



Analisis Pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga di Tingkat Puskesmas Kota Tidore Kepulauan

Dewi Indra Purwanti

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi, Manado

Email: dewiindrapurwantiil@gmail.com

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima: 30 Juni 2021

Direvisi: 6 Juli 2021

Dipublikasikan: Agustus 2021

e-ISSN: 2089-5364

DOI: 10.5281/zenodo.5150374

Abstract:

The objective of this study was to determine the implementation of the Indonesia Healthy Program with a Family Approach (PIS-PK) in Local government Clinic at Tidore Islands. This research is qualitative research, its take place in 2 Local government clinic namely, Puskesmas Soasio and Puskemas Tomalou. Those two Local government clinic are location in Tidore City, North Maluku Province, carried out from April to August 2019. The informants of this study were the PIS PK coordinators at the public health center level, the head of the public health center, the coordinator of PIS-PK of the Tidore City Health Office and 63 heads of families from each working area of the Local government public. The results of the study concluded that in general, the implementation of PIS-PK at the level of Local government clinic in the City of Tidore Islands has been implemented as well as the program implementation guidelines. In the event that the socialization process has been carried out according to the objectives and stages in the program activity plan, it is necessary to increase cross-sectoral synergy and elements of interest. Availability of Human Resources in public health centers has been in accordance with the needs of program implementation, but it is necessary to evaluate performance and increase competence to improve services. The activity budget is available from the Health Operational Assistance (BOK) as well as the National Health Insurance (JKN) capitation and routine funds for public health centers, but a budget allocation for additional medical devices is required for follow-up interventions for community conditions and service needs at public health centers. Family Health Profile (PROKESGA) data is available, but needs continuous updating. The Family Information Package (PINKESGA) as a family education instrument is also available. PIS-PK activities running well because of a roadmap with an activity plan, which is agreed with the relevant elements as a reference for the implementation of PIS-PK activities.

Keywords: The Healthy Indonesia Program, Tidore Islands City, Local government Clinic

PENDAHULUAN

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu Program Nawacita yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Program ini merupakan program unggulan yang diangkat Presiden Republik Indonesia Joko Widodo, sebagai upaya strategis dalam pembangunan kesehatan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, sesuai Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Sebagai penjabaran dari amanat undang-undang tentang kesehatan tersebut diatas, kementerian kesehatan menetapkan strategi operasional pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Dalam hal ini, pemerintah telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan PIS-PK, yang mengamanatkan penyelenggaraan PIS-PK dilaksanakan oleh Puskesmas. Berkaitan dengan amanat ini, menurut Gita Maya (2017), dalam melaksanakan kebijakan PIS-PK, puskesmas sebagai ujung tombak melakukan kegiatan-kegiatan terstruktur.

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perorangan tingkat pertama, dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas bertanggung jawab atas satu wilayah administrasi pemerintahan, yakni kecamatan atau bagian dari kecamatan.

Di provinsi Maluku Utara, terdapat 129 Puskesmas tersebar di 10 kabupaten/kota, khusus di Kota Tidore Kepulauan terdapat 10 puskesmas. Pelaksanaan PIS-PK di Provinsi Maluku Utara dimulai dengan pelatihan pada bulan April 2017. Pada tahun yang sama Kota Tidore Kepulauan menempati peringkat pertama pelaksanaan PIS-PK dibanding 9 Kabupaten/Kota se-provinsi Maluku Utara, dan menempati urutan 65 dari 482 Kabupaten/Kota se-Indonesia (Profil Dinas Kesehatan Kota Tidore Kepulauan, 2018).

Dalam lingkup wilayah Kota Tidore Kepulauan, dari 10 puskesmas terdapat 2 puskesmas yang memiliki jumlah kepala keluarga terbanyak di wilayah kerja, yaitu Puskesmas Soasio memiliki 4714 kepala keluarga dan Puskesmas Tomalou memiliki 3772 kepala keluarga. Pada tahun 2017 Puskesmas Soasio telah menjalankan PIS-PK dengan melakukan pendataan keluarga. Sedangkan Puskesmas Tomalou, baru menjalankan PIS-PK dengan melakukan pendataan keluarga pada tahun 2018.

Saat ini seluruh puskesmas di Kota Tidore Kepulauan telah melakukan kegiatan PIS-PK. Akan tetapi diperlukan penelaahan perihal apakah pelaksanaan kegiatan PIS-PK yang dilakukan ditingkat puskesmas bersesuaian dengan tahapan serta tujuan program tersebut?, berikut apakah puskesmas memiliki ketersediaan faktor pendukung dalam pelaksanaan PIS-PK tersebut?.

Berdasarkan latar belakang pemikiran diatas, penulis melakukan penelitian ini, dengan judul “Analisis Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Tingkat Puskesmas Kota Tidore Kepulauan”. Adapun lokus penelitian ini adalah Puskesmas Soasio dan Puskesmas Tomalou Kota Tidore Kepulauan.

TINJAUAN PUSTAKA

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah program upaya preventif dan promotif, dengan cara puskesmas meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan serta meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya melalui kunjungan ke rumah-rumah keluarga. PIS-PK dilaksanakan dengan menegakkan 3 pilar utama yaitu penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional- JKN (Kemenkes, 2018).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan PIS-PK, puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung melainkan juga diluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Kunjungan rumah (keluarga) dilakukan secara terjadwal dan rutin, dengan memanfaatkan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga.

