



ISBN 978-623-7550-08-2



BUKU PANDUAN PELAKSANAAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN

Untuk Mahasiswa



PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT
BANJARBARU

083867708263

cv.mine7

mine mine

Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153
Rt 11. Ngestiharjo Kasihan Bantul
cv.Mine Mobile : 083867708263
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-7550-08-2



9 786237 550082



BUKU PANDUAN PELAKSANAAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN

TIM PENYUSUN

Nita Pujianti, S.Farm, Apt. MPH
Atikah Rahayu, SKM, MPH
Fauzie Rahman, SKM, MPH
Laily Khairiyati, SKM, MPH
Noor Ahda Fadillah, SKM, M. Kes (Epid)
Dian Rosadi, SKM, MPH
Nur Laily, SKM, M.Kes
Ihya Hazairin Noor, SKM, MPH
M. Irwan Setiawan, S.Gz., M.Gz
Agung Waskito, ST., MT
Hadianor, SKM



BUKU PANDUAN PELAKSANAAN PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN

TIM PENYUSUN

Nita Pujianti, S.Farm, Apt. MPH
Atikah Rahayu, SKM, MPH
Fauzie Rahman, SKM, MPH
Laily Khairiyati, SKM, MPH
Noor Ahda Fadillah, SKM, M. Kes (Epid)
Dian Rosadi, SKM, MPH
Nur Laily, SKM, M.Kes
Ihya Hazairin Noor, SKM, MPH
M. Irwan Setiawan, S.Gz., M.Gz
Agung Waskito, ST., MT
Hadianor, SKM

Hak Cipta © 2019, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

Cetakan ke-1 Tahun 2019

CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-
55182 Telp: 083867708263 Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-7550-08-2

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas Rahmat dan Karunia-Nya, maka Buku Panduan Pelaksanaan PBL ini selesai pada waktunya, sehingga dapat dipergunakan oleh Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM sebagai pedoman pelaksanaan kegiatan PBL. Buku yang berisi tentang petunjuk pelaksanaan kegiatan PBL ini bertujuan agar semua pihak dapat menjalankan fungsi dan peran masing-masing sesuai dengan petunjuk yang ada, sehingga kegiatan PBL dapat terlaksana dengan baik dan tepat waktu. Bagi mahasiswa diharapkan dengan buku panduan ini memberi kepastian waktu serta dapat mengetahui setiap kegiatan dan cara pelaksanaan PBL di lapangan. Dengan demikian diharapkan mahasiswa mampu melakukan kegiatan sesuai dengan tujuan dari program PBL.

Semoga buku panduan ini bermanfaat bagi kemajuan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat khususnya Program Studi Kesehatan Masyarakat.

Banjarbaru, Oktober 2019

--- Tim Penyusun ---

DAFTAR ISI

Cover.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Daftar Lampiran.....	iv
I Pendahuluan.....	1
II Tujuan.....	11
III Kegiatan.....	13
IV Sasaran.....	20
V Organisasi Pelaksana.....	23
VI Beban Studi dan Waktu.....	24
VII Lokasi dan Pembekalan.....	24
VIII Pelaksanaan Lapangan.....	29
IX Monitoring dan Evaluasi.....	41
X Laporan.....	45
Lampiran.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Catatan Kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan.....	49
Lampiran 2. Daftar Hadir Kegiatan.....	50
Lampiran 3. Lembar Evaluasi PBL oleh Pembimbing Fakultas.....	51
Lampiran 4. Lembar Evaluasi PBL oleh Penguji Fakultas.....	53
Lampiran 5. Lembar Evaluasi PBL oleh Pembimbing Lapangan(Desa).....	54
Lampiran 6. Lembar Evaluasi PBL oleh UP-PBL PSKM.....	55
Lampiran 7. Dokumentas.....	56
Lampiran 8. MOU atau Perjanjian Kerjasama dengan Desa.....	57
Lampiran 9. Contoh Tahapan Kegiatan.....	58
Lampiran 10. Artikel dalam Koran.....	59
Lampiran 11. Screen Shoot Publikasi	60
Lampiran 12. Laporan Keuangan Penggunaan dana.....	61
Lampiran 13. Loog Book Kegiatan.....	62
Lampiran 14. Contoh Halaman Sampul.....	63
Lampiran 15. Contoh Halaman Pengesahan.....	64

I. PENDAHULUAN

Hasil karya inovatif dan kreativitas mahasiswa dapat dilihat dan dinilai secara praktis dan akademis melalui aktifitas belajar ketika berada di lingkungan masyarakat. Salah satu langkah yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut melalui program Pengalaman Belajar Lapangan (PBL). Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) merupakan bagian dari proses belajar mengajar melalui proses mahasiswa diberi kesempatan untuk lebih memahami serta mampu dan terampil menggunakan ilmu serta teori-teori yang telah dipelajari pada kurikulum program studi, sehingga diharapkan dapat dihasilkan lulusan yang profesional dan dapat bekerja sesuai bidangnya di masyarakat. Pengalaman belajar lapangan (PBL) yang diterapkan mengacu pada pencapaian prinsip siklus pemecahan masalah (*Problem Solving Cycle*).

Kegiatan Pengalaman belajar lapangan (PBL) Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (PSKM-FK ULM) yang dilaksanakan berlokasi pada wilayah tertentu dengan mengacu pada visi dan misi dari institusi dan program studi. Adapun kemampuan yang diharapkan diperoleh dari kegiatan PBL adalah: (1) Mampu melakukan kajian dan analisis situasi

(*analytic/assessment skills*) kesehatan masyarakat desa pada wilayah lahan basah; (2) Mampu mengembangkan kebijakan dan Perencanaan Program (*policy development/ program planing skills*) yang dibutuhkan oleh masyarakat berdasarkan hasil diagnose komunitas; (3) Mampu berkomunikasi secara efektif (*communication skills*) pada masyarakat desa lokasi PBL sehingga mendapatkan kesamaan tujuan yang ingin dicapai; (4) Mampu memahami budaya pada masyarakat desa setempat (*cultural competency skills*) agar mendapat dukungan ; (5) Mampu melaksanakan pemberdayaan Masyarakat (*Community empowerment*) berdasarkan intervensi yang direncanakan bersama dengan aparat desa serta fasilitator desa; (6) Memiliki penguasaan ilmu kesehatan masyarakat (*Public health science skills*) untuk menjawab permasalahan kesehatan di desa; (7) Mampu dalam merencanakan keuangan dan terampil dalam bidang manajemen (*Financial Planning and Management Skills*) khususnya pengelolaan program intervensi yang dilakukan di desa tempat PBL; dan (8) Memiliki kemampuan kepemimpinan dan berfikir sistem (*leadership and system thinking skills*) dalam mengorganisasikan program yang dilakukan di masyarakat desa.

Upaya yang dilakukan untuk mencapai tujuan program tersebut, maka mahasiswa PSKM-FK ULM, Program Reguler Semester IV hingga Semester VI akan melaksanakan Program PBL yang disesuaikan dengan kurikulum yang berlaku untuk mencapai Kompetensi Utama seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM). Program PBL yang akan dilaksanakan mahasiswa bertempat di wilayah kerja berbasis Lahan Basah berdasarkan ketentuan yang disepakati oleh pihak Program Studi Kesehatan Masyarakat dengan Dinas Kesehatan serta Puskesmas.

Target kegiatan yang ditentukan oleh PSKM-FK ULM Banjarbaru dalam program PBL ini adalah dapat meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam mengimplementasikan pengetahuan yang telah diperoleh pada perkuliahan dengan menemukan dan mengidentifikasi permasalahan kesehatan di masyarakat, menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat setempat, dapat menentukan pemecahan masalah dan intervensi yang sesuai serta dapat melakukan evaluasi terhadap program intervensi yang dilakukan melalui pendekatan manajemen berbasis kesehatan masyarakat.

Berdasarkan hal tersebut dan mengingat dalam tujuan dari realisasi Kurikulum Nasional Pendidikan Tinggi Kesehatan

Masyarakat Indonesia bahwa PBL dilaksanakan dengan jumlah beban 6 SKS. Maka, pada kurikulum PSKM-FK ULM, program PBL terdiri atas 3 tahapan, yaitu tahapan PBL 1 (Diagnosa komunitas dan analisa situasi kesehatan di masyarakat dan fasilitas umum); tahapan PBL 2 (Intervensi kesehatan beserta monitoring dan evaluasi jangka pendek); PBL 3 (Melakukan rencana tindak lanjut dari Intervensi permasalahan program kesehatan di Desa Wilayah Kerja Puskesmas dan melakukan monitoring evaluasi jangka menengah/panjang).

Buku Panduan ini berisi pedoman pelaksanaan program PBL yang memuat tentang cara melakukan diagnosa komunitas, analisa situasi dan faktor risiko masalah kesehatan masyarakat berdasarkan hasil temuan di lapangan serta penentuan pemecahan masalah (intervensi) berdasarkan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki masyarakat, kemudian dilakukan evaluasi terhadap tingkat efektifitas intervensi tersebut.

1. Visi dan Misi Universitas Lambung Mangkurat dan Fakultas Kedokteran

a) Visi dan Misi ULM

Terwujudnya ULM sebagai Universitas terkemuka dan berdaya saing di bidang lingkungan lahan basah.

- 1) **Terkemuka** merupakan pernyataan keunggulan mutu lulusan dan IPTEKS yang dihasilkan oleh ULM. Kualitas yang baik dan terukur sesuai standar mutu pendidikan tinggi. Keunggulan institusi tersebut meliputi kompetensi lulusan, pendidik dan tenaga kependidikan, sarana dan prasarana, pengelolaan, pembiayaan, penilaian pendidikan dan pengajaran, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan kerjasama.
- 2) **Berdaya saing** merupakan pernyataan kemampuan institusi untuk bersaing dengan perguruan tinggi lainnya baik skala nasional, regional, maupun internasional di bidang pendidikan dan pengajaran, manajemen kelembagaan, kualitas SDM, produk riset, dan pengabdian kepada masyarakat serta kompetensi lulusan.
- 3) **Lingkungan lahan basah** atau *wetland* merupakan pernyataan wilayah atau lahan yang sebagian atau seluruhnya kadang-kadang tergenangi oleh lapisan air yang dangkal. Lahan basah adalah wilayah payau, rawa, gambut, atau perairan, baik alami maupun buatan, permanen atau temporer

(sementara), dengan air yang mengalir atau diam, tawar, payau, atau asin, termasuk pula wilayah dengan air laut yang kedalamannya di saat pasang rendah (surut) tidak melebihi 6 meter 62 (konversi Ramsar). Secara geografis ini menjadi faktor kekuatan dan peluang yang harus dioptimalkan oleh ULM menjadi institusi yang unggul dan kompetitif.

Visi ULM di SK kan oleh Rektor yang tertuang dalam SK Rektor nomor 263/UN/KP/2015, tertanggal 27 Februari 2015. Misi ULM telah ditetapkan bersamaan dengan Visi ULM yang tertuang dalam SK Rektor nomor 623/UN8/KP/2015 tertanggal 27 Februari 2015. Rumusan Misi ULM adalah:

- 1) Menyelenggarakan Tridharma Perguruan Tinggi yang berkeadilan, berkesetaraan, berkualitas, dan relevan dengan perkembangan IPTEKS yang berfokus pada program unggulan lingkungan lahan basah;
- 2) Menyelenggarakan penguatan tata kelola universitas berdasarkan tata kelola universitas yang baik (*goodgovernance*), mengembangkan

kelembagaan, meningkatkan kualitas SDM dan sarana prasarana;

- 3) Menyelenggarakan pendidikan yang berbasis karakter *waja sampai kaputing* atau wasaka (tetap bersemangat dan kuat bagaikan baja dari awal sampai akhir) dan berdaya saing internasional;
- 4) Menyelenggarakan kerjasama dengan berbagai perguruan tinggi dalam dan luar negeri, pemerintah pusat dan daerah, dunia usaha dan industri, serta pemangku kepentingan lainnya pada tingkat nasional dan internasional.

b) Visi dan Misi FK ULM

Visi FK ULM adalah Menjadi Fakultas yang terkemuka dan berdaya saing dalam bidang kesehatan terutama di Lingkungan Lahan Basah. Sementara itu, **Misi FK ULM adalah:**

- 1) Menyelenggarakan pendidikan dalam menghasilkan lulusan yang terkemuka dan berdaya saing dalam bidang kesehatan terutama di lingkungan lahan basah;

- 2) Menyelenggarakan penelitian yang menghasilkan IPTEK dalam bidang kesehatan terutama di lingkungan lahan basah;
 - 3) Menyelenggarakan pengabdian kepada masyarakat dan menyebarkan IPTEK dalam bidang kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat terutama di lingkungan lahan basah;
 - 4) Memantapkan tata kelola yang transparan dan akuntabel
- c) **Visi dan Misi Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM**

ULM

1) Visi

Menjadi Program Studi Yang Unggul Dan Berdaya Saing Dalam Bidang Kesehatan Masyarakat Di Lingkungan Lahan Basah.

2) Misi

- a) Menyelenggarakan Pendidikan Yang Berorientasi Pada Nilai Integritas Dan Unggul Dalam Bidang Kesehatan Masyarakat Di Lingkungan Lahan Basah

- b) Menyelenggarakan Penelitian Yang Kreatif Dan Inovatif Dalam Bidang Kesehatan Masyarakat Di Lingkungan Lahan Basah
- c) Menyelenggarakan Pengabdian Masyarakat Melalui Kegiatan Pemberdayaan Dan Pemberian Informasi Kesehatan Dalam Bidang Kesehatan Masyarakat Di Lingkungan Lahan Basah
- d) Menyelenggarakan Diseminasi Karya Ilmiah Di Tingkat Lokal, Nasional Maupun Internasional.
- e) Melaksanakan Kerjasama Dengan Pihak Swasta, Perguruan Tinggi, Dan Pemerintah.
- f) Memantapkan Tata Kelola Yang Transparan Dan Akuntabel

2. Profil Lulusan dan Kompetensi Utama Sarjana Kesehatan Masyarakat PSKM FK ULM

Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (PSKM FK ULM) merupakan pendidikan tinggi kesehatan masyarakat yang dalam mendidik seorang calon Sarjana Kesehatan Masyarakat berdasarkan 8 kompetensi utama yang dijabarkan menjadi: (1) Mampu melakukan kajian dan

analisis situasi (*analytic/assessment skills*); (2) Mampu mengembangkan kebijakan dan Perencanaan Program (*policy development/ program planing skills*); (3) Mampu berkomunikasi secara efektif (*communication skills*); (4) Mampu memahami budaya setempat (*cultural competency skills*); (5) Mampu melaksanakan pemberdayaan Masyarakat (*Community empowerment*); (6) Memiliki penguasaan ilmu kesehatan masyarakat (*Public health science skills*); (7) Mampu dalam merencanakan keuangan dan terampil dalam bidang manajemen (*Financial Planning and Management Skills*); dan (8) Memiliki kemampuan kepemimpinan dan berfikir sistem (*leadership and system thinking skills*). Kompetensi utama tersebut dalam proses pendidikan diimplementasikan dalam kegiatan Tri Dharma Perguruan tinggi yang meliputi pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

Profil lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat berpedoman pada karakter seorang tenaga kesehatan masyarakat yang professional adalah *manager, innovator, researcher, apprentice, communitarian, leader* dan *educator* (MIRACLE). Berdasarkan karakter tenaga kesehatan masyarakat professional tersebut, maka profil lulusan

Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM, adalah: “Sarjana Kesehatan Masyarakat yang mampu menjadi seorang manajer, innovator, peneliti, pengambil keputusan, komunikator, pemimpin dan pendidik di bidang kesehatan masyarakat serta mampu melakukan analisis situasi kesehatan berdasarkan *evidence based* permasalahan dan menjawab kebutuhan masyarakat.

II. TUJUAN

Tujuan program PBL Secara umum adalah melakukan kegiatan diagnosa komunitas dan analisa situasi kesehatan masyarakat di wilayah yang ditentukan serta pada Puskesmas yang terpilih berdasarkan hasil koordinasi. Secara khusus tujuan program PBL yaitu:

- a. Melakukan kegiatan diagnosa komunitas terhadap permasalahan kesehatan masyarakat di wilayah yang ditentukan sebagai wahana belajar bagi mahasiswa di lapangan serta permasalahan program kesehatan pada Puskesmas yang terpilih.
- b. Melakukan pengumpulan dan analisis data primer dan sekunder untuk mengetahui kebutuhan dan permasalahan yang dirasakan masyarakat mengenai kesehatan serta program kesehatan pada Puskesmas yang terpilih

- c. Mengidentifikasi permasalahan yang didapatkan dalam kegiatan pengumpulan data primer dan data sekunder pada masyarakat di wilayah yang ditentukan serta pada Puskesmas yang terpilih
- d. Menetapkan prioritas masalah dari identifikasi masalah yang ditemukan melalui kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) serta FGD dengan pengelola program di Puskesmas, dan dilanjutkan dengan penggalian faktor risiko dengan metode yang disesuaikan.
- e. Menentukan alternatif pemecahan masalah berdasarkan faktor risiko penyebab masalah utama dan menetapkan prioritas pemecahan masalah yang relevan dengan kebutuhan masyarakat setempat serta program di Puskesmas dengan metode yang disesuaikan
- f. Sebagai wahana belajar bagi mahasiswa untuk melakukan kegiatan intervensi terhadap masyarakat di wilayah lahan basah berupa pemecahan masalah kesehatan di masyarakat sesuai dengan hasil yang ditemukan pada diagnosa komunitas dan analisis faktor risiko yang telah dilakukan serta program di Puskesmas dengan metode yang disesuaikan

- g. Melakukan intervensi kesehatan di masyarakat diwilayah lahan basah dan melakukan evaluasi jangka pendek untuk menilai keberhasilan intervensi yang telah dilakukan serta Intervensi pada Program Puskesmas yang bermasalah dan di tentukan sebagai program yang harus di intervensi
- h. Memberikan rekomendasi terhadap pihak terkait untuk menjadikan kegiatan intervensi kesehatan sebagai program daerah jika ternyata dinilai cukup efektif dan inovatif dalam mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat diwilayah lahan basah
- i. Sebagai wahana belajar bagi mahasiswa untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap intervensi pada masyarakat
- j. Memberikan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi yang telah dilakukan untuk dilakukan perbaikan program
- k. Menyusun proposal pencarian dana untuk rencana kegiatan intervensi

III. KEGIATAN

Kegiatan yang dilakukan mahasiswa pada PBL secara umum melewati 3 tahapan utama:

- a. Tahap Persiapan

1. Melakukan perizinan kepada Instansi terkait, meliputi Puskesmas, Kecamatan dan Kelurahan (Desa) sampai ke Ketua RT di masing-masing Kelurahan (Desa) mengenai pelaksanaan diagnosa komunitas dan analisa situasi kesehatan masyarakat pada wilayah yang terpilih
 2. Melakukan koordinasi dengan pihak Kelurahan (Desa) serta Ketua RT mengenai tempat tinggal dan kebutuhan lainnya yang dianggap perlu sebagai penunjang kegiatan
 3. Membuat instrumen yang akan digunakan dalam kegiatan diagnosa komunitas dan analisa situasi
 4. Melakukan advokasi dan koordinasi dengan masyarakat, puskesmas dan instansi terkait kegiatan intervensi kesehatan
- b. Tahap Pelaksanaan
1. Mengikuti pembekalan PBL dari awal hingga akhir rangkaian yang merupakan bagian penting dan wajib bagi peserta PBL dalam kegiatan yang akan dilaksanakan di lapangan.
 2. Mengumpulkan data sekunder dari Kecamatan, Puskesmas, Kelurahan (desa), Ketua RT dan Bidan

desa, Kader, terkait dengan data dasar dari wilayah tempat magang.

3. Mengumpulkan data primer melalui kegiatan diagnosa komunitas dan analisa situasi kesehatan masyarakat dengan menggunakan instrumen yang sudah disiapkan.
4. Membuat instrumen yang akan digunakan dalam kegiatan identifikasi faktor risiko melalui konsultasi dengan dosen pembimbing fakultas
5. Menyajikan hasil pengumpulan data primer untuk tiap variabel yang diamati secara deskriptif. Analisis Univariat untuk tiap variabel dilakukan berdasarkan hasil temuan yang didapatkan dibandingkan dengan indikator atau standar yang berlaku serta dianalisis dengan teori atau penelitian penunjang. Analisis bivariat dilakukan untuk mencari hubungan antar variabel yang bermakna.
6. Melakukan identifikasi permasalahan yang didapatkan dari data sekunder dan data primer yang telah dikumpulkan. Analisis terhadap permasalahan yang ada didasarkan pada temuan yang didapatkan dibandingkan dengan standar atau indikator utama

serta teori pendukung dari setiap variabel yang dianalisis.

7. Menentukan prioritas masalah dan faktor penyebab masalah utama tersebut berdasarkan permasalahan yang ditemukan di lapangan. Penentuan prioritas masalah dan faktor penyebab masalah ini menggunakan metode penentuan prioritas masalah yang sesuai dengan data yang ada serta melalui kegiatan *Focus group discussion* (FGD) atau diskusi kelompok terarah (DKT) dengan masyarakat, tokoh masyarakat, Bidan desa dan Puskesmas. Analisis data dari kegiatan ini menggunakan analisa kualitatif dari setiap hasil diskusi yang disampaikan.
8. Menentukan alternatif pemecahan masalah dari faktor penyebab masalah tersebut kemudian dilakukan penentuan prioritas pemecahan masalah dengan memperhatikan potensi dan kebutuhan masyarakat setempat. Kegiatan ini dilakukan melalui metode Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) dengan wakil dari masyarakat, tokoh masyarakat, Bidan desa dan Puskesmas. Analisis data dari kegiatan ini

menggunakan analisa kualitatif dari setiap hasil diskusi yang disampaikan.

9. Melakukan diskusi, konsultasi dan koordinasi dengan pihak Puskesmas terkait hasil temuan yang ada.
10. Melakukan advokasi dan koordinasi dengan masyarakat dan instansi terkait kegiatan intervensi kesehatan
11. Mengaktifkan peran serta kader yang sudah dibentuk serta masyarakat dalam kegiatan intervensi kesehatan masyarakat
12. Melaksanakan program intervensi kesehatan yang telah dibuat berdasarkan prioritas pemecahan masalah yang dituangkan dalam rencana aksi (POA)
13. Melakukan diskusi mendalam dengan masyarakat terkait hasil yang dicapai dan menentukan keberhasilan intervensi kesehatan. Selain itu, diskusi juga membahas mengenai hambatan-hambatan serta kemajuan yang dicapai
14. Melakukan monitoring dan evaluasi keberhasilan program dengan melakukan (*rapid survey*, penelitian dengan sampel selektif, dan *mini survey* serta

wawancara mendalam terhadap informan sesuai dengan permasalahan)

15. Melakukan alternatif pemecahan masalah lainnya, jika intervensi kesehatan yang telah dilakukan belum efektif meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setempat
16. Melakukan kegiatan monitoring terhadap intervensi yang dilaksanakan
17. Mengidentifikasi hambatan/kendala yang ditemui pada pelaksanaan intervensi
18. Bersama dengan masyarakat merumuskan rencana tindak lanjut untuk perbaikan intervensi
19. Melaksanakan kegiatan tambahan sesuai dengan yang sudah disepakati, serta merealisasikan rencana tindak lanjut yang telah dirumuskan
20. Melakukan penilaian keberhasilan program melalui wawancara mendalam kepada aparat desa dan tokoh masyarakat serta kader
21. Melakukan seminar hasil kegiatan pada PBL I, II dan III
22. Kegiatan penutupan.

c. Tahap Pelaporan

1. Melakukan rekapitulasi hasil pengumpulan data primer dan sekunder terkait variabel yang diamati.
2. Melakukan pengolahan dan analisis data baik data primer dan sekunder menggunakan analisa yang tepat serta melalui proses bimbingan dengan dosen pembimbing fakultas.
3. Menyusun laporan hasil kegiatan diagnosa komunitas dan analisa situasi.
4. Menyusun proposal pencarian dana untuk kegiatan intervensi
5. Menyusun laporan hasil intervensi yang sudah dilaksanakan sesuai dengan hasil kesepakatan pada MMD II
6. Menyusun laporan rencana tindak lanjut terhadap intervensi yang dilakukan
7. Menganalisis efektivitas dari hasil intervensi yang telah dilakukan
8. Menyusun laporan monitoring dan evaluasi hasil intervensi

9. Melakukan seminar hasil kegiatan PBL dihadapan tim penguji yang akan ditentukan beserta pihak puskesmas.

IV. SASARAN

Program PBL mempunyai 4 (empat) kelompok sasaran, yaitu Mahasiswa PSKM, Dinkes/Puskesmas (instansi terkait PBL), PSKM-FK ULM Banjarbaru sebagai penyelenggara pendidikan, serta masyarakat setempat dimana dilaksanakannya PBL. Masing-masing sasaran PBL ini akan memperoleh manfaat dari kegiatan tersebut. Adapun manfaatnya adalah sebagai berikut:

1. Mahasiswa
 - a. Memperdalam kemampuan berpikir kritis dan meningkatkan kemampuan bekerjasama dalam tim untuk mencapai tujuan program PBL.
 - b. Mendewasakan cara berpikir serta meningkatkan daya penalaran dalam melakukan penelaahan, diagnosa komunitas, analisa situasi, perumusan masalah dan penentuan pemecahan masalah kesehatan masyarakat.
 - c. Melatih kemampuan mahasiswa dalam mengimplementasikan strategi promosi kesehatan

dalam implementasi kegiatan PBL yang meliputi kegiatan advokasi, bina suasana dan gerakan pemberdayaan masyarakat.

2. Dinas Kesehatan/Puskesmas (Instansi terkait PBL)
 - a. Mendapatkan data dari hasil kegiatan diagnosa komunitas dan analisa situasi yang dilakukan sehingga mendapat gambaran kondisi kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
 - b. Memperoleh bantuan pemikiran dan tenaga, serta ilmu dalam pemecahan masalah kesehatan masyarakat yang tertuang dalam kegiatan beserta evaluasi terhadap program kesehatan masyarakat setempat.
3. PSKM-FK ULM
 - a. Memperoleh berbagai pengalaman lapangan yang dapat digunakan sebagai contoh-contoh dalam memberikan materi perkuliahan dan menemukan berbagai masalah dan kegiatan intervensi untuk mengatasi masalah serta kegiatan evaluasinya. Hal tersebut penting untuk pengembangan kegiatan Tri Dharma Perguruan tinggi yang meliputi pendidikan pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

- b. Meningkatkan, memperluas, dan mempererat kemitraan dengan instansi tempat PBL.
 - c. Memperoleh gambaran nyata tentang pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan oleh Sarjana Kesehatan Masyarakat untuk bekerja baik di sektor pemerintahan, khususnya di Puskesmas dan Dinas Kesehatan, atau lembaga non pemerintah yang bergerak dalam pemberdayaan masyarakat khususnya dibidang kesehatan.
4. Masyarakat
- a. Mengetahui permasalahan kesehatan yang terjadi serta cara untuk mengatasi permasalahan tersebut.
 - b. Memperoleh bantuan baik dalam bidang pembangunan fisik maupun jasa penggerak untuk pemberdayaan masyarakat.
 - c. Membina kerjasama masyarakat dalam upaya penentuan prioritas masalah dan penentuan prioritas pemecahan masalah berdasarkan potensi dan kemampuan setempat.

V. ORGANISASI PELAKSANA

Panitia Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) PSKM FK-ULM yaitu:

1. Pengarah : Prof. Dr. Zairin Noor, dr.,Sp.OT.K
MM
(Dekan Fakultas Kedokteran
ULM)
2. Penanggungjawab : Fauzie Rahman, SKM., MPH
3. Koordinator : Nita Pujianti, S.Farm., Apt., MPH
4. Sekretaris : Noor Ahda Fadillah, SKM., M.Kes
(Epid)
5. Koordinator : Dian Rosadi, SKM., MPH
Lapangan
6. Anggota Pelaksana :
 - a. Atikah Rahayu, SKM., MPH
 - b. Ihya Hazairin Noor, SKM., MPH
 - c. Agung Waskito, S.T., M.T
 - d. M. Irwan Setiawan, S.Gz., M.Gz
 - e. Hadiannor, SKM

VI. BEBAN STUDI DAN WAKTU

Pelaksanaan PBL merupakan kegiatan kurikulum wajib dengan jumlah beban total 6 SKS dengan beban studi sebesar 2 (dua) SKS pada setiap Tahapan. Setiap tahapan dilaksanakan selama 4 (empat) bulan dengan rincian sebagai berikut:

1. Persiapan (perizinan dan survei ke lokasi PBL)
2. Pembekalan Materi PBL
3. Pelaksanaan Kegiatan PBL ke lapangan
4. Penulisan/pembimbingan laporan PBL
5. Konsultasi instrumen monitoring dan evaluasi ke masing-masing pembimbing
6. Pelaksanaan Kegiatan evaluasi intervensi
7. Konsultasi/ dan atau lanjutan kegiatan
8. Penulisan / pembimbingan laporan akhir PBL
9. Presentasi hasil akhir PBL
10. Laporan tugas akhir lapangan

VII. LOKASI DAN PEMBEKALAN

a. Lokasi

Lokasi pelaksanaan PBL ditentukan berdasarkan fokus kajian pada visi dan misi institusi, yaitu Desa di **wilayah lahan basah**. Lokasi ini ditentukan oleh pihak PSKM-FK ULM Banjarbaru melalui kesepakatan antara

PSKM-FK ULM dan Pemerintah terkait melalui Dinas Kesehatan serta Pihak Kecamatan.

b. Pembekalan

Pembekalan merupakan upaya untuk mempersiapkan mahasiswa agar dapat melaksanakan kegiatan PBL dengan baik dan benar, sehingga tujuan PBL dapat tercapai. Adapun tujuan pembekalan sebagai berikut:

1. Mahasiswa memahami arti, maksud dan tujuan PBL yang dilaksanakan.
2. Mahasiswa memahami dan meningkatkan kepekaan terhadap berbagai masalah-masalah kesehatan di masyarakat.
3. Mahasiswa memperoleh pengetahuan dan keterampilan praktis dalam rangka diagnosa komunitas, analisa situasi, prioritas masalah kesehatan masyarakat.
4. Mahasiswa memahami teknik penulisan laporan PBL yang diharapkan.
5. Tertanamnya pengetahuan dan penghayatan mahasiswa akan arti, maksud dan tujuan PBL.

6. Diperolehnya pengetahuan dan pengalaman untuk dapat memahami dan meningkatkan kepekaan terhadap berbagai masalah-masalah kesehatan di masyarakat.
7. Diperolehnya pengetahuan dan keterampilan praktis dalam rangka upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat di wilayah tersebut melalui kegiatan intervensi.
8. Diperolehnya pengetahuan dan keterampilan praktis mengenai cara-cara evaluasi intervensi terhadap permasalahan kesehatan masyarakat.
9. Tertanamnya pengetahuan dan penghayatan mahasiswa akan maksud dan tujuan PBLII
10. Diperolehnya pengetahuan dan pengalaman untuk dapat memahami dan meningkatkan kepekaan terhadap berbagai masalah-masalah kesehatan di masyarakat
11. Diperolehnya pengetahuan dan keterampilan praktis dalam rangka upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat di wilayah tersebut melalui kegiatan intervensi

12. Diperolehnya pengetahuan dan keterampilan praktis mengenai cara-cara evaluasi intervensi terhadap permasalahan kesehatan masyarakat.

Adapun materi pembekalan sebagai berikut:

1. Diagnosa komunitas, analisa situasi dan faktor risiko
2. Teknik komunikasi dan pendekatan masyarakat, serta pemberdayaan masyarakat
3. Pengantar instrumen diagnosa komunitas dan faktor-faktor risiko
4. Teknik penentuan prioritas masalah dan pemecahan masalah serta POA intervensi
5. Macam-macam Intervensi Kesehatan Masyarakat
6. Pemberdayaan Masyarakat dalam Intervensi Permasalahan Kesehatan
7. Teknik advokasi dan fasilitasi
8. Instrumen Evaluasi Jangka Pendek dan Menengah untuk Monitoring dan Evaluasi
9. Metode Analisis Kuantitatif Untuk Evaluasi Kegiatan
10. Metode Analisis Kualitatif Untuk Evaluasi Kegiatan
11. Teknik Monitoring dan Evaluasi Intervensi (disertai dengan penjelasan acuan intervensi tambahan, duplikasi perilaku positif)

12. Instrumen Monitoring dan Evaluasi Intervensi Kesehatan
13. Penilaian Hasil Monitoring dan Evaluasi Intervensi
14. Format Penulisan Laporan PBL dan Penulisan Daftar Pustaka

c. Dosen

Tenaga dosen yang memberikan pembekalan disesuaikan dengan bidang pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan, yang berasal dari PSKM-FK ULM Banjarbaru.

d. Metode

Metode yang digunakan dalam pemberian pembekalan ini yaitu:

- (1) Ceramah;
- (2) Diskusi;
- (3) Latihan/Kerja Kelompok

e. Pelaksanaan Pembekalan

Pembekalan dilaksanakan sebelum mahasiswa melaksanakan kegiatan PBL di lapangan, dengan teknis pelaksanaan sebagai berikut:

1. Bersifat wajib bagi mahasiswa peserta PBL.

2. Waktu pelaksanaan pembekalan dilaksanakan dalam beberapa kali pertemuan, dengan lama tatap muka (tiap kali pelaksanaan pembekalan) adalah 2 x 50 menit.
3. Pembekalan yang diikuti merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan pelaksanaan lapangan pada semester tersebut, sehingga tidak dapat difungsikan sebagai tabungan.

VIII. PELAKSANAAN LAPANGAN

a. Waktu Pelaksanaan

Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK-ULM Banjarbaru menyelenggarakan PBL, yaitu pada semester IV-VI. Pelaksanaan PBL ini dilakukan efektif selama 4 bulan.

b. Pelaksanaan Lapangan

Pelaksanaan PBL di lapangan mahasiswa wajib mengikuti segala aturan atau tata tertib yang berlaku pada PBL serta berperan aktif dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat di wilayah tersebut selanjutnya hasil kegiatan tersebut dituangkan dalam bentuk laporan dan diseminarkan di kampus PSKM-FK ULM pada akhir kegiatan.

c. Ketentuan Pengumpulan Data Primer dan Sekunder

Adapun tahapan pelaksanaan PBL adalah sebagai berikut:

1. Pembekalan PBL yang merupakan bagian penting dan wajib bagi peserta PBL dalam kegiatan yang akan dilaksanakan di lapangan.
2. Pengumpulan data sekunder dari Kecamatan, Puskesmas, Kelurahan (desa), Ketua RT dan Bidan desa, Kader, terkait dengan data dasar dari wilayah tempat magang.
3. Pengumpulan data primer melalui kegiatan diagnosa komunitas dan analisa situasi kesehatan masyarakat dengan menggunakan instrumen yang sudah disiapkan.
4. Pemilihan responden dilakukan setelah melakukan perhitungan sampel (rumus slovin dengan syarat nilai alpha 5% jika populasi ≤ 800 KK dan nilai alpha 10% jika populasi > 800 KK
5. *Listing* (sebanyak minimal sampel saja) dilakukan setelah mendapatkan jumlah sampel responden serta untuk memilih responden yang *eligible* dengan ketentuan:

- Rumah tangga yang memiliki anggota lengkap:
Ayah, Ibu, anak remaja, anak balita
 - Jika tidak ada lagi seperti kriteria diatas, maka boleh memilih rumah tangga yang tidak lengkap
6. Penyajian hasil pengumpulan data primer untuk tiap variabel yang diamati. Analisis univariat untuk tiap variabel dilakukan berdasarkan hasil temuan yang didapatkan dibandingkan dengan indikator atau standar yang berlaku serta dianalisis dengan teori atau penelitian penunjang. Analisis bivariat dilakukan untuk mencari hubungan antar variabel yang bermakna.
 7. Identifikasi permasalahan yang didapatkan dari data sekunder dan data primer yang telah dikumpulkan. Analisis terhadap permasalahan yang ada didasarkan pada temuan yang didapatkan dibandingkan dengan standar atau indikator utama serta teori pendukung dari setiap variabel yang dianalisis.
 8. Penentuan 3 masalah utama dari data hasil kuesioner diagnosa komunitas dengan urutan prioritas yang diangkat menjadi masalah adalah:
 - a. Besaran data mortalitas
 - b. Besaran data morbiditas

c. Besaran data faktor risiko

Kemudian dipresentasikan dalam kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa I (MMD I) serta melibatkan masyarakat dalam penentuan prioritas masalah.

9. Prioritas masalah didapatkan kemudian digali faktor risiko dan atau penyebabnya menggunakan data sekunder, jika data tersebut telah tersedia, apabila tidak tersedia maka diwajibkan untuk menggunakan **instrumen faktor risiko** yang disusun oleh masing-masing kelompok menggunakan referensi ilmiah. Pengumpulan data dengan instrumen faktor risiko melibatkan responden sesuai kriteria masalah (contoh: jika mengangkat kasus diare, maka melibatkan responden awal yang terkena diare, dengan minimal sampel sebanyak 30 responden)
10. Data yang didapatkan menggunakan instrumen faktor risiko diolah secara deskriptif kuantitatif untuk didiskusikan pada kegiatan *Focus group discussion* (FGD) atau diskusi kelompok terarah (DKT) dengan tokoh masyarakat, tenaga kesehatan serta responden

terkait. Hasil FGD berupa Diagram Fish Bone dilengkapi dengan hasil analisis secara kuantitatif dan kualitatif

11. Hasil FGD mengarahkan kelompok untuk mempelajari penyusunan alternative pemecahan masalah pada setiap faktor risiko yang telah ditentukan, kemudian dilakukan penentuan prioritas pemecahan masalah dengan memperhatikan potensi dan kebutuhan masyarakat setempat. Kegiatan ini dilakukan melalui metode Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) II dengan wakil dari masyarakat, tokoh masyarakat, tenaga kesehatan. Analisis data dari kegiatan ini menggunakan analisa kuantitatif dan atau kualitatif dari setiap hasil diskusi yang disampaikan
12. Diskusi tim mahasiswa serta konsultasi dan koordinasi dengan pihak Puskesmas terkait hasil temuan yang ada

d. Bimbingan Lapangan

a. Fungsi Bimbingan Lapangan

Bimbingan mahasiswa di lapangan dimaksudkan agar kegiatan mahasiswa selama PBL dapat berjalan dengan lancar, baik dalam hal pencapaian tujuan belajar mahasiswa maupun bantuan teknis yang

mungkin dapat diberikan kepada instansi terkait tempat PBL.

b. Supervisi

Supervisi pada pelaksanaan PBL ke lapangan merupakan **tahapan penting**, supervisi ini dilaksanakan oleh **tim pengelola PBL, atau dosen pembimbing yang bertanggungjawab**. Informasi yang dikumpulkan pada kegiatan supervisi ini yaitu:

- 1) Kehadiran mahasiswa, serta perilaku umum mahasiswa di lokasi PBL.
- 2) Kerjasama dan kreatifitas mahasiswa.
- 3) Aspek lain seperti:
 - a) Hambatan yang dihadapi mahasiswa di lokasi PBL.
 - b) Hambatan atau permasalahan diperoleh dari pembimbing/pihak instansi tempat PBL, hasil laporan masyarakat; penggalan atau pendalaman yang dilakukan supervisor; dan permasalahan-permasalahan yang secara kebetulan ditemukan.

- 4) Hasil supervisi dibawa dalam rapat akademik, baik yang telah diberikan saran pemecahan ataupun yang belum.

c. Tata Tertib dan Sanksi

Guna mencapai keberhasilan pelaksanaan PBL, diperlukan suatu “Tata Tertib” sebagai suatu pedoman dan pengarah, “Tata Tertib” tersebut dimaksudkan untuk:

- a) Memberi jaminan keberhasilan kegiatan PBL dan nama baik almamater.
- b) Mempertahankan citra PBL PSKM-FK ULM.
- c) Memperkecil kemungkinan adanya dampak negatif kegiatan PBL.

Bagi mahasiswa peserta PBL, tata tertib bersifat mengikat dan wajib dipatuhi, baik selama mengikuti pembekalan ataupun di dalam pelaksanaan PBL.

1. Tata Tertib Selama Pembekalan

Selama mengikuti pembekalan mahasiswa wajib:

- a) Mengikuti semua acara pembekalan, sebagai satu kesatuan utuh dengan kegiatan PBL,

kecuali dalam kondisi tertentu (sakit berat/opname, meninggalnya keluarga inti).

- b) Mengisi daftar hadir sendiri (tidak boleh ditandatangani oleh orang lain) pada setiap sesi materi pembekalan. Apabila ditemukan melakukan kecurangan terhadap absensi, maka akan dikeluarkan dari pembekalan PBL.
- c) Menggunakan ID card PBL selama kegiatan berlangsung.

2. Tata Tertib Selama Kegiatan PBL

Selama kegiatan PBL, mahasiswa **wajib** :

- 1) Mengikuti seluruh rangkaian kegiatan lapangan.
- 2) Mengikuti seluruh ketentuan yang berlaku di tempat PBL, termasuk kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan di Desa maupun di puskesmas. Terlibat aktif sebagai masyarakat di tempat PBL dibuktikan dengan daftar hadir.
- 3) Setiap kegiatan di lapangan harus dibuktikan dengan daftar hadir dan dokumentasi yang dapat dikirimkan ke dosen pembimbing masing-masing (media sesuai kesepakatan

dengan dosen pembimbing), serta upload foto dan video di Instagram.

- 4) Bekerjasama dalam tim menyusun laporan akhir PBL secara lengkap sesuai dengan format terlampir.
- 5) Menjaga dan memelihara identitas almamater termasuk dalam menjaga nama baik dan kewajiban yang berlaku untuk almamater.
- 6) Menghadiri kegiatan seminar laporan hasil kegiatan PBL.
- 7) Menunjukkan perilaku baik selama pembekalan hingga kegiatan seminar/presentasi laporan hasil berlangsung.
- 8) Apabila salah satu anggota kelompok tidak mengikuti salah satu kegiatan tersebut diatas, anggota kelompok lain wajib melapor ke koordinator/sekretaris UP-PBL serta dosen pembimbing.

3. Sanksi Terhadap Pelanggaran Tata Tertib

Sanksi pelanggaran terhadap tata tertib bertingkat dari sanksi ringan (teguran lisan maupun tertulis oleh pembimbing di lapangan

maupun pembimbing fakultas) sampai dengan sanksi berat (ditarik dari kegiatan PBL dan atau ditambah sanksi akademis dari pihak kampus). Sanksi ringan akan berpengaruh terhadap nilai keberhasilan PBL sedangkan sanksi berat berarti tidak lulus mata kuliah PBL yang diputuskan oleh Tim Pelaksana PBL PSKM-FK ULM setelah mendengar pendapat dari penanggungjawab dan Koordinator PBL. **Sanksi akan berlaku kepada Ketua Kelompok apabila ada anggota kelompok yang bermasalah dalam hal administrasi dan etika di dalam kelompok.** Ketentuan yang belum diatur dalam tata tertib ini akan diberitahukan kemudian oleh UP PBL dan Rapat Tim Dosen Pembimbing di Program Studi.

4. Ketentuan Khusus

Ketentuan khusus berisi semua peraturan dan tata tertib yang mengikat kepada seluruh mahasiswa sebagai peserta didik yang mengikuti PBL.

- a. Seluruh mahasiswa semester IV-VI wajib mengambil mata kuliah PBL dan melakukan

registrasi sebagai calon peserta didik yang akan mengikuti program PBL.

- b. Mahasiswa wajib mengikuti seluruh rangkaian kegiatan PBL. Persentase kegiatan pembekalan dan lapangan harus diikuti mahasiswa 100%. Ketidakhadiran mahasiswa diperbolehkan dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan, berupa:
- 1) Apabila sakit berat/opname di rumah sakit maka harus menunjukkan Surat keterangan sakit dari dokter rumah sakit
 - 2) Apabila ada penugasan dari pihak Program Studi, Fakultas atau Universitas maka harus Surat tugas dari Ketua Program Studi, Dekan Fakultas atau ULM.
 - 3) Apabila ada kematian maka harus menunjukkan Surat dari pihak keluarga. Ketidakhadiran karena kematian hanya diperbolehkan untuk kematian keluarga inti (ayah, ibu, adik dan kakak).

- 4) Apabila ada perayaan hari besar keagamaan, maka harus menunjukkan Surat keterangan dari panitia penyelenggara.
 - 5) Apabila ketidakhadiran karena poin 1-4, maka mahasiswa dianggap 100% dengan syarat mengganti ketidakhadiran dalam bentuk penugasan. Penugasan yang dilakukan adalah dengan membuat makalah sesuai materi yang ditinggalkan dan menyertakan 1 buah Buku Teks yang relevan. Pengumpulan tugas 1 minggu setelah materi yang ditinggalkan.
- c. Mahasiswa wajib datang tepat waktu, menggunakan pakaian yang sopan sesuai ketentuan yang berlaku dan membawa Buku Panduan Pelaksanaan dan Buku Konsultasi PBL, serta alat bantu pembelajaran.
 - d. Mahasiswa wajib mematuhi ketentuan-ketentuan seperti tertera dalam buku panduan ini.

IX. MONITORING DAN EVALUASI

Selama pelaksanaan PBL, dilakukan pemantauan atau supervisi oleh dosen pembimbing Fakultas. Dalam kegiatan sehari-hari didampingi dan dipantau oleh pembimbing dari instansi, serta salah satu tokoh masyarakat tempat PBL berlangsung. Demikian juga akan dilakukan penilaian dari pembimbing dan penguji dan pengelola PBL yang meliputi beberapa aspek. Adapun aspek-aspek penilaian tersebut tersaji dalam lampiran 1, 3, 4, 5 dan 6. Sistem penilaian PBL adalah sebagai berikut :

Nilai Akhir = Nilai Pembimbing (30%)+Nilai Penguji (30%)+Nilai Pengelola PBL (40%).

