

**STUDI KASUS PENERAPAN KONSEP PERENCANAAN DAN
PENGANGGARAN KESEHATAN TERPADU (P2KT) PASCA
PELATIHAN P2KT DALAM RENCANA PEMBANGUNAN
KESEHATAN DI KOTA SURAKARTA**



TESIS

**Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S-2**

MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh :

Yuni Rahayuningtyas

NIM. E4A000058

Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2004**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul

**STUDI KASUS PENERAPAN KONSEP PERENCANAAN DAN
PENGANGGARAN KESEHATAN TERPADU (P2KT) PASCA PELATIHAN
P2KT DALAM RENCANA PEMBANGUNAN KESEHATAN DI KOTA
SURAKARTA**

disusun oleh
Yuni Rahayuningtyas
NIM. E4A000058

Telah dipertahankan didepan dewan Penguji
Pada tanggal 27 Desember 2004
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Dra. Chriswardani S, MKes
NIP. 131 832 258

Pembimbing Pendamping

Lucia Ratna KW, SH, MKes
NIP. 132 084 300

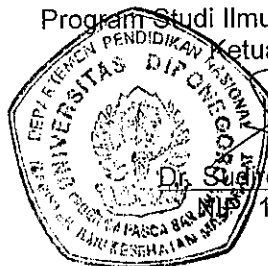
Penguji I

Dr. Sudiro, MPH, Dr.PH
NIP. 131 252 965

Penguji,II

Dr. Yuswanti, MHSc
NIP. 140 241 329

Semarang, Desember 2004
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program



Dr. Sudiro, MPH, Dr.PH
NIP. 131 252 965

ii

UPT-PUSTAK-UNDIP	
No. Daft:	3583/1/mknle/
Tgl.	9/3/05

PERNYATAAN

Saya, Yuni Rahayuningtyas yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah hasil karya saya sendiri yang belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun program lainnya.

Karya ini adalah milik saya,
karena itu pertanggungjawaban sepenuhnya berada di pundak saya

Yuni Rahayuningtyas

Desember 2004

RIWAYAT HIDUP

- Nama : Yuni Rahayuningtyas, SKM
- Tempat dan Tanggal Lahir : Purworejo, 5 Juni 1970
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Agama : Islam
- Alamat : Jl. Nanggulan Blok H3/1 Salatiga
- Riwayat Pendidikan : - Lulus SD Kanisius Gendongan II Salatiga
Tahun 1982
- Lulus SMP Negeri I Salatiga Tahun 1985
- Lulus SMA Negeri I Salatiga Tahun 1988
- Lulus Fakultas Kedokteran – Program Studi
Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro
Semarang Tahun 1993
- Riwayat Pekerjaan : - Guru Sekolah Perawat Kesehatan Tahun 1993 –
1995
- Karyawan Kanwil Depkes Propinsi Jawa Tengah
tahun 1995 - 2001
- Karyawan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa
Tengah tahun 2001 sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia Nya , sehingga tesis ini akhirnya dapat terselesaikan juga. Tesis ini berjudul *Studi Kasus Penerapan Konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) Pasca Pelatihan P2KT Dalam Rencana Pembangunan Kesehatan di Kota Semarang*. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Master Kesehatan – Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini terselesaikan berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis sampaikan penghargaan dan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Dra. Chriswardani S, MKes selaku pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu dan membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini
2. Ibu Lucia Ratna, SH, MKes selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini
3. Bapak Dr. Sudiro, MPH, Dr.PH selaku penguji tesis, atas masukan dan pengkayaan materi yang telah diberikan pada penulis,
4. Bapak Dr. Yuswanti, MHSc selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan guna perbaikan tesis ini,
5. Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca sarjana Universitas Diponegoro Semarang dan staf yang telah memberikan ijin dan membantu selama pendidikan

6. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah beserta staf yang telah memberikan ijin, kesempatan dan membantu kami baik selama menempuh masa pendidikan maupun dalam pekerjaan sehari-hari.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta beserta staf yang telah memberikan ijin dan membantu dalam pengumpulan data selama penelitian.

Selain itu, penulis juga ingin menyampaikan rasa terima kasih tak terhingga kepada suami terkasih Mahmud Ibnu Subarokah, Ssi yang selalu menyertai, menyemangati dan tak kunjung berhenti memberikan dorongan dan doa, kedua orang tua di Salatiga serta kedua anak kami yaitu Lazuardi Rafani Yunas Mahmud dan Talitha Xaviera Nada sebagai sumber inspirasi dan energi untuk tetap bersemangat dalam penyelesaian pendidikan kami.

Akhirnya Penulis senantiasa mengharap saran dan masukan guna perbaikan tesis ini, sehingga bermanfaat bagi siapa saja yang membacanya. Insya Allah.

Semarang, Desember 2004

Penulis

ABSTRAK

Yuni Rahayuningtyas

Studi Kasus Penerapan Konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) Pasca Pelatihan P2KT Dalam Rencana Pembangunan Kesehatan di Kota Surakarta

Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan petugas kesehatan kabupaten/kota dalam melakukan penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan, dimana dalam era desentralisasi kemampuan ini sangat penting mengingat Dinas Kesehatan kabupaten / Kota harus mengetahui permasalahan dan kebutuhannya beserta upaya intervensi untuk penanggulangannya. Konsep P2KT yang telah dilatihkan ini diharapkan dapat diterapkan pada instansi Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota, namun demikian banyak faktor yang mempengaruhi implementasinya; antara lain : faktor-faktor pelatihan, peserta (yang meliputi pengetahuan, sikap dan perilaku), faktor lingkungan organisasi serta organisasi eksternal.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT pasca pelatihan P2KT. Jenis penelitian kualitatif melalui studi kasus pada tim perencana pembangunan kesehatan kota Surakarta sebanyak 8 orang dan 5 orang pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Pengambilan data dengan metoda *Focus Group Discussion* (FGD) dan Wawancara Mendalam dengan menggunakan pedoman, selain itu dilakukan penelusuran laporan tahunan dan dokumen perencanaan lain dengan memakai ceklis observasi. Validasi dan reliabilitas pengumpulan data dengan menggunakan metode triangulasi. Analisis data melalui deskriptif analisis yang dilakukan secara bersamaan (*on going analysis*). Langkah selanjutnya menyusun transkrip pengumpulan data, koding, kemudian disusun dalam bentuk kategori dan hubungan antar katagori yang dianalisis untuk mengambil keputusan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor – faktor pelatihan mempengaruhi pengetahuan, sikap dan pengetahuan peserta pelatihan terhadap konsep P2KT, namun demikian dalam penerapannya terdapat faktor lain yang ikut mempengaruhi yaitu faktor lingkungan organisasi dan organisasi eksternal. Di Kota Surakarta untuk tahun 2004, konsep P2KT telah diterapkan dalam penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan, namun masih pada tahap analisis situasi, sedangkan penerapan sepenuhnya akan dilaksanakan dalam penyusunan perencanaan tahun 2005. Penerapan Konsep P2KT oleh tim masih cukup banyak mengalami kendala, meskipun terdapat juga peluang dan dukungan untuk selalu mengembangkannya.

Karena penerapan konsep ini tidak lepas dari peranan semua pihak maka disarankan kepada Tim P2KT Kota Surakarta untuk meningkatkan kemampuan anggota tim, melakukan kerja sama dan koordinasi, penjadwalan rutin. Kepada Dinas Kesehatan Kota Surakarta disarankan untuk menerbitkan Surat Keputusan pembentukan Tim P2KT, adanya batasan tugas dan fungsi yang jelas, pemberian insentif, dan peningkatan advokasi dan negosiasi. Kepada Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah disarankan untuk menerbitkan modul Pelatihan P2KT yang lebih aplikatif, persamaan persepsi antar fasilitator serta pendampingan dalam proses perencanaan.

Kata Kunci : Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu, Pasca Pelatihan P2KT, Rencana Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta,
Kepustakaan : 41 (1983 – 2002).

ABSTRACT

Yuni Rahayuningtyas

Case Study about Applying of the Planning and the Budgeting Concept of Integrated Health after P2KT Training in Planning of Health Development in Surakarta City

Training of the Planning and the Budgeting Concept of Integrated Health is an effort to improve a capability and a skill of District/Municipality's Health Worker in making the planning and the budgeting for health development. In decentralization era, that capability is needed by the District Health Office to identify the problems, the necessities, and the way to overcome those problems. Hope The District Health Office could apply P2KT concept. The factors that influence implementation of P2KT concept as follows: the training factor, the participant factors (consist of knowledge, attitude, and practice), the environmental factor of organization, and the external organization factor.

Aims of research were to identify the factors that influence the composing of the planning and the budgeting of health development after P2KT training in Surakarta City. This was the qualitative research. Case study was done to eight persons who were the planner team of health development and five persons who were the structural officer at the Health Office of Surakarta City. Collecting of data used Focus Group Discussion, In-depth Interview, and Observation method (tracing of annual report and the other documents). Validity and Reliability in collecting of data used triangulation method. Data was analyzed by a descriptive analysis that was done together (on going analysis). Next steps were composing the transcript, coding, making categories, and checking the relationship among categories.

The results of this research show that the training factors influence the knowledge, the attitude, and the practice of participant to P2KT concept. Beside that, the environmental factor of organization, and the external organization factor influence either. In 2004, in Surakarta City, P2KT concept was applied in composing of the planning and the budgeting of health development but it was still the step of situational analysis. Whole application would be done in composing of the planning in 2005. Applying of P2KT concept still have the obstruction.

P2KT team of Surakarta City should improve the capability of team member, do coordination, and make the routine schedule. Head of the Surakarta City Health Office should publish the decree of P2KT team, make a job description, give incentive, and improve advice and negotiation. Head of Provincial Health Office of Central Java should publish the module of P2KT training that more applicable, make the same perception among facilitators, and assist in planning process.

Key Words : Planning and Budgeting of Integrated Health, After P2KT
Training, Planning of Health Development in Surakarta City
Bibliography : 41 (1983-2002)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian	14
D. Ruang Lingkup	14
E. Manfaat Penelitian	15
F. Keaslian Penelitian	17
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	19
A. Perencanaan	19
B. Penganggaran	22
C. Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)	25
D. Konsep Sistem Pelatihan	34
E. Pelatihan P2KT di Jawa Tengah	43
F. Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Kesehatan di Kota Surakarta	49
G. Perilaku Petugas	51
H. Lingkungan Organisasi	59
I. Tim Perencana Kesehatan Kota Surakarta	63
J. Landasan Teori	65
K. Kerangka Teori	66
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	67
A. Kerangka Konsep	67
B. Rancangan Penelitian	68
C. Populasi dan Sampel Penelitian	68
D. Definisi Operasional	69
E. Teknik Pengumpulan Data	71
F. Uji validitas dan Reliabilitas Data	71
G. Alat Pengumpul Data	72
H. Prosedur Penelitian	73
I. Analisis Data	74

BAB IV	HASIL PENELITIAN.....	81
	A. Gambaran Umum Tim P2KT Kota Surakarta	81
	B. Hasil Group Discussion (FGD).....	86
	1. Karakteristik Reponden	86
	2. Pengetahuan Tim P2KT Kota Surakarta tentang Konsep P2KT	87
	3. Sikap Tim P2KT terhadap Konsep P2KT dalam Penyusunan Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta.....	98
	4. Ketrampilan / Praktek Dalam Penerapan Konsep P2KT	104
	C. Hasil Wawancara Mendalam.....	108
	1. Kepemimpinan	108
	2. Komitmen	111
	3. Motivasi	111
	4. Komunikasi dan koordinasi	112
	5. Budaya Kerja	113
	6. Sarana dan prasarana	113
	7. Organisasi eksternal	114
BAB V	PEMBAHASAN.....	123
	A. Keterbatasan Penelitian	123
	B. Pengetahuan Tim P2KT Kota Surakarta tentang Konsep P2KT.....	124
	C. Sikap Tim P2KT terhadap Konsep P2KT dalam Penyusunan Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta.....	127
	D. Ketrampilan / Praktek Dalam Penerapan Konsep P2KT.....	130
	E. Lingkungan Organisasi	133
	F. Organisasi eksternal	144
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN.....	146
	A. Kesimpulan	146
	B. Saran	150

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 : Perbedaan Rencana Strategis dan Rencana Operasional	20
Tabel 2.2 : Beberapa Pendekatan Penyusunan Anggaran	24
Tabel 2.3 : Sumber Informasi yang Ddibutuhkan untuk Analisis Situasi	32
Tabel 2.4 : Gambaran Pelatihan P2KT yang telah Dilaksanakan di Jawa Tengah.....	44
Tabel 3.1 : Metodologi Penelitian.....	76
Tabel 4.1 : Penekanan Pengetahuan Informan terhadap Konsep P2KT ...	88
Tabel 4.2 : Penekanan Jawaban Informan pada Pertanyaan tentang Materi Pelatihan P2KT	90
Tabel 4.3 : Penekanan Jawaban Informan pada Pertanyaan tentang Langkah-langkah P2KT.....	92
Tabel 4.4 : Ringkasan Hasil FGD dari Pendapat Informan tentang Pengetahuan P2KT	96
Tabel 4.5 : Ringkasan Hasil FGD tentang Sikap Informan terhadap Konsep P2KT	102
Tabel 4.6 : Ringkasan Hasil FGD tentang Ketrampilan Tim Perencanaan Pembangunan Kota Surakarta dalam menerapkan Konsep P2KT	107
Tabel 4.7 : Ringkasan Hasil Wawancara Mendalam tentang Penerapan Konsep P2KT	118

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Pendekatan Sistem Pasca Pelatihan	41
Gambar 2 : Organisasi sebagai Sistem Terbuka.....	61
Gambar 3 : Kerangka Teori	66
Gambar 4 : Kerangka Konsep	67

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Pedoman Focus Group Discussion (FGD)
- Lampiran 2 : Pedoman Wawancara Mendalam
- Lampiran 3 : Pedoman / Ceklis Observasi
- Lampiran 4 : Transkrip Hasil Focus Group Discussion (FGD)
- Lampiran 5 : Resume Hasil Wawancara Mendalam
- Lampiran 6 : Hasil Observasi Dokumen
- Lampiran 7 : Perijinan
- Lampiran 8 : Dokumentasi (foto) pelaksanaan FGD

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Reformasi sektor kesehatan merupakan perubahan dinamis yang direncanakan dan dilakukan secara sistematis dan terencana, dengan alasan masalah kesehatan telah dan sedang berubah dengan cepat, yang memerlukan strategi dan perangkat sistem yang lebih fleksibel dan responsif. Perubahan tidak hanya terjadi di masalah kesehatan namun juga pada faktor-faktor (determinan) kesehatan termasuk perubahan gaya hidup, lingkungan kesehatan, kependudukan dan dalam sistem pelayanan kesehatan. Adapun tujuan dari reformasi kesehatan ini adalah 1). pemerataan pelayanan dan derajat kesehatan, 2) peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan, 3). peningkatan efisiensi dan efektifitas biaya kesehatan. ⁽¹⁾

Reformasi sektor kesehatan bertumpu pada elemen-elemen antara lain 1) mobilisasi dana kesehatan dari masyarakat dan swasta yaitu lewat asuransi (JKM) dan penyesuaian tarif, 2) memberikan otonomi kepada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dalam menangkap potensi pasar, 3) mendorong pihak swasta untuk menyediakan pelayanan sekunder dan tertier serta memfokuskan prioritas program kesehatan pemerintah pada upaya promotif dan pelayanan primer serta penduduk kurang mampu, 4) menerapkan kebijaksanaan sistem kontrak dalam pengadaan dan pengangkatan tenaga kesehatan. ⁽²⁾

Undang - Undang no. 22 tahun 1999 tentang otonomi daerah merupakan suatu peluang sekaligus tantangan dalam proses manajemen pembangunan

kesehatan di daerah, mulai dari perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi. Kebijakan Otonomi Daerah berimplikasi terhadap proses pengambilan keputusan di daerah termasuk dalam pembiayaan atau penganggaran pembangunan termasuk pembangunan kesehatan.

Menurut Maskun (2001), Aspek penting perencanaan dalam membina dan mengembangkan otonomi daerah antara lain : 1) perencanaan dapat membedakan fungsi wewenang daerah yang otonomi dengan fungsi dekonsentrasi yang masih akan dibiayai oleh Pusat sehingga tidak akan terjadi tumpang tindih fungsi, tanggung jawab dan sasaran pembangunan; 2) dengan perencanaan dapat diperhitungkan potensi dan kapasitas daerah dalam menumbuhkan kelembagaan pemerintahan dan potensi sumber dayanya secara lebih tepat; 3) melalui perencanaan otonomi daerah mendapat dukungan kekuatan sebagai jaminan bagi daerah untuk membangun sarana dan prasarana fisik dimasa mendatang; 4) dengan perencanaan akan tumbuh kegiatan inovatif dan eksploratif sebagai landasan pembangunan daerah; serta 5) melalui perencanaan pembangunan sosial maka masyarakat disiapkan untuk lebih banyak mengerti situasi daerahnya dan peranannya untuk berpartisipasi. ⁽³⁾

Otonomi Daerah dalam perencanaan pembangunan khususnya sistem penganggaran lebih memberikan kewenangan pada daerah untuk mengatur alokasi anggaran sesuai dengan permasalahan dan potensi yang dimiliki (terdesentralisir). Dengan demikian otonomi yang demikian luas akan membawa implikasi bahwa petugas kesehatan harus mempunyai kemampuan yang lebih untuk menentukan prioritas pembangunan, strategi, alternatif untuk mengatasi masalah dalam menentukan anggaran, mobilisasi, serta alokasi sumber daya seefektif dan seefisien mungkin. ⁽⁴⁾

Departemen Kesehatan RI, dalam hal ini Biro Perencanaan Departemen Kesehatan Republik Indonesia bersama dengan Universitas Indonesia pada tahun 1996 menyusun suatu konsep penyusunan perencanaan yang bertujuan untuk mengatasi permasalahan perencanaan kesehatan di daerah terutama dalam era otonomi daerah. Konsep tersebut adalah Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan secara Terpadu (P2KT), dimana konsep ini berupaya untuk memadukan segala permasalahan kesehatan, segala upaya kesehatan, segala sumber pembiayaan untuk menghadapi tantangan khususnya dalam pembiayaan kesehatan dan peningkatan pelayanan kesehatan. Dibandingkan dengan konsep-konsep perencanaan sebelumnya (seperti Perencanaan DIP Terpadu, Perencanaan Terpadu Puskesmas dan sebagainya) maka konsep ini diharapkan akan dapat lebih melibatkan segenap aspek dan kekuatan di masyarakat dan pemerintah mulai dari tahap penentuan permasalahan, penyusunan alternatif pemecahan masalah, langkah-langkah kegiatan serta penganggarnya secara terpadu dan komprehensif.

Pengembangan Konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) yang dikembangkan oleh Biro Perencanaan Departemen Kesehatan Republik Indonesia; mempunyai ciri antara lain : 1) *Bottom Up Planning*, 2) komprehensif, 3) terintegrasi, 4) *target based planning* serta 5) mobilisasi sumber daya daerah. Penerapan P2KT dalam era otonomi daerah dirasakan lebih relevan, karena daerah dengan masalah, kebutuhan dan potensi yang dimilikinya akan lebih tepat dalam menentukan prioritas masalah kesehatan, jenis program yang akan dilaksanakan dengan kebutuhan anggarannya sehingga lebih besar dapat dijamin efektivitas dan efisiensinya ⁽⁵⁾

Tujuan diterapkannya konsep P2KT adalah mencapai keterpaduan baik permasalahan, pemecahan, langkah serta pembiayaan dari semua program maupun sektor. Proses P2KT dimulai dari analisa situasi, penyusunan masalah, penyusunan prioritas masalah, penyusunan alternatif permasalahan, penentuan tujuan, penyusunan rencana operasional kegiatan dan pembiayaan, pelaksanaan serta evaluasi. Keseluruhan langkah terangkum dalam "*Problem Solving Cycle*", yang diharapkan dapat dilakukan secara terpadu ⁽⁵⁾.

Sebelum dilaksanakan perencanaan kesehatan dengan menggunakan konsep P2KT, maka perlu dilakukan pelatihan P2KT. Hal ini sesuai dengan pendapat Henry Simamora yang menyatakan bahwa pelatihan adalah proses sistematis perubahan perilaku para karyawan dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan – tujuan organisasional. Dalam pelatihan diciptakan suatu lingkungan di mana para karyawan dapat memperoleh atau mempelajari sikap, kemampuan, keahlian, pengetahuan dan perilaku yang spesifik yang berkaitan dengan pekerjaan. ⁽⁶⁾

Di Propinsi Jawa Tengah pelatihan P2KT mulai dilaksanakan pada tahun 1999 dan kemudian dikembangkan bulan Juli 2000 pada 13 Kabupaten di wilayah Propinsi Jawa Tengah untuk menjadi daerah uji coba yaitu 1) Kabupaten Jepara, 2) Kabupaten Kebumen, 3) Kabupaten Banjarnegara, 4) Kabupaten Pekalongan, 5) Kabupaten Wonosobo, 6) Kabupaten Pati, 7) Kabupaten Purbalingga, 8) Kabupaten Semarang, 9) Kabupaten Wonogiri, 10) Kabupaten Karanganyar, 11) Kabupaten Kudus, 12) Kabupaten Grobogan dan 13) Kabupaten Temanggung.

Adapun tujuan dilaksanakannya pelatihan P2KT adalah agar tim perencanaan kesehatan Kabupaten mampu menyusun perencanaan kesehatan dengan konsep P2KT. Sehingga diharapkan setelah dilaksanakan pelatihan

peserta latih atau tim perencanaan kesehatan Kabupaten dapat menerapkan konsep P2KT dalam perencanaan kesehatannya tahun 2001, namun pada kenyataannya hingga tahun anggaran 2002, perencanaan kesehatan di 13 Kabupaten daerah uji coba belum sesuai dengan konsep P2KT. Perencanaan sebagaimana yang diharapkan masih belum tercapai, hal ini terlihat dari masih belum munculnya perencanaan terpadu berdasarkan permasalahan atau kondisi yang ada di daerah (*evidence based*) dan masih bersifat *top down*.

Sejak tahun 2002, berbagai upaya telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, untuk menggerakkan kabupaten/kota melaksanakan P2KT, antara lain:

1. Tersedianya anggaran bagi tim perencanaan kesehatan kabupaten/kota berupa uang transpor untuk proses penyusunan perencanaan dan anggaran kesehatan;
2. Menerbitkan pedoman pelaksanaan P2KT;
3. Membuka media komunikasi P2KT di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang dapat dihubungi setiap saat;
4. Menerbitkan kebijakan tentang penatalaksanaan P2KT berupa Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tentang Pembentukan tim fasilitator P2KT yang akan melatih dan memfasilitasi pelaksanaan P2KT di Kabupaten di Propinsi Jawa Tengah;
5. Melakukan supervisi / fasilitasi berkala maupun jika dibutuhkan;
6. Pembentukan tim perencanaan kesehatan Kabupaten.

Namun pada kenyataannya, penerapan perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu di Kabupaten daerah uji coba, masih belum terlihat pada perencanaan Kabupaten tahun 2003. Berdasarkan hasil supervisi perencanaan

kesehatan Kabupaten oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah serta pertemuan review Penerapan P2KT yang dilaksanakan pada tanggal 17 - 19 Desember 2003 terhadap kemampuan Kabupaten dalam hal ini kemampuan tim perencanaan kesehatan yang pernah dilatih dalam menerapkan P2KT di 13 Kabupaten/kota daerah uji coba didapatkan hasil atau informasi antara lain :

1. Tim masih belum mampu menerapkan konsep *problem solving cycle* dalam proses pengambilan keputusan.
2. Tim belum mampu melakukan analisa data dan pengambilan keputusan berdasar *evidence based*.
3. Tim belum mampu menyusun rencana sesuai permasalahan dan potensi yang dimiliki.
4. Tim belum mampu melaksanakan advokasi perencanaan dan anggaran kepada pengambil keputusan perencanaan dan anggaran di Kabupaten/kota.
5. Tim belum mampu menjamin akuntabilitas kegiatan dalam mencapai keberhasilan program maupun proyek.
6. Tim belum mampu mengembangkan mobilisasi dana bagi kesinambungan proyek / program di Kabupaten/kota.

Kurangnya kemampuan tim perencanaan kesehatan dalam menerapkan P2KT, mengakibatkan :

1. Penyusunan perencanaan kesehatan kurang optimal, Perencanaan kesehatan Kabupaten/kota tahun 2003 masih *fragmented* program sehingga sangat dimungkinkan akan terjadi *overlapping* kegiatan dan dana. Untuk perencanaan atau usulan kegiatan dengan sumber dana dari

pusat atau Propinsi Jawa Tengah sehingga perencanaan masih bersifat *top down* belum bersifat *bottom up* tergantung manajemen.

2. Perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kabupaten/ kota masih bersifat *historical budget*.
3. Perencanaan kegiatan dan anggaran di sektor kesehatan tahun 2003 belum berdasarkan *target based planning* namun masih berdasarkan dana yang akan diperoleh.
4. Pada setiap tahap perencanaan sering kurang melibatkan peran sektor atau program lain secara terpadu.
5. Belum dilaksanakannya advokasi perencanaan kesehatan di Kabupaten/ kota.

Melihat kondisi tersebut diatas, Tim fasilitator P2KT Propinsi Jawa Tengah pada bulan Agustus 2002 mengadakan *review* sekaligus evaluasi terhadap pelaksanaan pelatihan P2KT yang selama ini diselenggarakan, baik dari sisi modul, jadwal, metode, pelatih atau fasilitator, maupun peserta latih Pelatihan P2KT dengan hasil sebagai berikut :

1. 87 % dari 18 responden puas dengan kemampuan fasilitator menyampaikan materi.
2. 85,3 % responden puas dengan cara fasilitator menyampaikan materi.
3. 89 % responden puas dengan kemampuan fasilitator dalam memandu diskusi.
4. 91 % responden menyatakan puas dengan kedalaman materi yang diberikan.
5. 76,8 % responden menyatakan materi yang disampaikan mudah dipahami.

6. 84 % responden menyatakan modul yang diberikan mudah dipahami.
7. 90 % responden menyatakan puas dengan penyelenggaraan pelatihan (akomodasi dll).
8. 87,6 % responden menyatakan puas dengan cara / metode pelatihan.
9. 85 % responden menyatakan bahwa pelatihan ini mampu menambah pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam pembuatan perencanaan kesehatan sebagaimana konsep P2KT. Isi modul tidak aplikatif untuk dijadikan pegangan tim dalam melaksanakan P2KT sehingga masih membutuhkan peran fasilitator P2KT dalam memahami isi materi.
10. Waktu pelatihan yang relatif singkat (10 hari) membuat pelatihan dilakukan kurang detail (masih superfisial) sehingga tidak semua materi dalam modul dapat disampaikan.
11. Ada beberapa tim fasilitator P2KT yang tidak dapat hadir sehingga ada materi yang tidak dapat disampaikan.
12. Pendapat antara fasilitator P2KT satu dengan yang lainnya sering berbeda, sehingga peserta bingung menelaah mana yang benar.

Sehubungan hal tersebut diatas, tim fasilitator P2KT Propinsi Jawa Tengah mengadakan perubahan / perbaikan modul pelatihan P2KT, dan manajemen pelatihan P2KT, dimana modul pelatihan P2KT tersebut akan digunakan untuk pelatihan selanjutnya.

Pada tahun anggaran 2003, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah mengembangkan lokasi Kabupaten / Kota untuk dilatih P2KT. Pelatihan P2KT yang dilaksanakan pada bulan Juni 2003 diperuntukan pada tim perencanaan kesehatan di 3 (tiga) Kota yang ada di Jawa Tengah yaitu Kota Surakarta, Kota

Pekalongan dan Kota Salatiga, dengan menggunakan pengembangan modul P2KT terbaru dengan fasilitator tim fasilitator P2KT Propinsi Jawa Tengah.

Adapun tujuan umum dari pelatihan P2KT ini yang ingin dicapai yaitu : meningkatkan jangkauan dan kualitas perencanaan dan pelaksanaan program-program kesehatan di daerah khususnya program spesifik di daerah dalam mencapai target / sasaran program. Sedangkan tujuan khususnya antara lain : 1). meningkatnya kemampuan staf Kabupaten / Kota dalam melakukan analisa data dan pengambilan keputusan berdasar *evidence based* guna perumusan intervensi yang spesifik, efisiensi dan efektif; 2) meningkatnya kemampuan staf Kabupaten / Kota dalam menyusun rencana dan melaksanakan advokasi perencanaan di Kabupaten; 3). terjaminnya akuntabilitas kegiatan dalam mencapai keberhasilan program maupun proyek; serta 4). mengembangkan mobilisasi dana bagi kesinambungan proyek / program di Kabupaten / Kota.

Untuk mencapai tujuan tersebut diatas, maka materi pelatihan P2KT yang diberikan antara lain : Perencanaan Strategis, Konsep dan teknis menyusun P2KT, Peran Linsek dalam P2KT, Analisis Penganggaran Program (DHA), Penyusunan *Executive Summary*, Advokasi dan Negosiasi, Mobilisasi Dana. Sedangkan metode pelatihan dilakukan secara bertahap atau berkala dengan metoda kelas (*classical*) selama 6 hari dan pendampingan di lapangan selama 4 hari; dengan harapan bahwa metode ini tidak akan terlalu membebankan peserta dari sisi waktu, mendekatkan peserta terhadap sumber data sehingga *evidence based* dapat terwujud . Dengan bekal pengetahuan dan ketrampilan, diharapkan tim perencanaan kesehatan Kota mampu melaksanakan P2KT dengan baik dan benar sehingga perencanaan pembangunan kesehatan Kota sesuai dengan konsep P2KT.

Metode pelatihan adalah *experiential methods* yaitu metode yang mengutamakan komunikasi yang luwes, fleksibel dan lebih dinamis baik dengan instruktur / fasilitator, dengan sesama peserta dan langsung mempergunakan alat – alat yang tersedia guna menambah keterampilan peserta. Pelatihan dilakukan secara 3 tahap yaitu tahap pertama dilakukan selama 3 (tiga) hari dimana peserta diberi masukan materi P2KT, tahap kedua peserta kembali ke tempat kerja untuk menyusun rencana sesuai dengan konsep P2KT sebagaimana yang dilatihkan selama dua minggu, dan tahap ketiga peserta kembali ke tempat pelatihan selama tiga hari guna mempresentasikan hasil penyusunan rencana di tempat kerja, diskusi dan kesepakatan pelaksanaannya di tempat kerja.

Dari tujuan pelatihan yang diharapkan, belum sepenuhnya Perencanaan Kesehatan tahun 2004 telah menerapkan konsep P2KT oleh tim yang pernah dilatih P2KT, kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor baik dari sisi pelatihan yang dilaksanakan belum dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tim dalam menerapkan P2KT; faktor internal organisasi maupun organisasi eksternal. Hal ini terlihat pada perencanaan dan penganggaran kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2004 yang masuk di Sub Dinas Perencanaan Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah serta hasil supervisi perencanaan ke 3 kota lokasi pelatihan (yaitu kota Surakarta, kota Pekalongan dan kota Salatiga) masih menunjukkan bahwa perencanaan kesehatan yang disusun belum sesuai dengan konsep P2KT.

Dari 22 kabupaten/kota yang pernah dilatih P2KT mulai tahun 2000 sampai dengan tahun 2003, maka setelah diadakan pemilihan acak terpilih Kota Surakarta sebagai kota sasaran penelitian. Terpilihnya kota Surakarta cukup mewakili gambaran penerapan P2KT di kabupaten/kota yang telah dilatih.

Beberapa alasan yang dapat dikemukakan terhadap pemilihan kota Surakarta antara lain : 1). Kota Surakarta merupakan salah satu kota yang mendapatkan pelatihan P2KT yaitu pada tahun 2003; 2). Kota Surakarta bersepakat untuk menerapkan konsep P2KT (terutama tehnik perencanaan dan penganggarannya dengan mempergunakan alat-alat bantu perencanaan) dalam Perencanaan Pembangunan Kesehatan tahun 2004; 3). Kota Surakarta dari sisi geografis cukup dekat untuk dijangkau; 4). Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta cukup kondusif dan menerima baik kegiatan P2KT. Namun demikian ada beberapa kendala dalam penyusunannya sehingga ada beberapa pihak yang merasa tidak puas terhadap hasil perencanaan yang disusun oleh Tim yang pernah dilatih P2KT. Hal ini diketahui pada saat Seminar Hasil Pelatihan serta forum perencanaan advokasi yang dipergunakan untuk mensosialisasikan serta mendapatkan dukungan pengambil keputusan terhadap perencanaan kesehatan tahunan yang telah disusun.

Sebagaimana pendapat Gomes yang menyatakan bahwa pelatihan dikatakan efektif apabila pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki kekurangan keterampilan pekerja dan program pelatihan bisa dievaluasi berdasarkan informasi dari lima tingkatan yaitu 1). *Reactions* (reaksi), 2) *learning* (belajar), 3) *behaviors* (perilaku), 4) *organizational result* (hasil – hasil) dan 5) *costs effectivity* (efektifitas biaya).⁽⁸⁾

Sehubungan hal tersebut, maka perlu diketahui lebih lanjut bagaimana kaitan antara pelatihan P2KT terhadap perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) tim perencanaan kesehatan serta peranan lingkungan organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta pada proses penyusunan perencanaan dan penganggaran kesehatan di kota Surakarta.

