

KESIAPAN DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA DALAM PENERAPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA

THE READINESS OF YOGYAKARTA SPECIAL REGION TO IMPLEMENT THE HEALTHY INDONESIA PROGRAM THROUGH THE FAMILY APPROACH PROGRAM

Markus Gelar Kumara Agni

Universitas Respati Yogyakarta
HP/Email: 0879430794 / marcusagni@yahoo.com

Abstract

Background: *The Healthy Indonesia Program through the Family Approach Program (PIS-PK) was launched to increase the quality of Indonesian people starting from family as the smallest unit of community. This program was conducted through the process of data collection, data analysis for problems identification, and planning of the next puskesmas activities. PIS-PK was tried-out all over Indonesia including Yogyakarta Special Region (DIY). A study was needed to know the readiness and to evaluate the implementation process of this program in DIY.*

Objective: *This study was conducted to know the readiness of DIY especially puskesmas to implement PIS-PK, identify the problems, and recommend the solutions.*

Method: *This study was a descriptive-explanatory research with mixed method that combined qualitative and quantitative analysis. Survey was performed on June-December 2017 to 30 puskesmas in DIY that were tried-out to implement PIS-PK.*

Result: *The readiness of DIY to implement PIS-PK is low in the availability of trained and awarded human resources and medical equipments. For that problems DIY need to conduct more training to improve the staff literacy and to purchase more medical equipment. The implementation process of PIS-PK so far was mostly constrained by the limited of data collection staff, the uncooperative people, and the unreliability of on-line application to support the entry data process. The data collection process could be faster by recruiting staff from the outside of puskesmas. To improve the awareness and cooperation of people puskesmas should involve the local authority such as kelurahan, RW, and RT. And to solve the problems with the data entry, an off-line application will be applied for users on DIY only.*

Conclusion: *PIS-PK implementation still needs the improvement of resources such as more competence human resources, medical equipment availabilities, and data entry application program. Involving local authorities is needed to enhance the awareness and cooperation of the people.*

Keywords: *PIS-PK, puskesmas, DIY*

Intisari

Latar Belakang: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah program pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup manusia

Indonesia yang dimulai dari unit terkecil dari masyarakat yaitu keluarga. Program ini terdiri dari kegiatan pengumpulan data, analisa data untuk identifikasi masalah, dan penyusunan rencana kegiatan puskesmas. PIS-PK sudah diujicobakan di seluruh Indonesia termasuk di DIY. Untuk itu perlu dikaji bagaimana kesiapan dan kelancaran implementasi program tersebut di DIY.

Tujuan: Untuk mengetahui kesiapan DIY terutama puskesmas dalam menerapkan PIS-PK, mengidentifikasi hambatan-hambatannya, serta merekomendasikan solusinya.

Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif-eksplanatoris dengan metode gabungan kuantitatif-kualitatif. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-Desember 2017. Survei dilakukan terhadap 30 puskesmas di DIY yang melakukan uji coba PIS-PK.

Hasil: Kesiapan DIY dalam implementasi PIS-PK dirasa lemah dalam hal ketersediaan SDM yang terlatih dan memahami tugas dan segala permasalahan, serta ketersediaan peralatan kesehatan yang siap pakai. Untuk itu perlu dilakukan lebih banyak pelatihan untuk meningkatkan literasi petugas serta pengadaan alat kesehatan yang diperlukan. Penerapan PIS-PK sejauh ini banyak terkendala karena keterbatasan tenaga puskesmas untuk pendataan, kerjasama warga masyarakat yang kurang, dan aplikasi *on-line* yang tidak lancar ketika puskesmas memasukkan data. Untuk memperlancar pengumpulan data sebenarnya dimungkinkan untuk melibatkan tenaga di luar puskesmas, dan agar masyarakat memahami dan bersedia bekerjasama perlu melibatkan pihak RT, RW, atau kelurahan. Sedangkan untuk hambatan aplikasi akan diupayakan pembuatan aplikasi *off-line* khusus untuk DIY.

Kesimpulan: Pelaksanaan PIS-PK masih membutuhkan perbaikan sumber daya yaitu dalam hal kesiapan SDM, peralatan medis, dan aplikasi memasukkan data. Perlu dilakukan kerjasama dengan lintas sektor untuk meningkatkan pemahaman dan kerjasama warga masyarakat.

