

## IMPLEMENTASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS PK) MENGGUNAKAN TENAGA KONTRAK DI KABUPATEN KULON PROGO TAHUN 2018

IMPLEMENTATION OF HEALTH INDONESIA WITH FAMILY APPROACH (PIS PK) USING CONTRACT IN KULON PROGO DISTRICT 2018

Shinta Chyntia Agustina<sup>1</sup>, Laksono Trisnantoro<sup>2</sup>, Dwi Handono<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

### ABSTRAK

PIS PK bertujuan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Puskesmas melalui kunjungan rumah. Adanya penetapan sebagai lokus PIS PK oleh Kemenkes RI dan untuk mencapai *total coverage* verifikasi data di tahun 2019, Kecamatan Sentolo yang mempunyai 2 Puskesmas, yaitu Puskesmas Sentolo 1 dan Sentolo 2 melakukan strategi implementasi yang berbeda, di Puskesmas Sentolo 1 dilakukan oleh tenaga kesehatan Puskesmas sedangkan Puskesmas Sentolo 2 dilakukan oleh tenaga kontrak, hal ini disebabkan oleh jumlah SDM dan analisis beban kerja yang berbeda antara kedua Puskesmas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak, serta faktor-faktor apa yang mempengaruhinya agar dapat dilakukan tindak lanjut sehingga implementasi PIS-PK dapat berjalan dengan optimal. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif menggunakan rancangan studi kasus dengan pendekatan riset implementasi (CFIR). Strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak dapat memenuhi tujuan implementasi PIS PK yaitu mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat, meningkatkan capaian IKS wilayah dan capaian 12 indikator PIS PK. Faktor-faktor yang mempengaruhi strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak antara lain kebijakan eksternal, kebijakan internal, insentif dan penghargaan, sumberdaya yang tersedia, akses informasi serta pengetahuan dan keyakinan individu. Faktor pendukung strategi berupa keyakinan dengan tenaga kontrak bisa mengurangi beban kerja. Sedangkan faktor penghambat adalah belum didukung dengan regulasi, perjanjian kerjasama, akses informasi dan pelatihan untuk tenaga kontrak, aplikasi keluarga sehat yang belum optimal, anggaran untuk sarana prasarana dan alat kesehatan, penerimaan dari lintas program dan masyarakat, penerimaan tenaga kontrak terhadap insentif serta sistem pelaporan dan validasi data. Harapannya implementasi PIS PK dapat menggunakan tenaga kontrak sebagai anggota tim bina wilayah Puskesmas, didukung dengan regulasi dan anggaran dari Kemenkes dan Pemda, tenaga kontrak PIS PK sebagai tenaga kontrak yang dibiayai dari BOK (tenaga kontrak BOK) selama 1 tahun.

**Kata kunci:** Implementasi, PIS PK, Tenaga Kontrak

### ABSTRACT

*PK PIS aims to improve access to health services in Puskesmas through home visits. The establishment of the PIS PK locus by the Indonesian Ministry of Health and to achieve total data verification coverage in 2019, Sentolo Sub-district which has 2 Puskesmas, namely Sentolo 1 Health Center and Sentolo 2 perform a different implementation strategy, at Sentolo 1 Health Center conducted by health center Puskesmas while Sentolo 2 Health Center is carried out by contract workers, this is due to the number of HR and analysis of the different workloads between the two Puskesmas. This study aims to find out how the implementation of PIS PK uses contract staff, as well as what factors influence it so that follow-up can be carried out. PIS-PK implementation can run optimally. This research is a qualitative research using a case study design with an implementation research approach (CFIR). Compliance with the PIS PK implementation strategy using contract workers can meet the objectives of implementing the PK PIS, namely to bring access to health services closer to the community, improve the achievement of regional IKS and achieve 12 PIS PK indicators. Supporting factors for strategy compliance in the form of confidence with contract workers can reduce workload. While the inhibiting factor is not yet supported by regulations, cooperation agreements, access to information and training for contract workers, healthy family applications that have not been optimal, budgets for infrastructure and medical devices, revenue from cross-program and community, revenue contract staff for incentives and data reporting and validation systems. The hope is that the implementation of the PIS PK can use contract workers as members of the Puskesmas regional development team, supported by regulations from the Ministry of Health, that PIS PK contract workers are contract workers financed by BOK (BOK contract workers).*

**Keywords:** Contract worker, Implementation, PIS PK

### PENDAHULUAN

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Program ini didukung oleh program sektoral lainnya yaitu Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Program

Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015.(1) Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama,

yaitu: penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, dan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN).

Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat (*benefit*), serta kendali mutu dan biaya. Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat.<sup>(1)</sup> Untuk meningkatkan akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, mendukung pencapaian standar pelayanan minimal Kabupaten/Kota, mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dan mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, Kementerian Kesehatan menyelenggarakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) dengan mengeluarkan regulasi diantaranya Permenkes Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Sebagai bentuk dukungan terhadap kebijakan yang telah dibuat oleh Pemerintah, Kabupaten Kulon Progo melalui Dinas Kesehatan melaksanakan PIS PK, dengan mengacu pada pedoman Permenkes Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

