

PENDEKATAN SISTEM DALAM PERENCANAAN PROGRAM DAERAH

USE OF SYSTEM APPROACH IN DISTRICT HEALTH PROGRAM

Mubasysyir Hasanbasri

Minat Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Management and organization scholars have reviewed the importance of system approach to effective program implementation and development. Program designers commonly accept top down programs. They have no times and opportunity to design according to their local capacity and to the specific needs of their target population. Health planners and program makers in decentralization era have used system approach in planning and programming limited to their uncritical understanding of the approach. This paper describes elements of system approach that need to take into account when staff in health facilities and district health offices develop and evaluate health program. One critical issue is that emphasis on locally available inputs in designing appropriate processes to produce input. Other is about the analysis of critical needs of target population and improving the weakest points of the existing programs in meeting them.

Keywords: system analysis approach health planning, locally available resources

ABSTRAK

Pelaku dan peneliti manajemen dan organisasi telah lama mempelajari pendekatan sistem dalam mengimplementasi dan membangun program-program kesehatan. Pendesain program biasanya menerima program *top-down*. Mereka tidak memiliki kesempatan mendesain sesuai kapasitas daerah dan kebutuhan spesifik dari populasi target mereka. Perencana dan pembuat program dalam era desentralisasi telah menggunakan pendekatan sistem dengan pengertian yang tidak kritis. Tulisan ini menguraikan unsur-unsur dari pendekatan sistem yang perlu dipertimbangkan oleh pejabat di fasilitas layanan dan dinas kesehatan ketika mereka mengembangkan dan mengevaluasi program. Salah satu isu kunci di sini adalah tekanan pada sumber-sumber daya yang tersedia di daerah dalam merancang langkah-langkah kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan. Yang lain adalah tentang menganalisis kebutuhan yang spesifik dan penting bagi masyarakat target dan mengatasi titik-titik lemah dalam manajemen program sedang berjalan.

Kata Kunci: pendekatan analisis sistem, perencanaan kesehatan, sumber-sumber lokal

PENGANTAR

Pendekatan Sistem

Analisis sistem telah menjadi perhatian dari penulis-penulis manajemen dan organisasi.^{1,2,3} Penggunaan praktis dalam pembuatan program kurang dikritisi sehingga program-program kesehatan kita seolah berjalan di tempat. Sistem kesehatan daerah yang menguat saat ini mendorong banyak pejabat daerah menguasai analisis sistem dan menggunakannya untuk membuat program.^{4,5,6} *Paper*

ini memperkenalkan salah satu versi pendekatan sistem dalam pembuatan program kesehatan. Kita kadang-kadang menggunakan pendekatan sistematis tetapi mengacu kepada hal yang berbeda. Sebaliknya kita juga sudah biasa mengatakan *input*, proses, dan *output*, tetapi menggunakannya dalam konteks yang berbeda. Kita bahkan sering menyamakan sistematis dengan birokratis. Pendekatan sistem bisa digunakan dalam konteks jangka panjang dan jangka pendek, konteks asumsi sumber terbatas *versus* tidak terbatas. Selain itu, sinergi antara sub-sub sistem kerap mengganggu layanan publik terdepan. Ia bahkan bisa terlepas dalam jaringan pemecahan masalah. Mempelajari pendekatan ini, pembuat program lebih percaya diri dan memecahkan masalah.

Sebuah sistem terdiri *input*, proses, dan *output*. *Input* terdiri dari sumber-sumber yang menjadi bahan mentah. Proses adalah strategi mengolah bahan mentah menjadi produk. *Output* adalah produk barang yang dibeli atau dikonsumsi pengguna. *Outcome* adalah manfaat yang dirasakan oleh pengguna atau pihak di luar sistem. Sistem ada karena ada pembeli. Pembeli yang puas dengan *output* sistem menjamin produksi *output* oleh sebuah sistem.

Tabel 1 merangkum komponen analisis sistem.^{7,8,9} Pendekatan ini menekankan kesesuaian *output* dan *input*, dan adanya opsi proses dalam mengolah *input* menjadi *output*. Yang penting bagi kita adalah jika mau membuat roti, maka kita harus ada gandum. Jika mau membuat sate kambing, kita harus memiliki daging. Jika ada suatu kegiatan berkenaan dengan kebijakan, maka sudah dipastikan bahwa hal itu ada karena ada *input* yang mendukungnya. Tidak mungkin ada suatu kegiatan tanpa ada bahan dasar yang menyusunnya.