Kata Kunci: PIS-PK, puskesmas, DIY

PENDAHULUAN

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Program Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Upaya pencapaian prioritas pembangunan kesehatan dalam Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan mendayagunakan segenap potensi yang ada, baik dari pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, maupun masyarakat. Pembangunan kesehatan dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga¹.

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya

menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya dua belas indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Kedua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan

9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) menggunakan puskesmas sebagai ujung tombak pelaksanaannya. PIS-PK dalam penerapannya terdiri dari beberapa tahap yaitu:

- Pengumpulan dan Pengolahan Data
- Identifikasi Masalah dan Pemecahannya
- Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan. ¹

Sebagai sebuah program kesehatan yang sudah ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016, PIS-PK sudah menjadi kebijakan dan program DIY juga. Agar pelaksanaan penerapan program ke depan dapat lancar dan efektif perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan uji coba tersebut di atas. Monitoring atau pemantauan dilakukan untuk melihat konsekuensi dari sebuah implementasi program serta untuk melihat kendala-kendalanya. Sedangkan sebuah evaluasi diharapkan dapat memberi informasi mengenai kinerja dan hasil dari sebuah kebijakan. ²

Salah satu metode dalam monitoring dan evaluasi program adalah dengan melakukan kajian atau tinjauan kembali atau *review* terhadap *input*, proses, dan *output* dari program tersebut. ³

Sebagai langkah awal dalam penerapan PIS-PK, antara tahun 2016-2017 dilakukan ujicoba di berbagai daerah pada beberapa puskesmas sebagai *locus* (lokasi) dilakukannya program tersebut. Ujicoba penerapan PIS-PK di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dilakukan di 30 puskesmas sebagai *locus*-nya yang terdiri dari 10 puskesmas di Kota Yogyakarta, 7 puskesmas di Kabupaten Gunungkidul, 5 puskesmas di Kabupaten Sleman, 5 puskesmas di Kabupaten Bantul, dan 3 puskesmas di Kabupaten Kulon Progo. Berkaitan dengan pelaksanaan uji coba tersebut Dinas Kesehatan DIY bekerjasama

dengan Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK) DIY kemudian melakukan penelitian dalam kegiatan SURKESDA DIY pada tahun 2017 untuk melihat kesiapan DIY dalam menerapkan PIS-PK.

METODE

Menurut jenisnya penelitian ini bisa disebut dengan Deskriptif-Eksploratoris. Disebut Deskriptif karena bertujuan untuk menggambarkan secara sistematis dan akurat fakta dan karakteristiknya mengenai populasi atau bidang tertentu. Disebut Eksploratoris karena bertujuan menggali informasi atau permasalahan secara mendalam dan sistematis⁴.

Penelitian ini menggunakan metode gabungan kuantitatif dan kualitatif. Untuk pengumpulan data metode yang digunakan adalah kuesioner dan FGD (*Focused Group Discussion*).⁴

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh puskesmas di DIY yang berjumlah 117 puskesmas. Sampel dalam penelitian ini adalah semua puskesmas di DIY yang melakukan uji coba PIS-PK yaitu sejumlah 30 puskesmas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

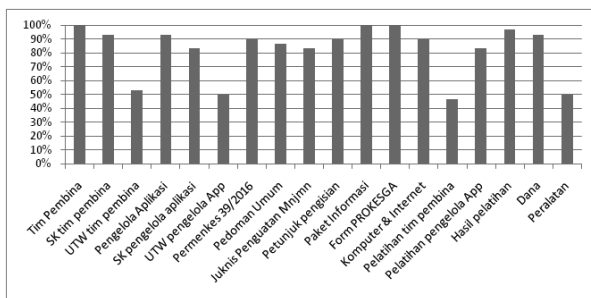
Penelitian ini bertujuan untuk melihat bagaimana kesiapan DIY dalam melaksanakan program PIS-PK dan sejauh mana program tersebut sudah dilaksanakan oleh puskesmas-puskesmas. Salah satu data yang dikumpulkan adalah hasil dari kuesioner yang diisi oleh semua puskesmas yang menjadi tempat uji coba pelaksanaan program ini. Kuesioner tersebut menanyakan kesiapan sumber daya (*input*) untuk penerapan PIS-PK dan sejauh mana pelaksanaan program tersebut sudah dilakukan (*proses*).

