

ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM POS PEMBINAAN TERPADU PENYAKIT TIDAK MENULAR (POSBINDU PTM) DI KECAMATAN BANGUNTAPAN KABUPATEN BANTUL

Lutfy Laksita Pranandari, Septo Pawelas Arso, Eka Yunila Fatmasari
Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro
Email: laksitalutfy@gmail.com

Abstract :Banguntapan is the highest number of program target of Posbindu PTM in Bantul, that is 82.728 people. The coverage of PTM Posbindu activities is 0.52% including the red category (less than 10%) and the proportion of measurement of abdominal circumference by 60% including the red category. The objective of this research was analyze implementation of Posbindu PTM program in Banguntapan District, Bantul Regency. The type of research is qualitative descriptive with in-depth interview and observation. The research informants were head of kader, target of Posbindu PTM, programmer staff of infectious diseases, head of primary healthcare center, and staff of controlling infectious diseases sub unit mental health in Semarang District Health Office. The result of the research show that the implementation of Posbindu PTM program in Banguntapan sub-district has not been optimal yet because it has not been routinely done yet, the partnership still had limited, the implementation of the service stage still has not optimum in interview stage, measurement, examination and identification of PTM risk factors and counseling. It was influenced by communication, resources, disposition, and bureaucracy structure. In communication to the target and cross-sector was still lacking, the kader were not understand the calculation of IMT. In resources, from the aspect of human resources the number of cadres has not been sufficient and the facilities of the provision of inspection strips were not sufficient. In disposition, response, commitment, and motivation of the implementer was good, but the commitment of primary healthcare center in assistance less. In the variable of bureaucracy structure, organizational structure has not been written yet, decree formation of Posbindu PTM had not been made, job division still has not optimum in service of PTM risk factor identification and counseling, and supervision have not done optimally. Suggestions from this research were socialization to the target, establishing partnership, refreshing kader about IMT, making decree, and monitoring of periodic evaluation.

Key words: Program implementation, Posbindu PTM

Bibliographes: 10, 2009-2017

PENDAHULUAN Latar Belakang

Salah satu masalah yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan saat ini adalah terjadinya pergeseran pola penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak

menular. Laporan dari WHO menunjukkan bahwa PTM sejauh ini merupakan penyebab utama kematian di dunia, yang mewakili 63% dari semua kematian tahunan. PTM membunuh lebih dari 36 juta orang setiap tahun. Kematian

akibat penyakit kardiovaskular paling banyak disebabkan oleh PTM yaitu sebanyak 17,3 juta orang per tahun, diikuti oleh kanker (7,6 juta), penyakit pernafasan (4,2 juta), dan DM (1,3 juta). Keempat kelompok jenis penyakit ini menyebabkan sekitar 80% dari semua kematian PTM.⁽¹⁾

Menurut profil PTM WHO tahun 2014, di Indonesia diperkirakan bahwa 71% kematian disebabkan oleh PTM. Menurut hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 bahwa peningkatan kematian terjadi akibat prevalensi penyakit PTM yang tinggi. Prevalensi PTM, diantaranya: penyakit stroke 12,1 per 1000, penyakit jantung koroner 1,5%, gagal jantung 0,3%, diabetes mellitus 6,9%, gagal ginjal 0,2%, kanker 1,4 per 1000, penyakit paru kronik obstruktif 3,7%, dan cidera 8,2%.⁽²⁾

Peningkatan prevalensi PTM berdampak pada peningkatan beban pembiayaan kesehatan. Hal ini karena penanganan penyakit tidak menular memerlukan waktu yang lamadan teknologi yang mahal. Dengan demikian, penyakit tidak menular memerlukan biaya yang tinggi dalam pencegahan dan penanggulangannya. Publikasi *World Economic Forum* April 2015 menunjukkan bahwa potensikerugian akibat penyakit tidak menular di Indonesia pada periode 2012-2030 diprediksi mencapai US\$ 4,47 triliun, atau 5,1 kali GDP 2012.⁽³⁾