Input yang paling menguntungkan adalah ada uang. Uang bisa diubah dalam bentuk barang apa saja yang memungkinkan diolah dan dibuat produk jadi. Uang bahkan bisa langsung diubah ke produk yang dibeli dari pasar. Kita tidak memerlukan pengolahan sehingga ada barang jadi. Uang bisa mendatangkan

barang jadi. Pemerintah daerah biasanya memiliki uang terbatas. Namun, mereka memiliki tenaga pegawai negeri, fasilitas pelayanan kesehatan swasta dari yayasan sosial, tenaga kesehatan, dan bahkan sistem pengobatan tradisional yang melekat dalam masyarakat. Jika sumber yang ada itu dipakai sebagai *input*, sistem kesehatan daerah akan berbeda-beda sesuai dengan *input* itu.

Meski peraturan-peraturan kerap dimasukkan dalam kategori *input* karena ia sulit diubah, mereka lebih tepat ditempatkan pada lingkungan luar yang mempengaruhi sistem. Pejabat sangat takut dengan aturan yang berurusan dengan penggunaan uang. Kegiatan yang lebih efisien bisa jadi tidak diambil karena tidak sesuai dengan aturan pemerintah.

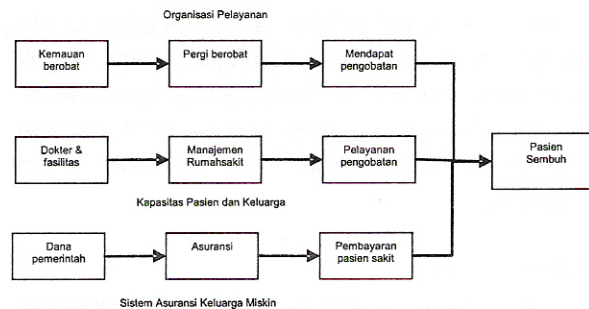
Tabel 1. Komponen Analisis Sistem

Lingkungan	Komponen	Uraian
	<i>Input</i>	Bahan mentah dari suatu kegiatan
Sistem	Proses	Strategi mengolah bahan mentah
	<i>Output</i>	Produk yang dibeli pengguna
Pengguna	<i>Outcome</i>	Manfaat yang dirasakan oleh pengguna

Sistem dan Subsistem

Sistem terdiri dari kumpulan subsistem. Layanan dan dampaknya bisa terjadi jika ada kontribusi yang membuat tujuan tercapai. Jadi produk yang kita buat bukan segala-galanya jika tidak terkonteks dengan produk dari sub sistem yang lain. Ketika kita mengendalikan sebuah sistem artinya kita bekerja dalam domain kegiatan yang menjadi tanggung jawab seorang manajer dalam memproduksi apa yang menjadi kewenangannya. Contoh yang sederhana, fasilitas kesehatan menyediakan layanan sesuai dengan orang yang datang ke sana. Ia tidak bisa membuat pelayanan atas kehendaknya sendiri. Pelayanan yang disediakan pun tergantung pada kapasitas membayar dari penggunanya. Jadi produk dari suatu subsistem sangat tergantung pada target dan siapa yang membayar.

Contoh yang lebih kompleks adalah sistem kesehatan. Sistem kesehatan terdiri dari subsistem pasien dan keluarganya, pemerintah, dan rumah sakit. Orang yang sembuh bukan kehendak diri mereka. Ia bisa sembuh karena ada dukungan subsistem lain. Kita biasanya hanya berpikir satu sisi, apakah itu sebagai pasien, sebagai rumah sakit, atau pemerintah.



Sistem dan Subsistem

Pemerintah memiliki kepentingan penderita sembuh agar tidak menjadi beban masyarakat lebih luas. Penderita belum tentu memiliki kepentingan berobat karena ia harus mengeluarkan biaya yang seharusnya digunakan untuk makan sehari-hari. Arti dari cerita ini adalah bahwa sistem-sistem itu bekerja dalam keterkaitan satu sama lain yang lebih luas. Yang sejatinya sebuah sistem adalah sinergi dari kumpulan subsistem yang dikelola. Yang penting karena itu, penggunaan kerangka sistem mau tidak mau didudukkan dalam konteks yang lebih luas.

Penafsiran Donabedian¹⁰ dan Kinerja Pelayanan

Analisis *input-proses-output* dan *outcome* digunakan untuk menilai kinerja organisasi dengan memperkirakan *output* berdasarkan kapasitas *input* dan proses. Penilaian ini didasari pada hubungan positif antara satu komponen terhadap komponen yang lain. Donabedian¹⁰ menggunakan analisis sistem dengan penafsiran yang berbeda dari cara di atas. Ia menggunakan *input* proses dan *output* untuk menjelaskan mutu pelayanan. Pendekatan analisis sistem berpendapat bahwa ketiga dimensi itu berhubungan secara linear dan positif. *Input* yang bagus memungkinkan proses yang bagus. Proses yang bagus memungkinkan *output* yang bagus. *Output* yang bagus akan membawa dampak pada *outcome* yang bagus. Dengan cara lain, *input* yang baik menjadi dasar bagi kegiatan yang bermutu. Proses yang baik menjadi dasar bagi *output* yang bermutu. Mutu *output* menjadi dasar bagi dampak yang diharapkan pada sasaran.

