

EVALUASI KESIAPAN PELAKSANAAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA

Evaluation of Readiness in Implementation of Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga

Eva Laelasari¹, Athena Anwar¹, Rachmalina Soerachman¹

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan
Email: eva.laela77@gmail.com

Diterima: 6 Nopember 2017; Direvisi: 6 Nopember 2017; Disetujui: 7 Nopember 2017

ABSTRACT

Data of Riskesdas 2016 shows increasing in some diseases (underweight, stunting, hypertension, TB, AIDS, etc.) compared to 2007 and 2013 datas. To solve the problems, the government has strengthening the basic health effort by conducting Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). This evaluation study aimed to assess the readiness in PIS-PK implementation in several regions which have been collected more than 50% of data (OKI and Jeneponto), less than 50% (Muara Enim, Gowa, Serang) and 0% (Lebak). The method of evaluation was qualitative through in-depth interview with the heads of district health office and the program managers and also focus group discussion with the heads and data collectors at puskesmas. The result indicates that all regions, either have or have not conducted data collection, have made planning on human resources, budgeting, and facilities. Some regions have conducted data collection despite of the limited resources. Budgeting issue is one of the problem in Lebak causing of the delay on data collection. Cross-sector support is quite good in regions, either have been conducted more than and less than 50% of data collection. Cross-sector support is not maximum in regions that have not conducted data collection. It can be concluded that despite of encountering some constraints, PIS-PK implementation is keep running. Cross-sector involvement is crucial in mobilizing the apparatus to facilitate the PIS-PK data collection.

Keywords: Evaluation, readiness, PIS-PK

ABSTRAK

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2013 menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan prevalensi beberapa penyakit (*underweight*, *stunting*, hipertensi, TB, AIDS, dll). Dalam rangka mengatasi hal tersebut, pemerintah melakukan penguatan upaya kesehatan dasar yang salah satunya dilakukan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Penelitian ini merupakan studi evaluatif yang bertujuan untuk menilai kesiapan provinsi dalam melaksanakan PIS-PK tahun 2016 di beberapa kabupaten yang telah melakukan pendataan lebih dari 50% (OKI dan Jeneponto), kurang dari 50% (Muara Enim, Gowa, Serang), dan belum melakukan pendataan (Lebak). Metode evaluasi dilakukan secara kualitatif melalui wawancara mendalam terhadap kepala dinas dan penanggung jawab PIS-PK dinas kesehatan kabupaten/kota, dan diskusi kelompok dengan kepala dan penanggung jawab PIS-PK di puskesmas. Hasil studi menunjukkan bahwa di seluruh lokasi yang telah maupun belum melakukan pendataan, telah mempunyai perencanaan SDM, anggaran, sarana dan prasarana. Beberapa lokasi telah melakukan pendataan meskipun dengan keterbatasan sumber daya. Salah satu penyebab belum dilakukannya pendataan di kabupaten Lebak, karena adanya kendala anggaran. Dukungan lintas sektor dalam pelaksanaan PIS-PK di kabupaten yang telah melakukan pendataan lebih dari 50% maupun kurang dari 50% cukup baik. Dukungan lintas sektor di kabupaten yang belum melakukan pendataan, belum maksimal. Dapat disimpulkan bahwa meskipun ditemui kendala, PIS-PK dapat tetap berjalan. Keterlibatan lintas sektor sangat penting dalam menggerakkan aparat pemerintahan untuk kelancaran kegiatan pendataan PIS-PK.

Kata kunci: Evaluasi, kesiapan, PIS-PK

PENDAHULUAN

Sampai saat ini kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia semakin kompleks. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 prevalensi beberapa penyakit dan faktor risikonya semakin meningkat. Masalah anak balita yang pendek (*stunting*), sampai saat ini masih belum terselesaikan. Walaupun data SDKI menunjukkan bahwa Angka Kematian Ibu pada periode tahun 1994 (390 per 100.000 kelahiran hidup) sampai dengan tahun 2007 (228 per 100.000 kelahiran hidup) mengalami penurunan, akan tetapi tahun mulai tahun 2012 meningkat kembali menjadi sebesar 359 dan pada tahun 2015 menurun kembali menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Untuk AKB dapat dikatakan terus menurun, pada 2012 menunjukkan angka 32/1.000 KH (SDKI 2012), dan pada tahun 2015 sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup (Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan, 2016). Untuk permasalahan gizi, Indonesia saat ini tidak hanya menghadapi masalah gizi kurang, tetapi juga masalah kelebihan gizi. Dalam hal *underweight* dan *stunting*, data Riskesdas menunjukkan terjadinya peningkatan penduduk yang mengalami *underweight* dari 18,4% (2007) menjadi 19,6% (2013) dan *stunting* dari 36,8% (2007) menjadi 37,2% (2013) (Badan Litbang Kesehatan, 2008; Badan Litbang Kesehatan, 2013). Dalam hal gizi lebih, menunjukkan bahwa prevalensi obesitas sentral (lingkar perut >90 cm untuk laki-laki dan >80 cm untuk perempuan) mengalami peningkatan dari tahun 2007 ke tahun 2013 (Badan Litbang Kesehatan, 2008; Badan Litbang Kesehatan, 2013). Dalam hal pengendalian penyakit, sektor kesehatan masih dihadapkan pada beban ganda, yaitu tingginya prevalensi penyakit menular seperti AIDS dan tuberkulosis, serta penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes, kanker, dan gangguan jiwa yang terus meningkat (Badan Litbang Kesehatan, 2013).

Meskipun pada beberapa indikator mengalami peningkatan status, namun belum berhasil mencapai target *Milenium Development Goals* (MDG's) tahun 2015. Diperlukan upaya pembangunan kesehatan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan Undang-Undang

Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pemerintah memfokuskan kebijakan pembangunan kesehatan tahun 2015-2019 pada penguatan upaya kesehatan dasar (*primary health care*) berkualitas yang salah satunya dilakukan melalui pendekatan keluarga yang dikenal dengan Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Dalam menjangkau keluarga, puskesmas tidak hanya mengandalkan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang ada sebagaimana selama ini dilaksanakan, melainkan juga langsung berkunjung ke keluarga. Sasaran dari PIS-PK adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. PIS-PK dilaksanakan dengan menegakkan 3 pilar utama; yaitu penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional- JKN.

Dalam PIS – PK telah ditetapkan dua belas indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga yang meliputi keluarga mengikuti program Keluarga Berencana, Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif, balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan, penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan, anggota keluarga tidak ada yang merokok, keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), keluarga mempunyai akses sarana air bersih, keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban. Keadaan masing-masing indikator, mencerminkan kondisi PHBS dari keluarga yang bersangkutan. Pemerintah Daerah dapat menetapkan indikator tambahan selain indikator utama sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah (Kementerian Kesehatan, 2016).

Tahapan PIS-PK dimulai dengan melakukan pendataan kesehatan keluarga oleh Pembina Keluarga (dapat dibantu oleh kader kesehatan), membuat dan mengelola pangkalan data puskesmas oleh tenaga

pengelola data puskesmas, menganalisis, merumuskan intervensi, masalah kesehatan, dan menyusun rencana puskesmas oleh pimpinan puskesmas, melaksanakan penyuluhan kesehatan melalui kunjungan rumah oleh pembina keluarga, sampai dengan melaksanakan pelayanan profesional (dalam gedung dan luar gedung), oleh tenaga teknis/profesional puskesmas, melaksanakan sistem informasi dan pelaporan puskesmas oleh tenaga pengelola data puskesmas. Kegiatan dalam tahapan tersebut harus diintegrasikan ke dalam langkah-langkah manajemen puskesmas yang mencakup P1 (perencanaan), P2 (penggerakan pelaksanaan), dan P3 (pengawasan pengendalian-penilaian) (Kementerian Kesehatan, 2016).

