

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB I

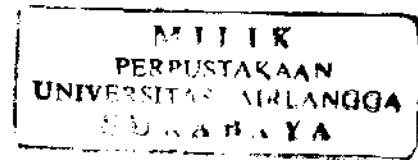
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan di segala bidang yang telah dilaksanakan bangsa Indonesia secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap struktur kependudukan. Hal ini disebabkan karena penurunan angka kesuburan akibat keberhasilan pembangunan kependudukan melalui program Keluarga Berencana dan meningkatnya umur harapan hidup sebagai akibat keberhasilan pembangunan bidang kesehatan. Dari tahun ke tahun jumlah penduduk usia di bawah lima tahun semakin menurun sedangkan jumlah penduduk lanjut usia (selanjutnya disingkat lansia) semakin meningkat (Departemen Kesehatan R.I., 1999).

Tabel 1.1 Perkembangan Penduduk Lansia Indonesia Tahun 1971 - 2020

Tahun	Jumlah	%
1971	5.306.874	4.48
1980	7.998.543	5.45
1990	12.778.212	6.56
2000	17.767.709	7.97
2010	23.992.553	9.77
2200	28.822.879	11.34



Sumber: Wirakartakusumah, Rencana Aksi Nasional Untuk Kesejahteraan Lansia, 2000.

Pada sensus penduduk tahun 1971 jumlah penduduk lansia sebesar 4,48% dari jumlah penduduk, pada sensus 1980 meningkat menjadi 5,45% dari jumlah penduduk dan kemudian meningkat lagi menjadi 6,56% pada sensus tahun 1990, hal tersebut dapat diperiksa pada tabel 1.1. Selanjutnya jumlah lansia diperkirakan akan menjadi 17.767.709 jiwa atau 9,77% pada tahun 2000. Dengan memperhatikan kecenderungan tersebut dapat dipastikan penduduk lansia akan semakin meningkat lagi pada beberapa tahun mendatang. Dengan demikian diperlukan perubahan kebijakan secara menyeluruh, termasuk kebijakan pembangunan kesehatan. Perubahan kebijakan tersebut diperlukan sebagai akibat dari

meningkatnya proporsi penduduk lansia dan menurunnya penduduk usia di bawah lima tahun. Dengan demikian dana dan sumberdaya lain yang dipergunakan bagi pembinaan kesehatan lansia akan meningkat (Departemen Kesehatan R.I., 1999).

Walaupun secara individual masih banyak lansia produktif, akan tetapi secara umum semakin besar jumlah penduduk lansia, angka ketergantungan semakin besar pula. Tingginya angka ketergantungan tersebut akan berpengaruh pada produktivitas secara nasional, dan pada akhirnya akan mempengaruhi pertumbuhan ekonomi nasional (Darmojo, B. 1999). Tabel 1.2 berikut ini menunjukkan proyeksi angka ketergantungan usia tua dan usia muda dari tahun 1971 sampai dengan tahun 2020.

Tabel 1.2 Proyeksi Rasio Dependensi Indonesia 1971 – 2020

Tahun	Tua	Muda	Total
1971	4,69	82,15	86,84
1980	5,82	73,27	79,09
1990	6,32	61,51	67,83
1995	6,93	54,08	61,02
2000	6,97	46,20	53,17
2005	7,74	42,13	49,67
2010	8,32	37,87	46,20
2015	8,74	34,11	42,84
2020	10,14	31,23	41,38

Sumber : Darmojo B., Geriatri, Gajahmada University Press, Yogyakarta, 1999

Dari tabel 1.2 di atas tampak bahwa angka ketergantungan Indonesia semakin lama akan semakin menurun sebagai akibat menurunnya angka ketergantungan usia muda. Sedangkan angka ketergantungan usia tua semakin tinggi. Untuk mempercepat penurunan angka ketergantungan tersebut maka angka ketergantungan tua diusahakan tidak terlalu menurun, disertai usaha untuk menurunkan angka ketergantungan usia muda (Darmojo B.,

1999). Di samping itu sebagai akibat dari semakin menurunnya kondisi fisik lansia, angka kesakitan dan kematiannya juga meningkat. Diperlukan sumberdaya yang besar untuk menjaga agar lansia tetap sehat, berdaya guna dan sejahtera.

Tabel 1.3 Jumlah Kesakitan Per Golongan Umur Di Indonesia Tahun 1980

Golongan Umur	Morbiditas (%)
< 1 th	15.8
1 - 4	19.4
5 - 14	7.2
15 - 24	5.5
25 - 34	9.0
35 - 44	13.2
45 - 54	17.6
55 - >	25.3

Sumber : Darmojo B, Geriatri, Gajahmada University Press, Yogyakarta, 1999

Tabel 1.3 menunjukkan morbiditas yang sama tingginya baik pada usia balita maupun pada lansia.

Untuk mengatasi berbagai masalah tersebut, Kota Surabaya telah menyelenggarakan berbagai upaya pembinaan terhadap lansia. Saat ini pembinaan lansia dilaksanakan melalui beberapa jalur yaitu (Departemen Kesehatan RI, 2000; Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Biro Ketahanan Non Fisik Keluarga Sejahtera, 1996; Yayasan Gerontologi Abiyoso Propinsi Jawa Timur, 1999):

a. Jalur pembinaan Dinas Kesehatan Kota.

Jalur ini dilaksanakan oleh puskesmas sedangkan Dinas Kesehatan Kota melaksanakan supervisi dan pelatihan bagi tenaga puskesmas, dengan kegiatan sebagai berikut :

1. Membentuk kelompok atau paguyuban atau karang werda dan posyandu lansia.
2. Melakukan penapisan kesehatan

3. Memberikan pengobatan dan rujukan lansia yang sakit
 4. Pemeriksaan lansia di Panti Werda
- b. Jalur pembinaan Dinas Sosial Kota, dengan kegiatan sebagai berikut:
1. Memberikan bantuan modal kerja kepada lansia produktif.
 2. Memberikan bantuan operasional panti werda.
- c. Jalur pembinaan oleh Yayasan Abiyoso, dengan kegiatan sebagai berikut:
1. Melaksanakan advokasi kesejahteraan lansia
 2. Mendorong terbentuknya karang werda dan posyandu lansia
- d. Jalur pembinaan kesehatan di rumah sakit, umumnya dalam bentuk pelayanan poliklinik geriatri
- e. Jalur Pembinaan oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Surabaya, dengan kegiatan:
1. Pembentukan kelompok lansia
 2. Kunjungan rumah bagi lansia yang tidak hadir dalam pertemuan kelompok
 3. Penyuluhan

Sementara itu negara kita telah memiliki Undang-undang tentang Kesejahteraan Lansia yaitu Undang-undang nomor 13 tahun 1998. Dalam Undang-undang tersebut disebutkan bahwa lansia memiliki beberapa hak untuk meningkatkan kesejahteraan sosial meliputi:

1. Pelayanan keagamaan dan mental spiritual.
2. Pelayanan kesehatan.
3. Pelayanan kesempatan kerja.
4. Pelayanan pendidikan dan pelatihan.
5. Kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum.

6. Kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum.
7. Perlindungan sosial, adalah upaya untuk memberikan kemudahan pelayanan bagi lansia tidak potensial agar dapat mewujudkan dan menikmati taraf hidup yang wajar.
8. Bantuan sosial berupa upaya pemberian bantuan yang bersifat tidak tetap agar lansia potensial dapat meningkatkan taraf kesejahteraan sosialnya.

Berikut ini disampaikan hasil kegiatan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya dari tahun 1998 sampai tahun 2000 dibandingkan dengan standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan.

Tabel 1.4 Hasil Kegiatan Pembinaan Lansia Oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 1998 –2000

Jenis Kegiatan Wajib	Indikator keberhasilan	SPM	Hasil		
			98 (%)	99 (%)	00 (%)
Pemeriksaan kesehatan - Di puskesmas - Di panti	Cakupan pemeriksaan Cakupan pemeriksaan	30 % 100 %	-*) 100	- 100	- 100
Pengobatan oleh puskesmas	Lansia Sakit yang diobati atau dirujuk	60 %	42	31	7
Penyuluhan oleh puskesmas	Cakupan	30 %	-	-	-
Pelatihan bagi pembina lansia	Puskesmas yang dilatih	60 %	0	0	0
Supervisi oleh Dinas Kesehatan Kota	Masalah yang diatasi	60 %	-	-	-
Alat pembinaan lansia	Penyediaan sarana	80 %	10	12	9
Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia	Lansia yang mendapat KMS	80 %	10	12	9
Pelatihan kader oleh puskesmas	Jumlah kader terlatih	5 per kelompok	0	0	0
Forum komunikasi atau LSM	Jumlah forum komunikasi	1 per kota	100	100	100

Sumber : Laporan Dinas Kesehatan Kota Surabaya tahun 1998 s/d 2000

*) tanda - : tidak ada data.

Apabila dibandingkan dengan standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia maka hasil pembinaan lansia yang dilaksanakan

oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagaimana tabel 1.4 di atas terdapat beberapa kegiatan yang hasilnya belum tercapai yaitu:

1. Cakupan pengobatan terhadap lansia yang sakit
2. Penyuluhan kepada masyarakat lansia atau keluarganya
3. Pelatihan tentang lansia kepada petugas
4. Supervisi dengan indikator jumlah masalah yang diatasi
5. Kecukupan sarana dan alat
6. Jumlah Kelompok Paguyuban Lansia.
7. Jumlah kader lansia

Sedangkan hasil kegiatan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh BKKBN Kota Surabaya tahun 2000, berdasarkan data rata-rata dari bulan Juli sampai dengan bulan Desember 2000 adalah sebagai berikut.

Tabel 1.5 Hasil Kegiatan Pembinaan Lansia Oleh BKKBN Surabaya Tahun 2000

Sasaran	Yang menjadi Anggota Kelompok			Anggota Kelompok Yang Hadir			Kunjungan Rumah		
	Target	Hasil	%	Target	Hasil	%	Target	Hasil	%
41.741	33.393	5.684	13,61	33.393	1.297	22,82	4.406	52	1,18

Sumber: Laporan bulanan BKKBN Kota Surabaya tahun 2000.

Dari tabel 1.5 tersebut dapat disimpulkan bahwa pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh BKKBN Kota Surabaya belum memenuhi target yang ditetapkan, yaitu pada cakupan lansia yang menjadi anggota kelompok, tingkat kehadiran dalam pertemuan kelompok dan kunjungan rumah bagi anggota kelompok yang tidak hadir 2 kali pertemuan. Jadi semua kegiatan pembinaan yang dilaksanakan oleh BKKBN belum mencapai target.

Hasil kegiatan Yayasan Abiyoso Provinsi Jawa Timur adalah :

1. Advokasi kepada Gubernur sehingga dikeluarkan Instruksi Gubernur kepada Bupati dan Walikota seluruh Jawa Timur untuk melaksanakan pembinaan lansia di daerahnya masing-masing.
2. Terbentuknya karangwerda di tiap kelurahan
3. Pembentukan posyandu lansia bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota
4. Melaksanakan rekreasi bersama (4 kali dari tahun 1996 sampai tahun 2000)
5. Menyelenggarakan peringatan Hari Lansia.

Dinas Sosial Dan Pemberdayaan Perempuan Kota Surabaya adalah penggabungan Cabang Dinas Sosial Surabaya yang merupakan kepanjangan dari Departemen Sosial dengan Bagian Sosial Pemerintah Kota Surabaya. Adapun hasil kegiatan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh Dinas Sosial dan Pemberdayaan Perempuan Kota Surabaya adalah :

1. Memberikan bantuan dana kepada lansia produktif secara insidental.
2. Memberi bantuan operasional kepada Panti werda yang besarnya disesuaikan kemampuan APBD Kota.

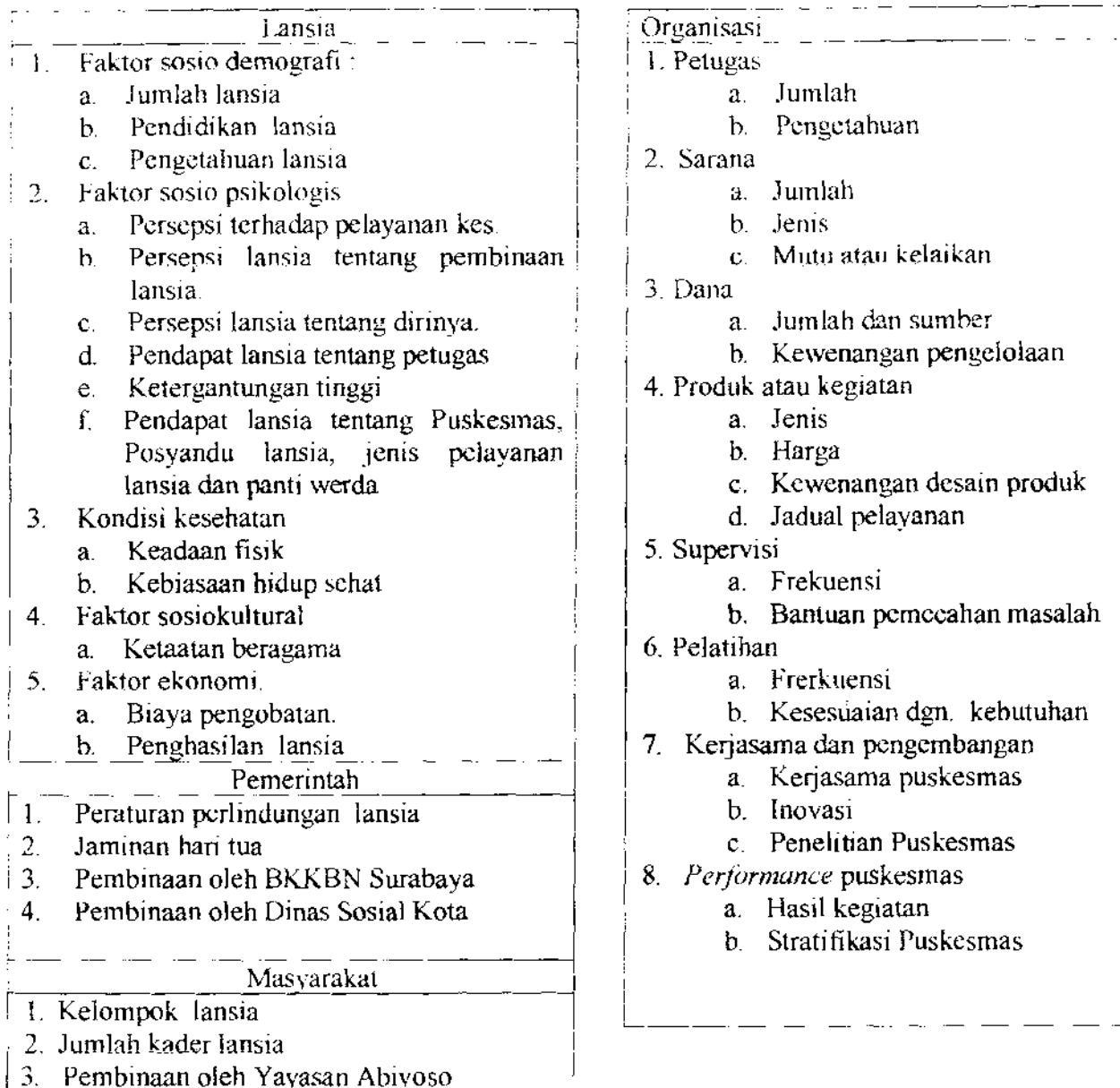
Berdasarkan data di atas dan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia maka dapat dikembangkan masalah pembinaan lansia di Surabaya sebagai berikut:

Sampai dengan tahun 2000 pembinaan lansia di Surabaya belum sesuai dengan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia.

Selanjutnya akan dibahas faktor-faktor yang mempengaruhi pembinaan lansia di Kota Surabaya. Dari gambar 1.1 tersebut di bawah ini tampak bahwa banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan pembinaan lansia.

1.2 Identifikasi Masalah

1.2.1 Faktor Organisasi



Pembinaan masyarakat lanjut usia di Surabaya belum sesuai dengan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.

Gambar 1.1 : Identifikasi Masalah

1. Petugas.

a. Jumlah petugas

Kecukupan petugas kesehatan (tenaga pembina lansia) merupakan salah satu kunci keberhasilan pembinaan lansia. Idealnya tenaga pembina lansia adalah seorang dokter. Akan tetapi apabila karena keterbatasan jumlah dokter, maka kita dapat mendaya gunakan tenaga paramedis, yaitu tenaga perawat, dan bidan. Di samping itu semua tenaga paramedis lain dapat didayagunakan setelah mendapat pelatihan tentang penatalaksanaan lansia sehat maupun lansia sakit secukupnya.

b. Pengetahuan petugas.

Penguasaan terhadap geriatri dan gerontologi merupakan modal utama dalam melaksanakan tugas pembinaan lansia. Tanpa bekal pengetahuan yang cukup tenaga pembina lansia tidak mampu mengimbangi sikap kritis dari lansia yang selalu bertanya tentang apa saja bahkan tentang situasi dan kondisi keluarganya. Kepercayaan masyarakat terhadap tenaga pembina lansia akan sangat rendah atau bahkan tidak ada apabila mereka tidak dapat menyelesaikan setiap masalah yang dilontarkan oleh para lansia. Pengetahuan petugas juga mempengaruhi motivasi mereka dalam memberikan pelayanan (Wijono D, 1999).

2. Sarana.

Sarana dapat diartikan sebagai tempat dan alat yang dipergunakan. Terdapat tiga dimensi pengukuran sarana yaitu jumlah, jenis dan mutu alat. Tiga hal tersebut memiliki pengaruh langsung terhadap mutu pelayanan, dimana mutu pelayanan memiliki pengaruh langsung terhadap tingkat kehadiran lansia pada setiap pembinaan.

Tidak adanya atau tidak lengkapnya peralatan akan membentuk persepsi terhadap manfaat pembinaan yang dirasakan lansia (Darmojo, 1999). Walaupun sarana yang dibutuhkan adalah alat dan obat sederhana namun hampir semua petugas tidak dibekali alat yang cukup (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 1999).

Pelayanan kesehatan kepada lansia yang dilaksanakan oleh puskesmas dikerjakan di balai pengobatan puskesmas dan di luar gedung yaitu dengan cara membentuk posyandu khusus bagi lansia.

Tabel 1.6 Daftar Peralatan Pembinaan Lansia Di Surabaya Tahun 2000.

No	Jenis Alat	Jumlah	Seharusnya	%
1	Pengukur Tinggi dan berat badan	-	163	0
2	Snellen Chart	-	163	0
3	Tensimeter	-	163	0
4	Stetoskop	-	163	0
5	Kartu lansia	5174	50.221	10,3
6	Senter	-	163	0
7	Laborat set (Hb dan reduksi)	-	163	0

Sumber: Laporan Dinas Kesehatan Kota Surabaya tahun 2000

Pada umumnya jenis penyakit lansia berupa penyakit degeneratif, di samping itu lansia memiliki karakter dan permasalahan yang berbeda dengan golongan masyarakat pada umumnya maka perlu dipikirkan tempat khusus bagi pelayanan kesehatan lansia di setiap puskesmas. Demikian juga pelayanan di masyarakat, memerlukan tata ruang khusus agar para lansia merasa lebih nyaman. (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 1999)

3. Dana

Setiap kegiatan memerlukan dana yang cukup, sumber yang jelas dan dapat dijamin kelangsungannya, serta adanya kewenangan untuk mengelola dana secara mandiri. Dengan memperbaiki faktor tersebut kelangsungan program atau *sustainability* dapat

dijaga (Wijono, 1999). Dana tersebut dipergunakan untuk biaya perjalanan dan biaya operasional lain serta untuk mencukupi kebutuhan peralatan yang dibutuhkan bagi pembinaan lansia.

4. Produk atau kegiatan

Produk di sini dapat diartikan sebagai kegiatan yang ditawarkan kepada lansia. Ada 4 (empat) faktor yang perlu mendapat perhatian yaitu : jenis produk yang ditawarkan, harga produk dalam hal ini dapat diartikan sebagai harga dalam bentuk finansial atau dalam bentuk pengorbanan pelanggan untuk memperoleh produk yang ditawarkan, kewenangan untuk mendesain produk sesuai permintaan pelanggan, serta jadwal penyampaian produk yang jelas atau jadwal pelayanan kepada para lansia. Produk atau pelayanan yang diberikan meliputi:

a. Jenis pelayanan yang diberikan

Dengan semakin majunya komunikasi dan semakin bertambahnya usia maka semakin bervariasi pula masalah yang dihadapi oleh lansia. Karena itu diperlukan pelayanan yang bervariasi pula agar semua masalah lansia dapat diselesaikan.

b. Harga

Harga adalah tarif pelayanan yang diberikan puskesmas baik di dalam maupun di luar gedung, harga juga dapat diartikan sebagai pengorbanan lansia untuk memperoleh pelayanan gratis dari puskesmas, dapat pengorbanan waktu, dapat juga pengorbanan biaya transportasi atau pengorbanan lainnya

c. Kewenangan mendesain produk

Yang dimaksud mendesain produk di sini adalah mendesain kegiatan puskesmas (menciptakan jenis layanan baru) dalam melayani masyarakat. Puskesmas

langsung kepada masyarakat, dengan demikian diharapkan puskesmas memiliki pengetahuan yang cukup untuk mendeteksi kebutuhan masyarakatnya. Maka pemberian kewenangan untuk menentukan jenis kegiatan yang diperlukan akan sangat bermanfaat bagi puskesmas dalam memberi pelayanan yang sesuai dengan kehendak masyarakat.

d. Jadwal pelayanan

Keterbatasan tenaga di puskesmas dapat diatasi dengan penjadualan pelayanan. Jadwal tersebut meliputi hari buka, jam buka dan lama pelayanan. Agar tidak mengecewakan pengunjung maka diperlukan kepatuhan terhadap jadwal yang telah ditetapkan, baik pelayanan di dalam gedung maupun di luar gedung.

5. Supervisi.

Supervisi merupakan alat organisasi (dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kota) untuk membina dan mengawasi unit di bawahnya (puskesmas) agar kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan (Wijono D., 1999). Oleh karena itu supervisi dituntut untuk dapat menemukan masalah dan sekaligus memecahkannya.

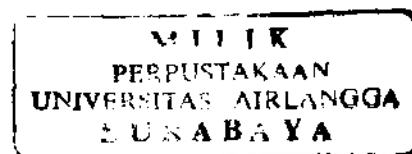
6. Pelatihan.

Pelatihan memiliki 2 (dua) sisi manfaat, dari sisi karyawan pelatihan merupakan alat untuk meningkatkan karier, dari sisi organisasi pelatihan merupakan alat untuk meningkatkan kinerja karyawan dan menekan pemborosan akibat pekerjaan yang buruk dan keluhan pelanggan. (Handoko, 1999).

7. Kerjasama dan pengembangan

a. Kerjasama

Untuk memperoleh hasil yang lebih baik maka kerjasama antara puskesmas



dengan pihak lain, baik dengan sesama puskesmas maupun dengan institusi di luar puskesmas sangat penting untuk dilakukan. Di samping itu kemudahan transportasi membuat jarak bukan lagi menjadi hambatan, sehingga sangat memudahkan pelaksanaan kerjasama. Kerjasama demikian akan menguntungkan semua pihak termasuk para pengguna jasa puskesmas.

b. Inovasi

Dengan bergulirnya reformasi di bidang kesehatan, puskesmas juga sedang melaksanakan reformasi. Salah satu bentuk reformasi tersebut adalah diterbitkannya standar pelayanan minimal puskesmas dimana puskesmas dapat memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan dan kondisi lingkungannya dari berbagai menu kegiatan yang disediakan. Bahkan apabila dipandang perlu puskesmas dapat menyelenggarakan kegiatan yang tidak terdapat dalam daftar menu akan tetapi kegiatan tersebut benar-benar dibutuhkan oleh masyarakat, kegiatan ini disebut inovasi. Dengan demikian puskesmas dipacu untuk menciptakan kegiatan unggulan sesuai kondisi masyarakat setempat, yang selanjutnya kegiatan tersebut dimasukkan ke dalam menu pelayanan puskesmas

c. Penelitian Puskesmas

Pada dasarnya puskesmas memiliki 3 (tiga) fungsi utama yaitu: pusat pelayanan kesehatan menyeluruh dan terpadu, pembina peran serta dan pusat pengembangan kesehatan masyarakat di wilayahnya (Haridjaja, 1999). Maka sudah selayaknya apabila puskesmas dituntut untuk senantiasa menyelenggarakan pengamatan dan penelitian kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

8. *Performance* Puskesmas

Performance puskesmas atau penampilan puskesmas dapat dinilai secara subyektif yaitu dengan melihat tingkat kebersihan, kenyamanan, dan keamanan, dapat secara obyektif yaitu dengan melihat keberhasilan puskesmas dalam melaksanakan fungsinya. Karena setiap tahun puskesmas dinilai dengan model stratifikasi (model penilaian baru adalah P2KPUS) maka dengan melihat hasil penilaian stratifikasi dapat diketahui keberhasilan puskesmas. Akan tetapi dalam penelitian ini *performance* adalah penampilan puskesmas yang berhubungan dengan pelayanan terhadap lansia berupa cakupan pelayanan terhadap lansia dan kesiapan puskesmas dalam membina lansia.

1.2.2. **Faktor Lansia**

1.2.2.1. Faktor sosiodemografi

a. Jumlah lansia

Dengan semakin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat maka semakin panjang umur harapan hidup rata-rata bangsa Indonesia. Akibatnya akan terjadi pergeseran demografi dari usia balita ke lansia. Pergeseran proporsi usia penduduk akan menyebabkan perubahan kebutuhan masyarakat secara umum, baik kebutuhan di bidang pelayanan kesehatan maupun kebutuhan bidang pelayanan lainnya. Pergeseran kebutuhan ini pada gilirannya akan mempengaruhi alokasi dana pelayanan kesehatan (Wirakartakusumah, 2000). Diperlukan tatalaksana pembinaan lansia yang baik agar jumlah lansia yang besar tidak menjadi beban negara justru sebaliknya merupakan potensi negara yang besar.

b. Pendidikan dan pengetahuan lansia.

Warga lansia saat ini pada umumnya kelahiran tahun 1940-an, dengan demikian sesuai dengan kondisi saat itu, yaitu keterbatasan sarana belajar, maka rata-rata mereka berpendidikan rendah (Hardywinoto, 1999) Pendidikan yang rendah pada umumnya menghasilkan tingkat pengetahuan yang rendah pula, pada gilirannya akan berpengaruh terhadap perilaku sehari-hari. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.7 Pendidikan Lansia Di Indonesia Tahun 1996

No	Tingkat Pendidikan	Pria (%)	Perempuan (%)	Total (%)
1	Tak Sekolah	60	40,3	72,8
2	Tak tamat SD	32,3	31,7	16,5
3	Tamat SD	14,1	20,8	8,1
4	Diatas SD	< 5	-	-

Sumber : Hardywinoto, Panduan Gerontologi, Gramedia Pustaka, Jakarta 1999

2. Faktor sosio psikologis.

a. Persepsi terhadap pelayanan kesehatan.

Pada era globalisasi ini kualitas produk tidak saja ditentukan oleh komponen yang melekat pada produk saja melainkan sangat ditentukan oleh kemampuan produk tersebut dalam memenuhi kebutuhan pelanggannya (Yazid, 1999). Oleh karena itu mengidentifikasi persepsi lansia terhadap pelayanan kesehatan menjadi sangat penting agar puskesmas dapat merancang pelayanan kesehatan sesuai dengan keinginan pelanggan (lansia).

b. Persepsi lansia tentang pembinaan lansia.

Pembinaan lansia bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan mereka, akan

tetapi perlu diteliti bagaimana persepsi lansia tentang pembinaan yang selama ini mereka terima.

c. Persepsi lansia tentang dirinya.

Lansia adalah anggota masyarakat yang penuh dengan pengalaman, tidak peduli apakah pendidikan mereka tinggi atau rendah, dan pengalaman ini akan membentuk kearifan dalam memandang suatu masalah. Akan tetapi karena pembinaan yang kurang lansia akan menjadi frustrasi, menilai dirinya sebagai masyarakat yang tidak berguna dan menarik diri dari pergaulan (Hardywinoto, 1999).

d. Pendapat lansia tentang petugas

Petugas di sini adalah petugas pembina lansia. Yaitu tenaga puskesmas yang berhadapan langsung dengan lansia. Karena itu petugas memiliki peran sangat penting dalam menjaga kesetiaan pelanggan, bahkan dalam meningkatkan jangkauan pelayanan pada wilayah atau area yang belum terjangkau. Menanyakan kepada lansia tentang petugas adalah salah satu cara menilai apakah petugas dapat memenuhi harapan pelanggan.

e. Ketergantungan.

Sebagai akibat tidak adanya atau tidak cukupnya penghasilan, warga lansia menjadi beban bagi keluarganya, sedangkan biaya perawatan mereka semakin tua semakin tinggi, terutama untuk biaya pengobatan dan pemeliharaan kesehatan (Darmojo, 1999).

f. Pendapat lansia tentang puskesmas, posyandu lansia, jenis pelayanan lansia dan pantiwerda.

Puskesmas adalah poros depan pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, yang dibekali 3 (tiga) fungsi utama yaitu sebagai pusat pelayanan kesehatan menyeluruh dan terpadu, pembina peran serta dan pusat pengembangan kesehatan masyarakat di wilayahnya (Haridjaja, 1999).

Posyandu lansia dibentuk dengan tujuan untuk mendekatkan pembinaan kesehatan lansia. Posyandu lansia dikelola oleh para lansia sendiri setelah memperoleh pelatihan pengelolaan posyandu lansia.

Beberapa puskesmas sudah dilengkapi dengan tenaga spesialis penyakit dalam paruh waktu, bekerjasama dengan beberapa rumah sakit di Surabaya. Para spesialis ini diharapkan dapat berfungsi sebagai supervisor pembinaan lansia di puskesmas.

Jumlah panti wreda di Surabaya tidak banyak, hal ini disebabkan biaya operasional Panti werda tidak sedikit sedangkan sumber biaya sangat terbatas. Karena itu pola pembinaan panti mencakup sebagian kecil lansia.

3. Kondisi kesehatan

a. Keadaan fisik

Keadaan fisik lansia semakin tua semakin menurun. Fungsi faal organ tubuh banyak mengalami perubahan, demikian pula keadaan emosionalnya. Kesehatan dan status fungsional lansia ditentukan oleh resultan dari faktor fisik, psikologik dan sosioekonomik (Darmojo B, 1999). Di mana faktor-faktor tersebut tidak selalu berpengaruh dalam kapasitas yang sama, oleh karenanya pendekatannyapun tidak selalu sama.

b. Kebiasaan hidup sehat

Mengingat penyakit terbanyak yang diderita lansia adalah penyakit kardiovasku-

ler, pernafasan dan muskuloskeletal (Darmojo B, 1999) maka kebiasaan yang harus dijaga adalah: menghindari rokok, minuman keras dan membiasakan olahraga. Lian (1999) menyebutkan bahwa 42,1% lansia di Singapura melaksanakan olahraga teratur diwaktu senggangnya. Di samping itu dalam penelitian yang berbeda Glass (1999) menyimpulkan bahwa olahraga dapat memperpanjang ketahanan hidup (*survival*).

4. Faktor sosiokultural

a. Ketaatan beragama

Agama adalah panutan dan pengarah bagi segala tindakan masyarakat. Semakin tinggi ketaatan terhadap agama akan menyebabkan semakin tentram perasaan mereka dengan akibat lebih lanjut akan semakin panjang umur mereka. Kroenig (1999) dalam penelitian menemukan bahwa lansia yang rajin beribadah akan memperpanjang umurnya.

Lebih lanjut bagaimana (*religious attendance*) dapat menimbulkan dampak pada kesehatan, dapat dijelaskan dengan logika beberapa jalur psikologi dan perilaku, yaitu (Kroenig H.G., 1999) :

- a. Masyarakat yang sering hadir dalam acara keagamaan memiliki jaringan dan dukungan sosial yang lebih besar. Mereka juga lebih sering mendiskusikan kondisi fisiknya, oleh karena itu mereka lebih dini mengenali penyakitnya, berarti juga akan lebih dini memeriksakan dirinya ke dokter. Semakin dini mereka berobat akan semakin besar peluangnya untuk sembuh.
- b. Dukungan sosial yang besar mungkin juga meningkatkan imunitas terhadap beberapa penyakit.

- c. Kehadiran dalam acara keagamaan memelihara perilaku untuk memelihara kesehatan.
- d. Kehadiran dalam acara keagamaan berhubungan dengan rendahnya stress, depresi dan kecemasan, kebiasaan tidak merokok, tidak minum alkohol dan kebiasaan sex aman.

5. Faktor ekonomi

a. Biaya pengobatan.

Sebagai akibat sistem pembayaran *fee for service* dan tidak berjalannya sistem asuransi kesehatan di Indonesia maka biaya pengobatan semakin tinggi (Sulastomo, 2000), sedangkan penghasilan lansia yang rendah akan mempersulit mereka untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang baik.

b. Penghasilan lansia.

Tingkat partisipasi angkatan kerja lansia (60 tahun – 64 tahun) adalah sebesar 59,9% sedangkan usia 65 tahun adalah 40,5%, tingkat pengangguran lansia di perkotaan hanya sebesar 2,2% (Hardywinoto, 1999). Di satu sisi hal ini menguntungkan lansia akan tetapi di sisi lain hal ini dengan terpaksa mereka lakukan karena tidak adanya jaminan sosial di hari tua. Hal ini tampak pada gaji rata-rata lansia yang berkisar antara Rp. 50.000,- sampai Rp. 100.000,- sebulan. (Hardywinoto, 1999). Dibandingkan dengan Upah Minimum Regional Jawa Timur pendapatan tersebut tentu sangat rendah, ini berarti tidak akan cukup untuk hidup layak. Maka agar lansia dapat memenuhi gizi dan memelihara kesehatannya mereka memerlukan bantuan pihak lain.

Pada umumnya orang Indonesia pensiun pada usia 56 tahun, padahal pada umur tersebut mereka masih produktif dan menginginkan pekerjaan. Sektor formal lebih menyukai usia muda, sehingga para lansia diharuskan memasuki sektor informal apabila masih menginginkan pekerjaan (Darmojo B., 1999).

1.2.3 Faktor Pemerintah

1. Peraturan perlindungan lansia.

Walaupun Undang-undang nomor 13 tentang lansia sudah terbit, namun karena belum diikuti dengan peraturan daerah atau petunjuk pelaksanaan di daerah, maka pelaksanaan perlindungan bagi warga lansia belum jelas. Saat ini masalah lansia bukan merupakan prioritas, oleh karena itu dana yang diperuntukkan bagi pembinaan warga lansia juga sangat rendah. Rendahnya dana ini menjadi kendala bagi petugas lapangan untuk menyelenggarakan pembinaan bagi lansia (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 1999).

2. Jaminan hari tua.

Warga lansia tetap harus bekerja sampai meninggal dunia karena mereka belum memperoleh perlindungan ekonomi berupa jaminan ketidak berdayaan. Tidak banyak lansia yang memiliki asuransi hari tua karena rendahnya pendapatan pada waktu usia produktif (Sulastomo, 2000). Tidak jarang mereka meninggal secara alamiah karena tidak mampu lagi bekerja, sedangkan jaminan hari tua baik berupa pensiun maupun asuransi tidak mereka miliki.

3. Pembinaan oleh BKKBN

Pembinaan yang dilakukan oleh BKKBN terutama ditujukan kepada lansia

yang masih produktif. Pembinaan tersebut dikemas dalam Bina Keluarga Lansia, sedang kegiatannya adalah pembentukan kelompok lansia, penyuluhan, pertemuan kelompok sebagai wadah peningkatan ketrampilan dan tukar pengalaman serta kunjungan rumah terhadap anggota kelompok yang 2 kali tidak hadir dalam pertemuan.

4. Pembinaan oleh Dinas Sosial dan Pemberdayaan Perempuan Kota Surabaya.

Dinas sosial kurang memiliki tenaga di garis depan, karena itu pembinaan yang dilakukan adalah terbatas pada pemberian bantuan dana operasional panti werda dan bantuan modal kerja bagi lansia produktif.

Dengan berlakunya otonomi daerah maka fungsi Departemen Sosial diintegrasikan dengan Bagian Sosial, menjadi Dinas Sosial dan Pemberdayaan Perempuan Kota, sebagai unsur Pemerintah Kota Surabaya.

1.3 Rumusan Masalah

1.3.1. Faktor internal organisasi (sebagai perspektif *provider*) apa saja yang berkaitan dengan keberhasilan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya berdasarkan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia?

1.3.2. Faktor external organisasi (sebagai perspektif lansia) apa saja yang berkaitan dengan keberhasilan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya berdasarkan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia?

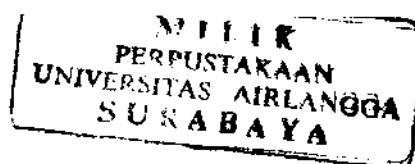
1.3.3. Bagaimana strategi pembinaan lansia di Surabaya yang paling baik berdasarkan pemilihan strategi dari Marion J. Ball dengan memperhitungkan perspektif lansia dan perspektif *provider*, berdasarkan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia?

1.4 Tujuan Penelitian.

Tujuan Umum : Merumuskan strategi pembinaan lansia yang sesuai dengan faktor eksternal dan faktor internal organisasi yang teridentifikasi dengan memperhatikan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia.

Tujuan Khusus :

- 1.4.1. Mengidentifikasi faktor internal organisasi (sebagai perspektif provider) yang berkaitan dengan keberhasilan pembinaan lansia di Dinas Kesehatan Kota Surabaya berdasarkan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia.
- 1.4.2. Mengidentifikasi faktor eksternal organisasi (sebagai perspektif lansia) yang berkaitan dengan keberhasilan pembinaan lansia di Dinas Kesehatan Kota Surabaya berdasarkan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia.
- 1.4.3. Menyusun strategi pembinaan lansia yang sesuai dengan faktor eksternal dan faktor internal organisasi yang teridentifikasi berdasarkan pemilihan strategi dari Marion J. Ball berdasarkan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lanjut Usia.

2.1.1 Penuaan

Penuaan adalah proses alamiah yang dialami setiap makhluk hidup, dan merupakan salah satu dari 3 proses utama dalam kehidupan makhluk hidup termasuk manusia, yaitu kelahiran, reproduksi, dan penuaan

Banyak teori yang mencoba menjelaskan bagaimana proses penuaan dapat terjadi, pada kesempatan ini hanya dibahas salah satu saja yaitu teori biologi yang dikembangkan oleh Christ pada tahun 1993 (Hardywinoto, 1999). Teori biologi ini didasari pendekatan terhadap 2 hal, yaitu teori genetik dan teori non genetik.