Donabedian memberikan juga tekanan pada dimensi sosial interaksi antara dokter dan pasien dalam proses. Meski alat penting, proses hubungan manusia ketika berurusan dengan alat, kondisi sosial dan kejiwaan pasien harus diperhitungkan. Kerangka

ini mudah dimengerti jika hanya satu sistem yang kita pelajari. Dalam kenyataan, kerangka ini ada banyak dan saling bertemu di titik mana saja dan dikendalikan oleh banyak pelaku. Bahkan mata rantai dari ketiga komponen ini dapat menjadi mata rantai dari sistem yang lain.

Merancang Program

Output yang memenuhi kebutuhan dari pengguna atau target adalah efektif. Perancang program berupaya mengetahui detail kebutuhan dari pembeli produk. Pendisain program biasanya mempelajari kelemahan produk-produk dari program yang sudah ada. Contoh yang bagus tentang pemilihan kelemahan dan keunggulan produk, kita bisa melihat kompetisi perusahaan telepon genggam dan pedagang pulsa. Fitur adalah kondisi unik yang ditujukan bagi manfaat khusus bagi pelanggan tertentu. Telepon genggam hampir semua didesain sesuai dengan kebutuhan pasar tertentu. Birokrat yang banyak bepergian menggunakan telepon genggam yang dilengkapi *personal digital assistance*. Demikian pula perusahaan pulsa. Pelanggan yang lebih sering telepon jarak jauh memiliki paket khusus berbeda dari pelanggan yang lebih banyak menelepon lokal. Pendesain program kesehatan bertindak seperti pendesain telepon genggam dan pengusaha pulsa. Mereka harus bisa menyesuaikan layanan dengan kebutuhan masyarakat yang membeli layanan mereka.

Efektivitas diukur dari kecocokan layanan dan kebutuhan pembeli. Pembuat program bisa membuat dua layanan bagi penduduk miskin dan penduduk kaya, atau yang memilih satu melayani keluarga kaya saja. Kepastian target pelanggan ini sangat menentukan *output* apa yang harus diproses. Layanan bisa berbeda dilihat dari prioritas kebutuhan pengguna. Pengguna yang mendahulukan kesembuhan, baru harga, dan kemudian kenyamanan berbeda dengan pengguna lain bisa menekankan kenyamanan dulu baru kesembuhan. Dua jenis pengguna itu sudah mendorong *output* yang berbeda. Indikator efektivitas bisa berupa status kesehatan masyarakat. Angka kematian yang turun bisa terjadi karena sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak efektif.

Efisiensi mengacu perimbangan antara *input* dan *output*. Pembuat program mencari *output* sebesar-besarnya dan *input* sekecil-kecilnya.⁵ Pendisain program berupaya sungguh-sungguh memahami *output* yang dibutuhkan pengguna. Produk bernilai rendah

dihindari pembeli dan karena itu membuat penjual rugi. *Output* dengan harga tinggi cocok dengan pembeli kaya. Pembuat program memuat *output* harga murah untuk pembeli yang miskin.¹¹

Strategi umum meningkatkan efektivitas program adalah memilih target yang tepat yang mungkin dilayani oleh program.⁶ Efektif adalah kesesuaian antara gap dan pemenuhannya. Orang memiliki banyak kebutuhan yang tidak mungkin dipenuhi semuanya kecuali dana tersedia banyak sekali. Strategi efektif adalah memilih kebutuhan kritis yang berskala kecil dan bisa disediakan oleh program. Contoh-contoh strategi efektif adalah vaksinasi, larutan gula garam, garam iodium, dan vitamin A. Intervensi-intervensi ini mengatasi titik penentu pengatasan masalah dengan biaya yang terkendali. Kreativitas dalam membangun efektivitas karena itu berupa identifikasi titik kritis dan pembidikan target skala besar. Argumen inilah yang membuat upaya pencegahan penyakit merupakan pilihan hingga saat ini.^{12,13}

Strategi melakukan efisiensi ada dua. Pertama adalah dengan cara menggunakan bahan-bahan yang tersedia di lingkungan pembeli. Pilihan bahan lokal mengurangi ongkos transportasi dan transaksi. Yang kedua, efisiensi dibuat dengan memperbaiki prosedur pengolahan atau menggunakan prosedur lain yang lebih murah. Tenaga pengolah yang tersedia di lapangan merupakan sumber efisiensi. Dibandingkan dengan tenaga luar yang mudah pergi jika ada kesempatan lebih baik di luar, tenaga lokal lebih bertahan di lokasi karena di sana mereka mengakar dalam masyarakat dan menjadi tulang punggung keluarga besar mereka. Pengolahan di tempat pembeli juga mengurangi ongkos memindahkan *output* ke pembeli.¹¹

