

## Analisis Implementasi Kebijakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang

*Analysis of Policy Implementation of The Healthy Indonesia Program With a Family Approach at Pasir Panjang Health Center, Kupang City*

Eka Muftiana R.<sup>1</sup>, Serlie K. A. Littik<sup>2</sup>, Serlie K. A. Littik<sup>2</sup>, Christina R. Nayoan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Jurusan Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana Kupang,

Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang 85001, Indonesia

<sup>2</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana Kupang, Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang 85001, Indonesia

<sup>3</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana Kupang, Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang 85001, Indonesia  
Email: eka.muftiana@gmail.com

Tanggal submit: 23 Mei 2023; Tanggal penerimaan: 30 Juni 2023

### ABSTRAK

*Latar Belakang: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) merupakan program yang menitikberatkan peran keluarga untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan berbasis keluarga. Capaian IKS Puskesmas yang masih rendah dan tidak mengalami perubahan sejak proses pendataan mendorong penulis untuk melihat lebih dalam proses implementasi PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang.*

*Tujuan: Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana implementasi PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang dari segi komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.*

*Metode: Penelitian ini dilakukan dengan metode pendekatan kualitatif deskriptif. Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan cara wawancara kepada informan kunci, dan dilakukan analisis data melalui tahapan reduksi, pemusatan data, verifikasi dan analisis naratif untuk tentang model implementasi meliputi variabel komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.*

*Hasil: Implementasi PIS-PK masih belum maksimal dari variabel komunikasi kepada pelaksana kebijakan, sumber daya manusia dan anggaran, disposisi dan struktur birokrasi baik pimpinan puskesmas, lintas sektor, dan Dinas Kesehatan Kota Kupang*

*Saran: perlu adanya koordinasi antara pelaksana, dinas kesehatan, lintas sektor dan sasaran tentang tujuan pelaksanaan PIS-PK sehingga dapat saling memberikan motivasi dan saling sinergi dalam perbaikan pelaksanaan implementasi sebelumnya untuk capaian indeks keluarga sehat sesuai target keluarga kategori sehat.*

**Kata kunci:** PIS-PK; Implementasi Kebijakan

### ABSTRACT

*Background: The Healthy Indonesia Program with a Family Approach is a program that emphasizes the role of the family to optimize family-based health services. The achievements of the IKS Puskesmas which are still low and have not changed since the data collection process prompted the author to take a deeper look at the PIS-PK implementation process at the Pasir Panjang Health Center.*

*Purpose: This research was conducted to find out how the implementation of PIS-PK at the Pasir Panjang Health Center was in terms of communication, my sources, disposition and bureaucratic structure.*

*Methods: This research was conducted using a descriptive qualitative approach. Qualitative data collection was carried out by interviewing key informants, and data analysis was carried out through the stages of reduction, data centralization, verification and narrative analysis for the implementation model including communication, resources, disposition and structure variables bureaucracy.*

*Results: The implementation of PIS-PK is still not optimal from the variables of communication to policy executors, human resources and budget, disposition and bureaucratic structure of both the leadership of the puskesmas and the city health office*

*Suggestion: there needs to be coordination between executors, health offices, cross-sectors and targets regarding the objectives of implementing PIS-PK so that they can provide mutual motivation and synergy in improving the implementation of previous implementations to achieve the healthy family index according to the healthy family category target*

**Keywords:** PIS-PK; Policy Implementation

### PENDAHULUAN

Kebijakan kesehatan memiliki kaitan yang erat dengan sebuah sistem nasional termasuk kebijakan penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan

Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Secara nasional pelaksanaan PIS-PK mendukung arah kebijakan dan strategi bidang kesehatan yang tertuang dalam RPJMN 2020-2024 yaitu meningkatkan pelayanan

kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif. Penguatan tersebut dilakukan dengan dukungan inovasi dan teknologi yang difokuskan untuk mengoptimalkan penguatan pelayanan kesehatan dasar melalui pendekatan keluarga. Hal tersebut diwujudkan melalui penetapan indikator RPJMN 2020-2024 yaitu jumlah kabupaten/ kota yang melaksanakan PIS-PK yang memiliki cakupan 100% intervensi keluarga(1).

Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 39 tahun 2016 yang didalamnya menetapkan 12 (dua belas) indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga. PIS-PK terdiri atas 4 (empat) area prioritas yang meliputi penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*); penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular. Dalam penyelenggaraan PIS-PK maka diperlukan tahapan sebagai berikut yaitu Pelatihan, Persiapan (sosialisasi program, pengorganisasian dan pendanaan), Kunjungan keluarga dan intervensi awal, Analisis IKS awal, Intervensi lanjut serta Analisis perubahan IKS(2). Sampai dengan saat ini PIS-PK masih terus dilakukan oleh Puskesmas di Indonesia dengan menitikberatkan pada pelaksanaan intervensi lanjut kepada individu maupun keluarga.

Berdasarkan beberapa penelitian terdahulu, pelaksanaan PIS-PK di wilayah Indonesia memiliki beberapa hambatan di lapangan. Hasil penelitian menunjukkan belum tersedianya roadmap (peta jalan), pengorganisasian tim yang belum jelas dan belum sesuai dengan pedoman, keterbatasan dana, sarana dan prasarana yang belum memadai, jumlah SDM yang belum memadai, kesulitan menemui pihak keluarga, kurangnya sosialisasi, monitoring dan evaluasi yang belum berjalan baik, dan keterlambatan pelaporan menjadi hambatan puskesmas dalam melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).(3) penelitian lain juga menunjukkan bahwa hambatan puskesmas dalam PIS-PK disebabkan oleh tidak tersedianya *roadmap*, pengorganisasian tim yang belum jelas dan belum sesuai dengan pedoman, keterbatasan dana, sarana dan prasarana yang belum memadai, jumlah SDM yang belum memadai, kesulitan menemui pihak keluarga, kurangnya sosialisasi, monitoring dan evaluasi yang belum berjalan baik, dan keterlambatan pelaporan menjadi (PIS-PK). (4)

Berdasarkan evaluasi nasional pelaksanaan PIS PK oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia jumlah capaian kunjungan PIS-PK bahwa dari total 9112 Puskesmas di Indonesia hanya 221 puskesmas yang capaian kunjungan keluarga mencapai *total coverage*. Secara nasional capaian kunjungan di akhir tahun 2021 baru mencapai 78,80 %. Angka capaian kunjungan keluarga di provinsi Nusa Tenggara Timur pada akhir 2021 berada di bawah dari rata-rata nasional yaitu 62%. Capaian Indeks Keluarga Sehat Nasional tahun 2021 mencapai 0,18 dan 0,22 tahun 2022 yang merupakan kategori keluarga tidak sehat. Provinsi NTT berdasarkan dashboard aplikasi keluarga sehat mencapai nilai IKS 0,11 tahun 2021 dan 0,14 pada tahun 2022. Kota Kupang sebagai ibukota provinsi juga melaksanakan PIS-PK sejak tahun 2017. Pendataan telah dilakukan kepada 882.961 KK dari total 916.380 KK di Nusa Tenggara Timur. Sedangkan di Kota Kupang tercatat bahwa pada tahun akhir tahun 2022 total kunjungan pendataan PIS-PK di Kota Kupang adalah 59.416 KK dari 60.894 total KK dengan nilai IKS Wilayah 0,26. Untuk intervensi lanjut belum dilakukan secara baik oleh 11 puskesmas di Kota Kupang terlihat dari update data yang dilakukan oleh 8 puskesmas sedangkan update data masih belum dilakukan oleh 3 puskesmas yaitu Puskesmas Pasir Panjang, Oesapa, dan Bakunase sejak tahun 2018.

