

## EVALUASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK): STUDI KASUS DI TINGKAT PUSKESMAS

*EVALUATION OF THE HEALTHY INDONESIA PROGRAM WITH THE FAMILY APPROACH (PIS-PK): A CASE STUDY AT PRIMARY HEALTH SERVICE*

Eva Rusdianah<sup>1</sup>, Retno Widiarini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKES Bhakti Husada Mulia

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pemerintah telah membuat Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Puskesmas merupakan ujung tombak dalam pelaksanaan program ini. Kualitas suatu program dapat terlihat dari hasil monitoring dan Evaluasi yang telah dilaksanakan. Dalam hal ini, kementerian kesehatan telah membuat panduan monitoring dan Evaluasi yang lebih menitikberatkan pada proses dan output pelaksanaan program saja. Peneliti tertarik ingin melakukan Evaluasi program ini dengan pendekatan sistem guna mengetahui berbagai kekurangan dan kelebihan dari berbagai aspek (input-proses-output-outcome). **Tujuan:** untuk mengevaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) melalui pendekatan sistem (input-proses-output-outcome). **Metode:** menggunakan desain kualitatif melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen yang akan menghasilkan tema yang dianalisis secara deskriptif. **Hasil:** Penelitian ini menghasilkan tujuh tema yang menggambarkan pemikiran sistem, Terdapat kelemahan tiga tema yang didapatkan oleh peneliti yaitu, Petugas Puskesmas harus menyempurnakan survei yang belum selesai yang dilakukan oleh pihak ketiga sehingga hal ini akan menjadi tugas tambahan bagi mereka. Kebijakan tentang standar prosedur operasional survei di lapangan belum juga dibuat dan penetapan Surat Keputusan yang belum maksimal. Belum ada kesatuan persepsi tentang Definisi Operasional yang digunakan dalam PIS-PK sehingga semua ini akan mempengaruhi proses pelaksanaan PIS-PK yang akan berdampak secara tidak langsung pada kualitas data yang dihasilkan dan mempengaruhi pemanfaatan data yang kurang maksimal oleh Puskesmas. **Kesimpulan:** Terdapat kelemahan tiga tema yang masuk dalam kategori input yang akan berdampak pada proses-output-dan outcome PIS-PK. Sehingga perlu adanya penguatan sumber daya manusia berupa continuing education, penguatan kebijakan baik pusat maupun daerah yang akan berdampak pada meningkatnya kinerja para karyawan sebagai surveyor dan data yang dihasilkan memiliki kualitas yang lebih baik.

**Kata Kunci :** Pendekatan sistem, Program PIS-PK, Manajemen SDM

### ABSTRACT

**Background:** The Government has created a Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK). The primary health care is the spearhead in implementing this program. The quality of a program can be seen from the results of monitoring and evaluation that have been carried out. In this case, the ministry of health has made monitoring and evaluation guidelines that focus more on the process and output of program implementation. Researchers are interested in evaluating this program with a systems approach to find out the various advantages and disadvantages of various aspects (input-process-output-outcome). **Objective:** To evaluate the Healthy Indonesia Program with The Family Approach (PIS-PK) through a systems approach (input-process-output-outcome). **Method:** using qualitative design through in-depth interviews and document review which will produce a theme that was analyzed descriptively. **Results:** This study produced seven themes that illustrate the system thinking. There were three themes weaknesses obtained by researchers, which were, the Primary health care staff had to complete an unfinished survey conducted by a third party so that this would be an additional task for them. Policies on standard operational procedures for surveys in the field have not yet been made and the stipulation of Decree has not been maximized. There is no unity of perception about the Operational Definition used in PIS-PK so all of this will affect the process of implementing PIS-PK which will have an indirect impact on the quality of the data generated and affect the utilization of less than maximum data by the Puskesmas. **Conclusion:** There are three weaknesses of the themes included the input category which will have an impact on the process-output-and outcome of PIS-PK. It is necessary to strengthen human resources in the form of continuing education, strengthening both central and regional policies that will have an impact on improving the performance of employees as surveyors and the resulting data have better quality.

**Keywords:** System approach, PIS-PK program, Human resource management

### PENDAHULUAN

Pencapaian Indonesia menuju sehat sangat diimpikan oleh segenap jajaran *stakeholder* kesehatan, khususnya kementerian kesehatan sebagai ujung tombak pembuat kebijakan yang akan diteruskan kepada setiap Dinas kesehatan propinsi yang akhirnya informasi masuk pada setiap Puskesmas yang berperan sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Dinas Kesehatan di setiap daerah.

Puskesmas merupakan ujung tombak dalam pelaksanaan semua kebijakan yang terbentuk. Kesuksesan suatu program sangat ditentukan oleh capaian pada masing-masing puskesmas. Oleh karena itu perlu penguatan yang lebih optimal dalam mempersiapkan puskesmas dalam melakukan suatu program.

Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Kota Madiun menggambarkan bahwa Kota Madiun

merupakan salah satu kota kecil di wilayah Jawa Timur yang memiliki tiga kecamatan yaitu kecamatan Kartoharjo, kecamatan Manguharjo, dan kecamatan Taman dengan memiliki 6 puskesmas induk dan 18 puskesmas pembantu, jumlah penduduk Kota Madiun 209.809 jiwa (1). Program Indonesia sehat merupakan salah satu agenda ke-5 dari Nawa Cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: penerapan paradigma sehat; penguatan pelayanan kesehatan; dan pelaksanaan jaminan kesehatan (JKN). Upaya yang digunakan untuk pencapaian pembangunan kesehatan ini dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga. Oleh karena itu pemerintah mencanangkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) melalui kegiatan survei keluarga sehat di masing-masing wilayah puskesmas(2).