1. Teori Genetik

Teori ini menjelaskan bahwa di dalam setiap tubuh makhluk hidup terdapat jam biologis yang mengatur gen dan selanjutnya akan mengatur jalannya proses penuaan. Setiap *species* memiliki jam biologis yang berbeda, sehingga umurnya juga berbeda.

2. Teori Non Genetik

Teori non genetik adalah teori ekstrinsik, artinya faktor di luar tubuh yang mempengaruhi penuaan. Teori ini terdiri dari beberapa teori, yaitu :

2.1. Teori radikal bebas.

Radikal bebas adalah molekul, fragmen molekul atau atom dengan elektron bebas tidak berpasangan. Radikal bebas dihasilkan oleh asap industri dan knalpot kendaraan, asap rokok, zat pengawet dan sinar ultra violet. Radikal bebas mudah

dirusak oleh enzim superoxyde, catalase, dismutase, glutation dan peroxydase. Apabila radikal bebas terikat pada molekul lain, maka sifat molekul tersebut akan berubah.

2.2. Teori Cross Link.

Molekul kolagen dan zat kimia akan merubah fungsi jaringan, sehingga jaringan menjadi semakin kaku.

2.3. Teori Kekebalan.

Sistem kekebalan tubuh sangat diperlukan manusia untuk berinteraksi dengan lingkungan. Sistem kekebalan ini merupakan proses bersama dari jaringan kelenjar limfa, sumsum tulang, thymus dan tonsil. Jaringan tersebut memproduksi sel B sebagai pembentuk imunoglobulin dan sel T yang mempengaruhi monosit dan macrophag. Pada proses menua produksi sel tersebut akan menurun.

2.4. Teori Fisiologis.

Teori ini didasari 2 (dua) teori, yaitu teori stress oksidasi dan teori aus dipakai. Penyebab terjadinya stress oksidasi adalah penyakit Parkinson dan Alzheimer. Keadaan ini menimbulkan toksin dan menyebabkan terjadinya keracunan yang dapat menyebabkan kematian. Proses dipakai dan aus merupakan mekanisme alamiah, di mana pada awalnya jaringan terus diproduksi dan senantiasa diperbarui. Pada usia tertentu pertumbuhan tersebut berhenti dan tidak ada penggantian jaringan baru. Apabila ketidakadaan penggantian jaringan tersebut berlangsung terus maka lama kelamaan fungsinya akan terhenti dan manusia akan mati.

2.1.2 Keadaan Fisik Lansia

Keadaan fisik lansia dapat dilihat dari kesehatannya, yang meliputi kesehatan badan, jiwa dan sosial, bukan sekedar bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan. Karena itu pengelolaan kesehatan lansia dilaksanakan secara terpadu antara sektor yang terkait. Prinsip penanganan lansia adalah *Add Life To Years as Well as Years To Life.* (Hardywinoto, 1999)

Sikap masyarakat terhadap lansia sangat menentukan keberhasilan pembinaan kesehatan lansia. Sikap pandangan yang negatif terhadap lansia hendaknya diubah menjadi sikap yang positif (Hendricks, 1978).

Penyebab utama masalah kesehatan pada lansia adalah (Hardywinoto, 1999):

1. Umur harapan hidup yang semakin tinggi
2. Morbiditas meningkat
3. Mengalami beban ganda, yaitu mengidap penyakit kronis dan infeksi
4. Bertambahnya kerusakan organ akibat penyakit tersebut, sehingga menimbulkan ketergantungan
5. Faktor lain, misalnya psikososial, lingkungan, makanan, dan pendidikan

Apabila keadaan tersebut tidak diatasi dengan baik akan timbul akibat sebagai berikut:

1. Gangguan sistem tubuh.
2. Timbulnya berbagai penyakit.
3. Menurunnya *Activity of Daily Livings*.

Oleh karena itu perlu dilakukan berbagai upaya untuk mengatasi masalah kesehatan yang timbul atau yang diperkirakan akan timbul. Menurut Hardywinoto (1999) upaya tersebut adalah:

1. Upaya pembinaan kesehatan.
2. Upaya pelayanan kesehatan.
3. Upaya perawatan.
4. Upaya pelembagaan lansia.

2.1.3 Aspek Sosial lansia

Kondisi fisik lansia semakin menurun seiring dengan semakin bertambahnya usia, akan tetapi sebaliknya pikiran dan kearifan mereka semakin bertambah. Oleh karena itu kesejahteraan lansia perlu senantiasa ditingkatkan agar pengalaman dan pikirannya dapat diwariskan kepada generasi penerusnya. Kesejahteraan lansia tersebut meliputi (Hardywinoto, 1999) :

1. Pelayanan keagamaan
2. Pelayanan kesehatan
3. Kesempatan kerja dan berkarya
4. Pendidikan dan pelatihan
5. Kemudahan penggunaan fasilitas, sarana dan pemukiman
6. Pelayanan bantuan hukum
7. Perlindungan dan bantuan sosial

Pada saat ini telah terjadi perubahan nilai sosial yang mengarah ke tatanan kehidupan individualistik. Akibatnya lansia kurang dihormati dan dihargai

(Hardywinoto, 1999). Agar dapat memahami permasalahan yang dihadapi lansia, maka perlu kiranya kita mencermati beberapa teori sosial tentang lansia.

1. Teori Interaksi Sosial (Hardywinoto, 1999).

Interaksi sosial didasarkan atas pertukaran barang dan jasa. Keberhasilan seseorang dalam menjalin interaksi sosial ditentukan oleh kemampuannya dalam melakukan tukar menukar yang paling efisien dan menguntungkan bagi dirinya.

Sebagai akibat menurunnya keadaan fisik, prestasi dan kekuasaannya, kemampuan interaksi sosial lansia semakin menurun.

2. Teori Penarikan Diri (Hardywinoto, 1999 ; Hendricks, 1978).

Penurunan derajat kesehatan lansia dan penurunan penghasilannya akan menyebabkan lansia secara pelan-pelan menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

Lansia akan mengalami *triple lost*, yaitu:

- a. Kehilangan peran.
- b. Hambatan kontak sosial.
- c. Berkurangnya komitmen.

3. Teori Aktivitas (Hardywinoto, 1999 ; Hendricks 1978).

Penuaan yang sukses bergantung dari bagaimana seorang lansia merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitasnya, dan mempertahankan aktivitas tersebut selama mungkin. Dengan demikian aktivitas tersebut lebih ditentukan oleh kualitasnya dari pada kuantitasnya.

4. Teori Keseimbangan (Hardywinoto, 1999).

Teori ini menerangkan bahwa gaya hidup, perilaku dan harapan seseorang di masa muda merupakan cermin keadaan kelak di masa tua.

5. Teori Perkembangan (Hardywinoto, 1999).

Teori ini merupakan gabungan dari teori yang dikembangkan oleh Freud, Erikson Buchlet dan Jung, yaitu psikologi perkembangan.

6. Teori Stratifikasi (Hardywinoto, 1999 ; Hendricks 1978).

Teori ini menjelaskan adanya perbedaan kapasitas, peran, kewajiban, serta hak seseorang berdasarkan usianya.

Pada akhirnya disadari bahwa teori tersebut berasal dari Barat, oleh karena itu perlu dilakukan penelitian apakah teori tersebut juga cocok bagi bangsa Indonesia.

2.1.4 Pembinaan lansia

Pembinaan lansia di Surabaya diselenggarakan baik oleh swasta maupun oleh pemerintah. Bentuk pembinaannya pun bermacam-macam mulai dari kegiatan advokasi, pemberian bantuan modal kerja, pembinaan kesehatan maupun sosial.

Berikut ini adalah pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya sesuai dengan petunjuk Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2000).

Tujuan pembinaan lansia :

Meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan lansia untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan eksistensinya dalam masyarakat.

Sasaran langsung:

1. Kelompok usia lanjut verilitas atau pra senilis (45 – 59 tahun).
2. Kelompok lansia usia 60 – 69 tahun.

3. Kelompok usia lanjut resiko tinggi (usia diatas 70 tahun atau usia 60-69 tahun dengan masalah kesehatan).

Sasaran tak langsung:

1. Keluarga lansia.
2. LSM dan masyarakat umum.

Kebijakan pembinaan lansia :

1. Pembinaan kesehatan lansia terutama ditujukan pada upaya meningkatkan kesehatan dan kemampuan untuk mandiri agar selama mungkin tetap produktif dan berperan aktif dalam pembangunan nasional.
2. Pembinaan kesehatan lansia dilaksanakan melalui pendekatan yang holistik dengan memperhatikan nilai sosial budaya yang ada.
3. Peningkatan upaya promotif dan preventif dilaksanakan secara komprehensif bersama-sama dengan usaha kuratif dan rehabilitatif dalam penyelenggaraan pembinaan kesehatan lansia.
4. Penyelenggaraan kesehatan lansia dilaksanakan secara terpadu baik lintas program maupun lintas sektoral dengan pendekatan sistem.
5. Pembinaan kesehatan lansia dilaksanakan sebagai bagian dari pembinaan kesehatan keluarga, melalui pelayanan kesehatan puskesmas dan rujukannya.
6. Peningkatan peran serta aktif masyarakat dalam penyelenggaraan pembinaan kesehatan lansia melalui organisasi sosial yang ada.

Upaya pembinaan lansia adalah:

1. Komponen kegiatan pembinaan pada sasaran meliputi :
 - 1.1. Sasaran Langsung.

- 1.1.2 Menyelenggarakan paket pembinaan bagi kelompok usia 45 - 59 tahun yang meliputi KIE dan pelayanan kesehatan baik fisik, gizi maupun psikososial agar dapat mempersiapkan diri menghadapi masa tua.
 - 1.1.3. Menyelenggarakan paket pembinaan bagi kelompok sasaran lansia 60 – 69 tahun yang meliputi komunikasi, informasi dan edukasi dan pelayanan kesehatan agar dapat mempertahankan kondisi kesehatannya sehingga tetap produktif.
 - 1.1.4. Menyelenggarakan paket pembinaan bagi kelompok sasaran lansia dengan resiko tinggi yang meliputi komunikasi, informasi dan edukasi dan pelayanan kesehatan agar dapat selama mungkin mempertahankan kemandiriannya.
- 1.2 Sasaran tidak langsung
- Menyelenggarakan paket pembinaan dalam rangka meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan serta pembinaan edukatif pada keluarga, masyarakat termasuk organisasi kemasyarakatan yang ada mengenai kesehatan lansia.
2. Komponen kegiatan pembinaan sarana dan prasarana yang meliputi :
- 2.1. Pembinaan ketenagaan, berupa peningkatan kemampuan teknis dan manajemen bagi para pengelola dan pelaksana termasuk kader kesehatan.
 - 2.2. Pembinaan wadah pelayanan kesehatan lansia di puskesmas, rumah sakit dan pelayanan profesional lainnya dengan melengkapi dan memenuhi standar peralatan dan standar medis teknis pelayanan.

- 2.3. Pembinaan dukungan pendanaan program dengan memanfaatkan sumber dana dari DAU, DAK, APBN, APBD, BLN, swadaya masyarakat serta sumber lain yang tidak mengikat.
 - 2.4. Pembinaan metode penyelenggaraan (pengelolaan dan pelaksanaan) upaya pembinaan kesehatan lansia melalui kerjasama penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi.
3. Komponen kegiatan pembinaan dukungan situasi, yang meliputi :
- 3.1. Peningkatan dukungan politis bagi upaya pembinaan kesehatan lansia.
 - 3.2. Penyebaran informasi, arahan dan kerjasama lintas program dan lintas sektor dalam upaya pembinaan kesehatan lansia.

Indikator keberhasilan pembinaan .

Penilaian keberhasilan pembinaan kesehatan lansia dilakukan dengan menggunakan data pencatatan dan pelaporan, pengamatan khusus dan penelitian. Beberapa indikator yang dipakai adalah:

1. Meningkatnya jumlah organisasi masyarakat kelompok lansia yang berperan secara aktif dalam pelayanan kesehatan lansia.
2. Berkembangnya jenis pelayanan kesehatan lansia di masyarakat.
3. Berkembangnya jangkauan pelayanan kesehatan bagi lansia yang dilaksanakan oleh 50% puskesmas dan menjangkau 10 % panti werda pada akhir 2005.
4. Menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit degeneratif dengan jangkauan pelayanan yang mencakup 40% lansia.

2.1.5 Peraturan tentang lansia

Kita sudah memiliki undang-undang yang mengatur tentang kesejahteraan lansia, yaitu Undang undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia. Dalam Undang-undang tersebut lansia dibagi menjadi 2 golongan yaitu lansia potensial dan lansia tidak potensial (Biro Hukum Departemen Sosial Republik Indonesia 1998) . Pembagian ini dimaksudkan untuk membedakan hak dari masing-masing golongan tersebut.

Dalam pasal 5 disebutkan hak lansia tidak potensial adalah:

1. Pelayanan keagamaan dan mental spiritual
2. Pelayanan kesehatan
3. Kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasana umum
4. Perlindungan sosial

Sedangkan hak lansia potensial adalah :

1. Pelayanan keagamaan dan mental spiritual
2. Pelayanan kesehatan
3. Pelayanan kesempatan kerja
4. Pelayanan pendidikan dan pelatihan
5. Kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasana umum
6. Bantuan sosial

Perlindungan sosial adalah upaya pemerintah dan atau masyarakat untuk memberikan kemudahan pelayanan bagi lansia tidak potensial agar dapat mewujudkan dan menikmati taraf hidup yang wajar. Sedangkan bantuan sosial adalah upaya pemberian

bantuan yang bersifat tidak tetap agar lansia potensial dapat meningkatkan taraf kesejahteraannya (Biro Hukum Departemen Sosial, 1998).

Akan tetapi apabila diperhatikan lebih seksama, propinsi Jawa Timur sebenarnya lebih maju dalam memberikan perhatian terhadap lansia. Hal ini dapat dibuktikan dengan diterbitkannya Instruksi Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur Nomor 28 tahun 1994 tentang pembinaan terhadap lansia. Inti dari instruksi tersebut adalah gubernur menginstruksikan kepada semua Kepala Daerah Tingkat II agar:

1. Mengadakan pendataan dan pembinaan lansia di wilayah masing-masing.
2. Pembentukan institusi pembinaan di tiap kelurahan.
3. Memberikan pengarahan kegiatan institusi tersebut melalui kegiatan keagamaan, kesenian, olahraga, kesehatan dan kegiatan sosial lainnya.
4. Menciptakan upaya dalam memberikan kemudahan pelayanan lansia.
5. Mengadakan koordinasi dengan dinas, instansi dan lembaga terkait untuk menunjang kegiatan tersebut.

Selanjutnya Pemerintah Kota Surabaya menindak lanjuti Instruksi tersebut dengan isi yang sama kepada semua Camat se wilayah kota Surabaya dengan Instruksi Walikota Kepala Daerah Tingkat II Surabaya nomor 04 tahun 1996 tentang Pembinaan Terhadap Lansia Di Kota Surabaya.

2.2 Kebutuhan

Kita mengenal 3 (tiga) terminologi yang sekilas hampir sama akan tetapi memiliki

pengertian yang berbeda, yaitu kebutuhan, keinginan dan permintaan. Kotler (1997) mendefinisikan kebutuhan, keinginan dan permintaan sebagai berikut :

Kebutuhan manusia (*human needs*) adalah ketidak beradaan beberapa kepuasan dasar. Keinginan (*want*) adalah hasrat akan pemenuhan kebutuhan yang spesifik. Permintaan (*demands*) adalah keinginan akan produk yang spesifik yang didukung oleh kemampuan dan kesediannya untuk membelinya.

Kebutuhan tidak diciptakan oleh masyarakat melainkan merupakan hakekat biologis. Karena itu perhatian awal dari pembangunan kesehatan adalah mengidentifikasi kebutuhan masyarakat untuk kemudian merubahnya menjadi permintaan. Untuk memperjelas pemikiran di atas Supriyanto dalam Metodologi Penelitian (1998) mendefinisikan kebutuhan sebagai berikut:

Kebutuhan adalah suatu keadaan akan sebagian dari kepuasan dasar yang dirasakan dan disadari (Kotler, 1980) (Bitran, 1992, *Self Percieve Health Problem*). Kebutuhan adalah penyimpangan biologis (Rienke, 1988). Kebutuhan sama dengan keadaan sehat dan sakit (Donebedian 1996 : *State of Health and Illness*)

Selanjutnya dalam buku yang sama keinginan dan permintaan didefinisikan sebagai berikut:

Keinginan adalah hasrat untuk memperoleh pemuas tertentu untuk kebutuhan yang lebih mendalam (Rienke, 1988) ((Bitran, 1992, *Self Percieve Health Problem*).
Permintaan adalah jumlah keinginan terhadap produk atau jasa pelayanan tertentu yang didukung suatu kemampuan dan kemauan untuk membeli atau memanfaatkan jasa tersebut *{(total demand for curative care : (1) potential demand (2) efective demand (satisfied demand)}*

Ada beberapa teori tentang kebutuhan (beberapa ahli menyebut teori motivasi) yang pernah dikemukakan oleh beberapa ahli yaitu (Wijono D, 1998; Mangkunegara, 1988):

1. Teori Herzberg.

Teori ini mengemukakan bahwa pegawai mau bekerja karena didorong oleh kebutuhan biologisnya.

2. Teori Maslow.

Manusia memiliki 5 jenjang kebutuhan, dari kebutuhan dasar sampai kebutuhan yang paling mapan yaitu : kebutuhan biologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan akan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri. Teori ini banyak dikritik karena kenyataannya kebutuhan manusia tidak berjalan secara hirarkis atau berjenjang tetapi berbaur dan bisa berubah sesuai keadaan yang dihadapi.

3. Teori George.

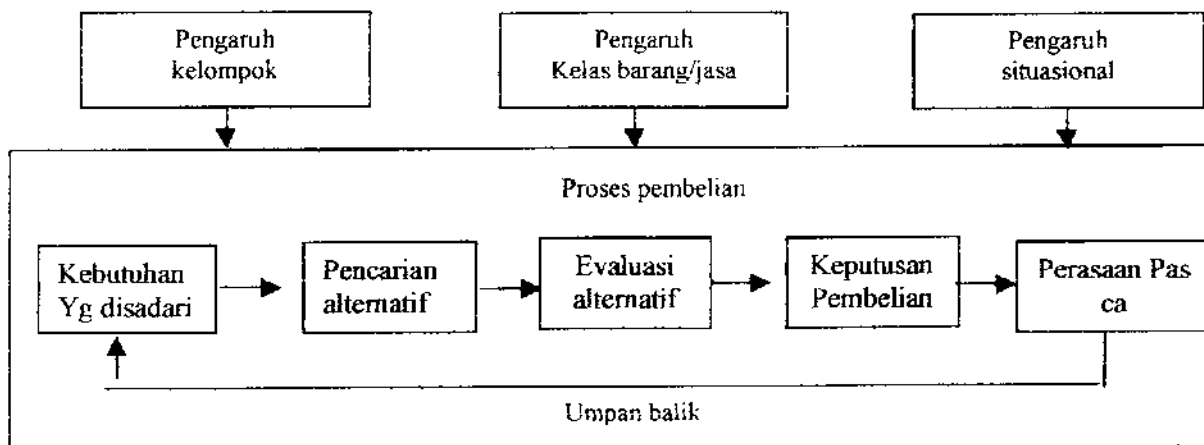
Kebutuhan terhadap lingkungan kerja yang baik, baik lingkungan fisik, lingkungan psikologis maupun lingkungan sosial.

4. Teori Hubungan Antar Manusia

Menyebutkan pentingnya hubungan antara pemimpin dan bawahan, baik hubungan pribadi maupun hubungan organisatoris.

5. Teori David Mc. Clelland

Menurut teori ini manusia memiliki 3 kebutuhan utama yaitu: kebutuhan untuk berprestasi (*need for achievement*), kebutuhan untuk berafiliasi (*need for affiliation*) dan kebutuhan akan kekuasaan (*need for power*).



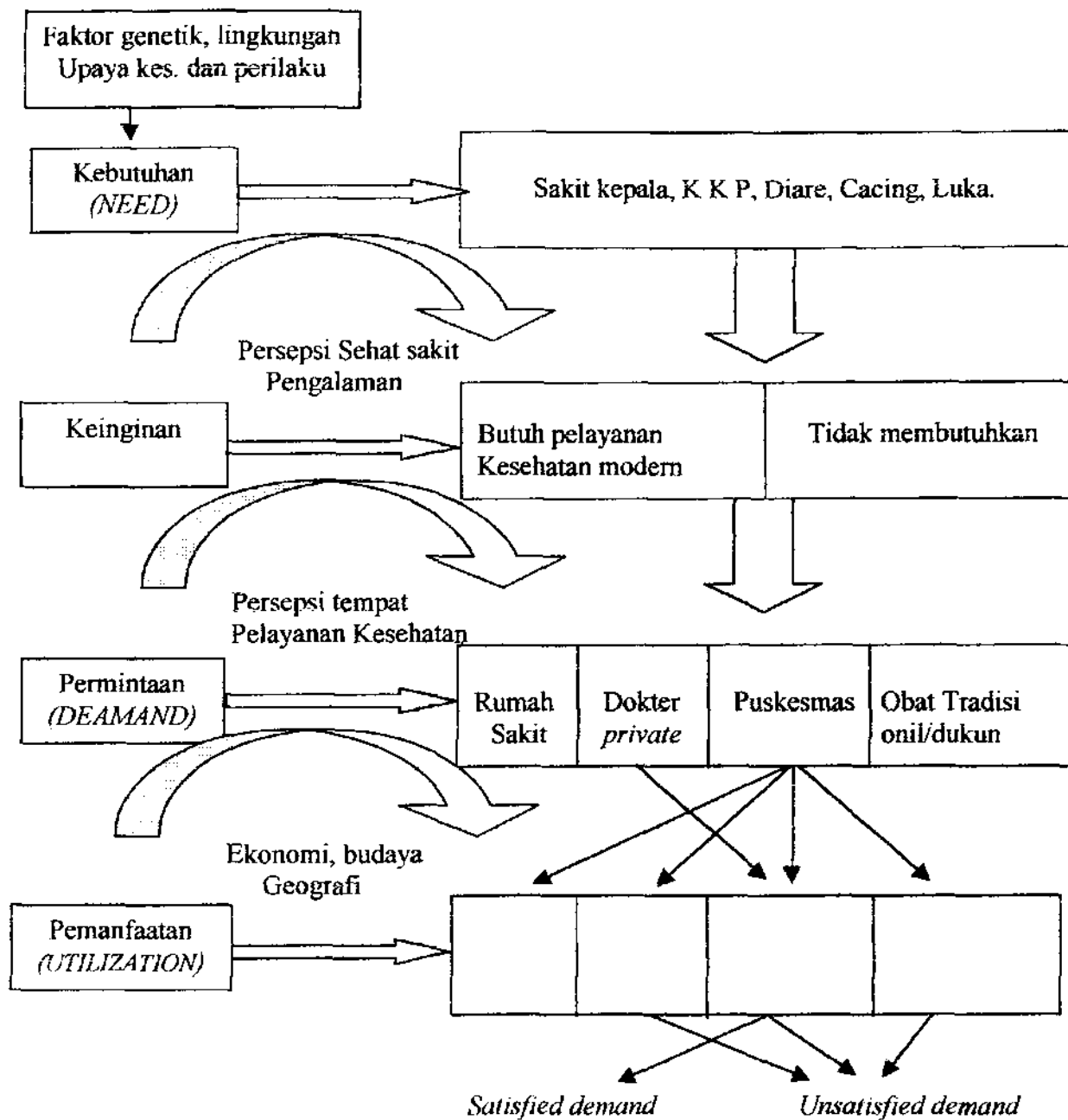
Gambar 2.1 : Proses Pembelian (sumber: Yazid, “ Pemasaran Jasa”, 1999)

Mengenali kebutuhan merupakan proses awal dari keputusan konsumen apakah ia akan mempergunakan jasa yang tersedia atau tidak, kalau memang menggunakan di mana harus memperolehnya. Peter dan Donnelly (Yazid, 1999) mengemukakan konsep proses pembelian sebagaimana yang tertera pada gambar 2.1 di atas. Apabila kebutuhan sudah dirasakan oleh seseorang maka ia akan segera berusaha mengumpulkan alternatif bagi pemuas kebutuhannya. Ada beberapa sumber yang biasa dipakai konsumen untuk mengumpulkan informasi bagi keputusan pembelian jasa tersebut yaitu:

1. Sumber internal
2. Sumber kelompok atau individu
3. Sumber pemasaran
4. Sumber publik
5. Sumber pengalaman

Walaupun konsep tersebut berlaku untuk segala jenis perilaku membeli baik barang maupun jasa, namun kenyataannya terdapat sedikit perbedaan perilaku dalam permintaan pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan karena bidang jasa pelayanan kesehatan memiliki sifat yang unik yaitu (Mill, 1990):

1. Pelayanan kesehatan sebagai barang konsumsi juga sebagai barang investasi
2. Biaya pelayanan kesehatan dapat meningkat sesuai pendapatan konsumen
3. Konsumen terlibat langsung dalam proses produksi maupun konsumsi
4. Keputusan untuk mengkonsumsi dapat mengakibatkan terjadinya keadaan yang tak dapat diperbaiki (cacat atau mati)
5. Adanya eksternalitas
6. Adanya ketidak seimbangan informasi antara konsumen dan pemberi jasa.



Sumber: Supriyanto dalam Metodologi Penelitian, 1998.

Gambar 2.2 : Konsep Kebutuhan (*Need*) Dari Aspek Klien

Sejalan dengan pemikiran di atas Supriyanto (1998) mengajukan konsep kebutuhan (*need*) dari aspek pelanggan seperti pada gambar 2.2.

Terdapat persamaan pada konsep Yazid dan konsep Supriyanto, yaitu adanya evaluasi kepuasan pelanggan (evaluasi oleh pelanggan). Setelah pelanggan mengkonsumsi ia selalu melakukan penilaian atas jasa yang baru dikonsumsinya. Evaluasi terhadap kepuasan pelanggan ini menjadi hal yang sangat penting bagi organisasi atau perusahaan karena hal ini akan menentukan apakah konsumen akan mengkonsumsi kembali atau berpindah ketempat penyedia jasa yang lain, atau mencari jasa pengganti.

Tjiptono F (1997) mengemukakan 5 (lima) faktor yang biasa dipakai oleh pelanggan sebagai dasar evaluasi jasa yang dikonsumsi yaitu :

1. Bukti langsung (*intangibles*)
2. Keandalan (*reliability*)
3. Daya tanggap (*responsiveness*)
4. Jaminan (*assurance*)
5. Empati

2.3 Manajemen Strategi

Strategi berasal dari kata Yunani *Strategos* yang artinya adalah ilmu tentang tata cara menjadi jenderal yang efektif dalam memenangkan pertempuran. Dengan mempelajari berbagai kesamaan antara masalah militer dan masalah bisnis, maka para ahli mengadopsi strategi militer ke dalam strategi bisnis. Kesamaan tersebut adalah :

1. Adanya tujuan
2. Struktur organisasi berdasarkan fungsi
3. Standarisasi prosedur
4. Pelatihan sebelum penerjunan

Manajemen strategi pada dasarnya adalah upaya untuk memecahkan masalah strategi yang memiliki ciri sebagai berikut (Wahyudi, 1996) :

1. Berorientasi pada masa depan
2. Biasanya berhubungan dengan unit bisnis yang kompleks
3. Memerlukan perhatian dari manajemen puncak
4. Mempengaruhi kemakmuran organisasi jangka panjang
5. Melibatkan pengalokasian sejumlah sumberdaya perusahaan.

Menurut Wahyudi (1996) manajemen strategi didefinisikan sebagai berikut:

“Manajemen Strategik adalah suatu seni dan ilmu dari pembuatan (*formulating*), penerapan (*implementing*), dan evaluasi (*evaluating*) keputusan-keputusan stratejik antar fungsi-fungsi yang memungkinkan sebuah organisasi mencapai tujuan-tujuan masa datang.”

Sementara itu Perace II J. A. (1997) mendefinisikan manajemen strategi sebagai berikut:

Sekumpulan keputusan dan tindakan yang menghasilkan perumusan (formulasi) dan pelaksanaan (implentasi) rencana yang dirancang untuk mencapai sasaran perusahaan

Dengan demikian manajemen strategi merupakan serangkaian proses yang berjalan terus menerus dan saling berkaitan.

Proses pembuatan strategi merupakan bagian yang sangat penting dalam suatu organisasi, karena strategi merupakan usaha manajemen puncak untuk menghubungkan organisasi dengan lingkungannya. Terdapat empat elemen yang harus dilalui dalam pembuatan strategi yaitu: identifikasi masalah, pengembangan alternatif strategi yang ada, evaluasi tiap alternatif dan pemilihan strategi terbaik (Wahyudi, 1996).

Sedangkan Hor (1999) dalam *Strategic Management* mengemukakan 6 tahap proses manajemen strategi, yaitu :

1. Analisis lingkungan

2. Menentukan arah organisasi.
3. Formulasi strategi.
4. Pemilihan strategi.
5. Implementasi strategi.
6. Strategi control.

Kita mengenal 3 level strategi menurut implementasinya, yaitu :

1. Strategi Korporat

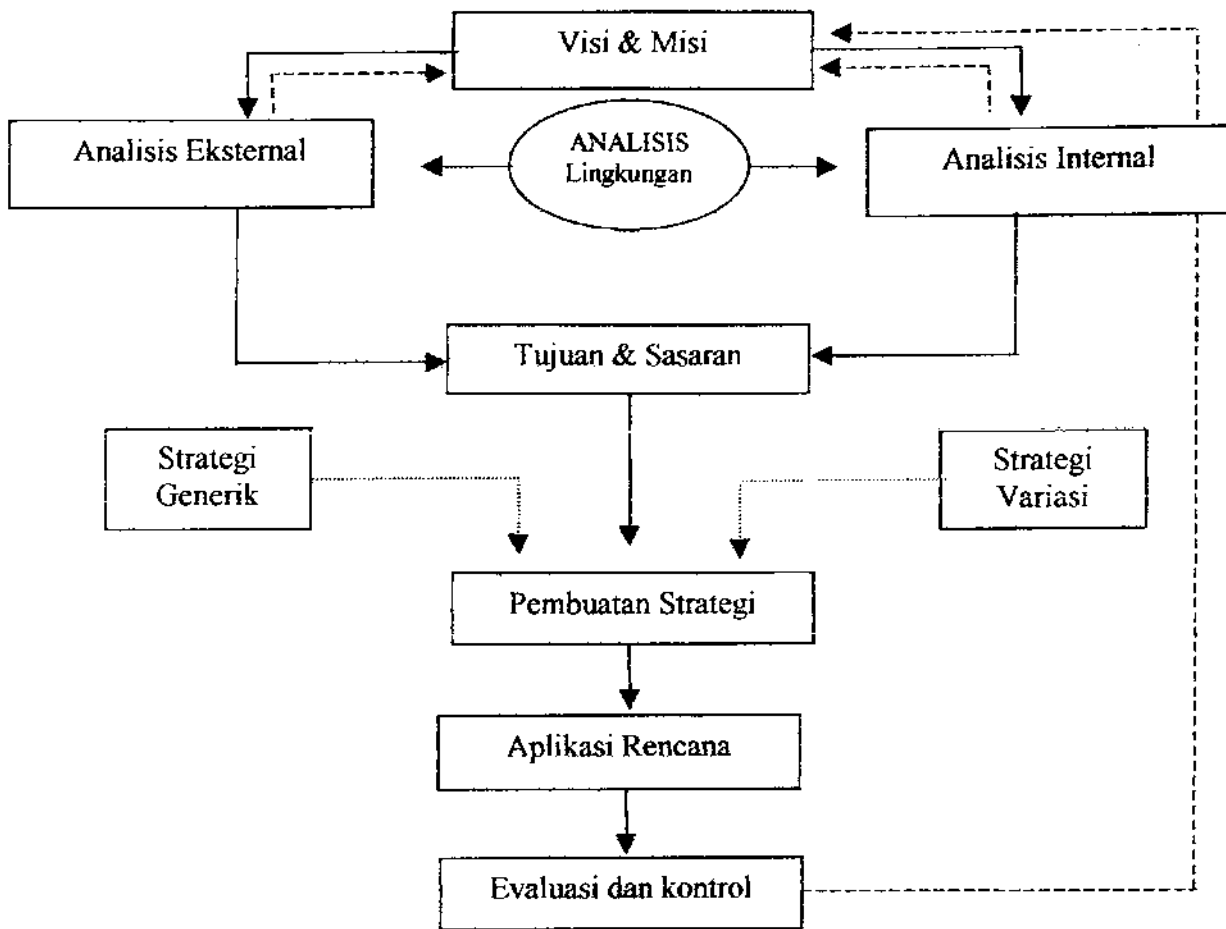
Disebut juga *Grand Strategi*, yaitu strategi puncak dari suatu organisasi yang menentukan arah dan pengembangan organisasi jangka panjang. Karena sifatnya yang demikian maka strategi ini melibatkan para pimpinan puncak organisasi bersama dengan *stake holder* organisasi (Wahyudi, 1996).

2. Strategi Bisnis.

Strategi bisnis memusatkan perhatian pada satu divisi dari organisasi yang biasanya disebut *Strategic Bussines Unit*. Walaupun pimpinan puncak tetap berpengaruh dalam strategi tingkat bisnis namun yang lebih banyak berperan adalah para pimpinan tingkat menengah (Wahyudi, 1996).

3. Strategi Fungsional.

Strategi pada level ini berhubungan langsung dengan departemen fungsional dari organisasi. Dengan demikian strategi fungsional memerlukan koordinasi agar antar divisi saling menunjang.



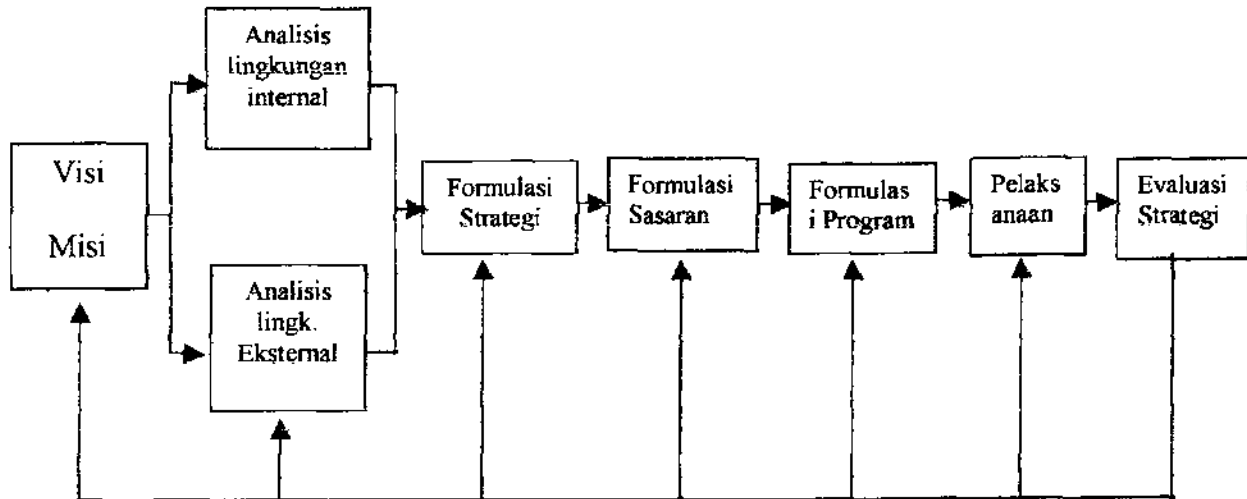
Gambar 2.3 Model Manajemen Strategi menurut Wahyudi A.S. Dalam Manajemen Strategik.

2.3.1 Perencanaan Strategis

Terdapat 3 (tiga) tahap manajemen strategi yaitu perencanaan strategi, implementasi strategi dan evaluasi strategi. Akan tetapi perlu diingat menurut Mc Kinsey (Kotler, 1997) strategi merupakan salah satu dari 7 (tujuh) unsur yang mendukung keberhasilan organisasi. Ketujuh unsur tersebut adalah: strategi, struktur, sistem, share of value, skill, staff, style atau kita kenal tujuh “S” dari Mc. Kinsey.

Tahap pertama dari perencanaan strategi adalah menetapkan visi dan misi organisasi, kemudian melakukan analisis lingkungan baik internal maupun lingkungan eksternal, dari

hasil analisis ini ditetapkan sasaran dan strategi yang akan dipilih. Tahap berikutnya adalah formulasi program, baru kemudian masuk pada tahap pelaksanaan, evaluasi strategi dilakukan terhadap setiap tingkat kegiatan.



Sumber: Kotler dalam Manajemen Pemasaran Jilid 1, 1999

Gambar 2.4 : Proses Perencanaan Strategi

2.3.2. Analisis lingkungan

Tahap awal dari manajemen strategi adalah melakukan analisis lingkungan organisasi. Lingkungan yang perlu dianalisis adalah lingkungan internal organisasi dan lingkungan eksternal yang mempengaruhi laju pertumbuhan organisasi. Menganalisis lingkungan menjadi sangat penting karena perubahan yang sangat cepat di masyarakat sebagai akibat kemajuan teknologi dan kemajuan komunikasi, akan berpengaruh secara langsung terhadap pertumbuhan organisasi.

2.3.3 Menentukan Arah Organisasi

Sebelum berdiri, para pendiri organisasi telah memiliki angan-angan, organisasi

macam apa yang akan didirikan, untuk tujuan apa organisasi tersebut didirikan, serta hasil yang diinginkan. Semua pemikiran tersebut dituangkan dalam kalimat yang lazim kita sebut visi. Selanjutnya bagaimana visi tersebut dilaksanakan agar tujuan organisasi tercapai perlu diterjemahkan ke dalam misi organisasi .