Puskesmas Pasir Panjang sejak 2017 telah melaksanakan PIS-PK dengan nilai IKS Puskesmas 0,33 dengan kategori keluarga tidak sehat. Berdasarkan laporan pelaksanaan PIS-PK Puskesmas Pasir Panjang hasil pendataan yang dilakukan di lima kelurahan dalam wilayah kerja hanya 2 kelurahan yang mencapai *total coverage* atau KK dalam wilayah telah terdata secara lengkap. Sedangkan 3 kelurahan lain masih belum lengkap. Pelaksanaan intervensi lanjut sebagai tahapan lanjutan dari pendataan dilaporkan dilakukan kepada 570 KK dari 3863 KK atau sebesar 14,7%. Sejak tahun 2018 sampai 2022 nilai IKS pada puskesmas Pasir Panjang tidak menunjukkan adanya perubahan. Data tersebut menunjukkan bahwa Pelaksanaan PIS-PK setelah tahun 2018 sampai dengan 2022 tidak dilaksanakan secara maksimal. Kondisi ini mendorong penulis untuk mengetahui bagaimana implementasi penyelenggaraan PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan metode pendekatan kualitatif deskriptif. Pemilihan sampel

atau informan dipilih dengan teknik *purposive sampling* yang merupakan tenaga kesehatan di Puskesmas Pasir Panjang yaitu kepala puskesmas, tim yang telah dilatih PIS-PK, Penanggung Jawab Upaya Kesehatan Masyarakat, Penanggung jawab Upaya Kesehatan Perorangan, penanggung jawab program Puskesmas yang termasuk indikator PIS-PK (Tuberculosis, jiwa, KIA, imunisasi, KB, Promkes, Penyakit tidak menular dan Ketua Tim Perencana Puskesmas). Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan cara wawancara kepada informan menggunakan pedoman wawancara yang dibuat. Teknik analisis data yang digunakan peneliti yaitu pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Peneliti harus mengkategorikan data sesuai dengan kebutuhan untuk dapat menjawab model implementasi berdasarkan George Edward III meliputi variabel komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi terkait penyelenggaraan PIS-PK dengan melakukan analisis naratif .

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Wawancara dilakukan kepada informan kunci yang merupakan pegawai di Puskesmas Pasir Panjang sebanyak 16 orang. Informan adalah pegawai merupakan unsur pegawai yang berhubungan dengan penyelenggaraan PIS-PK yaitu Kepala Puskesmas, Tim terlatih PIS-PK sebanyak 5 orang, ketua tim perencana, penanggung jawab Upaya kesehatan masyarakat 1 orang, penanggung jawab Upaya kesehatan perorangan 1 orang dan koordinator program yang termasuk dalam indikator PIS-PK 7 orang. Gambaran karakteristik informan sesuai dengan table 1.

Tabel 1. Karakteristik informan

kategori	Jumlah	Persentase (%)
<b>Jenis kelamin</b>		
perempuan	15	93.75
Laki-laki	1	6.25
<b>Usia</b>		
30-40 tahun	10	62.5
>40 tahun	6	37.5
<b>Jabatan</b>		
Kepala Puskesmas	1	6.25
Tim PIS-PK	5	31.25
Koordinator Upaya	3	18.75
Koordinator Program	7	43.75
<b>Lama bekerja</b>		
5-10 tahun	3	18.75
10-15 tahun	10	62.5
Lebih dari 15 tahun	3	18.75

Berdasarkan hasil wawancara terkait variabel komunikasi terkait pelaksanaan sosialisasi kebijakan menurut informan “..sosialisasi pernah dilakukan dari pihak Dinas Kesehatan Kota Kupang kepada seluruh kepala Puskesmas terkait penyelenggaraan PIS-PK. Namun sosialisasi kepada seluruh pegawai puskesmas yang terlibat dalam pelaksanaan PIS-PK baru dilaksanakan 1 kali saat program ini akan dilaksanakan tahun 2017..” menurut salah satu tim yang pernah dilatih PIS-PK “..pernah dilakukan sosialisasi terkait perbaruan informasi yaitu analisis data namun kepada satu orang perwakilan puskesmas tapi tidak ditindaklanjuti lagi..”. Menurut informan tidak pernah dilakukan sosialisasi khusus terkait pelaksanaan PIS-PK oleh pihak Puskesmas kepada kelompok warga sebagai sasaran pelaksanaan PIS-PK dan hanya sebagian kecil masyarakat yang mengetahui terkait program PIS-PK dari media televisi ketika petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk pendataan sehingga masih ditemukan penolakan warga.