Dengan ketentuan nilai masing-masing komponen tersebut mempunyai rentang nilai antara 60 sampai dengan 100. Adapun aspek-aspek dari masing-masing penilaian di atas adalah sebagai berikut:

a. Pembimbing:

- 1) Pembimbing dalam kegiatan PBL adalah pembimbing fakultas dan pembimbing desa
- 2) Frekuensi minimal konsultasi dengan pembimbing adalah 5 kali

- 3) Kedisiplinan dan Kerjasama (Kehadiran dan ketepatan waktu konsultasi, kerjasama antar mahasiswa dalam kelompok, serta kerjasama dengan masyarakat desa PBL)
- 4) Kesopanan (terhadap pembimbing)
- 5) Proposal Pencarian Dana Kegiatan Intervensi.
- 6) Laporan PBL (Latar belakang, metode kegiatan, hasil kegiatan dan semua rangkaian kegiatan yang terdokumentasi secara sistematis)
- 7) Jurnal hasil kegiatan PBL dengan format Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat (JPKMI), PSKM FK ULM

b. Penguji:

- 1) Frekuensi minimal konsultasi dengan penguji adalah 2 kali
- 2) Kedisiplinan (Kehadiran dan ketepatan waktu serta kerjasama)
- 3) Kesopanan (Terhadap penguji)
- 4) Proposal Pencarian Dana Kegiatan Intervensi.
- 5) Laporan PBL (Seminar (cara penyajian, tanya jawab), latar belakang, metode kegiatan, hasil kegiatan dan

semua rangkaian kegiatan yang terdokumentasi secara sistematis)

- 6) Jurnal hasil kegiatan PBL dengan format Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat (JPKMI), PSKM FK ULM

c. Pengelola PBL:

- 1) Kehadiran (Pada saat pembekalan dan kehadiran di lapangan) 5%
- 2) Etika (Terhadap dosen, masyarakat, petugas puskesmas/petugas lain, dan sesama mahasiswa) 15%
- 3) Ketepatan pengumpulan laporan dan kepemilikan Buku Panduan serta Buku Konsultasi PBL 5% .
- 4) Mempertimbangkan hasil laporan kegiatan, kerjasama dan kreatifitas mahasiswa dari pembimbing di instansi/Puskesmas dan masyarakat di wilayah tersebut.
- 5) Dokumentasi kegiatan dalam bentuk video yang dapat menceritakan seluruh kegiatan PBL dan efektivitas kegiatan PBL yang dilengkapi dengan testimoni dari masyarakat dengan durasi maksimal 5 menit.

- 6) Jurnal hasil kegiatan PBL dengan format Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat (JPKMI), PSKM FK ULM
- 7) Proposal Pencarian Dana Kegiatan Intervensi.

Ketentuan nilai PBL terlihat pada tabel 3 sebagai berikut:

Tabel 3. Penilaian PBL

Nilai Huruf	Nilai Mentah
A	≥ 80
A-	$77 - < 80$
B +	$75 - < 77$
B	$70 - < 75$
B-	$66 - < 70$
C +	$61 - < 66$
C	$55 - < 61$
D & E	Tidak Lulus

Sumber: Revisi Pedoman Akademik Universitas Lambung Mangkurat

Penilaian tersebut juga memperhitungkan kehadiran dan perilaku mahasiswa di kampus dan tempat PBL. Prosentase kehadiran adalah 100% pada saat pembekalan dan pada saat intervensi di lapangan, dalam periode PBL yang ditentukan. Apabila kurang dari ketentuan tersebut diatas, maka mahasiswa dianggap gugur dan harus menempuh PBL kembali.

Adapun biaya pelaksanaan PBL untuk komponen :

- a) Administrasi keperluan fakultas dan program studi

- b) Transportasi Dosen Pembimbing
- c) Buku panduan
- d) Biaya honor pembimbing (Dosen Fakultas/Program Studi dan Pembimbing Instansi tempat PBL), menjadi tanggung jawab Fakultas Kedokteran ULM.

Biaya lainnya seperti transportasi dan akomodasi mahasiswa selama PBL, pembuatan laporan, dan lain-lain menjadi tanggung jawab mahasiswa.

X. LAPORAN

Mahasiswa peserta (secara kelompok) diakhir pelaksanaan kegiatan PBL diwajibkan membuat laporan. Penyusunan laporan dengan menggunakan huruf *Book Antiqua* dengan font 12, spasi 1.5, format margin 4 cm batas kiri, 3 cm batas kanan, 3 cm batas bawah dan 4 cm batas atas. Ukuran kertas kuarto (A4). Sangat dianjurkan untuk menggunakan program *Ms. Word*. Laporan akhir diserahkan ke Pengelola dalam bentuk siap jilid sebanyak 4 eksemplar. Penjilidan *hardcopy* cetak tebal, jilid warna putih akan dikordinir oleh Pengelola (UP. PBL). Setiap Kelompok wajib memasukkan file ke dalam CD yang berisi laporan Lengkap dari cover sampai dokumentasi secara sistematis kegiatan evaluasi terhadap intervensi tersebut termasuk absensi dan

lain sebagainya. Lembar pengesahan untuk laporan di scan tersendiri dalam file PDF.

LAMPIRAN-LAMPIRAN YANG DISERTAKAN DALAM LAPORAN PBL

- 1) Instrumen berupa kuesioner yang sudah diisi lengkap oleh masyarakat (1 sebagai sampel yang dimasukkan di laporan)
- 2) Notulensi kegiatan MMD dan FGD
- 3) Absensi kegiatan FGD yang lengkap dan di tanda tangani Kepada Desa
- 4) Dokumentasi Kegiatan diagnosa komunitas serta MMD dan FGD. Dokumentasi diberi keterangan sesuai dengan alur pelaksanaan PBL yang meliputi tahap persiapan, pelaksanaan dan pelaporan.
- 5) Verbatim hasil FGD
- 6) Undangan Kegiatan yang dibagikan kepada masyarakat
- 7) Notulensi rapat persiapan
- 8) Absensi kegiatan yang lengkap dan di tanda tangani Kepada Desa
- 9) Instrumentasi kegiatan termasuk soal pre-post, lembar evaluasi, lembar check list, lembar panduan wawancara mendalam (salah satu yang sudah diisi)

- 10) Modul kegiatan, Satuan Acara Penyuluhan (SAP), Poster, leaflet ataupun media lain yang menunjang intervensi
- 11) MOU atau perjanjian kerjasama dengan Desa
- 12) POA RTL
- 13) Instrumen monev RTL
- 14) kegiatan monitoring evaluasi intervensi kesehatan masyarakat setempat disertai dokumentasi kegiatan evaluasi intervensi
- 15) Dokumentasi Kegiatan yang dilaksanakan, termasuk video yang harus di Upload ke youtube.
- 16) Artikel dalam koran Lokal yang sudah di publikasikan.
- 17) Screen Shoot Publikasi Kegiatan Intervensi dalam *website* Hima Kesmas dan PSKM FK ULM

Laporan akhir harus sudah diserahkan kepada UP-PBL paling lambat 1 minggu setelah responsi atau seminar masing-masing kelompok PBL selesai. Mahasiswa wajib mengumpulkan laporan yang sudah direvisi sebanyak 4 (empat) eksemplar (untuk Dinas Kesehatan, Pihak Puskesmas, Arsip UP-PBL PSKM FK ULM dan Dosen Pembimbing) disertai *soft file* laporan dalam CD sebanyak 2 (dua) buah untuk 1 (satu) kelompok yang diserahkan buat UP-PBL dan Pembimbing.

Seluruh kuesioner yang digunakan pada kegiatan diagnosa komunitas dan data sekunder yang dikumpulkan di jadikan 1 dan dijilid lakban.

A. LAMPIRAN UNTUK LAPORAN AKHIR PBL

LAMPIRAN 1 : LEMBAR CATATAN KEGIATAN HARIAN
 PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN
 (PBL)

Kelompok :

Tempat :

Hari / tgl	Kegiatan	Paraf Kepala Desa

Mengetahui,

Dosen Pembimbing,
Kepala Puskesmas,

.....

.....

NIP/NIPK/NIK.

NIP.

LAMPIRAN 3 : LEMBAR EVALUASI PBL OLEH
PEMBIMBING
FAKULTAS

Kelompok :

Desa :

No.	Nama Mahasiswa	Sikap (0-30)	Kehadiran (0-30)	Keaktifan (0-20)	Laporan (0-20)	Total Nilai

Ket:

a) Sikap:

Prilaku mahasiswa dengan dosen pembimbing, aparat desa, masyarakat desa dan pihak puskesmas.

b) Kehadiran:

Kehadiran mahasiswa pada saat kegiatan PBL di lapangan, baik dalam kegiatan diagnosa komunitas, analisa masalah, musyawarah desa dan intervensi kegiatan serta saat konsultasi dengan pembimbing.

c) Keaktifan:

Keaktifan mahasiswa dalam kegiatan-kegiatan yang berlangsung seperti konsultasi dengan dosen pembimbing, musyawarah desa serta penguasaan mahasiswa terhadap permasalahan kesehatan baik disesuaikan dengan isi laporan maupun progress teknis ketika program intervensi kesehatan.

d) Laporan:

Isi laporan, relevansi laporan dengan permasalahan di masyarakat, ketajaman analisis dan pembahasan, format laporan

Banjarbaru,
Pembimbing Fakultas

(.....)
NIP/NIPK/NIK.

LAMPIRAN 4 : LEMBAR EVALUASI PBL OLEH PENGUJI FAKULTAS

Kelompok :
Desa :

No.	Nama Mahasiswa	Laporan (0-30)	Sikap (0-30)	Seminar (0-40)	Total Nilai

Ket:

- a) Sikap:
Perilaku mahasiswa dengan dosen penguji dan pihak puskesmas pada saat presentasi laporan.
- b) Seminar:
Penguasaan mahasiswa terhadap materi, tanya jawab dan cara presentasi dalam seminar.
- c) Laporan:
Isi laporan, relevansi laporan dengan permasalahan di masyarakat, ketajaman analisis dan pembahasan, format laporan, dokumentasi kegiatan

Banjarbaru,
Penguji

(.....)
NIP/NIPK/NIK.

**LAMPIRAN 5 : LEMBAR EVALUASI PBL OLEH PEMBIMBING
LAPANGAN (DESA)**

Kelompok :
Desa :

No.	Nama Mahasiswa	Sikap (0-50)	Kehadiran (0-30)	Keaktifan (0-20)	Total Nilai

Ket :

- a) Sikap:
Perilaku mahasiswa selama kegiatan PBL di desa, baik terhadap masyarakat, tokoh masyarakat/ agama, aparat desa, maupun petugas kesehatan setempat
- b) Kehadiran:
Kehadiran dalam kelompok (kelengkapan anggota)
- c) Keaktifan:
Keaktifan dalam kegiatan PBL di desa

.....2019

(Nama Kepala Desa)

LAMPIRAN 6 : LEMBAR EVALUASI PBL OLEH UP - PBL

Kelompok :

Desa :

No.	Nama Mahasiswa	Sikap (0-50)	Kehadiran (0-30)	Ketepatan (0-20)	Total Nilai

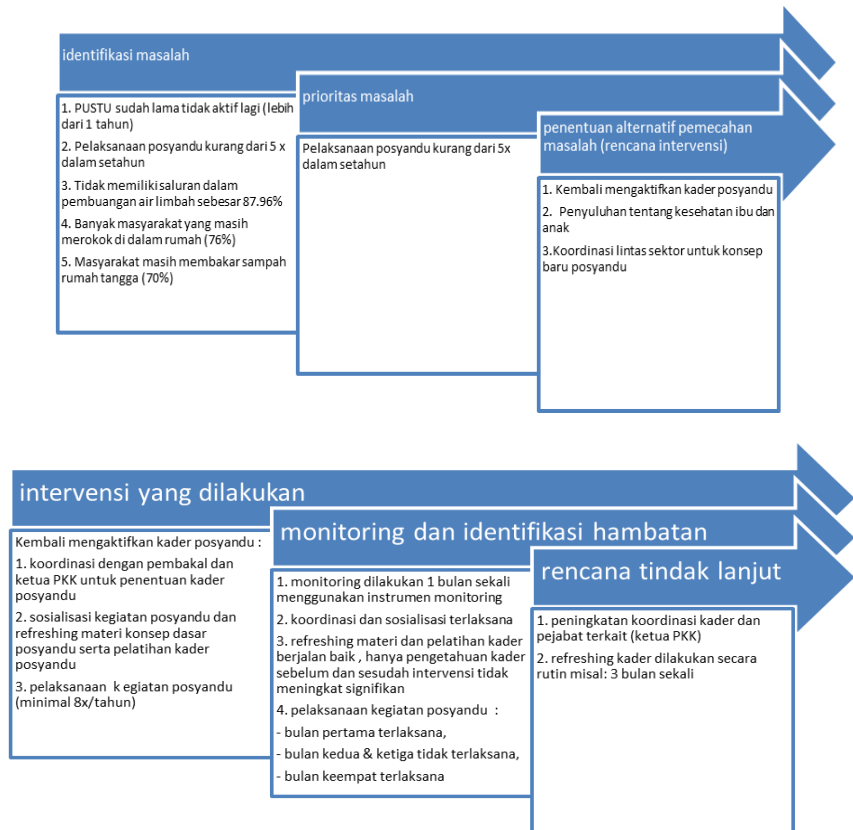
Ket :

- a) Sikap :
Perilaku mahasiswa selama kegiatan PBL di desa, baik terhadap dosen, anggota masyarakat, tokoh masyarakat/ agama, aparat desa, petugas kesehatan setempat, maupun sesama mahasiswa
- b) Kehadiran :
Kehadiran dalam pembekalan dan kegiatan dilapangan
- c) Ketepatan :
Ketepatan Pengumpulan laporan dan kepemilikan Buku Panduan serta Buku Konsultasi PBL.

LAMPIRAN 7 : DOKUMENTASI KEGIATAN PBL (MINIMAL 18 BUAH
GAMBAR DISERTAI KETERANGAN UNTUK TIAP
GAMBAR)

LAMPIRAN 8: MoU ATAU PERJANJIAN KERJASAMA DENGAN
DESA

LAMPIRAN 9 : CONTOH TAHAPAN KEGIATAN



LAMPIRAN 10 : ARTIKEL DALAM KORAN LOKAL YANG
SUDAH DI PUBLIKASIKAN.

LAMPIRAN 11 : SCREEN SHOOT PUBLIKASI KEGIATAN
INTERVENSI DALAM WEBSITE HIMA
KESMAS DAN PSKM FK ULM

LAMPIRAN 12: LAPORAN KEUANGAN PENGGUNAAN DANA

1. Rencana Anggaran Kegiatan Intervensi
2. Rekapitulasi Realisasi Penggunaan Dana Kegiatan
3. Nota/Kuitansi Bukti Pengeluaran Dana Kegiatan (asli)

LAMPIRAN 13: LOG BOOK KEGIATAN HARIAN

Berisi catatan rangkaian kegiatan mahasiswa dilapangan setiap hari dan hasil yang dicapai. Setiap rangkaian kegiatan harian harus diketahui kepala desa/penanggung jawab di desa yang dibuktikan dengan dokumentasi kegiatan dan tanda tangan beserta stempel desa.

B. LAMPIRAN BUKU PANDUAN PELAKSANAAN

LAMPIRAN 14 : CONTOH HALAMAN SAMPUL

LAPORAN PELAKSANAAN
PENGALAMAN BELAJAR LAPANGAN
DI DESAKECAMATAN
KABUPATEN

TANGGAL2019

MONITORING DAN EVALUASI PEMBANGUNAN MODEL JAMBAN
SEHAT
DI DESA KECUBUNG
TAHUN 2019



Oleh :

NAMA (NIM.....)

PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT
BANJARBARU
2019

LAMPIRAN 15 : CONTOH HALAMAN PENGESAHAN

**HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN PELAKSANAAN PENGALAMAN BELAJAR
LAPANGAN (PBL) I
DI DESA KECAMATAN ASTAMBUL
KABUPATEN
TANGGAL .. - 2019**

JUDUL LAPORAN....

Disusun Oleh :

KELOMPOK I

NAMA

NIM

**Telah disahkan dan diterima dengan baik pada tanggal
2019 oleh:**

Pembimbing Fakultas:

Penguji Fakultas:

(.....)

NIP/NIDK

(.....)

NIP/NIDK

Kepala Desa:

Penguji Puskesmas:

(.....)

(.....)

NIP.

Mengetahui,

Ketua PSKM-FK ULM

Koordinator UP-PBL

Fauzie Rahman, SKM, MPH

NIP. 19860421 200812 1 002

Nita Pujianti, S.Farm, Apt, MPH

NIP. 19850108 201504 2 001

NOTE :

NOTE :

NOTE :

MATERI PEMBEKALAN

MATERI 1

DIAGNOSA KOMUNITAS, ANALISA SITUASI DAN FAKTOR RISIKO

Pembangunan bidang Kesehatan di Indonesia dilaksanakan dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang dilaksanakan setinggi-tingginya. Upaya perbaikan kesehatan masyarakat ditingkatkan melalui antara lain:

- 1) Pemberantasan penyakit menular
- 2) Pencegahan Kematian Ibu dan kematian bayi
- 3) Perbaikan gizi,
- 4) Penyediaan air bersih,
- 5) Penyehatan lingkungan, dan
- 6) Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana.

Upaya dalam melaksanakan pembangunan bidang kesehatan, peran pemerintah sebagai pemegang kebijakan pembangunan adalah melakukan sinkronisasi dan koordinasi terhadap segala permasalahan kesehatan di masyarakat. Penentuan kebijakan yang tepat dalam upaya mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat juga harus didukung dengan upaya untuk memacu pergerakan masyarakat agar mampu

mengerti, memahami, serta menanggulangi permasalahan kesehatan yang ada secara mandiri. Oleh sebab itu, pemerintah seharusnya terlibat secara aktif dengan masyarakat sebagai obyek dan sekaligus subyek bersama-sama dalam melakukan upaya secara menyeluruh, terpadu, dan merata melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992 menyatakan bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan dipengaruhi oleh antara lain dukungan sumber daya kesehatan seperti tenaga, dana, pengelolaan, penelitian, dan pengembangan serta peran aktif dari masyarakat. Hal itu berarti, dalam melaksanakan kegiatan perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian harus melibatkan masyarakat sehingga semua program pembangunan kesehatan yang diterapkan benar-benar sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan diharapkan dapat mengatasi permasalahan kesehatan di masyarakat itu sendiri.

Metode-metode yang dapat digunakan untuk menggali informasi yang lebih mendalam mengenai masalah kesehatan yang ada di masyarakat, diantaranya adalah dengan melakukan diagnosa komunitas (*Diagnosa komunitas*) dan Analisa Situasi.

A. Diagnosa Komunitas

Proses diagnosa komunitas meliputi peninjauan pendahuluan serta interaksi dengan komunitas, perencanaan survei secara rinci, pra-pengujian metode, pelaksanaan survei, dan analisis hasil-hasil survei. Bennet (1987) menyebutkan bahwa terdapat 13 komponen dalam diagnosa komunitas yang harus diteliti dengan cermat, yaitu meliputi:

1. Demografi, termasuk semua angka vital
2. Sebab sakit dan kematian berdasarkan umur dan jenis kelamin,
3. Pemanfaatan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA),
4. Pola gizi, pemberian makanan serta penyapihan anak dan pertumbuhan anak,
5. Keadaan komunitas, kebudayaan, dan stratifikasi sosial ekonomi,
6. Pola-pola kepemimpinan dan komunikasi dalam komunitas,
7. Kesehatan mental dan penilaian sebab-sebab umum terjadinya stress,
8. Lingkungan, khususnya penyediaan air bersih, pemukiman, dan vektor-vektor penyakit,

9. Pengetahuan, sikap, dan tindakan penduduk berkenaan dengan kegiatan-kegiatan yang ada hubungannya dengan kesehatan,
10. Epidemiologi, terinci dari setiap kondisi endemik,
11. Pelayanan dan sumber-sumber yang tersedia bagi perkembangan khususnya perkembangan non-medis seperti pertanian, peternakan, dan pelayanan sosial.
12. Derajat keterlibatan penduduk dalam melayani kesehatannya sendiri termasuk penggunaan dukun dan pengobatan tradisional,
13. Sebab-sebab kegagalan program kesehatan pada masa lalu dan kesulitan yang mungkin dihadapi.

B. Analisa Situasi

Analisis situasi adalah langkah awal dalam perencanaan, khususnya perencanaan kesehatan. Dalam analisis situasi ini, dapat diketahui masalah kesehatan yang terdapat pada masyarakat dan faktor-faktor apa yang mempengaruhi masalah kesehatan tersebut. Selanjutnya, dapat diketahui pula upaya-upaya apa yang sudah dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, apa hasilnya, dan hambatan-hambatan yang dihadapi, serta bagaimana keadaan sumber daya yang tersedia untuk melaksanakan program kesehatan yang direncanakan.

Analisis situasi, seperti sudah disebutkan di atas, adalah langkah awal yang harus diikuti oleh langkah selanjutnya secara sequential, jadi harus dilakukan secara berurutan, yaitu:

- 1) Perumusan masalah secara spesifik
- 2) Penentuan tujuan
- 3) Penentuan alternatif untuk mencapai tujuan
- 4) Penentuan alternatif terbaik
- 5) Pembuatan Plan of Action
- 6) Penyusunan rencana sumber daya untuk pelaksanaan rencana kegiatan

Karena analisis situasi ini adalah langkah yang pertama-tama harus dilakukan, maka analisis situasi ini menjadi sangat penting karena akan menentukan apakah langkah-langkah selanjutnya akan menghasilkan rencana yang tepat. Jadi, kesalahan menganalisis situasi akan membawa konsekuensi yang besar terhadap isi keseluruhan rencana. Sebagaimana akan diuraikan kemudian, langkah ini memerlukan banyak upaya yang cukup besar dan melibatkan banyak pihak, baik dari sektor kesehatan maupun sektor-sektor lainnya. Berikut ini disampaikan beberapa tujuan/maksud dari analisis situasi:

1. Memahami masalah secara jelas dan spesifik
2. Mempermudah menentukan prioritas masalah

3. Mempermudah penentuan alternatif pemecahan masalah

Strategi pemecahan suatu masalah ada dua, pertama yaitu; langsung melakukan tindakan untuk mengurangi masalah tersebut dan kedua; melakukan tindakan atau intervensi terhadap faktor-faktor yang diperkirakan memengaruhi masalah tersebut. Strategi pertama bersifat langsung dan strategi kedua bersifat tidak langsung. Contoh strategi pertama adalah pemberian makanan tambahan bagi bayi yang kurang gizi. Contoh strategi kedua adalah penyuluhan kepada ibu-ibu yang mempunyai bayi kurang gizi agar memberikan ASI kepada bayinya dan tidak menggantinya dengan susu buatan.

Penjelasan dan contoh di atas disampaikan untuk menunjukkan bahwa hal yang sama dilakukan juga dalam Analisis situasi, dimana dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- Menelaah masalah hingga menjadi jelas.
- Menelaah faktor-faktor yang berpengaruh pada masalah tersebut.

Dalam perencanaan kesehatan, oleh karena masalah-masalahnya adalah masalah kesehatan, maka aspek telaahan dalam analisis situasi adalah sebagai berikut:

1. Analisis tentang masalah kesehatan
2. Analisis tentang faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan tersebut.

Hendrik L. Blum telah mengembangkan suatu kerangka konsep tentang hubungan antar faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan. Konsep Blum tersebut menunjukkan 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, yaitu faktor keturunan, pelayanan kesehatan, pola hidup (*life style*) dan lingkungan. Perlu diperhatikan bahwa dalam konsep Blum tersebut pengaruh lingkungan adalah paling besar, menyusul pola hidup, pelayanan kesehatan, dan yang paling kecil adalah faktor keturunan. Dalam upaya menyusun rencana kesehatan secara komprehensif, maka kelima elemen yang ada dalam konsep Blum menjadi area telaahan dalam analisis situasi, yaitu:

1. Analisis derajat kesehatan

Derajat kesehatan adalah sasaran utama upaya kesehatan. Analisis derajat kesehatan akan menjelaskan masalah kesehatan apa yang dihadapi. Analisis ini akan menghasilkan ukuran-ukuran derajat kesehatan secara kuantitatif, penyebaran masalah tersebut menurut kelompok umur penduduk, menurut tempat, dan menurut waktu. Dengan kata lain pendekatan epidemiologis digunakan disini.

2. Analisis aspek kependudukan

Analisis ini akan menghasilkan ukuran-ukuran demografis dalam suatu wilayah tertentu. Misalnya jumlah penduduk, penyebaran penduduk menurut umur dan wilayah, angka kelahiran, angka kematian, dan lain-lain. Angka tersebut berguna dalam perencanaan kesehatan untuk beberapa hal yaitu sebagai denominator angka-angka derajat kesehatan atau output program, sebagai dasar perhitungan besarnya kelompok masyarakat yang menjadi target pelayanan kesehatan serta sebagai dasar menghitung intensitas atau jumlah pelayanan kesehatan yang diperlukan, sehingga dapat memprediksikan masalah kesehatan yang dihadapi dan beban program kesehatan.

3. Analisis upaya pelayanan kesehatan

Analisis ini menghasilkan data *input*, *proses*, *output* ataupun dampak dari pelayanan kesehatan yang mencakup upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif*. Input upaya kesehatan meliputi aspek ketenagaan, biaya, dan sarana atau biasanya diidentifikasi berdasarkan 5 M (*Man, Money, Material, Method, Market*). Proses dalam hal ini meliputi mekanisme penyampaian upaya kesehatan seperti koordinasi, supervisi,

dan lain-lain. Sedangkan output adalah hasil upaya kesehatan seperti cakupan pelayanan (imunisasi, *antenatal care*, akseptor KB, dan lain-lain).

4. Analisis perilaku

Analisis ini memberi gambaran tentang sikap dan perilaku masyarakat sehubungan dengan kesehatan maupun upaya kesehatan. Sebagai gambaran, analisis ini akan menjawab pertanyaan:

- Bagaimana sikap dan perilaku masyarakat sehubungan dengan imunisasi balita?
- Bagaimana peran serta masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan?

Dengan menjabarkan komponen-komponen perilaku yang berhubungan dengan status ataupun masalah kesehatan kita akan dapat mengetahui komponen apa yang mempunyai kesenjangan yang menyimpang sehingga menimbulkan masalah kesehatan.

5. Analisis Lingkungan

Analisis ini meliputi lingkungan yang bersifat fisik, biologis, sosial budaya (termasuk nilai-nilai sosial yang berlaku) dan ekonomi.

- a) Analisis lingkungan fisik akan menggambarkan masalah air bersih, keadaan rumah, limbah rumah tangga, sarana transportasi, dan sebagainya.
- b) Analisis lingkungan biologis akan menghasilkan informasi tentang vektor penyakit, misalnya
- c) Analisis lingkungan sosial budaya akan menggambarkan derajat interaksi sosial dalam masyarakat.
- d) Analisis ekonomi akan menghasilkan informasi tentang pendapatan penduduk, angka pengangguran, dan lain-lain.

Hal-hal penting yang perlu diperhatikan dalam analisis situasi adalah data dan informasi yang bersifat kuantitatif tanpa mengesampingkan data bersifat kualitatif. Hal ini dapat diperoleh dari beberapa sumber baik dari sektor kesehatan maupun sektor lain.

Data tersebut bisa dikumpulkan dari laporan rutin atau dikumpulkan secara khusus melalui survey. Hal lain yang bisa dilakukan adalah dengan mengadakan observasi, observasi partisipatif, wawancara dan lain-lain. Untuk itu diperlukan kerjasama dan koordinasi yang baik dengan aparat setempat,

penduduk (terutama tokoh-tokohnya), puskesmas, rumah sakit, ataupun instansi kesehatan lain dan lintas sektoral.

MATERI 2

PENGANTAR INSTRUMEN DIAGNOSA KOMUNITAS DAN FAKTOR-FAKTOR RISIKO

Pengumpulan data memegang peranan yang sangat penting dalam mendapatkan informasi kesehatan, penelitian klinik, dan kesehatan masyarakat. Agar dapat dihasilkan data yang baik dan sesuai dengan tujuan maka kegiatan pengumpulan data memerlukan instrumen yang sesuai dengan penelitian. Salah satu instrumen penelitian yang sering dipergunakan dalam penelitian kesehatan masyarakat pada komunitas masyarakat tertentu adalah kuesioner.

A. Kuesioner

Kuesioner merupakan suatu bentuk instrumen pengumpulan data dalam penelitian yang memuat daftar pertanyaan yang telah disusun, dan diambil dengan metode wawancara dan pengisian angket. Kuesioner dianggap sebagai alat atau instrumen untuk mengukur berbagai variabel yang diteliti. Pada penelitian kesehatan di lapangan yang menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitian, ada beberapa tujuan yang akan dicapai yaitu:
Bagi pewawancara :

1. Bahan pembelajaran dalam menganalisa permasalahan kesehatan masyarakat.
2. Media komunikasi dan interaksi secara langsung dengan masyarakat.
3. Menggambarkan kondisi kesehatan masyarakat secara komprehensif.

Bagi responden :

1. Media penyampaian pengalaman kesehatan yang dialaminya.
2. Ikut berpartisipasi dalam kegiatan penelitian kesehatan masyarakat.

Metode pengumpulan data melalui kuesioner

Metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data melalui kuesioner adalah metode wawancara dan metode pengisian angket. Metode wawancara dengan cara menanyakan sejumlah pertanyaan dalam kuesioner kepada subyek penelitian. Metode pengisian angket dengan cara membiarkan subyek penelitian untuk mengisi sendiri kuesioner yang diajukan (*self administered questionnaire*), subyek diharapkan mampu membaca dan menulis, serta memahami apa yang ditanya dalam pengisian kuesioner.

Syarat pembuatan kuesioner

Dalam pembuatan kuesioner, perlu diperhatikan redaksi pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan kepada responden dan

memperhatikan syarat-syarat yang telah ditentukan sebagai berikut :

1. Tidak menyinggung perasaan responden.
2. Tidak mengharuskan responden untuk menghitung dan mempertimbangan menjawab (pertanyaan masa lampau).
3. Pertanyaan & tulisan yang digunakan harus singkat, sederhana, jelas & mudah dimengerti.
4. Tidak menggunakan pertanyaan yang memiliki arti ganda.

Bentuk-bentuk pertanyaan dalam kuesioner

1. Pertanyaan tertutup (fixed-alternatif)
Alternatif jawaban biasanya mencakup semua hal yang mungkin
2. Pertanyaan terbuka (open questions):
Bentuk ini digunakan untuk mengungkap seluruh kemungkinan jawaban responden
3. Pertanyaan semi terbuka, Bentuk kombinasi terhadap pertanyaan tertutup

Setelah kuesioner dijawab oleh semua responden, maka langkah berikutnya adalah mengolah data tersebut untuk dianalisa. Adapun unsur-unsur kuesioner diagnosa komunitas yang akan dianalisa, meliputi:

1. Analisis demografi

2. Analisis karakteristik responden
3. Analisis derajat kesehatan
4. Analisis program kesehatan
5. Analisis pola pemanfaatan pelayanan kesehatan.

B. Wawancara

Pengumpulan data penelitian kesehatan dilapangan yang menggunakan kuesioner terutama untuk diagnosa komunitas biasanya dengan metode wawancara. Ketika akan melakukan wawancara, hendaknya pewawancara:

1. Melakukan perkenalan diri, menjelaskan tujuan studi, meminta kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian.
2. Mengajukan beberapa pertanyaan kepada responden (dari mudah ke yang sulit).
3. Pewawancara jangan memaksa responden untuk menjawab pertanyaan, upayakan bertanya dengan jelas & sopan, dan tidak menyinggung perasaan responden.
4. Pewawancara mengakhiri wawancara dengan ucapan terimakasih kepada responden.

MATERI 3

WAWANCARA DALAM PENGGALIAN MASALAH

A. Batasan Wawancara

Wawancara adalah percakapan dan tanya jawab yang diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu. Maksud diadakannya wawancara, adalah untuk memperoleh pengetahuan tentang makna-makna subyektif yang dipahami individu berkenaan dengan topik yang diteliti, dan bermaksud melakukan eksplorasi terhadap isu tersebut. Wawancara adalah bentuk komunikasi antara dua orang, melibatkan seseorang yang ingin memperoleh informasi dari seorang lainnya dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan, berdasarkan tujuan tertentu.

B. Fungsi dan Format Berdasarkan Fungsi Wawancara

Fungsi dan format berdasarkan fungsi wawancara dibagi menjadi 3 yaitu:

- a) Wawancara riset: dilakukan sebagai metode memperoleh data /informasi tertentu tentang suatu fenomena yang diteliti
- b) Wawancara diagnostik/assessment: berfungsi untuk melakukan pemeriksaan psikologis

- c) Wawancara terapiutik: biasanya terjadi dalam helping relationship, fungsinya untuk konseling, terapi, pemulihan dan bentuk pendampingan psikologis lainnya.

C. Tujuan Wawancara

Wawancara bertujuan untuk mengumpulkan data dan fakta dalam rangka penyusunan berita, agar menjadi berita yang memenuhi persyaratan sehingga layak dimuat di media massa. Kegiatan wawancara bertujuan menggali sebanyak mungkin informasi; untuk mendapatkan jawaban yang bernilai penting, menarik, dalam, dan secara psikologis berkaitan dengan manusia.

D. Bentuk Wawancara

Dalam metode wawancara ada tiga bentuk yaitu:

- a. Wawancara terstruktur. Beberapa ciri dari wawancara terstruktur meliputi daftar pertanyaan dan kategori jawaban telah disiapkan, kecepatan wawancara terkendali, tidak ada fleksibilitas,
- b. Wawancara semi-terstruktur. Ciri-ciri dari wawancara semi-terstruktur adalah pertanyaan terbuka namun ada batasan tema dan alur pembicaraan, kecepatan wawancara dapat diprediksi, fleksibel tetapi terkontrol, ada pedoman wawancara yang dijadikan patokan dalam

alur, urutan dan penggunaan kata, dan tujuan wawancara adalah untuk memahami suatu fenomena.

- c. Wawancara tidak terstruktur. Wawancara tidak terstruktur memiliki ciri-ciri, yaitu pertanyaan sangat terbuka, kecepatan wawancara sangat sulit di prediksi, sangat fleksibel, pedoman wawancara sangat longgar urutan pertanyaan, penggunaan kata, alur pembicaraan, dan tujuan wawancara adalah untuk memahami suatu fenomena.

E. Teknik dalam Wawancara

Menurut Creswell, bahwa wawancara merupakan proses yang mengikuti prosedur dengan serangkaian langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi responden yang diwawancarai dengan sampel yang diambil secara purposif sampling.
- 2) Menentukan jenis wawancara yang dapat menghasilkan informasi yang sangat bermanfaat dalam menjawab pertanyaan penelitian.
- 3) Dalam melakukan wawancara satu-satu atau fokus pada kelompok, sebaiknya menggunakan prosedur pencatatan yang memadai, seperti mikrofon kerah untuk

pewawancara dan responden atau mike yang cukup peka terhadap akustik ruangan.

- 4) Menggunakan bentuk desain protokol wawancara, yaitu desain pedoman wawancara dengan panjang sekitar 4 sampai 5 halaman yang berisi 5 pertanyaan open-ended, dan menyediakan tempat (ruang) untuk mencatat tanggapan terhadap komentar-komentar responden.
- 5) Menentukan tempat untuk melaksanakan wawancara. Pada saat akan melakukan wawancara, harus mendapat persetujuan dahulu dari orang yang akan diwawancarai untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- 6) Selama wawancara, pertanyaan-pertanyaan harus dikuasai oleh pewawancara, bila pertanyaan-pertanyaan telah selesai dijawab dalam waktu tertentu, dengan hormat dan sopan, pewawancara menawarkan beberapa pertanyaan lanjutan atau memberikan beberapa saran.

MATERI 4

TEKNIK PENENTUAN PRIORITAS MASALAH DAN PEMECAHAN MASALAH SERTA RENCANA AKSI (POA) INTERVENSI

1. Pengertian dan Batasan Masalah dalam Kesehatan

Menurut definisi, masalah adalah terdapatnya kesenjangan (*gap*) antara harapan dengan kenyataan. Oleh sebab itu, cara perumusan masalah yang baik adalah kalau rumusan tersebut jelas menyatakan adanya kesenjangan. Kesenjangan tersebut dikemukakan secara kualitatif dan dapat pula secara kuantitatif. Masalah kesehatan adalah suatu masalah yang sangat kompleks, yang saling berkaitan dengan masalah-masalah lain di luar kesehatan. Banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan, diantaranya adalah pengetahuan dan sikap masyarakat dalam merespon suatu penyakit.

Dalam sistem kesehatan nasional, menurut Departemen Kesehatan RI (2011) yang dikutip oleh Simbolon (2009) yang disebutkan bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Menurut Notoatmodjo (2003), derajat kesehatan dipengaruhi oleh empat macam faktor yaitu faktor keturunan, faktor pelayanan kesehatan, faktor perilaku dan faktor

lingkungan. Dari keempat faktor tersebut, faktor perilaku merupakan faktor yang mempunyai pengaruh dan peranan paling besar terhadap tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, perilaku sehat merupakan prasyarat utama untuk meningkatkan derajat kesehatan dan produktivitas sumber daya manusia.

Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan akan menjadi efektif jika perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta-fakta dan bukan berdasarkan emosi atau angan-angan saja. Fakta-fakta diungkap dengan menggunakan data untuk menunjang perumusan masalah. Perencanaan juga merupakan proses pemilihan alternatif tindakan yang terbaik untuk mencapai tujuan. Perencanaan juga merupakan suatu keputusan untuk mengerjakan sesuatu di masa akan datang, yaitu suatu tindakan yang diproyeksikan di masa yang akandatang. Salah satu tugas manajer yang terpenting di bidang perencanaan adalah menetapkan tujuan jangka panjang dan pendek

organisasi berdasarkan analisis situasi di luar (eksternal) dan di dalam (internal) organisasi.

Yang dimaksud dengan masalah dalam perencanaan kesehatan tidak terbatas pada masalah gangguan kesehatan saja, akan tetapi meliputi semua faktor yang mempengaruhi kesehatan penduduk (lingkungan, perilaku, kependudukan dan pelayanan kesehatan). Identifikasi dan prioritas masalah kesehatan merupakan bagian dari proses perencanaan harus dilaksanakan dengan baik dan melibatkan seluruh unsur terkait, termasuk masyarakat. Sehingga masalah yang ditetapkan untuk ditanggulangi betul-betul merupakan masalah dari Masyarakat, sehingga dalam pelaksanaan kegiatan untuk menanggulangi masalah kesehatan yang ada, masyarakat dapat berperan aktif didalamnya.

2. Langkah-Langkah Penentuan Prioritas Masalah

Setelah menentukan masalah, maka langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah. hal-hal yang perlu diperhatikan dalam prioritas masalah adalah sebagai berikut:

- a. Tidak mungkin masalah-masalah kesehatan yang ditemukan dapat diatasi sekaligus
- b. Perlu mempertimbangkan masalah-masalah yang dapat mengancam kehidupan, seperti penyakit

- c. Perlu mempertimbangkan respon dan perhatian keluarga terhadap pemecahan masalah
- d. Keterlibatan keluarga dalam memecahkan masalah yang dihadapi
- e. Sumber daya keluarga yang dapat menunjang pemecahan masalah
- f. Pengetahuan dan kebudayaan keluarga.

Beberapa kriteria yang perlu diperhatikan dalam penentuan prioritas masalah, yaitu:

- a. Sifat masalah, dalam menentukan sifat masalah, bobot yang paling besar diberikan kepada keadaan sakit atau yang mengancam kehidupan, kemudian hal-hal yang mengancam kesehatan dan selanjutnya kepada situasi krisis dalam keluarga dimana terjadi situasi yang menuntut penyesuaian dalam keluarga.
- b. Kemungkinan masalah dapat dirubah, adalah faktor-faktor yang mempengaruhi masalah dapat diubah seperti, pengetahuan, teknologi, sumber daya keluarga, sumber daya perawatan, sumber daya masyarakat.
- c. Potensi masalah untuk dicegah, adalah sifat dan beratnya masalah yang akan timbul dan dapat dikurangi atau dicegah melalui intervensi kesehatan, misalnya kesulitan

masalah, lamanya masalah, tindakan yang sudah dan sedang dijalankan.

- d. Masalah yang menonjol, adalah cara keluarga melihat dan menilai masalah dalam hal berat dan mendesaknya untuk diatasi.

Langkah-langkah untuk menetapkan prioritas masalah kesehatan:

- a. Menentukan status kesehatan masyarakat.
- b. Menentukan pola pelayanan kesehatan masyarakat yang ada.
- c. Menentukan hubungan antara status kesehatan dan pelayanan kesehatan di masyarakat.
- d. Menentukan determinan masalah kesehatan masyarakat (meliputi tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, ras, letak geografis, kebiasaan atau perilaku).

3. Penentuan Prioritas Masalah

Berbagai teknik penentuan prioritas masalah dengan menggunakan beberapa teknik, yaitu:

a. Teknik Non Skoring

Memilih prioritas masalah dengan mempergunakan berbagai parameter dilakukan bila tersedia data yang lengkap. Bila tidak tersedia data, maka cara menetapkan

prioritas masalah yang lazim digunakan adalah dengan teknik non skoring. Dengan menggunakan teknik ini, masalah dinilai melalui diskusi kelompok, oleh sebab itu juga disebut *Nominal Group Technique* (NGT). Ada 2 NGT yakni:

1) Metode Delbeque (diperkenalkan oleh Andre Delbeque)

Menetapkan prioritas masalah menggunakan teknik ini adalah melalui diskusi kelompok namun peserta diskusi terdiri dari para peserta yang tidak sama keahliannya maka sebelumnya dijelaskan dahulu sehingga mereka mempunyai persepsi yang sama terhadap masalah-masalah yang akan dibahas. Hasil diskusi ini adalah prioritas masalah yang disepakati bersama (1,2). Adapun caranya adalah sebagai berikut (6):

- a) Peringkat masalah ditentukan oleh sekelompok ahli yang berjumlah antara 6 sampai 8 orang;
- b) Mula-mula dituliskan masalah apa yang akan ditentukan peringkat prioritasnya;
- c) Kemudian masing-masing orang tersebut menuliskan peringkat atau urutan prioritas untuk setiap masalah yang akan ditentukan prioritasnya,

- d) Penulisan tersebut dilakukan secara tertutup;
- e) Kemudian kertas dari masing-masing orang dikumpulkan dan hasilnya dituliskan di belakang setiap masalah;
- f) Nilai peringkat untuk setiap masalah dijumlahkan, jumlah paling kecil berarti mendapat peringkat tinggi (prioritas tinggi).

Delbeque menyarankan dilakukan satu kali lagi pemberian peringkat tersebut, dengan harapan masing-masing orang akan memertimbangkan kembali peringkat yang diberikannya setelah mengetahui nilai rata-rata. Tidak ada diskusi dalam teknik ini, yaitu untuk menghindari orang yang dominan memengaruhi orang lain. Cara ini mempunyai beberapa kelemahan, yaitu: menentukan siapa yang seharusnya ikut dalam menentukan peringkat prioritas tersebut, penentuan peringkat bisa sangat subyektif, cara ini lebih bertujuan mencapai konsensus dari interest yang berbeda dan tidak untuk menentukan prioritas atas dasar fakta.

2) Metode Delphi

Yaitu masalah-masalah didiskusikan oleh sekelompok orang yang mempunyai keahlian yang

sama. Melalui diskusi tersebut akan menghasilkan prioritas masalah yang disepakati bersama. Pemilihan prioritas masalah dilakukan melalui pertemuan khusus. Setiap peserta yang sama keahliannya dimintakan untuk mengemukakan beberapa masalah pokok, masalah yang paling banyak dikemukakan adalah prioritas masalah yang dicari (1,2). Adapun caranya adalah sebagai berikut (7):

- a) Identifikasi masalah yang hendak/perlu diselesaikan;
- b) Membuat kuesioner dan menetapkan peserta/para ahli yg dianggap mengetahui dan menguasai permasalahan;
- c) Kuesioner dikirim kepada para ahli, kemudian menerima kembali jawaban kuesioner yang berisikan ide dan alternatif solusi penyelesaian masalah;
- d) Pembentukan tim khusus untuk merangkum seluruh respon yang muncul dan mengirim kembali hasil rangkuman kepada partisipan;
- e) Partisipan menelaah ulang hasil rangkuman, menetapkan skala prioritas/memeringkat alternatif solusi yang dianggap terbaik dan mengembalikan kepada pemimpin kelompok/pembuatan keputusan.

b. Teknik Skoring

Pada cara ini pemilihan prioritas dilakukan dengan memberikan score (nilai) untuk berbagai parameter tertentu yang telah ditetapkan. Parameter yang dimaksud adalah:

- 1) Prevalensi penyakit (*prevalence*) atau besarnya masalah;
- 2) Kenaikan atau meningkatnya prevalensi (*rate of increase*);
- 3) Keinginan masyarakat untuk menyelesaikan masalah tersebut (*degree of unmeet need*);
- 4) Keuntungan sosial yang diperoleh bila masalah tersebut diatasi (*social benefit*);
- 5) Teknologi yang tersedia dalam mengatasi masalah (*technical feasibility*);
- 6) Sumber daya yang tersedia yang dapat dipergunakan untuk mengatasi masalah (*resources availibility*).

Secara terperinci cara-cara tersebut antara lain:

1) Metode Bryant

Terdapat beberapa kriteria yang harus dipenuhi yaitu:

1. *Prevalence*: Besarnya masalah yang dihadapi
2. *Seriousness*: Pengaruh buruk yang diakibatkan oleh suatu masalah dalam masyarakat dan dilihat dari

besarnya angka kesakitan dan angka kematian akibat masalah kesehatan tersebut

3. *Manageability*: Kemampuan untuk mengelola dan berkaitan dengan sumber daya
 4. *Community concern*: Sikap dan perasaan masyarakat terhadap masalah kesehatan tersebut
- Parameter diletakkan pada baris dan masalah-masalah yang ingin dicari prioritasnya diletakkan pada kolom. Kisaran skor yang diberikan adalah satu sampai lima yang ditulis dari arah kiri ke kanan untuk tiap masalah. Kemudian dengan penjumlahan dari arah atas ke bawah untuk masing-masing masalah dihitung nilai skor akhirnya. Masalah dengan nilai tertinggi dapat dijadikan sebagai prioritas masalah. Tetapi metode ini juga memiliki kelemahan yaitu hasil yang didapat dari setiap masalah terlalu berdekatan sehingga sulit untuk menentukan prioritas masalah yang akan diambil.