Dalam mensukseskan agenda besar ini puskesmas sebagai salah satu ujung tombak yang dapat merangkul setiap masyarakat yang ada. Mereka yang berinteraksi langsung dengan masyarakat melalui pemberian pelayanan kesehatan selama ini, dan mereka juga yang lebih sering berinteraksi dengan para kader kesehatan di masyarakat.

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) sudah dimulai sejak tahun 2016 yang dilaksanakan pada 9 provinsi, namun pada tahun 2018 telah ditargetkan untuk dilaksanakan di seluruh Indonesia (2). Kualitas suatu program dapat terlihat dari hasil monitoring dan Evaluasi yang telah dilaksanakan, dalam hal ini kementerian kesehatan telah membuat panduan monitoring dan Evaluasi yang lebih menitikberatkan pada proses dan output pelaksanaan program yang meliputi persiapan pada pelatihan SDM, pelaksanaan di lapangan, sampai pada rencana intervensi dan analisis perubahan Indeks Keluarga Sehat (IKS) (3).

Dalam hal ini, peneliti tertarik untuk melakukan Evaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) melalui pendekatan sistem. Sistem Kesehatan daerah yang menguat saat ini mendorong banyak pejabat daerah menguasai analisis sistem dan menggunakannya untuk membuat program (4).

Sebuah sistem terdiri dari input, proses, dan output. Input terdiri dari sumber-sumber yang menjadi bahan mentah. Proses adalah strategi mengolah bahan mentah menjadi bahan jadi/ produk. Output adalah barang jadi/ produk yang dibeli atau digunakan oleh konsumen. Outcome adalah manfaat yang dirasakan oleh konsumen atau pihak diluar system (4).

Sehingga dengan metode evaluasi ini diharapkan mampu untuk menguak kelebihan

maupun kekurangan dari program tersebut. Hal ini, bagi pembuat kebijakan akan memudahkan untuk memutuskan kebijakan baru yang lebih optimal dalam mengatasi permasalahan yang ada. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) melalui pendekatan sistem (*input-proses-output-outcome*).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang akan dianalisis secara deskriptif dengan menghasilkan beberapa tema yang menggambarkan hasil penelitian melalui wawancara mendalam kepada *stakeholder* yang terlibat dan studi dokumen.

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Tawangrejo yang merupakan Puskesmas percontohan di wilayah Kota Madiun. Pengambilan data dilakukan kepada enam informan kunci yang terdiri dari kepala Puskesmas, dan lima pemegang program di Puskesmas yang diikuti dalam pelatihan PIS-PK, dan keenam informan ini juga merupakan *surveyor* PIS-PK di lapangan, wawancara dilakukan juga kepada dua informan pemangku kebijakan PIS-PK di Dinas Kesehatan yaitu kepala bagian kesehatan Masyarakat merupakan penanggung jawab utama program dan pemegang program.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menggambarkan tentang pelaksanaan program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang dilakukan dengan survei keluarga sehat pada setiap penduduk. Hal ini dilakukan dengan mengeksplorasi pengalaman pelaksanaan PIS-PK selama ini dari pelaksana program di lapangan maupun pemangku kebijakan dari tataran atas (Dinas Kesehatan). Dari pengalaman ini diharapkan mampu mengevaluasi program secara sistem (mulai dari *input-proses-output-outcome*).

Penelitian ini menjelaskan tentang pelaksanaan program melalui pendekatan sistem yaitu mengetahui input yang telah dipersiapkan dan dilaksanakan, proses pelaksanaan program di lapangan, output yang dihasilkan secara nyata, dan keluaran program yang bisa dimanfaatkan di masa mendatang. Semua ini akan dijelaskan lebih lanjut dengan tema yang telah disimpulkan oleh peneliti.

Terdapat tujuh tema yang berhasil didapatkan oleh peneliti dalam penelitian ini, yaitu:

**Surveyor sebenarnya : “seharusnya kalo dari pelatihan kemarin ya langsung dari puskesmas sendiri”**

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dilakukan dengan survei keluarga sehat ke setiap anggota keluarga. Berdasarkan lima informan yang telah mendapat informasi dari pelatihan PIS-PK menyatakan bahwa *Surveyor* dalam program ini dilakukan sendiri oleh petugas kesehatan yang ada di setiap Puskesmas, sebagaimana kutipan wawancara berikut ini:

*“Gini mbak, informasi dari pelatihan kemarin seharusnya langsung dari petugas puskesmas sendiri (yang survei) (S1)”*

Hal ini diperkuat oleh pernyataan dari tataran pembuat kebijakan sebagai berikut:

*“Jadi kalau secara ideal kita membicarakan PIS-PK ini, seharusnya dilakukan oleh petugas (W4)”*

Namun, pada survei pertama kali pada tahun 2017, Dinas Kesehatan langsung membuat perjanjian dengan pihak ketiga (dari luar Dinas Kesehatan dan Puskesmas) untuk melakukan survei keluarga sehat di masyarakat. Menurut tataran pembuat kebijakan hal ini dilakukan dengan alasan sebagai berikut:

1. Dinas kesehatan ingin memaksimalkan pelaksanaan survei untuk bisa segera menyelesaikan terlebih dahulu agar lebih maksimal pencapaian kinerjanya dan dapat segera pula membuat kebijakan selanjutnya.
2. Banyak data yang diperlukan Dinas pada waktu itu selain data PIS-PK, sehingga beberapa kuesioner program lain dijadikan satu menjadi sebuah buku untuk disurvei bersamaan dengan survei PIS-PK..