B. Perumusan Masalah

Dalam rangka meningkatkan mutu perencanaan dan penganggaran kesehatan Kabupaten / Kota se Jawa Tengah, maka Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah secara bertahap melaksanakan pelatihan untuk pelaksana perencanaan pembangunan kesehatan di Kabupaten / Kota mulai bulan Juli 2000 dengan harapan petugas akan meningkatkan kemampuannya dalam menerapkan konsep P2KT dalam penyusunan perencanaan dan anggarannya, namun pada kenyataannya Kabupaten/kota yang telah dilatih P2KT tahun 2000, perencanaan sektor kesehatannya di Kabupaten/kota tahun 2001 hingga tahun 2003 belum sesuai dengan konsep P2KT. Demikian juga untuk Kabupaten/kota yang dilatih P2KT tahun 2001 dan 2002, untuk penyusunan perencanaan dan anggaran kesehatan pada tahun anggaran berikutnya belum menerapkan P2KT.

Berbagai upaya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, antara lain (1) mengalokasikan dana operasional, (2) menerbitkan pedoman pelaksanaan P2KT, (3) membuka media komunikasi P2KT di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, (4) menerbitkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tentang Pembentukan Tim Fasilitator P2KT tingkat Propinsi, (5) melakukan supervisi / fasilitasi perencanaan dan penganggaran secara berkala maupun insidental dan (6) merekomendasikan pembentukan tim perencanaan kesehatan Kabupaten / Kota. Namun demikian perencanaan sektor kesehatan di Kabupaten/kota yang telah dilatih P2KT sesuai dengan hasil *review* dan evaluasi, masih belum juga sesuai dengan konsep P2KT.

Setelah mengadakan perbaikan (revisi) modul pelatihan P2KT dan manajemen pelatihan P2KT, pada bulan Juli 2003, dilaksanakan pengembangan pelatihan P2KT untuk 3 (tiga) Kota yaitu Kota Salatiga, Kota Pekalongan dan Kota Surakarta Propinsi Jawa Tengah. Dengan harapan, pelaksanaan pelatihan P2KT dengan manajemen dan modul yang baru, dapat lebih meningkatkan kemampuan tim perencanaan kesehatan Kota dalam menerapkan P2KT namun pada kenyataannya tim yang dilatih belum mampu membuat perencanaan sesuai dengan materi yang diberikan (tahap P2KT), hal ini terlihat dari perencanaan kesehatan tahun 2004 Kota yang masuk di Sub Dinas Perencanaan Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah belum sesuai konsep P2KT.

Sebagai salah satu lokasi pengembangan P2KT tahun 2003, maka sesuai dengan kesepakatan bahwa untuk perencanaan pembangunan kesehatan di kota Surakarta tahun anggaran 2004 akan dapat menerapkan konsep P2KT yang diperoleh dari pelatihan tersebut. Namun demikian masih perlu dilakukan pengkajian lebih lanjut terutama pada sisi input penyelenggaraan pelatihan P2KT serta peranan lingkungan organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam proses penyusunan dokumen rencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun anggaran 2004.

Berdasarkan pokok permasalahan di atas maka dalam penelitian ini dirumuskan pertanyaan penelitian, sebagai berikut : bagaimanakah penerapan Konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) dalam rencana pembangunan kesehatan di kota Surakarta pasca pelatihan P2KT?

C. Tujuan.

1. Tujuan Umum :

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penyusunan perencanaan pembangunan kota Surakarta dengan konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) pasca pelatihan P2KT, dengan menggunakan rancangan studi kualitatif.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap tim perencanaan kesehatan Kota Surakarta tentang konsep P2KT pasca pelatihan P2KT.
- b. Menjelaskan faktor-faktor yang berkaitan dengan pengetahuan dan sikap tim perencanaan kesehatan Kota Surakarta tentang konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) pasca pelatihan P2KT.
- c. Menjelaskan faktor-faktor yang berkaitan dengan penerapan atau praktek Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) dalam rencana pembangunan kesehatan di Kota Surakarta pasca pelatihan P2KT.

D. Ruang Lingkup

1. Lingkup Sasaran.

Penelitian ini ditujukan kepada seluruh anggota tim perencanaan kesehatan Kota Surakarta yang pernah mengikuti pelatihan P2KT tahun 2003 dan pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta

2. Lingkup masalah.

Penelitian ini tidak akan mengevaluasi pelaksanaan Pelatihan P2KT, namu lebih kepada membatasi masalah pada penerapan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) pasca pelatihan P2KT dalam rencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun anggaran 2004.

3. Lingkup Keilmuan :

Administrasi Kebijakan Kesehatan dan Ilmu Perilaku

4. Lingkup Metode.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus.

5. Lingkup Lokasi .

Lokasi penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kota Surakarta.

6. Lingkup waktu.

Pelaksanaan penelitian pada bulan Juli sampai dengan Oktober 2004.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Dari penelitian ini dapat diperoleh gambaran tentang penerapan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) pasca pelatihan P2KT dalam rencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta serta memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam menganalisis penerapan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) dalam rencana pembangunan kesehatan kota di Propinsi Jawa Tengah pasca pelatihan P2KT.

2. Bagi Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah

- a. Dari penelitian ini dapat diperoleh gambaran tentang kaitan antara pelatihan P2KT dan peranan lingkungan organisasi terhadap penerapan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) pasca pelatihan P2KT dalam rencana pembangunan kesehatan di Kota Surakarta.
- b. Dengan melihat kaitan antara pelatihan P2KT terhadap penerapan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) pasca pelatihan P2KT dalam rencana pembangunan kesehatan di Kota Surakarta dapat menjadi masukan untuk perbaikan penyelenggaraan pelatihan P2KT yang lebih aplikatif sesuai dengan kondisi dan situasi organisasi Dinas Kesehatan lokasi pelatihan sehingga mudah dimengerti dan dipahami serta diterapkan peserta pelatihan dalam menyusun rencana pembangunan kesehatan di daerah.

3. Bagi Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Dari penelitian ini diperoleh gambaran tentang kaitan antara pelatihan P2KT serta peranan lingkungan organisasi terhadap praktek / penerapan P2KT dalam rencana pembangunan kesehatan di kota Surakarta tahun anggaran 2004, sehingga dapat diketahui kebutuhan pentingnya pelatihan P2KT serta faktor pendorong dan penghambat dari lingkungan organisasi dalam praktek penerapan P2KT dalam rencana pembangunan kesehatan kota Surakarta.

4. Bagi MIKM – UNDIP Semarang

Sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan, hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi penelitian berikutnya.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang pengaruh pelatihan terhadap kinerja organisasi, tim maupun individu sudah banyak dilakukan, diantaranya :

1. Syamsi Hadi (1998) yang melakukan penelitian tentang *Evaluasi Pengaruh Pelatihan Total Quality Management terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Kelas B Se Jawa Tengah*. Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui gambaran peningkatan pengetahuan, sikap petugas tentang manajemen mutu serta pengaruhnya terhadap kepemimpinan, organisasi mutu dan komitmen. Sehingga akan memperbaiki proses peningkatan mutu pelayanan menuju pada peningkatan kepuasan pelanggan. Selain itu juga ditujukan untuk menganalisis keberhasilan pelatihan *Total Quality Management (TQM)* yang dilaksanakan oleh tim dari Bapelkes Gombong dengan metode kalakarya di Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B se Jawa Tengah, dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Penelitian ini dilakukan secara kuasi eksperimental dengan rancangan penelitian *after only* dengan kontrol. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan TQM baru dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap petugas tentang manajemen mutu, kepemimpinan, organisasi mutu serta komitmen, tetapi belum menunjukkan peningkatan yang bermakna pada proses peningkatan mutu dan kepuasan pelanggan. ⁽⁷⁾

2. Meita Darmiastuty (2003) yang meneliti tentang *Efektivitas Metode Ceramah Tanya Jawab dan Simulasi Dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Pencegahan Dini Penyalahgunaan Narkoba Pada Remaja SLTP 1 Borobudur Kabupaten Magelang*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan membandingkan efektivitas antara metode CTJ dan metode simulasi dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu siswa SLTP 1 Borobudur Kabupaten Magelang tentang cara pencegahan dini penyalahgunaan narkoba pada remaja. Jenis penelitian *Quasi Experiment* dengan menggunakan rancangan penelitian *Non Equivalent Control Group Design*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik metode CTJ maupun simulasi, dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap responden dan adanya perbedaan yang bermakna terhadap nilai pengetahuan dan sikap pada kelompok simulasi dan CTJ dimana pada kelompok simulasi nilai proses dan retensinya lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok CTJ sehingga bisa ditarik kesimpulan bahwa metode simulasi lebih efektif dibandingkan dengan metode CTJ. ⁽⁸⁾

Perbedaan dengan penelitian ini adalah penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) pasca pelatihan P2KT serta faktor-faktor yang berperan dalam penerapan konsep P2KT di Kota Surakarta. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang dilakukan secara kuasi eksperimental dengan metode studi kasus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perencanaan

Menurut Stoner (1996) Perencanaan adalah proses menetapkan sasaran dan tindakan yang perlu untuk mencapai sasaran tersebut. ⁽⁹⁾ Sedangkan secara terinci, perencanaan menurut Levey dan Loomba yaitu proses penganalisaan dan pemahaman sistim, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan, menganalisa efektivitas pelbagai kemungkinan tersebut, menyusun perincian selengkapny dari kemungkinan terpilih dan mengikatnya dalam sistim pengawasan yang terus-menerus, sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana kerja dengan sistim yang dianut. ⁽¹⁰⁾

Disamping itu, manfaat perencanaan adalah 1). memperoleh dan menggunakan sumber daya yang diperlukan untuk mencapai tujuan; 2). melaksanakan aktivitas yang konsisten dengan tujuan dan prosedur yang sudah ditetapkan; 3). memonitor dan mengukur kemajuan untuk mencapai tujuan, sehingga tindakan korektif dapat diambil bila kemajuan tidak memuaskan; dan 4). mendorong peningkatan upaya penelitian dan pengembangan yang relevan. ⁽¹¹⁾ Dalam perencanaan, hubungan manusia dan waktu bersifat sentral, artinya perencanaan akan memberikan gambaran atau tujuan masa depan dengan sumber daya yang dimiliki sekarang ⁽¹²⁾.

Selain berbagai manfaat dari fungsi perencanaan, maka kelemahan-kelemahan pada perencanaan juga sering dijumpai meskipun tidak sebesar manfaat yang didapat. Adapun kelemahan tersebut adalah : 1). merupakan

hipotesis yang masih harus dibuktikan kebenarannya karena salah satu sifat perencanaan yaitu meramalkan; 2). memerlukan waktu dan biaya yang cukup besar ⁽¹³⁾.

Jenis Perencanaan dapat dibagi menurut tingkat tujuan, jangka waktu, ruang lingkup dan arah penyusunan. ⁽¹¹⁾ Berdasarkan tingkat tujuan, perencanaan terbagi menjadi : a). penyusunan rencana kebijakan / komprehensif; b). penyusunan rencana program dan c). penyusunan rencana pelaksanaan. Sedangkan menurut jangka waktu terdiri dari perencanaan jangka panjang, menengah dan pendek. Jika dilihat dari ruang lingkupnya perencanaan digolongkan pada perencanaan Kabupaten / Kota, perencanaan Propinsi maupun perencanaan pusat. Dan menurut arah penyusunan maka perencanaan dapat dijumpai sebagai : a). *top down planning*; b). *bottom up planning* maupun c). kombinasi keduanya.

Dalam organisasi, ada dua macam rencana yang disusun yaitu rencana strategis dan rencana operasional. Adapun perbedaan antara kedua rencana ini adalah sebagai berikut : ⁽⁹⁾

Tabel 2.1. Perbedaan Rencana Strategis dan Rencana Operasional

NO	PERBEDAAN	RENCANA STRATEGIS	RENCANA OPERASIONAL
1	Kurun waktu	Merencanakan ke depan dalam beberapa tahun atau dekade	Merencanakan dalam periode lebih pendek (satu tahun)
2	Cakupan	Mempengaruhi aktivitas organisasi secara luas	Cakupan lebih sempit dan terbatas
3	Tingkat rincian	Sederhana dan bersifat umum	Lebih terinci

Dalam Rencana Operasional, secara umum mengandung : 1). tahapan atau kegiatan spesifik yang harus dilakukan; 2). adanya orang yang bertanggungjawab agar setiap tahapan dapat diselesaikan dengan baik; 3).

jadwal untuk menjalankan setiap tahapan atau tindakan; 4). sumber daya yang perlu dialokasikan serta 5). adanya mekanisme umpan balik untuk memantau setiap tahapan atau tindakan. ⁽¹⁴⁾

Perencanaan pada dasarnya adalah proses pengambilan keputusan untuk melakukan suatu program atau kegiatan pada masa yang akan datang guna mencapai tujuan. Proses yang terjadi menurut Gibson (1991) adalah : 1) menetapkan tujuan dan sasaran spesifik; 2) identifikasi masalah; 3). mengembangkan alternatif-alternatif; 4). evaluasi terhadap masing-masing alternatif; 5). memilih alternatif terbaik; 6). melaksanakan keputusan serta 7). melakukan pengendalian dan evaluasi. ⁽¹⁵⁾

Perencanaan sebagai suatu proses pengambilan keputusan hendaknya: a). lebih berdasarkan data / informasi daripada dugaan ; b). lebih mencari sumber penyebab suatu masalah daripada bereaksi pada gejala dan c). mencari solusi permanen dan bukannya perubahan dalam waktu singkat ⁽¹⁶⁾.

Informasi sebagai suatu kebutuhan untuk perencanaan mempunyai ciri-ciri pokok sebagai berikut : tepat waktu, dapat dipercaya (*valid*), sesuai dengan kebutuhan (*relevan*) dan mudah diperoleh. Untuk mengembangkan sistem informasi tersebut ada 3 macam input yang dibutuhkan yaitu : tenaga trampil dan punya kesempatan untuk mengumpulkan, mengolah dan menyajikan informasi, peralatan yang memadai serta dana yang memadai pula. ⁽¹¹⁾.

Menurut Wijono (1996) Perencanaan dapat dinilai efektivitasnya dengan beberapa kriteria antara lain : 1). manfaat atau kegunaan yang sesuai dengan kebutuhan sehingga rencana seharusnya fleksibel, sederhana, berkesinambungan dan sesuai situasi dan kondisi; 2). ketepatan dan obyektivitas rencana sehingga perencanaan seharusnya sesuai fakta / informasi yang tepat; 3). ruang lingkup perencanaan yang seharusnya

komprehensif, terpadu, konsisten dan mempunyai luas cakupan rencana; 4). efektivitas biaya sehingga perencanaan yang disusun mampu memberikan keuntungan yang lebih; 5). dapat dipertanggungjawabkan akuntabilitasnya; serta 6). perencanaan disusun tepat waktu (sesuai saat dibutuhkan).⁽¹⁷⁾

B. Penganggaran

Anggaran yaitu dokumen dasar keuangan yang merupakan penjabaran kuantitatif atas rencana kerja yang akan dikerjakan pada masa mendatang, dimana anggaran berfungsi ganda yaitu sebagai alat perencana maupun alat evaluasi.⁽²⁾

Penganggaran selalu menyertai dalam setiap perencanaan kesehatan, dimana ada 2 (dua) komponen penganggaran yaitu : 1). Penganggaran jangka pendek dan 2) penganggaran jangka panjang (5-15 tahun mendatang). Penganggaran jangka pendek (1-3 tahun) harus mampu menyakinkan bahwa perencanaan dapat dioperasionalkan melalui perkiraan biaya, gambaran anggaran belanja dan memonitor pengeluaran.⁽¹⁸⁾

Proses perencanaan suatu anggaran bersifat khas; yaitu : 1) proses perencanaan ini dilakukan diseluruh tingkat dan bagian organisasi; 2) seluruh kegiatan yang disusun berorientasi pada tujuan yang telah ditetapkan; serta 3). Pendayagunaan secara maksimal sumber daya yang bersifat terbatas. Penganggaran seperti ini sering disebut dengan *Planning, Programming, Budgeting System* (PPBS) dimana pengertiannya adalah perencanaan, pembuatan program dan anggaran dalam suatu organisasi pemerintah atau swasta, yang diikat dalam suatu sistem sebagai kesatuan yang bulat dan tak terpisahkan.⁽¹⁷⁾

Selain itu ada jenis sistem penganggaran yang lain yaitu ⁽¹⁷⁾ :

1. Anggaran Tradisional (*Traditional Budget*)

Anggaran Tradisional yaitu cara-cara menyusun data-data kebutuhan anggaran tidak berdasar atas pemikiran dan analisa tentang rangkaian kegiatan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Penyusunan berdasarkan kebutuhan belanja barang, pegawai, perjalanan dinas dan sebagainya (seperti rencana rutin). Dalam sistim ini yang terpenting adalah pertanggungjawaban pelaksanaan anggaran, sehingga pusat perhatian pada pengawasan dan pelaksanaan anggaran serta pembukuannya. Di dalam sistim ini sulit untuk dilihat hubungan input dan outputnya.

2. Anggaran Performan (*Performance Budget*)

Anggaran Performan yaitu anggaran yang mengemukakan maksud dan tujuan dimana diperlukan dana / biaya - biaya program yang diusulkan untuk mencapai tujuan tersebut serta data-data kualitatif yang mengatur penyelesaian dan pekerjaan yang dibuat pada tiap-tiap program. Klasifikasi anggaran didasarkan pada pembagian fungsinya.

Sumber-sumber anggaran pembangunan kesehatan berasal dari :
1) pemerintah baik dari pemerintah pusat, propinsi maupun daerah;
dan juga dari 2) non pemerintah yaitu dari perusahaan swasta, out of pocket serta asuransi kesehatan. ⁽²⁾.

Ada 4 langkah dalam penganggaran yaitu ; 1) *the base line* yaitu menetapkan apa yang dikeluarkan sektor kesehatan dan bagaimana pembiayaan tahun terakhir; 2) perkiraan pengeluaran; 3). Perkiraan pendapatan yang meliputi sumber dana yang sedang dan akan

dilaksanakan serta 4). Menyelaraskan lagi antara pendapatan serta pengeluaran. Namun demikian ada dua perhatian WHO yang mendasar tentang penganggaran yaitu : 1). merencanakan semua sektor sumber daya bagi kesehatan dan bukannya sumber daya yang baru atau tambahan yang diharapkan akan digunakan; serta 2). Pembuatan rencana untuk seluruh sektor kesehatan dan tidak hanya bagian pemerintah. ⁽¹⁶⁾.

Tabel 2.2. Beberapa Pendekatan Penyusunan Anggaran

NO	PENDEKATAN PENYUSUNAN ANGGARAN	CIRI-CIRI
1.	<i>Top Down Approach</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedikit keterlibatan dari semua unit / staf - Refleksi perspektif top manajemen - Kurang keterlibatan, komunikasi dan komitmen dari unit / staf - Masalah moral dan inefisiensi : <i>SPJ Oriented.</i>
2.	<i>Participatory Approach</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Perspektif tugas dan tanggung jawab pada unit terkait. - <i>Belief - ownership - bertanggungjawab</i>, menyiapkan anggaran sendiri - Sangat melibatkan semua staf, ada komunikasi dan komitmen - Waktu relatif lama
3.	<i>Fixed Budget</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Total anggaran diasumsikan tetap pada satu periode setelah disetujui (final) - Tidak ada penyesuaian (<i>adjustment</i>)
4.	<i>Fleksibel Budget</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Total anggaran dapat direvisi bila asumsi kegiatan berubah - Pada prinsipnya total anggaran mengacu pada jumlah kegiatan yang dilakukan
5.	<i>Zero Based Budgeting (Prospektif)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anggaran disusun dari nol, disesuaikan dengan <i>goal</i> dan <i>objective</i> (tidak mengacu pada <i>line item</i> anggaran lalu) - Sangat sulit karena harus melakukan <i>list</i> semua kegiatan, estimasi volume serta mencari standar biaya - Merupakan cerminan kebutuhan yang ada

NO	PENDEKATAN PENYUSUNAN ANGGARAN	CIRI-CIRI
6.	<i>Historitical Budget</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengacu pada <i>line item</i> dan jumlah biaya tahun sebelumnya (tahun lalu). - Seringkali hanya berdasar pengalaman tahun-tahun lalu, misalnya setiap tahun ditambah 10 %. - Relatif mudah dan cepat (<i>user friendly</i>) bila hanya melihat laporan tahun lalu, tapi akan menjadi sulit jika harus menghitung <i>unit cost</i> per kegiatan karena memerlukan analisis biaya. - Asumsi kegiatan lalu sudah mencakup semua <i>line item</i> secara optimal. Namun realitas dilapangan lain, sehingga memerlukan pembedaan biaya aktual dan normatif atau biaya standar. - Tidak mencerminkan kebutuhan yang ada, sehingga perlu penyesuaian untuk untuk memanfaatkan perencanaan ke depan - Kelebihannya yaitu mendapatkan gambaran riil di lapangan di masa lalu, untuk menjawab mengapa biaya tinggi atau rendah.
7.	<i>Target based budgeting</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anggaran disusun berdasarkan target yang akan dicapai. <i>Budget</i> dibuat setelah program disusun, seperti siklus perencanaan yang ideal
8.	<i>Budget based targeting</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Besarnya anggaran telah ditetapkan terlebih dahulu, baru kemudian menetapkan target dan jenis kegiatan yang disesuaikan dengan besarnya anggaran yang tersedia.

Sumber : Gani, Modul P2KT, 2002

C. Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)

1. Latar Belakang Konsep P2KT

*rB Pembangunan kesehatan di Indonesia mengalami berbagai perubahan baik yang bersifat internal (didalam sektor kesehatan) maupun yang bersifat eksternal (di luar sektor kesehatan). Perubahan-perubahan tersebut antara lain :

a. Pola Penyakit

Perubahan struktur umur penduduk ke arah yang lebih tua menyebabkan transisi epidemiologis seperti yang dicontohkan dengan SKRT (1972), dimana penyebab utama kematian adalah

UPT-PUSTAK-UNDIP

penyakit infeksi (diare dan ISPA) sedangkan kesimpulan SKRT (1992) penyebab, utama kematian adalah penyakit kardiovaskuler.

b. Beban ganda dalam pembangunan kesehatan

Transisi epidemiologis menyebabkan beban ganda baik untuk pelayanan primer (di tingkat puskesmas) maupun pelayanan sekunder (di tingkat Rumah Sakit). Kesulitan yang dihadapi terutama pada pembiayaan kesehatan, yang selama ini masih rendah bila dibandingkan dengan negara lain.

c. *Demand* terhadap mutu pelayanan yang tinggi

Beban pembiayaan kesehatan semakin diperberat oleh tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan; hal tersebut disebabkan antara lain : 1). semakin tingginya kemampuan membayar, 2). meningkatnya pendidikan penduduk secara umum dan 3). semakin tersebarluasnya informasi tentang pelayanan kesehatan yang canggih dan mutunya semakin tinggi. Hal yang terjadi dengan kondisi ini adalah terjadinya "*two tiers*" *health system* yaitu berkembangnya 2 jenis sistem pelayanan kesehatan yang saling berkompetisi dimana pelayanan pemerintah yang serba kekurangan bersaing dengan pelayanan swasta yang cenderung mewah.

d. Masalah pembiayaan kesehatan

Sumber pembiayaan kesehatan saat ini meliputi pembiayaan yang berasal dari masyarakat termasuk swasta dan pembiayaan dari pemerintah. Namun ternyata pembiayaan yang dari pemerintah hanyalah sebesar 30 % dan sisanya dari masyarakat

yang dilakukan secara langsung (*direct payment*) dan melalui pihak ketiga yang relatif masih kecil.

Sistem asuransi kesehatan kita ternyata baru bisa melindungi sekitar 20 % masyarakat sehingga 80 % masyarakat masih rentan terhadap masalah kesehatan dan sebagian besar masyarakat tersebut tergolong miskin.

Dengan pengalokasian dana pembangunan kesehatan oleh daerah, yang kemudian harus dilihat lagi besarnya sesuai dengan kondisi daerah, maka penataan pembiayaan kesehatan terutama yang berasal dari masyarakat yang dapat menjamin akses pelayanan kesehatan yang bermutu sangat diperlukan. Penataan tersebut melalui sistem pembiayaan yang mandiri dan dapat mengendalikan pembiayaan kesehatan.

Mulai tahun 2001, Dana Pembangunan Daerah dengan menggunakan mekanisme dan perhitungan sesuai dengan UU No. 22/1999 tentang otonomi daerah dan UU No. 25/1999 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah; mengisyaratkan bahwa daerah harus mulai menampung kegiatan pembangunan daerahnya. Ini berarti pembangunan kesehatan akan sangat bergantung dari komitmen politik para pengambil kebijakan di daerah dan selama Pemerintah Daerah belum melihat kepentingan mendasar dari pembangunan kesehatan maka sektor ini akan dianggap sebagai sektor hilir atau konsumtif.

e. Mobilisasi sumber daya kesehatan (*Resources Mobilization*)

Adanya gagasan untuk perlunya pemerintah memberikan alokasi anggaran lebih besar kepada sektor swasta dengan

alasan bahwa kesehatan penting untuk pembangunan sumber daya manusia yang bermutu, yang sangat diperlukan dalam melaksanakan kegiatan pembangunan masa kini dan mendatang serta kesehatan merupakan hak asasi penduduk yang harus diwujudkan bersama.

Argumentasi yang sering dilontarkan mengapa peningkatan alokasi sulit dilakukan selain karena memang anggaran pemerintah terbatas yaitu : sektor kesehatan belum memanfaatkan dana yang ada secara optimal dan efisien serta belum mampu untuk menyampaikan perhitungan kebutuhan anggaran secara realistis.

Dua hal yang penting untuk memobilisasi dana pemerintah untuk kesehatan yaitu kemampuan untuk melakukan advokasi dan menyusun anggaran kesehatan yang realistis.

Mobilisasi bukan hanya pada dana dari pemerintah, namun mobilisasi dana masyarakatpun perlu dilakukan seperti : mengembangkan JPKM, asuransi kesehatan dan dana sehat serta menyesuaikan tarif pelayanan kesehatan pemerintah.

f. *Public Private Mix*

Dengan dilandasi kesadaran bahwa kemampuan pemerintah sangat terbatas untuk menjawab tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, maka mendorong adanya kebijakan agar swasta berkontribusi dalam menyediakan pelayanan kesehatan. Namun perlu diingat bahwa perkembangan swasta yang begitu pesat perlu diikuti dengan kendali dan pengaturan yang baik dari pemerintah sehingga tidak

terjadi inflasi biaya kesehatan dan ketidakmerataan pelayanan kesehatan.

Peran swasta diperlukan pula untuk mendorong mobilisasi dana masyarakat lewat JPKM, dana sehat dan asuransi kesehatan. Sehingga dari uraian di atas penting artinya kebijakan "*public private mix*" guna mengembangkan peran swasta dan meningkatkan peran pemerintah dalam pelayanan kesehatan.

g. Pemerataan

Isu pemerataan pada pelayanan kesehatan dan status kesehatan masyarakat menjadi sangat penting untuk mencapai tujuan "Sehat untuk Semua" yang ternyata tidak/belum tercapai. Untuk itu berbagai mekanisme penting telah dikembangkan untuk menunjang pemerataan seperti : dana sehat, distribusi kartu sehat, subsidi silang, *crash programme*, pengembangan upaya kesehatan berbasis masyarakat, penempatan BDD, pengembangan konsep dokter keluarga, JPKM, PMT-AS dan sebagainya.

h. Desentralisasi / otonomi daerah

Kebijakan Desentralisasi diberikan terutama untuk perencanaan karena adanya aneka ragam / variasi dari berbagai daerah seperti : masalah kesehatan, sosial dan budaya, geografi dan lingkungan daerah, potensi daerah dan transformasi pembangunan di daerah.

Masalah dalam Perencanaan dan Penganggaran. Program Kesehatan Kabupaten / Kota sebelum desentralisasi, maka sesuai dengan hasil telaahan dan observasi lapangan menunjukkan bahwa :

1). Perencanaan kesehatan yang terlalu bersifat '*Top down*'; 2). Perencanaan bersifat '*budget oriented*' dan tidak '*problem dan target oriented*' ; 3). Jadwal pelaksanaan rencana yang tidak tepat; 4). Perencanaan jalur Pemerintah Daerah yang terlalu berorientasi pada program pembangunan fisik; 5). Lemahnya kedudukan unit perencanaan dan SDM perencanaan pada tingkat kabupaten/kota; 6). Fragmentasi perencanaan program yang datang dari pusat; 7). Fragmentasi perencanaan Dinas Kesehatan dan Perencanaan RSUD dan sebagainya. ⁽⁵⁾

Sedangkan masalah perencanaan kesehatan setelah desentralisasi antara lain : 1) lemahnya sistem informasi yang berbasis populasi atau *population based data*; 2) belum tersosialisasinya pemahaman tentang kegiatan sektor kesehatan yang efektif bagi berbagai stakeholder kesehatan di daerah; 3) fokus pembangunan kesehatan masih pada upaya kuratif sehingga alokasi anggaran juga terfokus pada kegiatan fisik; serta 4). lemahnya kemampuan perencanaan di daerah. ⁽⁵⁾

Dengan desentralisasi maka kewajiban bagi pusat terutama untuk menyiapkan perangkat lunak maupun keras sebagai persiapan dari penerapan kebijakan ini terutama dari sisi peningkatan kemampuan administrasi dan manajemen di daerah.

2. Konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)

Perencanaan dan Penganggaran Program Kesehatan Terpadu adalah perencanaan dan penganggaran yang bersifat perpaduan antara proses "*bottom up*' dan "*top down*". ⁽¹⁹⁾ Dengan P2KT

diharapkan Kabupaten / Kota bisa lebih berperan dalam menyusun rencana kesehatan dan alokasi anggaran kesehatan, sekaligus melakukan upaya untuk mobilisasi dana kesehatan dari pihak masyarakat dan swasta. Jadi pola yang sangat "top down" pada masa lalu, bisa lebih diimbangi oleh pola "bottom up". Perencanaan dan penganggaran yang ada pada masa lalu bersifat "budget based targeting" yaitu target dan tujuan pembangunan disesuaikan dengan besarnya dana / budget yang diperoleh, dengan P2KT diharapkan menjadi "target based budgeting" yaitu menentukan target atau tujuan program pembangunan yang selanjutnya dihitung kebutuhan anggarannya dan dari mana sumber dananya. Hal ini sesuai dengan reformasi bertahap perencanaan kesehatan daerah ⁽⁵⁾.

Prinsip utama dalam P2KT adalah (a) penyusunan rencana kesehatan Kabupaten/Kota secara komprehensif (menyeluruh), terpadu dan didasarkan pada situasi dan kemampuan daerah; (b) menyusun anggaran kesehatan, yang dimulai dari menghitung kebutuhan anggaran atas dasar target-target dan kegiatan yang dirumuskan perencanaan terpadu, kemudian melihat sumber-sumber pembiayaan yang ada dan akhirnya menyusun anggaran secara keseluruhan; (3) advokasi usulan rencana dan anggaran yang telah disusun kepada pihak-pihak pengambil keputusan (DPRD/Panitia Anggaran, Pemerintah Daerah yaitu Bupati/Walikota, Biro Pembangunan Daerah dan Biro Keuangan Daerah, serta Bappeda)

Langkah-langkah sistematis dan berurutan dalam melakukan perencanaan dan penganggaran terpadu adalah : ⁽¹⁹⁾

- a). Analisis situasi merumuskan masalah
- b). Menentukan program untuk mengatasi masalah
- c). Menyusun program, menentukan target dan kegiatan
- d). Menghitung kebutuhan anggaran program
- e). Analisis sumber daya kesehatan dari berbagai sumber
- f). Menyusun anggaran secara terpadu.
- g). Sosialisasi dan advokasi dokumen Perencanaan dan Anggaran Kesehatan.

Adapun proses perencanaan dengan menerapkan konsep P2KT yaitu :

- a. Melakukan analisis situasi secara komprehensif. Adapun beberapa hal yang perlu dianalisis adalah :

Tabel 2.3. Sumber Informasi yang Dibutuhkan untuk Analisis Situasi

No	Jenis analisis situasi	Sumber Informasi
1	Analisis Keadaan atau masalah kesehatan dan faktor-faktor determinan yang mempengaruhi	<ol style="list-style-type: none"> a. Laporan fasilitas kesehatan b. Data atau profil daerah c. Data Susenas d. Data hasil surveilans e. Data lain yang relevan
2	Analisis kebijakan yang berlaku	<ol style="list-style-type: none"> a. Kebijakan kesehatan nasional b. Renstra Pembangunan Daerah c. Renstra Kesehatan Daerah
3	Analisis rencana atau usulan unit-unit yang terkait dengan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> a. Rencana Tahunan RSUD b. Rencana Tahunan Puskesmas

Sumber : Gani, Modul P2KT, 2002

- b. Penetapan prioritas masalah yang dilakukan terutama pada saat menyusun rencana strategis sehingga prioritas ini tidak akan berubah dalam waktu yang dekat; serta dalam penetapannya mempertimbangkan komitmen global, nasional, maupun regional

disamping dengan menggunakan tehnik-tehnik prioritas masalah. Dalam P2KT juga perlu dimunculkan prioritas masalah yang sifatnya "*local specific*".