2) Metode USG

Metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG) adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Caranya dengan

menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu dengan menentukan skala nilai 1 – 5 atau 1 – 10. Isu yang memiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas (9).

a) *Urgency*

Seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi.

b) *Seriousness*

Seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila dibandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri.

c) *Growth*

Seberapa kemungkinan-kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan

kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan.

Penggunaan metode USG dalam penentuan prioritas masalah dilaksanakan apabila pihak perencana telah siap mengatasi masalah yang ada, serta hal yang sangat dipentingkan adalah aspek yang ada dimasyarakat dan aspek dari masalah itu sendiri.

Untuk mengurangi tingkat subyektivitas dalam menentukan masalah prioritas, maka perlu menetapkan kriteria untuk masing-masing unsur USG tersebut. Umumnya digunakan skor dengan skala tertentu. Misalnya penggunaan skor skala 1-5. Semakin tinggi tingkat urgensi, serius, atau pertumbuhan masalah tersebut, maka semakin tinggi skor untuk masing-masing unsur tersebut.

Tabel 1. Contoh matrik pemecahan masalah dengan menggunakan metode USG

No	Masalah	Nilai Kriteria			TOTAL
		U	S	G	
1	Masalah A	4	3	5	60
2	Masalah B	5	4	4	80
3	Masalah C	3	5	3	45

Keterangan:

Berdasarkan skala likert 1-5 (5=sangat besar, 4=besar, 3=sedang, 2=kecil, 1=sangat kecil)

3) Metode Matematik PAHO (Pan American Health Organization)

Disebut juga cara ekonometrik. Dalam metode ini parameter diletakkan pada kolom dan dipergunakan kriteria untuk penilaian masalah yang akan dijadikan sebagai prioritas masalah. Kriteria yang dipakai ialah:

- a) *Magnitude*: Berapa banyak penduduk yang terkena masalah.
- b) *Severity*: Besarnya kerugian yang timbul yang ditunjukkan dengan *case fatality rate* masing-masing penyakit
- c) *Vulnerability*: Sejauh mana ketersediaan teknologi atau obat yang efektif untuk mengatasi masalah tersebut.
- d) *Community and political concern*: Menunjukkan sejauh mana masalah tersebut menjadi *concern* atau kekusaran masyarakat dan para politisi.
- e) *Affordability*: Menunjukkan ada tidaknya dana yang tersedia.

Parameter diletakkan pada baris atas dan masalah-masalah yang ingin dicari prioritasnya diletakkan pada kolom. Pengisian dilakukan dari satu

parameter ke parameter yang lain. Hasilnya didapat dari perkalian parameter tersebut.

Contoh Teknik PAHO (8):

Teknik ini dikembangkan oleh PAHO (*Pan American Health Organization*). Prioritas masalah kesehatan ditentukan indikator-indikator sebagai berikut:

1. *Magnitude* (M) masalah

Menunjukkan berapa banyak penduduk yang terkena masalah tersebut. Ini bisa ditunjukkan oleh prevalens penyakit tersebut di masyarakat. Dalam hal ini misalnya, *magnitude* ISPA lebih besar daripada HIV dan AIDS, sehingga dari segi *magnitude*, ISPA lebih penting daripada HIV dan AIDS.

2. *Severity* (S)

Menunjukkan tingkat keparahan dampak yang diakibatkan oleh masalah kesehatan tersebut. Ini bisa ditunjukkan misalnya oleh CFR (*case fatality rate*) penyakit yang bersangkutan atau oleh besarnya biaya yang diperlukan untuk menanggulangi atau mengobatinya. Dalam hal ini, *severity* HIV dan AIDS jauh lebih besar daripada influenza.

3. *Vulnerability (V)*

Menunjukkan apakah kita memiliki cara atau teknologi yang murah dan efektif untuk mengatasi masalah tersebut. Misalnya, campak lebih *vulnerable* dibandingkan TB, karena campak mudah dicegah dengan imunisasi sedangkan TB, seperti kita ketahui tidak mudah.

4. *Community concern (C)*

Menunjukkan tingkat kehebohan yang ditimbulkan oleh masalah tersebut di tengah masyarakat. Penyakit HIV dan AIDS tentu lebih menghebohkan daripada TB misalnya.

Cara menggunakan keempat indikator tersebut adalah meminta pendapat sejumlah ahli (antara 5 – 8 orang) untuk memberikan skor bagi masing-masing masalah yang akan ditentukan peringkat prioritasnya. Besarnya skor tersebut adalah antara 1 sampai 10. Hasil tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan Tabel 2 berikut:

Tabel 2. Prioritas Masalah dengan Menggunakan Metode PAHO

Penyakit	M	S	V	C	Total
HIV dan AIDS	2	10	2	8	320
TBC	6	5	4	6	720
Malaria	7	4	6	4	672
Ca. Paru	3	7	4	4	336
ISPA	10	2	8	3	480

Dalam contoh diatas, para ahli memberikan skor secara vertikal untuk kelima masalah tersebut. Skor masing-masing berkisar 1 sampai 10. Kemudian dihitung skor rata-rata dari sejumlah pakar tersebut. Skor rata-rata tersebut ditulis dalam kolom yang relevan (misalnya mulai dari kolom M). Kemudian berikutnya dilakukan untuk kolom S dari atas ke bawah (vertikal), demikian selanjutnya untuk kolom V dan C. Setelah itu, skor dikalikan dengan arah horizontal. Hasilnya ditulis pada kolom paling kanan. Dalam contoh di atas, maka urutan prioritas adalah: (1) TB, (2) Malaria, (3) ISPA, (4) Ca Paru, dan (5) HIV/AIDS.

Ada beberapa kelemahan cara ini, yaitu: menentukan siapa yang disebut sebagai ahli atau pakar; orang akan bias terhadap masalah yang dikuasainya,

artinya pakar HIV/AIDS cenderung memberi skor tinggi untuk masalah tersebut; tanpa mengetahui data, akhirnya pakar tersebut juga akan memberikan skor atas pertimbangan subyektif.

4) Metode MCUA

Metode MCUA adalah suatu teknik atau metode yang digunakan untuk membantu tim dalam mengambil keputusan atas beberapa alternatif. Alternatif dapat berupa masalah pada langkah penentuan prioritas masalah atau pemecahan masalah pada langkah penetapan prioritas pemecahan masalah. Kriteria adalah batasan yang digunakan untuk menyaring alternatif masalah sesuai kebutuhan. MCUA didasarkan pada pemberian skor dengan pembobotan pada masalah yang ditelaah/diidentifikasi. Langkah-langkahnya adalah:

1. Menetapkan kriteria

Kriteria yang dapat disepakati dalam menentukan pemilihan masalah pelayanan publik antara lain: besar masalah dari pelayanan publik itu sendiri; kegawatan atau keseriusan dari masalah pelayanan publik yang ada; kemudahan dalam menanggulangi masalah tersebut.

2. Melakukan pembobotan kriteria

Lakukanlah pembobotan atau penentuan kepentingan relatif dari setiap kriteria yang telah dipilih, artinya kriteria mana yang dianggap yang terpenting, itu yang diberi bobot tertinggi dan yang kurang penting diberi bobot yang terendah. Misalnya kisaran pembobotannya 1-10 (pembobotan secara mutlak), artinya bobot yang terendah 1 sedang yang tertinggi 10. Hanya satu kriteria yang akan diberi kriteria tertinggi dan hanya satu pula kriteria yang akan diberi kriteria terendah. Mengenai kisaran pemberian bobot ini tergantung dari kesepakatan kelompok (tentunya berdasarkan data atau fakta yang ada). Bobot kriteria juga dapat diberikan dengan memberikan persentase masing-masing kriteria, kriteria yang dianggap penting diberikan persentase besar dan sebaliknya, dan jika dijumlah bobot relatif masing-masing kriteria mencapai 100 %.

3. Membuat skor masing-masing kriteria terhadap masing-masing masalah

Setiap Kriteria diberi skor terhadap masing-masing Masalah artinya estimasi berapa besarnya

pengaruh masalah terhadap Kriteria ini, apabila pengaruhnya besar, maka diberi skor yang lebih tinggi, sedang apabila dianggap pengaruhnya kurang, maka diberi skor yang lebih kecil, misalnya kisaran angka pemberian skor 1-10, 1-7, 1-5. Skor tersebut bisa dianalogikan mulai dari sangat besar diberikan skor 5, besar diberikan skor 4, cukup besar diberikan skor 3, kurang besar diberikan skor 2 dan tidak besar diberikan skor 1.

4. Mengalikan skor dengan bobot ($S \times B$)

Kalikan masing-masing skor dengan bobot pada kriteria yang telah diberikan pada masing-masing kolom masalah pelayanan publik. Dengan demikian akan didapatkan nilai SKOR kali BOBOT untuk masing-masing kriteria dan masalah.

Tabel 3. Hasil Pemanfaatan MCUA dalam Penentuan Prioritas Jenis Pelayanan Kesehatan yang Akan Dibuatkan Dokumen CC di Kab.Sukoharjo Tahun 2007

Kriteria	Bobot (B)	Jenis Pelayanan Publik									
		Pelayanan SMD		Pelayanan Imunisasi		Pelayanan PKD		Pelayanan Surveilans		Pelayanan Prnyuluhan	
		Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB
Besar/Luas	3	3	9	3	9	3	9	1	3	2	6
Gawat/Serius	2	2	4	3	6	2	6	2	4	2	4
Kemudahan											
Penanggulangan	1	3	3	1	1	3	3	3	3	1	1
Jumlah SxB			16		16		18		13		11

Keterangan:

Total skor dikalikan bobot untuk SMD dan Imunisasi didapatkan 16; untuk PKD 18; untuk Surveilans dan Penyuluhan masing-masing 13 dan 11. Sehingga diprioritaskan pelayanan PKD sebagai prioritas pelayanan yang akan di buat CC dengan jumlah skorx bobot paling tinggi, karena ujung tombak pelayanan kesehatan yang langsung bersentuhan dengan masyarakat dan dapat meningkatkan kegiatan-kegiatan peningkatan kesehatan adalah PKD yang sekarang bernama Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

5) Metode CARL (*Capability, Accesability, Readiness dan Leverage*)

Metode CARL merupakan suatu teknik atau cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah jika data yang tersedia adalah data kualitatif. Metode ini dilakukan dengan menentukan skor atas kriteria tertentu, seperti kemampuan (*capability*), kemudahan (*accessibility*), kesiapan (*readiness*), serta daya ungkit (*leverage*). Semakin besar skor semakin besar masalahnya, sehingga semakin tinggi letaknya pada urutan prioritas. Penggunaan metode CARL untuk menetapkan prioritas masalah dilakukan apabila pengelola program menghadapi hambatan keterbatasan dalam menyelesaikan masalah.

Penggunaan metode ini menekankan pada kemampuan pengelola program

Metode CARL (*Capability, Accesibility, Readness, Leverage*) dengan menggunakan skore nilai 1–5. Kriteria CARL tersebut mempunyai arti:

- 1) *Capability* (C): ketersediaan sumber daya (dana dan sarana/peralatan)
- 2) *Accesability* (A): Kemudahan, masalah yang ada diatasi atau tidak Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/ cara/teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau juklak.
- 3) *Readness* (R): Kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/kemampuan dan motivasi
- 4) *Leverage* (L): Seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas.

Nilai total merupakan hasil perkalian $C \times A \times R \times L$, urutan ranking atau prioritas adalah nilai tertinggi sampai nilai terendah.

Tabel 4. Nilai total merupakan hasil perkalian C x A x R x L urutan ranking atau prioritas

No	Masalah	Nilai Kriteria				TOTAL
		C	A	R	L	
1	Masalah A	4	3	5	3	180
2	Masalah B	5	4	4	3	240
3	Masalah C	3	5	3	3	135

Keterangan:

berdasarkan skala likert 1-5 (5=sangat besar, 4=besar, 3=sedang, 2=kecil, 1=sangat kecil)

6) Metode Hanlon (nama penemu metode Hanlon)

Penggunaan metode Hanlon dalam penetapan alternatif prioritas jenis intervensi yang akan dilakukan menggunakan 4 kriteria masing-masing: (1) kelompok kriteria 1 yaitu besarnya masalah (*magnitude*) (2) kelompok kriteria 2, yaitu tingkat kegawatan masalah (*emergency/ seriousness*) (3) kelompok kriteria 3 yaitu kemudahan penanggulangan masalah (*causability*) (4) kelompok kriteria 4 yaitu dapat atau tidaknya program dilaksanakan menggunakan istilah PEARL faktor. Seperti halnya metoda yang lain, metoda Hanlon dalam proses awalnya menggunakan pendapat anggota secara curah pendapat (*brain storming*) untuk menentukan nilai dan bobot. Dari masing-masing kelompok kriteria diperoleh

nilai dengan jalan melakukan dengan skala tertentu, Kemudian kelompok kriteria tersebut dimasukkan kedalam formula dan hasil yang didapat makin tinggi nilainya maka itulah prioritas jenis program yang didahulukan (menjadi prioritas intervensi) dipertimbangkan secara bersama-sama. Beberapa komponen dalam metode ini yaitu:

a) Komponen A - Ukuran/Besarnya Masalah

Komponen ini adalah salah satu yang faktornya memiliki angka yang kecil. Pilihan biasanya terbatas pada persentase dari populasi yang secara langsung terkena dampak dari masalah tersebut, yakni insiden, prevalensi, atau tingkat kematian dan angka. Ukuran/besarnya masalah juga dapat dipertimbangkan dari lebih dari satu cara. Baik keseluruhan populasi penduduk maupun populasi yang berpotensi/berisiko dapat menjadi pertimbangan. Selain itu, penyakit–penyakit dengan faktor risiko pada umumnya, yang mengarah pada solusi bersama/ yang sama dapat dipertimbangkan secara bersama-sama. Misalnya, jika kanker yang berhubungan dengan tembakau dijadikan

pertimbangan, maka kanker paru-paru, kerongkongan, dan kanker mulut dapat dianggap sebagai satu. Jika akan dibuat lebih banyak penyakit yang juga dipertimbangkan, penyakit cardiovascular mungkin juga dapat dipertimbangkan. Nilai maksimal dari komponen ini adalah 10. Keputusan untuk menentukan berapa ukuran/besarnya masalah biasanya merupakan konsensus kelompok.

b) Komponen B – Tingkat Keseriusan Masalah

Kelompok harus mempertimbangkan faktor-faktor yang mungkin dan menentukan tingkat keseriusan dari masalah. Sekalipun demikian, angka dari faktor yang harus dijaga agar tetap pada nilai yang pantas. Kelompok harus berhati-hati untuk tidak membawa masalah ukuran atau dapat dicegahnya suatu masalah ke dalam diskusi, karena kedua hal tersebut sesuai untuk dipersamakan di tempat yang lain. Maksimum skor pada komponen ini adalah 20. Faktor harus dipertimbangkan bobotnya dan ditetapkan secara hati-hati. Dengan menggunakan nomor ini, keseriusan dianggap dua

kali lebih pentingnya dengan ukuran/besarnya masalah.

Faktor yang dapat digunakan adalah:

- 1) Urgensi: sifat alami dari kedaruratan masalah; tren insidensi, tingkat kematian, atau faktor risiko; kepentingan relatif terhadap masyarakat; akses terkini kepada pelayanan yang diperlukan.
- 2) Tingkat keparahan: tingkat daya tahan hidup, rata-rata usia kematian, kecacatan/disabilitas, angka kematian prematur relatif.
- 3) Kerugian ekonomi: untuk masyarakat (kota/daerah/Negara), dan untuk masing-masing individu.

Masing-masing faktor harus mendapatkan bobot. Sebagai contoh, bila menggunakan empat faktor, bobot yang mungkin adalah 0-5 atau kombinasi manapun yang nilai maksimumnya sama dengan 20. Menentukan apa yang akan dipertimbangkan sebagai minimum dan maksimum dalam setiap faktor biasanya akan menjadi sangat membantu. Hal ini akan membantu untuk

menentukan batas-batas untuk menjaga beberapa perspektif dalam menetapkan sebuah nilai numerik.

Salah satu cara untuk mempertimbangkan hal ini adalah dengan menggunakannya sebagai skala seperti:

0 = tidak ada

1 = beberapa

2 = lebih (lebih parah, lebih gawat, lebih banyak, dll)

3 = paling

c) Komponen C - Efektivitas dari Intervensi

Komponen ini harus dianggap sebagai "Seberapa baik masalah ini dapat diselesaikan?" Faktor tersebut mendapatkan skor dengan angka dari 0 - 10. Komponen ini mungkin merupakan komponen formula yang paling subyektif. Terdapat sejumlah besar data yang tersedia dari penelitian-penelitian yang mendokumentasikan sejauh mana tingkat keberhasilan sebuah intervensi selama ini. Efektivitas penilaian, yang dibuat berdasarkan tingkat keberhasilan yang diketahui dari literatur, dikalikan dengan persen dari target populasi yang diharapkan dapat tercapai.

d) Komponen D – PEARL

PEARL yang merupakan kelompok faktor itu, walaupun tidak secara langsung berkaitan dengan masalah kesehatan, memiliki pengaruh yang tinggi dalam menentukan apakah masalah dapat diatasi.

1) P – *Propierity*/Kewajaran.

Apakah masalah tersebut berada pada lingkup keseluruhan misi kita?

2) E – *Economic Feasibility*/Kelayakan Ekonomis.

Apakah dengan menangani masalah tersebut akan bermakna dan memberi arti secara ekonomis? Apakah ada konsekuensi ekonomi jika masalah tersebut tidak diatasi?

3) A – *Acceptability*.

Apakah dapat diterima oleh masyarakat dan / atau target populasi?

4) R – *Resources*/Sumber Daya.

Apakah tersedia sumber daya untuk mengatasi masalah?

5) L – *Legalitas*.

Apakah hukum yang ada memungkinkan masalah untuk diatasi?

Masing-masing faktor kualifikasi dipertimbangkan, dan angka untuk setiap faktor PEARL adalah 1 jika jawabannya adalah "ya" dan 0 jika jawabannya adalah "tidak." Bila penilaian skor telah lengkap/selesai, semua angka-angka dikalikan untuk mendapatkan jawaban akhir terbaik. Karena bersama-sama, faktor-faktor ini merupakan suatu produk dan bukan merupakan jumlah. Singkatnya, jika salah satu dari lima faktor yang "tidak", maka D akan sama dengan 0. Karena D adalah pengali akhir dalam rumus, maka jika $D = 0$, masalah kesehatan tidak akan diatasi dibenahi dalam OPR, terlepas dari seberapa tingginya peringkat masalah di BPR. Sekalipun demikian, bagian dari upaya perencanaan total mungkin termasuk melakukan langkah-langkah lanjut yang diperlukan untuk mengatasi PEARL secara positif di masa mendatang. Misalnya, jika intervensi tersebut hanya tidak dapat diterima penduduk, dapat diambil langkah-langkah bertahap untuk mendidik masyarakat mengenai manfaat potensial dari intervensi, sehingga dapat dipertimbangkan di masa mendatang

MATERI 5

MACAM-MACAM INTERVENSI KESEHATAN MASYARAKAT

A. Definisi Intervensi

Perencana program perlu memutuskan cara yang paling tepat untuk mencapai tujuan dan sasaran setelah tujuan dan sasaran telah dikembangkan. Para perencana harus merancang kegiatan atau mengatur kegiatan yang paling efektif (mengarah ke hasil yang diinginkan) dan efisien (mengggunakan sumber daya secara bertanggung jawab) pencapaian hasil dinyatakan dalam sasaran dan tujuan dalam bentuk intervensi. Intervensi adalah kegiatan atau pengalaman yang dilakukan dalam populasi target akan terkena atau di mana mereka akan mengambil bagian.

Intervensi adalah upaya perubahan terencana terhadap individu, kelompok, maupun komunitas. Intervensi kesehatan adalah cara atau strategi memberikan bantuan kepada masyarakat (individu, kelompok, komunitas). Intervensi kesehatan merupakan metode yang digunakan dalam praktik di lapangan pada bidang pekerjaan kesehatan dan kesejahteraan kesehatan. Bila diterapkan pada perencanaan program promosi kesehatan, biasanya dianggap sebagai

sesuatu yang terjadi antara awal dan akhir program atau antara pengukuran pra dan pasca program.

B. Model Intervensi

Model intervensi adalah model dari suatu data runtun waktu yang dipengaruhi oleh kejadian-kejadian eksternal (intervensi) terhadap variabel yang menjadi obyek pengamatan. Secara umum ada dua macam variabel intervensi, yaitu *step function* dan *pulse function*. *Step function* adalah suatu bentuk intervensi yang terjadinya dalam kurun waktu yang panjang. Sedangkan *pulse function* adalah suatu bentuk intervensi yang terjadinya hanya dalam suatu waktu tertentu.

C. Merancang Intervensi Promosi Kesehatan

Setelah perencana program telah menyelesaikan penilaian kebutuhan, tujuan program ditulis dan tujuan, dan dianggap berbagai jenis kegiatan intervensi, mereka berada dalam posisi untuk mulai merancang intervensi yang tepat. Sebelum melakukan intervensi kesehatan masyarakat, hal penting yang harus dilakukan adalah penilaian kebutuhan (*assessment*). Penilaian kebutuhan ini terkait dengan seluruh aspek yang mempengaruhi suatu masyarakat di wilayah tersebut, seperti sosio demografi, sosial, budaya, serta faktor-

faktor biologi dan perilaku. Tujuannya adalah agar model intervensi yang akan dilakukan sesuai dengan keadaan masyarakat di wilayah tersebut.

D. Kriteria dan Pedoman Pengembangan Kesehatan

Tidak ada satu cara terbaik untuk melakukan intervensi untuk mencapai tujuan program khusus yang dapat digeneralisasi untuk semua populasi sasaran. Setiap populasi sasaran memiliki kebutuhan sendiri dan keinginan yang harus dibenahi. Namun demikian, program promosi kesehatan sukses dan bertanggung jawab secara umum mematuhi beberapa seperangkat pedoman, standar, kriteria atau sekitar yang intervensi mereka rencanakan.

Pedoman tersebut membantu standarisasi dan menjamin kualitas program, memberikan kredibilitas ke program, membantu dengan akuntabilitas program, memberikan kewajiban pembelaan hukum jika situasinya mengharuskan, dan mengidentifikasi masalah etika yang perlu ditangani sebagai bagian dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program.

Pada tahun 1987, American Public Health Association (APHA), bekerjasama dengan Pusat Promosi Kesehatan dan Pusat Pendidikan Kontrol Kesehatan (CDC), mengembangkan

seperangkat kriteria sebagai pedoman untuk menetapkan kelayakan dan/atau kesesuaian program pendidikan dan promosi kesehatan di berbagai pengaturan (industri, rumah sakit, tempat kerja, lembaga sukarela dan resmi) sebelum membuat keputusan untuk melaksanakannya. Kriteria tidak dikembangkan untuk memastikan program-program yang berhasil, melainkan untuk menunjukkan isu-isu yang perlu dipertimbangkan dalam proses keputusan menuju alokasi sumber daya atau pengaturan program prioritas.

Lima kriteria yang disarankan oleh kelompok kerja adalah:

- a. Sebuah program promosi kesehatan harus membahas satu atau lebih 119profes risiko yang didefinisikan secara hati-hati, terukur, dimodifikasi, dan lazim di antara para anggota kelompok sasaran yang dipilih, dan 119profes-faktor ini merupakan ancaman bagi status kesehatan dan kualitas hidup kelompok sasaran anggota.
- b. Sebuah program promosi kesehatan harus mencerminkan pertimbangan karakteristik khusus, kebutuhan, dan preferensi kelompok target.

- c. Program promosi kesehatan harus mencakup intervensi yang jelas dan efektif akan mengurangi 120rofes risiko sasaran dan sesuai untuk pengaturan tertentu.
- d. Sebuah program promosi kesehatan harus mengidentifikasi dan menerapkan intervensi yang memanfaatkan secara optimal sumber daya yang tersedia.
- e. Sejak awal, program promosi kesehatan harus diatur, direncanakan, dan dilaksanakan sedemikian rupa sehingga operasi dan efek dapat dievaluasi.

Selain kriteria yang ditetapkan oleh APHA dan CDC, 120rofess dan organisasi lain telah menyarankan kriteria dan pedoman. Masyarakat Calon Medicine telah mengembangkan Etika Pedoman Pembangunan dan Penggunaan Penilaian Kesehatan. Beberapa organisasi dan 120rofessional telah menetapkan pedoman, kriteria, kode atau praktik untuk jenis tertentu dari program promosi kesehatan.

Contohnya adalah kriteria yang ditetapkan oleh *American College of Sports Medicine* (1998) untuk program latihan, pedoman yang ditetapkan oleh *American College of Obstetricians dan Gynecologists* untuk latihan selama kehamilan, dan pedoman praktik klinis untuk merokok, berhenti merokok yang tersedia dari Badan Kebijakan

kesehatan dan Penelitian serta mereka oleh Barlett dan rekan (1986).

E. Memilih Kegiatan Intervensi yang Tepat

Pemilihan kegiatan intervensi untuk program promosi kesehatan harus didasarkan pada dasar pemikiran, suatu kegiatan tidak harus dipilih hanya karena perencana berpikir "kedengarannya bagus" atau karena mereka memiliki "perasaan" bahwa ia akan bekerja. Seperti disebutkan sebelumnya, perencana harus memilih intervensi yang akan efektif dan efisien. Meskipun tidak ada resep untuk intervensi yang tepat telah dikembangkan, pengalaman telah menunjukkan bahwa hasil beberapa intervensi yang lebih mudah diprediksi daripada yang lain. Pada bagian ini, kami menyajikan tujuh pertanyaan utama yang perencana perlu dipertimbangkan saat membuat intervensi promosi kesehatan. Berikut daftar pertanyaannya:

a) Apakah Kegiatan Intervensi Sesuai dengan Tujuan dan Sasaran dari Program

Adalah penting bahwa harus ada kesesuaian antara tujuan dan sasaran program dan kegiatan intervensi yang digunakan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Jika tujuan tunggal dari sebuah program adalah untuk

meningkatkan kesadaran populasi sasaran, intervensi akan sangat berbeda dari apa yang akan jika tujuannya adalah untuk mengubah perilaku. Pencocokan tujuan dan sasaran kedengarannya cukup mudah, tapi menciptakan seperti pertandingan sedikit lebih sulit karena "daerah abu-abu" yang diciptakan oleh kurangnya data empiris untuk mendukung klaim tersebut.

b) Pada Tingkat Mana Pengaruh Intervensi akan Difokuskan

Perencana harus memutuskan pada tingkat apa yang terbaik dapat memperoleh tujuan dan sasaran program. Misalnya, jika tujuan dari program ini adalah untuk meningkatkan penggunaan sabuk pengaman, dapat yang paling dicapai dengan mencoba untuk campur tangan pada tingkat intrapersonal dengan program pendidikan individual, pada tingkat institusi dengan kebijakan perusahaan, atau kebijakan publik sejajar dengan negara hukum sabuk pengaman ditingkatkan.

c) Apakah Kegiatan Didasarkan pada Sebuah Teori yang Sesuai

Intervensi memiliki kesempatan lebih besar untuk mencapai hasil yang diinginkan jika mereka direncanakan menggunakan pembelajaran suara dan teori pendidikan

dan model yang telah membuktikan nilai mereka melalui pengalaman dan penelitian ilmu sosial. Intervensi tidak harus tanpa dasar yang kuat dalam teori.

d) Apakah Intervensi Sesuai untuk Populasi Sasaran

Kegiatan intervensi perlu dirancang untuk "cocok" dengan target populasi. Setiap target populasi memiliki karakteristik tertentu yang berdampak bagaimana akan menerima intervensi. Hal ini penting bagi para perencana untuk mencoba mengidentifikasi karakteristik ini untuk segmen populasi target. Segmentasi adalah proses membagi populasi yang lebih luas ke dalam kelompok-kelompok kecil dengan karakteristik serupa yang mungkin menunjukkan perilaku serupa / reaksi terhadap intervensi.

Segmentasi memungkinkan perencana untuk membuat intervensi "sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik target sasaran". Berikut adalah beberapa contoh tentang bagaimana segmentasi populasi target dapat diterapkan. Jika perencana program sedang mengembangkan materi tertulis merupakan bagian dari intervensi mereka, mereka perlu memastikan bahwa bahan-bahan yang ditulis pada tingkat pembacaan dapat diterima untuk populasi sasaran. Dari perspektif tahap

perkembangan, tidak masuk akal untuk mengharapkan anak-anak TK untuk duduk diam untuk satu pelajaran kita. Intervensi juga perlu "cocok" dengan budaya populasi sasaran, dan peka budaya. Intervensi sensitif budaya adalah mereka "yang relevan dan dapat diterima dalam kerangka budaya penduduk yang akan dicapai".

Jika suatu kegiatan intervensi dibuat khusus untuk kebutuhan individu, ini disebut sebagai kegiatan disesuaikan. Alasan untuk menyesuaikan kegiatan intervensi didasarkan pada penelitian yang menunjukkan orang lebih memperhatikan informasi yang relevan untuk mereka pribadi. Kegiatan intervensi disesuaikan telah digunakan dengan skrining kanker, olahraga, imunisasi, gizi, dan berhenti merokok.

e) Apakah Sumber Daya yang Diperlukan Tersedia untuk Menerapkan Intervensi yang Dipilih

Jelas, beberapa kegiatan intervensi membutuhkan lebih banyak uang, waktu, pribadi, atau ruang untuk diterapkan kepada orang lain. Sebagai contoh, mungkin bijaksana untuk memberikan setiap orang dalam populasi target untuk berpartisipasi dalam program promosi

kesehatan, tetapi mungkin tidak dapat dilakukan karena keterbatasan anggaran.

f) Apa Jenis Kegiatan Intervensi yang Diketahui Efektif (Telah Berhasil Digunakan Dalam Program Sebelumnya) dalam Berurusan dengan Fokus Program Ini

Dengan jaringan pendidikan kesehatan lainnya dan dengan meninjau literatur, perencana dapat mengetahui apa intervensi telah efektif dengan populasi sasaran tertentu atau dalam menangani masalah kesehatan tertentu.

g) Akan Lebih Baik untuk Menggunakan Intervensi yang Terdiri dari Aktivitas Tunggal atau Satu yang Terdiri dari Beberapa Kegiatan

Sebuah intervensi aktivitas tunggal kemungkinan besar akan lebih mudah dan lebih murah untuk menerapkan lebih mudah untuk mengevaluasi. Namun demikian, beberapa keuntungan nyata untuk menggunakan beberapa kegiatan. Keuntungan ini termasuk:

- 1) Menekan populasi sasaran dengan pesan dalam berbagai cara.

- 2) Menarik untuk berbagai gaya belajar dalam populasi sasaran apapun.
- 3) Menjaga pesan kesehatan terus-menerus sebelum populasi sasaran.
- 4) Berharap bahwa setidaknya satu kegiatan menarik yang cukup untuk populasi sasaran untuk membantu membawa hasil yang diharapkan, dan
- 5) Menarik bagi berbagai indra (seperti penglihatan, pendengaran, atau sentuhan) dari setiap individu dalam populasi target. Mungkin kelemahan terbesar menggunakan beberapa kegiatan adalah sulit memisahkan efek dari satu kegiatan dari efek lainnya dalam mengevaluasi dampak dari program total dan komponen individu.

F. Jenis Kegiatan Intervensi

Seperti disebutkan sebelumnya, ada banyak jenis kegiatan perencanaan yang dapat digunakan sebagai bagian intervensi. Ada beberapa kategori meliputi kegiatan lebih umum, tetapi sebenarnya berbagai kegiatan hanya dibatasi oleh imajinasi perencana. Perhatikan bahwa kategori yang telah kita buat tidak selalu independen satu sama lain, beberapa contoh yang kita gunakan untuk membantu

menjelaskan kegiatan dapat digunakan lebih dari satu kategori. Bahkan dengan keterbatasan ini, telah dikategorikan beberapa kegiatan dalam kelompok sebagai berikut:

a) Kegiatan komunikasi

Kami menyajikan kegiatan komunikasi, pertama karena beberapa alasan yang berbeda. Pertama, hampir semua intervensi mencakup beberapa bentuk komunikasi, apakah itu hanya berbicara, membaca, atau menulis, atau lebih kompleks, seperti produksi media kecil (*handout*, brosur, dll), atau sangat kompleks dalam perkembangan media massa (radio, atau koran) kampanye. Kedua, kegiatan komunikasi yang sangat berguna dalam membantu mencapai begitu banyak tujuan dan sasaran dari program promosi kesehatan, seperti berikut:

- 1) Meningkatkan kesadaran.
- 2) Tingkatkan pengetahuan.
- 3) Perubahan sikap (misalnya, tentang tekanan darah, kanker, dan penyakit merokok).
- 4) Memperkuat sikap (misalnya, tentang merokok di tempat umum).
- 5) Menjaga tujuan (misalnya, bagi mereka merenungkan perubahan perilaku).

- 6) Memberikan isyarat untuk tindakan.
- 7) Menunjukkan keterampilan (seperti dalam penyaringan diri).

Ketiga, kegiatan komunikasi mungkin memiliki tingkat penetrasi tertinggi (angka dalam populasi target terkena atau tercapai) dari setiap kegiatan intervensi. Dan keempat, juga biaya yang jauh lebih efektif dan lebih mengancam daripada jenis lain dari kegiatan intervensi.

b) Aktivitas Pendidikan

Kegiatan pendidikan berhubungan dengan pendidikan formal dalam kursus, seminar, dan lokakarya. Termasuk metode pendidikan seperti ceramah, diskusi, dan kerja kelompok serta bahan audiovisual, instruksi komputerisasi, latihan laboratorium, dan bahan-bahan tertulis (buku dan majalah).

c) Kegiatan Modifikasi Perilaku

Kegiatan modifikasi perilaku, sering digunakan dalam intervensi tingkat intrapersonal, mencakup teknik untuk membantu orang-orang dalam populasi target mengalami perubahan perilaku. Modifikasi perilaku biasanya dianggap sebagai prosedur yang sistematis untuk mengubah perilaku tertentu. Proses ini didasarkan pada teori respon stimulus.

Seperti diterapkan pada perilaku kesehatan, penekanan ditempatkan pada perilaku spesifik yang baik untuk meningkatkan (seperti olahraga atau teknik manajemen stres) atau untuk mengurangi (seperti merokok atau konsumsi lemak). Perhatian khusus kemudian diberikan untuk mengubah peristiwa yang anteseden atau setelah perilaku yang akan diubah.

Sebagai contoh, fasilitator program berhenti merokok sering akan meminta peserta untuk mencatat semua rokok mereka, merokok dari satu sesi kelas ke yang berikutnya. Setelah menjaga catatan, peserta diminta untuk menganalisis itu untuk melihat apa jenis kebiasaan merokok yang mereka miliki. Mereka mungkin bertanya pertanyaan seperti ini, "Apa rokok tampaknya menjadi yang paling penting setiap hari untuk Anda?" "Dalam kegiatan apa Anda paling sering merokok?" "Dengan siapa Anda merokok? Dan yang paling sering dengan siapa?", "Apakah ada alasan primer atau mood untuk Anda merokok?", "Ketika siang hari Anda merokok paling banyak atau paling sedikit?", "Setelah peserta menjawab pertanyaan-pertanyaan ini, intervensi yang tepat dapat dirancang untuk menangani masalah perilaku. Misalnya,

jika peserta mengatakan ia hanya merokok ketika dia sendirian, maka kegiatan akan direncanakan sehingga dia tidak menghabiskan banyak waktu sendirian. Jika peserta lain tampaknya melakukan sebagian besar merokok sambil minum kopi, suatu kegiatan akan dikembangkan untuk menyediakan beberapa jenis pengganti. Jika seseorang tampaknya merokok sambil duduk di meja setelah makan, kegiatan dapat direncanakan untuk menjauhkan orang dari meja makan dan melakukan sesuatu yang akan menduduki tangannya.

d) Perubahan Kegiatan Lingkungan Hidup

Kelompok lain dari kegiatan yang telah terbukti bermanfaat dalam mencapai hasil yang diinginkan jatuh ke dalam kategori perubahan lingkungan. Cheadle dan rekan (1992) mendefinisikan kegiatan intervensi lingkungan sebagai ukuran yang mengubah atau mengendalikan lingkungan hukum, sosial, ekonomi, dan fisik. Kegiatan ini ditandai dengan perubahan dalam hal-hal "di sekitar" individu yang dapat mempengaruhi kesadaran, pengetahuan, sikap, keterampilan, atau perilaku. Beberapa kegiatan ini memberikan "dipaksa pilihan" situasi, seperti ketika pemilihan makanan dan minuman di mesin penjual

otomatis atau kafeteria diubah menjadi hanya mencakup makanan "sehat". Jika orang ingin makan-makanan dari sumber-sumber, mereka dipaksa untuk makan jenis makanan tertentu.

Franch dan rekan (1997) menggunakan ide yang mirip dengan gagasan paksa pilihan ketika mereka menurunkan harga sebesar 50% untuk makanan ringan rendah lemak dalam mesin penjual untuk mencoba mempengaruhi pilihan makanan. Kegiatan lain dalam kategori ini dapat memberikan orang-orang dalam populasi sasaran dengan pesan kesehatan dan isyarat lingkungan untuk jenis perilaku tertentu. Contoh posting tanda-tanda merokok, menghilangkan asbak, menyediakan loker dan kamar mandi, menggunakan pemodelan peran oleh orang lain, bermain musik lembut di area kerja, pengorganisasian layanan antar jemput atau beberapa jenis lain dari sistem transportasi untuk mendapatkan senior berkumpul makan atau kesehatan penyedia layanan, dan memberikan titik pendidikan pembelian, seperti tanda pada mesin atau pelabelan makanan.

e) Peraturan Kegiatan

Peraturan kegiatan termasuk perintah eksekutif, hukum, tata cara, kebijakan, pernyataan posisi, peraturan, dan aturan formal dan informal. Ini dapat diklasifikasikan sebagai aktivitas atau kegiatan yang diatur karena mereka adalah kegiatan yang dibutuhkan oleh administrator, papan, atau badan legislatif untuk memandu perilaku individu atau kolektif. Contoh termasuk undang-undang negara yang membutuhkan penggunaan sabuk pengaman dan helm pada sepeda motor atau menaikkan pajak rokok, perusahaan yang memiliki kendaraan, dan dewan pendidikan mengadopsi pernyataan sikap itu hanya akan memberikan baik makanan seimbang di kafetarianya. "Contoh dari sebuah perintah eksekutif adalah larangan iklan rokok di bus".

Karena kegiatan peraturan yang wajib, sangat penting untuk menggunakan pertimbangan yang baik dan menunjukkan rasa hormat untuk orang lain ketika menerapkannya. Dalam beberapa kasus, perencanaan program akan dihadapkan dengan keputusan etis. Jika program akan memanfaatkan kegiatan intervensi peraturan, perencanaan harus mengingat bahwa, seperti

halnya dalam proses politik, ada kemungkinan untuk menjadi pro dan kontra terhadap perasaan "wajib" tindakan. Dengan demikian, ketika mengembangkan dan menerapkan tindakan wajib, perencana harus mengingat hal-hal berikut:

- 1) Memiliki dukungan tingkat atas untuk tindakan
- 2) Apakah kelompok perwakilan (panitia) dari populasi sasaran merumuskan tindakan "wajib".
- 3) Pertimbangan survei mereka dalam populasi target untuk mendapatkan informasi tambahan mengenai perubahan kebijakan.
- 4) Membuat saran ahli yakin pada subjek tindakan tersedia untuk kelompok dapat mengembangkannya.
- 5) Mencari pendapat hukum jika diperlukan.
- 6) Memeriksa pekerjaan orang lain dan meninjau masalah yang mereka hadapi ketika menerapkan tindakan "wajib".
- 7) Pastikan bahwa peraturan kegiatan didasarkan pada prinsip-prinsip dan, jika mungkin, penelitian yang baik.
- 8) Mencari masukan dan perdebatan/diskusi mengenai tindakan mandat dari populasi sasaran yang saat itu sedang dirumuskan.

- 9) Mengembangkan kegiatan peraturan yang ditulis sederhana dan mencakup pemikiran, pernyataan kebijakan umum, daerah-daerah tertentu yang terkena dampak, dan keluhan yang jelas, dan prosedur penegakan hukum.
- 10) Pertimbangkan pentahapan dalam peraturan baru pada suatu waktu. Misalnya, jika ada kebijakan merokok yang akan dilaksanakan, perencana mungkin ingin memulai dengan membatasi merokok di daerah tertentu sebelum melarang sama sekali. Hal ini tidak hanya membantu orang mengubah secara bertahap tetapi juga mengungkapkan keprihatinan mereka.
- 11) Menyediakan program pendidikan dan perubahan perilaku untuk membantu mereka dalam populasi target dengan pelaksanaan tindakan "wajib".
- 12) Pastikan bahwa, sekali dirumuskan tindakan "wajib":
 - a) Secara aktif dikomunikasikan kepada orang-orang dalam populasi target
 - b) Ditinjau secara teratur untuk tujuan evaluasi dan revisi jika diperlukan.
 - c) Berlaku untuk semua dalam populasi target dan bukan hanya untuk memilih grup.

- d) Ditegakkan secara konsisten. Jadi siap menghadapi keluhan dan proses pengaduan.
- e) Diberlakukan sebagai tanggung jawab bersama dari semua lembaga.

f) Kegiatan Advokasi Masyarakat

Tidak menjadi bingung dengan kegiatan peraturan, kegiatan advokasi masyarakat digunakan untuk mempengaruhi perubahan sosial. Advokasi masyarakat adalah proses di mana orang-orang dari masyarakat menjadi terlibat dalam lembaga-lembaga dan keputusan yang akan berdampak dalam kehidupan mereka. Ini memiliki potensi untuk menciptakan lebih banyak dukungan, menjaga informasi, mempengaruhi keputusan, mengaktifkan non peserta, meningkatkan pelayanan, dan program yang lebih responsif.

Auld (1997) menawarkan satu set tips praktis untuk mempengaruhi kebijakan publik. Mereka diadaptasi berlaku untuk mempengaruhi kebijakan publik di tingkat lokal maupun tingkat negara bagian dan federal.

- 1) Membuka pintu. Membangun hubungan yang membangun kepercayaan dan hubungan baik dengan staf, asisten legislatif, dan, jika mungkin, para pejabat

sendiri terpilih sehingga Anda dapat mendekati mereka untuk dukungan mereka pada isu yang memprihatinkan. Tahu pada komite pejabat Anda terpilih duduk dan bagaimana mereka telah memberikan suara pada isu-isu.

- 2) Mengidentifikasi para pemain. Mengidentifikasi siapa stakeholder pada isu tertentu.
- 3) Membuat link. Cari tahu bagaimana masalah Anda tertarik terkait dengan masalah kesehatan penduduk/konstituen dari pejabat terpilih. Misalnya, jika Anda tertarik pada penyakit kronis, bagaimana mereka terkait dengan orang tua dalam populasi/konstituen.
- 4) Posisi Anda. Pastikan posisi Anda dalam masalah ini dikembangkan pada ilmu terbaik yang tersedia dan data.
- 5) Pengorganisasian pasukan. Mengatur peserta yang mungkin tertarik dalam masalah Anda untuk menunjukkan representasi yang luas dari populasi/konstituen.
- 6) Mengundang pembuat kebijakan. Menjadwalkan janji dengan pejabat terpilih atau staf untuk

mengekspresikan pandangan Anda dalam masalah. Langkahlain dengan yang dapat membantu menjelaskan pandangan Anda. Tepat waktu, singkat, namun bersiaplah untuk mendidik dengan menggunakan contoh-contoh praktis.

- 7) Menunjukkan kekuatan pers. Menunjukkan link ke media dan bagaimana Anda dan organisasi Anda bisa mendapatkan pers positif bagi pejabat terpilih dengan mengaktifkannya.
- 8) Memperkuat pesan Anda. Mengakhiri kunjungan Anda atau menindaklanjuti kunjungan dengan paket yang merangkum posisi Anda pada isu-isu. Seperti masalah bergerak melalui proses legislatif, biarkan resmi terpilih tahu arah pandangan Anda.
- 9) Melayani sebagai sumber daya. Tetap berhubungan dengan staf dan pejabat terpilih dan menawarkan untuk menjadi nara sumber untuk membantu mereka yang diperlukan dalam masalah ini.
- 10) Cepat tanggap. Jadilah siap untuk merespon dengan cepat ketika diminta untuk menjadi nara sumber atau bersaksi kepada kelompok legislatif. Permintaan sering datang pada menit terakhir.

- 11) Mencapai garis finish. Menindaklanjuti sepotong perundang-undangan setelah itu telah berlalu untuk membantu mereka yang harus menerapkannya dan melakukan advokasi untuk pendanaan untuk membantu pelaksanaannya.

g) Kegiatan Budaya Organisasi

Berkaitan erat dengan kegiatan perubahan lingkungan adalah kategori kegiatan yang mempengaruhi budaya organisasi. Budaya biasanya dikaitkan dengan norma-norma dan tradisi yang dihasilkan oleh "komunitas". Organisasi, yang terdiri dari orang-orang, juga dapat memiliki budaya mereka sendiri. Budaya organisasi dapat dianggap sebagai kepribadiannya. Budaya mengungkapkan apa yang dapat dan apa yang tidak dianggap penting bagi organisasi. Sifat budaya tergantung pada jenis organisasi, perusahaan, sekolah, atau kelompok non profit.

Banyak orang berpikir bahwa diperlukan waktu yang lama untuk menetapkan norma-norma dan tradisi, dan itu sering terjadi. Namun, perubahan dapat terjadi sangat cepat jika para pengambil keputusan dalam suatu organisasi mendukungnya. Misalnya, jika pengambil keputusan organisasi percaya latihan adalah penting,

mereka dapat memberikan karyawan dengan tambahan 20 menit saat makan siang untuk berolahraga.

h) Insentif dan Disinsentif

Penggunaan insentif dan disinsentif untuk mempengaruhi hasil kesehatan adalah jenis umum dari kegiatan. Jenis kegiatan intervensi didasarkan pada banyak teori perilaku kesehatan yang menunjukkan bahwa itu adalah antisipasi penghargaan dan yang nyata pada saat itu. Itu meningkatkan kemungkinan seseorang terlibat dalam perilaku yang diinginkan. Insentif dapat meningkatkan nilai yang dirasakan dari suatu kegiatan, memotivasi orang untuk terlibat, dan mengingatkan komitmen peserta program untuk perubahan perilaku. Kunci untuk memotivasi seseorang dengan insentif adalah untuk mengetahui apa yang akan mendorong seseorang untuk bertindak. Jadi untuk jenis kegiatan kerja, perencana harus mencocokkan insentif dengan kebutuhan, keinginan, atau keinginan dari populasi target.