Namun, hasil survei yang dilakukan oleh pihak ketiga tidak sesuai dengan yang diharapkan. Terdapat beberapa kelemahan survei yang dilakukan oleh pihak ketiga yang terungkap dari beberapa informan, yaitu:

1. Beberapa rumah masyarakat tidak didatangi, namun datanya sudah ada.
2. Pemahaman Definisi Operasional (DO) pada kuesioner yang kurang menyebabkan menurunnya kevalidan data.
3. Capaian survei belum 100%

Oleh karena itu semua karyawan puskesmas melakukan survei lanjutan guna menyempurnakan data.

*“Setelah dengan pihak ketiga datanya tidak akurat, terus kita, puskesmas langsung turun. (W6)”*

Berdasarkan hasil di atas menggambarkan bahwa petugas kesehatan Puskesmas merupakan *surveyor* yang seharusnya turun ke lapangan, karena sejatinya mereka yang dilatih dan yang lebih memahami pelaksanaan PIS-PK dengan semestinya. Hasil yang kurang valid dan capaian masyarakat yang disurvei belum mencapai target

yang ditetapkan pada survei yang dilakukan oleh pihak ketiga, hal ini telah membuat semua petugas kesehatan mengambil peran terhadap tugas pengambilan data PIS-PK di lapangan untuk menyempurnakan data yang dihasilkan. Namun, kondisi seperti ini secara tidak langsung menjadikan mereka memiliki tugas tambahan di samping tugas pokok yang harus mereka kerjakan dengan baik juga.

Berdasarkan modul pelatihan keluarga sehat menyebutkan bahwa Puskesmas bertanggung jawab atas satu wilayah administrasi pemerintahan, yakni kecamatan atau bagian dari kecamatan, setiap kecamatan harus minimal terdapat satu puskesmas, dalam membangun dan menentukan wilayah kerja Puskesmas, faktor wilayah, kondisi geografi, dan kepadatan/ jumlah penduduk menjadi dasar pertimbangan. Pada modul ini disebutkan juga peran pembina keluarga sebagai pengambil data sampai pelaksana evaluasi dan intervensi di lapangan pada program ini (5).

Berdasarkan studi dokumen di atas maka dalam PIS-PK, Puskesmas merupakan lembaga yang bertanggung jawab atas pelaksanaan suatu program di lapangan karena Puskesmas yang memiliki wilayah kerja dan secara otomatis lebih memahami masyarakat di wilayah kerjanya. Namun, terbatasnya jumlah pembina keluarga yang merupakan petugas kesehatan yang bertugas pada suatu wilayah dan banyaknya jumlah anggota keluarga yang disurvei di setiap wilayah membuat pembuat kebijakan teratas mengambil keputusan baru yang melibatkan semua karyawan puskesmas sebagai *surveyor*.

Beban kerja dapat didefinisikan sebagai tindakan pegawai untuk dapat melakukan pekerjaan yang menjadi tanggungjawabnya dan cara mereka dalam mengelola tugas untuk memenuhi permintaan sistem operasi. Oleh karena itu, dalam kebanyakan pekerjaan tuntutan fisik dan tuntutan mental juga diperlukan yang berdampak pada kinerja manusia (6).

Begitu pula dengan survei keluarga sehat merupakan beban kerja tambahan petugas Puskesmas yang menuntut mereka secara fisik dan mental, mereka harus pintar mengatur waktu untuk pekerjaan utama baik dalam pemberian pelayanan maupun pembuatan laporan yang menjadi kewajiban utama, dan mereka harus mengatur waktu untuk survei keluarga sehat di lapangan. Hal semacam ini menuntut semua petugas untuk manajemen waktu secara optimal dan harus mengupgrade terus kondisi tubuh baik fisik maupun mental sehingga kinerja mereka dapat optimal.

### **Makna Poin dalam e-Kinerja: “poin itu ya kinerjanya yang berhubungan dengan uang”**

Aturan remunerasi telah membuat kebijakan bagi semua pegawai pemerintahan (ASN) dilarang menerima honor diluar gaji dan tunjangan mereka setiap bulannya. Oleh karena itu, kinerja tambahan berupa survei keluarga sehat sebagai pelaksanaan PIS-PK bagi karyawan ASN tidak mendapatkan honor tambahan apapun, sedangkan bagi karyawan non-ASN saat ini mendapatkan honor tambahan berupa uang transport dari pihak Puskesmas. Sebagaimana kutipan wawancara di bawah ini:

*“Bagi ASN tidak mendapatkan honor tambahan karena sudah remunerasi. Jadi, ASN rapat, melakukan kegiatan apapun tidak boleh mendapatkan uang transport yang dapat adalah karyawan Non-ASN. (W1)”*

