

EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM KESEHATAN USIA LANJUT DI PUSKESMAS SE-KABUPATEN SLEMAN

EVALUATION OF IMPLEMENTATION FOR HEALTH PROGRAM OF AGED IN ALL COMMUNITY HEALTH CENTERS IN SLEMAN DISTRICT

Purwanta¹, Kristiani², Ali Ghufon Mukti³

Magister Manajemen Rumahsakit,
Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: The health program of aged in Yogyakarta Province was implemented only in Sleman District which has a gave complete report to Office of Health in province. Therefore the aim of research is to assess the implementation of the health program of aged in community health center (CHC) in Sleman District.

Method: This is a descriptive-explorative study that used qualitative data as the method. Data was collected from: 1) Focus group discussion to program coordinators, public figure, and aged; 2) In-depth interview with the chief of CHC, program coordinator, and public figure. While the quantitative data was collected from: 1) Observation towards the implementation of three *posyandu usia lanjut* in different CHC; 2) Questionnaires towards all program coordinators and cross checked toward all involved documents.

Results: The result of the study showed that the implementation of the health program of aged in CHC Sleman District has fulfilled the indicator that made by Office of Health in Yogyakarta Province and Department of Health RI in 1998. All the CHC, which exist in Sleman District, have done the health program of aged and have program coordinator. The support factors are government policy, health education background of program coordinator, high participation of the community. The inhibited factors are the supervision that was not implemented, program coordinators have lack of knowledge in program management, coordination in cross program and sectoral was not optimal.

Keywords: health program of aged, role of coordinator, program evaluation.

PENGANTAR

Proyeksi penduduk Indonesia 1995-2005 menunjukkan bahwa pada tahun 2000, Propinsi DIY termasuk salah satu propinsi yang secara demografis telah masuk kategori memiliki penduduk berstruktur tua dengan jumlah penduduk lansia sebesar 423.500 (13,72 %).¹ Adapun Sleman pada tahun 2000 mempunyai penduduk yang usia lanjut sebesar 81.503 (9,78 %).²

Penduduk di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) mempunyai umur harapan hidup tertinggi di Indonesia, yaitu 66,28 tahun untuk laki-laki dan 70,25 tahun untuk

perempuan.³ Adapun penduduk Sleman mempunyai umur harapan hidup 72 tahun untuk perempuan dan 71 tahun untuk laki-laki. Angka harapan hidup tersebut merupakan angka tertinggi di DIY (Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman)

Hasil wawancara dengan Kepala Seksi Kesehatan Usia Lanjut di Dinas Kesehatan. Propinsi DIY pada tanggal 16 Februari 2000 diperoleh informasi bahwa: 1) Yogyakarta akan dijadikan daerah percontohan untuk kelompok kerja tingkat nasional dalam melaksanakan program 'Indonesia Sehat Tahun 2010' yang berhubungan dengan usia lanjut; dan 2) sejak

tahun 1997 pelaksanaan program kesehatan usia lanjut di DIY, hanya Kabupaten Sleman yang melaporkan hasil kegiatannya.

Berdasarkan hasil pelaksanaan 'Program Kesehatan Usia Lanjut' di puskesmas se-Kabupaten Sleman pada laporan tri bulan semester III tahun 1999 adalah 1) jumlah desa yang dibina berjumlah 84 buah (97,67 %). Keadaan tersebut belum sesuai dengan indikator yang ditetapkan oleh Dinas Propinsi DIY, yaitu sampai 31 Desember 2000 semua desa/kelurahan sudah ada kegiatan bina kesehatan usia lanjut; 2) jumlah usia lanjut yang dibina sebesar 24.969 (29,70 %). Keadaan tersebut masih dibawah indikator yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI⁴, yaitu jangkauan pelayanan kesehatan mencakup 40 % dari jumlah usia lanjut yang ada.