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan selama kurun waktu 2015 – 2019 guna mencapai Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dapat mengacu pada buku Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Petunjuk yang mengatur lebih lanjut pelaksanaan dari aspek teknis kementerian telah mengeluarkan buku petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga, sebagai acuan pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang dapat digunakan oleh puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, Dinas kesehatan provinsi, dan institusi lain yang terkait. di tingkat puskesmas dalam pelaksanaan PIS-PK. Dalam implementasinya, program ini perlu dievaluasi untuk kesesuaian dengan acuan yang telah ditetapkan, maka pada tahun anggaran 2016; Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan melakukan Studi Evaluasi Pelaksanaan PIS-PK di beberapa kabupaten/kota di Indonesia; dengan tujuan untuk mendapatkan informasi sejauh mana konsep pendekatan keluarga di tingkat kabupaten/kota dapat berjalan.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan disain studi kasus. Lokasi penelitian adalah meliputi dua kabupaten di tiga provinsi, yaitu Kabupaten Ogan

Komering Ilir (OKI) dan Muara Enim, Provinsi Sumatera Selatan; Kabupaten Jeneponto dan Kabupaten Gowa, Provinsi Sulawesi Selatan, Kabupaten Serang dan Kabupaten Lebak Provinsi Banten. Berdasarkan data dari Pusat Data Dan Informasi, Kementerian Kesehatan; Kabupaten Ogan Komering Ilir (OKI), Kabupaten Jeneponto telah melakukan pendataan lebih dari 50%. Kabupaten Muara Enim, Kabupaten Gowa, dan Kabupaten Serang, pelaksanaan pendataan baru dilakukan kurang dari atau sama dengan 50%. Kabupaten Lebak belum melakukan pendataan (Kementerian Kesehatan, 2017). Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap kepala atau sekretaris dinas kesehatan, serta penanggungjawab PIS-PK di kabupaten/kota. Selain wawancara mendalam, dilakukan juga kelompok diskusi terarah (*focus group discussion/FGD*) terhadap kepala puskesmas dan petugas puskesmas yang telah dilatih. Instrumen pengumpulan data berupa daftar pertanyaan untuk mengetahui kesiapan dinas kesehatan kabupaten/kota, wawancara mendalam dan FGD yang meliputi variabel tentang perencanaan dan pelaksanaan kegiatan sosialisasi, pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, sampai dengan intervensinya, sumber pendanaan, sumberdaya manusia/SDM, dan kendala dalam pelaksanaannya. Pengolahan dan analisis data dilakukan secara tematik berdasarkan kategori proporsi pendataan (wilayah yang telah menyelesaikan pendataan lebih dari 50%, kurang dari 50%, dan wilayah yang belum melakukan pendataan sama sekali).

HASIL

Hasil pengumpulan data kabupaten/kota dengan pendataan lebih dari 50%

Bagi kabupaten/kota yang telah melakukan pengumpulan data lebih dari 50% (Kabupaten Ogan Komering Ilir dan Jeneponto), informan yang merupakan penanggung jawab PIS-PK di kabupaten pada umumnya menyatakan siap melaksanakan program ini. Hal ini terbukti dari pengalokasian dana, walaupun program ini dilaksanakan pada pertengahan tahun

anggaran 2016; tetapi kepala dinas kesehatan mengambil kebijakan perubahan (revisi) pembiayaan, agar pelaksanaan pendataan segera terealisasi pada tahun 2016 juga. Para pengambil kebijakan memiliki komitmen dalam melaksanakan pendataan PIS-PK.

Sebagai contoh kesiapan Dinas Kesehatan Jeneponto berkaitan dengan pendataan ditunjukkan dengan dibentuknya Tim Pembina yang didukung oleh SK Kadinkes. Kesiapan juga diwujudkan dengan pemberdayaan SDM yang terlibat dalam program PIS-PK di lingkungan Dinas Kesehatan Jeneponto yaitu sebanyak 34 orang yang terbagi dalam 3 bidang (bidang pengembangan sumber daya, bidang koordinasi dan bimbingan, bidang pemantauan dan pengendalian). Kriteria SDM yang terlibat adalah pegawai yang sudah terpapar program PIS-PK, pernah mengikuti pelatihan, dan merupakan staf di program yang terkait langsung dengan program PIS-PK. Selain mempersiapkan SDM, kesiapan dinas kesehatan diwujudkan dengan penyediaan anggaran dan sarana prasarana. Pendanaan dialokasikan dari dana Biaya Operasional Kesehatan (BOK) dan APBD sebesar Rp. 40 – 60 juta dengan mekanisme pencairan yang mudah dan sudah tersalurkan semua ke puskesmas. Hal ini seperti yang dikatakan oleh salah seorang informan:

“...sumber nya dari BOK 40-60 juta untuk 10 PKM. Sebatas kegiatan sosialisasi dan evaluasi KS ada dana dari APBD sekitar 16 juta. Kebetulan ada di DIPA promkes. Akses terhadap dana mudah, Program KS ada di Juknis BOK bunyinya 40-60 juta dialokasikan untuk program KS (pengumpulan data dll). Mekanisme pencairan lancar. Sudah tersalurkan semua ke PKM untuk dana BOK.” (PJ KS Dinkes Jeneponto)

Hampir serupa dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jenponto, kesiapan Dinas Kesehatan Kabupaten OKI dalam implementasi program PIS-PK diwujudkan dengan membuat target pendataan untuk seluruh puskesmas selesai di akhir tahun 2016. Kesiapan implementasi PIS-PK tidak hanya di tingkat dinas kesehatan saja, namun juga di tingkat puskesmas yang ditunjukkan dengan pengadaan kuesioner maupun SDM

sebagai tenaga pengumpul data (staf puskesmas dan bidan desa).

Dalam hal dukungan lintas sektor, para informan menyatakan bahwa dalam implementasi PIS-PK; dukungan lintas sektor sangat penting; seperti perangkat desa penting dilibatkan terutama pada saat petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah (pendataan) di masyarakat. Sebagai contoh di Kabupaten OKI, kepala desa ikut melakukan sosialisasi kegiatan PIS-PK kepada aparat desa, dan memerintahkan aparatnya untuk membantu pelaksanaan pendataan. Demikian juga pada saat melakukan intervensi, terutama di wilayah dengan permasalahan terkait faktor risiko penyakit (bukan domain sektor kesehatan).

Pemahaman para petugas kesehatan yang terkait program ini di tingkat dinas kesehatan kabupaten/kota maupun puskesmas sudah cukup baik. Para penanggung jawab program di dinas kabupaten/kota maupun puskesmas telah memperoleh pelatihan terutama yang menjadi lokus telah terpapar informasi berbagai hal tentang PIS-PK, baik ketika mengikuti sosialisasi maupun pelatihan. Berikut pernyataan salah satu informan yang merupakan penanggungjawab PIS-PK di Kabupaten Ogan Komering Ilir tentang pemahaman terhadap program ini:

“....Secara keseluruhan sudah paham karena ada sosialisasi ke seluruh staf di puskesmas disampaikan oleh yang mengikuti pelatihan. Kita pernah minta bantuan dari dinkes kab untuk sosialisasi Keluarga Sehat...”(PJ KS Kab Ogan Komering Ilir)

Dukungan lintas sektor sangat penting dalam implementasi PIS-PK di daerah. Pendataan di semua wilayah puskesmas di Kabupaten OKI mendapat dukungan dari lintas sektor, terutama dari perangkat desa/kelurahan. Kepala desa ikut melakukan sosialisasi kegiatan PIS-PK kepada aparat desa, dan memerintahkan mereka untuk membantu pelaksanaan pendataan. Berikut adalah kutipan informasi yang diperoleh dari informan:

“Perangkat desa membantu ke lapangan untuk menunjukkan rumahnya warga. Kepala desa menyampaikan tentang

apa dan bagaimana KS ke aparat desa dan meminta mereka membantu memudahkan pendataan KS, juga mencarikan solusi untuk warga yang tidak mau didata....” (Staf Puskesmas, Kabupaten OKI)

Dalam rangka mendapatkan dukungan lintas sektor, Dinas Kesehatan Jeneponto telah melakukan sosialisasi mengenai PIS-PK dan memasukkan kedua belas indikator PIS-PK dalam Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan. Dukungan juga ditunjukkan oleh Camat yang memberikan fasilitas pengumpulan data serta membantu menyampaikan ke masyarakat mengenai kegiatan pendataan ini. Mengenai berbagai kesiapan ini dikatakan oleh salah seorang informan:

“....sekarang kami sedang menyusun renstra, kami akan memasukkan 12 indikator KS kedalam indikator renstra. Dari pak camat sangat mendukung, dalam bentuk memfasilitasi pengumpulan data dengan menyampaikan ke masyarakat”(Staf Dinkes Jeneponto)

Hampir sama dengan Kabupaten OKI, sebagai wilayah dengan strata lebih dari 50% yang telah melakukan pendataan PIS-PK, para pengambil kebijakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto telah memahami konsep PIS-PK. Baiknya pemahaman para pengambil kebijakan tentang PIS-PK, ditunjukkan dengan pendapat informan tentang intervensi yang harus dilakukan sesudah pendataan. Menurut informan, dari hasil pendataan dapat ditemukan masalah kesehatan di wilayah, sehingga dapat dilakukan intervensi dengan model intervensi yang sesuai dengan hasil pendataan di wilayah. Hal ini seperti yang dikatakan oleh salah seorang informan:

“...dari hasil KS ini ditemukan masalah kesehatan malah lebih bagus lagi, baru dilakukan intervensi dan dibuat model intervensi seperti dari hasil data, kita mungkin ada semacam ada MMD (Musyawarah Masyarakat Desa), dari situ kita lihat apa dia punya permasalahan, linsek apa yang bisa kita libatkan akan kita libatkan, kita bahas bersama kira2 apa jalan keluarnya tergantung kesepakatan...” (Seksi Promkes, Jeneponto)

Pemahaman tentang PIS-PK tidak hanya ditunjukkan oleh petugas di kabupaten saja, namun demikian ditunjukkan juga oleh puskesmas. Informan petugas puskesmas telah memahami konsep PIS-PK. Sebaiknya pemahaman para informan ditunjang dengan informasi bahwa beberapa petugas baik di kabupaten maupun di puskesmas, telah hadir dalam pertemuan evaluasi, dan sudah mengikuti pelatihan. Bagi mereka PIS-PK penting sebab dari hasil pendataan yang dilakukan akan diperoleh tingkatan status kesehatan masyarakat di wilayahnya untuk membuat intervensi yang tepat sasaran.