Berdasarkan Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 158-161 bahwa pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit tidak menular beserta akibat yang

ditimbulkannya.⁽⁴⁾Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 71 tahun 2015 tentang penanggulangan penyakit tidak menular pada BAB III bahwa pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan penanggulangan PTM serta akibat yang ditimbulkannya. Penyelenggaraan penanggulangan PTM dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP).⁽⁵⁾

Salah satu kebijakan dalam pengendalian PTM yang efisien dan efektif adalah pemberdayaan dan peningkatan peran serta masyarakat. Posbindu ini menjadi salah satu bentuk UKM yang selanjutnya berkembang menjadi upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) di bawah pembinaan puskesmas. Adanya Posbindu PTM diharapkan dapat terlaksananya pencegahan dan pengendalian melalui deteksi dini, pemantauan, dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM secara terpadu dan periodik.

Program Posbindu ini menjadi salah satu rencana aksi pemerintah dalam penanggulangan penyakit tidak menular. Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2017 tentang rencana aksi nasional penanggulangan penyakit tidak menular tahun 2015-2019.⁽³⁾

Posbindu mulai dikembangkan di Indonesia sejak tahun 2011. Pada tahun 2014, persentase Desa/Kelurahan yang melaksanakan kegiatan Posbindu PTM sebesar 4,7% dan pada 2015 sebesar 8,6 %. Capaian tersebut belum sesuai target nasional dalam rencana strategi kementerian

kesehatan pada tahun 2015-2019 yaitu sebesar 10% ditahun 2015.⁽³⁾

Program Posbindu di Provinsi DIY sendiri sampai dengan Bulan Januari tahun 2016 tercapai 274 Posbindu. Sedangkan, target Posbindu hingga tahun 2017 adalah terbentuknya 440 Posbindu di seluruh desa/kelurahan di DIY. Capaian Posbindu untuk masing-masing kabupaten/kota, yaitu: Kabupaten Kulon Progo terbentuk 45 Posbindu, Kota Yogyakarta 32 Posbindu, Kabupaten Gunung Kidul 66 Posbindu, Kabupaten Sleman 96 Posbindu, dan Kabupaten Bantul terbentuk 35 Posbindu. Capaian untuk pembentukan Posbindu PTM pada masing-masing kabupaten sesuai dengan jumlah desa/kelurahan yang terendah adalah Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Bantul, yaitu sebesar 46%.⁽⁶⁾

Kabupaten Bantul merupakan salah satu kabupaten dengan dengan penyelenggaraan program Posbindu PTM terendah di Provinsi DIY. Penyelenggaraan program Posbindu PTM di Kabupaten Bantul telah tersebar diseluruh wilayah kecamatan. Salah satu kecamatan yang menyelenggarakan Posbindu PTM adalah Kecamatan Banguntapan. Kecamatan Banguntapan ini merupakan kecamatan dengan jumlah sasaran program Posbindu PTM tertinggi di Kabupaten Bantul, yaitu sebesar 82.728 jiwa. Cakupan kegiatan Posbindu PTM sebesar 0,52% termasuk kategori merah (kurang dari 10%). Selain itu, untuk penilaian proporsi pengukuran faktor risiko PTM, yaitu: pengukuran lingkaran perut sebesar 60% termasuk kategori merah.

Berdasarkan indikator perkembangan Posbindu PTM yang belum mencapai target bahwa

program belum dilaksanakan secara optimal. Menurut G. Edward III, pelaksanaan (implementasi) suatu program belum optimal dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Bagaimana implementasi program pos pembinaan terpadupenyakit tidak menular (Posbindu PTM) di Kecamatan Banguntapan, Kabupaten Bantul?”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif. Data hasil penelitian kualitatif merupakan hasil interpretasi datayang ditemukan di lapangan. Dalam penelitian kualitatif, peneliti berperan sebagai instrumen penelitian. Teknik pengumpulan data dilakukan, yaitu: wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi, dan dokumen. Analisis data kualitatif ini bersifat induktif, yaitu suatu analisis berdasarkan data yang diperoleh berdasarkan fakta-fakta di lapangan, selanjutnya dikembangkan menjadi hipotesis atau teori. Aktivitas dalam analisisdatakualitatifdilakukansecarai nteraktifdanberlangsung secara terus menerus sampai tuntas, yaitu dari *data reduction, data display, dan conclusion drawing /verification*.⁽⁷⁾