Hasil wawancara dengan koordinator program usia lanjut di beberapa puskesmas Kabupaten Sleman terungkap bahwa mereka merasa berat untuk melaksanakan program usia lanjut. Mereka memberikan beberapa alasan antara lain: 1) beban kerja yang cukup berat; 2) adanya pekerjaan yang rangkap; 3) terbatasnya dana; 4) format pelaporan yang sering berubah-ubah; 5) jumlah tenaga, sarana dan prasarana yang kurang; dan 6) mereka banyak yang tidak mendapatkan insentif.

Berdasarkan keterangan di atas maka masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pelaksanaan program kesehatan usia lanjut di puskesmas se-Kabupaten Sleman?. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan program kesehatan usia lanjut di puskesmas se-Kabupaten Sleman.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian evaluatif yang bersifat deskriptif eksploratif. Subyek penelitian ini adalah: 1) populasi total koordinator program untuk pengisian kuesioner; 2) koordinator program dua kelompok, usia lanjut satu kelompok, dan tokoh masyarakat

satu kelompok untuk diskusi kelompok terarah (DKT). Adapun masing-masing kelompok terdiri dari 8 orang; 3) tiga kepala puskesmas, tiga koordinator program, dan tiga tokoh masyarakat untuk wawancara mendalam; 4) tiga posyandu dari puskesmas yang berbeda untuk observasi kegiatan posyandu.

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* untuk DKT, wawancara mendalam, dan observasi, yaitu diambil dari puskesmas yang mempunyai kriteria berdasarkan pada laporan tri bulan III tahun 1999 antara lain: 1) satu puskesmas yang kategori baik apabila cakupan posyandu yang ada dengan yang dibina lebih dari 80%, dan cakupan usila yang dibina lebih dari 30%; 2) satu puskesmas yang kategori sedang apabila cakupan posyandu yang ada dengan yang dibina lebih dari 60-80%, dan cakupan usila yang dibina lebih dari 20-30%; 3) satu puskesmas yang kategori kurang baik apabila cakupan posyandu yang ada dengan yang dibina kurang dari 60%, dan cakupan usila yang dibina kurang dari 20%.

Instrumen penelitian yang digunakan berupa kuesioner, panduan DKT, panduan wawancara mendalam, dan *check list* observasi. Data yang didapatkan kemudian dianalisis dengan menggunakan "*qualitative content analysis*" dengan langkah-langkah sebagai berikut: editing, koding, dan pengolahan data. Hasil pengolahan data dituangkan dalam bentuk kuotasi, tabel, dan persentase.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Menurut usia dari 30 koordinator program semuanya masih dalam kelompok usia produktif. Adapun masa tugas dari 30 koordinator program kesehatan usia lanjut adalah kurang dari 2 tahun sebanyak 9 orang (30,2%), antara 2-3 tahun sebanyak 6 orang (19,8%), dan lebih dari 3 tahun sebanyak 15 orang (50%) (lihat Tabel 1). Hasil tersebut menunjukkan sebagian besar koordinator program telah mempunyai pengalaman yang cukup dan masih bias ditingkatkan kemampuannya.

Koordinator program kesehatan usia lanjut di puskesmas Kabupaten Sleman setidaknya sampai umur menjelang pensiun pada pekerjaan-pekerjaan yang dikuasainya dan produktifitas karyawan yang sudah lama bekerja bisa mengalami peningkatan karena pengalamannya dan akan lebih bijaksana dalam mengambil keputusan.⁵

Berdasarkan Tabel 2 (dua) koordinator program yang mempunyai tugas lebih dari dua buah berjumlah 15 orang (50%). Keadaan

Koordinator yang mengetahui indikator program kesehatan usia lanjut berjumlah 9 orang (30%) dan yang tidak 21 orang (70%). Keadaan ini sebagai dasar bahwa koordinator dalam melaksanakan program kesehatan usia lanjut tidak didasari tujuan yang jelas. Padahal untuk membantu staf sebelum mengawali suatu pekerjaan maka staf tersebut harus memahami tentang lingkup dan isi dari pekerjaannya serta hasil yang diharapkan untuk dicapainya.⁶