Berdasarkan pada gagasan bahwa insentif harus memenuhi kebutuhan individu dari populasi sasaran, jumlah berbagai jenis insentif hampir tak ada habisnya. Sarankan untuk kategori utama insentif atau memperkuat.

Kelompok pertama mencakup insentif yang akan dianggap sosial, kelompok kedua mencakup insentif yang dianggap memperkuat materi, atau apa yang dapat disebut sebagai insentif ekonomi.

Akhirnya, saran berikut ditawarkan kepada perencana program yang memilih untuk menggunakan insentif:

- 1) Pastikan setiap orang dapat menerima satu, apa pun insentif mungkin
- 2) Membuat insentif berguna dan bermakna
- 3) Pastikan bahwa aturan-aturan dasar yang adil, dipahami, dan diikuti oleh semua orang.
- 4) Membuat kesepakatan besar pemberian insentif.
- 5) Gunakan insentif yang konsisten dengan filosofi promosi kesehatan. Misalnya, jangan insentif minuman beralkohol, makanan gula atau lemak tinggi tinggi, atau hadiah pesan campuran lainnya.

i) Evaluasi Kegiatan Kesehatan

Suatu kegiatan yang ditujukan untuk membuat orang-orang dalam populasi target lebih sadar, status kesehatan mereka saat ini sering digunakan sebagai bagian dari intervensi Multiactivity. Kegiatan ini telah melibatkan

penyelesaian penilaian risiko kesehatan, screening diri, pemutaran klinis, dan kesehatan profesional dan pemeriksaan. Pengaturan untuk kegiatan tersebut telah mencakup pameran kesehatan, tempat kerja, tempat tinggal pribadi, *unit mobile*, dan fasilitas peduli kesehatan. Kegiatan ini biasanya memiliki kredibilitas tinggi dengan populasi sasaran karena hubungan mereka dengan penyedia layanan kesehatan.

j) Aktivitas Sosial

Pentingnya dukungan sosial bagi perubahan perilaku dan hubungannya dengan kesehatan telah dicatat oleh beberapa peneliti. Banyak orang merasa lebih mudah untuk mengubah perilaku jika orang di sekitar mereka memberikan dukungan atau bersedia menjadi mitra dalam proses perubahan perilaku. Salah satu alasan utama mengapa program promosi kesehatan tempat kerja telah diterima dengan baik adalah karena dibangun di dukungan sosial dari rekan kerja.

Referensi telah dibuat untuk bagaimana dukungan sosial bisa bekerja sebagai insentif. Itu akan menjadi salah satu dari suatu kegiatan sosial. Intervensi sosial lain bisa termasuk kelompok pendukung atau dukungan teman,

kegiatan sosial, dan jaringan sosial. Kegiatan intervensi telah digunakan di kedua intervensi mikro dan makro dengan banyak keberhasilan.

k) Kegiatan Penyampaian Teknologi

Secara tradisional, banyak program promosi pendidikan dan kesehatan telah disampaikan melalui tatap muka antara penyedia program dan target populasi. Namun, dengan penggunaan teknologi, pendidikan kesehatan dan program promosi kesehatan dapat disampaikan dalam berbagai cara. Misalnya, sejak meluasnya penggunaan komputer pribadi, banyak yang telah ditulis tentang pro dan kontra dari instruksi dibantu komputer. Baru-baru ini, komputer telah digunakan oleh anggota populasi sasaran untuk mengidentifikasi materi pendidikan di *World Wide Web* dan untuk berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan mereka melalui pesan elektronik.

Salah satu bagian dari teknologi yang banyak tidak berpikir sebagai "teknologi" karena sejarah panjang, dibandingkan dengan komputer pribadi, adalah telepon. Selama bertahun-tahun, telepon telah digunakan dalam berbagai cara oleh pendidik kesehatan, termasuk

"pengumpulan informasi, penyebaran informasi, memberikan pendidikan kesehatan dan konseling, mempromosikan program pendidikan kesehatan, menawarkan petunjuk untuk tindakan dan dukungan sosial".

G. Penyusunan Rencana Kegiatan Operasional (*Action Plan*)

Rencana kegiatan operasional adalah cara spesifik yang akan ditempuh untuk mencapai sasaran kegiatan. Rencana kegiatan ini dapat memiliki bentuk sebagai berikut:

- a. Rangkaian sasaran yang lebih spesifik dengan jangka waktu yang lebih pendek.
- b. Rangkaian kegiatan yang saling terkait akibat dipilihnya suatu alternatif intervensi.
- c. Rencana kegiatan operasional memiliki jangka waktu spesifik, kebutuhan sumber daya yang spesifik dan akontabilitas untuk setiap tahapannya.

Secara umum rencana kegiatan operasional mengandung unsur –unsur:

- a. Tahapan atau rencana kegiatan spesifik yang harus dilakukan.
- b. Adanya orang yang bertanggung jawab agar setiap tahap atau tindakan dapat diselesaikan dengan baik.

- c. Jadwal untuk menjalankan setiap tahapan atau tindakan
- d. Sumber daya yang perlu dialokasikan agar tahapan atau tindakan tersebut dapat diselesaikan dengan baik
- e. Adanya mekanisme umpan balik untuk memantau setiap tahapan atau tindakan.

Tujuan rencana kegiatan antara lain:

- a. Mengidentifikasi apa yang harus dilakukan
- b. Menguji dan membuktikan bahwa:
 - 1) Sasaran dapat tercapai sesuai dengan waktu yang telah dijadualkan
 - 2) Adanya kemampuan untuk mencapai sasaran
 - 3) Sumber daya yang dibutuhkan dapat diperoleh
 - 4) Semua informasi yang diperlukan untuk mencapai sasaran dapat diperoleh
 - 5) Adanya beberapa alternatif yang harus diperhatikan.
- c. Berperan sebagai media komunikasi
 - 1) Hal ini menjadi lebih penting apabila berbagai unit dalam organisasi memiliki peran yang berbeda dalam pencapaian
 - 2) Dapat memotivasi pihak yang berkepentingan dalam pencapaian sasaran.

Langkah-Langkah Pembuatan Rencana Kegiatan

Langkah-langkah dalam membuat rencana kegiatan adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi tindakan yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan sebagai berikut:
 - 1) Kegiatan apa yang mendukung pencapaian sasaran organisasi
 - 2) Apa saja masalah atau hambatan yang harus dipecahkan untuk mencapai sasaran tersebut
 - 3) Bagaimana urutan dari kegiatan yang diperlukan untuk memecahkan masalah diatas?
 - 4) Bagaimana sasaran dapat dijabarkan kedalam waktu, unit, tingkat, fungsi atau lokasi geografis?
- b. Menentukan rangkaian kegiatan yang paling sesuai untuk sasaran
- c. Menjabarkan rangkaian kegiatan di atas menjadi beberapa tahapan. Setiap tahapan harus berfokus pada hasil spesifik yang lebih kecil dalam jangka waktu yang lebih pendek untuk unit-unit yang lebih kecil
- d. Untuk setiap tahapan tersebut harus ditentukan:
 1. Siapa yang harus bertanggung jawab dan memiliki akntabilitas untuk mendapatkan hasil yang diharapkan?

2. Kapan dimulai dan berakhirnya setiap tahapan kegiatan?
 3. Berapa banyak waktu dan biaya yang diperlukan?
 4. Bagaimana dan kapan organisasi dapat mengetahui bila terjadi penyimpangan pada rencana kegiatan.
- e. Bersama-sama dengan pihak yang berkepentingan menguji dan melakukan validasi rencana kegiatan untuk mendapatkan kesepakatan dan dukungan.

Kriteria Rencana Kegiatan

Beberapa kriteria rencana kegiatan yang baik:

a. *Spesific (spesifik):*

Rencana kegiatan harus spesifik dan berkaitan dengan keadaan-keadaan yang ingin dirubah. Rencana kegiatan anda perlu penjelasan secara pasti berapa kolega yang anda butuhkan, siapa mereka, dan bagaimana dan kapan anda mengkomunikasi-kannya.

b. *Measurable (terukur):*

Rencana anda harus dapat menunjukkan apa yang sesungguhnya telah anda capai.

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

Rencana kegiatan anda harus dapat dicapai dengan biaya yang masuk akal. Ini berarti bahwa rencana tersebut harus

sederhana tetapi efektif, tidak harus membutuhkan anggaran yang besar. Jika anda mendapat dana maka anda harus mendesain sebuah rencana kegiatan yang sesuai dengan anggaran yang tersedia.

d. *Relevant:*

Rencana kegiatan anda harus mengambil pelajaran kursus singkat anda dan menerapkannya kembali di tempat kerja anda. Secara alamiah anda tidak akan bisa menerapkan semua yang telah anda pelajari di tempat kerja anda. Anda perlu menghabiskan waktu beberapa saat dalam berfikir tentang pelajaran yang paling diperlukan atau relevan dengan anda, organisasi anda dan pengawas atau pelanggan.

e. *Timely (sesuai waktu):*

Rencana kegiatan anda harus merupakan sesuatu yang dibutuhkan sekarang atau sesuatu yang segera anda butuhkan. Hindari memilih topik yang akan diperlukan dalam waktu dua (2) tahun mendatang.

Rencana yang Efektif Berisi:

- 1) Tujuan yang objektif.
- 2) Langkah-langkah kegiatannya jelas dan lengkap.
- 3) Kegiatan dirancang dengan tepat.

- 4) Waktu memulai dan berakhir ditentukan untuk masing-masing kegiatan.
- 5) Identifikasi siapa yang bertanggung jawab untuk masing-masing kegiatan.
- 6) Identifikasi sumber-sumber kunci (orang lain) untuk mencapai masing-masing kegiatan.
- 7) Tentukan tempat, bila perlu untuk masing-masing kegiatan sehingga tujuan tercapai.

H. Penyusunan Rencana Anggaran Biaya (RAB)

a. Pengertian Anggaran

Banyak sekali pengertian mengenai anggaran yang dikemukakan oleh para ahli yang pada dasarnya mempunyai kesamaan, yaitu merupakan suatu rencana yang dinyatakan dalam bentuk satuan uang dan unit mengenai kegiatan yang akan dilaksanakan oleh perusahaan untuk periode waktu tertentu dimasa yang akan datang, umumnya periode yang digunakan adalah satu tahun.

Menurut Agus Kana (2003;3) adalah sebagai berikut:
“Anggaran perusahaan merupakan rencana tentang kegiatan perusahaan, dimana rencana tersebut mencakup berbagai kegiatan operasional yang saling berkaitan dan

saling mempengaruhi satu sama lain” (4). Menurut Mulyadi (2001;488) pengertian anggaran yaitu: ”Anggaran merupakan suatu rencana kerja yang dinyatakan secara kuantitatif, yang diukur dalam satuan moneter standar dan satuan yang lain, yang mencakup jangka waktu satu tahun. Anggaran merupakan suatu rencana kerja jangka pendek yang disusun berdasarkan rencana kegiatan jangka panjang yang ditetapkan dalam proses penyusunan program” (5). Sedangkan Munandar (2000;1), mendefinisikan anggaran sebagai berikut: “*Business budget* atau *budget* (anggaran) ialah suatu rencana yang disusun secara sistematis, yang meliputi seluruh kegiatan perusahaan yang dinyatakan dalam unit (kesatuan) moneter dan berlaku untuk jangka waktu (periode) tertentu yang akan datang”.

Dari pengertian di atas, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Anggaran berhubungan erat dengan fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, dan pengendalian.
2. Anggaran merupakan rencana yang akan dilaksanakan oleh suatu perusahaan untuk masa yang akan datang dalam jangka waktu tertentu.

3. Anggaran bersifat sistematis dan harus disusun secara berurutan dan logis.
4. Anggaran harus didasarkan pada asumsi tertentu untuk pengambilan keputusan.

b. Ciri-Ciri Anggaran

Tidak setiap rencana kerja organisasi dapat disebut sebagai anggaran. Karena, anggaran memiliki beberapa ciri khusus yang membedakan dengan sekedar rencana:

- 1) Dinyatakan dalam satuan moneter

Penyusunan rencana kerja dalam satuan moneter tersebut, bertujuan untuk mempermudah membaca dan usaha untuk mengerti rencana tersebut. Rencana kerja yang diwujudkan di dalam suatu cerita panjang akan menyulitkan anggota organisasi untuk membaca atau mengerti. Karena itu, sebaiknya anggaran disusun dalam bentuk kuantitatif moneter yang ringkas.

- 2) Umumnya mencakup kurun waktu satu tahun

Bukan berarti anggaran tidak dapat disusun untuk kurun waktu lebih pendek, tiga bulanan misalnya atau untuk kurun waktu lebih panjang, seperti lima tahunan. Batasan waktu di dalam penyusunan anggaran akan

berfungsi untuk memberikan batasan rencana kerja tersebut.

3) Mengandung komitmen manajemen

Anggaran harus disertai dengan upaya pihak manajemen dan seluruh anggota organisasi untuk mencapai apa yang telah ditetapkan. Tanpa upaya serius dari pihak manajemen untuk mencapainya maka penyusunan anggaran tidak akan banyak manfaatnya bagi organisasi. Karena itu, di dalam menyusun anggaran harus mempertimbangkan dengan teliti sumber daya yang dimiliki perusahaan untuk menjamin bahwa anggaran yang disusun adalah realistis.

4) Usulan anggaran disetujui oleh pejabat yang lebih tinggi dari pelaksana anggaran

Anggaran tidak dapat disusun sendiri-sendiri oleh setiap bagian organisasi tanpa persetujuan dari atasan pihak penyusun.

5) Setelah disetujui anggaran hanya diubah jika ada keadaan khusus. Jadi, tidak setiap saat dan dalam segala keadaan anggaran boleh diubah oleh manajemen. Anggaran boleh diubah jika situasi internal dan eksternal

organisasi memaksa untuk mengubah anggaran tersebut.

- 6) Jika terjadi penyimpangan/varians didalam pelaksanaannya, harus dianalisis sebab terjadinya penyimpangan tersebut. Karena, tanpa ada analisis yang lebih mendalam tentang penyimpangan tersebut maka potensi untuk terulang lagi di masa mendatang menjadi besar. Tujuan analisis penyimpangan tersebut adalah untuk mencari penyebab penyimpangan, supaya tidak terulang lagi di masa mendatang dan agar penyusunan anggaran dikemudian hari menjadi lebih relevan dengan situasi yang ada.

c. Manfaat Anggaran

Manfaat anggaran menurut Munandar, (2000;10) adalah:

- a) Sebagai pedoman kerja

Anggaran berfungsi sebagai pedoman kerja dan memberikan arah serta sekaligus memberikan target-target yang harus dicapai oleh kegiatan-kegiatan organisasi di waktu yang akan datang.

- b) Sebagai alat pengkoordinasian kerja

Anggaran berfungsi sebagai alat untuk pengkoordinasian kerja agar semua bagian-bagian yang terdapat di dalam organisasi dapat saling menunjang, saling bekerjasama dengan baik, untuk menuju ke sasaran yang telah ditetapkan. Dengan demikian kelancaran jalannya organisasi akan lebih terjamin.

c) Sebagai alat pengawasan kerja

Anggaran berfungsi pula sebagai tolak ukur, sebagai alat pembanding untuk menilai (evaluasi) realisasi kegiatan organisasi nanti. Dengan membandingkan antara apa yang tertuang di dalam anggaran dengan apa yang dicapai oleh realisasi kerja organisasi, dapatlah dinilai apakah organisasi telah sukses bekerja ataukah kurang sukses bekerja. Dari perbandingan tersebut dapat pula diketahui sebab-sebab penyimpangan antara anggaran dengan realisasinya, sehingga dapat pula diketahui kelemahan-kelemahan dan kekuatan-kekuatan yang dimiliki organisasi. Hal ini dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan yang sangat berguna untuk menyusun rencana-rencana (anggaran) selanjutnya secara lebih matang dan lebih akurat.

d. Tujuan Anggaran

Ellen Christina, dan kawan-kawan (2002;4) mengemukakan bahwa tujuan penyusunan anggaran adalah:

- 1) Untuk menyatakan harapan atau sasaran organisasi secara jelas dan formal, sehingga bisa menghindari kerancuan dan memberikan arah terhadap apa saja yang hendak dicapai manajemen.
- 2) Untuk mengkomunikasikan harapan manajemen kepada pihak-pihak yang terkait sehingga anggaran dimengerti, didukung dan dilaksanakan.
- 3) Untuk menyediakan rencana terinci mengenai aktivitas dengan maksud mengurangi ketidakpastian dan memberikan pengarahan yang jelas bagi individu dan kelompok dalam upaya mencapai tujuan organisasi.
- 4) Untuk mengkoordinasikan cara atau metode yang akan ditempuh dalam rangka memaksimalkan sumber daya.
- 5) Untuk menyediakan alat pengukur dan mengendalikan kinerja individu dan kelompok, serta menyediakan informasi yang mendasari perlu tindakan-tindakan koreksi.

e. Macam-Macam Anggaran

Anggaran dapat dikelompokkan dari berbagai sudut pandang berikut:

- 1) Menurut dasar penyusunan, anggaran terdiri dari:
 - a) Anggaran variabel, yaitu anggaran yang disusun berdasarkan interval (kisar) kapasitas (aktivitas) tertentu dan pada intinya merupakan suatu seri anggaran yang dapat disesuaikan pada tingkat-tingkat aktivitas (kegiatan) yang berbeda.
 - b) Anggaran tetap, yaitu anggaran yang disusun berdasarkan suatu tingkat kapasitas tertentu.
- 2) Menurut cara penyusunan, anggaran terdiri dari:
 - a) Anggaran periodik, adalah anggaran yang disusun untuk satu periode tertentu, pada umumnya periodenya satu tahun yang disusun setiap akhir periode anggaran.
 - b) Anggaran kontinu, adalah anggaran yang dibuat untuk mengadakan perbaikan anggaran yang pernah dibuat, misalnya tiap bulan diadakan perbaikan, sehingga anggaran yang dibuat dalam setahun mengalami perubahan.
- 3) Menurut jangka waktunya, anggaran terdiri dari:

- a) Anggaran jangka pendek (anggaran taktis), adalah anggaran yang dibuat dengan jangka waktu paling lama sampai satu tahun. Anggaran untuk keperluan modal merupakan anggaran jangka pendek.
 - b) Anggaran jangka panjang (anggaran strategis), adalah anggaran yang dibuat dengan jangka waktu lebih dari satu tahun.
- 4) Menurut bidangnya, anggaran terdiri dari anggaran operasional dan anggaran keuangan. Kedua anggaran ini bila dipadukan disebut “anggaran induk (*master budget*).” Anggaran induk yang mengkonsolidasikan rencana keseluruhan perusahaan untuk jangka pendek, biasanya disusun atas dasar tahunan. Anggaran tahunan dipecah lagi menjadi anggaran triwulan dan anggaran triwulanan dipecah lagi menjadi anggaran bulan.
- a. Anggaran operasional adalah anggaran untuk menyusun anggaran laporan laba rugi. Anggaran operasional antara lain terdiri: anggaran penjualan, anggaran biaya pabrik, anggaran biaya bahan baku, anggaran biaya tenaga kerja langsung, anggaran biaya *overhead* pabrik, anggaran beban usaha, anggaran laporan laba rugi. Anggaran keuangan adalah anggaran untuk menyusun

anggaran neraca, antara lain terdiri dari: anggaran kas, anggaran piutang, anggaran persediaan, anggaran utang, dan anggaran neraca.

f. Hal-hal yang Harus Diperhatikan dalam Penyusunan RAB

Sirait (2006) menyatakan bahwa organisasi yang dapat sebagai salah satu unit ekonomi yang pada umumnya bertujuan untuk mencari keuntungan, mempergunakan kriteria efisiensi sebagai alat pengukurnya. Guna mencapai tujuan tersebut maka organisasi melaksanakan kegiatan-kegiatan fungsional di bidang pemasaran, produksi, administrasi dan keuangan. Tiap-tiap bidang fungsional harus membuat dan menentukan programnya sendiri yang dapat saling mendukung bidang fungsional lainnya. Untuk mencegah pertentangan program satu sama lain, maka diperlukan suatu mekanisme suatu perencanaan dan pengendalian terpadu yang dikenal dengan sebutan anggaran organisasi. Anggaran organisasi harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

- a. Anggaran organisasi harus bersifat formal.
- b. Anggaran harus bersifat sistematis.
- c. Setiap manajer dihadapkan pada suatu tanggung jawab pengambilan keputusan.

- d. Keputusan yang diambil adalah pelaksanaan fungsi manajemen dari segi perencanaan, koordinasi, dan pengendalian.

Dalam penyusunan anggaran perlu dipertimbangkan faktor-faktor berikut ini:

- a. Pengetahuan tentang tujuan dan kebijakan umum organisasi.
- b. Data masa lalu.
- c. Kemungkinan perkembangan kondisi ekonomi.
- d. Pengetahuan tentang taktik, strategi pesaing, dan gerak-gerik pesaing.
- e. Kemungkinan adanya perubahan kebijakan pemerintah.
- f. Penelitian untuk pengembangan organisasi

Dalam penyusunan anggaran perlu diperhatikan perilaku para pelaksana anggaran dengan cara mempertimbangkan hal-hal berikut:

- a. Anggaran harus dibuat serealistik mungkin dan secermat mungkin sehingga tidak terlalu rendah atau terlalu tinggi.
- b. Untuk memotivasi manajer pelaksana diperlukan partisipasi manajemen puncak (direksi).

- c. Anggaran yang dibuat harus mencerminkan keadilan, sehingga pelaksana tidak merasa tertekan tetapi justru termotivasi.
- d. Untuk membuat laporan realisasi anggaran diperlukan laporan yang akurat dan tepat waktu, sehingga apabila terjadi penyimpangan yang merugikan dapat segera diantisipasi lebih dini.

Anggaran yang dibuat akan mengalami kegagalan bila hal-hal berikut ini tidak diperhatikan:

- a. Pembuatan anggaran tidak cakap, tidak mampu berpikir ke depan, dan tidak memiliki wawasan yang luas.
- b. Wewenang dalam membuat anggaran tidak tegas.
- c. Tidak didukung oleh masyarakat.
- d. Dana tidak cukup.

g. Prosedur Penyusunan RAB

Menurut Mulyadi (2001;494), prosedur penyusunan anggaran memerlukan berbagai tahapan sebagai berikut:

- a. Penetapan sasaran oleh manajer atas.
- b. Pengajuan usulan aktivitas dan taksiran sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan aktivitas tersebut oleh manajer bawah.

- c. Review oleh manajer atas terhadap usulan anggaran yang diajukan oleh manajer bawah.
- d. Persetujuan oleh manajer atas terhadap usulan anggaran yang diajukan oleh manajer bawah.

Syafri Harahap (2001;83-84), mengemukakan tiga cara pembuatan anggaran ditinjau dari siapa yang membuatnya, yaitu:

- a. Otoriter atau *Top Down*

Dalam metode otoriter, anggaran disusun dan diterapkan sendiri oleh pimpinan anggaran. Inilah yang harus dilaksanakan bawahan tanpa keterlibatan bawahan dalam penyusunan anggarannya. Metode ini ada baiknya jika karyawan tidak mampu menyusun anggaran atau dianggap akan terlalu lama dan tidak tepat jika diserahkan kepada bawahan.

- b. Demokrasi atau *Bottom up*

Dalam metode demokrasi anggaran disusun berdasarkan hasil keputusan karyawan. Anggaran disusun mulai dari bawahan sampai ke atasan.

- c. Campuran atau *Top down* dan *Bottom up*

Metode ini adalah campuran dari kedua metode di atas. Di sini organisasi menyusun anggaran dengan

memulainya dari atas dan kemudian untuk selanjutnya dilengkapi dan dilanjutkan oleh karyawan bawahan.

h. Langkah-langkah kegiatan penyusunan RAB

Proses penyusunan anggaran biasanya meliputi pembentukan komite anggaran, menentukan periode anggaran, spesifikasi pedoman anggaran, penyusunan usulan anggaran awal/dasar (*Initial budget*), negosiasi anggaran, *review*, persetujuan, dan revisi anggaran.

a. Komite anggaran

Sebagian besar organisasi mempunyai komite anggaran yang mengawasi anggaran secara keseluruhan. Komite tersebut terdiri dari anggota manajemen senior. Komite anggaran biasanya meliputi “*Chief Executive Officer*” atau satu atau lebih wakil presiden (manajemen puncak), kepala bagian keuangan). Dalam beberapa organisasi CEO membuat semua keputusan jika dalam organisasi itu tidak ada komite anggaran.

b. Periode anggaran

Anggaran biasanya disusun untuk periode satu tahun. Banyak juga organisasi yang menyusun untuk periode kuartalan atau bulanan. Adanya juga yang

menggunakan anggaran kontinu (*continous budget*). Anggaran kontinu merupakan sistem penganggaran yang menghasilkan anggaran yang berupa anggaran kuartalan, bulanan, atau tahunan. Jadi, begitu satu bulan atau kuartal berakhir, anggaran asli langsung di perbaharui berdasarkan informasi yang baru tersedia dan diperoleh anggaran untuk bulan atau kuartal yang baru.

c. Pedoman anggaran

Salah satu tanggung jawab komite anggaran adalah memberikan pedoman “*initial budget*” (anggaran awal/anggaran dasar) yang menentukan arah anggaran dan menentukan penyusunan anggaran.

d. Usulan “*initial budget*”

Sejumlah faktor internal yang mempertimbangkan unit anggaran dalam penyusunan usulan “*initial budget*”:

- 1) Perubahan peralatan atau fasilitas yang tersedia.
- 2) Pengenalan produk baru.
- 3) Perubahan harapan atau proses operasi unit anggaran dimana unit anggaran mengendalikan input bahan atau faktor operasi lainnya.

4) Faktor – faktor eksternal yang perlu dipertimbangkan dalam penyusunan usulan “*initial budget*” meliputi:

- a) Perubahan pasar tenaga kerja
- b) Pandangan industri dalam waktu dekat
- c) Tindakan pesaing.

e. Negosiasi anggaran

Atasan dari unit anggaran memeriksa usulan “*initial budget*” untuk melihat apakah usulan tersebut sesuai dengan pendoman anggaran, apakah tujuan anggaran dapat tercapai dan searah dengan tujuan unit anggaran pada level berikutnya. Setiap unit anggaran melakukan negosiasi dengan atasan tentang setiap perubahan usulan anggaran. Negosiasi terjadi pada semua level organisasi. Negosiasi tersebut mungkin saja merupakan inti dari proses penganggaran dan menyita sebahagian besar dari waktu penyusunan anggaran.

f. Review persetujuan

Unit anggaran menyetujui anggaran mereka, anggaran disebarkan dalam organisasi sampai anggaran mencapai level final, yaitu ketika gabungan anggaran dari berbagai unit menjadi anggaran organisasi. Komite anggaran memeriksa anggaran tersebut berkaitan

dengan konsistensinya dengan pedoman anggaran pencapaian tujuan organisasi. CEO (*chief executive officer*) kemudian memberikan persetujuan anggaran secara keseluruhan dan mengajukan anggaran kepada dewan direksi.

g. Revisi

Prosedur untuk merevisi anggaran bervariasi dari satu organisasi yang satu dengan organisasi yang lainnya. Di beberapa organisasi, persetujuan untuk melakukan modifikasi terhadap anggaran bisa saja sulit untuk dicapai karena perubahan hanya dapat dilakukan dalam keadaan khusus. Organisasi lainnya, misalnya organisasi menggunakan anggaran yang diperbaharui secara terus menerus (kontinu) menggunakan sistem anggaran yang boleh revisi yang dilakukan secara kuartalan atau bulanan.

MATERI 6

PENDEKATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM INTERVENSI PERMASALAHAN KESEHATAN

Pengorganisasian masyarakat (*community organizing*) sesungguhnya adalah sebuah pemikiran dan pola kerja yang telah ada dan berlangsung sejak berabad-abad yang lampau, yaitu serangkaian upaya membangun masyarakat untuk mencapai taraf kehidupan yang lebih baik, lebih sejahtera dan adil dari sebelumnya dengan mengacu pada harkat dan martabat kemanusiaan seutuhnya. Sebagai suatu rumusan konsep pemikiran dan pola kerja paling tidak sudah dikenal pada masa kehidupan *Lao Tse* di dataran Cina, pada abad 7 sebelum Masehi. Pada abad ke-20 konsep pemikiran dan pola kerja pengorganisasian masyarakat menjadi populer kembali, sebagai reaksi terhadap gagasan dan praktek pembangunan atau modernisasi yang ternyata berujung pada terinjak-injaknya harkat kemanusiaan dan pengurusan secara dahsyat berbagai sumber daya alam untuk kepentingan sekelompok kecil manusia. Pada bab ini mahasiswa akan mempelajari tentang konsep dasar pengorganisasian dan pendekatan pengorganisasian masyarakat, pendekatan dalam pengorganisasian masyarakat serta langkah-langkah pengorganisasian masyarakat.

A. Pengorganisasian Masyarakat

1) Pengertian dan Prinsip

Ross Murray menyebutkan bahwa pengorganisasian masyarakat adalah suatu proses dengan ciri masyarakat dapat mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan menentukan prioritas dari kebutuhan-kebutuhan tersebut, dan mengembangkan keyakinan untuk berusaha memenuhi kebutuhan-kebutuhan sesuai dengan skala prioritas berdasarkan atas sumber-sumber yang ada dalam masyarakat sendiri maupun yang berasal dari luar dengan usaha secara gotong royong.

Dave Beckwith dan Cristina Lopez (1997) mendefinisikan bahwa pengorganisasian masyarakat adalah proses membangun kekuatan dengan melibatkan konstituen sebanyak mungkin melalui proses menemukan dan mengenali ancaman yang ada secara bersama-sama, menemukan dan mengenali penyelesaian-penyelesaian yang diinginkan terhadap ancaman-ancaman yang ada; menemukan dan mengenali orang dan struktur, birokrasi, perangkat yang ada agar proses penyelesaian yang dipilih menjadi mungkin dilakukan, menyusun sasaran yang harus dicapai; dan membangun sebuah institusi yang secara demokratis diawasi oleh seluruh konstituen

sehingga mampu mengembangkan kapasitas untuk menangani ancaman dan menampung semua keinginan dan kekuatan konstituen yang ada.

Jadi pengorganisasian masyarakat bukan hanya sekedar melakukan pencerahan masyarakat untuk mencapai sesuatu kepentingan semata, namun suatu proses pembangunan organisasi masyarakat yang dilaksanakan dengan jalan mencari penyelesaian secara bersama pula yang didasarkan pada potensi yang ada dalam masyarakat. Secara umum, metode yang dipergunakan dalam pengorganisasian masyarakat adalah penumbuhan kesadaran kritis, partisipasi aktif, pendidikan berkelanjutan, pembentukan dan penguatan pengorganisasian masyarakat. Semua itu bertujuan untuk melakukan transformasi sistem sosial yang dipandang menghisap masyarakat dan menindas (represif). Tujuan pokok pengorganisasian masyarakat adalah membentuk suatu tatanan masyarakat yang beradab dan berperikemanusiaan (*civil society*) yang menjunjung tinggi nilai-nilai demokratis, adil, terbuka, berkesejahteraan ekonomis, politik, dan budaya.

1) Asumsi Dasar

Melakukan pengorganisasian masyarakat dengan maksud memperkuat (memberdayakan) sehingga

masyarakat mampu mandiri dalam mengenali persoalan-persoalan yang ada dan dapat mengembangkan jalan keluar (upaya mengatasi masalah tersebut) berangkat dari asumsi:

- a) Masyarakat punya kepentingan terhadap perubahan (komunitas harus berperan aktif menciptakan kondisi yang lebih baik bagi seluruh masyarakat)
 - b) Perubahan tidak pernah datang sendiri melainkan membutuhkan perjuangan untuk dapat mendapatkannya
 - c) Setiap usaha perubahan (sosial) pada dasarnya membutuhkan daya tekan tertentu, dimana usaha memperkuat (daya tekan) juga memerlukan perjuangan
- 2) Arah

Pengorganisasian adalah untuk mengembangkan peningkatan kapasitas dan daya tawar masyarakat (komunitas). Pemikiran ini bermuara pada prinsip demokrasi, yang menegaskan bahwa kedaulatan ada di tangan rakyat, atau suatu proses dari, oleh dan untuk rakyat. Secara mendasar pengorganisasian diarahkan untuk meningkatkan kesadaran kritis masyarakat dan disisi lain mempersiapkan basis sosial bagi tatanan dan situasi yang baru dan lebih baik yang ingin diciptakan.

3) Pentingnya Pengorganisasian

Pengorganisasian masyarakat penting dilakukan karena:

- a) Kenyataan bahwa masyarakat pada kebanyakan berposisi dan berada dalam kondisi lemah, sehingga diperlukan wadah yang sedemikian rupa dapat dijadikan wahana untuk perlindungan dan peningkatan kapasitas *bargaining*
- b) Kenyataan masih adanya ketimpangan dan keterbelakangan, dimana sebagian kecil memiliki akses dan aset untuk bisa memperbaiki keadaan, sementara sebagian besar yang lain tidak. Kenyataan ini menjadikan perubahan pada posisi sebagai jalan yang paling mungkin untuk memperbaiki keadaan. Pengorganisasian tidak selalu bermakna persiapan melakukan perlawanan terhadap tekanan dari pihak-pihak tertentu, tetapi juga dapat bermakna sebagai upaya bersama dalam menghadapi masalah bersama seperti bagaimana meningkatkan produksi, memperbaiki tingkat kesehatan masyarakat, dan lainnya.

4) Substansi Pengorganisasian

Suatu pengorganisasian merupakan usaha untuk membangun kekuatan (keberdayaan) masyarakat, sehingga dapat secara optimal memanfaatkan potensi yang dimiliki, dan disisi lain masyarakat dapat memahami secara kritis lingkungannya serta mampu mengambil tindakan yang mandiri, independen dan merdeka (tanpa paksaan) dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi. Harus diakui bahwa pada kebanyakan masyarakat tidak berada dalam keadaan kritis. Oleh sebab itu, pengorganisasian memikul beban mendorong peningkatan kesadaran kritis masyarakat. Bagi organisator dan atau fasilitator pekerjaan ini berarti suatu usaha untuk memenangkan hati dan pikiran masyarakat.

5) Prinsip-prinsip pengorganisasian masyarakat

Berangkat dari definisi dan pengertian pengorganisasian masyarakat, agar tujuannya dapat terwujud dan tidak keluar dari kerangka kerja pengorganisasian masyarakat maka ada prinsip-prinsip yang harus diperhatikan, yaitu:

a) *Keberpihakan*

Pengorganisasian masyarakat harus menitikberatkan pada lapisan bawah yang selama ini selalu dipinggirkan, sehingga yang menjadi basis pengorganisasian adalah masyarakat kelas bawah, tanpa mempunyai prioritas keberpihakan terhadap masyarakat kelas bawah seringkali pengorganisasian yang dilakukan terjebak pada kepentingan kelas menengah dan elit dalam masyarakat.

b) *Pendekatan holistik*

Pengorganisasian masyarakat harus melihat permasalahan yang ada dalam masyarakat secara utuh dan tidak sepotong-sepotong. Misalnya; hanya melihat aspek ekonomi saja, tetapi harus dilihat dari berbagai aspek sehingga pengorganisasian yang dilaksanakan untuk mengatasi berbagai aspek dalam masyarakat.

c) *Pemberdayaan*

Muara dari pengorganisasian masyarakat adalah agar masyarakat berdaya dalam menghadapi pihak-pihak di luar komunitas (pelaku pembangunan lain; pemerintah, swasta atau lingkungan lain pasar, politik, dsb), yang pada akhirnya posisi tawar masyarakat

meningkat dalam berhubungan dengan pemerintah dan swasta.

d) *HAM*

Kerja-kerja pengorganisasian masyarakat tidak boleh bertentangan dengan HAM.

e) *Kemandirian*

Pelaksanaan pengorganisasian masyarakat harus ditumpukan pada potensi yang ada dalam masyarakat, sehingga penggalian keswadayaan masyarakat mutlak diperlukan. Dengan demikian apabila ada faktor luar yang akan terlibat lebih merupakan stimulan yang akan mempercepat proses perubahan yang dikehendaki. Apabila hal kemandirian tidak bisa diwujudkan, maka ketergantungan terhadap faktor luar dalam proses pengorganisasian masyarakat menjadi signifikan. Kemandirian menjadi sangat penting karena perubahan dalam masyarakat hanya bisa terjadi dari masyarakat itu sendiri.

f) *Berkelanjutan*

Pengorganisasian masyarakat harus dilaksanakan secara sistematis dan masif, apabila tujuannya adalah untuk meningkatkan posisi tawar

masyarakat. Oleh sebab itu, dalam melaksanakan pengorganisasian masyarakat harus mampu memunculkan kader-kader masyarakat dan pengorganisasian lokal, karena mereka yang akan terus mengembangkan pengorganisasian yang sudah jalan sehingga kegiatan ini terjamin keberlanjutannya.

g) *Partisipatif*

Salah satu budaya yang dilahirkan oleh Orde Baru adalah budaya bisu dengan masyarakat hanya dijadikan alat untuk legitimasi dari kepentingan kelompok dan elit. Kondisi semacam ini tercermin dari kegiatan pengerahan masyarakat untuk mencapai kepentingan-kepentingan sesaat. Oleh sebab itu, dalam pengorganisasian masyarakat harus diupayakan keterlibatan semua pihak terutama masyarakat kelas bawah. Partisipasi yang diharapkan adalah partisipasi aktif dari anggota sehingga akan melahirkan perasaan memiliki dari organisasi yang akan dibangun.

h) *Keterbukaan*

Sejak awal dalam pengorganisasian masyarakat harus diupayakan keterbukaan dari semua pihak, sehingga bisa dihindari intrik dan provokasi yang akan

merusak tatanan yang telah dibangun. Pengalaman yang ada justru persoalan keterbukaan inilah yang banyak menyebabkan perpecahan dan pembusukan dalam organisasi masyarakat yang telah dibangun.

i) *Tanpa kekerasan*

Kekerasan yang dilakukan akan menimbulkan kekerasan yang lain dan pada akhirnya menjurus pada anarkhisme, sehingga diupayakan dalam berbagai hal dalam pengorganisasian masyarakat harus mampu menghindari bentuk-bentuk kekerasan baik fisik maupun psikologi dengan demikian proses yang dilakukan bisa menarik simpati dan dukungan dari berbagai kalangan dalam melakukan perubahan yang akan dilaksanakan.

j) *Praxis*

Proses pengorganisasian masyarakat harus dilakukan dalam lingkaran Aksi-Refleksi-Aksi secara terus menerus, sehingga semakin lama kegiatan yang dilaksanakan akan mengalami peningkatan baik secara kuantitas dan terutama kualitas, karena proses yang dijalankan akan belajar dari pengalaman yang telah dilakukan dan berupaya untuk selalu memperbaikinya.

k) *Kesetaraan*

Budaya yang sangat menghambat perubahan masyarakat adalah tinggalan budaya feodal. Oleh sebab itu, pembongkaran budaya semacam ini bisa dimulai dengan kesetaraan semua pihak, sehingga tidak ada yang merasa lebih tinggi (*superior*) dan merasa lebih rendah (*inferior*), dengan demikian juga merupakan pendidikan bagi kalangan kelas bawah untuk bisa memandang secara sama kepada kelompok-kelompok lain yang ada dalam masyarakat, terutama dalam berhubungan dengan pemerintah dan swasta. Yang perlu dipikirkan mengenai pengorganisasian masyarakat:

- 1) Mengutamakan yang terabaikan (pemihakan kepada yang lemah dan miskin);
- 2) Merupakan jalan memperkuat masyarakat, bukan sebaliknya;
- 3) Masyarakat merupakan pelaku, pihak luar hanya sebagai fasilitator;
- 4) Merupakan proses saling belajar;
- 5) Sebagai bagian dari upaya mengoptimalkan capaian;
- 6) Bersedia belajar dari kesalahan;

- 7) Terbuka, bukan merupakan usaha pembentukan kelompok eksklusif.

2) Aspek - Aspek Pengorganisasian Masyarakat

Pada pengertian pengorganisasian masyarakat tersebut terdapat 3 aspek penting yang terkandung di dalamnya, yaitu:

1) Proses

Sebagai suatu proses, pengorganisasian masyarakat merupakan proses yang terjadi secara sadar, tetapi mungkin juga tidak disadari. Jika proses disadari, berarti masyarakat menyadari akan adanya kebutuhan. Dalam prosesnya ditemukan unsur-unsur kesukarelaan. Kesukarelaan timbul karena adanya keinginan untuk memenuhi kebutuhan sehingga mengambil inisiatif atau prakarsa untuk mengatasinya. Kesukarelaan juga terjadi karena dorongan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan kelompok atau masyarakat. Kesadaran terhadap kebutuhan dan masalah yang dihadapi biasanya ditemukan pada segelintir orang saja yang kemudian melakukan upaya menyadarkan masyarakat untuk mengatasinya. Selanjutnya mengintruksikan kepada masyarakat untuk bersama-sama mengatasinya.

2) Masyarakat

Masyarakat biasanya diartikan sebagai kelompok besar yang mempunyai batas-batas geografis seperti desa, kecamatan, kabupaten dsb. Dengan kata lain, masyarakat adalah suatu kelompok dari mereka yang mempunyai kebutuhan bersama dari kelompok yang lebih besar. Arti lain dari masyarakat adalah kelompok kecil yang menyadari suatu masalah harus dapat menyadarkan kelompok yang lebih besar, kelompok yang secara bersama-sama mencoba mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhannya.

3) Berfungsinya Masyarakat

Langkah untuk memfungsikan masyarakat sebagai berikut:

- a) Menarik orang-orang yang mempunyai inisiatif dan dapat bekerja, untuk membentuk kepanitiaan yang akan menangani masalah-masalah yang berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.
- b) Membuat rencana kerja yang dapat diterima dan dilaksanakan oleh keseluruhan masyarakat.
- c) Melakukan upaya penyebaran rencana (kampanye) untuk mensukseskan rencana tersebut.

3) Persyaratan Petugas

Untuk menentukan seseorang sebagai *Community Worker* atau sebagai Promotor Kesehatan Desa (Promokesa), harus memiliki syarat-syarat sebagai berikut:

- 1) Mampu menggunakan berbagai pendekatan kepada masyarakat sehingga dapat menarik kepercayaan masyarakat.
- 2) Mampu mengajak masyarakat untuk bekerjasama serta membangun rasa saling percaya antara petugas dan masyarakat.
- 3) Mengetahui dengan baik sumber daya dan sumber alam yang ada di masyarakat, yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan dan memecahkan masalah.
- 4) Mampu berkomunikasi secara baik dengan masyarakat, menggunakan metode dan teknik komunikasi yang disesuaikan dengan keadaan masyarakat sehingga informasi dapat dimengerti dan dilaksanakan oleh masyarakat.
- 5) Mempunyai kemampuan profesional dalam berhubungan dengan masyarakat, baik formal *leader* maupun informal *leader*.
- 6) Mempunyai pengetahuan tentang kondisi sosial ekonomi masyarakat dan keadaan lingkungannya.

- 7) Mempunyai pengetahuan dan keterampilan tentang kesehatan yang dapat diajarkan kepada masyarakat.
- 8) Mengetahui dinas-dinas terkait dan tenaga ahli yang ada di wilayah tersebut untuk dimintakan bantuan keikutsertaannya dalam memecahkan masalah masyarakat dan memenuhi kebutuhan.

B. Pendekatan Dalam Pengorganisasian Masyarakat

Pada prinsipnya pengorganisasian masyarakat mempunyai orientasi kepada kegiatan tertentu untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Untuk itu menurut Ross Murray dalam pengorganisasian masyarakat, terdapat 3 Pendekatan yang digunakan, yaitu:

1) *Spesific Content Objective Approach*

Spesific content objective approach adalah pendekatan baik perseorangan (Promokesa), Lembaga swadaya atau Badan tertentu yang merasakan adanya masalah kesehatan dan kebutuhan dari masyarakat akan pelayanan kesehatan, mengajukan suatu proposal/program kepada instansi yang berwenang untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut. Contoh: program penanggulangan sampah.

2) General Content Objective Approach

General content objective approach adalah pendekatan yang mengkoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan dalam suatu wadah tertentu. Misalnya: program posyandu, yang melaksanakan 5-7 upaya kesehatan yang dijalankan sekaligus.

3) Process Objective Approach

Process objective approach adalah pendekatan yang lebih menekankan kepada proses yang dilaksanakan oleh masyarakat sebagai pengambil prakarsa, mulai dari mengidentifikasi masalah, analisa, menyusun perencanaan penanggulangan masalah, pelaksanaan kegiatan, sampai dengan penilaian dan pengembangan kegiatan dengan masyarakat yang mengembangkan kemampuannya sesuai dengan kapasitas yang mereka miliki. Yang dipentingkan dalam pendekatan ini adalah partisipasi masyarakat/peran serta masyarakat dalam pengembangan kegiatan.

C. Langkah-Langkah Pengorganisasian Masyarakat

Menurut Adi Sasongko (1978), langkah-langkah yang harus ditempuh dalam Pengorganisasian Masyarakat adalah :

1) **Persiapan Sosial**

Tujuan persiapan sosial adalah mengajak partisipasi atau peran serta masyarakat sejak awal kegiatan, selanjutnya sampai dengan perencanaan program, pelaksanaan hingga pengembangan program kesehatan masyarakat. Kegiatan-kegiatan dalam persiapan sosial ini lebih ditekankan kepada persiapan-persiapan yang harus dilakukan baik aspek teknis, administratif dan program-program kesehatan yang akan dilakukan.

1) Tahap Pengenalan Masyarakat

Dalam tahap awal ini kita harus datang ke tengah-tengah masyarakat dengan hati yang terbuka dan kemauan untuk mengenal masyarakat sebagaimana adanya, tanpa disertai prasangka sambil menyampaikan maksud dan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan. Tahap ini dapat dilakukan baik melalui jalur formal yaitu dengan melalui sistem pemerintahan setempat seperti pamong desa atau camat, dan dapat juga dilakukan melalui jalur informal misalnya wawancara dengan tokoh agama, seperti guru, pemuka agama, dan tokoh pemuda.