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Informan Utama

Tabel 1 Karakteristik Informan Utama

Kode Informan	Usia (tahun)	Pendidikan Terakhir	Jabatan	Masa Kerja (tahun)
IU 1	35	S1	Ketua kader Posbindu PTM	2
IU 2	40	SLTA	Ketua kader Posbindu PTM	1
IU 3	44	SLTA	Ketua kader Posbindu PTM	1
IU 4	54	SLTA	Ketua kader Posbindu PTM	1
IU 5	40	S2	Ketua kader Posbindu PTM	1
IU 6	54	SMEA	Ketua kader	1

Posbindu PTM

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa usia informan yaitu ketua kader Posbindu PTM antara 35 sampai 54 tahun. Berdasarkan Badan Pusat Statistik bahwa yang termasuk usia produktif yaitu antara 15 hingga 64 tahun sehingga usia kader masih termasuk usia produktif. Pendidikan terakhir kader yaitu menempuh pendidikan tingkat SMA/SMK, S1, dan S2. Berdasarkan pendidikan informan menunjukkan bahwa informan mempunyai pengetahuan dan kompetensi yang cukup untuk melaksanakan program Posbindu PTM. Rata-rata informan utama tersebut menjadi ketua kader Posbindu PTM selama 1-2 tahun.

Karakteristik Informan Triangulasi

Tabel 2. Karakteristik Informan Triangulasi

Kode Informan	Usia (tahun)	Pendidikan Terakhir	Jabatan	Masa Kerja (tahun)
IT 1	46	SMK	Sasaran Posbindu PTM	-
IT 2	31	S1 Hukum	Sasaran Posbindu PTM	-
IT 3	64	Tidak sekolah	Sasaran Posbindu PTM	-
IT 4	54	SMA	Sasaran Posbindu PTM	-
IT 5	41	D3	Sasaran Posbindu PTM	-
IT 6	63	Tidak sekolah	Sasaran Posbindu PTM	-
IT 7	33	D3 Keperawatan	Pemegang program PTM	7
IT 8	33	D3 Keperawatan	Pemegang program PTM	11
IT 9	34	D3 Keperawatan	Pemegang program PTM	7
IT 10	52	S2	Kepala Puskesmas	8
IT 11	36	S2	Kepala Puskesmas	4 bulan
IT 12	52	S2	PLT Kepala	5 bulan

Kode Informan	Usia (tahun)	Pendidikan Terakhir	Jabatan	Masa Kerja (tahun)
IT 13	33	D3 Kebidanan	Puskesmas Staf P2PTM Kesehatan Jiwa	2

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa informan triangulasi dari sasaran Posbindu PTM yaitu, berusia antara 31 hingga 64 tahun dan pendidikan terakhirnya ada yang tidak bersekolah hingga S1. Berdasarkan Badan Pusat Statistik bahwa yang termasuk usia produktif yaitu antara 15 hingga 64 tahun sehingga usia informan triangulasi ini termasuk usia produktif. Selain itu, informan triangulasi staf P2PTM Kesehatan Jiwa DKK Bantul, pemegang program PTM puskesmas, dan kepala puskesmas berusia antara 33 sampai dengan 52 tahun.

Berdasarkan Badan Pusat Statistik bahwa yang termasuk usia produktif yaitu antara 15 hingga 64 tahun sehingga usia informan triangulasi ini termasuk usia produktif. Lama menjabat informan triangulasi antara 4 bulan hingga 11 tahun. Ini menunjukkan bahwa pengalaman kerja untuk staf P2PTM Kesehatan Jiwa DKK Bantul masih kurang. Hal ini karena sebagai penanggung jawab program Posbindu PTM harus berpengalaman dalam manajemen dibidangnya. Berdasarkan pendidikan terakhir dapat dikatakan staf P2PTM Kesehatan Jiwa DKK Bantul, pemegang program PTM puskesmas, dan kepala puskesmas memiliki kompetensi yang baik.