Tabel 1. Karakteristik koordinator program kesehatan usia lanjut di puskesmas se-Kabupaten Sleman

| Karakteristik | | Jumlah | % |
|----------------------|--------------|--------|-------|
| Golongan/ pangkat | Ila | 0 | 0 |
| | Iib | 2 | 6,67 |
| | Iic | 4 | 13,33 |
| | Iid | 10 | 33,33 |
| | IIia | 12 | 40,00 |
| | IIIB | 2 | 6,67 |
| Jumlah total | | 30 | 100 |
| Kelompok umur | 25-30 | 4 | 13,33 |
| | 31-35 | 8 | 26,66 |
| | 36-40 | 9 | 30,00 |
| | 41-45 | 5 | 16,67 |
| | 46-50 | 2 | 6,67 |
| | 51-55 | 2 | 6,67 |
| Jumlah total | | 30 | 100 |
| Lama bertugas | < 2 th | 9 | 30,20 |
| | 2-3 th | 6 | 19,80 |
| | >3 th | 15 | 50,00 |
| Jumlah total | | 30 | 100 |
| Tingkat pendidikan | SPK | 12 | 40,00 |
| | Bidan | 16 | 53,33 |
| | Akper | 2 | 6,67 |
| | Jumlah total | 30 | 100 |

tersebut dapat menyebabkan prestasi kerja akan terhambat karena setiap jenis pekerjaan mempunyai tuntutan yang berbeda. Masalah tersebut tidak sesuai dengan yang disampaikan oleh Muchlas⁵, yaitu jenis-jenis pekerjaan itu memiliki tuntutan yang berbeda terhadap karyawan dan para karyawan juga memiliki kemampuan kerja yang berbeda sehingga prestasi kerja karyawan akan meningkat apabila ada kesesuaian antara kemampuan dan jenis pekerjaannya.

Adapun indikator yang ditetapkan oleh: 1) Dinas Kesehatan Propinsi DIY sampai 31 Desember 2000, yaitu: semua desa/kelurahan sudah ada kegiatan bina kesehatan usia lanjut dalam bentuk posyandu dan semua puskesmas telah mempunyai petugas pelayanan kesehatan usia lanjut; dan 2) meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan usia lanjut yang dilaksanakan oleh 50% puskesmas dan menjangkau 100% panti wreda pada akhir pelita ke VII dan menurunnya angka kesakitan

akibat penyakit degeneratif, dengan jangkauan pelayanan yang mencakup 40% usia lanjut.⁴

Koordinator program yang tidak mengetahui anggaran dana per tahun berjumlah 16 orang (53,33%). Masalah ini terjadi kemungkinan karena adanya:

- 1). Kepala puskesmas yang tidak memberikan informasi tentang pengalokasian dana dengan jelas kepada koordinator program. Padahal ada kebijakan pemerintah daerah yang dukungan pelaksanaan program, yaitu: (a) SK Bupati Sleman Nomor: 48/SK.KDH/A/ 1999 tentang biaya pengelolaan pelayanan puskesmas dan puskesmas dengan tempat perawatan; (b) Peraturan Daerah Kabupaten Sleman Nomor: 17 tahun 1996 tentang tarip pelayanan kesehatan pada puskesmas dan puskesmas dengan tempat perawatan; dan (c) SK Bupati Sleman Nomor: 202/SK.KDH/A/ 2000 tentang penetapan lokasi dan alokasi biaya proyek dana operasional dan pemeliharaan puskesmas dana jaring pengaman sosial-penanggulangan kemiskinan (DOPP JPS-PK) Kabupaten Sleman. Peningkatan organisasi yang berkualitas membutuhkan manajer yang memberikan informasi kepada semua bagian serta memberikan hak dan tanggung jawab dalam membuat keputusan dan jaringan kerja.⁶ Alokasi dana dalam organisasi merupakan hal yang sangat penting dalam mengimplementasikan suatu perencanaan untuk pengembangan program.⁷
- 2). Beberapa koordinator tidak membuat perencanaan program per periode tertentu termasuk dana yang diperlukan. Hal tersebut diperkuat dengan hasil kuesioner tentang koordinator yang membuat perencanaan, yaitu 65,6% menyatakan membuat perencanaan dan 34,4% tidak membuat perencanaan. Adapun hasil observasi tiga posyandu adalah satu posyandu ada perencanaan kegiatan dan dua posyandu tidak ada. Padahal kekuatan organisasi

terletak pada kemampuannya untuk menyusun berbagai sumber dayanya dalam mencapai tujuan termasuk di dalamnya adalah SDM dan dana yang tersedia.⁵