Menurut salah satu informan menyebutkan bahwa sumber dana transport para Non-ASN diambilkan dari DAK (Dana Alokasi Khusus) di Puskesmas yang dialokasikan khusus untuk pendataan PIS-PK yang diberikan setelah kegiatan survei berakhir kepada surveyor. Namun, pada pengadaan alat-alat teknis yang mampu mendukung kegiatan survei di lapangan seperti keplek, ATK (Alat Tulis Kantor) dilakukan sendiri oleh Puskesmas dengan mengatur dana sedemikian rupa agar pengadaan ini bisa terwujud karena terlihat peran Dinas Kesehatan selama ini hanya melakukan pengadaan buku survei (berisi tentang berbagai kuesioner) yang memang memerlukan dana cukup besar untuk keperluan tersebut. Namun, bagi Puskesmas pengadaan ini bukan dianggap beban karena minimnya dana yang dikeluarkan. DAK juga mengalokasikan dana pada kegiatan intervensi ke lapangan, monitoring dan Evaluasi keluarga sehat yang harus dilakukan. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat dukungan dana dengan alokasi tertentu pada pelaksanaan PIS-PK. Namun, hal ini dianggap telah cukup bagi tataran pembuat kebijakan untuk kelancaran pelaksanaan PIS-PK selama ini.

Aturan remunerasi bagi karyawan ASN tentunya sangat menguntungkan bagi pihak atasan/ manajemen karena tidak perlu bingung memikirkan honor tambahan bagi para ASN, mereka cukup memasukan hasil kegiatan survei mereka dalam e- kinerja sehingga tercatat sebagai Uang Kinerja Kegiatan (UKK).

Semua kinerja karyawan harus terekam setiap harinya, terutama bagi para ASN (Aparatur Sipil Negara) yang harus dimasukan dalam sistem e-kinerja. Oleh karena itu, kinerja tambahan berupa survei keluarga sehat sebagai pelaksanaan PIS-PK bagi karyawan ASN harus dimasukan juga sebagai kegiatan, sehingga

akan mendapatkan honor tambahan dari mengisi e-kinerja tersebut. Sejatinya setiap kegiatan telah memiliki dana operasional sendiri-sendiri. Sehingga dengan adanya sistem remunerasi, semua tindakan (kinerja) masuk dalam catatan kegiatan. Sebagaimana kutipan di bawah ini:

*“...Saat ini, setiap kegiatan telah mempunyai biaya operasional, karena sudah ada sistem remunerasi... tindakan dimasukkan sebagai kegiatan. (W4)”*

e-kinerja merupakan sistem yang membayarkan kinerja pegawai terutama ASN dalam bentuk poin yang akhirnya akan diterimakan sebagai uang tambahan dalam bentuk tunjangan kinerja yang memiliki batas maksimal waktu yang diinput setiap harinya, Namun mendapatkan tambahan dari e- kinerja itu berdasarkan inputan data yang dimasukan oleh masing-masing pegawai, sehingga pendapatan tunjangan tiap karyawan akan berbeda. Dengan sistem seperti ini secara tidak langsung karyawan ASN juga mendapat honor tambahannya dalam pelaksanaan survei PIS-PK.

### **Standar Pelaksanaan : “SOP pelaksanaannya tidak ada karena kita sudah masuk dalam pelatihan”**

Kebijakan tertulis dalam setiap kegiatan sangat diperlukan dalam penguat kebijakan dan memiliki peran mengikat bagi yang melaksanakan. Adanya SOP (*Standart operating procedure*) atau bahkan SK (Surat Keputusan) penetapan peran setiap individu dalam sebuah kegiatan sangatlah mendukung keberhasilan suatu kegiatan.

Sebagian besar informan menyatakan bahwa sebenarnya dalam program ini belum ada standar operasional di lapangan secara tertulis. Selama ini standar yang dipakai hanya berdasarkan panduan/ pedoman yang didapat dari pelatihan, sebagaimana kutipan wawancara di bawah ini:

*“Untuk SOP pelaksanaannya tidak ada. Karena kita sudah masuk dalam pelatihan dan kita laksanakan, kita terjun ke lapangan... itu sebagai dasarnya dan dari situ pedomannya. (W4)”*

Menurut salah satu informan standar yang ada hanya tentang pembentukan tim pengawas di masing-masing wilayah Puskesmas yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan berupa surat keputusan dan hal ini diperkuat dengan pernyataan salah satu informan lainnya yang menyatakan bahwa pernah membaca surat keputusan bagi para pengawas kewilayahan Puskesmas.

Penting dalam pembuatan kebijakan tertulis seperti SOP dalam setiap kegiatan menjadikan pelaksanaan kegiatan di lapangan akan lebih terarah dan terkontrol sesuai standar

yang ada, dan terdapat kesamaan pelaksanaan dari setiap surveyor.

Surat Keputusan (SK) merupakan penggerak dalam pelaksanaan SOP, keduanya harus saling mendukung satu sama lainnya. Terdapat surat keputusan yang dibuat internal oleh Puskesmas dalam mendukung PIS-PK yakni pembentukan Tim Keluarga Sehat (7). Namun, perincian tugas tentang peran setiap karyawan masih kurang maksimal dalam mendukung keberhasilan program ini terutama pada tim pengolah data yang seharusnya berdiri sendiri untuk dapat memaksimalkan pengolahan data yang masuk karena mengingat sudah banyak pekerjaan yang harus diselesaikan oleh setiap petugas. Kepastian tugas setiap karyawan yang tertulis dalam surat keputusan akan membuat karyawan terikat dengan pekerjaannya dan memiliki rasa tanggung jawab lebih sebagai pelaksana PIS-PK.

