


**UPAYA KEMITRAAN KERJA (*NETWORKING*)  
GUNA PENURUNAN PENUMPUKAN PENDERITA (*BACKLOG*)  
KATARAK DI KOTA SURABAYA**

The logo of Universitas Airlangga is a large, circular emblem with a yellow border. Inside the border is a blue field containing a white Garuda, a mythical bird-like creature with wings spread, perched on a white pedestal. The text of the thesis is centered over this logo.

**TESIS**  
**Untuk Memperoleh Gelar Magister**  
**Dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**  
**Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga**

Oleh:  
**TRI KARTIKAWATI**  
NIM. 090310537L

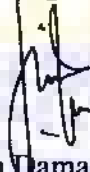
**PROGRAM PASCASARJANA**  
**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**2005**

**Lembar Pengesahan**

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 4 AGUSTUS 2005

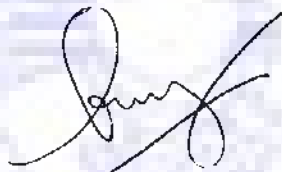
Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS  
NIP. 131 871 470

Pembimbing



Drg. Ernawati, M. Kes  
NIP. 140 278 446

Mengetahui  
Ketua Program Studi  
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan



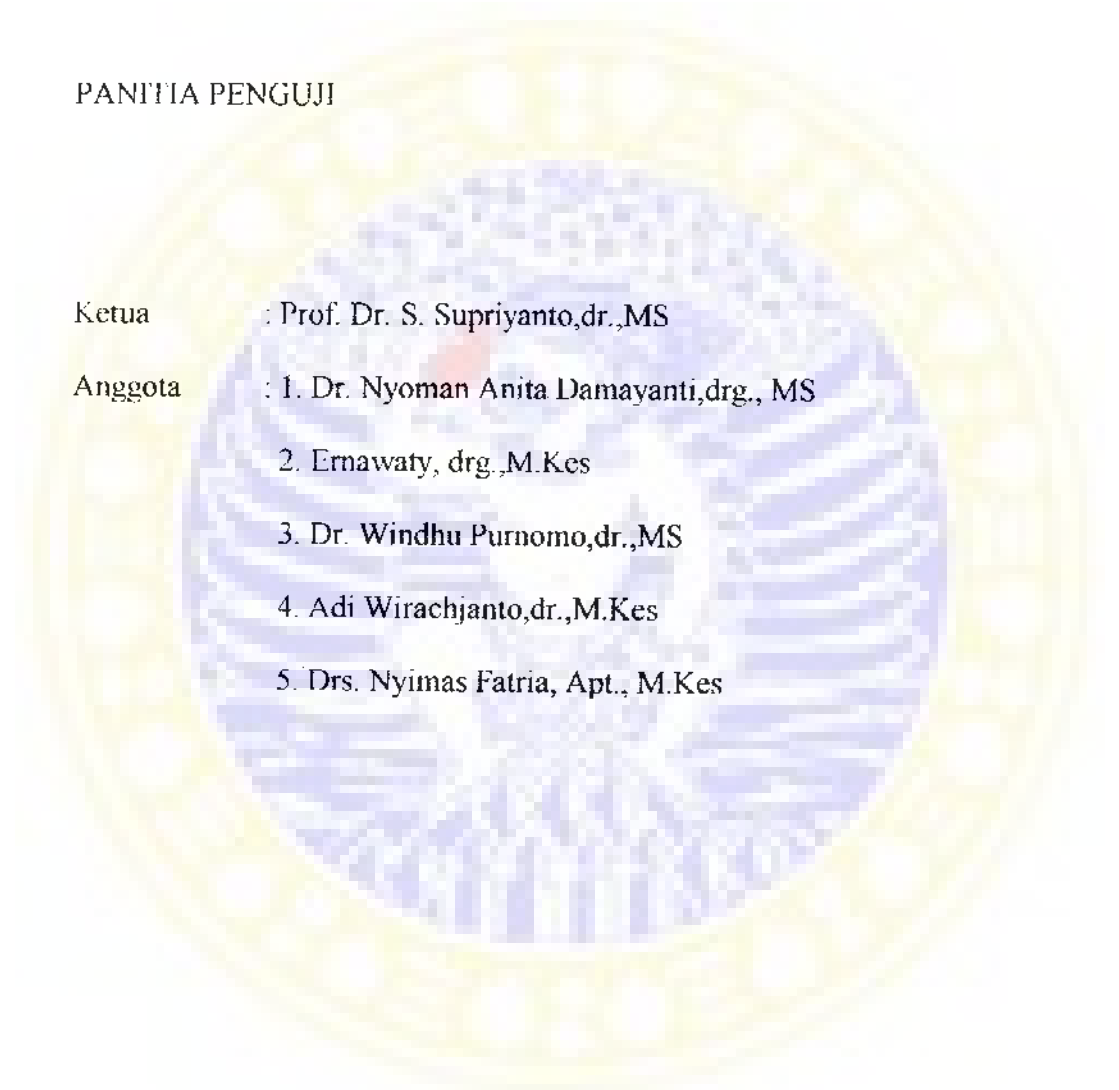
Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS  
NIP. 131 871 470

Telah diuji pada

Tanggal 13 Agustus 2005

---

PANITIA PENGUJI



Ketua : Prof. Dr. S. Supriyanto, dr., MS

Anggota : 1. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS

2. Ernawaty, drg., M.Kes

3. Dr. Windhu Purnomo, dr., MS

4. Adi Wirachjanto, dr., M.Kes

5. Drs. Nyimas Fatria, Apt., M.Kes



**UCAPAN TERIMA KASIH**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kami, karena dengan kekuasaannya kami dapat diberikan kesempatan untuk menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa terwujudnya tesis ini bukanlah semata-mata karya penulis pribadi, melainkan atas bantuan dari berbagai pihak. Sehubungan dengan hal tersebut perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada DR. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS, selaku pembimbing ketua yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberi arahan yang sangat bermanfaat, bimbingan, dorongan, dan saran sejak awal persiapan proposal sampai selesainya penulisan tesis ini.

Penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada Ernawaty, drg., M.Kes selaku pembimbing telah meluangkan waktu memberi arahan dan bimbingan dalam penulisan tesis ini.

Demikian pula terlaksananya kegiatan penulisan tesis ini merupakan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis juga menyampaikan terima kasih kepada:

1. Rektor Universitas Airlangga Surabaya, atas kesempatan yang diberikan kepada kami untuk mengikuti pendidikan Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.

2. Direktur Pascasarjana Universitas Airlangga atas kesempatan yang diberikan sehingga kami dapat mengikuti pendidikan Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
3. Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya DR. Nyoman Anita Damayanti.,drg.,MS, atas kesempatan yang diberikan kepada kami untuk mengikuti pendidikan Program Pascasarjana.
4. Ketua Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan Prof. DR. S. Supiyanto.,dr.,MS atas bimbingan, dorongan, dan arahan yang sangat berharga sebelum dan semasa perkuliahan sampai penyusunan tesis ini selesai.
5. Adi Wirachjanto.,dr.,M.Kes selaku pimpinan Balai Kesehatan Mata Masyarakat Surabaya periode Januari 2003 sampai dengan April 2005 yang telah memberikan ijin untuk mengikuti pendidikan Program Pascasarjana
6. Pimpinan dan staff Balai Kesehatan Mata Masyarakat yang telah banyak memberikan kelonggaran waktu dan dukungan selama mengikuti pendidikan Program Pascasarjana .
7. Mbak Ira, Mas Kukuh, Mas Ari, dan Ade atas bantuan dan dorongan sejak awal masa perkuliahan sampai selesainya penyusunan tesis ini.
8. Ibu Dra. Nyimas Fatria K. Apt.,M.Kes yang telah bersedia menguji kami.
9. Teman-teman scangkatan 2003 Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang punya komitmen atas kerjasama, bantuan, dan dorongannya yang telah diberikan kepada penulis selama kuliah dan proses penyelesaian tesis ini.

10. Seluruh staf pengelola, pengajar, dan penguji Minat Studi Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya atas bantuan, bimbingan, dan masukan yang sangat berharga dalam penyelesaian tesis ini.

Kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebut satu per satu, saya sampaikan terima kasih, semoga Allah SWT selalu melimpahkan karunia kepada hambaNya, yang dengan hati tulus sudah membantu penulis.

Akhirnya penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga secara khusus kepada Ibunda, Suami dan Ananda tercinta beserta kedua saudara penulis atas bantuan, doa dan dorongan semangat untuk dapat menyelesaikan pendidikan ini. Semoga Allah Yang Maha Kuasa, selalu memberikan bimbingan dan petunjukNya kepada kita semua. Amin.

Surabaya, 13 Agustus 2005

Penulis

Tri Kartikawati



# **RINGKASAN**



## RINGKASAN

### Upaya Kemitraan Kerja (*Networking*) Guna Penurunan *Backlog* Katarak di Kota Surabaya

Kesehatan indera penglihatan merupakan syarat penting untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam rangka mewujudkan manusia Indonesia cerdas, produktif, maju, mandiri, dan sejahtera lahir dan batin. Artinya dapat dipahami betapa pentingnya kesehatan indera penglihatan dalam pertumbuhan dan kehidupan bangsa, karena masalah kesehatan indera tidak saja berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, akan tetapi juga berkaitan langsung dengan aspek lain yaitu produktivitas seseorang. Angka prevalensi kebutaan di Jawa Timur sebesar 1,2 % dimana 52% disebabkan oleh katarak

Peningkatan angka kebutaan katarak di kota Surabaya dari tahun 2002 sampai dengan 2003 sebesar 5,06 % sejalan dengan pertambahan jumlah penduduk tidak dapat dipecahkan secara sendiri ataupun sektoral, tetapi perlu suatu kemitraan. Dengan kemitraan diupayakan agar keterbatasan yang ada pada masing-masing sektor dapat diminimalkan melalui kerjasama satu dengan lainnya. Kemitraan merupakan upaya melibatkan beberapa komponen baik sektor pemerintah atau non pemerintah untuk bekerjasama guna mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing.

Secara umum tujuan penelitian ini adalah merumuskan usulan kemitraan kerja sebagai upaya untuk menanggulangi *backlog* katarak di kota Surabaya. Secara khusus penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan menyempurnakan kapabilitas, kapasitas dan sumber daya dari institusi pelayanan (Puskesmas, BKMM), Dinas Kesehatan Kota Surabaya, CBM Indonesia, dan Perdami dalam penanggung jawab katarak guna menurunkan *backlog* katarak di kota Surabaya,

Rancangan penelitian ini adalah eksploratif dengan pendekatan kelembagaan dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan Juni. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 82 orang, dimana sebanyak 16 orang merupakan *stakeholders* dari dinas kesehatan Kota Surabaya, BKMM Surabaya, Perdami Jawa Timur, CBM Indonesia, puskesmas, 10 orang paramedis puskesmas, dan sebanyak 56 orang merupakan pasien operasi katarak masal gratis yang diadakan oleh dinas kesehatan Kota Surabaya bekerja sama dengan RS dr. Soewandhi Surabaya. Lingkup penelitian meliputi kapabilitas organisasi yang terdiri dari visi, misi dan tujuan. Kapasitas organisasi yaitu tugas pokok dan fungsi, yang nantinya akan berlanjut pada wewenang dan tanggungjawab, sehingga akan menciptakan kedudukan organisasi. Kondisi sumber daya organisasi yang terdiri dari tenaga kesehatan dan alat kesehatan mata

Teknik analisis data yang digunakan adalah deskriptif dengan membandingkan pada standar atau norma untuk merumuskan suatu alternatif model. Alternatif model tersebut selanjutnya didiskusikan kepada para *Stakeholders* dari institusi pelayanan (puskesmas, BKMM), Dinas Kesehatan Kota Surabaya, CBM Indonesia, dan Perdami untuk mendapatkan *draft* kemitraan.