Efisiensi menilai pemanfaatan sumber-sumber pada *input* dan proses dalam rangka memperoleh *output* yang sebesar-besarnya. Semakin besar selisih *output* terhadap *input* makin efisien suatu organisasi. Pertimbangan efisiensi ini pokok karena kita dapat memperhitungkan pilihan yang tepat sesuai dengan kondisi keterbatasan keuangan atau sumber-sumber. Jenis obat untuk suatu kondisi tersedia banyak dan efeknya bermacam-macam sesuai dengan perbedaan titik tangkap pengobatan. Flu dapat dikelola tanpa obat dengan asumsi bahwa ia sekadar gangguan virus dan akan hilang dengan sendirinya. Pengobatan flu secara konservatif adalah mempertahankan kondisi tubuh dengan istirahat dan makan yang memadai,

Tabel 2. Unit Pengamatan dan Analisis Sistem

Tingkat	Input	Proses	Output
Individual	Status pendidikan	Mencari pelayanan kesehatan lebih modern	Status kesehatan terpelihara
Pelayanan	Dokter <i>versus</i> tenaga nonprofesional	<i>Standard operating procedure quality assurance</i>	Pelayanan bermutu
Masyarakat	Anggota dewan yang berkomitmen kesehatan	<i>Lobby</i> - negosiasi kuat	Alokasi dana pemerintah untuk kesehatan besar

sedangkan bila orang menggunakan obat antipiretik dan antialergi, orang tetap bisa bekerja dan tidak harus kehilangan karena beristirahat. Memilih cara konservatif atau menggunakan obat di sini merupakan pilihan proses. Ia sekaligus merupakan pilihan yang ditentukan maupun yang melibatkan dana (*input*) untuk mengatasi masalah kesehatan.

Penerapan dalam Program

a. Kinerja Proses dalam Program Tuberkulosis

Tuberkulosis membutuhkan perawatan yang lama. *Outcome* dari pengobatan tidak dirasakan dalam waktu cepat karena *outcome* tidak langsung bisa dinilai, jaminan terhadap *outcome* diukur dari apakah komponen-komponen *input* dan proses telah dilaksanakan secara standar. Menjamin jenis dan jumlah obat yang harus diminum tiap hari menjadi ukuran apakah pelayanan itu bermutu. Jika kegiatan itu standar, maka *outcome* diprediksi akan terjadi.

b. Kepuasan dan Mutu Pelayanan

Hubungan yang positif antarkomponen *input*-proses-*output* ini mendasari kebijakan akreditasi. Sesuatu rumah sakit dianggap bermutu bila ia memiliki sejumlah dokter spesialis tertentu dan alat-alat tertentu. Analisis ini bisa digunakan untuk menilai dampak dari produk pada kelompok sasaran. Sebagai contoh, ketersediaan dokter atau perawat berhubungan dengan kepuasan pasien. Dokter dianggap memiliki kemampuan mengatasi masalah klinik penyakit. Dokter lebih mementingkan berurusan dengan teknologi pengobatan dan bagian tubuh seseorang yang mengalami masalah daripada orangnya. Perawat merupakan tenaga menengah kedokteran yang lebih menekankan pada fungsi perawatan. Mereka berhubungan langsung dengan pasien secara utuh.

Mutu pelayanan yang dirasakan oleh konsumen mengandung: 1) unsur efektivitas dari terapi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan 2) kepuasan

atau penerimaan konsumen tentang proses pelayanan. Seorang pasien bisa lebih puas berobat kepada perawat karena proses pengolahan penyakit oleh perawat lebih disukai oleh konsumen karena pasien lebih bisa berinteraksi dalam bahasa sehari-hari dengan perawat, yang sering tidak bisa ia lakukan dengan dokter. Demikian pula, dukun lebih disukai oleh konsumen karena proses pengobatan lebih diterima oleh penderita atau lebih sesuai dengan pola kepercayaan masyarakat.

c. Merekrut Dokter atau Membayar Iur Asuransi?