Kesiapan puskesmas dalam hal *input* adalah ketersediaan sumber daya yang dibutuhkan yang meliputi:

1. Tim Pembina Keluarga
2. SK Pembentukan Tim Pembina Keluarga
3. Uraian Tugas dan Wewenang untuk Tim Pembina Keluarga
4. Pengelola Aplikasi PIS-PK

5. SK Pengangkatan Pengelola Aplikasi PIS-PK
6. Uraian Tugas dan Wewenang Tim Pengelola Aplikasi
7. Permenkes 39/2016 tentang Pedoman PIS-PK.
8. Pedoman Umum PIS-PK
9. Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas
10. Tersedia Petunjuk Pengisian Formulir PROKESGA
11. Paket Informasi PIS-PK yang terdiri dari 12 flyer/brosur sesuai 12 indikator
12. Formulir PROKESGA
13. Komputer untuk data base dan Aplikasi PIS-PK dengan prosesor minimal intel pentium 4 dan RAM minimal 4Gb, serta koneksi internet
14. Tim Pembina Keluarga sudah memperoleh pelatihan
15. Pengelola Aplikasi sudah mendapat pelatihan
16. Pelatihan yang didapat dirasa efektif
17. Dana untuk biaya PIS-PK
18. Tensimeter dan Steteskop siap digunakan dalam pendataan

Ketersediaan sumber daya tersebut di atas ditanyakan kepada 30 puskesmas sebagai responden dan hasil pengumpulan datanya adalah sebagai berikut:



Grafik 1. Ketersediaan Input PIS-PK

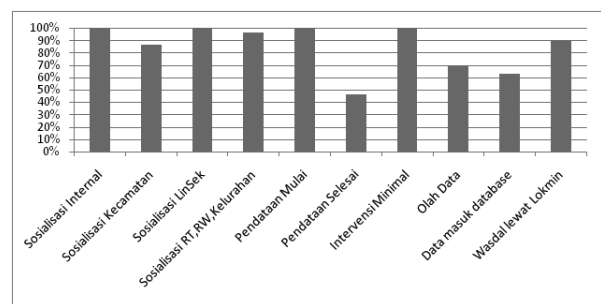
Dari grafik tersebut di atas nampak bahwa sumber daya yang sudah tersedia secara menyeluruh atau 100% adalah tim pembina, paket informasi berupa brosur, dan formulir Prokesga. Sedangkan sumber daya lainnya belum tersedia secara merata, terutama dalam hal ketersediaan uraian tugas untuk tim pembina dan tim aplikasi (53% dan 50%), pembina yang sudah mendapat

pelatihan (47%), dan ketersediaan peralatan yang khusus untk PIS-PK (50%).

Sampai sejauh mana proses kegiatan PIS-PK sudah dilakukan di DIY juga ditanyakan kepada responden. Proses kegiatan tersebut terdiri dari:

1. Sudah dilakukan sosialisasi di internal puskesmas.
2. Sudah dilakukan sosialisasi ke kantor Kecamatan
3. Sudah dilakukan sosialisasi ke lintas sektor terkait.
4. Sudah dilakukan sosialisasi ke unsur masyarakat, RT, RW, Kelurahan
5. Sudah dilakukan pendataan ke beberapa rumah penduduk
6. Sudah dilakukan pendataan ke seluruh rumah penduduk
7. Sudah dilakukan intervensi minimal Sudah dilakukan pengolahan data
8. Hasil olah data sudah dimasukkan ke pangkalan data di Dinkes Kabupaten/Kota
9. Sudah dilakukan pengawasan dan pengendalian dalam Lokmin Bulanan.

Gambaran mengenai sejauh mana pelaksanaan PIS-PK di 30 puskesmas dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik2. Proses Pelaksanaan PIS-PK

Pada grafik si atas nampak bahwa lima dari sepuluh kegiatan PIS-PK sudah 100% selesai dilakukan di 30 puskesmas responden. Kegiatan lainnya belum selesai dilakukan oleh semua responden. Dua aktivitas yang paling kecil tingkat keterselesaiannya adalah mengenai pendataan (47%) dan data masuk *data base* (63%).

