status gizi masyarakat.

Melakukan evaluasi terhadap program PMT-Pemulihan merupakan salah satu kegiatan manajerial yang sangat strategis dan mutlak dilakukan. Hidayat³ mengemukakan, evaluasi program merupakan kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan untuk menilai apakah suatu program telah atau dapat dilaksanakan sesuai rencana serta mengidentifikasi masalah-masalah yang mempengaruhi keberhasilan program tersebut. Ada beberapa hal yang perlu dievaluasi dalam

kegiatan PMT-Pemulihan, antara lain: kegiatan manajerial, kesesuaian pelaksanaan dengan acuan yang telah ditetapkan, keberhasilan program dan dampak program terhadap status gizi bayi dan anak baduta dari keluarga miskin.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini termasuk jenis penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Penelitian dilakukan dengan menggunakan rancangan penelitian longitudinal dan khusus untuk mengetahui dampak program digunakan rancangan evaluasi *one group pre-post test*. Penelitian dilakukan di Kotamadya Yogyakarta sejak Oktober 1998 sampai Mei 1999. Populasi penelitian adalah seluruh keluarga miskin di Kotamadia Yogyakarta dengan unit analisis bayi dan anak baduta. Subyek penelitian adalah Tim Koordinasi Kabupaten (TKK), anggota keluarga miskin, Puskesmas, Bidan, Petugas Gizi Puskesmas, dan Ibu Asuh serta Kader Posyandu. Pengumpulan data dilakukan melalui : observasi, kuesioner, penimbangan Berat Badan (BB) sasaran, wawancara mendalam, dokumen-dokumen tertulis, dan laporan-laporan yang ada serta KMS sasaran.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Menurut Shortell dan Richardson⁴, untuk mengevaluasi suatu program kesehatan dapat dilakukan mulai dari masukan, proses, dan hasil keluaran, serta umpan balik. Hal ini mengandung pengertian bahwa evaluasi program kesehatan termasuk kegiatan PMT-Pemulihan dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem. Hal senada juga dikemukakan oleh Donabedian⁵, bahwa karakteristik pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan dalam 3 kategori, yaitu: struktur/ *input*, proses, dan hasil keluaran.

Hasil penelitian yang dilakukan di Kotamadia Yogyakarta diperoleh jumlah keluarga miskin di Kotamadia Yogyakarta pada pendataan yang dilakukan pada September 1998 sebanyak 21.541 KK. Selanjutnya pada pemutakhiran data yang

dilakukan pada Desember 1998 dan Maret 1999, jumlah ini mengalami kenaikan yaitu pada Desember 1998 naik sebesar 17,47% dibandingkan pada September 1998. Pendataan pada Maret 1999 naik sebesar 4,24% dibandingkan hasil pendataan bulan Desember 1998. Data terperinci mengenai jumlah keluarga miskin se-Kotamadia Yogyakarta dapat dilihat pada Tabel 1.

1999 cakupan distribusi KS sebagaimana pada Tabel 2 baru mencapai 72,09%. Hal ini berarti bahwa tidak semua keluarga miskin yang ada di Kotamadia Yogyakarta memiliki KS. Apabila keadaan ini terus berlanjut, ada kemungkinan sasaran yang berhak menerima pelayanan kesehatan melalui bantuan dana dari program JPS-BK tidak mendapatkannya karena pada saat membutuhkan

Tabel 1: Perkembangan Jumlah Keluarga Miskin di Kotamadia Yogyakarta Periode September 1998 s/d Maret 1999

NO.	KECAMATAN	PERKIRAAN BAPPENAS (KK)	SEP '98 (KK)	DES '98 (KK)	MAR '99 (KK)
1.	Tegalrejo	1.877	2.021	3.037	1.877
2.	Jetis	1.691	1.691	3.254	3.254
3.	Gedongtengen	1.804	1.790	1.406	1.480
4.	Gondomanan	1.889	1.877	1.879	1.879
5.	Gondokusuman	2.234	2.231	1.692	2.159
6.	Kraton	1.707	1.574	1.233	1.628
7.	Ngampilan	920	898	1.128	1.128
8.	Danurejan	1.121	1.183	1.150	1.533
9.	Pakualaman	674	780	652	674
10.	Mantrijeron	1.272	1.688	4.001	4.001
11.	Wirobrajan	1.274	1.218	1.511	1.511
12.	Mergangsan	1.221	1.260	1.335	1.335
13.	Kotagede	1.155	1.147	741	1.156
14.	Umbulharjo	1.559	2.183	2.286	2.764
	TOTAL	20.398	21.541	25.305	26.379

Sumber: Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta

Setiap keluarga miskin yang terdata diberikan Kartu Sehat (KS) sebagai bukti diri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dalam program JPS-BK termasuk PMT-Pemulihan. Sampai Maret

pelayanan tidak dapat menunjukkan KS sebagai bukti diri atau dengan kata lain adanya kemungkinan dana program JPS-BK tidak mencapai sasaran.

Tabel 2: Cakupan Distribusi Kartu Sehat (KS) terhadap Keluarga Miskin di Kotamadia Yogyakarta periode September 1998 s/d Maret 1999

NO	KECAMATAN	CAKUPAN S/D SEP'98 (%)	CAKUPAN S/D DES '98 (%)	CAKUPAN S/D MAR'99 (%)
1.	Gondokusuman	57,82	96,39	100,00
2.	Mantrijeron	44,19	51,69	52,31
3.	Kotagede	51,61	100,00	95,33
	Rata-rata	51,88	69,01	73,18
	Se-Kotamadia	13,59	40,13	72,09

Sumber: Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta

Dari hasil pendataan keluarga miskin juga diperoleh jumlah sasaran PMT-Pemulihan khususnya bayi dan anak baduta. Sasaran PMT-Pemulihan secara berturut-turut adalah sebagai berikut: periode September 1998 – Desember 1998 sebanyak 1.607 jiwa, periode Desember 1998 – Maret 1999 sebanyak 2.908 jiwa dan periode April 1999 – Juni 1999 sebanyak 2.551 jiwa. Perincian lebih lanjut sebagaimana pada Tabel 3.

Perbedaan rumus ini menyebabkan rencana kebutuhan dana yang diajukan tidak sama dengan rencana alokasi dana setelah ditetapkan. Hasil penelitian ini menemukan jumlah dana yang ditetapkan jauh lebih rendah yaitu hanya mencapai 49,48% dari jumlah dana yang direncanakan. Selain itu penyebab lainnya adalah telah ditetapkannya alokasi dana PMT-Pemulihan untuk Kotamadia Yogyakarta dari Depkes (pusat) sebelum kegiatan

Tabel 3: Perkembangan Jumlah Sasaran PMT-Pemulihan menurut Puskesmas Pelaksana di Kotamadia Yogyakarta Periode September 1998 s/d Maret 1999

NO.	PUSKESMAS	PERKIRAAN BAPPENAS (org)	SEP '98 (org)	DES '98 (org)	MAR '99 (org)
1.	Gondokusuman I	206	126	151	155
2.	Gondokusuman II	132	46	60	60
3.	Mantrijeron	192	123	123	698
4.	Kotagede I	107	89	100	102
5.	Kotagede II	68	48	47	54
	TOTAL	705	432	481	1.069
	SE-KOTAMADIA	3.087	1.607	2.908	2.551

Sumber: Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta

Pembuatan rencana kerja dan rencana biaya dilakukan oleh masing-masing bidan Puskesmas (karena di Kotamadia Yogyakarta tidak ada Bidan di desa) sebagai penanggung jawab program PMT-Pemulihan untuk setiap keluarahan bersama-sama dengan petugas gizi Puskesmas. Pembuatan rencana ini disusun dengan mempergunakan format yang sudah ditetapkan pada petunjuk teknis penyelenggaraan PMT-Pemulihan setiap tiga bulan sekali untuk kegiatan selama tiga bulanan dengan rumus perencanaan kebutuhan dana PMT-Pemulihan: jumlah sasaran x 90 hari x Rp. 750,-. Di lain pihak penetapan alokasi dana dilakukan oleh TKK dengan rumus sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah sasaran di wilayah Kerja Puskesmas}}{\text{Jumlah sasaran di Kotamadia Yogyakarta}} \times \text{alokasi dana dari Pusat untuk paket PMT-Pemulihan}$$

perencanaan kebutuhan dan penatapan alokasi dana dilakukan. Hal ini semakin diperparah oleh rendahnya realisasi dana yang tertera di rekening Kepala Puskesmas untuk PMT-Pemulihan yaitu hanya mencapai 34,82% dari kebutuhan. Akibatnya cakupan program hanya mencapai 37,32% dengan lama pemberian antara 70 – 90 hari. Keadaan ini menyebabkan keluarga sasaran yang telah didaftar tetapi tidak menerima PMT-Pemulihan, merasa diabaikan bahkan timbul kecurigaan telah terjadi penyalahgunaan dana oleh petugas.

Cara penetapan alokasi dana yang menggunakan proporsi jumlah sasaran per Puskesmas pada kenyataannya memberikan insentif bagi petugas pendataan sasaran untuk menaikkan jumlah sasaran sebanyak-banyaknya dengan harapan jumlah dana yang akan dialokasikan menjadi lebih besar. Hal ini dapat saja terjadi karena selain motivasi tersebut juga karena untuk

melakukan pendataan sasaran tidak tersedia dana transportasi. Untuk itu perlu dipertimbangkan disediakannya dana transportasi dan insentif bagi petugas yang terlibat dalam penyelenggaraan program ini secara proporsional. Penambahan beban kerja tanpa dibarengi dengan *reward* yang sesuai akan mengurangi keberhasilan produktivitas kerja. Di samping itu, keadaan ini justru bisa menjadi pemicu petugas untuk menyalahgunakan dana program PMT-Pemulihan. Penetapan alokasi dana sebaiknya dilakukan setelah data dikumpulkan dan usulan kebutuhan dana diajukan ke TTK kemudian TTK menyampaikan usulan tersebut secara kumulatif ke tingkat pusat. Setelah data ini sampai di tingkat pusat barulah alokasi dana tersebut ditetapkan.