Tabel 3 menjelaskan contoh mengelola dana dalam proses yang berbeda. Pemerintah memiliki dana yang terbatas. Pilihan pertama yang sekarang ini ada yaitu merekrut dokter pegawai negeri dan ditempatkan ke seluruh pelosok tanah air agar mereka bisa memberikan layanan murah dan dekat dengan masyarakat. Kebijakan ini sudah berjalan dan kita beruntung. Pasien harus pergi mencapai pusat pelayanan masyarakat agar mereka bisa mendapat pelayanan. Pilihan kedua mengatasi persoalan *financial barrier* ke puskesmas. Pemerintah memiliki dana untuk mengurangi akses finansial itu dengan mengasuransi keluarga miskin dan melibatkan pelayanan pemerintah. Pilihan ketiga mengatasi jarak dan waktu pelayanan yang terbatas dari fasilitas pemerintah. Dengan memahami proses mengolah dana terbatas itu ke dalam tiga pilihan itu, kita bisa mencari mana yang paling cocok dengan kebutuhan keluarga miskin. Pilihan-pilihan itu masih bisa bertambah sesuai dengan kompleksitas kebutuhan dan kreativitas pembuat program dalam melakukan analisis sistem.

a. Mahal yang Lebih Efisien

Dalam menilai sistem kesehatan, penderita miskin berupaya mencari pengobatan di unit pelayanan yang murah dengan harapan ia dapat menghemat biaya pengobatan tetapi sembuh. Ia berharap proses yang

hemat itu bisa menghasilkan pelayanan yang bagus untuk penyakitnya. Ia bisa salah. Pelayanan yang murah membuat ia lama sembuh dan mengeluarkan biaya lebih besar untuk sembuh. Skenario pencarian pengobatan ini diringkas dalam Tabel 4. Cerita ini adalah tentang bagaimana kita memilih proses yang efisien. Biaya besar dan biaya ringan bisa sama-sama menyembuhkan. Biaya ringan tampaknya bisa lebih efisien dari biaya mahal. Tetapi pilihan kedua lebih efisien daripada yang pertama karena dengan sembuh lebih cepat, orang bisa bekerja cepat.

Contoh yang lain adalah tentang menyebarkan puskesmas di daerah terpencil. Setiap orang di daerah terpencil bisa sakit. Jika mencari pengobatan di kota, mereka harus membayar biaya transportasi, kehilangan waktu lebih lama di jalan, harus menginap di kota, membawa keluarga untuk menemani, dan berbagai kemungkinan kesulitan lain ketika berurusan dengan fasilitas kota. Jika beberapa orang sakit, maka dapat dibayangkan berapa besar biaya dibutuhkan untuk kesehatan orang-orang ini. Coba bayangkan hal sebaliknya. Jika pemerintah membuat puskesmas di daerah terpencil dan menggaji dokter untuk bekerja di sana, maka biaya transportasi dan yang berkaitan waktu serta *social cost*nya jauh berkurang. Kehadiran satu dokter di daerah terpencil memberikan manfaat kepada semua warga desa terpencil itu. Jadi karena alasan efisiensi dan manfaat luas bagi masyarakat, maka pemerintah membuat puskesmas di pelosok-pelosok.

a. Contoh Desain Program Desa Siaga

Pembuat program bisa membuat bermacam bentuk pelaksanaan dalam kebijakan desa siaga. Meskipun kebijakan ini bersifat nasional, perbedaan dalam kebutuhan spesifik dari target yang berbeda-beda menjadikan program desa siaga akan mencari bentuk yang spesifik sesuai dengan potensi dan kelemahan daerah. Siapa membutuhkan desa siaga?

Karena itu, *outcome* harus didefinisikan dulu ketika kita ingin mendisain atau menganalisis program. *Outcome* tidak sesederhana “penurunan angka kematian” atau “kepuasan meningkat”. *Outcome* harus dijelaskan dari sisi siapa yang menjadi target, kebutuhan spesifik, dan jangka waktu dari kebutuhan itu. Ambil saja contoh komponen *outcome* dari program desa siaga. Yang membutuhkan program ini (unsur siapa) adalah ibu masuk masa persalinan yang tinggal 20 km dari pusat pelayanan persalinan dan tidak memiliki kendaraan umum. Kebutuhan spesifiknya berupa mobil yang bisa mengangkut sang ibu ke rumah sakit terdekat agar mendapat persalinan aman. Waktu dari kebutuhan itu adalah jam 1 malam. Pertolongan dibutuhkan pada waktu 1-4 jam masa kritis pertama. Kita baru bisa mendisain program desa siaga jika kita mengetahui kebutuhan kritis dari sasaran program.

Apa yang sudah kita punyai? Kendaraan adalah kunci bagi kegiatan desa siaga. Beberapa mobil yang ada di desa itu diinventarisasi dan diminta untuk sukarela memperoleh giliran digunakan ketika dibutuhkan.

