

Analisis Implementasi Kebijakan Puskesmas Dalam Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular

Analysis of Puskesmas Policy Implementation in The Integrated Position Guidelines Program

Nurul Evi Yanti^{*1}, Namora Lumongga Lubis², Vivi Eulis Diana³

¹ Ilmu Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Helvetia, Medan, Indonesia

Email Korespondensi : eviyantinurul697@gmail.com

Abstrak

Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) merupakan salah satu upaya kesehatan berbasis masyarakat yang bersifat promotif dan preventif dalam rangka deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kombinasi (mix method). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 37 responden. Informan dalam penelitian ini sebanyak 2 orang petugas kesehatan dan 2 orang kader posbindu PTM. Analisa data kuantitatif secara univariat dan bivariat, sedangkan kualitatif secara deskriptif melakukan keabsahan data dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian didapatkan tingkat keaktifan masyarakat menyatakan bahwa responden yang keaktifan masyarakat aktif lebih tinggi (67.64%), dibandingkan dengan yang tidak aktif (32.4%). Implementasi kebijakan bidang input, proses dan output pelaksanaan Posbindu PTM lebih banyak yang aktif, dibandingkan dengan implementasi kebijakan bidang input pada kategori kurang dimana lebih banyak tidak aktif. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa SOP mengenai Posbindu PTM sudah ada, dibidang sarana dan prasarana pelaksanaan Posbindu PTM ditentukan oleh Desa. Kinerja kader sudah bagus serta masyarakat nyaman selama proses pelaksanaan, cuma kinerja kader yang kurang baik disebabkan tidak ada pelatihan khusus untuk kader. Disarankan kepada Puskesmas Kota Juang Kabupaten Bireuen agar meningkatkan pelayanan posbindu PTM di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen agar program posbindu dapat berjalan dengan optimal.

Kata Kunci : Keaktifan Masyarakat, Input, Proses, Output

Abstract

The construction of an integrated disease not contagious (Posbindu PTM) is a community for health are purely preventive to promotif and early detection and monitoring of PTM risk factors. This type of research is a test used combination (Blending method). The number of samples in this study is the same as 37 respondents. Informants in this study as many as 2 people and 2 health professionals cadres Posbindu PTM. Analysis of quantitative data based on univariate and Bivariat, while the qualitative descriptive basis is important for the validity of the data and the withdrawal of the application. The results of the studies by the community declared that respondents could be an active community is higher (67.64%), compared to inactive (32.4%). Implementing policy areas of implementation, processing and production implement a more proactive policy implementation compared to the input field in the less category, where more inactive. Based on the results of the interview that SOP regarding PTM Posbindu already exists, in the field of implementation of the infrastructure Posbindu PTM is determined by the village. The performance of staff are already good and comfortable community during the implementation process, just less good results cadres caused no special training for staff. It is recommended to Fighting Bireuën Regency City Clinic To improve services in the city of Ptm Posbindu Fighting Bireuën Regency in order to program Posbindu can perform optimally.

Keywords : Liveliness community, entrance, process, , Output

PENDAHULUAN

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dapat dilakukan oleh berbagai tenaga kesehatan yang handal dan sistem informasi yang berkualitas (1). Upaya tersebut perlu didukung oleh penyediaan data dan informasi yang tepat dan akurat secara sistematis dan terus-menerus melalui sistem surveilans yang baik. Hal ini sesuai amanat UU no 36 tahun 2009 pasal 158 tentang Pengendalian Penyakit Tidak Menular (2). Pada tahun 2017, jumlah penderita penyakit tidak menular seperti jumlah penderita hipertensi sebanyak 53.706 jiwa. Jumlah penderita diabetes sebanyak 34.874 jiwa. Jumlah penderita obesitas sebanyak 2.653 jiwa pada 2016 menjadi 1.606 jiwa. Jumlah penderita penyakit jantung koroner sebanyak 9.547 jiwa. Pada penderita penyakit jantung koroner mengalami peningkatan, pada tahun 2016 berjumlah 9.169 jiwa. Faktor penyebab meningkatnya jumlah penderita jantung koroner itu di antaranya karena rokok, baik itu orang yang merokok maupun mereka yang terpapar asap rokok (3). Konsep implementasi semakin marak dibicarakan seiring dengan banyaknya pakar yang memberikan kontribusi pemikiran tentang implementasi kebijakan sebagai salah satu tahap dari proses kebijakan. Implementasi dianggap sebagai wujud utama dan tahap yang sangat menentukan dalam proses kebijakan (4), (5), (6).