Hasil pengecekan dari 67,7% yang menyatakan ada dokumentasinya adalah 37,40% dan 62,60% tidak ada dokumentasinya. Keadaan tersebut tidak mendukung berjalannya sebuah organisasi karena implementasi bermaksud untuk menyelesaikan masalah yang didasarkan pada pencapaian tujuan atau hasil yang telah direncanakan secara tertulis dan berkelanjutan.⁹ Adapun perencanaan yang baik mempunyai beberapa ciri yang harus diperhatikan yaitu: 1) bagian dari sistem administrasi; 2) dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan; 3) berorientasi pada masa depan; 4) mampu menyelesaikan masalah; 5) mempunyai tujuan; dan 6) bersifat mampu mengelola.¹⁰

Berdasarkan hasil kuesioner koordinator yang tidak pernah mengikuti pelatihan tentang pelaksanaan usia lanjut berjumlah 12 orang (40%). Keadaan tersebut belum sesuai dengan organisasi yang akan meningkatkan kualitasnya karena mengurangi pelatihan merupakan salah satu penjelasan yang mungkin untuk kegagalan melembagakan kualitas pelayanan.¹¹

Berdasarkan hasil kuesioner evaluasi program usia lanjut di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 1999 dan 2000 mengalami kenaikan jumlah kegiatan kelompok usia lanjut, yaitu kelompok senam dari 219 menjadi 236, kelompok kesenian dari 25 menjadi 34, kelompok kerajinan/keterampilan dari 44 menjadi 57, kelompok tanaman obat keluarga dari 37 menjadi 42, dan kelompok usaha produktif dari 43 menjadi 49. Hasil tersebut sesuai dengan indikator, yaitu bertambahnya kelompok-kelompok usia lanjut dan meningkatnya jenis kegiatan usia lanjut dalam kelompok.¹²

Hasil laporan koordinator program ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman pada tri

Tabel 2. Karakteristik jumlah tugas rangkap, orang yang membantu tugas, pengetahuan anggaran per tahun, pemahaman indikator dan keikutsertaan pelatihan tentang pelaksanaan program kesehatan usia lanjut.

| Karakteristik | Jumlah tugas rangkap | Jumlah | % | |
|---|--------------------------------------|---|--------|-------|
| Jumlah tugas rangkap selain menjadi koordinator program kesehatan usia lanjut | 0 | 1 | 3,33 | |
| | 1 | 5 | 16,67 | |
| | 2 | 9 | 30,00 | |
| | 3 | 4 | 13,33 | |
| | 4 | 11 | 36,67 | |
| | 5 | 0 | 0 % | |
| | Jumlah total | 30 | 100 | |
| Jumlah orang yang membantu tugas program kesehatan usia lanjut | Jumlah orang yang membantu tugas | Jumlah | % | |
| | 0 | 5 | 16,67 | |
| | 1 | 3 | 10,00 | |
| | 2 | 5 | 16,67 | |
| | 3 | 9 | 30,00 | |
| | 4 | 7 | 23,33 | |
| | 5 | 1 | 3,33 | |
| | Jumlah total | 30 | 100 | |
| Pengetahuan koordinator tentang besarnya anggaran program kesehatan usia lanjut per tahun | tahu | Besarnya anggaran rata-rata yang diterima per tahun | Jumlah | % |
| | | <200.000 | 2 | 6,67 |
| | | 200.000-500.000 | 9 | 30,00 |
| | | 500.000-750.000 | 1 | 3,33 |
| | | > 750.000 | 2 | 6,67 |
| | tidak tahu | - | 16 | 53,33 |
| Jumlah total | 30 | 100 | | |
| Pemahaman koordinator program terhadap indikator program kesehatan usia lanjut | Pemahaman terhadap indikator program | | Jumlah | % |
| | Tahu | | 9 | 30,00 |
| | Tidak tahu | | 21 | 70,00 |
| | Jumlah total | | 30 | 100 |
| Keikutsertaan kordinator terhadap pelatihan tentang pelaksanaan program kesehatan usia lanjut | Keikutsertaan dalam pelatihan | | Jumlah | % |
| | sudah | | 18 | 60 |
| | belum | | 12 | 40 |
| | Jumlah total | | 30 | 100 |

