

# **PENGUATAN SISTEM PERENCANAAN KESEHATAN KABUPATEN/KOTA**

*Oleh :*



*Dr. Hamzah Bakri, MA*

*Disampaikan pada*

**Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)  
Kabupaten / Kota Se Sulawesi Selatan Tahun 2001  
Gedung Pelatihan AMKOP Makassar  
Nopember 2001**

# PENGUATAN SISTEM PERENCANAAN KESEHATAN KABUPATEN / KOTA DI ERA DESENTRALISASI

**dr. Hamzah Bakri, MA**

## **A. PENDAHULUAN**

Sentralisasi perencanaan kesehatan yang berlangsung di Indonesia dalam kurun waktu yang cukup lama berdampak pada kekurang berhasilan dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yakni peningkatan status derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan di masa lalu khususnya dalam bidang perencanaan kesehatan didominasi oleh Pemerintah Pusat dan peranan Pemerintah Daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan kabupaten/kota sangat terbatas. Target program bahkan penentuan prioritas program kesehatan umumnya berdasarkan proyeksi nasional. Hal ini menyebabkan ketidaksesuaian dengan situasi dan kebutuhan kesehatan lokal (kabupaten/kota).

Dengan diberlakukannya Undang-Undang Republik Indonesia No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah yang memberikan kewenangan cukup besar kepada kabupaten/kota termasuk dalam bidang kesehatan, maka peluang Pemerintah Daerah kabupaten/kota cukup besar untuk mengatur sistem kesehatannya termasuk sistem perencanaan. Namun demikian, desentralisasi perencanaan kesehatan sebagai salah satu faktor esensial dalam proses desentralisasi merupakan proses yang kompleks dan membutuhkan kerjasama yang harmonis diantara penentu kebijakan, perencana, tenaga administrasi dan masyarakat. Oleh karena itu, dibutuhkan tekad yang kuat dan kesiapan yang cukup matang untuk menata dan memperkuat sistem perencanaan kesehatan pada masing-masing kabupaten/kota.

Berbagai pendekatan dari pengalaman berbagai negara yang cukup berhasil dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan terutama dalam penguatan sistem perencanaan pada level district (kabupaten/kota), dapat dijadikan acuan yang perlu disesuaikan dengan kondisi lokal pada masing-masing kabupaten/kota.

## **B. PERMASALAHAN**

Sebagai konsekuensi dari implementasi Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah pada sektor kesehatan, maka kesiapan Dinas Kesehatan kabupaten/kota dalam penguatan sistem perencanaan mutlak diperlukan. Suatu hal yang dapat dikemukakan sebagai masalah pokok dalam implementasi perencanaan kesehatan pada kabupaten/kota adalah *sistem perencanaan kesehatan kurang efektif dalam mengakomodir kebutuhan dan permasalahan kesehatan masyarakat setempat (Bakri, 2001)*. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor antara lain :

1. Belum adanya Tim Khusus yang mengelola manajemen perencanaan kesehatan kabupaten/kota
2. Masih lemahnya kemampuan petugas kesehatan dalam berbagai aspek proses perencanaan
3. Masih kurang dilibatkannya masyarakat dan sektor terkait dalam proses perencanaan kesehatan

4. Belum digunakannya model/siklus perencanaan tertentu dalam proses perencanaan

### C. LITERATUR REVIEW

Pada bagian ini direview berbagai literatur serta beberapa studi kasus dari berbagai negara sedang berkembang dalam upaya peningkatan/penguatan sistem perencanaan kesehatan pada level district (kabupaten/kota).

#### 1. *Desentralisasi sistem perencanaan kesehatan*

Desentralisasi merupakan suatu proses politik dan administratif yang dapat memberikan berbagai keuntungan dengan cara menstimulasi peningkatan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat (*Bryant, 1999*). Untuk mencapai sistem desentralisasi perencanaan kesehatan yang efektif, berbagai faktor perlu diperhatikan sebagai berikut (*Omar, 2001*) :