Dari hasil penelitian didapatkan isu strategis yang memerlukan penanganan secara serius untuk menyusun *draft* upaya kemitraan kerja yaitu perlunya ada kesamaan esensi atau isi dari visi dan misi institusi. Belum sesuai tujuannya organisasi dengan norma penentuan tujuan yaitu SMART. Adanya tugas pokok dan fungsi dari organisasi yang saling tumpang tindih. Belum adanya wewenang dan tanggung jawab antar institusi. Terbatasnya tenaga kesehatan dan sarana prasarana kesehatan mata di puskesmas dan Balai kesehatan mata masyarakat, sehingga sangat diperlukan *sharing* diantara institusi.

Dari hasil analisis direkomendasikan bahwa untuk menyusun kemitraan kerja guna penurunan *backlog* katarak di Kota Surabaya perlu adanya penataan dan penyamaan kapabilitas organisasi yang berupa visi, misi, tujuan serta penyamaan kapasitas organisasi yang berupa tugas pokok, fungsi, peran. Sehingga akan muncul tugas pokok, fungsi, peran serta kedudukan dari setiap mitra kerja. Dimana Dinas Kesehatan Kota Surabaya mempunyai peran sebagai *leading sector* dalam setiap kegiatan kesehatan mata di kota Surabaya. BKMM Propinsi Jawa Timur sebagai konsultan dan tim operasi dan pusat rujukan, Puskesmas sebagai *front liner* yang terdekat dengan masyarakat. Sedang organisasi Profesi Perdami Jawa Timur dan CBM Indonesia berperan sebagai pendukung setiap kegiatan kesehatan mata. Sehingga akan tergambar kedudukan setiap mitra kerja yang didasarkan pada tugas pokok dan fungsi Selain itu perlu adanya penataan tenaga kesehatan di puskesmas dan sarana prasarana di puskesmas yang nantinya dapat digunakan sebagai dasar dalam penentuan *sharing*. *Sharing* kapasitas diantara mitra kerja yang berguna untuk mengurangi keterbatasan yang ada pada setiap institusi. Pada kesempatan ini peneliti telah mengajukan alternatif model yang merupakan gabungan usulan peneliti yang didasarkan pada teori dan hasil penelitian serta masukan dari *stakeholders* institusi pelayanan (puskesmas, Balai Kesehatan Mata Masyarakat), Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Perdami Jawa Timur, dan komisi D DPRD Kota Surabaya

Dengan model alternatif tersebut diharapkan dapat menurunkan *backlog* katarak di kota Surabaya. Untuk meningkatkan hasil penelitian disarankan untuk penelitian lanjutan dengan topik manfaat yang diperoleh *stakeholders* institusi pelayanan (puskesmas, Balai Kesehatan Mata Masyarakat), Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Perdami Jawa Timur, Lembaga Swadaya Masyarakat dan masyarakat dengan adanya suatu kemitraan kerja khususnya untuk kesehatan mata.

## SUMMARY

### **Work Partnership (Networking) Effort to Decrease Cataract Patient Backlog in Surabaya City**

The sense of sight projected by eye health is a prerequisite for human resource quality improvement in order to create smart, productive, advanced independent, and prosperous Indonesians, both physically and spiritually. Eye health is essential for nation and character building since it has not only influenced life quality, but directly related to one's productivity. The blindness prevalence rate of East Java province is 1.2% and 52% is caused by cataract.

The increased prevalence of cataract blindness in Surabaya from 2002 to 2003 was 5,06 % in-line with population growth. It can not be handled by a single institution or intersectoral cooperations, but it requires a networking. Limited abilities of each institution can be best complemented by other agencies. A network is an effort to involve components of government and non-governmental organization to work together in harmony achieving common goal based on consent of each capacity, role and principles.

The general objective of this research was to formulate a networking as an effort to decrease cataract backlog in the city of Surabaya. The specific objective was to analyze and to complete the capability, capacity and human resource of eye health service providers (Public Health Center=PHC, Community Eye Health Clinic=CEHC), Surabaya Municipal Health Office (SMHO), NGO (Non-Governmental Organization), and the Indonesian Eye Specialist's Association (IESA) to manage cataract patient in order to decrease cataract backlog in Surabaya.

