

## **Analisis Situasi Masalah Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Kabupaten Kulon Progo Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2016**

### ***Situational Problem Analysis of Non-Communicable Disease Control Programs in Kulon Progo District, Special Region of Yogyakarta, in 2016***

**Rimawati Aulia Insani Sadarang,<sup>1,2</sup> Sugiarto,<sup>3</sup> Hari Kusnanto<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Gowa, Indonesia

<sup>2</sup>Field Epidemiology Training Program, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

<sup>3</sup>Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, Yogyakarta, Indonesia

Korespondensi Author: [rimawati.aulia@uin-alauddin.ac.id](mailto:rimawati.aulia@uin-alauddin.ac.id)

*Penyerahan: 23-11-2020, Perbaikan: 03-12-2020, Diterima: 23-01-2021*

#### **ABSTRACT**

Non-Communicable Disease (NCD) control programs had been implemented in Kulon Progo since 2010 but NCD prevalence increased from 2013 to 2015. The study objectives were to identify, to determine and to give recommendation about the priority problem on the implementation of NCD control programs. This was a descriptive study. Problems were identified by reviewing NCD control programs reports from 2011 to 2015 and by interviewing NCD program officer and the head of surveillance and immunization. Priority problem was determined with Hanlon method by using questionnaire for key persons (the head and secretary of district health office, four head divisions, head of surveillance and immunization, and NCD program officer). Tree problem solving technique was used to further identify root cause. Eleven problems identified with Hanlon score ranging from 60-109. The top most problem was the absence of synergy coordination across program to build internal NCD network. The root cause was inattended of all programs to the weekly meeting. The absence of synergy coordination across program caused program officer lack to understand the contribution of another program in NCD control and the contribution of NCD on the occurring of another health problem. Formal regulation from the head of district health officer was needed as law for all programs to attend weekly forum. As follow up, we recommended that inter program meeting be held regularly so that all the staff would be informed and updated about NCD.

**Keywords:** *coordination, non communicable disease, network, synergy*

#### **ABSTRAK**

Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PPTM) telah diimplementasikan di Kulon Progo sejak tahun 2010 namun prevalensi PTM mengalami peningkatan dari 2013 ke 2015. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah, menentukan masalah prioritas dan memberikan rekomendasi pada pengimplementasian program PPTM. Penelitian ini adalah studi observasional. Identifikasi masalah dilakukan melalui studi dokumen laporan pelaksanaan program PPTM tahun 2011-2015 dan melalui wawancara dengan Pemegang Program PTM dan Kepala Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi. Penetapan masalah prioritas dengan metode Hanlon menggunakan kuesioner yang diberikan kepada informan kunci (kepala dan sekretaris dinas kesehatan, empat kepala bidang, kepala seksi pengamatan penyakit dan imunisasi, dan pemegang program PTM).

Pendekatan teknik pohon masalah untuk mengidentifikasi akar masalah prioritas. Terdapat sebelas masalah dengan rentan score Hanlon 60-109. Masalah prioritas utama adalah belum terjalinnya koordinasi untuk sinergitas antar program di dinas kesehatan dalam jejaring PTM. Akar masalah prioritas adalah ketidakhadiran seluruh (pemegang) program pada pertemuan rutin mingguan. Koordinasi untuk sinergitas antar program dalam jejaring PTM yang belum terjalin mengakibatkan pemegang program kurang memahami kontribusi program lain terhadap pengendalian PTM dan kontribusi PTM terhadap masalah kesehatan lainnya. Regulasi formal dari kepala dinas kesehatan diperlukan sebagai dasar aturan tertulis bagi seluruh program untuk menghadiri pertemuan rutin. Direkomendasikan penyelenggaraan pertemuan rutin antar program sehingga seluruh pegawai dapat memperoleh informasi terkini terkait PTM.

**Kata Kunci:** jejaring, koordinasi, penyakit tidak menular, sinergi

## PENDAHULUAN

Perhatian global terhadap peningkatan prevalensi penyakit tidak menular kini ditunjukkan melalui inklusi poin khusus terkait penyakit tidak menular pada *Sustainability Development Goals* (SDGs). Penurunan sepertiga kematian prematur akibat penyakit tidak menular ditargetkan tercapai pada tahun 2030 melalui pencegahan, pengobatan, dan promosi kesehatan mental dan *well-being*. WHO dalam rencana aksi global untuk pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular tahun 2013-2020 fokus pada penurunan 25% mortalitas akibat penyakit kardiovaskuler, kanker, penyakit respiratori kronis, dan diabetes yang merupakan kontributor terbesar angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular (WHO, 2013).

