



Stefanus Supriyanto  
Nyoman Anita Damayanti

# Perencanaan & Evaluasi

Pasal 72 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta:

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyebarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak memperbanyak penggunaan untuk kepentingan komersial suatu Program Komputer dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (4) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 17 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (5) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 19, Pasal 20, atau Pasal 29 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (6) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 24 atau Pasal 55 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (7) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 25 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (8) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melanggar Pasal 27 dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda paling banyak Rp150.000.000,00 (seratus lima puluh juta rupiah).
- (9) Barangsiapa dengan sengaja melanggar Pasal 28 dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp1.500.000.000,00 (satu miliar lima ratus juta rupiah).



© 2007 Airlangga University Press

AUP 600/20.299/09.07 (1.0)

Dilarang mengutip dan atau memperbanyak tanpa izin tertulis dari Penerbit sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun, baik cetak, fotoprint, mikrofilm dan sebagainya.

Cetakan pertama — 2007

**Penerbit:**

Airlangga University Press

Kampus C Unair, Jl. Mulyorejo Surabaya 60115

Telp. (031) 5992246, 5992247 Fax. (031) 5992248

E-mail: aupsby@rad.net.id.

Dicetak oleh: Airlangga University Press

(PNB. 009/04.16/AUP-BSE)

*Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)*

STE Stefanus Supriyanto

p Perencanaan & Evaluasi/Stefanus Supriyanto, Nyoman Anita Damayanti — Cet. I. — Surabaya: Airlangga University Press, 2007.

xviii, 280 hnt.: ilus.; 14,5 × 20,5 cm

Bibliografi hnt.: 279-80

ISBN 978-979-4330-07-7

1. Perencanaan

2. Perencanaan Strategi

I. Stefanus Supriyanto

II. Nyoman Anita Damayanti

658.401 2

ANGGOTA IKA PI: 001 /JTI/95

ANGGOTA APPTI: 001 /KTA/APPTI/X/2012

## PRAKATA

Sebagai langkah awal dari suatu siklus manajemen, perencanaan mempunyai makna yang paling mendasar berhasil tidaknya pelaksanaan fungsi manajemen. Sama halnya dengan perencanaan, evaluasi juga merupakan salah satu fungsi dalam siklus manajemen, khususnya manajemen program atau proyek. Evaluasi adalah suatu usaha penilaian untuk mengukur dan memberi nilai secara objektif pencapaian hasil kegiatan, karena itu evaluasi dimaksudkan menjadi umpan balik bagi perencanaan di masa mendatang.

Banyak metode, teknik, dan piranti yang digunakan dalam perencanaan, sehingga dalam buku ini disajikan beberapa metode, teknik, dan piranti perencanaan sebagai bahan pengkayaan wawasan bagi pembaca.

Perencanaan kesehatan merupakan suatu proses yang dinamis dan berkesinambungan, meliputi proses merumuskan rencana (analisis situasi, penentuan prioritas, perencanaan strategi, perencanaan operasional) dan proses melaksanakan rencana yang sudah ditetapkan, kemudian dilanjutkan dengan evaluasi atau penilaian. Selama proses selalu dilakukan kegiatan monitoring dan kepemimpinan serta supervisi. Proses perencanaan dan evaluasi mengikuti dimensi waktu yang berbentuk spiral. Dinamis artinya setiap saat dapat direvisi, dan diubah sesuai dengan perubahan tuntutan lingkungan.

Perencanaan telah mengalami perubahan, yaitu dari kegiatan pembuatan proyeksi secara spontan, intuitif dan subjektif berdasarkan pengalaman yang lampau, menjadi lebih banyak menggunakan berbagai pertimbangan, sistematis dan objektif dalam memobilisasi informasi dan mengelola sumber daya. Perencanaan yang efektif menuntut penerapan yang bijaksana akan metode multidisiplin dan prosedur yang dipilih, guna merancang program dan proyek dalam suatu kerangka dan jangka waktu yang ditentukan.

Perencanaan bukan hanya sekadar suatu kegiatan teknis, namun suatu proses berkesinambungan dari mengamati, penyesuaian untuk mengadakan perubahan serta proses belajar, yang mana harus dijaga keseimbangannya.

Perencanaan dibedakan menjadi perencanaan strategi dan perencanaan operasional. Perencanaan strategi adalah bagian dari manajemen strategi. Kata strategi berarti adanya perencanaan (rencana/tindakan adaptif) yang memperhatikan tuntutan/masalah atau perubahan yang ada di lingkungan organisasi, sehingga organisasi harus melakukan tindakan adaptif terhadap tuntutan perubahan tersebut agar tetap hidup dan berkembang. Hasil dari perencanaan strategi berupa rumusan strategi organisasi. Perencanaan

operasional adalah implementasi rumusan strategi menjadi rencana konkret yang sudah meliputi program (*standing use*), proyek (*singel use*) beserta aktivitas kegiatan, sumber daya dan anggaran yang dibutuhkan.

Beberapa metode/teknik perencanaan operasional dapat menggunakan acuan *Balanced Scorecard*, atau *logical framework for planning* dengan pendekatan unsur organisasi (*input-process-output-outcome-impact*). Unsur organisasi ini dikenal juga sebagai unsur kinerja organisasi. Baku ini menggunakan *logframe* unsur organisasi. Demikian pula untuk metode evaluasi.

Beberapa indikator, kriteria, teknik, dan piranti, serta informasi dasar untuk perencanaan dan evaluasi juga disajikan dalam buku ini.

Semoga buku ini bermanfaat bagi para mahasiswa, khususnya yang bergerak di sektor kesehatan dan semua pihak yang berkepentingan dalam pelayanan kesehatan.

Surabaya, 16 September 2006

Penyusun

# DAFTAR ISI

Prakata.....	v
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar .....	xv
<b>Bab 1 Pengantar Perencanaan dan Evaluasi.....</b>	<b>1</b>
Pendahuluan .....	1
Konseptualisasi Sistem Pelayanan Kesehatan.....	2
<b>Bab 2 Sistem Kesehatan Nasional dan Sistem Kesehatan Wilayah Sebagai Dasar Perencanaan di Tingkat Kabupaten dan Kota .....</b>	<b>11</b>
Sistem Kesehatan Nasional .....	11
Sistem Kesehatan Wilayah (Daerah).....	12
<b>Bab 3 Proses, Struktur, Fungsi dan Sistematika Perencanaan .....</b>	<b>21</b>
Perencanaan sebagai Proses .....	21
Prinsip dan Problematik Perencanaan .....	22
Ruang Lingkup dan Struktur Perencanaan .....	23
Perencanaan Strategi .....	25
Sistematika Perencanaan.....	29
<b>Bab 4 Analisis Situasi.....</b>	<b>35</b>
Analisis Situasi .....	35
Hierarki Tujuan .....	36
Tujuan Perencanaan.....	44
Data Dasar/Informasi untuk Perencanaan .....	47
Informasi Epidemiologi untuk Perencanaan Kesehatan.....	50
Kebutuhan, Keinginan dan Permintaan (Perspektif Ekonomi).	53
Informasi Ekonomi dalam Perencanaan Kesehatan .....	55
Informasi Demografi/geografi untuk Perencanaan.....	63
Data Manajemen Kesehatan.....	64
Penetapan Masalah untuk Perencanaan.....	66
Metode dan Teknik Pengenalan Masalah.....	67
Metode dan Teknik Perencanaan .....	75
Penetapan Prioritas.....	82