Dari variabel sumber daya dilakukan wawancara mendalam terkait sumber daya manusia, sumber daya anggaran, sumber daya peralatan dan sumber daya informasi. Untuk sumber daya manusia berdasarkan hasil wawancara dengan tim PIS-PK Puskesmas Pasir Panjang, informan menjawab “..Telah dilakukan peningkatan kapasitas berupa pelatihan terkait pelaksanaan PIS-PK sampai dengan proses penginputan pada aplikasi 1 kali pada tahun 2017 kepada 5 orang tenaga kesehatan yang mewakili profesi dokter, perawat, bidan, tenaga promkes dan nutrisisionis..”. Anggota tim lain menyampaikan “...kami kesulitan dalam melakukan analisis data karena sosialisasi terkait analisis data hanya disampaikan oleh pihak dinas kesehatan kepada perwakilan tim puskesmas dan tidak diteruskan kepada seluruh pelaksana kegiatan PIS-PK..” Menurut pengelola program bahwa adanya tugas-tugas tambahan yang lebih dari satu dan sistem penginputan harus melalui aplikasi membuat beban pekerjaan yang menjadi bertambah. Salah satu informan menyampaikan “..Kami memang kesulitan jika harus input lagi di aplikasi PIS-PK karena Kami juga harus melakukan penginputan di aplikasi program tersendiri..”.

Terkait variabel anggaran dari hasil wawancara dengan informan disampaikan “..Penganggaran untuk PIS-PK tersedia pada Tahun 2017 untuk proses pendataan, sedangkan proses intervensi lanjut tersedia anggaran dari Bantuan Operasional Kesehatan non fisik dengan proporsi 3,29 persen

dari total pagu anggaran BOK Puskesmas Pasir Panjang pada tahun 2022..” Menurut tim PIS-PK anggaran ini hanya dapat mengakomodir intervensi 570 KK yang ada di wilayah puskesmas Pasir Panjang dan tahun 2023 tidak tersedia anggaran khusus untuk akselerasi pendataan maupun intervensi PIS-PK. Untuk sumber daya peralatan berdasarkan hasil wawancara tersedia sarana seperti kendaraan dinas, komputer dan laptop untuk proses penginputan data di aplikasi. Untuk ketersediaan komputer untuk melakukan penginputan menurut informan “..komputer di puskesmas tersedia dan wifi juga 24 jam jadi kita bisa input , tapi kalau data yang diinput tidak ada dan tidak lengkap maka kami tidak bisa menginput..”. Dalam proses penginputan petugas seringkali terkendala dengan tidak terkoneksi data nomor induk kependudukan di aplikasi PIS-PK dan dukcapil sehingga harus dilakukan entri identitas secara manual.

Berdasarkan wawancara sebanyak 5 informan menyampaikan keberatan untuk melakukan proses tahapan PIS-PK saat ini karena tidak ada pendanaan khusus, tidak mendapatkan output yang jelas dari pelaksanaan PIS-PK terutama yang berhubungan dengan capaian program, dan merasa adanya tumpang tindih data antara data pada aplikasi PIS-PK dan data pada aplikasi khusus program. Menurut salah satu informan “..Kita tidak keberatan untuk turun lapangan namun untuk menginput di aplikasi kami belum pernah disosialisasikan caranya..” Sebagian besar informan menyampaikan bersedia melaksanakan sebagai bentuk dari integrasi tugas, namun keberatan jika harus menginput hasil intervensi di aplikasi karena bukan tugas mereka dan tidak mendapat pelatihan.