Menurut Purwanto dan Sulistyastuti, “implementasi intinya adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan oleh para implementor kepada kelompok sasaran (*target group*) sebagai upaya untuk mewujudkan kebijakan” (7). Menurut Agustino, “implementasi merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri” (8). Ripley dan Franklin (dalam Winarno) menyatakan bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*), atau suatu jenis keluaran yang nyata (*tangible output*). Implementasi mencakup tindakan-tindakan oleh sebagai aktor, khususnya para birokrat yang dimaksudkan untuk membuat program berjalan (9).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Lebih dari 3/4 kematian akibat penyakit kardiovaskuler terjadi di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. Dari seluruh kematian akibat penyakit kardiovaskuler 7,4 juta (42,3%) di antaranya disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner (PJK) dan 6,7 juta (38,3%) disebabkan oleh stroke (10).

Millennium Development Goals (MDGs) telah berakhir pada tahun 2015. Agenda ke depan untuk melanjutkan MDGs, dikembangkan suatu konsepsi dalam konteks agenda pembangunan pasca-2015 yang disebut *Sustainable Development Goals* (SDGs). Konsep SDGs ini diperlukan sebagai agenda pembangunan baru yang mengakomodasi semua perubahan yang terjadi pasca-2015. Salah satu tujuan dari SDGs yang keempat adalah menjamin kehidupan yang sehat, dengan indikator nomor lima yang menjadi prioritas adalah mengurangi beban penyakit-penyakit tidak menular (11).

Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan, prevalensi tertinggi untuk penyakit Kardiovaskuler di Indonesia adalah PJK, yakni sebesar 1,5%. Dari prevalensi tersebut, angka tertinggi ada di Provinsi Nusa Tenggara Timur (4,4%) dan terendah di Provinsi Riau (0,3%). Angka kematian PTM meningkat dari 41,7% pada tahun 1995 menjadi 59,5% pada tahun 2007. Prevalensi asma, PPOK, dan kanker berdasarkan Riskesdas tahun 2013 masing-masing 4,5%, 3,7%, dan 1,4 per mil (10). Prevalensi beberapa penyakit tidak menular di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam menurut hasil diagnosis petugas dan gabungan hasil diagnosis petugas dengan gejala klinis atau minum obat, Kabupaten tertinggi terhadap prevalensi ISPA adalah Kabupaten Bireuen. Prevalensi penyakit pneumonia yang berisiko di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam masih di bawah nilai rata-rata nasional (nilai rata-rata nasional = 1,88%). Prevalensi penyakit TBC yang berisiko (diatas nilai rata-rata nasional = 0,95%) (12).

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan salah seorang penanggung jawab program Posbindu PTM di Puskesmas Kota Juang yaitu Ibu Masriani menyatakan bahwa kurangnya jumlah kader Posbindu PTM di wilayah kerja Puskesmas Kota Juang ini menjadi salah satu hambatan dalam pelaksanaan program posbindu PTM. Beliau menyatakan juga sudah pernah mengambil kebijakan untuk menambahkan jumlah kader di tiap desa dengan bekerjasama dengan kepala desa tetapi karena dana yang terbatas kepala desa belum bisa mengambil keputusan tersebut. Dana tersebut untuk dana transportasi dan dana pelatihan. Dana untuk penyelenggaraan posbindu PTM di tiap desa berasal dari Alokasi Dana Gampong (ADG) dan beberapa desa belum cair dananya. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah Untuk mengetahui seberapa besar implementasi kebijakan puskesmas dalam program pos binaan terpadu penyakit tidak menular baik dalam hal input, proses, dan output di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen tahun 2018 dan untuk mengetahui seberapa besar keaktifan masyarakat dalam kunjungan pelaksanaan pos pembinaan terpadu penyakit menular

di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen tahun 2018.