- c. Penentuan intervensi atau program untuk mengurangi atau menghilangkan masalah tersebut; dimana untuk mengatasinya ada 2 jenis kelompok intervensi yaitu :

- 1) Langsung mengatasi masalah tersebut
- 2) Melakukan tindakan terhadap faktor yang menyebabkan masalah.

Untuk mengetahui faktor penyebab, diperlukan kemampuan untuk melakukan analisis determinan masalah atau analisis faktor resiko.

Setelah ditemukan beberapa jenis faktor yang dapat diintervensi, jika sumber daya terbatas; perlu dilakukan pemilihan intervensi yang : efektif, biayanya lebih murah, serta secara teknis dapat dilakukan di lapangan. Jika intervensi mempunyai kemungkinan untuk dilakukan sektor lain, maka penting sekali bahwa advokasi dilakukan sejak awal dibawah koordinasi pimpinan daerah (Bupati atau Walikota)

- d. Intervensi terpilih kemudian dijabarkan menjadi rencana kegiatan (*Plan of Action* atau PoA). Isi dari dokumen PoA tersebut memuat : tujuan yang hendak dicapai, uraian kegiatan, output masing-masing kegiatan, jadwal pelaksanaan kegiatan, sumber daya yang diperlukan serta personil atau unit organisasi yang bertanggung jawab.
- e. Menyusun anggaran secara terintegrasi; dengan mempertimbangkan :

- 1) Estimasi biaya yang tersedia tahun lalu dan gambaran / prospek di tahun mendatang; dengan melakukan analisis pembiayaan kesehatan daerah atau "*District Health Account (DHA)*".
 - 2) Besarnya jumlah kebutuhan biaya kegiatan; dengan melakukan analisis biaya pada masing-masing program dan mengintegrasikannya dalam "*master budget*".
- f. Melakukan advokasi rencana dan anggaran yang bertujuan untuk menyakinkan pengambil keputusan di daerah bahwa rencana dan anggaran yang disusun tersebut adalah vital bagi pembangunan daerah.

D. Konsep Sistem Pelatihan

1. Definisi Pelatihan

Pelatihan adalah suatu proses yang meliputi serangkaian tindak atau upaya yang dilaksanakan dengan sengaja dalam bentuk pemberian bantuan kepada tenaga kerja yang dilakukan oleh tenaga kerja profesional kepelatihan dalam satuan waktu yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kerja peserta dalam pekerjaan tertentu guna meningkatkan efektivitas dan produktivitas organisasi.⁽²⁰⁾

Gomes menyatakan bahwa pelatihan adalah setiap usaha untuk memperbaiki *performance* pekerja pada suatu pekerjaan tertentu yang sedang menjadi tanggung jawabnya, atau satu pekerjaan yang ada kaitannya dengan pekerjaannya.

Pelatihan erat kaitannya dengan pendidikan, seperti yang tercantum dalam UU No.2 tahun 1989 tentang pendidikan, dimana

disebutkan bahwa "Pendidikan adalah usaha sadar untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran dan / atau latihan-latihan bagi peranannya dimasa yang akan datang". Pelatihan sebenarnya merupakan salah satu bentuk pembinaan ketenagaan sebagai pembinaan fungsional disamping pembinaan melekat oleh atasan langsung.

Menurut Sujak (1990) predisposing faktor merupakan gambaran mutu sumber daya manusia, dan dapat ditingkatkan melalui tiga hal meliputi pelatihan (*training*), pendidikan (*education*) dan pengembangan (*development*). Pelatihan menekankan pada peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan tugas pekerjaan yang sedang menjadi tanggung jawab petugas, sedangkan pendidikan lebih menekankan pada pengetahuan, sikap dan ketrampilan baru, yang akan melengkapi individu dalam melaksanakan tugas pekerjaan baru atau yang berbeda dengan tugas pekerjaan yang sedang menjadi tanggung jawabnya, adapun pengembangan sumber daya manusia merupakan aktifitas yang berorientasi pada pertumbuhan individu maupun organisasinya, yang memusatkan aktivitas konseptual dan perseptual yang belum dikembangkan atau belum dialami oleh individu tersebut.⁽²¹⁾

Menurut Departemen Kesehatan RI (1990) pelatihan adalah suatu upaya sistematis untuk mengembangkan sumber daya manusia baik perorangan, kelompok maupun organisasi yang diperlukan untuk tugas pada waktu sekarang dan untuk menyiapkan masa depan yang ditujukan untuk menyelesaikan masalah tugas pekerjaan masa itu. Sedangkan menurut Trisnantoro, dkk (1996)

pelatihan / diklat adalah suatu proses yang sistematis untuk mengembangkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang diperlukan seseorang dalam melaksanakan tugasnya serta diharapkan akan dapat mempengaruhi kinerja baik bagi orang yang bersangkutan maupun bagi organisasinya. ⁽²²⁾

Pelatihan menurut Handoko (1998) dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu., sedang Gomes (1999) mengemukakan definisi pelatihan adalah suatu kegiatan pembelajaran dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan untuk memperbaiki kinerja pekerja pada suatu pekerjaan tertentu yang menjadi tanggung jawabnya atau berkaitan dengan pekerjaan menjadi lebih baik dan efektif. ⁽²³⁾

2. Fungsi Pendidikan dan Pelatihan

Fungsi pendidikan dan pelatihan yaitu : 1) memperbaiki perilaku / *performance* kerja peserta latih meliputi aspek pengetahuan, ketrampilan dan sikap kepribadian yang dituntut dalam tugas pekerjaannya; 2) mempersiapkan promosi ketenagaan untuk jabatan yang lebih rumit dan sulit; serta 3) mempersiapkan tenaga kerja pada jabatan yang lebih tinggi. Melihat fungsi tersebut maka dapat dikatakan bahwa pelatihan memiliki fungsi edukatif, administratif dan personal.

3. Tujuan Pelatihan

Secara umum pelatihan bertujuan untuk mempersiapkan dan membina tenaga kerja, baik struktural maupun fungsional, yang memiliki kemampuan dalam profesinya, kemampuan melaksanakan loyalitas, kemampuan melaksanakan dedikasi dan kemampuan

keahlian dalam pekerjaan. Kemampuan profesional mengandung aspek kemampuan dan keahlian dalam pekerjaan, kemasyarakatan dan kepribadian agar lebih berdaya guna dan berhasil guna.

4. Jenis Pelatihan

Jenis pelatihan berkaitan erat dengan tujuan pelatihan. Jenis pelatihan meliputi : 1) pelatihan induksi yang bertujuan untuk membantu tenaga kerja baru dalam melaksanakan pekerjaannya; 2) pelatihan kerja yang bertujuan untuk memberi instruksi khusus dalam rangka pelaksanaan tugas-tugas sesuai dengan jawatan dan jenis pekerjaannya; 3) pelatihan pengawas yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan mengenai pemeriksaan, pengawasan dan pelatihan tenaga kerja lainnya; 4) pelatihan manajemen yang bertujuan untuk memberikan latihan yang diperlukan pemegang jabatan manajemen puncak; serta 5) pengembangan pemimpin yang bertujuan mengembangkan kemampuan memimpin bagi tenaga unsur pimpinan dalam suatu organisasi.

Jenis pelatihan yang pernah diikuti seseorang yang berhubungan dengan bidang pekerjaannya akan dapat mempengaruhi ketrampilan dan sikap mentalnya serta akan meningkatkan kepercayaannya pada kemampuan dirinya, hal ini tentu akan berpengaruh positif terhadap kinerja karyawan yang bersangkutan. Para pegawai harus dididik secara sistematis jika mereka akan melaksanakan pekerjaannya dengan baik⁽⁶⁾.

5. Faktor-faktor Penyusunan Program Pelatihan

Hal-hal yang menjadi pertimbangan dalam menyusun isi program pelatihan yaitu : 1) kebutuhan pelatihan; 2) cara penyelenggaraan

pelatihan; 3) biaya pelatihan; 4) hambatan-hambatan; 5) peserta latihan; 6) fasilitas pelatihan ; serta 7) pengawasan latihan.

6. Perencanaan Kurikulum Pelatihan

Kurikulum yaitu seperangkat rencana dan pengaturan mengenai isi, bahan pelajaran dan cara yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan kegiatan belajar mengajar. Perencanaan kurikulum adalah perencanaan kesempatan-kesempatan belajar untuk membina peserta kearah perubahan perilaku yang diinginkan.

Dalam menyusun kurikulum sebaiknya memenuhi persyaratan sebagai berikut :

- a. obyektif yaitu berdasarkan tujuan yang jelas dan operasional yang berkaitan dengan tujuan tingkah laku yang dapat diukur dan diamati;
- b. realistik yaitu berdasarkan kenyataan-kenyataan yang ada dalam lingkungan organisasi dan masyarakat;
- c. keserasian yaitu memiliki kesesuaian dengan kebutuhan para peserta, tenaga pelatih, kondisi dan situasi organisasi yang mengalami perubahan secara cepat dan nilai-nilai yang berlaku;
- d. koherensi yaitu semua unsur kurikulum satu dengan yang lainnya memiliki keterkaitan secara harmonis;
- e. aplikatif artinya kurikulum tersebut dapat diterapkan di lapangan dan dilaksanakan dalam kegiatan pelatihan;
- f. generatif artinya dapat diperuntukkan bagi semua orang dan dapat diterima oleh semua pihak yang terlibat dalm proses pelatihan;
- g. keberhasilan yaitu dapat memberikan hasil-hasil yang diharapkan sesuai dengan tujuan yang telah dirumuskan;

- h. inovatif artinya senantiasa mengikuti dan sejalan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi;
- i. konstruktif artinya kurikulum berorientasi pada penyiapan tenaga kerja yang terampil.

7. Metodologi Pelatihan

Hal penting yang perlu diperhatikan dalam metodologi pelatihan yaitu : perencanaan pelatihan, metode pelatihan dan media pelatihan. Pemilihan metode dan media pelatihan perlu mempertimbangkan : 1) tujuan pelatihan; 2) bahan atau materi yang akan disampaikan; 3) waktu yang tersedia; 4) kemampuan pelatih dalam menggunakan metode maupun media komunikasi; serta 5) tingkat kemampuan / perilaku awal peserta.

8. Penilaian Program Pelatihan

Penilaian program pelatihan dilakukan secara terus-menerus yang meliputi berbagai aspek seperti relevansinya dengan kebutuhan lapangan, efektivitas, kedayagunaan, manfaat, hambatan, keuntungan, administrasi dan sebagainya sehingga dapat diketahui apakah program berhasil atau perlu diperbaiki atau tetap dipertahankan. Hasil penilaian merupakan informasi masukan bagi pengelola program dan pengembangan program pelatihan untuk membuat keputusan edukatif, instruksional, diagnostik dan administratif yang mendukung manajemen organisasi penyelenggaraan pelatihan.

Tujuan penilaian program pelatihan bertujuan untuk memperoleh informasi yang akurat sebagai bahan pertimbangan dalam membuat keputusan tentang program yang meliputi : 1) perencanaan program yang mengarahkan ke pencapaian tujuan umum dan khusus; 2) komponen masukan program seperti ketenagaan, sarana dan

prasarana, waktu dan biaya; 3) implementasi program yang mengarahkan kegiatan-kegiatan pelatihan; serta 4) produk program pelatihan yang menyangkut hasil dan dampak dari program pelatihan.

Kriteria penilaian program pelatihan meliputi :

- a. Kriteria penilaian masukan; yang berkaitan dengan perencanaan program. Kriteria yang dipergunakan antara lain : tujuan perilaku yang telah dirumuskan, seleksi peserta, isi program pelatihan, pemilihan dan penggunaan metode dan media, pembinaan, dan organisasi program pelatihan.
- b. Kriteria penilaian proses yang meliputi kriteria internal (koherensi, sumber manusia, persepsi pemakaian program, persepsi penyedia program, efisiensi penggunaan biaya, kemampuan, dan dampak) dan kriteria eksternal (seperti : pengaruh kebijaksanaan, analisis keuntungan dan efek pelipat ganda).
- c. Kriteria penilaian produk yang meliputi keinginan dan harapan; kelayakan, efektivitas produk dan kedayagunaan.

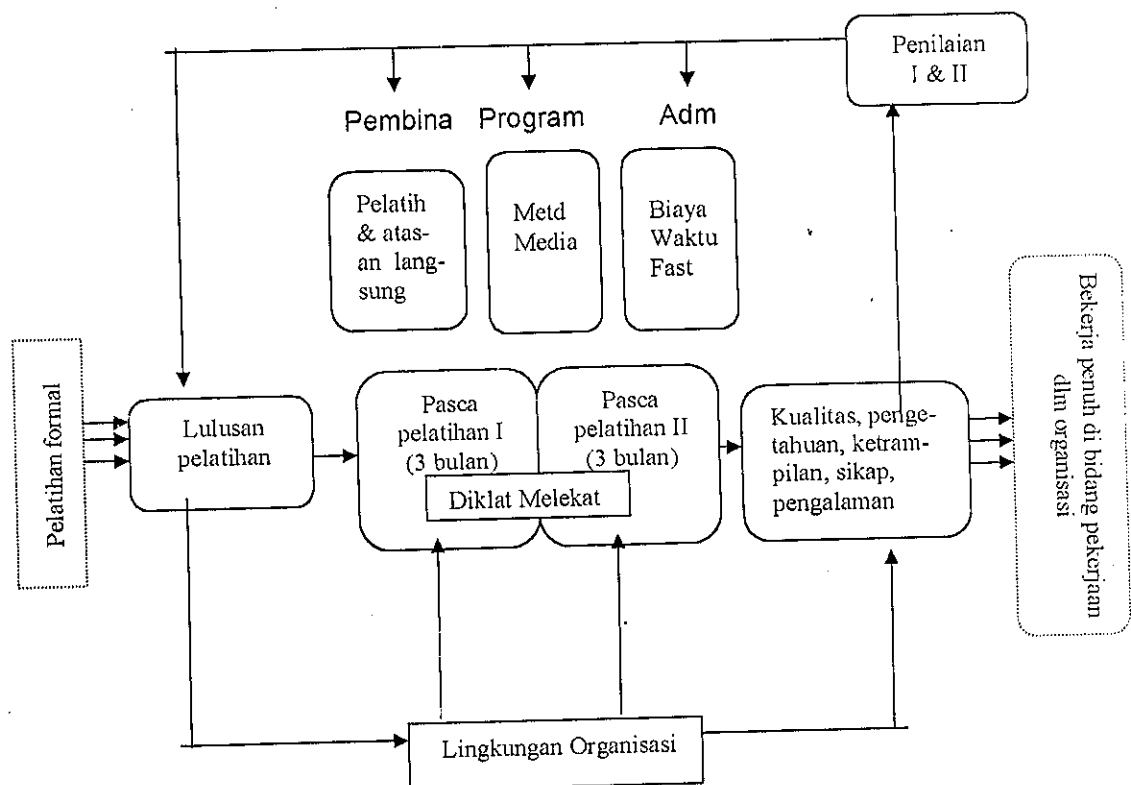
9. Pasca Pelatihan

Program pasca pelatihan yaitu suatu program pembinaan ketenagaan yang dilaksanakan melalui diklat melekat, berlangsung secara berkelanjutan dan terus-menerus. Program ini merupakan bagian dari keseluruhan pelatihan yang bertujuan untuk mencapai sinkronisasi dengan tujuan pelatihan formal yaitu meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap peserta pelatihan dalam kaitannya dengan tugas dan fungsinya sebagai tenaga suatu organisasi.

Secara khusus pasca pelatihan bertujuan untuk : 1) para peserta latih mampu menerapkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang

diperoleh pada proses pelatihan dalam kondisi dan suasana pekerjaan yang nyata dalam bidang masing-masing; 2) peserta latih dapat menetapkan kemampuan yang telah diperolehnya berkat kegiatan-kegiatan nyata di lapangan; 3) peserta dapat mengkaji dan menilai kemampuannya sendiri di lingkungan kerjanya; 4) pelatih dapat memperoleh masukan berdasarkan pengamatan terhadap kegiatan maupun tindakan peserta selama pasca pelatihan; serta 5) peserta dapat mengembangkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang diperolehnya dalam pelatihan formal.

Gambar 1 : Pendekatan sistem pasca pelatihan



Sumber : Hamalik, 2000

10. Sebab Utama Keberhasilan dan Kegagalan Rencana Pelatihan

Yang menjadi penyebab mengapa suatu rencana pelatihan berhasil antara lain :1) dalam proses pelatihan, karyawan lebih sebagai peserta daripada penonton; 2) hasil nyata, berwujud dan mudah dipahami serta harapan akan merangsang minat dan mempercepat proses pelatihan; 3) karyawan ingin segera melihat manfaat pelatihan untuk pekerjaan dan pribadi; 4) karyawan menginginkan strategi nyata dan solusi khusus yang akan memuaskan kebutuhan dan kepentingannya; 5) rencana pelatihan berdasarkan pengalaman masa lalu dan pengetahuan masa kini; 6) orang lebih mudah mengingat sesuatu daripada mendengar; 7) metode dan bahan pemecahan masalah lebih kondusif bagi pembelajaran dewasa; 8) sejumlah orang yang bekerja sama dan memiliki kepentingan bersama bisa dilatih lebih cepat daripada mereka yang bekerja sendiri-sendiri; 9) ketrampilan di tempat kerja yang dikembangkan harus secepatnya digunakan agar tetap bisa dikuasai; serta 10) karyawan bisa belajar banyak dan lebih cepat jika dilakukan dalam lingkungan yang positif dan mendukung. ⁽²⁰⁾

Sedangkan yang menjadi penyebab utama kegagalan rencana pelatihan antara lain : 1) rencana pelatihan digunakan untuk memecahkan masalah yang tidak terkait dengan kurangnya suatu ketrampilan; 2) upaya pelatihan tidak diarahkan pada satu tujuan spesifik; 3) sasaran pelatihan tidak didefinisikan secara jelas; 4) karyawan merasa tidak ada kebutuhan atau manfaat dari pelatihan; 5) supervisor / pelatih tidak siap; 6) bahan atau pendekatan pelatihan tidak relevan dengan tujuan pelatihan atau dengan karyawan yang

dilatih; 7) tidak ada sarana untuk menerima umpan balik, merevisi proses pelatihan dan mengevaluasi hasil; serta 8) tidak ada sarana untuk menguatkan perilaku, penghargaan, imbalan dan tidak adanya sistem insentif. ⁽³⁰⁾

E. Pelatihan Perencanaan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) di Jawa Tengah.

Pelatihan P2KT telah dilakukan di Jawa Tengah secara bertahap mulai tahun 2000. Sampai dengan tahun 2004 sudah ada 27 Kabupaten / Kota yang pernah dilatih P2KT. Target dari pelatihan ini yaitu terselenggaranya pelatihan P2KT di 35 Kabupaten / Kota.

Tujuan umum pelatihan ini yaitu : Meningkatkan jangkauan dan kualitas perencanaan dan pelaksanaan program-program kesehatan di daerah khususnya program spesifik di daerah dalam mencapai target / sasaran program. Sedangkan tujuan khususnya antara lain : 1). meningkatnya kemampuan staf Kabupaten / Kota dalam melakukan analisa data dan pengambilan keputusan berdasar *evidence based* guna perumusan intervensi yang spesifik, efisiensi dan efektif; 2) meningkatnya kemampuan staf Kabupaten / Kota dalam menyusun rencana dan melaksanakan advokasi perencanaan di Kabupaten; 3). terjaminnya akuntabilitas kegiatan dalam mencapai keberhasilan program maupun proyek; serta 4). mengembangkan mobilisasi dana bagi kesinambungan proyek / program di Kabupaten / Kota.

Dalam pelaksanaan pelatihan P2KT banyak terjadi variasi/perubahan terutama untuk materi, modul maupun metode pembelajaran yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.4 : Gambaran Pelatihan P2KT yang telah dilaksanakan di Jawa Tengah.

TAHUN PELATIHAN	LOKASI / SASARAN PELATIHAN	NARA-SUMBER	MATERI / MODUL	METODE	HASIL YANG DIPEROLEH
Tahun 1999	- Diklat Salaman - Staf Kanwil / Dinas Kesehatan Prop. Jateng	Biro Perencanaan Depkes RI dan FKM UI	Modul P2KT tahun 1996	<i>Classical block time</i> ; dengan simulasi dan penugasan kurang. Pelatihan dilaksanakan selama 6 hari	- Peningkatan pemahaman tentang konsep P2KT - Adanya ringkasan materi / modul yang akan dipergunakan pelatihan P2KT bagi kab/ kota
Tahun 2000	- Diklat Salaman - Peserta : Propinsi dan 13 kabupaten / kota yaitu Kab. Jepara, Kebumen, Banjarnegara, Pekalongan, Wonosobo, Pati, Purbalingga, Kab. Semarang, Wonogiri, Karanganyar, Kudus, Grobogan & Temanggung	Kanwil Depkes Propinsi Jawa Tengah dan Bapelkes Salaman	Modul P2KT tahun 1996 yang dimodifikasi oleh fasilitator dan ditambah dengan materi Manajemen Strategik dan Advokasi Program Kesehatan	<i>Classical - block time</i> ; dengan simulasi dan penugasan dari data program kabupaten. Pelatihan selama 6 hari.	- kesepakatan untuk membuat perencanaan topik program tertentu dengan menggunakan Konsep P2KT
Tahun 2001	Di 3 Kabupaten lokasi yaitu : Kab. Sukoharjo, Kab. Batang dan Kab. Boyolali	Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dan Baplekes Salaman	Modul P2KT tahun 1996, ditambah dengan materi Paradigma Sehat, Manajemen Strategik dan Advokasi Program Kesehatan	<i>Classical</i> dan PKL - berkala; selama 10 hari dan dengan penugasan, simulasi mempergunakan data program kabupaten. Pelatihan lebih bersifat aplikatif. Rangkaian kegiatan pelatihan mulai dari <i>Need Assesment</i> , Pelatihan, Seminar Hasil, Perencanaan Advokasi dan Evaluasi.	- Utk Kab. Sukoharjo; mengangkat satu permasalahan program dan disusun perencanaannya sesuai dengan konsep P2KT - Untuk Kab. Batang & Boyolali hanya sebatas peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang konsep P2KT

TAHUN PELATIHAN	LOKASI / SASARAN PELATIHAN	NARA-SUMBER	MATERI / MODUL	METODE	HASIL YANG DIPEROLEH
Tahun 2002	Di 9 kabupaten / kota. 3 Kabupaten ekstensifikasi yaitu Kab. Kendal, Kab. Magelang, dan Kab. Tegal. Ada 6 kab./ kota intensifikasi yaitu : Kab. Banjarnegara, Kab. Pekalongan, Kab. Kebumen, Kab. Pati, Kab. Temanggung dan Kota Semarang	Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dan Bapelkes Salaman	Modul P2KT tahun 1996 dan 1997, ditambah dengan materi Paradigma Sehat, Manajemen Strategik, Kerangka Kerja Logis, CEA/ CBA dan Advokasi Program Kesehatan	<i>Classical</i> dan PKL; berkala; selama 2, 6 dan 10 hari; metode penugasan dan simulasi menggunakan data program kabupaten. Pelatihan lebih bersifat aplikatif. Rangkaian kegiatan pelatihan mulai dari <i>Need Assesment</i> , Pelatihan, Seminar Hasil, Perencanaan Advokasi dan Evaluasi.	- untuk kab. Kendal, Magelang dan Tegal → adanya permasalahan yang diangkat dengan perencanaan P2KT, namun belum masuk dalam rencana 2003 - Kab. Banjarnegara, Kab. Pekalongan, Kebumen, Temanggung dan Pati → Refreshing petugas dan peningkatan pengetahuan & pemahaman P2KT - Kota Semarang → merupakan orientasi petugas tentang P2KT
Tahun 2003	Di 3 kota : Salatiga, Pekalongan dan Surakarta	Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dan Bapelkes Salaman	Modul P2KT th. 2002, ditambah dengan materi <i>Learning Organization, District Health Account</i> , Kerangka Kerja Logis & Advokasi Negosiasi	Klasikal (6 hari dalam 2 tahap) dan pendampingan 4 hari dalam 2 tahap. Sebelum pelatihan dilakukan <i>need assesment</i> , dan dilanjutkan pasca pelatihan adalah seminar hasil dan perenc. Advokasi negosiasi.	- Kota Surakarta → diimplementasikan dalam Rencana 2004 - Kota Pekalongan dan Salatiga → mengangkat permasalahan program tertentu dengan menggunakan konsep P2KT

Sumber : Laporan Pelaksanaan Pelatihan P2KT 1999 - 2002, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.

Adanya variasi pelatihan tersebut dikarenakan : kebutuhan materi perencanaan yang sesuai dengan kondisi daerah, perkembangan modul P2KT, keterbatasan dana dan sifat pelatihan (Pelatihan murni atau refreshing), mempermudah aplikasi materi perencanaan di tempat kerja peserta.

Indikator keberhasilan yang diharapkan akan dicapai dari pelatihan P2KT ini adalah :

- a. Input yaitu 1). peningkatan kapasitas SDM yang bisa diketahui dari hasil Survei Pasca Pelatihan, dimana : 72,7 % peserta menyatakan bahwa pelatihan masih relevan dengan kebutuhan dan 34,52 % peserta menyatakan telah menerapkan tindak lanjut pelatihan di pekerjaan serta 2). terbentuknya tim perencanaan kesehatan yang di tingkat kabupaten/kota
- b. Proses; antara lain : 1) terselenggaranya proses pelatihan di kabupaten/kota lokasi; 2). diterapkannya konsep P2KT dalam perencanaan baik proyek maupun program kesehatan; serta 3). dilaksanakannya perencanaan dan penganggaran kesehatan secara komprehensif, terpadu dan *evidence based* sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi.
- c. Output yaitu : 1) . tersusunnya dokumentasi perencanaan yang sesuai dengan konsep P2KT yang siap diadvokasikan kepada stakeholder; 2). meningkatnya perolehan anggaran sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi; serta 3). dimungkinkannya terobosan untuk memobilisasi dana program kesehatan.

Pada pengembangan konsep P2KT ada beberapa kali penyusunan modul pelatihan P2KT, meliputi :

- a. Modul yang disusun oleh PT. Indoconsult bekerja sama dengan FKM Universitas Indonesia dalam rangka pengembangan Mobilisasi Sumber Daya Kesehatan oleh Biro Perencanaan Depkes RI tahun 1996 yang dibiayai oleh ADB. Modul P2KT sebanyak dari 9 (sembilan) Modul; terdiri dari :
 1. Modul-00 : Pengantar modul Pelatihan P2KT
 2. Modul-01 : menjelaskan konsep P2KT
 3. Modul-02 : meliputi alur perencanaan dan penganggaran kesehatan
 4. Modul-03 : mencakup analisa situasi, dimana diperlukan sistem informasi yang baik.
 5. Modul-04 : Analisis Biaya Operasional Program
 6. Modul-05 : Informasi Pembiayaan Pembangunan Kesehatan
 7. Modul-06 : Penganggaran Program Kesehatan Dati II
 8. Modul-07 : Pembiayaan dan Penentuan Tarif RS
 9. Modul-08 : Pembiayaan Kesehatan di Puskesmas
 10. Modul-09 : Pengembangan JPKM
- b. Modul yang disusun dengan biaya dari ADB, khusus untuk perencanaan program Pemberantasan Penyakit Menular terdiri dari 7 modul yaitu :
 1. Modul-00 : Latar Belakang dan Konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)
 2. Modul-01 : Analisis Situasi Kesehatan dati II dan Sistem Informasi Kesehatan

3. Modul-02 : Identifikasi dan Prioritas Masalah Kesehatan
 4. Modul-03 : Tujuan dan Seleksi Alternatif Program
 5. Modul-04 : Penyusunan Program
 6. Modul-05 : Penyusunan Kebutuhan dan Analisis Sumber Daya Kesehatan
 7. Modul-06 : Penganggaran Terpadu
- c. Revisi Modul P2KT Plus (dengan pendekatan Partisipatif) selesai pada bulan Oktober 2002 terdiri dari 11 modul yaitu :
1. Modul-01 : Peran Strategis Perencanaan dan Pembangunan Kesehatan dalam Pembangunan Daerah
 2. Modul 02 : Penyusunan Rencana Strategis Kesehatan Daerah
 3. Modul 03 : Konsep dan Prinsip Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu
 4. Modul 04 : Analisis Situasi dan Penentuan Masalah Kesehatan
 5. Modul 05 : Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan
 6. Modul 06 : Penentuan Intervensi / Program Kesehatan
 7. Modul 07 : Penyusunan Program Kesehatan
 8. Modul 08 : *District Health Account* (Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah)
 9. Modul 09 : Prinsip Analisis Biaya dan Perhitungan Kebutuhan Biaya Program
 10. Modul 10 : Integrasi Rencana Anggaran Program Kesehatan
 11. Modul 11 : *Advocacy* Rencana dan Anggaran Kesehatan Daerah

P2KT merupakan salah satu konsep perencanaan yang dimaksudkan sebagai alternatif metode yang dapat diterapkan dalam rangka desentralisasi, dimana Kabupaten / Kota dapat mandiri dalam memahami dan mengatasi permasalahannya.

Penerapan P2KT yang diukur dengan Prinsip P2KT (*problem solving cycle*) dimana untuk mengevaluasinya didasarkan pada kriteria :

- a. Adanya partisipatif dari tim perencana terutama dari lintas sektor
- b. Penggunaan data dari survey atau *community based*
- c. Adanya hubungan perencanaan yang disusun dengan perencanaan strategis
- d. Waktu perencanaan ditetapkan sebelum Rapat Koordinasi Pembangunan (Rakorbang).

F. Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Kesehatan di Kota Surakarta

Kota Surakarta termasuk salah satu dari 3 kota yang dilatih P2KT tahun 2003. Adapun jumlah petugas yang dilatih 10 orang, berasal dari berbagai Subdin dan Bagian di Dinas Kesehatan Kota Surakarta sebanyak 9 orang dan 1 orang berasal dari Bappeda Kota Surakarta. Adapun argumentasi menyertakan staf Bappeda yaitu diharapkan adanya keterlibatan lintas sektor dalam hal ini Bappeda sebagai instansi perencanaan di daerah akan terlibat sejak awal dalam proses perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan. Selain itu, diharapkan bahwa perencanaan dan penganggaran yang tersusun akan mendapatkan dukungan dari Bappeda, karena dokumen disusun berdasarkan kajian permasalahan dan potensi serta kebutuhan yang dimiliki.

Alokasi dana pembangunan kesehatan kota Surakarta tahun 2003 yang bersumber dari dana daerah sebesar Rp. 2.683.883.000,- atau sebanyak 2,24 % dari total dana daerah. Dari dana tersebut, maka diketahui bahwa banyak kegiatan prioritas dan mempunyai permasalahan yang cukup besar dilihat dari luas wilayah dan besarnya sasaran yang terkena serta yang dampak yang ditimbulkan; belum teralokasikan sesuai kebutuhan. Contoh : dana untuk program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular sebesar 26,5 juta rupiah dimana untuk penanggulangan penyakit Demam Berdarah tidak teralokasi dana ; KIA sebesar 78,3 juta rupiah, serta program perbaikan gizi juga tak teralokasikan dana.

Dengan menggunakan konsep P2KT didukung alat bantu untuk menyusun perencanaan dan penganggaran, maka untuk tahun anggaran 2004 diharapkan bahwa anggaran yang akan diterima akan sesuai dengan permasalahan, potensi dan kebutuhan yang ada. Adapun anggaran pembangunan kesehatan kota Surakarta tahun 2004 yang diusulkan sebesar 5,5 Milyar. Sedangkan prioritas masalah yang akan ditanggulangi adalah Demam Berdarah dan Anemi Kekurangan Energi Kalori. ⁽²⁴⁾

Berbagai upaya dilakukan untuk dapat mewujudkan tujuan perencanaan yaitu disetujui dan disahkannya anggaran dimaksud serta mendapatkan dukungan dari berbagai pihak terkait. Antara lain dengan mengundang lintas sektor seperti Bappeda Kota Surakarta, Pemerintah Daerah Kota Surakarta serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dalam suatu forum pertemuan. Selain itu juga berharap bahwa dokumen perencanaan yang telah disusun akan diperjuangkan bersama-sama

dengan LSM untuk mendapatkan anggaran dan dukungan dalam pelaksanaan kegiatannya.

G. Perilaku Petugas

Ada beberapa macam teori tentang perilaku, antara lain menurut Solita (1993) dikatakan bahwa perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan praktik atau tindakan. ⁽²⁵⁾ Sedangkan Notoatmojo (1993) mengatakan perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yaitu aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti : pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat. ⁽²⁵⁾

Menurut Bloom disebutkan bahwa perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. ⁽²⁵⁾ Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotori diukur melalui tindakan (praktik) yang dilakukan. Dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam individu mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, sikap, emosi dan motivasi yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor dari luar individu meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, budaya dan sebagainya.