Kesiapan puskesmas di Jeneponto dalam melakukan pendataan bervariasi terkait dengan keterbatasan SDM, anggaran, dan sarana prasarana. Sebagian informan (kepala puskesmas) menyatakan siap melakukan pendataan, yang ditunjukkan dengan dibuatnya SK atau surat penugasan khusus bagi tenaga yang terlibat. Disisi lain terdapat informan (staf puskesmas) yang merasa mempunyai keterbatasan anggaran, SDM, maupun sarana yang diperlukan dalam PIS-PK. Berkaitan dengan kesiapan anggaran, ternyata belum semua puskesmas mempunyai kesiapan anggaran karena mekanisme pencairan dana dari BOK membutuhkan waktu. Untuk mengatasinya, sebagian petugas menggunakan dana pribadi terlebih dahulu. Berkaitan dengan pendanaan berikut adalah ungkapan dari beberapa informan:

“Untuk pendataan, sampai saat ini ...yaa masih dana pribadi, karena belum ada pencairan.” (Staf Puskesmas Arungkeke)

Untuk kesiapan sarana prasarana, dari diskusi kelompok terarah diperoleh hasil bahwa hampir semua informan puskesmas (kelompok kepala puskesmas maupun staf) di kedua lokasi, menyatakan dalam pelaksanaan pendataan masih menggunakan sarana pribadi, baik itu telpon genggam android maupun laptop untuk menginput dan mengirimkan data. Hal ini karena kegiatan PIS-PK baru masuk pada pertengahan tahun, sehingga untuk penyediaan sarana dan prasarana belum bisa diakomodir dari anggaran yang ada.

Meskipun kedua kabupaten telah melaksanakan pendataan lebih dari 50%,

tetap ditemui berbagai kendala. Kendala tersebut antara lain berhubungan dengan pendanaan artinya untuk tahun 2016 anggaran untuk PIS-PK masih terbatas. Tidak tersedianya sarana prasarana laptop atau komputer khusus untuk PIS-PK, ditanggulangi dengan meminjam dari program lain atau milik pribadi para penanggung jawab PIS-PK. Selain itu keterbatasan waktu dan tenaga pendata, dimana sebagian besar petugas pengumpul data di lapangan bukan petugas khusus, tetapi petugas puskesmas yang memiliki tanggung jawab lain dan harus memberikan pelayanan terlebih dahulu di dalam gedung sebelum turun ke lapangan untuk mendata. Kendala lain adalah ketika warga yang didatangi tidak ada di tempat sehingga petugas harus kembali lagi ke rumah tersebut, walaupun penerimaan masyarakat cukup baik. Keterbatasan jaringan (sinyal internet) di sebagian wilayah sangat mengganggu kelancaran pengiriman data.

Hasil pengumpulan data kabupaten/kota dengan pendataan kurang atau sama dengan 50%

Terdapat beberapa hal yang berbeda dalam kesiapan dinas kesehatan dalam pendataan PIS-PK di lokasi dengan pendataan kurang atau sama dengan 50% (Kabupaten Muara Enim, Gowa, dan Serang). Hasil wawancara dengan pemegang program PIS-PK Kabupaten Muara Enim yang menyatakan bahwa dukungan dari dinas kesehatan masih kurang, yang dibuktikan dengan belum adanya surat keputusan (SK) sebagai tim pelaksana PIS-PK dari kepala dinas kesehatan. Hal ini terjadi pula di puskesmas, dari hasil diskusi kelompok terarah (staf puskesmas) sebagian besar informan menyatakan bahwa tenaga yang terlibat dalam pendataan PIS-PK di puskesmas yang telah menjalankan PIS-PK belum mendapatkan SK sebagai pelaksana PIS-PK. Petugas yang mendata hanya diberikan surat penugasan khusus saja. Sebagian besar informan merasa keberatan dengan kebijakan yang mensyaratkan SDM di semua puskesmas yang terlibat dalam pendataan PIS-PK harus sudah mengikuti pelatihan. Hal ini seperti yang dikatakan oleh salah seorang informan:

” Yang dilibatkan yang sudah ikut pelatihan, pengelola program, honorer, sukalerawan, dan bidan desa.”(Petugas kesehatan, Kab Muara Enim)

Kesiapan pendataan PIS-PK sangat ditentukan dengan pendanaan, sarana dan prasarana penunjang. Hasil wawancara mendalam dengan penanggung jawab program PIS-PK Kabupaten Muara Enim, menunjukkan bahwa pendanaan kegiatan sudah dianggarkan melalui dana BOK yaitu sebesar Rp. 50 juta yang dialokasikan untuk pengumpulan data, penggandaan kuesioner, dan sosialisasi. Anggaran tersebut akan turun langsung ke tiap puskesmas yang menjadi lokus PIS-PK, namun sampai pada saat evaluasi ini berjalan, dana tersebut belum cair. Keterlambatan turunnya dana merupakan salah satu terlambatnya pelaksanaan pendataan di kabupaten tersebut. Dalam pelaksanaan pendataan, pihak Dinas Kesehatan Muara Enim tidak memberikan sarana laptop bagi petugasnya. Hal ini diperkuat dengan informasi yang diberikan oleh petugas puskesmas yang menggunakan komputer milik puskesmas untuk pendataan PIS-PK. Seperti yang dikatakan oleh seorang informan berikut ini:

“Belum ada. Sementara pake pribadi dulu” (Petugas Puskesmas Muara Enim)

“Kalo pelaksanaan di dinas kesehatan sampe sekarang belum ada dana khusus KS. Jadi kemarin pun kita mengadakan sosialisasi juga ini nebeng-nebeng dengan pertemuan program.” (PJ KS Dinkes Muara Enim)

Sehubungan dengan kesiapan sarana prasarana, hampir semua puskesmas di Kabupaten Muara Enim masih menggunakan sarana pribadi untuk kegiatan pendataan, baik itu telpon genggam, android, maupun laptop untuk entri data. Kegiatan pendataan PIS-PK baru diinstruksikan pada pertengahan tahun, sehingga belum bisa melakukan pengadaan sarana dan prasarana pendukung. Semua prasarana dan sarana untuk kegiatan pendataan ini menggunakan barang milik puskesmas. Hal ini didukung oleh pernyataan salah seorang informan:

“Komputer hanya 1 selainnya menggunakan laptop pribadi. Internet di Puskesmas ada, kalo di desa-desa gak ada.