Dengan kunjungan rumah, puskesmas secara langsung mengenali masalah kesehatan yang dihadapi keluarga secara menyeluruh. Selain itu keluarga dapat dimotivasi untuk memperbaiki kondisi

lingkungan yang kurang sehat serta faktor risiko lainnya merugikan kesehatannya dengan pendampingan kader-kader kesehatan, serta petugas kesehatan.

Pentingnya memotivasi keluarga berhubungan dengan fungsi keluarga yang dikemukakan oleh Fauziah A.N (2016), yaitu : mengenal gangguan perkembangan kesehatan anggota keluarganya, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya, serta mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

Pujosiswanto dkk (2018), menyatakan faktor-faktor yang mendukung implementasi program adalah pada komunikasi yang sudah berjalan, baik secara internal maupun eksternal,. Sedangkan faktor penghambat dari segi sumber daya adalah keterbatasan infrastruktur dan anggaran.

a. Tinjauan Tentang 12 Indikator Sehat

Menurut Ferdiansyah (2016), bahwa keberhasilan suatu program tentunya memerlukan pemahaman dan komitmen yang sungguh-sungguh, sistematis, dan terencana dari seluruh petugas puskesmas.

Secara teknis pendataan keluarga dalam pelaksanaan PIS-PK didasarkan atas pengamatan dan pencatatan kondisi keluarga berkaitan dengan dengan 12 indikator yang merupakan penanda suatu keluarga dinyatakan sehat atau tidak, sekaligus menjadi ukuran capaian implementasi PIS-PK. Pendataan keluarga ini merupakan langkah awal pelaksanaan PIS-PK. Menurut Virdasari dkk (2018), pada langkah ini harus dikelola dengan baik agar langkah-langkah berikutnya dapat berfungsi optimal. Tujuan pendataan keluarga adalah untuk

memperoleh data kesehatan setiap keluarga khususnya mengenai 12 indikator. Seluruh data diisi secara lengkap sesuai instrumen profil kesehatan keluarga (Prokesga). Selanjutnya melalui aplikasi atau secara manual puskesmas menghitung nilai Indeks Keluarga Sehat (IKS) dengan standar berdasarkan 3 kategori yaitu: (1) jika nilai IKS < 0,500 maka masuk kategori kurang sehat; (2) jika nilai IKS antara 0,500–0,800 maka masuk kategori Pra sehat; dan (3) jika nilai IKS > 0,800 maka masuk kategori sehat

Adapun 12 indikator yang dimaksud, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 39 tahun 2016, terdiri dari: (1) Keluarga mengikuti Program KB; (2) Ibu melahirkan di Fasilitas kesehatan; (3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap; (4) Bayi mendapatkan ASI eksklusif; (5) Balita mendapatkan pemantauan dan pertumbuhan; (6) Penderita TBC mendapatkan pengobatan sesuai standar; (7) Penderita hipertensi mendapatkan pengobatan secara teratur; (8) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan; (9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok; (10) Keluarga sudah menjadi peserta JKN; (11) Keluarga mempunyai akses air bersih; (12) Keluarga mempunyai akses jamban sehat.

Sosialisasi

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Sosialisasi diartikan upaya memasyarakatkan sesuatu sehingga dikenal, dipahami, dihayati oleh masyarakat atau pemasyarakatannya. Menurut Tjipto (2008), sosialisasi adalah sebuah proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari satu generasi ke generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat. Oleh

Diana dkk (2014), sosialisasi diartikan sebagai proses seorang individu belajar berintegrasi sesamanya dalam suatu masyarakat menurut sistem nilai, norma dan adat istiadat yang mengatur masyarakat yang bersangkutan.

Dari pengertian diatas, dapat dikatakan, bahwa sosialisasi adalah upaya penyebaran informasi, transfer pengetahuan dan proses belajar seorang individu atau masyarakat perihal nilai, norma, aturan, kebijakan atau program yang mengatur kehidupan masyarakat bersangkutan.

Tahap-tahap Sosialisasi

Menurut George Herbert Mead *dalam* Tjipto, (2008), proses sosialisasi seseorang dapat melalui tahap-tahap: (1) Tahap persiapan (*Preparatory Stage*), yakni saat seorang mempersiapkan diri untuk mengenal dunia sosialnya, termasuk untuk memperoleh pemahaman tentang diri; (2) Tahap meniru (*Play Stage*), ditandai dengan semakin sempurnanya seorang menirukan peran-peran; (3) Tahap siap bertindak (*Game Stage*), peniruan mulai berkurang disertai adanya peran yang dimainkan sendiri dengan penuh kesadaran; (4) Tahap penerimaan norma kolektif (*Generalized Stage/Generalized other*) yakni seseorang telah dianggap dewasa, dapat menempatkan dirinya dalam masyarakat secara luas. Dengan kata lain, ia menyadari pentingnya peraturan, kemampuan bekerja sama bahkan dengan orang lain yang tidak dikenalnya.

Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia meliputi daya pikir serta daya fisik pada setiap individu. Lebih jelasnya SDM merupakan suatu kemampuan pada setiap manusia yang ditentukan oleh daya pikir serta daya fisiknya. SDM menjadi unsur yang sangat

penting dalam berbagai kegiatan yang dilakukan. Meskipun peralatan yang ada cukup canggih, tanpa adanya SDM berkualitas hal tersebut tidak akan berarti apa-apa. Sebab daya pikir merupakan modal dasar yang dibawa sejak lahir sedangkan keahlian dapat diperoleh dari usaha (belajar dan pelatihan). Kecerdasan seseorang dapat diukur dari tingkat *Intelligence Quotient (IQ)* dan *Emotional Quality (EQ)* (Hasibuan, 2003).