Perilaku seseorang yang terukur dari pengetahuan, sikap dan praktik dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan proses mencari tahu, dari yang tadinya tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat menjadi dapat. Dalam proses mencari tahu ini mencakup berbagai metode dan konsep – konsep, baik melalui proses pendidikan, pelatihan maupun melalui pengalaman.

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya media massa, media elektronik, buku petunjuk, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Notoatmodjo (1993) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang ingin diukur dari responden. ⁽²⁵⁾

Definisi pengetahuan menurut Notoatmodjo (1993) adalah merupakan hasil dari tahu, hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari proses belajar, yang dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan yang diperoleh berasal dari berbagai sumber seperti; media elektronik, media massa dan lain-lain.⁽²⁵⁾ Sedangkan Bahar (1988) mengemukakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar kemampuan menyerap, menerima, mengadopsi informasi. ⁽²⁶⁾

Soediatmo (1980) menyatakan bahwa semakin banyak penggunaan indera tubuh seseorang maka hasil belajar dan daya ingat seseorang tersebut akan semakin tinggi / banyak hasilnya. Apabila hanya mendengarkan, kemampuan mengingatnya sebesar 15 % dan apabila mendengar dan melihat maka mampu mengingat 35 – 55 %, sedangkan apabila mendengar, melihat, mengerjakan sendiri dan berpikir maka akan mampu mengingat sebesar 80 – 90%.

Secara garis besar domain tingkat pengetahuan (kognitif) mempunyai enam tingkatan meliputi : (1) mengetahui, (2) memahami, (3) menggunakan, (4) menguraikan, (5) menyimpulkan dan (6) mengevaluasi. Ciri pokok dalam taraf pengetahuan adalah ingatan tentang sesuatu yang diketahuinya baik melalui pengalaman, belajar ataupun informasi yang diterima dari orang lain.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak (Notoatmodjo, 1993). Sedangkan menurut Azwar (1997) nilai (*value*) dan opini atau pendapat sangat erat kaitannya dengan sikap. Nilai bersifat lebih mendasar dan stabil sebagai bagian dari ciri kepribadian, sedangkan sikap bersifat evaluatif dan berakar pada nilai yang dianut dan terbentuk dalam kaitannya dengan suatu obyek.

Pengertian lain sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara tertentu serta merupakan respon evaluatif terhadap pengalaman kognitif, reaksi afeksi, kehendak dan perilaku berikutnya. Jadi sikap merupakan respon evaluatif

didasarkan pada proses evaluasi diri, yang disimpulkan berupa penilaian positif atau negatif yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap obyek (Zimbardo dan Leippe, 1991).⁽²⁷⁾

Mar'at (1982) mengatakan manusia tidak dilahirkan dengan sikap pandangan ataupun perasaan tertentu, tetapi sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya.⁽²⁸⁾ Adanya sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap obyek – obyeknya. Dengan kata lain sikap merupakan produk dari proses sosialisasi, seseorang memberikan reaksi sesuai dengan rangsangan yang ditemuinya. Sikap dapat diartikan suatu kontrak untuk memungkinkan terlihatnya suatu aktivitas. Menurut Kartono (1990) sikap seseorang adalah predisposisi (keadaan mudah terpengaruh) untuk memberikan tanggapan terhadap rangsangan lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa (mental) dan keadaan berpikir (neutral) yang dipersiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu obyek yang diorganisasi melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada perilaku.⁽²⁹⁾

Sementara Atkinson (1993) menyatakan bahwa sikap meliputi rasa suka dan tidak suka, mendekati atau menghindari situasi, benda, orang, kelompok dan aspek lingkungan yang dapat dikenal lainnya termasuk gagasan abstrak dan kebijakan sosial.⁽³⁰⁾ Robbins (1999) mengartikan sikap sebagai suatu pernyataan atau pertimbangan evaluatif mengenai obyek, orang atau peristiwa, lebih lanjut dikatakan bahwa sikap mencakup tiga komponen yaitu *cognitif*, *affectif* dan *behavior*.⁽³¹⁾

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek dengan cara tertentu, bentuk dan reaksinya dapat positif atau negatif. Untuk itu dalam proses pelatihan untuk mengubah sikap, kondisi belajar harus diperhatikan. Kondisi belajar tersebut adalah 1) pelatih membantu peserta untuk mengenal dan menyadari sikap lama sebelum mengikuti pelatihan, 2) peserta diberi kesempatan untuk mengevaluasi sikap baru dan 3) peserta diberi kesempatan untuk mencoba melakukan sikap baru mereka (Azwar, 1994). (10). Sikap dan keyakinan dapat diketahui dengan cara menanyakan kepada orangnya dengan menggunakan pertanyaan atau skala (Prabandari, 1994).⁽³²⁾

3. Praktik (tindakan)

Praktik menurut *Theory of Reasoned Action* dari Smet (1994), dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif.⁽³³⁾ Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut.

Praktik individu terhadap suatu obyek menurut Kartono (1990) dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan obyek, kerentanan, faktor sosiopsikologi, faktor sosiodemografi, pengaruh media massa, anjuran orang lain serta perhitungan untung rugi dari praktiknya tersebut.

Praktik ini dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikapnya terhadap suatu obyek. Penelitian dari De Werdt (1989) mengatakan

ada pengaruh yang kuat dari tingkat pengetahuan terhadap praktik.⁽³⁴⁾

Pengaruh pengetahuan terhadap praktik dapat bersifat langsung maupun melalui perantara sikap. Sedangkan Notoatmodjo (1993) menyatakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktik (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan yang nyata (praktik) diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.

Fisben dan Ajzen (cik Ancok, 1989) menyatakan bahwa keikutsertaan seseorang di dalam suatu aktivitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, niat dan perilakunya. Pengetahuan terhadap manfaat suatu kegiatan akan menyebabkan orang mempunyai sikap yang positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap yang positif ini akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan tersebut. Niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan sangat tergantung pada seseorang mempunyai sikap positif atau tidak terhadap kegiatan. Adanya niat untuk melakukan suatu kegiatan akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan akhirnya dilakukan. Kegiatan yang sudah dilakukan inilah yang disebut dengan perilaku.

Green (1980) menyebutkan tiga faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok sebagai berikut ⁽³⁵⁾ :

a. Faktor yang mempermudah (*predisposing factor*)

Faktor predisposisi, yang mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi, berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak. Dengan kata lain faktor predisposisi sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok ke

dalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku .

Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun pengetahuan tertentu mungkin penting sebelum suatu tindakan terjadi, tetapi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang cukup kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya.

Mucchielli menguraikan sikap sebagai suatu kecenderungan jiwa atau perasaan yang relatif tetap terhadap kategori tertentu dari obyek, orang atau situasi. *Kirscht* menyebutkan bahwa sikap menggambarkan suatu kumpulan keyakinan yang selalu mencakup aspek evaluatif, sehingga sikap selalu dapat diukur dalam bentuk baik dan buruk atau positif dan negatif.

b. Faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor pemungkin mencakup berbagai ketrampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku, sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia, atau sumber daya yang serupa itu. Faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan berbagai sumber daya. biaya, jarak, ketersediaan transportasi, jam buka dan sebagainya.

Yang dimaksud dengan keterampilan adalah kemampuan seseorang untuk menjalankan upaya yang menyangkut perilaku yang diharapkan. Mengukur sejauh mana anggota memiliki ketrampilan pemungkin dapat memberikan wawasan yang bernilai bagi perencana tentang berbagai komponen program yang mungkin.

Kegagalan mempertimbangkan dampak faktor pemungkin dalam mencapai tujuan perilaku dapat menimbulkan masalah praktis yang serius.

c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor pendorong yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap dan perilaku yang lain seperti sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.

Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan memperoleh dukungan atau tidak. Faktor penguat merupakan faktor penyerta (yang datang sesudah) perilaku yang memberikan ganjaran, insentif, atau hukuman atas perilaku dan berperan bagi menetap atau lenyapnya perilaku itu.

Sumber penguat tergantung pada tujuan dan jenis program, penguat mungkin diberikan oleh sejawat kerja, pemimpin, keluarga dan penyelia serta suasana organisasi antara lain kepemimpinan, komitmen, budaya kerja, hubungan antar manusia dan lain - lain. Apakah penguat itu positif atau negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan, yang sebagian diantaranya lebih kuat dari pada yang lain dalam mempengaruhi perilaku.

Oleh karena itu untuk meningkatkan kinerja Tim Perencana Kesehatan adalah dengan meningkatkan *predisposing factor* pada setiap anggota organisasi, *enabling factor* dan *reinforcing factor*.

Predisposing factor merupakan gambaran mutu sumber daya manusia dan dapat ditingkatkan melalui tiga hal meliputi pelatihan (*training*), pendidikan (*education*), dan pengembangan (*development*). Pelatihan menekankan pada peningkatan

pengetahuan, sikap dan ketrampilan untuk melaksanakan tugas pekerjaan yang sedang menjadi tanggung jawabnya, sedangkan pendidikan lebih menekankan pada pengetahuan, sikap dan ketrampilan baru, yang akan melengkapi individu dalam melaksanakan tugas pekerjaan baru atau yang berbeda dengan tugas pekerjaan yang sedang menjadi tanggung jawabnya. Adapun pengembangan sumber daya manusia merupakan aktivitas yang berorientasi pada pertumbuhan individu maupun organisasinya, yang memusatkan aktivitas konseptual dan perseptual yang belum dikembangkan atau belum dialami oleh individu tersebut.

H. Lingkungan Organisasi

Menurut Stoner (1996), organisasi adalah suatu pengaturan orang-orang yang secara sengaja untuk mencapai suatu tujuan tertentu ⁽⁹⁾. Sedangkan menurut Siagian (1995), dalam suatu organisasi mestinya juga mempunyai kultur atau budaya tersendiri, dimana akan ada kesepakatan bersama tentang nilai yang dianut bersama dalam kehidupan organisasi dan mengikat semua orang dalam organisasi tersebut.⁽³⁶⁾ Kultur organisasi berperan menentukan struktur dan berbagai sistem operasional dalam rangka mencapai tujuan.

Organisasi yang dinamis, sudah seharusnya ikut berproses dengan perubahan baik yang terjadi pada lingkungan internal maupun eksternal organisasi. Namun kadang terjadi pula penolakan terhadap perubahan pada tubuh organisasi. Ada 6 (enam) faktor penyebab hal tersebut (Siagian, 1997) antara lain : 1) *Inersia Struktural* yaitu mekanisme yang sudah melekat untuk memelihara stabilitas dalam organisasi; 2). *fokus perubahan yang terbatas* yaitu perubahan yang terjadi pada sekelompok

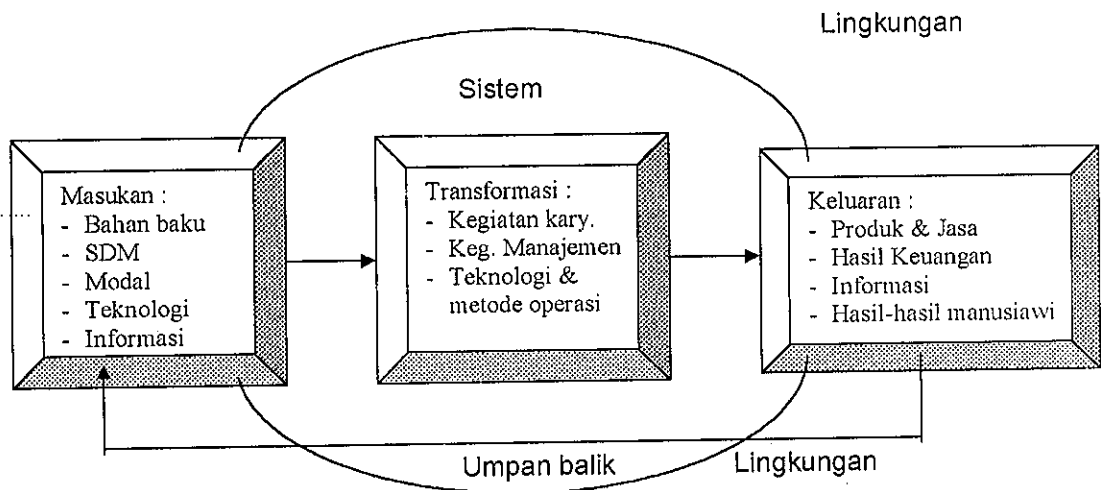
atau sub sistem saja dalam organisasi; 3). *Inersia kelompok* yaitu norma-norma dalam kelompok yang menghambat kelompok tersebut atau anggotanya untuk berubah; 4). *ancaman terhadap kemahiran atau ketrampilan seseorang*; 5). *ancaman terhadap hubungan kekuasaan yang sudah mapan* serta 6). *ancaman terhadap alokasi dana dan daya*.⁽³⁶⁾

Menurut William A. Shrode dan Voich, Jr ; *Sistem Keorganisasian* merupakan suatu kelompok proses-proses transformasi input-output yang saling berkaitan bekerja secara independen dan bersama-sama berupaya mencapai sasaran-sasaran bersama, dan kriteria nilai untuk organisasi secara keseluruhan, anggota-anggota dan lingkungannya. Sebagai sistem, organisasi dan lingkungannya memperlihatkan sifat-sifat sistematis dasar antara lain : perilaku dengan tujuan tertentu, holistikisme, keterbukaan, transformasi, keterkaitan satu sama lain, pengawasan dan pengendalian.⁽³⁷⁾

Didalam kerangka dasar input-output umum tersebut elemen-elemen tujuan, manusia struktur, tehnik-tehnik dan informasi dikoordinasi dan diintegrasikan oleh sistem manajerial, dalam rangka upaya memaksimalkan nilai dan manfaat yang diciptakan oleh organisasi yang bersangkutan.

Sebagai suatu sistem yang terbuka (Nisjar, et al, 1997), maka organisasi akan menerima input dari lingkungannya dan akan ditransformasikan serta kemudian dikembalikan outputnya kepada lingkungannya, sehingga organisasi bukan hanya sekedar sistem teknikal atau sistem sosial saja, namun lebih kepada penstrukturan dan pengintegrasian dari aktivitas-aktivitas manusia didalamnya.⁽³⁷⁾ Dengan demikian organisasi sebagai suatu sistem dan berkaitan dengan sistem yang lebih besar dilingkungannya memerlukan suatu umpan balik bagi lingkungannya.

Gambar 2 : Organisasi sebagai Sistem Terbuka



Sumber : Robbins dari Coulter, Management VI, 1999

Faktor-faktor kontingensi dalam organisasi yang mempengaruhi dalam perencanaan yaitu (Robbins dan Coulter, 1999) : 1). Tingkatan organisasi dimana semakin besar organisasi maka perencanaan yang dilakukan oleh eksekutif puncak lebih bersifat strategik dan sebaliknya bersifat lebih operasional; 2). Derajat ketidakpastian lingkungan karena semakin besar perubahan yang terjadi pada lingkungan, maka rencana yang disusun semakin tidak tepat; dan 3). Panjangnya komitmen masa depan. ⁽³¹⁾.

Perencanaan dalam suatu organisasi semestinya merupakan kerja semua anggota organisasi, namun dalam kenyataannya perencanaan disusun oleh orang-orang yang terlibat saja atau yang dianggap dapat mewakili semua unsur dalam organisasi; atau bisa diartikan sebagai suatu tim atau kelompok di dalam organisasi dan bukannya merupakan kerja individu, sehingga penting artinya keberadaan tim atau kelompok

yang akan mempengaruhi terutama dalam pengambilan keputusan dalam proses perencanaan guna mencapai tujuan organisasi.

Pada teori pendekatan-pendekatan sistem, bahwa tidak ada organisasi yang beroperasi secara mandiri. Lingkungan di luar organisasi sedikit banyak akan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh organisasi. Menurut Robbins dan Coulter (1999); lingkungan eksternal organisasi adalah lembaga-lembaga atau kekuatan-kekuatan yang berpotensi mempengaruhi kinerja organisasi. ⁽³¹⁾

Lingkungan yang mempengaruhi organisasi terbagi menjadi : 1) lingkungan umum dan 2) lingkungan khusus. Lingkungan umum yaitu segala sesuatu di luar organisasi meliputi faktor-faktor ekonomi, keadaan politik, pengaruh sosio budaya, masalah globalisasi dan faktor-faktor teknologi. Pengaruh lingkungan umum terhadap organisasi ada namun relevansinya tidak jelas. Lingkungan khusus yaitu bagian lingkungan yang secara langsung berkaitan dengan pencapaian sasaran-sasaran sebuah organisasi. Lingkungan khusus terdiri dari pendukung-pendukung yang sangat penting atau pihak-pihak yang berkepentingan (stakeholder), yang dapat mempengaruhi efektivitas organisasi secara positif dan negatif. Setiap lingkungan khusus bersifat unik dan berubah-ubah bersama keadaan.

Lingkungan khusus akan mencakup (Robbins dan Coulter, 1999) antara lain : pemasok-pemasok masukan, klien atau pelanggan, pesaing, badan-badan pemerintah dan kelompok-kelompok masyarakat tertentu. Lingkungan tersebut umumnya menjadi faktor eksternal yang menimbulkan ketidakpastian. ⁽³¹⁾

I. Tim Perencana Kesehatan Kota Surakarta

Tim perencanaan kesehatan kota Surakarta dalam hal ini adalah petugas / staf di Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang telah dilatih P2KT dimana tanggung jawab utamanya adalah merencanakan pembangunan kesehatan dengan menerapkan konsep P2KT, tujuan umum yang ingin dicapai adalah terwujudnya perencanaan pembangunan kesehatan kota Surakarta dengan menerapkan konsep P2KT.

Untuk tercapainya keberhasilan. Untuk dapat membentuk tim ini, ada beberapa langkah yang diperlukan :

1. Melakukan inventarisasi tugas dan fungsi tim perencana kesehatan.
2. melakukan inventarisasi tenaga pelaksana yang terlibat dalam perencanaan pembangunan kesehatan. Catat tenaga pelaksana yang mempunyai tanggung jawab serta peranan yang paling penting, dalam arti yang paling menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.
3. Menghimpun tenaga pelaksana yang paling bertanggung jawab serta yang peranannya paling penting dalam satu wadah khusus yang disebut dengan nama Tim perencana kesehatan. Batasi jumlah anggota tim paling banyak sekitar 10 orang. Berdasarkan pengalaman, dianjurkan tenaga pelaksana yang dihimpun dalam Tim ini adalah mereka yang memang mempunyai perhatian serta minat yang cukup terhadap upaya Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu, di samping juga memiliki rasa tanggungjawab yang tinggi terhadap setiap tugas yang diberikan.
4. Memilih sekurang – kurangnya seorang ketua dan seorang sekretaris yang akan memimpin Tim. Sisanya duduk sebagai anggota Tim. Berdasarkan pengalaman, dianjurkan yang dipilih sebagai Ketua dan

sekretaris Tim adalah mereka yang memiliki perhatian yang cukup terhadap upaya perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu. Sebab apabila perhatian ini tidak dimiliki, akan sulit diharapkan aktifnya Tim perencanaan kesehatan yang telah dibentuk.

5. Menetapkan batas – batas wewenang dan tanggung jawab Tim secara keseluruhan serta batas – batas wewenang dan tanggung jawab orang perorangan yang duduk dalam Tim.
6. Mengumumkan batas – batas wewenang dan tanggung jawab serta keberadaan Tim kepada semua pihak yang ada dalam institusi kesehatan.

Status Tim dalam struktur organisasi institusi kesehatan tidaklah bersifat struktural, melainkan bersifat fungsional. Dalam arti yang terpenting adalah pelaksanaan fungsi yang dimilikinya, bukan kedudukannya dalam struktur organisasi institusi kesehatan. Dengan perkataan lain, pembentukan Tim perencana kesehatan, tidak perlu harus mengubah struktur organisasi institusi kesehatan yang sudah ada.

Untuk dapat menjamin terselenggaranya fungsi yang dimiliki, dianjurkan pembentukan dan pengangkatan pengurus serta anggota tim, melalui suatu surat Keputusan pimpinan institusi kesehatan, misalnya oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta, sehingga dengan demikian akan menjadi jelas dasar hukumnya.

Tim perencana kesehatan Kota Surakarta harus mempunyai keterampilan – keterampilan komplementer yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas mereka dan Tim harus mengembangkan bauran keahlian yang tepat artinya setiap keahlian komplementer yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas Tim. Adapun syarat keterampilan tim ini dibagi dalam tiga kategori yang relevan yaitu :

- a. Teknis atau fungsional, yang mengarah pada profesionalisme petugas / anggota Tim, dimana Tim yang baik adalah Tim yang terdiri dari beberapa petugas yang mempunyai latar belakang ketrampilan teknis sesuai dengan ilmu atau keahlian yang dimiliki.
- b. Pemecahan Masalah dan pengambilan keputusan, dimana petugas yang menjadi bagian dari Tim harus mampu mengidentifikasi masalah dan peluang yang mereka hadapi, mengevaluasi pilihan yang mereka miliki untuk bergerak maju dan kemudian mengambil keputusan yang diperlukan tentang bagaimana langkah selanjutnya.
- c. Antar pribadi.
Pemahaman dan maksud bersama tidak dapat muncul tanpa komunikasi efektif dan konflik konstruktif yang pada akhirnya bergantung pada keahlian antar pribadi. Ini meliputi kemampuan mengambil resiko, kritik yang bermanfaat, obyektivitas, mendengarkan secara efektif, prasangka baik, dukungan dan menghargai minat dan keberhasilan orang lain.

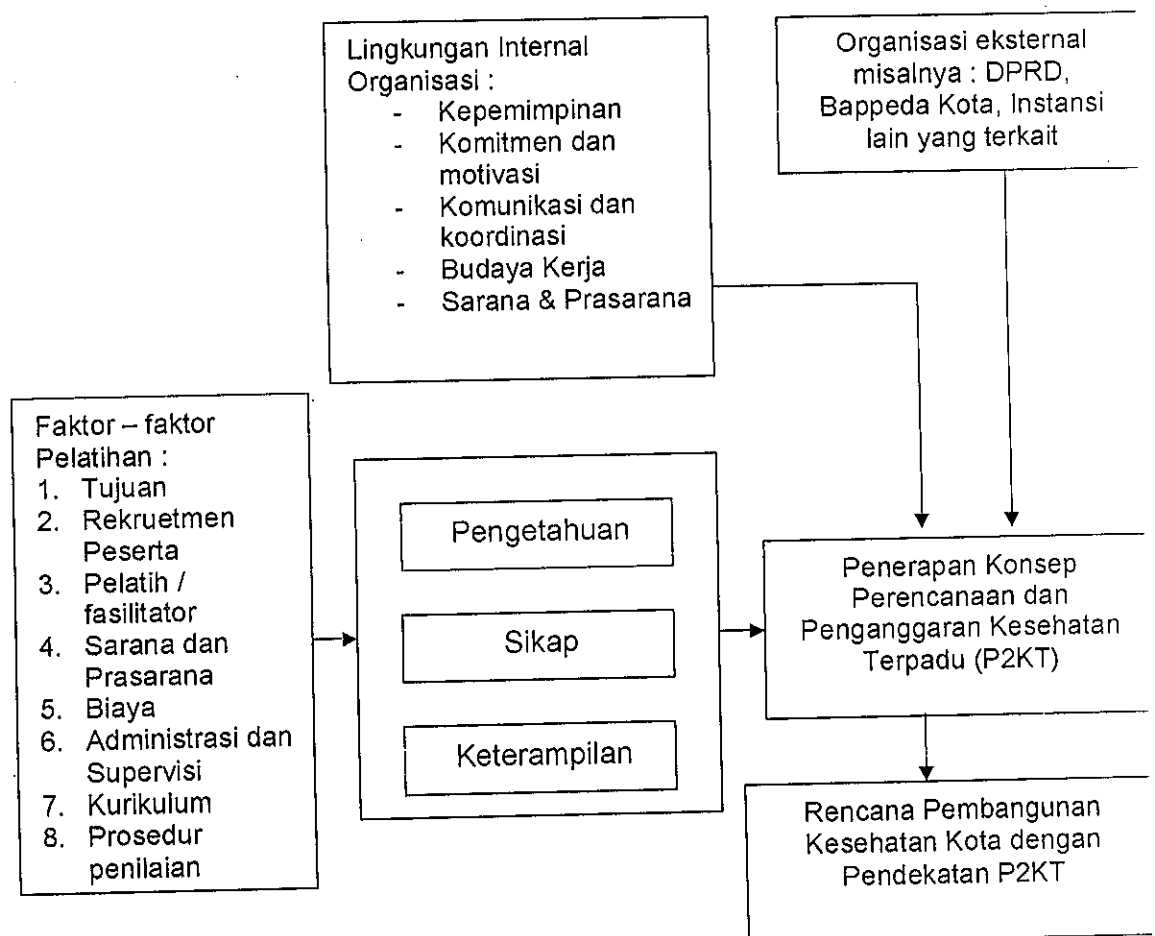
J. Landasan Teori

Aspek pelatihan meliputi faktor-faktor antara lain : 1). Tujuan diselenggarakannya pelatihan; 2). Peserta; 3) pelatih ataupun fasilitator; 4). Sarana dan Prasarana; 5). Biaya; 6). Administrasi dan supervisi; 7) Kurikulum yang meliputi materi, jadwal atau waktu, metode maupun media; dan 8). Prosedur penilaian. Keseluruhan aspek ini akan sangat mempengaruhi hasil dari pelatihan yang diadakan terutama terhadap peserta latihan yang meliputi aspek pengetahuan, sikap maupun ketrampilan/ praktek .

Tim perencana kesehatan Kota akan dapat meningkatkan kinerjanya dalam menyusun rencana pembangunan kesehatan dengan menggunakan konsep Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT) apabila anggota tim memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan yang tinggi terhadap konsep P2KT serta dukungan dari faktor lingkungan eksternal dan internal organisasi dari tim Perencanaan Kesehatan Kota.

Untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tim perlu dilaksanakan pelatihan khususnya pelatihan P2KT.

K. Kerangka Teori

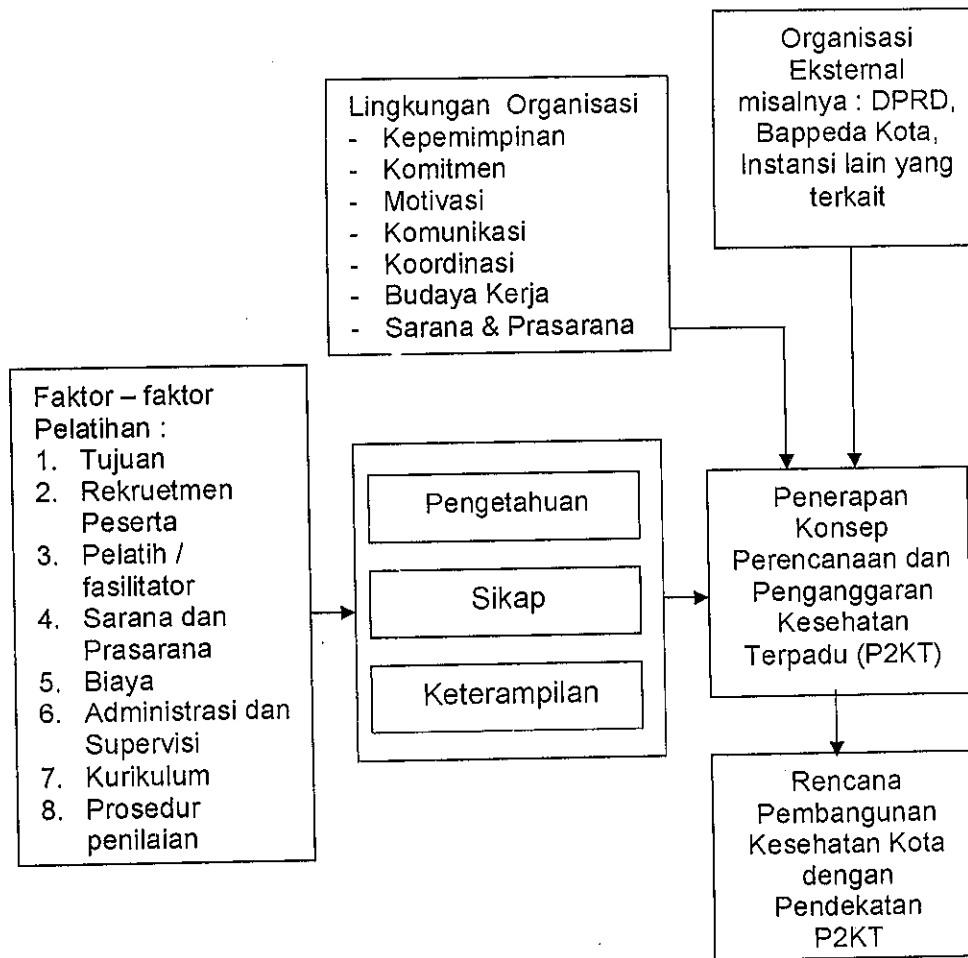


Sumber : Green, 1980; Sujak, 1990; Notoatmodjo, 1993, Hamalik, 2000
Dep.Kes.RI,2002.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

B. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif melalui studi kasus pada tim perencana pembangunan Kota Surakarta dan pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Pengambilan data dilakukan pada bulan Juli 2004 melalui penelusuran laporan tahunan Dinas Kesehatan Kota Surakarta, dokumen perencanaan pembangunan kesehatan tahun 2003 dan 2004 Dinas Kesehatan Kota Surakarta, *Focus Group Discussion* (FGD) kepada tim perencanaan pembangunan Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan wawancara mendalam terhadap pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta serta observasi.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah tim perencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta yang pernah mendapatkan pelatihan P2KT sejumlah 10 (sepuluh) orang. Penarikan sampel dilakukan secara *criterion sampling* (memilih kasus yang memenuhi kriteria tertentu, dalam hal ini adalah tim perencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta), sebagai subyek utama sedangkan subyek tambahan adalah pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Subyek utama terdiri dari 10 orang dan subyek tambahan sejumlah 5 orang untuk mengetahui peranan pejabat struktural dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan dengan konsep P2KT di Kota Surakarta.

D. Definisi Operasional

1. Pengetahuan Tentang P2KT didefinisikan sebagai pemahaman tim perencanaan kesehatan terhadap konsep P2KT
2. Sikap terhadap Pelaksanaan P2KT didefinisikan sebagai tanggapan tim perencanaan kesehatan terhadap kegiatan yang harus dilaksanakan dalam rencana pembangunan kesehatan Kota sebagaimana konsep P2KT
3. Keterampilan Pelaksanaan P2KT didefinisikan sebagai tindakan langsung / penerapan yang dilakukan oleh tim perencanaan kesehatan Kota dalam melaksanakan tahapan P2KT untuk menyusun rencana pembangunan kesehatan Kota berdasarkan pada kesesuaian rencana pembangunan kesehatan Kota di Propinsi Jawa Tengah tahun anggaran 2004 dengan ketersediaan dokumen yang seharusnya ada dalam konsep P2KT
4. Kepemimpinan didefinisikan sebagai keterlibatan Kepala Dinas kesehatan Kota Surakarta dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT
5. Komitmen didefinisikan sebagai komitmen organisasi khususnya antara pimpinan / pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan tim perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dalam proses dan hasil penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT
6. Motivasi didefinisikan sebagai motivasi tim P2KT dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT
7. Komunikasi didefinisikan sebagai komunikasi yang terjalin antara pimpinan / pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan tim perencanaan

pembangunan kesehatan Kota Surakarta dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT

8. Koordinasi didefinisikan sebagai koordinasi antara Pimpinan / pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan tim perencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT
9. Budaya kerja didefinisikan sebagai budaya organisasi Dinas kesehatan Kota Surakarta yang mendukung proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT
10. Sarana dan Prasarana didefinisikan sebagai ketersediaan sarana dan prasarana yang menunjang proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT
11. Organisasi eksternal didefinisikan sebagai keterlibatan DPRD Kota Surakarta, Bappeda Kota Surakarta, PEMDA Kota Surakarta dan Dinas terkait terhadap proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta (misalnya penyediaan data, keterkaitan program pembangunan yang ada di Dinas terkait dengan Konsep Pembangunan berwawasan kesehatan, keterlibatan dalam penentuan isu, masalah, intervensi dan peran / kontribusi lintas sektor dalam pembangunan kesehatan) dengan konsep P2KT dan persetujuan perencanaan kegiatan dan penganggarannya.
12. Faktor – faktor pelatihan didefinisikan sebagai persepsi responden terhadap kesesuaian rekrutmen peserta, kemampuan pelatih / fasilitator,

ketersediaan sarana dan prasarana pelatihan, biaya, administrasi pelatihan, kurikulum dan prosedur penilaian dengan tujuan pelatihan P2KT

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengambilan data primer melalui observasi dengan menggunakan *check list* dengan cara melihat dokumentasi proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan dengan menggunakan konsep P2KT bersamaan dengan pelaksanaan FGD terhadap tim perencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta dan wawancara mendalam dengan pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta. FGD dimaksudkan sebagai metode kualitatif untuk mencari data atau mengungkapkan fakta dari para informan terhadap topik yang dilontarkan sesuai dengan tujuan penelitian, sedangkan Wawancara mendalam ini juga merupakan metode pengumpulan data kualitatif dengan tujuan untuk menggali lebih dalam pendapat, maupun sikap informan terhadap suatu topik. Wawancara mendalam ini merupakan konfirmasi terhadap hasil FGD yang telah dilakukan, sehingga langkah urutannya adalah pengumpulan data melalui FGD dulu baru kemudian dilakukan Wawancara Mendalam. Sedangkan data sekunder diambil dari laporan tahunan Dinas kesehatan Kota Surakarta, Rencana Tahunan Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2003 dan tahun 2004 dan dokumen lain yang mendukung penelitian.