Posbindu PTM di Kecamatan Banguntapan telah dilaksanakan kurang lebih satu tahun di enam desa yang tersebar di masing-masing wilayah kerja Puskesmas Banguntapan 1, Puskesmas Banguntapan 2, dan Puskesmas Banguntapan 3. Posbindu PTM

tersebut terletak di Desa Baturetno, Potorono, Jambidan, Tamanan, Wirokerten, dan Banguntapan. Dari Keenam Posbindu PTM tersebut termasuk dalam jenis Posbindu PTM dasar, karena didalamnya terdiri dari kegiatan wawancara faktor risiko PTM, pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar perut, IMT, pemeriksaan tekanan darah, serta konseling. Sedangkan untuk pemeriksaan gula darah dan kolesterol, maupaun pemeriksaan kesehatan lainnya masih belum memiliki sumber daya yang memadai. Pelaksana kegiatan Posbindu PTM ini yaitu kader kesehatan yang rata-rata kadernya merupakan kader Posyandu. Sasaran Posbindu PTM dari ke enam desa tersebut rata-rata adalah ibu-ibu PKK, ibu-ibu dasa wisma, pamong desa, dan lansia dengan rata-rata usia dewasa (30 tahun ke atas).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, proses pelaksanaan program Posbindu PTM di Kecamatan Banguntapan, waktu pelaksanaan Posbindu PTM di empat desa telah terjadwal setiap bulan secara rutin, tetapi untuk Posbindu PTM Desa Baturetno dan Potorono belum memiliki jadwal pasti pelaksanaan. Hal tersebut karena masih terkendala oleh koordinasi waktu antar kader, koordinasi tempat, dan sasaran. Selain itu, ada ketergantungan antara anggota kader dengan ketua kadernya. Apabila ketua kader berhalangan hadir dalam Posbindu PTM maka program tidak berjalan. Ketergantungan kepada ketua kader ini juga disebabkan pelatihan yang diterima baik dari puskesmas maupun DKK belum sepenuhnya tercakup oleh seluruh kader yang ada di desa (hanya perwakilan saja). Dengan demikian, hanya ketua

kader saja yang tahu bagaimana proses pelaksanaan Posbindu PTM. Akibatnya, pelaksanaan menjadi tidak rutin setiap bulannya apabila ketua kader tidak ada. Padahal sesuai dengan pedoman penyelenggaraan Posbindu PTM ini diselenggarakan minimal satu bulan sekali dan rutin.^(2,8) Akibatnya kegiatan pemantauan faktor risiko penyakit tidak menular juga tidak rutin dilakukan. Sedangkan pelaksanaan Posbindu PTM di Kecamatan Banguntapan telah memiliki tempat yang sudah disepakati dan menjadi tempat rutin pelaksanaan kegiatan. Posbindu PTM dilaksanakan diantaranya di gedung pertemuan kampung, TPA, balai desa, dan rumah warga.

Posbindu PTM Desa Wirokerten dan Tamanan telah memiliki kemitraan, khususnya dalam hal penyediaan dana dan alat habis pakai. Kemitraan di Desa Wirokerten terjalin dengan pihak pemerintah Desa Wirokerten. Posbindu PTM Desa Tamanan juga menjalin kemitraan dengan kampus swasta. Sedangkan untuk empat desa lainnya belum menjalin kerja sama dengan pihak lain. Hal tersebut karena terkendala birokrasi, administrasi, dll. Padahal kemitraan ini penting dalam penyelenggaraan Posbindu PTM, khususnya dalam dukungan dana, tenaga, sarana-prasarana untuk pengembangan kegiatan. Keberhasilan pelaksanaan Posbindu PTM sangat ditentukan oleh keterlibatan dan peran aktif dari berbagai pihak mulai dari pemerintah, organisasi masyarakat, organisasi profesi, swasta dan lain-lain. Kemitraan dengan lintas sektor ini sebenarnya dapat memanfaatkan potensi yang ada di desa, misalnya dengan klinik keluarga, bidan praktek mandiri, apoteker, tenaga kesehatan lainnya (sarjana

kesehatan masyarakat, perawat, ahli gizi, dll).