2) Tahap Pengenalan Masalah

Dalam tahap ini dituntut suatu kemampuan untuk

dapat mengenal masalah-masalah yang memang benar-benar menjadi kebutuhan masyarakat. Untuk dapat mengenal masalah kesehatan masyarakat secara menyeluruh tersebut, diperlukan interaksi dan interelasi dengan masyarakat setempat secara mendalam. Dalam tahap ini mungkin akan banyak ditemukan masalah-masalah kesehatan masyarakat. Oleh karena itu harus disusun skala prioritas penanggulangan masalah. Beberapa pertimbangan yang dapat digunakan untuk menyusun prioritas masalah adalah:

a) Beratnya Masalah

Yang perlu dipertimbangkan di sini adalah seberapa jauh masalah tersebut menimbulkan gangguan terhadap masyarakat.

b) Mudahnya Mengatasi

Yang diperhatikan adalah kemudahan dalam menanggulangi masalah.

c) Pentingnya Masalah Bagi Masyarakat

Yang paling berperan di sini adalah subyektifitas masyarakat sendiri dan sangat dipengaruhi oleh kultur - budaya setempat

- d) Banyaknya Masyarakat yang Merasakan Masalah
Misalnya perbaikan gizi, akan lebih mudah dilaksanakan di wilayah yang banyak balitanya.
- 3) Tahap Penyadaran Masyarakat
- Tujuan tahap ini adalah menyadarkan masyarakat agar mereka:
- a) Menyadari masalah-masalah kesehatan yang mereka hadapi.
 - b) Secara sadar berpartisipasi dalam kegiatan penanggulangan masalah kesehatan yang dihadapi.
 - c) Tahu cara memenuhi kebutuhan akan upaya pelayanan kesehatan sesuai dengan potensi dan sumber daya yang ada.

Agar masyarakat dapat menyadari masalah dan kebutuhan mereka akan pelayanan kesehatan, diperlukan suatu mekanisme yang terencana dan terorganisasi dengan baik. Untuk itu beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dalam rangka menyadarkan masyarakat adalah:

- a) Lokakarya Mini Kesehatan
- b) Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)
- c) Rembuk Desa

2) Pelaksanaan

Setelah rencana penanggulangan masalah disusun dalam Lokakarya Mini atau MMD, maka langkah selanjutnya adalah melaksanakan kegiatan tersebut sesuai dengan perencanaan yang telah disusun. Beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam pelaksanaan kegiatan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat adalah:

- 1) Pilihlah kegiatan yang dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat.
- 2) Libatkan peran serta masyarakat secara aktif dalam upaya penanggulangan masalah.
- 3) Kegiatan disesuaikan dengan kemampuan, waktu, dan sumber daya yang tersedia di masyarakat.
- 4) Tumbuhkan rasa percaya diri masyarakat bahwa mereka mempunyai kemampuan dalam penanggulangan masalah.

3) Evaluasi

Evaluasi, yaitu dengan melakukan kajian ulang mengenai proses maupun dari aktivitas pengorganisasian masyarakat. Penilaian dapat dilakukan setelah pelaksanaan dijalankan dalam jangka waktu tertentu. Dalam melakukan penilaian ada 2 cara, yaitu:

- 1) Penilaian selama kegiatan berlangsung

Penilaian selama kegiatan berlangsung disebut juga penilaian formatif (monitoring). Dilakukan untuk melihat apakah pelaksanaan kegiatan yang dijalankan sesuai dengan perencanaan penanggulangan masalah yang telah disusun. Sehingga dapat diketahui perkembangan hasil yang akan dicapai.

2) Penilaian setelah program selesai dilaksanakan

Penilaian setelah program selesai dilaksanakan disebut juga penilaian sumatif (penilaian akhir program), dilakukan setelah melalui jangka waktu tertentu dari kegiatan yang dilakukan. Dapat diketahui apakah tujuan/target dalam pelayanan kesehatan telah tercapai atau belum.

4) Perluasan

Perluasan merupakan pengembangan dari kegiatan yang dilakukan, dan dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu:

1) Perluasan Kuantitatif

Perluasan Kuantitatif yaitu perluasan dengan menambah jumlah kegiatan yang dilakukan, baik pada wilayah setempat maupun wilayah lainnya sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.

2) Perluasan Kualitatif

Perluasan Kualitatif yaitu perluasan dengan dengan meningkatkan mutu atau kualitas kegiatan yang telah dilaksanakan sehingga dapat meningkatkan kepuasan dari masyarakat yang dilayani.

D. Beberapa Metode Dan Media Pengorganisasian Masyarakat

Setelah mengetahui pola dan langkah-langkah pengorganisasian masyarakat, perlu diketahui pula metode dan media yang memungkinkan untuk digunakan dalam proses pengorganisasian. Pentingnya mengetahui metode dan media pengorganisasian masyarakat karena sarana yang akan digunakan akan membuat langkah-langkah yang sudah disusun dapat berjalan dengan efektif dan tepat sasaran. Di samping itu, dalam pengorganisasian masyarakat adalah penting dalam upaya memenangkan dukungan dan pemikiran masyarakat.

Beberapa bentuk metode dan media pengorganisasian masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Diskusi, baik yang bersifat formal maupun yang bersifat informal (privat). Diskusi formal dilakukan secara terbuka dengan melibatkan seluas-luasnya anggota masyarakat dari segala macam lapisan. Sedangkan diskusi informal (privat) adalah diskusi yang melibatkan komunitas secara lebih spesifik.

- b. Pelatihan, yang ditujukan pada anggota masyarakat yang nantinya akan mampu menjadi aktor utama dalam pengorganisasian masyarakat.
- c. Bentuk-bentuk aksi juga dapat menjadi sarana pengorganisasian masyarakat dimana suatu aksi yang memberikan impresi yang positif di mata masyarakat juga memiliki potensi untuk meningkatkan partisipasi dalam pengorganisasian tersebut.
- d. Salah satu sarana lainnya adalah sarana yang memiliki karakter penyebaran yang lebih luas dan merata yaitu kampanye dan sosialisasi. Sarana ini dapat dilakukan dalam berbagai cara yaitu dalam bentuk selebaran, radio komunitas, buletin/buku, majalah/koran, video dan seni pertunjukan.

Adanya langkah-langkah pengorganisasian berikut metode dan media pendukung tidak akan efektif apabila kita tidak memperhatikan pembagian tugas, pengenalan wilayah, dan yang tidak kalah penting adalah melakukan transformasi dalam pengorganisasian masyarakat.

MATERI 7

TEKNIK ADVOKASI DAN FASILITASI

Strategi promosi kesehatan menurut WHO (1994) secara global terdiri dari 3 hal sebagai berikut.

1) Advokasi (*advocacy*)

Advokasi merupakan kegiatan membuat keputusan sebagai bentuk memberikan bantuan kepada masyarakat dari penentu kebijakan dalam bidang kesehatan maupun sektor lain di luar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat.

Advokasi adalah upaya untuk meyakinkan orang lain agar membantu atau mendukung terhadap tujuan yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkat sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan dapat berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi, dan sebagainya.

Kegiatan advokasi memiliki bermacam-macam bentuk, baik formal maupun informal. Advokasi dalam bentuk formal seperti

penyajian atau presentasi dan seminar tentang usulan program yang diharapkan mendapat dukungan dari pejabat terkait. Sedangkan kegiatan advokasi dalam bentuk informal seperti mengunjungi pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, yang secara tidak langsung bermaksud untuk meminta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, dan/atau fasilitas lain. Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah kegiatan untuk mendapatkan dukungan dari para pejabat baik eksekutif dan legislatif di berbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan.

2) Dukungan sosial (*social support*)

Promosi kesehatan akan mudah dilakukan jika mendapat dukungan dari berbagai lapisan yang ada di masyarakat. Dukungan dari masyarakat dapat berasal dari unsur informal, seperti tokoh agama dan tokoh adat yang mempunyai pengaruh di masyarakat serta unsur formal, seperti petugas kesehatan dan pejabat pemerintah.

Tujuan utamanya agar para tokoh masyarakat sebagai perantara antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dan masyarakat sebagai penerima program kesehatan. Dengan kegiatan mencari dukungan sosial melalui tokoh masyarakat pada dasarnya adalah untuk mensosialisasikan

program-program kesehatan agar masyarakat menerima dan mau berpartisipasi terhadap program tersebut.

Oleh sebab itu, strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain: pelatihan-pelatihan tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, bimbingan kepada tokoh masyarakat dan sebagainya. Dengan demikian, sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat.

3) Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat secara langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (*visi promosi kesehatan*). Kegiatan pemberdayaan di masyarakat sering disebut gerakan masyarakat untuk kesehatan. Bentuk kegiatan pemberdayaan dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi atau pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (*incomes generating skill*). Dengan meningkatkan kemampuan ekonomi keluarga, akan berdampak terhadap kemampuan dalam

pemeliharaan kesehatan, sebagai contoh yaitu terbentuknya pos obat desa, terbentuknya dana sehat, berdirinya polindes, dan sebagainya. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat itu sendiri.

kegiatan advokasi masyarakat digunakan untuk mempengaruhi perubahan sosial. Advokasi masyarakat adalah proses di mana orang-orang dari masyarakat menjadi terlibat dalam lembaga-lembaga dan keputusan yang akan berdampak dalam kehidupan mereka. Ini memiliki potensi untuk menciptakan lebih banyak dukungan, menjaga informasi, mempengaruhi keputusan, mengaktifkan non peserta, meningkatkan pelayanan, dan program yang lebih responsif.

Auld (1997) menawarkan satu set tips praktis untuk mempengaruhi kebijakan publik. Mereka diadaptasi berlaku untuk mempengaruhi kebijakan publik di tingkat lokal maupun tingkat negara bagian dan federal.

- 1) Membuka pintu. Membangun hubungan yang membangun kepercayaan dan hubungan baik dengan staf, asisten legislatif, dan, jika mungkin, para pejabat sendiri terpilih sehingga Anda dapat mendekati mereka untuk dukungan mereka pada isu yang memprihatinkan. Tahu pada komite

- pejabat Anda terpilih duduk dan bagaimana mereka telah memberikan suara pada isu-isu.
- 2) Mengidentifikasi para pemain. Mengidentifikasi siapa stakeholder pada isu tertentu.
 - 3) Membuat link. Cari tahu bagaimana masalah Anda tertarik terkait dengan masalah kesehatan penduduk/konstituen dari pejabat terpilih. Misalnya, jika Anda tertarik pada penyakit kronis, bagaimana mereka terkait dengan orang tua dalam populasi/konstituen.
 - 4) Posisi Anda. Pastikan posisi Anda dalam masalah ini dikembangkan pada ilmu terbaik yang tersedia dan data.
 - 5) Pengorganisasian pasukan. Mengatur peserta yang mungkin tertarik dalam masalah Anda untuk menunjukkan representasi yang luas dari populasi/konstituen.
 - 6) Mengundang pembuat kebijakan. Menjadwalkan janji dengan pejabat terpilih atau staf untuk mengekspresikan pandangan Anda dalam masalah. Langkahlain dengan yang dapat membantu menjelaskan pandangan Anda. Tepat waktu, singkat, namun bersiaplah untuk mendidik dengan menggunakan contoh-contoh praktis.
 - 7) Menunjukkan kekuatan pers. Menunjukkan link ke media dan bagaimana Anda dan organisasi Anda bisa

- mendapatkan pers positif bagi pejabat terpilih dengan mengaktifkannya.
- 8) Memperkuat pesan Anda. Mengakhiri kunjungan Anda atau menindaklanjuti kunjungan dengan paket yang merangkum posisi Anda pada isu-isu. Seperti masalah bergerak melalui proses legislatif, biarkan resmi terpilih tahu arah pandangan Anda.
 - 9) Melayani sebagai sumber daya. Tetap berhubungan dengan staf dan pejabat terpilih dan menawarkan untuk menjadi nara sumber untuk membantu mereka yang diperlukan dalam masalah ini.
 - 10) Cepat tanggap. Jadilah siap untuk merespon dengan cepat ketika diminta untuk menjadi nara sumber atau bersaksi kepada kelompok legislatif. Permintaan sering datang pada menit terakhir.
 - 11) Mencapai garis finish. Menindaklanjuti sepotong perundang-undangan setelah itu telah berlalu untuk membantu mereka yang harus menerapkannya dan melakukan advokasi untuk pendanaan untuk membantu pelaksanaannya.

MATERI 8

FOCUS GROUP DISCUSSION

A. Pengertian Focus Group Discussion (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) atau Diskusi kelompok terarah adalah suatu proses pengumpulan informasi suatu masalah tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok. Diskusi kelompok terarah adalah wawancara dari sekelompok kecil orang yang dipimpin oleh seorang narasumber atau moderator yang secara halus mendorong peserta untuk berani berbicara terbuka dan spontan tentang hal yang dianggap penting yang berhubungan dengan topik diskusi saat itu.

Menurut Andi Prastowo (2008) Diskusi Kelompok Terarah merupakan suatu bentuk penelitian kualitatif dimana sekelompok orang dimintai pendapatnya mengenai suatu produk, konsep, layanan, ide, iklan, kemasan / situasi kondisi tertentu. Tujuannya adalah untuk memperoleh informasi mendalam pada konsep, persepsi dan gagasan untuk suatu kelompok FGD mengarahkan untuk menjadi lebih dari suatu pertanyaan-pertanyaan interaksi jawaban. Ini merupakan suatu diskusi kelompok antara 6 sampai 12 orang yang

dipandu oleh seorang fasilitator dan co-fasilitator. Anggota kelompok biasanya terdiri atas 6-12 orang. Pemilihan jumlah peserta haruslah didasarkan pada dua hal yaitu: jangan terlalu besar sehingga partisipasi anggotanya menjadi berkurang dan sebaliknya jangan terlalu kecil sehingga gagal memperoleh cakupan yang luas dibanding dengan hanya seorang.

FGD merupakan proses interaktif. FGD dapat digunakan sebagai alat yang kuat dalam sebuah penelitian yang menyediakan informasi secara spontan yang berharga dalam jangka waktu yang singkat dan relatif cepat. FGD merupakan salah satu metode kualitatif dan alat tunggal yang dapat menambah keuntungan misalnya dalam penelitian atau yang lain. Dalam kelompok diskusi, orang-orang cenderung memusatkan pendapatnya berdasarkan pada norma sosial. Akan tetapi pendapat-pendapat itu sebaiknya dibahas dengan ketua dan informan penting dalam FGD melalui wawancara.

B. Tujuan FGD

Tujuan FGD adalah untuk mengeksplorasi masalah yang spesifik, yang berkaitan dengan topik yang dibahas. Teknik ini digunakan dengan tujuan untuk menghindari pemaknaan yang salah terhadap masalah yang dikaji. FGD digunakan untuk menarik kesimpulan terhadap makna-makna intersubjektif

yang sulit diberi makna sendiri oleh peneliti karena dihalangi oleh dorongan subjektivitas peneliti.

C. Manfaat FGD

Manfaat FGD adalah untuk:

- 1) Riset fokus dan pengembangan penelitian hipotesis yang relevan dengan menyelidiki kedalaman lebih besar pada masalah yang akan diselidiki dan penyebab yang mungkin terjadi.
- 2) Merumuskan pertanyaan secara terstruktur, skala yang lebih besar untuk survey.
- 3) Memberikan bantuan untuk memahami dan memecahkan permasalahan yang tak terduga.
- 4) Mengembangkan pesan sesuai program pendidikan kesehatan dan kemudian mengevaluasi pesan agar lebih jelas.
- 5) Menyelidiki topik yang pro dan kontra.
- 6) Untuk merancang kuesioner survey. Hasil FGD sangat mungkin bermanfaat dalam pembuatan kuesioner survey. Mungkin ada pertanyaan-pertanyaan baru yang perlu ditambahkan atau dirubah yang tidak terpikirkan sebelumnya.
- 7) Untuk menggali informasi yang mendalam mengenai

pengetahuan, sikap dan persepsi. Dari suatu studi yang menggunakan FGD biasanya akan dapat menghasilkan istilah-istilah baru yang bersumber dari pengetahuan dan penafsiran masyarakat lokal.

- 8) Untuk mengembangkan hipotesa penelitian.
- 9) Untuk mengumpulkan data kualitatif dalam studi proses-proses penjajagan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pembangunan. Seiring perubahan paradigma baru pembangunan yang makin banyak menggunakan pendekatan partisipatif (*Participatory Approach*), FGD semakin luas pula digunakan dalam setiap pengkajian kualitatif selama proses-proses pembangunan untuk tujuan pemberdayaan masyarakat.

D. Karakteristik FGD

Berikut merupakan karakteristik dari FGD:

- 1) FGD diikuti oleh para peserta yang idealnya terdiri dari 7-11 orang. Kelompok tersebut harus cukup kecil agar memungkinkan setiap individu mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya, sekaligus agar cukup memperoleh pandangan dari anggota kelompok yang bervariasi.

- 2) Peserta FGD terdiri dari orang-orang dengan ciri-ciri yang sama atau relatif homogen yang ditentukan berdasarkan tujuan dan kebutuhan studi atau proyek. Kesamaan ciri-ciri ini seperti: persamaan gender, tingkat pendidikan, pekerjaan atau persamaan status lainnya. Akan lebih baik jika di antara peserta FGD itu berciri-ciri sama tetapi sebelumnya tidak saling mengenal. Jika syarat peserta sebelumnya tidak saling mengenal ini sulit ditemukan, maka fasilitator perlu mengatasi kemungkinan diskusi dan penyampaian pendapat peserta dipengaruhi oleh pengalaman interaksi mereka sebelumnya.
- 3) FGD merupakan sebuah proses pengumpulan data dan karenanya mengutamakan proses. FGD tidak dilakukan untuk tujuan menghasilkan pemecahan masalah secara langsung ataupun untuk mencapai konsesus.
- 4) Metode FGD biasanya digunakan pertanyaan terbuka (*open ended*) yang memungkinkan peserta memberi jawaban dengan penjelasan-penjelasan.
- 5) Topik diskusi untuk FGD ditentukan terlebih dahulu. Pertanyaan dikembangkan sesuai topik dan disusun secara berurutan atau teratur alurnya agar mudah dimengerti peserta. Fasilitator mengarahkan diskusi

dengan menggunakan panduan pertanyaan tersebut.

- 6) Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk melakukan Diskusi Kelompok Terarah (FGD) ini berkisar antara 60 sampai dengan 90 menit. Jika waktu terlalu pendek dikhawatirkan diskusi dan pembahasan masih terlalu dangkal sehingga data yang diperoleh sangat terbatas. Sedangkan jika waktu terlalu lama, dikhawatirkan peserta lelah, bosan atau sangat menyita waktu sehingga berpengaruh terhadap konsentrasi dan perhatian peserta.
- 7) Dalam suatu studi yang menggunakan FGD, lazimnya FGD dilakukan beberapa kali. Jumlahnya tergantung tujuan dan kebutuhan proyek serta pertimbangan teknis seperti ketersediaan dana dan apakah masih ada informasi baru yang perlu dicari.
- 8) FGD sebaiknya dilaksanakan di suatu tempat atau ruang netral disesuaikan dengan pertimbangan utama bahwa peserta dapat secara bebas dan tidak merasa takut untuk mengeluarkan pendapatnya.

E. Alasan Penggunaan FGD

Ada beberapa alasan dipergunakannya FGD yaitu:

- 1) Adanya keyakinan bahwa masalah yang diteliti tidak dapat dipahami dengan metode survei atau wawancara.

- 2) Untuk memperoleh data kualitatif yang bermutu dalam waktu yang relatif singkat.
- 3) Sebagai metode yang dirasa cocok bagi permasalahan yang bersifat sangat lokal dan spesifik oleh karena itu FGD yang melibatkan masyarakat setempat dipandang sebagai pendekatan yang paling ideal.

Alasan lain terkait perlunya melakukan FGD, yaitu alasan filosofis, metodologis, dan praktis:

1) Alasan Filosofis

Pengetahuan yang diperoleh dalam menggunakan sumber informasi dari berbagai latar belakang pengalaman tertentu dalam sebuah proses diskusi, memberikan perspektif yang berbeda dibanding pengetahuan yang diperoleh dari komunikasi searah pada saat pelaksanaan FGD. Diskusi sebagai proses pertemuan antarpribadi sudah merupakan bentuk aksi.

2) Alasan Metodologis

Adanya keyakinan bahwa masalah tidak dapat dipahami dengan metode survei atau wawancara individu karena pendapat kelompok dinilai sangat penting. Untuk memperoleh data kualitatif yang bermutu dalam waktu

relatif singkat. FGD dinilai paling tepat dalam menggali permasalahan yang bersifat spesifik, khas, dan lokal. FGD yang melibatkan masyarakat setempat dipandang sebagai pendekatan yang paling sesuai.

b. Alasan Praktis

Pencarian informasi yang bersifat aksi membutuhkan perasaan memiliki dari objek sehingga pada saat fasilitator memberikan rekomendasi dan aksi, dengan mudah objek bersedia menerima rekomendasi tersebut. Partisipasi dalam FGD memberikan kesempatan bagi tumbuhnya kedekatan dan perasaan memiliki.

F. Jenis-Jenis FGD

Berikut merupakan jenis FGD (8):

- 1) *Two-way focus group* (FGD dua arah) – satu kelompok disaksikan kelompok lain dan membahas diamati interaksi dan kesimpulan.
- 2) *Dual moderator focus group* (Dual moderator fokus grup) – moderator memastikan satu sesi berlangsung lancar, sementara yang lain memastikan bahwa semua topik yang dibahas.
- 3) *Dueling moderator focus group* – dua moderator berada pada sisi yang berlawanan saat berdiskusi.

- 4) *Respondent moderator focus group* – satu atau lebih dari responden diminta untuk bertindak sebagai moderator sementara.
- 5) *Client participant focus groups* – satu atau lebih perwakilan klien berpartisipasi dalam diskusi, baik tertutup ataupun terbuka.
- 6) *Mini focus groups* – kelompok yang terdiri dari empat atau lima anggota bukan 8 sampai 12.
- 7) *Teleconference focus groups* – FGD yang menggunakan jaringan telepon.
- 8) *Online focus groups* (FGD online) – menggunakan internet

G. Langkah-Langkah FGD

Di bawah ini merupakan langkah-langkah FGD:

1) Persiapan dalam Tim

Proyek atau tim fasilitator menyediakan panduan pertanyaan FGD sesuai dengan masalah atau topik yang akan didiskusikan. Panduan pertanyaan wajib disiapkan dengan baik, didukung pemahaman konsep dan teori yang melatarinya. FGD tanpa persiapan disain pertanyaan hanya menghasilkan FGD asalan atau abal-abal, dan karenanyabuang waktu dan biaya saja. FGD yang benar dan baik adalah yang memiliki panduan pertanyaan terdiri atas

serangkaian sistematis dari pertanyaan-pertanyaan terbuka yang akan digunakan fasilitator sebagai acuan memandu FGD.

Tim Fasilitator FGD biasanya berjumlah 2-3 orang, terdiri dari: pemandu diskusi (fasilitator-moderator), pencatat (notulen) dan pengamat (observer). Sekurang-kurangnya tim fasilitator terdiri dari 2 orang, yakni: pemandu diskusi dan pencatat proses dan hasil diskusi. Pemandu diskusi (fasilitator-moderator) perlu membekali dirinya untuk memahami dan mampu menjalankan peran, sebagai berikut:

- 1) Menjelaskan topik diskusi. Tugas ini dijalankan oleh pemandu diskusi (fasilitator-moderator). Ia tidak perlu ahli tentang masalah atau topik yang didiskusikan, yang terpenting adalah harus menguasai pertanyaan-pertanyaannya. Seorang pemandu diskusi juga harus mampu melakukan pendekatan dan mampu memotivasi peserta FGD agar peserta terdorong dan dapat spontan mengeluarkan pendapat. Apabila fasilitator memiliki rasa humor dan mampu memanfaatkannya untuk tujuan tugas memandu diskusi, maka proses dan hasil FGD biasanya akan menjadi lebih baik.

- 2) Mengarahkan kelompok, bukan diarahkan oleh kelompok. Pemandu diskusi bertugas mengajukan pertanyaan-pertanyaan dan harus netral terhadap jawaban peserta. Jangan memberi penilaian jawaban benar atau salah maupun memberikan persetujuan atau tidak setuju. Hindari penyampaian pendapat pribadi karena dapat mempengaruhi pendapat peserta nantinya. Pemandu juga harus mampu mengendalikan ketertiban peserta dalam menyampaikan pendapat dengan cara memfasilitasi kesempatan bagi setiap peserta secara adil (tidak pilih-pilih).
- 3) Pemandu diskusi hendaknya mampu mengendalikan dirinya sendiri. Kendalikan nada suara dan pilihan kata-kata dalam mengajukan pertanyaan. Pemandu diskusi juga harus menanamkan sikap sabar. Di lain pihak hindarilah pembicaraan yang bertele-tele agar waktu tidak lebih banyak digunakan oleh pemandu diskusi sendiri. Ingatlah waktu yang relatif terbatas harus dimanfaatkan secara efisien dan optimal.
- 4) Amati peserta dan tanggap terhadap reaksi mereka. Pemandu harus selalu menunjukkan semangat, konsentrasi dan perhatian yang tinggi untuk mendorong

semua peserta berpartisipasi dalam diskusi. Amati komunikasi non-verbal antar peserta dan tanggaplah terhadap hal itu. Jangan biarkan ada orang yang memonopoli diskusi atau ada pula yang selalu diam.

- 5) Ciptakan suasana informal dan santai tetapi serius. Biasakan menatap mata peserta dengan penuh perhatian secara merata untuk menciptakan hubungan dialogis yang baik dan terjaga.
- 6) Fleksibel dan terbuka terhadap saran, perubahan-perubahan dan lain-lain.
- 7) Jika peserta meminta komentar pemandu diskusi, tidak perlu menghindar. Tanggapilah secara singkat dengan menggunakan jawaban mungkin dan upayakan segera mengembalikan pertanyaan atau melanjutkan pertanyaan kepada peserta. Untuk ini pemandu harus mampu melakukan elaborasi, mengembangkan pertanyaan.
- 8) Mempersiapkan peranan Pencatat (Notulen). Pencatat (Notulen) bertugas mencatat hasil dan proses diskusi. Jika di dalam tim ia hanya berdua saja dengan pemandu diskusi, maka pencatat sekaligus berperan sebagai pengamat (*observer*). Sebaiknya pencatat juga

dilengkapi dengan alat *tape recorder*. Sedangkan foto camera biasanya diperlukan untuk kepentingan dokumentasi. Catatan yang akan dibuat, meliputi:

- a) Waktu pertemuan FGD, terdiri dari Tanggal Pertemuan dan Jam pertemuan (jam mulai dan jam selesai).
- b) Nama masyarakat atau nama kampung/dusun/desa. Catat juga secara singkat informasi tentang masyarakat atau wilayah yang mungkin mempengaruhi aktivitas peserta. Misalnya: jarak dari desa ke pusat-pusat pelayanan administrasi-birokrasi yang lebih tinggi (jarak ke ibukota kecamatan, kabupaten/kota dan provinsi) dan sebagainya.
- c) Tempat lokasi pertemuan (nama gedung, ruang, atau tempat lainnya). Catat juga secara ringkas informasi tentang lokasi itu yang mungkin dapat mempengaruhi partisipasi peserta dalam kegiatan FGD. Misalnya, apakah ruang cukup luas, menyenangkan, dan sebagainya.
- d) Jumlah peserta dan beberapa uraian meliputi: nama peserta, umur, jenis kelamin pendidikan dan sebagainya. Sebaiknya ini dibuat dalam bentuk daftar

hadir dilengkapi dengan tanda tangan peserta yang ditandatanganinya peserta pada saat FGD berlangsung.

- e) Deskripsi umum mengenai dinamika kelompok, misalnya: derajat partisipasi peserta, apakah ada peserta yang mendominasi, peserta yang terkesan bosan, peserta yang selalu diam, dan lain-lain.
- f) Pencatat menuliskan setiap kata-kata yang diucapkan dalam bahasa lokal yang berkenaan dengan masalah atau topik diskusi.
- g) Pencatat juga dapat menjalankan tugas sebagaipengamat, mengingatkan pemandu diskusi kalau ada pertanyaan yang terlupakan, jawaban yang masih perlu diperdalam, atau mengusulkan pertanyaan baru.
- h) Pencatat dapat meminta peserta mengulangi jawaban atau komentarnya agar benar-benar dapat dicatat secara lebih jelas dan lengkap. Berkenaan dengan ini pencatat harus menghindari interpretasi atau penafsiran pribadi dalam membuat catatan dari hasil diskusi.
- i) Pencatat bertugas merekam diskusi dengan menggunakan alat *tape recorder* serta memeriksa

casset dan batrai jika perlu diganti. Hal ini amat penting untuk menjamin seluruh diskusi terekam dengan baik. Penggunaan foto camera dilakukan sekedar untuk dokumentasi kegiatan, misalnya pada waktu senggang di awal, pertengahan, atau akhir acara.

2) Persiapan Kelompok: Mempersiapkan Undangan

Persiapan kelompok dilakukan dengan cara mengundang peserta untuk berpartisipasi dalam FGD yang akan dilakukan. Berkenaan dengan ini hendaknya diperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

- 1) Siapkan undangan tertulis tetapi lakukan juga kunjungan tatap muka langsung untuk mengundang peserta.
- 2) Jelaskan maksud dan tujuan kegiatan serta lembaga yang mengadakan kegiatan studi.
- 3) Jelaskan rencana FGD dan mintalah peserta untuk berpartisipasi dalam FGD. Sebutkan juga mereka yang sudah bersedia ikut serta untuk mendorong peserta lain juga ikut dalam FGD.
- 4) Beritahukan tanggal, waktu, tempat dan lamanya pertemuan sesuai dengan yang tertera pada

undangan tertulis.

- 5) Apabila seseorang tidak bersedia memenuhi undangan, maka coba tekankan kembali arti pentingnya keikut sertaannya dalam FGD. Jika tetap menolak juga, sampaikanlah maaf dan terima kasih. Hubungan baik dan silaturrahim tetap harus dijaga dan tidak boleh terganggu hanya karena orang yang diundang tidak berkenan memenuhi undangan.
- 6) Jika orang yang diundang menyatakan kesediaannya berpartisipasi, maka ulanglah sekali lagi tanggal, tempat dan waktu pelaksanaan FGD untuk mengingatkan kembali.

b. Persiapan sebelum Kegiatan (Acara Pertemuan) FGD

- 1) Tim fasilitator (pengundang) harus datang tepat waktu sebelum peserta (undangan) tiba. Tim fasilitator sebaiknya memulai komunikasi secara informal dengan peserta yang berguna untuk menjalin kepercayaan dan pendekatan masyarakat.
- 2) Tim fasilitator harus mempersiapkan ruangan sedemikian rupa dengan tujuan agar peserta dapat berpartisipasi secara optimal dalam FGD. Sebaiknya peserta duduk melingkar bersama-sama dengan

fasilitator pemandu diskusi. Pencacat biasanya duduk di luar lingkaran tersebut tetapi masih di sekitar lingkaran itu. Fasilitator harus mengusahaakan tidak ada interupsi dari luar dan menjamin bahwa semua peserta yang berpartisipasi duduk selingkar.

c. Pembukaan FGD (Pemanasan dan Penjelasan)

- 1) Pemandu diskusi hendaknya memulai dengan melakukan pemanasan dan penjelasan tentang beberapa hal, seperti: sambutan, tujuan pertemuan, prosedur pertemuan dan perkenalan.
- 2) Dalam menyampaikan sambutan pembuka ucapkanlah terima kasih atas kehadiran informan (peserta). Tekankan arti penting kehadiran mereka sambil menjelaskan pengertian umum FGD. Jelaskanlah maksud dan tujuan diadakannya pertemuan FGD yang sedang dilakukan.
- 3) Perkenalkan diri (nama-nama fasilitator) dan peranannya masing-masing. Kemudian mintalah pula peserta memperkenalkan diri. Pemandu harus cepat mengingat nama peserta yang berguna pada saat memimpin diskusi.

- 4) Jelaskan prosedur pertemuan, seperti: menjelaskan penggunaan alat perekam, kerahasiaan dijaga dan hanya untuk kepentingan studi ini saja, peserta tidak perlu menunggu untuk dimintai pendapat, silahkan berbicara satu per satu sehingga bisa direkam dan tata tertib lainnya untuk kelancaran pertemuan.
- 5) Jelaskan bahwa pertemuan tidak ditujukan untuk mendengarkan memberikan ceramah kepada peserta dan tekankan bahwa fasilitator ingin belajar dari peserta. Tekankan juga bahwa pendapat dari semua peserta sangat penting sehingga diharapkan semua peserta dapat mengeluarkan pendapatnya. Sampaikan bahwa oleh karena itu fasilitator akan mengemukakan sejumlah pertanyaan yang sudah dipersiapkan sebelumnya.
- 6) Mulailah pertemuan dengan mengajukan pertanyaan bersifat umum yang tidak berkaitan dengan masalah atau topik diskusi. Setelah itu proses itu dilalui, barulah mulai memandu pernyataan dengan menggunakan acuan panduan yang sudah disediakan. Jangan lupa! Pemandu diskusi harus menguasai pertanyaan-pertanyaan dan

mengemukakan secara sistematis tanpa selalu harus membacakan secara kaku panduan pertanyaan.

d. Penutupan FGD

- 1) Untuk menutup pertemuan FGD, menjelang acara berakhir jelaskanlah kepada peserta bahwa acara diskusi kita tentang masalah dan atau topik tadi segera akan selesai. Jika pemandu sudah memiliki beberapa kesimpulan umum yang dinilai cukup kuat, sampaikanlah secara singkat point-point pentingnya. Untuk itu tanyakan kembali kepada masing-masing peserta apakah masih ada lagi pendapat atau komentar yang ingin disampaikan atau ditambahkan. Komentar yang sesuai dapat digali lebih mendalam.
- 2) Menjelang pertemuan benar-benar ditutup, sampaikanlah terima kasih kepada peserta atas partisipasi mereka dan nyatakan sekali lagi bahwa pendapat-pendapat mereka semua sangat berguna. Sesudah FGD selesai, tim fasilitator harus segera berkumpul untuk melengkapi catatan lapangan hasil dan proses FGD.

H. Fungsi dan Tugas Fasilitator/Moderator

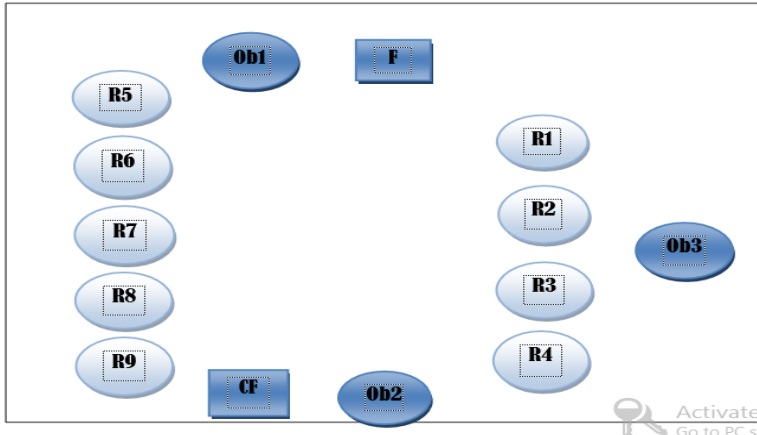
Dalam pelaksanaan sesi ada yang berperan sebagai fasilitator atau moderator untuk fokus kelompok diskusi yang bertindak sebagai perekam. Fungsi fasilitator adalah bertindak sebagai suatu ahli atas topik tertentu. Perannya adalah untuk merangsang dan mendukung diskusi. Tugasnya meliputi memberikan petunjuk dan memberikan dorongan pada saat diskusi berlangsung. Tugas utama moderator atau fasilitator adalah:

- 1) Menjamin terbentuknya suasana yang akrab, saling percaya dan yakin diantara peserta. Peserta harus saling diperkenalkan.
- 2) Menerangkan tatacara berinteraksi dengan menekankan bahwa semua pendapat dan saran mempunyai nilai yang sama dan sama pentingnya dan tidak ada jawaban yang benar atau salah.
- 3) Cukup mengenal permasalahannya sehingga dapat mengajukan pertanyaan yang sesuai dan bersifat memancing peserta untuk berfikir. Perlu adanya garis besar topik yang akan didiskusikan untuk menentukan arah diskusi.
- 4) Moderator harus bersikap santai, antusias, lentur, terbuka

terhadap saran-saran, bersedia diinterogasi, bersabar dan harus dapat mengendalikan suaranya.

- 5) Memperhatikan keterlibatan peserta, tidak boleh berpihak atau membiarkan beberapa orang tertentu memonopoli diskusi dan memastikan bahwa setiap orang mendapat kesempatan yang cukup untuk berbicara.
- 6) Memperhatikan komunikasi atau tanggapan yang berupa bahasa tubuh atau non verbal.
- 7) Mendengarkan diskusi sebaik-baiknya sambil memperhatikan waktu dan mengarahkan pembicaraan agar dapat berpindah dengan lancar dan tepat pada waktunya sehingga semua masalah dapat dibahas sepenuhnya. Lama pertemuan tidak lebih dari 90 menit, untuk menghindari kelelahan.

I. Setting FGD



KETERANGAN :

- F = Fasilitator
- CF = Co-Fasilitator
- Ob 1 & 2 = Observer 1 & 2
- Ob – 3 = Obeserver 3 (Kameramen)

MATERI 9

METODE ANALISIS KUANTITATIF DAN KUALITATIF UNTUK EVALUASI KEGIATAN

A. Pengertian Teknik Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian yang sistematis dan obyektif yang sedang berjalan atau proyek selesai, program, atau kebijakan, dan desain, implementasi dan hasil. Tujuannya adalah untuk menentukan relevansi dan pemenuhan tujuan, efisiensi pengembangan, efektivitas, dampak, dan keberlanjutan. Evaluasi harus memberikan informasi yang kredibel dan berguna, yang memungkinkan penggabungan pelajaran ke dalam proses pengambilan keputusan dari kedua penerima dan donor.

Evaluasi merupakan bagian yang penting dari proses manajemen karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (*feed back*) terhadap program atau pelaksanaan kegiatan. Evaluasi yang tidak dilaksanakan akan berakibat sulitnya mengetahui sejauh mana tujuan-tujuan yang direncanakan itu telah mencapai tujuan. Secara umum, evaluasi dapat didefinisikan sebagai suatu proses untuk menilai atau menetapkan sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Evaluasi adalah membandingkan antara hasil yang telah dicapai oleh suatu program dengan tujuan yang direncanakan.

Menurut kamus istilah manajemen, evaluasi ialah suatu proses bersistem dan objektif menganalisis sifat dan ciri pekerjaan didalam suatu organisasi atau pekerjaan. Levey (1973) mengatakan, *"To evaluate is to make a value judgment, it involves comparing something with another and then making either choice or action decision"*.

Sedangkan menurut Perhimpunan Kesehatan Masyarakat Amerika, evaluasi ialah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dan usaha pencapaian suatu tujuan yang telah ditetapkan. Proses tersebut mencakup kegiatan-kegiatan memformulasikan tujuan, identifikasi kriteria yang tepat untuk digunakan mengukur keberhasilan, menentukan dan menjelaskan derajat keberhasilan dan rekomendasi untuk kelanjutan aktivitas program. Dilihat dari implikasi hasil evaluasi bagi suatu program, dibedakan adanya jenis evaluasi, yakni evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

- a. Evaluasi formatif dilakukan untuk mendiagnosis suatu program yang hasilnya digunakan untuk pengembangan atau perbaikan program. Biasanya evaluasi formatif dilakukan pada proses program (program masih berjalan).
- b. Sedangkan evaluasi sumatif adalah suatu evaluasi yang dilakukan untuk menilai hasil akhir dari suatu program.

Biasanya evaluasi sumatif ini dilakukan pada waktu program telah selesai (akhir program). Meskipun demikian pada praktek evaluasi program sekaligus mencakup kedua tujuan tersebut.

Evaluasi suatu program kesehatan masyarakat dilakukan terhadap tiga hal, yakni evaluasi terhadap proses pelaksanaan program, evaluasi terhadap hasil program dan evaluasi terhadap dampak program.

- a. Evaluasi proses ditujukan terhadap pelaksanaan program yang menyangkut penggunaan sumber daya, seperti tenaga, dana, dan fasilitas lain.
- b. Evaluasi hasil program ditujukan untuk menilai sejauh mana program tersebut berhasil, yakni sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Misalnya meningkatnya cakupan imunisasi, meningkatnya ibu-ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya, dan sebagainya.
- c. Evaluasi dampak program ditujukan untuk menilai sejauh mana program itu mempunyai dampak terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Dampak program-program kesehatan ini tercermin dari membaiknya atau meningkatnya indikator-indikator kesehatan masyarakat. Misalnya menurunnya angka

kematian bayi (IMR), meningkatnya status gizi anak balita, menurunnya angka kematian ibu, dan sebagainya.

B. Ketentuan Evaluasi dan Monitoring

Pada pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi, bagian tertentu untuk menjadi bahan pertimbangan akan tergantung pada intervensi yang dilakukan, dan hasil yang ditetapkan. Bagian dan contoh dari pertanyaan meliputi:

- 1) Relevansi: Apakah tujuan dan sasaran sesuai dengan masalah atau kebutuhan yang sedang ditangani?
- 2) Efisiensi: Apakah program disampaikan secara tepat waktu dan biaya yang efektif?
- 3) Efektivitas: Sejauh mana intervensi yang dibuat mencapai tujuannya? Apa faktor pendukung dan kendala yang dihadapi selama implementasinya?
- 4) Dampak: Apa yang terjadi sebagai hasil dari program ini? Baik dampak yang positif maupun yang negatif.
- 5) Keberlanjutan: Apakah ada manfaat yang berlangsung setelah intervensi selesai?

C. Tujuan Mekanisme Monitoring dan Evaluasi

- 1) Monitoring yang efektif menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini:
 - a) Apakah program tersebut mencapai apa yang diharapkan? Bagaimana? Mengapa atau mengapa tidak?
 - b) Apa hambatan untuk implementasi?
 - c) Apakah kita mengkoordinasikan secara efektif?
 - d) Apa kesenjangan implementasi? Bagaimana kita akan mengatasi mereka?
- 2) Evaluasi yang efektif menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini:
 - a) Apa yang dilakukan?
 - b) Apa yang telah capai?
 - c) Apakah telah mencapai apa yang menjadi tujuan program?
 - d) Apa yang telah di pelajari?

D. Teknik Pengumpulan Data

Secara umum, teknik dan bentuk pengumpulan data dalam rangka evaluasi dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Teknik Non-Tes

- a) Angket (*Questionnaire*)

Angket adalah suatu alat pengumpul data yang berupa serangkaian pertanyaan yang diajukan pada responden untuk mendapat jawaban (Depdikbud:1975). Angket adalah suatu daftar atau kumpulan pertanyaan tertulis yang harus dijawab secara tertulis juga (WS. Winkel, 1987). Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan pengertian angket adalah suatu alat pengumpul data yang berupa serangkaian pertanyaan tertulis yang diajukan kepada subyek untuk mendapatkan jawaban secara tertulis. Angket dapat digolongkan sebagai berikut :

- (1) Angket langsung yaitu menjawab atau mengisi angket itu adalah subjek yang diselidiki sendiri
 - (2) Angket tak langsung yaitu menjawab atau mengisi angket itu adalah bukan subjek yang diselidiki sendiri
- b) Wawancara (*Interview*)

Interview atau sering disebut juga wawancara mempunyai definisi suatu proses komunikasi interaksional antara dua pihak. Cara pertukaran yang digunakan adalah cara verbal dan nonverbal dan mempunyai tujuan tertentu yang spesifik. Tujuan (kedudukan) wawancara

dalam pengumpulan data untuk evaluasi adalah dengan informasi dikumpulkan untuk mendapatkan penjelasan atau pemahaman mengenai suatu fenomena. Data dikumpulkan dengan cara wawancara karena kuesioner tidak dapat diterapkan pada subjek subjek tertentu, atau ada kekhawatiran responden tidak mengisi kuesioner ataupun tidak mengembalikan kuesioner pada peneliti.

c) Pengamatan (*Observation*)

Observasi adalah metode atau cara-cara yang menganalisis dan mengadakan pencatatan secara sistematis mengenai tingkah laku melihat atau mengamati individu atau kelompok secara langsung. Kebaikan dari observasi adalah sebagai berikut :

- (1) Data yang dikumpulkan melalui observasi cenderung mempunyai keandalan yang tinggi. Kadang observasi dilakukan untuk mengecek validitas dari data yang telah diperoleh sebelumnya dari individu-individu.
- (2) Dapat melihat langsung apa yang sedang dikerjakan, pekerjaan-pekerjaan yang rumit kadang-kadang sulit untuk diterangkan.

- (3) Dapat menggambarkan lingkungan fisik dari kegiatan-kegiatan, misalnya tata letak fisik peralatan, penerangan, gangguan suara dan lain-lain.
 - (4) Dapat mengukur tingkat suatu pekerjaan, dalam hal waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu unit pekerjaan tertentu.
- d) Inventori (*inventory*)

Inventori pada hakekatnya tidak banyak berbeda dengan angket. Inventori mengandung sejumlah pertanyaan yang tersusun dalam rangka mengetahui sikap, pendapat dan perasaan dari masyarakat terhadap kegiatan intervensi. Data sebagai informasi umumnya telah disediakan dalam bentuk pilihan ganda, yang harus dipilih oleh masyarakat.

