

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

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

Eva Rusdianah¹, Retno Widiarini¹

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Bhakti Husada Mulia

ABSTRAK

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

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

ABSTRACT

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

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

PENDAHULUAN

Pencapaian Indonesia menuju sehat sangat diimpikan oleh segenap jajaran *stakeholder* kesehatan, khususnya kementerian kesehatan sebagai ujung tombak pembuat kebijakan yang akan diteruskan kepada setiap Dinas kesehatan

propinsi yang akhirnya informasi masuk pada setiap Puskesmas yang berperan sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Dinas Kesehatan di setiap daerah.

Puskesmas merupakan ujung tombak dalam pelaksanaan semua kebijakan yang terbentuk. Kesuksesan suatu program sangat ditentukan

oleh capaian pada masing-masing puskesmas. Oleh karena itu perlu penguatan yang lebih optimal dalam mempersiapkan puskesmas dalam melakukan suatu program.

Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Kota Madiun menggambarkan bahwa Kota Madiun merupakan salah satu kota kecil di wilayah Jawa Timur yang memiliki tiga kecamatan yaitu kecamatan Kartoharjo, kecamatan Manguharjo, dan kecamatan Taman dengan memiliki 6 puskesmas induk dan 18 puskesmas pembantu, jumlah penduduk Kota Madiun 209.809 jiwa (1).

Program Indonesia sehat merupakan salah satu agenda ke-5 dari Nawa Cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: penerapan paradigma sehat; penguatan pelayanan kesehatan; dan pelaksanaan jaminan kesehatan (JKN). Upaya yang digunakan untuk pencapaian pembangunan kesehatan ini dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga. Oleh karena itu pemerintah mencanangkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) melalui kegiatan survei keluarga sehat di masing-masing wilayah puskesmas(2).

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

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

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

Sebuah sistem terdiri dari input, proses, dan output. Input terdiri dari sumber-sumber yang menjadi bahan mentah. Proses adalah strategi mengolah bahan mentah menjadi bahan jadi/

produk. Output adalah barang jadi/ produk yang dibeli atau digunakan oleh konsumen. Outcome adalah manfaat yang dirasakan oleh konsumen atau pihak diluar system (4).

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

METODE PENELITIAN

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

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

HASIL DAN PEMBAHASAN

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

Sebelum pengambilan data inti melalui wawancara mendalam, peneliti melakukan diskusi ringan yang berisi tentang pengetahuan dan pelaksanaan PIS-PK selama ini kepada enam informan di Puskesmas, Hal ini bertujuan pula untuk menjalin kedekatan peneliti dengan calon informan, sehingga data yang didapatkan akan lebih maksimal.

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

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

Surveyor sebenarnya : "seharusnya kalau dari pelatihan kemarin ya langsung dari puskesmas sendiri"

Makna Poin dalam e-Kin: "poin itu ya kinerjanya yang berhubungan dengan uang"

Standar Pelaksanaan : "SOP tertulisnya kita cuma buat tim saja"

Satu Persepsi DO: "ketika kita tidak paham dengan itu hasilnya pasti berbeda"

Gambaran manusia super: "Pagi sudah pelayanan, siang survei ternyata orangnya tidak ada"

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

Data PIS-PK Kunci perencanaan program: "ini membantu kita dalam perencanaan kegiatan"

Surveyor sebenarnya : "seharusnya kalo dari pelatihan kemarin ya langsung dari puskesmas sendiri"

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

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

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

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

Namun, pada survei pertama kali pada tahun 2017, Dinas Kesehatan langsung membuat perjanjian dengan pihak ketiga dalam melakukan survei keluarga sehat di masyarakat. Hal ini dilakukan dengan alasan sebagai berikut:

1. Dinas kesehatan ingin memaksimalkan pelaksanaan survei untuk segera menyelesaikan terlebih dahulu agar menjadi yang lebih unggul dari lainnya, hal ini bertujuan pula untuk dapat segera membuat kebijakan selanjutnya.

2. Banyak data yang diperlukan Dinas pada waktu itu selain data PIS-PK, sehingga kuesioner program lain dijadikan satu dengan PIS-PK untuk disurvei. Karena memang terdapat kebijakan dari pusat terkait diperbolehkan penambahan muatan lokal dalam survei PIS-PK.