Tabel 3. Mengelola Dana yang Terbatas

Komponen	Sub komponen	Pilihan 1	Pilihan 2	Pilihan 3
Sistem	<i>Input</i>	Uang terbatas	Uang terbatas	Uang terbatas
	<i>Proses</i>	Rekrut dokter pegawai negeri	Mengasuransi orang miskin ke asuransi sosial pemerintah	Mengasuransi orang miskin dan menyertakan praktik pribadi
	<i>Output</i>	Layanan dokter pemerintah murah	Layanan dari <i>provider</i> pemerintah	Layanan dokter praktik pribadi di tempat
Target	<i>Outcome</i>	Semua orang miskin mendapat pelayanan		

Tabel 4. Penggunaan Fasilitas Kesehatan

<i>Input</i>	<i>Proses</i>	<i>Output</i>	<i>Outcome</i>
Biaya Rendah	Pelayanan murah, waktu inap lebih lama, biaya keseluruhan mahal	Pelayanan dengan waktu lebih lama	Sembuh lebih lama
Biaya Besar	Pelayanan yang bagus, pengobatan cepat, biaya menginap lebih ringan. Secara keseluruhan biaya lebih rendah	Pelayanan dengan waktu lebih cepat	Sembuh lebih cepat

Tabel 5. Kegiatan Program Desa Siaga

Pelaku	Waktu kejadian	Kegiatan pendukung
Sopir	Mengambil mobil, mengisi bensin.	Pengumpulan dana untuk bensin.
Pengantar	Menjelaskan status pasien dan menjadi penjamin saat rumah sakit memerlukan klarifikasi.	Pengantar bisa terdiri dari tetangga yang memiliki latar belakang kepalang-merahan atau kepramukaan. Lebih baik lagi jika bekerja di bidang kesehatan. Mereka menemani ibu di dalam mobil.
Ibu PKK	Mengontak petugas jaga program desa siaga untuk meminta pertolongan.	Memonitor keluarga spesifik dalam kebutuhan bantuan mendesak. PKK mau tidak mau melakukan kegiatan promotif dan preventif
Kelompok Ronda	Anggota ini penerima pesan permintaan pertolongan, mengontak sopir, pemilik mobil, dan pengantar, yang sudah bersedia membantu.	Ada jadwal sopir yang dibuat atas sukarelawan yang mau membantu. Daftar pemilik mobil dan hari-hari apa mobil mereka dapat digunakan. Daftar petugas.
Ketua sukarelawan	Ketua bertindak sebagai mobilisator pada waktu kejadian. Turun ke lapangan membangun solidaritas bagi yang menolong biasanya kunci bagi masyarakat	Dibentuk atas inisiatif baik pemerintah desa maupun tokoh masyarakat bersifat sukarela. Ia mengelola pertemuan berkala yang memonitor kebutuhan bantuan desa siaga. Pertemuan bisa dilakukan sesuai dengan acara bulanan yang sudah ada

Unsur giliran menjadi penting agar memiliki kesempatan yang sama untuk berkontribusi kepada masyarakat. Giliran membuat urutan yang mudah jika yang satu berhalangan, yang berikutnya mengambil tempat. Siapa yang bisa berlaku sebagai sopir diinventarisasi dan dibuat giliran sehingga beban tidak menumpuk pada satu atau dua orang.

Output dari program desa siaga adalah ada angkutan yang siap membawa seseorang ibu dalam masa persalinan ke rumah sakit dengan aman. Kita bisa membayangkan *output* itu pun tidak sesederhana adanya angkutan. Jadi *output* kita bisa terdiri: mobil, sopir, pengantar, dan dana jaminan, yang tersedia di depan rumah dari ibu yang dalam persalinan tadi. Proses adalah langkah-langkah program desa siaga itu sendiri. Setelah mempelajari *outcome* dan *output* di atas, kita bisa merancang langkah-langkah dalam proses.

a. Mendefinisikan Input

Uang adalah *input* yang multiguna. Tetapi tidak ada uang tidak harus membuat kita berhenti melakukan program. Sebaliknya *input* yang harus diperhitungkan adalah bentuk *natural* dari masyarakat di desa itu. Jika sumber-sumber seperti sopir, mobil, tenaga perawat, arisan, pengurus rukun warga, dan kegiatan ronda sudah ada di desa-desa, maka proses menjadikan sumber-sumber itu diolah menjadi layanan jemputan ibu yang akan bersalin di tengah malam itu tinggal

diramu atau dikoordinasi. Jadi program desa siaga bisa didak terkait dengan membuat poliklinik desa. Sebaliknya desa siaga hampir sama dengan "kegiatan ronda plus".