Kegagalan Indonesia memenuhi kedelapan target MDGs merupakan sebuah efek domino yang berimplikasi pada beban ganda memasuki era SDGs. Indonesia kini dihadapkan pada *triple burden of disease*, yakni penyakit menular, penyakit tidak menular, dan munculnya penyakit baru yang dikenal dengan istilah, *new emerging and re-emerging disease*. Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kecenderungan peningkatan

prevalensi beberapa penyakit tidak menular, seperti hipertensi, stroke, dan diabetes melitus, dibandingkan dengan hasil riskesdas tahun 2007 (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Menteri kesehatan dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 memaparkan hipertensi, diabetes melitus, kanker, dan PPOK sebagai penyakit tidak menular utama (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Secara nasional, berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, Daerah Istimewa Yogyakarta tercatat menduduki peringkat pertama prevalensi penyakit tidak menular, yaitu kanker, diabetes melitus, hipertiroid, gagal jantung, dan batu ginjal. Daerah Istimewa Yogyakarta juga tidak lepas dari posisi lima besar pada prevalensi jenis penyakit tidak menular lainnya, seperti posisi kedua untuk penyakit stroke, posisi ketiga untuk penyakit asma, dan posisi keempat untuk penyakit gagal ginjal kronis. Prevalensi hipertensi di Daerah Istimewa Yogyakarta mengalami peningkatan dari 3,8% (2007) menjadi 12,8% (2013). Prevalensi penyakit stroke mengalami peningkatan dari 7,2 per 1000 penduduk (2007) menjadi 10,0 per 1000 penduduk (2013), dan prevalensi diabetes melitus meningkat dari 1,1% (2007) menjadi

2,6% (2013) (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Kulon Progo sebagai satu dari lima kabupaten/kota di Daerah Istimewa Yogyakarta turut berkontribusi pada peningkatan prevalensi penyakit tidak menular di Daerah Istimewa Yogyakarta. Kecenderungan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular di Kabupaten Kulon Progo terlihat melalui perubahan tren sepuluh besar penyakit. Pada tahun 2013 tercatat hipertensi esensial (primer) berada pada urutan kedua, artritis pada urutan kelima dan diabetes melitus non-dependen insulin pada urutan keenam (Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, 2014). Perubahan signifikan terjadi pada jumlah kasus diabetes melitus non-dependen insulin yang menduduki urutan ke empat pada tahun 2014 sedangkan jumlah kasus hipertensi esensial (primer) tetap berada pada posisi kedua dan jumlah kasus artritis menempati urutan keenam. Pada tahun 2015 posisi ketiga penyakit tidak menular tersebut tidak bergeser dari posisi pada tahun sebelumnya (Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, 2015).

Usia penderita penyakit tidak menular kini mulai mengalami pergeseran menuju ke usia muda dan produktif. Penyakit tidak menular dapat menjadi beban baik bagi kehidupan sosial maupun ekonomi karena merupakan penyakit dengan waktu pengobatan yang lama dan biaya pengobatan yang tinggi (katastropik).

Pencegahan dan pengendalian terhadap laju insiden penyakit tidak menular sangat potensial untuk dilakukan. Identifikasi terhadap faktor risiko penyakit tidak menular sejak dini merupakan dasar untuk melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian yang efektif dan

efisien. Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PPTM) merupakan upaya yang ditempuh untuk menjawab kebutuhan pencegahan dan pengendalian terhadap penyakit tidak menular serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, 2013b)

Program PPTM merupakan program yang pelaksanaannya bersifat komprehensif dan terintegrasi sehingga memerlukan dukungan dari berbagai sektor. Analisis situasi pada pelaksanaan program pengendalian penyakit tidak menular di Kabupaten Kulon Progo menjadi penting dilakukan untuk memonitor pelaksanaan program pengendalian penyakit tidak menular yang telah berlangsung sehingga dapat diidentifikasi dengan segera kendala serta hambatan yang potensial mengancam keberhasilan capaian program. Hasil analisis ini juga dapat dikembangkan untuk menentukan prioritas masalah dan kendala yang harus diselesaikan.