F. Uji Validitas dan Reliabilitas Data

Uji validitas dimaksudkan untuk meningkatkan validitas tampilan dari sesuatu yang akan diteliti. Melalui uji coba dapat diketahui adanya pertanyaan-

pertanyaan yang benar-benar mengukur dari yang diukur. Pada penelitian kualitatif, uji validitas yang dilakukan disebut metode triangulasi.

Metode Triangulasi ialah suatu teknik mengecek derajat kepercayaan dengan waktu dan alat yang berbeda (wawancara mendalam dan FGD). Obyektifitas data (*confirmability*) tidak ditentukan dengan jumlah orang yang diwawancarai tetapi diperoleh dari variasi data itu sendiri yang didukung dengan kelengkapan data, catatan dan alat di lapangan. ⁽³⁸⁾

Triangulasi data adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu. Triangulasi data dilakukan untuk melakukan *cross check* data kepada :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta
2. Ka Sub Din Bina Program DKK Surakarta.
3. Ka Sie Perencanaan DKK Surakarta

Dalam melaksanakan wawancara mendalam maupun FGD diupayakan tak ada tekanan maupun arahan, dan responden dipersilahkan secara bebas mengemukakan pendapatnya.

Reliabilitas (diandalkan / keterandalan) pada penelitian kualitatif dapat dicapai dengan melakukan auditing data. Hal ini dapat dilakukan dengan cara data hasil wawancara mendalam dan diskusi kelompok terkontrol ditulis dan dikelompokkan sesuai dengan topik dari penelitian

G. Alat Pengumpul Data

Dalam penelitian ini alat yang digunakan untuk pengumpulan data adalah pedoman FGD, pedoman wawancara mendalam dan *check list* untuk

observasi terhadap dokumen proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT

Dalam penelitian kualitatif, instrumen utama adalah peneliti itu sendiri. Sedangkan alat kelengkapannya adalah berupa : panduan wawancara mendalam, panduan FGD, pedoman observasi, tape recorder dan catatan peneliti. Semua instrumen yang berupa panduan wawancara mendalam, FGD dan pedoman observasi telah di uji coba terlebih dahulu dan dilakukan penyempurnaan terutama dalam hal penyederhanaan pertanyaan pada responden yang tidak mengenal atau kesulitan dalam memahami pertanyaan dalam bahasa Indonesia.

H. Prosedur Penelitian

1. Tahap persiapan

- a. Penyelesaian administrasi dan perizinan penelitian dilakukan mulai tanggal 10 Mei 2004
- b. Penjajagan awal wilayah penelitian dan penelusuran populasi dengan melakukan studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah pada tanggal 10 sampai dengan 11 Mei 2004.
- c. Rekrutmen enumerator / notulen yang akan membantu pada saat pengumpulan data baik pada saat FGD maupun wawancara mendalam.
- d. Pelatihan 1 orang enumerator mengenai cara pengumpulan data pada tanggal 12 Mei 2004
- e. Pemilihan jumlah responden

2. Tahap pelaksanaan

Pengumpulan data dilakukan dari tanggal 7 sampai dengan 9 Juli 2004 di Dinas Kesehatan Kota Kota Surakarta. Wawancara mendalam dan FGD dilakukan oleh peneliti dengan dibantu 1 orang enumerator dengan latar belakang pendidikan minimal Sarjana Kesehatan Masyarakat dan berpengalaman dalam penelitian kesehatan, yang telah dilatih sebelumnya.

Pada pengumpulan data ini tahap yang dilakukan yaitu : 1) *Focus Group Discussion* (FGD) kepada anggota tim Perencana Pembangunan Kota Surakarta dengan tujuan yaitu untuk menggali informasi yang dibutuhkan terkait dengan faktor-faktor yang akan diteliti; 2) Wawancara mendalam yang dilakukan kepada pejabat struktural di Dinas Kesehatan Kota Surakarta, dengan tujuan untuk melengkapi informasi sekaligus konfirmasi jawaban dari hasil pengumpulan data yang dilakukan pada tahap FGD; 3) Observasi dengan menggunakan ceklis untuk mencari informasi tambahan yang terkait dengan dokumen-dokumen pendukung perencanaan serta sarana-parasarana pendukung yang dimiliki untuk menerapkan konsep P2KT.

I. Analisis Data

Analisis data melalui deskriptif analisis terhadap jawaban informan baik pada saat dilakukan FGD maupun wawancara mendalam (*contents analysis*), yaitu pengungkapan fenomena peristiwa dan perilaku dengan faktor – faktor yang melatarbelakangi (variabel) serta melakukan pengelompokkan mencari hubungan dari berbagai variabel tersebut. Dalam proses analisis ini dimulai segera setelah pengumpulan data, karena pengumpulan data merupakan bagian dari *emergent design* dan dilakukan secara bersamaan (*on going analysis*).

Tahapannya adalah (a) penyusunan transkrip observasi, wawancara mendalam maupun FGD, (b) koding, yaitu suatu proses yang kreatif untuk memecahkan data menjadi unit yang lebih kecil (kode), memahami unit – unit tersebut, dan kemudian merangkum kembali unit – unit tersebut dalam bentuk kategori dan hubungan antar kategori. Unit koding dapat berupa kata, kalimat atau paragraf atau bagian dari data yang mempunyai makna tersendiri, kemudian di analisis untuk mengambil kesimpulan.⁽³⁸⁾

UPT-PUSTAK-UNDIP

Tabel 3.1 : Ringkasan Metodologi Penelitian

Yang Diteliti	Unsur – unsur Penjelias	Definisi Operasional	Data Diperoleh Dari Siapa ?	Dengan cara apa ?	Instrumen	Analisis Data
Pengetahuan	<ul style="list-style-type: none"> - Konsep P2KT - Materi P2KT - Langkah-langkah pokok P2KT - Ciri-ciri P2KT - Keduudukan P2KT dalam proses perencanaan - Data-data yang diperlukan 	Pemahaman Tim terhadap konsep P2KT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. FGD 2. Wawancara Mendalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam 	Contents analisis
Sikap	<ul style="list-style-type: none"> - Pendapat tentang Konsep P2KT dalam proses perencanaan - Pengalaman melaksanakan P2KT baik sebagai individu maupun Tim 	Tanggapan tim P2KT terhadap kegiatan yang harus dilaksanakan dalam rencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta sebagaimana konsep P2KT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. FGD 2. Wawancara Mendalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam 	Contents analisis
Keterampilan	<ul style="list-style-type: none"> - Penerapan P2KT di Kota Surakarta - Dokumen lain yg dipertimbangkan - Kesulitan teknis dalam melaksanakan P2KT - Cara merumuskan permasalahan - Hasil penyusunan perencanaan dibanding kebutuhan 	Tindakan langsung / penerapan yang dilakukan oleh tim P2KT dalam melaksanakan tahapan P2KT untuk menyusun rencana pembangunan kesehatan Kota Surakarta berdasarkan pada kesesuaian rencana pembangunan kesehatan Kota di	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. FGD 2. Wawancara Mendalam 3. Data Sekunder : Laporan tahunan, dokumen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam 3. Ceklis observasi 	Contents analisis

Yang Diteliti	Unsur – unsur Penjelas	Definisi Operasional	Data Diperoleh Dari Siapa ?	Dengan cara apa ?	Instrumen	Analisis Data
	<ul style="list-style-type: none"> - Perumusan masalah dan intervensi - Advokasi 	<p>Propinsi Jawa Tengah Tahun Anggaran 2004 dengan ketersediaan dokumen yang seharusnya ada dalam konsep P2KT</p>				
Lingkungan Organisasi	<ul style="list-style-type: none"> - Kepemimpinan 	<p>Keterlibatan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam proses penyusunan perencanaan kesehatan Kota Surakarta dengan Konsep P2KT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. FGD 2. Wawancara Mendalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam 	Contents analisis
	<ul style="list-style-type: none"> - Komitmen 	<p>Komitmen organisasi khususnya antara pimpinan / pejabat structural Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam proses dan hasil penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan kota Surakarta dengan konsep P2KT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. FGD 2. Wawancara Mendalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam 	Contents analisis
	<ul style="list-style-type: none"> - Motivasi 	<p>Motivasi tim P2KT dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. FGD 2. Wawancara Mendalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam 	Contents analisis

Yang Diteliti	Unsur – unsur Penjelas	Definisi Operasional	Data Diperoleh Dari Siapa ?	Dengan cara apa ?	Instrumen	Analisis Data
		keehatan kota Surakarta dengan konsep P2KT				
	- Komunikasi	Komunikasi yang terjalin antara pimpinan / pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan tim perencanaan pembangunan keehatan Kota Surakarta dalam proses perencanaan pembangunan keehatan kota Surakarta dengan konsep P2KT	1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta	1. FGD 2. Wawancara Mendalam	1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam	Contents analisis
	- Koordinasi	Koordinasi antara pimpinan / pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan tim perencanaan pembangunan keehatan Kota Surakarta dalam proses perencanaan pembangunan keehatan kota Surakarta dengan konsep P2KT	1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta	1. FGD 2. Wawancara Mendalam	1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam	Contents analisis

Yang Diteliti	Unsur – unsur Penjelaj	Definisi Operasional	Data Diperoleh Dari Siapa ?	Dengan cara apa ?	Instrumen	Analisis Data
	- Budaya kerja	Budaya organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang mendukung proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan kota Surakarta	1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta	1. FGD 2. Wawancara Mendalam	1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam	Contents analisis
	- Sarana dan Prasarana	Ketersediaan sarana dan prasarana yang menunjang proses penyusunan perencanaan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT	1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta	1. FGD 2. Wawancara Mendalam 3. Data Sekunder : Laporan tahunan, dokumen	1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam 3. Ceklis observasi	Contents analisis
Eksternal Organisasi	Eksternal Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta	Keterlibatan DPRD Kota Surakarta, PEMDA Kota Surakarta dan Dinas terkait terhadap proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta dengan konsep P2KT dan persetujuan perencanaan kegiatan dan penganggarannya.	1. Tim P2KT Kota Surakarta 2. Pejabat Struktural DKK Surakarta	1. FGD 2. Wawancara Mendalam	1. Pedoman FGD 2. Pedoman Wawancara mendalam	Contents analisis

Yang Diteliti	Unsur – unsur Penjelas	Definisi Operasional	Data Diperoleh Dari Siapa ?	Dengan cara apa ?	Instrumen	Analisis : Data
Faktor-faktor pelatihan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tujuan 2. Rekrutmen Peserta 3. Pelatih / fasilitator 4. Sarana dan Prasarana 5. Biaya 6. Administrasi dan Supervisi 7. Kurikulum 8. Prosedur penilaian 	Persepsi responden terhadap kesesuaian rekrutmen peserta, kemampuan pelatih/fasilitator, ketersediaan sarana dan prasarana pelatihan, biaya administrasi pelatihan, kurikulum, dan prosedur penilaian dengan tujuan pelatihan P2KT	Tim P2KT Kota Surakarta	FGD	Pedoman FGD	Contents analisis

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Tim P2KT Kota Surakarta

Tim P2KT Kota Surakarta beranggotakan 10 orang terdiri dari petugas / staf di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang telah dilatih P2KT, dengan susunan keanggotaan Tim P2KT Kota Surakarta sebagaimana terdapat pada lampiran. Tanggung jawab utama Tim P2KT adalah merencanakan pembangunan kesehatan dengan menerapkan konsep P2KT sehingga dapat terwujudnya perencanaan pembangunan kesehatan berdasarkan konsep P2KT.

Ada beberapa langkah yang ditempuh oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta bersama pejabat struktural Dinas Kesehatan, dalam pembentukan tim P2KT antara lain :

1. Melakukan inventarisasi tugas dan fungsi tim perencana kesehatan.
2. Melakukan inventarisasi tenaga pelaksana yang terlibat dalam perencanaan pembangunan kesehatan.
3. Menghimpun tenaga pelaksana yang paling bertanggung jawab serta yang peranannya paling penting dalam satu wadah khusus yang disebut dengan nama Tim P2KT.
4. Merekrut tenaga yang memang mempunyai perhatian serta minat yang cukup terhadap upaya P2KT, di samping juga memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi terhadap setiap tugas yang diberikan
5. Memilih sekurang – kurangnya seorang ketua dan seorang sekretaris yang akan memimpin Tim. Sisanya duduk sebagai anggota Tim. Berdasarkan pengalaman, yang dipilih sebagai Ketua dan sekretaris Tim adalah mereka yang memiliki

perhatian yang cukup terhadap upaya P2KT. Sebab apabila perhatian ini tidak dimiliki serta kemampuan menerapkan konsep P2KT dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan, akan sulit diharapkan aktifnya Tim perencanaan kesehatan yang telah dibentuk.

6. Menetapkan batas – batas wewenang dan tanggung jawab Tim secara keseluruhan serta batas – batas wewenang dan tanggung jawab orang perorangan yang duduk dalam Tim berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta tentang Struktur Organisasi Tim P2KT Dinas Kesehatan Kota Surakarta, yang sementara ini masih dalam proses penyusunan dan penerbitan.
7. Mensosialisasikan pembentukan Tim P2KT kepada semua Kepala Puskesmas di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta, Kepala UPT Dinas Kesehatan Kota Surakarta serta seluruh pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta, yang dilaksanakan pada rapat bulanan Dinas Kesehatan Kota Surakarta pada tanggal 6 Nopember tahun 2003 di aula Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Tujuan sosialisasi ini agar semua pejabat institusi di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta mengetahui tugas, tanggung jawab dan wewenang tim P2KT.

Status Tim P2KT Kota Surakarta dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta tidaklah bersifat struktural, melainkan bersifat fungsional yang harus bertanggung jawab langsung kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Dalam arti yang terpenting adalah pelaksanaan fungsi yang dimilikinya, bukan kedudukannya dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Dengan perkataan lain, pembentukan Tim P2KT, tidak perlu harus mengubah struktur organisasi Dinas Kesehatan yang sudah ada.

Dalam menjamin terselenggaranya fungsi yang dimiliki, pembentukan dan pengangkatan pengurus serta anggota tim, melalui suatu surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta, sehingga menjadi jelas dasar hukumnya.

Tim P2KT harus mempunyai keterampilan – keterampilan komplementer yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas mereka dan Tim harus mengembangkan bauran keahlian yang tepat artinya setiap keahlian komplementer yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas Tim. Adapun syarat keterampilan tim ini dibagi dalam tiga kategori yang relevan yaitu :

- a. Teknis atau fungsional, yang mengarah pada profesionalisme petugas / anggota Tim, dimana Tim yang baik adalah Tim yang terdiri dari beberapa petugas yang mempunyai latar belakang keterampilan teknis sesuai dengan ilmu atau keahlian yang dimiliki. Pelatihan yang wajib diikuti oleh Tim P2KT adalah pelatihan P2KT, pelatihan *problem solving cycle* dan pelatihan *tim based*.
- b. Pemecahan Masalah dan pengambilan keputusan, dimana petugas yang menjadi bagian dari Tim harus mampu mengidentifikasi masalah dan peluang yang mereka hadapi, mengevaluasi pilihan yang mereka miliki untuk bergerak maju dan kemudian mengambil keputusan yang diperlukan tentang bagaimana langkah selanjutnya.
- c. Pemahaman dan maksud bersama tidak dapat muncul tanpa komunikasi efektif dan konflik konstruktif yang pada akhirnya bergantung pada keahlian antar pribadi. Ini meliputi kemampuan mengambil resiko, menerima kritik yang bermanfaat, obyektivitas, mendengarkan secara efektif, prasangka baik, dukungan dan menghargai minat dan keberhasilan orang lain.

Tugas Tim P2KT dalam penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT adalah :

1. Menetapkan isu utama yang menjadi perhatian atau keresahan masyarakat Kota Surakarta sehubungan dengan masalah kesehatan. Contoh : Narkoba, ANTRAKS, Demam Berdarah dan lain - lain
2. Melakukan analisa situasi dengan cara mengidentifikasi masalah kesehatan, memprioritaskan masalah, mengidentifikasi penyebab masalah, memprioritaskan penyebab masalah, menetapkan intervensi dan memprioritaskan intervensi
3. Menetapkan tujuan dari intervensi yang ditetapkan. Tujuan ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus dari setiap intervensi. Tujuan umum biasanya bersifat kualitatif sedangkan tujuan khusus lebih operasional sehingga lebih bersifat kuantitatif.
4. Melakukan analisis SWOT (Strengthness, Weakness, Opportunity, Treath) untuk menentukan perencanaan strategis dalam menangani masalah yang dihadapi. Analisis SWOT merupakan alat untuk mempertimbangkan dari setiap keputusan intervensi yang diambil, karena dengan SWOT ini bisa diidentifikasi kekuatan dan kelemahan dari organisasi serta peluang dan ancaman di luar organisasi yang berpengaruh terhadap permasalahan dan intervensi yang akan diputuskan.
5. Menyusun program / kegiatan berdasarkan strategi yang telah disusun dengan analisis SWOT.
6. Menyusun Rencana Operasional Kegiatan (ROK) yang merupakan penjabaran operasional dari perencanaan program / kegiatan yang akan diusulkan. Dalam ROK ini berisi uraian kegiatan, sasaran, jadwal, biaya, dan penanggungjawab kegiatan.
7. Menyusun Kerangka Kerja Logis (KKL) yang merupakan justifikasi dari setiap usulan kegiatan yang disusun. KKL sebagai dasar untuk melihat keterkaitan antara kegiatan dengan tujuan yang akan dicapai sesuai dengan indikator

keberhasilan yang ditetapkan serta kemungkinan hambatan maupun dukungan yang akan mempengaruhi tercapainya tujuan kegiatan / program.

8. Melakukan analisis biaya untuk menetapkan biaya atau anggaran. Dalam analisis biaya ini akan dihitung kebutuhan biaya atau anggaran untuk melakukan kegiatan / program demi tercapainya tujuan yang telah ditetapkan. Selain itu juga memperhitungkan kemungkinan sumber-sumber pembiayaan yang dapat digali serta kemungkinan untuk memobilisasinya.
9. Menyusun Rencana Anggaran Satuan Kegiatan (RASK) sesuai dengan Keputusan Menteri Dalam Negeri No. 29 tahun 2000 dalam menyusun dokumen anggaran pembangunan daerah. Dokumen RASK inilah yang akan dipakai dalam pembahasan anggaran di kabupaten / kota. RASK berisi uraian kegiatan yang diusulkan secara rinci beserta dana yang dibutuhkan serta pengelompokkannya dalam kategori-kategori belanja atau pengeluaran.
10. Menyusun *Executive Summary* yang merupakan ringkasan dari usulan kegiatan / program yang direncanakan, mulai dari latar belakang, permasalahan, rencana intervensi sampai dengan pembiayaan yang dibutuhkan. Dalam *Executive Summary* sering dicantumkan juga dukungan dari semua pihak yang terkait (*stakeholder*) yang diharapkan.
11. Merencanakan dan melaksanakan advokasi kepada pihak-pihak yang terlibat dan mempunyai kepentingan dari rencana kegiatan atau program yang diusulkan.

Tugas tim P2KT sangat berat untuk itu perlu dukungan dari pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta, khususnya oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta tersebut berupa :

1. Penerbitan Surat Keputusan pembentukan Tim P2KT serta struktur organisasinya berikut tugas pokok, fungsi dan wewenang

2. Memberikan insentif walau masih bersifat stimulan
3. Menyediakan sarana dan prasarana sesuai kebutuhan tim P2KT, misalnya komputer, alat tulis kantor, ruang diskusi dan lain - lain
4. Terlibat dalam diskusi pada saat tim P2KT mempresentasikan hasil pekerjaannya
5. Membantu segala permasalahan atau hambatan yang dialami tim P2KT selama menyusun perencanaan
6. Melibatkan Kepala Sub Din yang ada untuk berpartisipasi aktif dalam setiap kegiatan tim P2KT
7. Menyediakan data yang dibutuhkan
8. Menyediakan tenaga yang terampil dan memiliki kemampuan yang tinggi dalam memecahkan masalah kesehatan, setidaknya – tidaknya tenaga yang memiliki kemampuan membuat perencanaan di bidang kesehatan dengan menggunakan^{*rB} konsep *problem solving cycle*.

B. Hasil Focus Group Discussion (FGD)

1. Karakteristik Responden

Responden FGD terdiri dari 8 orang anggota Tim P2KT Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan responden wawancara mendalam terdiri dari 5 orang , yang terdiri dari :

No	Initial Responden	Umur	Jabatan	Pendidikan terakhir	Masa Kerja di institusi
Responden FGD					
1	Fi	35	Staf Bina Program	S2	11 tahun
2	Tr	41	Staf P2PL	S2	17 tahun
3	Ek	36	Staf Sub din Bina Program	S1 (sospol)	12 tahun
4	Ab	37	Staf Upaya kesehatan	S2	12 tahun
5	Ju	42	Staf Kepegawaian	S1	17 tahun
6	TS	34	Staf Upaya Kesehatan	S1 (kesmas)	9 tahun
7	Pw	35	Staf Bina Program	S1	12 tahun
8	Su	45	Ka Sie PPE	S2	19 tahun

No	Initial Responden	Umur	Jabatan	Pendidikan terakhir	Masa Kerja di institusi
Responden Wawancara Mendalam					
1	Pur	52	Ka. Din.Kes Kota Surakarta	S2	24 tahun
2	Bb	48	Ka Sub Din Bina Program	S1	20 tahun
3	Ag	50	Ka Sub Din PPSM	S2	23 tahun
4	Sr	52	Ka Sub Din P2PL	S1	25 tahun
5	Ks	51	Ka. Subdin Kesga	S2	23 tahun

2. Pengetahuan Tim P2KT Kota Surakarta Tentang Konsep P2KT

Sebelum melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai tim P2KT, seluruh anggota tim P2KT diberi bekal pengetahuan melalui pelatihan P2KT. Pelatihan P2KT adalah pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu untuk Kabupaten / Kota di Propinsi Jawa Tengah.

Pelatihan P2KT untuk tim P2KT Kota Surakarta dilaksanakan pada bulan Juli tahun 2003 di propinsi dan kemudian dilanjutkan di Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan narasumber / fasilitator dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.

Setelah mengikuti pelatihan P2KT ini diharapkan sebagian besar anggota Tim P2KT Kota Surakarta memiliki pengetahuan yang tinggi tentang konsep P2KT. Hal ini sangat membantu proses penerapan konsep P2KT dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan Kota Surakarta.

Tim P2KT dapat menjawab pertanyaan tentang konsep P2KT, dimana masing – masing anggota Tim dapat menjawab dan saling melengkapi pernyataan sebelumnya. Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 7 sebagai berikut :

Kotak 1

....."perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu adalah perencanaan dan penganggaran yang bersifat perpaduan antara proses bottom up dan top down, terus bersifat target based budgeting yaitu menentukan target atau tujuan program pembangunan yang selanjutnya dihitung kebutuhan anggarannya dan dari mana sumber dananya....."

Informan ke 7

Untuk kemudian dilengkapi oleh pendapat informan ke 8 berikut ini .

Kotak 2

..... "pada dasarnya konsep P2KT adalah penyusunan rencana kesehatan secara komprehensif (menyeluruh), terpadu dan didasarkan pada situasi dan kemampuan daerah. Langkah awal adalah melakukan analisa situasi dan menyelesaikan masalah kesehatan dengan menggunakan konsep problem solving cycle, terus menyusun anggaran kesehatan yang dimulai dari menghitung kebutuhan anggaran atas dasar target – target dan kegiatan yang dirumuskan secara terpadu....."

Informan ke 8

Meskipun demikian, masing-masing informan menekankan pada beberapa hal yang dianggap penting dalam konsep P2KT. Hal ini bisa terlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.1. Penekanan pengetahuan informan terhadap konsep P2KT

Informan	Penekanan	Konfirmasi jawaban
1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perencanaan terpadu ✓ Data 	Perencanaan secara terpadu di masing-masing bidang untuk pemecahan masalah, yang didukung data...
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perencanaan komprehensif ✓ Terpadu ✓ Sesuai situasi dan 	Pada dasarnya konsep P2KT adalah penyusunan rencana kesehatan secara komprehensif (menyeluruh), terpadu dan didasarkan pada situasi dan kemampuan

Informan	Penekanan	Konfirmasi jawaban
	kebutuhan ✓ <i>Problem Solving cycle</i>	daerah. Langkah awal adalah melakukan analisa situasi dan menyelesaikan masalah kesehatan dengan menggunakan konsep <i>problem solving cycle</i> , terus menyusun anggaran kesehatan yang dimulai dari menghitung kebutuhan anggaran atas dasar target – target dan kegiatan yang dirumuskan secara terpadu
2	✓ Terpadu ✓ Efisien dan efektif	Menyelesaikan masalah secara keroyokan, tidak ada dinding penyekat baik lintas program maupun lintas sektor
7	✓ Keterpaduan proses bottom up dan top down ✓ <i>Target based budgeting</i>	perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu adalah perencanaan dan penganggaran yang bersifat perpaduan antara proses <i>bottom up</i> dan <i>top down</i> , terus bersifat <i>target based budgeting</i> yaitu menentukan target atau tujuan program pembangunan yang selanjutnya dihitung kebutuhan anggarannya dan dari mana sumber dananya
4	✓ Adanya advokasi	Disamping itu kalau kegiatan dan anggaran sudah ditetapkan, kita perlu mengajukannya ke pemerintah daerah untuk mendapatkan persetujuan, nah.....ini bagian yang tersulit karena sudah menyangkut kebijakan pemerintah daerah, untuk itu kita perlu melakukan advokasi supaya yang kita rencanakan dan anggarkan itu dapat disetujui, tidak dicoret
8	✓ <i>Evidence based</i>	Saya kira sudah cukup, mungkin saya ingin menambahkan bahwa dalam penyusunan perencanaan dengan menerapkan konsep P2KT, hal yang perlu menjadi pegangan

Informan	Penekanan	Konfirmasi jawaban
		utama adalah memanfaatkan data dasar (<i>evidence based</i>). Jadi kita perlu data yang valid dan akurat

Berdasarkan hal tersebut diatas, terlihat bahwa pelatihan P2KT mampu memberikan pengetahuan yang cukup terhadap Tim P2KT untuk melaksanakan tugasnya sebagai penyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta.

Selain mampu menjelaskan pengertian tentang konsep P2KT, 5 orang dari anggota tim juga mampu menjelaskan dengan lengkap materi – materi yang diberikan dalam pelatihan P2KT, sebagaimana pendapat salah satu informan yaitu informan ke 5 sebagai berikut :

Kotak 3.

.....” kalau tidak salah materi yang diberikan adalah konsep P2KT, analisa situasi yang terdiri dari penetapan masalah sampai dengan menentukan prioritas alternatif intervensi, penentuan program untuk mengatasi masalah, pembuatan Rencana Operasional Kegiatan (ROK), pembuatan Kerangka Kerja Logias (KKL), pembiayaan, advokasi dan lain – lain.....”

Informan ke 5

Sedangkan penekanan pengetahuan anggota tim terhadap materi pelatihan P2KT antara lain dapat dilihat pada tabel 4.2 sebagai berikut :

Tabel 4.2 Penekanan jawaban informan pada pertanyaan tentang Materi pelatihan P2KT

Informan	Penekanan	Konfirmasi jawaban
5	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisis situasi ✓ Penentuan program 	Materi yang diberikan pada saat pelatihan dulu, saya kira sudah cukup. Kalau tidak salah

Informan	Penekanan	Konfirmasi jawaban
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pembuatan Rencana Operasional Kerja ✓ Pembuatan Kerangka Kerja Logis ✓ Pembiayaan Advokasi 	<p>materi yang diberikan adalah konsep P2KT, analisa situasi yang terdiri dari penetapan masalah sampai dengan menentukan prioritas alternatif intervensi, penentuan program untuk mengatasi masalah, pembuatan Rencana Operasional Kegiatan (ROK), pembuatan Kerangka Kerja Logis (KKL), pembiayaan, advokasi dan lain – lain</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Penentuan prioritas masalah ✓ Penentuan penyebab masalah 	<p>Secara keseluruhan, materi dapat diterima dengan baik. Hanya saja yang sulit diterima adalah materi tentang alat bantu untuk penentuan prioritas masalah, penyebab masalah, itu.... ruwet sekali, maunya sih yang sederhana yang sering digunakan kita pada saat menentukan prioritas masalah dan lain – lain, jadi kita tidak bingung karena kalau sudah berhenti (kalau kita mengalami kesulitan kita tidak tahu kemana harus bertanya), untuk melanjutkan lagi jadi malas.</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kerangka Kerja Logis 	<p>Mungkin sama itu mbak "P", kalau tidak salah saat membuat Kerangka Kerja Logis, sepertinya diantara kita sendiri masih beda persepsi tentang cara pembuatan dan analisisnya</p>

Langkah – langkah pokok dalam penerapan P2KT juga mampu disebutkan oleh sebagian besar anggota Tim yang harus dilakukan dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan terpadu dengan menggunakan konsep P2KT yaitu :

- a) Analisis situasi merumuskan masalah
- b) Menentukan program untuk mengatasi masalah
- c) Menyusun program, menentukan target dan kegiatan
- d) Menghitung kebutuhan anggaran program
- e) Analisis sumber daya kesehatan dari berbagai sumber
- f) Menyusun anggaran secara terpadu.
- g) Sosialisasi dan advokasi dokumen Perencanaan dan Anggaran Kesehatan.

Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 3, sebagai berikut :

Kotak 4.

.....” langkah – langkahnya adalah pertama melakukan analisis situasi untuk merumuskan masalah, kedua menentukan program untuk mengatasi masalah, ketiga menyusun program, menentukan target dan kegiatan, keempat menghitung kebutuhan anggaran, kelima melakukan analisis sumber daya kesehatan dari berbagai sumber, keenam menyusun anggaran secara terpadu dan yang terakhir melakukan sosialisasi dan advokasi dokumen perencanaan dan penganggaran kesehatan yang telah disusun.....”

Informan ke 3

Untuk pertanyaan ini maka penekanan informan dalam menanggapi pernyataan tentang langkah-langkah pokok P2KT, bisa dilihat dari tabel 4.3 sebagai berikut :

Tabel 4.3. Penekanan jawaban informan tentang pertanyaan Langkah-langkah P2KT

Informan	Penekanan	Konfirmasi jawaban
3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisis situasi untuk merumuskan masalah ✓ Menentukan program untuk mengatasi masalah ✓ Menyusun program, 	Sebagaimana yang kita peroleh saat pelatihan. Langkah – langkahnya adalah pertama melakukan analisis situasi untuk merumuskan masalah, kedua menentukan program untuk mengatasi masalah, ketiga menyusun program, menentukan target dan

Informan	Penekanan	Konfirmasi jawaban
	menentukan target dan kegiatan ✓ Menghitung kebutuhan anggaran ✓ Melakukan analisis sumber daya kesehatan dari berbagai sumber ✓ Menyusun anggaran secara terpadu ✓ Sosialisasi dan advokasi	kegiatan, keempat menghitung kebutuhan anggaran, kelima melakukan analisis sumber daya kesehatan dari berbagai sumber, keenam menyusun anggaran secara terpadu dan yang terakhir melakukan sosialisasi dan advokasi dokumen perencanaan dan penganggaran kesehatan yang telah disusun.
8	✓ Analisis situasi dengan menetapkan isu utama dulu, mengidentifikasi masalah, memprioritaskan masalah, identifikasi penyebab masalah, memprioritaskan penyebab masalah, menetapkan tujuan, mengidentifikasi alternatif intervensi, memprioritaskan alternatif intervensi	Ndak apa – apa ya Pak 'H', memang seharusnya begitu, modul P2KT itu untuk dibaca bukan untuk hiasan saja. Tapi saya kira tadi sudah lengkap cuma pada saat melakukan analisis situasi langkah yang dilalui adalah menetapkan isue utama dulu, kemudian mengidentifikasi masalah, memprioritaskan masalah, identifikasi penyebab masalah, memprioritaskan penyebab masalah, menetapkan tujuan, mengidentifikasi alternatif intervensi, memprioritaskan alternatif intervensi. Kalau tidak salah begitu....

Selain itu tim juga dapat menyebutkan ciri – ciri konsep P2KT, yaitu :

- a) Penyusunan rencana kesehatan Kabupaten / Kota secara komprehensif (menyeluruh), terpadu dan didasarkan pada situasi dan kemampuan daerah;
- b) Menyusun anggaran kesehatan, yang dimulai dari menghitung kebutuhan anggaran atas dasar target-target dan kegiatan yang dirumuskan perencanaan terpadu,

kemudian melihat sumber-sumber pembiayaan yang ada dan akhirnya menyusun anggaran secara keseluruhan;

Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 5, informan ke 6 dan informan ke 7 sebagai berikut :

Kotal 5.