Sinyal tidak terlalu sulit.” (Staf Puskesmas Tebat Agung, Muara Enim)

Sedikit berbeda dengan Kabupaten Muara Enim, hasil wawancara mendalam dengan penanggung jawab PIS-PK di Kabupaten Gowa menunjukkan bahwa di kabupaten tersebut menyatakan siap melaksanakan PIS-PK. Kebijakan lokal telah disesuaikan dengan PIS-PK, seperti forum kabupaten sehat dan pembinaan kabupaten sehat dengan melibatkan SKPD. Di Kabupaten Gowa, sosialisasi PIS-PK telah dilakukan di tingkat puskesmas. Upaya sosialisasi dilakukan mendapatkan dukungan dari aparat pemerintah juga sudah sampai ke tingkat desa dan kecamatan. Pada saat turun lapangan untuk melakukan pengumpulan data, petugas dibantu oleh ketua RT dan RW setempat. Menurut informan, karena konsep PIS-PK itu sendiri bukanlah suatu hal yang baru. Selain itu telah ditunjuk kader untuk pendampingan termasuk PKK dan melibatkan darma wanita dalam pelaksanaan PIS-PK. Dari segi pendanaan, kegiatan pendataan telah dianggarkan dari tiga sumber yaitu dana operasional puskesmas, BOK, dan JKN. Pada tahun 2016 pendanaan yang berjalan baru menggunakan dana BOK meskipun agak terhambat dalam pencairannya, sebagaimana pernyataan informan berikut:

“.....pendanaan sementara masih menggunakan dana BOK, kalau dari APBD belum. Mungkin tahun 2017 baru diusulkan. Untuk pelatihan juga belum pernah menggunakan dana APBD kabupaten tapi dari dinkes Kab Gowa...”(PJ KS Dinkes Gowa)

“...Sedikit bermasalah, sekarang dana BOK agak terlambat cairnya. Dari pusatnya yang terlambat. Dari empat termin yg seharusnya keluar, baru cair satu termin. Tahap berikutnya belum ada sampai sekarang...”(Kadinkes Gowa)

Secara umum pemahaman mengenai PIS-PK di Kabupaten Gowa sebagai kabupaten yang baru menyelesaikan pendataan kurang dari 50%, sudah cukup baik. Pemegang program di dinas kesehatan kabupaten menyatakan mengetahui informasi tentang PIS-PK dari sosialisasi kegiatan pada pertemuan yang telah dilakukan di tingkat

pusat. Informan menyatakan bahwa melalui program PIS-PK bisa memperoleh data langsung dari masyarakat yang sangat berguna untuk menyusun perencanaan kesehatan. Berikut kutipan pernyataannya:

“Keluarga Sehat itu ada 12 program, 12 program ini sebenarnya sudah terintegrasi ke program-program kami baik UKMnya maupun UKPnya, memang langsung menyentuh masyarakat karena memang petugas kami langsung ke masyarakat menyampaikan. Jadi 12 program ini ditambah dengan program-program kami yang ada di kab/kota. Kita sosialisasi ke masyarakat, kemudian ke tokoh masyarakat kemudian pemerintah kecamatan dengan desa itu harus kita libatkan dengan beberapa pendamping, untuk kegiatan ini ada beberapa forum yang mendampingi kami untuk kegiatan ini”(Kadinkes Kab. Gowa)

Untuk dukungan daerah, Dinas Kesehatan Kabupaten Serang juga sangat mendukung kegiatan PIS-PK yang kemudian diwujudkan dengan melakukan beberapa kegiatan seperti *launching* pendataan PIS-PK pada 1 November 2016, dan berencana untuk mengadakan *workshop*. Kegiatan *launching* yang dibuka oleh Bupati Serang serta dihadiri oleh para kepala desa sekaligus sebagai upaya sosialisasi kegiatan PIS-PK. Terdapat 12 puskesmas lokus di Kabupaten Serang yang sudah disiapkan dana untuk implementasi PIS-PK. Untuk sarana, dinas kesehatan sedang melakukan pembenahan untuk pengadaan komputer. Dana kegiatan disiapkan dari BOK yang disalurkan ke puskesmas, seperti pernyataan berikut ini:

“Selama itu dananya ada, artinya pemda itu punya kemampuan, kita tidak akan dilewatkan. Visi misi Pemda Kabupaten Serang (bupati), targetnya hanya meningkatkan indeks pembangunan manusia (IPM). Otomatis kan kesehatan, salah satu yang mempunyai cukup besar. Sehingga bupati sangat support terhadap program-program kesehatan”(Dinkes Kab. Serang)

Hampir semua pejabat dan staf di tingkat dinas kesehatan yang terlibat dalam kegiatan PIS-PK sudah memahami konsep PIS-PK, antara lain kepala dinas, kepala bidang promosi kesehatan (promkes), kepala seksi promkes, kepala bidang perencanaan,

kepala seksi KIA, dan staf promkes. Di Kabupaten Gowa, tenaga yang terlibat diupayakan yang bisa menguasai IT, karena terkait dengan *leading sector* kegiatan PIS-PK. Untuk mendukung kelancaran pengumpulan data, telah dilakukan pelatihan terhadap petugas puskesmas oleh Balai Pelatihan Kesehatan Kota Makassar, sehingga untuk kebutuhan SDM cukup memadai. Dari 26 puskesmas yang ada, sudah 24 puskesmas yang dilatih. Di tingkat puskesmas yang berada di kabupaten Gowa, pemahaman mengenai PIS-PK juga cukup baik. Para informan menganggap bahwa PIS-PK sangat bermanfaat, sebab dari hasil pendataan yang dilakukan bisa mengetahui permasalahan, sebenarnya yang ada di masyarakat sehingga datanya dapat digunakan sebagai bahan perencanaan untuk melakukan kegiatan puskesmas. Hal ini seperti yang dikatakan oleh salah seorang informan salah satu PKM di Kabupaten Gowa:

“...kalau saya tuh lebih kepada pendataannya, jadi kenapa kita adakan pendataan keluarga sehat, kalau dari sisi manfaatnya mungkin sudah termasuk PHBS karena semuanya itu sudah pasti, tapi dari perencanaan itu kita sudah bisa mengetahui bisa mengambil satu kesimpulan dari masyarakat bahwa inilah kebutuhan masyarakat yang diharapkan untuk kita laksanakan untuk kita masukkan dalam kegiatan Puskesmas. Misalnya kalau angka kesakitan disuatu kecamatan dari keluarga sehat itu dari pendataan kita bisa tau, misalnya kalau sudah tau “oh ternyata kebanyakan dia penyakit TB, jadi nanti intervensinya kita ke sana lebih banyak pada program kegiatan TB. Dari data inilah awal dari perencanaan setiap Puskesmas karena selama ini data yang kita gunakan itu masih acakadul, ndak ada data yang real yang bisa kita gunakan untuk perencanaan....”(Petugas KS, PKM Tamauna)

Demikian juga informan dari puskesmas di Kabupaten Serang, cukup memahami konsep PIS-PK. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara mendalam terhadap penanggung jawab PIS-PK, yang menyatakan bahwa kegiatan pendataan keluarga yang ada di lingkungan kerja puskesmas dilakukan untuk dapat

mengetahui permasalahan kesehatan masyarakat dengan karakteristik masing-masing. Berikut pernyataan salah seorang informan:

“ Kalau menurut saya sih, ideal sebetulnya. Kemudian data itu kalau tidak lengkap, menjadi kurang bermanfaat gitu ya. Jika total coverage, berarti memang kita misalnya 1 desa, dapat diketahui itu keluarga itu statusnya seperti apa. Sehingga intervensinya lebih fokus lebih efisien ini yang kita harapkan”(PJ PIS-PK Dinkes Kab. Serang)

Terkait dengan SK tim pelaksana PIS-PK, hanya sebagian puskesmas yang sudah membuat SK bagi petugas yang terlibat; sementara puskesmas belum dibuat SK, karena susunan atau struktur tim pelaksana PIS-PK masih belum jelas. Di beberapa puskesmas masih menggunakan SK yang sama pada saat mereka mengikuti pelatihan, sehingga dalam pelaksanaan kegiatan pendataan; petugas hanya dibuatkan surat penugasan khusus. Hal ini dibuktikan dari pernyataan informan dalam diskusi kelompok terarah sebagai berikut:

“...Puskesmas Sapaya sudah ada SKnya..”(Petugas PIS-PK, PKM Sapaya)

“..belum ada SK yang ada untuk pelatihan..”(Petugas PIS-PK, PKM Tompo Bulu)

Petugas puskesmas yang terlibat dalam kegiatan PIS-PK adalah mereka yang sudah dilatih di tingkat provinsi. Beberapa kriteria petugas yang diikuti pelatihan adalah petugas puskesmas baik PNS maupun honorer dari berbagai program, seperti merupakan petugas konseling (gizi, KIA, P2), perawat, dan bidan. Hampir semua petugas yang terlibat dalam pengumpulan data PIS-PK telah mempunyai tugas lain (jabatan rangkap), oleh karena itu sebagian puskesmas telah melibatkan tenaga sukarela untuk membantu pengumpulan data. Hal ini terungkap dari pernyataan beberapa informan dalam diskusi kelompok terarah Kabupaten Gowa:

“....kalau Puskesmas Sapaya itu bu memang, yang ikut dalam tim pendataan ini melibatkan tenaga sukarela. Dari 10 itu kan satu jadi koordinator, trus kan kami punya 7 desa, satu orang itu mendata didampingi

oleh 2 sukarela. 1 desa itu 2 yang sudah ikut pelatihan....”(Petugas PIS-PK, Puskesmas Sapaya)