## **METODE**

Identifikasi masalah pada penyelenggaraan program PPTM dilakukan melalui analisis situasi dengan desain deskriptif-observasional. Pengumpulan data kuantitatif terkait situasi program melalui studi dokumen hasil pelaksanaan program PPTM tahun 2011-2015 di Kabupaten Kulon Progo sementara pengumpulan data kualitatif melalui wawancara kepada pemegang program Penyakit Tidak Menular (PTM) dan Kepala Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo.

Penetapan masalah pada program PPTM di Kabupaten Kulon

Progo dilakukan melalui perbandingan antara kondisi dan situasi penyelenggaraan program PPTM yang diharapkan dan terdeskripsi melalui buku panduan pelaksanaan program PPTM (Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, 2012a, 2012b, 2013a, 2014b, 2014a) dengan kondisi dan situasi penyelenggaraan program PPTM yang terlaksana dan terdeskripsikan melalui data hasil penyelenggaraan program PPTM dan penuturan pemegang program PTM di dinas kesehatan.

Penetapan masalah prioritas menggunakan teknik Hanlon yakni melalui pemberian nilai pada kuesioner yang terdiri atas daftar masalah yang teridentifikasi dan kolom penilaian dari setiap komponen Hanlon (National Association of Country & City Health Officials, 2011). Partisipan pada penetapan masalah prioritas adalah pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo berjumlah delapan orang.

Metode pohon masalah adalah pendekatan yang digunakan untuk memberikan deskripsi terkait

penyebab dan dampak dari masalah prioritas. Hasil deskripsi tersebut menjadi dasar dalam perekomendasi solusi terhadap masalah prioritas.

### HASIL

Dari 10 jenis program PPTM, teridentifikasi 7 jenis program yang telah terlaksana di Kabupaten Kulon Progo. Tiga jenis program, yaitu program pengendalian hipertensi dan program pengendalian stroke, tidak berwujud program tersendiri melainkan terintegrasi dalam program PPTM yang lain sementara program Saluri (Periksa Lupus Sendiri) belum terlaksana di Kabupaten Kulon Progo.

Setiap partisipan memberikan penilaian dengan range 1 – 10 untuk komponen A, B, dan C, dan range 0 – 1 untuk komponen D. Nilai yang tertera pada tabel 1 untuk setiap komponen adalah hasil rerata dari setiap partisipan. Prioritas masalah ditetapkan berdasarkan hasil analisis penilaian komponen Hanlon dari setiap partisipan untuk masing-masing masalah yang teridentifikasi.

**Tabel 1. Hasil Penilaian Komponen Hanlon pada Masalah terkait Pelaksanaan Program PPTM di Kabupaten Kulon Progo tahun 2015**

No	Masalah	Komponen								Total Skor	Prioritas
		A	B	C	D						
					P	E	A	R	L		
1	Persentasi puskesmas yang memberikan pelayanan berhenti merokok terintegrasi dengan pengendalian penyakit baru mencapai angka 19%.	5	5	5	1	1	1	1	1	74	8
2	Konselor pelayanan berhenti merokok dipindahtugaskan, baik dari segi tempat maupun status jabatan (dari fungsional ke struktural) yang dapat mempengaruhi eksistensi pelayanan.	6	4	4	1	1	1	1	1	60	10
3	Belum dilaksanakannya sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan berhenti merokok ( <i>smoking cessation</i> ) sehingga monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan tidak dapat dilakukan.	6	5	6	1	1	1	1	1	95	4