**Satu Persepsi DO: “ketika kita tidak paham dengan itu hasilnya pasti berbeda”**

Definisi Operasional (DO) merupakan salah satu inti dalam pengambilan data yang harus dipahami dengan benar karena sebagai pedoman teknisnya. Dalam penelitian ini tiga informan menyatakan bahwa terjadi kurang pahaman surveyor terhadap DO yang berakibat pada kualitas data yang dihasilkan, sebagaimana kutipan di bawah ini:

*“Jadi kalau menurut saya banyak kesulitan ketika memang belum maksimal dilatih dan melaksanakan. Karena ketika kita mencantumkan kata ‘ya’ dan ‘tidak’ (jawaban dalam kuesioner). ketika kita tidak paham dengan itu, hasilnya pasti berbeda, (W4)”*

Permasalahan lain muncul juga pada DO (Definisi Operasional) yang dipahami dalam PIS-PK dan DO yang dipakai pada program Puskesmas selama ini juga sedikit berbeda, berdasarkan kutipan wawancara di bawah ini:

*“Kalau dari program promosi kesehatan..terdapat survei PHBS dengan 10 indikator. Indikator merokok di PHBS tidak merokok di dalam rumah masih dikategorikan sehat. Tapi kalau di PIS-PK ini tidak... merokok, entah itu didalam rumah, diluar rumah, yang penting merokok itu sudah dikategorikan tidak sehat (S2)”*

Semua kondisi ini pasti akan berpengaruh pada proses pengolahan data yang dilakukan secara online dan offline yang memiliki mengacu pada Definisi Operasional yang telah dibuat oleh pusat. Menurut informasi dari para informan, laporan online merupakan laporan langsung ke pusat (kemenkes) melalui website khusus yang dibuat oleh pusat berdasarkan pada DO (Definisi Operasional) yang telah dibuat, sedangkan laporan offline merupakan *backup* atau pegangan Puskesmas untuk menjadi

pegangan dalam membuat kebijakan selanjutnya. Hal ini selaras dengan informasi tambahan dari salah satu informan yang memberikan penjelasan bahwa fungsi input data secara manual adalah sebagai *self assessment* Puskesmas sendiri yang memudahkan evaluasi untuk membuat kebijakan selanjutnya, sebagaimana pernyataan di bawah ini:

*“jadi yang manual itu sebenarnya untuk self assessment mereka sendiri, pencapaian mereka sendiri, apalagi manual kan kelihatan masalahnya juga berubah, jadi bisa di evaluasi (W4).”*

Berdasarkan studi dokumen yang dilakukan oleh peneliti pada modul pelatihan PIS-PK (5) mendapatkan fakta penting, yaitu: DO dalam kuesioner PIS-PK memang harus dipahami dengan benar oleh calon surveyor karena terdapat tiga jenis penilaian ya ‘Y’, tidak ‘T’, dan Non applicable ‘N’. Jika surveyor kurang memahami Definisi operasionalnya maka akan terjadi kesalahan data dan otomatis berdampak pada kualitas data yang sudah didapat.

Namun, pada buku yang berisi kuesioner (8) dalam pengambilan data PIS-PK yang telah dicetak mandiri oleh Dinas Kesehatan terkait terdapat perbedaan yang fundamental, yaitu terdapat satu penilaian yang tidak dicantumkan dalam kuesioner, yaitu penilaian dalam kategori Non applicable ‘N’. Misalkan pertanyaan pada program KB (Keluarga berencana) terdapat coretan manual dari surveyor yang berisi tentang alasan tidak menggunakan KB, hal ini seharusnya jawaban pertanyaan pada kuesioner ini masuk dalam kategori ‘N’ (Non-applicable) akan tetapi karena tidak ada maka ditulis ‘T’ (Tidak).

Salah satu usaha untuk menghindari kesalahan dari para surveyor maka harus dicantumkan semua jenis penilaian karena sejatinya tidak semua surveyor akan dapat mengingat DO (Definisi Operasional) ini. Sehingga sangat berpotensi besar akan terjadi kesalahan dalam data yang dihasilkan yang secara langsung akan berpengaruh pada kualitas data. Oleh karena itu harus segera melakukan peninjauan ulang terhadap instrumen (kuesioner) yang ada, sehingga data yang dihasilkan akan lebih memiliki kualitas yang baik dan memiliki tujuan yang sama dengan pusat (kementerian kesehatan).

**Gambaran manusia super: “Pagi sudah pelayanan, siang survei ternyata orangnya tidak ada”**

Pelaksanaan survei PIS-PK pertama kali dilaksanakan oleh pihak ketiga, Namun telah memberikan hasil yang kurang akurat dan belum 100% tersurvei, Sehingga petugas Puskesmas turun tangan untuk survei kembali.

Dalam menghadapi masalah ini Kepala Puskesmas membuat kebijakan untuk menurunkan semua karyawan baik medis maupun non-medis yang ada di Puskesmas untuk survei ke masyarakat, karena mengingat jumlah sasaran yang disurvei masih lumayan banyak. Maka Puskesmas membuat kebijakan melibatkan semua karyawan dengan membuat tim yang terdiri dari tenaga medis dan non-medis, sebagaimana kutipan berikut:

*"...karena jumlah sasarannya ada banyak, kalau hanya tenaga kesehatan saja kasihan. Makanya kita bagi per tim, 1 tim terdiri dari tenaga kesehatan satunya non tenaga kesehatan. Yang non tenaga kesehatan, seperti bagian loket itu yang kebagian mencatat, sedangkan bidan, perawat, dokter itu bagian mengukur tensi. (W1)"*