Berkaitan dengan pengertian diatas, maka pengembangan Sumber daya manusia (SDM) dilakukan dengan menumbuhkan dan meningkatkan potensi fisik dan psikis yang dimilikinya, sesuai kebutuhan dalam rangka pencapaian tujuan program lembaga atau organisasi.

Anggaran

Menurut Garrison, Norren and Brewer (2007), Anggaran adalah rencana terperinci tentang perolehan dan penggunaan sumber daya keuangan dan sumber daya lainnya selama suatu periode waktu tertentu. Oleh Nafarin (2007,) menyatakan bahwa anggaran adalah suatu rencana kuantitatif (satuan jumlah) periodik yang disusun berdasarkan program yang telah disahkan.

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan, menegaskan bahwa anggaran merupakan pedoman tindakan yang akan dilaksanakan pemerintah meliputi rencana pendapatan, belanja, transfer, dan pembiayaan yang diukur dalam satuan rupiah, yang disusun menurut klasifikasi tertentu secara sistematis untuk satu periode.

Pengertian diatas menunjukkan anggaran berkaitan dengan perencanaan program atau kegiatan. Berkaitan dengan uraian ini, Menurut Gani (2004) *dalam*

Hubaybah dan Dwi Noerjoedianto (2018), pada akhir-akhir ini, anggaran berbasis kinerja (*performance budgeting system*) menjadi pilihan dalam penyusunan perencanaan anggaran sesuai Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 36 Tahun 2006 yang telah diubah menjadi Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007.

Titik berat sistem anggaran berbasis kinerja terletak pada segi manajemen anggaran, yaitu dengan memperhatikan baik segi ekonomi dan keuangan pelaksanaan anggaran, maupun hasil fisik yang dicapainya. Anggaran berbasis Kinerja didasarkan pada hasil proses perencanaan yang realistis dan sistematis. Proses perencanaan tersebut akan menjamin adanya kesinambungan dan konsistensi antara masalah, tujuan, kegiatan; output atau kinerja kegiatan; dan input yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan tersebut (Gani, 2004 *dalam* Saifuddin, 2007),

Ciri lain dari anggaran berbasis kinerja adalah keseimbangan antara anggaran untuk kegiatan pelayanan langsung berupa kegiatan pelayanan individu (penemuan kasus dan pengobatan kasus) dan kegiatan pelayanan masyarakat (intervensi faktor resiko lingkungan, perilaku dan pemberdayaan masyarakat) dengan kegiatan penunjang berupa kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan kapasitas

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif. Sebagaimana menurut Moleong, (2007) jenis penelitian kualitatif yaitu penelitian yang bermaksud untuk memahami tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian secara holistic. Adapun fakta penelitian diungkap dengan metode atau cara deskripsi, yakni penguraian dalam

bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah.

Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan bulan April – Agustus 2019, di Puskesmas Soasio, Puskesmas Tomalou dan Dinas Kesehatan Kota Tidore Kepulauan, Provinsi Maluku Utara.

Sumber Data

Berdasarkan sumber pengambilannya, data penelitian ini terdiri dari Data Primer dan Data Sekunder. Sesebagaimana dikemukakan Sugiyono (2013), Data Primer, yang dikumpulkan oleh peneliti berupa jawaban informan atas pertanyaan penelitian dan hasil observasi penelusuran fakta.

Sumber data primer penelitian ini adalah orang/pelaku yang terlibat langsung dengan pelaksanaan kegiatan PIS-PK, dengan pengelompokan informan sebagai berikut::

- a. **Informan Kunci**, terdiri dari: Kordinator PIS-PK Puskesmas Soasio dengan kode informan (I-1) dan Kordinator PIS-PK Puskesmas Tomalou dengan kode (I-2);
- b. **Informan Utama**, Kordinator PIS-PK Dinas Kesehatan Kota Tidore Kepulauan dengan kode informan (I-3);
- c. **Informan tambahan**, yang terdiri dari Kepala Puskesmas Soasio dengan kode informan (I-4) dan Kepala Puskesmas Tomalou dengan kode (I-5);
- d. **Informan pembanding untuk pengujian validitas data**, terdiri dari: perwakilan keluarga wilayah kerja Puskesmas Soasio berjumlah 36 orang, mencakup 3 perwakilan keluarga per satu kelurahan. Jawaban seluruh informan ini direduksi dalam fariasi jawaban informan

dengan kode (I-6). Berikut Perwakilan keluarga wilayah kerja Puskesmas Tomalou berjumlah 24 orang terdiri dari 3 perwakilan per 1 kelurahan/desa. Jawaban seluruh informan ini direduksi dalam fariasi jawaban informan dengan kode (I-7).

Adapun data sekunder bersumber dari penelusuran dokumen. Dokumen dimaksud adalah dokumen kebijakan, aturan, pedoman pelaksanaan, dokumentasi berbentuk foto serta dokumen administrasi pelaksanaan kegiatan berkaitan dengan pelaksanaan PIS-PK tingkat pukesmas.

Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah proses sosialisasi, ketersediaan sumber daya manusia (SDM), ketersediaan anggaran dan alat kesehatan, ketersediaan administrasi profil kesehatan keluarga “prokesga” dan paket informasi keluarga “pinkesga” Puskesmas Kota Tidore Kepulauan dan ketersediaan *roadmap* atau peta strategi.

Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Yang Diganakan

Pengumpulan data primer dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara, dan dengan melakukan observasi serta interview. Sebagaimana menurut Gulo (2010), bahwa dalam melakukan interview, instrumen utama yang digunakan adalah alat perekam,

Untuk pengumpulan data sekunder dilakukan melalui penelusuran dokumen. berkaitan pelaksanaan PIS-PK di tingkat puskesmas (Puskemas Soasio dan Puskesmas Tomalou) di Kota Tidore Kepulauan.

Validitas atau Keabsahan Data

Keabsahan data diuji dengan teknik pemeriksaan untuk membuktikan data atau

informasi yang telah dikumpulkan benar-benar sesuai dengan fakta, objektif dan dapat dipertanggung-jawabkan secara ilmiah. Pemeriksaan ini dilakukan melalui dua teknik triangulasi yang dikemukakan oleh Hamidi (2004), yakni triangulasi metode: dan triangulasi sumber.

Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan selama dan setelah pengumpulan data. Data dianalisis dalam tiga tahap, yakni: Tahap Reduksi, merupakan proses seleksi, klasifikasi dan pemfokusan, pengabstrakan kemudian mentransformasikan data kasar pada waktu pengumpulan ke dalam formulasi kata yang baku. Selanjutnya Tahap Penyajian Data, sebagaimana menurut Miles dan Huberman (2007), yakni menemukan pola-pola yang bermakna serta memberikan kemungkinan adanya penarikan simpulan serta memberikan tindakan. Terakhir adalah Tahap Penarikan Kesimpulan, yakni penarikan kesimpulan dari semua data yang telah diperoleh sebagai hasil penelitian.

HASIL PENELITIAN

Proses Sosialisasi

Sosialisasi dilakukan sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan PIS-PK. Berawal dari petugas pelaksana, kemudian sosialisasi formal dalam rapat lintas sektor dan selanjutnya pada kunjungan di rumah keluarga masyarakat.

Fakta wawancara menunjukkan program ini telah disosialisasi dengan baik, sebagaimana terungkap dari pernyataan Informan (I-1),(I-2), (I-3),(I-4) dan (I-5). Meski demikian tidak semua petugas mampu melakukan sosialisasi PIS-PK saat melakukan kunjungan rumah, hal ini diketahui dari hasil wawancara terhadap informan perbandingan 39 perwakilan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Soasio

dengan kode informan (I-6), terdapat masing-masing 1 perwakilan dari 3 kelurahan (Kelurahan Topo Tiga, Kelurahan Topo dan Kelurahan Gurabunga) yang mengatakan "...maaf saya tidak/kurang tahu". Fakta ini terjadi selain disebabkan kelemahan petugas dalam memberikan sosialisasi atau penjelasan kepada keluarga, dapat pula disebabkan karena saat kunjungan petugas tidak semua keluarga ditemui, beberapa keluarga tidak berada ditempat saat petugas melakukan kunjungan.

Berbeda dengan fakta wawancara perwakilan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Tomalou, seluruh perwakilan keluarga yang tergolong dalam informan tujuh (I-7), menjawab mengetahui terkait program PIS-PK yang diimplementasikan melalui kunjungan petugas puskesmas ke rumah..

Uraian diatas menunjukkan secara umum petugas yang melakukan kunjungan keluarga mampu menyampaikan tujuan serta uraian program PIS-PK secara baik, sehingga keluarga yang dikunjungi memahami program yang sedang dilaksanakan oleh puskesmas.

Hasil penelitian ini menunjukkan proses sosialisasi program mendapatkan respon baik dari keluarga, karena terbentuk pemahaman, bahwa puskesmas menghadirkan pelayanan kesehatan di rumah keluarga, dan memudahkan keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi. Ini sesuai amanat Peraturan Menteri Kesehatan nomor 39 tahun 2016, puskesmas tidak hanya menyelenggarakan kegiatan di dalam gedung tetapi juga keluar gedung dengan melakukan kunjungan rumah.

Agar sosialisasi dapat berjalan dengan baik dan menyentuh seluruh anggota keluarga masyarakat, diperlukan koordinasi mulai dari kelurahan, RT, RW serta

masyarakat sehingga memperlancar proses kunjungan Rumah (Zahratul Aini, 2018).

Ketersediaan Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) yang dibutuhkan dalam pelaksanaan PIS-PK diungkapkan oleh informan (I-1), bahwa di Puskesmas Soasio terdapat 1 (satu) tim per kelurahan yang dibentuk dengan Surat Keputusan Kepala Puskesmas, beranggotakan 2-7 orang per kelurahan. Diungkapkan juga informan (I-2), bahwa di Puskesmas Tomalou juga terdapat 1 tim yang telah dibentuk sejak tahun 2018, beranggotakan 4 orang.