<b>Bab 5</b>	<b>Analisis Penyebab Masalah</b> .....	99
	Metode atau Teknik Penentuan Penyebab Masalah .....	100
	Metode/teknik Penyelesaian Masalah .....	104
<b>Bab 6</b>	<b>Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)</b> .....	107
	Identifikasi Penyebab Masalah .....	107
	Analisis Sumber Daya Organisasi .....	107
	Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) .....	108
	Penetapan Tujuan .....	108
	Penentuan Kriteria Keberhasilan .....	110
	Pemilihan Ruk .....	110
<b>Bab 7</b>	<b>Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)</b> .....	113
	Rencana Pelaksanaan Kegiatan .....	113
	Tujuan RPK .....	113
	Perencanaan Keterpaduan LP/LS .....	114
	Penyusunan Sumber Daya .....	115
	Penyusunan Jadwal Operasional .....	116
	Penyusunan Akhir RPK .....	118
<b>Bab 8</b>	<b>Penyusunan Anggaran</b> .....	121
	Pendahuluan .....	121
	Prinsip Umum Penyusunan Anggaran .....	122
	Penganggaran Puskesmas .....	131
	Pengukuran (Pelaksanaan) Anggaran .....	141
	Laporan Keuangan .....	146
	Laporan Final Keuangan .....	151
	Efisiensi Anggaran .....	152
<b>Bab 9</b>	<b>Pelaksanaan Program</b> .....	161
	Pendahuluan .....	161
	Pelaksanaan Penggerakan .....	161
	Koordinasi .....	163
	Supervisi .....	175
	Pengawasan Pengendalian di Puskesmas .....	178
	Anatomi Penyimpangan dalam Wasdal .....	182
	Pelaksanaan Pengawasan dan Pengendalian .....	183
	Form Pengawasan dan Penilaian Deskriptif .....	190
	Pengawasan dan Penilaian Hasil Kinerja .....	191
	Pengawasan dan Penilaian Manajemen Puskesmas .....	194

Pelaksanaan Pengawasan dan Penilaian Manajemen Puskesmas	197
Pengawasan dan Penilaian Sumber Daya Puskesmas .....	199
Pengawasan dan Penilaian Lingkungan .....	203
Tindak Lanjut Wasdal dan Penilaian .....	206
<b>Bab 10 Evaluasi</b> .....	209
Definisi dan Kajian Evaluasi .....	209
Mekanisme Evaluasi .....	214
Kerangka Pikir Evaluasi (Rancang Bangun).....	225
Pengukuran dan Analisis .....	227
Indikator .....	247
Medical Audit.....	256
<b>Bab II Analisis Medan Kekuatan</b> .....	261
Pendahuluan .....	261
<b>Daftar Pustaka</b> .....	279



## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Tujuan perencanaan.....	45
Tabel 4.2	Uraikan dengan ringkas situasi dan informasi umum program .....	47
Tabel 4.3	Estimasi elastisitas dari suatu penelitian .....	58
Tabel 4.4	Perbandingan model asuransi, cakupan, biaya dan status kesehatan di beberapa negara maju .....	62
Tabel 4.5	Data yang terkait dengan status kesehatan .....	64
Tabel 4.6	Identifikasi aktor ( <i>stakeholders</i> ) yang terlibat.....	65
Tabel 4.7	Peran stakeholders dalam perencanaan .....	65
Tabel 4.8	Diskripsi satu masalah .....	66
Tabel 4.9	Sistem Manajemen Pelayanan .....	69
Tabel 4.10	Lokus/lokasi di mana masalah dapat diidentifikasi .....	71
Tabel 4.11	Jumlah admisi rawat inap rumah sakit Seger Waras .....	76
Tabel 4.12	Data pasien rumah sakit Sumber Waras .....	79
Tabel 4.13	Hari rawat dan biaya operasional di rumah sakit Sumber Waras .....	80
Tabel 4.14	Hari rawat, dan perhitungaa kenaikan/peaurunaa dari lahan dasar .....	81
Tabel 4.15	Urutan prioritas ide .....	87
Tabel 4.16	Menentukan urutan dari tiga prioritas .....	88
Tabel 4.17	Matriks masalah dan kriteria masalah .....	92
Tabel 4.18	Hasil pemberiaa skor prioritas masalah .....	92
Tabel 4.19	Hasil pemberiaa skor pemecahan masalah .....	93
Tabel 4.20	Kriteria pemecahan masalah .....	94
Tabel 4.21	Matriks daftar masalah dan kriteria masalah .....	96
Tabel 4.22	Penentuaa masalah pada unit pelayanan .....	96
Tabel 4.23	Hasil simulasi dari data prevalensi, CFR masalah kesehatan di Puskesmas "X" .....	97
Tabel 4.24	Hasil simulasi prioritas pemecahan masalah .....	98
Tabel 5.1	Diagram alur sebab dan akibat masalah .....	101
Tabel 6.1	<i>Gant chart</i> Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas .....	112
Table 7.1	Uraian tujuan untuk mencapai akhir program .....	114
Tabel 7.2	Uraian sektor dan peran sektor .....	115
Tabel 7.3	Kebutuhan sumber daya dan kegiatan .....	115
Tabel 7.4	Matriks data untuk bahan analisis situasi (program).....	116

Tabel 7.5	Kegiatan dan tujuan dalam <i>Gant Chart</i> .....	117
Table 7.6	Rencana operasional secara terperinci, Tahun .....	118
Tabel 7.7	<i>Gant Chart</i> rencana pelaksanaan Puskesmas (POA) .....	119
Tabel 8.1	Formulir rencana operasional Program KIA .....	137
Tabel 8.2	Daftar kebutuhan biaya untuk masing-masing Kegiatan program KIA .....	138
Tabel 8.3	Contoh anggaran baris klinik "A" .....	140
Tabel 8.4	Contob anggaran program klinik "A" .....	140
Tabel 8.5	Contob anggaran hasil klinik "A" .....	140
Tabel 8.6	Contob jurnal umum .....	142
Tabel 8.7	Akuntansi dasar kas, perhitungan laba-rugi program KIA .....	147
Tabel 8.8	Akuntansi dasar akrual .....	147
Tabel 8.9	Neraca (Akuntansi Dasar Kas) .....	148
Tabel 8.10	Neraca (Akuntansi dasar akrual) .....	148
Tabel 8.11	Neraca keuangan Puskesmas .....	155
Tabel 9.1	Alur Penggerakan .....	162
Tabel 9.2	Informasi Jendela Johari (untuk diri sendiri atau orang lain).....	170
Tabel 9.3	Matriks hasil penilaian diri sendiri dan penilaian orang lain .....	171
Tabel 9.4	Matriks final jendela Johari .....	171
Tabel 9.5	Identifikasi kegiatan peran serta masyarakat .....	172
Tabel 9.6	Efektivitas program ANC di ..... Tahun .....	172
Tabel 9.7	Efektivitas program imunisasi di ... Tahun .....	173
Tabel 9.8	Analisis/perhitungan beban kerja .....	173
Tabel 9.9	Pembagian tugas baru .....	174
Tabel 9.10	Faktor terjadinya penyimpangan .....	182
Tabel 9.11	Sepuluh penyakit terbanyak tahun .....	190
Tabel 9.12	Sebab Kematian pada Bayi (0- < 1 tahun).....	190
Tabel 9.13	Pola Penyakit Gigi Tahun .....	190
Tabel 9.14	Tingkat kecukupan ( <i>Adequacy</i> ) kinerja Kesehatan Ibu dan Anak .....	191
Tabel 9.15	Efektivitas kinerja Kesehatan Ibu dan Anak .....	192
Tabel 9.16	Penilaian progres Kinerja Kesehatan Ibu dan Anak .....	192
Tabel 9.17	Efektivitas kinerja kesehatan Ibu dan Anak antara dua Puskesmas.....	193
Tabel 9.18	Efisiensi kinerja Kesehatan Ibu dan Anak .....	194
Tabel 9.19	Perencanaan dalam Manajemen Puskesmas .....	195