Pada teknis pelaksanaan survei, karyawan Puskesmas telah dibagi menjadi berbagai tim per wilayah dan diberi kebebasan waktu pengambilan data sesuai kesepakatan masing-masing tim. Walaupun seperti itu awal mula survei PIS-PK oleh petugas terdapat penolakan dari mereka karena waktu pelaksanaan yang sangat menyita waktu di luar jam kerja mereka, namun karena tuntutan sebagai Puskesmas percontohan, maka dengan rela hati mereka bersedia turun semua, sebagaimana kutipan wawancara berikut:

*"Karena melaksanakan surveinya tidak hari kerja, mereka awalnya menolak. Tapi apalagi kita ini dituntut sebagai Puskesmas percontohan. Makanya, untuk mengentri data PIS-PK pun harus 100%. Kalau kita tidak terjun semua kita tidak bisa 100%. Jika hanya mengandalkan orang-orang tertentu misalnya, perawat wilayah itu tidak bisa. Akhirnya mereka mengerti terus semua jalan (Karyawan), akhirnya mau. (W1)"*

Oleh karena itu beberapa informan menyatakan beberapa kondisi yang dirasakan ketika melaksanakan survei PIS-PK, yaitu: Kelebihan Waktu kerja dan kelelahan tenaga; Mereka harus dua kali kerja, yaitu kerja di dalam Puskesmas dan di luar Puskesmas (survei) yang memakan waktu selesai bekerja, malam hari atau bahkan hari libur; Terdapat beberapa kasus penolakan terus menerus dari warga.

Namun, hal tersebut tidak dijadikan suatu beban bagi semua karyawan Puskesmas karena telah menjadi suatu tuntutan sebagai Puskesmas Percontohan yang mengharuskan data PIS-PK *total coverage*. Hal ini seharusnya dijadikan bahan evaluasi bagi tataran pembuat kebijakan untuk lebih memperhatikan kualitas SDM yang ada, karena evaluasi yang dilakukan selama ini hanya fokus pada capaian IKS saja.

Kegiatan intervensi juga harus dipikirkan

selanjutnya oleh pihak Puskesmas setelah mengetahui hasil data PIS-PK. Peneliti menyimpulkan berdasarkan informasi dari beberapa informan, model intervensi yang sudah dilakukan oleh Puskesmas sebagai berikut: Intervensi langsung diberikan saat melakukan survei dan Intervensi dengan melakukan kunjungan ulang. Namun intervensi yang dilakukan dengan melakukan kunjungan ulang selama ini selalu dilaksanakan bersamaan dengan program yang sudah ada di Puskesmas.

#### **Kota Madiun kota merah: "Terakhir 0,34, masih merah"**

Capaian IKS Kota Madiun masih dalam kategori merah walaupun sudah 97%-98% data terentri, begitu juga capaian di Jawa Timur masih tergolong merah, sebagaimana kutipan wawancara berikut ini:

*"Belum semuanya dientri, data terakhir capaian IKS 0,34, artinya masih merah, tapi pergerakan kita kurang lebih 97-98% (data yang sudah diolah). IKS Provinsi Jawa Timur mencapai 0,31. (S2)"*

Berdasarkan informasi yang ada dari 4 kelurahan di wilayah kerja Puskesmas, hanya terdapat satu kelurahan yang berada pada wilayah kuning. Walaupun seperti itu, Informan menyatakan bahwa Kota Madiun memiliki capaian yang maksimal pada urutan kedua di wilayah Jawa Timur. Akan tetapi, bukti yang mengejutkan menyatakan bahwa memang hampir seluruh wilayah Indonesia dalam zona merah semua sebagaimana pernyataan berikut:

*"1 peta Indonesia itu warnanya merah semua. (S2)"*

Hal ini diperkuat dengan studi dokumen yang berasal dari website keluarga sehat dengan hasil yang menunjukkan bahwa hampir seluruh wilayah Indonesia dalam zona merah yang artinya masih banyak masyarakat Indonesia dalam kondisi tidak sehat.

Ketidaksamaan persepsi DO (Definisi Operasional) baik dalam pemahaman DO yang kurang oleh surveyor dan ketidaksamaan DO yang dimiliki PIS-PK dengan DO yang diterapkan pada program terkait di Puskesmas selama ini akan dimungkinkan dapat menjadi salah satu penyebab data yang dihasilkan kurang sesuai dengan yang diharapkan. Salah satu contoh nyata yang terjadi adalah DO tentang merokok, DO yang digunakan di Puskesmas selama ini menyebutkan bahwa merokok di dalam ruangan memiliki penilaian tidak sehat, namun merokok di luar ruangan itu masih memiliki penilaian sehat. Hal ini berbeda dengan DO merokok pada PIS-PK yang menyebutkan bahwa merokok di dalam maupun di luar ruangan sudah memiliki penilaian tidak sehat, ditambah lagi

informasi bahwa prevalensi perokok di Indonesia juga kategori tinggi, maka secara otomatis data PIS-PK akan menunjukkan banyak hasil yang tidak.

Berdasarkan data WHO tahun 2016 tentang monitoring prevalensi penggunaan tembakau pada negara yang memiliki pencapaian tertinggi menyebutkan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara tertinggi dalam penggunaan tembakau (9). Hal ini menunjukkan bahwa akan sangat besar sumbangan data dengan penilaian tidak sehat di Indonesia dari indikator merokok dan terlihat dari peta Indonesia yang menunjukkan sebagian besar pada zona merah yang berarti tidak sehat.