Penelitian ini juga menemukan bahwa sejak April 1999 sampai berakhirnya penelitian ini dilakukan, kegiatan PMT-Pemulihan di Kotamadya Yogyakarta telah berhenti sambil menunggu kucuran dana berikutnya. Untuk itu pengucuran dana dari pusat seharusnya tepat waktu dan dilakukan setiap tiga bulan sekali sehingga diharapkan program PMT-Pemulihan dapat dilakukan secara terus menerus. Selain itu ditemukan juga kegiatan PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta baru efektif dilaksanakan pada bulan Januari 1999 yang seyogianya sudah dilaksanakan sejak Oktober 1998. Tertundanya pelaksanaan kegiatan ini akibat keterlambatan pengucuran dana dari pusat. Selain itu petugas Puskesmas terutama Kepala Puskesmas dan petugas gizi serta bidan tidak biasa berinisiatif, karenanya mereka pada umumnya ragu-ragu untuk bertindak dan takut salah ketika mereka diberi keleluasaan untuk mengelola dana. Kegiatan dikoordinir oleh tenaga gizi Puskesmas dan penentuan jenis makanannya disepakati bersama dengan kader Posyandu dan Ibu Asuh.

Penyaluran dana dilakukan oleh Bidan penanggung jawab kepada Ibu Asuh sebagai pelaksana lapangan secara langsung pemberian makanan tambahan untuk keperluan 10 (sepuluh) hari. Bersamaan dengan itu petugas gizi dan Ibu Asuh menyusun menu makanan sepuluh-harian.

Berdasarkan menu makanan yang telah disusun inilah Ibu Asuh membelanjakan uang yang diterimanya dan memasaknya, kemudian dibagi-bagikan kepada sasaran setiap hari dengan frekuensi untuk satu kali makan. Pertanggungjawaban dana dilakukan melalui penyediaan dan pemakaian Buku Kas Umum (BKU) yang meliputi meliputi: waktu, jenis penerimaan dan pengeluaran, serta jumlah biaya. Setiap ada transaksi keuangan baik berupa penerimaan maupun pengeluaran dicatat dan disertai bukti seperti: kuitansi, bon, dan bukti-bukti transaksi lainnya.

Tempat memasak tidak selamanya di tempat Ibu Asuh. Di Kelurahan Terban misalnya yang memiliki sasaran 15 orang anak, tempat memasak dilakukan di tempat sasaran secara bergiliran. Bentuk makanan yang diberikan kepada sasaran seluruhnya dalam bentuk masakan matang. Pada tahap awal untuk mengatasi sulitnya mencari penyalur makanan tambahan tersebut pernah diusulkan agar makanan tambahan yang diberikan sebaiknya dalam bentuk *blended food* saja, namun tidak disetujui oleh TTK dengan alasan dana tersebut dapat membantu perputaran ekonomi masyarakat setempat.

Selama kegiatan berlangsung masalah-masalah yang dihadapi antara lain: tempat tinggal sasaran yang terpencar-pencar, sulitnya memperoleh bahan mentah untuk makanan tambahan dengan dana sebesar Rp. 750 / hari sasaran. Diusulkan pula agar *unit cost* ini perlu ditinjau kembali. Masalah lain adalah tidak disediakannya insentif bagi Ibu Asuh. Demikian juga kurangnya pemasaran sosial yang dilakukan adanya persepsi bahwa makanan tambahan merupakan makanan pokok, dan sebaiknya kegiatan ini perlu disertai dengan pendidikan dan penyuluhan gizi. Menurut Habicht dan Bultz, intervensi pendidikan dan penyuluhan gizi dapat meningkatkan *intake* nutrisi anak dalam keluarga.⁶

Ditemukan juga adanya makanan tambahan setelah sampai di rumah tidak seluruhnya sampai di mulut sasaran tetapi juga diberikan kepada kakak-kakaknya yang masih tergolong Balita namun bukan termasuk sasaran karena tidak

termasuk sebagai anak baduta lagi. Untuk itu perlu dipikirkan kembali sasaran program ini agar tidak hanya kelompok bayi dan anak baduta saja melainkan sampai pada kelompok yang tergolong usia Balita. Selain alasan tersebut di atas penelitian yang pernah dilakukan oleh Aryastami dkk status gizi Balita KEP pada kelompok umur 36-59 bulan lebih tinggi bila dibandingkan pada kelompok umur di bawahnya.⁷ Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh faktor umur dan aktivitas anak yang lebih banyak dan kurang diimbangi oleh konsumsi makanan serta faktor perhatian orang tua yang mulai berkurang, terutama bila anak tersebut memiliki adek baru. Demikian juga hasil penelitian yang dilakukan oleh Supriyono bahwa dalam perbandingan kelompok umur, Balita dalam kelompok umur 13-36 bulan mempunyai peluang lebih besar berstatus gizi buruk dibandingkan pada usia sebelumnya. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa Balita dengan status KEP mengalami kenaikan tertinggi pada kelompok umur 37-60 bulan.⁸

Untuk pelaksanaan pemantauan, pencatatan dan pelaporan kegiatan merupakan bagian dari pelaksanaan kegiatan itu sendiri. Pencatatan dan pelaporan dilakukan dengan mengisi register yang telah ditetapkan pada Petunjuk Teknis. Hal yang sama juga dilakukan untuk memantau pelaksanaannya, yaitu ketepatan sasaran, cara pengolahan, pengisian register, cara penyimpanan, jenis makanan tambahan, dan besar porsi untuk mengetahui kesesuaian antara rencana dan pelaksanaan. Mekanisme pemantauan dilakukan oleh Kepala Puskesmas, tenaga gizi Puskesmas, dan bidan penanggung jawab secara periodik terhadap Ibu Asuh dengan pelaksanaan sesuai dengan pada Petunjuk Teknis yang sudah ditetapkan.

Apabila pemantauan lebih menekankan pada masukan dan proses maka evaluasi lebih

menekankan pada hasil dan dampak. Evaluasi dilakukan secara berjenjang mulai dari Ibu Asuh, Bidan penanggung jawab, tenaga gizi Puskesmas, Kepala Puskesmas dan TKK. Mekanisme evaluasi dilaksanakan melalui analisa terhadap data-data yang terdapat pada register isian, analisa hasil pemantauan, dan pembahasan dalam rapat yang dilakukan secara berkala. Untuk tingkat kelurahan evaluasi dilaksanakan setiap sepuluh hari sekali sedangkan tingkat Puskesmas dan TKK dilakukan setiap bulan. Hasil evaluasi diumpunbalikkan kepada pihak-pihak yang terlibat dan berkepentingan untuk perbaikan pelaksanaan pada tahap berikutnya.

Menurut Supriyono⁸ untuk menilai *output* dan *outcome* suatu program intervensi gizi dengan rumus S-K-D-N, yaitu: jumlah balita (S) yang memiliki KMS (K), dan ditimbang setiap bulannya (D), serta setiap penimbangan mengalami kenaikan (N). Berdasarkan rumus ini maka indikator-indikator keberhasilan program gizi adalah: cakupan pelayanan program (K/S), tingkat partisipasi masyarakat (D/S), kelangsungan penimbangan (D/K), keberhasilan program (N/S) dan keberhasilan penimbangan (N/D). Dalam penelitian ini, *output* dan *outcome* program PMT-Pemulihan mempergunakan rumus S-K-D-N dengan analogi: jumlah bayi dan anak berumur di bawah dua tahun dari keluarga miskin (S), yang menerima PMT-Pemulihan (K), dan ditimbang setiap bulan (D) dengan hasil BB mengalami kenaikan (N).

Selanjutnya penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan kegiatan PMT-Pemulihan di Yogyakarta sebagai suatu program intervensi gizi sebagaimana pada Tabel 4 termasuk kategori sedang⁹.

Tabel 4: Tingkat Keberhasilan Program PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta sampai bulan Mei 1999.

NO	INDIKATOR KEBERHASILAN	KISARAN PENCAPAIAN (%)	RATA-RATA PENCAPAIAN (%)	KATEGORI KEBERHASILAN
1.	Cakupan program	30,95 - 100,00	64,71	SEDANG
2.	Tingkat partisipasi masyarakat	30,95 - 100,00	60,00	SEDANG
3.	Kelangsungan penimbangan	73,33 - 100,00	92,73	BAIK
4.	Keberhasilan program	23,81 - 92,86	51,37	KURANG
5.	Keberhasilan penimbangan	72,73 - 95,24	85,62	BAIK
	TOTAL		70,89	SEDANG

Cakupan program adalah proporsi sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dari seluruh sasaran yang ada. Pada Tabel 4, cakupan program hanya mencapai 64,71%. Dibandingkan dengan indikator keberhasilan yang dipersyaratkan Depkes¹⁰ yaitu seharusnya mencapai 100%, angka pencapaian cakupan program ini masih jauh dari yang diharapkan. Hal ini patut menjadi pertimbangan dalam upaya meningkatkan cakupan program PMT-Pemulihan terhadap sasaran karena angka tersebut masih mencerminkan bahwa ada sekitar 35,29% lagi sasaran yang belum menerima PMT-Pemulihan. Demikian juga apabila angka ini dihubungkan dengan indikator keberhasilan PMT-Pemulihan sebagai suatu program intervensi gizi, cakupan program ini termasuk kategori jelek⁹.

Tingkat partisipasi adalah proporsi sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulannya terhadap jumlah seluruh sasaran. Tingkat kehadiran sasaran di Posyandu atau partisipasi masyarakat sebesar 60,00%. Hal ini patut mendapat perhatian karena begitu pentingnya kehadiran sasaran ke Posyandu setiap bulannya untuk ditimbang. Apabila sasaran tidak ditimbang setiap bulannya berarti perubahan Berat Badan (BB)-nya tidak diketahui. Selain itu Posyandu dapat menjadi forum komunikasi tempat para ibu berkumpul bersama dalam suasana yang sesuai dengan adat dan budaya setempat. Mereka berbagi pengalaman tentang perawatan anak termasuk

bagaimana memilih dan menyiapkan makanan yang bergizi dan dapat diterima oleh anak-anaknya. Frekuensi kehadiran Balita di Posyandu juga berhubungan dengan status gizi Balita. Menurut hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Aryastami dkk⁷, ternyata bahwa pada kelompok umur Balita proporsi anak dengan status gizi KEP lebih tinggi pada anak yang tidak pernah dibawa ke Posyandu. Dapat diasumsikan bahwa keluarga yang membawa anaknya ke Posyandu setidaknya mengerti tentang pentingnya penimbangan anak setiap bulan dan *monitoring* terhadap status gizi dilakukan.