Pelaksanaan Posbindu PTM menggunakan sistem 5 meja atau layanan, meliputi kegiatan pendaftaran, wawancara faktor risiko, pengukuran, pemeriksaan faktor risiko, tindak lanjut dan konseling. Kegiatan pendaftaran dilakukan pencatatan identitas di KMS dan buku catatan Posbindu PTM. Hal tersebut telah sesuai dengan pedoman penyelenggaraan Posbindu PTM. Penulisan di KMS berfungsi untuk memudahkan memonitoring FR PTM masing-masing individu, sedangkan buku pencatatan Posbindu PTM untuk surveilans secara keseluruhan peserta.⁽⁹⁾

Wawancara ini rata-rata dari keenam desa dilakukan satu kali pada saat awal mendaftar Posbindu PTM. Padahal berdasarkan pedoman penyelenggaraan, wawancara dilakukan saat pertama kali kunjungan dan berkala sebulan sekali. Dampaknya pemantauan dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular kurang optimal.

Tahapan selanjutnya adalah pengukuran faktor risiko PTM. Berdasarkan buku pedoman pengukuran FR PTM, pengukuran yang dilakukan adalah berat badan, tinggi badan, lingkar perut, dan perhitungan IMT dilakukan 1 bulan sekali.⁽¹⁰⁾ Enam Posbindu PTM telah melakukan pengukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkar perut. Sedangkan untuk pengukuran IMT (indeks masa tubuh) tiga Posbindu PTM belum melakukan, yaitu : Posbindu Desa Potorono, Jambidan, dan Banguntapan. Pengukuran IMT tersebut belum dilakukan karena kader belum memahami bagaimana pengukuran IMT. Selain itu, jumlah kader dan waktu pelaksanaan juga terbatas.

Tahapan pemeriksaan faktor risiko PTM telah dilakukan Posbindu PTM di Kecamatan Banguntapan, yaitu pemeriksaan tekanan darah, kolesterol, dan gula. Untuk pemeriksaan faktor risiko, empat Posbindu telah melakukan pemeriksaan sendiri oleh kader dengan diawasi oleh petugas puskesmas. Sedangkan untuk Posbindu Desa Banguntapan dan Wirokerten, pemeriksaan gula darah dan kolesterol dilakukan oleh petugas puskesmas/medis. Hal ini telah sesuai dengan pedoman bahwa sesuai pedoman pemeriksaan gula darah, kolesterol total, dan trigliserida dilakukan oleh tenaga kesehatan. Sedangkan, pemeriksaan tekanan darah dilakukan oleh kader yang terlatih.

Hambatan dalam pelaksanaan pemeriksaan di Posbindu PTM di Kecamatan Banguntapan adalah ketergantungan kader dengan puskesmas. Hal ini karena alat pemeriksaan FR PTM ini masing-masing desa belum memiliki alat sehingga masih bergantung dengan puskesmas. Sedangkan, puskesmas belum rutin melakukan pendampingan Posbindu PTM setiap bulannya. Akibatnya pelaksanaan tahap layanan meja 4 ini belum rutin dilaksanakan.

Tahapan terakhir, yaitu identifikasi faktor risiko, konseling, dan rujukan/tindak lanjut. Tahapan ini hasil dari wawancara, pengukuran dan pemeriksaan faktor risiko PTM dilakukan tindak lanjut dini berupa pembinaan secara terpadu dengan peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat tentang cara mengendalikan faktor risiko PTM melalui penyuluhan secara masal, dialog interaktif, konseling, hingga rujukan apabila

diperlukan.⁽⁸⁾ Posbindu Desa Wirokerten dan Tamanan sudah melakukan tahapan ini oleh kader. Sedangkan, untuk tahapan ini empat Posbindu PTM masih belum diberikan oleh kader. Ke empat Posbindu PTM ini yaitu Posbindu Desa Baturetno, Potorono, Jambidan, dan Banguntapan. Terkait rujukan sendiri mekanismenya diberikan kartu catatan ke puskesmas oleh kader. Tahap ini masih belum optimal karena terbatasnya jumlah kader, kemampuan berbicara kader, dan waktu pelaksanaan yang terbatas.