....." mungkin adanya keterpaduan atau integrasi antara program yang satu dengan program yang lain dilingkungan Dinas Kesehatan untuk memecahkan masalah".....

Informan ke 6

....." berbasis data dasar, semua harus menggunakan data".....

Informan ke 5

....." bisa saya tambahkan, yaitu budget based targetting.....

Informan ke 7

Tim P2KT Kota Surakarta beranggapan bahwa kedudukan P2KT dalam proses perencanaan pembangunan di Kota Surakarta adalah sebagai dasar dari proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Surakarta, sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 7 dan 8, berikut ini :

Kotak 6

....." menjadi dasar dari proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Surakarta ".....

Informan ke 7

....." Ya, kita sudah menerapkan konsep P2KT untuk perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta".....

Informan ke 8

Selain itu tim juga menyatakan bahwa dengan P2KT dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan di kota Surakarta lebih memantapkan perencanaan seperti RENSTRA.

Tim menyebutkan bahwa banyak sekali data yang diperlukan untuk menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan dengan menggunakan konsep P2KT, diantaranya adalah data sekunder dan data primer. Sebagaimana diungkapkan oleh ketiga informan ke 5, 1 dan 7 sebagai berikut :

Kotak 7.

....." data – data dari Puskesmas, Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan sendiri. Data berupa hasil kegiatan program / proyek kesehatan, angka kesakitan, angka kematian, data kependudukan, data lingkungan dan lain – lain, masih banyak lagi "

Informan ke 5

....." data yang kita butuhkan tidak ada, terpaksa kita mencari data mungkin dengan cara survey / rapid survey, FGD dan lain – lain. Untuk data sekunder kita bisa melihat di internet, di BPS, di kantor / dinas instansi terkait, pemerintah daerah , badan penelitian dan lain –lain"

Informan ke 1

....." selama ini data yang kita gunakan sudah mencukupi meliputi data kependudukan, data lingkungan, data hasil kegiatan di institusi kesehatan. Data yang paling susah kami dapatkan adalah data tentang perilaku individu dan masyarakat. Kita terpaksa melakukan survey, dan survey membutuhkan biaya yang banyak sementara untuk penyusunan perencanaan kami tidak memiliki biaya untuk melakukan survey. Jadi survey yang kami lakukan, masih sangat sederhana"

Informan ke 7

Jika dirangkum dalam suatu tabel dari pengetahuan para informan terhadap topik yang berkaitan dengan pengetahuan P2KT, maka dapat diperlihatkan sebagaimana tabel di bawah ini.

Tabel 4.4. Hasil Ringkasan FGD dari pendapat Informan tentang Pengetahuan P2KT

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
1	Pengertian P2KT	7	P2KT adalah perencanaan dan penganggaran yg bersifat perpaduan ant proses bottom up dan top down, bersifat target based budgeting yaitu menentukan target atau tujuan program pembangunan yg selanjutnya dihitung kebutuhan anggarannya dan darimana sumber dananya	Pengetahuan cukup
		8	Pada dasarnya konsep P2KT adalah penyusunan rencana kesehatan secara koprehensif (menyeluruh), terpadu dan didasarkan pada situasi dan kemampuan daerah. Langkah awal adalah melakukan analisa situasi dan menyelesaikan masalah kesehatan dg menggunakan konsep Problem Solving Cycle, terus menyusun anggaran kesehatan yang dimulai dari menghitung kebutuhan anggaran atas dasar target-target dan kegiatan yang dirumuskan secara terpadu	
2	Materi P2KT	5	Materi yang diberikan : Konsep P2KT, analisa situasi utk merumuskan masalah, menentukan program utk mengatasi masalah, menyusun program, menentukan target dan kegiatan,	Mampu menyebutkan langkah-langkah penyusunan perencanaan dan penganggaran berbasis P2KT

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
			menghitung kebutuhan anggaran, melakukan analisis sumber daya kesehatan dari berbagai sumber, menyusun anggaran secara terpadu dan melakukan sosialisasi dan advokasi dokumen perenc dan penganggaran yang telah disusun	
3	Ciri-ciri Konsep P2KT	6	Adanya keterpaduan atau integrasi antara program yang satu dengan program yang lain di lingkungan Dinas Kesehatan untuk memecahkan masalah	Mampu menyebutkan ciri-ciri konsep P2KT
		5	Berbasis data dasar	
		7	Budget based targeting	
4	Kedudukan P2KT dim proses perencanaan pembangunan di Kota Surakarta	6	Menjadi dasar dari proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan di kota Surakarta	Beranggapan P2KT sebagai dasar penyusunan perencanaan pembangunan
5	Data-data yang diperlukan	5	Data-data dari Puskesmas RS, Dinas Kesehatan sendiri. Data berupa hasil kegiatan program / proyek kesehatan, angka kesakitan, angka kematian, data kependudukan, data lingkungan dan lain-lain	Mampu menyebutkan data yang diperlukan, jenis data, sumber data, cara memperolehnya.
		1	Jika data yang diperlukan tak ada, maka mencari data dengan cara survey/rapid survey, FGD dan lain-lain. Untuk data sekunder bisa dilihat dari internet, BPS, kantor /instansi terkait, pemerintah daerah, badan penelitian dan	

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
			lain-lain	
		7	Data yang diperlukan cukup meliputi data kependudukan, data lingkungan, data hasil kegiatan di istitusi kesehatan. Data yang paling susah adalah data perilaku individu dan masyarakat. Terpaksa dengan cara survey, dan survey butuh biaya yang banyak sementara penyusunan perencanaan tidak ada dana untuk survey. Jadi survey yang dilakukan masih sangat sederhana	

3. Sikap Tim P2KT Terhadap Penerapan Konsep P2KT Dalam Proses Penyusunan Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta

Pengetahuan yang tinggi tentang konsep P2KT diharapkan mampu menumbuhkan sikap yang positif dalam arti sikap menerima konsep P2KT dalam proses penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta. Karena dengan adanya sikap menerima konsep P2KT sebagai salah satu cara mempermudah penyusunan perencanaan dan penganggaran sehingga rencana dan anggaran pembangunan kesehatan dapat segera terwujud sesuai dengan konsep P2KT.

Sebagian besar anggota tim P2KT memiliki sikap menerima konsep P2KT untuk penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta, dengan menerapkan konsep P2KT, proses penyusunan perencanaan dan

penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta menjadi lebih mudah, sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 8, ke 4, ke 7 dan informan ke 1 berikut ini :

Kotak 8.

....." Di Surakarta ada RENSTRA, P2KT lebih memantapkan"

Informan ke 4

....." sangat membantu, jadi dengan menerapkan konsep P2KT kita dipermudah dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan "

Informan ke 8

....." Ya kita dimudahkan. Kita juga jadi jelas dalam menyusun perencanaan karena tahapan atau langkah-langkah yang digunakan juga jelas"

Informan ke 7

....." setelah adanya desentralisasi, mau tidak mau kita harus merencanakan dan menganggarkan sendiri kegiatan kita, nah, dengan adanya P2KT kita jadi tahu apa yang harus dikerjakan untuk menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan. Jadi, sangat tepat konsep P2KT diterapkan, sangat membantu sekali "

Informan ke 1

Dalam menerapkan konsep P2KT pada penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta, tim sering kali mengalami kesulitan, hambatan atau permasalahan, antara lain :

- a. Penguasaan tim terhadap materi pemecahan masalah dan metode pemecahan masalah (penggunaan metode *de/beg* untuk penentuan prioritas masalah) tetapi karena keterbatasan kemampuan, maka tim disarankan oleh Kepala Dinas Kesehatan untuk menggunakan metode yang dikuasai tim dalam penggunaannya misalnya : curah pendapat sehingga masalah penggunaan alat bantu pemecahan

masalah dapat segera diatasi, Hal ini sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 5, ke 7 dan ke 8

Kotak ke 9

.....” *Sepertinya tidak ada, walaupun ada beberapa kesulitan dalam menggunakan alat Bantu pemecahan masalah untuk memprioritaskan masalah/ penyebab masalah, kita konsultasi ke fasilitator P2KT Propinsi Jawa Tengah atau ke teman – teman yang ahli dalam pemecahan masalah.*.....

Informan ke 5

.....”*Tidak ada, karena kesulitan teknis dapat segera diatasi.*.....”

Informan ke 7

.....”*ya itu tadi, kita kadang kesulitan menggunakan cara yang terbaik untuk menentukan prioritas, tapi kita akhirnya menggunakan yang kami bisa, yaitu dengan cara delbeq, MCUA dan lain – lain karena kebetulan kami pernah dilatih Quality Assurance Puskesmas yang salah satu materinya adalah alat – alat mutu*”.....

Informan ke 8

- b. Masih adanya perbedaan persepsi antara tim P2KT terhadap materi yang diberikan pada saat pelatihan,
- c. Hasil kerja Tim P2KT menjadi tumpuan harapan dan kesalahan, misalnya pada berubahnya besar usulan dana, jenis kegiatan dan sebagainya, sebagaimana dituturkan oleh informan ke 2 sebagai berikut :

Kotak ke 10

.....” *Kesulitan atau permasalahan yang paling saya rasakan adalah perencanaan dibuat oleh tim dimana anggota tim sudah mewakili masing – masing sub din, sehingga apabila terjadi kesalahan atau kekurangan kegiatan (misalnya yang semula mendapat proyek / program sekian ternyata setelah ada tim P2KT menjadi berkurang) maka yang disalahkan adalah anggota tim. Jadi serba tidak enak.*”.....

Informan ke 2

- d. Karena kesibukan tim P2KT yang cukup tinggi, mengakibatkan kesempatan untuk dapat bertemu antara anggota tim yang satu dengan yang lainnya sangat sulit, namun hal ini dapat diatasi dengan cara menjadwalkan pertemuan rutin setiap seminggu sekali yaitu pada setiap hari senin. Hal ini sebagaimana dituturkan oleh informan ke 7 sebagai berikut :

Kotak ke 11

....." Nah, karena anggota tim ini berasal dari semua sub din / seksi yang ada di Dinas Kesehatan, dengan kesibukan yang berbeda, sehingga kami mengalami kesulitan saat ingin melakukan pertemuan untuk membahas penyusunan perencanaan. Bahkan boleh dikatakan, untuk pertemuan yang diikuti oleh seluruh anggota tim, kelihatannya hampir tidak pernah.".....

Informan ke 7

- e. Tidak tersedianya dana untuk pencarian data dalam rangka penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan dengan menggunakan konsep P2KT khususnya untuk pencarian data dengan cara survey. Sehingga pada tahun anggaran 2005, tim merencanakan dan menganggarkan kegiatan pengumpulan data dalam rangka penyusunan perencanaan tahun 2006; seperti yang diungkapkan oleh informan ke 7.

Kotak ke 12

....."Data yang paling susah kami dapatkan adalah data tentang perilaku individu dan masyarakat. Kita terpaksa melakukan survey, dan survey membutuhkan biaya yang banyak sementara untuk penyusunan perencanaan kami tidak memiliki biaya untuk melakukan survey. Jadi survey yang kami lakukan, masih sangat sederhana.".....

Informan ke 7

- f. Tim P2KT belum memiliki legalitas, karena surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta masih dalam proses pengesahan walaupun secara informal, keberadaan tim P2KT sudah diakui dan sudah diberi kepercayaan untuk membuat perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta. Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 7 dan ke 1 berikut ini :

Kotak ke 13

....." sebenarnya tim P2KT ini masih belum mendapatkan legalitas, maksudnya belum ada surat keputusan dari Kepala Dinas tentang pembentukan Tim P2KT, jadi tim ini masih tim tidak resmi tapi diakui. Nah, karena anggota tim ini berasal dari semua sub din / seksi yang ada di Dinas Kesehatan, dengan kesibukan yang berbeda, sehingga kami mengalami kesulitan saat ingin melakukan pertemuan untuk membahas penyusunan perencanaan. Bahkan boleh dikatakan, untuk pertemuan yang diikuti oleh seluruh anggota tim, kelihatannya hampir tidak pernah ".....

Informan ke 7

....." Kesulitan secara teknis hampir bisa diatasi, yang menjadi kendala mungkin menurut saya adalah pertama Tim P2KT belum memiliki legalitas, kedua Keterampilan anggota tim dalam memecahkan masalah masih kurang sehingga sering mengalami kendala saat menentukan prioritas masalah / penyebab masalah, kita kadang tidak tahu mana cara / alat yang paling tepat digunakan dan ketiga belum maksimalnya dukungan pimpinan langsung".....

Informan ke 1

Dari keseluruhan jawaban informan dalam FGD mengenai topik Sikap informan terhadap Konsep P2KT, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

Tabel 4.5. Ringkasan Hasil FGD tentang Sikap Informan terhadap Konsep P2KT

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
1	Sikap terhadap P2KT dalam penyusunan perencanaan	8	Sangat membantu, dengan menerapkan P2KT maka kita dipermudah dalam	Sebagian besar anggota tim menerima konsep P2KT dapat mempermudah dalam

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
	dan penganggaran pembangunan kesehatan	1	<p>penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan.</p> <p>Setelah adanya desentralisasi, mau tidak mau harus menyusun perencanaan dan penganggaran sendiri. Dengan P2KT tahu apa yang harus dikerjakan untuk menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan. Jadi konsep P2KT sangat membantu sekali</p>	<p>penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di kota Surakarta</p>
2	Hambatan dalam melaksanakan P2KT	7	<p>Sebenarnya tim P2KT belum mempunyai legalitas, maksudnya belum ada Surat Keputusan dari Kepala Dinas Kesehatan tentang pembentukan tim P2KT. Jadi tim masih tidak resmi tapi diakui. Karena anggota tim berasal dari semua subdin / seksi yang ada di Dinas Kesehatan, dengan kesibukan yang berbeda, sehingga kesulitan saat ingin melakukan pertemuan untuk membahas penyusunan perencanaan. Bahkan dpt dikatakan, untuk pertemuan yang diikuti seluruh anggota tim,</p>	<p>Kesulitan / hambatan yang dialami :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. penguasaan tim terhadap materi pemecahan masalah dan metode pemecahan masalah. b. perbedaan persepsi antara tim P2KT terhadap materi yang diberikan saat pelatihan c. kesibukan anggota tim cukup tinggi sehingga kesempatan untuk bertemu antara anggota tim sangat sulit d. Tidak tersedianya

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
			kelihatannya hampir tidak pernah	dana untuk pencarian data e. Tim belum mempunyai legalitas, walaupun secara informal keberadaan tim sudah diakui

4. Keterampilan / Praktek Dalam Penerapan Konsep P2KT

Perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2004 belum menggunakan konsep P2KT sebagai dasar perencanaan karena pada penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2004, dilaksanakan sebelum diadakannya pelatihan P2KT dan belum terbentuknya tim P2KT, sehingga konsep P2KT baru diterapkan untuk menyusun perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2005.

Pertimbangan atau dokumen lain dalam menerapkan konsep P2KT pada penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta adalah rencana strategik Kota Surakarta dan Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 8 dan 4 berikut ini.

Kotak 14

....." belum ada, tetapi seperti tadi yang diungkapkan kita mengacu pada Renstra Dinas Kesehatan dalam menyusun perencanaan kegiatan.".....

Informan ke 8

....." bisa juga kita mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN), Sistem Kesehatan Propinsi (SKP), Standar Pelayanan Minimal, Renstra Kota Surakarta dan lain – lain".....

Informan ke 4

Langkah awal proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT adalah analisa situasi dengan cara menetapkan isu utama yang di rasakan oleh Dinas Kesehatan maupun masyarakat Kota Surakarta, penetapan isu utama tersebut harus didukung oleh data yang akurat dan terbaru. Setelah isu utama ditetapkan, langkah selanjutnya adalah identifikasi masalah dengan menerapkan konsep HL. Blum yaitu membagi permasalahan dalam 5 komponen yaitu komponen perilaku, komponen pelayanan kesehatan, komponen kependudukan, komponen lingkungan dan komponen kebijakan.

Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 1 Dan 7 , berikut ini.

Kotak 15.

....." Dengan menetapkan isu utama yang di rasakan Dinas Kesehatan, kemudian dalam perumusan masalah menggunakan data dan komitmen".....

Informan ke 1

....." Kami menerapkan konsep HL Blumm dan Problem Solving Cycle ".....

Informan ke 7

Alat atau metode yang digunakan oleh tim P2KT dalam memprioritaskan adalah dengan metode yang paling mudah diiakukan, paling dikuasai tim dan paling tepat sesuai tujuan penentuan prioritas. Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 8 berikut ini.

Kotak 16.

....." ya itu tadi, kita kadang kesulitan menggunakan cara yang terbaik untuk menentukan prioritas, tapi kita akhirnya menggunakan yang kami bisa, yaitu dengan cara delbeq, MCUA dan lain – lain karena kebetulan kami pernah dilatih Quality Assurance Puskesmas yang salah satu materinya adalah alat – alat mutu".....

Informan ke 8

Setelah tersusun prioritas intervensi, langkah selanjutnya adalah menetapkan atau membuat rencana operasional kegiatan (ROK) dan pembuatan Kerangka Kerja Logis (KKL). Langkah selanjutnya adalah melakukan analisis biaya. Namun karena proses penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta untuk tahun 2005 masih dalam tahap pembuatan KKL maka tim P2KT belum melakukan analisis biaya. Disamping itu juga belum direncanakan cara atau teknik advokasi atau negosiasi dengan DPRD, Pemerintah Daerah Kota Surakarta dan Instansi terkait serta stake holder lainnya. Namun demikian, Dinas Kesehatan Kota Surakarta pernah mengadakan advokasi untuk memperjuangkan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2003 dan 2004. Advokasi dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan dibantu oleh Kepala Subdin di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Hasil advokasi walaupun belum sesuai dengan yang diharapkan namun demikian ada perubahan sudut pandang DPRD Kota Surakarta, Pemerintah Daerah Kota Surakarta dan *stakeholder* tentang kesehatan. Sehingga ada beberapa perencanaan program / kegiatan dapat diterima dan disetujui.

Perencanaan yang dihasilkan belum dapat digunakan sebagai tolok ukur keberhasilan dalam memecahkan masalah yang dihadapi, karena pada saat ini kerja tim P2KT masih dalam tahap analisis situasi untuk penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2005. Sementara untuk perencanaan tahun 2004, belum menggunakan konsep P2KT dalam proses penyusunannya. Namun demikian, diharapkan perencanaan yang dibuat berdasarkan permasalahan yang ada dapat menyelesaikan masalah tersebut. Hal ini sebagaimana diungkapkan oleh informan ke berikut ini.

Kotak 17.

....." kemarin setelah kita mengikuti pelatihan, kita memang mencoba mempresentasikan hasil pelatihan di hadapan Kepala Dinas, Kepala Subdin dan kepala Seksi, tapi sifatnya masih menyelesaikan tugas pelatihan saja. Kami belum menerapkannya di perencanaan 2004 ".....

Informan ke 4

Adapun rangkuman dari hasil FGD terhadap para informan mengenai ketrampilan anggota Tim Perencanaan Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta, dapat dilihat sebagaimana tabel dibawah ini.

Tabel 4.6. Ringkasan Hasil FGD tentang Ketrampilan Tim Perencanaan Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta dalam menerapkan Konsep P2KT.

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
1	Pertimbangan atau dokumen lain dalam penerapan konsep P2KT	8	Belum ada, tetapi tetap mengacu pada Renstra Dinas Kesehatan dalam penyusunan perencanaan kegiatan	Mengacu pada Rencana Strategik Kota Surakarta dan Dinas Kesehatan
		4	Bisa juga mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN), Sistim Kesehatan Propinsi (SKP), Standar Pelayanan Minimal, Renstra Kota Surakarta dll	
2	Langkah-langkah dalam menyusun perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT	1	Dengan menetapkan isu utama yang dirasakan Dinas Kesehatan, kemudian dalam perumusan masalah menggunakan data dan komitmen	Dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan berbasis P2KT diawali dengan analisa situasi dalam merumuskan permasalahan
		7	Kami menerapkan konsep HL Blum dan	

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
			<i>Problem solving cycle</i>	(dengan menerapkan konsep HL Blum) dan pemecahan masalahnya dengan menggunakan konsep <i>Problem Solving Cycle</i> .
3	Hasil Penyusunan Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan brebasis P2KT	4	Setelah mengikuti pelatihan, memang dicoba mempresentasikan hasil pelatihan di hadapan Kepala Dinas, Kepala Subdin, dan Kepala Seksi, tapi sifatnya masih menyelesaikan tugas pelatihan saja. Sedang penerapan di tahun 2004 belum	Hasil perencanaan dan penganggaran yang disusun disosialisasikan

C. Hasil Wawancara Mendalam

Kinerja tim P2KT dalam menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan Kota Surakarta, sangat dipengaruhi oleh faktor individu anggota tim, faktor tim dan faktor lingkungan organisasi. Faktor organisasi yang berpengaruh terhadap kinerja tim P2KT, diantaranya adalah :

1. Kepemimpinan

Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan seluruh Kepala Sub din dan Kepala Seksi di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta, dirasakan cukup mendukung kerja tim P2KT. Dukungan tersebut berupa :

- a. Pemberian fasilitas sarana dan prasarana untuk Tim P2KT dalam melaksanakan tugasnya terdiri dari ruang khusus perencanaan, komputer dan printer, kalkulator, buku – buku pedoman perencanaan.

- b. Proses penerbitan Surat Keputusan Tugas dan Fungsi Tim P2KT untuk memberikan legalitas bagi Tim agar dapat bekerja dengan baik.
- c. Pemberian kemudahan Tim untuk pengumpulan, pengolahan dan analisis data.

Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 8 dan 1 sebagai berikut.

Kotak 18.

....." Sangat bagus, mendukung sekali. Terbukti tahun 2004 ini tim diberi tanggung jawab untuk menyusun perencanaan tahun 2005 dengan menggunakan konsep P2KT, sekarang masih dalam tahap analisis situasi, menetapkan intervensi, dan pembuatan rencana operasional kegiatan (ROK) dan Kerangka Kerja Logis (KKL) ".....

Informan ke 8

....." Bagus, pimpinan mendukung, terbukti dengan diberikannya kami fasilitas untuk menyusun perencanaan misalnya komputer, kemudahan kami mengikuti pertemuan atau pelatihan, kemudahan pemcarian data dan lain – lain "

Informan ke 1

Selain memberikan dukungan, pimpinan di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta, sering kali melakukan pembinaan. Pembinaan tersebut dapat berupa pembinaan langsung yaitu ikut serta dalam proses pemecahan masalah dan memecahkan masalah yang dihadapi tim dalam melaksanakan tugasnya serta pembinaan tidak langsung yaitu berupa pembinaan terhadap stafnya yang menjadi tim P2KT. Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 1 sebagai berikut.

Kotak 19.

....." Setiap kali kami selesai pada satu tahap (misalnya : analisis situasi), kami mengadakan pertemuan untuk mempresentasikan hasil kerja kami dengan mengundang Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Sundin / Bagian dan Kepala seksi dimana mereka akan mengoreksi atau mengevaluasi hasil kerja kami dan apabila ada yang tidak benar / sesuai, maka bersama – sama dipecahkan / diselesaikan "

Informan ke 1

Pendapat tersebut sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta, yang hampir seluruhnya menyatakan bahwa mereka sering dan selalu melakukan pembinaan dengan cara :

1. Mengikuti dan memantau perkembangan / kemajuan tugas tim P2KT
2. Membantu memecahkan masalah teknis dan non teknis yang dihadapi tim P2KT dalam menyelesaikan tugasnya
3. Memberikan masukan atau saran terhadap hasil kerja tim P2KT

Selain dilakukan pembinaan, pejabat struktural juga memberikan dukungan dan persetujuannya atas terbentuknya tim P2KT di Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Karena dengan dibentuknya Tim P2KT maka :

- a. Perencanaan yang akan datang tentunya sudah berupa perencanaan terpadu sebagaimana konsep P2KT
- b. Dengan dibentuknya tim P2KT (dimana setiap subdin diwakili oleh 2 orang) maka tidak ada lagi kecurigaan – kecurigaan atau miskomunikasi terutama pada saat pelaksanaan.
- c. Tugas Subdin Bina Program menjadi ringan, karena anggota tim sudah mewakili masing – masing subdin.
- d. Perencanaan dapat disusun secara terpadu / terintegrasi dan perencanaan benar – benar berdasarkan hasil analisis permasalahan yang dihadapi sehingga perencanaan yang disusun berdasarkan pada kondisi riil Kota Surakarta
- e. Pekerjaan menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan Kota Surakarta menjadi lebih valid karena menggunakan data dasar.

Mengingat besarnya manfaat tim P2KT terhadap tugas dan pekerjaan pejabat struktural dalam menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan maka dukungan atau bantuan pejabat struktural terhadap pekerjaan tim P2KT adalah

berupa : data yang dibutuhkan, sarana prasarana misalnya komputer, ruangan untuk pertemuan, dan tenaga.

2. Komitmen

Dalam menerapkan Konsep P2KT dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan, diperlukan adanya komitmen mulai dari pimpinan sampai ke staf / petugas pelaksana kegiatan, hal ini disebabkan karena sebelum desentralisasi, perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Surakarta masih bersifat *top down*, Dinas Kesehatan tinggal melaksanakan kegiatan yang sudah direncanakan oleh Dinas Kesehatan / Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dan Departemen Kesehatan RI. Sehingga semenjak diberlakukannya desentralisasi, mendorong Dinas Kesehatan Kota Surakarta untuk menyusun perencanaan sendiri. Untuk dapat membuat perencanaan sendiri dengan memadukan seluruh komponen yang ada di Dinas Kesehatan Kota Surakarta, dibutuhkan komitmen yang tinggi. Sehingga konsep perencanaan dan pelaksanaan yang *fragmented* dapat menjadi perencanaan dan pelaksanaan kegiatan terpadu.

Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 8 berikut ini.

Kotak ke 20

....." *Komitmen dapat terjalin dengan baik. Setiap selesai mengerjakan langkah demi langkah dalam proses P2KT kami selalu mengundang pimpinan untuk mengoreksi atau mengevaluasi hasil kerja Tim, sehingga apabila ada sesuatu yang tidak sesuai dapat segera diperbaiki. Dan sebelum pertemuan berakhir selalu dilakukan kesepakatan / komitmen hasil akhir".....*

Informan ke 8

3. Motivasi

Motivasi tim P2KT dalam menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta sangat tinggi, hal ini terlihat dari semangat

dan kekompakan tim untuk segera menyelesaikan tugas dengan baik dan benar. Ada beberapa hal yang mendorong tingginya motivasi tim, diantaranya adalah :

- a. Dengan diberi kesempatan untuk menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2005, tim P2KT merasa bangga dan tersanjung. Sehingga keberadaannya diakui oleh pejabat struktural Dinas kesehatan Kota Surakarta.
- b. Dilengkapinya fasilitas untuk Tim P2KT dalam bekerja sehingga tim memperoleh kemudahan untuk melaksanakan tugas
- c. Diberi insentif seperti uang perjalanan dinas / transport
- d. Bagi tim P2KT yang hendak melanjutkan pendidikan, diberi kesempatan dengan catatan tidak mengganggu tugas di kantor.

Sebagaimana diungkapkan oleh informan ke 4 , Sebagai berikut :

Kotak ke 21.

.....” Dengan menjadi tim P2KT saya merasa terhormat sekali dan keberadaan saya diakui oleh pimpinan”.....

Informan ke 4

4. Komunikasi dan Koordinasi

Dalam menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta, antara tim satu dengan tim lainnya perlu adanya keterbukaan , komunikasi dua arah dan koordinasi, mengingat mereka berasal dari latar belakang pendidikan dan kepentingan yang berbeda. Tim yang efektif dan efisien adalah tim yang dapat melakukan komunikasi 2 arah dan dapat terjalin koordinasi. Komunikasi dan koordinasi dapat tercipta dengan baik pada Tim P2KT Kota Surakarta, hal ini tidak saja terjadi antara anggota tim saja tetapi juga terhadap pimpinan dan sesama rekan kerja.

Sebagaimana dikemukakan oleh informan ke 3 sebagai berikut :

Kotak ke 22

.....” antara sesama anggota tim P2KT , antara anggota tim dengan pimpinan dan antara anggota tim dengan sesama teman kerja, dapat terjalin komunikasi dua arah dan koordinasi yang baik. Kita bekerja sama untuk mencapai tujuan yang sama. Dengan adanya kerja sama, kompak dan saling membutuhkan satu sama lain, membuat tugas tim pun menjadi lebih ringan.”.....

Informan ke 3

5. Budaya Kerja

Budaya kerja yang baik dapat mendukung keberhasilan kerja Tim P2KT dalam menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta. Budaya kerja yang terbentuk di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang mendukung keberhasilan kerja tim adalah :

- a. Bersih lahir dan batin
- b. Disiplin
- c. Kreatif
- d. Mampu bekerja sama
- e. Terbuka
- f. Adil
- g. Murah senyum
- h. Bersahaja
- i. Bekerja rapi dan ringkas.

6. Sarana dan Prasarana

Setiap melaksanakan pekerjaan, baik kinerja individu, tim maupun organisasi sangat tergantung pada ketersediaan sarana dan prasarana. Demikian juga halnya dengan Tim P2KT Kota Surakarta, dalam melaksanakan tugasnya, tim membutuhkan

sarana dan prasarana yang dapat mempermudah dan memperlancar pekerjaannya untuk menghasilkan hasil yang optimal. Dalam menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta, tim P2KT membutuhkan sarana dan prasarana berupa :

- a. Komputer sejumlah 3 buah dalam kondisi baik
- b. Printer sejumlah 2 buah dalam kondisi baik
- c. Kalkulator sejumlah 3 buah dalam kondisi baik
- d. Buku – buku perencanaan / manajemen
- e. Ruang rapat sejumlah 1 buah dalam kondisi baik
- f. Meja tulis sejumlah 5 buah dalam kondisi baik
- g. Kursi sejumlah 16 buah dalam kondisi baik
- h. Peralatan alat tulis
- i. Peralatan kantor lainnya.

Kebutuhan sarana dan prasarana Tim P2KT Kota Surakarta, tersedia cukup dan memadai. Hal ini sesuai dengan hasil observasi / pengamatan langsung terhadap ketersediaan sarana dan prasarana (hasil observasi selengkapnya dapat dilihat pada lampiran).

7. Organisasi Eksternal

Lingkungan eksternal Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang berhubungan langsung dengan proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT dapat berupa wadah organisasi baik formal maupun non formal seperti : Pemerintah Daerah Kota Surakarta khususnya Walikota Surakarta, Bappeda dan Biro Keuangan Pemerintah Daerah Surakarta serta lembaga legislatif Kota Surakarta (Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Surakarta), Lembaga Swadaya Masyarakat yang memiliki perhatian terhadap kesehatan dan masyarakat Kota Surakarta, namun juga non

organisasi seperti kebijakan-kebijakan, peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan perencanaan, pelaksanaan pembangunan dan evaluasinya. Kebijakan tersebut sangat berpengaruh dalam proses perencanaan dan penganggaran, bahkan di bidang politis amat sangat dirasakan. Namun demikian dalam penelitian ini yang akan diungkap lebih banyak kepada kontribusi atau keterlibatan organisasi di luar Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam kaitannya dengan penyusunan perencanaan dan penganggaran Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta.

Pemerintah Daerah Kota Surakarta bersama dengan DPRD Kota Surakarta, telah menetapkan mekanisme yang digunakan dalam proses perencanaan pembangunan daerah, yaitu perencanaan partisipatif. Perencanaan partisipatif dimulai dari Muskelbang (Musyawarah tingkat Kelurahan) kemudian Muscambang (Musyawarah tingkat Kecamatan) dan akhirnya Muskotbang (Musyawarah tingkat Kota). Jadi perencanaan bersifat *bottom up*. Pemasalahan dan usulan dari Musyawarah Tingkat Kota disampaikan ke masing – masing Dinas / Instansi yang bersangkutan, sehingga perencanaan yang disusun oleh masing – masing Dinas / Instansi sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat.

Dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan daerah Kota Surakarta, peran Dinas Kesehatan hanya sebagai fasilitator dan penampung aspirasi / usulan dari hasil Musyawarah Tingkat Kota. Sementara keterlibatan Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam proses perencanaan pembangunan daerah adalah :

1. Memberikan masukan pada Musyawarah Tingkat Kecamatan yang diwakili oleh Puskesmas dan Musyawarah tingkat Kota
2. Merumuskan / mensinkronkan antara hasil Musyawarah tingkat kota dengan rencana strategis daerah bidang kesehatan

Pola usulan perencanaan dan penganggaran kesehatan yang diajukan Dinas Kesehatan Kota Surakarta adalah :

1. Berdasarkan isu global dan Nasional
2. Berdasarkan Rencana Strategis Daerah
3. Berdasarkan permasalahan spesifik daerah.

Perencanaan pembangunan kesehatan juga berdasarkan pada program yang telah ada di Dinas Kesehatan antara lain :

1. Program promosi kesehatan
2. Program pemberantasan dan pencegahan penyakit
3. Program perbaikan gizi
4. Program kesehatan keluarga
5. Program peningkatan mutu pelayanan
6. Program penyehatan lingkungan pemukiman
7. Program pengembangan kebijakan kesehatan

Perencanaan pembangunan kesehatan yang diusulkan mampu mengatasi permasalahan kesehatan yang ada, hal ini disebabkan karena perencanaan pembangunan kesehatan tersebut bersifat *evidence based* atau berdasarkan data dasar, dimana data tersebut berasal dari data sekunder dan data primer.