No	Masalah	Komponen							Total Skor	Prioritas	
		A	B	C	D						
					P	E	A	R			L
4	Belum terbentuk tim pembina KTR pada setiap level pemerintahan daerah demikian pula tim atau Satgas Pengawasan KTR tingkat desa/kelurahan.	7	6	6	1	1	1	1	1	107	2
5	Pelaksanaan inspeksi mendadak (Sidak) oleh Satgas Pengawasan KTR pada setiap level pemerintahan daerah belum dilakukan secara rutin (setiap bulan) dan belum dilaporkan pula secara berkala kepada tim pembina KTR yang berada satu level di atas level tim atau Satgas Pengawasan KTR, serta pelaksanaan inspeksi mendadak belum sesuai dengan mekanisme penegakan KTR	6	6	6	1	1	1	1	1	105	3
6	Pertemuan koordinasi tim atau Satgas Pengawasan KTR belum terlaksana secara periodik (setiap bulan).	5	5	6	1	1	1	1	1	88	7
7	Terdapat dua Posbindu PTM yang berstatus tidak aktif sementara pembinaan oleh puskesmas selalu diberikan dan alat pemeriksaan Posbindu PTM tersedia (status alat tetap, bukan pinjaman).	5	5	5	1	1	1	1	1	72	9
8	Partisipasi kelompok usia 15-19 tahun dalam kegiatan Posbindu PTM masih rendah jika dibandingkan kelompok usia produktif lainnya.	6	5	5	1	1	1	1	1	88	7
9	Item laporan oleh puskesmas pelayanan PTM (Puskesmas Sentinel) belum lengkap terutama terkait jumlah pasien PTM yang dirujuk, hasil penilaian dan evaluasi kinerja puskesmas.	6	5	6	1	1	1	1	1	93	5
10	Data terkait tindak lanjut atau penatalaksanaan hasil deteksi dini kanker baik kanker payudara maupun kanker leher rahim belum tersedia.	6	6	5	1	1	1	1	1	91	6
11	Koordinasi untuk sinergitas antar program/bidang di dinas kesehatan dalam jejaring PTM belum terjalin	6	6	6	1	1	1	1	1	109	1

Keterangan :

Komponen A = Besar Masalah

Komponen B = Kegawatan/ Keseriusan Masalah

Komponen C = Estimasi Tingkat Efektivitas Pemecahan Masalah

Komponen D = Pertimbangan/ Jastifikasi Kemampuan Masalah Teratasi dari Sudut Pandang PEARL

P = *Propriety* (kesesuaian/ kepatutan)

E = *Economy feasibility* (kelayakan dari segi ekonomi)

A = *Acceptability* (akseptabilitas)

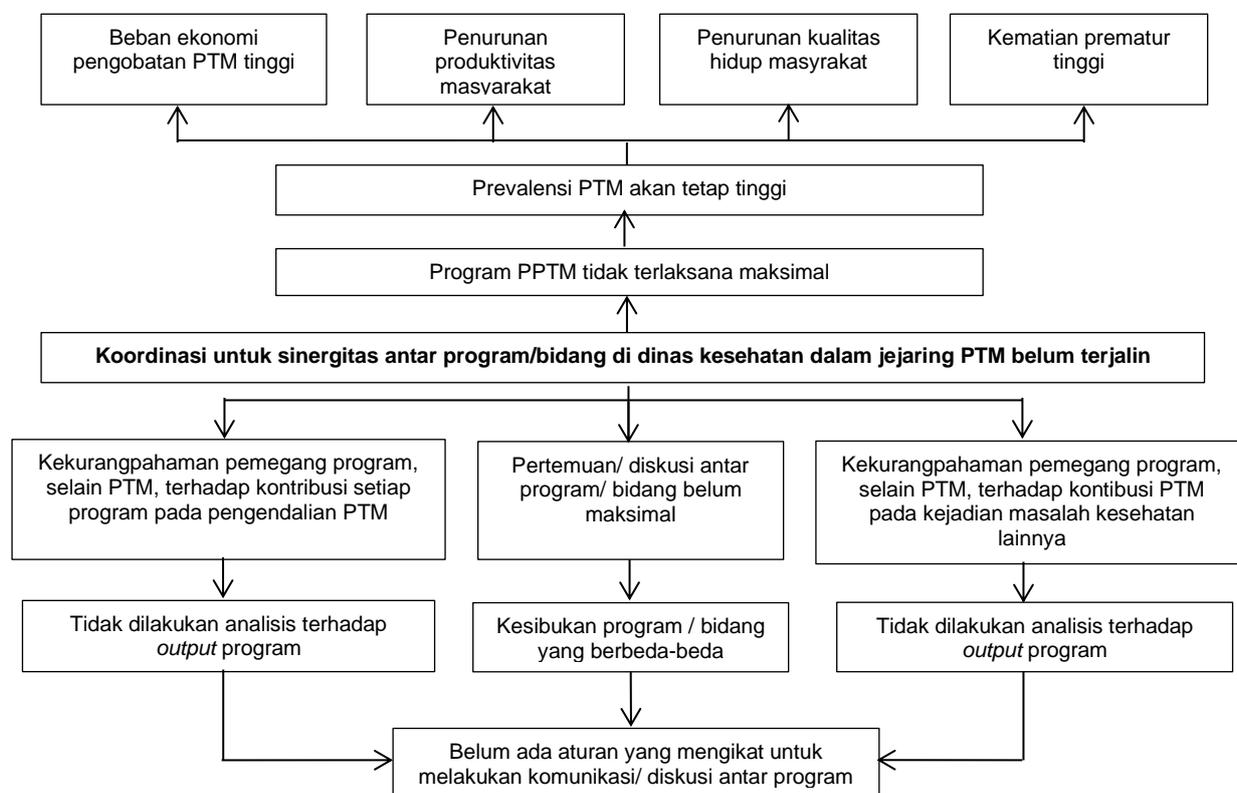
R = *Resources availability* (ketersediaan sumber daya)