**Data PIS-PK Kunci perencanaan program: “ini membantu kita dalam perencanaan kegiatan”**

Data hasil PIS-PK secara umum bisa dimanfaatkan oleh petugas Puskesmas untuk membuat program selanjutnya, sebagaimana kutipan di bawah ini:

*“Kalau saya rasakan secara umum, ini membantu kita dalam perencanaan kegiatan (W1).”*

Namun permasalahan yang terjadi adalah DO (Definisi Operasional) yang dipahami dan DO yang dipakai pada program Puskesmas selama ini juga sedikit berbeda dengan DO yang dipakai dalam PIS-PK, sehingga data kurang maksimal dapat dimanfaatkan, Jadi pemanfaatan yang bisa dilakukan adalah menyandingkan data yang dimiliki Puskesmas dengan data PIS-PK, sebagaimana kutipan wawancara berikut ini:

*“Salah 1 contohnya capaian KB. Ada capaian KB Puskesmas ada capaian KB PIS-PK. Lha itu nanti kita sandingkan. O.. ini yang dari Puskesmas sekian, PIS-PK sekian (S2).”*

Pemanfaatan data PIS-PK adalah tujuan terpenting dalam pelaksanaan survei keluarga ini. Dengan kurang akuratnya data yang dihasilkan karena kurang memahami Definisi Operasional (DO) yang ada dan DO yang berbeda membuat para petugas program kurang memaksimalkan data tersebut, karena jika dibandingkan dengan data di lapangan selama ini terdapat perbedaan hasil yang cukup signifikan, misalkan dari cakupan biasa rendah menjadi baik, contoh indikator ‘merokok’ dari cakupannya rendah menjadi tinggi. Hal ini tentunya sangat berpengaruh pada pemanfaatan data selanjutnya.

Berdasarkan hasil penelitian di atas terlihat bahwa terdapat kelemahan tiga tema yang didapatkan oleh peneliti yaitu pertama, Petugas Puskesmas harus menyempurnakan survei yang belum selesai yang dilakukan oleh pihak ketiga sehingga hal ini akan menjadi tugas tambahan bagi mereka.

Dalam sebuah penelitian menyebutkan 56,6% tenaga kesehatan menyatakan bahwa tugas tambahan terkadang mengganggu tupoksi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Sedangkan 37,4% menyatakan bahwa tugas tambahan tidak mengganggu tupoksi dan hanya 6% menyebutkan bahwa tugas tambahan mengganggu dalam menjalankan peran sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di Puskesmas (10). Walaupun demikian pihak manajemen atas Puskesmas perlu memperhatikan kondisi fisik dan mental dari seluruh karyawan.

Manajemen Sumber daya manusia adalah hal mutlak yang harus dilakukan oleh tataran pembuat kebijakan, terbatasnya jumlah SDM yang ada tidak menutup kemungkinan tataran pembuat kebijakan melakukan *skill mix* pada beberapa karyawannya. Hal ini yang diterapkan pula pada pelaksanaan survei PIS-PK, karena keterbatasan jumlah SDM kesehatan yang berperan sebagai pembina keluarga di masyarakat sebagai ujung tombak pengambilan data mengharuskan kepala Puskesmas menurunkan semua karyawan baik medis maupun non-medis untuk survei karena melihat jumlah sasaran survei yang begitu banyak.

*Skill mix* bukan hanya latihan teknis. Ini adalah metode perubahan organisasi yang membutuhkan perencanaan, komunikasi, implementasi dan evaluasi yang cermat jika diperlukan untuk mencapai tujuannya(11). Sehingga bagi tataran pembuat kebijakan harus sadar akan keputusan yang sudah diambil, untuk selalu memperhatikan dan mengevaluasi kinerja mereka, Sehingga kinerja mereka selalu baik dan mendapatkan hasil yang maksimal.

Kedua, Kebijakan tertulis seperti SOP (*standar operating procedure*) belum juga dibuat, hal ini akan memberikan kesulitan dalam menyamakan persepsi tentang standar pelaksanaan survei sebenarnya, sehingga akan terlihat pelaksanaan survei berbasis pribadi yang hanya berbekal pelatihan maupun sosialisasi. Hal ini pastinya akan bekerja sesuai standar mereka sendiri tanpa panduan tertulis. Begitu juga dalam penetapan SK yang belum maksimal, SK yang ada merupakan rincian peran setiap karyawan yang bergabung dalam Tim Keluarga Sehat, Namun terdapat satu tugas yang menurut peneliti sangat fundamental untuk menghasilkan data yang baik yaitu keberadaan tim pengolah data yang belum dicantumkan secara spesifik dalam SK tersebut. Hal ini bertujuan untuk membangun rasa tanggung jawab yang lebih terhadap pekerjaannya, sehingga capaian kinerjanya akan maksimal dan selesai tepat waktu.

Persepsi karyawan terhadap pekerjaannya meliputi lingkungan kerja yang baik, anggota

kelompok atau tim yang kompak dalam melaksanakan pekerjaan yang mendorong seseorang untuk merasa tertantang dengan lingkungan pekerjaan saat ini, persepsi karyawan pelaksana dalam melihat pekerjaan dan lingkungannya dapat memberikan dampak bagi kinerja (12). Hal ini menunjukkan bahwa persepsi seseorang dalam pekerjaannya salah satunya dipengaruhi oleh lingkungan kerja yang baik (fisik maupun non fisik), dukungan adanya SOP maupun penetapan SK yang merujuk pada uraian tugas setiap individu merupakan salah satu dukungan lingkungan kerja secara non-fisik dalam suatu pekerjaan, sehingga hal ini secara tidak langsung akan mempengaruhi pada kinerja kurang maksimal jika minim dukungan terkait ini.