Diungkapkan pula oleh informan (I-4), bahwa di terkait PIS-PK, di puskesmas Soasio terdapat tim yang bentuk dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Kepala Puskesmas Nomor 440/SK-07/11/2018 tentang Penetapan Tim Pembina Wilayah Pada UPT Puskesmas Soasio Kota Tidore Kepulauan. Surat keputusan menetapkan 1 tim yang terdiri dari 13 tim kecil pembina wilayah kelurahan, terdapat koordinator dan anggota per kelurahan dengan jumlah personil 2-7 orang. Oleh Informan (I-5), di puskesmas Tomalou membentuk 1 tim dari tahun 2018, dengan Surat Keputusan Kepala Puskesmas nomor: 800/02.1/PKM-TML/11/2018 tentang Tim Pengelola PIS-PK di UPT Puskesmas Tomalou., Tim ini terdiri dari 4 orang.

Pengujian validitas data variabel ini dengan triangulasi sumber, melalui wawancara informan pembanding memperlihatkan bahwa 39 perwakilan keluarga pada seluruh wilayah kerja Puskesmas Soasio, terdapat 18 perwakilan keluarga yang menjawab ada 2 orang petugas

yang melakukan kunjungan kerumahnya, 14 perwakilan keluarga menjawab 3 orang petugas yang melakukan kunjungan ke rumahnya dan 7 perwakilan keluarga yang menjawab 4 orang petugas yang berkunjung ke rumah". Selanjutnya dari 24 perwakilan keluarga dalam wilayah kerja Puskesmas Tomalou, menjawab terdapat 2 orang yang melakukan kunjungan ke rumahnya. Uraian ini menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan PIS-PK di kedua puskesmas terdapat dukungan SDM yang secara fungsional dapat melaksanakan tugas pembinaan dan pelayanan kesehatan keluarga secara optimal sesuai yang dibutuhkan.

Ketersediaan SDM pada puskesmas juga didukung dengan unsur SDM lintas sektor yaitu camat, lurah, organisasi pemuda di tingkat kelurahan, tokoh masyarakat dan tokoh agama serta masyarakat. Keterlibatan SDM lintas sektor dalam pelaksanaan PIS-PK ini ditetapkan dengan SK Kepala Dinas Kesehatan nomor: 144/SK-DINKES/2019 tentang Pembentukan Tim Pembina Cluster Binaan, Tim Pembina PIS-PK dan Tim Pembina Standar Pelayanan Minimal (SPM) Dinas Kesehatan Tahun Anggaran 2019.

Dari aspek kompetensi, SDM yang tersedia terukur karena sebagian telah mendapatkan pelatihan dan menerima materi sosialisasi dari Dinas Kesehatan., namun masih perlu ditingkatkan karena belum seluruh SDM yang telah mengikuti pelatihan.

Kinerja SDM berdasarkan observasi dan wawancara informan pembanding dari unsur perwakilan keluarga. Secara umum diakui dikunjungi oleh 2-4 orang petugas secara reguler. Ini menunjukkan pelaksanaan PIS-PK oleh puskesmas sesuai dengan pedoman pelaksanaan, yaitu (a) menyentuh langsung sasaran utamanya adalah keluarga;

(b) mengutamakan upaya promotif-preventif, disertai penguatan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM); (c) kunjungan dilakukan secara aktif untuk peningkatan *outreach* serta total *coverage*; dan (d) dilaksanakan dengan pendekatan siklus kehidupan atau *life cycle approach*.

Ketersediaan Anggaran dan Alat Kesehatan

Ketersediaan anggaran dan sarana selain dinilai dari aspek sumber dan akses dukungan juga dilihat dari aspek perencanaan dan aspek pelaksanaan anggaran

Dari aspek sumber perolehan anggaran dan sarana, fakta wawancara informan I-4 dan I-5 yang berstatus kepala puskesmas menyatakan dukungan pemenuhan sarana dan prasarana untuk operasional pelaksanaan PIS-PK, bersumber dari BOK, kapitasi JKN serta klem rujukan. Selanjutnya perihal apakah sarana dan prasarana yang tersedia di puskesmas memadai untuk pelaksanaan PIS-PK?, kedua informan menyatakan bahwa secara umum memadai, akan tetapi diperlukan penambahan, agar dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan pada saat kunjungan berupa intervensi kondisi kesehatan keluarga dan kebutuhan ketersediaannya untuk pelayanan kesehatan di puskesmas.

Dari aspek akses dukungan sarana, melalui pengisian Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan (ASPAK), telah dilakukan pengisian oleh kedua puskesmas namun belum ada penambahan sarana yang dibutuhkan. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengawasan dan pembinaan terhadap ketersediaan sarana untuk menjamin pelaksanaan layanan kesehatan oleh puskesmas dalam implementasi PIS-PK sesuai dengan standar pelayanan yang baik,

yang berarti pula terdapat jaminan sumber pembiayaan yang jelas.

Dalam hal aspek perencanaan, hasil penelusuran dokumen anggaran menunjukkan, anggaran kegiatan puskesmas termasuk belanja alat kesehatan semuanya tersusun dalam dokumen perencanaan puskesmas, mulai dari Rencana Usulan Kegiatan (RUK) serta Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK). Uraian ini menunjukkan bahwa aspek sarana dan prasarana serta anggaran dalam implementasi program PIS-PK telah disusun berdasarkan mekanisme penganggaran.

Aspek pelaksanaan anggaran pun menunjukkan hal yang sama bahwa terdapat ketersediaan anggaran dan alat kesehatan yang memadai dalam pelaksanaan program PIS-PK, sebagaimana dinyatakan oleh informan (I-6) dan (I-7) sebagai pembanding (perwakilan keluarga) bahwa setiap petugas yang melakukan kunjungan membawa peralatan seperti tensimeter juga timbangan., Anggaran operasional petugas juga tergambar pada Daftar Pelaksanaan Anggaran Dinas Kesehatan dan dokumen pelaksanaan anggaran di Puskesmas Soasio dan Puskesmas Tomalou.