Puskesmas Sentolo 1 merupakan Puskesmas Lokus PIS PK tahun 2017 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK01.07/Menkes/85/2017 tentang Lokus PIS PK tahun 2017, Sedangkan Puskesmas Sentolo 2 merupakan Puskesmas Lokus PIS PK tahun 2018 berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/42/2018 tentang Lokus PIS PK tahun 2018. Dengan adanya Keputusan Menteri Kesehatan tentang Lokus PIS PK tahun 2017 dan 2018, Dinas Kesehatan DIY dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo memberikan instruksi kepada Puskesmas untuk melaksanakan Program Indonesia sehat dengan Pendekatan keluarga sesuai dengan pedoman pelaksanaan PIS PK. Dalam implementasi PIS PK, Puskesmas Sentolo 1 dan Puskesmas Sentolo 2 menggunakan strategi yang berbeda, diantaranya penggunaan tenaga kontrak harian lepas pada saat kunjungan keluarga sekaligus intervensi

awal dan input data di Puskesmas Sentolo 2, sedangkan kunjungan keluarga sekaligus intervensi awal dan input data di Puskesmas Sentolo 1 dilakukan oleh tenaga Puskesmas baik ASN maupun tenaga kontrak BLUD. Untuk itu sangat perlu adanya penelitian untuk menganalisis implementasi program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) yaitu dengan perekrutan tenaga kontrak melalui cara mengidentifikasi pengaruh strategi implementasi terhadap hasil dari implementasi untuk menghasilkan informasi yang bermanfaat dan menjadi evaluasi perbaikan dalam implementasi kebijakan PIS PK di Kabupaten Kulon Progo Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2018.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif menggunakan rancangan studi kasus dengan pendekatan riset implementasi (*Consolidated Framework for Implementation/CFIR*) untuk menganalisis secara mendalam outcome implementasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi PIS PK yang dilaksanakan oleh tenaga kontrak, dilihat dari sisi penerimaan dan kepatuhan di Kabupaten Kulon Progo pada tahun 2018. Tempat penelitian dilaksanakan di Kabupaten Kulon Progo dengan fokus penelitian pada Dinas Kesehatan dan 2 Puskesmas, yaitu Puskesmas Sentolo 1 sebagai lokus PIS PK tahun 2017 dan Puskesmas Sentolo 2 lokus PISPK tahun 2018. Dipilihnya Puskesmas Sentolo 1 dan 2 dengan kriteria bahwa hasil analisis Indikator Keluarga Sehat (IKS) dalam aplikasi Keluarga Sehat Kemenkes RI disajikan dalam IKS wilayah secara berjenjang (KK, RT, RW/Dusun, Desa, Kecamatan, Kabupaten, Provinsi dan Indonesia) bukan per Puskesmas, dari 12 Kecamatan di Kabupaten Kulon Progo, hanya Kecamatan Sentolo yang sudah melakukan pendataan 100 % pada tahun 2017 dan mempunyai strategi berbeda antara kedua Puskesmas dalam mencapai total coverage verifikasi data PIS PK pada tahun 2019, yaitu di Puskesmas Sentolo 1 dilakukan oleh tenaga kesehatan Puskesmas sedangkan Puskesmas Sentolo dilakukan oleh tenaga kontrak, untuk mewujudkan nilai IKS wilayah Kecamatan Sentolo. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Januari-Februari 2019. Subyek penelitian berjumlah 20 orang dan triangulasi sumber berjumlah 11 orang, yang dipilih secara purposive sampling, dengan kriteria pemilihan informan dilakukan dengan prinsip kesesuaian (*appropriateness*).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Penerimaan (*acceptability*)

Penerimaan mengacu pada persepsi para pemangku kepentingan dalam menerima, mendapatkan keuntungan relatif/merasakan

manfaat, dukungan atau kredibilitas dalam pelaksanaan tahapan PIS PK terhadap strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak.

Di Puskesmas Sentolo 1 sesuai kebijakan Kepala Puskesmas, pelaksanaan kunjungan keluarga sekaligus intervensi awal oleh petugas Puskesmas mendapatkan penerimaan positif dari petugas sendiri maupun masyarakat bahkan mendapatkan dukungan dari kader melalui pendampingan oleh kader pada saat kunjungan keluarga, meskipun ada sedikit penolakan dari petugas jika kunjungan dilakukan rutin setiap tahun karena hal tersebut dapat menambah baban kerja petugas di Puskesmas.

Sedangkan di Puskesmas Sentolo 2, berdasarkan kebijakan Kepala Puskesmas dan keterbatasan SDM baik secara kuantitatif maupun kualitatif, pelaksanaan kunjungan keluarga sekaligus intervensi awal dan input data oleh tenaga kontrak harian lepas, strategi tersebut mendapatkan penerimaan yang positif dari petugas Puskesmas, karena telah memberikan keuntungan relatif/memberikan manfaat yaitu dapat meringankan beban kerja petugas Puskesmas, selain itu juga mendapatkan penerimaan dari Dinkes Daerah Istimewa Yogyakarta dan Dinkes Kabupaten Kulon Progo meski tidak didukung dengan regulasi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak. Tetapi tidak mendapatkan penerimaan positif dari masyarakat, karena masyarakat tidak merasakan mendapatkan keuntungan/manfaat berupa pendampingan dalam penyelesaian permasalahan kesehatan keluarga, keluarga merasa didatangi petugas hanya untuk pencapaian target pendataan saja. Selain itu juga tidak mendapatkan penerimaan positif dari pemegang program lainnya di Puskesmas, karena adanya perbedaan data antara data PIS PK dengan data program.