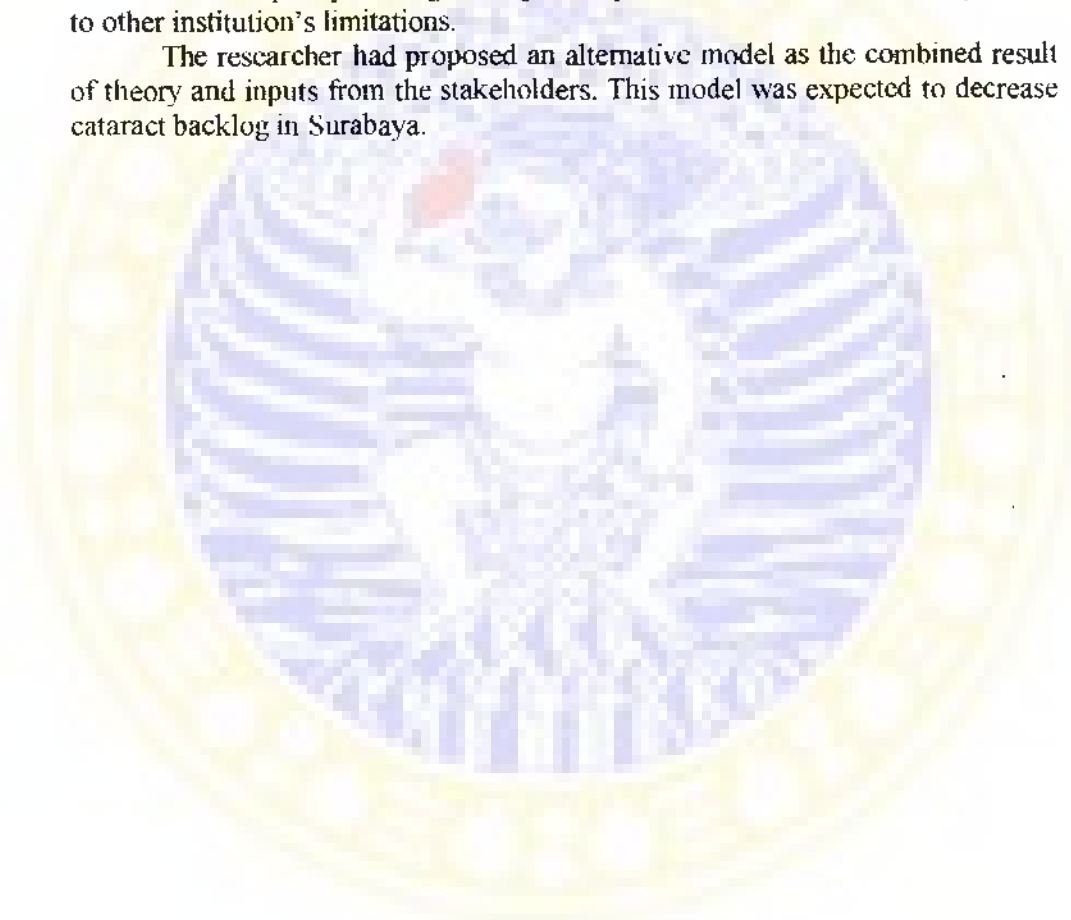
This was an observational explorative research conducted in May and June 2005, applying an institutional approach. Data was collected by indepth-interviews from 82 respondents, constituted of 16 people from the stakeholders i.e. the SMHO, CEHC, East Java IESA, NGO: Christoffel Blinden Mission (CBM) and PHC, 10 people were PHC eye program personnel and 56 patients of free public cataract operation join-cooperatively held by Surabaya Municipal Health Office and Surabaya Dr.Soewandhi Hospital. The scope of the research covered the organization capability (vision, mission, goal), the organization capacity (main duties, function, authorities and responsibilities) directed to organization position in decreasing Surabaya cataract backlog. Organization tool and means consisted of health personnel and eye health equipments. Data was analyzed descriptively by comparing to standard so that an alternative model was formulated. This alternative model was then presented to all stakeholders to obtain a partnership draft.

From the result of the research, strategic issues were acquired. These were issues to be seriously handled in order to formulate the work partnership (networking), among others were: the necessity of common vision, and mission of the institution, the incompatibilities of organization objective with decided norms (measurable, time bound), the overlapping organization main duties/function, the undocumented authority and responsibility of the organization, the limited resources of PHC health personnel and PHC/CEHC eye health tool and means.

Derived from the analysis, recommendations to formulate work partnership (networking) in order to decrease cataract backlog in Surabaya, were: 1) the need to re-manage and re-adjust organization capabilities in vision, mission, goal and re-generate organization capacity i.e. main duties, function, role and position of each institution; 2) the Surabaya Municipal Health Office held a position of the leading sector to any eye health activities in Surabaya; 3) East Java CEHC functioned as the consultant, surgery team as well as the referral center; 4) PHC as the front-liner; 5) IESA and CBM as the supporting elements of any eye health activities; 6) a follow up research to study the benefit of this work partnership.

Based on this work partnership, the position of any institution will be clearly described, grounded on its main duty and function. PHC health personnel and PHC tools and means should be re-manage for future capacity-sharing decision. The capacity-sharing among work partners was meant as a complement to other institution's limitations.

The researcher had proposed an alternative model as the combined result of theory and inputs from the stakeholders. This model was expected to decrease cataract backlog in Surabaya.





## ABSTRACT

### **Work Partnership (Networking) Effort to Decrease Cataract Patient Backlog in Surabaya City**

The blindness prevalence rate of East Java province is 1.2% and 52% is caused by cataract. The increased prevalence of cataract blindness in Surabaya from 2002 to 2003 was 5,06 % in-line with population growth. A network is an effort to involve components of government and non-governmental organization to work together in harmony achieving common goal based on consent of each capacity, role and principles. The objective of this research was to formulate a networking as an effort to decrease cataract backlog in the city of Surabaya.

This was an observational explorative research conducted in May and June 2005. Data was collected by indepth-interviews from 82 respondents, constituted of 16 people from the stakeholders i.e. the Surabaya Municipal Health Office (SMHO), Community Eye Health Clinic (CEHC), East Java - Indonesian Eye Specialist's Association (IESA), Christoffel Blinden Mission (CBM) and Public Health Center (PHC). 10 people were PHC eye program personnel and 56 patients of free public cataract operation. Data was analyzed descriptively and an alternative model was formulated. This alternative model was then presented to all stakeholders to obtain a partnership draft.

From the result of the research, strategic issues were acquired. These were issues to be seriously handled in order to formulate the work partnership (networking), among others were: the necessity of common vision, and mission of the institution, the incompatibilities of organization objective with agreed norms, the undocumented authority and responsibility of each organization, the overlapping of main duties/function, and of responsibilities and authorities, the limited resources of PHC health personnel and PHC/CEHC eye health tool and means.

The recommendations were: 1) the need to re-manage and re-adjust organization capability and capacity; 2) the SMHO held a position of the leading sector; 3) East Java CEHC functioned as the consultant, surgery team and referral center; 4) PHC as the front-liner; 5) IESA and CBM as the supporting elements for eye health activities; 6) a follow up research to study the benefit of this work partnership.