- a. Perlunya efektivitas distribusi fungsi perencanaan antara pemerintah pusat dan daerah kabupaten/kota
- b. Desentralisasi perencanaan seharusnya merupakan bagian integral dari proses desentralisasi fungsi, sumber daya dan kewenangan kepada kabupaten/kota
- c. Perlu diperhatikan bahwa perencanaan kesehatan merupakan salah satu aspek vital dalam sistem desentralisasi kesehatan
- d. Skill yang relevan dalam aspek perencanaan mutlak diperlukan pada level kabupaten/kota
- e. Sepatutnya kabupaten/kota mengadopsi model/siklus perencanaan tertentu yang realistis
- f. Perencanaan kesehatan kabupaten/kota sebaiknya disesuaikan dengan pola/kultur perencanaan di daerah masing-masing

#### 2. *District Health Management Team (DHMT)*

Agar proses perencanaan dapat berlangsung secara efektif, dibutuhkan suatu Organisasi atau Tim secara fungsional yang pada kebanyakan negara dikenal sebagai "District Health Management Team (DHMT)" (*Collins, 1994*). Menurut *Cassels* dan *Janovsky (1995)*, DHMT merupakan target group untuk penguatan manajemen kesehatan pada level district (kabupaten/kota) yang beranggotakan para penanggung jawab program kesehatan dan penanggung jawab administrasi. Dilibatkan atau tidaknya unsur rumah sakit kabupaten/kota ke dalam Tim ini disesuaikan dengan kondisi lokal masing-masing daerah (*Vaughan, Mills, dan Smith, 1984*).

DHMT atau Tim Manajemen/Perencana tersebut di atas bertanggung jawab terhadap kelangsungan proses manajemen/perencanaan kesehatan kabupaten/kota termasuk dalam hal pengambilan kebijakan kesehatan lokal (*Collins, 1994*).

#### 3. *Management/planning skills petugas kesehatan kabupaten/kota*

Lemahnya kemampuan manajemen/perencanaan petugas kesehatan kabupaten/kota dalam berbagai aspek seringkali masih merupakan kendala

dalam proses manajemen/perencanaan pada negara sedang berkembang. Menurut *Collins dan Barker (2001)*, beberapa skill yang esensial dibutuhkan oleh DHMT atau Tim perencana kesehatan kabupaten/kota antara lain :

- a. *Kemampuan menggunakan problem solving approach*  
Dalam hal ini Tim diharapkan dapat memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis problem kesehatan dan kemudian berfikir secara sistematis bagaimana pemecahannya.
- b. *Kemampuan dalam penentuan prioritas*  
Tim diharapkan dapat bekerjasama dengan segenap stakeholder dalam mengembangkan metode dan skala prioritas program kesehatan serta menggunakan kriteria yang jelas.
- c. *Kemampuan dalam pengumpulan informasi yang relevan*  
Dalam pelaksanaan manajemen dan perencanaan kesehatan seharusnya berbasis pada informasi kesehatan yang ada. Sebagai langkah awal adalah bagaimana mengumpulkan dan menggunakan data dan informasi secara akurat dari berbagai sumber baik secara primer maupun sekunder. Langkah berikutnya bagaimana membangun Health Information System (HIS) yang baik pada level kabupaten/kota.
- d. *Kemampuan dalam pengembangan komunikasi dan konsensus*  
Forum komunikasi diantara petugas kesehatan maupun dengan segenap stakeholder serta unsur masyarakat perlu dikembangkan. Hal ini penting untuk memperoleh dukungan dan konsensus dalam upaya advokasi program kesehatan kabupaten/kota.

Berikut ini secara ringkas dikemukakan pengalaman beberapa negara dalam upaya peningkatan management/planning skills :

- a. *Pengalaman district teams di Gambia (Conn, Jenkins dan Touray, 1993) :*  
Program kesehatan nasional di Gambia (1988-1993) mengembangkan desentralisasi manajemen/perencanaan kesehatan pada level district di 3 propinsi. Siklus perencanaan enam bulanan diperkenalkan dengan mengidentifikasi problem kesehatan dan skala prioritasnya. Selanjutnya ditentukan pola pemecahannya sesuai dengan resources (sumber daya) yang tersedia secara efisien dan terintegrasi. Kemudian district teams menyusun work-plans yang realistis. Pertemuan berkala diadakan dengan menampilkan beberapa hal yang baru termasuk distribusi data kesehatan yang digunakan pada action plan bulanan. Sebagai bagian dari proses perencanaan, data pada pelayanan kesehatan dianalisis secara bulanan untuk penggunaan secara lokal. Siklus perencanaan enam bulanan ini menghasilkan peningkatan skill yang bermakna pada district teams dalam problem solving/analysis approach.
- b. *Comprehensive Health Improvement Programme Provinces Specific (CHIPPS) di Indonesia (Bossert, Soebekti dan Kumara Rai, 1991)*