Komunikasi antara DKK, puskesmas, dan kader sudah dilakukan secara formal melalui pelatihan dan sosialisasi. Hambatannya undangan pelatihan terlambat disampaikan kepada kader sehingga kader tidak mengikuti pelatihan secara lengkap. Selain itu, adanya pergantian peserta pelatihan antara Posbindu PTM satu dan yang lain. Hal ini karena wilayah kerja 3 puskesmas di Banguntapan cukup luas. Hal ini juga berakibat hanya kader yang mengikuti pelatihan yang tahu. Sedangkan untuk komunikasi dengan sasaran, 2 Posbindu belum melakukan sosialisasi terkait Posbindu PTM kepada sasaran. Permasalahan ini membuat sebagian kader belum memahami perhitungan IMT. Meskipun secara konsistensi, penyampaian Posbindu PTMnya tidak berubah.

Sumber daya yang terdiri dari sumber daya manusia, dana, sarana-prasarana, informasi, dan wewenang belum sepenuhnya mendukung terlaksananya implementasi program Posbindu PTM. Apabila dilihat dari SDM, beberapa Posbindu PTM belum mencukupi secara kemampuan, khususnya dalam perhitungan IMT. Dana sampai saat ini masih

mencukupi karena masih mendapat bantuan dari puskesmas, pemerintah desa, dan pihak swasta. Sarana-prasarana untuk pemeriksaan faktor risiko PTM berupa strip pemeriksaan belum mencukupi dan ada perbedaan alat ukur timbangan BB. Informasi sudah tersedia dan mudah untuk diakses kader. Selain itu, sudah ada wewenang terkait peran dan tanggung jawab antara kader selaku pelaksana program, tim pembina wilayah di puskesmas maupun DKK.

Sikap/disposisi kader selaku pelaksana dan puskesmas setuju dan menerima program Posbindu PTM. Hal ini ditunjukkan dengan komitmen dalam pelaksanaan Posbindu PTM. Komitmen anggota kader dalam pelaksanaan Posbindu PTM masih bergantung pada ketua kader. Hal ini karena masing-masing kader belum mengetahui peran dan tanggung jawabnya. Motivasi para pelaksana Posbindu PTM berasal dari diri sendiri, puskesmas, DKK, dan masyarakat dalam rangka meningkatkan kesehatan di sekitar. Akan tetapi, komitmen dari puskesmas selaku tim pembina Posbindu di wilayah kerja masing-masing masih kurang. Hal ini ditunjukkan dari puskesmas yang tidak selalu mendampingi kader dalam pelaksanaan Posbindu PTM.

Apabila dilihat dari struktur birokrasi, struktur organisasi secara tertulis belum dibuat. Akan tetapi, koordinasi antara kader, puskesmas, dan DKK sudah berjalan dengan baik baik secara formal maupun informal. Terkait SOP, pedoman dan petunjuk teknis Posbindu PTM sudah diberikan kepada semua implementor, SK pembentukan Posbindu PTM sendiri belum dibuat. Pembagian tugas dan tanggung jawab kader masih belum optimal di layanan identifikasi faktor risiko

PTM dan konseling. Sedangkan, supervisi masih belum dilakukan secara optimal.

KESIMPULAN DAN SARAN

Implementasi program Posbindu PTM di Kecamatan Banguntapan, Kabupaten Bantul belum berjalan optimal dikarenakan pelaksanaan belum rutin, kemitraan dengan lintas sektor juga masih terbatas, dan pelaksanaan tahapan 5 layanan belum optimal. Hal itu dipengaruhi oleh beberapa variabel menurut G. Edward III yaitu: komunikasi, sumber daya, sikap/disposisi, dan struktur birokrasi. Komunikasi antara DKK dan kader terhambat karena adanya pergantian peserta pelatihan antara Posbindu PTM satu dan yang lain. Permasalahan ini membuat sebagian kader belum memahami perhitungan IMT. Sedangkan untuk komunikasi dengan sasaran, 2 Posbindu belum melakukan sosialisasi Posbindu PTM kepada sasaran.