“...kalau puskesmas tampobulu perencanaan kedepan dari kepala puskesmas itu masing-masing petugas yang sudah dilatih itu didampingi sama petugas sukarela, jadi 1 petugas yang sudah dilatih, dapat 1 desa gitu...”(Petugas PIS-PK, Puskesmas Tompo Bulu)

Berkaitan dengan kesiapan anggaran, ternyata belum semua puskesmas mempunyai kesiapan anggaran untuk pendataan PIS-PK, meskipun hampir semua kepala puskesmas menyatakan bahwa dana untuk pendataan dapat diambil dari dana BOK. Namun untuk pencairannya membutuhkan waktu yang cukup lama sehingga sebagian petugas menggunakan dana pribadi terlebih dahulu. Berkaitan dengan pendanaan berikut adalah ungkapan dari beberapa informan:

“...kalau kami bu yang sekarang ini berjalan kan kuesioner sudah disiapkan dari puskesmas, terutama transpornya itu ke desa, kami pakai dana sendiri, masih dana pribadi...” (Petugas PIS-PK, Puskesmas Kanjilo)

Dalam hal dukungan dari lintas program maupun lintas sektor, pemerintah daerah pada dasarnya mendukung PIS-PK ini. Salah satu bentuk dukungan berupa instruksi kepada semua kecamatan untuk membantu kelancaran pengumpulan data. Terkait dengan instruksi pemda (bupati) disampaikan dalam pertemuan dengan kepala SKPD dan kecamatan. Bappeda akan memasukkan agenda kegiatan PIS-PK ke dalam anggaran tahun 2017. Di Kabupaten Serang, daerah yang sudah melakukan pengumpulan data, dukungan dari RT/RW setempat sangat bervariasi. Terdapat ketua RT ataupun kader yang ikut terlibat aktif menemani dan mengantarkan petugas pengumpul data untuk mengunjungi rumah penduduk. Namun ada pula daerah dimana petugas puskesmas harus melakukan pendataan sendiri tanpa didampingi oleh aparat setempat. Berikut pernyataan informan mengenai kondisi pada saat pengumpulan data:

“Kepala desanya itu pasif, yang berperan aparat yang lain, kepala desa pasif,

menyerahkan saja ketika pembentukan tim desa, kurang respon, ya. Enak ini dapat makan, saya hampir pingsan lapar, jalannya jauh dan nanjak, lemes mungkin efek lapar, bekal air dan roti, kalau saya pingsan bingung saya.”(Dinkes Kabupaten Serang)

Berdasarkan hasil diskusi di kabupaten, pada dasarnya kendala yang dihadapi terkait dengan pengumpulan data PIS-PK di lapangan hampir sama, yaitu keterlambatan pendanaan, terdapat lokasi yang cukup sulit sehingga menghambat dalam proses pengumpulan dan entri data, serta adanya masalah terkait aplikasi diantaranya ketidaksesuaian antara program yang dipelajari saat pelatihan dengan program terbaru yang digunakan saat entri data di lapangan. Berikut pernyataan informan:

“...kami kendalanya tidak bisa melihat ada dikasih waktu pelatihan itu tidak bisa dibuka, kan ada kita bisa lihat tapi itu tidak bisa terbuka, kita sudah mencoba untuk membuka tapi tidak bisa...”(Petugas PIS-PK, Puskesmas Sapaya)

Kendala lain yang terkait dengan pengumpulan data adalah: (1) keterbatasan tenaga pengumpul data dimanatenaga yang terlibat dalam PIS-PK seluruhnya adalah staf inti di puskesmas sehingga pada saat mereka turun ke lapangan pelayanan di PKM menjadi agak tersendat, (2) perangkat IT belum tersedia; (3) penanggung jawab PIS-PK belum jelas dan belum ada instruksi dari program mana; (4) belum ada peningkatan pengetahuan terutama mengenai IT dan analisis data; (5) belum ada juknis sebagai pedoman untuk melaksanakan kegiatan; (6) kondisi geografis yang sulit sehingga menghambat kegiatan pengumpulan data dan entri data dengan menggunakan aplikasi.

Hasil pengumpulan data kabupaten/kota belum melakukan pendataan

Kabupaten Lebak adalah salah satu kabupaten yang pada saat penelitian dilakukan, belum mulai melakukan pendataan PIS-PK (0%), tetapi beberapa petugas telah mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh pusat. Kepala dinas kesehatan telah mempunyai rencana, untuk mensiasati kebutuhan tenaga yang bertugas

melakukan pendataan oleh petugas tambahan. Sebelum pelaksanaan pengumpulan data, para petugas tersebut akan diberi pelatihan. Pelatih adalah petugas kesehatan yang telah mengikuti pelatihan di tingkat provinsi. Hal ini dilakukan karena tenaga yang telah dilatih tidak memadai, yaitu hanya 2 orang per Puskesmas, sementara target pengumpul data disamping jumlahnya cukup banyak, lokasi tempat tinggal masyarakat yang didata cukup tersebar. Kepala dinas kesehatan mengeluarkan kebijakan, bahwa yang mengumpulkan data harus petugas yang telah dilatih. Berikut penyataannya

“Kemarin sebenarnya ada juga pertanyaan, bolehkah kita melatih lagi? Jadi yang lima orang itu didampingi lima bidan, rencananya begitu. Bolehkah begitu? Kalau bidan desa kan hanya mendampingi, yang mendata tetap yang sudah dilatih itu..” (Dinkes Kabupaten Lebak)

Pihak dinas kesehatan berinisiatif untuk melibatkan tenaga lain di luar pegawai puskesmas. Berbeda dari pelatihan yang diadakan oleh provinsi untuk melatih petugas puskesmas dengan lama waktu pelatihan 5 hari, para tenaga enumerator dari akademi kebidanan ini hanya diberikan sosialisasi selama 1 hari mengenai daftar pertanyaan yang ada di kuesioner PIS-PK. Mereka tidak dibekali pemahaman mengenai definisi operasional dari masing-masing pertanyaan. Dikhawatirkan apabila tidak dibekali dengan pengetahuan yang cukup, maka enumerator dalam melakukan tugasnya di lapangan tidak sesuai dengan sasaran yang ingin dicapai.

Rencana pengumpulan data di puskesmas di Kabupaten Lebak baru akan dilakukan secara manual, mengingat sampai saat ini aplikasi untuk entri data belum siap digunakan. Salah seorang informan dinas kesehatan menyatakan bahwa sistem *online* tidak bisa digunakan, sehingga mereka harus mencetak kuesioner untuk keperluan pendataan:

“Pengumpulan data menggunakan hard copy, karena sistem online tidak bisa. Baru dilaksanakan di bulan Oktober (Dinkes Kabupaten Lebak).

Pencetakan kuesioner pada beberapa kabupaten baru mulai dilaksanakan,

sehubungan dengan perubahan perencanaan anggaran BOK. Program PIS-PK adalah kegiatan yang baru diluncurkan pada pertengahan tahun 2016 dan pendataan pada puskesmas lokus di kabupaten terpilih pada 9 provinsi prioritas harus sudah dimulai pada tahun yang sama. Dengan adanya kebutuhan-kebutuhan dana yang harus dianggarkan, maka secara langsung harus merevisi anggaran yang ada di dalam BOK, karena sesuai permenkes yang ditetapkan, kegiatan pengumpulan data dan penggandaan kuesioner dianggarkan melalui dana BOK. Proses revisi hingga pencairan anggaran BOK membutuhkan waktu yang cukup lama, sehingga akhirnya kegiatan PIS-PK menjadi tertunda hingga pencairan dana BOK terealisasi.

“Belum pendataan. Menunggu pengadaan kuesioner yang dicetak bersama dibantu Dinkes.... Sambil menunggu anggaran BOK perubahan 2016. Rencananya dimulai akhir November atau awal Desember 2016 (Petugas Puskesmas Lebak).