- e) Daftar cek (*checklist*)

Bila kita melakukan evaluasi secara tertulis dan secara lisan, maka kita hanya mengukur kemampuan peserta penyuluhan dalam daerah kognitif saja. Sistem tes tertulis (*pencil and paper test*) seperti itu tidaklah mungkin dapat mengungkapkan kemampuan peserta penyuluhan dalam hal keterampilan. Perubahan tingkah laku dalam hal sikap, minat, dan penyesuaian diri perlu mendapat

perhatian yang tak dapat diungkapkan hanya dengan tes lisan dan tulisan. Oleh karena itu perlu tes lain, yaitu tes perbuatan. Yang dimaksud dengan daftar cek adalah sederetan pertanyaan atau pernyataan yang dijawab responden dengan membubuhkan tanda cek (V) pada tempat yang telah disediakan. Adapun skala bertingkat adalah sejenis daftar cek dengan kemungkinan jawaban terurut menurut tingkatan atau hierarki.

f) Dokumentasi

Studi dokumenter atau dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan menghimpun dan menganalisis dokumen-dokumen, baik dokumen tertulis, gambar maupun elektronik. Dokumen yang telah diperoleh kemudian dianalisis (diurai), dibandingkan dan dipadukan (sintesis) membentuk satu hasil kajian yang sistematis, padu dan utuh. Jadi studi dokumenter tidak sekedar mengumpulkan dan menuliskan atau melaporkan dalam bentuk kutipan-kutipan tentang sejumlah dokumen yang dilaporkan dalam penelitian adalah hasil analisis terhadap dokumen-dokumen tersebut. Dibandingkan dengan metode lain, maka metode ini agak tidak begitu sulit, dalam arti apabila ada kekeliruan

sumber datanya masih tetap, belum berubah. Dengan metode dokumentasi yang diamati bukan benda hidup tetapi benda mati. Dalam menggunakan metode dokumentasi ini peneliti memegang check-list untuk mencari variabel yang sudah ditentukan. Apabila terdapat/muncul variabel yang dicari, maka peneliti tinggal membubuhkan tanda check atau tally di tempat yang sesuai. Untuk mencatat hal-hal yang bersifat bebas atau belum ditentukan dalam daftar variabel peneliti dapat menggunakan kalimat bebas.

2. Teknik Tes

a) Tertulis (*written test*)

Tes adalah suatu alat atau prosedur yang sistematis dan objektif untuk memperoleh data-data atau keterangan-keterangan yang diinginkan tentang seseorang, dengan cara yang boleh dikatakan cepat dan tepat (Indrakusuma, 1993:21).

b) Lisan (*oral test*)

Tes lisan adalah tes yang pelaksanaannya dilakukan dengan mengadakan tanya jawab secara langsung antara pendidik dan peserta didik. Thoha (2003:61) menjelaskan bahwa tes ini termasuk kelompok

tes verbal, yaitu tes soal dan jawabannya menggunakan bahasa lisan.

c) Perbuatan (*performance test*)

Tes perbuatan yakni tes yang penugasannya disampaikan dalam bentuk lisan atau tertulis dan pelaksanaan tugasnya dinyatakan dengan perbuatan atau penampilan.

E. Teknik Analisa Data

1. Analisis Secara Kuantitatif

Analisis kuantitatif dalam suatu penelitian/evaluasi dapat didekati dari dua sudut pendekatan, yaitu analisis kuantitatif secara deskriptif, dan analisis kuantitatif secara inferensial. Masing-masing pendekatan ini melibatkan pemakaian dua jenis statistik yang berbeda. Kedua jenis statistik ini memiliki karakteristik yang berbeda, baik dalam hal teknik analisis maupun tujuan yang akan dihasilkannya dari analisisnya itu. Sesuai dengan namanya, deskriptif hanya akan mendeskripsikan keadaan suatu gejala yang telah direkam melalui alat ukur kemudian diolah sesuai dengan fungsinya. Statistik inferensial fungsinya lebih luas lagi, sebab dilihat dari analisisnya, hasil yang diperoleh tidak sekedar menggambarkan keadaan atau fenomena

yang dijadikan obyek penelitian, melainkan dapat pula digeneralisasikan secara lebih luas kedalam wilayah populasi.

Dalam analisis data, banyak sekali uji statistik yang dapat digunakan, baik secara manual maupun menggunakan bantuan aplikasi komputer. Penggunaan analisis data ini disesuaikan dengan tujuan penelitian. Pada proses evaluasi suatu program / kegiatan, hal yang paling sering dijumpai adalah proses membandingkan hasil yang didapat sebelum dan sesudah dilakukannya suatu intervensi (menggunakan data / sampel berpasangan). Secara statistik, uji yang digunakan adalah Uji T berpasangan (dependent t test), apabila memenuhi syarat / asumsi. Uji lain yang dapat digunakan adalah Uji T Bebas (independent t test), Uji U mann whitney, Uji wilcoxon sign rank test, Uji Mc Nemar, dan Uji Tanda. Beberapa uji tersebut adalah uji statistik yang digunakan untuk melihat perbedaan nilai / hasil dari suatu intervensi.

Berikut tabel singkat mengenai uji beda yang dapat digunakan berdasarkan skala ukur dan sampelnya:

Tabel 1. Cakupan uji hipotesis komparatif

Skala Ukur	Bebas		Berpasangan	
	2 Kelompok	> 2 kelompok	2 Kelompok	> 2 kelompok
Numerik	Uji T Bebas	One Way Anova	Uji T Berpasangan	Repeated Anova
Kategori (ordinal)	U Mann Whitney	Kruskal- Wallis	Wilcoxon	Friedman
Kategori k	Chi square Fisher exact Kolmogorov- smirnov		Mc nemar, Cochran Marginal Homogeneity wilcoxon, Friedman	

2. Analisis Secara Kualitatif

Analisis secara kualitatif merupakan suatu proses tentang pencocokan data bersama-sama, bagaimana membuat yang samar menjadi nyata, menghubungkan akibat dengan sebab. Yang merupakan suatu proses verifikasi dan dugaan, koreksi dan modifikasi, usul dan pertahanan. Data penelitian kualitatif berupa hasil wawancara, observasi partisipan, catatan lapangan (field note) atau hasil diskusi kelompok terarah (focus group discussion). Data yang dikumpulkan merupakan data dalam bentuk narasi / pernyataan. Sehingga analisis data

kualitatif tidak memerlukan uji statistik sebagaimana halnya pada penelitian kuantitatif.

Pengolahan data pada kualitatif dilakukan pada saat sebelum, saat, dan setelah pengambilan data dilapangan. Secara umum pengolahan data pada kualitatif adalah sebagai berikut:

a. Data Reduction

Mengurangi data yang tidak penting sehingga data yang terpilih dapat diproses ke langkah selanjutnya.

b. Pemahaman (*understanding*) dan Menguujinya

Proses ini dapat berupa “pemotongan” data hasil interview dan dimasukkan ke dalam *folder* khusus sesuai dengan tema/pattern yang ada.

c. Interpretasi

Hasil interpretasi kemudian dikaitkan dengan teori yang ada sehingga interpretasi tidak bersifat bias tetapi dapat dijelaskan oleh teori tersebut

Setelah pengolahan data, langkah berikutnya adalah analisis data. Dalam metode kualitatif, ada beberapa analisis yang dapat digunakan. Berikut beberapa analisis dalam kualitatif yang umum digunakan:

a. Content Analysis

Analisis Isi adalah penelitian yang bersifat pembahasan mendalam terhadap isi suatu informasi tertulis atau tercetak dalam media massa. Analisis ini biasanya digunakan pada penelitian kualitatif. Pelopor analisis isi adalah Harold D. Lasswell, yang memelopori teknik symbol coding, yaitu mencatat lambang atau pesan secara sistematis, kemudian diberi interpretasi. Ada beberapa definisi mengenai analisis isi. Analisis isi secara umum diartikan sebagai metode yang meliputi semua analisis mengenai isi teks, tetapi di sisi lain analisis isi juga digunakan untuk mendeskripsikan pendekatan analisis yang khusus. Menurut Holsti, metode analisis isi adalah suatu teknik untuk mengambil kesimpulan dengan mengidentifikasi berbagai karakteristik khusus suatu pesan secara objektif, sistematis, dan generalis. Langkah-langkah yang digunakan:

- 1) Ambil sebuah naskah / transkrip data dan baca
- 2) Lihat dokumen, text, atau pembicaraan untuk mengetahui tema yang muncul
- 3) Hal apa yang paling banyak diceritakan
- 4) Bagaimana tema saling berhubungan

- 5) Buat catatan singkat di pinggir batas transkrip tentang inti informasi
 - 6) Berapa banyak data yang dianalisis (sebuah alenia, kalimat, phrase, baris) harus disebutkan dan berpaku pada hal tersebut.
 - 7) Apa unit makna sesungguhnya? Penggunaan kategori harus: inklusif (semua examples fit sebuah kategori) atau saling berhubungan /berdiri sendiri
 - 8) Temukan secara tepat apa hal-hal yang menjadi bahan atau tema
 - 9) Semua data fit dengan beberapa kategori.
- b. Thematic analysis
- 1) Mencatat semua data secara sistematis
 - 2) Membuat outline data
 - 3) Melakukan perbandingan outline tiap kelompok
 - 4) Membangun tema dan kode
 - 5) Melakukan evaluasi
 - 6) Interpretasi hasil dan menarik kesimpulan
- c. Narrative analysis (studi the individual's speech)
- 1) Analisis ini melihat secara individual
 - 2) The story is what person shares about self

- 3) Studi tentang otobiographi dan perbandingan antaranya
 - 4) Dapat meliputi studi tentang studi tentang literature, diaries atau cerita rakyat
- d. Discourse analysis (FGD)
- 1) Analisis linguistik tentang flow komunikasi, melihat interaksi
 - 2) Biasanya menggunakan recording untuk analisis sehingga dapat di replayed
 - 3) Beberapa orang berdiskusi (tidak individual)
 - 4) Cari pola pertanyaannya, apa yang paling banyak didiskusikan, siapa yang mendominasi waktu dan bagaimana pola interaksinya.
- e. Semiotics analysis
- 1) ilmu tentang tanda, simbol dan body language
 - 2) Menentukan bagaimana makna dari tanda, symbol dibangun.
 - 3) Makna yang muncul dari hubungan dengan faktor-faktor lain
- f. Hermeneutical analysis (*making sense of a written text*)

- 1) Tidak melihat arti obyektif dari teks, tetapi melihat arti teks untuk situasi orang tersebut. Cerita tentang mereka dengan bahasa mereka
- 2) Use context-time and place of writing to understand
- 3) Apa situasi budaya yang melatarbelakangi.
- 4) Dapatkan tema-tema dan hubungkan dialectical context

MATERI 10

TEKNIK MONITORING DAN EVALUASI INTERVENSI

A. Batasan Monitoring

Monitoring adalah kegiatan pemantauan atau pengamatan yang berlangsung selama kegiatan berjalan untuk memastikan dan mengendalikan keserasian pelaksanaan program dengan perencanaan yang telah ditetapkan. Monitoring penelitian merupakan suatu kegiatan atau aktifitas pemantuan terhadap program penelitian agar pelaksanaannya sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

Monitoring adalah kegiatan mengamati perkembangan pelaksanaan rencana pembangunan, mengidentifikasi serta mengantisipasi permasalahan yang timbul dan/atau akan timbul untuk dapat diambil tindakan sedini mungkin. Menurut Departemen Pendidikan Nasional 2001, monitoring lebih menekankan pada pemantauan proses pelaksanaan. Monitoring juga lebih ditekankan untuk tujuan supervisi. Proses dasar dalam monitoring ini meliputi 3 tahap yaitu: (1) menetapkan standar pelaksanaan; (2) pengukuran pelaksanaan; (3) menentukan kesenjangan (deviasi) antara

pelaksanaan dengan standar dan rencana. Menurut Dunn tahun 1981, monitoring mempunyai empat fungsi, yaitu:

- a. Ketaatan (*compliance*). Monitoring menentukan apakah tindakan administrator, staf, dan semua yang terlibat mengikuti standar dan prosedur yang telah ditetapkan.
- b. Pemeriksaan (*auditing*). Monitoring menetapkan apakah sumber dan layanan yang diperuntukkan bagi pihak tertentu bagi pihak tertentu (*target*) telah mencapai mereka.
- c. Laporan (*accounting*). Monitoring menghasilkan informasi yang membantu “menghitung” hasil perubahan sosial dan masyarakat sebagai akibat implementasi kebijaksanaan sesudah periode waktu tertentu.
- d. Penjelasan (*explanation*). Monitoring menghasilkan informasi yang membantu menjelaskan bagaimana akibat kebijaksanaan dan mengapa antara perencanaan dan pelaksanaannya tidak cocok.

Monitoring bertujuan mendapatkan umpan balik bagi kebutuhan program yang sedang berjalan, dengan mengetahui kebutuhan ini pelaksanaan program akan segera mempersiapkan kebutuhan tersebut. Kebutuhan bisa berupa

biaya, waktu, personel, dan alat. Pelaksanaan program akan mengetahui berapa biaya yang dibutuhkan, berapa lama waktu yang tersedia untuk kegiatan tersebut. Dengan demikian akan diketahui pula berapa jumlah tenaga yang dibutuhkan, serta alat apa yang harus disediakan untuk melaksanakan program tersebut.

Secara lebih terperinci monitoring bertujuan untuk mengumpulkan data dan informasi yang diperlukan, memberikan masukan tentang kebutuhan dalam melaksanakan program, mendapatkan gambaran ketercapaian tujuan setelah adanya kegiatan, memberikan informasi tentang metode yang tepat untuk melaksanakan kegiatan, mendapatkan informasi tentang adanya kesulitan-kesulitan dan hambatan-hambatan selama kegiatan, memberikan umpan balik bagi sistem penilaian program, dan memberikan pernyataan yang bersifat penandaan berupa fakta dan nilai.

Fungsi pokok monitoring adalah mengukur hasil yang sudah dicapai dalam melaksanakan program dengan alat ukur rencana yang sudah dibuat dan disepakati, menganalisa semua hasil pemantauan (monitoring) untuk dijadikan bahan dalam mempertimbangkan keputusan serta usaha perbaikan

dan penyempurnaan. Adapun prinsip-prinsip monitoring sebagai berikut:

- a. Monitoring harus dilakukan secara terus-menerus.
- b. Monitoring harus menjadi umpan terhadap perbaikan kegiatan program organisasi.
- c. Monitoring harus memberi manfaat baik terhadap organisasi maupun terhadap pengguna produk atau layanan.
- d. Monitoring harus dapat memotivasi staf dan sumber daya lainnya untuk berprestasi.
- e. Monitoring harus berorientasi pada peraturan yang berlaku.
- f. Monitoring harus obyektif.
- g. Monitoring harus berorientasi pada tujuan program.

2. Elemen Dasar Monitoring Program Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi terdapat beberapa elemen-elemen yang diperhatikan dalam kegiatan monitoring, sebagai contoh adalah puskesmas sebagai salah satu layanan kesehatan di

masyarakat, berikut merupakan elemen-elemen yang dilihat dalam monitoring kegiatan puskesmas:

a. Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP)

1) Analisis Kebutuhan Masyarakat dan Perencanaan Puskesmas

- a) Di Puskesmas ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan bagi masyarakat dan dilakukan kerja sama untuk mengidentifikasi dan merespons kebutuhan dan harapan masyarakat akan pelayanan Puskesmas yang dituangkan dalam perencanaan.
- b) Dilakukan pembahasan bersama dengan masyarakat secara proaktif untuk mengetahui dan menanggapi respons masyarakat terhadap mutu dan kinerja pelayanan, untuk meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan, pelaksanaan upaya Puskesmas, dan terhadap sarana prasarana pelayanan yang disediakan oleh Puskesmas.
- c) Peluang pengembangan dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas dan pelayanan diidentifikasi dan ditanggapi secara inovatif
- d) Perencanaan Operasional Puskesmas disusun secara terintegrasi berdasarkan visi, misi, tujuan Puskesmas,

dan perencanaan strategis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

- e) Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas wajib memonitor pelaksanaan dan pencapaian pelaksanaan pelayanan dan Upaya Puskesmas dan mengambil langkah tindak lanjut untuk revisi/perbaiki rencana bila diperlukan.

2) Akses dan Pelaksanaan Kegiatan

- a) Jenis-jenis pelayanan Puskesmas memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan dan masyarakat.
- b) Seluruh jajaran Puskesmas dan masyarakat memperoleh informasi yang memadai tentang kegiatan Puskesmas sesuai dengan perencanaan yang disusun.
- c) Akses masyarakat terhadap pengelola dan pelaksana pelayanan dalam pelaksanaan kegiatan memadai dan tepat waktu, serta terjadi komunikasi timbal balik antara pengelola dan pelaksana pelayanan Puskesmas dengan masyarakat.

- d) Penjadwalan pelaksanaan pelayanan disepakati bersama dan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan yang direncanakan
- e) Penyelenggaraan pelayanan dan Upaya Puskesmas didukung oleh suatu mekanisme kerja agar tercapai kebutuhan dan harapan pengguna pelayanan, dilaksanakan secara efisien, minimal dari kesalahan dan mencegah terjadinya keterlambatan dalam pelaksanaan.
- f) Adanya mekanisme umpan balik dan penanganan keluhan pengguna pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan.
- g) Keluhan dan ketidaksesuaian pelaksanaan dimonitor, dibahas dan ditindaklanjuti oleh penyelenggara pelayanan untuk mencegah terjadinya masalah dan untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan.

3) Evaluasi

- a) Kinerja Puskesmas dan strategi pelayanan dan penyelenggaraan
- b) Upaya Puskesmas dianalisis sebagai bahan untuk perbaikan
- c) Hasil evaluasi dibahas dan ditindak lanjuti.

- d) Evaluasi meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja Puskesmas.

b. Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP)

1) Persyaratan Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

- a) Lokasi pendirian Puskesmas harus sesuai dengan tata ruang daerah
- b) Bangunan Puskesmas bersifat permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja yang lain.
- c) Bangunan harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat.
- d) Bangunan Puskesmas memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, dan kemudahan dalam pelayanan kesehatan, denganketersediaan ruangan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan yangdisediakan.
- e) Prasarana Puskesmas tersedia, terpelihara, dan berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan. Peralatan medis dan non medis tersedia, terpelihara, dan

berfungsi dengan baik untuk menunjang akses, keamanan, kelancaran dalam memberikan pelayanan sesuai dengan pelayanan yang disediakan.

2) Persyaratan Ketenagaan Puskesmas

- a) Kepala Puskesmas adalah tenaga kesehatan yang kompeten sesuai dengan peraturan perundangan.
- b) Tersedia tenaga medis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan.

3) Kegiatan Pengelolaan Puskesmas

- a) Struktur organisasi ditetapkan dengan kejelasan tugas dan tanggung jawab, ada alur kewenangan dan komunikasi, kerjasama, dan keterkaitan dengan pengelola yang lain.
- b) Kejelasan tugas, peran, dan tanggung jawab pimpinan Puskesmas, penanggung jawab dan karyawan.
- c) Struktur organisasi pengelola dikaji ulang secara reguler dan kalau perlu dilakukan perubahan.
- d) Pengelola dan pelaksana Puskesmas memenuhi standar kompetensi yang dipersyaratkan dan ada

rencana pengembangan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

- e) Karyawan baru harus mengikuti orientasi supaya memahami tugas pokok dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Karyawan wajib mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dipersyaratkan untuk menunjang keberhasilan Upaya Puskesmas.
- f) Pimpinan Puskesmas menetapkan visi, misi, tujuan, dan tata nilai dalam penyelenggaraan Puskesmas yang dikomunikasikan kepadasemua pihak yang terkait dan kepada pengguna pelayanan dan masyarakat.
- g) Pimpinan Puskesmas menunjukkan arah strategi dalam pelaksanaan pelayanan, Upaya/Kegiatan Puskesmas, dan bertanggung jawab terhadap pencapaian tujuan, kualitas kinerja, dan terhadap penggunaan sumber daya.
- h) Puskesmas memfasilitasi pembangunan yang berwawasan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan di wilayah

kerja Puskesmas mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan.

- i) Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas menunjukkan kepemimpinan untuk melaksanakan strategi, mendelegasikan wewenang apabila meninggalkan tugas dan memberikan pengarahan dalam pelaksanaan kegiatan, sesuai dengan tata nilai, visi, misi, tujuan Puskesmas.
- j) Pimpinan Puskesmas dan Penanggung jawab Upaya Puskesmas membina tata hubungan kerja dengan pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektoral.
- k) Adanya cara yang dilakukan dalam membina tata hubungan kerja untuk mencapai tujuan keberhasilan pelayanan.
- l) Pedoman dan prosedur penyelenggaraan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan Puskesmas disusun, didokumentasikan, dan dikendalikan. Semua rekaman hasil pelaksanaan Upaya Puskesmas dan kegiatan pelayanan dikendalikan.
- m) Komunikasi internal antara Pimpinan Puskesmas, Penanggungjawab Upaya Puskesmas dan Pelaksana,

dilaksanakan agar Upaya Puskesmas dan kegiatan Puskesmas dilaksanakan secara efektif dan efisien.

- n) Lingkungan kerja dikelola untuk meminimalkan risiko bagi pengguna Puskesmas dan karyawan.
- o) Jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja dikelola dan dioptimalkan untuk meningkatkan akses dan pelayanan kepada masyarakat.

4) Pengelolaan Data dan Informasi di Puskesmas (Puskesmas sebagai bank data)

Dalam menjalankan fungsi Puskesmas, harus tersedia data dan informasi di Puskesmas yang digunakan untuk pengambilan keputusan baik untuk peningkatan pelayanan di Puskesmas maupun untuk pengambilan keputusan di tingkat Kabupaten.

5) Hak dan Kewajiban Pengguna Puskesmas

- a) Hak dan kewajiban pengguna Puskesmas ditetapkan dan disosialisasikan kepada masyarakat dan semua pihak yang terkait, dan tercermin dalam kebijakan dan prosedur penyelenggaraan Puskesmas.
- b) Adanya peraturan internal yang jelas untuk mengatur perilaku Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab

Upaya Puskesmas dan Pelaksana dalam proses penyelenggaraan Upaya/Kegiatan Puskesmas.

- c) Aturan tersebut mencerminkan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas serta tujuan program kegiatan.

6) Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

Pemeliharaan sarana dan peralatan Puskesmas dilaksanakan dan didokumentasikan secara jelas dan akurat.

7) Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP)

- a) Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas.
- b) Pimpinan Puskesmas, Penanggung jawab Manajemen Mutu, Penanggung jawab Upaya Puskesmas bertanggung jawab menerapkan perbaikan kinerja yang berkesinambungan yang

tercermin dalam pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan sehari-hari.

- c) Adanya upaya memberdayakan pengguna Puskesmas untuk berperan serta dalam memperbaiki kinerja Puskesmas.
- d) Peningkatan kinerja Puskesmas dilakukan secara berkesinambungan. Jika hasil pelayanan atau hasil Upaya/Kegiatan tidak mencapai target, maka dilakukan upaya perbaikan berupa koreksi, tindakan korektif maupun tindakan preventif.
- e) Dilakukan kegiatan kaji banding (*benchmarking*) dengan Puskesmas lain tentang kinerja Puskesmas.

3. Tipe-Tipe Monitoring Program Kesehatan

a. Monitoring Rutin

Kegiatan mengkompilasi informasi secara reguler berdasarkan sejumlah indikator kunci. Jumlah indikator dalam batas minimum namun tetap dapat memberikan informasi yang cukup bagi manajer untuk mengawasi kemajuan/perkembangan. Monitoring rutin dapat dipergunakan untuk mengidentifikasi penerapan program dengan atau tanpa perencanaan.

b. Monitoring Jangka Pendek

Dilakukan untuk jangka waktu tertentu dan biasanya diperuntukkan bagi aktifitas yang spesifik. Seringkali bila aktifitas atau proses-proses baru diterapkan, manajer ingin mengetahui, apakah sudah diterapkan sesuai rencana dan apakah sesuai dengan keluaran yang diinginkan. Pada umumnya manajer memanfaatkan informasi ini untuk membuat penyesuaian dalam tindakan yang baru. Sekali penerapan telah berjalan baik maka indikator kunci dimasukkan kedalam monitoring rutin. Monitoring jangka pendek diperlukan bila manajer menemukan suatu masalah yang muncul berhubungan dengan input atau pelayanan.

Untuk merancang sistem monitoring rutin atau jangka pendek, beberapa hal perlu dipertimbangkan:

- a. Memilih indikator kunci yang akan dipergunakan manajer;
- b. Hindari mengumpulkan data yang berlebihan agar tidak menjadi beban staf.
- c. Berikan *feedback* pada waktu tertentu
- d. Gunakan format laporan yang dapat dengan mudah untuk menginterpretasikan data dan tindakan.

4. Tahapan dalam Melakukan Monitoring Program Kesehatan

Langkah utama monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

- a. Menetapkan standar dan indikator untuk menilai proses pelaksanaan program/ kegiatan. Standar biasa mencakup semua input yang digunakan (dana, meteri/bahan, cara atau metode, SDM, Prosedur, Tehnologi dll).
- b. Mengumpulkan data dan melakukan investigasi kinerja (pengamatan) dari pelaksanaan kegiatan/ proses kegiatan yang dipilih untuk dibandingkan dengan standar/indikator (baik kualitatif maupun kuantitatif) yang telah ditentukan.
- c. Mengamati perubahan lingkungan dan mengumpulkan data untuk pengkajian pengaruh lingkungan tersebut terhadap kegiatan yang sedang dilaksanakan.
- d. Pengolahan, analisis data dan sistesis hasil. Data yang dikumpulkan (termasuk perubahan lingkungan) diolah dan dianalisis untuk membuat penilaian dan kesimpulan tentang proses pelaksanaan kegiatan. Hasil analisis dan kesimpulan akan digunakan lebih lanjut untuk perumusan rekomendasi tindak lanjut.

- e. Pengambil keputusan melakukan tindakan (termasuk koreksi dan penyesuaian kegiatan, maupun perencanaan ulang).
- f. Menyampaikan semua hasil monitoring, pengendalian dan tindak lanjut kepada pihak yang berkepentingan sebagai wujud akuntabilitas dan proses pengambilan keputusan lebih lanjut.

2. Teknik dan Pendekatan Monitoring

Teknik dalam pelaksanaan monitoring dapat dilakukan dengan melalui kegiatan observasi langsung atas proses, wawancara kepada sumber/pelaku utama, dan kegiatan diskusi terbatas melalaui *forum group discussion* untuk memperoleh klarifikasi pelaksanaan program.

a. Pendekatan

Ada berbagai cara untuk memonitor keluaran dan dampak. Cara itu adalah pelaporan sistem sosial (*social accounting*), eksperimentasi sosial (*social experimentation*), pemeriksaan sosial (*social auditing*) dan pengumpulan bahan untuk penelitian sosial (*social research cumulation*). Menurut Pendekatan ini masing-masing mempunyai 2 aspek yaitu aspek yang berhubungan dengan jenis

informasi yang diperlukan. Hal tersebut dapat digambarkan seperti dalam tabel bawah ini:

Tabel 1. Perbandingan antara Empat Pendekatan dalam Monitoring

Pendekatan	Jenis kontrol	Jenis informasi yang diperlukan
Pelaporan sistem sosial	Kuantitatif	Informasi yang ada/ yang baru
Eksperimentasi sosial	Manipulasi langsung dan kuantitatif	Informasi baru
Pemeriksaan sosial	Kuantitatif dan/ kualitatif	Informasi baru
Pengumpulan bahan untuk penelitian sosial	Kuantitatif dan/ kualitatif	Informasi yang ada

Keempat pendekatan ini mempunyai ciri yang bersamaan yaitu bahwa keempatnya: (1) terpusat kepada keluaran kebijaksanaan, sehingga dalam monitoring ini sangat diperhatikan variabel yang mempengaruhi keluaran, baik yang tidak dapat dikontrol oleh pembuat kebijaksanaan (misalnya kondisi sekarang yang sudah ada), dan variabel yang dapat dimanipulasikan atau diramalkan sebelumnya; (2) berpusat pada tujuan, yaitu untuk memberikan pemuasan kebutuhan, nilai atau kesempatan kepada klien atau target; (3) berorientasi pada perubahan.

Tiap-tiap pendekatan itu berusaha untuk memonitor perubahan dalam suatu jangka waktu tertentu, baik dengan menganalisis perubahan unjuk kerja antara beberapa program yang berbeda atau yang sama beberapa variabelnya, atau kombinasi antara keduanya; (4) memungkinkan klasifikasi silang keluaran dan dampak berdasarkan variabel-variabel lain termasuk variabel yang dipergunakan untuk memonitor masukan kebijaksanaan (waktu, uang, tenaga, perlengkapan) dan proses kebijaksanaan (aktivitas, dan sikap administratif, organisasi dan politis yang diperlukan untuk transformasi masukan kebijaksanaan menjadi keluaran); dan (5) berhubungan dengan aspek pelaksanaan kebijaksanaan secara obyektif maupun subyektif. Indikator obyektif didasarkan atas data baru yang diperoleh melalui survei sampel atau studi lapangan.

b. Teknik

1) Observasi

Observasi ialah kunjungan ke tempat kegiatan secara langsung, sehingga semua kegiatan yang sedang berlangsung atau obyek yang ada diobservasi dan dapat dilihat. Semua kegiatan dan obyek yang ada serta

kondisi penunjang yang ada mendapat perhatian secara langsung.

2) Wawancara dan angket

Wawancara adalah cara yang dilakukan bila monitoring ditujukan pada seseorang. Instrumen wawancara adalah pedoman wawancara. Wawancara itu ada dua macam, yaitu wawancara langsung dan wawancara tidak langsung.

3) Focus Group Discussion (FGD)

FGD adalah proses menyamakan persepsi melalui forum diskusi terhadap sebuah permasalahan atau substansi tertentu sehingga diperoleh satu kesamaan (*frame*) dalam melihat dan mensikapi hal-hal yang dimaksud.

3. Batasan Implementasi

Implementasi berasal dari sebuah kata kerja “*implement*” dalam bahasa Inggris dan dibendakan menjadi “*implementation*” yang bermakna menjalankan atau melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan atau sudah ditetapkan sebelumnya. Implementasi merupakan proses pengambilan keputusan secara terus menerus oleh berbagai aktor sebagai hasil mutlak yang ditentukan oleh isi program

yang diupayakan serta tergantung interaksi para pengambil keputusan didalam konteks politik administrasinya. Implementasi merupakan tahap yang sangat menentukan dalam proses kebijakan karena tanpa implementasi yang efektif maka keputusan pembuat kebijakan tidak akan berhasil dilaksanakan.

Suatu program yang telah direncanakan dan dipasarkan, harus kemudian diimplementasikan. Ross dan Mico (1980) menyatakan bahwa implementasi dimulai dari aktivitas, pemberian pertolongan bagi mereka, pemecahan masalah masalah yang mungkin timbul, dan melaporkan kemajuan. Untuk mencapai semua ini, perencana program harus memilih strategi implementasi yang paling tepat dan melihat bahwa setiap perhatian khusus terkait dengan pelaksanaan telah ditangani dengan benar. Perencana memutuskan cara terbaik untuk melaksanakan program yang telah mereka rencanakan berdasarkan sumber daya yang tersedia dan pengaturan program yang telah direncanakan.

Implementasi strategi berkaitan dengan penempatan strategi untuk bekerja. Implementasi mensyaratkan bahwa pemimpin strategis membentuk dan mengkoordinasikan komponen rantai nilai dan memastikan bahwa rencana unit

organisasi secara langsung terkait dengan strategi yang dipilih. Rantai nilai kegiatan akan menciptakan nilai bagi suatu organisasi. Maksudnya disini tentang aktivitas implementasi strategi yang membutuhkan penambahan tempat dimana unit organisasi individu harus menetapkan tujuan dan menciptakan perencanaan tindakan inti yang melaksanakan *directional*, adaptif, pemasukan pemasaran, kompetitif, pelayanan langsung, dan strategi dukungan.

Ada 2 model implementasi dalam implementasi strategi, pertama adalah kombinasi dari beberapa ide yang dicetuskan oleh Parkinson dan kawan-kawan (1982). Mereka menyatakan ada 3 strategi umum yang digunakan, antara lain uji coba program, *phasing in*, dan *total implementation*. Uji coba program merupakan langkah yang sangat penting. Setiap perencana bekerja keras membawa programnya untuk diimplementasikan, ini menjadi sangat penting untuk mencoba mengidentifikasi masalah-masalah dengan program yang mungkin ada. *Phasing in* atau tahapan program, ini memungkinkan perencana untuk memiliki kontrol yang lebih besar terhadap program dan membantu perencana proyek dan fasilitator untuk mendapatkan target. Sedangkan total implementasi sebaliknya harus bekerja ke arah total

implementasi melalui proses uji coba program dan tahapan program. Model kedua dicetuskan oleh Borg dan Gall (1986) untuk penelitian dan perkembangan program, model ini memberikan strategi implementasi secara menyeluruh. Kedua model ini fleksibel dan dapat dimodifikasi untuk memenuhi keadaan dari beberapa program.

Implementasi kebijakan merupakan aktivitas yang terlihat setelah adanya pengarahannya yang sah dari suatu kebijakan yang meliputi upaya mengelola input untuk menghasilkan hasil. Implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, kemudian program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap untuk proses pelaksanaannya dan telah disalurkan untuk mencapai sasaran atau tujuan kebijakan yang diinginkan. Kebijakan biasanya berisi suatu program untuk mencapai tujuan, nilai-nilai yang dilakukan melalui tindakan-tindakan yang terarah.

Suatu kebijakan yang telah dirumuskan tentunya memiliki tujuan-tujuan atau target-target yang ingin dicapai. Pencapaian target baru akan terealisasi jika kebijakan tersebut telah diimplementasikan, dengan demikian dapat dikatakan bahwa implementasi kebijakan adalah tahapan *output* atau *outcomes* bagi masyarakat. Proses menghasilkan

implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, kemudian program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap untuk proses pelaksanaannya dan telah disalurkan untuk mencapai sasaran atau tujuan kebijakan yang diinginkan.

Hal ini senada dengan apa yang diungkapkan Lester dan Stewart Jr yang menjelaskan bahwa implementasi sebagai suatu hasil. Keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih. Laster dan Stewart juga menyatakan bahwa implementasi merupakan sebuah fenomena kompleks yang dapat dipahami sebagai suatu proses, suatu keluaran (*output*), maupun sebagai suatu dampak (*outcome*). Implementasi sebagai suatu proses, yaitu serangkaian tindakan yang ditunjukkan agar keputusan yang dibuat oleh pemerintah dapat dijalankan. Implementasi juga dapat diartikan dalam konteks keluaran, yaitu sejauh mana tujuan-tujuan yang telah direncanakan telah terlaksana. Sedangkan implementasi sebagai dampak, mempunyai makna bahwa telah ada perubahan yang bisa diukur berkaitan dengan kebijakan yang dijalankan.

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya, tidak lebih

dan tidak kurang. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik ada dua pilihan langkah yang ada yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan *derivate* atau turunan dari kebijakan publik tersebut.

Tahap implementasi kebijakan dapat dicirikan dan dibedakan dengan tahap pembuatan kebijakan. Pembuatan kebijakan di satu sisi merupakan proses yang memiliki logika *bottom-up*, dalam arti proses kebijakan diawali dengan penyampaian aspirasi, permintaan atau dukungan dari masyarakat. Sedangkan implementasi kebijakan di sisi lain di dalamnya memiliki logika *top-down*, dalam arti penurunan alternatif kebijakan yang abstrak atau makro menjadi tindakan konkrit atau mikro.

Langkah implementasi kebijakan dapat disamakan dengan fungsi *actuating* dalam rangkaian fungsi manajemen. Aksi disini merupakan fungsi tengah yang terkait erat dengan berbagai fungsi awal, seperti perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pembenahan personil (*stuffing*) dan pengawasan (*controlling*). Sebagai langkah awal pada pelaksanaan adalah identifikasi masalah dan tujuan

serta formulasi kebijakan. Untuk langkah akhir dari rangkaian kebijakan berada pada monitoring dan evaluasi.

Implementasi kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel dan masing-masing variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain. Implementasi kebijakan mempunyai 4 variabel, yaitu:

a. Komunikasi

Implementasi kebijakan mensyaratkan implementor mengetahui hal yang harus dilakukan. Tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas atau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi resistensi dari kelompok sasaran. Semakin tinggi pengetahuan kelompok sasaran atas program maka akan mengurangi tingkat penolakan dan kekeliruan dalam mengaplikasikan kebijakan.

b. Sumber Daya

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumberdaya

tersebut dapat berwujud sumberdaya manusia maupun sumberdaya finansial. Sumberdaya manusia adalah kecukupan baik kualitas dan kuantitas implementor yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumberdaya finansial adalah kecukupan modal dalam melaksanakan kebijakan. Keduanya harus diperhatikan dalam implementasi kebijakan. Tanpa sumberdaya, kebijakan hanya tinggal dikertas menjadi dokumen saja.

c. Disposisi

Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif. Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam program. Komitmen dan kejujurannya membawanya semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahap program secara konsisten. Sikap yang demokratis akan meningkatkan

kesan baik implementor dan kebijakan dihadapan anggota kelompok sasaran. Sikap ini akan menurunkan resistensi dari masyarakat dan menumbuhkan rasa percaya dan kepedulian kelompok sasaran terhadap implementor dan kebijakan.

d. Struktur Birokrasi

Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (SOP atau *standard operating procedures*). SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yaitu prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. Ini menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

4. Program Kesehatan

a. Pengertian program

Program merupakan tahap-tahap dalam penyelesaian rangkaian kegiatan yang berisi langkah-langkah yang akan dikerjakan untuk mencapai tujuan dan merupakan unsur

pertama yang harus ada demi tercapainya kegiatan implementasi. Program akan menunjang implementasi, karena dalam program telah dimuat berbagai aspek antara lain:

- 1) Adanya tujuan yang ingin dicapai.
- 2) Adanya kebijaksanaan-kebijaksanaan yang diambil dalam mencapai tujuan itu.
- 3) Adanya aturan-aturan yang harus dipegang dan prosedur yang harus dilalui.
- 4) Adanya perkiraan anggaran yang dibutuhkan.
- 5) Adanya strategi dalam pelaksanaan.

Selanjutnya, apakah program efektif atau tidak, maka standar penilaian yang dapat dipakai adalah organisasi, interpretasi, dan penerapan. Ketiga standar penilaian tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Organisasi

Maksudnya disini ialah organisasi pelaksanaan program. Selanjutnya organisasi tersebut harus memiliki struktur organisasi, adanya sumber daya manusia yang berkualitas sebagai tenaga pelaksana dan perlengkapan atau alat-alat kerja serta didukung dengan perangkat hukum yang jelas. Struktur organisasi yang kompleks,

struktur ditetapkan sejak semula dengan desain dari berbagai komponen atau subsistem yang ada tersebut. Sumber daya manusia yang berkualitas berkaitan dengan kemampuan aparatur dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Aparatur dalam hal ini petugas yang terlibat dalam pelaksanaan program. Tugas aparat pelaksana program yang utama adalah memberikan pelayanan kepada masyarakat yang dipercayakan kepadanya untuk mencapai tujuan negara. Agar tugas-tugas pelaksana program dapat dilaksanakan secara efektif maka setiap aparatur dituntut memiliki kemampuan yang memadai sesuai dengan bidang tugasnya.

2) Interpretasi

Maksudnya disini agar program dapat dilaksanakan sesuai dengan peraturan atau ketentuan yang berlaku, harus dilihat apakah pelaksanaannya telah sesuai dengan petunjuk pelaksana dan petunjuk teknis yang dikeluarkan oleh pejabat yang berwenang.

3) Penerapan

Maksudnya disini peraturan/kebijakan berupa petunjuk pelaksana dan teknis telah berjalan sesuai dengan ketentuan, untuk dapat melihat ini harus dilengkapi dengan adanya prosedur kerja yang jelas, program kerja serta jadwal kegiatan yang disiplin.

b. Program Kesehatan

Program kesehatan adalah kumpulan dari proyek-proyek di bidang kesehatan baik yang berjangka pendek maupun jangka panjang. Tidak sedikit pihak yang merencanakan antara proyek dan program. Namun berdasarkan sumber dari PMI (*Project Management Institute*), proyek merupakan bagian dari program yang dilaksanakan oleh lembaga bisnis atau pemerintah atau lembaga non-profit. Namun demikian, konsep-konsep dasar pengelolaan program yang baik tetaplah sama dengan konsep-konsep untuk pengelolaan suatu proyek. Konsep-konsep pengelolaan proyek secara baik dikembangkan oleh para akademisi, praktisi, dan lembaga (PMI) dalam istilah *project management*. Pada umumnya, suatu program kesehatan diadakan sebagai realisasi dari rencana program kesehatan di bidang kesehatan yang akan

memberikan dampak pada peningkatan derajat kesehatan suatu masyarakat. Oleh karena itu, suatu program dapat dipastikan memiliki hulu, yaitu rencana program kesehatan.

Banyak program-program kesehatan yang dilaksanakan bersamaan dengan program-program lain, misal program-program di bidang ekonomi atau pendidikan, atau program-program lainnya dengan tujuan umum yang sama, yaitu meningkatkan kemakmuran masyarakat. Oleh karena itu, program-program kesehatan perlu diawasi oleh pengawas baik dari institusi pemerintah maupun dari kalangan politisi dan juga dari lembaga *independent*. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa program kesehatan dapat dijalankan sesuai dengan rencana yang sudah disepakati di awal.

5. Implementasi dan Monitoring Program Kesehatan

Program merupakan unsur pertama yang harus ada demi tercapainya kegiatan implementasi. Unsur kedua yang harus di penuhi dalam proses implementasi program yaitu adanya kelompok masyarakat yang menjadi sasaran program, sehingga masyarakat dilibatkan dan membawa hasil dari program yang dijalankan dan adanya perubahan dan peningkatan dalam kehidupannya. Tanpa memberikan

manfaat kepada masyarakat maka dikatakan program tersebut telah gagal dilaksanakan. Berhasil atau tidaknya suatu program di implementasikan tergantung dari unsur pelaksanaannya (eksekutif). Unsur pelaksanaan ini merupakan unsur ketiga. Pelaksanaan penting artinya karena pelaksanaan baik itu organisasi maupun perorangan bertanggungjawab dalam pengelolaan maupun pengawasan dalam proses implementasi.

Guna mencapai tujuan implementasi program secara efektif, pemerintah harus melakukan aksi atau tindakan yang berupa penghimpunan sumber dana dan pengelolaan sumber daya alam dan manusia. Hasil yang diperoleh dari aksi pertama dapat disebut input kebijakan, sementara aksi yang kedua disebut sebagai proses implementasi kebijakan.

Implementasi program kesehatan berlangsung dalam bentuk serangkaian proyek, dan tindakan-tindakan yang terjadi sepanjang waktu tertentu. Bidang-bidang fungsional memulai kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan program kesehatan dan sumberdaya dimobilisasi. Dengan kata lain, para manajer mengimplementasikan program kesehatan dengan mengubah rencana-rencana umum menjadi tindakan-

tindakan dan hasil-hasil konkrit dan bertahap dari setiap rencana kerjanya (proyek-proyek atau kegiatan-kegiatan).

Pengendalian implementasi adalah bentuk pengendalian program kesehatan yang harus dilakukan ketika suatu peristiwa berlangsung. Pengendalian implementasi dirancang untuk menilai apakah program kesehatan keseluruhan perlu diubah dengan melihat hasil-hasil dari berbagai tindakan pengimplementasian program kesehatan secara total. Ada lima jenis pengendalian implementasi, yaitu (1) pemantauan (monitoring) tindak program kesehatan; (2) pemeriksaan ukuran antara (milestone reviews); (3) pengendalian lingkungan umum program kesehatan (*strategic surveillance control*); (4) pengendalian lingkungan umum program kesehatan (*strategic surveillance control*).

Berikut penjelasannya:

- a. Pemantauan atau monitoring tindak program kesehatan (program kesehatan *thrusts*)

Sebagai alat untuk mengimplementasikan program kesehatan, manajer program kesehatan dapat menggunakan suatu kegiatan sebagai *pilot projectnya*. Pilot project ini merupakan bagian dari apa yang perlu dilakukan agar program kesehatan keseluruhan dapat terlaksana.

Tindak program kesehatan (program kesehatan *thrusters*) ini memberikan informasi kepada manajer-manajer program kesehatan untuk menentukan apakah program kesehatan secara keseluruhan dapat berjalan sesuai rencana atau perlu disesuaikan. Meskipun manfaat tindak program kesehatan tidak perlu diragukan lagi, tetapi tidaklah selalu mudah menggunakannya untuk kepentingan pengendalian. Salah satu ancangan yang dapat dilakukan adalah menyepakati terlebih dahulu dalam proses perencanaan tindak-tindak program kesehatan mana saja yang merupakan faktor kritis dalam keberhasilan suatu program kesehatan. Manajer program kesehatan yang bertanggung jawab atas pengendalian implementasi akan memilih kegiatan-kegiatan ini dan mengamati mereka lebih sering. Ancangan lain adalah menggunakan penilaian stop/jalan (*stop/go assesment*) yang dikaitkan dengan serangkaian ambang batas yang bermakna (biaya, waktu, riset dan pengembangan, sukses, dan sebagainya) yang berhubungan dengan tindak program kesehatan tertentu.

b. Pemeriksaan ukuran antara (*milestone reviews*)

Manajer program kesehatan seringkali berusaha mengidentifikasi ukuran-ukuran (hasil-hasil, antara, atau

milestone) yang akan dicapai selama implementasi program kesehatan berjalan. Ukuran-ukuran ini dapat berupa peristiwa (*event*) penting, alokasi sumber daya utama, atau pemanfaatan waktu tertentu.

c. Pengendalian lingkungan umum program kesehatan (*strategic surveillance control*)

Berdasarkan sifatnya, pengendalian asumsi dan pengendalian implementasi adalah pengendalian terfokus; sedangkan pengawasan program kesehatan bersifat tak terfokus. Pengawasan program kesehatan dirancang untuk memantau beragam peristiwa didalam dan di luar perusahaan yang mungkin sekali mempengaruhi jalannya program kesehatan perusahaan. Pemikiran pokok dibalik pengawasan program kesehatan adalah bahwa informasi penting tetapi tak terduga mungkin dapat ditemukan melalui pemantauan umum terhadap berbagai sumber informasi. Pengawasan program kesehatan harus dijaga sedapat mungkin tak terfokus. Pengawasan ini haruslah berupa kegiatan pengamatan lingkungan (*environmental scanning*) yang longgar. Majalah bisnis, konferensi bisnis, percakapan, dan observasi sengaja maupun tidak, merupakan sasaran dari pengawasan program kesehatan.