<b>Tabel 9.20</b>	Pelaksanaan dalam Manajemen Puskesmas Bulan .... S/d ..... Tahun .....	197
<b>Tabel 9.21</b>	Pengawasan dan penilaian manajemen Puskesmas .....	198
<b>Tabel 9.22</b>	Pengawasan dan penilaian sumber daya tenaga .....	201
<b>Tabel 9.23</b>	Penilaian sumber daya fisik .....	202
<b>Tabel 9.24</b>	Penilaian sumber daya perlengkapan medis .....	203
<b>Tabel 9.25</b>	Penilaian sarana obat-obatan .....	203
<b>Tabel 9.26</b>	Gambaran indeks pemakaian vaksin (efisiensi) ....	203
<b>Tabel 9.27</b>	Penilaian keadaan lingkungan fisik dan sosio-budaya .....	205
<b>Tabel 10.1</b>	Kebutuhan dan sumber informasi primer .....	219
<b>Tabel 10.2</b>	<i>Benefit and cost</i> .....	242
<b>Tabel 10.3</b>	Efek audiovisual pada studi sosial dan matematika .....	246
<b>Tabel 10.4</b>	Nilai BOR ideal menurut jumlah tempat tidur .....	250
<b>Tabel 11.1</b>	Tugas pokok dan fungsi Puskesmas .....	264
<b>Tabel 11.2</b>	Tujuan jangka panjang/menengah Puskesmas .....	264
<b>Tabel 11.3</b>	Tujuan jangka pendek .....	265
<b>Tabel 11.4</b>	Indikator kinerja dan sumber informasi .....	265
<b>Tabel 11.5</b>	Kinerja saat ini dan masa datang .....	265
<b>Tabel 11.6</b>	Faktor dan Variabel pendorong (D) dan Penghambat (H).	266
<b>Tabel 11.7</b>	Pedoman penilaian variabel penghambat .....	267
<b>Tabel 11.8</b>	Pedoman penilaian variabel pendorong .....	267
<b>Tabel 11.9</b>	Faktor dan variabel penghambat (H) .....	268
<b>Tabel 11.10</b>	Faktor dan variabel pendorong (D) .....	268
<b>Tabel 11.11</b>	Dampak, mudahnya penyelesaiannya dan kekuatan relatif.	269
<b>Tabel 11.12</b>	Kekuatan relatif pendorong .....	270
<b>Tabel 11.13</b>	Kekuatan relatif Pendorong dan Penghambat .....	270
<b>Tabel 11.14</b>	Kekuatan Kunci .....	274
<b>Tabel 11.15</b>	Idestrategi .....	276
<b>Tabel 11.16</b>	Rencana operasional .....	277

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 1.1</b>	Gambaran umum sistem upaya kesehatan .....	2
<b>Gambar 1.2</b>	Masalah kesehatan .....	4
<b>Gambar 1.3</b>	Kerangka pikir subsistem upaya kesehatan .....	6
<b>Gambar 1.4</b>	Kerangka pikir subsistem pembiayaan kesehatan .....	8
<b>Gambar 1.5</b>	Gambara terperinci upaya kesehatan dan status kesehatan .....	9
<b>Gambar 1.6</b>	Upaya kesehatan dalam tiga dimensi .....	10
<b>Gambar 2.1</b>	Konsep sistem kesehatan wilayah .....	16
<b>Gambar 2.2</b>	Sistem kesehatan kabupaten/kota (model I) .....	17
<b>Gambar 2.3</b>	Sistem kesehatan kabupaten/kota dengan Dewan Kesehatan .....	18
<b>Gambar 2.4</b>	Model Sistem Kesehatan Nasional .....	19
<b>Gambar 2.5</b>	Sistem kesehatan kabupaten/kota yang lama .....	19
<b>Gambar 3.1</b>	Evolusi sifat/proses .....	21
<b>Gambar 3.2</b>	Model sistem pelayanan kesehatan .....	22
<b>Gambar 3.3</b>	Perencanaan strategi, program, dan proyek .....	24
<b>Gambar 3.4</b>	Peta jalan menuju visi .....	26
<b>Gambar 3.5</b>	Konsep perencanaan strategi .....	27
<b>Gambar 3.6</b>	Pengelompokan perencanaan tingkat Puskesmas .....	28
<b>Gambar 3.7</b>	<i>Evolution of planning</i> .....	29
<b>Gambar 3.8</b>	Model spiral suatu perencanaan .....	30
<b>Gambar 3.9</b>	Langkah-langkah perencanaan (Model I) .....	31
<b>Gambar 3.10</b>	Perencanaan sebagai fungsi manajemen dan politik ..	32
<b>Gambar 3.11</b>	Perencanaan sebagai aktivitas manajemen .....	33
<b>Gambar 3.12</b>	Konsep perencanaan dengan konsep sistem .....	34
<b>Gambar 4.1</b>	Informasi yang dibutuhkan pada analisis situasi .....	35
<b>Gambar 4.2</b>	Hierarki tujuan (perspektif manajemen) .....	38
<b>Gambar 4.3</b>	Strategi Bisnis Unit .....	43
<b>Gambar 4.4</b>	Tujuan perencanaan dengan sistem manajemen .....	46
<b>Gambar 4.5</b>	Pengumpulan, analisis dan sumber informasi .....	49
<b>Gambar 4.6</b>	<i>Need and supply</i> .....	55
<b>Gambar 4.7</b>	Kurva permintaan barang/jasa X .....	56
<b>Gambar 4.8</b>	Elastisitas permintaan .....	57
<b>Gambar 4.9</b>	Keterkaitan harga, kualitas dan kuantitas .....	58
<b>Gambar 4.10</b>	Proses pengendalian manajemen .....	60