Kelangsungan penimbangan adalah proporsi jumlah sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulannya terhadap jumlah sasaran yang menerima PMT-Pemulihan. Tingkat kelangsungan penimbangan di Kotamadia Yogyakarta termasuk kategori baik⁹ yaitu mencapai 92,73%. Angka ini menunjukkan tingginya partisipasi masyarakat dalam kewaspadaan dini gizi sebagaimana yang diutarakan Esterick¹¹ bahwa apabila seorang ibu mengetahui bahwa anaknya tergolong status gizi rendah maka ia akan cenderung merubah perilaku makanan keluarga dan lebih memperbesar perhatian dan alokasi pendapatan keluarga bagi kebutuhan anak-anaknya. Pendapat senada juga pernah dikemukakan oleh Winarno¹² bahwa melakukan penimbangan BB bayi dan anak balita secara teratur merupakan langkah yang tepat

dalam rangka kewaspadaan terhadap perubahan status gizi.

Keberhasilan program adalah proporsi jumlah sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulan dengan hasil mengalami kenaikan BB terhadap jumlah seluruh sasaran yang ada. Apabila pencapaian angka cakupan program rendah maka akan keberhasilan program tentu saja juga rendah. Tabel 4 menunjukkan bahwa keberhasilan program PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta hanya mencapai 51,37% atau termasuk kategori kurang⁹.

Keberhasilan penimbangan adalah proporsi seluruh sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulan dengan hasil mengalami kenaikan BB terhadap jumlah sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulannya. Keberhasilan penimbangan di Kotamadia Yogyakarta sebesar 85,62%. Apabila dikaitkan dengan indikator keberhasilan sebagaimana yang dipersyaratkan Depkes¹⁰, yaitu minimal 80% sasaran yang menerima PMT-Pemulihan BB-nya

naik, angka ini menunjukkan keberhasilan yang memenuhi syarat.

Untuk mengetahui dampak program dapat dilaksanakan dengan berbagai metode antara lain pengukuran antropometri seperti yang dikemukakan oleh Simanjuntak¹³ yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U). Dengan metode ini status gizi balita ditentukan dengan menggunakan indeks dan baku rujukan WHO-NCHS¹⁴. Baku rujukan ini menetapkan 4 kategori status gizi, yaitu: (1) KEP Berat: < 70% terhadap baku median, (2) KEP Ringan: 70% - 79,9% terhadap baku median, (3) Status Gizi Baik: 80% - 110% terhadap baku median, dan (4) Status Gizi Lebih: > 110% terhadap baku median.

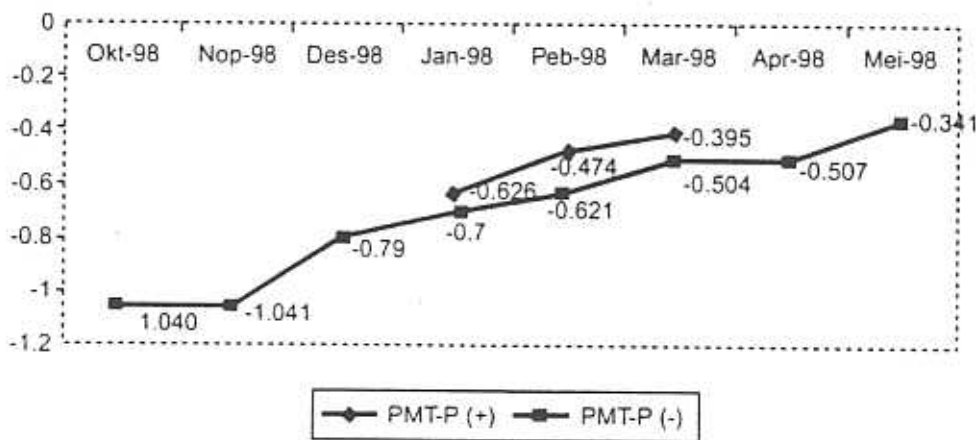
Keadaan status gizi sasaran pada awal program 54 jiwa (21,18%) berstatus gizi KEP sedangkan sisanya tergolong berstatus gizi baik atau lebih. Setelah program dilaksanakan ternyata proporsi sasaran dengan status gizi KEP ini mengalami penurunan menjadi 52 jiwa (20,39%). Data terperinci sebagaimana pada Tabel 5.

Tabel 5 : Status Gizi Sasaran Sebelum dan Sesudah Program PMT-Pemulihan

NO.	KELURAHAN	JUMLAH SASARAN (org)	SEBELUM PROGRAM (org)		SESUDAH PROGRAM (org)	
			NON KEP	KEP	NON KEP	KEP
1.	Klitren	42	38	4	37	5
2.	Demangan	32	28	4	29	3
3.	Terban	27	23	4	22	5
4.	Suryodiningratan	17	11	6	11	6
5.	Gedongkiwo	42	27	15	25	17
6.	Mantrijeron	14	7	7	9	5
7.	Prenggan	35	29	6	31	4
8.	Purbayan	18	14	4	14	4
9.	Rejowinangun	28	24	4	25	6
	TOTAL	255	201	54	203	52

Hasil pengujian statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara status gizi sasaran sebelum dan sesudah program dilaksanakan ($F \text{ prob.} = 0.29$, $p > 0.05$ dan $r = 0.99$). Dari hasil ini dapat disimpulkan bahwa status gizi sasaran setelah program dilaksanakan tidak lebih baik dibandingkan dengan status gizi sasaran sebelumnya. Hasil ini bisa saja terjadi karena selain sebagian besar status gizi sasaran sebelum program sudah termasuk kategori baik (salah sasaran), juga

Dari Gambar 1 menunjukkan bahwa rata-rata BB sasaran pada awal kegiatan PMT-Pemulihan sudah tergolong baik. Selama kegiatan PMT-Pemulihan dilaksanakan (Januari - Maret 1999) nilai rata-rata *Weight Age* terhadap *Z-Score* (WAZ) kelompok sasaran penerima PMT-Pemulihan lebih tinggi dibandingkan dengan nilai rata-rata *Weight Age* terhadap *Z-Score* (WAZ) kelompok sasaran yang tidak menerimanya. Walaupun demikian perbedaan itu sebenarnya tidaklah bermakna, baik



Gambar 1: Grafik Rerata *Weight Age for Z-score* (WAZ) Sasaran PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta

karena program PMT-Pemulihan itu sendiri baru berjalan selama 3 bulan (70 - 90 hari). Penyebab lain adalah rendahnya anggaran yang dialokasikan untuk PMT-Pemulihan terutama *unit cost* yang hanya sebesar Rp. 750 / hari / orang.

Kesimpulan ini juga dapat dilihat pada Gambar 1 tentang nilai rata-rata *Weight Age* terhadap *Z-Score* (WAZ) antara kelompok sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dengan yang tidak menerimanya.

pada Januari ($p=0.65$; $p > 0.05$), Pebruari ($p=0.36$; $p > 0.05$), maupun pada Maret ($p=0.48$; $p > 0.05$). Hal ini mengandung pengertian bahwa tidak ada perbedaan kenaikan BB sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dengan yang tidak menerimanya untuk setiap bulan selama kegiatan.

Dampak program juga dapat diketahui dari pengaruh penerimaan PMT-Pemulihan terhadap perubahan status gizi sasaran (Tabel 6).

Tabel 6 : Hubungan antara Penerimaan PMT-Pemulihan dengan Perubahan Status Gizi

	MENERIMA PMT-P (org)	TIDAK MENERIMA PMT-P (org)	TOTAL SASARAN (org)
STATUS GIZI TETAP	155	87	242
STATUS GIZI NAIK	5	2	7
STATUS GIZI	5	1	6
TOTAL	165	90	255

Berdasarkan hasil pengujian statistik ($p = 0,58$; $p > 0,05$) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara status gizi kelompok sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dibandingkan dengan status gizi sasaran yang tidak menerima. Hal ini berarti bahwa status gizi sasaran yang menerima PMT-Pemulihan tidak lebih baik dibandingkan dengan status gizi sasaran yang tidak menerima PMT-Pemulihan atau dengan kata lain tidak ada pengaruh PMT-Pemulihan terhadap status gizi sasaran.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan kegiatan PMT-Pemulihan di Kotamadya Yogyakarta secara umum belum dapat dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis yang ada. Adapun masalah-masalah yang ditemukan antara lain: ketidaksesuaian cara perencanaan kebutuhan dana dengan cara penetapan alokasi dana. Demikian juga dengan tidak disediakannya uang transportasi dan insentif bagi petugas menimbulkan persepsi bahwa program PMT-Pemulihan hanyalah berupa penambahan beban kerja saja. *Unit cost* untuk setiap sasaran yang telah ditetapkan sebesar Rp.750/hari dirasakan masih belum mencukupi.

Keberhasilan program PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta secara keseluruhan rata-rata mencapai 70,89% dengan rincian sebagai berikut: (a) cakupan program sebesar 64,71%, (b) tingkat

partisipasi masyarakat mencapai 60,00%, (c) kelangsungan penimbangan mencapai 92,73%, (d) keberhasilan program mencapai 51,37%, dan (e) keberhasilan penimbangan mencapai 85,62%.

Dampak program PMT-Pemulihan terhadap status gizi bayi dan anak baduta di Kotamadia Yogyakarta belum ada. Hal ini disebabkan, antara lain: sasaran PMT-Pemulihan yang tidak tepat, keterlambatan realisasi dana sehingga pelaksanaan kegiatan sempat tertunda, rendahnya realisasi dana, *unit cost* yang tidak mencukupi, dan tidak seluruh sasaran menerima PMT-Pemulihan. Rata-rata WAZ sasaran menunjukkan bahwa tidak adanya perbedaan rata-rata *Weight Age* terhadap *Z-score* (WAZ) sasaran penerima PMT-Pemulihan dengan yang tidak menerimanya untuk setiap bulan selama kegiatan berlangsung dan tidak ada perbedaan status gizi sasaran penerima PMT-Pemulihan dengan yang tidak menerimanya. Sehingga status gizi sasaran setelah PMT-Pemulihan dilaksanakan tidak lebih baik dibandingkan dengan sebelumnya.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka diperlukan penyesuaian cara perencanaan kebutuhan dana sebagaimana ditetapkan pada Petunjuk Teknis dengan cara penetapan alokasi dana sebagaimana yang ditetapkan dalam Pedoman Pelaksanaan. Sebaiknya cara penetapan alokasi dana oleh TTK direvisi menjadi sama dengan cara perencanaan kebutuhan dana oleh Puskesmas sehingga merupakan kebutuhan kumulatif dari seluruh Puskesmas se-kotamadia. Sejalan dengan

itu alokasi dana dari pusat dilakukan berdasarkan usulan dari TKK. Selain itu perlunya penyediaan uang transportasi dan insentif untuk meningkatkan kinerja petugas di lapangan sehingga tidak menimbulkan kesan bahkan program PMT-Pemulihan hanya menambah beban kerja. Hal lain adalah perlunya ditinjau kembali *unit cost* yang hanya Rp. 750/sasaran/hari agar lebih rasional dan efektif sesuai dengan standar nilai gizi makanan tambahan pemulihan dan kegiatan PMT-Pemulihan perlu disertai dengan pendidikan dan penyuluhan gizi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku keluarga miskin terhadap nilai-nilai gizi yang baik. Demikian juga sasaran PMT-Pemulihan agar tidak hanya berdasarkan pada kriteria bayi (6-11 bulan) dan anak baduta (12-23 bulan) dari keluarga miskin, tetapi juga akan lebih berdayaguna dan berhasilguna apabila sasaran PMT-Pemulihan adalah seluruh bayi (6-11 bulan) dan anak balita (12-59 bulan) dari keluarga miskin yang menderita KEP.