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

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

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

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

Berdasarkan hasil di atas menggambarkan bahwa petugas kesehatan Puskesmas merupakan surveyor yang seharusnya turun ke lapangan, karena sejatinya mereka yang dilatih dan yang lebih memahami pelaksanaan PIS-PK dengan semestinya. Hasil yang kurang valid dan capaian masyarakat yang disurvei belum mencapai target yang ditetapkan pada survei yang dilakukan oleh pihak ketiga, hal ini telah membuat semua petugas kesehatan mengambil peran yang sebenarnya terhadap tugas pengambilan data PIS-PK di lapangan untuk menyempurnakan data yang dihasilkan. Namun, kondisi seperti ini secara tidak langsung menjadikan mereka memiliki tugas tambahan di samping tugas pokok yang harus mereka kerjakan dengan baik untuk menyempurnakan survei.

Puskesmas bertanggung jawab atas satu wilayah administrasi pemerintahan, yakni kecamatan atau bagian dari kecamatan. Di setiap kecamatan harus minimal terdapat satu puskesmas. Untuk membangun dan menentukan wilayah kerja Puskesmas, faktor wilayah, kondisi geografi, dan kepadatan/ jumlah penduduk menjadi dasar pertimbangan (5).

Berdasarkan studi dokumen di atas maka dalam PIS-PK, Puskesmas merupakan lembaga yang bertanggung jawab atas pelaksanaan di lapangan karena Puskesmas yang memiliki wilayah kerja dan secara otomatis lebih memahami masyarakat di wilayah kerja masing-masing.

Beban kerja dapat didefinisikan sebagai tindakan pegawai untuk dapat melakukan pekerjaan yang menjadi tanggungjawabnya dan cara mereka dalam mengelola tugas untuk

memenuhi permintaan sistem operasi. Oleh karena itu, dalam kebanyakan pekerjaan tuntutan fisik dan tuntutan mental juga diperlukan yang berdampak pada kinerja manusia (6).

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

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

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

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

Untuk dana transport para Non-ASN diambilkan dari dana internal di Puskesmas setelah kegiatan survei berakhir, Puskesmas secara mandiri memberikan uang tambahan bagi para karyawan Non-ASN melalui kebijakan internal. Begitu juga pada pengadaan alat-alat teknis yang mampu mendukung kegiatan survei di lapangan seperti keplek, ATK (Alat Tulis Kantor), dilakukan sendiri oleh Puskesmas. Dinas Kesehatan hanya melakukan pengadaan buku survei (berisi tentang berbagai kuesioner) karena dana yang diperlukan memang cukup besar untuk keperluan tersebut. Begitu juga dengan kegiatan penunjang pelaksanaan PIS-PK seperti evaluasi internal Puskesmas dan intervensi ke lapangan hanya bisa dilakukan bersamaan dengan program yang sudah ada. Hal ini, menggambarkan bahwa memang belum ada dana khusus yang dialokasikan untuk kegiatan PIS-PK.

Aturan remunerasi ini tentunya sangat menguntungkan bagi pihak atasan/ manajemen

karena tidak perlu bingung memikirkan honor tambahan bagi para ASN, mereka cukup mencatat hasil kegiatan survei mereka dalam e- kinerja.

Semua kinerja karyawan harus terekam setiap harinya, terutama bagi para ASN (Aparatur Sipil Negara) yang harus dimasukkan dalam sistem e-kinerja. Oleh karena itu, kinerja tambahan berupa survei keluarga sehat sebagai pelaksanaan PIS-PK bagi karyawan ASN harus dimasukkan juga sebagai kegiatan, sehingga akan mendapatkan honor tambahan dari mengisi e-kinerja tersebut. Sejatinya setiap kegiatan telah memiliki dana operasional sendiri-sendiri. Sehingga dengan adanya sistem remunerasi, semua tindakan (kinerja) masuk dalam catatan kegiatan. Sebagaimana kutipan di bawah ini:

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

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

Standar Pelaksanaan : “SOP tertulisnya kita cuma buat tim saja”

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

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

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

Standar yang ada hanya tentang pembentukan tim pengawas di masing-masing wilayah Puskesmas yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan, seperti pernyataan berikut:

“SOP tertulisnya kita cuma buat tim aja (W4)”

Hal ini diperkuat dengan pernyataan salah satu informan yang menyatakan bahwa pernah membaca SOP bagi para pengawas kewilayahan Puskesmas.

Penting dalam pembuatan kebijakan tertulis seperti SOP dalam setiap kegiatan menjadikan pelaksana kegiatan di lapangan akan lebih terarah dan terkontrol sesuai standar yang ada, dan terdapat kesamaan pelaksanaan dari setiap surveyor.