bulan III tahun 2000, yaitu semua puskesmas telah melaksanakan program usia lanjut dan telah memiliki koordinator programnya. Disamping itu hasil kuesioner di Kabupaten Sleman hanya ada satu Panti Sosial Tresna Wredha (PSTW) 'Abiyoso' dan telah dikunjungi oleh petugas puskesmas setiap satu bulan sekali. Data tersebut membuktikan bahwa pelaksanaan program usia lanjut di Kabupaten Sleman telah mencapai target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi DIY sampai 31 Desember 2000, yaitu semua puskesmas telah mempunyai petugas kesehatan usia lanjut dan Depkes RI⁴, yaitu meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan usia lanjut yang dilak-

sanakan oleh 50% puskesmas dan menjangkau 100% panti wreda pada akhir pelita ke VII.

Berdasarkan aitem-aitem pertanyaan mengenai fasilitas program kesehatan usia lanjut adalah 55,29% menyatakan tersedia dan 44,71% menyatakan tidak tersedia. Berdasarkan hasil 'kuesioner evaluasi program usia lanjut tahun 2000' adalah: 1) timbangan injak berjumlah 180 buah sementara jumlah posyandu 492 buah sehingga mengalami kekurangan timbangan injak sebesar 312 buah; dan 2) KMS berjumlah 13440 buah sementara jumlah usia lanjutnya 20.708 orang sehingga mengalami kekurangan KMS sebesar 7268 buah. Kekurangan alat-alat

tersebut apabila tidak segera diatasi dapat menghambat pelaksanaan program kesehatan usia lanjut karena seperti yang disampaikan oleh Ritt dan Gomery⁷ bahwa peralatan merupakan hal yang sangat penting dalam mengimplementasikan suatu perencanaan untuk pengembangan program.

Belum semua petugas menyadari bahwa program usia lanjut merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan program puskesmas yang lainnya seperti hasil DKT dibawah ini:

...*'sing nduwe* program usia lanjut *yo mlakuo dhewe*'. Kalau kita pingin berhasil kita harus *'mlaku dhewe'* termasuk dari laborat dan lain sebagainya *'pokoke kowe nyambut gaweo dhewe wong nek* berhasil *yo kowe-kowe dhewe'* (Koordinator Program Kesehatan Usia Lanjut).

Upaya kesehatan usia lanjut di puskesmas merupakan upaya kesehatan paripurna, yang dilaksanakan ditingkat puskesmas serta diselenggarakan secara khusus maupun umum yang terintegrasi dengan kegiatan pokok puskesmas lainnya.¹³ Adapun peningkatan kinerja tim dalam organisasi harus bekerja sama lintas fungsi termasuk proses implementasi.¹⁴ Padahal kepuasan kerja seseorang dipengaruhi oleh adanya kerjasama diantara pekerja sendiri.¹⁵

Hasil observasi dari pelaksanaan tiga posyandu usia lanjut semuanya telah memiliki kader kesehatan tetapi masih ada yang merangkap menjadi kader balita. Hasil 'kuesioner evaluasi program usia lanjut Dinkes Kabupaten Sleman tahun 2000' adalah kader yang aktif berjumlah 1299 orang (71 %) dan posyandu berjumlah 492 buah sehingga rata-rata posyandu mempunyai kader 2-3 orang. Hal ini berdasarkan *community action program (CAP)* bertujuan untuk memobilisasi dan memanfaatkan sumber dari masyarakat, pengembangan dan penanganan program dengan semaksimal mungkin mengikutsertakan masyarakat.¹⁶