Kondisi tersebut diatas juga menunjukkan manajemen puskesmas telah diarahkan pada upaya pelaksanaan PIS-PK. dengan tidak mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Hal ini terlaksana karena puskesmas memiliki anggaran serta didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai sesuai dengan Permenkes 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Meski masih terdapat kekurangan namun program dapat di implementasikan di masyarakat.

Ketersediaan PROKESGA dan PINKESGA dalam Pelaksanaan PIS-PK

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa instrumen yang dibutuhkan dalam melakukan kunjungan ke rumah telah tersedia yakni Aplikasi Prokesga, akan tetapi kendala yang dihadapi adalah berkaitan dengan pemfungsian aplikasi tersebut tergantung pada ketersediaan jaringan internet. Sehubungan dengan itu maka dilapangan untuk kelurahan yang koneksi jaringan internetnya kurang bagus, kebanyakan yang dilakukan oleh tim petugas adalah pengumpulan data dengan menggunakan formulir manual, setelah data terkumpul kemudian dilakukan pengimputan ketika telah tersedia jaringan atau berada pada wilayah cakupan layanan internet. Hal ini sebagaimana diungkapkan oleh informan (I-1) dan informan (I-2) terkait pertanyaan wawancara perihal instrumen apa yang digunakan saat melaksanakan kunjungan keluarga PIS-PK, berikut jika menggunakan Aplikasi Keluarga Sehat apakah ada kendala dalam menggunakannya. Lebih lanjut informan (I-2) mengungkapkan terdapat kendala keluhan yang disampaikan keluarga bukan hanya 12 indikator dalam pinkesga, melainkan ada keluhan sakit yang lain. Berkaitan dengan keluhan ini ada pula yang langsung petugas berikan surat rujukan untuk segera ke puskesmas guna dilakukan perawatan lanjutan. Uraian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan PIS-PK di kedua puskesmas terimplementasi berdasarkan perencanaan yang jelas disertai dukungan instrumen yang memadai.

Validasi data berdasarkan dikonfirmasi informan pembanding (I-6) dan (I-7), petugas membawa perangkat berupa liflet buku, formulir manual prokesga dan instrumen obline prokesga, tensi meter, termometer dan

stiker serta surat rujukan. Oleh Informan (I-3), juga menyebutkan terdapat bantuan dinas kesehatan dalam menyediakan instrumen Prokesga dan mendampingi penginstalan untuk laptop dan android, juga formulir prokesga manual. Bantuan lainnya adalah penyediaan Pinkesga pada seluruh puskesmas. Selain itu bantuan vasilisasi puskesmas untuk mendapatkan nomor akun dari Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan.

Hasil wawancara diatas, sejalan dengan amanat Peraturan menteri Kesehatan nomor 39 tahun 2015 bahwa pelaksanaan program PIS-PK melalui kegiatan kunjungan rumah harus disertai dengan ketersediaan administrasi berupa formulir Pinkesga (paket Informasi Kesehatan Keluarga) yang berisikan 12 indikator PIS-PK sehingga menjadi bahan edukasi petugas kesehatan dalam melakukan kunjungan rumah awal serta petugas harus membawa Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga) sebagai instrumen dalam mengukur 12 indikator PIS-PK dalam tiap keluarga.

Berdasarkan observasi pemeriksaan dokumen terkait, ditemukan terdapat dokumentasi kunjungan dan pemberian edukasi kepada pihak keluarga, dokumentasi alat peraga seperti leaflet Pinkesga yang dibawa saat kunjungan lapangan, serta *shootscreen* laman prokesga yang telah dilakukan penginputan data.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa instrumen pendataan administrasi Prokesga dan perangkat edukasi Pinkesga tersedia dan sangat menunjang pelaksanaan kegiatan untuk pencapaian tujuan PIS-PK.

Ketersediaan Roadmap

Hasil Wawancara informan (I-1) dan (I-2), menjelaskan sebelum dilakukan kunjungan rumah dilakukan minilokakarya dengan agenda evaluasi pelayanan kesehatan yang telah dilakukan puskesmas, selanjutnya menyusun rencana mulai dari jenis kegiatan yang akan dilakukan saat kunjungan keluarga berkaitan dengan 12 indikator PIS-PK, kebutuhan perlengkapan, menetapkan petugas kunjungan pada setiap kelurahan/desa, jadwal serta anggaran yang di butuhkan. Termasuk kunjungan lanjutan ketika ada kondisi kesehatan keluarga yang membutuhkan intervensi. Informan (I-3), (I-4) dan (I-5) juga mengkonfirmasi perihal adanya pembahasan Roadmap menyangkut peningkatan IKS dalam 1 atau 2 tahun kedepan serta kondisi keluarga berdasarkan 12 indikator yang akan dilakukan intervensi lanjut dengan pencantumannya dalam RUK ditahun akan datang.

Hasil validasi data melalui interviu informan pembanding (I-6) dan (I-7) diketahui terdapat perwakilan keluarga yang menerima kunjungan setiap 2 bulan sekali di tahun 2018. Terdapat 2 perwakilan keluarga menerima kunjungan petugas setiap minggu selama 1-2 bulan karena ada anggota keluarga mengidap TBC. Terdapat pula 18 perwakilan keluarga di wilayah kerja kedua puskesmas menerima arahan dan melakukan persalinan di puskesmas, selanjutnya telah menjalani program Keluarga Berencana. Berikut 6 perwakilan keluarga menyebutkan sering telah diberitahukan akan mendapat kunjungan namun dibatalkan karena kondisi cuaca.