Key words: partnership, decrease, cataract backlog,



## DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul dalam.....	i
Prasyarat gelar.....	ii
Pengesahan.....	iii
Penetapan panitia penguji.....	iv
Ucapan terima kasih.....	v
Ringkasan.....	viii
Summary.....	x
Abstract.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xxii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Identifikasi Penyebab Masalah.....	9
1.3. Rumusan Masalah.....	18
1.4. Tujuan Penelitian.....	19
1.4.1 Tujuan Umum.....	19
1.4.2 Tujuan Khusus.....	19
1.5. Manfaat penelitian.....	20
1.5.1 Bagi Institusi.....	20
1.5.2 Bagi Masyarakat.....	20
1.5.3 Bagi Peneliti.....	20
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	21
2.1 Upaya Kesehatan Mata dan Pencegahan.....	21
2.2 Visi, Misi, dan Tujuan.....	24
2.3 Peran Puskesmas, Dinas Kesehatan Kota Surabaya, BKMM Surabaya, CBM Indonesia.....	31
2.4 Kemitraan Kerja.....	38
2.4.1 Pengertian Kemitraan Kerja.....	38
2.4.2 Membangun Kemitraan Kerja.....	40
2.4.3 Pentingnya Kemitraan Kerja.....	44
2.5 Kerjasama ( <i>Collaboration</i> ).....	44
2.5.1 Pengertian.....	44
2.5.2 Komponen Penting Dalam Kerjasama.....	45
2.6 Persepsi.....	47
2.6.1 Pengertian.....	47
2.6.2 Faktor Yang Mempengaruhi.....	47



2.7	Motivasi .....	49
2.7.1	Pengertian.....	49
2.7.2	Teori Motivasi.....	49
2.8	Komitmen.....	52
2.9	<i>Focus Group Discussion (FGD)</i> .....	58
2.9.1	Pengertian.....	58
2.9.2	Karakteristik.....	59
2.9.3	Tata cara pelaksanaan .....	59
2.9.4	Kelebihan dan kekurangan.....	60
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>62</b>
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian .....	62
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>65</b>
4.1	Rancangan Penelitian.....	65
4.2	Unit Analisis, Sumber Informast, Penentuan Unit Analisis .....	65
4.2.1	Unit analisis .....	65
4.2.2	Sumber Informasi .....	65
4.2.3	Penentuan Unit Analisis.....	66
4.3	Kerangka Operasional.....	68
4.3.1	Penjelasan Kerangka Operasional.....	69
4.4	Variabel Penelitian.....	70
4.5	Definisi Operasional .....	70
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	75
4.6.1	Lokasi penelitian.....	75
4.6.2	Waktu penelitian .....	75
4.7	Instrumen Penelitian .....	75
4.8	Pengumpulan Data .....	75
4.8.1	Data primer .....	75
4.8.2	Data sekunder.....	75
4.9	Tehnik Pengolahan Data dan Analisis Data.....	76
4.10	Jadwal kegiatan.....	76
<b>BAB 5</b>	<b>ANALISIS HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>77</b>
5.1	Gambaran Umum .....	77
5.1.1	Kota Surabaya .....	77
5.1.2	Daerah Penelitian.....	77
5.1.2.1	Puskesmas .....	77
5.1.2.2	Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	78
5.1.2.3	Balai Kesehatan Mata Masyarakat.....	79
5.1.2.4	Perdami Jawa Timur.....	80
5.1.2.5	CBM Indonesia .....	84
5.1.3	Deskripsi Responden .....	90
5.1.3.1	Pendidikan dan Lama Menduduki Jabatan .....	91
5.1.3.1.1	Pelaku Kebijakan .....	91

5.1.3.1.2 Pemegang Program.....	92
5.1.3.1.3 Pelaksana Program.....	93
5.1.3.1.4 Pelaksana Tugas.....	94
5.2 Deskripsi Hasil Penelitian Per Institusi Penelitian .....	95
5.2.1 Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	95
5.2.1.1 Visi .....	95
5.2.1.2 Misi .....	96
5.2.1.3 Tujuan .....	97
5.2.1.4 Tugas Pokok .....	98
5.2.1.5 Fungsi.....	99
5.2.1.6 Kewenangan dan Tanggung Jawab.....	100
5.2.2 Puskesmas Kota Surabaya.....	101
5.2.2.1 Visi .....	101
5.2.2.2 Misi .....	102
5.2.2.3 Tujuan .....	104
5.2.2.4 Tugas Pokok .....	105
5.2.2.5 Fungsi.....	106
5.2.2.6 Program Inovatif Kesehatan Mata .....	107
5.2.2.7 Kewenangan dan Tanggung Jawab.....	108
5.2.2.8 Kemampuan .....	109
5.2.2.9 Peralatan Kesehatan Mata.....	110
5.2.3 Balai Kesehatan Mata Masyarakat Surabaya.....	111
5.2.3.1 Visi .....	111
5.2.3.2 Misi .....	112
5.2.3.3 Tujuan .....	113
5.2.3.4 Tugas Pokok .....	114
5.2.3.5 Fungsi.....	115
5.2.3.6 Kewenangan dan Tanggung Jawab.....	116
5.2.3.67 Peralatan Pemeriksaan Kesehatan Mata.....	117
5.2.4 Perdami Jawa Timur.....	115
5.2.4.1 Visi .....	115
5.2.4.2 Misi .....	115
5.2.4.3 Tujuan .....	116
5.2.4.4 Tugas Pokok dan Fungsi .....	118
5.2.4.5 Kewenangan dan Tanggung Jawab.....	118
5.2.5 CBM Indonesia.....	119
5.2.5.1 Visi .....	119
5.2.5.2 Misi .....	119
5.2.5.3 Tujuan .....	120
5.2.5.4 Tugas Pokok dan .....	121
5.2.5.5 Fungsi.....	121
5.2.5.5 Kewenangan dan Tanggung Jawab.....	121
5.3 Deskripsi Hasil Penelitian Perpaduan Dari Institusi .....	122
5.3.1 Visi .....	122
5.3.2 Misi .....	123
5.2.3 Tujuan .....	125