Gambar 4.11	Sumber pendanaan kesehatan .....	62
Gambar 4.12	Struktur umur di masyarakat .....	63
Gambar 4.13	Model logika segitiga masalah pelayanan .....	68
Gambar 4.14	Lokus masalah berdasarkan model sistem .....	69
Gambar 4.15	Proses pemanfaatan pelayanan .....	72
Gambar 4.16	Konsep kebutuhan .....	74
Gambar 4.17	Grafik peramalan linear .....	75
Gambar 4.18	Grafik peramalan eksponensial .....	75
Gambar 4.19	Grafik plot data admisi rumah sakit Seger Waras .....	77
Gambar 4.20	Grafik plot data admisi rumah sakit Seger Waras .....	77
Gambar 4.21	Grafik proyeksi admisi rumah sakit Seger Waras .....	78
Gambar 4.22	Grafik linear admisi rumah sakit Seger Waras metode Aljabar .....	79
Gambar 4.23	Aktor pengambil keputusan .....	83
Gambar 5.1	Faktor yang memengaruhi sehat sakit .....	99
Gambar 5.2	Diagram masalah dan penyebab masalah .....	100
Gambar 5.3	Pohon masalah dengan hubungan sebab akibat .....	101
Gambar 5.4	Diagram <i>Fishbone</i> .....	102
Gambar 5.5	Unsur Organisasi .....	104
Gambar 5.6	Pohon solusi dengan hubungan solusi dan hasil .....	105
Gambar 7.1	Proses perencanaan dan pelaksanaan kegiatan .....	114
Gambar 8.1	Proses penyusunan anggaran .....	129
Gambar 8.2	Proses penganggaran .....	133
Gambar 8.3	Pengukuran dan laporan keuangan .....	141
Gambar 8.4	Contoh format jurnal penerimaan kas .....	143
Gambar 8.5	Contoh format jurnal pembayaran .....	144
Gambar 8.6	Contoh format jurnal penerimaan kas .....	145
Gambar 8.7	Buku Kas Umum (Model Bendahara) .....	146
Gambar 8.8	Contoh format laporan setoran retribusi .....	149
Gambar 8.9	Contoh format laporan retribusi program .....	150
Gambar 8.10	Contoh format neraca keuangan .....	151
Gambar 8.11	Contoh format Neraca laba-rugi .....	152
Gambar 8.12	Contoh laporan Neraca laba rugi .....	157
Gambar 9.1	Penggerakan dalam siklus perencanaan .....	162
Gambar 9.2	Penggerakan Puskesmas (P2) .....	163
Gambar 9.3	Penggalangan kerjasama tim lintas sektor .....	168
Gambar 9.4	Pelaksanaan koordinasi .....	168
Gambar 9.5	Proses koordinasi lintas sektoral .....	169
Gambar 9.6	Koordinasi program Proyandu di Posyandu .....	169

Gambar 9.7	Contoh format rencana kerja bulanan ..., bulan... tahun...	175
Gambar 9.8	Pengawasan dan pengendalian SDM.....	181
Gambar 9.9	Pelaksanaan Wasdal dan kaitannya dengan kegiatan lainnya .....	183
Gambar 9.10	Proses pengawasan dan penilaian kegiatan .....	184
Gambar 9.11	Penetapan tujuan kegiatan .....	185
Gambar 9.12	Hubungan indikator, kriteria dan standar.....	188
Gambar 9.13	Penilaian berbagai kemungkinan kondisi sumber daya.....	199
Gambar 9.14	Tempat terjadinya masalah kesehatan.....	204
Gambar 9.15	Skema tindak lanjut pengawasan dan penilaian .....	206
Gambar 9.16	Skema alur pengendalian .....	207
Gambar 9.17	Skema tindak lanjut pengawasan dan penilaian SDM.	208
Gambar 9.18	Proses Pemberian Imbalan pada Pengawasan dan Penilaian SDM Puskesmas .....	208
Gambar 10.1	Model dasar keputusan .....	213
Gambar 10.2	<i>Model of Health Service</i> .....	217
Gambar 10.3	Sistem informasi manajemen dalam Kegiatan Evaluasi.....	220
Gambar 10.4	Kriteria evaluasi bisnis layanan jasa .....	221
Gambar 10.5	Kerangka pikir proses evaluasi .....	226
Gambar 10.6	Dinamika evaluasi .....	227
Gambar 10.7	Hierarki tujuan layanan kesehatan .....	228
Gambar 10.8	Pengukuran kriteria .....	230
Gambar 10.9	Efektivitas program .....	234
Gambar 10.10	Efisiensi teknis .....	236
Gambar 10.11	Efisiensi biaya .....	237
Gambar 10.12	Klasifikasi biaya.....	238
Gambar 10.13	Program yang berbeda dengan tujuan yang berbeda ...	239
Gambar 10.14	<i>Cost benefit ratio analysis</i> .....	240
Gambar 10.15	<i>Different programs in the same objective</i> .....	244
Gambar 10.16	Efisiensi beberapa program dengan tujuan berbeda ...	244
Gambar 10.17	Indikator evaluasi dampak .....	247
Gambar 10.18	Cara menghitung lama hari rawat.....	251
Gambar 10.19	Keterkaitan indikator, indek, kriteria dan standar.....	259
Gambar 11.1	Kekuatan penggerak dan penahan sebuah tim .....	261
Gambar 11.2	Bagian situasi medan kekuatan .....	262
Gambar 11.3	Tujuh langkah merencanakan perubahan .....	262
Gambar 11.4	Komponen sistem manajemen .....	263

<b>Gambar 11.5</b>	Analisis medan kekuatan dan SWOT.....	266
<b>Gambar 11.6</b>	Diagram medan kekuatan .....	268
<b>Gambar 11.7</b>	Cara menentukan keterkaitan antar kekuatan .....	271
<b>Gambar 11.8</b>	Menentukan besar tingkat keterkaitan di antara kekuatan .....	272
<b>Gambar 11.9</b>	Pedoman pelaksanaan sumbang saran.....	273

# **BAB 1 PENGANTAR PERENCANAAN DAN EVALUASI**

## **PENDAHULUAN**

Perencanaan kesehatan bermaksud merumuskan dan melaksanakan kegiatan-kegiatan pada masa mendatang (yang akhirnya bertujuan) untuk meningkatkan derajat kesehatan. Sebagai langkah awal dari suatu siklus manajemen, perencanaan mempunyai makna yang paling mendasar jika dibandingkan dengan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Ia mempunyai peran yang besar terhadap berhasil tidaknya pelaksanaan fungsi manajemen. Sama halnya dengan perencanaan, evaluasi juga merupakan salah satu fungsi dalam siklus manajemen, khususnya manajemen program atau proyek. Evaluasi adalah suatu usaha penilaian untuk mengukur dan memberi nilai secara objektif pencapaian hasil kegiatan, karena itu evaluasi dimaksudkan menjadi umpan balik bagi perencanaan di masa mendatang.

Keberhasilan perencanaan kesehatan sangat dipengaruhi banyak hal, karena tinggi rendahnya derajat kesehatan penduduk di pengaruhi oleh banyak faktor seperti faktor pelayanan kesehatan yang tersedia, faktor lingkungan, dan faktor perilaku penduduk. Dengan demikian perencanaan kesehatan harus selalu dikaitkan dengan sektor-sektor lain agar tujuan perencanaan pembangunan kesehatan dapat dicapai.