Kegiatan ini dilaksanakan pada 3 provinsi di Indonesia yakni Aceh, Sumatera Barat dan Nusa Tenggara Timur. Proyek ini dimulai dengan berbagai small-scale surveys. Selanjutnya beberapa intervensi yang disponsori oleh CHIPPS antara lain :

- i. Prevalence surveys untuk communicable diseases terutama tetanus neonatorum dan tuberculosis.
- ii. System pengumpulan data kesehatan, manajemen dengan fokus vital statistik, imunisasi, surveilans penyakit dan system data kesehatan lainnya.
- iii. Pengembangan problem solving approach dalam hal ini epidemiological approach.

Rangkaian kegiatan pada program CHIPPS ini menghasilkan penguatan yang cukup bermakna pada kapasitas teknis, manajerial dan perencanaan pada level propinsi maupun kabupaten/kota di daerah tersebut dan khususnya pada metode pengumpulan data dan epidemiological survey.

- c. *Problem-Oriented Action Research (PROAR) di Malaysia (Janovsky, 1988)*  
Pada tahun 1986, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan bekerjasama dengan Institut Kesehatan Masyarakat Malaysia mengembangkan action research untuk problem solving approach dengan periode 9 bulanan. District Health Team merupakan fokus kegiatan ini.

Setelah terpilih 4 propinsi dengan 4 program kesehatan spesifik untuk setiap propinsi/district team, workshop penyusunan proposal dilaksanakan selama 9 hari pada setiap district team berdasarkan problem kesehatan masing-masing. Selanjutnya setiap district team mengimplementasikan program mereka pada daerah yang telah ditentukan serta memonitor perkembangannya. Workshop untuk evaluasi dilaksanakan selama 3 hari dengan mempresentasikan hasil yang diperoleh.

Rangkaian kegiatan dengan pendekatan action research (PROAR) ini menunjukkan hasil yang cukup menakjubkan pada daerah uji coba, sehingga kegiatan ini dikembangkan lebih menyeluruh di Malaysia dengan mengaktifkan peran district health team.

- d. *Training Penguatan Manajemen Kesehatan Lokal (Ranken, 1990)*  
Berikut ini beberapa studi kasus dalam hal penguatan manajemen kesehatan lokal melalui training.

*(i). Bombay*

Pemerintah kota Bombay mengembangkan program terobosan pada 56 pos kesehatan yang masing-masing melayani sekitar 50.000 penduduk. Training dan workshops 3 bulanan diikuti para tenaga medis, perawat kesehatan masyarakat (public health nurses), dan petugas kesehatan lainnya. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan skill mereka sebagai tenaga pos kesehatan pada lokasi masing-masing. Kegiatan workshop membimbing

para peserta bagaimana mengidentifikasi problem dan sumber daya kesehatan melalui community diagnosis, bagaimana menyusun perencanaan pos kesehatan berdasarkan kebutuhan lokal dan monitoring/reviewing serta pemecahan masalah (problem solving) terhadap masalah kesehatan yang muncul.

Rangkaian kegiatan workshop tersebut di atas berdampak positif dengan terlaksananya community surveys di seluruh pos kesehatan, setiap pos memiliki peta wilayah, profil problem kesehatan, resources, struktur sosial dan penentuan prioritas problem kesehatan.

*(ii). Zambia*

Program pengembangan manajemen 3 tahunan dilaksanakan untuk memperkuat perencanaan, penganggaran dan sistem informasi kesehatan. Pada akhir tahun pertama, setiap Tim propinsi telah terlatih untuk melangsungkan workshop triwulanan untuk district health team masing-masing. Pada district level, diperoleh peningkatan yang bermakna dalam hal problem solving skills. Pada level health centre terdapat peningkatan kemampuan pengumpulan data serta perencanaan dan supervisi program kesehatan.