METODE

Jenis penelitian adalah penelitian kombinasi (mixmethod) dengan memadukan kedua pendekatan kuantitatif dan kualitatif dalam satu penelitian yaitu untuk menganalisis implementasi kebijakan puskesmas dalam program pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen tahun 2018 dan dilakukan pada bulan Agustus-Oktober 2018. Populasi berjumlah 37 orang dan sampel kuantitatif sebanyak 37 responden ditentukan metode *accidental sampling*. Sampel kualitatif sebanyak 2 orang yaitu pemegang program Posbindu PTM dan 2 orang kader posbindu PTM. Alat untuk pengumpulan data adalah kuesioner, dan untuk wawancara mendalam diperlukan pedoman wawancara dan didukung dengan data laporan-laporan maupun dokumen resmi lainnya dari puskesmas Kota Juang Kabupaten Bireuen.

HASIL

Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 1 di dibawah, didapatkan bahwa karakteristik responden berdasarkan umur di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen mayoritasnya berada pada umur ≤ 30 tahun yang berjumlah sebanyak 19 responden (51.4%). Pendidikan responden mayoritasnya berada pada pendidikan SMA yang berjumlah sebanyak 15 responden (40.5%).

Berdasarkan tabel 4.5 di atas, didapatkan bahwa karakteristik responden berdasarkan umur di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen mayoritasnya berada pada umur ≤ 30 tahun dan 31-40 tahun yang berjumlah sebanyak 2 responden (50.0%). Pendidikan responden mayoritasnya berada pada pendidikan SMA dan PT yang berjumlah sebanyak 2 responden (50.0%).

Table 1.

Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Kuantitatif dan Kualitatif		
Karakteristik Kuantitatif	n	Presentase (%)
Umur		
≤ 30 tahun	19	51,4
31-40 tahun	11	29,7
>41 tahun	7	18,9
Pendidikan		
SD	4	10,8
SMP	11	29,7
SMA	15	40,5

PT	7	18,9
Jumlah	37	100
Karakteristik Kualitatif	n	Presentase (%)
Umur		
≤ 30 tahun	2	50,0
31-40 tahun	2	50,0
>41 tahun	0	0
Pendidikan		
SD	0	0
SMP	0	0
SMA	2	50,0
PT	2	50,0
Jumlah	4	100

Analisa Univariat

Berdasarkan tabel 3 di dibawah diketahui bahwa implementasi kebijakan bidang input di Di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen, implementasi kebijakan bidang input pada kategori baik lebih tinggi (78.4%), dibandingkan dengan yang kategori kurang (21.6%). Implementasi kebijakan bidang proses di Di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen, implementasi kebijakan bidang proses pada kategori baik lebih tinggi (70.3%), dibandingkan dengan yang kategori kurang (29.7%). Implementasi kebijakan bidang output di Di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen, implementasi kebijakan bidang output pada kategori baik lebih tinggi (59.5%), dibandingkan dengan yang kategori kurang (40.5%). Keseluruhan dari keaktifan masyarakat di Di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen, tingkat keaktifan masyarakat pada kategori aktif lebih tinggi (67.64%), dibandingkan dengan yang kategori tidak aktif (32.4%).

Tabel 2.

Distribusi Frekuensi Implementasi Kebijakan Bidang Input Di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen Tahun 2018

Variabel	n	Persentase (%)
Implementasi Kebijakan Bidang Input		
Baik	29	78.4
Kurang	8	21.6
Implementasi Kebijakan Bidang Proses		
Baik	26	70.3
Kurang	11	29.7
Implementasi Kebijakan Bidang Output		
Baik	22	59.5
Kurang	15	40.5
Keaktifan Masyarakat		
Aktif	22	67.6
Tidak Aktif	12	32.4
Jumlah	37	100