Namun demikian pelaksanaan posyandu usila yang bersamaan dengan posyandu balita berjumlah 341 buah. Hal tersebut dilakukan karena untuk merekrut kader baru mengalami kesulitan. Keadaan ini didukung data dari hasil DKT koordinator program dan wawancara tokoh masyarakat dibawah ini:

...alasanya biasanya repot, alasannya repot mengurus anak, *bojo* (suami), jadi disitu kan *bener-bener* sukarela, tidak ada apa-apanya. Kader itu kan suka rela, perjuangan. (Koordinator Program Kesehatan Usila)

... insya Allah *'menawi kulomeniko nggih'* tidak ada hambatan, *'Yo ming'* hambatannya *ya kok koncone ora ono*, padahal dalam kumpulan pengurus inti dibentuk dan sanggup tapi pelaksanaan *yaa 'nggak rawuh'* (Tokoh/Kader Usia lanjut)

Berdasarkan data di atas maka untuk pengembangan program kesehatan usila di Kabupaten Sleman sudah saatnya memikirkan status kader kesehatan, yaitu dari status kader yang bersifat sukarela menjadi suatu pekerjaan yang mendapatkan *'reward'*. Hal tersebut menurut 'teori alasan praktis' yang menyebutkan bahwa seseorang menjadi anggota kelompok karena ada alasan tertentu seperti ekonomi, politik, status sosial dan keamanan.¹⁷

Berdasarkan 'Profil Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 1998, 1999, dan 2000' menunjukkan bahwa beberapa jenis penyakit ada yang mengalami penurunan cukup berarti dalam kurun waktu tiga tahun. Jenis penyakit tersebut, yaitu penyakit kulit alergi dari 6.740 menjadi 6.570, penyakit kulit infeksi dari 4.124 menjadi 3.968, penyakit lain pada saluran pernapasan bagian atas menunjukkan hasil yang menggembirakan karena terjadi penurunan dari 4.709 menjadi 2.927, penyakit mata lain juga mengalami penurunan dari 2.516 menjadi 2.114, penyakit gangguan neurotik dari 2256 menjadi 2093, dan penyakit infeksi telinga tengah dari 1009 menjadi 881 (Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman).

Beberapa jenis penyakit ada yang mengalami peningkatan dalam kurun waktu tiga tahun, yaitu penyakit tekanan darah tinggi dari 18.285 menjadi 21.335, penyakit pulpa dan jaringan periapikal dari 1.935 menjadi 2.476, penyakit kulit karena jamur dari 1.576 menjadi 1.877, bronchitis dari 731 menjadi 1.033, dan penyakit pada saluran kencing dari 650 menjadi 720 (Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman).

Berdasarkan data tersebut di atas, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman sebaiknya membuat indikator-indikator yang objektif sesuai dengan jenis-jenis penyakit agar pelaksanaan program lebih mudah dievaluasi tingkat keberhasilannya.

Sebagaimana di *United State Department of Health and Human Services* menyampaikan permasalahan untuk mencapai '*healthy people 2000*' untuk penderita penyakit jantung dan *stroke* dengan cara mengurangi risiko secara objektif, yaitu: 1) meningkatkan proporsi orang yang mempunyai tekanan darah tinggi untuk kontrol; 2) mengurangi kadar kolesterol serum pada orang dewasa yang mempunyai kadar kolesterol tinggi dan meningkatkan kesadaran terhadap kondisinya; 3) mengurangi konsumsi makanan yang mengandung lemak dan lemak tidak jenuh pada anak-anak dan orang dewasa; 4) mengurangi prevalensi orang dewasa yang obesitas dan *overweight*; 5) meningkatkan proporsi anak-anak dan orang dewasa untuk beraktivitas secara teratur, lebih berkualitas, olahraga ringan sampai sedang minimal 30 menit per hari; dan 6) mengurangi konsumsi rokok pada orang yang berusia 20 tahun dan orang tua.¹⁸

Berdasarkan hasil pendokumentasian penyakit yang ditemukan dari *screening* terhadap usia lanjut di Puskesmas Berbah II, Ngemplak I, dan Godean II pada tahun 2000 adalah anemia 3 (tiga) orang dan diabetes mellitus (DM) sebanyak 15 orang. Adapun perincian hasil *screening* di masing-masing puskesmas pada tahun 2000 adalah 1)

Puskesmas Berbah II usia lanjut yang anemia sebanyak 2 (dua) orang dan DM sebanyak 1 (satu) orang; 2) Puskesmas Godean II usia lanjut yang anemia tidak ada dan DM sebanyak 8 orang; dan 3) Puskesmas Ngemplak I usia lanjut yang anemia sebanyak 1 (satu) orang dan DM sebanyak 6 (enam) orang.