L = *Legality* (legalitas)

Berdasarkan tabel 1, dapat diketahui bahwa masalah terkait koordinasi untuk sinergitas antar program/ bidang di dinas kesehatan dalam jejaring PTM

adalah masalah yang menempati prioritas pertama dari sebelas masalah yang teridentifikasi pada pelaksanaan program PPTM di Kabupaten Kulon Progo.

Penyusunan pohon masalah terkait koordinasi untuk sinergitas antar program/ bidang didasarkan pada hasil studi literatur dan diskusi pemegang program PTM dan Kepala Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo.



**Gambar 1. Pohon Masalah Koordinasi untuk Sinergitas Antar Program/ Bidang di Dinas Kesehatan Dalam Jejaring PTM yang Belum Terjalin**

## PEMBAHASAN

Secara umum, jejaring PTM yang terbentuk di Kabupaten Kulon Progo bersifat multisektor sementara koordinasi untuk sinergitas antar program/ bidang dalam satu atap, dinas kesehatan, belum terbentuk. Kondisi ini teridentifikasi melalui penyelenggaraan beberapa kegiatan program PPTM yang hanya melibatkan pemegang program PTM atau bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) saja, padahal program lain, seperti promosi kesehatan atau bidang Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi Kesehatan juga dapat

berkontribusi, seperti ikut berkontribusi pada kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) terkait gaya hidup sehat untuk mencegah PTM.

Koordinasi berarti melakukan kerja sama dalam suatu kerangka logis untuk mencapai tujuan yang telah disepakati bersama (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2000). Koordinasi antar program dalam ranah pencegahan dan pengendalian PTM dimaksudkan sebagai suatu upaya yang dilakukan dengan melibatkan lebih dari satu program untuk meningkatkan

sumber daya dalam melakukan pengendalian terhadap faktor risiko umum PTM (*common risk factor*). Penyelenggaraan program PPTM dengan pendekatan koordinasi antar program merupakan upaya pengendalian PTM secara komprehensif (CDC, 2014).

Koordinasi antar program yang terjalin dengan baik dapat memberikan beberapa keuntungan dalam pengendalian PTM, diantaranya meningkatkan efektivitas, efisiensi dan kecepatan respon terhadap PTM. Koordinasi antar program diawali dengan proses komunikasi yang bertujuan untuk berbagi informasi dan mengidentifikasi sumber daya dan kebutuhan dari setiap program terkait dengan pengendalian PTM. Hasil komunikasi tersebut menjadi dasar bagi dinas kesehatan dalam penetapan kerangka kerja dan pengambilan keputusan strategis untuk penanganan masalah prioritas terkait PTM yang menjadi perhatian bersama dan mencegah terjadinya duplikasi layanan sehingga penggunaan dana program lebih efisien.

Koordinasi untuk sinergitas antar program dalam sebuah instansi, seperti dinas kesehatan, bukanlah sesuatu yang mudah. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh CDC (2014) pada pegawai dinas kesehatan di beberapa negara bagian Amerika Serikat, bidang pencegahan penyakit kronis, teridentifikasi bahwa tantangan utama yang dihadapi oleh pegawai tersebut dalam melakukan pekerjaan adalah kurangnya komunikasi antar program ( $P=0.02$ ) dan adanya pengurangan pembiayaan program yang berbeda bergantung pada area program ( $P<0.001$ ).<sup>14</sup>