Untuk melaksanakan sebuah intervensi, diperlukan kerja sama lintas program dengan

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 kekuatan dan peluang mencapai sasaran kebutuhan lokal. (2) Demikian halnya dengan strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak diperlukan penerimaan dan dukungan lintas program, lintas sektor, dukungan regulasi dari pemerintah Pusat dan Daerah serta partisipasi dari masyarakat untuk mendapatkan keuntungan relatif, mencapai tujuan dan target yang kredibel dalam jangka waktu yang telah ditentukan serta berkelanjutan.

### Kepatuhan (*fidelity*)

Kepatuhan mengacu pada sejauh mana intervensi dapat dilakukan seperti yang dirancang dalam protokol, rencana atau kebijakan. Kepatuhan dapat berupa ketaatan, pelaksanaan sesuai yang diharapkan, integritas perawatan, kualitas pelaksanaan program, intensitas atau dosis pelaksanaan. (3) Dalam penelitian ini, peneliti membatasi definisi kepatuhan terkait implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak mengacu pada sejauh mana strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak dapat memenuhi tujuan pelaksanaan PIS PK di Puskesmas yaitu mendekati akses pelayanan kepada masyarakat, memenuhi target kinerja dalam jangka waktu yang disepakati serta sesuai dengan kebijakan penyelenggaraan di Kabupaten Kulon Progo yaitu berupa target kunjungan dan input data lebih dari 60%, target IKS lebih dari 0,40 serta target nilai per indikator PIS PK.

No	Indikator PIS PK	Target (%)	Capaian Puskesmas Sentolo 1 (%)		Capaian Puskesmas Sentolo 2 (%)	
			2017	2018	2017	2018
1	Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)	38,8	42,3	48,9	64,83	44,49
2	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	88,8	97,1	88,3	92,86	98,28
3	Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap	97,1	97	92,3	97,84	98,43
4	Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif	84,6	88,8	86,8	54,73	87,92
5	Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan	91,5	91,3	93,3	99,24	93,54
6	Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	14,2	17,4	22,3	73,33	13,95
7	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	25,1	11,3	12,8	82,67	12,53
8	Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan	11,8	59,8	57,4	64,34	28
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	54,6	56,2	65,4	51,6	61,18
10	Keluarga sudah menjadi anggota jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	97,1	58,8	89,8	61,42	99,54
11	Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	97,9	98,3	95,6	97,64	97,26
12	Keluarga mempunyai sarana atau menggunakan jamban sehat	64,3	97,4	89,7	92,81	91,26
Jumlah sasaran			6660 KK	4356 KK	6567 KK	3506 KK
Total sasaran (total coverage)			6660		6567	
Capaian kunjungan (pendataan dan input data)			60	100	100	53,38
Jumlah keluarga sehat			1455	1476	2892	1250
Capaian IKS			40 (0,4)	33,9 (0,33)		35,65 (0,35)

Dari tabel diatas didapatkan hasil bahwa Puskesmas Sentolo 1 dengan strategi implementasi PIS PK menggunakan SDM Puskesmas dapat mencapai target capaian kunjungan lebih dari 60 % yaitu sebesar 65,4% sedangkan Puskesmas Sentolo 2 tidak bisa memenuhi target capaian kunjungan lebih dari 60 % yaitu sebesar 53,38 % tetapi dapat mencapai target kunjungan ke 2 Desa sasaran di tahun 2018. Hal ini disebabkan karena Puskesmas Sentolo 2 hanya membuat target berdasarkan jumlah desa yaitu Desa Tuksono dan Desa Demangrejo sebagai target sasaran tahun 2018, tidak menghitung berdasarkan jumlah KK sasaran, tenaga kontrak hanya melaksanakan pekerjaan sesuai dengan arahan dari Puskesmas Sentolo 2.

Untuk target capaian IKS, jika dibandingkan antar kedua Puskesmas, Puskesmas Sentolo 2 yang menggunakan tenaga kontrak harian lepas, capaiannya lebih tinggi dibandingkan dengan Puskesmas Sentolo 1, meskipun kedua Puskesmas sama-sama belum bisa memenuhi target dari Dinkes Kabupaten Kulon Progo, yaitu lebih dari 0,40. Capaian IKS wilayah Puskesmas Sentolo 1 sebesar 0,33 yang berarti bahwa baru 33 % dari total KK sasaran merupakan keluarga sehat di wilayah kerja Puskesmas Sentolo 1 pada tahun 2018, sedangkan capaian IKS Puskesmas Sentolo 2 sebesar 0,35 yang berarti bahwa baru 35 % dari total KK sasaran merupakan keluarga sehat di wilayah kerja Puskesmas Sentolo 2 pada tahun 2018. Untuk target 12 indikator PIS PK, di Puskesmas Sentolo 1 ada 4 indikator PIS PK yang bisa mencapai target cakupan dan mengalami kenaikan capaian dari tahun 2017 ke tahun 2018, sedangkan Puskesmas Sentolo 2 ada 5 indikator PIS PK yang bisa mencapai target cakupan dan mengalami kenaikan capaian dari tahun 2017 ke tahun 2018.