Sedangkan wawancara dengan informan terkait variabel struktur birokrasi disampaikan, “Sejak 2017 tidak ada SK khusus penunjukkan tim, jadi yang ikut pelatihan otomatis sebagai tim”. Informan lain menyampaikan, “tidak ada uraian tugas serta SOP yang mengatur bagaimana pelaksanaan tahapan PIS-PK dilakukan oleh puskesmas dan alur koordinasi antar program dengan tim PIS-PK”. Target Indeks Keluarga Sehat wilayah kota Kupang tertuang dalam renstra dinas kesehatan Kota Kupang, namun tidak diikuti oleh monitoring evaluasi yang optimal oleh Dinas Kesehatan Kota Kupang terkait capaian target IKS Puskesmas. Menurut informan, “Evaluasi baru mulai dilaksanakan pada bulan September 2022 dan hanya terbatas paparan pencapaian IKS Puskesmas di Kota Kupang dan

saran secara umum yang dapat dilakukan oleh puskesmas di Kota Kupang untuk melakukan intervensi lanjut maupun update data”. Informan lain menyampaikan, “Selama ini tidak pernah dilakukan sosialisasi kepada perangkat kelurahan terkait PIS-PK, baik proses pendataan maupun intervensi, hanya pencapaian IKS saat lokakarya mini lintas sektor namun tidak ditanggapi secara serius”. Puskesmas sampai saat ini tidak pernah melakukan pendekatan atau sosialisasi khusus kepada pemangku wilayah kerja yaitu camat dan lurah terkait penyelenggaraan PIS-PK.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa proses pelaksanaan tahapan penyelenggaraan PIS-PK telah dilakukan oleh Puskesmas Pasir Panjang yaitu dimulai dari tahap pelatihan, persiapan, kunjungan keluarga dan intervensi awal, analisis IKS awal, dan intervensi lanjut. Kondisi ini sesuai dengan pedoman pelaksanaan PIS-PK namun belum dilaksanakan secara maksimal karena belum semua kelurahan dilakukan pendataan secara *total coverage*, intervensi lanjut hanya dilakukan kepada Sebagian kecil KK yang harus diintervensi yaitu 14,7 % sehingga belum dilakukan analisis perubahan IKS karena angka IKS puskesmas tidak berubah selama 5 tahun setelah proses pendataan.

Komunikasi terkait sosialisasi tentang kebijakan PIS-PK sejak tahun 2017 sampai dengan 2022 hanya dilakukan 1 kali sosialisasi terkait penyelenggaraan dari Dinas Kesehatan Kota Kupang dan telah dilanjutkan kepada staf puskesmas di awal pelaksanaan program tahun 2017. Namun adanya pergeseran ketenagaan di puskesmas setelah pelaksanaan awal PIS-PK maka dalam perjalanannya ada tenaga kesehatan yang belum mendapatkan sosialisasi terkait kegiatan PIS-PK. Kondisi ini tentunya akan menghambat jalannya penyelenggaraan Program karena ada tenaga kesehatan yang tidak memahami penyelenggaraan PIS-PK dan tenaga kesehatan yang pernah mendapat sosialisasi tidak pernah mendapat informasi tambahan lainnya terkait PIS-PK dalam jangka waktu yang lama, bahkan tidak pernah ada sosialisasi langsung kepada masyarakat sebagai sasaran kebijakan program PIS-PK sehingga mungkin saja pemahaman menjadi menurun sehingga menghambat pelaksanaan di lapangan. Jika dilihat dari teori model implementasi George C. Edwar III dalam implementasi kebijakan komunikasi Sangat mempengaruhi keberhasilan pencapaian tujuan dan implementasi kebijakan publik. Komunikasi harus