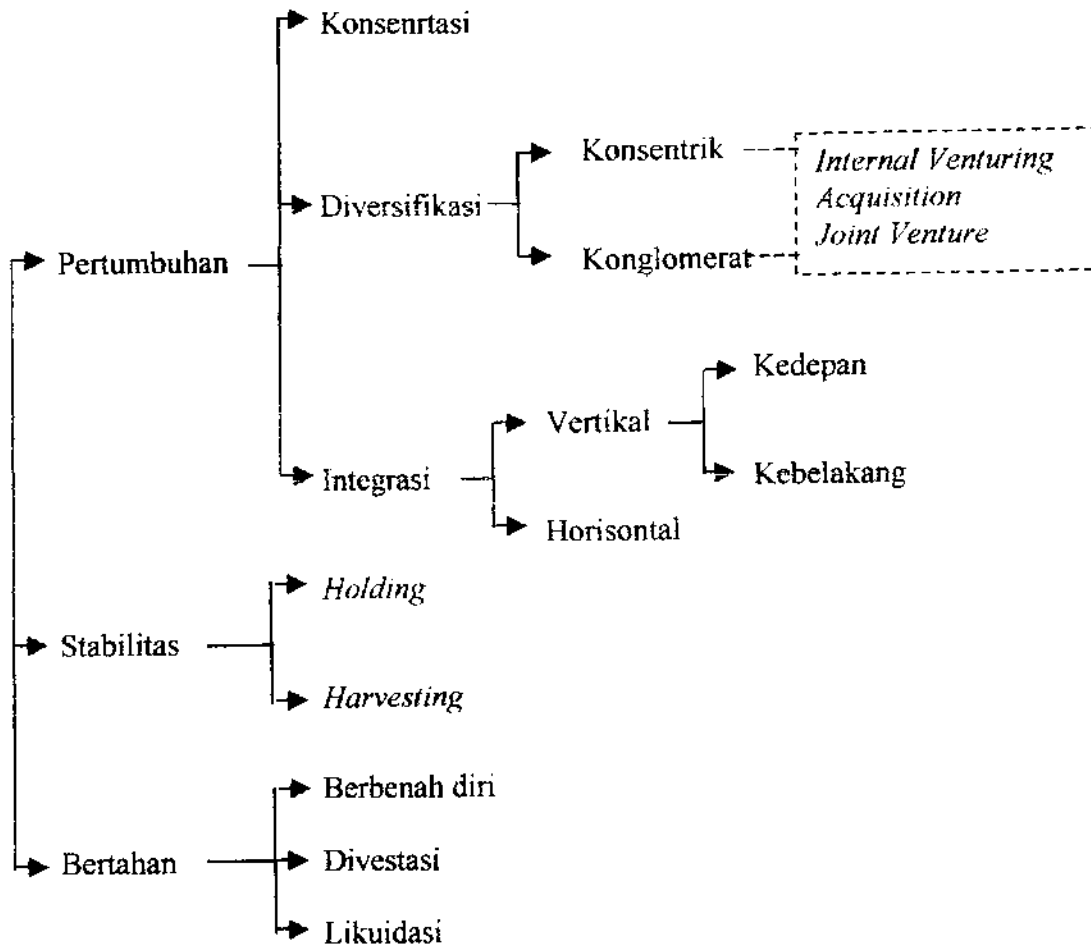
Tahap selanjutnya adalah menentukan tujuan organisasi, syarat-syarat tujuan organisasi sering disingkat SMART, yaitu :

- a. *Specific*
- b. *Measurable*
- c. *Achieveable*
- d. *Realistic*
- e. *Timely*

2.3.4 Formulasi Strategi

2.3.4.1 Tingkat Korporat

Strategi tingkat korporat disebut juga *Grand Strategy* adalah strategi induk yang memberikan arah dari seluruh strategi organisasi. Pearce II J.A. (1997) menyebutkan bahwa ada 14 strategi tingkat korporat yaitu: (1) Pertumbuhan terkonsentrasi, (2) pengembangan pasar (3) pengembangan produk, (4) Inovasi , (5) integrasi horisontal, (6) integrasi vertikal, (7) diversifikasi konsentrik, (8) diversifikasi konglomerat, (9) berbenah diri, (10) divestasi, (11) likuidasi (12) patungan, (13) afiansi stratejik, (14) konsorsium. Sedangkan Hor K.H. (1994) membagi strategi korporat menjadi 3 (tiga) kelompok utama yaitu: strategi pertumbuhan, strategi stabilitas dan strategi bertahan, dan masing-masing kelompok strategi tersebut terdiri dari beberapa strategi lagi seperti pada gambar 2.5 berikut ini.



Gambar 2.5 : Pemilihan Strategi Korporat Menurut Hor, 1999

2.3.4.1.1 Strategi Pertumbuhan.

Menurut Glueck (Hor, 1999) strategi pertumbuhan terdiri dari 3 (tiga) variasi utama, yaitu :

1. Konsentrasi : Organisasi memusatkan pada salah satu produk atau salah satu segmen pasar tertentu.
2. Diversifikasi :
 - 2.1. Diversifikasi konsentrik :

Organisasi mendiversifikasikan ke dalam berbagai produk atau jasa yang berhubungan, melalui teknologi dan pasar yang ada.

2.2. Diversifikasi konglomerat :

Perusahaan mendiversifikasikan produk atau jasa ke dalam produk atau jasa yang tidak berhubungan, dengan memanfaatkan teknologi dan pasar dan meraih pelanggan-pelanggan baru.

Kita mengenal 3 metode diversifikasi, yaitu:

1. *Internal Venturing.*
2. *Acquisition*
3. *Joint Venture.*

3. Integrasi.

Yaitu pertumbuhan organisasi dengan cara mengakuisisi perusahaan lain yang bergerak pada bidang yang sejenis. Integrasi pada hakekatnya adalah jenis diversifikasi yang ditinjau dari sudut yang berbeda.

Ada 3 jenis Integrasi yang kita kenal, yaitu :

1. Integrasi Vertikal terdiri dari :

1.1. Integrasi kedepan.

Yaitu apabila perusahaan mengakuisisi penjual atau distributornya. Jadi perusahaan menggerakkan produk atau jasa ke arah konsumen. tujuannya adalah mengurangi daya tawar (*burgaining power*) dari distributor atau penjual.

1.2. Integrasi ke belakang

Yaitu apabila perusahaan mengakuisisi pemasoknya. Jadi perusahaan menggerakkan produk menjauhi konsumen, dengan tujuan untuk

mengurangi daya tawar pemasok demi menjamin stabilitas dan harga pasokan serta menjaga mutu bahan baku.

2. Integrasi Horisontal

Perusahaan melaksanakan perluasan ke samping yaitu dengan cara mengakuisisi perusahaan yang sejenis. Tujuan utamanya adalah untuk mengurangi atau kalau bisa menghilangkan pesaingnya, sehingga perusahaan memiliki akses yang lebih luas untuk meraih pasar baru.

2.3.4.1.2 Strategi Stabilitas atau Strategi Netral.

Pada strategi ini organisasi berusaha memperpanjang berlakunya strategi yang lalu.

Ada 2 (dua) variasi yaitu :

1. *Holding Strategy* (strategi bertahan) dan
2. *Harvesting Strategy*.

2.3.4.1.3 Strategi Bertahan

Strategi ini biasanya diadopsi oleh organisasi yang menghadapi ancaman tetapi tidak memiliki sumberdaya yang cukup untuk bersaing.

Strategi bertahan sendiri dari:

1. Strategi berbenah diri
2. Strategi divestasi
3. Strategi likuidasi

Pemilihan strategi yang tepat merupakan awal dari keberhasilan organisasi. Pemilihan strategi harus disesuaikan dengan tingkat organisasi, apakah tingkat korporat, tingkat unit atau

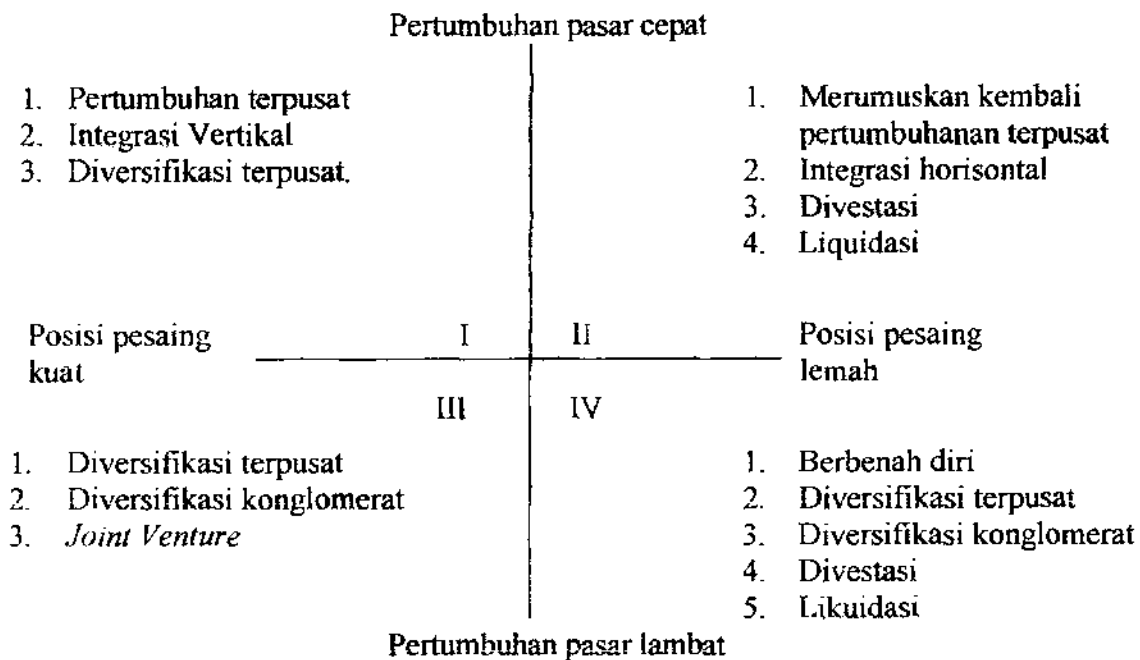
pada level fungsional. Kita mengenal 2 (dua) model untuk menganalisis strategi korporat bagi organisasi yaitu :

1. Model *Grand Strategy Clusters*

Model *Grand Strategy Clusters* dikembangkan oleh Christensen, berdasarkan tingkat pertumbuhan organisasi dan kekuatan pesaing.

Kombinasi dari pertumbuhan dan kelemahan atau kekuatan organisasi tersebut menghasilkan 4 kategori kuadran pilihan yaitu :

1. Posisi bersaing yang kuat di pasar yang tumbuh cepat
2. Posisi bersaing yang lemah di pasar yang tumbuh cepat
3. Posisi bersaing yang lemah di pasar yang tumbuh lambat
4. Posisi bersaing yang kuat di pasar yang tumbuh lambat



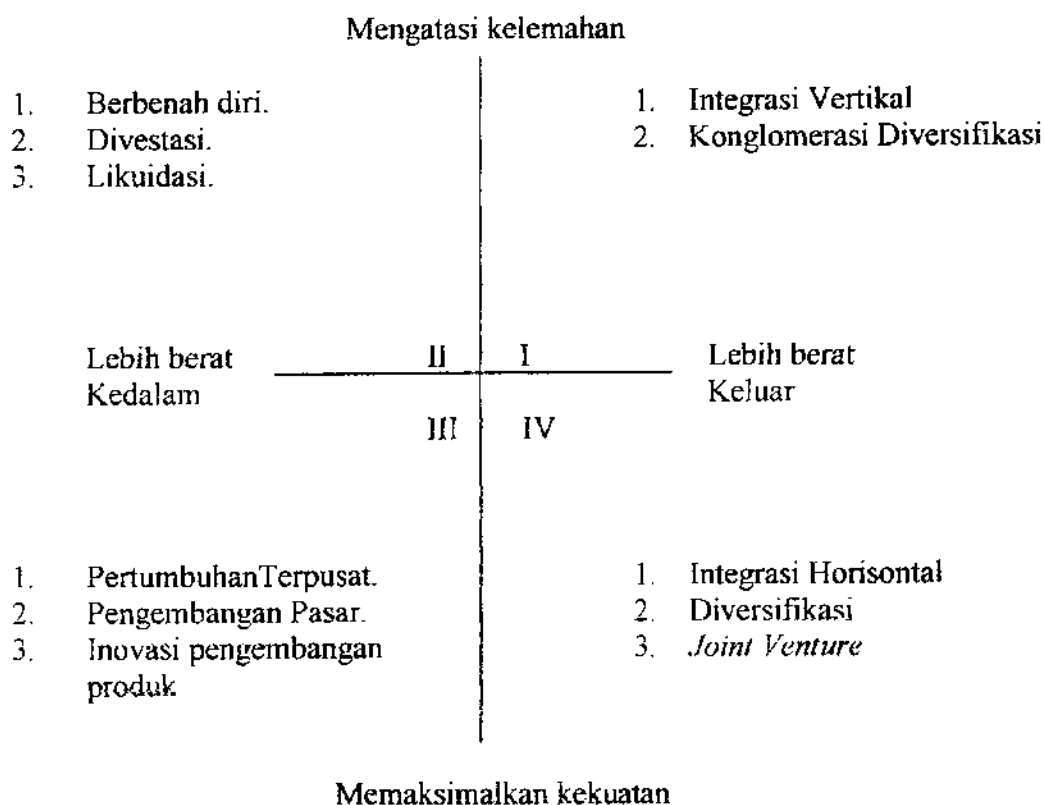
Sumber : Hor K.K. dalam *Strategic Management*, 1999

Gambar 2.6 : Pemilihan Strategi Menurut Christensen

2. Matriks *Grand Strategy Selection*.

Sementara itu Pearce II J. A. (1997) dalam Manajemen Strategik mengemukakan bahwa pemilihan strategi dipengaruhi 2 (dua) variabel utama yaitu pertumbuhan organisasi dan kekuatan organisasi. Apakah titik berat organisasi pada pertumbuhan internal ataukah pada pertumbuhan eksternal dan apakah organisasi lebih suka mengatasi kelemahan atau lebih suka memaksimalkan kekuatan.

Atas dasar 4 (empat) variabel tersebut Pearce II (1997) menyusun beberapa kemungkinan strategi yang dapat dipilih oleh suatu organisasi, tergantung posisi dari organisasi tersebut pada kuadran I, II, III atau IV.



Sumber : Pearce II J.A.: Manajemen Strategik : 1997

Gambar 2.7 : Matriks Pemilihan Strategi Menurut Pearce II J.A.

2.3.4.2 Strategi Tingkat Bisnis

Terdapat 3 (tiga) jenis strategi tingkat bisnis yaitu: Matriks Ansoff's, Strategi Kompetitif dari Porter, dan Strategi 5 P dari Marion J. Ball (Ball, 1999). Pembahasan Strategi 5 P dari Marion J. Ball akan disajikan tersendiri atas dasar kelengkapan bahasan dibanding strategi Ansoff maupun Porter.

1. Matriks ANSOFF'S

		Produk atau Jasa	
		Yang ada	Baru
Pasar	Yang ada	Penetrasi Pasar	Pengembangan produk
	Baru	Pengembangan Pasar	Difersifikasi

Sumber : Hor K.K. : *Strategic Management* : 1999

Gambar 2.8 : Matriks Ansoff

Igor Ansoff menawarkan 4 (empat) spektrum strategi, yaitu : Penetrasi pasar (yang ada); Pengembangan pasar (baru); Pengembangan produk; Diversifikasi (produk baru, pasar baru)

2. Strategi Kompetitif dari Porter

Michael Porter mengemukakan 3 (tiga) strategi generik, yaitu :

2.1. *Cost Leadership.*

Mempergunakan biaya sekecil mungkin untuk mengoperasikan organisasi dengan lebih efisien dibandingkan pesaing.

2.2. *Differentiation*

Yaitu suatu usaha untuk menciptakan produk atau jasa yang berbeda dibanding produk atau jasa pesaing.

2.3. *Focus.*

Memusatkan perhatian pada produk, jasa atau pangsa pasar tertentu.

		Manfaat Kompetitif	
Target	melebar	<i>Cost Leadership</i>	<i>Differentiation</i>
	menyempit	<i>Cost Focus</i>	<i>Differentiation Focus</i>

Sumber : Hor K.K.: *Strategic Management* : 1999

Gambar 2.9 : Matriks Porter

2.3.5 Strategi 5 P dari Marion J. Ball

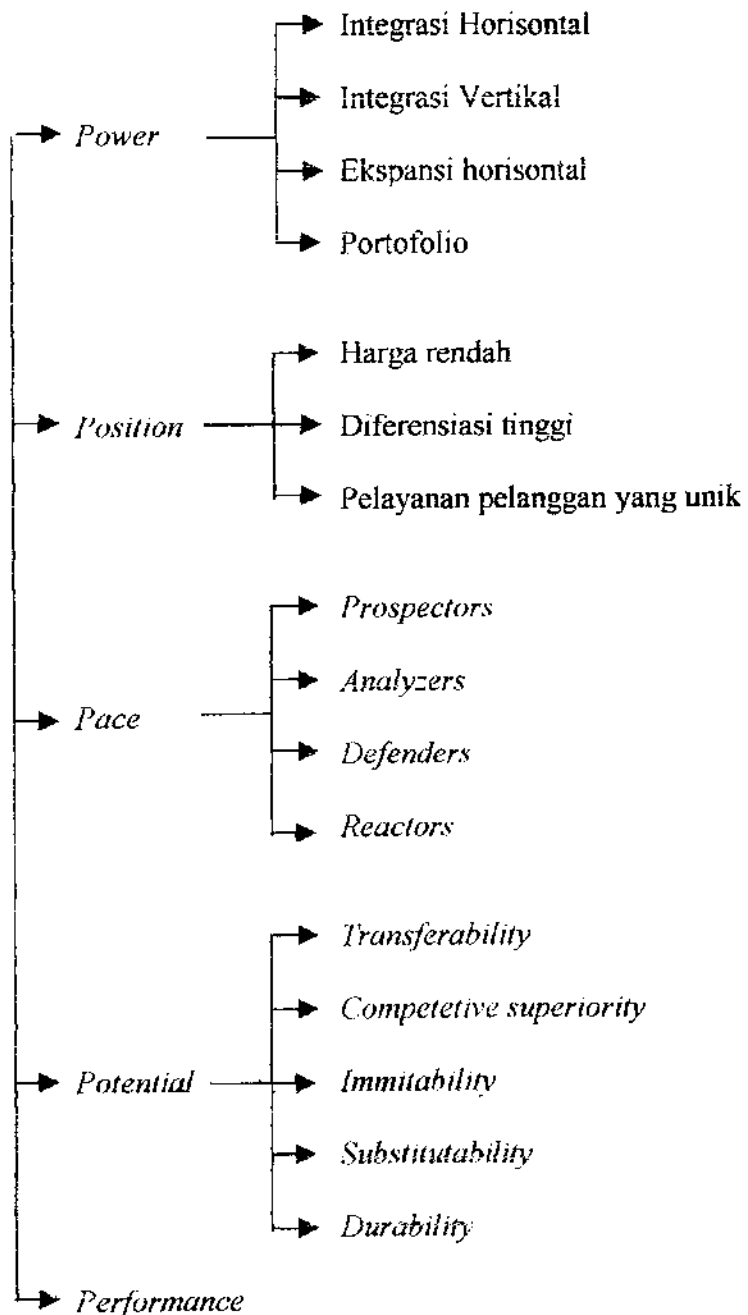
Metode analisis pemilihan strategi yang lain adalah sebagaimana yang dikemukakan oleh Ball (1999) dalam *Performance Improvement Through Information Management*. Dalam buku tersebut dikemukakan 5 sarana untuk memperoleh keunggulan bersaing (*Competitive Advantage*) yang disingkat “5 Ps” yaitu :

1. *Power* : diperoleh dengan akumulasi dari konsolidasi masa yang efektif.
2. *Position* : diperoleh dengan mencapai nilai tertentu menurut pelanggan.
3. *Pace* : diperoleh dengan mengelola waktu dan intensitas kegiatan.
4. *Potential*: diperoleh dari akumulasi sumberdaya dan kemampuan yang terbatas.
5. *Performance*: diperoleh melalui efisiensi dan efektivitas kegiatan.

3.1 *Power*

Power adalah kemampuan bersaing dari suatu organisasi organisasi. *Power* dapat diperoleh melalui akumulasi masa, yang dalam pengertian *Power Strategy* bisa diartikan sebagai kekuatan pasar bisa juga sebagai skala ekonomi.

Ada 4 kategori strategi yaitu: Integrasi Horizontal; Integrasi Vertikal; Ekspansi Horizontal; Portofolio.



Sumber: Ball M.J. dalam *Performance Improvement Through Information Management*, 1999

Gambar 2.10 : Model Pemilihan Strategi Marion J. Ball.

3.2 *Position*

Position adalah kedudukan organisasi di antara pesaing-pesaingnya, apakah organisasi tersebut *leader* atau *follower*. Posisi *leader* bisa diraih melalui strategi posisi berikut ini:

1. Menawarkan harga yang rendah.
2. Diferensiasi yang tinggi.
3. Pelayanan pelanggan yang unik.

3.3 *Pace*

Pace strategy adalah waktu awal suatu produk baru mulai ditawarkan. Organisasi yang paling awal menawarkan suatu produk akan memetik keuntungan yang lebih besar. Karena itu waktu merupakan dimensi kritis dalam strategi.

Miles dan Snow (Ball, 1999) mengklasifikasikan organisasi menurut keberaniannya dalam mengambil risiko secara agresif sebagai berikut:

1. *Propectors.*

Organisasi yang sering mencari pasar baru sering kali melaksanakan eksperimen dan inovasi.

2. *Analyzer.*

Organisasi yang mempertahankan kestabilan sambil mencari kesempatan baru sering timbul.

3. *Defenders.*

Organisasi yang senantiasa mencari kesempatan tambahan untuk tumbuh, dan jarang mengadakan penyesuaian.

4. *Reactor.*

Organisasi yang mencari kesempatan tetapi tidak mengadaptasi secara efisien.

3.4 *Potential*

Potensial adalah kemampuan dan sumberdaya yang mungkin memberikan keuntungan bagi organisasi. Nyatanya tidak semua kemampuan dapat membuka keuntungan bersaing. Calling dan Montgomery (Ball, 1999) mengidentifikasi beberapa karakteristik esensial yang dibutuhkan agar sarana dan kemampuan dapat menjadi strategi yang penting, yaitu:

1. *Transferability.*

Dapat ditransformasikan kedalam sarana atau jasa yang berharga bagi pelanggan.

2. *Competitive Superiority.*

Lebih baik dari sarana atau kemampuan pesaing

3. *Immitability.*

Tak dapat ditiru oleh pesaing dengan mudah.

4. *Substituability.*

Tak dapat digantikan oleh pesaing.

5. *Durability.*

Harganya tak dapat turun dengan cepat.

3.5 *Performance*

Performance adalah penampilan dari suatu organisasi. Kunci sukses dari organisasi terletak pada implementasi strategi, yaitu efektifitas pelaksanaan organisasi dan efisiensi pemakaian sumberdaya yang dimilikinya. Pada penelitian ini *performance* diartikan sebagai

penampilan puskesmas dalam melaksanakan pembinaan lansia di wilayah kerjanya dan penampilan secara umum yaitu hasil stratifikasi puskesmas.

2.3.6 Pemilihan Strategi.

Saat ini ilmu strategi telah berkembang demikian pesat sehingga strategi dapat diimplementasikan di semua jenis organisasi, baik organisasi bisnis, organisasi publik, organisasi politik maupun jenis organisasi lainnya. Akan tetapi mengingat tiap jenis organisasi memiliki sifat khusus yang berbeda satu sama lain, maka pilihan strategi yang dipergunakan berbeda pula. Dinas Kesehatan, bersama puskesmas di dalamnya, adalah organisasi publik, karena itu strategi yang dipilih tentu berbeda dengan organisasi bisnis.

Model strategi Ansoff didasarkan pada analisis faktor lingkungan eksternal dan lingkungan internal. Untuk faktor lingkungan eksternal Ansoff memilih pasar dan untuk faktor lingkungan internal dipilih produk atau jasa. Mengingat kesehatan adalah masalah yang amat kompleks maka strategi yang didasarkan pada analisis 2 (dua) faktor saja akan menimbulkan bias yang besar.

Model strategi Porter memilih menganalisis faktor internal saja, yaitu target dan manfaat kompetitif. Berdasarkan hasil analisis terhadap dua faktor tersebut ditentukan 3 (tiga) kemungkinan strategi. Model Porter hampir sama dengan Ansoff dalam pemilihan jenis faktor yang dianalisis. Jadi kurang tepat untuk diimplementasikan di bidang kesehatan.

Christensen menawarkan 4 (empat) kuadran pilihan strategi berdasarkan analisis terhadap faktor internal yaitu kecepatan pertumbuhan dan faktor eksternal yaitu kekuatan posisi pesaing. Berdasarkan analisis kedua hal tersebut dikembangkan 4 (empat) set pilihan strategi. Hal yang sama dilakukan oleh Pearce II (1997). Perbedaannya adalah Pearce II

menganalisis kelemahan dan kekuatan organisasi dan kecenderungan organisasi tersebut keluar atau kedalam.

Ke empat model di atas memiliki kesamaan yaitu strategi yang akan dipilih berdasarkan analisis faktor internal dan atau faktor eksternal sudah ditentukan dalam salah satu dari 4 (empat) set pilihan strategi. Untuk organisasi publik bidang kesehatan hal ini kurang tepat mengingat faktor yang mempengaruhi organisasi sangat majemuk.

Model pemilihan strategi yang lain dikemukakan oleh Ball yang lebih dikenal dengan strategi 5 P, yaitu *Power, Position, Pace, Potential, dan Performance*. Masing-masing dari pilihan strategi utama ini terdiri dari beberapa pilihan strategi berdasarkan analisis faktor internal dan faktor eksternal organisasi. Dengan demikian pilihan strategi tidak hanya pada set strategi yang sudah ditentukan akan tetapi dapat dikembangkan sesuai hasil analisis lingkungannya. Maka yang paling tepat untuk menentukan strategi kesehatan adalah model 5P dari Ball.

2.3.7. Mewirausahakan birokrasi

Uraian berikut ini didasarkan pemikiran Osborne dan Gaebler (1999), yang prihatin terhadap kinerja organisasi pemerintah yang tidak bisa setinggi kinerja organisasi swasta atau dunia wirausaha.

Telah disebutkan di muka bahwa pemikiran tentang strategi pada umumnya dirancang untuk organisasi laba atau dunia kewirausahaan, agar strategi tersebut dapat diadopsi oleh organisasi nirlaba diperlukan perubahan perilaku dari para pelaku organisasi nirlaba itu sendiri. Terdapat 10 (sepuluh) sikap yang memerlukan transformasi untuk menuju kearah sifat wirausaha di kalangan birokrat.

1. Pemerintah katalis: Mengarahkan daripada mengayuh.

Salah satu peran pemerintah secara tradisional adalah mengumpulkan pajak kemudian dari dana yang terkumpul tersebut pemerintah memberikan pelayanan kepada masyarakat. Akan tetapi ketika penduduk semakin banyak dan semakin berkembang sedangkan pertumbuhan ekonomi semakin buruk, maka pemerintah akan mengalami kesulitan dalam memberikan pelayanan kepada pembayar pajak.

Maka peran pemerintah demikian perlu definisi ulang. Dana yang terbatas tersebut tidak hanya dipergunakan pelayanan semata melainkan lebih banyak untuk merangsang sektor swasta dan masyarakat itu sendiri agar mereka tertarik untuk menekuni bidang pelayanan masyarakat. Model demikian tidak memerlukan banyak tenaga dan biaya, sehingga banyak dana dapat dihemat. Cukup sedikit tenaga tetapi mereka yang memiliki kemampuan konseptual tinggi. Akibatnya akan banyak tenaga, terutama golongan bawah yang terkena pemutusan hubungan kerja. Karena itu agar tidak timbul gejolak yang berarti pemerintah berkewajiban untuk menyalurkan tenaga tersebut ke sektor swasta.

Cara lain yang tengah dirintis di Indonesia adalah dengan sistem Swadana. Sistem ini memperbolehkan unit kerja untuk mempergunakan secara langsung pendapatan yang diperolehnya guna membayar biaya operasionalnya.

2. Pemerintah milik masyarakat

Seiring dengan penambahan dan perkembangan penduduk kota tingkat sosial ekonomi masyarakat semakin tinggi dan tuntutan untuk memperoleh pelayanan juga semakin meningkat baik jenis maupun kualitasnya. Untuk memenuhi tuntutan tersebut pemerintah memerlukan tenaga dan sarana yang semakin banyak, dan ini berarti pemerintah dituntut untuk menyediakan dana yang cukup besar. Apabila kondisi ini

dibiarkan maka jumlah dana yang disediakan pemerintah tidak akan mencukupi untuk memenuhi tuntutan masyarakat.

Karena itu pemerintah perlu mengidentifikasi peran-peran yang dapat dialihkan ke masyarakat, sedangkan pemerintah berfungsi sebagai pengarah semata. Misalnya penjagaan keamanan dengan program sistem keamanan lingkungan (siskamling), pendidikan dengan persatuan orang tua murid dan guru (POMG) yang bersama-sama mengelola sekolah, kesehatan dengan dewan penyantun yang membantu memikirkan perkembangan dan pembangunan rumah sakit.

Inti dari pemikiran ini adalah bahwa masyarakat lebih memahami masalahnya sendiri dari pada tenaga profesional yang paling ahli sekalipun. Banyak kelebihan apabila pemerintah memberikan kewenangan kepada masyarakat dibandingkan pelayanan oleh profesional yaitu :

1. masyarakat memiliki komitmen yang lebih tinggi
 2. masyarakat lebih memahami masalahnya sendiri
 3. masyarakat memiliki kepedulian yang lebih besar.
 4. masyarakat lebih fleksibel
 5. pelayanan masyarakat lebih murah
 6. standar perilaku yang ditetapkan lebih efektif
 7. masyarakat menfokuskan pada kapasitas sedangkan sistem pelayanan pada kekurangan.
3. Pemerintah yang komprehensif

Kompetisi di antara lembaga politik akan mempersulit pemerintah dalam

melaksanakan peran koordinasinya. Akan tetapi kompetisi akan menumbuhkan upaya untuk meningkatkan mutu, menekan biaya dan memuaskan pelanggan.

Lebih lanjut keuntungan kompetisi adalah :

1. Meningkatkan efisiensi
 2. Memaksa monopoli (pemerintah atau swasta) untuk merespon segala kebutuhan pelanggan
 3. Menghargai inovasi, sedangkan monopoli melemahkannya
 4. Membangkitkan semangat dan rasa harga diri pegawai negeri
4. Pemerintah yang digerakkan oleh misi

Peraturan memang penting karena dengan peraturan kepentingan semua anggota masyarakat dapat dipenuhi tanpa mengurangi kepentingan anggota masyarakat yang lain. Akan tetapi yang perlu diingat adalah dasar dari peraturan tersebut dibuat adalah visi dan misi masyarakat. Maka apabila peraturan sudah tidak sesuai lagi dengan visi dan misi masyarakat maka peraturan tersebut harus dirubah.

Sisi buruk dari peraturan telah membuat para birokrat memaksa masyarakat untuk mematuhi peraturan walaupun peraturan tersebut sudah tidak sesuai lagi, dan sebaliknya birokrat tidak bergerak (tidak melakukan aktifitas) apabila tidak ada peraturan.

Berikut ini adalah beberapa keunggulan pemerintah yang digerakkan oleh masyarakat :

1. lebih efektif
2. lebih efisien
3. lebih fleksibel
4. lebih inovatif

5. memiliki semangat yang lebih tinggi.

5. Pemerintah yang berorientasi hasil.

Dalam upaya memberantas penyakit gondok endemik, pemerintah mengalokasikan dana yang cukup besar ke daerah yang memiliki prevalensi gondok endemik besar seperti Kabupaten Malang, Blitar, Pasuruan dan sebagainya, sebaliknya daerah-daerah bebas gondok endemik mendapat alokasi dana yang sangat sedikit atau bahkan tidak dialokasikan. Secara sepintas hal ini sangat logis, karena dana tersebut akan dipergunakan untuk membeli kapsul yodium yang akan dibagikan kepada masyarakat yang menderita penyakit gondok endemik.

Akan tetapi hasilnya sangat mengherankan karena penyakit gondok tidak kunjung berkurang bahkan beberapa daerah prevalensinya semakin tinggi. Hal ini menimbulkan pertanyaan : tidakkan dana tersebut cenderung merangsang para pegawai untuk “melestarikan” penyakit gondok endemik agar dana operasional tersebut tidak menghilang dari daerah mereka lantaran penyakit gondok endemik sudah tidak ada lagi.

Jadi perlu dipikirkan indikator kinerja yang dipakai untuk memberikan penghargaan kepada karyawan yang berhasil dan juga kepada daerah yang berhasil dalam mengatasi masalahnya.

6. Pemerintah yang berorientasi pelanggan

Kebanyakan organisasi pemerintah tidak mengenal atau tidak mau mengenal pelanggan mereka. Padahal pemerintah yang demokratis lahir semata-mata hanya untuk melayani warganya, karena itu pemerintah dituntut untuk memuaskan pelanggannya. Akan tetapi tidak banyak pemerintah yang melakukan hal ini, penyebabnya adalah karena pelanggan mereka bukan pemasok dana bagi unit kerjanya. Pemikiran demikian akan

membelenggu organisasi tersebut pada kerutinan pelayanan berdasarkan pada tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan oleh undang-undang atau peraturan. Pemikiran demikian tidak sesuai lagi dengan tuntutan masyarakat. Maka organisasi pemerintah perlu mengenali siapa pelanggannya dan kemudian berkomunikasi dengan pelanggannya tersebut agar organisasi mengetahui apa yang pelanggan inginkan.

7. Pemerintah wirausaha

Sebagaimana telah disebutkan di muka, secara tradisional pemerintah membiayai operasionalnya dengan dana pajak. Di sisi lain pajak tidak populer di mata masyarakat, maka pemerintah perlu mencari sumberdana lain untuk membiayai operasionalnya.

Pemerintah yang bijak berusaha mengintervensi pasar dengan menciptakan nilai pada suatu kawasan. Misalnya dengan membangun fasilitas umum tertentu (lapangan olahraga, rumah sakit, perguruan tinggi) di suatu kawasan, dengan upaya ini masyarakat diuntungkan karena nilai fasilitas yang dimiliki oleh masyarakat akan meningkat, dan pada akhirnya pemerintah mendapat tambahan pendapatan dari laba lebih masyarakat akibat nilai kawasan yang meningkat.

Paradigma baru dari pemerintah wirausaha adalah pembelanjaan uang pada sektor yang sebenarnya adalah menabung. Suatu hal penting yang patut dipikirkan adalah bagaimana memberikan insentif kepada pegawai negeri yang dapat mendorong mereka untuk meningkatkan pendapatan pemerintah.

8. Pemerintah antisipatif

Pencegahan lebih efisien dari pada pengobatan adalah ungkapan populer di kalangan kesehatan. Ungkapan demikian ternyata dapat juga diterapkan di semua sektor

pelayanan publik. Misalnya Dinas Pemadam Kebakaran akan menghemat biaya yang besar dengan cara lebih banyak mengalokasikan dana untuk penyuluhan dan pelatihan pencegahan dan penanggulangan kebakaran daripada alokasi untuk membeli peralatan pemadam kebakaran, polisi dapat menghemat dana yang besar bila lebih banyak mengalokasikan dana untuk memberdayakan masyarakat dalam siskamling dari pada alokasi untuk menmburu para penjahat.

Pencegahan berarti mengantisipasi jauh ke depan. Kita telah mengenal 3 (tiga) jenis orang dalam era ini yaitu mereka yang membuat sesuatu menjadi terjadi, mereka yang menyaksikan segala sesuatu terjadi, dan mereka yang tidak tahu apa yang terjadi pada dirinya. Karena itu pemerintah dalam hal ini adalah tiap kota perlu memikirkan pembentukan komisi masa depan, yaitu sekelompok anggota masyarakat yang memikirkan, menganalisa trend dan mengembangkan skenario analisis masa depan. Paling tidak tiap kota membuat perencanaan strategis yang memuat keputusan-keputusan masa depan. Dan yang paling penting adalah adanya keberanian para politikus dan penyelenggara negara untuk membuat anggaran jangka panjang, bukan anggaran tahunan dengan metode berimbang yang harus habis pada tiap tahunnya, misalnya dengan mengalokasikan dana cadangan, dana kontingensi atau pun dana abadi.

9. Pemerintah desentralisasi

Kita telah memikirkan desentralisasi sejak lama, uji coba pertama dilaksanakan pada tahun 1995 dengan menentukan Kabupaten Sidoarjo sebagai daerah percontohan. Akan tetapi kita baru benar-benar melaksanakan desentralisasi setelah pemerintah Orde Baru jatuh dan reformasi bergulir di Indonesia. Namun demikian diperlukan waktu yang cukup lama untuk benar-benar desentralisasi. Karena desentralisasi berarti memberikan otoritas

atau kewenangan luas kepada daerah, dan ini juga berarti pemerintah dituntut untuk menggerakkan keputusan ke pinggir, yaitu kepada masyarakat dan lembaga swadaya masyarakat.

Keunggulan dari lembaga yang didesentralisasikan adalah :

1. lebih fleksibel
2. lebih efektif
3. lebih inovatif
4. menghasilkan semangat kerja yang lebih tinggi

10. Pemerintah berorientasi pasar

Pemerintah pada umumnya identik dengan program. Program akan menciptakan berbagai proyek, dan proyek selalu menjanjikan penghasilan tambahan. Hal ini akan mendorong para pelaksana program untuk menghabiskan energinya guna mempertahankan program tersebut, bukannya untuk berupaya menyelesaikan program dengan baik.

Karena itu pemerintah wirausaha beralih pandangan dari orientasi program ke orientasi pasar. Pemerintah selalu berusaha menangkap peluang-peluang yang berkembang di pasar dan menciptakan peluang berdasarkan perkembangan pasar.

Berikut ini adalah kelemahan dari pemerintah yang digerakkan oleh program dan bukan digerakkan oleh pasar :

1. program dikendalikan oleh parlemen bukan oleh pelanggan
2. program digerakkan oleh politik bukan oleh kebijakan
3. program menciptakan "kapling usaha" bagi pegawai, yang akan tetap dipertahankan keberadaannya

4. program cenderung membentuk sistem pemberian jasa yang terfragmentasi.
5. program tidak swa koreksi
6. program jarang mati, kecuali dimatikan oleh parlemen
7. program jarang mencapai skala kebutuhan untuk membuat dampak yang berarti.
8. program biasanya menggunakan perintah bukan insentif.

Peran utama pemerintah dalam hal ini adalah merestrukturisasi pasar, terdapat

12 (dua belas) cara untuk mencapai hal itu :

1. menetapkan peraturan pasar
2. menyediakan informasi bagi konsumen
3. memperbanyak dan menciptakan permintaan
4. mengkatalisasi penawaran sektor swasta
5. menciptakan investasi pasar untuk mengisi ketimpangan pasar
6. mempercepat pembentukan pasar baru
7. mengubah kebijakan investasi publik
8. bertindak sebagai pialang bagi pembeli dan penjual
9. pemberian harga kegiatan melalui peraturan pajak
10. pemberian harga kegiatan melalui pungutan dampak
11. mengelola permintaan melalui pungutan pemakai
13. membangun komunitas.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

Tesis ini didasari oleh beberapa teori yaitu: teori proses penuaan, (Hardiwinoto, 1999; Hendricks, 1978), teori tentang kebutuhan pembinaan kesehatan dan teori manajemen strategi.