Analisa Bivariat

Berdasarkan tabel 4 di bawah, maka dapat diketahui bahwa implementasi kebijakan bidang input pada kategori baik sebanyak 29 masyarakat lebih banyak yang aktif sebanyak 23 (62.2%), dibandingkan dengan implementasi kebijakan bidang input pada kategori kurang sebanyak 8 masyarakat, dimana lebih banyak tidak aktif yaitu sebanyak 6 (16.2%). Implementasi kebijakan bidang proses pada kategori baik sebanyak 26 masyarakat lebih banyak yang aktif sebanyak 21 (56.8%), dibandingkan dengan implementasi kebijakan bidang proses pada kategori kurang sebanyak 11 masyarakat, dimana lebih banyak tidak aktif yaitu sebanyak 7 (18.9%). Implementasi kebijakan bidang output pada kategori baik sebanyak 22 masyarakat lebih banyak yang aktif sebanyak 19 (51.4%), dibandingkan dengan implementasi kebijakan bidang output pada kategori kurang sebanyak 15 masyarakat, dimana lebih banyak tidak aktif yaitu sebanyak 9 (24.3%).

Tabel 4.
Analisis Implementasi Kebijakan Bidang Input dengan Keaktifan Masyarakat

Variabel	Keaktifan Masyarakat				Total	
	Aktif		Tidak Aktif		n	%
	n	%	n	%		
Implementasi Kebijakan Bidang Input						
Baik	23	62.2	6	16.2	29	78.4
Kurang	2	5.4	6	16.2	8	21.6
Implementasi Kebijakan Bidang Proses						
Baik	21	56.8	5	13.5	26	70.3
Kurang	4	10.8	7	18.9	11	29.7
Implementasi Kebijakan Bidang Output						
Baik	19	51.4	3	8.1	22	59.5
Kurang	6	16.2	9	24.3	15	40.5
Total	25	67.6	12	32.4	37	100

Hasil Penelitian Kualitatif

Informan 1 menyatakan bahwa SOP mengenai Posbindu PTM sudah ada dan informan 2 menyatakan bahwa SOP mengenai Posbindu PTM sudah ada. Informan 1 menyatakan bahwa pendanaan dari BOK dan informan 2 menyatakan bahwa pendanaan dari BOK. Informan 1 menyatakan bahwa sarana dan prasarana pelaksanaan Posbindu PTM ditentukan oleh Desa dan informan 2 menyatakan bahwa cuma sebagian Desa yang sesuai dengan SOP. Informan 1 menyatakan bahwa pelaksanaan Posbindu PTM bermanfaat dan informan 2 menyatakan bahwa pelaksanaan Posbindu PTM bermanfaat. Informan 1 menyatakan bahwa sistem monitoring dan evaluasi dilaksanakan dan informan 2 menyatakan bahwa sistem monitoring dan evaluasi dilaksanakan.

Informan 1 menyatakan bahwa sumber pendanaan sebagian yang diberikan dan informan 2 menyatakan bahwa sumber pendanaan sebagian yang diberikan. Informan 1 menyatakan bahwa sebagian Desa yang sesuai dengan SOP dan informan 2 menyatakan bahwa sebagian Desa yang sesuai dengan SOP. Informan 1 menyatakan bahwa pelaksanaan Posbindu PTM bermanfaat dan informan 2 menyatakan bahwa pelaksanaan Posbindu PTM bermanfaat. Informan 1 menyatakan bahwa lebih memperhatikan masalah pendanaan dan sarana dan prasarana dan informan 2 menyatakan bahwa lebih memperhatikan masalah pendanaan dan sarana dan prasarana. Informan 1 menyatakan bahwa kinerja petugas sudah bagus sedangkan kadang kurang baik dan informan 2 menyatakan bahwa kinerja petugas sudah bagus sedangkan kadang kurang baik.