Begitu juga pada masalah ketiga, kelemahan dalam menyamakan persepsi terhadap DO (Definisi Operasional) yang berbeda, baik dalam pemahaman maupun kesamaan standar DO yang ditetapkan PIS-PK dengan DO yang dimiliki oleh beberapa program Puskesmas yang terkait, bahkan belum ada sinkronisasi isi kuesioner berdasarkan DO yang sudah ditetapkan oleh pusat (kementerian kesehatan) khususnya terkait tipe penilaian yang ada. Sehingga hal ini akan berdampak pada kualitas data yang dihasilkan kurang maksimal.

Semua permasalahan di atas tentunya akan mempengaruhi proses pelaksanaan PIS-PK yang akan berdampak secara tidak langsung pada kualitas data yang dihasilkan, data yang dihasilkan merupakan hal utama yang terkait dengan capaian PIS-PK karena keluaran dari PIS-PK merupakan Indeks Keluarga Sehat (IKS) yang disusun dari data mentah yang diolah dari survei tersebut. Jika data yang dihasilkan dari survei tersebut kurang valid maka secara langsung akan berdampak pada hasil IKS dan secara tidak langsung akan berpengaruh pada kurang maksimalnya pemanfaatan data oleh pihak Puskesmas.

Berdasarkan alur yang dibuat oleh kementerian kesehatan tentang penyampaian data dasar Puskesmas sampai pada pemanfaatan data menyatakan bahwa dalam pemanfaatan data dasar yang diperoleh dari Puskesmas harus melalui verifikasi dan validasi terlebih dahulu, jika belum sesuai standar/ nilai verifikasi belum maksimal akan dikembalikan kembali ke Puskesmas untuk disesuaikan dengan standarnya, begitu juga pada proses validasi data, akan bisa dimanfaatkan data tersebut jika data sudah valid benar (13). Oleh sebab itu penting memperhatikan kualitas data yang dihasilkan karena hal ini menentukan dalam pemanfaatan data.

Terlihat dari hasil penelitian, pihak Puskesmas dalam memanfaatkan data hanya dengan

menyandingkan data hasil survei PIS-PK dengan data yang sudah ada, jadi hanya sebagai pembandingan bukan dimanfaatkan secara langsung.

## KESIMPULAN

Evaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang dilakukan secara pendekatan sistem melalui identifikasi input, proses, output, maupun outcome telah menghasilkan beberapa fakta bahwa banyak permasalahan bersumber pada input, yaitu: Tugas tambahan bagi seluruh karyawan Puskesmas baik medis maupun non-medis sebagai surveyor; Belum ada SOP pelaksanaan survei PIS-PK dan belum maksimalnya SK yang dibuat; Persepsi DO (Definisi Operasional) yang belum sama baik dalam pemahaman maupun kesamaan standar DO. Semua permasalahan ini secara tidak langsung akan berpengaruh pada proses pelaksanaan PIS-PK melalui pengambilan data berupa survei keluarga sehat yang akan berpengaruh pada capaian (output) dan pemanfaatan data dikemudian hari (outcome). Oleh karena itu diperlukan penguatan SDM melalui *continuing education* untuk meningkatkan kualitas SDM, penguatan kebijakan baik pusat maupun daerah terutama pada kebijakan tertulis (SOP dan SK) dan meninjau ulang kembali Definisi Operasional pada instrumen penelitian (Kuesioner) untuk menyamakan persepsi dalam mencapai tujuan utama.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi sebagai sponsor utama dalam penelitian ini dan semua pihak yang terkait dalam penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Kota Madiun. Profil Kesehatan Kota Madiun Tahun 2016. Kota Madiun; 2016.
2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Pusat Analisis Determinan Kementerian Kesehatan; 2016.
3. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan PIS-PK. Vol. 1, Kemenkes RI. Jakarta; 2017.
4. Hasanbasri M. Pendekatan Sistem Dalam Perencanaan Program Daerah. Vol. 10, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2007. p. 56–53.
5. Puslat SDM Badan PPSDMK Kemenkes RI. Modul Pelatihan Keluarga Sehat. Jakarta; 2017.

6. Maharani R, Budianto A. Pengaruh Beban Kerja Terhadap Stres Kerja dan Kinerja Perawat Rawat Inap Dalam. *J Manag Rev.* 2019;3(2).
7. Dinkes dan KB UPTD Puskesmas Tawangrejo. Surat Keputusan Tentang Pembentukan Tim Teknis Pelaksanaan PIS-PK Tingkat Puskesmas. In Kota Madiun; 2017.
8. Dinkes dan KB Kota Madiun. Keluarga Sehat Profil Keluarga Sehat. In Kota Madiun; 2017.
9. WHO. Monitoring tobacco use and prevention policies, World Health Organization. 2017. 263 p.
10. Handayani L, Ma'ruf N. Peran Tenaga Kesehatan Sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan Puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan.* 2012;13(1 Jan).
11. James Buchan, Jane Ball FO. Skill Mix in The Health Workforce. WHO; 2000.
12. Natasia N, Loekqijana A, Kurniawati J. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri. *J Kedokt Brawijaya.* 2014;28(1):21–5.
13. Kemenkes RI. Data Dasar Puskesmas. *J Chem Inf Model.* 2013;53(9):1689–99.