Koordinasi antar program dikatakan efektif jika dalam pembentukan dan pelaksanaannya berpedoman pada prinsip dasar koordinasi yang mencakup tiga aspek, yaitu partisipatif, berimbang, dan transparan. Semangat dalam pelaksanaan koordinasi antar program dalam jejaring PTM tercipta jika seluruh pemegang program yang terlibat berpartisipasi aktif dalam proses koordinasi, baik dalam penentuan kebijakan, strategi dan rencana kerja yang akan berpengaruh pada operasional program lain yang terlibat dalam koordinasi. Koordinasi antar program harus menjunjung prinsip berimbang/ imparialitas. Hal ini berarti dalam pelaksanaan koordinasi, setiap pemegang program memiliki hak yang sama untuk menyampaikan, memperoleh dukungan, dan berkontribusi dalam penyelesaian isu-isu PTM sesuai dengan kebutuhan program. Aspek transparan dalam koordinasi antar program menjadi hal yang sangat sensitif terlebih jika dikaitkan dengan pendanaan program. Oleh karena itu, sikap terbuka/ transparan dari setiap pemegang program yang terlibat dalam koordinasi antar program akan berpengaruh pada proses penyampaian informasi dan proses pengambilan keputusan dalam koordinasi yang berimplikasi pada capaian tujuan koordinasi.

Masalah terkait koordinasi antar program di dinas kesehatan yang lemah bahkan belum terjalin, tidak hanya terjadi di negara berkembang, seperti Indonesia, tetapi juga terjadi di negara-negara maju. Setiap negara bahkan negara bagian memiliki strategi tersendiri dalam menjawab tantangan lemahnya koordinasi antar program di dinas kesehatan. Para pegawai dinas kesehatan di negara Kanada dan

Australia menyatakan bahwa dibutuhkan pelatihan khusus terkait cara berkomunikasi antar disiplin dan antar koalisi penyakit tertentu. Beberapa negara bagian di Amerika Serikat, seperti Connecticut, Massachusetts dan Missouri, telah membentuk kelompok kerja (tim) antar program atau koalisi multiagensi di dinas kesehatan setempat untuk meningkatkan komunikasi dan menjawab tantangan koordinasi antar program yang lemah. Keberadaan tim tersebut dapat mengatasi tantangan komunikasi, memaksimalkan sumber daya dan menjawab tantangan terkait pembiayaan program.

Koordinasi antar program di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dapat terbentuk dengan terlebih dahulu menjalin komunikasi antar program. Komunikasi antar program dapat dimulai dengan memanfaatkan sumber daya, situasi dan kondisi yang telah terbentuk di lingkungan internal Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo. Salah satu kondisi yang dapat dimanfaatkan adalah pelaksanaan pertemuan Tim Epidemiologi Kabupaten (TEK). Pertemuan TEK adalah kegiatan yang secara rutin dilaksanakan oleh seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo. Kegiatan tersebut bertujuan sebagai forum untuk menyampaikan hasil laporan mingguan pengamatan penyakit berbasis puskesmas (W2) dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) serta laporan Kegawatdaruratan Rumah Sakit (KDRS). Laporan tersebut dikirimkan oleh seluruh puskesmas dan rumah sakit/ klinik yang berada dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo.

Pertemuan TEK dilaksanakan setiap hari senin setelah pelaksanaan apel pagi dan diharapkan dapat dihadiri oleh seluruh pemegang program atau minimal oleh perwakilan setiap seksi yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo. Pada umumnya, forum TEK diawali dengan pemaparan laporan W2 dan laporan KDRS kemudian dilanjutkan dengan sesi diskusi dan pemaparan materi atau penyampaian masalah dari seksi di luar seksi pengamatan penyakit dan imunisasi yang menghadiri forum. Situasi forum demikian kondusif untuk membangun komunikasi antar program.

Pemanfaatan TEK sebagai forum komunikasi antar program sebaiknya diikuti oleh peningkatan perhatian terhadap PTM dari sudut pandang masing-masing program. Setiap pemegang program sebaiknya melakukan analisis terhadap *output* program untuk mengidentifikasi kontribusi PTM. Sebagai contoh, seksi kesehatan keluarga dapat melakukan analisis terhadap penyebab kematian ibu yang terjadi untuk mengidentifikasi ada atau tidak riwayat PTM yang diderita oleh ibu sebelum kehamilan atau sebelum persalinan yang berkontribusi terhadap kematian ibu.