Tiangulasi sumber dalam bentuk penelusuran dokumen memperlihatkan terdapat notulen minilokakarya di kedua puskesmas, daftar hadir atau absen peserta minilokarya, dokumentasi (foto) kegiatan

minilokakarya, serta dokumen *roadmap* PIS-PK Puskesmas tahun 2017, 2018 dan 2019, dokumen rencana tindak lanjut dan peran dan tanggungjawab lintas sektor, rencana usulan kegiatan (RUK) tahun 2018 dan 2019. Laporan Pelaksanaan Kegiatan PIS-PK Tahun 2018 dan dokumen Persentasi Capaian Standar Pelayanan Minimal.

Fakta wawancara ini menunjukkan, baik puskesmas Soasio maupun Puskesmas Tomalou melakukan tahapan penyusunan roadmap setelah melakukan kunjungan rumah ditahun berjalan dan mengetahui nilai indek keluarga sehat (IKS), kemudian melakukan evaluasi perihal adanya kendala atau masalah dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam lingkup PIS-PK pada tahun berkenaan. Dengan menyusun roadmap diakui memberikan kemudahan dalam membuat skala prioritas menyelesaikan masalah baik berkaitan dengan 12 indikator PIS-PK maupun masalah kesehatan lainnya, sekaligus meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian variabel ini juga mengkonfirmasi perihal kinerja SDM dalam pelaksanaan PIS-PK di puskesmas sejalan dengan siklus manajemen puskesmas sesuai Peraturan Menteri Kesehatan nomor 44 tahun 2016, dimana proses penyusunan perencanaan program kegiatan tahun yang akan datang disusun berdasarkan analisis masalah yang bersumber dari hasil Pendataan PIS-PK di tahun berjalan. kemudian dilakukan Survey mawas diri, minilokakarya melakukan evaluasi dan penyusunan dokumen perencanaan tindak lanjut dan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) tahun yang akan datang.

KESIMPULAN

- a. Secara umum, pelaksanaan PIS-PK tingkat puskesmas di Kota Tidore Kepulauan telah diimplementasikan sesuai dengan pedoman penyelenggaraan program tersebut. Diperlukan upaya peningkatan terhadap sejumlah aspek diantaranya aspek sosialisasi, kapasitas SDM, ketersediaan anggaran dan alat kesehatan serta konsistensi pelaksanaan roadmap.
- b. Dalam hal proses sosialisasi PIS-PK telah dilaksanakan sesuai tujuan sosialisasi program serta tahapan dalam perencanaan kegiatan program. Meski demikian perlu peningkatan efektifitasnya dalam menciptakan sinergi antar sektor dan unsur kepentingan, terutama masyarakat/keluarga sasaran program.
- c. Ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) ditingkat puskesmas dapat dikatakan sesuai dengan kebutuhan jumlah SDM dalam pelaksanaan program pada wilayah kerja setiap puskesmas. Meski demikian masih perlu dilakukan pemantauan serta evaluasi kinerja sekaligus peningkatan kompetensi melalui pelatihan dalam rangka lebih meningkatkan kinerja pelayanan dalam implementasi PIS-PK.
- d. Dari aspek anggaran tersedia cukup memadai, tetapi masih diperlukan alokasi anggaran untuk penambahan alat kesehatan agar tidak terjadi tumpah tindih penggunaan, antara penggunaan dalam pelaksanaan kunjungan intervensi kondisi masyarakat, dan kebutuhan ketersediaan alat untuk pelayanan di puskesmas.
- e. Dari aspek ketersediaan data administrasi Profil Kesehatan Keluarga (PROKESGA), tersedia baik dalam

bentuk sistem aplikasi maupun manual. Hal ini menunjang implementasi program. Meski demikian perlu dilakukan verifikasi dan pemutakhiran secara kontinu, sesuai perkembangan kondisi keluarga. Paket Informasi Keluarga (PINKESGA) juga tersedia cukup memadai sebagai instrumen edukasi keluarga dalam menangani permasalahan kesehatan yang dialami.

- f. Implementasi PIS-PK tingkat Puskesmas di Kota Tidore Kepulauan berjalan dengan baik karena adanya *roadmap* atau peta strategi yang disusun dalam bentuk dokumen rencana kegiatan dan disepakati bersama unsur terkait dalam forum lintas sektor sebagai acuan pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan.