Atas dasar teori tersebut dapat disusun kerangka konseptual sebagai berikut :

1. Proses Perencanaan Strategi dalam tesis ini diawali dengan analisis terhadap faktor eksternal dan faktor internal Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Baik faktor eksternal maupun faktor internal dianalisis berdasarkan pemilihan strategi Marion J. Ball, yaitu dengan variabel 5 P.
2. Analisis faktor eksternal diarahkan terhadap perspektif klien, mengingat penelitian ini mengenai lansia maka dalam hal ini adalah perspektif lansia, sedangkan perspektif klien non lansia tidak diteliti. Perspektif lansia yaitu yang berhubungan dengan faktor sosio demografi, sosio psikologi, kondisi kesehatan, dan kondisi ekonomi. Selain itu analisis juga diarahkan terhadap perspektif provider yang mungkin dapat diamati melalui analisis faktor eksternal.
3. Demikian pula analisis faktor internal lebih diarahkan terhadap perspektif *provider* dalam hal ini adalah petugas pembina lansia dan Kepala Puskesmas, yaitu tentang dana, sarana, kegiatan, pelatihan dan performance pembinaan lansia, serta kerjasama dan inovasi Puskesmas. Selain itu juga diarahkan terhadap perspektif klien yang mungkin dapat diamati melalui analisis faktor internal.

4. Selanjutnya dilakukan analisis statistik deskriptif untuk menentukan faktor yang paling dominan dari perspektif klien dan dari perspektif *provider* untuk masing-masing variabel pemilihan strategis menurut Ball tersebut.

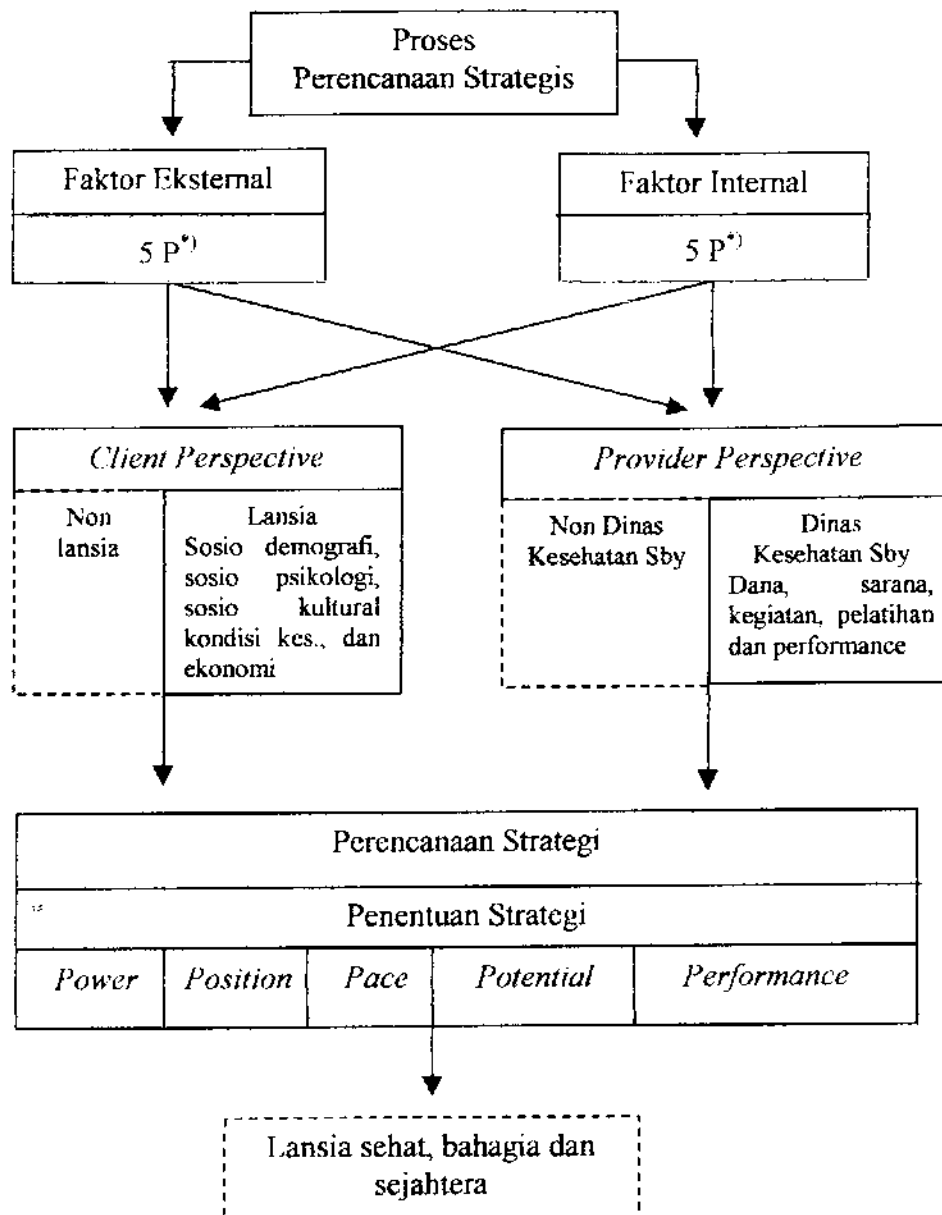
Dari hasil analisis terhadap faktor internal dan eksternal tersebut disusunlah suatu perencanaan strategi pembinaan lansia di Kota Surabaya berdasarkan model pemilihan strategi dari Ball (1999) yang dikenal dengan 5 P.

Tahap manajemen strategi selanjutnya adalah implementasi strategi, pada tahap ini strategi yang telah disusun tersebut diimplementasikan pada sasaran yang telah ditentukan dalam bentuk program atau kegiatan. Selanjutnya untuk menjaga agar pelaksanaan strategi tersebut senantiasa mengarah pada tujuan yang ditetapkan dengan tetap mengacu visi yang disusun maka dilakukan evaluasi strategi.

Evaluasi strategi dilakukan terhadap tiap tingkat dari proses manajemen strategi. Yaitu mulai dari perencanaan sampai dengan evaluasinya itu sendiri. Dengan demikian diharapkan kehidupan lansia di Kota Surabaya akan lebih sehat, bahagia dan sejahtera.

Dalam penulisan tesis ini hanya dibatasi pada penyusunan strategi pembinaan lansia bidang kesehatan saja.

Selanjutnya kerangka konseptual yang diajukan tersebut dapat dilihat pada gambar 3.1. Proses perencanaan strategi diawali dengan analisis terhadap faktor internal dan faktor eksternal organisasi. Faktor eksternal yang dianalisis adalah faktor yang berhubungan dengan perspektif klien, mengingat penelitian ini adalah mengenai lansia maka klien pada penelitian ini adalah lansia



Keterangan :

*) : 5 P adalah *Power, Position, Pace, Potential, Performance*

----- Variabel yang tidak diteliti

————— Variabel yang diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.

Di samping itu faktor eksternal juga memiliki pengaruh terhadap perspektif *provider*. Sedangkan faktor internal yang dianalisis adalah faktor yang berhubungan dengan perspektif *provider*, dalam hal ini adalah petugas puskesmas. Faktor internal ini juga memiliki pengaruh terhadap perspektif klien. Kedua faktor tersebut, yaitu faktor eksternal dan faktor internal organisasi dianalisis berdasarkan variabel pemilihan strategis menurut Ball (1999), yaitu *Power, Position, Pace, Potensial* dan *Performance* disebut 5 P.

Selanjutnya dilakukan analisis statistik deskriptif. untuk menentukan faktor yang paling dominan dari perspektif klien dan dari perspektif *provider* untuk masing-masing variabel pemilihan strategis menurut Ball (1999) tersebut. Berdasarkan faktor dominan dari masing-masing variabel 5 P tersebut disusunlah perencanaan strategis organisasi dengan penentuan strategi yang dipergunakan termasuk didalamnya.

Dengan demikian dapat diimplementasikan strategi yang sesuai dengan faktor internal dan faktor eksternal organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya serta sekaligus sesuai dengan perspektif klien maupun perspektif *provider*. Pada akhirnya diharapkan dapat tercapai kondisi yang diharapkan yaitu lansia yang sehat bahagia dan sejahtera.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancang bangun penelitian ini adalah penelitian survei yang dilakukan secara *crosssectional*. Survei dilakukan dengan wawancara dan *indept interview* menggunakan kuesioner dan daftar tilik sebagai alat pengumpul data terhadap sampel yang diambil secara acak dari populasi yang ada.

Untuk memudahkan analisis dalam penentuan strategi maka survei dilakukan dalam 2 tahap. Tahap pertama adalah survei kebutuhan dengan sasaran lansia, kemudian dilakukan tabulasi dan perhitungan. Berdasarkan hasil analisis sementara tahap pertama ini dilakukan survei tahap kedua dengan sasaran *provider*. Oleh karena itu survei kedua menggunakan kuesioner gabungan terbuka dan tertutup, di mana beberapa kuesioner akan dikembangkan setelah hasil survei tahap pertama didapatkan. Sedangkan metode yang dipakai adalah wawancara dan *indept interview*.

4.2 Populasi, Sampel dan Besar Sampel.

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian ini dibagi sebagai berikut:

1. Lansia: adalah seluruh warga kota Surabaya yang pada saat awal penelitian telah mencapai usia 60 tahun atau lebih, bertempat tinggal dan menetap di Surabaya,
2. Kepala puskesmas: berjumlah 48 orang

3. Pembina lansia
4. Kctua Panti Werda.

4.2.2 Sampel dan besar sampel.

4.2.2.1 Lansia

Mengingat populasi yang demikian besar dengan penyebaran yang sangat bervariasi, maka sampel diambil dengan menggunakan metode pengambilan sampel acak bertahap (*multistage random sampling*).

Proses pelaksanaannya dengan 2 tahap: tahap pertama menentukan sampel dasar Kecamatan terpilih. Pada tahap ini diambil 2 (dua) kecamatan secara acak, satu kecamatan berasal dari kelompok kecamatan dengan hasil pembinaan lebih besar atau sama dengan 60 % target (kecamatan baik) dan 1 kecamatan berasal dari kelompok kecamatan dengan hasil pembinaan lansia di bawah 60 % (kecamatan kurang). Pada tahap kedua dari masing-masing kecamatan diambil 2 (dua) kelurahan dengan cara pengambilan sampel acak sederhana (*sample random sampling*) sebagai lokasi penelitian. Selanjutnya tiap kelurahan diambil 50 % dari jumlah lansia secara random sebagai sampel. Apabila dengan cara di atas jumlah sampel masih kurang maka kelurahan tambahan dari kategori yang sejenis akan diambil dengan cara random sampai jumlah sampel terpenuhi (*consecutive sampling*).

Mengingat jumlah lansia yang selalu berubah dari waktu ke waktu maka besar sampel dihitung berdasarkan rumus infinit, dengan $\alpha = 0,05$ dan $p = 0,6$ sebagai berikut ini :

$$n = \frac{4 \cdot z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{W^2} \quad (\text{Hulley \& Cummings, 1988})$$

Dimana :

n : besar sampel

p : Estimasi proporsi Puskesmas yang melaksanakan pembinaan lansia dengan hasil baik = 0,6

q : 1-p

z : harga kurva normal yang tergantung dari harga α , dengan α 0,05 harga
z = 1,96

W = 0,15

$$n = \frac{4 \cdot Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{W^2}$$

$$n = \frac{4 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,6) \cdot (1-0,6)}{(0,15)^2}$$

= 163,90 dibulatkan keatas menjadi 164

4.2.2.2 Pembina lansia

Pembina lansia adalah jumlah petugas puskesmas yang mendapat wewenang dan tanggung jawab untuk melakukan pembinaan terhadap lansia (lihat Definisi operasional halaman 77).

4.2.2.3 Kepala Puskesmas

Mengingat puskesmas di Surabaya berjumlah 48 maka ada 48 orang sampel kepala puskesmas.

4.2.2.4 Kepala Pantiwerda

Di Surabaya hanya terdapat 3 pantiwerda, maka hanya 3 orang sampel kepala pantiwerda

4.2.2.5 Kriteria sampel

Mengingat kondisi fisik dan mental lansia sangat bervariasi, sedangkan penelitian ini memerlukan kerjasama dan komunikasi yang baik dari lansia yang terpilih sebagai sampel maka ditentukan bahwa lansia yang dipakai sebagai sampel adalah lansia yang dapat berkomunikasi dengan baik.

4.3 Kerangka Operasional.

Penelitian ini melaksanakan survei terhadap 2 jenis sasaran, yaitu sasaran *provider* yang terdiri dari kepala puskesmas dan petugas pembina lansia dan lansia itu sendiri.

Mula-mula dilakukan *survey* terhadap faktor internal yaitu puskesmas dan faktor eksternal yaitu lansia. Masing-masing faktor tersebut sudah dipilah menurut sifat dari penggolongan menurut strategi 5 P dari Ball (1999) yaitu *power, position, pace, potential dan performance*. Selanjutnya hasil *survey* tersebut dianalisis untuk menentukan interpretasi dari hasil tersebut apakah merupakan kekuatan, kelemahan ataukah netral (lihat tabel 5.22 halaman 140). Dari hasil *survey* ini disusun alternatif strategi untuk kemudian disajikan dalam *focus group discussion* (FGD). Kemudian dilakukan FGD yang pesertanya adalah : Komisi E DPRD Surabaya, tokoh lansia, Yayasan Abiyoso, BKKBN, Dinas Sosial Dan Pemberdayaan Perempuan Kota Surabaya, Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Ahli Geriatri, Ahli ilmu Sosial, dan pengelola panti werda, serta kader kesehatan di mana seluruh peserta diskusi telah mendapat naskah atau bahan diskusi untuk dipelajari. Selanjutnya hasil FGD tersebut dianalisis dengan memperhatikan hasil analisis faktor eksternal dan faktor internal pembinaan lansia dengan mempergunakan tabel silang sebagaimana tabel 6.1 (lihat halaman 159). Tahap terakhir dari penelitian ini adalah merumuskan pembinaan lansia di kota Surabaya.

Untuk lebih jelasnya dapat diperiksa gambar 4.1 pada halaman 73.

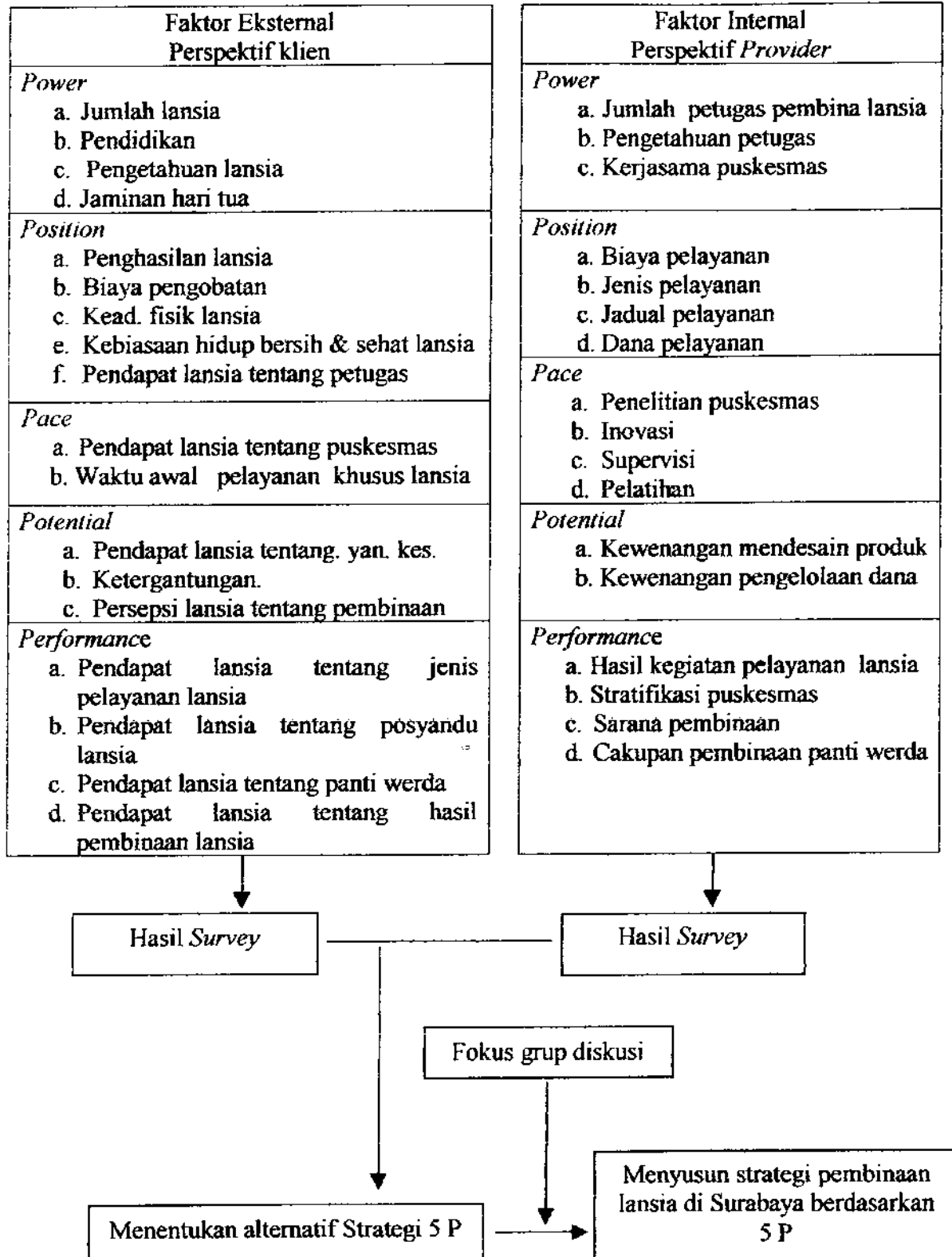


Diagram 4.1 : Kerangka Operasional

4.4 Variabel Penelitian.

Variabel dari penelitian ini adalah :

4.4.1 Faktor internal menurut perspektif *provider*.

4.4.1.1. *Power*

- a. Jumlah petugas pembina lansia.
- b. Pengetahuan petugas pembina lansia.
- c. Kerjasama puskesmas.

4.4.1.2. *Position*

- a. Biaya pelayanan.
- b. Jenis
- c. Jadwal pelayanan.
- c. Dana pelayanan.

4.4.1.3. *Pace*

- a. Penelitian puskesmas.
- b. Inovasi.
- c. Supervisi.
- d. Pelatihan.

4.4.1.4. *Potential*

- a. Kewenangan mendesain produk.
- b. Kewenangan pengelolaan dana .

4.4.1.5. *Performance*

- a. Hasil kegiatan pelayanan lansia.
- b. Stratifikasi puskesmas.

- c. Sarana pembinaan.
- d. Cakupan pembinaan panti wreda.

4.4.2. Faktor eksternal menurut perspektif klien.

4.4.2.1. *Power*

- a. jumlah lansia.
- b. Pendidikan lansia.
- c. Pengetahuan lansia.

4.4.2.2. *Position*

- a. Penghasilan lansia.
- b. Biaya pengobatan.
- c. Keadaan fisik lansia
- d. Kebiasaan hidup bersih dan sehat.
- e. Pendapat lansia tentang petugas

4.4.2.3. *Pace*

- a. Pendapat lansia tentang puskesmas.
- b. Waktu awal pelayanan khusus lansia.

4.4.2.4. *Potential.*

- a. Pendapat tentang pelayanan kesehatan.
- b. Ketergantungan
- c. Persepsi lansia tentang pembinaan..

4.4.2.5. *Performance.*

- a. Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia .
- b. Pendapat lansia tentang posyandu lansia.

- c. Pendapat lansia tentang panti werda.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional dari berbagai istilah pada penelitian ini disampaikan dalam bentuk tabel, yaitu pada tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1 Variabel, Definisi Operasional, Alat Ukur Dan Skala Pengukuran

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
A	Faktor Internal Perspektif <i>Provider</i>				
1	Jumlah petugas pembina lansia		Adalah jumlah petugas puskesmas yang mendapat wewenang dan tanggung jawab untuk melakukan pembinaan terhadap lansia, yang dinilai adalah jumlah dan pengetahuannya.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, tak ada: 1 b. Jelek, ada merangkap: 2 c. Baik, 1 orang petugas khusus: 3 d. Sangat baik, lebih dari 1 petugas khusus: 4	Ordinal
2	Pengetahuan petugas pembina lansia tentang pembinaan lansia		Adalah tingkat pengetahuan petugas pembina lansia tentang berbagai aspek pembinaan lansia. Aspek yang diukur adalah : a) manfaat pemeriksaan lansia, b) <i>screening</i> kesehatan lansia, c) macam kegiatan pada pembinaan lansia.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, bila nilai : 0 - 3 b. Jelek, nilai : 4--6 c. Baik, nilai : 7-9 d. Sangat baik, nilai : 10 - 12	Ordinal
		Manfaat pemeriksaan lansia	Adalah pengetahuan petugas tentang manfaat yang diperoleh lansia apabila ia memeriksakan kesehatannya secara rutin	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, tak ada jawaban yang benar, nilai : 1 b. Jelek, ada 1-2 jawaban yang benar: nilai: 2 c. Baik, ada 3-4 jawaban benar: 3 d. Sangat baik, semua jawaban benar: 4	ordinal
b.		<i>Screening</i> kesehatan lansia	Adalah pengetahuan petugas tentang jenis pemeriksaan pada <i>screening</i> kesehatan	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, tak ada jawaban yang benar: 1	

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
				b. Jelek, ada 1-2 jawaban yang benar: 2 c. Baik, ada 3-4 jawaban benar: 3 d. Sangat baik, semua jawaban benar: 4	
c.		Jenis kegiatan pembinaan lansia	Adalah jenis kegiatan pembinaan lansia yang seharusnya dilaksanakan puskesmas		
3	Kerjasama puskesmas		Adalah kerjasama puskesmas dengan institusi kesehatan maupun non kesehatan yang tidak termasuk dalam prgram puskesmas.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, tak ada: 1 b. Jelek, pernah sekarang tidak: 2 c. Baik, ada dengan 1-2 institusi: 3 d. Sangat baik, ada dengan > 2 institusi: 4	Ordinal
4	Biaya pelayanan kesehatan		Adalah biaya yang dikeluarkan lansia untuk memperoleh pelayanan di puskesmas yang meliputi biaya jasa pelayanan, biaya obat dan laboratorium serta biaya lain yang dibayar di puskesmas	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, tidak sesuai dengan tarip: 1 b. Jelek, sesuai dengan tarip, tetapi pasien membayar lagi untuk tambahan pelayanan: 2 c. Baik, sesuai dengan tarip untuk pelayanan tertentu: 3 d. Sangat baik, sesuai dengan tarip untuk semua jenis pelayanan: 4	Ordinal
5		Jenis pelayanan lansia	Adalah produk puskesmas dalam bentuk kegiatan pembinaan lansia. Aspek yang dinilai adalah a) pemeriksaan kesehatan di puskes	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, ada 0 - 2 kegiatan b. Jelek, ada 3-4 kegiatan c. Baik, ada 5-6 kegiatan	

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
			mas, b) pemeriksaan kesehatan di Panti werda c) penyuluhan, d) pengobatan, e) pelatihan kader, f) pembinaan posyandu lansia g) kegiatan inovatif	d. Sangat baik, ada > 6 kegiatan	ordinal
a.		Pemeriksaan kesehatan di puskesmas	Adalah pemeriksaan kesehatan lansia yang tidak sakit di puskesmas	Bila ada kegiatan nilainya 1 bila tidak ada kegiatan nilainya 0	Nominal
b.		Pemeriksaan kesehatan di panti werda	Adalah pemeriksaan kesehatan lansia oleh puskesmas di Panti werda		
c.		Penyuluhan	Penyuluhan pada kelompok lansia oleh petugas puskesmas		
d.		Pengobatan	Adalah upaya pengobatan kepada lansia sakit di puskesmas		
e.		Pelatihan kader	Adalah pelatihan kader lansia oleh puskesmas		
f.		Pembinaan posyandu lansia	Adalah upaya pembinaan posyandu lansia		
g.		Kegiatan inovatif	Adalah kegiatan selain yang telah disebutkan diatas		
6	Jadual Pelayanan lansia di puskesmas		Adalah jadual pelayanan bagi lansia yang memerlukan pelayanan di puskesmas	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek : tidak ada b. Jelek : ada tak dilaksanakan c. Baik: ada kadang dilaksanakan d. Sangat baik: ada selalu dilaksanakan	Ordinal
7	Dana pembinaan lansia		Adalah Jumlah dana yang dipergunakan untuk melaksanakan pembinaan lansia	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek: 0% - 49% dari kebutuhan	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
			di wilayah kerja puskesmas.	b. Jelek : 50% - 99% dari kebutuhan c. Baik : sesuai dengan kebutuhan d. Sangat baik : melebihi kebutuhan	
8	Penelitian puskesmas		Adalah penelitian yang dilaksanakan oleh Puskesmas terhadap warga yang ada dalam wilayah kerjanya baik terhadap pelayanan maupun lingkungan Puskesmas.	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek : tak ada penelitian dalam 2 tahun terakhir. b. Jelek : pernah ada sekarang tidak c. Baik : ada 1-2 penelitian pertahun d. Sangat baik : ada > 2 penelitian per tahun.	Ordinal
9	Inovasi		Adalah jenis kegiatan puskesmas yang tidak ada dalam menu pelayanan wajib puskesmas baik berdasarkan stratifikasi maupun standard Pelayanan Minimal Puskesmas	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek : tak ada inovasi dalam 2 tahun terakhir. b. Jelek : pernah ada sekarang tidak c. Baik : ada 1-2 jenis inovasi. d. Sangat baik : ada > 2 jenis inovasi	Ordinal
10	Supervisi		Adalah pembinaan program dari pembina program Dinas Kesehatan Kota, yaitu Kepala Seksi Kesehatan Keluarga atau Kepala Sub Seksi Lansia. kepada pelaksana program pembinaan lansia. Aspek yang dinilai adalah : a) frekuensi supervisi b) Masalah yang dipecahkan.	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek : nilai 0 - 1 b. Jelek : nilai 2 - 4 c. Baik : nilai 5 - 6 d. Sangat baik nilai : 7 - 8	Ordinal
a.		Frekuensi supervisi	Adalah banyaknya supervisi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota ke petugas pembina lansia	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek : tak ada supervisi dalam 1 tahun terakhir, nilai : 1	

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
				b. Jelek : 1-2 kali supervisi pertahun, nilai : 2 c. baik : 3 – 4 kali pertahun, nilai : 3 d. sangat baik : >5 kali pertahun nilai : 4	Ordinal
b.		Masalah yang dipecahkan	Adalah banyaknya masalah yang dapat dipecahkan dalam supervisi	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek : 0% - 49% masalah, nilai : 1 b. Jelek : 50% - 79% masalah, nilai : 2 c. Baik 80% - 99 % masalah, nilai : 3 d. Sangat baik 100 % masalah, nilai : 4	Ordinal
11	Pelatihan pembinaan lansia		Adalah peningkatan pengetahuan dan ketrampilan yang diberikan oleh pembina program kepada pelaksana program	Kuesioner dengan kategori: a. Jelek, tak pernah: 1 b. Baik, sekali setahun: 2 c. Sangat baik, 2 kali setahun: 3	Ordinal
12	Kewenangan mendesain produk		Adalah kewenangan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya kepada puskesmas untuk menentukan jenis pelayanan yang sesuai dengan situasi dan keinginan pelanggan puskesmas	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek, tak ada: 1 b. Jelek, ada kewenangan dengan sarat tertentu: 2 c. Baik, ada kewenangan tanpa SK: 3. d. Sangat baik, ada kewenangan didukung SK: 4	Ordinal
13	Kewenangan mengelola dana		Adalah kewenangan dalam penyusunan perencanaan, penggalan dana dari sumber potensial puskesmas dan keleluasaan penggunaannya	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek, tak ada: 1 b. Jelek, ada kewenangan dengan sarat tertentu: 2 c. Baik, ada kewenangan tanpa SK (Surat Keputusan): 3 d. Sangat baik, ada kewenangan didukung SK: 4	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
14	Hasil kegiatan pembinaan lansia		Adalah hasil kegiatan pembinaan lansia oleh puskesmas. Aspek yang dinilai adalah : a) Pengobatan lansia b) pemeriksaan kes. di panti werda c) penyuluhan d) pelatihan kader e) pembinaan posyandu lansia f) kegiatan inovatif	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek: 0 - 4 b. Jelek: 5 - 8 c. Baik: 9 - 12 d. Sangat baik : 13- 16	Ordinal
a.		Pengobatan lansia	Adalah pengobatan terhadap lansia yang sakit di puskesmas	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, hasil : 0%-30% lansia b. jelek, hasil : 31-59% lansia c. Baik, hasil : 60% - 80% lansia d. Sangat baik, hasil : > 80% lansia	Ordinal
b.		Pemeriksaan kesehatan di panti	Adalah pemeriksaan kesehatan kepada lansia yang tinggal di panti werda.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, tak ada yang diperiksa b. Jelek 1% - 49% diperiksa c. Baik : 50% - 80% d. Sangat baik : > 80%	Ordinal
c.		Penyuluhan	Adalah penyuluhan kelompok lansia yang dilaksanakan oleh Puskesmas	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek, tak ada penyuluhan dalam 1 tahun terakhir b. Jelek, penyuluhan 1-2 kali/tahun c. Baik, penyuluhan 3 – 6 kali pertahun d. Sangat baik, penyuluhan > 6 kali/tahun	Ordinal
d.		Pelatihan kader	Adalah peningkatan ketrampilan kader lansia oleh petugas puskesmas	Kuesioner dengan kategori : a. Bila ada nilai 1 b. Bila tidak ada nilai : 0	Nominal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
e.		Pembinaan posyandu lansia	Adalah pembinaan posyandu lansia oleh petugas puskesmas	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek, 0% - 30% posyandu dibina b. Jelek, 31% - 59% posyandu c. Baik, 60% - 79% posyandu d. Sangat baik, > 80% posyandu dibina	Ordinal
f.		Kegiatan inovatif	Lihat nomor 5.g	Kuesioner dengan kategori : a. Bila ada nilai 1 b. Bila tidak ada nilai : 0	Nominal
15	Stratifikasi puskesmas		Adalah sistem penilaian atau evaluasi tahunan puskesmas diukur berdasarkan hasil stratifikasi tahun 2000.	Pengamatan dg. kategori : a. Sangat Jelek, nilai 0-25 : 1 b. Jelek, nilai 26-59 : 2 c. Baik, nilai 60-80: 3 d. Sangat baik, 81-100: 4	Ordinal
16	Sarana pembinaan lansia		Adalah peralatan yang dipergunakan untuk melaksanakan pembinaan lansia. Penilaiannya diarahkan pada jumlah, jenis dan mutunya, dengan menggunakan kuesioner yang ditujukan kepada kepala puskesmas atau pembina lansia, yang dikonfirmasi dengan pencatatan (data sekunder) puskesmas	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, kelengkapannya 0-49%: 1 b. Jelek, kelengkapannya 50%-79%: 2 c. Baik, kelengkapannya 80%-99%: 3 d. Sangat baik kelengkapannya 100%: 4	Ordinal
17	Cakupan pembinaan panti werda		Adalah kemampuan puskesmas dalam membina panti werda yang ada di wilayah kerjanya.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek: tak ada kegiatan. b. Jelek, pembinaan panti werda 25%-59%: 2 c. Baik, pembinaan panti werda 60%-100%: 3	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
				d. Sangat baik pembinaan panti werda >100 %: 4	
B	Faktor Eksternal Perspektif klien				
1	Jumlah lansia		Adalah jumlah lansia di wilayah kerja puskesmas	Diukur dengan kuesioner kepada kepala puskesmas dengan kategori : a. Jelek, jumlah lansia lebih besar atau sama dengan rata-rata jumlah lansia per pukesmas b. Baik, jumlah lansia kurang dari rata-rata jumlah lansia per puskesmas	Ordinal
2	Pendidikan lansia		Adalah tingkat pendidikan formal tertinggi yang pernah dicapai oleh lansia.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek pernah sekolah atau tak tamat SD: 1 b. Jelek tamat SD atau tidak tamat SLTP: 2 c. Baik tamat SLTP sampai Tamat SLTA: 3 d. Sangat baik tamat atau tidak tamat perrguruan tinggi: 4	Ordinal
3	Pengetahuan lansia tentang kesehatan lansia		Adalah pemahaman lansia tentang ilmu kesehatan lansia. Aspek yang diukur adalah pengetahuan tentang: a) penyakit lansia, b) gizi lansia, c) keadaan fisik lansia	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, apabila nilai : 0-2 b. Jelek, apabila nilai: 3-4 c. Baik, apabila nilai : 5-6 d. Sangat baik, apabila nilai: 7	Ordinal
a.		Penyakit lansia	Adalah pengetahuan lansia tentang penyakit yang paling	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek , bila jawaban yang	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
			banyak menyerang lansia	<p>benar adalah 0 – 2</p> <p>b. Jelek, bila jawaban benar 3-4</p> <p>c. Baik, bila jawaban benar 5-6</p> <p>d. Sangat baik, Bila jawaban benar 7-8</p>	
b.		Gizi lansia	Adalah pengetahuan lansia tentang komposisi makanan terbaik bagi lansia	<p>Kuesioner dengan kategori:</p> <p>a. Sangat jelek, tak ada jawaban benar, nilai : 0</p> <p>b. Jelek, jawaban benar 1-2, nilai : 1</p> <p>c. Baik, jawaban yang benar > 2 nilai 2</p>	Ordinal
c.		Keadaan fisik lansia	Adalah pengetahuan lansia tentang kapan kemunduran fisik lansia dimulai.	<p>Kuesioner dengan kategori:</p> <p>a. Jelek, jawaban salah, nilai : 0</p> <p>b. Baik, jawaban benar, nilai : 1</p>	Ordinal
4	Jaminan hari tua		Jaminan hari tua adalah sejumlah uang yg diterima oleh lansia dari suatu institusi tertentu secara rutin sampai dia meninggal dunia.	<p>Kuesioner dengan kategori:</p> <p>a. Sangat jelek, tak punya: 1</p> <p>b. Jelek, punya tapi tak cukup: 2</p> <p>c. Baik, sama dengan kebutuhan: 3</p> <p>d. Sangat baik, melebihi kebutuhan: 4</p>	Ordinal
5	Penghasilan lansia		Adalah uang yang secara rutin diterima oleh lansia baik berasal dari gaji atau upah kerja, dana pensiun, tabungan, asuransi maupun santunan tetap	<p>Kuesioner dengan kategori:</p> <p>a. Sangat jelek, tak punya penghasilan: 1</p> <p>b. Jelek, < UMR: 2 (UMR = Rp. 285.000,-)</p> <p>c. Baik, sama dg UMR: 3</p> <p>d. Sangat baik, > UMR: 4</p>	Ordinal
6	Biaya Pengobatan		Biaya pengobatan adalah kemampuan lansia dalam membayar biaya upaya pemeliharaan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif, baik secara modern maupun tradisionil	<p>Kuesioner dengan kategori:</p> <p>a. Sangat jelek, gratis: 1</p> <p>b. Jelek, bantuan teman, anak atau LSM: 2</p> <p>c. Baik, membayar sendiri secara langsung: 3</p> <p>d. Sangat baik, peserta asuransi: 4</p>	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
7	Keadaan fisik lansia		Adalah derajat kesehatan lansia yang diukur berdasarkan jumlah penyakit kronis yang diderita, yaitu penyakit jantung, paru menahun, kanker, kencing manis, tekanan darah tinggi, patah tulang dan liver.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, mengidap lebih dari 4 penyakit : 1 b. Jelek, mengidap 3-4 penyakit: 2 c. Baik, mengidap 1-2 penyakit: 3 d. Sangat baik, tak sakit: 4	Ordinal
8	Kebiasaan hidup bersih dan sehat		Adalah perilaku sehari-hari lansia yang berhubungan dengan kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol dan olah raga.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, nilai : 1-3 b. Jelek, nilai: 4-6 c. Baik, nilai: 7-9 d. Sangat baik, nilai: > 9	Ordinal
a.		Kebiasaan merokok	Adalah kebiasaan lansia dalam menghisap rokok tembakau.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, merokok > 10 batang sehari, nilai: 1 b. Jelek, merokok 1-9 batang per hari, nilai: 2 c. Baik, tidak merokok, nilai: 3	Ordinal
b.		Minum minuman beralkohol	Adalah minum minuman beralkohol dengan kadar lebih dari 5%	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, setiap hari minum minuman beralkohol, nilai: 1 b. Jelek, kadang-kadang minum, nilai: 2 c. Baik, tidak minum minuman beralkohol, nilai: 3	Ordinal
c.		Olah raga	Adalah kebiasaan lansia untuk melakukan olah raga, misalnya senam, jalan kaki atau lari pagi serta jenis olah raga lain	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, tidak pernah, nilai: 1 b. Jelek, kadang-kadang, nilai: 2 c. Baik, seminggu sekali atau lebih, nilai 3	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
9	Pendapat lansia tentang petugas pembina lansia		Adalah pendapat lansia tentang petugas pembina lansia yang secara langsung memberikan pelayanan kepada lansia. Aspek yang diukur adalah: a) ketrampilan, b) keramahan, c) kesempatan bertanya, d) jawaban petugas e) kemudahan komunikasi	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, nilai: 1-5 b. Jelek, nilai: 6-10 c. Baik, nilai: 11-15 d. Sangat baik, nilai: 16-20	Ordinal
a.		Ketrampilan	Adalah ketrampilan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, nilai: 1 b. Jelek, nilai: 2 c. Baik, nilai: 3 d. Sangat baik, nilai: 4	Ordinal
b.		Keramahan	Adalah keramahan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia		
c.		Jawaban Petugas	Adalah kemampuan petugas dalam menjawab setiap pertanyaan lansia.		
d.		Kemudahan komunikasi	Adalah kemampuan petugas dalam berkomunikasi dengan lansia		
10	Pendapat lansia tentang puskesmas		Adalah pendapat lansia tentang pelayanan puskesmas. Aspek yang diukur adalah: a) tempat pelayanan, b) ruang tunggu, c) prosedur pelayanan, d) biaya pelayanan dan e) waktu tunggu.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, nilai: 1-5 b. Jelek, nilai: 6-10 c. Baik, nilai: 11-15 d. Sangat baik, nilai: 16-20	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
a.		Tempat pelayanan	Adalah tempat atau ruang dalam puskesmas dimana lansia mendapatkan pelayanan kesehatan.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, nilai: 1 b. Jelek, nilai: 2 c. Baik, nilai: 3 d. Sangat baik, nilai: 4	Ordinal
b.		Ruang tunggu	Adalah ruang dimana lansia menunggu giliran diperiksa.		
c.		Prosedur pelayanan	Adalah tata cara atau urutan kegiatan yang harus dijalani oleh lansia sebelum, selama dan sesudah menerima pelayanan kesehatan di puskesmas.		
d.		Biaya pelayanan	Adalah biaya yang harus dibayar oleh lansia untuk memperoleh pelayanan kesehatan.		
e.		Waktu tunggu	Adalah lama (waktu yang diperlukan) oleh lansia dalam menunggu giliran diperiksa.		
11	Waktu awal pelayanan khusus lansia		Adalah waktu mulai usia seseorang membutuhkan pelayanan lansia	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, tidak tahu b. Jelek, > 59 tahun atau < 45 tahun c. Baik: 46 tahun – 59 tahun d. Sangat baik, 45 tahun	Ordinal
12	Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan		Adalah pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan yang mereka perlukan. Aspek yang diukur adalah : a) Pelayanan kesehatan lansia, b) pemeriksaan rutin,	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, nilai : 1-2 b. Jelek, nilai: 3-4 c. Baik, nilai: 5-6 d. Sangat baik, nilai: > 7	Ordinal
a.		Pelayanan kesehatan lansia	Adalah pelayanan kesehatan khusus untuk lansia	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat tidak diperlukan, nilai: 1	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
b.		Pemeriksaan rutin	Adalah pemeriksaan kesehatan rutin terhadap lansia tanpa menunggu datangnya penyakit	b. Tidak diperlukan, nilai: 2 c. Diperlukan, nilai: 3 d. Sangat diperlukan, nilai: 4	
13	Ketergantungan lansia		Adalah tingkat ketergantungan secara ekonomi dan fisik dari lansia terhadap keluarga atau masyarakatnya, aspek yang diukur adalah kemampuan a.) bepergian, b) belanja, c) menyiapkan makanan, d) melakukan pekerjaan rumah tangga e) mengelola keuangan.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, nilai: 12-15 b. Jelek, nilai: 8-11 c. Baik, nilai: 4-7 d. Sangat baik, nilai: 1-3	Ordinal
a.		Kemampuan bepergian	Adalah kemampuan lansia untuk pergi ke tempat yang tidak mungkin dicapai dengan jalan kaki.	Kuesioner dengan kategori: a. Jelek, tidak mampu walau dibantu, nilai: 1 b. Baik, mampu dengan bantuan, nilai 2 c. Sangat baik, tanpa bantuan, nilai 3	Ordinal
b.		Kemampuan belanja	Adalah kemampuan lansia untuk berbelanja keperluan dapur atau pakaian se hari-hari.		
c.		Kemampuan menyiapkan makanan	Adalah kemampuan lansia untuk mengolah dan menyajikan makanannya sendiri.		
d.		Kemampuan pekerjaan rumah tangga	Adalah kemampuan lansia untuk melaksanakan pekerjaan rutin rumah tangga, misalnya menyapu, mengepel, menyiram tanaman dll.		