5.3.4	Tugas Pokok .....	127
5.3.5	Fungsi .....	129
5.3.6	Kewenangan dan Tanggung Jawab .....	132
5.3.7	Kedudukan, Fungsi, dan Peran .....	133
5.3.7.1	Kedudukan .....	133
5.3.7.2	Fungsi .....	134
5.3.7.3	Peran .....	135
5.3.8	Sharing Institusi .....	136
5.3.9	Persepsi .....	137
5.3.9.1	Persepsi Terhadap Katarak .....	137
5.3.7.2	Persepsi Terhadap Kemitraan .....	139
5.3.7.3	Persepsi Terhadap Pasien Terhadap Operasi Katarak Masal Gratis .....	140
5.4	Isu Strategis .....	145
5.5	Hasil FGD .....	146
5.6	Rekomendasi .....	161
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>174</b>
6.1	Visi, Misi dan Tujuan .....	174
6.2	Tugas Pokok, Fungsi, Kewenangan dan Tanggung Jawab .....	180
6.3	Sumber Daya .....	184
6.3.1	Tenaga Kesehatan .....	184
6.3.2	Peralatan Kesehatan Mata .....	188
<b>BAB 7</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>191</b>
7.1	Simpulan .....	191
7.2	Saran .....	192
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>192</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman	
TABEL 1.1	Data Dasar Kesehatan Mata di Propinsi Jawa Timur Tahun 2000.....	3
TABEL 1.2	Gambaran Kebutaan Katarak di Kota Surabaya Berdasarkan Angka Kebutaan dan Kejadian Baru Katarak Tahun 2002 Sampai Dengan 2003.....	5
TABEL 1.3	Besar Masalah Kebutaan di Kota Surabaya Berdasarkan Angka Kejadian Katarak dan Kejadian Baru katarak tahun 2002 Sampai Dengan 2003.....	5
TABEL 1.4	Kegiatan Penanggulangan Kebutaan Katarak di Puskesmas dan BKMM Surabaya Tahun 2002 – 2003 .....	7
TABEL 4.1	Variabel, Definisi Operasional, Alat Ukur dan Skala Pengukuran .....	71
TABEL 5.1	Distribusi dan Jumlah Responden Penelitian .....	91
TABEL 5.2	Distribusi Pelaku Kebijakan Berdasarkan Pendidikan dan Lama Menduduki Jabatan Tahun 2005... ..	91
TABEL 5.3	Distribusi Pendidikan dan Lama Menduduki Jabatan Pemegang Program Kesehatan Mata Tahun 2005 .....	92
TABEL 5.4	Distribusi Pendidikan dan Lama Menduduki Jabatan Pelaksana Program Kesehatan Mata Tahun 2005 .....	93
TABEL 5.5	Distribusi Pendidikan dan Lama Menduduki Jabatan Pelaksana Tugas Kesehatan Mata Tahun 2005 .....	94
TABEL 5.6	Visi Dinas Kesehatan Kota Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> Dinas Kesehatan Kota Surabaya Dibandingkan dengan Normatif Visi, Tahun 2005.....	95
TABEL 5.7	Misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> Dinas Kesehatan Kota Surabaya Dibandingkan dengan Normatif misi, Tahun 2005 .....	96
TABEL 5.8	Tujuan Dinas Kesehatan Kota Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> Dinas Kesehatan Kota Surabaya Dibandingkan dengan Normatif tujuan, Tahun 2005 .....	97

TABEL 5.9	Tugas Pokok Dinas Kesehatan Kota Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> Dibandingkan dengan SK Walikota Surabaya .....	98
TABEL 5.10	Fungsi Dinas Kesehatan Kota Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> Dibandingkan dengan SK Walikota Surabaya .....	99
TABEL 5.11	Kewenangan dan Tanggung Jawab Dinas Kesehatan Kota Surabaya menurut stakeholde Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Tahun .....	100
TABEL 5.12	Visi Puskesmas Menurut <i>Stakeholders</i> Puskesmas Dibandingkan dengan Normatif Visi Tahun 2005.....	101
TABEL 5.13	Misi Puskesmas Menurut <i>Stakeholders</i> Puskesmas Dibandingkan dengan Normatif Misi Tahun 2005.....	102
TABEL 5.14	Tujuan Puskesmas Menurut <i>Stakeholder</i> Puskesmas Surabaya Dibandingkan dengan Normatif Tujuan Tahun 2005.....	104
TABEL 5.15	Tugas Pokok Puskesmas Menurut <i>Stakeholders</i> Puskesmas Dibandingkan dengan SK Walikota Surabaya Tahun 2005.....	105
TABEL 5.16	Fungsi Puskesmas Menurut <i>Stakeholder</i> Puskesmas Dibanding dengan SK Walikota Surabaya Tahun 2005 .....	107
TABEL 5.17	Program Inovatif Kesehatan Mata di Puskesmas Kota Surabaya Menurut Kepala Puskesmas Tahun 2005 .....	108
TABEL 5.18	Kewenangan dan Tanggung Jawab Puskesmas Kota Surabaya menurut Kepala Puskesmas dalam Penanggulangan Katarak Tahun 2005.....	109
TABEL 5.19	Pengetahuan, Ketrampilan, dan Motivasi Pelaksana Tugas Kesehatan Mata di Tahun 2005 .....	110
TABEL 5.20	Distribusi Sarana Pemeriksaan Kesehatan Mata Dasar di Puskesmas Kota Surabaya Tahun 2005 .....	110
TABEL 5.21	Visi BKMM Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> BKMM Surabaya Dibandingkan dengan Normatif Visi Tahun 2005 .....	111
TABEL 5.22	Misi BKMM Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> BKMM Surabaya Dibandingkan dengan Normatif misi Tahun 2005 .....	112