Secara umum, pelaksanaan analisis tersebut diharapkan dapat memahamkan setiap pemegang program terhadap kontribusi PTM pada masalah kesehatan yang menjadi tanggung jawab pemegang program. Hasil analisis tersebut dapat menjadi bahan diskusi pada forum TEK serta menjadi dasar untuk membentuk koordinasi antar program dalam pengendalian PTM. Dengan demikian, pemegang program selain program PTM dapat mengambil peran dalam program

PPTM dan berkontribusi pada pengendalian faktor risiko dan PTM yang secara tidak langsung juga berarti mengendalikan kejadian masalah kesehatan yang menjadi tanggung jawab pemegang program.

Secara teori, Hanlon merupakan teknik penentuan masalah prioritas yang dilaksanakan secara berkelompok, saling bertatap muka, sehingga memungkinkan tercipta suasana kondusif untuk berdiskusi dalam memberikan nilai pada setiap komponen Hanlon untuk masalah-masalah yang akan diprioritaskan. Penerapan teknik Hanlon secara individu didasarkan pada pertimbangan situasi dan kondisi petugas kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo yang memiliki kesibukan pekerjaan dan jadwal kegiatan yang berbeda-beda sehingga sulit untuk dilakukan penerapan teknik Hanlon secara berkelompok.

### **KESIMPULAN**

Terdapat tujuh program PPTM dari sepuluh program PPTM yang dicanangkan oleh Direktorat PPTM, yang telah terlaksana di Kabupaten Kulon Progo. Dari tujuh program PPTM tersebut, teridentifikasi sebelas masalah pada pelaksanaan program PPTM di Kabupaten Kulon Progo. Koordinasi untuk sinergitas antar program/ bidang di dinas kesehatan dalam jejaring PTM yang belum terjalin adalah masalah prioritas pada pelaksanaan program PPTM di Kabupaten Kulon Progo.

### **DAFTAR PUSTAKA**

CDC. (2014). Perceived Benefits and Challenges of Coordinated Approaches to Chronic Disease Prevention in State Health Departments. *Preventing Chronic Disease*, 11, 1–10.  
Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon

Faktor penyebab belum terjalannya koordinasi untuk sinergitas antar program/ bidang di dinas kesehatan dalam jejaring PTM adalah (penyebab langsung) ketidaktahuan peran/ kontribusi setiap program/ bidang terhadap pengendalian PTM, ketidaktahuan kontribusi PTM pada kejadian masalah kesehatan lainnya, serta pertemuan/ diskusi antar program/ bidang yang belum maksimal, (penyebab tidak langsung) kesibukan program/ bidang yang berbeda-beda, dan belum ada aturan yang mengikat terkait pentingnya diskusi antar program/ bidang dilakukan.

### **SARAN**

Pertemuan TEK sebagai salah satu forum diskusi yang terbentuk di dinas kesehatan dapat dimanfaatkan sebagai forum untuk membangun komunikasi dan koordinasi antar program dalam jejaring PTM. Pemanfaatan pertemuan TEK dapat dimaksimalkan melalui partisipasi seluruh pemegang program dan pemberian informasi yang bersifat kontinu serta pemanfaatan media dalam penyampaian informasi. Jika dianggap perlu, penyampaian informasi untuk menghadiri pertemuan TEK dapat didukung dengan aturan tertulis sehingga setiap pegawai, khususnya pemegang program memiliki tanggung jawab yang tertulis untuk menghadiri dan menyiapkan hasil analisis yang akan disampaikan pada pertemuan TEK.

Progo. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo Tahun 2014 (Data 2013)*. Wates: Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo.

Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo. (2015). *Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo Tahun*

- 2015 (Data 2014). Wates: Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo.
- Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2012a). *Modul Training of Trainer (TOT) Teknis Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2012b). *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Puskesmas* Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2013a). *Pedoman Umum Penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2013b). *Program PTM*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2014a). *Buku Panduan Pelaksanaan Deteksi Dini Kanker Payudara & Kanker*
- Leher Rahim*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2014b). *Pedoman Teknis Penegakan Hukum KTR*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2000). *Improving Coordination Disaster Preparedness Training Programme*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- National Association of Country & City Health Officials. (2011). *NPHSP 2011 Annual Training Prioritization: Can't I Just Do What I Want? Supporting Documents*. USA.
- WHO. (2013). *Revised Draft Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.