No	Variabel	Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
		Kemampuan mengelola keuangan	Adalah kemampuan lansia dalam mengelola keuangannya sendiri		
14	Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia		Adalah pendapat lansia tentang jenis atau macam pelayanan yang diberikan puskesmas kepada lansia	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek: 1 b. Jelek: 2 c. Baik: 3 d. Sangat baik: 4	Ordinal
15	Pendapat lansia tentang posyandu lansia		Adalah pendapat lansia tentang manfaat posyandu lansia bagi warga lansia	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat tak bermanfaat: 1 b. Tak bermanfaat: 2 c. Bermanfaat: 3 b. Sangat bermanfaat: 4	Ordinal
16	Pendapat lansia tentang panti werda		Adalah pendapat lansia tentang panti werda, Aspek yang diukur adalah: a) manfaat, b) mutu, c) pelayanan d) biaya panti werda c) perhatian keluarga bila tinggal di panti werda.	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat jelek, apa bila tak ada jawaban setuju: 1 b. Jelek, ada 1-2 jawaban setuju: 2 c. Baik, ada 3-4 jawaban setuju: 3 d. Sangat baik, semua jawaban setuju: 4	Ordinal
a.		Manfaat panti werda	Adalah pendapat lansia tentang manfaat panti werda.	Kuesioner dengan kategori: c. Sangat tak bermanfaat: 1 b. Tak bermanfaat: 2 c. Bermanfaat: 3 d. Sangat hermanfaat: 4	Ordinal
b.		Kesiapan tinggal di panti werda	Adalah pendapat lansia seandainya ia terpaksa tinggal di panti werda	Kuesioner dg kategori: a. Tidak bersedia: 1 b. Bersedia dengan sarat: 2 c. Bersedia: 3	Ordinal

No	Variabel	Sub Variable	Definisi Operasional	Alat Pengukur	Skala
c.		Pelayanan panti werda	Adalah pendapat lansia tentang pelayanan di panti werda.	Kuesioner dg kategori: a. Sangat jelek: 1 b. Jelek: 2 c. Baik: 3 d. Sangat baik: 4	Ordinal
d.		Biaya panti werda	Adalah pendapat lansia tentang biaya yang harus dibayar apabila lansia tinggal di panti werda	Kuesioner dg kategori: a. Sangat tak sesuai dg. kemampuan: 1 b. Tidak sesuai: 2 c. Sesuai: 3; d. Sangat sesuai: 4	Ordinal
17	Pendapat Lansia tentang hasil pembinaan lansia		Yaitu pendapat lansia tentang hasil pembinaan lansia yang dapat mereka rasakan atau mereka ketahui	Kuesioner dengan kategori : a. Sangat jelek b. Jelek c. Baik; dan d. Sangat baik	Ordinal
18	Persepsi lansia tentang pembinaan lansia		Yaitu persepsi lansia tentang pembinaan lansia yang telah dilaksanakan oleh puskesmas atau instansi pemerintah lain	Kuesioner dengan kategori: a. Sangat baik b. Baik c. Jelek d. Sangat jelek	Ordinal
19	Interpretasi hasil		Adalah interpretasi yang diberikan oleh peneliti terhadap hasil survey. Ada 3 jenis interpretasi yaitu: a) Kekuatan, b) kelemahan, dan c)netral.	Kekuatan, Kelemahan, Netral	Nominal
		Kekuatan	Adalah interpretasi yang diberikan apabila hasil penelitian sangat baik ditambah baik adalah lebih dari 50 %	Kekuatan	Nominal
		Kelemahan	Adalah interpretasi yang diberikan apabila hasil penelitian	Kelemahan	Nominal

No	Variable	Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala
			sangat jelek ditambah jelek adalah sama atau lebih dari 50 %		
		Netral	Adalah interpretasi yang diberikan apabila hasil penelitian tidak dapat dianalisis akibat tidak cukupnya informasi atau menurut literatur pengaruh dari variabel tersebut dapat di netralisir oleh variabel yang lain.	Netral	Nominal

Untuk melengkapi definisi operasional tersebut di atas, maka berikut ini disampaikan juga daftar istilah yang dipergunakan dalam penelitian ini.

Tabel 4.2 Daftar Istilah

No	Istilah	Penjelasan
1	Standar pelayanan minimal puskesmas	Menu kegiatan puskesmas yang dapat dipilih sesuai dengan situasi daerah.
3	Cakupan pembinaan panti wreda	Frekuensi pembinaan puskesmas ke panti wreda
4	<i>Provider</i>	Petugas puskesmas termasuk kepala puskesmas di dalamnya.
5	Strategi pembinaan lansia	Perencanaan induk pembinaan lansia jangka panjang yang komperhensif dan menjelaskan bagaimana Dinas Kesehatan Kota Surabaya akan mencapai semua tujuan yang telah ditetapkan berdasarkan visi dan misi yang telah ditentukan, dengan memperhatikan faktor internal dan eksternal organisasi
6	Pembinaan lansia	Usaha yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya atau instansi lain untuk meningkatkan mutu kehidupan lansia, baik secara individu, keluarga maupun dalam suatu kelompok melalui peningkatan derajat kesehatan dengan cara meningkatkan kesehatan (<i>promotive</i>), pencegahan (<i>preventif</i>), pemulihan (<i>rehabilitatif</i>) dan penanggulangan ketidak mampuan (<i>disability</i>) dipadukan dengan upaya agama, ekonomi, dan sosial kemasyarakatan

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang dipakai untuk memperoleh data dalam penelitian ini adalah kuesioner yang telah dipersiapkan sebelumnya. Untuk mengetahui tingkat validitas dan reliabilitas dari kuesioner tersebut maka dilakukan uji coba dengan uji validitas dan reliabilitas. Di samping kuesioner, data penelitian ini diperoleh dari data sekunder dan daftar tilik. Daftar tilik tersebut dipergunakan untuk mengamati puskesmas, sedangkan data sekunder diperoleh dari puskesmas pada tahun 2001.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Surabaya Propinsi Jawa Timur, waktu penelitian adalah mulai tanggal 15 Mei 2001 sampai dengan 2 Maret 2002.

4.8. Pengumpulan Data

4.8.1 Metode Pengumpulan Data

Data dari penelitian ini diperoleh dengan cara melakukan wawancara kepada responden dengan menggunakan kuesioner dan melakukan pengamatan puskesmas dengan mempergunakan daftar tilik. Jadi data yang didapatkan adalah data primer. Di samping itu dipergunakan juga data sekunder yang diperoleh dari berbagai dokumen laporan resmi pada Dinas Kesehatan Kota dan puskesmas.

Data yang diperoleh dianalisis dengan metode analisis deskriptif. Selanjutnya dengan bantuan diskusi kelompok terarah (*focus group Discussion*) sebagaimana telah

dijelaskan pada halaman 68 disusunlah strategi pembinaan lansia di kota Surabaya sesuai dengan faktor internal dan faktor eksternal Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

4.8.2 Pewawancara

Yang bertindak sebagai pewawancara dalam penelitian ini adalah peneliti dibantu oleh beberapa tenaga kader di lokasi penelitian. Sebelum melaksanakan wawancara tersebut semua kader yang membantu diberikan pelatihan teknik wawancara dan cara pengisian lembar kuesioner selama sehari oleh peneliti, dilanjutkan dengan praktek lapangan selama sehari, sekaligus sebagai uji coba kuesioner.

Jumlah kader yang membantu penelitian disesuaikan dengan jumlah responden. Karena perkiraan jumlah sampel adalah 164 orang, maka jumlah kader yang diperlukan adalah 10 orang. Pengambilan data dengan menggunakan daftar tilik dilaksanakan sendiri oleh peneliti, yang dilaksanakan setelah pengambilan data oleh kader dengan menggunakan kuesioner telah selesai dilaksanakan.

4.8.3 Uji Validitas.

Uji validitas yang dipilih adalah uji validitas kontraks, yaitu dengan cara menentukan definisi konsep berdasarkan studi pustaka. Apabila definisi tersebut tidak diketemukan dalam studi pustaka, maka peneliti menetapkan definisi sendiri dengan terlebih dahulu dikonsultasikan para ahli serta menanyakan langsung kepada calon responden, kemudian dilakukan uji coba terhadap 30 responden, jawaban yang didapat diuji dengan uji *product moment* (Singarimbun 1998)

Uji reliabilitas dilakukan terhadap 30 responden yang dipilih secara acak, jumlah tersebut ditentukan berdasarkan jumlah minimal sampel uji reliabilitas yang

disarankan (Singarimbun 1998). Uji ini dilaksanakan dengan cara melakukan wawancara ulang terhadap responden (*testretest*) dengan selang waktu 6 hari setelah wawancara pertama. Selanjutnya teknis analisis yang dipergunakan adalah uji korelasi dengan teknik korelasi *product moment*.

4.9 Teknik Analisa Data.

Data yang didapat pada penelitian ini dianalisis dengan analisis deskriptif. Kemudian dilakukan kategorisasi dari tiap variabel dengan 4 macam kategori, yaitu sangat jelek, jelek, baik dan sangat baik. Selanjutnya kategori variabel tersebut diinterpretasikan sebagai kekuatan, kelemahan atau netral. Dari sini ditentukan faktor yang paling dominan dari masing-masing variabel 5 P ditinjau dari sisi perspektif *provider* dan perspektif lansia.

Tahap berikutnya dilakukan FGD yang akan diikuti oleh semua komponen yang terlibat dalam pembinaan lansia di kota Surabaya. Hasil FGD tersebut adalah rekomendasi bagi peneliti tentang bagaimana seharusnya pembinaan lansia di kota Surabaya.

Selanjutnya hasil FGD tersebut dianalisis secara kualitatif dengan memperhatikan hasil analisis faktor eksternal dan faktor internal pembinaan lansia, dengan mempergunakan tabel silang antara hasil penelitian dengan hasil FGD (lihat tabel 6.1). Berdasarkan hasil penelitian, setiap hasil FGD akan diberi nilai yaitu nilai + berarti strategi tersebut layak untuk dilaksanakan nilai - tidak layak, sedangkan ? tidak dapat dianalisis berhubung informasi terbatas. Kemudian dengan memperhatikan visi

dan misi Dinas Kesehatan, dan tujuan pembinaan lansia di Kota Surabaya dirumuskan strategi pembinaan lansia di Kota Surabaya.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran umum

5.1.1 Lokasi

Surabaya adalah kota kedua terbesar di Indonesia setelah Jakarta, dan memegang peran utama dalam pembangunan di Indonesia. Peran itu menjadi sangat penting karena di era reformasi ini Surabaya menjadi pusat Asosiasi Pemerintah Kota Se Indonesia (APEKSI) dimana Walikota Surabaya adalah ketua APEKSI dan Sekretaris Kota Surabaya adalah sekretaris APEKSI. Di samping itu Surabaya adalah ibu kota propinsi Jawa Timur dan sekaligus sebagai pusat perdagangan untuk Indonesia Bagian Timur.

Walaupun Surabaya adalah kota besar akan tetapi masih banyak masyarakat Surabaya yang memerlukan perhatian utama yaitu masyarakat yang tinggal di daerah kumuh, anak balita dan lansia. Mereka merupakan masyarakat yang rawan kesehatan karena kurangnya sarana sanitasi, tinggal di daerah kumuh dengan kepadatan penduduk yang sangat tinggi, penghasilan yang rendah dan konsumsi gizi yang rendah.

Surabaya terletak pada 07.21° Lintang Selatan dan 112.36° - 112.54° Bujur Timur, sebagian besar tanahnya adalah dataran rendah yaitu antara 3 – 6m di atas permukaan laut, kecuali di bagian barat kota yang agak tinggi yaitu antara 25 – 50m di atas permukaan laut. Luas wilayah kota Surabaya adalah sekitar 326.36Km^2 yang secara administratif dibagi menjadi 31 Kecamatan dan 163 Kelurahan. Suhu Maksimum adalah $35,7^{\circ}$ C dan suhu minimum adalah 22° C (Pemerintah Kota Surabaya, 1999).

5.1.2 Kependudukan

Jumlah penduduk kota Surabaya adalah 2.784.019 jiwa, terdiri dari laki-laki 1.430.963 jiwa dan perempuan 1.363.056 jiwa, dengan kepadatan rata-rata 8.540 jiwa per km² (Pemerintah Kota Surabaya, 1999) tersebar secara tidak merata dalam 31 Kecamatan dan 163 Kelurahan. Daerah Pusat Kota memiliki kepadatan yang tinggi sedangkan di pinggiran kepadatannya relatif rendah. Distribusi menurut umur yang terbaru belum dapat ditampilkan karena hasil survei penduduk 2000 belum dipublikasikan.

5.1.3 Kondisi umum lansia.

Dari data Penderita Rawat Jalan di puskesmas umur ≥ 60 tahun sebagaimana tabel 5.1 dengan proyeksi jumlah lansia kota Surabaya sebesar 141.271 Jiwa (Pemerintah Kota Surabaya, 1999), maka minat lansia untuk berobat di puskesmas cukup besar. Dengan frekuensi kunjungan sebesar 1,8 kali (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2000) maka jumlah lansia yang berkunjung ke puskesmas adalah 129130 orang. Penyakit terbanyak adalah penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat di mana rematik termasuk di dalamnya, disusul oleh penyakit saluran nafas dan kemudian penyakit tekanan darah tinggi.

Tabel 5.1 Pola Penyakit Penderita Rawat Jalan Umur ≥ 60 Tahun Di Puskesmas Kota Surabaya Tahun 2000

No	Nama Penyakit	n	%
1	Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	54.486	23.44
2	Infeksi akut saluran pernafasan atas	38.268	16.46
3	Penyakit tekanan darah tinggi	29.948	12.88
4	Peny. lain pada sistem saluran pernafasan atas	13.183	5.67
5	Gangguan neurotik	9.914	4.27

Dilanjutkan di halaman berikut

No	Nama Penyakit	n	%
6	Penyakit kulit infeksi	8.621	3.71
7	Penyakit kulit alergi	7.494	3.22
8	Gingivitis dan Periodontitis	5.554	2.39
9	Diare	4.886	2.10
10	Penyakit mata lainnya	3.193	1.37
11	Kelainan refraksi	2.119	0.91
12	Penyakit saluran kencing	2.243	0.97
13	Penyakit pulpa dan jaringan periapikal	2.161	0.93
14	Infeksi usus	2.295	0.99
15	Tuberkulose paru	2.078	0.89
16	Tonsilitis	1.463	0.63
17	Bronkhitis	1.371	0.59
18	Penyakit kulit jamur	1.200	0.52
19	Penyakit lainnya	32.312	13.90
	Jumlah	232.434	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 1999.

Pola penyakit lansia di rumah sakit agak sedikit berbeda dengan di puskesmas, hal ini karena rumah sakit merupakan rujukan dari puskesmas, sedangkan puskesmas lebih banyak memberikan pelayanan kesehatan dasar. Sebagaimana tampak pada tabel 5.2 berikut ini penyakit terbanyak di instalasi rawat jalan rumah sakit adalah diare disusul oleh infeksi saluran pernafasan atas dan kemudian diikuti Tuberkulose BTA positif dan yang terakhir adalah demam *Typhoid*.

Tabel 5.2 Pola Penyakit Penderita Rawat Jalan Umur \geq 60 tahun Di Rumah Sakit Surabaya Tahun 2000

No	Nama Penyakit	n	%
1	Diare	126	51.01
2	Infeksi saluran nafas atas	71	28.74
3	Tuberkulose paru BTA +	14	5.67
4	Demam <i>Typhoid</i>	10	4.05
5	Tuberkulose lainnya	7	2.83
6	Pneumonia	6	2.43
7	Demam berdarah dengue	5	2.02
8	Hepatitis	3	1.21

Dilanjutkan di halaman berikut

No	Nama Penyakit	n	%
9	Tonsilitis	2	0.81
10	Amobiasis	2	0.81
11	Penyakit lainnya	1	0.40
12	Jumlah	247	100.00

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 1999.

5.2 Karakteristik Lansia

Berikut ini adalah hasil penelitian dan pembahasan terhadap lansia di Kota Surabaya dengan sampel sebesar 164 orang lansia yang dipilih secara acak dari 2 kelurahan yaitu Kelurahan Mojo Puskesmas Mojo dan Kelurahan Pacarkeling Puskesmas Pacarkeling. Seluruh puskesmas yang ada di Surabaya dibagi menjadi 2 kelompok menurut hasil pembinaan lansia yang dilaksanakan puskesmas, yaitu puskesmas dengan hasil 60% atau lebih dan puskesmas dengan hasil kurang dari 60%, kemudian masing-masing kelompok puskesmas tadi diambil satu puskesmas secara *random*. Dari puskesmas yang terpilih diambil lagi satu kelurahan secara *random*, akhirnya dari tiap kelurahan tersebut diambil 67 orang lansia secara *random*.

1. Umur lansia

Umur lansia minimal yang diteliti adalah 60 tahun sebanyak 29 orang, umur tertua yang ditemukan adalah 95 tahun sebanyak 1 orang, sedangkan umur rata-rata adalah 69.38 tahun. Dengan umur rata-rata sebesar 69,38 tahun hasil ini tidak jauh berbeda dengan umur harapan hidup kota Surabaya yaitu sebesar 68 tahun, akan tetapi lebih baik dari umur harapan hidup Propinsi Jawa Timur yang sebesar 65,5 tahun (Program Pembangunan Daerah Propinsi Jawa Timur, 2000).

2. Agama

Sebagian besar agama lansia adalah Islam yaitu sebanyak 90,83%, sedangkan sisanya adalah Kristen 5,83%, Katolik 1,6%, Protestan 0,83% dan Khong Hu Cu 0,83%. Hasil tersebut mirip dengan hasil sensus 1990 seperti pada tabel 5.3. Munculnya Khong Hu Cu yang diakui responden sebagai agama adalah akibat arus reformasi yang mulai mengakui adanya Khong Hu Cu sebagai agama sedangkan pada sensus 1990 Khong Hu Cu dianggap sebagai kebudayaan.

Tabel 5.3 Distribusi Agama Lansia Hasil Survei Dibanding Hasil Sensus 1990

No	Agama	Survei (%)	Sensus '90 (%)
1	Islam	90.83	82.55
2	Katolik	1.6	6.14
3	Kristen	5.83	8.07
4	Protestan	0.83	0
5	Hindu	0	1.69
6	Budha	0	1.55
7	Khong Hu Cu	0.83	0

3. Suku Bangsa

Surabaya adalah kota multi rasial dengan mayoritas suku Jawa, hal ini terbukti dalam penelitian ini responden terbesar adalah suku Jawa yaitu sebesar 95,81%, sisanya adalah suku Madura, Sunda, Ambon, Cina dan Melayu dari Aceh. Karena itu seperti juga pendekatan agama maka pendekatan suku Jawa akan memiliki kemungkinan berhasil lebih besar.

4. Jenis Kelamin.

Jenis kelamin terbanyak adalah perempuan sebesar 63,33% sedangkan pria sebesar 36,67%. Tingginya proporsi lansia perempuan sangat mungkin disebabkan karena:

1. Derajat kesehatan rata-rata perempuan lebih tinggi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia perempuan yang memiliki penyakit kronis 1 sampai 2 adalah 98,86% sedangkan laki-laki adalah 96,97%. Selanjutnya perempuan yang memiliki 3-4 penyakit kronis adalah 1,14% sedangkan laki-laki yang memiliki 3-4 penyakit kronis adalah 3,03%.

2. Angka harapan hidup wanita lebih tinggi dari pada laki-laki (Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2000).

3. Menurut Oswari (1997) daya hidup wanita lebih lama daripada laki-laki bukan karena pengaruh lingkungan akan tetapi terletak pada genetiknya.

5. Status Perkawinan

Lansia dengan status menikah pada posisi terbesar yaitu 50% disusul lansia janda 37,5%, kemudian duda 10% dan yang tidak menikah 1,67%. Tingginya lansia berpasangan sangat mungkin berhubungan dengan tingginya derajat kesehatan lansia, sehingga baik lansia pria maupun lansia wanita dapat mencapai lansia secara bersama-sama. Hasil penelitian ini sesuai dengan profil lansia Surabaya yang diterbitkan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kotamadya Surabaya tahun 1995 seperti pada tabel 5.4 berikut ini:

Tabel 5.4 Status Perkawinan Lansia Surabaya

No	Status Perkawinan	Profil Lansia Bappeko (%)	Penelitian (%)
1	Menikah	50,40	50
2	Janda	34,40	37,50
3	Duda	15,20	10
4	Tidak menikah	-	1,60

6. Kepemilikan KTP Surabaya

Lansia yang memiliki KTP Surabaya adalah 60% dan yang tidak memiliki KTP adalah 40%. Tingginya angka kepemilikan KTP disebabkan karena kemudahan memiliki KTP dan jangka waktu KTP seumur hidup bagi lansia.

7. Tempat tinggal lansia

Sebagian besar responden tinggal menumpang anak kandung yaitu sebesar 55,87%, kemudian responden yang tinggal se rumah dengan suami atau dengan istri sebesar 36,67 %, sedangkan responden yang menumpang famili lain adalah 5%, dan yang menumpang orang lain sebesar 1,66% sedangkan yang menumpang saudara kandung sebesar 0,83%. Dari hasil di atas tampak bahwa warga lansia berpasangan, atau yang masih memiliki suami atau istri jumlahnya masih cukup besar.

8. Lama tinggal di tempat tersebut

Sebagian besar lansia tinggal di tempat tersebut selama lebih dari 5 tahun yaitu sebesar 90%, sisanya tinggal di tempat tersebut selama 1 – 5 tahun sebesar 7,5% dan yang tinggal kurang dari 1 tahun sebesar 2,5 %.

9. Perasaan lansia selama tinggal di tempat tersebut.

Sebagian besar responden yaitu sebesar 60,83% menyatakan puas, yang mengaku sangat puas sebesar 39,17% dan yang tidak puas sebesar 0,83%, yang tidak puas tersebut semuanya tinggal dengan suami atau istri.

Dengan demikian bisa dikatakan sebagian besar lansia puas dengan tempat tinggalnya, sedangkan lansia yang menjawab tidak puas dengan tempat tinggalnya tersebut perlu diteliti lebih jauh apa yang menyebabkan mereka tidak puas tinggal di tempat tersebut.

10. Pekerjaan

Sebagian besar responden tidak bekerja yaitu sebesar 51,67%, berikutnya adalah pensiunan 30% dan wirausaha sebesar 15% sedangkan yang bekerja sebagai buruh adalah 3,33 %.

11. Pendidikan

Sebagian besar lansia tidak pernah sekolah yaitu sebesar 44,17%, tamat Sekolah Dasar sebesar 27,5%, tamat SLTP 20% dan tamat perguruan tinggi adalah 3.33%. Walaupun sebagian besar berpendidikan rendah namun pengetahuan mereka tentang kesehatan lansia baik.

12. Pengetahuan tentang kesehatan lansia

Pengetahuan lansia tentang ilmu kesehatan lansia pada umumnya baik yaitu 59,71%, sedangkan sisanya adalah sangat baik 7.50%, jelek 31,67% dan sangat jelek 1,67%. Walaupun pendidikan rata-rata lansia rendah ternyata pengetahuan mereka pada umumnya baik, hal ini tentu merupakan modal yang baik untuk melaksanakan pembinaan, karena pengetahuan yang baik pada umumnya mudah menerima pembinaan.

Tabel 5.6 Hubungan Pengetahuan Dan Jumlah Penyakit Kronis Yang Diderita Lansia

No.	Pengetahuan Lansia	Jumlah Penyakit Yang Diderita Lansia						Total	
		0		1-2		3-4		n	%
		n	%	n	%	n	%		
1	Sangat baik	4	3.92	14	24.14	0	0	12	7.32
2	baik	65	63.73	36	62.07	2	50	98	59.76
3	Jelek	32	31.37	7	12.07	1	25	52	31.71
4	Sangat jelek	1	0.98	1	1.72	1	25	2	1.22
	Total	102	100.00	58	100.00	4	100	164	100.00

Ternyata presentasi lansia yang tidak mengidap penyakit kronis dan yang mengidap

1-2 penyakit kronis semakin besar apabila pengetahuannya semakin baik dan menurun lagi pada pengetahuan yang sangat baik.

13. Jaminan Hari Tua

Yang dimaksud jaminan hari tua adalah sejumlah uang yang diterima oleh lansia dari suatu institusi tertentu secara rutin sampai meninggal dunia. Yang termasuk dalam jaminan hari tua ini adalah : Asuransi Hari Tua, Pensiun, bantuan menetap dari lembaga tertentu dan Taspen.

Dari penelitian diketemukan bahwa lansia yang memiliki jaminan hari tua adalah sebesar 56,67%. Dengan wawancara lebih lanjut diketahui bahwa lansia yang memiliki jaminan hari tua tersebut dapat dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu kelompok lansia yang jaminan hari tuanya sesuai dengan kebutuhan hidupnya sebesar 45,83% dari seluruh responden, lansia yang jaminan hari tuanya tidak mencukupi kebutuhannya sebesar 9,17%, dari seluruh responden, dan yang melebihi kebutuannya sebesar 1,67% dan yang tak memiliki jaminan hari tua adalah 43,33%.

Tabel 5.6 Jaminan Hari Tua Lansia.

No	Kepemilikan Dan Kecukupan	n	%
1	Memiliki dan besarnya melebihi kebutuhannya	3	1.67
2	Memiliki dan besarnya sama dengan kebutuhannya	75	45.83
3	Memiliki dan besarnya tidak dapat mencukupi kebutuhannya	15	9.17
4	Tidak memiliki	71	43.33
	Total	164	100

Tabel 5.7 berikut ini menggambarkan hubungan antara jaminan hari tua yang

dimiliki oleh lansia dengan jumlah penyakit kronis yang mereka derita.

Tabel 5.8 Hubungan Antara Jaminan Hari Tua Dan Jumlah Penyakit Kronis Lansia

No	Jaminan hari tua	Jumlah penyakit khronis yang diderita						Total	
		0		1-2		3-4		n	%
		n	%	n	%	n	%		
1	Memiliki dan besarnya melebihi kebutuhannya	3	2.94	0	0.00	0	0	3	1.83
2	Memiliki dan besarnya sama dengan kebutuhannya	54	52.94	20	34.48	1	25	75	45.73
3	Memiliki dan besarnya tak mencukupi kebutuhan	10	9.80	4	6.90	1	25	15	9.15
4	Tidak memiliki	35	34.31	34	58.62	2	50	71	43.29
	Total	102	100	58	100	4	100	164	100

Ternyata tidak ada pola hubungan tertentu antara jaminan hari tua yang dimiliki oleh lansia dengan jumlah penyakit kronis yang mereka derita. Hal ini sesuai dengan *Continuity Theory* (Hardywinoto, 1999) yang menyatakan bahwa ada kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia sejak usia muda sampai ia menjadi tua. Selain itu Kaplan (1999) menyatakan bahwa kondisi fisik lansia ditentukan oleh banyaknya resiko faktor yang ada pada dirinya. Sedangkan Jaminan Hari Tua hanya berlaku pada saat lansia tersebut menjadi tua atau memasuki masa pensiun.

14. Penghasilan

Pembanding penghasilan lansia dalam penelitian ini adalah Upah Minimum Regional (UMR) Surabaya.

Tabel 5.9 Penghasilan Lansia

No	Penghasilan	n	%
1	Lebih dari 2 kali UMR	27	16.66
2	Antara UMR dan 2 kali UMR	49	30
3	Kurang dari UMR	23	14.17
4	Tidak memiliki penghasilan	64	39.17
	Jumlah	164	100

Hasilnya adalah sebagaimana pada tabel 5.8 yaitu lansia yang tidak memiliki penghasilan menempati posisi pertama yaitu 39,17%, disusul lansia yang memiliki penghasilan di antara UMR dan 2 kali UMR sebesar 30% dan yang berpenghasilan sama dengan UMR adalah 16,67% sedangkan yang penghasilannya lebih kecil dari UMR adalah 14,17%. Dengan demikian dapat dikatakan rata-rata lansia di Surabaya tidak memiliki penghasilan dan kalau memiliki penghasilan, maka penghasilannya masih lebih kecil dari UMR.

15. Biaya Pengobatan

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui cara pembayaran pengobatan apabila lansia sakit. Sebagian besar lansia tidak membayar kalau berobat yaitu sebesar 64,17%, hal ini disebabkan karena mereka memperoleh kartu berobat cuma-cuma dari Puskesmas, yang biaya pengobatannya dibayar oleh keluarga, teman atau LSM sebesar 30,83%, yang membayar sendiri secara langsung sebesar 4,17% sedangkan sisanya 0,83% biaya pengobatannya dibayar oleh asuransi atau perusahaan.

16. Keadaan fisik lansia

Yang dimaksud dengan keadaan fisik lansia disini adalah derajat kesehatan lansia yang diukur berdasarkan jumlah penyakit kronis yang diderita sesuai dengan penyakit yang paling sering menyerang lansia (Koenig, 1999), yaitu penyakit jantung, paru menahun, kanker, kencing manis, tekanan darah tinggi, patah tulang dan liver. Dikatakan sangat baik apabila tidak menderita penyakit khronis sama sekali, baik bila menderita 1-2 penyakit, jelek bila menderita 3-4 dan sangat jelek bila menderita lebih dari 4 penyakit.

Tabel 5.9 Keadaan Fisik Lansia

No	Jumlah penyakit yang diderita	n	%
1	0	102	61.67
2	1 – 2	58	35.83
3	3 – 4	4	2.5
4	Lebih dari 4	0	0
	Jumlah	164	100

Hasilnya adalah kondisi fisik lansia yang sangat baik adalah 61,67%, baik 35,83% dan jelek 2,5% dan tidak ada yang sangat jelek. Hal ini cukup menggembirakan karena kondisi fisik yang baik akan menyebabkan biaya pengobatan akan lebih sedikit sehingga biaya kesehatan dapat lebih dipusatkan pada upaya pencegahan dan promosi kesehatan lansia.

17. Kebiasaan hidup bersih dan sehat.

Yang dimaksud dengan kebiasaan hidup bersih dan sehat adalah perilaku sehari-hari lansia yang berhubungan dengan kebiasaan merokok, minum minuman beralkohol dan olah raga.

Lansia yang memiliki kebiasaan hidup bersih dan sehat sangat baik adalah 40%, kemudian yang baik adalah 50,83% sedangkan yang jelek adalah 9,17%, dan tidak ada yang masuk dalam kategori sangat jelek. Dengan kondisi yang demikian akan memudahkan intervensi bidang kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia.

Tabel 5.10 Hubungan Antara Kebiasaan Hidup Bersih Dan Jumlah Penyakit Kronis Yang Diderita Lansia

No	Jumlah Penyakit	Kebiasaan								Total	
		Sangat baik		Baik		Jelek		Sangat jelek		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
I	0	38.49	58.34	54	65.06	10	66.67	0	0	102	62.29

No	Jumlah Penyakit	Kebiasaan								Total	
		Sangat baik		Baik		Jelek		Sangat jelek		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
2	1-2	24	37,5	29	34,94	4	26,67	0	0	58	35,27
3	3-4	2	4,16	0	0	1	6,66	0	0	4	2,44
	Total	66	100	83	100	15	100	0	0	164	100

Dari tabel 5.10 tersebut tampak bahwa semakin baik kebiasaan hidup lansia semakin sedikit penyakit yang diderita. Jadi tampaknya ada hubungan antara jumlah penyakit dan kebiasaan hidup bersih dan sehat.

18. Pendapat lansia tentang petugas pembina lansia puskesmas.

Lansia yang berpendapat bahwa petugas sangat baik adalah 42,15%, petugas yang baik adalah 57,5%, tidak ada lansia yang berpendapat petugas jelek atau sangat jelek. Hal ini merupakan modal bagi petugas untuk membina lansia, karena keberadaannya diterima dengan baik oleh lansia.

19. Pendapat responden tentang puskesmas.

Puskesmas di sini adalah puskesmas di mana lansia tersebut biasa memperoleh pelayanan kesehatan. Lansia yang tidak dapat memberikan penilaian ternyata cukup tinggi yaitu sebesar 40,83%, dengan alasan tidak pernah mengunjungi puskesmas, yang berpendapat bahwa pelayanan puskesmas sangat baik tidak ada, yang baik adalah 51,67% dan yang pelayanannya jelek adalah 7,5%. Dengan masih diketemukannya lansia yang memiliki pendapat bahwa pelayanan puskesmas adalah jelek, maka puskesmas perlu memperbaiki mutu pelayanannya kepada lansia.

Tabel 5.11 Lansia Yang Menilai Jelek Terhadap Sub Variabel Pelayanan Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001

No	Sub Variabel Pelayanan Puskesmas	n	%
1	Tempat pelayanan	3	1.67
2	Ruang tunggu	7	4.17
3	Prosedur pelayanan	1	0.83
4	Biaya pelayanan	1	0.83
5	Waktu tunggu	0	0
	Total	12	7.5

Dari tabel 5.11 di atas ini tampak bahwa yang banyak dinilai jelek oleh lansia adalah tentang ruang tunggu dan tempat di mana lansia memperoleh pelayanan kesehatan.

20. Waktu awal pelayanan lansia

Lansia yang berpendapat waktu awal terbaik bagi pelayanan lansia adalah usia 45 tahun adalah 2,5%, sedangkan yang berpendapat di luar usia 45 tahun adalah 45,83%, yang tidak tahu adalah 45,83% dan yang tidak menjawab sebesar 5,83%. Bagi sebagian besar lansia kapan waktu awal pelayanan bagi lansia tidak terlalu penting, karena mereka sebagian besar tidak memerlukan pelayanan khusus bagi lansia.

21. Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan lansia

Aspek yang ditanyakan pada kuesioner ini adalah pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan khusus lansia dan pelayanan rutin atau berkala bagi lansia. Lansia yang berpendapat pelayanan kesehatan lansia sangat diperlukan adalah 0.83%, yang berpendapat diperlukan adalah 64,17%, sedangkan yang berpendapat tidak diperlukan adalah 35%.

Tabel 5.12 Hubungan Jumlah Penyakit Lansia Dengan Pendapat Lansia Tentang Pelayanan Kesehatan Khusus Lansia

No	Jumlah Penyakit	Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan khusus lansia				Total	
		Diperlukan		Tak diperlukan		n	%
		n	%	n	%		
1	0	78	60,5	24	68,57	102	62,20
2	1-2	47	36,4	11	31,43	58	35,37
3	3-4	4	3,1	0	0	4	2,44
	Total	129	100	35	100	164	100,00

Dalam penelitian lebih jauh, sebagaimana tampak dalam tabel 5.12, ditemukan bahwa pada lansia yang tidak mengidap penyakit kronis lebih banyak yang tidak memerlukan pelayanan kesehatan khusus sedangkan lansia yang mengidap penyakit kronis lebih banyak yang memerlukan dibanding yang tidak memerlukan.

22. Persepsi lansia tentang pembinaan lansia.

Pembinaan lansia sebagaimana yang tertuang dalam Undang undang nomor 13 tahun 1995 tentang Kesejahteraan Lansia meliputi upaya medis dan non medis. Tampaknya sebagian besar lansia menghendaki pembinaan lansia berupa upaya non medis yaitu: bantuan sosial sebesar 37,29%, upaya peningkatan pendapatan sebesar 32,23% disusul kemudian pelayanan kesehatan 27,82%, dan upaya bantuan hukum serta upaya lainnya sebesar 2,66%.