KEPUSTAKAAN

1. Roy, S.K., Akma, R., Rahman, M.M., Excess Mortality among Children Discharge From Hospital after Treatment for Diarrhoea in Rural Bangladesh, *British Medical Journal*, 1983; 287:1097-1099.
2. Hamam H, Impact of Economic Crisis on Maternal and Child Nutrition, disampaikan pada semiloka "Krisis ekonomi dan kiat penanggulangan masalah kesehatan masyarakat", dalam rangka Dies Natalis ke-53 Fakultas Kedokteran - UGM, Yogyakarta, 1999
3. Hidayat H., 1990, Manajemen Rumah Sakit, No.4 tahun 1, hal.:31-34, Percetakan Thania, Jakarta
4. Shortell, S.M., and Richardson, W.C., Health program evaluation, Mosby Company, Saint Louis, Washington, 1978
5. Donabedian, A., Aspects of Medical Administration: Specifying Requirements for Health Care, Cambridge, Harvard University Press, 1979.
6. Habicht, J.P., and Butz, W.P., Measurement of Health and Nutrition Effect of Large Scale Nutrition Intervention Projects, Cornell International Nutrition Monograph Series, No. 15, 1985
7. Aryastami, K., Suwandono, A., Atmarita, Analisis Keadaan Gizi Balita terhadap Beberapa Faktor yang Mempengaruhinya, *Majalah Kesehatan Masyarakat*, Departemen Kesehatan, RI, Jakarta, 1994.
8. Supriyono, Pengamatan Tingkat Pencapaian Program dan Status Gizi Balita berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Lamongan, *Majalah Kesehatan*, 1996; 147: 49-53.
9. Departemen Kesehatan RI, Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan, PT-03 dan PT-04, Depkes RI, Jakarta, 1998.
10. Departemen Kesehatan RI, Pedoman Pemantauan Status Gizi Melalui Posyandu, Depkes RI, Jakarta, 1996.
11. Esterick V.P., Intra Family Food Distribution, Its Relevance for Maternal and Child Nutrition, Cornell Nutritional Surveillance Programme, Working Paper, 31, 111, Cornell University, Ithaca, New York, 1985
12. Winarno, Gizi dan Makanan bagi Bayi dan Anak Sapihan, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1987.
13. Simanjuntak, D., Tumbuh Kembang Anak dan Pengaruh Faktor Gizi, USU Press, Medan, 1995.
14. Biro Pusat Statistik, Status Gizi Balita Menurut Baku Harvard dan WHO-NCHS, BPS, Jakarta, 1986.

ANALISIS PERENCANAAN KESEHATAN OLEH LEMBAGA- LEMBAGA PERENCANA KESEHATAN DAERAH (BAPPEDA TINGKAT II DAN DINAS KESEHATAN TINGKAT II) DI DAERAH TINGKAT II PROPINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

*HEALTH PLANNING ANALYSIS OF DISTRICT HEALTH PLANNING INSTITUTIONS
(BOARD OF DISTRICT PLANNING AND DISTRICT HEALTH OFFICE)
AT YOGYAKARTA SPECIAL TERRITORY PROVINCE*

Andung Prihadi Santosa¹, Laksono Trisnantoro²

¹Dinas Kesehatan Propinsi DIY

² Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM

ABSTRACT

Background: Board of District Planning/BDP (Bappeda Dati II) and District Health Office/DHO (Dinas Kesehatan Dati II) are two health planning institutions at district level within Yogyakarta Special Territory. Current situation showed that these institutions are lacking capacity. This can be seen from the total health budget of the year 1998/99 at district level, which is dominated by central share (40% - 76%). Additionally, there is inappropriate share of proportion between the total district budget (APBD II) compared to the total district health budget (APBD II Kesehatan). District Health Budget (APBD II Kesehatan) in average only receives less than 3% of the total district budget (total APBD II). The purpose of this study was to analyze the existing capacity of health planning institutions, which would be categorized as internal and external capacity, and eventually propose recommendations, which match with the problem arised, particularly in the light of the approaching district autonomy in 2001.

Method: This study is an exploratory descriptive analysis, which uses qualitative method such as in-depth interview, structured observation and Focus Group Discussion. The subjects of the study included government employees at Bappeda Dati II (BDP) and Dinas Kesehatan Dati II (DHO) from Kulonprogo District and Yogyakarta Municipal, who were influential in developing health plans at district/municipal level.

Results: The internal capacity of health planning institutions in Kulonprogo and Yogyakarta Municipality was not adequate to perform a comprehensive health planning of an acceptable quality at district level. Some issues were raised, such as incoordination with related sectors, and the planning steps were not implemented in a logical sequence. This study also showed that external capacity of health planning institutions in Kulonprogo District and Yogyakarta Municipality was weak. The problem manifests due to lack of ability of Bappeda Dati II in their efforts to develop an appropriate district budget to support the defined Priority Scale List in health sector.

Conclusion: The result of this study indicates that during this period of anticipation for district autonomy, Bappeda Dati II and Dinas Kesehatan Dati II in Kulonprogo District and Yogyakarta District are insufficient for supporting decentralization.

Keywords: District Health Planning, Institutional Capacity, District Autonomy

PENGANTAR

Pada dekade milenium ketiga, kemampuan untuk mengaplikasikan fungsi-fungsi manajemen yang selaras dengan perkembangan global menjadi syarat standar kemampuan manajerial seorang pemimpin atau pemegang keputusan di berbagai institusi pemerintah maupun swasta. Salah satu fungsi manajemen yang krusial untuk keberhasilan suatu program adalah pada aspek perencanaan. Mintzberg menekankan bahwa perencanaan menjadi penting dilingkungan yang mempunyai keterbatasan sumberdaya, lingkungan yang berubah dinamis serta kompetisi yang semakin ketat.¹

Di lingkungan kesehatan, perencanaan kesehatan mempunyai peranan yang besar dalam mengolah sumber daya kesehatan yang memang terbatas untuk dapat dimanfaatkan seefisien mungkin dalam mendukung prioritas bidang kesehatan. Di Indonesia dengan spektrum permasalahan bidang kesehatan yang sedemikian luas mencakup penanganan penyakit infeksi dan non infeksi, anggaran nasional kesehatan rata-rata setiap tahunnya hanya bergerak di kisaran 3- 3,5% dari total anggaran nasional (APBN). Fenomena ini mengharuskan aparat manajerial kesehatan baik di pusat maupun daerah harus semakin fokus (tajam) dalam penetapan prioritas program dan efisiensi sumber dananya, dua hal yang menjadi esensi suatu perencanaan yang baik.

Selain itu, perencanaan pembangunan kesehatan bukanlah suatu proses aktivitas yang dapat berdiri sendiri. Keterkaitan dengan berbagai faktor internal dan eksternal sangat kuat. Menurut Mills dkk., kesehatan bersifat *continuum*, sehingga perencanaan pembangunan kesehatan di daerah (Dati II) harus dilaksanakan secara komprehensif dan terpadu, agar dapat dicapai titik temu antara aspirasi dan kebutuhan daerah yang mendesak, dengan kebijakan dan strategi pembangunan Nasional.²

Propinsi D.I. Yogyakarta mempunyai berbagai atribut yang spesifik, termasuk dalam bidang kesehatan. Dengan luas wilayah 3185,75 Km. secara administratif mempunyai struktur pemerintahan di tingkat propinsi, dan pemerintahan

di tingkat Dati II yang terdiri dari 4 kabupaten dan 1 kotamadia; 78 kecamatan dengan 356 desa dan 45 kelurahan (total 401 desa/kelurahan). Dalam bidang kesehatan, propinsi ini dikenal sejak bertahun-tahun mempunyai indikator derajat kesehatan yang terbaik dibandingkan semua propinsi di Indonesia.

Dibalik keberhasilan dalam derajat kesehatan, ternyata masalah-masalah kesehatan yang bersifat laten dan kronis masih saja terjadi di Propinsi DIY. Selain kenyataan bahwa indikator kesehatan yang dicapai bukan angka-angka yang statis, dalam arti dapat berubah setiap saat, permasalahan kesehatan akibat dampak beban ganda perubahan epidemiologi penyakit tampak semakin besar. Disamping kenaikan insidensi kasus-kasus penyakit metabolisme dan degeneratif, penyakit-penyakit infeksi pun belum dapat tertangani dengan tuntas. Penyakit-penyakit infeksi DHF, TBC, Malaria, Diare masih menjadi masalah endemis di Propinsi DIY.

Menurut Sibero dan Koswara, lembaga-lembaga yang berperan sebagai perencana kesehatan di Dati II sesuai aspek legalitasnya adalah Bappeda Dati II dan Dinas Kesehatan Dati II. Aspek legal dari Keputusan Mendagri Nomor 185 Tahun 1980 memberikan kewenangan pada Bappeda Dati II melalui seksi kesejahteraan rakyat dibawah bidang ekonomi dan sosial budaya, untuk melakukan koordinasi penyusunan bahan-bahan perencanaan kesehatan, menetapkan prioritas dan menetapkan anggaran di daerah. Sedangkan aspek legal dari Keputusan Mendagri Nomor 21 Tahun 1994 memberikan tugas dan fungsi menyusun bahan perencanaan kesehatan dari Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II melalui Urusan Rencana dan Informasi Kesehatan dibawah Sub Bagian Tata Usaha. Di Propinsi DIY semua Bappeda Dati II tergolong tipe C (tipe terkecil) dimana urusan sosial budaya, termasuk didalamnya urusan kesehatan, masih menjadi satu dengan urusan ekonomi.³

Dalam bidang perencanaan kesehatan khususnya di semua Dati II di Propinsi DIY, sampai saat ini belum terbentuk Tim Perencanaan Kesehatan yang secara formal melibatkan lintas

sektoral terkait dengan kesehatan. Tim Perencanaan Kesehatan yang diharapkan ada sebaiknya dibentuk dengan Surat Keputusan dari Kepala Daerah Dati II. Menurut Depkes RI, dengan tidak adanya Tim Perencanaan Kesehatan maka fungsi koordinasi dalam aspek perencanaan anggaran, sumber daya maupun perencanaan kegiatan program-program bidang kesehatan, tidak dapat dilaksanakan secara terpadu dan sistematis, dalam arti sangat tergantung dengan situasi setempat, atau hanya menunggu instruksi pimpinan.