### **Planning (Perencanaan)**

*Perencanaan telah mengalami perubahan, yaitu dari kegiatan pembuatan proyeksi secara spontan, intuitif dan subjektif berdasarkan pengalaman yang lampau, menjadi lebih banyak menggunakan berbagai pertimbangan, sistematis dan objektif dalam memobilisasi informasi dan mengelola sumber daya*

*Perencanaan yang efektif menuntut penerapan yang bijaksana akan metode multidisiplin dan prosedur yang dipilih, guna merancang program dan proyek dalam suatu kerangka dan jangka waktu yang ditentukan*

*Perencanaan bukan hanya sekedar suatu kegiatan teknis, namun suatu proses berkesinambungan dari mengamati, penyesuaian untuk mengadakan perubahan serta proses belajar, yang mana harus dijaga keseimbangannya*



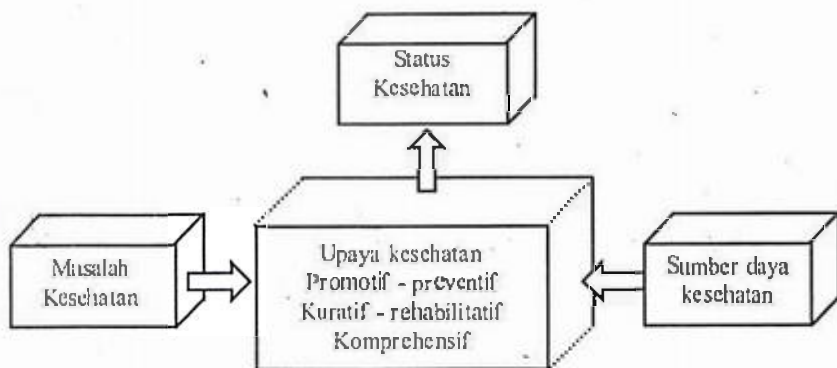
Buku ini bertujuan untuk memahami proses perencanaan dan proses evaluasi di bidang kesehatan, kebijakan yang mendasari perencanaan dan tata cara serta prosedur yang ditempuh dalam merumuskan rencana maupun evaluasi program.

Hal yang mendasar perlu diketahui dalam mempelajari proses perencanaan kesehatan adalah mengenai konseptualisasi sistem pelayanan kesehatan, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota (SKK). SKN dan SKK dikenal sebagai dasar dari perencanaan di bidang kesehatan pada tingkat kabupaten/kota.

## KONSEPTUALISASI SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Ada 4 komponen yang membentuk sistem kesehatan, yaitu (1) masalah kesehatan, (2) sumber daya kesehatan, (3) upaya kesehatan, dan (4) hasil kesehatan. Masalah kesehatan dan sumber daya kesehatan dianggap sebagai masukan atau input upaya kesehatan, upaya kesehatan sebagai proses layanan dan hasil kesehatan biasanya merupakan hasil (*output, outcome*) maupun dampak.

Adapun gambaran umum dari sistem upaya kesehatan dapat dipelajari pada Gambar 1.1 berikut ini.



Gambar 1.1 Gambaran umum sistem upaya kesehatan

### Masalah Kesehatan

Masalah kesehatan secara umum dapat dikelompokkan pada masalah yang ada di masyarakat, di penyedia pelayanan dan lingkungannya.

Masalah kesehatan lingkup kajian perencanaan berpijak pada masalah yang ada pada masyarakat, yang disebut masyarakat atau populasi yang rentan. Masalah kesehatan yang ada di masyarakat dikaitkan dengan informasi epidemiologi, demografi, menggambarkan kebutuhan masyarakat terhadap jenis pelayanan kesehatan, juga membahas faktor penentu (determinan) timbulnya masalah.

Masalah ini akan dibahas pada Bab 4 mengenai analisis situasi berdasarkan dasar demografi dan epidemiologi, serta aspek politis dan ekonomi dalam perencanaan kesehatan. Konsep mengenai masalah kesehatan dapat dipelajari lebih lanjut pada Gambar 1.2.

### Sumber Daya Kesehatan

Sumber daya dipisahkan atas sumber daya fisik atau hardware (pra-sarana, sarana, fasilitas), sumber daya finansial dan sumber daya manusia (*brainware*). Selain ini masih ada sumber daya teknologi baik medis, keperawatan dan manajemen (*software*).

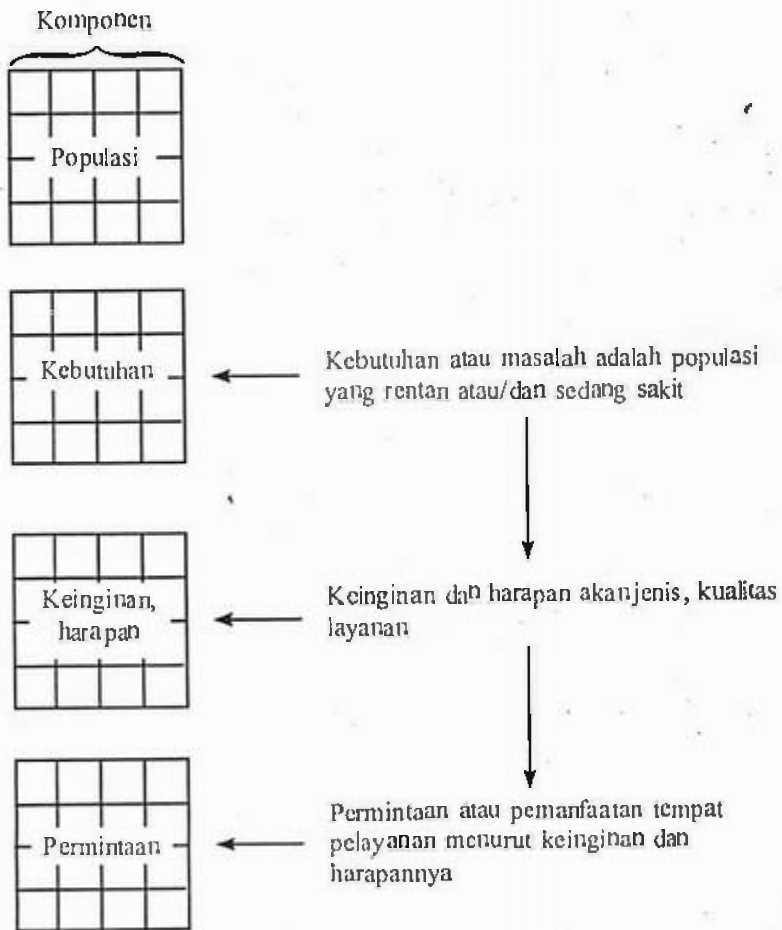
- |             |                                                                                                                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Brainware   | : 1. Klinikus (super-spesialis, spesialis, dan dokter umum )<br>2. Keperawatan (Mahir, .....)<br>3. Lain-lain (Dokter Gigi, Farmasi, Administrasi) |
| Hardware    | : Sarana prasarana dan fasilitas, teknologi sederhana sampai modern                                                                                |
| Software    | : <i>Standard operating procedure (SOP)</i> program pelayanan, mulai dari yang sederhana sampai pelayanan super spesialis, SOP manajemen           |
| Information | : Sistem informasi manajemen rumah sakit, Puskesmas, Iptekdok, Iptekkesmas                                                                         |

### Upaya Pemeliharaan Kesehatan

Upaya pemeliharaan kesehatan adalah upaya atau pelayanan kesehatan yang meliputi komponen promotif, preventif, protektif, pemulihan (diagnosis, perawatan, pemulihan), dan rehabilitasi. Upaya ini juga disebut upaya pencegahan primer (promotif dan preventif), sekunder (*screening*), dan tertier (pemulihan dan rehabilitasi). Selain itu ada juga upaya promosi kesehatan, pelayanan asuransi kesehatan.