23. Ketergantungan lansia

Yang dinilai sebenarnya adalah ketidaktergantungan atau kemandirian lansia, dinilai sangat baik apabila dapat melakukan pekerjaan tanpa bantuan, baik apabila dapat melakukan pekerjaan dengan bantuan dan jelek apabila tidak dapat melakukan pekerjaan walaupun dibantu. Tingkat kemandirian lansia yang sangat baik tidak ada

dan yang baik adalah 69,17% sedangkan yang jelek adalah 25,83% dan yang sangat jelek adalah 5%. Hal ini selaras dengan kondisi kesehatan lansia yang sangat baik di atas dan tentunya hal ini akan memudahkan intervensi pembinaan baik bidang kesehatan maupun kesejahteraan lansia pada umumnya.

Tabel 5.13 Hubungan Jumlah Penyakit Lansia Dengan Kemandirian Lansia

No	Jumlah penyakit	Kemandirian lansia								Total	
		Sangat baik		Baik		Jelek		Sangat jelek			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	72	63.16	26	61.9	4	50	102	62.2
2	1-2	0	0	40	35.09	15	35.71	3	37.5	58	35.4
3	3-4	0	0	2	1.75	1	2.381	1	12.5	4	2.44
	Total	0	0	114	100	42	100	8	100	164	100

Dari tabel 5.13 tampak bahwa tak ada pola hubungan tertentu antara jumlah penyakit kronis yang diderita lansia dengan kemandiriannya.

Tabel 5.14 Hubungan Kemandirian Lansia Dengan Penghasilan

No	Penghasilan	Kemandirian				Total	
		Baik		Jelek			
		n	%	n	%	n	%
1	Sangat baik	21	18.4	7	14.00	28	17.07
2	Baik	31	27.2	16	32.00	49	29.88
3	Jelek	22	19.3	3	6.00	23	14.02
4	Sangat jelek	40	35.1	24	48.00	64	39.02
	Total	114	100	50	100	164	100

Tabel 5.14 dibuat dengan cara menggabungkan kriteria penghasilan sangat jelek dengan jelek menjadi jelek dan sangat baik dengan baik menjadi baik. Dari tabel ini dapat dilihat bahwa tak ada hubungan antara tingkat kemandirian dengan penghasilan.

24. Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia

Adalah pendapat lansia tentang jenis atau macam pelayanan kesehatan yang seharusnya diberikan puskesmas kepada lansia. Pada umumnya lansia menghendaki pelayanan oleh dokter umum di puskesmas yaitu sebesar 57,5% dan pelayanan oleh dokter spesialis 33,33%, sebagian kecil yang menghendaki pelayanan cukup oleh paramedis 3,33% dan yang tidak dapat memberikan jawaban adalah 4,17%. Hal ini menunjukkan bahwa keinginan mereka untuk mendapat pelayanan yang lebih baik sangat besar.

25. Pendapat lansia tentang posyandu lansia

Posyandu lansia adalah tempat para lansia berkumpul guna menerima pembinaan dari puskesmas. Posyandu lansia ini diselenggarakan oleh masyarakat yang tergabung dalam karang werda. Posyandu lansia merupakan sesuatu yang baru, namun demikian sebagian besar lansia membutuhkannya, yaitu sebesar 55,83%, sedangkan yang berpendapat sangat diperlukan adalah 2,5%. Namun demikian yang berpendapat tidak memerlukan juga cukup besar yaitu 40,83% dan yang berpendapat sangat tidak diperlukan sebesar 0,83%

26. Pendapat lansia tentang panti werda

Hampir seluruh responden berpendapat panti werda adalah baik yaitu 90,83% sisanya berpendapat baik sekali. Tidak ada lansia yang berpendapat panti werda adalah jelek apalagi jelek sekali. Namun ketika ditanyakan kesediaannya untuk tinggal di panti werda seandainya terdapat penawaran tanpa biaya sebagian besar menjawab tidak bersedia yaitu 10%, dari 10% tersebut 5% diantaranya menjawab

bersedia asalkan masih ada kesempatan untuk bertemu anak-cucu. Hal ini menunjukkan bahwa tinggal di panti werda adalah pilihan terakhir para lansia.

27. Pendapat lansia tentang hasil pembinaan lansia

Sebagian besar lansia berpendapat hasil pembinaan lansia adalah jelek yaitu 90,83 % bahkan ada yang berpendapat jelek sekali yaitu sebesar 1,67%, hanya 7,5% responden yang berpendapat baik. Hal ini menunjukkan bahwa pada umumnya lansia belum merasakan manfaat dari pembinaan lansia yang dilakukan oleh puskesmas. Tampaknya lansia hanya merasakan pelayanan pengobatan saja, pelayanan lain tidak dirasakan lansia. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian tentang hasil kegiatan pembinaan lansia di Puskesmas yang rata-rata jelek.

28. Persepsi lansia terhadap pembinaan lansia

Untuk mengetahui lebih jauh tentang pandangan lansia terhadap pembinaan yang mereka butuhkan digali informasi tentang persepsi mereka terhadap pembinaan lansia baik yang dilaksanakan oleh puskesmas maupun oleh instansi lain. Hasilnya yang termasuk kategori sangat baik tidak ada yang masuk kategori baik adalah 44,92%, kategori jelek 53,21% dan kategori sangat jelek adalah 1,87%

Dari hasil penelitian terhadap lansia diatas tampak bahwa usia rata-rata responden hampir sama dengan usia harapan hidup kota Surabaya, yang ternyata lebih baik dari pada usia harapan hidup Jawa Timur (Profil Kesehatan Surabaya, 2000). Hal ini sesuai dengan karakteristik lansia Surabaya yang memiliki kebiasaan hidup yang bersih dan sehat, kondisi fisik yang rata-rata baik sehingga menghasilkan tingkat kemandirian yang tinggi. Jumlah lansia perempuan yang lebih banyak daripada lansia laki-laki sangat mungkin berhubungan dengan kondisi fisik

lansia perempuan yang lebih baik dari pada kondisi fisik lansia laki-laki. Lansia yang masih berpasangan sebagai suami istri ternyata cukup besar namun pilihan tempat tinggal selain suami atau istri adalah anak kandung. Sehubungan dengan tempat tinggal ini ternyata sebagian besar keberatan tinggal di panti werda walaupun mereka menganggap panti werda merupakan tempat yang baik bagi lansia.

Walaupun sebagian besar lansia tidak bekerja, namun sebagian besar dari mereka memiliki penghasilan tetap. Penghasilan tersebut diperoleh dari jaminan hari tua yang mereka terima, walaupun jaminan tersebut tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka.

Sebagian besar lansia berpendapat bahwa petugas puskesmas baik begitu pula dengan puskesmas juga baik, akan tetapi sebagian besar dari mereka tidak memerlukan pelayanan kesehatan lansia Puskesmas. Kenyataan ini agak aneh mengingat rata-rata lansia menderita penyakit khronis. Sayangnya tidak ada informasi lebih jauh kemana mereka berobat apabila sakit.

Kalau pelayanan kesehatan tidak mereka perlukan tidak demikian dengan pembinaan lansia. Pada umumnya lansia memerlukan pembinaan lansia termasuk pembinaan di posyandu lansia. Hal ini karena pembinaan lansia meliputi kegiatan yang lebih luas dari pada pelayanan kesehatan, yaitu meliputi pembinaan keagamaan, ketrampilan, penyuluhan, olah raga, dan bahkan juga kesenian. Akan tetapi kenyataannya pembinaan ini mereka nilai jelek.

5.3 Karakteristik Puskesmas.

Berikut ini adalah hasil penelitian terhadap 20 dari 48 puskesmas yang ada di Surabaya yang dipilih secara acak. Pemberi keterangan dari kuesioner yang diajukan adalah dokter 25% dan perawat atau bidan 75%.

1. Jumlah petugas pembina lansia di puskesmas

Apabila dilihat dari sisi jumlah pembina lansianya maka puskesmas yang masuk kategori sangat baik adalah 21,43%, baik 14,29% dan kategori jelek 64,39%. Sebagai akibat dari kurangnya tenaga medis dan paramedis di puskesmas maka ditetapkan tenaga pembina lansia paruh waktu atau merangkap tugas-tugas lain. Karena itu perlu difikirkan penambahan tenaga medis dan paramedis di puskesmas.

2. Pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia.

Adalah tingkat pengetahuan petugas pembina lansia tentang berbagai aspek pembinaan lansia. Aspek yang diukur adalah : a) manfaat pemeriksaan lansia, b) *screening* kesehatan lansia, c) penyakit yang paling sering diderita lansia, d) cara menilai ketergantungan fisik lansia, e) macam kegiatan pada pembinaan lansia. Dengan kuesioner ditemukan bahwa pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia sebagian besar jelek yaitu 71,43%, baik 21,43% dan yang sangat baik adalah 7,14%. Dengan demikian penyegaran dan peningkatan pengetahuan menjadi kebutuhan yang mendesak.

3. Kerjasama Puskesmas

Yang dimaksud kerjasama puskesmas adalah kerjasama dengan institusi kesehatan maupun non kesehatan yang tidak termasuk dalam program puskesmas dan tidak termasuk dalam jalur koordinasi yang wajib dikerjakan puskesmas. Hasilnya

yang termasuk dalam kategori sangat baik adalah 7,14%, baik 35,71%, jelek 35,71% dan yang termasuk dalam kategori sangat jelek adalah 21,43%.

4. Biaya pelayanan kesehatan

Adalah biaya yang dikeluarkan lansia untuk memperoleh pelayanan di puskesmas yang meliputi biaya jasa pelayanan, biaya obat dan laboratorium serta biaya lain yang dibayar di puskesmas. Biaya pelayanan kesehatan di puskesmas pada umumnya sesuai dengan tarif yang ditetapkan yaitu sebesar 64,29%, dan yang masih ada tambahan untuk tiap tambahan pelayanan adalah 35,71%, Hal ini kemungkinan tarif pelayanan puskesmas belum mampu mencakup seluruh pelayanan yang diberikan puskesmas. Sehingga diperlukan peraturan lebih lanjut yang dapat meantisipasi seluruh pelayanan di puskesmas terutama pelayanan inovasi yang dapat muncul setiap saat.

5. Jenis pelayanan lansia

Adalah produk puskesmas dalam bentuk kegiatan pembinaan lansia. Aspek yang dinilai adalah a) pemeriksaan kesehatan di puskesmas, b) pemeriksaan kesehatan di panti werda c) penyuluhan, d) pengobatan, e) pelatihan kader, f) pembinaan posyandu lansia g) kegiatan inovatif. puskesmas yang melaksanakan 5 – 6 jenis kegiatan pelayanan lansia adalah 50%, yang melaksanakan lebih dari 6 kegiatan adalah 7,14%, yang melaksanakan 3 – 4 kegiatan 28,57%, dan yang melaksanakan 0 – 2 kegiatan adalah 14,29% dengan demikian bisa dikatakan menu pelayanan lansia di puskesmas cukup beragam.

6. Jadwal pelayanan lansia

Jadwal pelayanan lansia di puskesmas pada umumnya baik, yaitu ada jadwal namun

kadang-kadang tidak dilaksanakan dan sangat baik yaitu ada dan selalu dilaksanakan yaitu masing-masing sebesar 28,87%, walaupun demikian masih ditemukan puskesmas dengan jadwal pelayanan yang tidak pernah dilaksanakan yaitu sebesar 7,14% , dan puskesmas yang tidak memiliki jadwal pelayanan lansia yaitu sebesar 35,71%. Penjadualan yang ketat dan konsisten merupakan salah satu pendorong kehadiran lansia di pukesmas, karena itu perlu adanya perbaikan jadwal pelayanan lansia di puskesmas.

7. Dana pembinaan lansia

Adalah dana yang dipergunakan untuk melaksanakan pembinaan lansia di wilayah kerja puskesmas, atau sering disebut dana operasional pembinaan lansia. Seluruh responden menjawab sangat jelek, yaitu tingkat kecukupan dana antara 0% – 49%. Hal ini berarti pendanaan di puskesmas tidak mencukupi untuk biaya operasional pembinaan lansia.

8. Penelitian puskesmas

Penelitian puskesmas pada umumnya sangat jelek yaitu sebesar 64,28%, jelek sebesar 14,29%, yang baik hanya 21,43% dan tidak ada kategori sangat baik. Hal ini berarti hampir seluruh puskesmas tidak pernah menyelenggarakan penelitian.

9. Inovasi

Adalah jenis kegiatan puskesmas yang tidak ada dalam menu pelayanan wajib puskesmas baik berdasarkan stratifikasi maupun standar Pelayanan Minimal Puskesmas, dengan meneliti inovasi dapat diketahui sifat proaktif puskesmas. Puskesmas yang masuk dalam kategori sangat baik dalam melakukan kegiatan inovasi yaitu melakukan lebih dari 2 kegiatan inovasi tidak ada, yang masuk

kategori baik, yaitu melakukan 1 atau 2 inovasi adalah 42,86%, yang jelek yaitu pernah melakukan inovasi tapi sekarang tidak adalah 7,14% dan yang sangat jelek atau tidak pernah melakukan inovasi dalam 2 tahun terakhir adalah 50%. Dengan demikian jumlah puskesmas yang melakukan Inovasi dan yang tidak hampir berimbang.

10. Supervisi

Supervisi yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota ke puskesmas yang masuk dalam kategori sangat baik tidak ada, yang baik 57,14% yang jelek 35,71% dan yang sangat jelek adalah 7,14%.

11. Pelatihan

Adalah peningkatan pengetahuan dan ketrampilan yang diberikan oleh pembina program pembinaan lansia Dinas Kesehatan Kota kepada pelaksana program pembinaan lansia di puskesmas. Pelatihan yang didapat puskesmas pada umumnya baik 50% dan sangat baik 21,43%, sisanya 28,57% berpendapat jelek.

12. Kewenangan mendesain produk

Kewenangan yang diberikan Dinas Kesehatan Kota kepada puskesmas untuk mendesain produknya pada umumnya baik 57,14% dan sangat baik 7,14%, sedangkan sisanya masuk kategori jelek 14,29% dan sangat jelek 21,43%.

13. Kewenangan mengelola dana

Pada umumnya puskesmas tidak diberi kewenangan mengelola dana 85,71% sedangkan sisanya masuk kategori jelek 7,14% dan baik 7,14%.

14. Hasil kegiatan pembinaan lansia oleh puskesmas

Pada umumnya hasil kegiatan lansia sangat jelek yaitu 92,86% yang sangat baik

7,14%. Walaupun menu kegiatan pembinaan lansia di puskesmas beragam namun hasil kegiatan baik masing-masing menu kegiatan maupun secara keseluruhan pada umumnya sangat jelek, hal ini kemungkinan sangat berhubungan dengan jumlah tenaga pembina lansia yang kurang.

15. Stratifikasi puskesmas

Stratifikasi puskesmas pada umumnya baik yaitu 92,31% dan sangat baik 7,69%. Hal ini berarti hasil kegiatan secara keseluruhan puskesmas adalah baik. Namun masih perlu di kaji lebih lanjut karena penelitian ini tidak mengkaji stratifikasi secara spesifik pada tiap kegiatan.

16. Sarana pembinaan lansia

Sarana pembinaan lansia pada umumnya sangat jelek yaitu 57,14% dan jelek 35,71%, dan yang baik 7,14%. Pada umumnya jenis sarana sangat baik akan tetapi jumlahnya tidak memadai apalagi untuk menyelenggarakan posyandu lansia, sehingga seringkali alat tersebut dipakai untuk berbagai kegiatan.

17. Cakupan panti werda

Untuk kuesioner ini tidak ada responden yang menjawab karena secara kebetulan puskesmas yang terpilih tidak memiliki panti werda binaan. Hal ini karena panti werda di Surabaya hanya ada 4 dalam 4 wilayah kerja puskesmas yang berbeda, dan kebetulan keempat puskesmas tersebut tidak menjadi sampel dalam penelitian ini. Sehingga jawaban kuesioner ini tidak dapat dinilai. Panti werda tersebut adalah Hargo Dadali dengan 62 tempat tidur, Anugerah dengan 7 tempat tidur, Pelayanan Kasih dengan 72 tempat tidur dan Werda Usia dengan 41 tempat tidur.

Kelemahan puskesmas dalam pembinaan lansia yang paling menonjol adalah kurangnya petugas pembina lansia, dan lemahnya pengetahuan mereka tentang pembinaan lansia yang diperburuk dengan kurangnya sarana bagi pembinaan lansia di wilayah kerjanya. Tampaknya kelemahan ini yang menyebabkan hasil pembinaan lansia di sebagian besar puskesmas jelek, dan hal ini sesuai dengan pendapat sebagian besar lansia yang juga menganggap hasil pembinaan lansia oleh puskesmas jelek. puskesmas sudah melakukan beberapa upaya untuk memperbaiki hasil pembinaan lansia tersebut yaitu dengan penjadualan pelayanan lansia, mengikuti berbagai pelatihan serta dilakukannya supervisi yang baik. Pengetahuan yang jelek tersebut tidak sesuai dengan penilaian petugas puskesmas tentang pelatihan yang sudah dilaksanakan dengan baik. Maka perlu dikaji lebih lanjut untuk mencari penyebab mengapa pelatihan yang sudah dinilai baik tetapi tidak mampu meningkatkan pengetahuan petugas.

Dari sisi kewirausahaan tampaknya puskesmas masih lemah, hal ini tampak dari jeleknya upaya penelitian yang dilakukan oleh puskesmas, upaya inovasi serta upaya kerjasama dengan pihak-pihak yang dapat membantu meningkatkan kinerja Puskesmas.

Dengan adanya beberapa peluang dari karakteristik lansia, yaitu pengetahuan lansia yang baik, rata-rata lansia memiliki penghasilan, serta pendapat lansia tentang pembina lansia maupun tentang puskesmas adalah baik, maka Puskesmas dapat mengembangkan berbagai menu pembinaan lansia sesuai dengan keinginan lansia. Disamping itu perlu dikaji lebih lanjut mengapa lansia menilai

pelayanan kesehatan tidak diperlukan oleh mereka. Apakah hal ini disebabkan karena kondisi kesehatan mereka yang cukup baik atau mereka memilih berobat di tempat lain selain puskesmas.

5.4 Analisis 5 P.

Berikut ini akan disajikan analisis dari sisi strategi 5 P menurut Ball, yaitu *Power*, *Position*, *Potential*, *Pace* dan *Performance*. Masing-masing unsur strategi tersebut dinilai berdasarkan interpretasi dari hasil survei. Analisis akan dilaksanakan dalam 2 tahap. Tahap pertama menganalisis tiap variabel 5P dengan cara menghitung kekuatan dan kelemahan dari masing-masing sub variabel 5P baik dari faktor internal maupun eksternal. Apabila hasilnya kekuatan sama dengan kelemahan maka ditentukan berdasarkan bobot dari variabel tersebut. Tahap kedua adalah analisis terhadap faktor eksternal dan faktor internal dengan cara yang sama.

Untuk memudahkan analisis maka sebelumnya akan disajikan tabel rekapitulasi hasil survei dan interpretasi hasil (lihat tabel 5.15) di mana hasil survei dikategorikan menjadi 2 (dua) kategori yaitu baik yang merupakan gabungan dari kategori sangat baik dan baik dan jelek yang merupakan kategori sangat jelek dan jelek. Kemudian hasil survei tersebut diinterpretasikan sebagai kekuatan apabila hasil survei baik melebihi atau sama dengan 50%, dan kelemahan apabila hasil survei baik kurang dari 50% atau sebaliknya hasil survei jelek sama atau lebih besar 50%, sedangkan interpretasi netral diberikan apabila variabel tersebut berdasarkan literatur, pengaruh dari variabel tersebut dapat ditiadakan oleh variabel yang lain.

12	Kewenangan mendesain produk	Kategori baik 64,28%	Kekuatan
13	Kewenangan mengelola dana	Kategori jelek 85,71%	Kelemahan
14	Hasil kegiatan pembinaan lansia	Kategori	Kelemahan

Tabel 5.15 Rekapitulasi Hasil *Survey* Dan Interpretasi Hasil.

No	Variabel	Hasil <i>survey</i>	Interpretasi
Faktor internal			
1	Jumlah petugas pembina lansia	Kategori jelek 64,39%	Kelemahan
2	Pengetahuan petugas pembina lansia tentang pembinaan lansia	Kategori jelek 71,43%	Kelemahan
3	Kerjasama puskesmas	Kategori jelek 57,14%	Kelemahan
4	Biaya pelayanan kesehatan	Kategori baik 64,29%	Kekuatan
5	Jenis pelayanan lansia	Kategori baik 57,14%	Kekuatan
6	Jadual Pelayanan lansia di puskesmas	Kategori baik 57,74%	Kekuatan
7	Dana pembinaan lansia	Kategori jelek 100%	Kelemahan
8	Penelitian puskesmas	Kategori jelek 78,57%	Kelemahan
9	Inovasi	Kategori jelek 57,14%	Kelemahan
10	Supervisi	Kategori baik 57,14%	Kekuatan
11	Pelatihan pembinaan lansia	Kategori baik 50%	Kekuatan
12	Kewenangan mendesain produk	Kategori baik 64,28%	Kekuatan
13	Kewenangan mengelola dana	Kategori jelek 85,71%	Kelemahan
14	Hasil kegiatan pembinaan lansia	Kategori jelek 92,86%	Kelemahan
15	Stratifikasi puskesmas	Kategori baik 100%	Kekuatan
16	Sarana pembinaan lansia	Kategori jelek 92,85%	Kelemahan
17	Cakupan pembinaan panti werda	Tak ada jawaban	-
Faktor Eksternal			
1	Jumlah Lansia	Kategori jelek 54,17%	Kelemahan

No	Variabel	Hasil <i>survey</i>	Interpretasi
2	Pendidikan lansia	Kategori jelek 71.67%	Kelemahan
3	Pengetahuan lansia tentang kesehatan lansia	Kategori baik 67.21%	Kekuatan
4	Jaminan hari tua	Kategori baik 56.57%	Kekuatan
5	Penghasilan lansia	Kategori baik 60.83%	Kekuatan
6	Biaya Pengobatan	Kategori jelek 95%	Kelemahan
7	Keadaan fisik lansia	Kategori baik 93.33%	Kekuatan
8	Kebiasaan hidup bersih dan sehat	Kategori baik 90.83%	Kekuatan
9	Pendapat lansia tentang petugas pembina lansia	Kategori baik 99.65%	Kekuatan
10	Pendapat lansia tentang puskesmas	Kategori baik 51.67%	Kekuatan
11	Waktu awal pelayanan khusus lansia	Kategori jelek 97.5%	Kelemahan
12	Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan	Kategori baik 65%	Kekuatan
13	Ketergantungan lansia	Kategori baik 69.17%	Kekuatan
14	Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia	Kategori baik 90.83%	Kekuatan
15	Pendapat lansia tentang posyandu lansia	Kategori baik 55.83%	Kekuatan
16	Pendapat lansia tentang panti werda	Kategori baik 90.83%	Kekuatan
17	Pendapat Lansia tentang hasil pembinaan lansia	Kategori baik 92.5%	Kekuatan
18	Persepsi lansia tentang pembinaan	Kategori jelek 53.21%	Kelemahan

i. *Power*

Tabel 5.16 Variabel Dominan *Power*

No	Variabel	Hasil		
		Kekuatan	Netral	Kelemahan
Faktor eksternal				
1	Jumlah lansia	-	-	x
2	Pendidikan lansia	-	-	x
3	Pengetahuan lansia	x	-	-
4	Jaminan hari tua	x	-	-
5	Pekerjaan	-	-	x
Faktor internal				
1	Jumlah petugas pembina lansia	-	-	x
2	Pengetahuan petugas pembina lansia	-	-	x
3	Kerjasama Puskesmas	-	-	x

Kekuatan :

1. Pengetahuan lansia tentang kesehatan lansia
2. Jaminan hari tua

Pengetahuan merupakan pintu masuk ide atau program yang ditawarkan puskesmas. Semakin tinggi ilmu pengetahuan seseorang semakin mudah ia menerima ide baru dan sebaliknya semakin rendah pengetahuan seseorang semakin sulit ia menerima ide baru (Bennet, 1987). Pengetahuan lansia dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang ilmu kesehatan lansia. Dengan pengetahuan lansia yang baik diharapkan puskesmas akan lebih mudah dalam menawarkan berbagai kegiatan dalam pembinaan lansia.

Jaminan hari tua pada dasarnya identik dengan dana pensiun. Suatu dana pensiun pada umumnya terdiri dari 3 (tiga) lapis sebagai berikut (Hardywinoto, 1999):

Lapis pertama: atau disebut lapis dasar, merupakan dana pensiun wajib (*compulsory*), yang harus diikuti oleh setiap orang dan bisa diikuti oleh perorangan maupun kelompok.

Lapis kedua: atau pensiun peningkatan yang bersifat sukarela (*voluntary*) yang harus diikuti oleh setiap orang dan bisa diikuti oleh perorangan maupun kelompok. Pensiun sukarela ini memiliki 2 program yaitu: Program Pensiun Manfaat Pasti dan Program Pensiun Iuran Pasti.

Lapis ketiga: merupakan pensiun cadangan yang merupakan dana tabungan pensiun biasa yang bisa diikuti oleh semua individu secara sukarela.

Adanya jaminan hari tua yang diterima lansia maka pembinaan yang dilaksanakan puskesmas memiliki peluang berhasil lebih besar. Disamping itu lansia juga lebih mudah untuk dilibatkan dalam berbagai kegiatan maupun dalam pendanaan kegiatan.

Kelemahan

1. Jumlah petugas pembina lansia
2. Pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia
3. Kerjasama puskesmas
4. Pekerjaan lansia.
5. Jumlah lansia
6. Pendidikan lansia

Jumlah petugas pembina lansia merupakan masalah klasik, karena hal ini berhubungan dengan kemampuan Pemerintah dalam membayar karyawannya. Disamping itu juga dipengaruhi oleh sikap pemerintah yang belum memasukkan

masalah lansia sebagai masalah prioritas kesehatan. Pendekatan yang paling umum untuk analisis personil kesehatan adalah pendekatan rasio tenaga profesional terhadap populasi (Reinke, 1994). Menurut buku Pedoman Kerja Puskesmas (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1996) rasio tersebut adalah 1 tenaga paramedis untuk 5.000 penduduk. Dinas Kesehatan Kota Surabaya saat ini memiliki 145 orang tenaga perawat dan 203 orang bidan yang harus melayani 2,8 juta penduduk, jadi rasio tenaga paramedis di Surabaya (hanya bidan dan perawat puskesmas yang diperhitungkan) adalah 1 paramedis untuk melayani 8045 penduduk, jadi rasio tersebut lebih tinggi dari standar yang disarankan.

Pengetahuan petugas terkait erat dengan kompetensi teknis, pengetahuan juga terkait dengan mutu pelayanan kesehatan ditinjau dari sisi pelanggan sebagaimana yang disebutkan Wijono D. (1999) dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Volume 1 halaman 35:

“Kurangnya kompetensi teknis dapat bervariasi dari penyimpangan kecil dari prosedur standard sampai kesalahan yang besar yang menurunkan efektifitas dan membahayakan pasien”.

Hal ini senada dengan rencana pembangunan kesehatan Indonesia yaitu (Departemen Kesehatan RI, 2000):

“Pelayanan kesehatan profesional tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh tenaga pelaksana yaitu sumberdaya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi”

Pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia yang jelek dalam penelitian ini sangat mungkin terkait dengan tugas ganda dari pembina lansia, dan tidak jarang tugas lain tersebut justru tugas utama sedangkan tugas sebagai pembina lansia adalah tugas tambahan.

Masalah kesehatan termasuk masalah kesehatan lansia adalah masalah nasional yang tidak terlepas dari kebijakan dan peran serta berbagai sektor, sehingga pemecahannyapun harus melibatkan sektor-sektor terkait. Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan selama ini belum optimal karena kurangnya dukungan lintas sektor (Depkes RI, 2000). Disamping itu kerjasama puskesmas mencerminkan sifat kewirausahaan puskesmas. Hal ini karena sebenarnya tanpa adanya kerjasama dengan pihak lain puskesmas dapat melaksanakan fungsinya dengan baik. Akan tetapi adanya kerjasama dengan pihak lain kinerja puskesmas akan lebih baik lagi, disamping itu kerjasama akan mengangkat citra puskesmas di mata masyarakat.

Menurut Maslow (Wojono D.,1988) pada mulanya seseorang bekerja agar ia dapat memenuhi kebutuhan dasarnya, akan tetapi seiring dengan peningkatan kariernya maka para pekerja akan menuju kondisi dimana mereka bekerja bukan sekedar untuk mencari nafkah guna memenuhi kebutuhan dasarnya melainkan untuk menemukan aktualisasi dirinya. Dengan demikian dapat dikatakan seseorang bekerja sebenarnya bukan sekedar untuk mencari nafkah melainkan untuk membangun kapasitas dirinya (*capacity building*), sebagaimana yang disampaikan oleh Koblinsky (1997) bahwa pekerjaan secara predominan telah dianggap sebagai indikator atau determinan status sosial ekonomi. Demikian pula dengan lansia, pekerjaan bagi mereka memiliki 2 aspek yaitu aspek untuk memperoleh penghasilan dan aspek mencari kesibukan dan aktualisasi diri. Dari sisi penghasilan pekerjaan lansia tidak menjadi masalah karena sebagian besar memiliki penghasilan dari jaminan hari tua, akan tetapi dari aspek lain lansia memerlukan pekerjaan agar ia tetap merasa berguna di masyarakat.

Sebagai akibat dari sifat fisik yang semakin buruk ditambah dengan kondisi umum ekonomi yang buruk maka jumlah lansia yang besar merupakan potensi terhadap kemungkinan meningkatnya lansia terlantar dan bermasalah (Wirakartakusumah, 2000).

Lansia termuda pada penelitian ini berusia 60 tahun, atau kelahiran tahun 1940. Sebagaimana kita ketahui pada saat itu sekolah formal merupakan hal yang langka, hanya anak Kepala Desa atau pejabat yang lebih tinggi yang diperbolehkan sekolah. Karena itu wajar apabila pendidikan rata-rata warga lansia yang lahir pada tahun-tahun tersebut rendah. Kondisi ini sesuai dengan kondisi umum lansia Surabaya (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tingkat II Kotamadya Surabaya, 1998). Walaupun pendidikan lansia Surabaya rata-rata rendah namun masih terdapat kemungkinan untuk tetap berguna di tengah-tengah masyarakat apabila dilihat dari pengetahuannya yang cukup. Hal ini sangat mungkin sebagai akibat mudahnya mereka memperoleh informasi. Penduduk kota pada umumnya relatif lebih banyak memperoleh informasi dibanding penduduk pedesaan. Ditunjang dengan jaminan hari tua yang mereka miliki para lansia tersebut akan lebih mudah dalam mengakses informasi dan menyerap ilmu pengetahuan baru.

Dari analisis tersebut tampak ada 2 (dua) kekuatan dan 6 (enam) kelemahan, jadi dapat disimpulkan bahwa *power* merupakan kelemahan dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dan kelemahan tersebut terletak pada variabel Jumlah petugas pembina lansia, Pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia, Kerjasama Puskesmas dan Pekerjaan lansia.

2. *Position*Tabel 5.17 Variabel Dominan *Position*

No	Variabel	Hasil		
		Kekuatan	Netral	Kelemahan
	Faktor eksternal			
1	Penghasilan lansia	x	-	-
2	Biaya pengobatan	-	-	x
3	Keadaan fisik lansia	x	-	-
4	Pendapat lansia tentang petugas	x	-	-
	Faktor internal			
1	Biaya pelayanan kesehatan	x	-	-
2	Jadual pelayanan lansia	x	-	-
3	Dana pembinaan lansia	-	-	x

Kekuatan :

1. Penghasilan lansia
2. Keadaan fisik lansia
3. Pendapat lansia tentang petugas
4. Biaya pelayanan kesehatan
5. Jadual pelayanan

Lansia yang memiliki penghasilan akan lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Kemandirian ini terkait erat dengan pengambilan keputusan lansia terhadap kegiatan atau program yang ditawarkan, sehingga kegiatan tersebut memiliki kemungkinan berhasil akan lebih besar.

Jadual pelayanan akan menghasilkan kepastian waktu pelayanan. Hal ini akan meningkatkan kepercayaan lansia terhadap puskesmas. Jadual pelayanan juga penting dalam menyikapi keterbatasan tenaga pembina lansia di puskesmas.

Keadaan fisik yang baik akan menghemat biaya pemeliharaan kesehatan, sehingga dana yang ada dapat lebih dipergunakan untuk kegiatan yang dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia, karena peningkatan kesehatan lansia tak kalah pentingnya dengan peningkatan kesehatan pada masyarakat umum sebagaimana yang ditulis oleh Hiang (1997) dalam *Promoting Health of Elderly* sebagai berikut:

“Governments in various countries have set up various community health care center. These center offer health screening and treatments for minor illness. They also teach the elderly various aspects of healthy living and self care. For example, they are taught about food selection and preparation, exercise, stress management and assertiveness training”

Disamping itu keadaan fisik yang baik mengurangi ketergantungan lansia terhadap keluarga, masyarakat atau negara, sehingga masyarakat tidak perlu mengeluarkan dana dan tenaga untuk membantu lansia.

Kelemahan

1. Dana Pembinaan Lansia
2. Biaya pengobatan

Keberhasilan dari suatu kegiatan ditentukan oleh beberapa faktor, diantaranya adalah kecukupan tenaga baik jumlah maupun kemampuannya, kecukupan sarana dengan metode kerja yang memadai, serta kecukupan dana penunjang kegiatan. Salah satu sarat dari dana kesehatan adalah ketersediaannya dalam jumlah yang cukup untuk membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat (Azwar, 1996). Akan tetapi kondisi umum di Indonesia adalah kecilnya dana kesehatan yaitu hanya 2% - 3% dari total Anggaran Belanja dan Pendapatan Nasional (Azwar, 1996), karena itu apabila kekurangan dana tidak mungkin diselesaikan dengan

penambahan dana maka agar kegiatan tetap berjalan dengan baik perlu diimbangi dengan peningkatan faktor lainnya.

Ternyata variabel *Posisition* memiliki 5 (lima) kekuatan dan 2 (dua) kelemahan. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa *Postion* merupakan kekuatan organisasi, dan kekuatannya terletak pada variabel Penghasilan lansia, Keadaan fisik lansia, Pendapat lansia tentang petugas dan Jadwal pelayanan lansia serta biaya pelayanan kesehatan.

3. *Pace*

Tabel 5.18 Variabel Dominan *Pace*

No	Variabel	Hasil		
		Kekuatan	Netral	Kelemahan
Faktor eksternal				
1	Pendapat lansia tentang puskesmas	x	-	-
2	Waktu awal pelayanan lansia	-	x	-
Faktor internal				
1	Penelitian puskesmas	-	-	x
2	Inovasi	-	-	x
3	Supervisi puskesmas	x	-	-
4	Pelatihan	x	-	-

Kekuatan :

1. Pendapat lansia tentang puskesmas
2. Supervisi puskesmas
3. Pelatihan puskesmas

Pendapat lansia bahwa puskesmas adalah baik merupakan modal yang kuat bagi puskesmas untuk melaksanakan kegiatan pembinaan lansia, berawal dari pendapat yang baik ini dapat dikembangkan berbagai partisipasi lansia dalam pembinaan.

Supervisi sangat penting untuk menjaga agar kegiatan yang dilaksanakan senantiasa menuju kearah tujuan yang ditetapkan. Karena itu berbekal pelaksanaan supervisi yang baik pelaksanaan pembinaan lansia dapat dijaga untuk tidak menyimpang dari tujuan yang telah ditetapkan. Sisi lain dari supervisi adalah sebagai alat untuk menilai kinerja karyawan (Notoatmojo, 1998).

Kekuatan yang lain adalah pelaksanaan pelatihan yang baik. Pelatihan memiliki peran yang sangat penting baik bagi karyawan baru maupun bagi karyawan lama, sebagaimana yang disampaikan oleh Handoko (1999) dalam Manajemen Personalia Dan Sumberdaya Manusia:

“Meskipun para karyawan baru telah menjalani orientasi yang komperhensif, mereka jarang melaksanakan pekerjaan dengan memuaskan. Mereka harus dilatih dan dikembangkan dalam bidang tugas-tugas tertentu. Begitu pula, para karyawan lama yang telah berpengalaman mungkin memerlukan latihan untuk mengurangi atau menghilangkan kebiasaan-kebiasaan kerja yang jelek atau untuk mempelajari ketrampilan-ketrampilan baru yang akan meningkatkan prestasi kerja mereka.”

Akan tetapi ternyata hasil penelitian, pelatihan ini belum mampu meningkatkan pengetahuan tentang lansia. Hal ini perlu kajian lebih lanjut untuk mencari apakah sistem pelatihannya yang kurang memadai atau beban petugas yang terlalu tinggi.

Kelemahan :

1. Penelitian puskesmas
2. Inovasi

Variabel *Pace* memiliki 3 (tiga) Kekuatan dan 2 (dua) kelemahan, jadi *Pace* merupakan kekuatan organisasi, dan kekuatannya terletak pada variabel Pendapat lansia tentang Puskesmas, Supervisi Puskesmas, dan Pelatihan Puskesmas

4. *Potential*Tabel 5.19 Variabel Dominan *Potential*

No	Variabel	Hasil		
		Kekuatan	Netral	Kelemahan
Faktor eksternal				
1	Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan	X	-	-
2	Ketergantungan lansia	X	-	-
3	Persepsi lansia tentang pembinaan	-	-	X
Faktor internal				
1	Kewenangan mendesain produk	X	-	-
2	Kewenangan pengelolaan dana	-	-	X

Kekuatan :

1. Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan
2. Ketergantungan lansia
3. Kewenangan mendesain produk.

Sebagian besar lansia memerlukan pelayanan kesehatan khusus lansia. Sebagaimana telah disebutkan di muka semakin tinggi usia semakin menurun kondisi fisiknya, dan penurunan kondisi fisik tersebut akan menurunkan kemampuan fisik lansia.

Penurunan kemampuan fisik tersebut perlu diimbangi dengan peningkatan fungsi mental dan spiritual lansia (Oswari, 1997). Sehingga dengan demikian lansia tetap sehat, disayang anak cucu, dan terpedang dalam masyarakat sehingga hari tua dijalani dengan bahagia.

Salah satu tujuan pembinaan lansia yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan untuk hidup mandiri agar lansia selama mungkin tetap produktif dan berperan aktif

dalam pembangunan Nasional. Pada penelitian ini kemandirian lansia pada umumnya baik, hal ini merupakan kekuatan puskesmas pada pembinaan lansia di wilayah kerjanya.