**4. Peran masyarakat dan lintas-sektor terkait dalam proses perencanaan kesehatan kabupaten/kota**

Deklarasi pada konferensi di Harare tentang penguatan system kesehatan pada level district berbasis Primary Health Care (PHC) disebutkan bahwa kerjasama unsur masyarakat dan segenap faktor terkait termasuk sektor kesehatan sangat dibutuhkan dalam rangka efektivitas penguatan sistem kesehatan pada level district (WHO, 1987).

Menurut Collins (1994), dalam hal manajemen dan perencanaan kesehatan, berbagai alasan untuk memfokuskan perhatian pada partisipasi masyarakat (community participation) :

1. Efektivitas program lebih mudah dicapai. Hal ini dimungkinkan oleh karena manajemen dan perencanaan lebih mengarah kepada kebutuhan masyarakat lokal. Selain itu, masyarakat dapat memberikan kontribusi yang penting dalam proses monitoring dan evaluasi program.
2. Melalui partisipasi masyarakat, sustainabilitas program kesehatan dapat diperoleh dengan lebih mudah. Hal ini disebabkan program lebih sesuai dengan kebutuhan lokal serta resources yang esensial dapat diperoleh dari mereka.
3. Dengan proses community participation yang efektif, dapat merupakan prinsip akuntabilitas dari masyarakat terutama dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan.
4. Dengan community participation, tingkat penerimaan program kesehatan oleh masyarakat dapat lebih mudah diperoleh yang pada gilirannya akan meningkatkan utilitas dan cakupan pelayanan kesehatan.

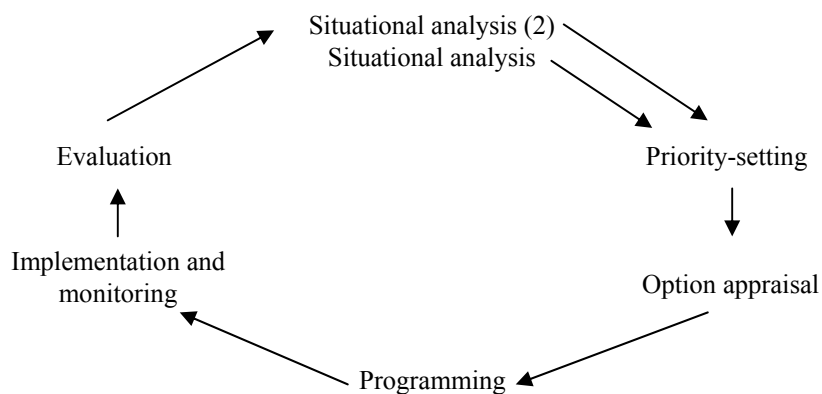
5. Pada situasi dengan keterbatasan sumber daya yang ada, masyarakat dapat berperan dalam hal kontribusi tenaga, lahan, material dan bahkan pembiayaan.

**5. *Planning cycle/siklus perencanaan dalam implementasi proses perencanaan kesehatan kabupaten/kota***

Berbagai model siklus perencanaan sering digunakan dengan terminologi berbeda, namun pada dasarnya setiap sistem tersebut membutuhkan (Omar, 2001) :

- a. Analisis situasi yang menjawab pertanyaan : *where are we now?*
- b. Penentuan tujuan (priority, goal dan objective) : *where do we want to go?*
- c. Seleksi intervensi, menjawab pertanyaan : *how do we get there?*
- d. Penyusunan program dan pembiayaan : *with what means can we go there?*
- e. Implementasi dan Monitoring : *what do we do to reach there?*
- f. Evaluasi yang menjawab pertanyaan : *how do we know ehen we have arrived?*

Green (1999) mengajukan suatu model yang digambarkan sebagai “*planning spiral*” sebagai berikut :



***The Planning Spiral***

Sumber : Green A, *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*, 1999, hal. 31

**a. *Situational analysis***

Adalah tahap pertama dari *planning spiral* yang merupakan assessment / penilaian situasi sekarang dari berbagai sudut pandangan. Oleh karena itu, sangatlah penting menetapkan indikator untuk membandingkan situasi saat ini dengan perkembangan yang terjadi sebagai akibat implementasi kegiatan yang telah direncanakan. Dalam proses pengumpulan data, perlu ditetapkan metodenya (sistem pengumpulan data rutin, large-scale surveys, local rapid assessment), dan teknik yang paling tepat digunakan seperti interview, observasi dan focus group (Omar, 2001).