Masalah Tim Perencana Kesehatan ini bukanlah masalah yang dapat dianggap sederhana, karena urusan kesehatan tidak mungkin ditangani hanya oleh sektor kesehatan saja. Mintzberg menyatakan bahwa dalam proses pengambilan keputusan (*decision making process*) suatu perencanaan kesehatan harus memperhatikan faktor-faktor eksternal yang berpengaruh langsung pada efektivitas perencanaan yang dihasilkan¹. Trisnantoro memperjelas pendapat tersebut dengan membagi faktor-faktor eksternal dimana salah satu diantaranya adalah faktor lintas sektoral diluar sektor kesehatan.¹ Crane dalam penelitiannya di Indonesia mendapatkan fakta besarnya nilai peranan lintas sektoral yang mempunyai akses terhadap perbaikan derajat kesehatan (antara lain sektor lingkungan fisik, sektor Keluarga Berencana dan sektor sosial).²

Kelemahan lembaga perencana kesehatan juga terlihat dengan adanya indikasi bahwa Bappeda Tingkat II belum sepenuhnya mampu mengemban tugas dan fungsi yang diberikan kepadanya, khususnya dalam bidang kesehatan. Jumlah anggaran pembangunan kesehatan bersumber dana APBD II rutin maupun pembangunan yang sangat kecil di beberapa Dati II di Propinsi DIY, mengindikasikan kurang optimalnya peranan lembaga-lembaga perencanaan bidang kesehatan di daerah dalam memenuhi kebutuhan pembiayaan kesehatan di wilayahnya masing-masing. Dengan masih besarnya proporsi anggaran yang bersumber dari pusat (APBN) yang rata-rata mencapai 40 – 76%, maka kemandirian daerah dalam mengelola urusan rumahtangganya relatif kurang berkembang.

Dengan lemahnya koordinasi dan peran lembaga-lembaga perencanaan kesehatan di daerah tingkat II, maka akan mengecilkan arti besarnya kontribusi kesehatan terhadap pembangunan daerah yang justru berakibat sebaliknya yaitu semakin kecilnya perhatian pemerintah daerah tersebut terhadap pembangunan kesehatan. Seberapa besar perhatian Pemerintah Daerah Dati II di Propinsi DIY pada sektor kesehatan dapat dilihat pada Tabel I.

Tabel I.
Prosentase APBD II Kesehatan Program (*Non Rumah- Sakit*)
dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD) dan APBD II Keseluruhan
Diperinci Menurut Kab/Kodya Propinsi DIY Tahun 1998/99

NO	SUMBER DANA	KODYA (Rp)	BANTUL, (Rp)	KULONPROGO (Rp)	G. KIDUL (Rp)	SLEMAN (Rp)
1	PAD – MURNI	17.392.303.400	6.272.283.529	3.303.528.300	1.367.597.000	14.825.140.000
2	PAD – KES % PAD – KES	1.297.460.780 7,46	1.266.552.000 19,47	1.998.667.000 60,5	1.312.220.000 95,6	1.927.990.000 13
3	APBD II	23.487.120.000	18.813.305.100	16.100.159.700	12.527.471.000	28.469.541.000
4	APBD – II PEMB.KES. (<i>Non Rumah Sakit</i>)	176.108.000	160.000.000	125.559.000	173.500.000	1.067.279.740
5	% APBD II KESEHATAN	0,74	0,85	0,77	1,38	3,75

Sumber: Profil Kesehatan Propinsi DIY tahun 1999/2000

Dari Tabel 1 terlihat jelas bahwa walaupun diberesapa kabupaten Dati II seperti Kabupaten Banjul, Kulonprogo dan Gunung Kidul kontribusi kesehatan terhadap Pendapatan Asli Daerah Murni berkisar antara 20% sampai 95%, tetapi perhatian pemerintah daerah terhadap pembangunan kesehatan yang diwujudkan dalam prosentase anggaran APBD II Kesehatan untuk program kesehatan (di luar rumah sakit) dibanding APBD II seluruhnya, masih relatif sangat kecil yaitu rata-rata dibawah 1,5%. Sedangkan untuk Kabupaten Dati II Sleman sebagai daerah uji coba otonomi masih dibawah prosentase 4% dari anggaran pembangunan daerah secara keseluruhan.

Untuk sumber anggaran APBN yang pada akhir PELITA VI (tahun anggaran 1998/99) masih merupakan sumber terbesar pembiayaan pembangunan kesehatan di semua Dati II di Propinsi DIY (40 – 76%), maka peranan Dinas Kesehatan Dati II dalam proses perencanaan kegiatan program yang dibiayai APBN masih kurang optimal karena semuanya masih diatur oleh instansi vertikal yaitu Kanwil Depkes Propinsi DIY.

Dalam teori dinamika evaluasi perencanaan yang efektif, Reinke dan Taylor memberikan acuan mengukur kapasitas kelembagaan organisasi perencana kesehatan, apakah sudah memadai untuk menghasilkan perencanaan yang efektif. Keduanya membagi kapasitas kelembagaan menjadi kapasitas internal dan kapasitas eksternal.⁶

Kapasitas internal lembaga/institusi perencana kesehatan mengarah pada pengenalan seperangkat tahap sistematis dalam proses perencanaan. Tahapan sistematis dalam menyusun bahan perencanaan menuju penentuan prioritas akan menentukan kapasitas internal suatu badan/institusi perencana. Mintzberg menguraikan tahapan sistematis sebagai formalisasi prosedur dalam suatu kerangka logis (*logical sequence*) untuk mencapai fokus prioritas program kesehatan, dengan langkah-langkah analisa situasi, analisa sumber daya, analisa kebijakan, dan penentuan tujuan.¹

Kapasitas eksternal suatu lembaga perencana kesehatan diukur dari kemampuan lembaga tersebut

dalam melaksanakan tahapan untuk mewujudkan rencana kerja prioritas dalam perencanaan menjadi suatu kegiatan nyata (*program action*). Kegiatan nyata yang dimaksud kedua pakar tersebut adalah dalam suatu ruang lingkup penganggaran/pembiayaan (*budgeting*).

Dengan mendasarkan pada teori dinamika evaluasi Reinke dan Taylor, maka penelitian akan difokuskan pada kapasitas internal lembaga perencana kesehatan Dati II yang direpresentasikan dari kemampuan Dinas Kesehatan Dati II melaksanakan langkah-langkah yang sistematis dalam suatu kerangka logis perencanaan (*logical sequences*) untuk menentukan prioritas dan rencana penganggaran serta pelaksanaannya (*Budgeting and Plan of Action*).⁶ Standar yang dipergunakan adalah langkah-langkah dalam Pedoman Perencanaan Kesehatan dari Departemen Kesehatan RI tahun 1993 yang merupakan petunjuk teknis para pelaksana perencanaan di daerah. Kesenjangan (*gap*) yang terjadi akan menentukan sejauh mana kapasitas internal lembaga perencana kesehatan tersebut.

Fokus selanjutnya adalah pada kapasitas eksternal lembaga perencana Kesehatan Dati II yang akan dilihat dari kemampuan Bappeda Dati II merealisasikan rencana kerja prioritas (Daftar Skala Prioritas/DSP) program kesehatan kedalam suatu anggaran daerah yang proporsional. Standar yang dipakai adalah 6 tahap mekanisme perencanaan terpadu daerah sesuai Permendagri No. 9 Tahun 1982, yang memberi kewenangan Bappeda Dati II untuk mengkoordinir perencanaan, menetapkan DSP (Daftar Skala Prioritas) sekaligus menetapkannya dalam anggaran daerah dari berbagai sumber. Kesenjangan (*gap*) yang terjadi akan menentukan sejauh mana kapasitas eksternal lembaga perencana kesehatan di Dati II di Propinsi DIY.

Dengan menganalisa kemampuan kapasitas kelembagaan perencanaan kesehatan di Dati II di Propinsi DIY maka manfaat penelitian ini dapat berupa masukan kepada manajemen yang lebih tinggi yang berada di Dati I maupun Dati II, untuk

dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam rangka meningkatkan fungsi kelembagaan perencana kesehatan di daerah menyongsong era otonomi daerah tahun 2001 nanti.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini bersifat kualitatif dengan tujuan untuk studi kasus eksploratif yang menggunakan cara pengumpulan data dengan observasi terstruktur (*check list* sumber daya, sarana dan dokumen perencanaan), wawancara mendalam dan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).

Lokasi penelitian dilakukan di 2 (dua) Dati II dari 5 Dati II se Propinsi DIY, yaitu di Dati II Kotamadya Yogyakarta mewakili daerah perkotaan dan Dati II Kabupaten Kulonprogo mewakili daerah dengan karakteristik *sub urban* dan *rural* seperti dua kabupaten Dati II lainnya di Propinsi DIY. Sedangkan Kabupaten Dati II Sleman adalah daerah percontohan otonomi daerah yang dibentuk dengan dasar produk hukum yang sudah tidak berlaku lagi (UU Nomor 5 Tahun 1974) sehingga tidak dapat mewakili kondisi yang nyata untuk dianalisa. Unit analisis penelitian ini adalah Bappeda Dati II dan Dinas Kesehatan Dati II.

Responden adalah personal yang mempunyai akses langsung pada perencanaan kesehatan di Dati II yang untuk selanjutnya disebut subyek utama penelitian, serta para *stake holder* perencanaan kesehatan di Dati II yang terdiri dari para *programer* di Dinas Kesehatan Dati II dan Kandepkes Dati II. Responden sebagai subyek utama penelitian terdiri

dari ketua Bappeda Dati II, Kabid Ekonomi dan Sosial Budaya Bappeda Dati II, Kasi Kesejahteraan Rakyat Bappeda Dati II, kepala Dinas Kesehatan Dati II, Kasubag Tata Usaha Dinkes Dati II, dan kepala Urusan Rencana dan Informasi Kesehatan Dinkes Dati II. Responden *stake holder* perencanaan kesehatan Dati II terdiri dari semua Kepala Seksi dilingkungan Dinas Kesehatan Dati II (5 seksi) dan Kandepkes Dati II (1 seksi). Jumlah keseluruhan responden adalah 24 orang.