Surat Keputusan (SK) yang ada merupakan surat keputusan yang dibuat oleh Puskesmas bagi seluruh karyawan, belum ada perincian tugas tentang peran masing-masing karyawan. Padahal ini adalah salah satu surat yang kuat untuk membuat karyawan terikat dengan pekerjaannya. Sehingga hal ini juga membuat kurang rasa tanggung jawab penuh sebagai pelaksana surveyor di lapangan. Hal ini terlihat, beberapa karyawan bekerja dengan setengah hati karena belum ada kejelasan yang pasti.

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

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

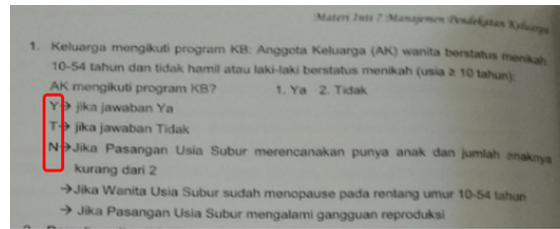
“Jadi kalau menurut saya banyak kesulitan ketika memang belum maksimal dilatih dan melaksanakan. Karena ketika kita mencantumkan kata ‘ya’ dan ‘tidak’ (jawaban dalam kuesioner), ketika kita tidak paham dengan itu, hasilnya pasti berbeda, (W4)”

Hasil data PIS-PK diolah secara online dan offline, laporan online merupakan laporan langsung ke pusat (kemenkes), sedangkan laporan offline merupakan *backup* atau pegangan Puskesmas. Terdapat satu informan memberikan penjelasan tambahan bahwa fungsi input data secara manual adalah sebagai *self assessment* Puskesmas sendiri untuk memudahkan evaluasi, sebagaimana pernyataan di bawah ini:

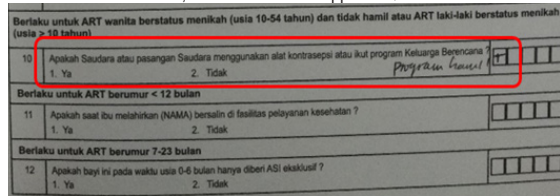
“jadi yang manual itu sebenarnya untuk self assessment mereka sendiri, pencapaian mereka sendiri, apalagi manual kan kelihatan masalahnya juga berubah, jadi bisa di evaluasi (W4).”

Namun pelaporan online melalui website yang telah dibuat oleh kementerian kesehatan seringkali pengguna melakukan entri data yang lumayan lama karena proses loading yang lama.

Berdasarkan studi dokumen yang dilakukan oleh peneliti mendapatkan beberapa fakta penting sebagai berikut (7), yaitu:



Gambar 1. Salah satu Definisi Operasional (DO) dalam kuisisioner PIS-PK tentang program KB yang memperlihatkan adanya tifa tipe penilaian, yaitu: Y berarti “Ya”, T berarti “Tidak”, dan N berarti Non-applicable/tidak berlaku.



Gambar 2. dalam kuisisioner terlihat bahwa tipe penilaian hanya tertulis dua macam ya (Y) dan Tidak (T), pada penilaian Non-applicable (N) tidak ada, sehingga terlihat ada catatan dari surveyor tentang penyebab tidak menggunakan KB.

Berdasarkan studi dokumen (Gambar 1) yang dilakukan peneliti, DO dalam kuisisioner PIS-PK memang harus dipahami dengan benar oleh calon surveyor karena terdapat tiga jenis penilaian ya ‘Y’, tidak ‘T’, dan Non applicable ‘N’. Jika surveyor kurang memahami Definisi operasionalnya maka akan terjadi kesalahan data dan otomatis berdampak pada kualitas data yang sudah didapat.

Terlihat pada Gambar 2 bahwa dalam kuisisioner yang digunakan dalam PIS-PK yang telah dibuat mandiri oleh Dinas Kesehatan terkait terlihat terdapat perbedaan yang fundamental, yaitu terdapat satu penilaian yang tidak dicantumkan dalam kuisisioner. Padahal untuk menghindari kesalahan dari para surveyor maka harus dicantumkan karena tidak semua surveyor akan ingat terhadap DO ini. Sehingga hal ini sangat berpotensi besar akan terjadi kesalahan dalam data yang dihasilkan yang secara langsung akan berpengaruh pada kualitas data yang dihasilkan.