dilakukan meliputi 3 dimensi, yaitu *transmission* (kepada para pelaksana, kelompok sasaran, dan pihak lain yang berhubungan dengan kebijakan); kejelasan (*clarity*-maksud, tujuan, dan sasaran serta substansi); dan *consistency* (sehingga tidak menimbulkan kebingungan bagi para pelaksana di lapangan)(5). Fakta yang ada bahwa proses komunikasi dari 3 dimensi ini tidak terlaksana secara maksimal sehingga menyebabkan munculnya hambatan pelaksanaan PIS-PK di lapangan dan hasil yang tidak sesuai harapan kebijakan. Setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (*target group*).(6) Belum ada kesamaan persepsi terkait definisi operasional dalam pelaksanaan PIS-PK dapat 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.(7) Oleh karena itu, perlu dilakukan tindak lanjut oleh pihak puskesmas untuk memperkuat komunikasi dengan melakukan sosialisasi tentang kebijakan PIS-PK kepada pelaksana kegiatan serta sasaran yaitu petugas puskesmas, masyarakat, dan pihak kelurahan selaku pemilik wilayah.

Terkait dengan variabel sumber daya dalam pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang maka dari hasil hambatan ditemukan dari sisi sumber daya manusia, anggaran dan informasi. Sedangkan untuk sumber daya peralatan dan informasi tidak ditemukan hambatan yang berarti. Tidak adanya kegiatan peningkatan kapasitas setelah pelatihan awal, tenaga kesehatan yang melakukan pelaporan yang tumpang tindih dan penginputan aplikasi yang hanya dapat dilakukan oleh tim PIS-PK serta minimnya anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan Intervensi merupakan hambatan penyelenggaraan PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang. Masalah penganggaran juga ditemui pada penelitian di Kota Depok yang menunjukkan ketidaksiapan dalam melaksanakan PIS PK ditinjau dari sisi anggaran yaitu tergantung pada ketersediaan pembiayaan yang berasal dari pencairan anggaran DAK Non Fisik. Hal ini disebabkan karena terdapat jeda waktu antara proses pengusulan dan realisasi pencairan anggaran sementara SDM terbatas.(8) Menurut Ramadhani (2017) kebijakan publik perlu dilakukan secara jelas, cermat dan konsisten, namun jika pelaksana tidak mendapat dukungan sumber daya yang diperlukan, maka pelaksanaan kebijakan

cenderung dilaksanakan secara tidak efektif(5). Berdasarkan teori pendekatan implementasi "top-down" bahwa suatu proses implementasi terstruktur untuk meningkatkan kepatuhan oleh para pelaku adalah dengan insentif dan sanksi yang tepat untuk mempengaruhi tingkat bawah dengan cara yang sesuai dengan yang dipersyaratkan.(9) Oleh karena itu kondisi sumber daya manusia terlatih yang terbatas serta anggaran yang minimal dibandingkan dengan kebutuhan tentunya jelas menjadi hambatan dalam implementasi PIS-PK. Kondisi ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aspawati (2022) terkait implementasi PIS-PK bahwa kurangnya sumber daya manusia seperti kurangnya tenaga/petugas, rotasi petugas serta kurangnya sarana prasarana dari segi pendanaan mempengaruhi implementasi PIS-PK di Dinas Kesehatan(10). 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. (7) Penelitian yang dilakukan oleh Mujiati, dkk (2020) menunjukkan hasil bahwa manajemen puskesmas lebih siap melaksanakan PIS PK pada Puskesmas yang sudah melaksanakan pelatihan PIS-PK dibanding dengan Puskesmas yang belum melaksanakan pelatihan melaksanakan pelatihan PIS-PK.(11) Diharapkan selanjutnya pihak puskesmas perlu mengoptimalkan petugas yang ada agar dapat saling berkoordinasi ketika melakukan program lapangan yang dibiayai agar terintegrasi dengan program PIS-PK dan membuat alur yang jelas terkait koordinasi antar program terkait pencatatan pelaksanaan pendataan dan intervensi PIS-PK.