TABEL 5.23	Tujuan BKMM Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> BKMM Surabaya Dibandingkan dengan Normatif Tujuan Tahun 2005.....	113
TABEL 5.24	Tugas Pokok BKMM Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> BKMM Surabaya Dibandingkan dengan SK Gubenur Jawa Timur Tahun 2005.....	114
TABEL 5.25	Fungsi BKMM Surabaya Menurut Stakeholder BKMM Surabaya Dibandingkan dengan SK Gubenur Jawa Timur Tahun 2005 .....	115
TABEL 5.26	Tanggung Jawab dan Wewenang BKMM Surabaya Menurut Stakeholder BKMM Tahun 2005 .....	116
TABEL 5.27	Distribusi Peralatan Standar BKMM Menurut Macam, Jumlah dan kondisi Tahun 2005.....	118
TABEL 5.28	Visi Program Kerja Bidang Pengabdian Masyarakat Berdasarkan stakehoder Tahun 2005 .....	119
TABEL 5.29	Misi Program Kerja Bidang Pengabdian Masyarakat Berdasarkan stakehoder Tahun 2005 .....	120
TABEL 5.30	Tujuan Program Kerja Bidang Pengabdian Masyarakat Berdasarkan <i>Stakeholders</i> Tahun 2005 .....	121
TABEL 5.31	Tugas Pokok dan Fungsi Perdami Jawa Timur Tahun 2005 .....	121
TABEL 5.32	Wewenang dan Tanggung Jawab Perdami Jawa Timur Terhadap Penanggulangan Katarak Menurut <i>Stakeholders</i> Tahun 2005 .....	122
TABEL 5.33	Visi <i>Christoffel Blindenmission</i> dalam Penanggulangan Katarak Tahun 2005.....	123
TABEL 5.34	Misi <i>Christoffel Blindenmission</i> dalam Penanggulangan Katarak Tahun 2005.....	123
TABEL 5.35	Tujuan <i>Christoffel Blindenmissston</i> dalam Penanggulangan Katarak Tahun 2005.....	124
TABEL 5.36	Tugas Pokok dan Fungsi <i>Christoffel Blindenmission</i> dalam Penanggulangan Katarak Tahun 2005.....	125

TABEL 5.37	Kewenangan dan Tanggung Jawab <i>Christoffel Blindenmission</i> dalam Penanggulangan Katarak Tahun 2005.....	125
TABEL 5.38	Visi Organisasi Perpaduan Institusi dibandingkan dengan Normatif Visi Tahun 2005.....	126
TABEL 5.39	Misi Organisasi Perpaduan Institusi dibandingkan dengan Normatif misi Tahun 2005.....	127
TABEL 5.40	Tujuan Organisasi Perpaduan Institusi dibandingkan dengan Normatif Tujuan Tahun 2005.....	129
TABEL 5.41	Tugas Pokok Perpaduan Institusi dibandingkan dengan Normatif Tugas Pokok Tahun 2005.....	131
TABEL 5.42	Fungsi Organisasi Perpaduan Institusi dibandingkan dengan Normatif Fungsi Tahun 2005.....	133
TABEL 5.43	Kewenangan dan Tanggung Jawab Institusi Tahun 2005.....	135
TABEL 5.44	Kedudukan Institusi Dalam Penanggulangan Katarak di Kota Surabaya Tahun 2005.....	137
TABEL 5.45	Fungsi Institusi Dalam Penanggulangan Katarak di Kota Surabaya Tahun 2005.....	138
TABEL 5.46	Peran Institusi Dalam Penanggulangan Katarak di Kota Surabaya Tahun 2005.....	139
TABEL 5.47	<i>Sharing</i> antar Institusi.....	140
TABEL 5.48	Penilaian Tentang Penanganan katarak di Kota Surabaya Menurut <i>Stakeholders</i> Tahun 2005.....	142
TABEL 5.49	Penilaianan Pasien Terhadap Kemitaan Kerja Tahun 2005.....	143
TABEL 5.50	Distribusi Jenis Kelamin Penderita Katarak Masal Gratis di Kota Surabaya Tahun 2005.....	145

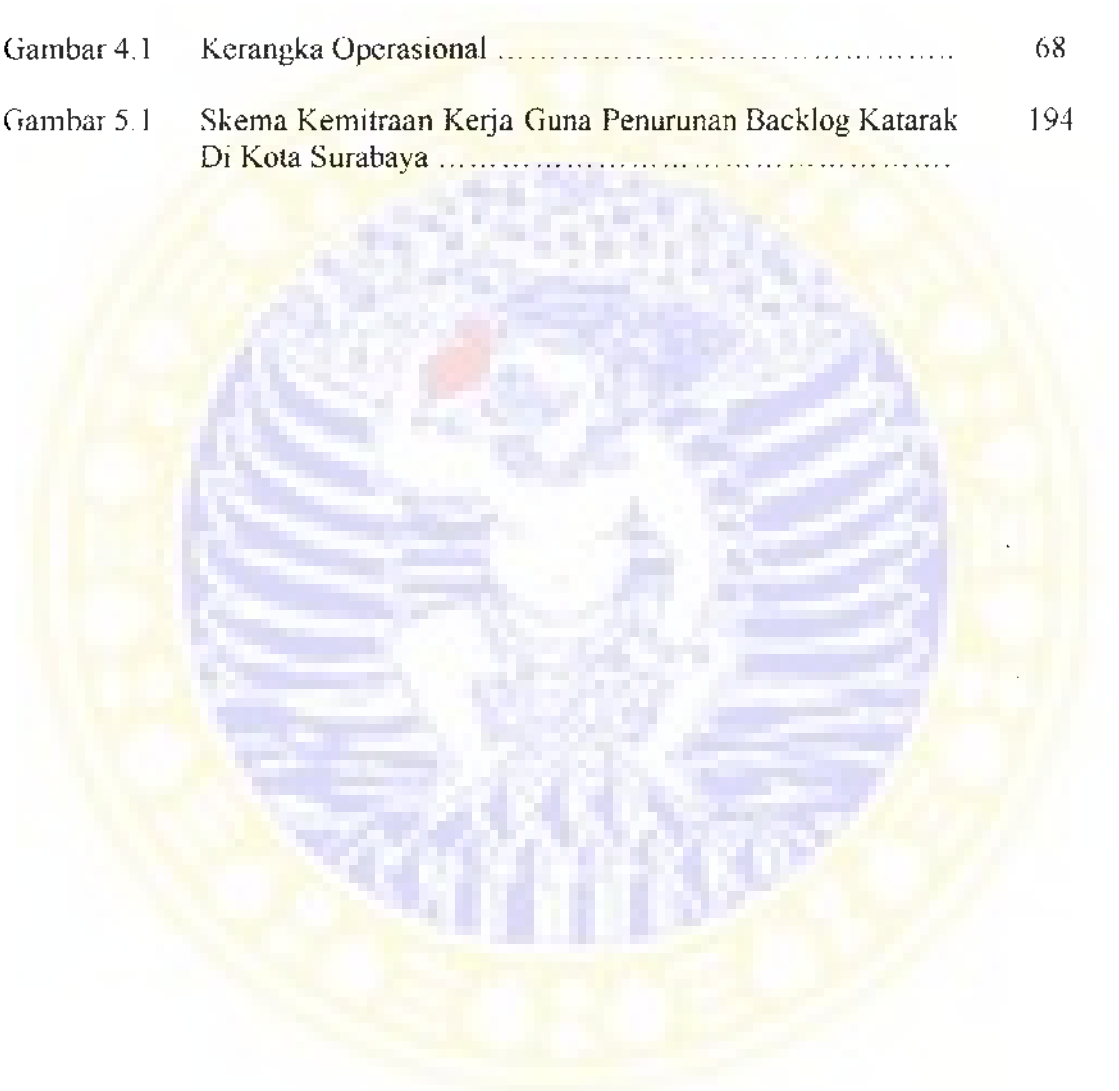
TABEL 5.51	Distribusi Tempat Periksa Awal Penyakit Mata Menurut Pasien Operasi Gratis Masal Tahun 2005.....	145
TABEL 5.52	Penilaian Penderita Katarak Terhadap Proses Pelayanan Yang Didapat Saat Berobat Mata di Puskesmas Tahun 2005.....	146
TABEL 5.53	Distribusi Asal Informasi Adanya Operasi Katarak Masal Gratis Di Kota Tahun 2005.....	147
TABEL 5.54	Penilaian Penderita Katarak Terhadap Proses Operasi Katarak Masal Gratis Di Kota Surabaya Tahun 2005.....	148