Ada tiga masalah yang selalu muncul pada upaya pemeliharaan kesehatan, yaitu (1) masalah upaya pemeliharaan kesehatan paripurna, (2) masalah peran serta masyarakat dalam pembiayaan yang *cost effective*, dan (3) masalah pada sistem pembiayaan.

Upaya pemeliharaan kesehatan menurut UU No. 23 tahun 1999 adalah upaya pemeliharaan dengan konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).



Gambar 1.2 Masalah kesehatan

Upaya kesehatan di masa mendatang akan dikelompokkan menjadi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Di luar kedua upaya tersebut maka digolongkan sebagai upaya penunjang, upaya kegawatdaruratan (SKN, 2004).

### **Upaya Kesehatan Masyarakat**

UKM adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat serta dunia usaha untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat.

UKM terutama berupaya untuk promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan dan pemberantasan penyakit menular, kesehatan jiwa, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat aditif (bahan tambahan makanan) dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kentanusiaan.

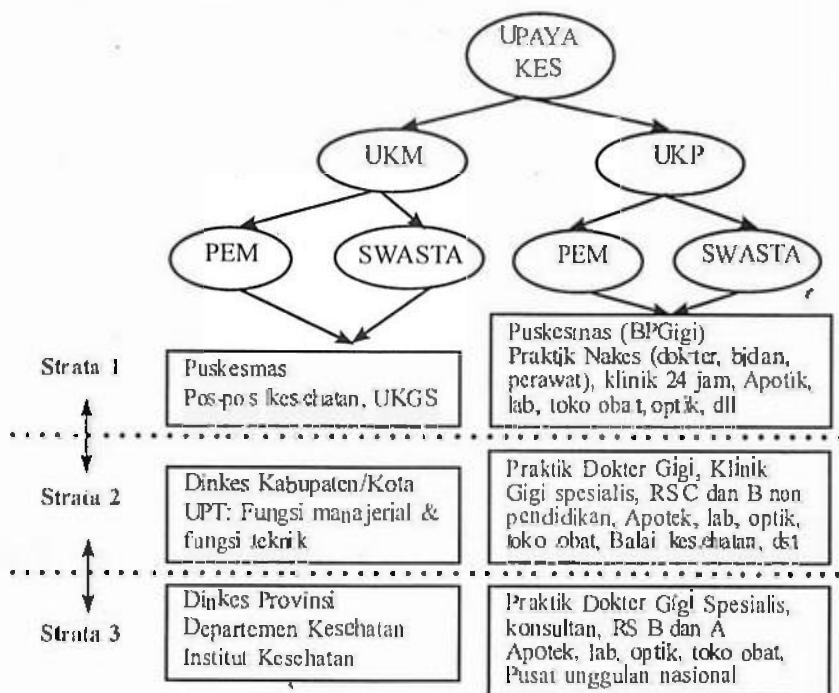
### **Upaya Kesehatan Perorangan**

UKP adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, juga mencakup upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan, juga mencakup pengobatan tradisional dan alternatif serta kebugaran fisik dan kosmetik.

UKP strata pertama saat ini dilaksanakan melalui praktik bidan, perawat, dokter, dokter gigi, balai pengobatan, klinik 24 jam, praktik bersama, klinik bersalin. Adanya berbagai macam penyedia pelayanan, di satu sisi masyarakat dapat memilih sesuai dengan mutu yang dikehendaki, di sisi lain terjadi inequity, ketidakjangkauan (aspek pembiayaan) dan menurunnya akses bagi masyarakat miskin. UKP strata kedua dilaksanakan melalui praktik Dokter Gigi, Klinik Gigi spesialis, RSC dan B nonpendidikan, Apotek, laboratorium, optik, toko obat, Balai kesehatan, dan lainnya. UKP strata ketiga dilaksanakan melalui praktik Dokter Gigi Spesialis, konsultan RS B dan A, Apotek, laboratorium, optik, toko obat.

UKP strata pertama di masa mendatang akan diserahkan kepada masyarakat dan dunia usaha dengan menerapkan adanya dokter dan dokter gigi keluarga, kecuali di daerah terpencil. UKP strata ketiga bertujuan

mengantisipasi persaingan global di mana dihimbau setiap rumah sakit menonjolkan keunggulan kompetitifnya.



Gambar 1.3 Kerangka pikir subsistem upaya kesehatan

## Sistem Pembiayaan Kesehatan

### 1. Pengertian dan Tujuan

Subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tereapainya kesehatan setinggi-tingginya.

Tujuan subsistem pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan yang mencakupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terseleskannya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

## 2. Masalah Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, hanya sekitar 2,2% dari produk domestik bruto (PDB) atau rata-rata hanya USD 12–18 per kapita per tahun. Persentase ini masih jauh dari anjuran Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), di mana paling sedikit 5% dari PDB per tahun (15% APBN). Tiga puluh persen dari pembiayaan tersebut bersumber dari pemerintah dan sisanya sebesar 70% bersumber dari masyarakat termasuk swasta, yang sebagian besar masih digunakan untuk pelayanan kuratif.

Pengalokasian dana dari pemerintah belum efektif. Dana pemerintah lebih banyak dialokasikan pada upaya kuratif dan sementara itu besarnya dana yang dialokasikan untuk upaya promotif dan preventif sangat terbatas. Pembelanjaan dana pemerintah belum cukup adil untuk mengedepankan upaya kesehatan masyarakat dan bantuan keluarga miskin.

Mobilisasi sumber pembiayaan kesehatan dari masyarakat masih terbatas serta bersifat perorangan (*out of pocket*). Jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan masih terbatas, yakni kurang dari 20% penduduk. Metode pembayaran kepada penyelenggara pelayanan masih didominasi oleh pembayaran tunai sehingga mendorong penyelenggaraan dan pemakaian pelayanan kesehatan secara berlebihan dalam meningkatkan biaya kesehatan. Demikian pula penerapan teknologi canggih dan perubahan pola penyakit sebagai akibat meningkatnya umur harapan hidup dan mendorong meningkatnya biaya pelayanan kesehatan tidak mungkin dapat dihindari.

Tingginya angka kesakitan juga berdampak terhadap biaya kesehatan, yang pada gilirannya akan memperberat beban ekonomi. Hal ini terkait dengan besarnya dana yang harus dikeluarkan untuk berobat, serta hilangnya pendapatan akibat tidak bekerja.

## 3. Pengelolaan Subsistem Pembiayaan

Subsistem pembiayaan kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni penggalan dana, pengalokasian dana, dan pembelanjaan (lihat Gambar 1.4)

Dalam kurun waktu 5–10 tahun mendatang, biaya kesehatan dari pemerintah secara bertahap digunakan seluruhnya untuk pembiayaan UKM dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) masyarakat rentan dan keluarga miskin, sedangkan UKP diselenggarakan melalui sistem asuransi kesehatan (pemeliharaan kesehatan wajib dan/atau sukarela).