Berdasarkan informasi dari koordinator program kesehatan usia lanjut di puskesmas Berbah II, Ngemplak I, dan Godean II bahwa penyakit yang ditemukan dari hasil *screening*, apabila tidak bisa diatasi maka dilakukan rujukan ke puskesmas. Adapun pelaksanaan *screening* yang direncanakan enam bulan sekali tidak bisa dilaksanakan oleh dua puskesmas karena adanya keterbatasan tenaga, sedangkan satu puskesmas bisa dilaksanakan sesuai rencana.

Faktor Penghambat dan Pendukung

Faktor pendukung pelaksanaan program antara lain: a) Adanya kebijakan dari pemerintah daerah, yaitu PERDA Kabupaten Sleman No: 17 tahun 1996, SK Bupati Sleman No: 202/SK.KDH/A/2000, dan SK Bupati Sleman No: 48/SK.KDH/A/1999; b) Semua koordinator program mempunyai latar belakang pendidikan kesehatan; c) Adanya pertemuan rutin per tiga bulan yang telah diorganisasi oleh Subdin Yankesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman; d) Peran Subdin Yankesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman terhadap pelaksanaan program kesehatan usia lanjut yang berani membuat indikator keberhasilan yang lebih tinggi dari Dinas Kesehatan Propinsi DIY dan Depkes RI; e) Adanya partisipasi yang aktif dari sebagian besar masyarakat dan lintas sektoral; f) Adanya kebijakan intern puskesmas yang menyelenggarakan puskesmas keliling bersamaan dengan posyandu usia lanjut.

Faktor penghambat pelaksanaan program adalah 1) Belum dilakukan supervisi secara berkelanjutan oleh Dinas Kesehatan Tingkat I dan II dalam pelaksanaan program kesehatan

usia lanjut; 2) Belum ditindaklanjuti dari pelatihan yang pernah diselenggarakan; 3) Pengetahuan koordinator yang masih kurang tentang manajemen program; 4) Kerjasama lintas program dan sektoral belum optimal; 5) Kepala puskesmas masih ada yang kurang memperhatikan terhadap pelaksanaan program; 6) Kurangnya sosialisasi program kesehatan usia lanjut pada masyarakat.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan pada pembahasan sebelumnya maka dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa: a) Program kesehatan usia lanjut sudah berjalan di semua puskesmas se-Kabupaten Sleman dan telah memiliki koordinator program; b) Pengetahuan koordinator program tentang manajemen program masih sangat kurang; c) Faktor-faktor pendukung yang ada adalah kebijakan pemerintah, latar belakang pendidikan koordinator program, peran serta masyarakat, pertemuan rutin di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, dan pelaksanaan bersama antara posyandu lansia dengan puskesmas keliling; d) Adanya kerja sama lintas program dan sektoral yang belum optimal; e) Pelaksanaan program kesehatan usia lanjut di puskesmas se-Kabupaten Sleman sebagian besar telah sesuai dengan indikator yang ditetapkan oleh Depkes RI, dan Dinas Kesehatan Propinsi DIY; dan f) Partisipasi masyarakat dan tokoh masyarakat terhadap pelaksanaan program usia lanjut terutama posyandu usia lanjut sudah cukup baik.

Saran

Berdasarkan pada pembahasan sebelumnya maka dalam penelitian ini dapat disarankan bahwa: a) Dinas Kesehatan Tingkat I dan II sebaiknya secara berkelanjutan melakukan supervisi, pendampingan atau pembekalan sampai di tingkat operasional terhadap pelaksanaan program kesehatan usia lanjut, sehingga dapat memahami permasalahan yang ada.