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

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

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

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

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

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

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

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

Kegiatan intervensi juga harus dipikirkan selanjutnya oleh pihak Puskesmas setelah mengetahui hasil data PIS-PK. Peneliti menyimpulkan model intervensi yang sudah dilakukan oleh Puskesmas sebagai berikut: Intervensi diberikan saat melakukan survei langsung dan Intervensi dengan melakukan kunjungan ulang. Semua kegiatan yang telah dilakukan dalam PIS-PK pastinya akan membuat kinerja tambahan yang wajib dikerjakan oleh Semua Petugas Puskesmas yang menuntut semua pegawai menjadi pegawai yang kuat fisik dan mental.

Kota Madiun kota merah: “Terakhir 0,34, masih merah”

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

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

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

“1 peta Indonesia itu warnanya merah semua. (S2)”

Hal ini diperkuat dengan studi dokumen yang dilakukan oleh peneliti sebagai berikut:



Gambar 3. Terlihat bahwa hampir seluruh wilayah Indonesia dalam wilayah merah, artinya Indeks Keluarga sehat masih jadi dibawah standar.

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

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

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

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

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

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

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

Dalam sebuah penelitian menyebutkan 56,6% tenaga kesehatan menyatakan bahwa tugas tambahan terkadang mengganggu tupoksi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Sedangkan 37,4% menyatakan bahwa tugas tambahan tidak mengganggu tupoksi dan hanya 6% menyebutkan bahwa tugas tambahan mengganggu dalam menjalankan peran sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di Puskesmas (8). Walaupun demikian pihak manajemen atas Puskesmas perlu memperhatikan kondisi fisik dan mental dari seluruh karyawan.

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

Skill mix bukan hanya latihan teknis. Ini adalah metode perubahan organisasi yang membutuhkan perencanaan, komunikasi, implementasi dan evaluasi yang cermat jika diperlukan untuk mencapai tujuannya(9). Sehingga bagi tataran pembuat kebijakan harus sadar akan keputusan yang sudah diambil, untuk selalu memperhatikan dan mengevaluasi kinerja mereka, Sehingga kinerja mereka selalu baik dan mendapatkan hasil yang maksimal.

Kedua, Bagi karyawan ASN, jasa survei mereka dibayar melalui tunjangan e-Kinerja, hal ini pastinya sangat menguntungkan pihak manajemen tanpa

berpikir lagi tentang kesejahteraan para karyawan PNS. Namun, kondisi berbeda dengan karyawan Non-PNS mereka hanya mendapat honor tambahan transport yang bersumber dari internal Puskesmas. Selama ini Puskesmas kesulitan dalam merencanakan kegiatan yang berhubungan dengan PIS-PK baik pelaksanaan persiapan PIS-PK, evaluasi maupun intervensi yang dilakukan selama ini selalu mendumpleng pada program yang ada. Hal ini terlihat, tidak ada dana khusus untuk pelaksanaan operasional PIS-PK. Kondisi ini tentunya sangat merugikan pelaksanaan PIS-PK yang kurang maksimal karena tujuan utama dari PIS-PK adalah pengumpulan data utama yang nantinya akan dimanfaatkan oleh setiap pemegang program Puskesmas yang terkait, namun terlihat dukungan dalam pelaksanaannya masih kurang maksimal. Hal ini tentunya secara tidak langsung akan mempengaruhi hasil yang akan dicapai juga kurang maksimal.

Ketiga, Kebijakan tertulis seperti SOP (standard operating procedure) belum juga dibuat, hal ini akan memberikan kesulitan dalam menyamakan persepsi tentang standar pelaksanaan survei sebenarnya, sehingga akan terlihat pelaksanaan survei berbasis pribadi yang hanya berbekal pelatihan maupun sosialisasi. Hal ini pastinya akan bekerja sesuai standar mereka sendiri tanpa panduan tertulis. Begitu juga dalam penetapan SK yang belum maksimal, SK yang ada merupakan keputusan semua karyawan yang terlibat dalam survei PIS-PK yang dikeluarkan oleh pihak internal Puskesmas, sedangkan belum ada pembagian rincian kerja yang pasti pada setiap karyawan. Hal ini bertujuan untuk membangun rasa tanggung jawab yang lebih terhadap pekerjaannya, sehingga capaian kinerjanya akan maksimal.