Rencana Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Pasal 9 Bab VI ada 5 jaminan yang diberlakukan pada masyarakat, yaitu: a) jaminan kesehatan; b) jaminan kecelakaan kerja; c) jaminan hari tua; d) jaminan pensiun; dan e) jaminan kematian. Semua dilaksanakan dengan



**Gambar 1.4** Kerangka pikir subsistem pembiayaan kesehatan  
*Public Private Mix: Posyandu, Polindes, Pos Obal Desa dan Dana Sehat*

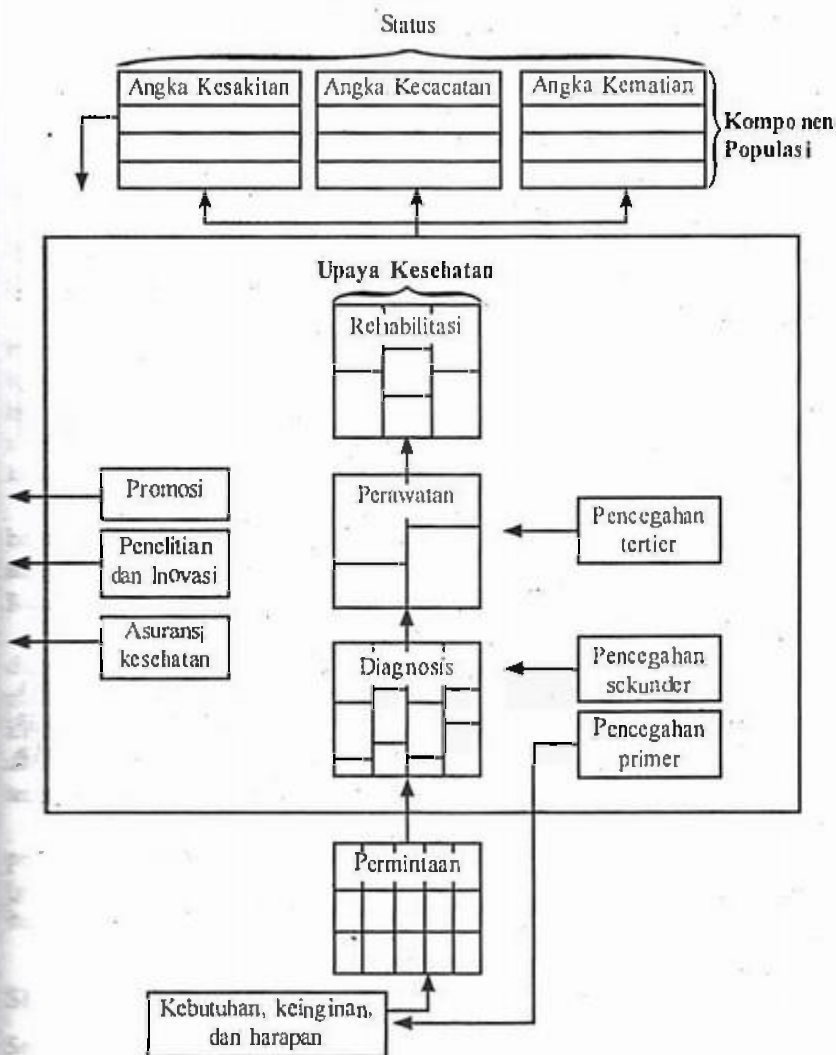
sistem asuransi. Program jaminan sosial yang terkait langsung dengan upaya pelayanan kesehatan adalah jaminan kesehatan dan jaminan kecelakaan kerja.

### Status Kesehatan

Status kesehatan dapat diukur selain dengan indikator negatif seperti angka kematian, kesakitan, dan kecacatan, juga dapat dengan indikator positif seperti angka harapan hidup, keterjangkauan pelayanan (*availability, access, equity*), kualitas layanan (*quality*), efisiensi, dan keberlanjutan (*sustainability*) layanan.

Status kesehatan merujuk pada tingkat kesehatan masyarakat atau populasi, yang sifatnya dinamis. Dinamis artinya status kesehatan dapat berubah menjadi jelek dan baik dengan berjalannya waktu. Upaya kesehatan berupaya mengubah dari status kesehatan ke arah status kesehatan yang lebih baik. Namun demikian status kesehatan masyarakat juga dapat berubah menjadi jelek atau baik ditentukan oleh adanya interaksi antara faktor penentu (*determinan*) seperti faktor genetik, faktor lingkungan, faktor perilaku dan tindakan upaya kesehatan yang tidak benar (Blum, 1984).

Indikator negatif artinya dengan meningkatnya angka tersebut menunjukkan kesehatan masyarakat menurun, sedangkan indikator positif artinya dengan meningkatnya angka tersebut justru menunjukkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat meningkat.



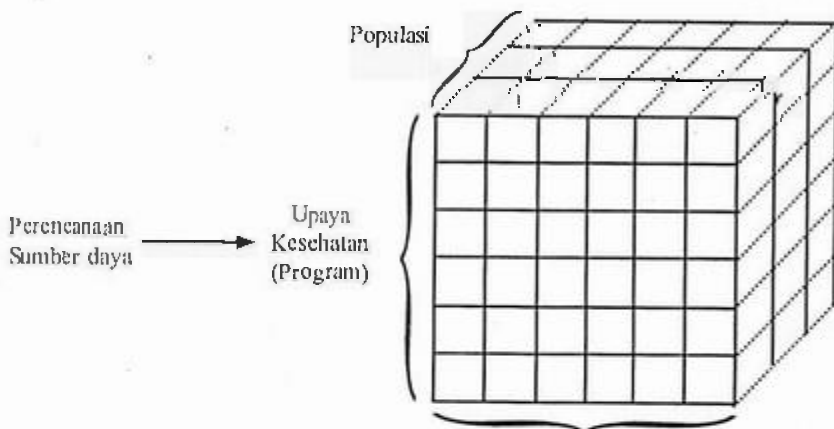
**Gambar 1.5** Gambaran terperinci upaya kesehatan dan status kesehatan



Individu atau masyarakat dikatakan sehat menurut definisi WHO adalah keadaan (status) sehat utuh secara fisik, mental (rohani), sosial dan bukan hanya suatu keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan.

### Gambaran Menyeluruh Sistem Kesehatan

Secara umum berdasarkan uraian sebelumnya tentang gambaran sistem kesehatan dapat dipelajari dalam Gambar 1.5.