Reformasi kesehatan pada era otonomi daerah sudah bergulir di Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Salah satu bentuk nyatanya adalah direvisinya 16 kegiatan pokok puskesmas yang memuat upaya kesehatan yang harus dikerjakan seluruh puskesmas di Indonesia. Sebagai gantinya dikeluarkanlah Standard Pelayanan Minimum yang memuat menu kegiatan yang dapat dipilih puskesmas sesuai dengan kondisi wilayahnya. Puskesmas di Surabaya diberi kewenangan untuk melaksanakan kegiatan yang tidak terdapat dalam daftar pelayanan minimal. Dengan kewenangan ini puskesmas dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan kondisi dan permintaan masyarakat setempat.

Tabel 5.20 Tempat Pelayanan Kesehatan Yang Dipilih Lansia

No	Tempat Pelayanan Kesehatan	Presentase
1	Puskesmas	26,4
2	Poli Geriatri RSUD Dr. Sutomo	11,2
3	RS lain	12,8
4	Dokter praktek swasta	40,8
5	Posyandu lansia	0
6	Diobati sendiri	8,8

Sumber: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tingkat II Kotamadya Surabaya., 1998

Kelemahan

1. Persepsi lansia tentang pembinaan lansia
2. Kewenangan mengelola dana

Upaya pembinaan lansia yang baik harus mengacu pada Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia. Pada pasal 11 dan pasal 12 disebutkan sebagai berikut :

“Upaya peningkatan kesejahteraan sosial bagi lansia potensial adalah:

- a. pelayanan keagamaan dan mental spiritual
- b. pelayanan kesehatan
- c. pelayanan kesempatan kerja
- d. pelayanan pendidikan dan pelatihan
- e. pelayanan untuk mendapat kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum.
- f. pemberian kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum
- g. bantuan sosial

Upaya peningkatan kesejahteraan sosial bagi lansia tidak potensial adalah:

- a. pelayanan keagamaan dan mental spiritual
- b. pelayanan kesehatan
- c. pelayanan untuk mendapat kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum.
- d. pemberian kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum
- e. perlindungan sosial”

Pada umumnya lansia menginginkan pembinaan berupa pelayanan kesehatan dan upaya lain yang dapat mensejahterakan mereka. Karena upaya lain sebagaimana UU nomor 13 tersebut lebih banyak upaya yang dilakukan instansi di luar Dinas Kesehatan maka koordinasi dan kerjasama lintas sektor merupakan keharusan dalam melaksanakan pembinaan sesuai persepsi lansia.

Pengelolaan dana memerlukan keterampilan dan ilmu tentang keuangan. Sesuai dengan data yang ada di bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan Kota Surabaya tidak ada satupun puskesmas yang memiliki tenaga dengan latar belakang pendidikan keuangan atau ekonomi maupun yang pernah mengikuti kursus bendaharawan. Karena itu Dinas Kesehatan Kota belum memberikan kewenangan pengelolaan dana di puskesmas. Disamping itu sistem akuntansi yang dipakai Pemerintah Kota Surabaya adalah sistem pasal mata anggaran. Di mana perangkat pengelola anggaran

hanya ada di kantor yang memiliki pasal mata anggaran tersebut. Sedangkan untuk Dinas Kesehatan Kota mata anggaran tersebut hanya ada di Dinas Kesehatan Kota Surabaya, tidak ada di puskesmas.

Meskipun demikian akan lebih baik apabila puskesmas diberi keleluasaan atau kewenangan untuk menggali dan memanfaatkan dana swadaya masyarakat. Sehingga beberapa kegiatan yang digagas puskesmas dapat didanai dari dana swadaya masyarakat tersebut. Di sisi lain masyarakat merasa lebih terlibat secara langsung dalam pembangunan kesehatan di wilayahnya.

Variabel *Potential* memiliki 3 kekuatan dan 2 kelemahan, jadi dapat disimpulkan bahwa *potential* merupakan kekuatan organisasi, dan kekuatannya terletak pada variabel: Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan, Ketergantungan lansia dan Kewenangan mendesain produk

5. *Performance*

Tabel 5.21 Variabel Dominan *performance*

No	Variabel	Hasil		
		Kekuatan	Netral	Kelemahan
Faktor eksternal				
1	Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia	x	-	-
2	Pendapat lansia tentang posyandu lansia	x	-	-
3	Pendapat lansia tentang panti werda	x	-	-
4	Pendapat lansia tentang hasil pembinaan lansia	-	-	x
Faktor internal				
1	Hasil kegiatan pelayanan lansia	-	-	x
2	Stratifikasi puskesmas	x		
3	Sarana pembinaan	-	-	x
4	Cakupan pembinaan panti werda	-	x	-

Kekuatan :

1. Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia
2. Pendapat lansia tentang posyandu
3. Pendapat lansia tentang panti wreda
4. Stratifikasi puskesmas

Pelayanan kesehatan khusus bagi lansia memiliki 2 (dua) aspek, yaitu aspek keahlian atau profesionalisme dan aspek penghormatan atau penghargaan kepada lansia. Dari sisi profesionalisme pelayanan khusus lansia terkait dengan geriatri dan gerontologi, karena itu sebaiknya lansia dirawat oleh para ahli geriatri di poli geriatri. Hal ini akan memberikan hasil yang lebih baik dibanding pelayanan umum oleh dokter dan perawat umum. Akan tetapi terdapat hambatan dalam pemerataan tenaga di mana tenaga profesional pelayanan lansia hanya ada di rumah sakit besar saja, sedangkan rumah sakit kecil dan puskesmas tidak memiliki tenaga ahli tersebut. Dengan demikian pendapat lansia yang tidak memerlukan pelayanan khusus lansia merupakan kesempatan puskesmas untuk merebut pasar baru dari golongan lansia, karena belum semua lansia memanfaatkan puskesmas sebagai tempat berobat (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tingkat II Kotamadya Surabaya, 1998). Dari segi penghormatan lansia memiliki keinginan untuk dibedakan dengan golongan muda, karena usia dan pengalamannya mereka ingin lebih dihargai dan dihormati (Darmojo, B. 1999)

Pada hakekatnya manusia yang memiliki kesamaan tujuan, kesamaan profesi, kesamaan nasib atau kesamaan lainnya memiliki kecenderungan untuk berkumpul membentuk kelompok, dan membentuk wadah perkumpulan sendiri. Demikian pula

dengan lansia. Di tingkat Nasional didirikan beberapa organisasi lansia purna tugas, misalnya: PEPABRI, LVRI, PWRI, PERGERI dan sebagainya. Di Jawa Timur berdiri Yayasan Abiyoso yang kemudian memprakarsai berdirinya Karang Wreda di tiap Kelurahan atau Desa. (Trimaryono, 1995). Selanjutnya Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur menggagas berdirinya posyandu lansia di tiap karang wreda tersebut. Penulis tidak menemukan petunjuk lebih jauh tentang kegiatan posyandu lansia ini. Namun demikian dengan sambutan yang positif dari lansia maka posyandu lansia memiliki masa depan yang baik untuk dikembangkan.

Panti werda adalah asrama para lansia menghabiskan masa tuanya. Panti werda sangat berguna terutama bagi lansia tidak mampu dan terlantar (Trimaryono, 1995). Walaupun demikian panti werda juga bermanfaat bagi lansia yang keluarganya tidak memiliki kesempatan yang cukup untuk merawatnya. Pendapat yang positif dari sebagian besar lansia tentang panti werda merupakan peluang bagi Dinas Kesehatan untuk melaksanakan pembinaan lansia dengan model panti werda., apalagi panti werda di Surabaya belum banyak baik jumlah institusinya maupun jumlah tempat tidurnya (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tingkat II Kotamadya Surabaya. (1998).

Stratifikasi adalah model penilaian terhadap kinerja puskesmas untuk menentukan strata puskesmas. Walaupun penilaian puskesmas model stratifikasi sudah tidak dipakai lagi seiring dengan diperkenalkannya Standard Pelayanan Minimum, namun mengingat penilaian model Standard Pelayanan Minimum belum dilaksanakan maka penelitian ini masih mempergunakan Stratifikasi Puskesmas. Hasil Stratifikasi Puskesmas yang rata-rata baik merupakan kekuatan puskesmas untuk secara internal meningkatkan kinerja karyawannya dalam pembinaan lansia.

Kelemahan :

1. Hasil kegiatan pembinaan lansia
2. Sarana pembinaan lansia

Menurut data puskesmas, hasil pembinaan lansia masih di bawah target, berarti masih banyak lansia yang belum merasakan pembinaan yang diberikan oleh puskesmas.

Hal ini terkait juga dengan kondisi sarana pembinaan yang jelek, yaitu jumlahnya yang tidak mencukupi untuk melaksanakan pembinaan dengan baik. Jumlah yang kurang tersebut tidak memungkinkan puskesmas untuk melaksanakan kegiatan secara bersamaan. Hal ini menyulitkan puskesmas dalam menyusun kegiatannya terutama kegiatan di luar gedung.

Variabel *Performance* memiliki 4 kekuatan dan 3 kelemahan, jadi dapat disimpulkan bahwa *performance* merupakan kekuatan organisasi dan kekuatannya terletak pada variabel Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia, Pendapat lansia tentang Posyandu, Pendapat lansia tentang Panti Wreda, dan Stratifikasi Puskesmas.

Tabel 5.22 Kekuatan Dan Kelemahan Faktor Eksternal Dan Internal Berdasarkan Strategi 5 P Dari Marion J. Ball

No	Strategi 5 P	Eksternal		Inetrnal	
		Kekuatan	Kelemahan	Kekuatan	Kelemahan
1	<i>Power</i>	1. Pengetahuan 2. Jaminan hari tua	1. Jumlah lansia 2. Pendidikan 3. Pekerjaan	-	1. Jumlah petugas 2. Pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia 3. Kerjasama Puskesmas
2	<i>Position</i>	1. Penghasilan 2. Keadaan fisik 3. Pendapat lansia tentang petugas	Biaya pengobatan	1. Jadual pelayanan 2. Biaya pembinaan lansia	Dana pembinaan lansia

No	Strategi 5 P	Eksternal		Internal	
		Kekuatan	Kelemahan	Kekuatan	Kelemahan
3	<i>Pace</i>	Pendapat lansia tentang puskesmas	-	1. Supervisi puskesmas 2. Pelatihan	1. Penelitian 2. Inovasi
4	<i>Potensial</i>	1. Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan 2. Ketergangan	Persepsi lansia tentang pembinaan	Kewenangan mendesain produk	Kewenangan pengelolaan dana
5	<i>Performace</i>	1. Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia 2. Pendapat lansia tentang Posyandu 3. Pendapat lansia tentang Panti Wreda	Pendapat lansia tentang hasil pembinaan lansia	Stratifikasi Puskesmas	Sarana pembinaan

5.5 Profil Organisasi

Analisis terhadap profil organisasi berdasarkan perbandingan jumlah kekuatan, kelemahan dan netral dari masing-masing variabel. Apabila kekuatannya lebih banyak maka variabel tersebut termasuk dalam kategori kekuatan organisasi, dan sebaliknya apabila kelemahannya yang lebih banyak maka variabel tersebut termasuk dalam kategori kelemahan dalam organisasi, sedangkan apabila jumlah kelemahan sama dengan jumlah kekuatan maka dilakukan pembobotan secara kualitatif terhadap sub variabel tersebut. Selanjutnya dengan cara yang sama dilakukan untuk tingkat organisasi, sehingga dapat ditentukan organisasi tersebut memiliki lebih banyak kelemahan atau kekuatan.

Dari tabel 5.23 dapat dilihat bahwa Dinas Kesehatan memiliki kelemahan pada *Power* dan *Pace*. Kelemahan variabel *power* adalah Jumlah petugas pembina lansia, Pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia, Kerjasama puskesmas. Jadi kelemahan tersebut berkisar pada kelemahan sumberdaya manusia. Sedangkan kelemahan *pace* adalah

rendahnya penelitian puskesmas dan inovasi puskesmas, jadi kelemahan *pace* adalah pada produk organisasi.

Agar puskesmas bergerak untuk melaksanakan penelitian maka perlu diciptakan suasana kompetitif dalam dunia keilmuan di puskesmas, yaitu dengan cara senantiasa mendorong tenaga puskesmas untuk melanjutkan pendidikannya satu tingkat lebih tinggi. Para dokter dan sarjana lain didorong untuk melanjutkan studi S2, karyawan D3 dan lulusan SMU didorong untuk melanjutkan studi S1 sedangkan bidan dan perawat didorong untuk melanjutkan studi D3 kebidanan atau keperawatan.

Struktur tarif pelayanan puskesmas perlu diperbaiki agar dapat menampung setiap kegiatan inovasi puskesmas dan mampu memprediksi kegiatan yang mungkin akan dilaksanakan puskesmas 5 tahun kedepan.

Pada dasarnya manusia mengharap imbalan atas pekerjaan yang telah mereka lakukan. Karena itu setiap inovasi dan penelitian yang dilaksanakan puskesmas diupayakan agar dapat meningkatkan kesejahteraan karyawan puskesmas.

Tabel 5.23 Jumlah Kekuatan Dan Kelemahan Faktor Internal

	Strategi 5 P	Internal		Penjelasan
		Jumlah Kekuatan	Jumlah Kelemahan	
1	<i>Power</i>	0	3	Kelemahan organisasi
2	<i>Position</i>	2	1	Kekuatan organisasi
3	<i>Pace</i>	2	2	Supervisi dan pelatihan dilaksanakan oleh puskesmas bersama Dinas Kesehatan Kota sedangkan Inovasi dan penelitian dilakukan puskesmas sendiri, jadi merupakan kelemahan organisasi
4	<i>Potential</i>	1	1	Ditinjau dari segi kesiapan tenaga, puskesmas lebih siap menerima kewenangan desain produk daripada kewenangan pengelolaan dana, mengingat tenaga ekonomi akuntansi di puskesmas tidak ada, jadi merupakan kekuatan organisasi
5	<i>Performance</i>	1	1	Stratifikasi puskesmas merupakan prestasi puskesmas. Sedangkan kecukupan alat pembinaan dapat diatasi dengan menggabungkan beberapa kegiatan dengan satu set peralatan, jadi merupakan kekuatan organisasi
	<i>Jumlah</i>	6	8	

Sedangkan kekuatan Dinas Kesehatan terletak pada *Position*, *Potential* dan *Performance*. Kekuatan *Position* terletak pada Jadwal pelayanan, dan Biaya pembinaan lansia. Jadi kekuatannya terletak pada *finance* dan *product*. Kekuatan *Potential* adalah variabel: Kewenangan mendesain produk. Jadi kekuatannya terletak pada produk organisasi. Selanjutnya kekuatan *performance* adalah Stratifikasi Puskesmas. Jadi kekuatannya terletak pada produk organisasi.

5.6 Profil Lansia

Terdapat 3 (empat) variabel yang merupakan kelemahan *power* yaitu: pekerjaan lansia, jumlah lansia, dan pendidikan lansia.

Pada umumnya lansia di Surabaya bekerja bukan untuk aktualisasi dirinya melainkan masih berada pada tahap awal dari hirarkhi kebutuhan Maslow yaitu memenuhi kebutuhan dasarnya. Hal ini tampak dari masih rendahnya upah yang mereka terima dan ketidak cukupan penghasilan lansia.

Besarnya proporsi lansia yang tidak memiliki pekerjaan perlu dicari jalan keluar agar mereka dapat memperoleh pekerjaan dan memiliki penghasilan yang cukup. Cara mudah untuk mencapai hal itu adalah dengan cara menuntun para lansia untuk memasuki sektor informal. Para lansia dilatih ketrampilan tertentu, kemudian diberi bantuan modal dan pemasaran.

Di sisi lain puskesmas memiliki kelemahan yang mendasar yaitu kurangnya petugas pembina lansia dan rendahnya pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia. Menyikapi keterbatasan tenaga sebagai akibat dari keterbatasan kemampuan Pemerintah Kota dalam

membayar pegawai baru maka tenaga yang sudah ada perlu lebih diintensifkan melalui 2 (dua) cara utama, yaitu :

1. Pembagian tugas yang jelas, ketat dan konsisten
2. Supervisi dari dinas yang lebih tinggi

Tabel 5.24 Jumlah Kekuatan Dan Kelemahan Faktor Eksternal

No	Strategi 5 P	Eksternal		Penjelasan
		Jumlah Kekuatan	Jumlah Kelemahan	
1	<i>Power</i>	2	3	Kelemahan
2	<i>Position</i>	3	0	Kekuatan
3	<i>Pace</i>	1	1	Pendapat lansia tentang petugas memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap kehadiran lansia ke puskesmas dibanding waktu awal pelayanan lansia. Karena walaupun waktu awal pelayanan lansia baik belum tentu lansia bersedia dibina oleh puskesmas bisa jadi lansia pergi ke tempat pelayanan yang lain. Jadi merupakan kekuatan
4	<i>Potential</i>	2	1	Kekuatan
5	<i>Performance</i>	3	1	Kekuatan
	Jumlah	11	6	

Mengingat pelatihan petugas sudah dilaksanakan dengan baik, maka perlu dikaji lebih lanjut untuk menemukan bentuk pelatihan yang sesuai agar hasilnya benar-benar dapat meningkatkan pengetahuan petugas. Peningkatan kemampuan petugas tersebut dapat dilaksanakan dengan pilihan metode sebagai berikut:

- sistem magang di rumah sakit atau di puskesmas yang lebih maju
- Kursus atau pelatihan
- Studi banding ke puskesmas yang telah berhasil membina lansia
- *refreshing* atau *continuing education*.

Memperhatikan persepsi lansia tentang pembinaan lansia yang tidak melulu pada pembinaan kesehatan, sedangkan di puskesmas tidak tersedia petugas yang memiliki

kecakapan di bidang pembinaan agama, hukum dan peningkatan ketrampilan, maka kerjasama dengan lintas sektor maupun pihak swasta merupakan kegiatan yang perlu ditingkatkan. Kerjasama tersebut antara lain dengan: Departemen Agama, Dinas Perindustrian Perdagangan dan Penanaman Modal, Dinas Sosial, Dinas Tenaga Kerja, Dinas Koperasi dan Pengusaha Kecil dan Menengah, Dinas Pendidikan serta perguruan tinggi. Mengingat demikian banyaknya perguruan tinggi di Surabaya dengan berbagai disiplin ilmu yang dipelajari maka kerjasama dengan perguruan tinggi merupakan pilihan utama.

Dengan kerjasama demikian perguruan tinggi memperoleh tempat atau lahan praktek bagi mahasiswanya, sedangkan puskesmas dapat menyerap ilmu dan teknologi yang dikembangkan oleh perguruan tinggi tersebut.

Selain itu puskesmas juga dapat bekerjasama dengan rumah sakit dengan pola kerjasama saling menguntungkan. rumah sakit diuntungkan dari segi rujukan pasien dari puskesmas dan dari segi promosi kepada pengunjung puskesmas, sedangkan puskesmas memperoleh keuntungan dari pelayanan paripurna sampai tingkat spesialis yang diberikan oleh tenaga rumah sakit di puskesmas, selain itu tenaga puskesmas yang mendampingi tenaga spesialis tersebut secara langsung dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam memecahkan masalah pasien. Puskesmas juga dapat membangun kerjasama dengan institusi lain baik yang bergerak di bidang kesehatan maupun di bidang lain, baik yang setingkat maupun dengan tingkat yang lebih tinggi.

Karena itu Dinas Kesehatan Kota Surabaya perlu membuka jalan bagi terlaksananya kerjasama tersebut dengan cara mengusulkan peraturan yang memperbolehkan kerjasama Puskesmas tersebut atau dengan sistem lain yaitu institusi

yang lebih tinggi menggalang kerjasama terlebih dulu sehingga kerjasama puskesmas merupakan tindak lanjut dari kerjasama yang telah dibuat.

Kelemahan *position* terletak pada 3 (empat) variabel, yaitu: penghasilan lansia, keadaan fisik lansia, pendapat lansia tentang petugas. Ketiga variabel tersebut perlu ditingkatkan, untuk peningkatan pembinaan lansia.

Walaupun sebagian besar lansia sudah memiliki penghasilan namun penghasilan tersebut memiliki 2 (dua) kelemahan yaitu: kelemahan dari sumbernya dan dari besarnya nilai upah. Sumber penghasilan lansia yang pada umumnya berasal dari santunan hari tua, perlu digeser kearah sumber dari gaji atau upah pekerjaan. Sedangkan besarnya nilai upah dapat ditingkatkan melalui peningkatan ketrampilan lansia agar mereka memperoleh tambahan penghasilan dari sektor informal.

Kekuatan pada variabel *pace* terletak pada variabel Pendapat lansia tentang puskesmas.

Kekuatan dari *Potential* terletak pada variabel: Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan dan Ketergantungan lansia. Keinginan sebagian besar lansia untuk memperoleh pelayanan kesehatan umum perlu disambut dengan persiapan yang matang oleh puskesmas. Persiapan tersebut meliputi penataan tenaga pembina lansia, penataan manajemen pelayanan, serta penataan dana pelayanan.

Kondisi yang mendukung penataan tersebut adalah adanya kewenangan untuk mendesain menu pelayanan, sehingga bisa disesuaikan dengan kondisi lansia setempat.

Kekuatan pada *performance* adalah: Pendapat lansia tentang jenis pelayanan lansia, Pendapat lansia tentang posyandu lansia, Pendapat lansia tentang panti werda.

Jadi dari sisi faktor eksternal merupakan kekuatan organisasi.

Setelah menganalisis profil organisasi dan profil lansia maka dapat disimpulkan bahwa strategi terbaik agar puskesmas dapat mengungguli pesaingnya adalah strategi stabilitas. Yaitu dengan cara memperbaiki kelemahan faktor internal dengan memanfaatkan kekuatan faktor eksternal organisasi.

5.7 Pemikiran Strategi Pembinaan Lansia di Kota Surabaya

5.7.1 Visi

Menjadi organisasi yang mampu mensejahterakan lansia menuju Surabaya metropolitan madani 2010.

5.7.2 Misi.

1. Pembinaan kesehatan lansia terutama dititik beratkan pada upaya peningkatan kesehatan dan kemampuan lansia untuk mandiri agar selama mungkin tetap produktif dan berperan aktif dalam pembangunan nasional, melalui upaya promotif dan preventif yang dilaksanakan secara komprehensif bersama-sama dengan usaha kuratif dan rehabilitatif
2. Pembinaan kesehatan lansia dilaksanakan melalui pendekatan yang holistik dengan memperhatikan nilai sosial budaya yang ada, dan dilaksanakan dengan cara :
 - a. Penyelenggaraan kesehatan lansia dilaksanakan secara terpadu baik lintas program maupun lintas sektoral dengan pendekatan sistem.

- b. Pembinaan kesehatan lansia dilaksanakan sebagai bagian dari pembinaan kesehatan keluarga, melalui pelayanan kesehatan Puskesmas dan rujukannya.
- c. Peran serta aktif masyarakat dalam penyelenggaraan pembinaan kesehatan lansia senantiasa ditingkatkan melalui organisasi sosial yang ada.

5.7.4 Strategi.

Sebagaimana telah disebutkan di muka bahwa strategi utama yang dipergunakan dalam melaksanakan pembinaan lansia di kota Surabaya adalah strategi stabilitas, yaitu upaya untuk mempertahankan kinerja yang telah dicapai sambil mencari kesempatan untuk meningkatkan hasil kegiatan. Secara teknis strategi tersebut dirumuskan dalam strategi fungsional sebagai berikut:

1. Strategi Karangwerda
2. Strategi Posyandu lansia
3. Strategi Pantí lansia
4. Strategi Bina Lansia
5. Strategi Asuh Lansia

5.7.4.1 Strategi Karangwerda

Ide dasar dari strategi ini adalah memusatkan seluruh kegiatan lansia di suatu desa atau kelurahan dalam satu wadah tingkat desa yaitu Karang Werda. Ide ini pertama kali diusulkan oleh Yayasan Gerontologi Abiyoso Jawa Timur (Trimaryono, 1995), yang

Karangwerda untuk tiap kelurahan. Selanjutnya Karangwerda tersebut bersama dengan para ketua RW membentuk kegiatan Karangwerda di berbagai bidang kegiatan, misalnya keagamaan, kesenian, ketrampilan, olah raga dan kesehatan. Khusus di bidang kesehatan yang dibentuk adalah posyandu lansia.

Strategi ini mengandung beberapa kelemahan yaitu:

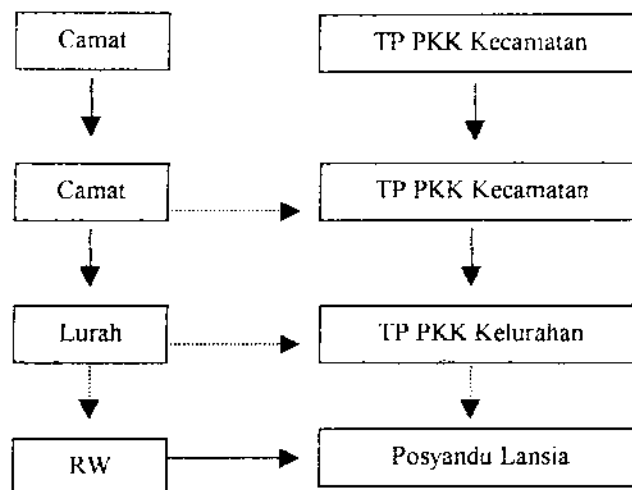
1. Mengingat Kota Surabaya adalah kota besar, di mana satu kelurahan memiliki jumlah penduduk yang setara dengan jumlah penduduk kecamatan di daerah pedesaan, maka organisasi Karangwerda di kelurahan dirasakan terlalu besar untuk dikelola oleh lansia. Akibatnya pembentukannya sangat sulit, hanya 30% (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 1999) dari kelurahan yang ada di kota Surabaya yang telah membentuk Karangwerda. Disamping itu hanya 10% dari yang telah membentuk tadi melaporkan kegiatannya secara rutin.
2. Organisasi Karangwerda dikelola oleh relawan lansia, karena itu beban yang terlalu berat tidak akan mereka selesaikan.
3. Dengan berkembangnya reformasi maka segala lembaga yang dibentuk pemerintah dicurigai menjadi sarana propaganda pemerintah.

5.7.4.2 Strategi Posyandu Lansia

Strategi Posyandu pada dasarnya dibentuk dengan cara memotong birokrasi Strategi Karangwerda. Dengan cara memotivasi masyarakat di bawah koordinasi ketua RW atau pemuka masyarakat setempat untuk membentuk dan membina pos pelayanan terpadu lansia. Berbeda dengan posyandu balita maka posyandu lansia memiliki kegiatan yang benar-benar beragam, yaitu: keagamaan, sosial, budaya, kesenian,

olahraga, ketrampilan, ekonomi dan kesehatan. Kegiatan tersebut dapat dipilih sesuai dengan kegemaran anggota posyandu dengan kegiatan wajib kesehatan, olahraga dan agama.

Disamping itu posyandu juga dibina oleh PKK mulai dari tingkat kecamatan yaitu Tim Penggerak PKK Kecamatan sampai Kelurahan. Hal ini dianggap akan berjalan lebih baik karena PKK memiliki anggaran dalam APBD Kota, sehingga diharapkan pembinaannya dapat berjalan dengan lebih baik.



Gambar 5.2 : Hubungan Posyandu Lansia Dengan Pemerintah

Strategi Panti Werda

Persoalan yang dialami oleh lansia bukan sekedar ketidak berdayaan akan tetapi juga menyangkut persoalan kcharmonisan keluarga. Karena itu strategi pantiwerda tetap diperlukan. Terdapat beberapa model pantiwerda yaitu:

1. Panti komersial : Penghuni pantierda diwajibkan membayar sejumlah biaya dengan tarif yang telah ditentukan oleh pihak pantiwerda.

Pantiwerda jenis ini tidak ada di Indonesia, akan tetapi tidak tertutup kemungkinan untuk didirikan suatu saat kelak, baik dengan sistem pembayaran kontan maupun pra upaya atau keanggotaan, di mana calon peserta sudah membayar iuran beberapa tahun sebelum ia memasuki panti.

2. Panti Sosial : Penghuni Pantiwerda membayar sebagian biaya atau tidak membayar sama sekali. Biaya operasional panti diperoleh dari sumbangan masyarakat atau pemerintah.

Strategi pantiwerda tidak dapat berdiri sendiri, tetapi tetap diperlukan, hal ini karena sebagian besar lansia lebih suka tinggal di tengah keluarganya walaupun apabila terpaksa mereka tidak keberatan untuk tinggal di panti.

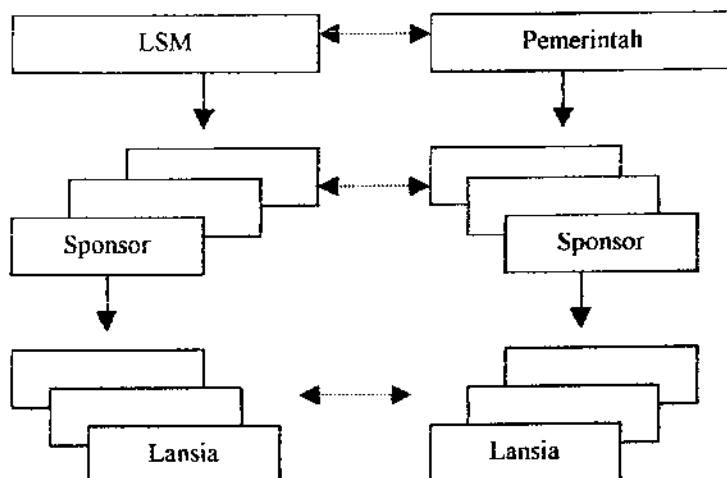
5.7.4.3 Strategi Bina Lansia

Sebagian besar lansia Surabaya ternyata masih produktif, karena itu peningkatan produktifitas merupakan kebutuhan mereka. Sasaran dari Strategi Bina Lansia adalah lansia yang masih produktif. Mereka dibina sesuai dengan kegemaran dan pekerjaan mereka agar mereka tidak tergantung pada sanak keluarganya. Strategi ini merupakan modifikasi dari strategi Bina Keluarga Lansia yang dilaksanakan oleh BKKBN, pebedaannya kalau BKKBN lebih mengutamakan pembinaan pada keluarga di mana lansia tersebut berada, akan tetapi di sini sasaran langsungnya adalah lansia itu sendiri. Jadi Strategi ini melengkapi strategi pembinaan lansia yang lain.

5.7.4.4 Strategi Asuh Lansia

Pada strategi ini lansia tetap tinggal di tengah keluarganya, akan tetapi karena keluarganya tidak mampu maka dicarikan keluarga lain yang mampu untuk membiayai

kebutuhan makan sehari-hari dan biaya perawatan kesehatannya. Dengan demikian ada tiga komponen yang terkait pada strategi ini yaitu: keluarga lansia, keluarga lain sebagai sponsor, dan lembaga atau LSM yang mencari sponsor.



Gambar 5.3 : Hubungan Antara LSM, Pemerintah, Dan Sponsor Pada Strategi Asuh Lansia

Lembaga Sosial Masyarakat atau Pemerintah berusaha mencari sponsor untuk membiayai kebutuhan pengasuhan lansia, sponsor tersebut dapat perorangan dapat pula kelompok. Penyampaian dana asuh kepada lansia dapat melalui keluarga terdekat lansia dapat pula oleh LSM, atau dapat pula oleh pemerintah melalui puskesmas atau Kelurahan. Untuk mencapai hasil yang lebih baik maka Pemerintah dituntut untuk senantiasa bekerjasama dengan LSM, sedangkan sponsor perlu senantiasa digalang kebersamaannya baik oleh LSM maupun oleh pemerintah, sehingga sponsor yang digalang oleh pemerintah senantiasa menyatu dengan sponsor yang digalang oleh LSM. Demikian pula pengasuhan lansia oleh LSM dan yang dilakukan oleh pemerintah senantiasa dipadukan sehingga lansia tidak merasakan adanya perbedaan yang berarti.

5.8 Hasil Focus Group Discussion (FGD)

5.8.1 Tujuan FGD

1. Mendapatkan masukan terhadap konsep Visi dan Misi Pembinaan Lansia di Kota Surabaya yang telah dibuat oleh peneliti.
2. Mendapatkan masukan tentang rumusan strategi Pembinaan Lansia Bidang Kesehatan di Kota Surabaya, yang telah ditetapkan oleh peneliti berdasarkan model 5 P dari Ball
3. Menggali adanya kemungkinan bentuk-bentuk strategi Pembinaan Lansia yang lain diluar rumusan peneliti.

5.8.2 Peserta FGD

Peserta FGD adalah 24 orang dengan komposisi sebagai berikut: Yayasan Abiyoso, Karangwerda Yudistiro Tenggilis Mejoyo, Kader Lansia Kelurahan Mojo, Panti Werda Argo Dadali, Pantiwerda Surya, Dinas Sosial dan Pemberdayaan Perempuan Kota Surabaya, Kepala Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Kepala Sub Dinas Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Kepala Seksi Remaja dan Usia Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Kepala Bidang Sosial Budaya Badan Perencanaan Pembangunan Kota Surabaya, Kepala BKKBN, Kepala Puskesmas Mojo, Kepala Puskesmas Putatjaya, dan Instruktur.

5.8.3 Hasil FGD

FGD dilaksanakan pada tanggal 6 Pebruari 2002 pukul 08.30 s/d 10.45, bertempat di Kantor BAPPEKO Surabaya, dengan hasil sebagai berikut.

1. Visi
 - 1.1 Diusulkan untuk diubah menjadi Lansia Sejahtera 2010
 - 1.2 Visi disesuaikan dengan kemampuan Dinas Kesehatan.
2. Misi
 - 2.1 Misi tentang pembinaan kesehatan lansia, sedangkan judul tentang pembinaan lansia secara luas, jadi hendaknya disesuaikan.
 - 2.2 Misi kedua diubah menjadi: Pembinaan lansia dilaksanakan melalui pendekatan holistik dengan memperhatikan nilai sosial budaya yang ada.
 - 2.3 Misi nomor 2.a, 2.b, 2.c dihilangkan karena hal ini merupakan implementasi strategi
3. Strategi
 - 3.1 Strategi yang diusulkan peneliti sebenarnya adalah implementasi strategi, sedangkan strategi yang benar adalah:
 1. Advokasi kepada walikota, DPRD atau pejabat lain yang berwenang untuk memperoleh dukungan dana pembinaan lansia.
 2. Memantapkan organisasi lansia di berbagai tingkatan.
 3. Meningkatkan keterpaduan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh berbagai sektor baik pemerintah maupun swasta.
 4. Meningkatkan kerjasama dalam pembinaan lansia baik anatar pemerintah maupun antara pemerintah dengan LSM.
 5. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembinaan lansia
 6. Bina suasana atau *social support* yaitu usaha untuk memperoleh dukungan swasta dan media masa agar tercipta opini masyarakat yang positif terhadap pembinaan lansia.

7. Pemberdayaan lansia melalui berbagai kegiatan sesuai dengan minat lansia.
- 3.2 Strategi yang diusulkan sangat bemuansa pembinaan kesehatan padahal di depan disebutkan pembinaan lansia secara menyeluruh.
- 3.3 Beberapa koreksi terhadap strategi Karangwerda:
1. Karangwerda bisa didirikan pada tingkat Rukun Warga (RW).
 2. Posyandu Lansia sebaiknya merupakan bagian dari Karangwerda.
 3. Karangwerda tidak maju bukan akibat kurangnya kepercayaan lansia, atau akibat reformasi tetapi karena kurangnya keterlibatan Pemerintah Daerah.
 4. Posyandu bisa bekerjasama dengan PKK atau BKKKS
- 3.4 Hendaknya setiap rumah sakit memiliki poli geriatri dan puskesmas memiliki pojok lansia.
- 3.5 Strategi bina lansia tetap dibutuhkan terutama bagi keluarga lansia produktif.
- 3.6 Startegi pantiwerda tetap diperlukan terutama bagi lansia yang tidak mampu dan tidak memiliki keluarga.

Disamping itu diusulkan agar judul hendaknya memuat dimana strategi tersebut akan diimplementasikan (misalnya di Dinas Kesehatan Kota) dan dengan apa penelitian tersebut dianalisis.

Tabel 5.25 Ringkasan Hasil FGD

No	Usulan Peserta	Hasil Pembahasan	Rekomendasi FGD
1	Visi diubah menjadi Lansia Sejahtera 2010	Visi adalah visi organisasi bukan visi lansia	Organisasi yang mampu mensejahterakan lansia 2010
2	Misi pembinaan kesehatan lansia diubah menjadi pembinaan lansia	Pembinaan pada penelitian ini adalah pembinaan kesehatan	Misi tetap pembinaan kesehatan lansia

No	Usulan Peserta	Hasil Pembahasan	Rekomendasi FGD
3	Misi 2a, 2b, 2c dihilangkan	Misi tersebut menjelaskan kata holistik	Misi 2a, 2b, 2c dihilangkan
4	Strategi yang diusulkan bernuansa kesehatan sedangkan di depan disebutkan pembinaan menyeluruh	Pembinaan yang diteliti adalah pembinaan kesehatan	Judul diubah menjadi Strategi Pembinaan Masyarakat Lansia Bidang Kesehatan Berdasarkan Model Analisis Strategi 5 P Dari Marion J. Ball
5	Karangwerda bisa didirikan di tingkat kelurahan maupun RW	Instruksi Walikota Surabaya nomor 04 tahun 1996 memerintahkan para Lurah untuk membentuk institusi lansia di tiap kelurahan sesuai dengan jumlah penduduk lansia	Karangwerda bisa didirikan di tingkat kelurahan maupun tingkat RW
6	Setiap rumah sakit memiliki poli geriatri	Sebaiknya lansia sakit ditangani oleh spesialis, dan setiap rumah sakit di Surabaya memiliki tenaga spesialis penyakit dalam	Setiap rumah sakit di Surabaya hendaknya memiliki poli geriatri
7	Setiap Puskesmas memiliki pojok lansia	Tenaga medis dan para medis di puskesmas masih kurang, sedangkan di puskesmas sudah ada pojok gizi, pojok oralit dan pojok laktasi	Pojok lansia bisa didirikan di setiap Puskesmas dengan tenaga paruh waktu
8	Pembinaan melalui Posyandu lansia	1. Pembinaan melalui pos yandu lansia bisa dilakukan secara mandiri 2. Posyandu lansia merupakan bagian dari karang werda	Pembinaan lansia bisa melalui Posyandu lansia
9	Pembinaan melalui pantiwerda	Pantiwerda diperuntukkan bagi lansia yang tidak memiliki keluarga	Pembinaan melalui pantiwerda tetap diperlukan
11	Pembinaan melalui Asuh lansia	1. Pembinaan asuh lansia diperuntukkan bagi lansia jompo tidak mampu tetapi masih memiliki keluarga 2. Pembinaan asuh lansia memerlukan dana yang cukup besar 3. Bisa melibatkan LSM	Pembinaan model asuh lansia diperlukan

BAB 6

RUMUSAN STRATEGI PEMBINAAN LANSIA DI KOTA SURABAYA

BAB 6

RUMUSAN STRATEGI PEMBINAAN LANSIA DI KOTA SURABAYA

6.1 Analisis Pilihan Strategi

Memperhatikan hasil analisis faktor eksternal dan faktor internal pembinaan lansia dan setelah menerima berbagai masukan peserta FGD maka ditentukan rumusan strategi pembinaan lansia di kota Surabaya dengan analisis sebagaimana tabel 6.1 berikut ini, dengan ketentuan sebagaimana telah disebutkan dalam metode penelitian diatas yaitu nilai + berarti strategi tersebut layak untuk dilaksanakan sedangkan - tidak layak, dan ? tidak dapat dianalisis berhubung informasi terbatas.