“Program-program kita juga yang menyusun, kalau Forum biasanya diisi oleh purna, sekarang sedang pembentukan, harapannya dari Keluarga Sehat bisa menjadi Kabupaten Lebak Sehat nanti bisa dipadukan. Karena baru masuk di anggaran perubahan kita baru mau jalan. Prolanis JKN bisa diintegrasikan. Sama-sama ke rumah, sasarannya peserta JKN” (Dinkes Kabupaten Lebak)

Pada daerah-daerah yang termasuk dalam strata 0% yaitu daerah yang sudah mendapatkan pelatihan tapi belum melaksanakan pendataan, dukungan lintas sektor memang belum ada. Hal ini dapat dimengerti karena PIS-PK merupakan program baru dari Kementerian Kesehatan, sehingga masih memerlukan sosialisasi untuk mendapatkan dukungan dari lintas sektor. Sebelum sosialisasi kepada lintas sektor, sosialisasi ini juga diperlukan oleh para pemangku kebijakan itu sendiri seperti kepala dinas kabupaten sehingga mendapatkan dukungan dalam pelaksanaannya. Hal ini dapat diketahui dari pernyataan salah seorang kepala dinas berikut ini :

“Sampai saat ini belum, seperti yang dikatakan tadi ini program baru, sudah itu kami juga sebagai pemangku kebijakan juga baru tersosialisasi. Kementerian langsung memanggil pengelola program untuk dilatih. Saya jadi koordinator KS baru dua minggu. Selama ini tidak ada dipanggil dulu sekretarisnya lah sebagai koordinator kamu ngapain. Tahu-tahu kementerian panggil pengelola program, ya kita kirim aja. Jadi kami pemangku kebijakannya sendiri terlambat banget. Jadi saya minta kalau pengelola program dipanggil, saya datang juga dengan dana APBD karena harus tahu kegiatan ini apa, karena keingintahuan sendiri. Jadi saya baru memahami dari teman-teman (kepala puskesmas yang diundang) dan dari evaluasi ini tadi. Konsepnya itu dulu yang seharusnya diberikan pada kami supaya kami mengarahkan kawan-kawan lebih enak. Ini kita kan permasalahannya sudah berapa bulan. Tapi begitu kita kumpul eksekusinya cuma sebentar. Kalau dipikir ini kan galanya sudah berapa bulan, begitu kita eksekusi selesai...2 bulan lagi ini selesai. Padahal ini sudah mengendap berapa lama. Secara teknis tidak semua paham.” (Pengambil Kebijakan, Dinas Kesehatan Lebak)

Kendala yang dihadapi terkait dengan pengumpulan data PIS-PK di lokasi ini hampir sama dengan lokasi lainnya yang telah melakukan pendataan, yaitu: keterbatasan tenaga pengumpul data, belum tersedianya perangkat IT (*gadget*, program *entry* yang masih belum pasti, tenaga yang dilatih belum menadai, kondisi geografis yang sulit sehingga menghambat kegiatan pengumpulan data dan entri data dengan menggunakan aplikasi. Walaupun Kabupaten Lebak masih dekat dengan ibukota provinsi, tetapi wilayahnya cukup luas, sehingga pengumpulan data memerlukan waktu yang cukup panjang.

PEMBAHASAN

Pentingnya pendekatan keluarga juga diamanatkan dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019 (Kementerian Kesehatan, 2016). Renstra merupakan kegiatan yang

menunjukkan dimana suatu organisasi berada, arah kemana organisasi harus menuju dan bagaimana strategiyang digunakan untuk mencapai tujuan itu. Pembuatan renstra dilakukan dengan merumuskan visi dan misi organisasi, melakukan analisis lingkungan internal dan lingkungan eksternal merumuskan tujuan dan sasaran, serta merumuskan strategi-strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan dan sasaran tersebut (Wijayanti et al., 2012). Mengelola sebuah organisasi berarti mengelola sumber daya yang ada dalam organisasi tersebut. Sumberdaya yang sering digambarkan sebagai sumber daya sebuah organisasi yaitu *man* (manusia), *money* (anggaran), *material* (bahan baku kerja), *machine* (peralatan/sarana penunjang) dan *methods* (prosedur kerja), maka pada masa sekarang ini sumber daya informasi tidak kalah pentingnya (Sinaga and Haryanto, 2016). Puskesmas yang telah menjalankan pendataan PIS-PK harus mempersiapkan sumber daya tersebut agar kegiatan berjalan sesuai dengan pedoman.

Dinas kesehatan merupakan lembaga birokrat yang harus memahami *good governance* atau menjadi *holding company* dari puskesmas (Sopacua and Budijanto, 2007). Kesiapan dinas kesehatan di daerah yang telah melakukan pendataan lebih dari 50% terlihat dari beberapa aspek. Kesiapan ditunjukkan dengan perencanaan program yang matang. Perencanaan strategis akan memberi arahan bagi kegiatan yang akan datang (Seymond, 2007). Kegiatan perencanaan akan menjadi dasar pijakan bagi pelaksanaan kegiatan berikutnya, yaitu implementasi. Berhasil tidaknya implementasi ini akan sangat tergantung pada sejauh mana kualitas perencanaan dapat dijadikan sebagai dasar pijakan yang kuat dan berkualitas bagi tahap implementasi (Wijayanti et al., 2012). Perencanaan program hendaknya berorientasi pada seluruh masyarakat dalam suatu wilayah, misal kabupaten, kecamatan dan desa tanpa diskriminasi terhadap ras, suku, agama atau golongan umur, dan status sosial ekonomi (Achmadi, 2008).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap kepala dinas kesehatan atau peggung jawab PIS-PK di tingkat

kabupaten/kota seluruh lokasi penelitian (baik yang telah melakukan pendataan maupun yang belum sama sekali), secara umum menyatakan bahwa daerah telah siap melaksanakan PIS-PK. Akan tetapi dalam kenyataannya, kesiapan satu daerah dengan daerah yang lainnya terdapat hal yang berbeda. Untuk mendukung kelancaran kegiatan pendataan, dinas kesehatan yang telah mengumpulkan data lebih dari 50%, telah membentuk tim yang akan dilibatkan untuk kegiatan pendataan, walaupun belum didukung oleh SK (hanya surat penugasan khusus. Agar pelaksanaan pendataan sesuai dengan petunjuk dari pusat, puskesmas mensyaratkan SDM yang terlibat adalah petugas yang sudah mengikuti pelatihan. Tenaga lain seperti bidan desa juga dilibatkan dalam kegiatan pendataan, namun tetap didampingi oleh petugas yang sudah dilatih. Fungsi dari bidan desa selain untuk membantu mempercepat target pendataan, juga untuk memudahkan petugas puskesmas masuk ke lingkungan warga yang akan didata. Berbeda halnya dengan dinas kesehatan maupun puskesmas pada daerah dengan pendataan kurang dari 50%. Secara umum mereka belum memiliki komitmen kuat untuk melakukan pendataan. Hal ini dapat dilihat dari beberapa hal, seperti di sebagian daerah, penugasan tim belum didukung dengan SK dan terkesan berjalan tanpa arahan, ketidaksiapan anggaran, sarana dan prasarana.

Sistem kerja dalam organisasi membutuhkan investasi sumber daya manusia yang dapat dilakukan melalui pelatihan (Leggat et al., 2011). Pelatihan berfungsi untuk memberikan bekal keterampilan pada saat yang tepat guna mendukung tugas-tugas dalam suatu organisasi sehingga tercapai tujuan dan sasaran yang telah ditentukan (Kurniadi, 2007). Selain memberi pembekalan berupa keterampilan, pelatihan juga dapat meningkatkan prestasi kerja bagi SDM kesehatan karena tugas-tugas yang diberikan dikerjakan sesuai dengan pedoman. Terdapat perbedaan prestasi kerja perawat sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan di Rumah Sakit Umum Daerah Langsa, dimana prestasi kerja perawat yang mengikuti pelatihan melebihi rekan sejawat yang tidak mengikuti pelatihan (Lumbanraja and Nizma, 2010).

Bagi SDM yang mengikuti pelatihan PIS-PK yang diselenggarakan oleh pusat atau provinsi, mereka telah memahami konsep PIS-PK dengan baik dan dapat melaksanakan program atau sistem kerja dengan baik. Berbeda halnya dengan SDM yang hanya memperoleh informasi dari kegiatan sosialisasi, misalnya pada saat pelaksanaan lokakarya mini puskesmas. Mereka kurang memahami konsep, tujuan, serta mekanisme pelaksanaan pendataan PIS-PK. Dalam melaksanakan pendataan, seharusnya SDM yang sudah mengikuti pelatihan tetap mendampingi SDM lain yang ditugaskan namun dengan pengetahuan yang terbatas. Proses pembelajaran dan sosialisasi materi suatu modul untuk meningkatkan keterampilan SDM kesehatan juga dapat dikategorikan sebagai pelatihan, namun disarankan agar implementasi modul tersebut dengan pendampingan (Sopacua and Budijanto, 2007).