Makna dari pelaksanaan kebijakan publik merupakan suatu hubungan yang memungkinkan pencapaian tujuan-tujuan atau sasaran sebagai hasil akhir dari kegiatan yang dilakukan pemerintah. Kekurangan atau kesalahan kebijakan publik akan dapat diketahui setelah kebijakan publik tersebut dilaksanakan, keberhasilan pelaksanaan kebijakan publik dapat dilihat dari dampak yang ditimbulkan sebagai hasil evaluasi atas pelaksanaan suatu kebijakan. (4) Seperti halnya dalam penelitian ini, jika dilihat dari hasil penelitian tersebut diatas, dari capaian target IKS dan indikator PIS PK, kunjungan keluarga dan intervensi awal oleh tenaga kontrak lebih bagus daripada dilakukan oleh petugas Puskesmas.

## **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi PIS PK Menggunakan Tenaga Kontrak Kebijakan Eksternal**

### **1. Penerimaan**

Kebijakan eksternal mempengaruhi penerimaan Dinkes DIY dan Kabupaten Kulon Progo terhadap strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak. Kebijakan eksternal baik dari Kementerian Kesehatan maupun Pemerintah Daerah sebagai dasar Kepala Puskesmas untuk melaksanakan PIS PK. Peran Dinas Kesehatan Provinsi dalam penyelenggaraan Puskesmas secara umum adalah memfasilitasi dan mengoordinasikan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayah kerjanya untuk berupaya dengan sungguh-sungguh agar Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 terpenuhi di semua Puskesmas. Dalam rangka pelaksanaan pendekatan keluarga sesuai dengan Permenkes nomor 39 tahun 2016 tentang pedoman PIS PK, Dinas Kesehatan Provinsi juga memiliki tiga peran utama, yakni: pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian. Peran utama ini dilaksanakan oleh seksi Kesehatan Dasar Bidang Pelayanan Kesehatan tanpa membentuk tim bina wilayah dan SK tim bina wilayah dalam penyelenggaraan PIS PK di DIY.

Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai pemilik Unit Pelaksana Teknis/Puskesmas adalah mengupayakan dengan sungguh-sungguh agar Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 terpenuhi untuk semua Puskesmas di wilayah kerjanya. Disebutkan dalam Permenkes nomor 39 tahun 2016 tentang pedoman penyelenggaraan PIS PK bahwa dalam rangka pelaksanaan pendekatan keluarga oleh Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memiliki tiga peran utama, yakni: pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian. Kebijakan mengenai penggunaan tenaga kontrak harian lepas dalam pelaksanaan PIS PK oleh Dinas Kesehatan diserahkan kepada Puskesmas masing-masing. Hal ini sejalan dengan penelitian Purwanto and Sulistyastuti (2015) bahwa pelaksanaan kebijakan perlu mempertimbangkan kepentingan (politik), karena memiliki kemungkinan untuk mengubah dan mempengaruhi keputusan berdasarkan pengetahuan, pemahaman dan ketertarikan. (2) Sehingga dalam implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak diperlukan regulasi lebih lanjut yang mendukung pengaturan implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak pada level Provinsi dan Kabupaten.

## 2. Kepatuhan

Kebijakan eksternal mempengaruhi kepatuhan strategi implementasi menggunakan tenaga kontrak terhadap tujuan dan target kinerja yang telah ditentukan. Pemerintah Kabupaten Kulon Progo melalui Peraturan Bupati nomor 17 tahun 2017 mengatur mengenai tenaga kontrak tetapi tidak mengatur tentang tenaga kontrak harian lepas khususnya pada pelaksanaan PIS PK. Regulasi pelayanan kesehatan merupakan upaya publik untuk memberikan pengaruh langsung atau tidak langsung terhadap perilaku dan fungsi organisasi maupun perorangan yang menyediakan pelayanan kesehatan. Regulasi biasanya mengacu kepada kegunaan kekuasaan yang memaksa dari negara dalam mengubah perilaku individu dan organisasi, biasanya berbentuk peraturan-peraturan dalam sistem kesehatan.(5) Sehingga Strategi Implementasi PIS PK memerlukan regulasi untuk dapat mencapai target peningkatan Indikator Keluarga Sehat dan indikator PIS PK.

### Kebijakan Internal

#### 1. Penerimaan

Kebijakan internal mempengaruhi penerimaan Dinkes, Puskesmas, lintas program dan tenaga kontrak terhadap strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak. Ketersediaan sumberdaya dan analisis beban kerja yang berbeda antara kedua Puskesmas mengakibatkan Puskesmas mengambil kebijakan yang berbeda mengenai strategi dalam implementasi PIS PK. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Setianingrum et al., (2014) yang memberikan *lesson learned* tentang program vertikal yang dimodifikasi menjadi program horizontal. (2) Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga merupakan program *top down* yang pendanaan berasal dari pusat, namun dilaksanakan dengan sistem pelayanan terintegrasi antar program dan lintas sektor dengan inovasi menggunakan tenaga kontrak yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

#### 2. Kepatuhan

PIS PK di Puskesmas Sentolo 1 dilaksanakan oleh petugas Puskesmas berdasarkan SK Kepala Puskesmas mengenai pembentukan Tim Penanggungjawab dan penetapan pembina wilayah Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Sedangkan di Puskesmas Sentolo 2 dilakukan oleh tenaga kontrak harian lepas, tanpa didukung dengan SK Kepala Puskesmas, Perjanjian Kerjasama tertulis antara Puskesmas dengan tenaga kontrak harian lepas, selain itu kriteria atau persyaratan pada saat proses

rekrutmen juga mempengaruhi pencapaian tujuan dan target pelaksanaan PIS PK di Puskesmas, kriteria yang tidak dipersyaratkan juga menjadi permasalahan, yaitu mengenai pengalaman kerja, kompetensi tenaga kontrak dan status pekerjaan tenaga kontrak pada saat itu.