Apabila dilihat dari SDM, beberapa Posbindu PTM belum mencukupi secara kemampuan, khususnya dalam perhitungan IMT. Sarana-prasarana untuk pemeriksaan faktor risiko PTM berupa strip pemeriksaan belum mencukupi, alat periksa dan kolesterol belum tersedia di masing-masing Posbindu, adanya perbedaan alat timbangan BB yang diberikan. Kader selaku pelaksana masih belum memahami tugas dan tanggung jawabnya sehingga dalam pelaksanaan bergantung kepada ketua kader. Selain itu, komitmen dari puskesmas selaku tim pembina Posbindu di wilayah kerja masing-masing masih kurang. Hal ini ditunjukkan dari puskesmas yang tidak selalu mendampingi kader dalam pelaksanaan Posbindu PTM. Apabila dilihat dari struktur birokrasi,

SK pembentukan Posbindu PTM sendiri belum dibuat. Pembagian tugas dan tanggung jawab kader masih belum ada di layanan identifikasi faktor risiko PTM dan konseling. Sedangkan, supervisi masih sebatas satu arah.

Kader selaku pelaksana Posbindu PTM sebaiknya meningkatkan sosialisasi kepada sasaran terkait Posbindu PTM, membuat jadwal yang telah disepakati pada masing-masing Posbindu PTM secara rutin 1 bulan sekali, melakukan pembagian tanggung jawab kader khususnya pada meja layanan identifikasi faktor risiko dan konseling, mengadakan rapat evaluasi setiap kegiatan Posbindu PTM, mengadakan FGD (*focus group discussion*) antara masing-masing anggota kader agar semua kader memiliki kemampuan dan pemahaman tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan Posbindu PTM, dan mengajak tenaga kesehatan/profesi, klinik, bidan dalam mendukung implementasi dan pengembangan Posbindu PTM.

Puskesmas selaku penanggung jawab Posbindu PTM di masing-masing wilayah kerjanya sebaiknya mengadakan refreshing kader khususnya dalam pengukuran faktor risiko PTM, pemeriksaan, tindak lanjut faktor risiko PTM, dan perhitungan IMT (indeks masa tubuh), mengadakan monitoring secara rutin terkait hasil wawancara, pengukuran dan pemeriksaan faktor risiko PTM, mengadakan penilaian (evaluasi) secara berkala terhadap indikator tingkat perkembangan Posbindu PTM, yaitu: cakupan kegiatan Posbindu PTM dan proporsi faktor risiko PTM, membuat SK pembentukan Posbindu PTM, mendampingi kader dalam pelaksanaan Posbindu PTM,

khususnya pada tahap layanan pemeriksaan Posbindu PTM, melakukan sosialisasi tentang Posbindu PTM kepada sasaran, dan meningkatkan peran lintas sektor (tenaga kesehatan/profesi, klinik, bidan) dalam mendukung implementasi dan pengembangan Posbindu PTM.

Bagi penelitian selanjutnya sebaiknya dilakukan penelitian lebih lanjut berdasarkan faktor lainnya, variabel yang berbeda, tempat yang berbeda, dengan analisis yang lebih dalam dari berbagai sumber.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ticoalu JH, Samodra YL. Prevalensi Penyakit Tidak Menular pada tahun 2012-2013 di Kecamatan Airmadidi Kabupaten Minahasa Utara Sulawesi Utara. FKM, Univ Sam Ratulangi Manad. 2013;7-14.
2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Umum Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dan Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular; 2014. 45 p.
3. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 5 tahun 2017 tentang Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI; 2017. p. 67.
4. Kementerian Kesehatan RI. Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta; 2009. p. 1-48.
5. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI; 2015. p. 879.
6. Dinas Kesehatan Provinsi DIY. Profil Kesehatan DIY. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DIY; 2015. 71 p.
7. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: CV Alfabeta; 2014. 334 p.
8. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk Teknis: Penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM). Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dan Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular; 2014. 65 p.
9. Kementerian Kesehatan RI. Buku Pintar Seri 1: Penyelenggaraan Posbindu PTM. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dan Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular; 2014. 43 p.
10. Kementerian Kesehatan RI. Buku Pintar Seri 3: Pengukuran Faktor Risiko PTM. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI; 2014. 49 p.