Untuk melengkapi informasi dari responden digali juga melalui pertanyaan terbuka hal-hal

yang menjadi hambatan pada pelaksanaan PIS-PK. Beberapa hambatan utama yang responden rasakan adalah sebagai berikut:

1. Keterbatasan SDM dan waktu untuk pengumpulan data
2. Keluarga sulit ditemui secara lengkap, rumah kosong, dan beberapa menolak kunjungan.
3. Memasukkan data online sangat sulit dan lambat.
4. Aplikasi tidak bisa menghasilkan resume dan nilai indeks sehat
5. Warga banyak yang belum mengetahui program ini
6. Petugas masih belum sepenuhnya menguasai persoalan.

Gambaran mengenai kesiapan dan hambatan pelaksanaan PIS-PK di atas kemudian diperdalam dan dibahas dalam FGD yang dihadiri perwakilan puskesmas serta pihak Dinas Kesehatan DIY dan lima Kabupaten/Kota. Dalam FGD tersebut didiskusikan berbagai masalah yang dihadapi pada pelaksanaan PIS-PK.

Pengumpulan Data

Hambatan pada saat pengumpulan data yang paling banyak dikeluhkan adalah mengenai keterbatasan SDM dan waktu di puskesmas. Hal tersebut menjelaskan hasil survei bahwa pengumpulan data baru selesai di 47% responden (lihat Grafik 2). Sebagian besar puskesmas dalam melakukan pendataan menggunakan tenaga dari petugas puskesmas itu sendiri. Mereka merasa bahwa beban tugas sehari-hari sudah sudah menyita tenaga dan waktu sehingga sulit apabila ditambah dengan tugas melaksanakan PIS-PK. Hal itu seperti yang disampaikan oleh beberapa responden/informan:

"...keterbatasan petugas karena harus tenaga kesehatan, beban kerja petugas banyak,...."

"Kalau PIS-PK hanya dikerjakan oleh puskesmas akan sangat kesulitan. Sebaiknya Kemenkes memberikan bantuan SDM khusus untuk PIS-PK"

Namun keluhan itu tidak muncul pada puskesmas di beberapa kabupaten. Dinas Kesehatan Kabupaten tersebut menjelaskan bahwa di sana untuk pengumpulan data melibatkan tenaga di luar puskesmas, menggunakan dana BOK.

Hal itu sejalan dengan petunjuk teknis dalam lampiran peraturan menteri yang mengatakan bahwa puskesmas bisa bekerjasama dengan institusi lain atau merekrut tenaga untuk pengumpulan data.¹

Perwakilan Dinas Kesehatan DIY juga membenarkan penggunaan tenaga di luar puskesmas dengan syarat dilakukan pembekalan sebelumnya dan dianggap sudah mampu melakukan pengumpulan data.

Masalah lain yang banyak dikeluhkan dalam pengumpulan data adalah kendala untuk mendapatkan data yang lengkap mengenai suatu keluarga. Hal itu bisa karena penghuni rumah sulit ditemui, atau bahkan menolak dikunjungi. Untuk mengatasi hambatan tersebut hasil diskusi mengarah pada pentingnya sosialisasi dan kerjasama dengan lintas sektor, dalam hal ini adalah pihak RT, RW, dan kelurahan. Dengan koordinasi dan kerjasama dengan mereka atau bahkan melibatkan mereka dalam melakukan kunjungan akan lebih mendapatkan kerjasama dan pemahaman dari warga. Melibatkan lintas sektor juga dianjurkan dalam petunjuk teknis PIS-PK¹.

Kendala lain yang cukup menghambat adalah dalam hal ketersediaan peralatan (steteskop dan tensimeter). Sesuai hasil survei melalui kuesioner, banyak puskesmas yang belum memiliki peralatan yang secara khusus disediakan untuk PIS-PK (lihat Grafik 1). Sehingga pendataan hanya dilakukan pada saat peralatan tersebut tidak dibutuhkan di puskesmas. Dalam FGD perwakilan Dinas Kesehatan DIY menganjurkan agar puskesmas menyediakan peralatan yang bisa digunakan sewaktu-waktu untuk pendataan tanpa mengganggu pelayanan.