Sejalan dengan pendapat dari Liu et al pada tahun 2004 bahwa kontrak di sektor kesehatan secara umum didefinisikan sebagai pengembangan dan implementasi dari suatu perjanjian yang didokumentasikan oleh satu pihak (prinsip, pembeli, atau kontraktor) menyediakan kompensasi kepada pihak lain (agen, penyedia, atau kontraktual) sebagai ganti untuk memberikan rangkaian pelayanan kesehatan yang ditetapkan untuk populasi target yang telah ditetapkan. (6), Sehingga dalam pelaksanaan PIS PK menggunakan tenaga kontrak, agar dapat mencapai tujuan, target IKS wilayah dan indikator PIS PK dapat tercapai, harus dibuat perjanjian kerjasama antara Puskesmas dengan tenaga kontrak yang memuat target kinerja dan kompensasi yang didukung dengan regulasi dan anggaran dari Pusat, Provinsi dan Kabupaten.

### Sumber Daya yang tersedia

#### 1. Penerimaan

Sumberdaya yang tersedia mempengaruhi penerimaan Dinas Kesehatan dan Puskesmas terhadap strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak. Ketersediaan sumberdaya manusia baik secara kualitas maupun kuantitas mempengaruhi atau merupakan faktor pendukung pengambilan kebijakan strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak. Tetapi ketersediaan sumberdaya lainnya selain sumber daya manusia merupakan faktor penghambat dalam penerimaan manfaat implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak di Puskesmas. Hal ini sejalan dengan penelitian Laelasari, bahwa sumber daya sebuah organisasi yaitu *man* (manusia), *money* (anggaran), *material* (bahan baku kerja), *machine* (peralatan/sarana penunjang) dan *methods* (prosedur kerja), dan pada masa sekarang ini sumber daya informasi tidak kalah pentingnya, Puskesmas yang telah menjalankan pendataan PIS PK harus mempersiapkan sumber daya tersebut agar kegiatan berjalan sesuai dengan pedoman.(7), sehingga khususnya pada strategi menggunakan tenaga kontrak ini juga harus disiapkan mengenai ketersediaan sumberdaya agar dapat memberikan manfaat bagi para pemangku kepentingan dan mendapatkan hasil kredibel sesuai dengan pedoman.

#### 2. Kepatuhan

Ketersediaan sumberdaya manusia merupakan

faktor pendukung kepatuhan strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak tetapi ketersediaan sumber daya lainnya yang tersedia merupakan faktor penghambat antara lain pada saat kunjungan ulang tidak semua anggota keluarga sasaran ditemui; sumber data hanya berdasarkan hasil wawancara, tidak berdasarkan buku KIA/KMS; perencanaan penjadwalan yang tidak sesuai dengan beban kerja petugas Puskesmas; kedisiplinan tenaga kontrak; ketersediaan anggaran; ketersediaan sarana dan alkes (prokesga, pinkesga, tensimeter, pot sputum); belum sempurnanya aplikasi keluarga sehat dan validasi data. Hal ini sejalan dengan pendapat dari Solichin, a. W. (2008) bahwa kebijakan yang dirumuskan tidak dapat mencapai tujuannya jika tidak ada sumber daya disediakan, baik itu sumber daya manusia atau sumber daya pendukung lainnya. Kegagalan dan keberhasilan implementasi dapat dilihat dengan kemampuan nyata untuk melanjutkan atau mengoperasikan program yang dirancang. (8) Sehingga strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak tidak akan dapat mencapai target dan berkelanjutan jika tidak didukung dengan sumberdaya manusia maupun pendukung lainnya. Implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak perlu dukungan anggaran sarana, prasana dan alkes baik dari pemerintah pusat maupun daerah tanpa dukungan tersebut implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak tidak akan dapat diterima oleh pemangku kepentingan, tidak akan dapat mencapai target dan tidak akan dapat berkelanjutan.

#### **Insentif dan penghargaan**

##### **1. Penerimaan**

Insentif dan penghargaan mempengaruhi penerimaan tenaga kontrak pada strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak yaitu mengenai besaran insentif yang diterima oleh tenaga kontrak harian lepas. Tenaga kontrak harian lepas hanya mendapatkan transport harian yang diterimakan setiap bulan dengan total di bawah UMK, tanpa ada pendapatan operasional lainnya, dengan target kerja harus menyelesaikan kunjungan dan input data sasaran keluarga di 2 Desa yaitu 3506 KK dalam waktu 6 bulan. Hal tersebut sejalan dengan pendapat dari Mathis (2006) pemberian insentif merupakan faktor penting yang mempengaruhi bagaimana dan mengapa orang-orang memilih untuk bekerja di sebuah organisasi. (5) Sehingga agar tenaga kontrak dapat menerima dan melaksanakan pekerjaan sesuai dengan kontrak, seharusnya didukung dengan besaran insentif sesuai dengan ketentuan yaitu sebesar UMK dan didukung dengan biaya operasional lainnya.