a. Mendefinisikan Input

Uang adalah *input* yang multiguna. Tetapi tidak ada uang tidak harus membuat kita berhenti melakukan program. Sebaliknya *input* yang harus diperhitungkan adalah bentuk *natural* dari masyarakat di desa itu. Jika sumber-sumber seperti sopir, mobil, tenaga perawat, arisan, pengurus rukun warga, dan kegiatan ronda sudah ada di desa-desa, maka proses menjadikan sumber-sumber itu diolah menjadi layanan jemputan ibu yang akan bersalin di tengah malam itu tinggal diramu atau dikoordinasi. Jadi program desa siaga bisa didak terkait dengan membuat poliklinik desa. Sebaliknya desa siaga hampir sama dengan "kegiatan ronda plus".

b. Mendiagnosis Kegagalan Sistem

Kebutuhan pengguna itu adalah patokan utama dalam menjustifikasi apakah *output* yang diberikan tepat dan apakah kegiatan-kegiatan dalam proses dipilih secara seksama. Cara ini hampir sama dengan hubungan *supply-demand* dalam sistem pasar bebas. Sesuatu dibuat atau dijual setelah orang mengetahui apa yang menjadi kebutuhan pembeli. Orang yang tidak bijak jika mereka membuat sesuatu tanpa ia

mengetahui siapa yang akan membutuhkannya dan membelinya. Identifikasi pihak yang membutuhkan produk dari program. Kemudian saudara harus mencari tahu tentang *output* yang dianggap paling berpengaruh terhadap *outcome*, kondisi yang membuat *output* itu seperti itu, dan seterusnya kondisi yang membuat *input* seperti itu. Dengan cara “mundur” ini saudara bisa mencari ciri spesifik dari sistem yang membawa akibat pada *outcome*. Ciri spesifik yang tidak disukai merupakan fokus perbaikan sistem. Perancang membuat program dengan menentukan *output* dan membayangkan *output* itu cocok dengan pengguna dalam memenuhi kebutuhan mereka. Saudara bisa mendisain proses yang sesuai dan mengalokasi *input* yang memadai untuk itu dengan memahami *output* spesifik yang dikehendaki.

Jika saudara melihat program yang sudah jadi, maka saudara harus melihat apa yang akan dicapai. Jika kita mengetahui *output*, maka lebih mudah mempelajari proses apa yang harus dikerjakan dan bahan apa yang perlu disiapkan. Jika bahan dan cara tidak sesuai dengan *output* yang diharapkan maka mudah dipahami bahwa kegiatan itu tidak masuk akal. Cara pertama ini berasumsi bahwa tujuan membenarkan cara dan bahan. Asumsi menuntut ketersediaan dana atau komitmen politik yang kuat demi tujuan yang diharapkan (*output*). Kalau ada *output* diharapkan tetapi kemudian tidak ada dana maka tidak ada gunanya kita memulai analisis dari *output*. Lain halnya jika saudara mulai menganalisis kegiatan dari *input* yang ada sebelum program dilaksanakan. Analisis mencari tahu apa yang dimiliki secara rutin dan lokal. Kemudian ia memperhitungkan apa yang bisa dibuat dari bahan yang ada. Jika bahan-bahan atau sumber-sumber itu tidak sesuai dengan apa yang menjadi *output*, maka tidak ada gunanya berharap *output* itu. Apa yang harus dikerjakan jika demikian? Seorang analisis menganjurkan agar orang berbuat sesuatu

sesuai dengan ketersediaan bahan. Perumpamaan yang kerap digunakan adalah pembuatan roti di atas.

Pertimbangan Sumber Daerah dalam Perencanaan

Pejabat yang berorientasi proyek menganggap bahan mentah adalah uang. Mereka memdesain program dengan asumsi dana harus dicari atau diperjuangkan dulu. Mereka tentu saja berpikir pemerintah memiliki dana memadai dan akan mengalokasi dana jika dinas kesehatan menyusun program atas rasionalitas *public health* dan pengeluaran yang masuk akal. Pejabat yang menyadari dana pemerintah sangat terbatas menganggap apa saja yang tersedia di daerah dan bahkan di masing-masing kecamatan dan kelurahan merupakan *input* yang luar biasa besar yang harus diolah. Mereka berpendapat bahwa daerah harus tergantung pada sumber-sumber yang tersedia di sana.

Cara mengolah bahan mentah tergantung pada sumber yang dimiliki. Jika bahan mentah yang tersedia adalah pegawai negeri, maka program daerah itu adalah apa yang pegawai negeri bisa lakukan ditambah dengan olahan lain sehingga pelayanan lebih baik dan lebih tepat. Jika pegawai negeri yang tersedia memiliki pendidikan yang rendah, maka cara birokrasi mesin. Mereka diminta untuk melaksanakan tugas-tugas yang digariskan pembuat kerja. Pekerja-perkerja itu diminta berlaku seperti komponen onderdil dalam sebuah mesin. Jika mereka bekerja persis seperti yang ditupoksikan, maka rangkaian onderdil itu menghasilkan kerja mesin. Dalam pola itu, maka kunci dalam pelaksanaan program adalah pengawasan.