Tabel 6.1 Analisis Pilihan Strategi

No	Hasil Penelitian	Hasil FGD						
		Karangwerda	Posyandu lansia	Panti Werda	Bina Lansia	Poli Geriatri	Pojok Lansia	Asuh Lansia
A	Power							
1	Jumlah lansia besar	+	+	-	+	?	+	-
2	Pengetahuan lansia cukup	+	+	-	-	?	-	-
3	Sebagian besar memiliki jaminan hari tua	+	+	-	-	?	-	-
4	Sebagian besar saat ini tak memiliki pekerjaan	+	+	±	+	?	+	+
5	Jumlah petugas tidak memadai	-	+	+	-	?	-	-
6	Sebagian besar menumpang anak	-	+	-	+	?	+	-
7	Pendidikan rendah	-	+	-	+	?	+	-
8	Pengetahuan petugas kurang	-	-	-	-	-	-	-
9	Kerjasama puskesmas kurang	-	+	-	-	-	+	-
B	Position							
1	Penghasilan cukup	+	+	-	-	+	-	-
2	Keadaan fisik cukup	+	+	-	-	-	-	-
3	Dana pembinaan lansia kurang	-	+	-	-	?	-	-
4	Pendapat lansia tentang petugas baik	-	+	-	+	?	+	-
5	Jenis pelayanan lansia di puskesmas beragam	-	+	-	-	-	+	-
6	Jadual pelayanan lansia di puskesmas baik	-	+	-	+	-	+	-

No	Hasil Penelitian	Hasil FGD						Asuh Lansia
		Karangwerda	Posyandu lansia	Panti Werda	Bina Lansia	Poli Geriatri	Pojok Lansia	
C	Pace							
1	Pendapat lansia tentang puskesmas baik	-	+	-	-	?	+	-
2	Waktu awal pelayanan lansia jelek	-	-	-	+	?	-	-
3	Pelatihan puskesmas baik	-	+	+	+	?	+	+
4	Supervisi puskesmas baik	-	+	-	+	?	+	-
5	Penelitian kurang	-	-	-	-	?	-	-
6	Inovasi kurang	-	-	-	-	?	-	-
D	Potential							
1	Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan baik	?	+	?	?	?	+	?
2	Ketergantungan lansia rendah	+	+	-	-	?	-	-
3	Persepsi lansia tentang pembinaan pada umumnya jelek	+	-	-	-	?	-	-
3	Adanya kewenangan mendesain produk	+	+	-	+	?	+	+
4	Tak ada kewenangan mengelola dana	-	-	-	-	?	-	-
E	Performance							
1	Pendapat lansia tentang hasil pembinaan lansia jelek	+	-	-	-	?	-	-
2	Pendapat lansia tentang posyandu baik	?	+	?	?	?	?	?
4	Pendapat lansia tentang panti werda baik	?	?	+	?	?	?	?
5	Stratifikasi puskesmas cukup	-	+	-	-	?	-	-
6	Sarana pembinaan kurang	-	-	-	-	?	-	+

Untuk melengkapi rekomendasi FGD tersebut penulis sengaja menambahkan strategi asuh lansia yang diperuntukkan bagi lansia jompo tidak mampu tetapi masih memiliki keluarga, walaupun disadari pembinaan asuh lansia memerlukan dana yang cukup besar. Untuk itu pemerintah bisa melibatkan LSM.

Tabel 6.1 tersebut dibangun berdasarkan data yang didapat dari FGD yaitu bahwa strategi pembinaan lansia dapat diselenggarakan dalam beberapa alternatif yaitu: karang werda, posyandu lansia, panti werda, bina lansia, poli geriatri dan pojok lansia yang ditempatkan pada baris pertama dan hasil penelitian berdasarkan 5P pada kolom pertama yaitu kolom 2.

Pertemuan dari kolom dan baris adalah penilaian terhadap alternatif strategi berdasarkan data 5 P dengan asumsi sebagai berikut:

1. Jumlah lansia besar: paling tepat adalah strategi karangwerda, posyandu lansia dan pojok lansia serta bina lansia karena ketiganya tidak memerlukan dana yang besar. Hal ini karena keempat strategi tersebut diselenggarakan atas peran serta masyarakat. Sedangkan strategi pantiwerda dan asuh lansia memerlukan dana yang besar sementara itu penghasilan lansia pada umumnya sama dengan UMR.
2. Pengetahuan lansia tentang kesehatan lansia cukup: paling tepat adalah strategi karangwerda dan posyandu lansia, dengan pengetahuan yang cukup lansia dapat mengelola dirinya sendiri maupun organisasi lansia.
3. Sebagian besar memiliki jaminan hari tua: adanya jaminan hari tua akan meningkatkan kemandirian lansia sehingga strategi yang paling tepat adalah karangwerda dan posyandu lansia.
4. Sebagian besar lansia saat ini tak memiliki pekerjaan: strategi yang tepat adalah karangwerda, posyandu lansia, pojok lansia dan asuh lansia serta bina lansia karena pada strategi ini lansia dilatih ketrampilan dan diberi bantuan agar mereka dapat mandiri. Sedangkan pantiwerda bisa ya bisa tidak karena pada umumnya panti werda hanya mampu membebaskan sebagian penghuninya dari biaya operasional.
5. Jumlah petugas tidak memadai: strategi yang paling tepat adalah karangwerda, posyandu lansia dan pantiwerda karena ketiganya tidak memerlukan banyak tenaga.
6. Sebagian besar menumpang pada anak: kondisi ini menyebabkan kurangnya kemandirian lansia oleh karena itu karangwerda kurang tepat karena strategi karangwerda memerlukan

kemandirian yang cukup untuk mengelola organisasi. Jadi strategi yang paling sesuai adalah posyandu lansia, bina lansia dan pojok lansia.

7. Pendidikan lansia rendah: strategi yang sesuai adalah posyandu, pantiwerda, bina lansia dan pojok lansia. Sedangkan karangwerda kurang sesuai karena pada strategi ini diperlukan banyak anggota yang memiliki kemampuan cukup untuk mengelola organisasi.
8. Pengetahuan petugas kurang: rendahnya pengetahuan menyebabkan semua strategi menjadi tidak bisa dikelola, kecuali strategi poli geriatri. Akan tetapi karena strategi ini berada di rumah sakit maka strategi ini tidak dapat dinilai kelayakannya.
9. Kerjasama puskesmas kurang: strategi yang sesuai hanya pojok lansia karena strategi ini tidak memerlukan kerjasama dengan pihak lain.
10. Penghasilan cukup: strategi yang sesuai adalah karangwerda, posyandu lansia, pantiwerda dan poligeriatri, sedangkan strategi bina lansia, pojok lansia dan asuh lansia tidak diperlukan lagi karena dengan penghasilan cukup para lansia dapat memelihara dirinya dengan baik.
11. Keadaan fisik baik: strategi yang sesuai adalah karangwerda, posyandu lansia dan bina lansia, karena yang diperlukan adalah kesehatan pencegahan yang disertai kegiatan peningkatan ketrampilan.
12. Dana pembinaan lansia kurang: strategi yang sesuai adalah posyandu lansia dan bina lansia, karena kedua strategi ini tidak banyak memerlukan dana pembinaan. Sedangkan karangwerda memerlukan dana pembinaan ganda yaitu pada karangwerda itu sendiri dan pada kegiatannya misalnya posyandu, rekreasi, musik, olahraga dan sebagainya.
13. Pendapat lansia tentang petugas baik: strategi yang sesuai adalah posyandu lansia, bina lansia dan pojok lansia karena ketiganya langsung dibina oleh petugas. Sedangkan

pembinaan dilakukan oleh multi sektor sedangkan puskesmas hanya membina kegiatan posyandunya saja.

14. Jenis pelayanan lansia di puskesmas beragam: strategi yang sesuai adalah posyandu lansia, bina lansia, pantiwerda dan pojok lansia. Dengan demikian kebutuhan pembinaan lansia bisa diselesaikan puskesmas baik bagi mereka yang datang ke puskesmas maupun yang ada di masyarakat dan di pantiwerda.
15. Jadwal pelayanan lansia baik: strategi yang sesuai adalah posyandu lansia, bina lansia, pantiwerda dan pojok lansia, sedangkan poli geriatri tidak sesuai karena semua persoalan lansia bisa diselesaikan di puskesmas.
16. Pendapat lansia tentang puskesmas baik: strategi yang sesuai adalah posyandu lansia dan pojok lansia karena keduanya langsung ditangani oleh puskesmas.
17. Waktu awal pelayanan lansia jelek: ketidak tahuan waktu awal yang baik bagi dimulainya pelayanan lansia menyebabkan lansia memerlukan pelayanan lebih banyak di masyarakat yaitu karangwerda, posyandu lansia dan bina lansia.
18. Pelatihan puskesmas baik: pelatihan yang baik memungkinkan puskesmas menyelenggarakan semua strategi kecuali poli geriatri karena strategi poli geriatri di luar kewenangan puskesmas.
19. Supervisi puskesmas baik: strategi yang tidak sesuai adalah karangwerda dan poligeriatri. Karangwerda tidak sesuai karena tidak bisa disupervisi, yang bisa disupervisi adalah kegiatan dari karangwerda. Sedangkan poligeriatri tidak bisa disupervisi karena rumah sakit diluar kewenangan puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kota Surabaya kecuali rumah sakit Tambakrejo.

20. Penelitian kurang: tidak ada strategi yang sesuai apabila minat untuk menyelenggarakan penelitian dan pengamatan kurang.
21. Inovasi kurang: inovasi yang rendah menggambarkan rendahnya semangat kewirausahaan puskesmas. Dengan demikian tidak ada strategi yang sesuai.
22. Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan baik: strategi yang sesuai adalah posyandu lansia dan pojok lansia, karena kedua strategi ini yang langsung bersentuhan dengan pelayanan puskesmas. Sedangkan karangwerda, pantiwerda, bina lansia dan asuh lansia bisa ya bisa tidak karena strategi ini dibina bersama antara puskesmas dengan sektor terkait lainnya.
23. Ketergantungan lansia rendah: ketergantungan rendah berarti kemandirian tinggi, maka strategi yang sesuai adalah karangwerda dan posyandu lansia.
24. Persepsi lansia tentang pembinaan pada umumnya jelek: strategi yang sesuai adalah karangwerda, karena keterlibatan puskesmas pada strategi ini paling kecil.
25. Adanya kewenangan mendesain produk: strategi yang sesuai adalah karangwerda, posyandu lansia, pojok lansia, bina lansia dan asuh lansia, sedangkan pantiwerda merupakan institusi yang memerlukan dana besar dan pengelolaan khusus.
26. Tidak ada kewenangan mengelola dana: tidak adanya kewenangan mengelola dana menyebabkan puskesmas sulit mengembangkan pelayanannya, oleh karena itu tidak ada strategi yang sesuai.
27. Pendapat lansia tentang hasil pembinaan lansia jelek: strategi yang sesuai adalah karangwerda, karena strategi ini dikelola bersama sektor lain, sedangkan strategi yang lain dikelola oleh puskesmas kecuali poli geriatri. Karena itu pembinaan sulit dikembangkan

apabila pendapat lansia tentang hasil kegiatan jelek dan sangat mungkin pembinaan tersebut tidak akan diterima oleh lansia.

28. Pendapat lansia tentang posyandu baik: strategi yang sesuai adalah posyandu dan karangwerda. Strategi yang lain tidak memiliki posyandu jadi tidak memiliki relevansi dengan variabel ini.
29. Pendapat lansia tentang panti werda baik: strategi yang sesuai adalah pantiwerda.
30. Stratifikasi puskesmas cukup : semua jenis strategi dapat diaplikasikan di puskesmas kecuali poli geriatri, karena penilaian model stratifikasi menunjukkan kinerja puskesmas. Apabila kinerja puskesmas baik maka puskesmas memiliki peluang keberhasilan yang sangat besar dalam melaksanakan kegiatan baru.
31. Sarana pembinaan kurang: strategi yang sesuai adalah asuh lansia karena strategi ini banyak memanfaatkan dana masyarakat. Jadi sarana kegiatannya juga akan ditunjang masyarakat.

Selanjutnya dibuat tabel 6.2 yang akan menggambarkan jumlah perolehan nilai dari masing-masing jenis strategi yang dikembangkan baik dalam FGD maupun pemikiran penulis.

Tabel tersebut juga akan menjelaskan kelayakan pelaksanaan masing-masing strategi.

Tabel 6.2 Rekapitulasi Nilai Jenis Strategi

No	Jenis Strategi	Jumlah Nilai				Penjelasan
		+	-	?	+	
1	Posyandu lansia	20	9	2	0	Perolehan + terbanyak, paling layak untuk dilaksanakan. Organisasinya sederhana akan tetapi memiliki banyak kegiatan. Selain itu juga sudah dikenal secara luas oleh lansia dan masyarakat
2	Karangwerda	15	14	1	1	Walaupun memiliki perolehan + cukup banyak akan tetapi karangwerda agak

No	Jenis Strategi	Jumlah Nilai				Penjelasan
		+	-	?	+	
						sulit untuk dilaksanakan oleh karena organisasinya lebih kompleks dan sumberdana terbatas. Karena itu strategi karangwerda kurang tepat untuk dilaksanakan
3	Pojok lansia	14	15	2	0	Pojok lansia memiliki beberapa kelemahan yaitu kemampuan pelayanan sedikit, lansia yang jauh tidak terjangkau, lebih banyak penyuluhan. Karena itu strategi pojok lansia tidak dapat berdiri sendiri, sementara itu tenaga puskesmas kurang
4	Bina lansia	14	14	2	1	Membina lansia secara tidak langsung yaitu dengan cara membina keluarganya. Kurang bisa memuaskan lansia karena tidak langsung menyentuh lansia.
5	Pantiwerda	9	19	1	2	Walaupun perolehan + hanya sembilan namun strategi pantiwerda diperlukan, terutama bagi lansia terlantar atau yang bermasalah dengan keluarganya.
6	Asuh lansia	6	21	3	1	Walaupun strategi ini tidak banyak menyerap anggaran puskesmas, namun asuh lansia memerlukan tenaga dalam jumlah yang besar karena pembinaannya lebih bersifat individual. Mengingat tenaga puskesmas masih kurang maka strategi ini sulit dilaksanakan
7	Poli geriatri	2	4	25	0	Karena poli geriatri berada di rumah sakit sedangkan penelitian ini dilaksanakan di puskesmas maka poli geriatri sulit dinilai.

6.2. Rumusan Strategi Pembinaan Lansia Di Kota Surabaya.

Visi

Menjadi organisasi yang mampu mensejahterakan lansia menuju Surabaya

metropolitan madani 2010.

5.7.2 Misi.

1. Pembinaan kesehatan lansia terutama dititik beratkan pada upaya peningkatan kesehatan dan kemampuan lansia untuk mandiri agar selama mungkin tetap produktif dan berperan aktif dalam pembangunan nasional, melalui upaya promotif dan preventif yang dilaksanakan secara komprehensif bersama-sama dengan usaha kuratif dan rehabilitatif
2. Pembinaan kesehatan lansia dilaksanakan melalui pendekatan yang holistik dengan memperhatikan nilai sosial budaya yang ada, dan dilaksanakan dengan cara :
 - a. Penyelenggaraan kesehatan lansia dilaksanakan secara terpadu baik lintas program maupun lintas sektoral dengan pendekatan sistem.
 - b. Pembinaan kesehatan lansia dilaksanakan sebagai bagian dari pembinaan kesehatan keluarga, melalui pelayanan kesehatan puskesmas dan rujukannya.
 - c. Peran serta aktif masyarakat dalam penyelenggaraan pembinaan kesehatan lansia senantiasa ditingkatkan melalui organisasi sosial yang ada.

Tujuan pembinaan: meningkatkan derajat kesehatan masyarakat lanjut usia agar dapat mencapai masa tua yang berguna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat.

Dengan memperhatikan visi dan misi organisasi dinas kesehatan, tujuan pembinaan lansia dan faktor internal serta faktor eksternal organisasi maka dapat disimpulkan bahwa strategi terbaik pada penelitian ini adalah strategi Posyandu Lansia. Akan tetapi sesuai dengan usulan para peserta FGD bahwa kegiatan dalam posyandu lansia sangat berbeda dengan posyandu balita, maka selanjutnya nama Posyandu Lansia diganti. Hal ini dianggap penting

untuk menghindari kerancuan persepsi dari lansia tentang kegiatan dalam posyandu lansia. Kalau posyandu balita memiliki kegiatan pokok 5 jenis kegiatan yang kesemuanya adalah bidang kesehatan maka posyandu lansia memiliki kegiatan yang sangat beragam yaitu: peningkatan iman dan taqwa, pemeriksaan kesehatan yang pada umumnya berupa pengukuran indeks masa tubuh, pengukuran tekanan darah dan ketajaman penglihatan serta pemberian vitamin dan pemeriksaan laboratorium sederhana bila diperlukan. Kegiatan lainnya adalah: pelatihan ketrampilan, olahraga, kesenian dan rekreasi, perpustakaan dan sebagainya.

Memperhatikan berbagai hal tersebut maka nama Posyandu diusulkan untuk diganti menjadi Pos Pelayanan Lansia atau disingkat Posyansi. Nama tersebut mirip dengan Posyandu dengan harapan agar mudah diingat karena nama Posyandu sudah sangat terkenal.

Namun demikian mengingat masih adanya beberapa kekurangan dalam penelitian ini antara lain beberapa informasi berikut ini:

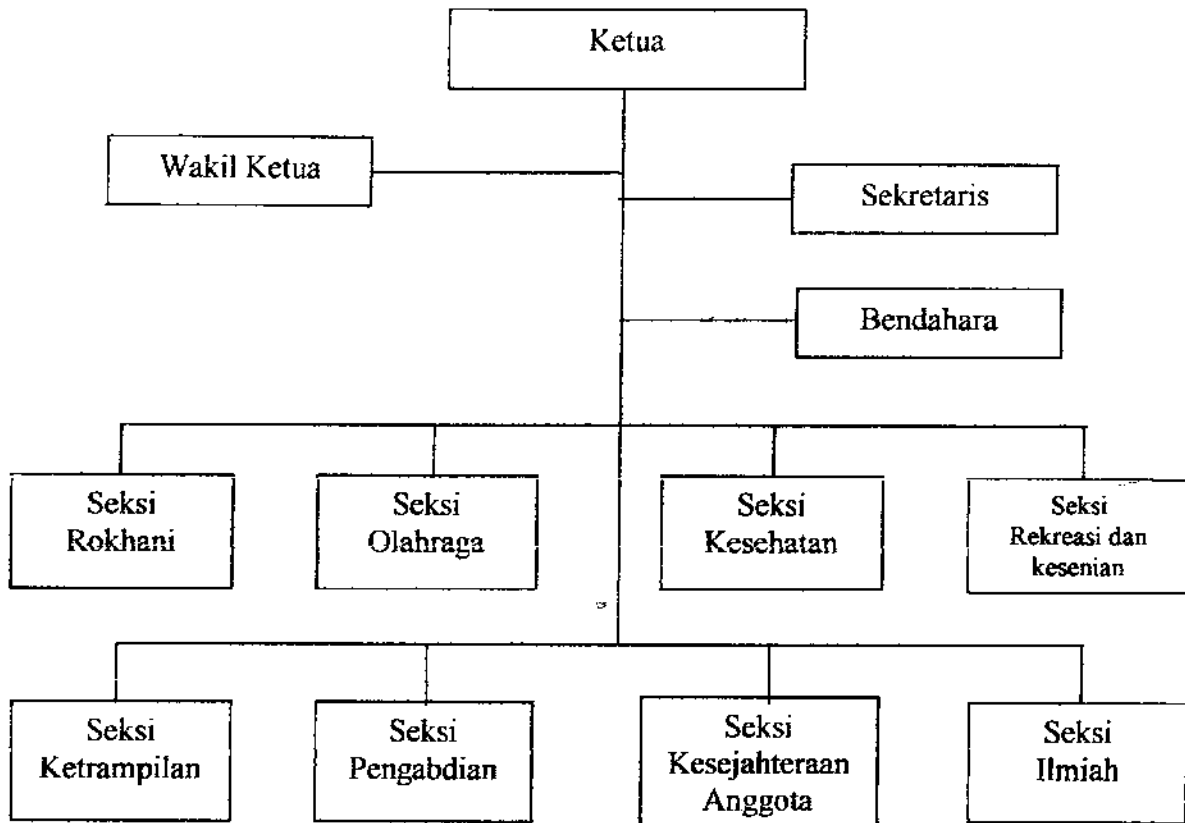
- Bagaimana pendapat lansia tentang karangwerda, bina keluarga lansia dan asuh lansia
- Apakah lansia lebih menyukai pembinaan dari pemerintah atau pembinaan dari mereka sendiri.
- Seberapa besar kemampuan lansia dalam mendanai kegiatan pembinaan seandainya mereka harus melaksanakan pembinaan sendiri.

Maka apabila posyansi dilaksanakan masih memerlukan penelitian lebih lanjut agar keberhasilannya bisa dijamin. Oleh karena itu strategi lama yaitu karang werda dan bina lansia masih tetap bisa dilaksnakan disamping strategi posyansi.

6.3 Organisasi Posyansi

Posyansi adalah organisasi sosial kemasyarakatan dari lansia untuk lansia dengan moto

saling asih, saling asuh dan saling asah. Pada posyansi aparat pemerintah benar-benar berfungsi sebagai konsultan dalam berbagai kegiatan. Posyansi dipimpin oleh seorang ketua dengan dibantu seorang wakil ketua, seorang sekretaris, seorang bendahara dan beberapa ketua seksi sesuai kebutuhan.



Gambar 6.1 : Struktur Organisasi Posyansi

Struktur organisasi tersebut bersifat alternatif, bagaimanapun juga di lapangan diserahkan sepenuhnya kepada masyarakat. Namun demikian 3 (tiga) kegiatan yang wajib ada setiap bulan adalah kegiatan rokhani, olah raga dan kesehatan. Puskesmas atau instansi lain berfungsi sebagai konsultan.

Selanjutnya seksi-seksi tersebut memiliki tugas sebagai berikut:

1. Seksi rokhani

Seksi rokhani, seksi olahraga dan seksi kesenian merupakan seksi yang wajib ada di setiap posyansi. Berbagai penelitian (Kroenig, 1999) menyatakan bahwa kedekatan dengan Tuhan melalui agama dapat memperpanjang usia, disamping itu hasil penelitian menunjukkan bahwa semua responden beragama, maka seksi rokhani sangat diperlukan oleh lansia. Seksi ini bertugas untuk memenuhi kebutuhan keagamaan dari anggotanya baik melalui pengajian, pengadaan buku agama maupun diskusi keagamaan.

2. Seksi olahraga

Seksi ini bertugas untuk mengkoordinir kegiatan olahraga secara rutin, baik berupa senam lansia maupun jalan sehat. Apabila di antara anggota posyansi tidak ada yang mampu berfungsi sebagai instruktur olahraga maka pengurus dapat mengangkat konsultan olahraga.

3. Seksi Kesehatan

Seksi ini bekerjasama dengan puskesmas atau lembaga kesehatan setempat untuk menjaga kesehatan lansia. Di kawasan yang sosial ekonominya cukup baik, anggota dapat mendanai kegiatan ini sendiri, apabila tidak mampu maka posyansi dapat bekerjasama dengan puskesmas. Sekurang-kurangnya sekali sebulan para lansia ini mendapat kunjungan dokter atau paramedis guna mamantau kesehatan mereka.

4. Seksi rekreasi dan kesenian

Salah satu ciri lansia adalah banyaknya waktu luang yang mereka miliki, sementara itu fikiran dan keinginan berkarya masih tinggi. Dalam seksi ini para lansia dapat menyalurkan kegemarannya. Seksi ini bertugas untuk mengkoordinir terlaksananya

olahseni sesuai dengan keinginan anggota dan menyelenggarakan rekreasi secara berkala baik rekreasi dalam lingkungan maupun ke luar kota.

5. Seksi Ketrampilan

Dengan pemikiran bahwa lansia yang tidak memiliki pekerjaan masih tinggi sementara itu sebagian besar penghasilannya di bawah UMR maka seksi ketrampilan ini diharapkan dapat memberikan tambahan penghasilan bagi anggota. Seksi ketrampilan bertugas untuk meningkatkan dan menambah ketrampilan anggota melalui kerjasama dengan pemerintah maupun LSM.

6. Seksi Pengabdian

Seksi ini bertugas untuk merancang pengabdian anggota kepada masyarakatnya sesuai dengan kemampuan para anggota.

7. Seksi kesejahteraan anggota

Tugas utama seksi kesejahteraan anggota adalah memikirkan kesejahteraan anggota baik yang tertimpa musibah maupun anggota yang belum sejahtera.

8. Seksi Ilmiah

Menyelenggarakan berbagai sesi ilmiah baik bagi anggota maupun bagi lingkungannya.

9. Seksi lain

Apabila diperlukan posyansi dapat menambah seksi lain sesuai dengan kegiatan posyansi, misalnya seksi arisan, seksi pemberdayaan ekonomi, dan sebagainya.

Posyansi didirikan di kawasan dengan jumlah lansia berkisar antara 30 orang sampai 50 orang. Apabila kurang dari 30 orang posyansi tidak akan menarik akibat dari kurangnya peserta sedangkan apabila lebih dari 50 akan menyebabkan kesulitan dalam

pengorganisasian dan pemilihan tempat untuk kegiatan posyansi. Dalam penyelenggaraannya sekurang-kurangnya dilaksanakan oleh 3 (tiga) pengurus yaitu pengarah, pencatat dan instruktur kegiatan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Beberapa faktor internal organisasi yang berkaitan dengan keberhasilan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya adalah :

1.1 Yang merupakan kelemahan:

- a. Jumlah petugas pembina lansia
- b. Pengetahuan petugas tentang pembinaan lansia.
- c. Kerjasama puskesmas
- d. Dana pembinaan lansia, baik jumlah maupun kewenangannya.
- e. Penelitian puskesmas
- f. Inovasi puskesmas
- g. Sarana pembinaan lansia

1.2 Yang merupakan kekuatan:

- a. Jadwal pelayanan lansia di puskesmas
- b. Supervisi puskesmas
- c. Pelatihan puskesmas
- d. Kewenangan mendesain produk
- e. Stratifikasi puskesmas

2. Sedangkan faktor eksternal organisasi yang berkaitan dengan keberhasilan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya adalah :

2.1 Yang merupakan kelemahan:

- a. Pekerjaan lansia
- c. Persepsi lansia tentang hasil pembinaan lansia

2.2 Yang merupakan kekuatan:

- a. Penghasilan lansia dan jaminan hari tua.
 - b. Keadaan fisik lansia
 - c. Pendapat lansia tentang petugas
 - d. Pendapat lansia tentang pelayanan kesehatan
 - e. Ketergantungan lansia
 - f. Pendapat lansia tentang pelayanan khusus lansia
 - g. Pendapat lansia tentang posyandu lansia
 - i. Pendapat lansia tentang panti werda
3. Strategi terbaik untuk meningkatkan daya saing puskesmas khususnya dalam pembinaan lansia adalah strategi stabilitas, yaitu memperkuat kinerja organisasi dengan mengatasi berbagai kelemahan yang ada, sedangkan strategi fungsional yang paling tepat adalah strategi posyansi
4. Mengingat masih adanya beberapa informasi yang kurang dalam penelitian ini maka strategi posyansi dapat dilaksanakan berdampingan dengan strategi karangwerda dan bina lansia.
5. Kelemahan dari penelitian ini adalah kurangnya informasi tentang: Bagaimana pendapat lansia tentang karangwerda, bina keluarga lansia dan asuh lansia; apakah lansia lebih menyukai pembinaan dari pemerintah atau pembinaan dari mereka sendiri; seberapa besar kemampuan lansia dalam mendanai kegiatan pembinaan seandainya mereka harus melaksanakan pembinaan sendiri.

6. Adanya kewenangan untuk mendesain pelayanan kepada masyarakat merupakan peluang puskesmas untuk memberikan pelayanan yang unik kepada lansia dan memiliki diferensiasi tinggi. Dengan demikian tiap puskesmas dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan permintaan masyarakat dengan memanfaatkan sarana yang ada di puskesmas.
7. Pada umumnya lansia memiliki keinginan mandiri yang kuat, hal ini tampak dari cara mereka memilih tempat tinggal dan tingkat kemandirian yang cukup tinggi serta tuntutan pelayanan yang sederhana.

7.2 Saran

1. Upaya pembinaan lansia hendaknya dilaksanakan terpadu dengan sektor lain, sehingga kegiatan pembinaan tidak melulu masalah kesehatan tetapi juga sektor-sektor rokhani atau agama dan sektor pendapatan, sesuai dengan Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia.
2. Segera dilakukan penilaian kemampuan puskesmas dalam melaksanakan pemberian pelayanan kesehatan kepada lansia kota Surabaya. Hasil penilaian ini akan dipergunakan untuk menetapkan menu kegiatan pembinaan lansia yang dilaksanakan oleh puskesmas.
3. Otonomi hendaknya diberikan sampai ke tingkat pemerintahan terendah yaitu kecamatan. Oleh karena itu Dinas Kesehatan Kota Surabaya juga diharapkan memberikan otonomi kepada puskesmas sesuai dengan kajian yang telah dibuat Dinas Kesehatan Kota terlebih dahulu.
4. Perlu kajian lebih lanjut apabila strategi posyansi hendak diimplementasikan.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA :

- Alonso, J.O.; Ana Fransesc Ruigomez; Montserrat Ferrer; Yoseph M. Anto. (1997) Unmet Health care needs and mortality among Spanish elderly, *American Journal of Public Health*. 87 p.365-370.
- Ancok, D. (1989) *Teknik Penyusunan Skala Pengukuran*, Seri Metodologi Nomor 9, Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Azwar, A. (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Bina Rupa Aksara, Jakarta.
- Ball, M. J; Judith V. Douglas. (1999) *Performance Improvement Through Information Management*, Springer Verlag, New York.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tingkat II Kotamadya Surabaya. (1998) *Profil Lansia Ditinjau dari Aspek Kesehatan Perumahan dan Jumlah Penduduk Lansia di Kotamadya Daerah Tingkat II Surabaya*, Surabaya
- Braun, B. L. (1998) Knowledge and perception fall related factor and fall reduction technique among community dwelling elderly individuals, *Physical Therapi* 78: p.276-285.
- Bennet, C. J; Shah Gerakd Ebrahim. (1992) *The Essentials of Health Care in Old Age*, Hodder Headline PLC, London.
- Bennet, F.J. (1992) *Diagnosa dan Program Kesehatan*, alih bahasa Budi Hartono, Yayasan Essentia Medica, Jakarta
- Biro Hukum Departemen Sosial Republik Indonesia. (1998) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia*, Jakarta
- Darmojo B. (1999) *Geriatrici*, Gajahmada University Press, Yogyakarta,
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1991) *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*, Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1996) *Pedoman Kerja Puskesmas*, Jilid 1 dan 2, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1999) *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. (1999) *Profil Kesehatan Surabaya*, Surabaya.

- Pemerintah Provinsi Jawa Timur. (2000) *Program Pembangunan Daerah Provinsi Jawa Timur*, Surabaya.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Keluarga Departemen Kesehatan Republik Indonesia, (1999) *Buku Pedoman Pembinaan Usia Lanjut*, Jakarta.
- Gallo, J. J.; William Riechel; Lillian M. Andersen. (1998) *Gerontologi*, Alih Bahasa James Veldman, EGC, Jakarta.
- Glass, T. A.; Carlos Mendes de Leon; Richard A. Holi; Lisa F. Mard. Berckman (1999) Population based study of social and produktif activity as predictor of survival among elderly Americans, *BMJ*, 319: p.478-483.
- Handoko, T. H. (1999) *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia*, Edisi 2, BPFE, Yogyakarta.
- Hardywinoto. (1999) *Panduan gerontologi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Haridjaja; Suprijanto; SK Purwani; Sulistyowati; Rahmat Hargono; Sudijo. (1999) *Modul Pelatihan Manajer Puskesmas*, Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Surabaya.
- Hendricks, J. C.; Hendriks Davis. (1978) *Aging in Mass Society Myths and Realities*, Winthrop Publishers, Inc. Massachusets.
- Henry, K. D.; Cherie Rosemond; Lyn B. Eckert. (1998) Effect of number of home excersiecs on compliance and performance in adults over 65 years of age, *Physical Therapy*, 78: p.270-177.
- Hiang, C. Ng P.; Mei Fen Chan, Elaine Yap, Lim Liang Ching, Teo Kiong Seng, Wong Kee Han. (1997) *Promoting Health Of Elderly*, Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta.
- Hor, K. H.; Smith Nigel Munro (1999) *Reader Friendly : Strategic Management*, Pelanduk Publications, Selangor.
- Isfadari, S. (1993) Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Pada Golongan Usia 50 Ke atas : Analisis lanjutan IFLS93, *Journal Epidemiologi Indonesia*, vol: 3 p.2:23-27.
- Johnson, A. E.; Angela JM. Donkin; Kecin Morgan; Lilley M Jeanet; Roger J. Neale; Robert M. Page; Richard Siburn. (1998) Food safety knowledge and practice among elderly people living at home, *Journal Epidemiological Community Health*, vol: 52 p.745-748.
- Kobayashi, Y. (1994) Health Care Expenditure for the elderly and reforming in the health care system in Japan, *Health Policy*, vol: 29 p. 4856.

- Koblinsky, M.; Timyan Yudith; Gay, Jill. (1997) *Kesehatan Wanita Sebuah Prespektif Global*, Penerjemah Adi Utarini, Gajahmada University Press, Yogyakarta.
- Krueger, P; Peterson Christopher, (1997) Detecting and managing elder abuse (EA) in primary care, *Canada Medical Assosiation Journal*, vol: 157 p.254-268
- Kroenig H.G., (1999) Religious Among American Elderly, *American Journal of Public Health*, vol: 87.9 p.1476-1489
- Lian, W. M.; Goh lee Gan; Hwee Chia Pin; Sharon Wee; Hong Ching Ye. (1999) Corelates of leisure time physical activity in an elderly population in Singapore, *American Journal of Public Health*, vol: 89.10 p.1578-1580.
- Mangkunegara, A.A.; Anwar Prabu. (1988) *Perilaku Konsumen*, Eresco, Bandung.
- Manoff, R. (1994) *Social Marketing*, Praeger, New York, page 99 – 183
- Mariotto, A; Diego De Leo; Marirosa Dello Buono; Carlo Favaretti; Peter Austin; David Naylor C.; (1999) Will elderly stand aside for younger patients in the queue for cardiac service, *The Lancet*, vol: 354 p.467-470
- Mill, A.; Lucy Gillson., (1990), *Ekonomi Kesehatan untuk Negara Sedang Berkembang*, Alih Bahasa: Unit Analisa Kebijaksanaan dan Ekonomi Kesehatan Biro Perencanaan Departemen Kesehatan, Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (1998) *Pengembangan Sumberdaya Manusia*, PT. Rineka Cipta, Jakarta
- Osborne, David; Ted Gaebler. (1999) *Mewirusahaakan Birokrasi*, Penerjemah: Abdul Rosyid, PT. Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta
- Pearce II, J. A.; Richard B. Robinson JR. (1997) *Manajemen Stratejik Formulasi, Implementasi, dan Pengendalian*, Alih Bahasa Agus Maulana, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Pemerintah Kota Surabaya, (1999) *Surabaya Dalam Angka*, Surabaya
- Rangkuti, F. (2000) *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Rienke, A W. (1994) *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*, Penerjemah : Laksono Trianto, Gajahmada University Press, Yogyakarta.
- Rosenberg, M. W.; Eric G. More. (1997) The Health of Canada's elderly population current status and future implication, *Canada Medical Asosiation Journal*, vol: 1 p.1025-1032.

- Shekert, S.; Diana Harwood; Crispin Jenkinson; Alastair Gray; Martin Vessey; Patrick Morgan. (1998) Randomised controll trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three mounth follow up of health outcomes, *BMJ*, vol: 316 p.1786-1791.
- Singarimbun, M.; Efendi Sofian. (2000) *Metode Penelitian Survai*, LP3ES, Jakarta.
- Sulastomo. (2000) *Manajemen Kesehatan*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Tjiptono, F. (1997) *Strategi Pemasaran*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Trimaryono. (1999) *Peranan Karangwerda Dalam Pembinaan Lansia*, Surabaya
- Utama, J.; Sri Suprapti; Drupadi Dillon; Evi Setidi; Musram Wilmar Aziz; (1995) Status Gizi dan Status Mental Manula di Panti H Jakarta Selatan, *Majalah Kedokteran Indonesia* vol. 45:7 p.400-403
- Waem, M.; Jan Beskow; Bo Runeson; Ikmar Skoog. (1999). Suicidal feeling in the last year of live in elderly people who commit suicide, *The Lancet*, Vol. 354 p.917-918.
- Wahyudi, A. S. (1996) *Manajemen Strategik Pengantar Proses Berpikir Strategik*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Wijono, D. (1999) *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Vol. 1, Airlangga University Press, Surabaya .
- Wijono, D., (1997) *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Wirakartakusumah, M. D.; Mundiharna. (2000) *Rencana Aksi Nasional Untuk Kesejahteraan Lansia*, Kantor Menteri Negara Transmigrasi dan Kependudukan Republik Indonesia, Jakarta
- Yazid. (1999) *Pemasaran Jasa Konsep dan Implemetasi*, Ekonesia Fakultas Ekonomi UII Yogyakarta, Yogyakarta.