##### **2. Kepatuhan**

Selain mempengaruhi penerimaan tenaga kontrak, faktor insentif dan penghargaan juga mempengaruhi kepatuhan dari tenaga kontrak, permasalahan yang timbul dalam penelitian tersebut sejalan dengan apa yang disampaikan oleh Scott (1997) dalam Asyik (2000), bahwa hubungan antara manajemen (agen/tenaga kontrak) dengan pemilik perusahaan merupakan paradigma hubungan *principal-agent*, dan pemilik perusahaan sebagai *principal* memberikan kepercayaan (secara formal dalam bentuk kontrak hubungan kerja) kepada manajemen (*agent*) yang memberikan jasa manajerialnya. Masing-masing individu baik *principal* maupun *agent*, diasumsikan semata-mata termotivasi oleh kepentingan dirinya sendiri sehingga dapat menimbulkan konflik kepentingan diantara keduanya yaitu *principal* dan *agent*. Pihak *principal* termotivasi mengadakan kontrak untuk mensejahterakan dirinya dengan tingkat profitabilitas yang selalu meningkat, sedangkan *agent* termotivasi untuk memaksimalkan pemenuhan kebutuhan ekonomi dan psikologisnya antara lain dalam hal memperoleh investasi, pinjaman, maupun kontrak kompensasi. Salah satu cara untuk mengatasi *agency problem* tersebut melalui program kompensasi manajemen, yang dirancang dengan maksud untuk mendorong manajemen agar berupaya memaksimalkan nilai perusahaan. (9) Dengan adanya kompensasi berupa dukungan anggaran dari Kementerian Kesehatan berupa honor tenaga kontrak PIS PK dalam anggaran BOK (belanja pegawai) dalam masa kontrak 1 tahun diharapkan dapat menyelesaikan masalah penerimaan tenaga kontrak terhadap insentif yang diterima sehingga tenaga kontrak dapat mencapai target yang telah ditentukan.

##### **Akses dan informasi**

##### **1. Penerimaan**

Akses dan informasi mempengaruhi penerimaan masyarakat terhadap strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak. Tidak adanya akses informasi berupa tidak ada sosialisasi atau pemberitahuan terlebih dahulu kepada keluarga sasaran, tidak ada kesepakatan jadwal kunjungan sebelumnya, baik itu melalui kader, ketua RT maupun kepala Dusun, sehingga masyarakat atau keluarga sasaran merasa tidak mendapatkan manfaat dari kunjungan tenaga kontrak, masyarakat merasa kunjungan tenaga kontrak hanya untuk mencapai target pendataan saja, tidak untuk menyelesaikan permasalahan dalam keluarga sasaran. Hal ini sejalan dengan penelitian Fatimah (2018) tidak ada dukungan nyata yang diberikan oleh pihak kepala desa, dikarenakan pemahaman dari kepala desa masih

dirasa kurang karena sosialisasi hanya dilakukan 1 kali, dan tidak ada komunikasi maupun tindak lanjut dari kepala Puskesmas setelah pertemuan. (2) Sehingga agar masyarakat keluarga sasaran dapat menerima manfaat dan percaya bahwa dari kunjungan tenaga kontrak dapat menyelesaikan permasalahan keluarga masyarakat, harus ada dukungan dari lintas sektor yaitu pihak Desa dan jajarannya untuk menyampaikan sosialisasi mengenai pelaksanaan beserta jadwal dari PIS PK.

## 2. Kepatuhan

Akses dan informasi mempengaruhi kepatuhan strategi implementasi menggunakan tenaga kontrak terhadap target yang ditentukan. Akses dan informasi ini berupa kemudahan tenaga kontrak untuk mendapatkan pelatihan, sosialisasi, koordinasi dan evaluasi. Tenaga kontrak tidak mendapatkan pelatihan dari bapelkes Yogyakarta tetapi mendapatkan sosialisasi dan bimbingan teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo yang dilaksanakan dalam 1 hari. Menurut Kurniadi (2007) 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 (7), dengan demikian meskipun pelaksanaan PIS PK dilakukan oleh kontrak agar dapat mencapai target, diperlukan pelatihan untuk mencapai target IKS dan indikator PIS PK sebagai bagian dari tim bina wilayah Puskesmas.

Selain itu, belum adanya koordinasi untuk proses monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan secara rutin antara tenaga kontrak dengan Puskesmas juga menjadi faktor penghambat. Sesuai dengan pendapat dari Murti pada tahun 2015, yang menyatakan bahwa monitoring dan evaluasi merupakan instrumen vital dalam contracting. Jika pemerintah tidak mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk monitoring dan evaluasi terhadap kinerja kontraktor, pemerintah tidak akan dapat menegakkan kontrak dengan efektif dan tidak memperoleh hasil strategis yang diharapkan, (10) sehingga dalam pelaksanaan PIS PK menggunakan tenaga kontrak, Puskesmas perlu melakukan monitoring, evaluasi dan verifikasi hasil analisa data yang dilakukan oleh supervisor, lintas program, bidan desa serta koordinator daerah binaan agar mendapatkan hasil yang kredibel serta dapat mencapai tujuan dan target yang diharapkan.

Hal tersebut juga sesuai dengan pendapat Jensen dan Meckling (1976) bahwa masalah *risk sharing* yaitu masalah yang muncul karena perbedaan preferensi resiko antara *principal*

dengan *agent*, konsekuensi dari pendelegasian wewenang oleh principal kepada agent adalah keterbatasan principal untuk mengetahui seluruh tindakan agent. (9) Dengan demikian, diperlukan pelaksanaan monitoring dan evaluasi oleh Puskesmas terhadap validasi data kinerja yang dilakukan oleh tenaga kontrak berdasarkan perjanjian kerjasama tertulis yang dibuat antara Puskesmas dengan tenaga kontrak.