Analisis data dilakukan dengan cara kualitatif deskriptif analitis dengan pengkodean dan tabulasi untuk meringkas data-data hasil observasi terstruktur (*check list*) dan data-data naratif deskriptif, serta melakukan analisa dan *cross check* antara jawaban responden satu dengan yang lain, antara responden dengan hasil observasi terstruktur (*check list*), antara responden dengan hasil DKT, dan antara responden dengan hasil penelitian lain.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Kapasitas Internal Lembaga Perencana Kesehatan Dati II

Kapasitas internal lembaga perencana kesehatan Dati II dilihat dari kemampuan koordinator perencanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Dati II Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta dalam melaksanakan langkah-langkah perencanaan yang sistematis untuk menyusun prioritas program dan rencana penganggarannya (Rencana Tahunan Kesehatan Dati II) seperti terlihat dalam Tabel 2.

Tabel 2. Langkah-langkah perencanaan kesehatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Dati II di Kabupaten Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta

STANDAR : PEDOMAN PERENCANAAN DEPKES RI (1993)	PRODUK	DINAS KESEHATAN KOTAMADIA YOGYAKARTA	DINAS KESEHATAN KABUPATEN KULONPROGO
1. Tahap Prakondisi: Pembentukan Tim Perencanaan Kesehatan Dati II.	SK Tim dari Kepala Daerah atau Kadinkes atau Kepala Bappeda	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
2. Tahap Pelaksanaan: Langkah Perencanaan	a. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
a. Analisis Situasi Daerah	b. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
b. Inventarisasi Masalah Kesehatan.	c. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
c. Penentuan Prioritas Masalah	d. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
d. Penetapan Tujuan dan Strategi.	e. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
e. Penentuan Alternatif Kegiatan.	f. - RTK (Rencana Tahunan Kesehatan) Dati II.	(+) / Dilaksanakan dan langsung disahkan Kadinkes Dati II	(+) / Dilaksanakan. Dan langsung disahkan Kadinkes Dati II
f. Rencana Operasional dan Penganggaran.			
3. Tahap Monitoring dan Evaluasi.	a. Laporan, Bimtek dan Monitoring.	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(±) / Dilaksanakan situasional dan tidak spesifik (gap)
a. Monitoring Perencanaan.	b. Buku Evaluasi.	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
b. Evaluasi Perencanaan.			
4. Tahap Pelaporan Hasil Kegiatan Pembangunan Kesehatan	Profil Kesehatan kabupaten/kota.	(+) / Dilaksanakan dengan acuan dan pembinaan propinsi.	(+) / Dilaksanakan dengan acuan dan pembinaan propinsi.

Dari Tabel 2 terlihat banyak terjadi *gap* diantara langkah-langkah yang standar dengan kenyataan di lapangan. Kesenjangan (*gap*) yang pertama adalah dengan tidak dibentuknya suatu Tim Perencana Kesehatan yang berfungsi sebagai wadah formal keterpaduan dalam menyusun *input-input* dari sektoral terkait diluar kesehatan untuk mendapatkan bahan perencanaan yang komprehensif dan efektif.

Reinke dan Taylor mengemukakan bahwa menyusun bahan perencanaan kesehatan bukan hal yang sederhana. Perencanaan setidaknya harus memperhitungkan 3 aspek yaitu: (1) kepentingan akses pelayanan kesehatan primer bagi penduduk tidak mampu, (2) pemanfaatan alokasi sumber daya dan dana yang terbatas, dan (3) peningkatan peranan masyarakat dalam manajemen kesehatan.⁶ Mintzberg memperkuat dengan menyatakan bahwa

dalam proses pengambilan keputusan (*decision making process*) suatu perencanaan kesehatan harus memperhatikan faktor-faktor eksternal yang berpengaruh langsung pada efektivitas perencanaan yang dihasilkan.¹ Trisnantoro membagi faktor-faktor eksternal tersebut dimana salah satu diantaranya adalah faktor lintas sektor diluar sektor kesehatan.⁷

Dengan tidak adanya tim lintas sektoral perencanaan di Dati II, merupakan indikasi bahwa perencanaan kesehatan masih dianggap urusan yang mudah dan sederhana, serta cukup hanya dikerjakan oleh sektor kesehatan saja. Implikasi selanjutnya akan mempengaruhi tahapan langkah-langkah perencanaan berikutnya dengan suatu risiko untuk mendapatkan hasil akhir perencanaan kesehatan (*output*) yang tidak memadai untuk kebutuhan daerahnya serta cenderung pemborosan.

Gap yang kedua adalah pada tahap pelaksanaan langkah-langkah perencanaan kesehatan dalam menyusun Rencana Tahunan Kesehatan (RTK) Dati II. Kenyataan dilapangan menunjukkan bahwa prosedur berturut-turut: langkah analisis situasi, inventarisasi masalah, penentuan prioritas masalah, dan penetapan tujuan dan strategi tidak dilaksanakan oleh para koordinator perencanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Dati II yang diteliti. Tanpa didahului langkah-langkah sistematis tersebut Rencana Tahunan Kesehatan (TRK) Dati II yang berupa Rencana Operasional dan Penganggaran Dinas Kesehatan langsung dikemas dan disahkan oleh Kepala Dinas sebagai RTK Dinas Kesehatan Dati II untuk diajukan kepada Bappeda Dati II ataupun instansi lainnya.

Mintzberg berpendapat " *Planning is a formalized procedure to produce an articulated result, in the form of an integrated system of decisions*" yang menekankan pengertian perencanaan pada aspek formalisasi prosedur.¹ Dalam *guide line* diawal tahun 1993, WHO menetapkan bahwa perencanaan dapat dikatakan sebagai suatu proses penyusunan yang sistematis mengenai kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Lebih lanjut ditegaskan bahwa langkah awal yang sangat penting adalah analisis komprehensif lingkungan dan sumberdaya.² Davis lebih mempertajam kedua pendapat tadi dengan menjelaskan bahwa jalan yang paling efisien (*the most efficient way*) untuk mencapai tujuan perencanaan dalam lingkungan sumber daya yang terbatas adalah dengan melaksanakan secara sistematis langkah-langkah analisis yang dalam dan logis untuk menyusun skala prioritas. Dengan demikian analisis data-data situasi dan alur informasi merupakan langkah awal dalam menentukan prioritas sebagai inti proses perencanaan.³

Pendapat para ahli tersebut memperjelas suatu paradigma perencanaan bahwa dalam perencanaan kesehatan terkandung suatu proses sistematis yang

mempunyai urutan logis (*logical sequence*). Artinya, suatu langkah dalam perencanaan adalah konsekuensi logis dari langkah sebelumnya, sehingga tidak mungkin akan didapatkan penentuan prioritas masalah kesehatan yang tajam (*focus*) tanpa terlebih dahulu melakukan langkah-langkah analisis data-data situasi dan inventarisasi masalah kesehatan. Tanpa adanya penetapan prioritas yang tajam, tidak mungkin dapat dihasilkan strategi dan Rencana Tahunan Kesehatan (RTK) yang efektif efisien. Dengan tidak dilaksanakannya sistematika langkah awal dan langkah-langkah berikutnya dalam menentukan prioritas program kesehatan di daerah, RTK yang dihasilkan oleh Dinas Kesehatan Dati II bukan berada dalam suatu kerangka logis perencanaan yang baik dan lebih cenderung menyerupai "kliping" bahan-bahan perencanaan yang sudah jadi dari para pemegang program (kepala-kepala seksi).

2. Kapasitas Eksternal Lembaga Perencana Kesehatan Dati II

Kapasitas eksternal lembaga perencana kesehatan Dati II dilihat dari kemampuan Bappeda Dati II Kulonproge dan Kotamadia Yogyakarta untuk merealisasikan rencana kerja prioritas (DSP) bidang kesehatan kedalam suatu penganggaran yang proporsional di Dati II. Standar yang dipakai adalah 6 tahap mekanisme terpadu daerah dari Permendagri No. 9 Tahun 1982, yang memberikan kewenangan Bappeda dalam mengatur, mengkoordinir, menyusun bahan-bahan perencanaan, menetapkan prioritas pembangunan di daerah serta merealisasikannya dalam anggaran pendukung dari berbagai sumber.⁴ Analisa retrospektif dilakukan pada usulan prioritas tahun anggaran 1998/99 dan melihat hasilnya pada tahun anggaran 1999/2000.

Hasil penelitian diringkas dalam Tabel 3, yang menggambarkan kemampuan unsur-unsur perencana kesehatan di Bappeda Dati II, untuk merealisasikan prioritas program kesehatan (DSP) di Dati II menjadi program yang didukung anggaran memadai dari berbagai sumber (APBN dan APBD).