Jika kita memiliki uang saja, kita mencari apa yang menjadi kebutuhan kita. Kita tinggal mengolah uang itu agar lebih hemat dengan proses tender barang-barang yang akan dibutuhkan.

Tabel 6. Pertimbangan Kebijakan menurut Pendekatan Sistem

	Fokus	Pertimbangan
<i>Input</i>	Besar Dana	Kekayaan dan visi
Proses	Cara mengolah dana	Mana yang paling banyak memanfaatkan sumber yang ada; mana yang paling efisien
<i>Output</i>	Layanan spesifik yang cocok untuk target	Makin spesifik kebutuhannya, makin ringan dan hemat program
Target	Batasan yang menjadi urusan pemerintah	Mengatur mana yang lebih berhak memperoleh (eligibilitas)

Tabel 7. Keterkaitan Konstruksi *Input* dan Dampak

	<i>Input</i>	<i>Proses</i>	<i>Output</i>	<i>Target</i>
Senario 1	Uang	Menyelenggarakan atau membeli	Layanan	
Senario 2	SDM	Reposisi SDM	Layanan	
Senario 3	Uang dan SDM	Cara kerja birokrasi versus cara kerja profesional	Layanan	

PENUTUP

Sistem itu merespon kebutuhan di masyarakat. Evaluasi kebutuhan masyarakat itu wajib. Sistem yang berhasil adalah jika kebutuhan itu terpenuhi dan biaya yang digunakan lebih ringan dari cara yang lama. Pemegang program terbiasa mengacu pada kegiatan baku yang dikeluarkan pemerintah atau profesi sehingga mereka lupa terhadap kebutuhan spesifik di daerah. Padahal kebutuhan spesifik di daerah kerap berbeda dari yang dibayangkan oleh pembuat program di atas. Pendekatan sistem harus dikontekskan dengan kebutuhan di daerah dan bahkan di tingkat puskesmas. Pembuatan program yang menggunakan kerangka sistem akan dapat dinilai kemampuannya memecahkan masalah.^{13,14} Jika kerangka analisis sistem ini didukung dengan spirit memecahkan masalah, program-program kesehatan makin dapat diharapkan untuk memenuhi kebutuhan lapangan yang sangat bervariasi.

KEPUSTAKAAN

- Harrison, Michael I. *Diagnosing Organizations: Methods, Models, and Processes*. Second Edition. Thousand Oaks: Sage Publications. 1994.
- Georgopoulos, Basil, S. *Organizational Structure, Problem Solving, and Effectiveness: a Comparative Study of Hospital Emergency Services*. Jossey-Bass. San Francisco. 1986.
- Scott, W. Richard, Ann, B. Flood, Wayne Ewy, and William, H. Forrest Jr. "Organizational Effectiveness and the Quality of Surgical Care in Hospitals." in *Environments and Organization*, edited by Marshall, W. Meyer and Associates. Jossey-Bass. San Francisco. 1978:290-305.
- Tarimo, E. *Towards a District Health System: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care*. World Health Organization. Geneva. 1991.
- World Health Organization. *Improving the Performance of Health Centres in District Health Systems*. (WHO Technical Report Series 869). World Health Organization, Geneva. 1997A:24.
- Turnock, Bernard, J. *Public Health: What It Is and How It Works*. Maryland: An Aspen Publication. 1997.
- Scott, W. Richard. *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*. Third Edition. Prentice Hall. Englewoods Cliffs. 1992.
- Shortell, Stepen, M. *Essentials of Health Care Management*. Delmar Publishers, ITP an International Thomson publishing Company, United States of America. 1997.
- Flood, Ann, B. and Richard, W. Scott. *Hospital Structure and Performance*. The John Hopkins University Press. Baltimore. 1987.
- Donabedian, Avedis. *The Quality of health Care: How Can It Be Assessed*. JAMA. 1988;23/30: 1743-8.
- Dolan, Edwin, G., and Goodman, John, C. *Economics of Public Policy*. Fourth Editions. West Publishing Company St. Paul, New York. 1989.
- Reinke, W.A. *Health Planning for Effective Management*. 1988. Trisnantoro, L. & Ryarto, S. (Penerjemah). Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 1994.
- Jonassen, David, H. *Learning to Solve Problems: An Instructional Design Guide*. Pfeiffer. 2003.
- Thorne, Melvin, Steve Sapirie, dan Habib Rejeb. *District Team Problem Solving Guideline for Maternal and Child Health, Family Planning and Other Public Health Services*. Strict Team Problem Solving. World Health Organization. Geneva. 1993.