Peningkatan struktur organisasi tidak akan berjalan baik jika tidak dibarengi dengan peningkatan kualitas sumber dayanya. Perencanaan tenaga kesehatan harus tepat sesuai dengan beban kerja puskesmas karena merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan yang fungsinya sangat menunjang pencapaian visi Indonesia sehat (Seymond, 2007). Puskesmas merupakan ujung tombak dalam pelaksanaan PIS-PK sehingga SDM yang ada harus memiliki kemampuan melaksanakan tahapan kegiatan dengan baik dan sesuai dengan pedoman. Tidak hanya SDM di puskesmas, dinas kesehatan sebagai *holding company* dari puskesmas juga dituntut memiliki SDM yang menjadi penanggung jawab kegiatan PIS-PK di kabupaten. Menurut Gani dalam (Seymond, 2007) ketersediaan dan kemampuan sumber daya manusia dalam penyiapan perencanaan masih terbatas dan permasalahan perencanaan program kesehatan kabupaten/kota salah satunya adalah lemahnya sumber daya manusia pada unit perencanaan dinas kesehatan. Masalah kemampuan dapat diatasi dengan mengikutsertakan pegawai dalam pelatihan. Pelatihan pada jenjang kabupaten/kota diselenggarakan oleh Badan PPSDM Kementerian Kesehatan yang dilakukan secara bertahap sejak awal tahun 2016. Pelatihan tersebut bertujuan untuk

meningkatkan kompetensi SDM terkait dengan PIS-PK. Pola peningkatan kompetensi SDM kesehatan diawali dengan suatu pengkajian kebutuhan pelatihan yang menjelaskan *gap* antara harapan dan kenyataan yang ada. Hasil kajian digunakan sebagai dasar perencanaan pelatihan bagi SDM kesehatan yang diharapkan berdampak pada kinerja organisasi baik dinas kesehatan, rumah sakit dan puskesmas (Sopacua and Budijanto, 2007).

Untuk transfer pengetahuan dari SDM di dinas kesehatan kepada SDM di puskesmas maka dilakukan pelatihan dengan modul yang sama di tingkat kabupaten. Hambatan terjadi saat jumlah petugas puskesmas yang dilatih tidak sebanding dengan area wilayah dan jumlah keluarga yang akan didata. Sebagian puskesmas yang idealis tetap menggunakan tenaga yang sudah dilatih karena menginginkan kualitas data yang bagus. Apabila pendataan dilakukan oleh tenaga lain yang belum dilatih, terlebih lagi tidak mempunyai *basic* kesehatan, dikhawatirkan data yang diperoleh tidak valid. Berbeda halnya dengan puskesmas lain yang berorientasi pada pencapaian target, maka mereka menggunakan tenaga lain di luar tenaga puskesmas terlatih, antara lain menggunakan tenaga sukarela, mahasiswa, bidan desa, dan kader. Tidak semua tenaga tersebut mempunyai *basic* kesehatan sehingga puskesmas perlu melakukan sosialisasi instrumen dan pengawasan terhadap kualitas data yang dikumpulkan. Proses pembelajaran dan sosialisasi materi suatu modul untuk meningkatkan keterampilan SDM kesehatan juga dapat dikategorikan sebagai pelatihan, namun disarankan agar implementasi modul tersebut dengan pendampingan (Sopacua and Budijanto, 2007).

Dilihat dari pemahaman daerah mengenai konsep PIS-PK tidak didasarkan pada jumlah pendataan yang telah diselesaikan. Di kabupaten baik yang sudah melaksanakan pendataan lebih dari 50%, kurang atau sama dengan 50%, ataupun belum melakukan pendataan telah memahami bahwa konsep pendekatan keluarga sangat baik dilakukan sebagai registrasi data kesehatan masyarakat, melihat tingkat dan status kesehatan masyarakat, dan membuat

intervensi kesehatan yang tepat sasaran. Hal ini karena hampir seluruh penanggung jawab PIS-PK di tingkat kabupaten maupun puskesmas, telah mengikuti pelatihan. Menurut informan (wawancara mendalam maupun peserta dikusi kelompok), konsep PIS-PK dipandang bagus karena mendukung program lain yang sudah berjalan di puskesmas. Menurut mereka, konsep PIS-PK itu sendiri bukanlah sesuatu hal yang baru karena bentuk kegiatan semacam ini sudah dilakukan sejak lama, misalnya adalah program pola hidup bersih dan sehat (PHBS). Yang membedakan adalah jumlah dan jenis indikator serta target pendataan. Masalahnya adalah jika tenaga puskesmas harus melakukan kunjungan rumah dan melakukan pendataan terhadap seluruh anggota keluarga, mereka merasa kesulitan untuk waktunya. Hal ini terungkap dari hasil diskusi kelompok, bahwa petugas/ penanggungjawab PIS-PK di kabupaten/kota maupun puskesmas mempunyai tugas lain (tidak khusus melaksanakan PIS-PK).

Dalam hal pendanaan kegiatan PIS-PK di tahun 2016 belum dianggarkan dari tahun sebelumnya. Di era desentralisasi, daerah diberikan wewenang untuk menentukan sendiri prioritas pembangunan kesehatan daerahnya sesuai kemampuan, kondisi dan kebutuhan setempat (Seymond, 2007). Pada saat merancang kegiatan dan anggaran di tahun sebelumnya, PIS-PK belum menjadi kegiatan prioritas. Agar kegiatan dapat tetap berjalan maka dinas kesehatan dan puskesmas harus melakukan revisi anggaran terlebih dahulu agar semua komponen yang dibutuhkan untuk kelancaran kegiatan, seperti anggaran sosialisasi, transpor petugas, penggandaan kuesioner dan pengadaan pinkesga dapat terakomodir dan tidak mengganggu anggaran kegiatan program yang lain. Kondisi ini berlaku bagi daerah yang sudah melakukan pendataan lebih maupun kurang dari 50%. Alokasi anggaran untuk kegiatan PIS-PK pada tahun-tahun berikutnya diharapkan sudah dipertimbangkan disesuaikan dengan kebutuhan, terutama karena PIS-PK merupakan program prioritas pemerintah dalam menyelesaikan masalah kesehatan di wilayah. Alokasi anggaran selanjutnya diprioritaskan pada kebutuhan lokal spesifik, terlebih lagi jika jumlahnya terbatas

(Seymond, 2007). Bagi beberapa daerah yang memiliki komitmen tinggi untuk melaksanakan pendataan, maka baik pihak dinas kesehatan maupun puskesmas berusaha mengalokasikan dana yang dibutuhkan untuk keperluan kegiatan PIS-PK dengan menggunakan dana yang ada. Bahkan banyak juga petugas puskesmas yang memiliki integritas tinggi rela menggunakan uang pribadi untuk keperluan transpor dan penggandaan kuesioner. Kendala ini tidak menjadi penghalang bagi puskesmas yang memang telah siap untuk melaksanakan pendataan karena menganggap bahwa data yang akan diperoleh bermanfaat untuk pemetaan kesehatan di wilayah kerjanya. Mereka bersedia menggunakan dana pribadi sambil menunggu pencairan anggaran PIS-PK terealisasi.

Keterbatasan anggaran juga berakibat pada keterbatasan sarana prasarana (sarpras) yang berkaitan dengan pengadaan barang penunjang untuk entri data, misalnya komputer, laptop, dan ketersediaan sinyal yang bagus untuk mengirim data. Untuk menunjang entri data di lapangan, seharusnya petugas menggunakan android. Namun penggunaan android untuk mengentri data di lapangan pada umumnya belum dilaksanakan di daerah karena aplikasi program entri masih terkendala. Beberapa puskesmas yang sudah menjalankan pendataan tidak menyiapkan komputer atau laptop khusus untuk entri data dikarenakan tidak ada anggaran untuk pengadaan komputer, sehingga untuk keperluan entri data menggunakan fasilitas yang ada di puskesmas.

Dengan keterbatasan sarpras, pendataan PIS-PK tetap dilakukan karena adanya komitmen tinggi dari kepala puskesmas dan petugas lainnya. Komitmen yang baik dapat tercipta karena puskesmas sudah menerapkan sistem kerja yang baik. Praktik *high performance work system* yang berlaku dalam suatu organisasi mempengaruhi kinerja dengan meningkatkan pengetahuan, keterampilan, kemampuan, dan komitmen karyawan dengan cara memberi mereka informasi dan kebijaksanaan yang diperlukan untuk memanfaatkan keterampilan dan komitmen dalam menyelesaikan pekerjaan mereka (Leggat et al., 2011).

Kendala teknis lainnya adalah belum sempurnanya aplikasi entri data yang dikembangkan oleh Pusdatin, Kementerian Kesehatan. Mengingat PIS-PK adalah program baru di Kemenkes, dapat dimaklumi bahwa sistem yang mendukung kelancaran kegiatan belum sepenuhnya sempurna dan terus mengalami pengembangan. Kesulitan lain yang berkaitan dengan aplikasi adalah keterbatasan sinyal internet di daerah. Bagi daerah di pelosok yang belum ter-cover dengan sinyal internet yang bagus akan menemui kesulitan pada saat harus mengentri data secara *online*. Di era teknologi informasi dan komunikasi, keterbatasan ini akan menjadi kendala bagi keberlanjutan program apabila tidak dicarikan solusinya.