Tabel 3. Tahap-tahap yang dilaksanakan Bappeda Dati II dalam merealisasikan DSP (Daftar Skala Prioritas) menjadi anggaran pendukungnya di daerah

STANDAR: Permendagri No. 9 Th 1982 (6 tahap)	OUTPUT	WEWENANG BAPPEDA II		BAPPEDA KOTAMADIA YOGYAKARTA	BAPPEDA KABUPATEN KULONPROGO	REALISASI PRIORITAS (DSP) di DATI II	
		SEHA RUS- NYA	FAK TA			SUMBER	% Realisasi
		TAHUN ANGGARAN 1998/99					
1. Tahap pertama: Musbang Tingkat Desa	Laporan hasil Musbang	+	± <i>Gap</i>	- Puskesmas tidak terlibat - Dinkes Dati II tidak terlibat	- Puskesmas tidak terlibat - Dinkes Dati II tidak terlibat	---	---
2. Tahap kedua: UDKP tingkat kecamatan	DUPD kecamatan	+	± <i>Gap</i>	- Tidak ada usulan program/proyek kesehatan - Puskesmas dan Dinkes Dati II tidak Terlibat	- Tidak ada sulan program/proyek kesehatan - Puskesmas dan Dinkes II tidak terlibat	---	---
3. Tahap Ketiga: Forum Rakorbang Dati II	RAPBD Dati II	+	± <i>Gap</i>	- Daftar Skala Prioritas (DSP) ditetapkan oleh programmer. - DSP: Usulan program DOTS TB paru: Rp.19.910.000,- (4 PMC)	- Daftar skala prioritas (DSP) ditetapkan oleh programmer. - DSP: Usulan pemberantasan Malaria Rp145.000000,- (7 kecamatan)	APBD II	DOTS TB Paru (Kodya): Rp.0,- (0%) MALARIA (Kulon Progo): Rp10.500000 (7,42%)
4. Tahap Keempat: Forum Rakorbang Dati I	- RAPBN Sektoral (Kandep) untuk Dati II	+	- <i>Gap</i>	- Tidak diusulkan Lewat Bappeda. - Tidak ada DSP	- Tidak diusulkan lewat Bappeda - Tidak ada DSP	---	---
	- RAPBD Dati I untuk Dati II	±	±	- Usulan rujukan spesimen TB Paru Rp3.260.000,-	- Usulan pemberantasan Malaria Rp30.000.000,-	---	---
	- INPRES Dati II	±	±	- Usulan 1200 paket obat TBC	- Usulan paket obat Malaria.	---	---
	- RAPBD Dati I	±	±	- Rujukan spesimen TB Rp3.260.000,-	- Pemberantasan Malaria Rp30.000.000,	APBD I	SPESIMEN TB: 0% MALARIA: Rp.9.000.000 (33%)
	- RAPBN (Kandep)	-	-	- Diusulkan paket program pemberantasan TB	- Diusulkan paket program pemberantasan Malaria	---	---
	- INPRES	±	±	- Usulan 1200 paket obat TBC	- Usulan paket obat malaria	---	---
5. Forum konsultasi Regional Bappeda	- RAPBN	-	-	- Tidak ada perubahan	- Tidak ada perubahan	---	---
	- INPRES DATI II	-	-	- Tidak ada perubahan	- Tidak ada perubahan	---	---
6. Forum Konsultasi Nasional Bappeda	- RAPBN	-	-	- Paket program TB	- Paket program pemberantasan Malaria	APBN	PROGRAM TB: 0% MALARIA: 0%
	- INPRES Dati II	-	-	- Usulan 1200 paket obat TB	- Usulan paket obat Malaria	INPRES	Paket Obat TB: 50 paket (4,1%) Malaria > 100%

Keterangan tabel:

Tanda + : berarti wewenang Bappeda Dati II kuat
Tanda ± : berarti wewenang Bappeda Dati II lemah
Tanda --- : berarti wewenang Bappeda Dati II tidak ada

Dari Tabel 3 terlihat bahwa Bappeda Dati II mempunyai wewenang yang kuat (+) pada tahap mekanisme perencanaan terpadu daerah kesatu, kedua, dan ketiga khususnya yang berkaitan dengan perencanaan jalur anggaran daerah Tingkat II (APBD II). Wewenang Bappeda Dati II menjadi kurang kuat/lemah (\pm) pada tahap mekanisme perencanaan terpadu daerah tahap ke empat yaitu pada forum Rakorbang Dati I yang masih melibatkan Bappeda Dati II sebagai tim anggota perumus. Pada tahap kelima dan keenam maka Bappeda Dati II tidak mempunyai akses (-) wewenang penentuan anggaran untuk kegiatan yang diprioritaskannya. Kewenangan memutuskan tahap kelima dan keenam untuk usulan anggaran dari Bappeda Dati II (INPRES Dati II), serta APBD I dan APBN, sepenuhnya berada pada aparat institusi perencana di tingkat Propinsi dan di tingkat Pusat (Bappeda Tingkat I, Departemen Kesehatan RI, Departemen Dalam Negeri dan Bappenas).

Kesenjangan (*gap*) timbul pada tahap kesatu dan kedua karena dengan wewenang yang kuat (+) seharusnya Bappeda Dati II mampu untuk melibatkan jajaran kesehatan di tingkat kecamatan (Puskesmas) dan di tingkat Dati II (Dinas Kesehatan) dalam proses perencanaan terpadu dari bawah (*bottom up planning*). Pada kenyataannya adalah lemah (\pm), karena kegiatan tersebut tidak dilakukan oleh unsur-unsur perencana kesehatan (Seksi Kesejahteraan Rakyat) di Bappeda Dati II, sehingga DUP kecamatan yang dihasilkan tidak menampung usulan-usulan dari pihak kesehatan.

Pada tahap ketiga (Forum Rakorbang Dati II) seharusnya wewenang Bappeda Dati II kuat (+), tetapi kenyataannya lemah (\pm) dan timbul *gap*. Hal ini disebabkan DSP (Daftar Skala Prioritas) bidang kesehatan yang ditentukan yaitu program DOTS TBC di Kotamadya dan pemberantasan Malaria di Kulonprogo tidak berhasil didukung anggaran yang proporsional melalui APBD II Proyek (program DOTS untuk TBC di Kodya tidak terealisasi atau 0% sedangkan Malaria di Kulonprogo hanya terealisasi 10,42%). Dengan kata lain, kemampuan aparat perencana kesehatan di Dati II dalam

merealisasikan anggaran pendukung prioritas program kesehatan, termasuk tidak memadai dan lemah.

Pada tahap ketiga seharusnya wewenang Bappeda Dati II adalah kuat (+) untuk mengkoordinasi usulan-usulan pusat (APBN) melalui intansi vertikal (Kandepkes Dati II) berupa bagian proyek PPKM Dati II, yang pada kenyataan dilapangan ternyata sama sekali tidak ada (-). Bahkan Kandepkes Dati II tidak terlibat dalam kegiatan forum Rakorbang di Dati II yang diteliti, yang berdampak usulan anggaran APBN di Dati II tidak dapat dipantau, kurang efektif dalam mendukung prioritas daerah dan besar kemungkinan terjadi *over lapping* dengan program APBD II.

Spyckerelle, dalam penelitiannya mengenai pengembangan kelembagaan Bappeda Dati II di empat propinsi di Indonesia, mengemukakan bahwa salah satu indikator keberhasilan perencanaan pembangunan di tingkat II adalah dengan menghitung proporsi program prioritas daerah yang dapat direalisasi dalam bentuk anggaran pendukung. Semakin besar dana pendukung untuk program prioritas akan semakin besar pula kemungkinan mencapai tujuan dan semakin besar pula tingkat keberhasilan perencanaan.⁴⁰

Spyckerelle juga menghitung indeks spesifisitas (*specificity index*) kinerja institusional Bappeda Dati II dengan penetapan *range* antara 26 (tertinggi) dan 19 (terendah). Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa indeks spesifisitas untuk kegiatan-kegiatan Bappeda yang mampu menghasilkan tambahan bagi aparat pelaksana mempunyai indeks yang tinggi (24 – 26), dan itu banyak didominasi proyek fisik yang sebenarnya bukan prioritas, sedangkan banyak program yang ditetapkan sebagai prioritas daerah mempunyai indeks spesifisitas rendah (19 – 21). Program-program kesehatan termasuk program dengan derajat spesifisitas yang rendah. Temuan dari Spyckerelle, mungkin dapat menambah penjelasan mengapa Bappeda Dati II Kulonprogo dan Kotamadya, Yogyakarta tidak begitu intensif untuk

mempertahankan program prioritas kesehatan, karena indeks spesifitasnya yang rendah, dalam arti intensitas untuk memperjuangkannya juga rendah.

Pada prakteknya, perencana kesehatan di Dati II tidak sekedar menyusun perencanaan program tetapi juga penganggarnya. Crane menjelaskan, penyusunan anggaran di daerah menjadi bagian yang tak terpisahkan dari perencanaan menyeluruh. Dengan penyusunan anggaran akan dapat menunjukkan dengan jelas bagaimana sumberdaya daerah digunakan, serta apakah keluaran (*output*) dan keuntungan yang mereka hasilkan dapat membantu dalam mempertimbangkan penentuan prioritas daerah dimasa mendatang. Fenomena ini tidak terjadi di Bappeda Dati II Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta, dimana *output* yang dihasilkan tidak mempunyai akses anggaran yang memadai terhadap kepentingan prioritas program kesehatan yang telah ditentukannya sendiri.²

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kapasitas internal lembaga perencana kesehatan Dati II di Kabupaten Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta tidak baik (tidak memadai). Hal ini dikarenakan pelaksanaan dari langkah-langkah perencanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo dan Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta belum mengikuti urutan logis langkah perencanaan Depkes RI yang mengandung standar langkah perencanaan universal, sehingga Rencana Tahunan Kesehatan Dati II (RTK) yang dihasilkan lebih merupakan klipng dari para *programmer* (kepala seksi) dari pada hasil dari suatu proses yang sistimatis dan logis.³

Hasil studi eksplorasi juga menunjukkan bahwa kapasitas eksternal lembaga perencana kesehatan Dati II di Kabupaten Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta tidak baik (tidak memadai). Indikasi utamanya adalah tidak terealisirnya usulan anggaran program-program yang telah ditetapkan menjadi prioritas bidang kesehatan di daerah menjadi DIP APBD II yang proporsional. Program

pemberantasan Malaria di Kulonprogo yang diusulkan, hanya terealisasi 10,24%, sedang di Kotamadia Yogyakarta, untuk program DOTS TBC yang diusulkan, sama sekali tidak terealisasi (0%). Hal ini dikarenakan Bappeda Dati II Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta, khususnya pada aspek perencanaan kesehatan, tidak dapat melaksanakan kewenangannya secara otonom seperti digariskan dalam Permendagri Nomor 9 Th. 1982 tentang Perencanaan Terpadu Daerah yang mengandung standar perencanaan yang universal.

Saran

Dalam mengantisipasi otonomi daerah tahun 2001 nanti, perlu dilakukan upaya-upaya pemberdayaan kelembagaan perencanaan kesehatan di daerah, antara lain:

1. Mendorong terbentuknya Tim Perencana Kesehatan di Dati II yang beranggotakan pihak-pihak sektoral terkait dalam perencanaan kesehatan skala daerah. Penunjukkan sebaiknya dikuatkan dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota/Kepala Daerah Tingkat II setempat dengan mencantumkan uraian tugas dan tanggung jawab serta kegiatan rutin tim tersebut setiap satu tahun anggaran.
2. Reorganisasi Bappeda Dati II dengan mengajukan draft usulan kepada Gubernur Kepala Daerah Propinsi DIY untuk kemungkinan kenaikan tipe Bappeda Dati II dari tipe C menjadi tipe B, sehingga urusan kesejahteraan rakyat, termasuk urusan kesehatan didalamnya, terpisah dengan urusan ekonomi.
3. Secara struktural yang menangani urusan perencanaan di Dinas Kesehatan Dati II sebaiknya setingkat seksi atau subbagian yang dipimpin oleh seorang tenaga berpengalaman dengan latar belakang pendidikan minimal S1 Kesehatan.
4. Agar Bappeda Dati II dapat memanfaatkan kewenangannya untuk mengkoordinasi proses perencanaan anggaran kesehatan sektoral (APBN) di daerah.