**b. *Priority-setting***

Adalah tahap kedua dari planning spiral yang mengisyarakan tujuan apa yang ingin dicapai berdasarkan analisis situasi sebelumnya. Tahap ini meliputi (Omar, 2001) :

(i). *Penentuan problem prioritas*

Sebagai langkah awal adalah membuat list/daftar problem kesehatan berdasarkan informasi analisis situasi yang ada pada profil kesehatan kabupaten/kota. Selanjutnya menyeleksi hanya beberapa problem utama melalui diskusi dengan segenap Tim perencana kabupaten/kota. Beberapa kriteria yang dapat digunakan antara lain *magnitude, equity, vulnerability*.

(ii). *Problem analysis*

Setelah problem utama terseleksi, langkah berikutnya adalah menganalisis problem prioritas, misalnya dengan menggunakan pohon masalah.

(iii). *Penentuan goal dan objective*

Setelah program prioritas dianalisis, tahap berikutnya adalah penentuan tujuan (goal dan objective).

**c. *Option appraisal***

Adalah tahap ketiga dari planning spiral berupa pengajuan dan penilaian berbagai intervensi kegiatan untuk mencapai tujuan dan target yang telah ditentukan sebelumnya. Untuk mencapai target tersebut, terdapat berbagai cara atau intervensi yang dapat dilakukan (Green, 1999).

Beberapa kriteria yang dapat digunakan untuk seleksi intervensi kegiatan, antara lain (Omar, 2001) :

(i). *Appropriateness* : kesesuaian dengan kebutuhan, kondisi lokal dan tingkat penerimaan oleh masyarakat pada kabupaten/kota yang bersangkutan.

(ii). *Effectiveness* : efektivitas intervensi kegiatan terpilih

(iii). *Cost* : biaya yang lebih cost efektif dari intervensi kegiatan terpilih bila dibandingkan intervensi lainnya

(iv). *Feasibility* : mampu dilaksanakan baik secara teknis maupun administratif

(v). *Sustainability* : kesinambungan dari intervensi kegiatan terpilih

**d. *Programming dan budgeting***

Adalah tahap keempat dari planning spiral yang memindahkan rangkaian kegiatan sebelumnya ke dalam bentuk program kegiatan yang masing-masing dilengkapi dengan pembiayaan dan sumber daya lainnya. Hasil dari proses ini adalah dokumen perencanaan (Green, 1999).

**e. *Implementation dan monitoring***

Adalah tahap kelima dari planning spiral yang mentransformasi kegiatan ke dalam bentuk yang lebih spesifik dalam hal waktu, biaya dan dalam bentuk

yang lebih operasional (operational plan/workplan). Kegagalan dalam tahap ini merupakan problem utama perencanaan kesehatan kabupaten/kota (Collins, 1994). Hal yang juga esensial dalam tahap ini adalah monitoring dari implementasi kegiatan (Green, 1999).

**f. Evaluation**

Adalah tahap terakhir dari planning spiral dan dapat menjadi dasar untuk analisis situasi berikutnya (Green, 1999). Hal ini akan menjawab pertanyaan (Omar, 2001)

- (i). Apakah objectives/tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya tercapai?
- (ii). Jika tidak tercapai, bagaimana cara mengatasi hambatan yang dijumpai?
- (iii). Apakah kegiatan yang dievaluasi cukup bernilai? Apakah dapat dilanjutkan atau dikembangkan?

**D. PEMBAHASAN**

Berdasarkan permasalahan yang dihadapi guna mewujudkan sistem perencanaan yang efektif dalam mengakomodir problem kesehatan masyarakat lokal (kabupaten/kota) serta mengacu pada pengalaman berbagai negara seperti disampaikan dalam literatur review di atas, maka penulis mengajukan beberapa konsideran sebagai upaya penguatan sistem perencanaan kesehatan kabupaten/kota di Sulsel yang tentunya perlu disesuaikan dengan kondisi lokal masing-masing kabupaten/kota (Bakri, 2001) :

**1. Pembentukan Tim manajemen/perencana kesehatan kabupaten/kota**

Secara umum Dinas Kesehatan kabupaten/kota di Sulawesi Selatan belum memiliki Tim khusus yang secara fungsional bertanggung jawab terhadap kelangsungan proses manajemen/perencanaan kesehatan termasuk dalam mengakomodir problem kesehatan masyarakat. Tim serupa yang pada banyak negara dikenal sebagai District Health Management Team (DHMT) merupakan sasaran penguatan manajemen/perencanaan kesehatan dan beranggotakan penanggungjawab program dan staf lainnya termasuk staf administrasi.