Variabel disposisi adalah sikap atau komitmen para pelaksana kebijakan untuk melaksanakan kebijakan secara sungguh-sungguh sehingga tujuan kebijakan dapat dicapai. Intensitas disposisi implementor dapat mempengaruhi pelaksana kebijakan. Dari hasil penelitian ini dikemukakan bahwa ada Sebagian informan yang merasa keberatan dalam melaksanakan kegiatan PIS-PK dengan alasan tidak ada pendanaan khusus, tidak

mendapatkan output yang jelas dari pelaksanaan PIS-PK terutama yang berhubungan dengan capaian program, dan merasa adanya tumpang tindih data antara data pada aplikasi PIS-PK dan data pada aplikasi khusus program. Terbatasnya intensitas disposisi dapat mengakibatkan gagal implementasi kebijakan. Pendekatan top-down untuk memahami implementasi kebijakan berkaitan erat dengan model rasional dari seluruh proses kebijakan, yang melihatnya sebagai suatu urutan kegiatan yang linier di mana ada suatu pembagian yang jelas antara formulasi kebijakan dan eksekusi kebijakan. Salah satu kondisi yang harus dikembangkan untuk dapat melakukan implementasi kebijakan yang efektif adalah pegawai yang mengimplementasikan kebijakan harus berkomitmen dan terampil.(12) Sehingga jelas ketika komitmen ini tidak dimiliki oleh pelaksanaan kebijakan di Puskesmas Pasir Panjang maka akan mempengaruhi pelaksanaan PIS-PK.

Jika pelaksana kebijakan memiliki disposisi yang baik, maka dia diduga kuat akan menjalankan kebijakan dengan baik, sebaliknya apabila pelaksana kebijakan memiliki sikap atau cara pandang yang berbeda dengan maksud dan arah dari kebijakan, maka dimungkinkan proses pelaksanaan kebijakan tersebut tidak akan efektif dan efisien. Disposisi atau sikap para pelaksana akan menimbulkan dukungan atau hambatan terhadap pelaksanaan kebijakan tergantung dari kesesuaian kompetensi dan sikap dari pelaksana. Pemilihan dan penetapan personalia pelaksana kebijakan dipersyaratkan individu-individu yang memiliki kompetensi dan dedikasi yang tepat pada kebijakan yang telah ditetapkan(13) . Untuk mengoptimalkan pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas pasir Panjang perlu dibuat kejelasan tugas dan fungsi dari petugas serta alur koordinasi antar program dalam bentuk surat penunjukkan dan standar operasional prosedur.

Berdasarkan hasil terkait struktur birokrasi maka didapatkan masih terdapat hambatan dari sisi birokrasi karena belum ada SK penunjukkan tim beserta uraian tugas yang jelas, standar operasional prosedur yang mengatur pelaksanaan PIS-PK, peran dinas kesehatan kota dalam monitoring dan evaluasi yang tidak maksimal serta lintas sektor pemangku wilayah tidak terlibat dalam pelaksanaan PIS-PK. Sesuai pedoman umum penyelenggaraan PIS-PK bahwa peran dinas kesehatan kota dalam penyelenggaraan PIS-PK dititikberatkan pada pengembangan sumber daya, koordinasi dan

bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian. (14) Sehingga jika kegiatan monitoring evaluasi oleh Dinas Kesehatan tidak dilakukan secara maksimal kepada puskesmas sebagai pelaksana kebijakan maka akan mempengaruhi implementasi terutama dalam memberikan motivasi, dorongan dan masukan terkait hambatan pada pelaksanaan kebijakan yang telah dijalankan.(15) Sehingga tidak akan ada proses perbaikan dari sisi pelaksana yang mengakibatkan status IKS pada puskesmas tidak berubah menjadi lebih baik dalam kurun waktu yang cukup lama. Kondisi ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Yunika, dkk (2020) bahwa terdapat hubungan Pengetahuan, Sikap, Komunikasi dan Struktur Birokrasi dengan Implementasi Kebijakan PIS-PK(16) Tidak tersedianya SK penunjukkan tim, Uraian tugas dan SOP di Puskesmas Pasir Panjang menunjukkan bahwa fungsi struktur birokrasi belum berjalan dengan baik. Sebuah tujuan kebijakan saat dieksekusi harus diartikan secara jelas dan dipahami secara luas yang diikuti dengan politik yang sesuai, administratif, ketersediaan teknis dan keuangan, serta adanya rantai komando yang dibentuk dari pusat hingga ke tingkat pelaksana dengan suatu sistem komunikasi dan kontrol untuk menjaga keseluruhan rangkaian sistem. Kegagalan disebabkan oleh pengadopsian strategi yang salah dan menggunakan mekanisme salah. (9) oleh karena itu perlu dibuat ketika SK, Uraian tugas dan SOP di tingkat pelaksana agar tidak ada garis komando yang terputus dan mengakibatkan tidak jelasnya wewenang dan garis koordinasi pelaksana kegiatan sehingga sumber-sumber daya tidak termotivasi sehingga menghambat jalannya kebijakan PIS-PK.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Pasir Panjang untuk melihat implementasi penyelenggaraan PIS-PK didapatkan hasil bahwa Puskesmas pasir Panjang masih belum dijalankan secara maksimal dari variabel komunikasi, sumber daya manusia dan anggaran, disposisi maupun struktur birokrasi. Namun untuk sumber daya peralatan dan informasi sudah terpenuhi secara baik. Oleh karena itu diperlukan perbaikan terutama dari pihak puskesmas baik dari level pimpinan dalam peran manajemen, tenaga kesehatan sebagai pelaksana langsung kebijakan PIS-PK dan Dinas Kesehatan sebagai fungsi kontrol melalui monitoring evaluasi.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada pihak Dinas Kesehatan Kota Kupang dan tim Puskesmas Pasir Panjang yang sudah bersedia membantu memberikan informasi demi kelancaran penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2025. Indonesia. 2022.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Indonesia. 2016.
3. Nia IM. Hambatan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas: Literature Review. Promotif : Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2022 Jun 12;1
4. Suratni M, et al. Pengetahuan Masyarakat dan Pelaksanaan Wawancara Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Beberapa Puskesmas di Indonesia. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan. 2019 Sep 26;1–8.
5. Ramdhani A, et al. Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik. Jurnal Publik. 2017 11;01. Available from: [www.jurnal.uniga.ac.id](http://www.jurnal.uniga.ac.id)
6. R. A. Dachi. Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual). Deepublish. Yogyakarta. 2017. [Online] Available: <https://books.google.co.id/books?id=NINBDwAAQBAJ>
7. Rusdianah E, Et Al. Evaluasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk): Studi Kasus Di Tingkat Puskesmas. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : Jkki. 2019 Des 08;04
8. sumber daya anggaran .
9. Buse, Kent, et al. Making Health Policy. Britania Raya, McGraw-Hill Education. 2012.
10. N. Aspawati et al. Studi Kualitatif: Implementasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Dinas Kesehatan. Jurnal 'Aisyiah Medika. 2022 Feb. [Online]. Available: <https://doi.org/10.36729>
11. M. Mujiati, et al. Kesiapan Manajemen Puskesmas Dalam Menjalankan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Di Indonesia", Jurnal Ekologi Kesehatan. 2020 September 19;2. doi: 10.22435/jek.v19i2.2931.
12. Syahrudin, Implementasi Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Studi Kasus. Nusamedia, 2019. [Online]. Available: <https://books.google.co.id/books?id=agNUEAAAQBAJ>
13. Mansur Jumria. Implementasi Konsep Pelaksanaan Kebijakan dalam Publik. Jurnal Ekonomi Islam. 2021 Desember.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku\_Monitoring\_dan\_Evaluasi\_PIS\_PK. Indonesia. 2017
15. Susilawati MD et al. Peran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Lima Provinsi, Indonesia. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan. 2020 May 7;13–22.
16. R. Yunika Andalia, et al. Analisis Faktor Implementasi Program PIS-PK Di Puskesmas Gading Padang Lawas Tahun 2020. Jurnal Inovasi Kesehatan Masyarakat.. 2020 Oktober