Walaupun tidak seluruh usulan perencanaan pembangunan kesehatan dikabulkan oleh Pemerintah Daerah maupun DPRD dan kesehatan belum dijadikan prioritas pembangunan daerah, namun memiliki komitmen yang tinggi terhadap perencanaan pembangunan daerah yaitu dengan cara mengikuti aturan atau mekanisme perencanaan yang telah disepakati bersama tersebut. Demikian juga komitmen Pemerintah Daerah dan DPRD terhadap perencanaan pembangunan kesehatan walaupun belum maksimal tetapi dirasakan cukup mendukung pelaksanaan perencanaan tersebut. Bentuk keterlibatan dan dukungan tersebut antara lain :

1. Memberikan data / informasi hasil kegiatan lintas sektor dan sarana kesehatan

2. Memberikan masukan tentang permasalahan – permasalahan yang dirasakan di tingkat Kelurahan
3. Beberapa instansi telah “memasukkan” dalam perencanaan pembangunan yang berkaitan dengan kesehatan, misalnya BKKBN dengan program pengentasan kemiskinan dan kesehatan keluarga, Badan Pemberdayaan Masyarakat dengan usulan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS), Kantor Agama dengan program imunisasi calon pengantin, Dinas Pekerjaan Umum dengan Pembangunan dan Rehabilitasi Sumber dan Sarana Air Bersih, Dinas Pendidikan dengan program Upaya Kesehatan Sekolah (UKS) dan diaplikasikannya kurikulum kesehatan di sekolah-sekolah serta masih banyak lagi.
4. Selain kontribusi berupa program, maka secara otomatis kontribusi tersebut termasuk dana / anggaran yang dipergunakan untuk melakukan kegiatan-kegiatan tersebut.
5. Beberapa instansi pemerintah di luar Dinas Kesehatan Kota Surakarta maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) setelah dilakukan advokasi menyatakan komitmennya untuk turut bersama dalam menangani beberapa kegiatan / masalah kesehatan seperti Program Pemberantasan Demam Berdarah, Penanganan Gizi Buruk dan Kurang, kegiatan Pekan Imunisasi Nasional dan sebagainya.

Dari Hasil Wawancara Mendalam, maka dapat dijelaskan beberapa kesimpulan sementara sebagaimana tercantum pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.7. Ringkasan Hasil Wawancara Mendalam tentang Penerapan Konsep P2KT

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
1	Kepemimpinan	8	Sangat bagus, mendukung sekali. Terbukti tahun 2004 ini, tim diberi tanggung jawab menyusun perencanaan tahun 2005 dengan menggunakan konsep P2KT. Sekarang masih dalam tahap analisis situasi, menetapkan intervensi dan pembuatan rencana operasional kegiatan (ROK) dan Kerangka Kerja Logis	Pimpinan mendukung kerja tim P2KT; dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> a. pemberian fasilitas sarana dan prasarana b. pemberian legalitas tim P2KT berupa SK c. Kemudahan Tim untuk pengumpulan, pengolahan dan analisa data d. pembinaan langsung dan tidak langsung
		1	Bagus, pimpinan mendukung, terbukti dengan diberikannya fasilitas untuk menyusun perencanaan misalnya komputer, kemudahan untuk mengikuti pelatihan atau pertemuan, kemudahan untuk pencarian data dll	
		1	Setiap selesai pada satu tahap penyusunan, kami mengadakan pertemuan untuk mempresentasikan hasil kerja kami dengan mengundang Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Subdin / Bagian dan Kepala Seksi, dimana mereka mengkoreksi atau mengevaluasi hasil kerja kami dan apabila ada yang tidak benar/ tidak sesuai, maka bersama-sama diselesaikan.	
		Pejabat struktural	Sering melakukan pembinaan dengan cara: <ol style="list-style-type: none"> 1. mengikuti dan memantau perkembangan / 	

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
			kemajuan tugas tim P2KT 2. membantu memecahkan masalah teknis dan non teknis yang dihadapi tim 3. memberikan masukan / saran terhadap hasil kerja tim P2KT	
		Pejabat struktural	Dukungan persetujuan terhadap terbentuknya tim P2KT, karena : 1. Dengan P2KT maka perencanaan menjadi terpadu 2. Tim P2KT yang dari semua subdin maka diharapkan tidak ada kecurigaan dan mis komunikasi apabila dana sudah cair 3. Tugas Subdin Bina Program menjadi lebih ringan 4. Perencanaan yang disusun secara terpadu berdasarkan analisis situasi, maka diharapkan analisis permasalahan yang ditetapkan berdasarkan kondisi riil Kota Surakarta 5. Perencanaan berdasarkan data sehingga lebih valid *P-1y	
2	Komitmen	8	Komitmen dapat terjalin dengan baik. Setiap selesai langkah dalam proses P2KT kami selalu mengundang pimpinan untuk mengoreksi atau mengevaluasi hasil kerja tim, sehingga apabila ada sesuatu yang tidak sesuai dapat segera	Komitmen cukup tinggi

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
			diperbaiki. Dan pertemuan berakhir selalu dengan melakukan kesepakatan / komitmen hasil akhir.	
3	Motivasi	4	Degan menjadi tim P2KT saya merasa terhormat sekali dan keberadaan saya diakui oleh pimpinan	<p>Motivasi tim terdorong oleh :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemberian kesempatan untuk menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan kota Surakarta tahun 2005 b. Dilengkapinya fasilitas untuk Tim P2KT bekerja c. Diberinya uang transport sebagai bentuk insentif d. Bagi tim P2KT yang hendak melanjutkan pendidikan, diberi kesempatan dengan catatan tidak mengganggu tugas kantor
4	Komunikasi dan Koordinasi	3	Antara sesama anggota tim P2KT, anataanggota tim dengan pimpinan dan antara tim dengan sesama teman sekerja dapat terjalin komunikasi dua arah dan koordinasi yang baik. Kita bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama. Dengan adanya kerja sama, kopak dan saling membutuhkan satu sama lain, tugas tim menjadi	Komunikasi dan koordinasi terjalin baik

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
5	Budaya kerja	Pejabat struktural dan hasil pengamatan	lebih ringan Budaya kerja mendukung kerja tim P2KT antara lain "bersih, disiplin, kreatif, mampu bekerja sama, terbuka, adil, murah senyum, bersahaja dan bekerja rapi dan ringkas	Budaya kerja sangat mendukung kerja Tim P2KT
6	Sarana dan prasarana	Hasil pengamatan	Sarana yang dipunyai dan dapat dimanfaatkan untuk mendukung kerja tim P2KT antara lain : a. Komputer 3 bh denga kondisi baik b. printer 2 buah dengan kondisi baik c. kalkulator berjumlah 3 buah denga kondisi baik d. buku-buku perencanaan / manajemen e. ruang rapat dalam kondisi baik f. meja tulis 5 buah dengan kondisi baik g. kursi 16 buah dengan kondisi baik h. peralatan alat tulis i. peralatan kantor lainnya	Fasilitas sarana dan prasarana jumlahnya cukup dan dalam kondisi baik
7	Organisasi Eksternal	Pejabat struktural	1. Adanya perhatian lintas sektor terhadap permasalahan kesehatan 2. Pemda Kota Surakarta menetapkan pola perencanaan dan penganggaran	Dukungan organisasi eksternal terhadap P2KT cukup.

NO	TOPIK	INFORMAN	PENDAPAT	KESIMP SEMENTARA
			<p>bersiat partisipatif, bottom up</p> <p>3. Keterlibatan intitusi dalam perencanaan kota yaitu memberikan masukan dalam musyawarah tingkat kecamatan dan merumuskan / mensinkronkan hasilnya dengan rencana strategis daerah</p> <p>4. Perencanaan berdasarkan data</p> <p>5. Keterlibatan lintas sektor dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan berupa :</p> <p>a. memberikan data / informasi hasil kegiatan lintas sektor dan sarana kesehatan</p> <p>b. memberikan masukan tentang permasalahan² yang dirasakan di tingkat kelurahan</p> <p>c. Memasukkan kegiatan yang terkait dengan kesehatan dalam program pembangunannya</p> <p>d. Kontribusi dana / anggaran kegiatan yang terkait dengan kesehatan dalam lingkungan organisasinya.</p>	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Keterbatasan Penelitian

Dalam penulisan penelitian ini tidak terlepas dari keterbatasan penelitian, antara lain :

1. Karena kesibukan responden, pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD) yang seharusnya dihadiri oleh 10 orang anggota tim, akhirnya hanya dapat diikuti oleh 8 orang anggota TIM P2KT Kota Surakarta. Namun demikian, 8 orang tersebut sudah dapat mewakili Tim P2KT dalam menjawab pertanyaan peneliti.
2. FGD terhadap tim P2KT Kota Surakarta dan wawancara mendalam yang dilakukan baik kepada Tim P2KT Surakarta maupun pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta, hanya dilaksanakan satu kali saja, dan apabila ada beberapa hal yang tidak dimengerti, peneliti datang kembali untuk konfirmasi jawaban dengan informan. Disamping itu untuk validitas data, peneliti mencoba melengkapinya dengan menggunakan notulen rapat tim P2KT, laporan kegiatan bulanan Tim P2KT, profil Dinas Kesehatan Kota Surakarta, laporan bulanan kegiatan / program Dinas Kesehatan kabupaten dan lain – lain.
3. Tim P2KT baru terbentuk tahun 2003 dan baru diberi tanggung jawab penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2005, sehingga hasil kerja tim P2KT masih pada tahap analisa situasi. Sehubungan hal tersebut, peneliti belum dapat mengetahui hasil penyusunan perencanaan berbasis P2KT secara lengkap dan terperinci. Dari *outcome* ataupun dampak penerapan Konsep P2KT terhadap hasil perencanaan dan penganggaran belum dapat diketahui. Namun demikian langkah-langkah P2KT tetap dilaksanakan, dan setiap perkembangan

langkah tersebut dilakukan advokasi dan negosiasi, sehingga sejak awal stakeholder terpapar dengan proses perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta.

4. Untuk faktor eksternal organisasi belum bisa diidentifikasi secara maksimal, karena dalam penelitian ini hanya mengungkap bagaimana peran, kontribusi ataupun keterlibatan lembaga / instansi sektor lain yang terkait dengan kesehatan maupun proses perencanaan pembangunan (seperti DPRD, Bappeda, Pemerintah Daerah Kota Surakarta, Dinas-dinas lain) terhadap proses penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan. Sedangkan lingkungan eksternal organisasi yang lain seperti aspek politik, sosial budaya, kebijakan-kebijakan yang berlaku belum bisa diidentifikasi secara terperinci, meskipun penulis menyadari bahwa faktor-faktor tersebut cukup besar peranannya dalam pengambilan keputusan hasil dari perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan.
5. Penelitian ini hanya memotret kegiatan Tim P2KT Kota Surakarta dalam penyusunan perencanaan pembangunan berbasis P2KT walaupun hampir semua Kabupaten / Kota se Jawa Tengah sudah memiliki Tim P2KT dan sudah dilatih P2KT, sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan melainkan hanya untuk Dinas Kesehatan Kota Surakarta saja.

B. Pengetahuan Tim P2KT Kota Surakarta Tentang Konsep P2KT

Tujuan pelatihan adalah untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap karyawan serta meningkatkan kualitas dan produktivitas organisasi secara keseluruhan sehingga organisasi menjadi lebih kompetitif. Dengan kata lain, tujuan pelatihan adalah meningkatkan kinerja dan pada gilirannya akan meningkatkan daya saing.

Sesuai dengan Modul Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT), Depkes (2002), maka tujuan umum pelatihan P2KT adalah meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan Tim P2KT serta meningkatkan kualitas dan kinerja tim P2KT dalam menyusun perencanaan pembangunan kesehatan di Kabupaten / Kota. Sehingga dapat meningkatkan jangkauan dan kualitas perencanaan dan pelaksanaan program-program kesehatan di daerah khususnya program spesifik di daerah dalam mencapai target / sasaran program. Sedangkan tujuan khususnya antara lain : 1). meningkatnya kemampuan staf Kabupaten / Kota dalam melakukan analisa data dan pengambilan keputusan berdasar *evidence based* guna perumusan intervensi yang spesifik, efisiensi dan efektif; 2) meningkatnya kemampuan staf Kabupaten / Kota dalam menyusun rencana dan melaksanakan advokasi perencanaan di Kabupaten; 3). terjaminnya akuntabilitas kegiatan dalam mencapai keberhasilan program maupun proyek; serta 4). mengembangkan mobilisasi dana bagi kesinambungan proyek / program di Kabupaten / Kota.

Pelatihan P2KT dilaksanakan dengan tujuan untuk memberi pengetahuan, sikap dan keterampilan tim P2KT dalam menyusun perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT di Kabupaten / Kota, sehingga setelah selesai pelatihan, tim P2KT yakin sehingga berperilaku berdasarkan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang diperoleh melalui proses belajar. Pengetahuan yang dimiliki Tim P2KT akan merubah perilaku tim, dari yang tidak tahu menjadi tahu, dari yang tidak yakin menjadi yakin dan dari yang tidak dapat / mampu menjadi dapat / mampu memahami dan mengerjakan penyusunan perencanaan berbasis P2KT.

Pelatihan P2KT di Kota Surakarta dilaksanakan pada tahun 2003 dengan menggunakan Modul P2KT tahun 1996 dan 1997, ditambah dengan materi Paradigma Sehat, Manajemen Strategik, Kerangka Kerja Logis, CEA / CBA , *Learning Organization*, *District Health Account*, Kerangka Kerja Logis & Advokasi Negosiasi.

Hasil penelitian FGD menunjukkan bahwa tim P2KT sebagian besar :

1. Mengerti dan memahami tentang paradigma sehat
2. Mengerti dan memahami tentang manajemen strategik
3. Mengerti dan memahami tentang Learning Organization
4. Mengerti dan memahami tentang *District Health Account (DHA) / Province Health Account (PHA)*
5. Mengerti dan memahami tentang Kebijakan Anggaran Departemen Kesehatan
6. Mengerti dan memahami tentang Konsep P2KT,
7. Mampu melakukan analisa situasi,
8. Mampu menggunakan metode / alat Bantu analisa situasi
9. Mampu menetapkan tujuan,
10. Mampu menyusun dan menetapkan alternatif intervensi
11. Mampu menyusun strategi
12. Mampu menyusun kegiatan / program (Rencana Operasional Kegiatan)
13. Mampu menyusun Kerangka Kerja Logis (KKL)
14. Mampu menyusun Rencana Anggaran Satuan Kegiatan (RASK)
15. Mampu melakukan alokasi dan kebutuhan anggaran
16. Mampu merencanakan advokasi dan negosiasi

Hasil FGD juga didukung hasil wawancara mendalam yang menyatakan bahwa sebagian besar Tim P2KT memiliki pengetahuan yang cukup baik tentang konsep P2KT. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh tingkat pendidikan tim P2KT Kota Surakarta yang sebagian besar lulusan S2.

Sebagaimana diungkapkan oleh Soediatmo (1980) yang menyatakan bahwa semakin banyak penggunaan indera tubuh seseorang maka hasil belajar dan daya ingat seseorang tersebut akan semakin tinggi / banyak hasilnya. Secara garis besar domain tingkat pengetahuan (kognitif) mempunyai enam tingkatan meliputi : (1) mengetahui, (2)

memahami, (3) menggunakan, (4) menguraikan, (5) menyimpulkan dan (6) mengevaluasi. Ciri pokok dalam taraf pengetahuan adalah ingatan tentang sesuatu yang diketahuinya baik melalui pengalaman, belajar ataupun informasi yang diterima dari orang lain.

Namun demikian masih saja ditemukan kendala sehubungan dengan keberhasilan atau kegagalan penerapan konsep P2KT dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta yaitu pengetahuan Tim P2KT tentang konsep P2KT khususnya terhadap langkah – langkah perencanaan dan penganggaran dengan menggunakan konsep P2KT, sehingga pada penerapan konsep P2KT tidak menggunakan alat Bantu / metode pemecahan masalah, namun demikian tidak mengganggu proses pemecahan masalah karena selama ini menggunakan metode yang sederhana yaitu siklus pemecahan masalah dengan pengambilan keputusan melalui *brainstorming*.

C. Sikap Tim P2KT Terhadap Penerapan Konsep P2KT Dalam Proses Penyusunan Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta

Sikap adalah pernyataan keberadaan yang menunjukkan kesediaan tim P2KT Kota Surakarta untuk menerapkan konsep P2KT dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta. Membangun sikap sangat penting agar tim P2KT mempunyai niat untuk berubah cara lama dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan dengan cara baru yaitu dengan mendukung proses penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan secara terpadu dengan menerapkan konsep P2KT.

Proses pengakuan dapat mendorong tindakan yang sesuai dengan nilai, sikap dan perilaku yang perlu untuk proses penyusunan perencanaan dan penganggaran

pembangunan kesehatan dengan konsep P2KT. Suatu proses pengakuan yang berhasil, yaitu menekankan pada perkembangan dan pertumbuhan individu, seperti kesempatan, menitik beratkan pada hasil kerja, pengakuan kelompok dan mendorong memberikan umpan balik.

Hasil FGD menunjukkan bahwa sebagian besar Tim P2KT memiliki sikap yang positif dan mendukung proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan dengan menerapkan konsep P2KT. Hasil ini juga didukung oleh hasil wawancara mendalam dengan pejabat struktural, yang menunjukkan bahwa sikap tim P2KT sangat mendukung karena tim P2KT terlihat antusias menyusun perencanaan berbasis P2KT. Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak (Notoatmodjo, 1993). Sedangkan menurut Azwar (1997) nilai (*value*) dan opini atau pendapat sangat erat kaitannya dengan sikap. Nilai bersifat lebih mendasar dan stabil sebagai bagian dari ciri kepribadian, sedangkan sikap bersifat evaluatif dan berakar pada nilai yang dianut dan terbentuk dalam kaitannya dengan suatu obyek.

Pengertian lain sikap menurut Zimbardo dan Leippe (1991) merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara tertentu serta merupakan respon evaluatif terhadap pengalaman kognitif, reaksi afeksi, kehendak dan perilaku berikutnya. Jadi sikap merupakan respon evaluatif didasarkan pada proses evaluasi diri, yang disimpulkan berupa penilaian positif atau negatif yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap obyek .

Mar'at (1982) mengatakan manusia tidak dilahirkan dengan sikap pandangan ataupun perasaan tertentu, tetapi sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap obyek – obyeknya. Dengan kata

lain sikap merupakan produk dari proses sosialisasi, seseorang memberikan reaksi sesuai dengan rangsangan yang ditemuinya. Sikap dapat diartikan suatu kontrak untuk memungkinkan terlihatnya suatu aktivitas. Menurut Kartono (1990) sikap seseorang adalah predisposisi (keadaan mudah terpengaruh) untuk memberikan tanggapan terhadap rangsangan lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa (mental) dan keadaan berpikir (netral) yang dipersiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu obyek yang diorganisasi melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada perilaku.

Sementara Atkinson (1993) menyatakan bahwa sikap meliputi rasa suka dan tidak suka, mendekati atau menghindari situasi, benda, orang, kelompok dan aspek lingkungan yang dapat dikenal lainnya termasuk gagasan abstrak dan kebijakan sosial. Robbins (1996) mengartikan sikap sebagai suatu pernyataan atau pertimbangan evaluatif mengenai obyek, orang atau peristiwa, lebih lanjut dikatakan bahwa sikap mencakup tiga komponen yaitu *cognitif*, *affectif* dan *behavior*.

Sebagaimana diungkapkan oleh Azrul Azwar (1995) bahwa sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek dengan cara tertentu, bentuk dan reaksinya dapat positif atau negatif. Untuk itu dalam proses pelatihan untuk mengubah sikap, kondisi belajar harus diperhatikan. Kondisi belajar tersebut adalah (1) pelatih membantu peserta untuk mengenal dan menyadari sikap lama sebelum mengikuti pelatihan, (2) peserta diberi kesempatan untuk mengevaluasi sikap baru dan (3) peserta diberi kesempatan untuk mencoba melakukan sikap baru mereka serta sesuai dengan pendapat Prabandari (1994) yang menyatakan bahwa sikap dan keyakinan dapat diketahui dengan cara menanyakan kepada orangnya dengan menggunakan pertanyaan atau skala .

D. Keterampilan / Praktek Dalam Penerapan Konsep P2KT

Tersusunnya perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT sangat tergantung dari keterampilan tim P2KT Kota Surakarta dalam menyusun perencanaan dengan menerapkan langkah – langkah dalam konsep P2KT.

Keterampilan yang harus dimiliki tim P2KT dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT antara lain :

1. Mampu melakukan analisa situasi yaitu mulai dari menetapkan isu utama, identifikasi masalah, penentuan prioritas masalah, identifikasi penyebab masalah dan penentuan prioritas masalah
2. Mampu menetapkan tujuan
3. Mampu mengidentifikasi alternatif intervensi
4. Mampu menentukan prioritas alternatif intervensi
5. Mampu menyusun Rencana Operasional Kegiatan (ROK)
6. Mampu menyusun Kerangka Kerja Logis (KKL)
7. Mampu menyusun Rencana Anggaran Satuan Kegiatan (RASK)
8. Mampu Merencanakan dan melaksanakan advokasi dan negosiasi

Hasil FGD menunjukkan bahwa sebagian besar tim P2KT memiliki kemampuan yang tinggi untuk menyusun perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT. Karena hasil kerja tim P2KT Kota Surakarta masih dalam tahap analisa situasi, namun tim P2KT sudah mampu menetapkan isu utama, mengidentifikasi masalah, menetapkan prioritas masalah, mengidentifikasi penyebab masalah dan menetapkan prioritas penyebab masalah.

Pendapat tersebut didukung oleh hasil wawancara mendalam dengan pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang menyatakan bahwa sebagian besar tim P2KT memiliki keterampilan yang tinggi dalam menerapkan konsep P2KT dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2005.

Tim P2KT akan memiliki keterampilan yang tinggi apabila memiliki pengetahuan yang tinggi dan sikap yang positif dan mendukung penerapan konsep P2KT dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Surakarta. Sebagaimana diungkapkan oleh Smet (1994) dalam *Theory of Reasoned Action* dimana praktik / keterampilan dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut

Hasil penelitian ini juga ditunjang hasil penelitian De Werdt (1989) yang menyatakan bahwa praktik ini dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikapnya terhadap suatu obyek serta ada pengaruh yang kuat dari tingkat pengetahuan terhadap praktik.

Pengaruh pengetahuan terhadap praktik dapat bersifat langsung maupun melalui perantara sikap. Sedangkan Notoatmodjo (1993) menyatakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktik (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan yang nyata (praktik) diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.

Fisben dan Ajzen (dik Anco, 1989) menyatakan bahwa keikutsertaan seseorang di dalam suatu aktivitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, niat dan perilakunya. Pengetahuan terhadap manfaat suatu kegiatan akan menyebabkan orang mempunyai sikap yang positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap yang positif ini akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam

kegiatan tersebut. Niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan sangat tergantung pada seseorang mempunyai sikap positif atau tidak terhadap kegiatan. Adanya niat untuk melakukan suatu kegiatan akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan akhirnya dilakukan. Kegiatan yang sudah dilakukan inilah yang disebut dengan perilaku.

Sementara itu selain diberikan pelatihan, lingkungan untuk menerapkan konsep P2KT dan menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan, sering memerlukan seperangkat nilai baru, sikap dan kelakuan yang disetujui bersama, menitik beratkan pada hasil akhir yaitu berupa perencanaan dan penganggaran terpadu dan memenuhi sasaran yang lebih menantang. Nilai, sikap dan perilaku, antara lain memenuhi kebutuhan lingkungan internal dan eksternal Dinas Kesehatan Kota Surakarta, memeragakan komitmen, kepemimpinan dan keterlibatan manajemen, menangani proses secara kontinu, membentuk komunikasi terbuka dengan ketersediaan data dan informasi, mempromosikan kerja sama tim dan penghargaan individu dan membuat keputusan berdasarkan analisa data.

Dengan disepakatinya nilai baru, sikap dan kelakuan yang menitikberatkan pada tujuan atau hasil akhir berupa dokumen perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan secara terpadu dan komprehensif, yang selanjutnya dimanfaatkan bersama sebagai dokumen acuan perencanaan dan penganggaran tahunan, dan semua pihak berkomitmen untuk menerapkan hasil tersebut maka diharapkan *sustainability* (kesinambungan) penerapan P2KT dapat tercapai. Selain itu ekstensifikasi stakeholder perlu dilakukan dan pelaksana rencana baik untuk Rumah Sakit, UPT Dinas Kesehatan perlu dilibatkan, sehingga azas *bottom up* perencanaan dalam Konsep P2KT juga terealisasi.

E. Lingkungan Organisasi

1. Kepemimpinan

Dalam organisasi dan manajemen suatu organisasi, kepemimpinan merupakan hal yang penting karena ada bukti bahwa kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja dan kepemimpinan berarti kemampuan untuk mengendalikan organisasi melalui perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Sebagaimana Dinas Kesehatan Kota Surakarta pada umumnya dan tim P2KT pada khususnya, membutuhkan sosok pemimpin yang mampu mempengaruhi kinerja organisasi, tim dan individu.

Hasil FGD menunjukkan bahwa sebagian besar tim P2KT menyatakan bahwa kepemimpinan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan pejabat struktural di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta sangat menunjang dan mendukung keberhasilan kerja tim P2KT. Dukungan tersebut tidak saja bersifat fisik misalnya menyediakan sarana dan prasarana yang dibutuhkan, menyediakan stimulan insentif, mengikutsertakan tim pada pelatihan P2KT dan menerbitkan kebijakan berupa Surat Keputusan Dinas Kesehatan tentang Pembentukan Tim P2KT dan struktur organisasi Tim P2KT Kota Surakarta. Sementara dukungan yang bersifat non fisik adalah memberikan perhatian yang tinggi pada tim misalnya memberi masukan hasil kerja tim, membantu kesulitan tim dalam memecahkan masalah dan memberi kepercayaan yang tinggi terhadap tim P2KT untuk menyusun perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2005.

Hasil penelitian sesuai dengan pendapat Siagian (2000) yang menyatakan bahwa kepemimpinan merupakan inti manajemen, karena kepemimpinan adalah motor penggerak bagi sumber daya manusia dan sumber daya alam lainnya. Pemeliharaan dan pengembangan sumber daya manusia merupakan keharusan mutlak. Kurang

pemeliharaan dan perhatian kepada tenaga bisa menyebabkan semangat kerja rendah, cepat bosan serta lamban menyelesaikan tugas, sehingga menurunkan prestasi kerja tenaga kerja yang bersangkutan.

Pada hakekatnya pengertian kepemimpinan adalah kemampuan untuk mempengaruhi orang lain. Dengan kata lain, kepemimpinan dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk mempengaruhi orang atau orang lain melalui komunikasi baik langsung maupun tidak langsung dengan maksud untuk menggerakkan orang-orang tersebut agar dengan penuh pengertian dan senang hati bersedia mengikuti kehendak-kehendak pemimpin tersebut.

Menurut Hanafi (1997), kepemimpinan berarti melibatkan orang lain yaitu bawahan atau karyawan yang akan dipimpin. Kepemimpinan juga melibatkan pembagian kekuasaan, delegasi atau wewenang.

Kepemimpinan adalah suatu usaha menggunakan suatu gaya mempengaruhi dan tidak memaksa untuk motivasi individu dalam mencapai tujuan, sedangkan Weirich dan Koontz (1993) mengatakan bahwa kepemimpinan adalah seni atau proses untuk mempengaruhi orang lain sehingga mereka bersedia dengan kemampuan sendiri dan secara antusias bekerja untuk mencapai tujuan organisasi.

Seseorang hanya akan menjadi seorang pemimpin yang efektif apabila 1) Secara genetika telah memiliki bakat-bakat kepemimpinan, 2) Bakat-bakat tersebut dipupuk dan dikembangkan melalui kesempatan untuk menduduki jabatan kepemimpinan, 3) Ditopang oleh pengetahuan teoritikal yang diperoleh melalui pendidikan dan latihan, baik yang bersifat umum maupun yang menyangkut teori kepemimpinan.

Teori kepemimpinan situasional adalah suatu pendekatan terhadap kepemimpinan yang menyatakan bahwa pemimpin memahami perilakunya, sifat-sifat bawahannya, dan situasi sebelum menggunakan suatu gaya kepemimpinan tertentu.

Pendekatan ini mensyaratkan pemimpin untuk memiliki keterampilan diagnostik dalam perilaku manusia. Jadi teori ini mengusulkan bahwa efektifitas kepemimpinan tergantung pada kesesuaian antara kepribadian, tugas, kekuatan, sikap, dan persepsi. Akhirnya dapat disimpulkan bahwa perilaku kepemimpinan yang dibutuhkan untuk meningkatkan prestasi sebagian tergantung pada situasi apa yang merupakan kepemimpinan efektif dalam satu situasi dapat menjadi tidak kompeten dan tidak terorganisasi dalam situasi lainnya, sehingga pemikiran dasarnya adalah seorang pemimpin yang efektif harus cukup fleksibel untuk menyesuaikan terhadap perbedaan-perbedaan di antara bawahan dan situasi.

Handoko (1995) membedakan gaya kepemimpinan menjadi 2 gaya yaitu kepemimpinan yang berorientasi tugas adalah pemimpin yang berorientasi mengarahkan dan mengawasi bawahan serta tertutup untuk menjamin bahwa tugas dilaksanakan sesuai dengan keinginan serta lebih memperhatikan pelaksanaan pekerjaan daripada pengembangan dan pertumbuhan karyawan. Gaya kepemimpinan kedua adalah pemimpin yang berorientasi kepada usaha lebih memberikan motivasi serta mendorong para anggota untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan, menciptakan suasana persahabatan serta hubungan saling percaya dan menghormati para anggota kelompok.

2. Komitmen

Dalam menyusun perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta tahun 2005 berbasis P2KT dibutuhkan komitmen yang tinggi baik antara tim P2KT sendiri maupun dengan pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan programer di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Karena komitmen dibutuhkan untuk :

1. kelangsungan dinamika tim P2KT

2. membangun produktifitas yang lebih tinggi
3. meningkatkan semangat Tim P2KT
4. memperkokoh kerja sama Tim P2KT untuk mencapai sukses bersama – sama
5. menghilangkan kesenjangan antara manajemen dan karyawan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa cara mengembangkan komitmen karyawan yang dilakukan Kepala Dinas kesehatan Kota Surakarta adalah :

1. Melibatkan karyawan pada setiap pengambilan keputusan , karena karyawan merupakan aset terbesar yang menginginkan penghargaan dan kepercayaan
2. Memberikan kepercayaan yang kuat kepada karyawan, sehingga dapat membentuk kelompok yang kuat. kelompok yang aktif, penuh inisiatif, mempunyai kedisiplinan diri dan kebanggaan terhadap organisasi dan pekerjaan
3. Mengadakan komunikasi dua arah dan jaminan untuk perlakuan yang adil
4. Menciptakan / mengembangkan satu kekeluargaan
5. Keamanan pekerjaan, yaitu menjamin karyawan tidak akan dikeluarkan dari pekerjaan atau di putus hubungan kerja (PHK)
6. Memberikan penghargaan yang sesuai dengan bobot dan beban serta tanggung jawab di dalam pekerjaannya
7. Memberikan peluang kepada karyawan untuk mengembangkan diri

Para ahli sependapat bahwa kesepakatan (komitmen) merupakan kunci keberhasilan dalam pelaksanaan program. Komitmen merupakan kekuatan yang dapat membangkitkan motivasi untuk mencapai tujuan organisasi.

Dalam mencapai komitmen yang diharapkan, ditemukan hambatan antara lain perbedaan latar belakang pendidikan, perbedaan latar belakang tujuan, perbedaan sudut pandang tim P2KT, perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang konsep P2KT dan perbedaan pencapaian target / sasaran kinerja. Hal tersebut sesuai

dengan Juran yang menyatakan ada 2 macam hambatan dalam penggalangan komitmen yaitu :

1. Hambatan nyata karena perbedaan sudut pandang atau persepsi diantara anggota, yang dipengaruhi antara lain oleh nilai yang dianut dan latar belakang pendidikan dan pengalaman kerja yang berbeda serta status sosial ekonomi yang berbeda satu sama lain
2. Hambatan tersembunyi karena perbedaan alasan , konsep dan arti kata penting yang menyebabkan perbedaan cara berpikir atau pandangan maupun pendekatan yang ditempuh. Seringkali timbul kerancuan karena konsep yang tidak jelas bagi semua pelaksana yang terlibat dalam program.

Komitmen yang diangkat bukan hanya pada apa yang akan dikerjakan, namun juga pada permasalahan kesehatan yang akan dipecahkan, penyebab masalah dan prioritasnya. Komitmen ini akan terwujud, jika masing-masing pihak yang berkepentingan menyertakan data atau fakta yang dimiliki. Komitmen untuk terbuka dalam hal data sangatlah penting untuk langkah ini.