Tim perencana kesehatan kabupaten/kota di Sulawesi Selatan dapat terdiri dari Kadinkes sebagai ketua Tim dengan anggota para Kasubdin/penanggungjawab program atau staf terutama yang telah mengikuti pelatihan P2KT dan pelatihan manajemen kesehatan lainnya. Direktur RSUD kabupaten/kota serta stafnya dapat pula berintegrasi dengan Tim ini (d disesuaikan dengan kondisi lokal masing-masing). Fungsi dari Tim ini antara lain mengintegrasikan kebijakan kesehatan nasional dan provinsi dengan kondisi lokal kabupaten/kota, mengumpulkan informasi yang relevan, menyiapkan profil kesehatan, menganalisis situasi kesehatan, menentukan program prioritas, mereview dan mengintegrasikan program kecamatan/Puskesmas dengan program kabupaten, koordinasi dengan District Health Board (DHB) atau Dewan Kesehatan kabupaten/kota serta bimbingan teknis kepada Tim perencana kecamatan/Puskesmas.

Untuk mengakomodir kebutuhan kesehatan masyarakat seoptimal mungkin, pada level kecamatan dapat dibentuk Sub-district Health Management Team (SDHMT) atau Tim manajemen/perencana kesehatan Kecamatan/Puskesmas. Tim ini terdiri Pimpinan Puskesmas sebagai ketua dan beranggotakan Bidan Puskesmas, Perawat, Bidan di Desa serta para penanggung jawab program Puskesmas terutama yang telah mengikuti pelatihan manajemen/perencanaan kesehatan seperti PROAR.

Fungsi dari Tim ini adalah melaksanakan fungsi manajemen/perencanaan Puskesmas seperti mengintegrasikan kebijakan dan perencanaan kesehatan kabupaten/kota dengan perencanaan Puskesmas, pengumpulan data dan informasi kesehatan dari Pustu, Polindes, Posyandu, Dukun serta dari para pengobat tradisional (Batra) dan kelompok masyarakat lainnya. Tim ini juga perlu berkoordinasi dengan Pemerintah Kecamatan dan lintas sektor terkait, tokoh agama dan tokoh masyarakat di wilayah kerjanya baik secara langsung maupun melalui Sub-district Health Board (Dewan Kesehatan Kecamatan).

## ***2. Peningkatan skill manajemen/perencanaan petugas kesehatan kabupaten/kota***

Secara umum, lemahnya kemampuan sebagian petugas kesehatan dalam berbagai aspek proses perencanaan khususnya pada kabupaten/kota di Sulawesi Selatan juga merupakan salah satu kendala dalam implementasi desentralisasi di bidang kesehatan. Walaupun telah diadakan Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) bagi para petugas Dinas Kesehatan kabupaten/kota serta pelatihan Problem Oriented Action Research (PROAR) bagi para petugas Puskesmas dan beberapa petugas Dinas Kesehatan kabupaten/kota, namun masih dijumpai berbagai kekurangan dalam hal intensitas, metode, jangka waktu pelatihan, serta ruang lingkup materi pelatihan.

Sebagai perbandingan, peningkatan skill manajemen/perencanaan kesehatan dalam rangka penguatan sistem perencanaan kesehatan district di Gambia menggunakan siklus perencanaan 6 bulanan selama 5 tahun, program CHIPPS pada 3 Provinsi di Indonesia menggunakan pendekatan berbagai small-scale surveys serta metode pengumpulan dan analisis data dan pengembangan problem-solving approach. Demikian pula halnya dengan pendekatan action research untuk problem solving (PROAR) 9 bulanan di Malaysia di era tahun 80-an serta penguatan manajemen kesehatan lokal di Bombay dengan pendekatan community diagnosis serta pengembangan manajemen 3 tahunan di Zambia.