Meskipun bersifat longgar, pengawasan program kesehatan memungkinkan sikap waspada di semua kegiatan sehari-hari yang dapat mengungkapkan informasi yang relevan bagi program kesehatan perusahaan.

d. Pengendalian peringatan khusus (*special alert control*)

Jenis lain dari pengendalian program kesehatan yang sesungguhnya merupakan bagian dari ketiga jenis pengendalian terdahulu adalah pengendalian peringatan khusus. Pengendalian peringatan khusus adalah pemikiran kembali terhadap program kesehatan perusahaan secara mendalam, dan seringkali cepat, sebagai akibat dari adanya kejadian tak terduga yang mendadak atau perubahan lingkungan bisnis yang mendadak. Misal krisis moneter 1997 di Indonesia. Kejadian mendadak semacam ini dapat secara drastik mengubah program kesehatan perusahaan dan memicu penilaian kembali program kesehatan perusahaan serta situasi program kesehatan yang ada secara cepat dan besar-besaran. Di banyak perusahaan tim krisis menangani reaksi awal perusahaan terhadap kejadian tak terduga yang mungkin berdampak atas program kesehatannya.

6. Penilaian Implementasi

Ada 3 istilah yang sering digunakan dalam evaluasi, yaitu tes, pengukuran, dan penilaian (*test, measurement, and assessment*). Tes merupakan salah satu cara untuk menaksir besarnya kemampuan seseorang secara tidak langsung, yaitu melalui respons seseorang terhadap stimulus atau pertanyaan. Tes merupakan salah satu alat untuk melakukan pengukuran, yaitu alat untuk mengumpulkan informasi karakteristik suatu objek. Objek ini bisa berupa kemampuan peserta didik, sikap, minat, maupun motivasi. Respons peserta tes terhadap sejumlah pertanyaan menggambarkan kemampuan dalam bidang tertentu. Tes merupakan bagian tersempit dari evaluasi. Pengukuran (*measurement*) dapat didefinisikan sebagai *the process by which information about the attributes or characteristics of thing are determined and differentiated*. Guilford mendefinisikan pengukuran dengan “*assigning numbers to, or quantifying, things according to a set of rules*”.

Pengukuran dinyatakan sebagai proses penetapan angka terhadap individu atau karakteristiknya menurut aturan tertentu. Allen dan Yen mendefinisikan pengukuran sebagai penetapan angka dengan cara yang sistematis untuk menyatakan keadaan individu. Dengan demikian, esensi dari

pengukuran adalah kuantifikasi atau penetapan angka tentang karakteristik atau keadaan individu menurut aturan-aturan tertentu. Keadaan individu ini bisa berupa kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Pengukuran memiliki konsep yang lebih luas dari pada tes. Kita dapat mengukur karakteristik suatu objek tanpa menggunakan tes, misalnya dengan pengamatan, skala rating atau cara lain untuk memperoleh informasi dalam bentuk kuantitatif.

Penilaian (*assessment*) memiliki makna yang berbeda dengan evaluasi. *The Task Group on Assessment and Testing (TGAT)* mendeskripsikan asesmen sebagai semua cara yang digunakan untuk menilai unjuk kerja individu atau kelompok. Popham (1995) mendefinisikan asesmen dalam konteks pendidikan sebagai sebuah usaha secara formal untuk menentukan status siswa berkenaan dengan berbagai kepentingan pendidikan. Boyer dan Ewel mendefinisikan asesmen sebagai proses yang menyediakan informasi tentang individu siswa, tentang kurikulum atau program, tentang institusi atau segala sesuatu yang berkaitan dengan sistem institusi. *Processes that provide information about individual students, about curricula or programs, about institutions, or about entire systems of institutions.* Berdasarkan berbagai

uraian di atas dapat disimpulkan bahwa *assessment* atau penilaian dapat diartikan sebagai kegiatan menafsirkan data hasil pengukuran.

Evaluasi merupakan suatu proses menyediakan informasi yang dapat dijadikan sebagai pertimbangan untuk menentukan harga dan jasa (*the worth and merit*) dari tujuan yang dicapai, desain, implementasi dan dampak untuk membantu membuat keputusan, membantu pertanggung jawaban dan meningkatkan pemahaman terhadap fenomena. Menurut rumusan tersebut, inti dari evaluasi adalah penyediaan informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil keputusan.

Pengukuran, penilaian dan evaluasi bersifat hirarki. Evaluasi didahului dengan penilaian (*assessment*), sedangkan penilaian didahului dengan pengukuran. Pengukuran diartikan sebagai kegiatan membandingkan hasil pengamatan dengan kriteria, penilaian (*assessment*) merupakan kegiatan menafsirkan dan mendeskripsikan hasil pengukuran, sedangkan evaluasi merupakan penetapan nilai atau implikasi perilaku.

Brinkerhoff (1986) menjelaskan bahwa evaluasi merupakan proses yang menentukan sejauh mana tujuan

pendidikan dapat dicapai. Menurut Brinkerhoff (1986), dalam pelaksanaan evaluasi ada 7 elemen yang harus dilakukan, yaitu: 1) penentuan fokus yang akan dievaluasi (*focusing the evaluation*), 2) penyusunan desain evaluasi (*designing the evaluation*), 3) pengumpulan informasi (*collecting information*), 4) analisis dan interpretasi informasi (*analyzing and interpreting*), 5) pembuatan laporan (*reporting information*), 6) pengelolaan evaluasi (*managing evaluation*), dan 7) evaluasi untuk evaluasi (*evaluating evaluation*).

Dalam pengertian tersebut menunjukkan bahwa dalam melakukan evaluasi, evaluator pada tahap awal harus menentukan *focus* yang akan dievaluasi dan desain yang akan digunakan. Hal ini berarti harus ada kejelasan apa yang akan dievaluasi yang secara implisit menenkankan adanya tujuan evaluasi, serta adanya perencanaan bagaimana melaksanakan evaluasi. Selanjutnya, dilakukan pengumpulan data, menganalisis dan membuat interpretasi terhadap data yang terkumpul serta membuat laporan.

Evaluasi merupakan proses yang sistematis dan berkelanjutan untuk mengumpulkan, mendeskripsikan, menginterpretasikan dan menyajikan informasi untuk dapat digunakan sebagai dasar membuat keputusan, menyusun

kebijakan maupun menyusun program selanjutnya. Adapun tujuan evaluasi adalah untuk memperoleh informasi yang akurat dan objektif tentang suatu program. Informasi tersebut dapat berupa proses pelaksanaan program, dampak/hasil yang dicapai, efisiensi serta pemanfaatan hasil evaluasi yang difokuskan untuk program itu sendiri, yaitu untuk mengambil keputusan apakah dilanjutkan, diperbaiki atau dihentikan. Selain itu, juga dipergunakan untuk kepentingan penyusunan program berikutnya maupun penyusunan kebijakan yang terkait dengan program.

7. Metode Pengumpulan Data

a. Sumber Data

Data merupakan unsur kegiatan evaluasi sangat penting, mengingat data merupakan bukti yang menunjukkan fakta kondisi yang sebenarnya di masyarakat. Data yang digunakan untuk evaluasi dikumpulkan dari banyak sumber. Secara garis besar, sumber data dibedakan menjadi dua sumber, yaitu pertama berasal dari masyarakat (*population data based*) dan yang kedua berasal dari fasilitas (*facility data based*). Sumber data tersebut sangat terkait dengan tingkat pengukuran. Apabila evaluasi dilakukan di tingkat program maka sumber

data berasal dari fasilitas baik melalui data akhir program maupun survei yang di fasilitas, sedangkan jika evaluasi dilakukan di tingkat masyarakat maka sumber data berasal dari masyarakat.

Adapun jenis informasi atau data yang dibedakan berdasarkan sumbernya antara lain:

- 1) Data Primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari sumbernya. Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara terhadap tokoh-tokoh kunci (*key persons*) yang berperan dalam pelaksanaan program.
- 2) Data Sekunder, yaitu data yang bukan dari diusahakan sendiri dalam pengumpulannya, diperoleh dari instansi terkait dalam penelitian maupun laporan-laporan atau dokumentasi kegiatan yang telah dilaksanakan. Dokumentasi, yaitu berusaha menghimpun, memeriksa dan mencatat dokumen-dokumen yang menjadi sumber penelitian yang dapat berupa laporan, buku-buku, pedoman dan peraturan pelaksanaan program serta sumber-sumber lain yang berkaitan dengan data-data tentang suatu Program. Data tersebut akan mendukung dan melengkapi analisis data yang didapat dari hasil wawancara maupun dari observasi.

b. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data adalah strategi mendapatkan data-data yang diperlukan. Keberhasilan evaluasi sebagian besar tergantung kepada teknik-teknik pengumpulan data. Maksudnya untuk memperoleh bahan-bahan, keterangan, kenyataan-kenyataan dan informasi yang dapat dipercaya. Proses pengumpulan data dapat dilakukan melalui teknik-teknik berikut:

1. Observasi

Menurut Basrowi dan Suwandi (2008), observasi adalah semua yang dilihat dan didengar asalkan sesuai dengan tema penelitian, semuanya dicatat dalam kegiatan observasi yang terencana secara fleksibel dan terbuka. Sedangkan menurut Nazir Moh (2009) observasi langsung adalah cara pengambilan data dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan alat standar lain untuk keperluan tersebut.

2. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu oleh dua pihak, yaitu pewawancara sebagai

pemberi pertanyaan dan yang diwawancarai sebagai pemberi jawaban atas pertanyaan itu. Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti terhadap responden untuk memperoleh keterangan yang lebih jauh dari sekedar observasi.

3. Angket

Angket merupakan teknik mengoleksi data yang digunakan oleh peneliti yang dikembangkan berdasarkan teori yang digunakan (Sukidin, Basrowi dan Suranto, 2008: 106). Angket merupakan teknik pengumpulan data dengan menyebarkan sejumlah pertanyaan-pertanyaan, baik yang bersifat terbuka maupun tertutup dan dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis (Supardan Dadang,2007: 253).

4. Review dokumen

Review dokumen yaitu melakukan pencatatan data dari dokumentasi kegiatan atau program yang ada. Foto atau dokumen tersebut berguna untuk memperkuat atau sebagai pendukung data yang telah terkumpul. Sehingga data itu dapat saling melengkapi dan benar-benar valid.

8. Pengukuran Input Meliputi Sumber Daya Fisik

a. Pengukuran

Pengukuran (*measurement*) dapat didefinisikan sebagai *the process by which information about the attributes or characteristics of thing are determined and differentiated*. Guilford mendefinisikan pengukuran dengan *assigning number to, or quantifying, things according to a set of rules*. Pengukuran dinyatakan proses penetapan angka atau karakteristiknya aturan tertentu. Ahli lain mendefinisikan pengukuran sebagai penetapan angka dengan cara yang sistematis untuk menyatakan keadaan menurut aturan-aturan tertentu.

Pengukuran dapat diartikan dengan kegiatan untuk mengukur sesuatu. Pada hakekatnya, kegiatan ini adalah membandingkan sesuatu dengan atau sesuatu yang lain. Jika kita mengukur suhu badan seseorang dengan termometer, atau mengukur jarak kota A dengan kota B, maka sesungguhnya yang sedang dilakukan adalah mengkuantifikasi keadaan seseorang atau tempat kedalam angka. Karenanya, dapat dipahami bahwa pengukuran itu bersifat kuantitatif.

Maksud dilaksanakan pengukuran sebagaimana dikemukakan Anas Sudijono (1996), ada 3 macam yaitu pengukuran yang dilakukan bukan untuk menguji sesuatu seperti orang mengukur jarak dua buah kota, pengukuran untuk menguji sesuatu seperti menguji daya tahan lampu pijar, serta pengukuran yang dilakukan untuk menilai. Pengukuran ini dilakukan dengan jalan menguji hal yang ingin dinilai seperti kemajuan belajar dan lain sebagainya.

Menurut Mardapi (2004) pengukuran pada dasarnya adalah kegiatan penentuan angka terhadap suatu obyek secara sistematis. Karakteristik yang terdapat dalam obyek yang diukur ditransfer menjadi bentuk angka sehingga lebih mudah untuk dinilai. aspek-aspek yang terdapat dalam diri manusia seperti kognitif, afektif dan psikomotor dirubah menjadi angka. Karenanya, kesalahan dalam mengangakan aspek-aspek ini harus sekecil mungkin. Kesalahan yang mungkin muncul dalam melakukan pengukuran khususnya dibidang ilmu-ilmu sosial dapat berasal dari alat ukur, cara mengukur dan obyek yang diukur.

b. Sumber Daya Fisik

Sumber daya fisik termasuk sumber daya material, fasilitas, perlengkapan, dan peralatan (Kettner, Moroney, &

Martin, 1999). Sumber daya material merupakan barang-barang yang nyata yang diperlukan untuk memberikan intervensi dan memberikan dukungan program. peralatan intervensi mungkin, misalnya termasuk manset tekanan darah, jarum suntik, atau mesin pencitraan. Space-biasa disebut fasilitas adalah sumber bahan lainnya yang diperlukan untuk kedua intervensi dan mendukung program. Biaya yang terkait dengan memiliki atau mengomel kelas, auditorium, komunitas ruang pertemuan, ruang tunggu, ruang pemeriksaan, dan kantor harus diperhitungkan. Persediaan merupakan biaya bahan lain. Mereka meliputi perlengkapan kantor lain-lain (misalnya kertas, alat tulis, pena, klip, perlengkapan komputer), sumber daya khusus untuk staf program (yaitu langganan jurnal, sumber daya atau manual referensi), dan setiap item yang neede terkait dengan intervensi (yaitu tas jinjing, papan klip, berhenti jam tangan, *Band-Aids*, *flip chart*). Sumber daya fisik mungkin diperlukan untuk evaluasi serta umumnya perlengkapan kantor dan ruang penyimpanan untuk hasil pengolahan data. Menjaga kecukupan pasokan, tanpa penimbunan, merupakan fungsi pengendalian persediaan, memiliki terlalu banyak persediaan tidak

terpakai mengurus sumber daya moneter yang mungkin diperlukan untuk biaya lain.

Sebuah kategori besar sumber daya fisik peralatan kantor: komputer, printer, kabel, mesin fax, dan mesin fotokopi. Jika biaya barang-barang exceed jumlah yang ditentukan oleh organisasi, pembelian item tersebut akan dianggap sebagai biaya modal dan akan membutuhkan persetujuan khusus dan prosedur pemesanan mungkin khusus. Juga, beberapa lembaga donor tidak baik pada pembelian peralatan kantor standar jika melebihi jumlah tertentu. Untuk alasan ini, banyak manajer program meminimalkan pembelian yang dianggap belanja modal.

9. Pengukuran Output Meliputi Sistem Informasi dan Pendanaan

a. Pengukuran output meliputi sistem informasi

Istilah penilaian (*assesment*) dipakai sebagai sinonim untuk evaluasi. Dalam konteks ini, istilah tersebut seringkali dipergunakan dalam hubungannya dengan pengamatan kegiatan pelayanan kesehatan atau para pekerja kesehatan sewaktu mereka menangani tugas pelayanan kesehatan.

Pada Manajemen di tingkat Puskesmas dalam rangka terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan

dan upaya kesehatan masyarakat perlu ditunjang dengan manajemen Puskesmas yang baik. Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran Puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan yang sistematis dilaksanakan oleh Puskesmas dengan memperhatikan fungsi-fungsi manajemen. Pada tahapan fungsi pelaksanaan dan pengendalian dilakukan kegiatan pemantauan yaitu suatu penyelenggaraan kegiatan yang harus diikuti secara berkala. Salah satu kegiatan adalah telaahan internal yaitu telaahan bulanan terhadap penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai oleh Puskesmas. Dibandingkan dengan rencana dan standar pelayanan. Data yang dipergunakan diambil dari Sistem Informasi Manajemen Puskesmas atau SIMPUS yang berlaku. Sistem Informasi Manajemen Puskesmas adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya.

Pada prinsipnya informasi kesehatan merupakan informasi yang mendukung proses pengambilan keputusan disetiap jenjang administrasi kesehatan. Selain itu beberapa

aspek penting dalam Informasi kesehatan adalah akurasi dan ketepatan penyajian informasi, pengelolaan informasi kesehatan harus memadukan pengumpulan data melalui cara rutin dan non rutin. Aspek kerahasiaan serta otoritas informasi harus diperhatikan.

Informasi yang dibutuhkan adalah salah satu hal yang harus dikemukakan pada awal direncanakannya monitoring dan evaluasi. Tujuannya adalah untuk mengetahui apa yang telah dan akan diketahui untuk menilai suatu intervensi. Jenis informasi yang akan dikumpulkan akan berkaitan erat dengan metode atau cara yang akan digunakan dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi, sehingga perencanaan dapat lebih lengkap dan terarah.

Bila pengukuran dilakukan berturut-turut sepanjang waktu, maka akan memberikan informasi arah dan kecepatan perubahan program yang terjadi, sehingga dapat dipakai untuk membandingkan daerah atau kelompok lain yang berbeda pada waktu yang sama atau kelompok yang sama dalam waktu yang berbeda. Beberapa ukuran indikator yang biasa digunakan, yaitu:

- 1) Jumlah: merupakan ukuran yang paling sederhana, yaitu hanya jumlah kejadian atau objek/kasus. Contoh: 56 kunjungan, 9765 bayi yang diimunisasi
- 2) Ratio: perbandingan dua angka (pembilang/numerator dan penyebut/denominator) yang saling terpisah satu sama lain atau pembilang bukan bagian dari penyebut. Contoh: jumlah dukun terlatih per populasi (1:490), rasio jenis kelamim (99:100), dan jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (390: 100.000).
- 3) Proporsi: Ratio perbandingan pembilang dengan penyebut dimana pembilang merupakan bagian dari penyebut. Contoh: Dari 5000 balita terdapat 3250 bayi telah diimunisasi ($3250/5000 = 0,65$) Persentase: proporsi dikalikan 100. Contoh: 65% bayi telah diimunisasi ($3250/5000 * 100 = 0,65$).

Hasil kegiatan (keluaran/output operasional) dapat diukur dengan berbagai cara. Keluaran operasional 'penyebaran pesan-pesan' dapat diukur melalui medianya (surat kabar, radio dan sebagainya), pada penerima akhir (jumlah yang dapat dicapai) atau pada sejumlah titik tengah/antara (pihak yang meneruskan keterangan). Pencapaian hasil biasanya diukur dengan cara seperti

menghubungkan hasil dengan target yang telah ditetapkan. Bila terdapat pilihan, pencapaian yang akan diukur haruslah yang dapat diukur lebih mudah (atau lebih murah), asalkan kemudahan pengukuran itu menghasilkan keterangan yang dapat dipercaya. Misal, di Wilayah Jawa, telah diputuskan untuk menggunakan tiga variabel untuk mengukur kemajuan kerja tim kesehatan: jumlah tahunan wanita hamil yang diimunisasi dinyatakan dalam persentase dari jumlah total wanita hamil, jumlah tahunan penambahan para DB yang dilatih ulang dan perbandingan jumlah kepala desa yang menyampaikan/meneruskan lima atau lebih pesan. Keputusan ini memerlukan pemantauan terus menerus imunisasi di semua klinik antenatal dan perkiraan jumlah total kehamilan dalam setahun, pencatatan para DB yang dilatih ulang pada tiap-tiap kursus, perkiraan jumlah DB yang berpraktek pada suatu saat tertentu, dan mengadakan survei terhadap semua kepala desa sekali setahun.

Contoh ini membicarakan informasi yang akan dikumpulkan. Tiga tugas pengumpulan, pencatatan, dan pelaporan serta pengolahan dapat dilimpahkan kepada staf yang bertanggung jawab atas kegiatan, pelayanan,

pelatihan dan pendukung. Saat kegiatan dapat ditetapkan, contohnya, setiap bulan untuk pengumpulan dan pelaporan, setiap kuartal untuk pengolahan dan setahun sekali untuk pemeriksaan bersama.

Informasi yang diperlukan untuk mengukur kinerja bisa didapatkan dari catatan rutin yang dikumpulkan. Jadi, pada contoh di atas, informasi yang diperlukan akan mencakup tanggal selesainya kursus yang direncanakan serta penyebaran pesan-pesan, perbandingan jumlah wanita hamil yang telah diimunisasi dan jumlah kasus tetanus neonatarum yang timbul selama jangka waktu yang diamati, dan jumlah desa tempat target pelayanan, pelatihan, dan penyebaran pesan yang sudah dan belum tercapai.

Jenis tugas khusus seperti ini paling baik bila dikerjakan oleh para staf sendiri, sebagai bagian dari pemantauan rutin terhadap pelayanan dan kegiatan lainnya, yang memang merupakan tanggung jawab mereka. Dengan melimpahkan tugas kepada mereka, manajemen memberi kesempatan agar para staf menjadi orang pertama yang mengetahui keberhasilan dan

kegagalan mereka, dan agar menyesuaikan kinerja mereka bilamana perlu.

b. Pengukuran *output* meliputi Pendanaan

Keberhasilan suatu program kesehatan akan dilihat dari 3 perspektif dasar, yaitu perspektif *budget*, perspektif spesifikasi, dan perspektif waktu. Ketiga perspektif ini akan dijadikan acuan bagi pihak-pihak yang terkait dengan program tersebut untuk memberikan penilaian sukses tidaknya suatu program kesehatan. Program yang sukses adalah program yang memenuhi tiga kriteria, yaitu *on budget*, *on time*, dan *on specs/scope*.

Perspektif *budget* menitikberatkan pada kesesuaian antara biaya yang dikeluarkan dengan anggaran yang direncanakan. Beberapa program mengalami kondisi yang tidak *on budget*. Artinya, dana yang diserap untuk program kesehatan tidak sesuai dengan yang dianggarkan. *Gap* yang terjadi dapat berupa *Gap* positif ataupun *Gap* negatif. *Gap* positif terjadi pada saat dana yang dikeluarkan lebih sedikit dari yang dianggarkan, sedangkan *gap* negatif terjadi apabila dana yang dikeluarkan untuk program kesehatan lebih besar daripada dana yang dianggarkan.

Konsep program manajemen melihat bahwa setiap gap yang terjadi, apakah itu gap positif atau negatif, tetaplah suatu bentuk penyimpangan dan harus diketahui hal-hal apa saja yang memberikan kontribusi pada terjadinya gap tersebut. Sedangkan Perspektif waktu menilai suatu program berdasarkan kemampuan program tersebut untuk dapat diselesaikan sesuai dengan rencana waktu yang telah dibuat dan Perspektif spesifikasi menentukan keberhasilan suatu program berdasarkan kesesuaian hasil program dengan spesifikasi yang telah direncanakan.

Program kesehatan yang *on budget* belum dapat dikatakan berhasil. Untuk dapat dikatakan berhasil apabila juga memenuhi kriteria *on time* dan *on specs*. Misal, suatu program SMK3 di sebuah perusahaan dilaksanakan dan memenuhi *criteria on budget*. Namun tetap saja kejadian kecelakaan kerja tetap meningkat. Demikian pula kita tidak dapat mengatakan suatu program itu sukses hanya karena *on time* atau *on specs*. Untuk dapat dikatakan sukses, sebuah program harus memenuhi ketika kriteria tersebut.

Untuk menentukan sejauh mana suatu program kesehatan dapat memanfaatkan dana sesuai dengan

rencananya, manajer program harus dapat mengukur secara akurat berapa unit input yang digunakan untuk menghasilkan *output*. Di samping itu juga perlu diketahui berapa jumlah *output* yang telah dihasilkan. Sistem kontrol atau pengendalian berisi ukuran-ukuran yang memungkinkan manajer program kesehatan untuk mengetahui sejauh mana tingkat kesesuaian antara biaya yang dikeluarkan untuk program kesehatan dengan dana yang direncanakan untuk program kesehatan tersebut. Selain itu, dalam situasi di mana manajer menggunakan cara-cara baru untuk melaksanakan program kesehatan yang dipandang lebih efisien, ukuran-ukuran ini akan menginformasikan kepada manajer program kesehatan seberapa sukses manajer tersebut menjalankan sistem yang baru. Informasi yang demikian itu tidak akan dapat diperoleh manajer program kesehatan apabila dalam program kesehatan tersebut tidak ada suatu sistem kontrol. Oleh karena itu, pengembangan sistem kontrol untuk program kesehatan menjadi semakin penting dalam era yang semakin mengarah ke *good governance* ini.

10. Evaluasi

Menurut kamus besar Indonesia, evaluasi adalah suatu penilaian dimana penilaian itu ditujukan pada orang yang lebih tinggi atau yang lebih tahu kepada orang yang lebih rendah, baik itu dari jabatan strukturnya atau orang yang lebih rendah keahliannya. Evaluasi adalah suatu proses penelitian positif dan negatif atau juga gabungan dari keduanya.

Pada umumnya evaluasi adalah suatu pemeriksaan terhadap pelaksanaan suatu program yang telah dilakukan dan yang akan digunakan untuk meramalkan, memperhitungkan, dan mengendalikan pelaksanaan program ke depannya agar jauh lebih baik. Evaluasi lebih bersifat melihat ke depan dari pada melihat kesalahan-kesalahan dimasa lalu, dan ditujukan pada upaya peningkatan kesempatan demi keberhasilan program. Dengan demikian misi dari evaluasi itu adalah perbaikan atau penyempurnaan di masa mendatang atas suatu program. Evaluasi menurut Suryahadi (2007) terbagi menjadi 2 jenis, yaitu:

a. Menurut Waktu Pelaksanaan:

- 1) Evaluasi Formatif, yaitu dilaksanakan pada waktu pelaksanaan program, bertujuan untuk memperbaiki

pelaksanaan program, sehingga akan ditemukan masalah-masalah dalam pelaksanaan program.

- 2) Evaluasi Sumatif, yaitu dilaksanakan pada saat pelaksanaan program sudah selesai, bertujuan untuk menilai hasil pelaksanaan program, sehingga akan ditemukan capaian dalam pelaksanaan program.

b. Menurut Tujuan

- 1) Evaluasi proses: bagaimana program berjalan dengan fokus pada masalah penyampaian pelayanan (*service delivery*).
- 2) Evaluasi biaya-manfaat: mengkaji biaya program relatif terhadap penggunaan sumberdaya dan manfaat program.
- 3) Evaluasi dampak: apakah program dapat memberikan pengaruh yang diinginkan.

Setiap jenis kebijakan termasuk diantaranya kebijakan membutuhkan pengawasan terhadapnya. Pengawasan tersebut meliputi pemantauan, penilaian dan analisa dampak. Pemantauan dan penilaian dilakukan terhadap satu kebijakan berdasarkan hasil yang diperoleh dari pelaksanaan kebijakan tersebut. Hasil yang diperoleh dapat dibedakan menjadi 2,

yang masing-masing menjadi indikator dalam proses pemantauan dan penilaian.

Pertama *Output*, yaitu alat pemantauan, merupakan target antara yang menunjukkan sejauh mana kebijakan tersebut dilaksanakan. Kedua *Outcome*, yaitu alat dalam penilaian atau evaluasi, merupakan target hasil dari tujuan antara-output -yang juga merupakan tujuan kebijakan itu sendiri (menunjukkan efektifitas kebijakan tersebut).

Dalam pelaksanaan evaluasi, terdapat beberapa tahap pekerjaan yang perlu dilakukan. Untuk memperoleh hasil evaluasi yang efektif, penting untuk memastikan bahwa setiap tahap pekerjaan ini dilaksanakan dengan benar. Tahapan proses evaluasi adalah sebagai berikut:

- a. Menentukan tujuan evaluasi. Sebuah evaluasi perlu memiliki tujuan yang jelas. Tujuan evaluasi yang jelas akan membantu dalam penyusunan desain evaluasi yang sesuai. Dalam menentukan tujuan evaluasi, perlu mempertimbangkan berbagai konteks yang relevan, baik berkaitan dengan tujuan program itu sendiri maupun tujuan kebijakan yang lebih luas.
- b. Menyusun desain evaluasi yang kredibel. Tahap ini terdiri dari beberapa langkah: (a) menentukan indikator dan tolak

- ukur yang akan digunakan dalam evaluasi untuk mengukur keberhasilan program; (b) menentukan metode analisis yang akan digunakan dalam evaluasi dan kebutuhan data, termasuk cara pengumpulannya; (c) menentukan jadwal pelaksanaan kegiatan evaluasi; dan (d) menghitung perkiraan biaya yang diperlukan untuk melaksanakan seluruh kegiatan evaluasi.
- c. Mendiskusikan rencana evaluasi. Pihak-pihak yang pertama kali perlu diajak berdiskusi mengenai rencana evaluasi adalah penyandang dana program dan pelaksana program. Mereka perlu dilibatkan sejak awal agar dapat membantu pelaksanaan evaluasi dan tidak justru sebaliknya menghambat kegiatan ini. Disamping itu perlu juga mendiskusikan rencana evaluasi, terutama rencana desain evaluasi, dengan ahli evaluasi yang berkompeten untuk memperoleh masukan mengenai hal-hal yang perlu diperbaiki dari rencana desain evaluasi yang telah disusun.
- d. Menentukan pelaku evaluasi. Setelah rencana evaluasi mendapat persetujuan dari berbagai pihak yang berkepentingan, langkah selanjutnya adalah memilih orang atau lembaga yang akan ditugaskan untuk melakukan evaluasi. Pelaku evaluasi dari bersifat internal, yaitu berasal

dari pelaksana program sendiri, ataupun eksternal, yaitu pihak luar atau independen.

- e. Melaksanakan evaluasi. Kegiatan inti dalam evaluasi adalah pengumpulan dan analisis data serta penulisan laporan evaluasi. Oleh karena itu, pengawasan kualitas data dan analisis sangat krusial untuk memperoleh kualitas evaluasi yang baik. Dalam penulisan laporan, penting untuk memperhatikan kaidah-kaidah penulisan ilmiah agar dihasilkan suatu laporan evaluasi yang baik, baik dilihat dari segi substansi maupun tata bahasa.
- f. Mendiseminasikan hasil evaluasi. Laporan evaluasi umumnya bersifat teknis, sehingga mungkin sulit dimengerti oleh orang awam. Agar hasil evaluasi dapat digunakan seoptimal mungkin, perlu dibuat versi ringkas dari laporan yang berfokus pada temuan utama dan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti oleh umum.
- g. Menggunakan hasil evaluasi. Hasil evaluasi dapat memberikan rekomendasi berupa tuntutan perubahan, baik dalam pelaksanaan atau bahkan dalam desain program. Perubahan yang disarankan adalah untuk membuat program menjadi lebih efektif dalam upaya

mencapai tujuan-tujuannya. Lebih dari itu, hasil evaluasi juga memberikan pembelajaran bagi organisasi pelaksana program secara keseluruhan agar pelaksanaan program-program di masa depan dapat menjadi lebih baik. Pembelajaran dari hasil evaluasi juga akan sangat berguna bagi penyusunan program atau kebijakan baru.

11. Evaluasi Program

Program adalah cara yang disahkan untuk mencapai tujuan. Dengan program maka segala bentuk rencana akan lebih terorganisir dan lebih mudah untuk dioperasionalkan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa program merupakan unsur pertama yang harus ada demi tercapainya kegiatan pelaksanaan karena dalam program tersebut telah dimuat berbagai aspek antara lain:

- a. Adanya tujuan yang ingin dicapai
- b. Adanya kebijakan-kebijakan yang harus diambil dalam pencapaian tujuan itu.
- c. Adanya aturan-aturan yang dipegang dan prosedur yang harus dilalui.
- d. Adanya perkiraan anggaran yang dibutuhkan.
- e. Adanya strategi dalam pelaksanaan.

Unsur lain yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan program ialah adanya kelompok orang yang menguji sasaran program sehingga kelompok orang tersebut merasa ikut dilibatkan dan membawa hasil dari program yang dijalankan dan adanya perubahan serta peningkatan dalam kehidupannya. Tanpa memberikan manfaat pada kelompok orang, boleh dikatakan program tersebut telah gagal dilaksanakan. Berhasil tidaknya suatu program dilaksanakan tergantung dari unsur pelaksanaannya. Unsur pelaksanaan itu merupakan unsur ketiga. Pelaksana adalah hal penting dalam mempertanggungjawabkan pengolahan maupun pengawasan dalam pelaksanaan, baik itu organisasi ataupun perorangan.

Pendapat lain mengatakan Program adalah sekumpulan kegiatan yang terencana dan tersistem. Program terdiri dari komponen-komponen meliputi: tujuan, sasaran, kriteria keberhasilan, jenis kegiatan, prosedur untuk melaksanakan kegiatan, waktu untuk melakukan kegiatan, komponen pendukung seperti fasilitas, alat dan bahan, serta pengorganisasian. Dari definisi di atas, maka pengertian evaluasi program merupakan satu metode untuk mengetahui dan menilai efektivitas suatu program dengan membandingkan kriteria yang telah ditentukan atau tujuan

yang ingin dicapai dengan hasil yang dicapai. Hasil yang dicapai dalam bentuk informasi digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk pembuatan keputusan dan penentuan kebijakan. Jenis evaluasi yang akan digunakan sangat tergantung dari tujuan yang ingin dicapai lembaga, tahapan program yang akan dievaluasi dan jenis keputusan yang akan diambil. Dengan demikian Evaluasi Program adalah proses untuk mengidentifikasi, mengumpulkan fakta, menganalisis data dan menginterpretasikan, serta menyajikan informasi untuk pembuatan keputusan bagi pimpinan. Evaluasi program dilaksanakan secara sistematis seiring dengan tahapan (waktu pelaksanaan) program untuk mengetahui ketercapaian tujuan, dan memberikan umpan balik untuk memperbaiki program.

12. Model Evaluasi

Evaluasi Program sebagai suatu sistem memiliki cakupan bidang sosial yang sangat luas, dan memiliki banyak model. Suatu model evaluasi menunjukkan ciri khas baik dari tujuan evaluasi, aspek yang dievaluasi, keluasan cakupan, tahapan evaluasi, tahapan program yang akan dievaluasi, dan cara pendekatan. Kaufman dan Thomas (1998) telah mengemukakan adanya 8 Model Evaluasi Program seperti berikut:

- a. *Goal-oriented Evaluation Model* (Model Evaluasi berorientasi Tujuan), oleh Tyler adalah model evaluasi yang paling awal, dikembangkan mulai tahun 1961, memfokuskan pada pencapaian tujuan pendidikan, sejauh mana tujuan pembelajaran yang telah ditentukan dapat tercapai. Indikator pencapaian tujuan ditunjukkan oleh prestasi belajar siswa, kinerja guru, efektivitas PBM, kualitas layanan prima. Dalam evaluasi program pendidikan, pengukuran dilakukan terhadap variabel (indikator) pendidikan, hasil pengukuran dibandingkan dengan tujuan yang telah ditentukan sebelum program dilaksanakan atau dengan kriteria standar; hasil pengukuran dapat menggambarkan berhasil atau tidaknya program pendidikan.

- b. *Goal-free Evaluation Model* (Model Evaluasi Bebas Tujuan), oleh Scriven adalah evaluasi yang tidak didasarkan pada tujuan yang ingin dicapai dari program kegiatan. Evaluasi bebas tujuan (*goal free evaluation*) berorientasi pada pihak eksternal, pihak konsumen, *stake holder*, dewan pendidikan, masyarakat. Scriven mengatakan bahwa bagi konsumen, *stakeholder*, atau masyarakat tujuan suatu program tidak penting. Yang penting bagi konsumen

adalah perilaku bagus yang dapat ditampilkan oleh setiap personal yang mengikuti program kegiatan atau setiap barang yang dihasilkan. Dalam konteks evaluasi pendidikan, *goal-free* bukan berarti bahwa evaluator buta atau tidak mau tahu tentang tujuan program. Namun, evaluator membatasi diri untuk tidak terlalu fokus pada tujuan agar terhindar dari bias. Evaluasi model *goal free*, fokus pada adanya perubahan perilaku yang terjadi sebagai dampak dari program yang diimplementasikan, melihat dampak sampingan baik yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan, dan membandingkan dengan sebelum program dilakukan. Evaluasi juga membandingkan antara hasil yang dicapai dengan besarnya biaya yang dikeluarkan untuk program tersebut atau melakukan *cost benefit analysis*.

- c. *Formatif-summatif Evaluation Model* oleh Scriven. Evaluasi model ini dikembangkan oleh Michael Scriven, dengan membedakan evaluasi menjadi dua jenis: evaluasi formatif dan evaluasi summatif.
- 1) Evaluasi formatif, bersifat internal berfungsi untuk meningkatkan kinerja lembaga, mengembangkan program/personal, bertujuan untuk mengetahui

perkembangan program yang sedang berjalan (*in-progress*). Monitoring dan supervisi, termasuk dalam kategori evaluasi formatif, dilakukan selama kegiatan program sedang berlangsung, dan akan menjawab berbagai pertanyaan:

- a) Apakah program berjalan sesuai rencana?
 - b) Apakah semua komponen berfungsi sesuai dengan tugas masing-masing?
 - c) Jika tidak apakah perlu revisi dan modifikasi?
- 2) Evaluasi sumatif, dilakukan pada akhir program, bertujuan untuk mengetahui keberhasilan program yang telah dilaksanakan, memberikan pertanggung-jawaban atas tugasnya, memberikan rekomendasi untuk melanjutkan atau menghentikan program pada tahun berikutnya. Evaluasi akan dapat menjawab pertanyaan
- a) Sejauh mana tujuan program tercapai?
 - b) Perubahan apa yang terjadi setelah program selesai?
 - c) Apakah program telah dapat menyelesaikan masalah?
 - d) Perubahan perilaku apa yang dapat ditampilkan, dilihat dan dirasakan setelah selesai mengikuti pelatihan?

- d. *Countenance Evaluation Model* (Model Evaluasi) oleh Stake Evaluasi memfokuskan pada program pendidikan, untuk mengidentifikasi tahapan proses pendidikan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Menurut Stake ada 3 tahapan program: *Antecedent phase*, *Transaction phase*, dan *Outcomes phase*. Pada setiap tahapan, akan mengungkapkan (*describe*) 2 hal: Apa yang diinginkan (*intended*) dan Apa yang terjadi (*observed*). Secara rinci diuraikan sebagai berikut:
- b. *Antecedent phase*, pada tahap sebelum program dilaksanakan. Evaluasi akan melihat: (a) kondisi awal program, (b) faktor-faktor yang diperkirakan akan mempengaruhi keberhasilan/kegagalan, (c) kesiapan pekerja, staf administrasi, dan fasilitas sebelum program dilaksanakan
- c. *Transaction phase*, pada saat program diimplementasikan. Evaluasi difokuskan untuk melihat program berjalan sesuai dengan rencana atau tidak, bagaimana partisipasi masyarakat, keterbukaan, kemandirian.

- d. *Outcomes phase*, pada akhir program untuk melihat perubahan yang terjadi sebagai akibat program yang telah dilakukan.
- 1) Apakah para pelaksana menunjukkan perilaku baik, kinerja tinggi?
 - 2) Apakah klien (konsumen) merasa puas dengan program yang dilaksanakan?
 - 3) Perubahan perilaku apa yang dapat diamati setelah program selesai?
- e. *Responsive Evaluation Model* (Model Evaluasi Responsif) oleh Stake. Setelah beberapa tahun melakukan dan mengembangkan evaluasi *Model Countenance*, Stake memunculkan ide *Responsive Evaluation Model*. Evaluasi ini dikembangkan sejalan dengan perkembangan manajemen personel, perubahan perilaku (*behavior change*). Evaluasi model ini sesuai untuk program-program sosial, seni, humaniora, dan masalah-masalah yang perlu penanganan dengan aspek humaniora. Evaluasi fokus pada reaksi berbagai pihak atas program yang diimplementasikan, dan mengamati dampak akibat dari hasil pelaksanaan program.

f. *CIPP Evaluation Model (Model Evaluation CIPP)* oleh Stufflebeam. CIPP singkatan dari Context, Input, Process, Product, adalah model evaluasi yang berorientasi pada pengambilan keputusan. Menurut Stufflebeam, “*Evaluation is the process of delineating, obtaining, and providing useful information for judging alternative decision making*”. Stufflebeam menggolongkan evaluasi menjadi 4 jenis ditinjau dari alternatif keputusan yang diambil dan tahapan program yang dievaluasi. Dari empat tahapan evaluasi tersebut, setiap tahapan evaluasi adanya informasi pembuatan keputusan:

- 1) Evaluasi *Context*, dilakukan pada tahap penjajagan menghasilkan informasi untuk keputusan perencanaan (*planning decision*). Evaluasi konteks akan melihat bagaimana kondisi *kontekstual*, apa harapan masyarakat, apa visi dan misi lembaga yang akan dievaluasi.
- 2) Evaluasi *Input*, dilakukan pada tahap awal menghasilkan informasi untuk keputusan penentuan strategi pelaksanaan program (*structuring decision*). Evaluasi *input* akan melihat bagaimana kondisi *input* (masukan)

baik *raw input* maupun *instrumental input*. *Raw input* adalah *input* yang diproses menjadi *output*.

- 3) *Evaluasi Process*, dilakukan selama program berjalan menghasilkan informasi tentang pelaksanaan program; evaluasi proses akan melihat bagaimana kegiatan program berjalan, partisipasi peserta, nara sumber, bagaimana penggunaan dana. Berapa persen keberhasilan yang telah dicapai, dan memperkirakan keberhasilan di akhir program. Jenis keputusan adalah pelaksanaan (*implementing decision*).
 - 4) *Evaluasi product*, dilakukan pada akhir program, untuk mengetahui keberhasilan program. Sejauh mana tujuan telah dicapai, hambatan yang dijumpai dan solusinya, bagaimana tingkat keberhasilan program meliputi: efektivitas, efisiensi, relevansi, produktivitas, dsb. Evaluasi produk menghasilkan informasi untuk keputusan kelanjutan program (*recycling decision*). Evaluasi produk juga sebagai akuntabilitas pimpinan tentang program yang menjadi tanggungjawabnya kepada stake holder.
- g. CSE-UCLA Evaluation Model (*Center for the Study of Evaluation, University of California at Los Angeles*). Evaluasi

model CSE-UCLA hampir sama dengan model CIPP, termasuk kategori evaluasi yang komprehensif. Evaluasi CSE-UCLA melibatkan 5 tahapan evaluasi: perencanaan, pengembangan, pelaksanaan, hasil, dan dampak.

- 1) Tahap pertama evaluasi dimulai dengan *Needs Assessment*, dimana evaluasi mengidentifikasi ada tidaknya perbedaan antara status program atau kondisi kenyataan (*what is*) dengan yang diharapkan (*what should be*). Apa problem yang dihadapi? Gap apa yang ada dalam lembaga?
- 2) Tahap kedua perencanaan dan pengembangan (*program planning and development*), melihat apakah program yang direncanakan sesuai untuk memenuhi kebutuhan atau mencapai tujuan? Keputusan yang akan diambil adalah pemilihan strategi untuk mencapai tujuan program.
- 3) Tahap ketiga pelaksanaan, evaluasi terfokus pada implementasi program. Evaluasi akan menjawab pertanyaan:
 - a) Apakah program berjalan sesuai dengan rencana?
 - b) Bagaimana penampilan para guru, siswa?

- c) Bagaimana kesan dan sikap orang tua dan masyarakat?
 - d) Bagaimana proses belajar mengajar?
 - e) Jenis rekomendasi antara lain: Apa yang perlu dirubah, diperbaiki, dibanahi agar pada tahap akhir program mencapai keberhasilan?
- 4) Tahap keempat hasil, evaluasi dilakukan terhadap hasil yang dicapai. Sejauhmana program telah dapat mencapai tujuan yang direncanakan? Apakah hasil yang dicapai sebagai akibat dari perlakuan yang diberikan.
- 5) Tahap kelima dampak, evaluasi difokuskan pada penilaian terhadap kemanfaatan program. Pertanyaan berkisar pada bagaimana keberadaan program? Bagaimana manfaat program terhadap personal dan lembaga? Jenis rekomendasi pada tahap ini adalah program perlu dikembangkan, diperpanjang, dimodifikasi, dikurangi atau bahkan dihentikan.
- h. *Discrepancy Evaluation Model* (DEM) oleh Provus. Evaluasi model *Discrepancy* dikembangkan oleh Malcom Provus, focus pada perbandingan hasil evaluasi dengan performansi standar yang telah ditentukan. Hasil evaluasi digunakan untuk pengambilan kebijakan tentang program

yang telah dilaksanakan: akan ditingkatkan, akan dilanjutkan, atau dihentikan. Provus mengatakan “*Evaluation is the process of (a) agreeing upon program standar, (b) determining whether a discrepancy exist between some aspect of the program, and (c) using discrepancy information to identify the weaknesses of the program*”. Evaluasi program dengan model DEM melibatkan 4 tahap kegiatan sesuai dengan tahapan kegiatan organisasi atau program yang akan dievaluasi:

- 1) Mengidentifikasi program (*program definition*), disini evaluasi fokus pada penentuan dan rumusan tujuan
- 2) Penyusunan program (*program installation*), evaluasi fokus pada isi atau substansi program, cara-cara, metode, mekanisme untuk mencapai tujuan
- 3) Pelaksanaan kegiatan program (*program implementation*), evaluasi difokuskan untuk mengukur perbedaan yang terjadi antara hasil yang dicapai dengan tujuan yang telah ditentukan (standar).
- 4) Hasil yang dicapai program (*program goal attainment*), disini kegiatan evaluasi menginterpretasikan hasil temuan evaluasi dan memberikan rekomendasi untuk

pembuatan keputusan. Keputusan dapat berupa revisi program dan atau melanjutkan program kegiatan.

Evaluasi mengukur *Performance* pada setiap tahapan program, dan membandingkan dengan Standar yang telah ditentukan. Pertanyaan evaluasi dalam Model DEM:

- a. Apakah program sudah diidentifikasi dengan baik dan jelas?
- b. Apakah program telah disusun dengan baik?
- c. Apakah program dilaksanakan dengan baik, dan apakah tujuan pendukung (*enabling objectives*) dapat dicapai
- d. Apakah tujuan akhir program telah dapat dicapai.

Patton dan Sawicki (1991) mengklasifikasikan metoda pendekatan yang dapat dilakukan dalam penelitian evaluasi menjadi 6 (enam) yaitu:

- a. *Before and after comparisons*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan membandingkan antara kondisi sebelum dan kondisi sesudahnya suatu kebijakan atau program diimplementasikan.
- b. *With and without comparisons*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan menggunakan perbandingan kondisi antara yang tidak mendapat dan yang mendapat kebijakan atau program, yang telah dimodifikasi dengan memasukan perbandingan kriteria-kriteria yang relevan di

tempat kejadian peristiwa (TKP) dengan program terhadap suatu TKP tanpa program.