PEMBAHASAN

Keaktifan Masyarakat Dalam Pelaksanaan Posbindu PTM

Kesulitan dalam proses implementasi kebijakan dapat kita lihat dari pernyataan seorang ahli studi kebijakan Eugne Bardach melukiskan kerumitan dalam proses implementasi menyatakan pernyataan sebagai berikut : “Adalah cukup untuk membuat sebuah program dan kebijakan umum yang kelihatannya bagus diatas kertas. Lebih sulit lagi merumuskannya dalam kata-kata dan slogan-slogan yang kedengarannya mengenakan bagi telinga pemimpin dan para pemilih yang mendengarkannya. dan lebih sulit lagi untuk melaksanakannya dalam bentuk cara yang memuaskan semua orang termasuk mereka anggap klien” (13). Implementasi kebijakan menurut Donabedian dalam Ratna Mutu pelayanan kesehatan adalah hasil akhir (*outcome*) dari interaksi dan ketergantungan antara berbagai aspek, komponen atau unsur organisasi pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem. Ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu yaitu aspek. Kegiatan Posbindu PTM pada dasarnya merupakan kegiatan milik masyarakat yang dilaksanakan sepenuhnya dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Sektor kesehatan khususnya Puskesmas lebih berperan dalam hal pembinaan Posbindu PTM dan menerima pelayanan rujukan dari Posbindu PTM di wilayah kerjanya karena pada prinsipnya kegiatan Posbindu PTM mencakup upaya promotif dan preventif. Maka dalam kegiatan Posbindu PTM tidak mencakup pelayanan pengobatan dan rehabilitasi. Posbindu PTM akan merujuk setiap kasus PTM yang ditemukan ke Puskesmas atau pelayanan kesehatan lainnya untuk mendapatkan pelayanan lebih lanjut (14),(15). Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka semakin berkembang juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi

penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap perlindungan dan kepastian hukum pasien. Program kesehatan diadakan sebagai realisasi dari rencana program kesehatan di bidang kesehatan yang akan memberikan dampak pada peningkatan kesehatan. Belum membedakan ruang lingkup penilaian program atas enam macam, yaitu: Pelaksanaan program, pemenuhan kriteria yang telah ditetapkan, efektivitas program dan efisiensi program. Penilaian pelaksanaan program memiliki pertanyaan pokok yang akan dijawab pada penilaian tentang pelaksanaan program ialah apakah program itu terlaksana atau tidak, bagaimana pelaksanaannya serta faktor-faktor penopang dan penghambat, serta apa yang ditemukan dalam pelaksanaan program (16). Penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini di laporkan oleh Annisa Mulawati, (2016) menyatakan bahwa pemanfaatan Posbindu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kaduhejo Tahun 2015 sangat rendah yakni 35,1%. Terdapat hubungan yang bermakna antara antara pengetahuan, dukungan keluarga dan peran petugas kesehatan dengan pemanfaatan posbindu di Wilayah Kerja Puskesmas Kaduhejo Tahun 2015 (17).

Peneliti berasumsi bahwa Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) merupakan wujud peran serta masyarakat dalam kegiatan deteksi dini, monitoring dan tindak lanjut dini faktor resiko penyakit tidak menular secara mandiri dan berkesinambungan. Kegiatan ini dikembangkan sebagai bentuk kewaspadaan dini terhadap penyakit tidak menular mengingat hampir semua faktor resiko penyakit tidak menular tidak memberikan gejala pada yang mengalaminya.

Hubungan Implementasi Kebijakan Bidang Input Dengan Keaktifan Masyarakat

Pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) dilakukan oleh kader kesehatan yang telah ada atau beberapa orang dari masing-masing kelompok, organisasi, lembaga atau tempat kerja yang bersedia menyelenggarakan posbindu, yang dilatih secara khusus, dibina atau difasilitasi untuk melakukan pemantauan faktor resiko penyakit tidak menular di masing-masing kelompok atau organisasinya. Kriteria kader posbindu antara lain, berpendidikan minimal SLTA, mau dan mampu melakukan kegiatan berkaitan dengan posbindu. Dalam penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) tatanan desa/kelurahan perlu dilakukan kemitraan dengan forum desa/kelurahan Siaga, industri, dan klinik swasta untuk mendukung implementasi dan pengembangan kegiatan. Kemitraan dengan forum desa/kelurahan siaga aktif, pos kesehatan desa/kelurahan serta klinik swasta bermanfaat bagi

posbindu untuk komunikasi dan koordinasi dalam mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah.

Penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini di laporkan oleh Dewi Eka Handayani, (2012) menyatakan bahwa faktor predisposisi yang berhubungan dengan pemanfaatan posbindu lansia adalah pendidikan, pengetahuan dan sikap. Lansia berpendidikan tidak sekolah dan tidak tamat SD mempunyai proporsi sangat rendah untuk tidak memanfaatkan posbindu lansia dibandingkan lansia yang berpendidikan SD dan SLTP atau lebih. Lansia yang berpengetahuan rendah terhadap posbindu lansia mempunyai kecenderungan 61,5 kali tidak memanfaatkan posbindu lansia di bandingkan lansia yang berpengetahuan tinggi terhadap posbindu. Lansia yang bersikap negative terhadap posbindu lansia mempunyai kecenderungan 2,4 kali tidak memanfaatkan posbindu lansia di bandingkan lansia yang mempunyai sikap positif terhadap posbindu (18). Peneliti berasumsi bahwa Dalam penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) tatanan desa/kelurahan perlu dilakukan kemitraan dengan forum desa/kelurahan Siaga, industri, dan klinik swasta untuk mendukung implementasi dan pengembangan kegiatan.

Hubungan Implementasi Kebijakan Bidang Proses Dengan Keaktifan Masyarakat

Dukungan dapat berupa sarana/prasarana lingkungan yang kondusif untuk menjalankan pola hidup sehat misalnya fasilitas olahraga atau sarana pejalan kaki yang aman dan sehat. Melalui klinik desa siaga (jika sudah ada) dapat dikembangkan sistem rujukan dan dapat diperoleh bantuan teknis medis untuk pelayanan kesehatan. Sebaliknya bagi forum desa siaga penyelenggaraan posbindu merupakan akselerasi pencapaian desa/kelurahan siaga aktif. Langkah persiapan diawali dengan pengumpulan data dan informasi besaran masalah PTM, sarana-prasarana pendukung dan sumber daya manusia. Hali ini dapat diambil dari data RS kabupaten/kota, puskesmas, profil kesehatan daerah, riskesdas atau hasil survey lainnya. Informasi tersebut dipergunakan oleh fasilitator sebagai bahan advokasi untuk mendapatkan dukungan kebijakan maupun dukungan pendanaan sebagai dasar perencanaan kegiatan posbindu. Tindak lanjut yang dilakukan pengelola program di kabupaten/kota adalah melakukan pertemuan koordinasi dengan kelompok potensial yang bersedia menyelenggarakan posbindu. Pertemuan ini diharapkan menghasilkan kesepakatan bersama berupa kegiatan penyelenggaraan posbindu. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Risky dan Indah (2015) "Implementasi Pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya" bahwa Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya adalah salah satu puskesmas yang

menerapkan program Posbindu PTM dengan tujuan mampu mendeteksi dini faktor resiko penyakit tidak menular dengan sasaran utama program adalah kelompok masyarakat sehat, beresiko dan penyandang PTM berusia 15 tahun ke atas. Implementasi Pelaksanaan Posbindu PTM di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya dapat dikatakan belum berjalan dengan baik dikarenakan belum terkover semua desa. Pada analisis multivariat ketersediaan layanan paling berpengaruh dengan (pValue 0.054). Sementara hasil kualitatif Posbindu PTM sudah sesuai juknis namun ada sebagian Posbindu yang belum melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan. Hasil analisis statistik faktor yang paling berpengaruh adalah ketersediaan layanan terhadap Posbindu PTM dan Posbindu PTM sudah sesuai juknis namun ada sebagian Posbindu yang belum melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan (19). Peneliti berasumsi bahwa dukungan dapat berupa sarana/prasarana lingkungan yang kondusif untuk menjalankan pola hidup sehat misalnya fasilitas olahraga atau sarana pejalan kaki yang aman dan sehat. Melalui klinik desa siaga (jika sudah ada) dapat dikembangkan sistem rujukan dan dapat diperoleh bantuan teknis medis untuk pelayanan kesehatan. Sebaliknya bagi forum desa siaga penyelenggaraan posbindu merupakan akselerasi pencapaian desa/kelurahan siaga aktif.