Oleh karena itu, untuk meningkatkan kemampuan petugas kesehatan dalam berbagai aspek proses perencanaan, terlebih dahulu perlu dilakukan need assesment pada masing-masing kabupaten/kota guna mengetahui secara jelas aspek/skill yang mana yang lebih prioritas untuk ditingkatkan. Hal ini misalnya metode pengumpulan data seperti rapid survey, prevalence survey serta analisis data dalam rangka membangun sistem informasi kesehatan kabupaten/kota yang handal dalam rangka penguatan perencanaan.

Aspek lain yang juga patut dipertimbangkan oleh masing-masing kabupaten/kota adalah peningkatan kemampuan menggunakan problem approach, kemampuan dalam penentuan prioritas serta kemampuan dalam pengembangan komunikasi diantara diantara petugas kesehatan maupun dengan segenap stakeholder serta

dengan unsur masyarakat dalam rangka advokasi program kesehatan. Oleh karena itu Dinas Kesehatan kabupaten/kota perlu melaksanakan pelatihan pada berbagai aspek proses perencanaan dengan mengoptimalkan peran Tim perencana kesehatan baik pada level Dinas maupun Puskesmas. Metode pelatihan *learning by doing* dapat diterapkan yang tentunya perlu disesuaikan dengan kondisi lokal masing-masing.

### **3. *Peningkatan peran serta masyarakat dan kerjasama lintas-sektoral dalam proses perencanaan kesehatan kabupaten/kota***

Sebagaimana diutarakan sebelumnya pada bagian literatur review bahwa dalam manajemen dan perencanaan kesehatan, berbagai dampak positif dapat diperoleh bila perhatian difokuskan pada penggalangan kerjasama lintas sektoral serta peningkatan peran serta masyarakat antara lain diperolehnya efektivitas, sustainabilitas, akuntabilitas serta kemudahan penerimaan masyarakat terhadap pelaksanaan program kesehatan.

Dalam konteks kabupaten/kota di Sulawesi Selatan, kurang dilibatkannya unsur masyarakat dan sektor terkait dalam proses manajemen dan perencanaan kesehatan di masa yang lalu, menyebabkan kurangberhasilan dalam memecahkan problem kesehatan masyarakat. Oleh karena itu guna memecahkan permasalahan tersebut, beberapa upaya berikut dapat dilakukan pada kabupaten/kota.

#### **a. *Pembentukan District Health Board (Dewan Kesehatan Kabupaten)***

Tim ini dapat beranggotakan Kadinkes kabupaten/kota dan perwakilan segenap lintas-sektor terkait di kabupaten/kota, organisasi non Pemerintah, unsur tokoh masyarakat dan tokoh agama termasuk unsur DPRD (Lieberman dan Marzoeki, 1999). Tim ini berfungsi antara lain sebagai wadah untuk menampung aspirasi masyarakat dalam bidang kesehatan, pengembangan kebijakan kesehatan, perumusan perencanaan kesehatan strategik, monitoring dan evaluasi serta memberikan pertimbangan kepada Tim perencana Kesehatan kabupaten/kota dalam pelaksanaan aktivitasnya.

#### **b. *Pembentukan Sub-District Health Board (Dewan Kesehatan Kecamatan)***

Tim ini terdiri dari Kepala Puskesmas, unsur Pemerintah Kecamatan, Ketua PKK dan segenap lintas-sektor terkait serta tokoh masyarakat dan tokoh agama di tingkat kecamatan. Tim ini berfungsi antara lain sebagai wadah untuk menampung aspirasi masyarakat dalam bidang kesehatan, membina dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) serta sebagai partner kerja Tim Perencana kesehatan kecamatan/puskesmas.

#### **c. *Pertemuan berkala dengan segenap lintas-sektor terkait dan unsur masyarakat***

Hal ini dapat dilakukan baik di tingkat kabupaten, kecamatan, maupun ditingkat desa. Tujuan dari pertemuan ini adalah untuk memperoleh masukan dari masyarakat dan lintas sektor terkait guna mengakomodir kebutuhan dan permasalahan kesehatan masyarakat setempat seoptimal mungkin. Selain itu, melalui pertemuan berkala tersebut, diharapkan diperoleh dukungan dan konsensus sebagai upaya advokasi program kesehatan.