Penggunaan Aplikasi

Survei menggunakan kuesioner menghasilkan angka yang cukup rendah (63%)

untuk keterselesaian proses memasukkan data ke *data base* (lihat grafik 2), dandalam daftar hambatan yang dirasakan responden juga menyebutkan bahwa memasukkan data secara *online* sangat sulit dan lambat. Selain itu aplikasi juga tidak memunculkan angka IKS. Beberapa responden atau informan menyatakan sebagai berikut:

“aplikasi loading lama, sudah di-entry lalu save, yang muncul tidak lengkap datanya. Aplikasi belum sempurna, hasil IKS sering tidak muncul”

“...server tidak lancar, tidak stabil harus meng-entry beberapa kali...”

“...pentingnya hasil IKS, karena dari masyarakat pun juga ingin mengetahui hasilnya. Sementara proses entry lambat dan belum langsung keluar IKS”

Dalam FGD masalah itu juga menjadi bahan diskusi yang cukup ramai. Untuk mendapatkan angka IKS yang tidak dapat dimunculkan oleh aplikasi beberapa puskesmas menggunakan format tersendiri untuk memasukkan data secara *offline* dan menghitung sendiri angka IKS-nya. Sedangkan agar proses memasukkan data *online* lebih lancar beberapa puskesmas menganjurkan agar melakukannya saat malam hari. Sementara perwakilan Dinas Kesehatan DIY menyatakan sedang mengupayakan tersedianya program aplikasi tersendiri untuk DIY dengan sistem *mirror* bekerjasama dengan Dinas Kominfo.

Pemahaman warga dan petugas

Pada hasil survei tentang kesiapan sumber daya (lihat grafik 1), ketersediaan uraian tugas, serta tim pembina terlatih mendapatkan angka paling rendah. Hal itu sesuai dengan identifikasi hambatan tentang petugas yang belum menguasai permasalahan. Dalam FGD hal tersebut juga muncul, misalnya yang disampaikan oleh beberapa informan berikut:

“...keterbatasan peserta pada saat pelatihan, satu puskesmas paling banyak hanya lima orang.

Sehingga pada saat di lapangan memunculkan beberapa persepsi.”

“Tim pembina direncanakan 13 orang termasuk Kapus, namun untuk saat ini yang dilatih baru 5 orang per puskesmas, itu pun tidak dalam waktu yang bersamaan..”

Selain masalah dalam pemahaman petugas, masyarakat juga dianggap belum sepenuhnya mengetahui mengenai program ini. Walaupun proses kegiatan sosialisasi di RT, RW dan kelurahan sudah mencapai tingkat keterselesaian 96% (lihat Grafik 2), namun pemberian informasi ke warga di tingkat keluarga belum semua dilakukan dengan merata. Harapannya ke depan agar program ini bisa lebih melibatkan kelurahan, RT, dan RW sehingga informasi dan kerjasama dari warga bisa lebih banyak lagi.

Perwakilan Dinas Kesehatan DIY menjelaskan bahwa anggaran untuk pelatihan memang terbatas, sehingga dianjurkan agar dinas kabupaten/kota dapat menyelenggarakan sendiri dengan anggaran perubahan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat diberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Kesiapan sumber daya diperlukan terutama dalam hal SDM yang terlatih dan jelas tugas dan fungsinya serta ketersediaan peralatan yang siap pakai.
2. Proses PIS-PK banyak terkendala dalam hal mengumpulkan dan memasukkan data.
3. Pengumpulan data bisa melibatkan pihak di luar puskesmas yang memiliki kompetensi tertentu.
4. Perlu dilakukan kerjasama dengan lintas sektor terutama kelurahan, RT, dan RW untuk sosialisasi ke warga dan memperlancar akses ke keluarga.
5. Akan diupayakan aplikasi khusus untuk DIY untuk mempercepat pemasukan data.
6. Pelatihan bagi petugas perlu ditingkatkan efektivitasnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Permenkes RI Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
2. Subarsono, AG. (2016). Analisis Kebijakan Publik. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
3. Kunarjo (2002). Perencanaan dan Pengendalian Program Pembangunan. Jakarta: Penerbit Uniersitas Indonesia.
4. Siswanto, Susilo, Suyanto (2017). Metodologi Penelitian Kombinasi Kualitatif-Kuantitatif. Klaten: Bo