Peralatan penunjang pelayanan medis yang berbasis elektronik (*e-Health*) seperti ponsel, internet, teks dan multimedia *messaging* mendorong komunikasi antara penyedia layanan kesehatan dan klien, berbagi informasi dan pengetahuan di antara penyedia layanan kesehatan dan membangun perawatan kesehatan yang lebih baik untuk pasien. Penggunaan internet sebagai alat komunikasi juga berkontribusi terhadap pengelolaan masalah kesehatan yang lebih baik. Keberadaan sarpras ini dapat berpotensi memperbaiki beberapa tantangan kesehatan di negara-negara berkembang, seperti di Indonesia, di mana distorsi peralatan, waktu, keterbatasan sumber daya manusia dan kurangnya strategi penggunaan fasilitas kesehatan berbasis elektronik tetap menjadi penghalang utama yang berkontribusi terhadap kualitas layanan kesehatan yang buruk. Penilaian kesiapan teknologi dalam kaitannya dengan infrastruktur fisik, peralatan teknologi, keterampilan, kebijakan, peraturan dan pedoman pengguna harus dilakukan sebelum menerapkan sistem *e-Health*. Sebelum menerapkan sistem ini seharusnya dibuat perencanaan yang memadai dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki agar program kegiatan dapat berkelanjutan dengan baik (Kiberu et al., 2017)

Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi pada setiap penyelenggaraan pemerintahan merupakan kebutuhan yang mendesak dalam rangka mendukung pertukaran data dan informasi serta

penyaluran berita secara cepat, tepat dan akurat. Pemanfaatan sistem informasi ini diharapkan dapat meningkatkan kinerja aparatur. Teknologi informasi dan komunikasi bermanfaat untuk berbagai keperluan, tidak terkecuali keperluan pengolahan informasi dalam organisasi pemerintahan (Ellyana et al., 2009).

Dalam melaksanakan suatu intervensi, diperlukan kerjasama lintas program dengan bidang/bagian yang terkait kegiatan tersebut. Selain itu perencanaan strategis dilakukan dengan menggali sumber daya yang ada, termasuk upaya keterpaduan antara pemegang program dan dukungan politis pemerintah daerah, pihak swasta, dan partisipasi masyarakat untuk dijadikan sebagai suatu kekuatan dan peluang mencapai sasaran kebutuhan lokal (Seymond, 2007). Demikian halnya dengan kegiatan pendataan PIS-PK diperlukan dukungan lintas sektor demi kelancaran kegiatan. Pada kabupaten yang sudah melaksanakan lebih dari 50% pendataan, dinas kesehatan kabupaten terlebih dahulu melakukan sosialisasi mengenai kegiatan dan manfaat PIS-PK ke Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) seperti bappeda, kecamatan, kelurahan/desa. Kegiatan sosialisasi ini umumnya dilakukan pada saat rapat koordinasi SKPD. Selain bertujuan untuk memperkenalkan program baru, sosialisasi juga diperlukan untuk membangun jaringan. Dalam melaksanakan suatu implementasi kebijakan terdapat jaringan yang harus dibentuk guna merealisasikan tujuan kebijakan melalui aktivitas instansi yang melibatkan berbagai pihak yang berkepentingan (Akib, 2010). Dalam PIS-PK implementasi kebijakan melibatkan peran serta dinas kesehatan, puskesmas, dan lintas sektor terkait yang saling bersinergi. Dukungan dari perangkat desa atau kelurahan juga sangat diperlukan untuk memudahkan akses ke masyarakat. Untuk daerah yang belum melaksanakan pendataan, perlu menggalang dukungan dari lintas sektor karena baik pihak dinas kesehatan maupun puskesmas belum melakukan sosialisasi.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap kepala dinas kesehatan atau penganggung jawab PIS-PK di tingkat kabupaten/kota seluruh lokasi penelitian

(baik yang telah melakukan pendataan maupun yang belum sama sekali), secara umum menyatakan bahwa daerah telah siap melaksanakan PIS-PK. Akan tetapi dalam kenyataannya, kesiapan satu daerah dengan daerah yang lainnya terdapat hal yang berbeda.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil evaluasi dapat disimpulkan bahwa seluruh kabupaten yang telah maupun yang belum melakukan pendataan siap melaksanakan PIS-PK. Dengan adanya komitmen dan arahan-arahan dari pihak dinas kesehatan, puskesmas juga akan memiliki komitmen tinggi dalam menyelesaikan target pendataan di wilayah kerjanya. Beberapa kabupaten telah menunjukkan komitmen yang tinggi terhadap PIS-PK, yang diwujudkan dengan perencanaan SDM yang matang, pengalokasian anggaran, perencanaan mekanisme pengumpulan data yang matang, serta menyiapkan sarana dan prasarana penunjang yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan data. Kelancaran kegiatan pendataan PIS-PK, memerlukan keterlibatan lintas sektor terutama untuk menggerakkan aparat pemerintahan dan meningkatkan partisipasi masyarakat.

Saran

Komitmen dinas kesehatan maupun puskesmas pada kabupaten yang baru melaksanakan pendataan kurang dari 50% maupun kabupaten yang belum melaksanakan pendataan, perlu ditingkatkan lagi. Daerah perlu melakukan perencanaan matang dalam hal alokasi anggaran, tenaga dan mekanisme pengumpulan data, serta sosialisasi ke lintas sektor untuk kelancaran kegiatan pendataan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Pusat Upaya Kesehatan Masyarakat yang telah memfasilitasi kegiatan studi ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada seluruh anggota tim studi evaluasi

PIS-PK yang telah bekerja sama dengan baik dalam melakukan kegiatan evaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U.F., 2008. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah. *J. Kesehat. Masy. Nas.* 3, 147–153. doi:10.9774/jmk.13.1.61-75
- Akib, H., 2010. Implementasi Kebijakan: Apa, Mengapa, dan Bagaimana. *J. Adm. Publik* 1, 1–11.
- Badan Litbang Kesehatan, 2013. Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI, Jakarta.
- Badan Litbang Kesehatan, 2008. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta.
- Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan, 2016. Laporan Tahunan Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016. Jakarta.
- Ellyana, D.D., Redy, A., Hamzah, A., 2009. Variabel Anteseden Dan Konsekuensi Pemanfaatan Sistem Informasi (Studi Empiris Pada Pemerintahan Kabupaten Di Pulau Madura). *J. Akunt. dan Keuang. Indones.* 6, 71–88.
- Kementerian Kesehatan, 2017. Aplikasi Keluarga Sehat [WWW Document]. URL <https://keluargasehat.kemkes.go.id/> (accessed 11.11.17).
- Kementerian Kesehatan, 2016. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Kementerian Kesehatan, Jakarta.
- Kiberu, V.M., Mars, M., Scott, R.E., 2017. Barriers And Opportunities To Implementation Of Sustainable e-Health Programmes In Uganda: A Literature Review. *African J. Prim. Heal. Care Fam. Med.* 9, 1–10. doi:10.4102/phcfm.v9i1.1277
- Kurniadi, D., 2007. Prinsip Prinsip Dasar Manajemen Pelatihan. Bandung.
- Leggat, S.G., Bartram, T., Stanton, P., 2011. High performance work systems: the gap between policy and practice in health care reform. *J. Health Organ. Manag.* 25, 281–297. doi:10.1108/14777261111143536
- Lumbanraja, P., Nizma, C., 2010. Pengaruh Pelatihan dan Karakteristik Pekerjaan Terhadap Prestasi Kerja Perawat di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Langsa. *J. Manaj. dan Kewirausahaan* 12, pp.142–155.
- Seymond, D., 2007. Kajian Perencanaan Dan Penganggaran Kesehatan Di Dinas Kesehatan Kota Padang Tahun 2006. *J. Kesehat. Masy.* 2, 116–123.
- Sinaga, E., Haryanto, 2016. Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Kesehatan (SIK) Puskesmas di Kabupaten Bangli. *J. Inf. Syst. Public Heal.* 1, 44–51.
- Sopacua, E., Budijanto, D., 2007. Opsi-Opsi Kebijakan Untuk Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan: Pembelanjaran Dari Penelitian Pola Peningkatan Kompetensi Sumber Daya Manusia Dalam Otonomi Daerah Bidang Kesehatan. *J. Manaj. Pelayanan Kesehat.* 10, 173–180.
- Wijayanti, A.W., Rahman, M., Muluk, K., Nurpratiwi, R., 2012. Perencanaan Anggaran Berbasis Kinerja di Kabupaten Pasuruan. *Wacana* 15, 10–17.