- c. *Actual versus planed performance comparisons*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan membandingkan kondisi yang ada (*actual*) dengan ketetapan-ketetapan perencanaan yang ada (*planned*).
- d. *Experimental (controlled) models*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan melakukan percobaan yang terkontrol/ dikendalikan untuk mengetahui kondisi yang diteliti.
- e. *Quasi experimental models*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian dengan melakukan percobaan tanpa melakukan pengontrolan/pengendalian terhadap kondisi yang diteliti.
- f. *Cost oriented models*, metode ini mengkaji suatu objek penelitian yang hanya didasarkan pada penelitian biaya terhadap suatu rencana

13. Dampak

Istilah dampak secara umum telah dikenal luas dalam dunia pembangunan, sejak istilah ini dimasukkan dalam kriteria untuk evaluasi bantuan pembangunan OECD-DAC, yaitu: relevansi, efisiensi, efektivitas, dampak, dan

keberlanjutan. Para peneliti kebijakan dalam bidang pembangunan internasional begitu akrab dengan konsep ini. Namun jika ide dampak diaplikasikan dalam penelitian kebijakan, nampak jelas adanya perbedaan pertanyaan-pertanyaan yang muncul daripada ketika ide dampak diterapkan dalam prakarsa-prakarsa bantuan pembangunan. Untuk mengukur dampak (juga relevansi, efisiensi, efektifitas, dan keberlanjutan) penelitian kebijakan, kita memerlukan proses dan metode mencakup aspek keterkaitan antara penelitian dengan kebijakan yang kompleks.

Pertama, dampak, hasil (*outcome*), dan perubahan-perubahan tidak langsung merupakan satu bagian penting dari dampak non-akademik penelitian yang sulit untuk diidentifikasi. Davis, Nutley dan Walter menyatakan: Dampak non-akademik penelitian terkait dengan identifikasi atas pengaruh hasil penelitian terhadap kebijakan, praktek-praktek manajerial dan konvensional, tingkah laku sosial atau dikursus publik. Dampak-dampak tersebut mungkin instrumental, dalam arti mempengaruhi perubahan kebijakan dan pelaksanaannya, serta tingkah laku, ataupun konseptual, yaitu mengubah pengetahuan, pemahaman dan sikap seseorang terhadap isu-isu sosial.

Dampak instrumental maupun dampak konseptual penelitian sulit untuk diukur. Dampak instrumental penelitian terhadap kebijakan atau pelaksanaannya seringkali terjadi bersamaan dengan serangkaian kejadian-kejadian lain yang terkait, sehingga tidaklah mudah untuk menentukan kontribusi relatif penelitian terhadap hasil. Semakin banyak lagi kesulitan-kesulitan lain untuk mengukur dampak konseptual, karena hasil penelitian mungkin saja telah beralih menjadi *anekdot*, *catchphrase*, ataupun pengetahuan yang diterima luas. Dalam kasus-kasus tersebut penelitian mungkin telah benar-benar mempenetrasi (*percolated*) berbagai jaringan kebijakan dan praktisi, namun tanpa disebutkan secara spesifik sebagai bagian dari penelitian.

Untuk memahami konsep dampak, perlu untuk memahami beberapa istilah kunci yang digunakan dalam bidang ini, yaitu: keluaran (*output*), hasil (*outcome*), dan dampak (*impact*). Meskipun istilah-istilah tersebut banyak digunakan dalam tulisan-tulisan mengenai evaluasi, tetapi belum ada definisi yang seragam atas istilah-istilah tersebut. Manajemen berbasis hasil (*Result-Based Management (RBM)*) menggunakan model Masukan (*Inputs*)>Kegiatan (*Activities*)>Keluaran (*Outputs*)>Hasil (*Outcomes*)>Dampak

(*Impacts*), dimana *outcomes* diartikan sebagai pencapaian jangka menengah, dan dampak'berarti hasil-hasil jangka panjang. Dalam model Jalur Dampak (*The Impact Pathway*) yang digunakan oleh CGIAR, *outcome* didefinisikan sebagai hasil-hasil program yang digunakan, diadopsi atau membawa pengaruh eksternal dan menimbulkan perubahan pengetahuan, identitas (*attributes*), kebijakan, kapasitas penelitian, praktek-praktek pertanian, produktivitas, keberlanjutan atau faktor-faktor lain yang diperlukan untuk memperoleh dampak yang diinginkan, sementara dampak didefinisikan sebagai keuntungan jangka panjang. Pendekatan Pemetaan Hasil (*The Outcome Mapping*) yang dikembangkan oleh IDRC merupakan sebuah model yang memfokuskan pada hasil (*outcomes*) yang berupa perubahan tingkah laku, dan dampak yang merujuk pada tujuan-tujuan jangka panjang. Meskipun demikian, berbagai tulisan mengenai Pemetaan Hasil seringkali menggunakan istilah hasil dan dampak secara bergantian sebagai sinonim (29).

14. Evaluasi Dampak

a. Definisi

Dampak adalah gambaran nilai suatu program terhadap orang dan masyarakat. Biasanya, dampak

mengacu pada manfaat jangka panjang terhadap masyarakat. Misalnya, peningkatan pengetahuan, efisiensi produksi, peningkatan lingkungan hidup, keuntungan finansial, dll.

Evaluasi dampak sendiri menurut Rossi dan Freeman, 1985 adalah sebuah evaluasi yang mengukur taraf atau tingkat ketercapaian sebuah program dalam menyebabkan perubahan seseorang dalam kehidupan yang selanjutnya. Evaluasi dampak ini bisa juga dilihat dari definisi yang berbeda, misalnya menurut US *Environmental Protection Agency* mengartikan bahwa evaluasi dampak adalah sebuah bentuk evaluasi yang mengukur akibat dari sebuah program dengan membandingkan *outcome* yang dihasilkan dengan taksiran awal yang akan terjadi apabila tidak mengikuti program yang ada.

Sedangkan *World Bank's Independent Evaluation Group* (IEG) mendefinisikan bahwa evaluasi dampak adalah suatu identifikasi sistematis tentang efek positif atau efek negatif, diharapkan atau tidak dari seseorang dalam rumah tangga, institusi dan lingkungan yang disebabkan oleh sebuah aktivitas program atau project yang diberikan sebelumnya (30). Studi ini melihat pada aspek dampak

(*outcome*) tertentu dari sebuah produk (*output*) kebijakan. Produk atau hasil kebijakan (*policy output*) tentu saja berbeda dengan dampak kebijakan (*policy impact*). *Output* kebijakan adalah produk dan implementasi kebijakan. Sedangkan dampak (*outcome/impact*) dari sebuah kebijakan merupakan efek kebijakan dalam konteks yang sesungguhnya. Contohnya: peningkatan mutu pelayanan pendidikan di sekolah merupakan efek dari kebijakan pendidikan yang dilakukan pemerintah.

b. Tujuan evaluasi dampak

Evaluasi dampak bertujuan untuk mengukur akibat jangka panjang setelah seseorang menjalankan aktivitas program tertentu, baik yang berada dalam lingkungan rumah tangga, institusi, dan masyarakat pada umumnya. Dalam bidang pendidikan evaluasi dampak ini dapat digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan sebuah sistem atau proses pendidikan yang telah dilakukan oleh seseorang dalam sekolah atau institusi tertentu yang lebih dititik beratkan pada tingkat keberhasilan *outcome* dalam masyarakat. Tingkat keberhasilan *outcome* ini mencakup berbagai hal, baik dari aspek perilaku maupun

pengaplikasian ilmu yang didapat ketika menjalani program pendidikan.

Dengan adanya evaluasi ini secara umum diharapkan mampu memberi masukan tentang program pendidikan yang sudah ada baik dari sisi kelebihan maupun kekurangannya ketika sudah berada dalam kehidupan masyarakat yang sebenarnya. Dengan kata lain, dengan evaluasi ini diharapkan mampu meningkatkan akuntabilitas, sebagai pembelajaran yang dinamis, memberi kesempatan kepada pembuat keputusan untuk memperbaiki program pendidikan yang sedang berjalan dan pada akhirnya akan membantu pengalokasian dana yang lebih baik.

c. Hambatan proses evaluasi dampak

Hambatan utama dari proses evaluasi ini datang dari berbagai aspek: Pertama, kehidupan sosial yang sangat kompleks dan sebagian besar fenomena sosial mempunyai akar permasalahan yang sangat beragam. Sehingga akan sangat sulit menyatakan bahwa suatu fenomena terjadi karena sebab tertentu secara pasti. Kedua, teori tentang ilmu sosial dan kesimpulan fakta-fakta sangatlah lemah dan tidak lengkap, sehingga sangat sulit membangun sebuah

model untuk fenomena tertentu berkaitan dengan dampak fenomena yang lain. Ketiga, sebuah program sosial atau pendidikan tertentu tidak semata-mata akan menghasilkan dampak yang pasti pada seseorang, seperti program rehabilitasi kriminal tidak akan mampu secara total memberantas perilaku kriminal seseorang.

d. Metode evaluasi dampak

Evaluasi dampak bisa menggunakan teknik kualitatif atau kuantitatif atau keduanya, Teknik kualitatif dapat memfasilitasi penjelasan yang memerlukan kajian lebih dalam tentang suatu akibat, sehingga cakupannya lebih khusus. Penelitian kualitatif ini lebih baik digunakan untuk mengidentifikasi dampak-dampak yang tidak diharapkan, sehingga penelitian yang dilakukan bisa secara mendalam pada satu aspek tertentu dan lebih mendalam tentang hambatan dan penyebab tidak munculnya aspek yang diharapkan.

Teknik kualitatif juga bisa digunakan untuk meneliti dampak yang terjadi setelah menjalani program tertentu yang bersifat tertutup sekelompok orang saja, sehingga dampak yang terjadi bisa dilihat dengan jelas hanya terjadi pada beberapa orang saja. Contohnya teknik kualitatif ini

bisa digunakan apabila kita meneliti tentang perubahan yang paling drastis tentang keadaan seseorang setelah menjalani intervensi tertentu.

Teknik kuantitatif dapat digunakan dalam cakupan yang lebih luas dengan menggunakan banyak sample, akan tetapi penelitian ini tidak bisa meneliti lebih dalam tentang satu dampak tertentu secara lebih mendalam. Penelitian lebih untuk menjawab pertanyaan hipotesis tentang “apa yang akan terjadi apabila tidak ada intervensi?” yang nantinya dibandingkan dengan dampak yang telah terjadi akibat suatu intervensi. Pengambilan data dapat diambil secara random dari beberapa daerah yang telah diintervensi kemudian nanti dibandingkan dengan daerah Kontrol dimana tidak dilakukan sebuah intervensi.

15. Efektivitas dan Efisiensi

a. Pengertian Efektivitas

Kata efektif berasal dari bahasa Inggris yaitu *effective* yang berarti berhasil atau sesuatu yang dilakukan berhasil dengan baik. Kamus ilmiah populer mendefinisikan efektivitas sebagai ketepatan penggunaan, hasil guna atau menunjang tujuan. Sesuai dengan Permendagri Nomor 13 Tahun 2006 dalam Hasmi, efektivitas adalah pencapaian

hasil program dengan target yang telah ditetapkan, yaitu dengan cara membandingkan keluaran dengan hasil.

Efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan di dalam setiap organisasi, kegiatan ataupun program. Disebut efektif apabila tercapai tujuan ataupun sasaran seperti yang telah ditentukan. Hal ini sesuai dengan pendapat H. Emerson yang dikutip Soewarno Handyaningrat S. yang menyatakan bahwa Efektivitas adalah pengukuran dalam arti tercapainya tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

b. Pengukuran Efektivitas

Mengukur efektivitas organisasi bukanlah suatu hal yang sangat sederhana, karena efektivitas dapat dikaji dari berbagai sudut pandang dan tergantung pada siapa yang menilai serta menginterpretasikannya. Bila dipandang dari sudut produktivitas, maka seorang manajer produksi memberikan pemahaman bahwa efektivitas berarti kualitas dan kuantitas (*output*) barang dan jasa.

Tingkat efektivitas juga dapat diukur dengan membandingkan antara rencana yang telah ditentukan dengan hasil nyata yang telah diwujudkan. Namun, jika usaha atau hasil pekerjaan dan tindakan yang dilakukan

tidak tepat sehingga menyebabkan tujuan tidak tercapai atau sasaran yang diharapkan, maka hal itu dikatakan tidak efektif.

Adapun kriteria atau ukuran mengenai pencapaian tujuan efektif atau tidak, sebagaimana dikemukakan oleh S.P. Siagian dalam Rihadini, yaitu (33):

- 1) Kejelasan tujuan yang hendak dicapai, hal ini dimaksudkan supaya karyawan dalam pelaksanaan tugas mencapai sasaran yang terarah dan tujuan organisasi dapat tercapai.
- 2) Kejelasan strategi pencapaian tujuan, telah diketahui bahwa strategi adalah “pada jalan” yang diikuti dalam melakukan berbagai upaya dalam mencapai sasaran-sasaran yang ditentukan agar para implementer tidak tersesat dalam pencapaian tujuan organisasi.
- 3) Proses analisis dan perumusan kebijakan yang mantap, berkaitan dengan tujuan yang hendak dicapai dan strategi yang telah ditetapkan artinya kebijakan harus mampu menjembatani tujuan-tujuan dengan usaha-usaha pelaksanaan kegiatan operasional.

- 4) Perencanaan yang matang, pada hakekatnya berarti memutuskan sekarang apa yang dikerjakan oleh organisasi dimasa depan.
- 5) Penyusunan program yang tepat suatu rencana yang baik masih perlu dijabarkan dalam program-program pelaksanaan yang tepat sebab apabila tidak, para pelaksana akan kurang memiliki pedoman bertindak dan bekerja.
- 6) Tersedianya sarana dan prasarana kerja, salah satu indikator efektivitas organisasi adalah kemampuan bekerja secara produktif. Dengan sarana dan prasarana yang tersedia dan mungkin disediakan oleh organisasi.
- 7) Pelaksanaan yang efektif dan efisien, bagaimanapun baiknya suatu program apabila tidak dilaksanakan secara efektif dan efisien maka organisasi tersebut tidak akan mencapai sasarannya, karena dengan pelaksanaan organisasi semakin didekatkan pada tujuannya.
- 8) Sistem pengawasan dan pengendalian yang bersifat mendidik mengingat sifat manusia yang tidak sempurna maka efektivitas organisasi menuntut terdapatnya sistem pengawasan dan pengendalian.

Menurut Martani dan Lubis dalam Rihadini, kriteria untuk mengukur efektivitas suatu organisasi ada 3 pendekatan yang dapat digunakan, yaitu:

- 1) Pendekatan Sumber (*resource approach*) yaitu mengukur efektivitas dari *input*. Pendekatan mengutamakan adanya keberhasilan organisasi untuk memperoleh sumber daya, baik fisik maupun nonfisik yang sesuai dengan kebutuhan organisasi.
- 2) Pendekatan proses (*process approach*) adalah untuk melihat sejauh mana efektivitas pelaksanaan program dari semua kegiatan proses internal atau mekanisme organisasi.
- 3) Pendekatan sasaran (*goals approach*) dimana pusat perhatian pada *output*, mengukur keberhasilan organisasi untuk mencapai hasil (*output*) yang sesuai dengan rencana.

Menurut Strees dalam Tangkilisan, mengemukakan 5 (lima) kriteria dalam pengukuran efektivitas, yaitu:

- 1) Produktivitas
- 2) Kemampuan adaptasi kerja
- 3) Kepuasan kerja
- 4) Kemampuan berlabar

5) Pencarian sumber daya

Sedangkan menurut Duncan yang dikutip Richard M. Steers (1985:53) dalam bukunya “Efektivitas Organisasi” mengenai ukuran efektivitas:

1) Pencapaian Tujuan

Pencapaian adalah keseluruhan upaya pencapaian tujuan harus dipandang sebagai suatu proses. Oleh karena itu, agar pencapaian tujuan akhir semakin terjamin, diperlukan pentahapan, baik dalam arti pentahapan pencapaian bagian-bagiannya maupun pentahapan dalam arti periodisasinya. Pencapaian tujuan terdiri dari beberapa faktor, yaitu: Kurun waktu dan sasaran yang merupakan target kongkrit.

2) Integrasi

Integrasi yaitu pengukuran terhadap tingkat kemampuan suatu organisasi untuk mengadakan sosialisasi, pengembangan konsensus dan komunikasi dengan berbagai macam organisasi lainnya. Integrasi menyangkut proses sosialisasi.

3) Adaptasi

Adaptasi adalah kemampuan organisasi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Untuk itu

digunakan tolak ukur proses pengadaan dan pengisian tenaga kerja.

c. Pendekatan Efektivitas

Pendekatan efektivitas dilakukan dengan acuan berbagai bagian yang berbeda dari lembaga, dimana lembaga mendapatkan *input* atau masukan berupa berbagai macam sumber dari lingkungannya. Kegiatan dan proses internal yang terjadi dalam lembaga mengubah *input* menjadi *output* atau program yang kemudian dilemparkan kembali pada lingkungannya.

1) Pendekatan Sasaran (*Goal Approach*)

Pendekatan ini mencoba mengukur sejauh mana suatu lembaga berhasil merealisasikan sasaran yang hendak dicapai. Pendekatan sasaran dalam pengukuran efektivitas dimulai dengan identifikasi sasaran organisasi dan mengukur tingkatan keberhasilan organisasi dalam mencapai sasaran tersebut.

Sasaran yang penting diperhatikan dalam pengukuran efektivitas dengan pendekatan ini adalah sasaran yang realistis untuk memberikan hasil maksimal berdasarkan sasaran resmi “*Official Goal*” dengan memperhatikan permasalahan yang ditimbulkannya,

dengan memusatkan perhatian terhadap aspek output yaitu dengan mengukur keberhasilan program dalam mencapai tingkat output yang direncanakan. Dengan demikian, pendekatan ini mencoba mengukur sejauh mana organisasi atau lembaga berhasil merealisasikan sasaran yang hendak dicapai.

2) Pendekatan Sumber (*System Resource Approach*)

Pendekatan sumber mengukur efektivitas melalui keberhasilan suatu lembaga dalam mendapatkan berbagai macam sumber yang dibutuhkannya. Suatu lembaga harus dapat memperoleh berbagai macam sumber dan juga memelihara keadaan dan sistem agar dapat menjadi efektif. Pendekatan ini didasarkan pada teori mengenai keterbukaan sistem suatu lembaga terhadap lingkungannya, karena lembaga mempunyai hubungan yang merata dalam lingkungannya dimana dari lingkungan diperoleh sumber-sumber yang terdapat pada lingkungan seringkai bersifat langka dan bernilai tinggi.

3) Pendekatan Proses (*Internal Process Approach*)

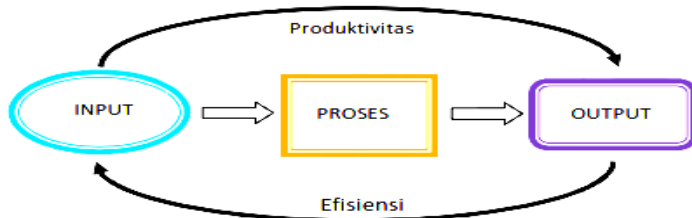
Pendekatan proses menganggap sebagai efisiensi dan kondisi kesehatan dari suatu lembaga internal. Pada lembaga yang efektif, proses internal berjalan dengan lancar dimana kegiatan bagian-bagian yang ada berjalan secara terkoordinasi. Pendekatan ini tidak memperhatikan lingkungan melainkan memusatkan perhatian terhadap kegiatan yang dilakukan terhadap sumber-sumber yang dimiliki lembaga, yang menggambarkan tingkat efisiensi serta kesehatan lembaga.

d. Pengertian Efisiensi

Sesuai dengan Permendagri Nomor 13 Tahun 2006, efisiensi adalah hubungan antara masukan dan keluaran, efisiensi merupakan ukuran apakah penggunaan barang dan jasa yang dibeli dan digunakan oleh organisasi perangkat pemerintahan untuk mencapai tujuan organisasi perangkat pemerintahan dapat mencapai manfaat tertentu.

Efisiensi seringkali dikaitkan dengan kinerja suatu organisasi karena efisiensi mencerminkan perbandingan antara keluaran (*output*) dengan masukan (*input*). Dalam

berbagai literatur, efisiensi juga sering dikaitkan dengan produktivitas karena sama-sama menilai variabel *input* terhadap *output*. Pengertian produktivitas berkebalikan dengan pengertian efisiensi. Produktivitas dihitung dengan cara membagi *output* terhadap *input*, sedangkan efisiensi adalah *input* dibagi dengan *output*. Gambar 3 berikut menjelaskan hubungan antara *input*, proses, dan *output* dalam perhitungan efisiensi dan produktivitas. Suatu kegiatan organisasi dikatakan efisien apabila dikerjakan dengan benar dan sesuai dengan prosedur (39).



Gambar 1. Konsep Efisiensi dan Produktivitas

e. Faktor-Faktor Penentu Efisiensi

Menurut Hasmi 2010, Ada beberapa faktor yang dapat menentukan suatu program dapat efisiensi, diantaranya adalah:

- 1) Faktor teknologi pelaksanaan pekerjaan

- 2) Faktor struktur organisasi yaitu susunan yang stabil dari jabatan-jabatan baik itu struktural maupun fungsional.
- 3) Faktor sumber daya manusia seperti tenaga kerja, kemampuan kerja, maupun sumber daya fisik seperti peralatan kerja, tempat bekerja serta dana keuangan.
- 4) Faktor dukungan kepada aparatur dan pelaksanaannya baik pimpinan maupun masyarakat.
- 5) Faktor pimpinan dalam arti kemampuan untuk mengkombinasikan keempat faktor tersebut kedalam suatu usaha yang berdaya guna dan berhasil guna untuk mencapai sasaran yang dimaksud.

f. Macam-macam Efisiensi

Menurut Yazar A. Oscan (2008), konsep efisiensi dapat dijabarkan menjadi efisiensi teknis (*technical efficiency*), efisiensi skala (*scale efficiency*), efisiensi biaya (*price efficiency*) dan efisiensi alokatif (*allocative efficiency*).

- 1) Efisiensi Teknis merupakan proses perubahan input menjadi output. Konsep ini hanya berlaku pada hubungan internal yang bersifat teknis antara *input* dengan *output*.

- 2) Efisiensi skala dikaitkan dengan pencapaian skala ekonomis dari unit tersebut dalam menjalankan operasinya.
- 3) Efisiensi Biaya. Pengukuran efisiensi juga dapat dinilai dengan menggunakan informasi harga atau biaya *input* dan/atau *output*.
- 4) Efisiensi Alokatif dikaitkan dengan cara mengkombinasikan berbagai macam *input* agar mampu menghasilkan berbagai *output* yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

Abidin, SZ. Kebijakan Publik Edisi Revisi. Jakarta; Yayasan Pancur Siwah, 2002.

Agustino, L. Dasar-Dasar Kebijakan Publik. Bandung; Alfabeta, 2006.

Aneysa, D., Dianti, K., Ardhi, VN., et al. Teknik Pengumpulan Data: Wawancara Dan FGD (Forum Group Discussion), 2011. <http://www.jurnalphobia.org/2011/03/teknik-pengumpulan-data-wawancara-dan-fgd-forum-group-discussion/>

Arianta, FA., Arifin PW., dan Teguh, S. Rancang Bangun Aplikasi Pengelolaan Data Customer dan Monitoring Kinerja Marketing Berbasis Mobile. Jurnal Stikom. Surabaya; Sekolah Tinggi Manajemen Informatika & Teknik Komputer Surabaya.

Arikunto, S. Prosedur Penelitian. Jakarta; Aneka Cipta, 2002.

Asmoko, H. Teknik Analisis Permasalahan–Menentukan Masalah Prioritas (online) (http://www.bppk.depkeu.go.id/bdpimmagelang/images/unduh/menentukan_prioritas.pdf).

Azwar, A. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta; Penerbit Binarupa Aksara, 1996.

Babbie Earl. *The Basics of Social Research, A Textbook Fourth Edition*, Chapman University. 2008

Basrowi dan Suwandi. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta; Rineka Cipta, 2008.

Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting), Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan (Modul – 05)*. Jakarta: Depkes RI, 2002.

Brinkerhoff, R. O. et al. *Program Evaluation: A Practitioner's Guide for Trainers and Educators*. Fourth Printing. Massachusetts; Kluwer-Nijhoff Publishing, 1986.

CDC. *Guide for Establishing Public Health Priorities*. (online) (<http://www.uic.edu/sph/prepare/courses/ph440/mods/bpr.htm>).

Chen, Huey-Tsyth. 2005. *Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

Cunningham, J. B. *A System Resource Approach for Evaluating Organizational Effectiveness*. Canada; School of Public Administration, University of Victoria, 1978.

Dahlan M.Sopiyudin. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan, edisi 4. Jakarta: Salemba Medika; 2009

Dalise, L. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Gratis Daerah di Puskesmas Kampung Baru Kecamatan Ibu Selatan Kabupaten Halmahera Barat. Manado; Universitas Sam Ratulangi.

Davies, H., Nutley, and Walter. Assessing the impact of social science research: Conceptual, methodological and practical issues. University of St Andrews; Research Unit for Research Utilisation, 2005.

Departemen Kesehatan RI. 2009. Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009

Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta; Balai Pustaka, 1978.

Direktorat Sistem dan Pelaporan Evaluasi Kinerja Pembangunan. Kajian Terhadap Pelaksanaan Evaluasi Pembangunan. Jakarta; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS, 2014.

Dunn, WN. Pengantar Analisis Kebijakan Publik (terjemahan). Yogyakarta; Gajahmada University Press, 2003.

Earl, S., F. Carden and T. Smutylo. Outcome Mapping; Building Learning and Reflection into Development Programs, International Development Research

Centre (IDRC), 2001. (online) (www.idrc.ca/en/ev-9330-201-1-DO_TOPIC.html)

Ebel, R.L. Frisbie, D.A. Essential of educational measurement. New Jersey; Prentice- Hall, Inc, 1986.

Edward III, GC. Public Policy Implementing. London-England; Jai Press Inc, 1984.

Effendy, N. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat Edisi 2. Jakarta; EGC, 1998.

Fakultas Kedokteran UGM. Buku Acuan Umum CFHC-IPE. Yogyakarta; Universitas Gadjah Mada, 2014.

Firdaus, R., Adam, I., dan Aji, RK.. Implementasi Peraturan Daerah Nomor 16 Tahun 2006 tentang Pembentukan, Penghapusan dan Penggabungan Desa di Kabupaten Nunukan Provinsi Kalimantan Utara. eJournal Administrative Reform, 2014; 2 (3): 1649-1662

Gardiner et al. Kumpulan Bahan Latihan Pemantauan Evaluasi Program-Program Penanggulangan emiskinan. Modul 3 : Target, Indikator dan Basis Data. Jakarta; Bappenas, 2007.

Griffin, P., Nix, P. Educational assessment and reporting. Sydney; Harcourt Brace Javanovich, Publisher, 1991.

Grindle, MS. *Politics and Policy Implementation in The Third World*. New Jersey; Princnton University Press, 1980.

Handayaniingrat, S. *Pengantar Ilmu Administrasi dan Manajemen*. Jakarta; NV. Sapdodadi, 1994.

Harta. *Laporan Praktik Kerja Lapangan III di Desa Tambang Tinggi Kecamatan Cermin Nan Gedang Kabupaten Sarolangun Provinsi Jambi*. Bogor; Sekolah Tinggi Penyuluhan Pertanian Bogor, 2013.

Hasmi, *Analisis Efisiensi dan Efektivitas Pengelolaan Keuangan Daerah di Kabupaten Aceh Singkil Pada Era Otonomi Daerah Tesis*. Medan; Universitas Sumatera Utara, 2010.

Hovland, I. *Membuat Perbedaan: Pemantauan dan Evaluasi Penelitian Kebijakan*. Working Paper. London; Overseas Development Institute, 2007.

Indrizal,E. *diskusi kelompok terarah focus group discussion (FGD) (prinsip-prinsip dan langkah pelaksanaan lapangan)* P Universitas Andalas, Padang.

Intervensi Komunitas, Pengembangan Masyarakat Sebagai Upaya Pemberdayaan Masyarakat ; Isbandi Rukminto Adi, 2008

Irwanto. *Focus Group Discussion: Sebuah Pengantar Praktis*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2007.

Issel, LM. *Health Program Planning and Evaluation: A Practical, systematic approach for community Health*. Chicago: Jones and Bartlett Publishers.

Jones, C. *Pengantar Kebijakan Publik*. Jakarta; PT Raja Grafindo Persada, 1996.

Jones, CO. *Pengantar Kebijakan Publik (Public Policy)*, Diterjemahkan oleh Ricky Istamto. Jakarta; Rajawali Pers, 1991.

KMPK UGM. *Manajemen Program Kesehatan*. (online) (http://www.kmpk.ugm.ac.id/images/Semester_1/Manajemen%20Program%20Kesehatan/Sesi_7_C_Manajemen_Program_Kesehatan.pdf).

Kompasiana. *Focus Group Discussion (Diskusi Kelompok Terarah)*. (online) (http://www.kompasiana.com/santidiwyarathi/focus-group-discussion-diskusi-kelompok-terarah_54f84ea2a333112a608b52c8).

Kresno S, Ella Nurlaela H, Endah Wuryaningsih, Iwan Ariawan. *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman Depkes RI. Jakarta, 1999.

Lazaruth, S. Kepala Sekolah Dan Tanggung Jawab. Salatiga; Kanisius, 1994.

Leavel dan Clark. Prevention Medicine for The Doctor in His Community. London: Mc Graw Hill, 1965.

Lembaga Administrasi Negara-Republik Indonesia. 2008. Isu Aktual Sesuai Tema Modul Pendidikan dan Pelatihan Kepemimpinan Tingkat III.

Lembaga Penelitian Universitas Negeri Jakarta. Monitoring dan Evaluasi Penelitian. Jakarta; Universitas Negeri Jakarta, 2006.

Local Governance Support Program Local Government Management Systems. Praktek-praktek yang baik dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan Menggunakan Pakta Pelayanan Masyarakat. Jakarta; LGSP, 2009.

Loewenberg, Frank M. Social Work, Social Welfare, and Social Intervention. In Loewenberg, Frank M., Ralph Dolgoff. *The Practice of Social Intervention: Goals, Roles, and Strategies*. Itaca; FE Peacock Publisher Inc, 1972.

Manila, IGK. Praktek Manajemen Pemerintahan Dalam Negeri. Jakarta; PT. Gramedia Pustaka Utama, 1996.

Mardapi, D. Desain Penilaian dan Pembelajaran Mahasiswa. Makalah Disajikan dalam Lokakarya Sistem

Penjaminan Mutu Proses Pembelajaran tanggal 19 Juni 2003 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. 2003.

Martani dan Lubis. Teori Organisasi. Bandung; Ghalia Indonesia, 1987.

Marzuki. Metodologi Riset. Yogyakarta; PT. Prasetia Widya Pratama, 2002..

Moerdianto. Teknik Monitoring dan Evaluasi (Monev) dalam Rangka Memperoleh Informasi untuk Pengambilan Keputusan Manajemen. Yogyakarta; Universitas Negeri Yogyakarta

Mulyadi. Sistem Akuntansi. Jakarta; Salemba Empat, 2007.

Muninjaya, GDE. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta; EGC, 2004.

Nazir, M. Metodologi penelitian. Jakarta; Ghalia Indonesia, 2009.

Notoadmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2005

Notoatmodjo, S. Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar. Jakarta : Rineka Cipta, 2003

Nugroho, R. Public Policy. Jakarta; PTElex Media Komputindo, 2009.

Nuraeni, A. Sistem Informasi Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi di Puskesmas. Jakarta; Universitas Indonesia, 2011.

Oriondo, L. L., Antonio, E. M.D. Evaluating educational outcomes (Test, measurment and evaluation). Florentino St; Rex Printing Company, Inc, 1998.

Ozcan, YA. Health Care Benchmarking and Performance Evaluation. New York; Springer, 2008.

Pengelolaan Lingkungan Sosial ; Yayasan Obor Indonesia 2002

Peranan Pekerja Sosial Dalam Pendampingan ; Sunandar Shodiq, 2009

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

PKMK UGM. Modul VI Monitoring Pengendalian Evaluasi dan Pelaporan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama di Puskesmas. (online)
(<http://chpm.fk.ugm.ac.id/index.php/id/component/content/article/85-id/pml-ntt/640-modul-vi-monitoring->

pengendalian-evaluasi-dan-pelaporan-pelayanan-kesehatan-tingkat-pertama-di-puskesmas).

Popham, W. J. Classroom assessment. Boston; Allyn and Bacon, 1995.

Prastowo, A. Menguasai Teknik-teknik Data Penelitian Kualitatif. Jogya: DIVA Press, 2008.
Moleong, J Lexy. Metode Penelitian Kualitatif. Bandung : PT. Remaja Rosdakaya, 2009.

Pusat Kajian Biostatistika dan Informatika Kesehatan FKM UI, Dinas Kesehatan Provinsi NTB, dan GTZ. Modul Pelatihan Pemanfaatan Data dan Informasi Sebagai Dasar Perencanaan Daerah. NTB; PKBIK.

Puspitasari, HS. Identifikasi Dan Penyusunan Faktor Kepuasan Pelayanan Di Upt Perpustakaan Pusat Universitas Sebelas Maret Surakarta Berdasarkan Persepsi Pengunjung. Skripsi.Universitas Sebelas Maret, Surakarta, 2010.

Richard, LD. Manajemen Edisi Kelima. Jakarta; Erlangga, 2001.

Sekretariat Negara RI. Peraturan Pemerintah RI Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan.

Siagian, S.P. Manajemen. Yogyakarta: Liberty, 1978.

Silverman David. *Qualitative Research, (theory, method, and practice)*, Second Edition. London: Sage Publication. 2002

Stark, J.S., Thomas, A. *Assessment and program evaluation*. Needham Heights; Simon & Schuster Custom Publishing, 1994.

Steers, MR. *Efektifitas Organisasi*. Jakarta; Erlangga, 1985.

Sudijono, A. *Pengantar Evaluasi Pendidikan*. Jakarta; PT Raja Grafindo Persada, 1996.

Sulaeman, ES. *Manajemen Kesehatan. Teori dan Praktik di Puskesmas*. Surakarta: UNS, 2009.

Sunarya, A. *Strategi Monitoring dan Evaluasi (Monev) Sistem Penjaminan Mutu Internal Sekolah*. (online) (http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._ADMINISTRASI_PENDIDIKAN/197203211999031ASEP_SURYANA/Copy_of_STRATEGI_MONITORING_DAN_EVALUASI.pdf).

Suryahadi, A. *Kumpulan Bahan Latihan Pemantauan Evaluasi Program-Program enanggungan Kemiskinan. Modul 4 : Persyaratan dan Unsur-unsur Evaluasi yang Baik*. Jakarta; Bappenas, 2007.

Suryani, AE. *E Valuasi Pelaksanaan Program Bantuan Langsung Tunai di Kelurahan Kampung Baru*

Kecamatan Medan Maimoon Kota Medan. Skripsi. Medan; Universitas Sumatera Utara, 2010.

Tangkilisan, HNS. Manajemen Publik. Jakarta; Gramedia Widia Sarana Indonesia, 2005.

Tarigan, A. Implementasi Kebijakan Jaring Pengaman Sosial: Studi Kasus Program Pengembangan Kecamatan di Kabupaten Dati II Lebak, Jawa Barat. Tesis Yogyakarta; UGM, 2000.

Wahab, S. Analisis Kebijaksanaan dari Formulasi Keimplementasian Kebijakan Negara. Jakarta; Bumi Aksara, 2002.

Wei, W.W.S. Time Series Analysis, Univariate and Multivariate Method Second Edition. New York; Pearson Education, 2006.

Weiss, C. Research for Policy's Sake: The Enlightenment Function of Social Research. Policy Analysis 1977; 3(4): 531-545

Wibawa, S. Kebijakan Publi. Jakarta; Intermedia Jakarta, 1994.

Widoyoko, EP. Evaluasi Program Pelatihan. Bandung; Universitas Pendidikan Indonesia, 2005.

Wikipedia. Impact Evaluation. (online)
(http://en.wikipedia.org/wiki/Impact_evaluation)

Winarno, B. Kebijakan Publik: Teori dan Proses. Yogyakarta; Media Pressindo, 2007.

Yaffee, R.A. & McGee, M. An Introduction to Time Series Analysis and Forecasting with Applications of SAS and SPSS. New York; Academic Press, 2000.

RIWAYAT PENULIS



Nita Pujianti Lahir di Banjarmasin pada tahun 1985, mengawali karirnya menjadi dosen di Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat sejak tahun 2011. Setelah meraih gelar Sarjana Farmasi di tahun 2008 dari Universitas Islam Indonesia, langsung mengikuti program double degree untuk program profesi apoteker dan pasca sarjana

nya di Ilmu kesehatan masyarakat Universitas Gadjah Mada dan meraih gelar Master of Public Health nya di tahun 2010. Minat manajemen kebijakan obat membuatnya semakin bersemangat menekuni dan mensinergikan bidang farmasi komunitas dan manajemen kesehatan. Pengampu mata kuliah manajemen logistik kesehatan ini juga sangat interes dengan penelitian dan pengabdian masyarakat di kedua bidang tersebut.



Atikah Rahayu lahir di Marabahan tanggal 20 April 1978. Jenjang pendidikan dasar ia tempuh di SDN Marabahan 3 (1984-1990), dan di SMPN 1 Marabahan (1990-1993). Adapun jenjang pendidikan menengahnya di SMAN 1 Marabahan (1993-1996). Selanjutnya ia melanjutkan kuliah di FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat) Universitas Airlangga di Surabaya (2000-2002) dengan topic skripsi bidang gizi. Pada tahun 2010 kembali melanjutkan pendidikan magister ilmu kesehatan masyarakat, peminatan gizi kesehatan dengan konsentrasi gizi masyarakat pada Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta (2010-2012). Topik-topik penelitian maupun pengabdian masyarakat terkait gizi masyarakat hingga mengaitkan beberapa metode pendidikan untuk mencegah dan menanggulangi masalah gizi khususnya kejadian pada balita maupun remaja. Beberapa produk ajar telah dihasilkannya dan aktif pula dalam penulisan jurnal bereputasi nasional maupun internasional.



Fauzie Rahman lahir di Amuntai 21 April 1986. Pada tahun 2004, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2008. Pada Tahun 2009 pernah menjadi Verifikator Independen Program Jamkesmas Kota Banjarbaru. Pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan

pada Peminatan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health* (MPH) pada tahun 2013. Selama menjalani Pendidikan Magister juga dipercaya menjadi Asisten Konsultan pada Divisi Manajemen Bencana, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK UGM Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM, Anggota Senat di FK ULM, Senat Universitas Lambung Mangkurat serta Auditor pada Lembaga Penjamin Mutu ULM. Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), serta Perhimpunan Promosi Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPKMI). Dibidang kegiatan kemahasiswaan, Ia juga berperan sebagai pembina di salah satu organisasi mahasiswa FK ULM, dosen pembimbing mahasiswa berprestasi, dan dosen pembimbing kegiatan Pekan Ilmiah Mahasiswa tingkat Nasional serta Reviewer Program Kreatifitas Mahasiswa (PKM) 5 Bidang. Selain itu, Ia aktif

sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster. Ia juga aktif sebagai reviewer Artikel pada Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (JAKI) dan *International Conference on Family Planning*.



Laily Khairiyati lahir di Banjarmasin pada tanggal 25 Maret 1984. Merupakan salah satu pengajar di bagian Kesehatan Lingkungan, Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat pada perguruan tinggi yang sama pada tahun 2006, kemudian melanjutkan

ke program pascasarjana *Magister of Public Health* Universitas Gadjah Mada dan lulus 2012. Modul pembelajaran yang telah dihasilkan antara lain Buku Ajar Dasar-dasar Kesehatan Lingkungan, Sanitasi Perumahan Pemukiman dan Tempat-tempat Umum, Modul IKMT Pencemaran Lingkungan. dan Buku Ajar Pengantar Analisa Kualitas Lingkungan. Beberapa artikel hasil penelitian diantaranya mengenai kesehatan lingkungan dan gizi yang diterbitkan pada beberapa jurnal ilmiah, serta berbagai kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang berkaitan dengan ilmu kesehatan masyarakat. Sebagai anggota IAKMI (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia), PERMI (Perhimpunan Mikrobiologi Indonesia) dan PERSAKMI (Persatuan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia) cabang Kalimantan Selatan. Saat ini sedang

menjabat Sekretaris Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM periode 2017-2020.



Noor Ahda Fadillah Lahir di Martapura 18 April 1988. Pada tahun 2006, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2010. Pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan pada Program Studi Magister Epidemiologi Universitas

Diponegoro Semarang dan mendapatkan gelar *Magister Kesehatan (Epidemiologi)* (M.Kes (Epid)) pada tahun 2014. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Anggota Unit Konseling dan Bimbingan Karir Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM, Sekretaris Unit Penjamin Mutu Prodi serta menjadi Redaktur Pelaksana Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia (JPKMI). Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), serta Persatuan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI). Dibidang kegiatan kemahasiswaan, Ia juga berperan sebagai pembina Lomba Karya Tulis Ilmiah mahasiswa PSKM FK ULM. Selain itu, Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional, penulisan makalah dan poster.



Dian Rosadi lahir di Pandansari pada tanggal 23 Maret 1988. Menempuh pendidikan Strata satu pada tahun 2006 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan melanjutkan pendidikan Magister tahun 2011 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan *Field Epidemiology Training Program (FETP/EL)*. Kemudian bergabung sebagai staf pengajar di Departemen Epidemiologi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam hal penelitian dan pengabdian sering terlibat tentang faktor risiko penyakit menular dan tidak menular, surveilans penyakit dan kejadian luar biasa.



Nur Laily Lahir di Martapura pada 15 April 1993. Lulus SMAN I Martapura Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pendidikan pasca sarjana di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UNLAM dan lulus pada tahun 2017. Saat ini Ia bekerja sebagai staf di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Selain itu, ia juga aktif sebagai tim penyusun bahan ajar/modul kegiatan seperti Buku Ajar Dasar-Dasar Promosi Kesehatan, Buku Ajar Pengantar Kominikasi Kesehatan, Buku ajar Komunikasi Kesehatan, Perilaku Organisas, Manajemen Pemasaran Pelayanan Kesehatan, Manajemen Mutu, Manajemen Logistik Kesehatan, BBM-Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah sakit.



Lahir di Banjarmasin 05 Desember 1992. Memulai pendidikan Sarjana pada tahun 2010 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2014. Kemudian melanjutkan pendidikan pada Program Magister pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Utama Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dan mendapatkan gelar Master of Public Health (MPH) pada tahun 2017. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM dibawah Departemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja, juga dipercaya sebagai Sekertaris *Information, Communication and Technology* (ICT) Unit, anggota Unit Pelaksana Konseling dan Bimbingan Karir, anggota Unit Pelaksana Kemahasiswaan dan Kerjasama. Beliau juga aktif dalam kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi lainnya seperti menyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional, penulisan makalah dan poster, hhususnya yang terkait dengan Kesehatan dan Keselamatan Kerja.



Muhammad Irwan Setiawan Lahir di Pelaihari 23 Juli 1993. Pada tahun 2011 memulai pendidikan sarjana di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (UNDIP) dan mendapatkan gelar S.Gz pada tahun 2016. Kemudian pada tahun 2016 melanjutkan pendidikan pascasarjana di Magister Ilmu Gizi Universitas Diponegoro dengan konsentrasi Gizi Masyarakat

dan mendapatkan gelar M.Gz pada tahun 2018. Sejak bulan Juni 2019 dinyatakan aktif sebagai dosen pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM). Beberapa mata kuliah yang pernah diajar yaitu: Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat, Ekologi Pangan dan Gizi, Gizi 1000 HPK, Program Gizi dan Evaluasi, Ilmu Kesehatan Masyarakat, serta Belajar Berbasis Masalah Program Gizi. Hingga saat ini masih aktif mengajar, ikut serta dalam kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya yang terkait dengan Gizi Masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional bereputasi, serta aktif mengikuti seminar nasional dan internasional sebagai peserta *oral presenter*.



Agung Waskito Lahir di Rantau 12 Agustus 1990. Pada tahun 2008, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Teknik Lingkungan Fakultas Teknik Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Teknik (ST) pada tahun 2013. Pada tahun 2014 melanjutkan pendidikan pada Program Studi Magister Teknik Lingkungan Institut Teknologi Bandung dan mendapatkan gelar Magister Teknik (MT)) pada tahun 2017. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM dibawah departemen Kesehatan Lingkungan, juga dipercaya sebagai Sekertaris Unit Pelaksana Konseling dan Bimbingan Karir, anggota Unit Pelaksana Kemahasiswaan dan Kerjasama, anggota Unit Pelaksana Teknologi Informasi dan Komunikasi serta menjadi anggota Unit Pelaksana Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia (JPKMI) di Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) FK ULM. Selain itu, Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional, penulisan makalah dan poster, hhususnya yang terkait dengan kesehatan Lingkungan.



Hadianor lahir di Amuntai pada 20 Mei 1995. Lulus MAN I Amuntai Kabupaten Hulu Sungai Utara Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2013. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada

Januari 2017. Saat ini Ia bekerja sebagai staf di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Semasa kuliah, ia aktif diberbagai organisasi kemahasiswaan seperti Himpunan Mahasiswa Kesehatan Masyarakat (HIMA KESMAS) FK UNLAM dan Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) FK UNLAM. Selain aktif di kegiatan organisasi mahasiswa, semasa kuliah ia juga aktif sebagai asisten peneliti di berbagai penelitian dan pengabdian yang dilakukan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Selain itu, ia juga aktif sebagai tim penyusun bahan ajar/modul kegiatan seperti Buku ajar Komunikasi Kesehatan (2016), Perilaku Organisasi (2016), Buku Ajar Metode Kontarsepsi Jangka Panjang (2017), Manajemen Pemasara Pelayanan Kesehatan (2017), BBM-Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah sakit (2017). Pengalaman penulisan karya tulis ilmiah adalah tentang Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Martapura Tahun 2016.