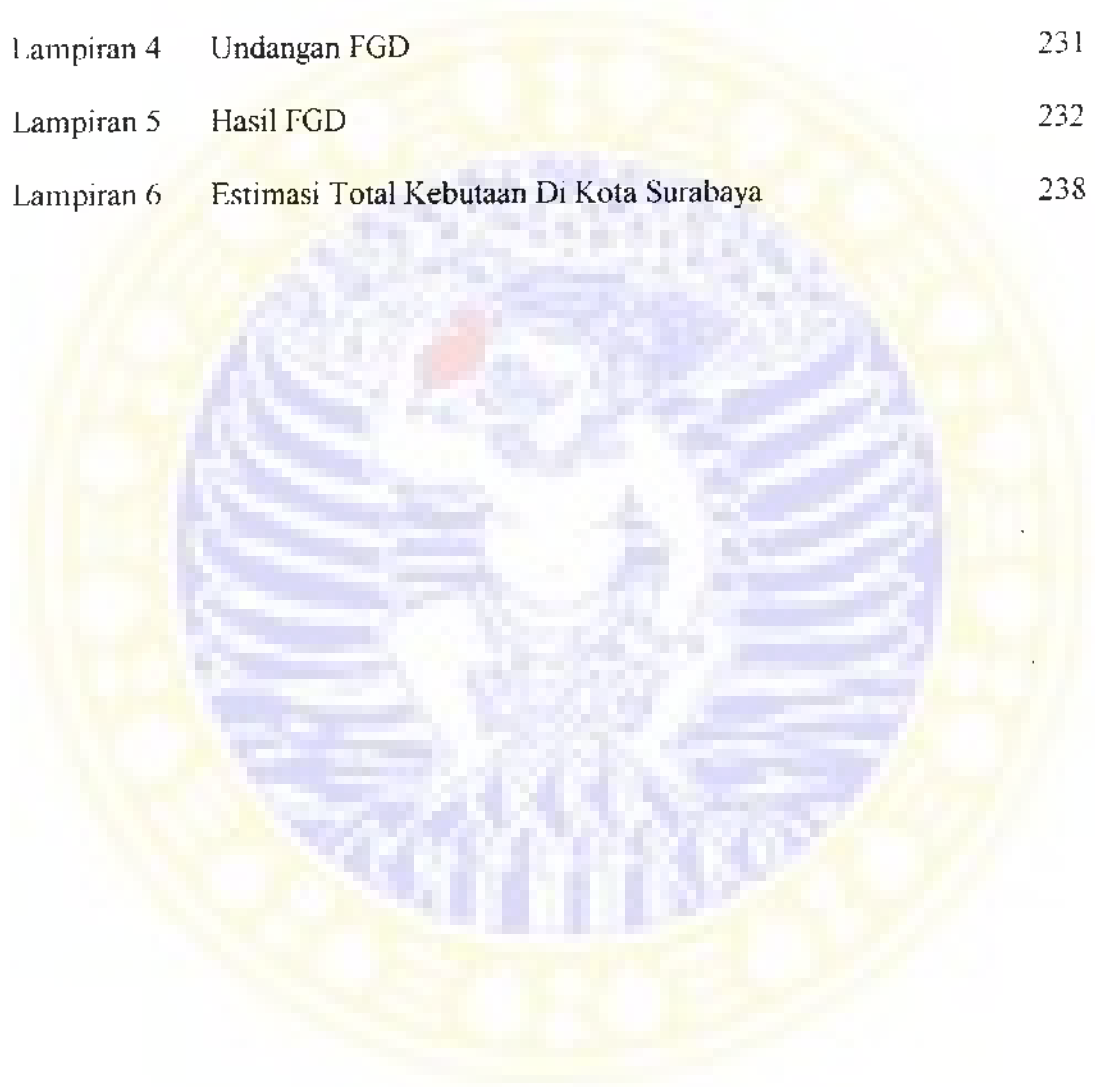
## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi Penyebab Masalah.....	9
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian .....	62
Gambar 4.1 Kerangka Operasional .....	68
Gambar 5.1 Skema Kemitraan Kerja Guna Penurunan Backlog Katarak Di Kota Surabaya .....	194



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Penelitian	205
	Kuesioner Penelitian	206
Lampiran 3	Kerangka Acuan FGD	227
Lampiran 4	Undangan FGD	231
Lampiran 5	Hasil FGD	232
Lampiran 6	Estimasi Total Kebutaan Di Kota Surabaya	238





**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**