Saran

- a. Kegiatan sosialisasi saat kunjungan rumah masih harus terus dilakukan untuk menjamin seluruh keluarga mengetahui tujuan dilakukan program PIS-PK.
- b. Dinas kesehatan perlu melakukan evaluasi dilapangan dengan melakukan uji kualitas kunjungan rumah untuk mengukur kualitas data yang telah dikumpul petugas bina wilayah puskesmas masing-masing.
- c. Diperlukan peran serta pemerintah kelurahan dan desa dalam memotivasi masyarakat untuk dapat meluangkan waktunya, menerima petugas bina wilayah melakukan kunjungan rumah, sebagai bentuk tindakan kooperatif agar dapat membantu petugas melakukan pendataan, edukasi serta intervensi tindak lanjut guna meningkatkan Indeks kesehatan keluarga.
- d. Diperlukan penelitian lebih lanjut, untuk menganalisis data 12 indikator hasil

pelaksanaan kunjungan rumah serta efektifitas intervensi lanjut dalam meningkatkan indeks keluarga sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar Prabu Mangkunegara, A.A. 2011. Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan. PT.Remaja Rosda Karya, Bandung.
- Diana, Melva. 2014. Pelaksanaan Program Hidup bersih dan Sehat (PHBS). Jurnal Kesehatan Masyarakat. Vol.8No.1. <https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/viewFile/2832/2892> Diunduh tanggal 22/3/2019
- Fauziah, A.N. 2016. Keluarga Sehat Berdasarkan Pendekatan Keluarga. Kelurahan Mojongoso Surakarta. (online) <https://jurnal.stikesmus.ac.id/index.php/JKebIn/article/viewFile/165/139> Diunduh tanggal 17/2/2019
- Ferdiansyah, D. 2016. Metode Pendekatan Keluarga, Terobosan Baru dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia. (online). Majalah Farmasetika, Vol.1 No.4, 2016. <https://jurnal.unpad.ac.id/farmasetika/article/view/10368> Diunduh tanggal 17/2/2019
- Fransisca, Maria. 2015. Pembuatan Road Map Hasil Penelitian dan Perencanaan di Bidang Air bersih. (online). <http://digilib.its.ac.id/public/ITS-dergraduate-16281-Paper-572640.pdf> Diunduh tanggal 22/3/2019
- Garrison, Noreen, dan Brewer. 2007. Akuntansi Manajerial. Edisi ke-11. Salemba Empat. Jakarta.
- Gita Maya Koemara Sakti (2017) Mewujudkan Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, Semseter I thn 2017. Jakarta. (online) <https://pusdatin.kemkes.go.id/resource/s/download/pusdatin/buletin/buletin-pispk.pdf>. diunduh tanggal 10/4/2019
- Gulo. 2010. Metodologi Penelitian. Grasindo. Jakarta.
- Hadari Nawawi, 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia: Untuk Bisnis yang Kompetitif*, Yogyakarta: Gadjahmada University Press
- Hamidi, 2004. Metode Penelitian Kualitatif: Aplikasi Praktis Pembuatan Proposal dan Laporan Penelitian. Malang: UMM Press.
- Hasibuan, M. 2003. Organisasi dan Motivasi Dasar Peningkatan Produktivitas. Bumi Aksara. Jakarta
- Hubaybah dan Dwi Noerjoedianto, 2018. Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) terhadap Indikator Capaian sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Jambi Tahun 2016. Jurnal Kesmas Jambi (JKMJ) Vol. 2, No. 1, Maret 2018. (Online) <https://online-journal.unja.ac.id/jkmj/article/view/6546> . Diunduh tanggal 22/3/2019.
- Laelasari, E. dan Anwar, A. 2017. Evaluasi kesiapan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga, (online). Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 16 No 2, September 2017 : 57-72. <https://media.neliti.com/media/publications/222923-evaluasi-kesiapan-pelaksanaan-program-in.pdf> Diunduh tanggal 17/2/2019
- Miles, Matthew B dan Amichael Huberman. 2007. Analisis Data Kualitatif Buku Sumber tentang Metode-Metode Baru. Terjemahan Tjetjep Rohendi Rohisi. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Moleong, Lexy J. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung : PT Remaja Rosdakarya
- Nafarin, M. 2007. Penganggaran Perusahaan. Salemba Empat. Jakarta.

- Pujosiswanto Kuntum Hartomo, Paluturi Sukri, Ishak Hasanuddin. 2018. Policy Implementation of Healthy Indonesia Program Through Family Approach (PIS-PK) in Community Health Center of Polewali Mandar Regency. [http://www.sphinxesai.com/2018/ch_vol_1_no8/2/\(199-203\)V11N08CT.pdf](http://www.sphinxesai.com/2018/ch_vol_1_no8/2/(199-203)V11N08CT.pdf)
Diunduh tanggal 4/4/2019
- Putu Ayu dan I Ketut Suidiana (2018), Penganggaran Berbasis Kinerja dalam Pelayanan Kesehatan. Bahan Ajar PSKM UNUD. (Online) https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_pendidikan_dir/412cefe1319620d983538e5ec0b2037b.pdf . Diunduh tanggal 24/3/2019.
- Saifuddin, 2007. Analisis Perencanaan Dan Penganggaran Program Kesehatan Ibu Dan Anak Pada Puskesmas Di Kota Banjar Jawa Barat Tahun 2007. Tesis Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. Semarang. (Online) [https://core.ac.uk > download > pdf.](https://core.ac.uk/download/pdf/Diunduh_tanggal_23/3/2019)
Diunduh tanggal 23/3/2019
- Siagian, S. 2006. Manajemen Sumber Daya Manusia, Kebijakan Kinerja Karyawan. BPFE, Yogyakarta.
- Sugiyono. 2013. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Tjipto Subadi, 2008, Sosiologi. Penerbit FKIP-UMS. Surakarta.
- Zahratul Aini. Manajemen Pemerintahan dalam pelayanan Kesehatan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Kecamatan Pekanbaru Kota Kota Pekanbaru Tahun 2017 -2018 JOM FISIP Vol 6 Edisi I Januari – Juni 2019 di unduh pada tanggal 29 januari 2020.