Kesamaan nilai dan pandangan tentang konsep P2KT membuahkan kesepakatan yang perlu dirumuskan dalam bentuk tujuan penyusunan perencanaan dan penganggaran berdasarkan konsep P2KT. Kesepakatan akan tujuan yang dirumuskan secara jelas dapat memberikan arah mengenai apa yang akan dikerjakan, bagaimana mengerjakannya dan bilamana tujuan tersebut akan dicapai. Rumusan tujuan yang tidak jelas dan tidak dipahami oleh petugas akan membuat semua upaya simpang siur dan tidak dapat diamati dan diukur hasilnya. Sebaliknya suatu tujuan yang lebih khusus dengan indikator dan kriteria keberhasilan yang dapat diamati dapat diukur dan dapat dicapai memberikan arah yang memudahkan bagi pemimpin maupun yang dipimpin.

3. Motivasi

Motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif penggerak perilaku seseorang secara optimal, hal ini disebabkan karena motivasi merupakan kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti aneka keinginan, harapan, kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja untuk mencapai kepuasan atau mengurangi ketidak seimbangan.

Motivasi adalah konsep yang dipakai untuk menguraikan keadaan ekstrinsik yang menstimulasi perilaku tertentu dan respon instrinsik yang ditampilkan dalam perilaku. Respon instrinsik disebut juga sebagai motif (pendorong) yang mengarahkan perilaku kearah perumusan kebutuhan atau pencapaian tujuan. Stimulus ekstrinsik dapat berupa hadiah atau insentif, mendorong individu melakukan atau mencapai sesuatu. Jadi motivasi adalah interaksi instrinsik dan ekstrinsik yang dapat dilihat berupa perilaku atau penampilan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa motivasi tim P2KT dalam menyusun perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT , cukup baik. Tingginya motivasi tim P2KT disebabkan karena :

1. Ketersediaan sarana dan prasarana kerja tim P2KT
2. Kepemimpinan yang selalu memberikan dorongan kepada bawahan untuk selalu dapat meningkatkan kemampuannya (tut wuri handayani)
3. Lingkungan kerja yang mendukung
4. Sistem insentif sesuai dengan beban kerja (proposional) yang adil
5. Rekan kerja yang dapat mendorong dan membantu kerja tim

Motivasi dalam hubungan seseorang dengan pekerjaannya itu merupakan hal yang mendasar. Sikap tersebut dapat berpengaruh terhadap kesuksesan atau kegagalan. Dalam perilaku organisasi motivasi merupakan kemauan yang kuat untuk

berusaha ke tingkat yang lebih tinggi atau lebih baik untuk mencapai tujuan organisasi, tanpa mengabaikan kemampuan untuk memperoleh kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan pribadi.

Handoko (1998) menyatakan motivasi adalah keadaan dari pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna mencapai tujuan. Motivasi yang ada pada seseorang merupakan kekuatan pendorong yang akan mewujudkan suatu perilaku guna mencapai tujuan kepuasan dirinya.

Motivasi tenaga kerja perlu dikelola untuk menghasilkan penampilan kerja (kinerja) yang diharapkan untuk mencapai tujuan institusi. Pengelolaan motivasi adalah proses mendorong mencapai tujuan pelayanan dan tujuan pribadinya.

Menurut Gitosudarmo dan Sudita (1997) motivasi adalah faktor – faktor yang ada dalam diri seseorang yang menggerakkan, mengarahkan perilakunya untuk memenuhi tujuan tertentu. Menurut Jones dalam Gibson (1993) motivasi berhubungan erat dengan bagaimana perilaku itu dimulai, dikuatkan, disokong, diarahkan, dihentikan dan reaksi subyektif yang timbul dalam organisasi.

Mc Clelland antara lain mengemukakan bahwa yang mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu atau bekerja adalah berfokus pada tiga kebutuhan dasar yaitu: a) kebutuhan akan prestasi (*achievement*) dorongan untuk mengungguli atau berprestasi, b) kebutuhan akan afiliasi atau ikatan hasrat untuk berhubungan antar pribadi yang ramah dan karib, c) kebutuhan akan kekuasaan (*power*) kebutuhan yang mendorong seseorang untuk menguasai atau mendominasi orang lain.

Dengan demikian motivasi erat kaitannya dengan tujuan. Demikian pula dengan proses motivasi yang lebih diarahkan untuk mencapai tujuan (*goal directed*). Tercapainya tujuan yang diinginkan sekaligus dapat mengurangi kebutuhan yang belum dipenuhi. Dalam lingkungan organisasi tujuan dapat bersifat positif (pujian, penghargaan, kenaikan upah, promosi) atau bersifat negatif (tidak diberikan kesempatan

untuk promosi, ditegur atasan). Proses timbulnya motivasi seseorang merupakan gabungan dari konsep kebutuhan, dorongan, tujuan dan imbalan.

4. Komunikasi dan Koordinasi

Komunikasi dan keterlibatan adalah hal yang pokok. Jack Welch berkata bahwa komunikasi adalah suatu sikap, dari suatu lingkungan. Semakin baik kualitas informasi yang diterima seseorang, akan semakin baik kinerja seseorang di tempat kerja. Dengan cara melibatkan karyawan di dalam komunikasi dan pembahasan umpan balik secara tetap, maka organisasi dapat mendorong terjadinya *empowerment*. Welch menggambarkan komunikasi sebagai suatu proses interaktif secara konstan untuk mencapai konsensus.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi dan koordinasi dapat terjalin dengan baik antara sesama anggota tim P2KT maupun antara tim P2KT dengan pejabat struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Komunikasi dan koordinasi ini dapat terjalin karena adanya asas keterbukaan dalam berkomunikasi dan asas kemitraan dalam berkerja sama / koordinasi. Dengan komunikasi dan koordinasi ini maka setiap langkah P2KT dapat dilakukan secara terpadu (terintegrasi). Tidak hanya pada saat perencanaan saja, namun juga pada tahap pelaksanaan dan evaluasi.

Dalam penerapan konsep P2KT dalam proses penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan, maka dalam setiap tahapan Problem Solving Cycle, diharapkan sudah terpadu. Dari mulai Analisis Situasi, maka output yang dihasilkan adalah permasalahan diharapkan merupakan kesepakatan atau keterpaduan yang diyakini bersama berdasarkan data yang ada sebagai masalah kesehatan Kota Surakarta yang harus dipecahkan bersama. Demikian juga dengan penentuan penyebab masalah, mencari prioritas baik penyebab masalah maupun intervensi yang dilakukan juga diharapkan adanya keterpaduan.

Dalam penganggaranpun demikian, dengan keterpaduan maka diharapkan tidak terjadi lagi overlapping pekerjaan dan pendanaan. Sumber dana yang terintegrasi, menyeluruh dengan strategi intervensi yang terintegrasi dan menyeluruh pula diharapkan dapat tercapainya tujuan pembangunan kesehatan.

Selain itu keterpaduan bukan hanya antar bagian atau bidang saja dalam Dinas Kesehatan Kota Surakarta, namun juga dengan organisasi di luar Dinas Kesehatan seperti Rumah Sakit, Unit Pelaksana Teknis dan sebagainya. Karena pada dasarnya tujuan yang ingin dicapai adalah sama yaitu meningkatkan derajat kesehatan.

5. Budaya Kerja

Pengertian budaya kerja (budaya organisasi) adalah seluruh norma / tata nilai, kebiasaan perilaku serta hasil karya segenap karyawan ditempat kerja mereka, yang diperolehnya melalui proses belajar (Triguno, 2000). Sehingga apabila kita ingin mengubah / mengembangkan budaya kerja sesuatu organisasi, kita harus mengubah / mengembangkan norma, kebiasaan perilaku (termasuk pola komunikasi) serta hasil kerja segenap karyawan organisasi itu melalui suatu proses belajar, umumnya perubahan / pengembangan budaya kerja memerlukan waktu.

Krisdarto Atmosoeparto (2001) berpendapat bahwa budaya organisasi adalah aturan main yang ada di dalam organisasi yang akan menjadi pegangan dari sumber daya manusianya dalam menjalankan kewajibannya dan nilai – nilai untuk berperilaku di dalam organisasi tersebut. Dapat juga dikatakan bahwa budaya organisasi adalah pola terpadu perilaku manusia di dalam organisasi termasuk pemikiran – pemikiran, tindakan – tindakan, pembicaraan – pembicaraan yang dipelajari dan diajarkan kepada generasi berikutnya.

Budaya organisasi dalam suatu organisasi adalah seluruh norma, kebiasaan perilaku serta hasil karya segenap karyawan yang terus menerus berwawasan pada

dinamika kepuasan pelanggan, serta lebih memperhatikan cara – cara kerja yang memenuhi standar profesi dalam suasana kemitraan yang serasi. Jadi tata nilai, norma yang berlaku dalam organisasi tersebut diwujudkan dalam sikap dan perilaku dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan.

Jelas bahwa apabila kita ingin mengubah / mengembangkan budaya kerja sesuatu organisasi, kita harus mengubah / mengembangkan norma, kebiasaan perilaku (termasuk pola komunikasi) serta hasil kerja segenap karyawan organisasi itu melalui suatu proses belajar, umumnya perubahan / pengembangan budaya kerja memerlukan waktu.

Selama proses perubahan berlangsung, perlu diperhatikan ketiga unsur budaya kerja yaitu norma, kebiasaan perilaku dan karya, karena ketiga unsur tersebut saling berkaitan, saling berpengaruh, terlebih dengan manusia sebagai pelaku.

Pengalaman menunjukkan bahwa perubahan budaya kerja akan berhasil apabila :

- a. Yang disebut dengan budaya Visi / cita – cita yang ingin dicapai itu jelas ada rencana kegiatan yang jelas tahapan – tahapan menuju visi yang dicita – citakan
- b. Ditempuh melalui proses belajar dan pengalaman / praktek
- c. Dimulai dari pimpinan sebagai figur teladan
- d. Terdapat kesepakatan bersama (dalam suasana kemitraan) untuk tekun dan setia mencapai cita – cita
- e. Ada dukungan kongkrit dari pimpinan bagi terciptanya iklim perubahan secara berkelanjutan

Sembilan kendala / hambatan yang sering ditemui dalam mengembangkan budaya kerja di Kota Surakarta dalam menunjang keberhasilan penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan adalah :

- a. Keengganan untuk berubah, umumnya orang tidak menolak adanya perubahan, namun mereka menolak untuk diubah; contoh yang sangat nyata bahwa sebagian besar menyatakan bahwa P2KT itu sangat bermanfaat, namun karena sudah terbiasa dengan penyusunan perencanaan yang historitical, maka menganggap P2KT adalah beban bagi mereka terutama yang bukan staf perencanaan, serta merasa rumit dan memakan waktu, karena harus selalu dilakukan secara tim, yang berarti harus sering rapat.
- b. Kekhawatiran / kecemasan akan kehilangan tanggung jawab / harga diri
- c. Kurangnya pengetahuan akan pentingnya perubahan demi kemajuan
- d. Peraturan – peraturan yang kaku, yang menghambat terciptanya budaya kerja
- e. Keengganan untuk peduli pada kesulitan teman sekerja
- f. Persaingan yang tidak sehat antar bagian
- g. Individualisme yang egoistik
- h. Kurang sabar, suka jalan pintas, kemajuan tidak dicapai tahap demi tahap
- i. Keengganan pihak Pemerintah Daerah / pemberi dana untuk memberikan dana sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan di Kota Surakarta.

Dengan demikian terdapat 3 (tiga) faktor penentu suksesnya perubahan menuju budaya kerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta, yaitu :

- a. Kepemimpinan (menumbuhkan semangat kerja, menumbuhkan rasa saling percaya, menghilangkan hambatan bagi karyawan untuk bisa bangga pada pekerjaannya)
- b. Komitmen (kepatuhan pada kesepakatan) jangka panjang
- c. Kerja sama dengan asas kemitraan

Mengembangkan budaya kerja artinya adalah mengembangkan perilaku karyawan dalam organisasi untuk menerapkan nilai – nilai yang sudah disepakati dan mengembangkan lingkungan yang mendukung untuk diterapkan nilai – nilai tersebut.

F. Organisasi Eksternal

Menurut pendapat Nisjar (1997), maka organisasi sebagai suatu sistem dan berkaitan dengan sistem yang lebih besar di lingkungannya memerlukan suatu umpan balik bagi lingkungannya. Demikian juga dengan Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang secara hirarkhi maupun horizontal terkait dengan lingkungan yang lebih besar dan kuat arus pengaruhnya.

Menurut Robbins dan Coulter (1999), maka salah satu faktor kontingensi dalam organisasi yang mempengaruhi dalam perencanaan yaitu derajat ketidakpastian lingkungan yang semakin besar perubahan yang terjadi pada lingkungan maka rencana yang disusun semakin tidak tepat. Hal ini bisa dicontohkan faktor non organisasional seperti iklim politik, budaya, sosial, keamanan bahkan alam akan sangat mempengaruhi perencanaan yang disusun. Selain itu juga adanya kebijakan-kebijakan baik di kesehatan maupun luar kesehatan, amat sangat mempengaruhi masalah dan program kesehatan. Bahwa kesehatan sebagai *main stream*, namun diakui banyak yang menganggap kesehatan sebagai sektor konsumtif bukan sektor investasi sehingga interest terhadap pembangunan kesehatan kurang. Dengan advokasi dan negosiasi sebagai langkah sosialisasi dan promosi, maka sangatlah penting kita merubah paradigma tersebut, sehingga pembangunan yang dijalankan oleh semua sektor berwawasan kesehatan.

Selain itu Coulter dan Robbins (1999) juga berpendapat bahwa lingkungan eksternal organisasi adalah lembaga-lembaga atau kekuatan-kekuatan yang berpotensi mempengaruhi kinerja organisasi baik secara positif maupun negatif. Mekanisme perencanaan pembangunan daerah yang telah ditetapkan (dalam hal ini adalah perencanaan partisipatif) yaitu perencanaan yang dimulai dari tingkat administrasi terbawah (kelurahan) sampai dengan kota serta keterlibatan semua sektor, amat sangat berperan dalam penentuan isu permasalahan kesehatan. Namun demikian, Dinas

Kesehatan Kota Surakarta yang mempunyai data tentang kesehatan dapat mengklarifikasi sehingga hasil yang dirumuskan merupakan kesepakatan bersama.

Keterbatasan dana dan kurangnya kemampuan untuk mengadvokasikan perencanaan dan penganggaran akan sangat berpengaruh terhadap porsi perolehan anggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta. Dengan adanya penerapan Konsep P2KT ini diharapkan dapat meminimalkan jenjang atau perbedaan antara kebutuhan anggaran yang diperlukan dengan disetujui anggaran.

Dinas Kesehatan Kota Surakarta juga mulai melibatkan lintas sektor dalam perencanaan pembangunan Kota Surakarta mulai dari pemberian kemudahan akses data, pemberian kesempatan bagi lintas sektor untuk mengungkapkan permasalahan kesehatan yang ada, mengadvokasikan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan namun bisa dilakukan di instansi lain dengan kontribusi anggaran dari instansi yang bersangkutan, sehingga beban anggaran pembangunan kesehatan bagi Dinas Kesehatan Kota Surakarta tidak terlalu berat.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Tim P2KT Kota Surakarta mampu menjelaskan pengertian tentang konsep P2KT dengan baik, menyebutkan langkah-langkah pokok yang harus dilakukan dalam P2KT dengan benar serta menyebutkan ciri-ciri konsep P2KT dengan benar. Dari pernyataan tersebut, maka tim P2KT Kota Surakarta telah mempunyai pengetahuan yang baik terhadap Konsep P2KT.
2. Meskipun pelatihan P2KT mampu memberikan pengetahuan yang cukup terhadap Tim P2KT untuk melaksanakan tugasnya sebagai penyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta, namun untuk materi dan metode pemecahan masalah masih perlu ditingkatkan kemampuan dan ketrampilannya. Hal ini dapat diketahui, bahwa tim sering mengalami kendala saat menentukan prioritas masalah / penyebab masalah, sehingga tidak tahu cara / alat yang paling tepat untuk dipergunakan.
3. Dalam menrapkan konsep P2KT kadang masih dirasakan adanya perbedaan persepsi antara tim P2KT terhadap materi yang diberikan pada saat pelatihan, namun hal tersebut bisa dipecahkan dengan cara *brainstorming*.
4. Tim P2KT Kota Surakarta beranggapan bahwa kedudukan P2KT dalam proses perencanaan pembangunan di Kota Surakarta adalah sebagai dasar dari proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Surakarta yang mengacu pada RENSTRA Pemerintah Kota Surakarta maupun RENSTRA Dinas Kesehatan Kota Surakarta

5. Data – data yang diperlukan untuk melakukan P2KT adalah data primer dan data sekunder yang meliputi data kependudukan, data lingkungan, data pelayanan / program kesehatan, data perilaku masyarakat dan individu serta data tentang kebijakan baik kebijakan Pemerintah Pusat, Pemerintah Propinsi Jawa Tengah maupun Pemerintah Kota Surakarta. Adapun sumber data bisa berasal dari data rutin dan hasil survey yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta maupun berasal dari data di luar Dinas Kesehatan Kota Surakarta seperti BPS, Bappeda Kota, BKKBN dan sebagainya.
6. Dengan menerapkan konsep P2KT dalam penyusunan perencanaan pembangunan Kesehatan di Kota Surakarta, dapat memadukan program satu dengan yang lain, perencanaan disusun berdasarkan prioritas dan perencanaan menjadi terpadu untuk semua program
7. Tim P2KT masih memerlukan aspek legalitas dalam hal ini Surat Keputusan (SK), karena SK Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta masih dalam proses pengesahan walaupun secara informal, keberadaan tim P2KT sudah diakui dan sudah diberi kepercayaan untuk membuat perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta
8. Sebagian besar anggota tim P2KT memiliki sikap menerima konsep P2KT untuk penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta, dengan menerapkan konsep P2KT, proses penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan. Dengan diterbitkannya Surat Keputusan Tim P2KT serta struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi serta kewenangannya, maka ini dapat dikatakan sebagai suatu wujud dukungan pimpinan terhadap pelaksanaan P2KT.
9. Pimpinan memiliki perhatian dan dukungan yang cukup tinggi terhadap tim P2KT dalam menyusun perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota

Surakarta, hal ini juga ditunjukkan dengan diberikannya wewenang yang tinggi terhadap tim untuk berkerja serta sering memberikan pembinaan dan bimbingan serta mampu menciptakan komunikasi dua arah dan koordinasi. Wujud pembinaan yang lain sebagai bentuk kepemimpinan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta yaitu membantu permasalahan atau hambatan yang dihadapi tim P2KT

10. Dukungan yang lain antara lain yaitu Kepala Dinas memberikan insentif walau masih bersifat stimulan, namun yang diharapkan pemberian stimulan ini bisa adil dan proporsional. Tujuan selain sebagai reward juga untuk kelangsungan / kesinambungan P2KT.
11. Tersedia sarana dan prasarana dalam jumlah yang cukup, layak dan memadai untuk memperlancar Tim P2KT menyelesaikan tugasnya
12. Selain Kepala Dinas, maka pejabat struktural di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta terlibat aktif dalam setiap kegiatan tim P2KT, selalu melakukan pembinaan terhadap Tim P2KT. Hal ini dibuktikan dengan adanya forum presentasi yang ditanggapi oleh para pejabat struktural pada setiap selesainya langkah dalam P2KT.
13. Untuk setiap permasalahan yang dihadapi Tim dalam melakukan tugasnya, maka disepakati bahwa Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta beserta pejabat strukturalnya membuka diri untuk dapat dihubungi dengan mudah serta selalu memantau perkembangan kerja / kegiatan Tim P2KT.
14. P2KT memerlukan data-data yang bersifat akurat dan valid, namun kadang data yang diperlukan tidak ada, sehingga perlu melakukan survey cepat. Sayangnya dana untuk mencari data yang evidence based ini belum ada / tersedia, termasuk juga dana operasional untuk melakukan penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan dengan menggunakan konsep P2KT.
15. Tercipta budaya kerja yang mendukung suksesnya penyusunan perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan dengan komitmen yang tinggi oleh

- segenap karyawan Dinas Kesehatan Kota Surakarta, yaitu berupa kerja sama, disiplin dan saling menolong.
16. Perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan di Kota Surakarta sangat dipengaruhi oleh kebijakan dari luar lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta antara lain DPRD Kota Surakarta, Pemerintah Daerah Kota Surakarta, untuk itu diperlukan adanya advokasi dan negosiasi agar apa yang sudah direncanakan dan dianggarkan dapat teralokasi serta menggalang komitmen dengan para *stakeholder* untuk dapat berkontribusi dalam pembangunan kesehatan di Kota Surakarta. Hal ini dikarenakan Pemerintah Kota Surakarta masih belum menjadikan kesehatan sebagai prioritas program daerah.
 17. Mekanisme perencanaan di Kota Surakarta adalah perencanaan partisipatif, mulai dari musyawarah tingkat kelurahan (Muskelbang), musyawarah tingkat kecamatan (Muscambang) dan musyawarah tingkat Kota (Muskotbang)
 18. Pola usulan perencanaan dan penganggaran kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Surakarta adalah berdasarkan isu global dan Nasional, berdasarkan RENSTRADA dan berdasarkan permasalahan spesifik daerah
 19. Yang terkait dalam penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan di Kota Surakarta adalah Rumah Sakit Umum, Puskesmas, Bappeda, Dinas Kesra, Dinas Pendidikan, Dinas Pertanian dan Peternakan, PDAM, Dinas Pekerjaan Umum, Sarana Pelayanan Kesehatan dan Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Perkotaan (LPMK)
 20. Meskipun belum merupakan program prioritas di Kota Surakarta, namun dukungan dari lintas sektor cukup berarti dengan keterlibatan lintas sektor dalam penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan adalah memberikan data / informasi hasil kegiatan, memberikan masukan permasalahan – permasalahan di tingkat Kelurahan / Kecamatan, dan eksekutor

21. Outcome dari Penerapan P2KT ini antara lain dijadikannya pembangunan kesehatan sebagai program prioritas, sehingga dana untuk pembangunan kesehatan di Kota Surakarta yang saat ini masih dibawah 5 % dapat ditingkatkan.
22. Advokasi yang dilakukan Dinas Kesehatan tentang perencanaan pembangunan kesehatan Kota Surakarta masih belum mampu menggugah hati DPRD dan Pemerintah Kota Surakarta. Namun demikian masih diharapkan bahwa nantinya akan ada peningkatan kemampuan Dinas Kesehatan dalam mempromosikan program-programnya, sehingga tujuan pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan dapat terwujud.
23. Hasil observasi dokumen menunjukkan bahwa langkah Tim P2KT dalam proses penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT masih dalam tahap Analisis pembiayaan atau penghitungan jumlah anggaran yang dibutuhkan.
24. Belum tersedia software penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan berbasis P2KT

B. SARAN

1. Bagi Tim P2KT Kota Surakarta

- a. Perlu peningkatan kemampuan anggota tim dalam menganalisis data melalui pelatihan dan meningkatkan pengalaman dalam menganalisis data melalui magang pada seksi yang berhubungan dengan penelitian dan pengembangan.
- b. Perlu melakukan kerja sama dengan lintas sektoral dalam proses pengumpulan data
- c. Perlu menentukan jadwal pertemuan dan rutinitas pertemuan sehingga bagi tim P2KT yang memiliki tugas rangkap (sebagai anggota tim maupun staf dari unit organisasi di Dinas Kesehatan Kota Surakarta) , dapat menyesuaikan jadwalnya.

UPT-PUSTAK-UNDIP

- d. Mampu melakukan koordinasi dan komunikasi dengan pejabat struktural di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Surakarta
- e. Perlunya tim meningkatkan kemampuan untuk melakukan advokasi dan negosiasi kepada para *stakeholder*, sehingga hasil kerja Tim dapat dimanfaatkan.

2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Surakarta

- a. Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang saat ini masih dalam proses pengesahannya perlu segera diterbitkan, karena SK ini yang akan mengatur tentang kewenangan, tugas dan fungsi Tim P2KT.
- b. Dengan terbitnya SK perlu ditindaklanjuti dengan sosialisasi Tim P2KT sekaligus hasil kerjanya, sehingga hal ini akan dapat menggalang komitmen di antara pejabat struktural, para pemegang program maupun pihak-pihak yang terkait untuk memanfaatkan hasil kerja Tim P2KT sekaligus sebagai langkah kesinambungan tim.
- c. Terdapat batasan yang jelas tugas dan fungsi Tim P2KT dan Subdin Bina Program Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Hal ini untuk menghindarkan kesalahpahaman terhadap tugas, overlapping pekerjaan dan sebagainya sehingga mengganggu kinerja organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta pada umumnya.
- d. Pemberian insentif atau kompensasi yang rutin, adil dan proporsional perlu diberikan setiap bulannya guna meningkatkan motivasi Tim P2KT.
- e. Perlu meningkatkan kemampuan untuk melaksanakan advokasi dan negoisasi dengan Pemerintah Daerah Kota Surakarta dan DPRD Kota Surakarta, baik melalui pelatihan maupun kerjasama dengan pihak lain lain yang lebih berkompeten dalam melakukan advokasi dan negosiasi.

- f. Perlunya komitmen bersama, tentang peran dan manfaat dari keberadaan Tim P2KT, sehingga kesinambungan kinerja Tim P2KT dapat terjaga; dengan jalan antara lain memanfaatkan hasil perencanaan yang telah disusun oleh Tim, meningkatkan kapasitas anggota Tim, serta menjaga iklim kondusif perencanaan terutama dalam organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta sesuai dengan ciri-ciri P2KT.

3. Bagi Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah

- a. Perlu diterbitkannya modul pelatihan P2KT yang aplikatif dengan materi sesuai dengan kebutuhan Daerah (Kabupaten / Kota). Kajian terhadap modul P2KT ini lebih kepada penambahan muatan lokal spesifik, sehingga peserta dalam menerapkannya tidak merasa sebagai suatu beban.
- b. Perlu adanya persamaan persepsi antara fasilitator yang satu dengan yang lainnya dalam memberikan materi pelatihan, sehingga perlu dicari forum serta metoda yang tepat dalam melakukan pelatihan P2KT yang akan datang.
- c. Perlu adanya pendampingan dari fasilitator P2KT Propinsi Jawa Tengah pada Tim P2KT Kota Surakarta
- d. Perlunya mulai dirintis software aplikasi P2KT sehingga lebih mempermudah dan memperlancar dalam menerapkan P2KT dalam proses perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang dampak pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan Tim P2KT dibandingkan dengan kontrol sehingga akan tampak jelas seberapa besar pengaruh pelatihan terhadap perilaku Tim P2KT

- b. Perlu penelitian lebih lanjut tentang pengaruh eksternal lingkungan organisasi Dinas Kesehatan kabupaten / kota terhadap kinerja Tim P2KT, misalnya kebijakan/peraturan di luar organisasi, opini masyarakat serta kontribusi lintas sektor yang berpengaruh terhadap proses perencanaan dan penganggaran pembangunan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Soeparan, Setiawan, *Implikasi Kewenangan Pambangunan Kesehatan dalam Era Otonomi Daerah* (disampaikan dalam “ Seminar Nasional Kesiapan Sektor Kesehatan Menyongsong Otonomi Daerah), Semarang, 2000.
2. Gani, Ascobat, *Prospek Pembiayaan Sektor Kesehatan dalam Otonomi Daerah Dikaitkan dengan Potensi Yang Ada di Jawa Tengah* (disampaikan dalam “ Seminar Nasional Kesiapan Sektor Kesehatan Menyongsong Otonomi Daerah), Semarang, 2000 .
3. Maskun, Sumitro, *Aspek Perencanaan Dalam Otonomi Daerah : Otonomi Daerah Peluang dan Tantangan*, Pustaka Sinar Harapan (Suara Pembaharuan), Jakarta, 2001
4. Undang-undang No 22 tahun 1999 tentang Otonomi Daerah
5. Depkes RI dan FKM UI, *Modul Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)*, Jakarta, 2002.
6. Simamora, B., *Memenangkan Pasar dengan Pemasaran Efektif dan Profitabel*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2001
7. Hadi, Syamsi, *Evaluasi Pengaruh Pelatihan Total Quality Management Terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Kelas B Se Jawa Tengah*, Universitas Gadjah mada, Yogyakarta, 1998, (tesis)
8. Darmiastuty, Meita, *Efektivitas Metode Ceramah Tanya Jawab dan Simulasi Dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Pencegahan Dini Penyalahgunaan Narkoba Pada Remaja SLTP 1 Borobudur Kabupaten Magelang*, Universitas Diponegoro, Semarang, 2003.(tesis).

9. Stoner, James AF, dkk, *Manajemen* , Jilid I, Jakarta, PT. Prenhalindo, 1996.
10. Azwar, Azrul , *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan : Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*, Jakarta, Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia, 1994.
11. Departemen Kesehatan RI, *Lokakarya Nasional Perencanaan Kesehatan*, Jakarta, 1986.
12. Koontz, Harold, et al, *Manajemen*, Jilid I : Edisi VIII, Jakarta, Penerbit Erlangga, 1992
13. Aji, Firman B dan S. Martin Sirait, *Perencanaan dan Evaluasi; Suatu Sistem Untuk Proyek Pembangunan*, Jakarta, Eumi Aksara, 1990.
14. Soejitno, Soedarmono, *Modul : Penyusunan Rencana Program dan Kegiatan Rumah Sakit ; Perencanaan Strategis Daerah Kabupaten/Kota*, Jakarta, PPL-Ditjen Pelayanan Medik Depkes, 2000.
15. Gibson, James L; John m. Ivancevich dan James H. Donnelly, Jr, *Organisasi (Perilaku-Struktur, Proses)*, Jilid I, Edisi VIII, Jakarta, Binarupa Aksara, 1996.
16. Tjiptono, Fandy, *Total Quality Management*, Yogyakarta, Penerbit Andi, 2000.
17. Wijono, Djoko , *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, Surabaya, Airlangga University Press, 1996.
18. Gitosudarmo, Indriyo, I Nyoman Sudita, *Perilaku Organisasi*, BPPE, Yogyakarta, 2000
19. Depkes RI dan FKM UI, *Modul Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT)*, Jakarta, 1997.

20. Hamalik, Oemar, *Pengembangan Sumber Daya Manusia; Manajemen Pelatihan Ketenagakerjaan Pendekatan Terpadu*, Jakarta, Bumi Aksara, 2000.
21. Azwar, S., *Sikap Manusia*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2000
22. Reinke, WA (ed) (terjemahan Trisnantoro, L; Ryarto, S; Hasanbasri, M; Savitri,T), *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen (Health Planning for Effective Management)*, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press, 1994.
23. Gomes, Faustino C., *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta, Penerbit Andi Offset, 2000.
24. Dinas Kesehatan Kota Surakarta, *Bahan Advokasi Usulan Dana Pembangunan Kesehatan Kota Surakarta TA. 2004*, Surakarta, 2003
25. Notoatmodjo, Soekidjo , *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Jakarta , 1993.
26. Solita, Stanton, W.J., *Prinsip Pemasaran edisi ketujuh jilid 2*, Penerbit Erlangga, Jakarta, 1993
27. Zimbardo, Leippe, Leonard, L. Valarie Zeithami & Pasuraman, *Marketing Service : Competing through Quality*, New York : Free Press, 1991
28. Ancok, J., *Teknik Penyusunan Skala Pengukur*, Pusat Penelitian Kependudukan, UGM, Yogyakarta, 1989
29. Kartono, K, *Pengantar Metodologi Riset Sosial*, Mandar Maju, Bandung, 1990
30. Muchlas, M., *Perilaku Organisasi*, PT Karipta, Yogyakarta, 1999
31. Robbins, Stephen P dan Mary Coulter, *Manajemen (terjemahan)*, Jilid I, Edisi VI, Jakarta, PT. Prenhallindo, 1999.

32. Walgito, B., *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*, ANDI Offset, Yogyakarta, 2001
33. Smet, 1994, *Psikologi Kesehatan*, PT. Gramedia Widiasarana, Indonesia, 343 h
34. Robbins, Stephen, P. Luthan, *Organization Behavior Concept, Controversies Applications*, Prentice Hall. Inc, Englewood Cliffs, 1995
35. Green, LW, *Health Education Planning, a Diagnostic Approach*, The John Hopkins University, Mayfield Publishing, USA, 1980
36. Siagian, Sondang P., *Teori Pengembangan Organisasi*, Jakarta, Bumi Aksara, 1997
37. Nisjar S, Karhi dan Winardi, *Teori Sistem dan Pendekatan Sistem dalam Bidang Manajemen*, Bandung, CV Mandar Maju, 1997.
38. Arikunto, Suharsimi, *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi V, Jakarta, Penerbit Rineka Cipta, 2002.
39. Moelong, Lexy, *Metode Penelitian Kualitatif*, Remaja Rosdakarya, Bandung, 2000
40. FKM UI dan Pusat Data Kesehatan Depkes RI, *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan*, Jakarta, FKM UI, Depok, 1999.
41. Pratomo, Hadi, *Teknik Menyusun Laporan Focus Group Discussion*, Jakarta, Pusat Kelangsungan Hidup Anak – Universitas Indonesia, 1991.