Gambar 1.6 Upaya kesehatan dalam tiga dimensi

Gambar 1.6 menunjukkan keterkaitan dan keterpaduan setiap upaya kesehatan dengan sasaran populasi dan sumber daya yang digunakan, sehingga tidak terjadi tumpang tindih upaya atau program dan akhirnya tercapai upaya kesehatan yang *cost-effective*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T, 1993. *Basic Epidemiology*. WHO.
- Depkes RI, 1993. *Pemanfaatan Data dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas di Dati II*.
- Depkes RI, 2004. *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kepmenkes Republik Indonesia, Nomor 128/MENKES/SK/II/2004.
- Donabedian A, 1979. *Aspects of Medical Care Administration*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Donabedian A, 1980. *Exploration in Quality Assessment and Monitoring, the Definition of Quality and Approach to its Assessment.*, Health Administration Press, Michigan.
- Drummond MF, Brien BJ, Stoddart GL, 1998. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. New York: Oxford University Press.
- Garg, Devendra P, 1983. Five Trend Extrapolation Technique for Health Planning and Management. *Depart. of Administration, School of Public Health. University of North Caroline*.
- Kaufman R, 1987. *Identifying and Solving Problems: a system approach*. (alih bahasa oleh Mathias Molo). CV Intermedia Jakarta.
- Kesley JL, Thompson WD, Evans AS, 1986. *Methods in Observational Epidemiology*. New York: Oxford University press.
- Lembaga Administrasi Negara RI, 1995. *Perencanaan Peningkatan Kinerja* (Performance Improvement Planning).
- Lembaga Administrasi Negara RI, 2003. *Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*. Jakarta.
- Mansour M, Egypt C, 2005. *Managers Who Lead, a Handbook for Improving Health Service*. Cambridge: Management Sciences for Health.
- Rai YK, 1998. *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid ke satu*. Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Depkes RI.
- Reinke W, 1988. *Health Planning for Effective Management*. Baltimore Maryland: The John Hopkins School of Public Health.
- Robson M, 1990. *Problem Solving in Groups 2Ed*. Boston: Gower Publishing Company.
- Shepard D, 1992. *Planning Economic Evaluation of Health Programs*. School of Public Health Center for International Health, Boston University.
- Supriyanto S, 1988. *Evaluasi Bidang Kesehatan*. Surabaya: Barata Jaya Offset.

- Supriyanto S**, 1997. *Pengembangan Program Kesehatan untuk Dati II*. Surabaya: Administrasi Kebijakan dan Kesehatan FKM Unair.
- Supriyanto**, 2003. *Perencanaan dan Evaluasi di Bidang Kesehatan*. Pascasarjana Universitas Airlangga.
- Sujanto**, 1994. *Aspek-aspek Pengawasan di Indonesia*. Sinar Grafika. Jakarta.
- Welsch GA, Hilton RW, Gordon PN**, 1995. *Budgeting (Profit Planning and Control)* (Alih Bahasa). Jakarta: Bumi Aksara.
- Weston JF, Copeland TE**, 1991. *Manajemen Keuangan*. Erlangga. Jakarta.
- Weyandt K**, 1995. *Intermediate Accounting 7<sup>th</sup> ed* (alih bahasa). Jakarta: Binarupa Aksara.
- WHO**, 1971. WHO Expert Committee on Health Statistics in 1971.
- WHO**, 2000. Workshop on Evidence for Health Policy, Burden of disease, Cost Effectiveness, Health System. *Revised September 2000, Workbook 1-6*.
- Wiadnyana IGP**, 1993. *Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas*. Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Depkes RI.
- Young DW**, 1984. *Financial Control in Health Care, a Managerial perspective*. an Aspen publication. School of Public Health Harvard University.



Prof. Dr. Stefanus Supriyanto, dr., MS lahir di Tulungagung, 16 September 1949. Menyelesaikan Pendidikan Dasar pada tahun 1962 di Pontianak. Pendidikan SMP lulus tahun 1966 di Blitar, sedangkan pendidikan SMA diselesaikan tahun 1969 di Trenggalek Jawa Timur. Stefanus Supriyanto melanjutkan pendidikannya di Fakultas Kedokteran Unair dan lulus tahun 1977. Pendidikan S2 di Pascasarjana Unair dan lulus tahun 1983, begitu juga dengan pendidikan S3 diselesaikan di Pascasarjana Unair tahun 1994. Sejak tahun 1979-1981 ditugaskan sebagai Dokter Kepala Puskesmas Kedamean dan Puskesmas Slempit Kabupaten Gresik.

Tahun 1980-1981 juga ditugaskan sebagai Dokter di Puskesmas Benjeng Kabupaten Gresik. Sejak tahun 1985-sekarang sebagai Dosen di FKM Unair. Tahun 1995-1999 sebagai Ketua Minat AKK - IKM Pascasarjana Unair. Tahun 1995-2000 menjabat sebagai Ketua Bagian AKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair. Ketua Minat MPPK Pascasarjana Unair tahun 1998-sekarang. Pembantu Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair tahun 2000-2002. Pembantu Dekan II FKM Unair tahun 2002-2006. Selain aktif sebagai Dosen, juga aktif di aktivitas profesi yaitu anggota IDI cabang Jatim tahun 1978-sekarang, anggota IAKMI cabang Jatim tahun 1981-sekarang, anggota TDR untuk malaria dan kusta pada P4K Surabaya tahun 1983-1987, anggota American Hospital Association tahun 1992-sekarang. Hasil karya penelitian tercatat sebanyak 32 judul penelitian, baik sebagai anggota, ketua, atau penellian sendiri, di mana kebanyakan adalah penelitian tentang administrasi dan kebijakan kesehatan. Hingga kini masih aktif mengikuti berbagai seminar baik internasional, nasional, maupun lokal. Karya tulis baik buku maupun jurnal yang pernah dipublikasikan antara lain: Evaluasi Bidang Kesehatan 1, Penerbit Barata Jaya Surabaya tahun 1987; Tumbuh Kembang dan Diare pada Bayi, majalah IDI Surabaya tahun 1995; Epidemiologi Diare, Forum FKM Volume XIV No. 3-4 Desember 1995.



Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS lahir di Denpasar, 28 Februari 1962. Menyelesaikan Pendidikan Dasar sampai SMA di Bali. Pendidikan Dokter Gigi di tempuh di FKGM Unair dan lulus tahun 1986. Lulus Program Magister Pascasarjana Unair untuk Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan menyelesaikan Program Doktor di Pascasarjana Unair tahun 2000. Sejak tahun 1990-sekarang sebagai Dosen di FKM Unair. Tahun 1994-2000 sebagai Sekretaris Bagian AKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair. Tahun 2000-sekarang menjabat sebagai Ketua Bagian AKM Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair. Ketua Minat Studi

Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan (MPKPK) Pascasarjana Unair tahun 2000-sekarang. Ketua Program Studi S2 AKK Pascasarjana Unair tahun 2004-sekarang. Selain aktif sebagai Dosen, juga aktif mengikuti berbagai seminar baik internasional, nasional, maupun lokal. Hasil karya penelitian tercatat sebanyak 46 judul penelitian, baik sebagai anggota, ketua, atau penelitian mandiri. Beberapa karya ilmiah yang pernah dipublikasikan antara lain: Pengaruh asuransi kesehatan terhadap total expenditure pasien rawat inap di RS, Majalah Forum FKM tahun 1994; Pola pemeliharaan bayi wanita pekerja pabrik di Surabaya, Jurnal Penelitian Unair Vol. 2 No. 1 tahun 1997; Service excellent, Majalah Forum FKM Vol. XX No. 20 tahun 2001.

**Airlangga University Press**

Kampus C UNAIR - Mulyorejo, Surabaya 50115  
Telp. (031) 5992246, 5992247 Fax. (031) 5992248

E-mail: [supriyanto@id.id](mailto:supriyanto@id.id)

ISBN 978-979-1330-07-7



9 789791 133007 >