Disamping itu, puskesmas-puskesmas yang belum bisa melaksanakan *screening* secara rutin sebaiknya dibantu penyelesaiannya. Hasil *screening* sebaiknya dibuatkan format khusus yang dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman untuk bahan menentukan indikator-indikator yang lebih objektif sesuai dengan penyakitnya; b) Kepala puskesmas sebagai manajer dalam pertemuan rutin sebaiknya menekankan pentingnya kerjasama lintas program dan sektoral dalam pelaksanaan program; c) Kepada koordinator program supaya ditingkatkan kemampuan manajemen program; d) Koordinator program dan petugas lain sebaiknya meningkatkan sosialisasi program usia lanjut di masyarakat; e) Untuk Dinas Kesehatan Tingkat I dan II sebaiknya membuat indikator-indikator yang lebih objektif sesuai dengan jenis-jenis penyakit agar mudah dilakukan evaluasi; dan f) Untuk peneliti lain dalam menentukan sampel puskesmas sebaiknya mempertimbangkan: stratifikasi puskesmas, letak geografis, dan tingkat kemajuan program agar data yang didapatkan dapat diandalkan dan bisa mewakili apabila dilakukan generalisasi.

KEPUSTAKAAN

1. Kantor Menteri Negara Transmigrasi dan Kependudukan, RI. dan United Nations Population Funds (UNIFPA), Rencana Aksi Nasional Untuk Kesejahteraan Lansia. Jakarta, 2000.
2. Dinas Kesehatan. Kabupaten Sleman, Profil Kesehatan Tahun 2000 Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Yogyakarta, 2000.
3. Suyono, H., Penduduk Usia Lanjut Kenyataan dan Harapan, Seminar, IPADI. BKKBN dan BAPEDA Tk. I, Yogyakarta, 6 Juni, 1993.
4. Departemen Kesehatan, RI., Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia lanjut Bagi Petugas Kesehatan I, Jakarta, 1998.
5. Muchlas M., Perilaku Organisasi I, CV Bayu Biru, Yogyakarta, 1997.

6. Wilson, CK., *Improving Quality and Performance: Implications for Managers*, Aspen Publications Inc., 1993.
7. Ritt B., and Gomery J., *Learning Styles and Staff Development: A Combination for Effective Learning*. NASSP Bulletin, 1987.
8. Handoko, T. H., *Manajemen Personalia & Sumber Daya Manusia*, BPFE Yogyakarta, 1995.
9. Lindberg, JB., Hunter, ML., and Kruszewski, A., *Introduction to Nursing Concepts, Issues, and Opportunities.*, 3th Edition, Lippincott, Philadelphia, 1998.
10. Azwar. A. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga. Binarupa Aksara Aksara, Jakarta, 1996.
11. Watson RT., Pitt LF., and Kavan CB., *Measuring Information Systems Service Quality: Lessons From Two Longitudinal Case Studies*. MIS Quarterly, 1998.
12. Departemen Kesehatan, RI., *Pedoman Manajemen Upaya Kesehatan Usia lanjut di Puskesmas*, Jakarta, 1995.
13. Departemen Kesehatan, RI., *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid IV*, Jakarta, 1992.
14. Carter J.H. and Meridy H., *Making a Performance Improvement Plan Work*, Journal Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, 1996.
15. Sims Jr. HP., and Szilagyi A., *Leader Reward Behavior and Subordinate Satisfaction and Performance*. *Organizational Behavior and Human Performance*, 1975; 14: 426-438.
16. Purwanto., *Ilmu Sosial Terapan Dalam Pelayanan Kesehatan (Modul)*. MMPK FK-UGM, Yogyakarta, 1999
17. Yusuf Y., *Dinamika Kelompok: Kerangka Studi dalam Perspektif Psikologi Sosial.*, CV Armico, Bandung, 1989
18. Kart, CS. *The Realities of Aging: An Introduction to Gerontology*, 4th Edition, Allyn and Bacon, London, 1994.