## Pengetahuan dan Keyakinan

### 1. Penerimaan

Pengetahuan dan keyakinan individu mempengaruhi penerimaan lintas program, tenaga kontrak dan masyarakat terhadap strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak. Keyakinan tenaga Puskesmas Sentolo 2 yang menganggap PIS PK menambah beban kerja, sehingga mempengaruhi penerimaan strategi implementasi menggunakan tenaga kontrak di Puskesmas Sentolo 2, dengan adanya tenaga kontrak harian lepas yakin dapat memberikan keuntungan relatif yaitu membantu operasional kegiatan Puskesmas meskipun pada awalnya tidak menerima terkait dengan kredibilitas data yang dihasilkan oleh tenaga kontrak, data yang berbeda dengan data program.

Hasil analisa IKS awal menggunakan excel di Puskesmas Sentolo 1 mendapatkan penerimaan yang positif oleh pemegang program di Puskesmas, meskipun diperlukan validasi dan verifikasi data terlebih dahulu oleh supervisor dan pemegang program, karena data yang didapatkan berbeda antara data program dengan data PIS PK. Sedangkan pemegang program di Puskesmas Sentolo 2 pada awalnya tidak menerima karena data berbeda antara data program dengan data PIS PK, tetapi akhirnya dapat menerima data PIS PK sebagai data yang digunakan dalam proses manajemen Puskesmas meskipun tanpa melalui validasi dan verifikasi data PIS PK terlebih dahulu. Kontrak merupakan praktik yang dilakukan pemerintah atau perusahaan swasta untuk mempekerjakan dan membiayai agen dari luar untuk menyediakan pelayanan tertentu daripada mengelolanya sendiri dengan alasan bahwa pemerintah/pelayanan publik kurang memiliki motivasi untuk menggunakan sumber daya dengan efisien, dan bahwa penyedia swasta (atau mandiri) lebih efisien daripada penyedia publik, (10) sehingga dalam hal ini pemerintah, Puskesmas Sentolo 2 mempercayakan pelaksanaan PIS PK sepenuhnya kepada tenaga kontrak harian lepas sampai dengan muncul hasil IKS. Sehingga yang menjadi permasalahan selanjutnya yaitu mengenai validitas dari laporan data dari tenaga kontrak. Seharusnya Puskesmas

melaksanakan monitoring, evaluasi dan verifikasi data secara rutin dan berkala sesuai dengan pedoman monitoring dan evaluasi PIS PK yaitu 10 KK per Desa.

Tenaga kontrak harian lepas mau menerima pekerjaan sebagai tenaga kontrak untuk melakukan kunjungan rumah sekaligus melakukan intervensi awal dan input data PIS PK di Puskesmas Sentolo 2 untuk mendapatkan keuntungan relatif berupa pengalaman pekerjaan karena baru lulus kuliah dengan biaya transport minimal karena lokasi pekerjaan dekat dengan rumah, hal ini karena tenaga kontrak merupakan *agent* yang termotivasi untuk memaksimalkan pemenuhan kebutuhan ekonomi dan psikologisnya, (9) antara lain dalam hal ini adalah keuntungan relatif yang didapat tenaga kontrak dengan pengorbanan berupa transport yang minimal tanpa syarat atau kualifikasi penerimaan tenaga kontrak.

Keluarga sasaran merasa tidak yakin dengan apa yang disampaikan oleh tenaga kontrak, responden berpendapat petugas hanya mendata saja tidak memberikan keuntungan relatif berupa penyuluhan, pembinaan atau edukasi kesehatan untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan dalam keluarga sesuai dengan yang diharapkan responden, hal ini dikarenakan kurangnya sosialisasi yang didapat oleh keluarga sasaran sehingga mengakibatkan ketidaktahuan yang mempengaruhi keyakinan dan kepercayaan keluarga sasaran terhadap tenaga kontrak. Sehingga untuk meningkatkan pengetahuan dan keyakinan keluarga sasaran terhadap tenaga kontrak diperlukan sosialisasi sampai dengan level individu anggota keluarga sasaran baik oleh pihak Puskesmas maupun lintas sektor dan jajarannya serta dengan melibatkan kader pada saat sosialisasi, koordinasi pelaksanaan kunjungan keluarga, seperti halnya disampaikan oleh WHO (2007) bahwa penggunaan kader yang berasal dari masyarakat dimana mereka bekerja memberikan keuntungan berupa tingginya penerimaan masyarakat terhadap kader. (12)

## 2. Kepatuhan

Beberapa responden berpendapat bahwa penggunaan tenaga kontrak harian lepas di Puskesmas Sentolo 2 dapat digunakan untuk mencapai target pendataan, tetapi belum bisa digunakan untuk mencapai target intervensi awal atau target IKS maupun indikator PIS PK. Dalam penelitiannya telah membuktikan bahwa dalam implementasi PIS PK, Puskesmas tidak sepenuhnya melaksanakan program sesuai dengan petunjuk teknis dari Kemenkes, perlu adanya modifikasi dan penyesuaian dengan ketersediaan sumber daya, kondisi wilayah dan

masyarakat setempat, sehingga harapannya PIS PK dapat diimplementasikan dengan baik sesuai dengan harapan masyarakat, pelaksana serta pembuat kebijakan. (2) Implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak harian lepas, meskipun tidak sepenuhnya sesuai dengan petunjuk teknis dari Kemenkes, strategi implementasi menggunakan tenaga kontrak harian lepas merupakan modifikasi dan penyesuaian karena keterbatasan sumber daya, kondisi wilayah, kondisi masyarakat dan kebijakan baik internal maupun eksternal.