Hubungan Implementasi Kebijakan Bidang Output Dengan Keaktifan Masyarakat

Dalam mendukung terselenggaranya posbindu, diperlukan pembiayaan yang memadai baik dana mandiri dari perusahaan, kelompok masyarakat/lembaga atau dukungan dari pihak lain yang peduli terhadap persoalan penyakit tidak menular di wilayah masing-masing. Puskesmas juga dapat memanfaatkan sumber-sumber pembiayaan yang potensial. Pembiayaan ini untuk mendukung dan memfasilitasi Posbindu PTM, salah satunya melalui Pemerintah Daerah setempat berkewajiban melakukan pembinaan agar Posbindu PTM tetap tumbuh dan berkembang melalui dukungan kebijakan termasuk pembiayaan secara berkesinambungan. Dana yang terkumpul dari berbagai sumber dapat dipergunakan untuk mendukung kegiatan Posbindu PTM seperti biaya operasional Posbindu PTM, pengganti biaya perjalanan kader, biaya penyediaan bahan habis pakai, biaya pembelian bahan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), biaya penyelenggaraan pertemuan, bantuan biaya rujukan bagi yang membutuhkan dan bantuan biaya duka bila ada anggota yang mengalami kecelakaan atau kematian. Peneliti berasumsi bahwa Dalam penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) tatanan desa/kelurahan perlu dilakukan kemitraan dengan forum desa/kelurahan Siaga, industri, dan klinik swasta untuk mendukung implementasi dan pengembangan

kegiatan. Kemitraan dengan forum desa/kelurahan siaga aktif, pos kesehatan desa/kelurahan serta klinik swasta bermanfaat bagi posbindu untuk komunikasi dan koordinasi dalam mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah.

KESIMPULAN

Implementasi kebijakan bidang input, bidang proses dan bidang output pada kategori baik serta tingkat keaktifan masyarakat di Kecamatan Juang Kabupaten Bireuen mayoritas masyarakat aktif dalam pelaksanaan Posbindu PTM di Kecamatan Juang Kabupaten Bireuen.

DAFTAR PUSTAKA

1. Fahrepi R, Rate S, Hadi AJ. HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN HOME CARE DENGAN TINGKAT KEPUASAN KELUARGA PASIEN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATUA KOTA MAKASSAR. *Promot J Kesehat Masy.* 2019;9(1):122–8.
2. Kemenkes RI. *Petunjuk Teknis Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular.* Jakarta; 2012.
3. Kemenkes RI. *Penyakit Jantung Penyebab Kematian Tertinggi Kemenkes Ingatan CERDIK.* Jakarta; 2017.
4. Tarigan H. *Artikulasi Konsep Implementasi Kebijakan Perspektik, Model dan Kriteria Pengukurannya.* 2008;1.
5. Ripley GR. *Policy Implementation and Bureaucracy.* Chicago-Illionis: Dorsey Press; 1986.
6. Edward G. *Public Policy Implementing.* London-England: Jai Press Inc; 1990.
7. Purwanto S. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan.* Jakarta: Bumi Aksara; 1991.
8. Agostiono. *Implementasi Kebijakan Publik Model Van Meter dan Van Horn.* 2010;
9. Ripley RF. *Policy Implementation and Bureaucracy.* 2nd ed. Chicago-Illionis: Dorsey Press; 1986.
10. BPS. *Indikator Sustainable Development Goals (SDGs).* Jakarta; 2014.
11. WHO. *Global Status Report on Non-communicable Disease 2010.* 2010.
12. Kemenkes RI. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013.* Jakarta; 2013.
13. Mazmanian DA. *Implementation and Public Policy.* USA: Scott Foresman and Company; 1983.
14. Buse. *A Real World Approach to Insulin Therapy in Primary Care Practice.* USA; 2005.
15. Winarno. *Pangan Gizi Teknologi dan Konsumen.* Jakarta: Gramedia Pustaka Utama;

- 2012.
16. Veronika K. Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan Dalam Hubungan Dokter dan Pasien). Bandung: PT. Citra Aditya Bakti; 2014.
 17. Mulawati A. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pos Pembinaan Terpadu Lanjut Usia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kaduhejo Kabupaten Pandeglang Tahun 2015. 2015;
 18. Handayani E. Pemanfaatan Pos Pembinaan Terpadu oleh Lanjut Usia di Kecamatan Ciomas Kabupaten Bogor Tahun 2012 dan Faktor Yang Berhubungan. 2012;
 19. Risky. Implementasi Pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya. 2015;