5. Institusi kesehatan ditingkat kecamatan seperti Puskesmas dan jajarannya perlu dilibatkan dalam tahap awal mekanisme perencanaan terpadu daerah sesuai Permendagri No.9, tahun 1982. Forum Konsultasi Perencanaan di Kecamatan (UIDKP Kecamatan) sebaiknya melibatkan Puskesmas dan hasilnya tercermin dalam DUKDA kecamatan yang akan dibahas kemudian di tingkat Rakorbang Dati II.

KEPUSTAKAAN

1. Mintzberg, H. *The Rise and Development of Strategic Planning: Models of The Strategic Planning Procees*, Prentice Hall, 1994.
2. Mills, A., Smith, D.L., Tabibzadeh, I. *Desentralisasi Sistem Kesehatan: Konsep-konsep, Isu-isu dan Pengalaman di Berbagai Negara*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1991.
3. Sibero, A., & Koswara. *Perencanaan dan Pembangunan Daerah*, Perencanaan Kesehatan di Indonesia, Departemen kesehatan RI, Jakarta, 1987.
4. Trisnantoro, L. *Kursus Prinsip-Prinsip Manajemen dalam Lingkungan Dinamis*, Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1996.
5. Crane, R. *The Practice of Regional Development in Indonesia: Resolving*, 1995.
6. Reinke, W.A., & Taylor, C.E. *Health Planning for Effective Management*, Oxford University Press, Inc., 1994.
7. Trisnantoro, L. *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu di Dinkes Dati II*, MMPK UGM, Yogyakarta, 1999.
8. WHO. *Proses Manajerial untuk Pembangunan Kesehatan Nasional*, Badan Litbangkes Depkes RI, Jakarta, 1993.
9. Davis, J., Millburn, P., Murphy, T., Woodhouse, M. *Successful Team Building*, Penerbit Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 1997.
10. Spyckerelle, L. *Perencanaan Pembangunan pada Tingkat Kabupaten*, Prisma, 1996;25 (4): 31-45.
11. Depkes RI. *Pedoman Perencanaan Kesehatan Tingkat Daerah*, Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat Depkes RI, Jakarta, 1993.

Resensi Buku

Judul Buku : Clinical Governance in Health Care Practice
 Penulis : Thoreya Swage
 Penerbit : Butterworth-Heinemann, Oxford, UK 2000
 Tebal : 254 hal.

Clinical Governance? Istilah ini mungkin masih jarang terdengar dalam dunia kesehatan di Indonesia, bahkan di sebagian besar negara-negara di dunia sekalipun istilah ini nampaknya belum begitu dikenal. Hal ini dikarenakan *clinical governance* merupakan istilah yang baru mulai diperkenalkan 1-2 tahun belakangan ini di negeri asalnya, yakni Inggris Raya. Apakah sebenarnya *clinical governance* ini? Bagaimana dampaknya terhadap profesi kesehatan? Apakah konsep ini merupakan sesuatu hal yang benar-benar baru atau semata merupakan kemasan baru dari konsep-konsep lama? Pertanyaan-pertanyaan tersebutlah yang akan dijawab oleh Thoreya Swage dalam buku yang terbagi dalam 10 bab ini.

Swage dalam bab I berupaya menghantarkan pembaca dengan menguraikan latar belakang berkembangnya konsep ini melalui deskripsi berbagai inisiatif mutakhir *quality* yang kini tengah digulirkan dalam sistem pelayanan kesehatan di Inggris (NHS). Bab inilah yang nampaknya akan menjadi kunci bagi pembaca, terutama yang berasal dari negara selain Inggris. Dalam bab ini pembaca akan mendapatkan gambaran umum konteks perkembangan pelayanan kesehatan mutakhir dalam NHS lengkap dengan jargon-jargon yang akan sering dipergunakan pada bab-bab selanjutnya. Dalam bab ini pulalah penulis mencoba menjelaskan *clinical governance* sebagai suatu pendekatan *quality* dalam pelayanan kesehatan. Swage disini menguraikan bahwa sesungguhnya *clinical governance* tidak seutuhnya orisinal, bahkan sesungguhnya bisa dikatakan berbasis pada konsep *clinical quality* yang diajukan oleh WHO

sejak 1983. Berdasarkan uraian di bab I, nampak 'keistimewaan' *clinical governance* disini sesungguhnya adalah sebagai kerangka kerja yang memayungi semua aspek mutu klinis sehingga dapat senantiasa dipantau dan dikembangkan. Konsep ini dalam mewujudkan *clinical quality* mengutamakan pemberian insentif, daripada pendekatan hukuman, dan menekankan pentingnya peranan *clinical leaders*.

Dalam bab II-VII, Swage menguraikan kompleksitas *clinical governance* dengan membahas berbagai aspeknya. Keenam bab tersebut berperan sebagai batang utama buku ini dengan menguraikan struktur dan berbagai proses yang tercakup dalam konsep tersebut. Permasalahan struktur disajikan dalam bab II dengan mengkaitkannya konsep *corporate governance* dimana di dalamnya, selain *clinical governance*, terdapat pula bahasan-bahasan untuk *non clinical areas* dan *financial management*. Bab III menekankan pentingnya konsep perubahan dalam mewujudkan *clinical governance* dan bagaimana melakukan perubahan. Berbagai teknik manajemen perubahan diuraikan dalam bab ini dalam rangka mengidentifikasi peluang-peluang untuk melakukan perubahan yang diperlukan. Swage disini menggarisbawahi bahwa kunci dalam upaya perubahan ini adalah analisis yang komprehensif akan kondisi-kondisi yang diperlukan, identifikasi akan *stakeholder* kunci, dan menggali komitmen dan dukungan. Bab IV dan V berbicara mengenai *quality initiatives* terutama dalam konteks proses *clinical effectiveness*. Pembahasan proses *clinical effectiveness* yang merupakan salah satu pilar utama *clinical governance* ini berawal dari peranan

penelitian dan pengembangan dalam pengembangan *guidelines* hingga bagaimana menerapkan bukti-bukti dalam praktek klinis. *Evidence-based practice, care pathways* dan *clinical audit* tercakup dalam bahasan ini. Bab VI menguraikan permasalahan manajemen keluhan dan risiko (*complaints and risk management*). Disini ditekankan pentingnya *record keeping* sebagai basis utama manajemen keluhan dan risiko. Bab ini sangat terkait dengan uraian mengenai *clinical audit* dan *care pathways* dalam bab V yang dapat berperan dalam memberikan umpan balik bagi staff, terutama dalam hal penanganan keluhan dan risiko. Pada akhir pembahasan pembaca dihantarkan pada topik berikutnya dengan mengaitkan antara *complaint* dan *risk management* ini dengan konsep *CPD-Continuous Professional Development* (pengembangan profesional berkelanjutan) yang dibahas pada bab VII. *Continuous Professional Development* dalam bab VII dibahas bersama manajemen dan teknologi informasi yang keduanya merupakan komponen pendukung *clinical governance*.

Pentingnya perspektif pengguna jasa pelayanan dalam kesemua proses di atas diuraikan dalam bab VIII. Perspektif ini menurut Swage merupakan dasar bagi upaya kritisi berkelanjutan (*continuing critical scrutiny*) atas *clinical quality*. Aspek-aspek yang ditekankan untuk dikritisi meliputi struktur, upaya mutu, informasi bagi pasien, peranan *self-management*, dan penyelenggaraan pelayanan klinis keseluruhan. Bab IX mengupas peranan proses manajemen yang efektif dalam menunjang *clinical governance*. *Evidence-based management* merupakan model yang ditawarkan untuk mewujudkan tujuan ini. Menarik untuk dicatat bahwa Swage mengakui belum banyaknya pengalaman dengan model ini, namun demikian ia memiliki beberapa ilustrasi kasus kisah sukses penerapan *evidence-based management* yang disajikannya dalam bab ini. Selanjutnya, pada bab terakhir, dikupas aspek hukum dan etika yang terkait dengan *clinical governance*. Pembahasan

mengenai *clinical governance* diakhiri dengan menggarisbawahi perlunya pendekatan semacam ini untuk memayungi berbagai *good practice* yang terdapat dalam pelayanan klinis.

Sebagai salah satu terbitan pertama mengenai *clinical governance*, buku ini memiliki keunggulan dalam hal pembahasannya yang komprehensif. Hal ini bukanlah sesuatu yang mudah mengingat konsep ini saat penulisan boleh dikata masih dalam proses pencarian bentuk. Namun keterbatasan ini pada akhirnya tercermin pula dalam buku ini, nampak belum tertangkapnya 'bentuk' dari konsep ini secara eksplisit dalam 254 lembar halaman yang disajikan. Meskipun demikian, setidaknya tertangkap gagasan utama berupa suatu model yang berupaya memayungi berbagai *clinical quality initiatives* yang selama ini dikembangkan. Keunggulan lain buku ini adalah penekannya pada aspek praktis dengan banyaknya contoh-contoh nyata yang disajikan. Perlu dicatat pula bahwa bagian akhir buku ini dilengkapi dengan *tool-kit* berupa bahan-bahan penelitian, kuesioner dan *check list* yang akan sangat berguna bagi praktisi. Keterbatasan yang perlu dicatat adalah bahwa nampaknya buku ini sejak semula belum ditujukan bagi pasar internasional. Hal ini terlihat dari banyaknya penggunaan jargon-jargon NHS yang terkenal senantiasa berubah-ubah dari tahun ke tahun. Swage bagaimanapun telah mencoba mempermudah bagi pembaca dengan memperkenalkan berbagai perkembangan dalam NHS pada awal pembahasan. Namun kiranya akan lebih mempermudah apabila disediakan semacam *glossary* di bagian akhir buku sebagai *quick reference* sehingga pembaca yang masih asing dengan NHS akan terbantu dalam membaca uraian kalimat demi kalimat. Pada akhirnya, mengingat masih terbatasnya referensi yang mengkaji *clinical quality* di tanah air, nampaknya patut dipertimbangkan upaya untuk menerjemahkan buku ini dalam bahasa Indonesia.

Yodi Mahendradhata