#### **d. *Peningkatan peran masyarakat dalam proses perencanaan kesehatan lokal***

Hal ini dapat diwujudkan dengan cara mengikutsertakan masyarakat dalam siklus perencanaan mulai dari proses pengumpulan data kesehatan lokal seperti survei rumah tangga, informasi umum situasi desa, identifikasi problem kesehatan, penentuan prioritas, bahkan penyusunan program, implementasi serta monitoring/evaluasi kegiatan kesehatan lokal yang dapat mereka lakukan.

#### ***4. Aplikasi siklus perencanaan dalam implementasi proses perencanaan kesehatan kabupaten/kota***

Sebagaimana disampaikan sebelumnya pada bagian literatur review, berbagai model siklus perencanaan dapat digunakan dalam proses perencanaan kesehatan kabupaten/kota. Namun demikian, pada dasarnya siklus tersebut melalui tahapan analisis situasi, penentuan tujuan, seleksi intervensi, penyusunan program dan pembiayaan, implementasi dan monitoring serta evaluasi.

Masing-masing tahapan siklus perencanaan tersebut di atas hendaknya dijadwalkan dengan baik dalam siklus perencanaan tahunan sebagai penjabaran dari rencana strategis (Renstra) kesehatan kabupaten/kota. Dengan demikian diharapkan rencana usulan kegiatan program kesehatan (RUK) kabupaten/kota telah melalui tahapan analisis situasi dan identifikasi masalah, penentuan tujuan dan program prioritas serta seleksi intervensi kegiatan sebelum diajukan ke Bappeda.

#### **E. KESIMPULAN**

Pemberlakuan UU No. 22 tahun 1999 dan PP No. 25 tahun 2000, merupakan peluang terlaksananya desentralisasi bidang kesehatan pada kabupaten/kota khususnya sistem perencanaan kesehatan. Oleh karena itu untuk mengakomodir kebutuhan dan permasalahan kesehatan masyarakat setempat, penguatan sistem perencanaan kesehatan kabupaten/kota mutlak diperlukan. Hal ini dapat ditempuh melalui berbagai pendekatan yakni pembentukan Tim perencana kesehatan kabupaten/kota, peningkatan skill perencanaan petugas kesehatan, peningkatan peran serta masyarakat dan kerjasama lintas sektoral serta mengaplikasikan siklus perencanaan dalam proses perencanaan kesehatan kabupaten/kota.

## ***KEPUSTAKAAN***

1. BAKRI H (2001) Strengthening decentralised health planning at district level in South Sulawesi Province (MA Health Management, Planning and Policy dissertation) Leeds: University of Leeds, Nuffield Institute for Health
2. BOSSERT T, SOEBEKTI R, and RAI NK (1991) “Bottom up” planning in Indonesia: decentralisation in the ministry of health Health Policy and Planning 6 (1) pp 55-63
3. BRYANT M (1999) Planning for and within Decentralised Health Systems UinU Kolehmainen-Aitlen RL (eds) Myths and Realities about the Decentralisation of Health Systems Boston: Management Sciences for Health, pp 11-26
4. CASSELS A and JANOVSKY K (1995) Strengthening health management in districts and provinces: Hand book for facilitators Geneva: World Health Organisation
5. COLLINS C (1994) Management and Organisation of Developing Health Systems Oxford : Oxford university Press
6. COLLINS C and BARKER C (2001) Health sector decentralisation and management Tropical Doctor 31 pp 11-15
7. CONN C P, JENKINS P, and TOURAY SO (1996) Strengthening health management: experience of district teams in the Gambia Health Policy and Planning 11 (1) pp 64-71
8. GREEN A (1999) An Introduction to Health Planning in Developing Countries second edition. Oxford: Oxford University Press
9. JANOVSKY K (1998) The Challenge of Umplementation: District Health Systems for Primary Health Care Geneva: World Health Organisation
10. LIEBERMAN S S, MARZOEKI P (1999) Health strategy in a post-crisis, decentralising Indonesia Jakarta (Unpublished)
11. OMAR M (2001) Management and planning for the district (Lecture handout. Option: Health Management Planning and Policy) Unpublished
12. RANKEN J (1990) Training. Strengthening local health management Health Policy and Planning 5 (3) pp 292-296
13. VAUGHAN P, MILLS A, and SMITH D (1984) District Health Planning and Management London: EPC Publication (2)

14. WORLD HEALTH ORGANISATION (1987) Declaration on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care Harare: WHO