## KESIMPULAN

Strategi implementasi menggunakan tenaga kontrak dapat mencapai tujuan implementasi PIS PK, meningkatkan capaian IKS wilayah dan meningkatkan capaian 12 indikator PIS PK. 2. Faktor-faktor yang mempengaruhi strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak antara lain kebijakan eksternal, kebijakan internal, insentif dan penghargaan, sumberdaya yang tersedia, akses informasi serta pengetahuan dan keyakinan individu. Faktor pendukung strategi implementasi PIS PK menggunakan tenaga kontrak adalah keyakinan bahwa dengan tenaga kontrak bisa mengurangi beban kerja. Sedangkan faktor penghambatnya antara lain belum didukung dengan regulasi tingkat Pusat Provinsi dan Kabupaten, perjanjian kerjasama antara Puskesmas dengan tenaga kontrak, akses informasi dan pelatihan untuk tenaga kontrak, aplikasi keluarga sehat yang belum optimal, kurangnya anggaran untuk sarana prasarana dan alat kesehatan yang memadai, kurangnya penerimaan masyarakat dan lintas program terhadap hasil analisa data, penerimaan tenaga kontrak terhadap insentif serta sistem pelaporan dan validasi data oleh tenaga kontrak.

## SARAN

Membuat atau merevisi regulasi terkait PIS PK agar pada implementasi PIS PK dapat menggunakan tenaga kontrak sebagai bagian dari tim pembina keluarga di Puskesmas dengan menggunakan anggaran BOK berupa honor petugas PIS PK dengan jumlah tenaga kontrak sesuai analisa kebutuhan di Puskesmas, seperti halnya tenaga kontrak promkes, kesehatan lingkungan, gizi dan administrasi BOK dalam jangka waktu 1 tahun dan sesuai dengan ketentuan mengenai Perjanjian Kerja Waktu Tertentu (PKWT) dalam Undang-Undang Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan; memberikan dukungan anggaran pengadaan sarana, prasarana dan alkes berupa komputer, laptop, tablet/android dan tensimeter untuk pelaksanaan PIS PK melalui

menu dalam DAK fisik; mengembangkan aplikasi keluarga sehat untuk menampilkan IKS, 12 indikator PIS PK dan data base anggota keluarga sasaran sebagai bahan analisa dan intervensi lanjutan; memberikan dukungan anggaran pelatihan fasilitator PIS PK Kabupaten/Kota untuk melatih tenaga kontrak beserta tim pembina keluarga lainnya di Puskesmas melalui anggaran APBD Dinkes DIY; melakukan monitoring dan evaluasi sesuai dengan pedoman monitoring dan evaluasi PIS PK dari Kemenkes RI; membuat media edukasi intervensi awal selain pinkesga; melakukan koordinasi secara rutin dan tepat waktu baik internal tim bina wilayah termasuk didalamnya tenaga kontrak maupun dengan pemegang program lainnya di Puskesmas; melakukan monev dan verifikasi data.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Permenkes No 39 tahun 2016 Tentang Pedoman penyelenggaraan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Kementerian Kesehatan RI; 2016.
2. Fatimah DN. Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) di Puskesmas Anjir Pasar Kabupaten Barito Kuala. 2018.
3. Peter, D.H ; Tran, N.T&Adam T. Implementation Research in Health [Internet]. 2013. 69 p. Available from: [http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/HealthPolicy/implementationguide\\_eng.pdf](http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/HealthPolicy/implementationguide_eng.pdf)
4. Ramdhani A, Ramdhani MA. Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik. J Publik. 2016;1–12.
5. Imam Syafari, Dwi Handono Sulisty K. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Data Pusat Perencanaan dan Pembangunan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun kekurangan tenaga kesehatan belum menunjukkan rancangan studi kasus . Studi kasus dalam penelitian di Kabupate. 2013;2(1):20–6.
6. Liu X, Hotchkiss DR, Bose S, Bitran R, Giedion U. Contracting for Primary Health Services : Evidence on Its Effects and a Framework for Evaluation. 2004;
7. Laelasari et al. Evaluasi Kesiapan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. 2017;57–72.
8. Pujosiswanto KH, Palutturi S, Ishak H. Policy Implementation of Healthy Indonesia Program Through Family Approach ( PIS-PK ) In Community Health Center of Polewali Mandar Regency. 2018;11(8):199–203.
9. Asyik NF. Perspektif Agency Theory: Pengaruh Informasi Asimetri Terhadap Manajemen Laba. Ekuitas [Internet]. 2000;4:29–43. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/313778260>
10. Murti B, Maret US. Contracting Out Pelayanan Kesehatan: Sebuah Alternatif Solusi Keterbatasan Contracting Out For Health Service. 2015;(October).
11. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions : an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Serv Res [Internet]. 2017;(January). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
12. Nopiyani et al. Akseptabilitas, utilisasi dan adopsi upaya penanggulangan hiv melalui kader desa peduli aids dari perspektif masyarakat di kota Denpasar. 2014;3(1).