Persepsi karyawan terhadap pekerjaannya meliputi lingkungan kerja yang baik, anggota kelompok atau tim yang kompak dalam melaksanakan pekerjaan yang mendorong seseorang untuk merasa tertantang dengan lingkungan pekerjaan saat ini, persepsi karyawan pelaksana dalam melihat pekerjaan dan lingkungannya dapat memberikan dampak bagi kinerja (10). Hal ini menunjukkan bahwa persepsi seseorang dalam pekerjaannya salah satunya dipengaruhi oleh lingkungan kerja yang baik (fisik maupun non fisik), dukungan adanya SOP maupun penetapan SK yang merujuk pada uraian tugas setiap individu merupakan salah satu dukungan lingkungan kerja secara non-fisik dalam suatu pekerjaan, sehingga hal ini secara tidak langsung akan mempengaruhi pada kinerja kurang maksimal jika minim dukungan terkait ini.

Begitu juga pada masalah keempat, kelemahan dalam menyamakan persepsi terhadap DO (Definisi Operasional) yang berbeda, baik dalam pemahaman maupun kesamaan standar DO

yang ditetapkan PIS-PK dengan DO yang dimiliki oleh beberapa program Puskesmas yang terkait, sehingga hal ini akan berdampak pada kualitas data yang dihasilkan.

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

Berdasarkan alur yang dibuat oleh kementerian kesehatan tentang penyampaian data dasar Puskesmas sampai pada pemanfaatan data menyatakan bahwa dalam pemanfaatan data dasar yang diperoleh dari Puskesmas harus melalui verifikasi dan validasi terlebih dahulu, jika belum sesuai standar/ nilai verifikasi belum maksimal akan dikembalikan kembali ke Puskesmas untuk disesuaikan dengan standarnya, begitu juga pada proses validasi data, akan bisa dimanfaatkan data tersebut jika data sudah valid benar (11). Oleh sebab itu penting memperhatikan kualitas data yang dihasilkan karena hal ini menentukan dalam pemanfaatan data. Terlihat dari hasil penelitian, pihak Puskesmas dalam memanfaatkan data hanya dengan menyandingkan data hasil survei PIS-PK dengan data yang sudah ada, jadi hanya sebagai pembanding bukan dimanfaatkan secara langsung.

KESIMPULAN

Evaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang dilakukan secara pendekatan sistem melalui identifikasi input, proses, output, maupun outcome telah menghasilkan beberapa fakta bahwa banyak permasalahan bersumber pada input, yaitu: Tugas tambahan bagi seluruh karyawan Puskesmas baik medis maupun non-medis sebagai surveyor; Belum ada alokasi dana khusus untuk PIS-PK sehingga Puskesmas kesulitan untuk melaksanakan kegiatan yang menunjang PIS-PK; Belum ada SOP pelaksanaan survei PIS-PK dan SK yang berisi tentang deskripsi tugas masing-masing SDM secara rinci; Pemahaman DO yang kurang maksimal. Semua permasalahan ini secara tidak langsung akan berpengaruh pada proses pelaksanaan PIS-PK melalui pengambilan data berupa survei keluarga sehat yang akan

berpengaruh pada capaian (output) dan pemanfaatan data dikemudian hari (outcome). Oleh karena itu diperlukan penguatan SDM melalui *continuing education* untuk meningkatkan kualitas mereka dan penguatan kebijakan terutama pada kebijakan tertulis maupun kebijakan pada sumber dana khusus yang harus ada.

UCAPAN TERIMA KASIH

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

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Kota Madiun. Profil Kesehatan Kota Madiun Tahun 2016. Kota Madiun; 2016.
2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Pusat Analisis Determinan Kementerian Kesehatan; 2016.
3. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan PIS-PK. Vol. 1, Kemenkes RI. Jakarta; 2017.
4. Hasanbasri M. Pendekatan Sistem Dalam Perencanaan Program Daerah. Vol. 10, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2007. p. 56–53.
5. Puslat SDM Badan PPSDMK Kemenkes RI. Modul Pelatihan Keluarga Sehat. Jakarta; 2017.
6. Maharani R, Budianto A. Pengaruh Beban Kerja Terhadap Stres Kerja dan Kinerja Perawat Rawat Inap Dalam. *J Manag Rev*. 2019;3(2).
7. Dinkes dan KB Kota Madiun. Keluarga Sehat Profil Keluarga Sehat. In Kota Madiun; 2017.
8. Handayani L, Ma'ruf N. Peran Tenaga Kesehatan Sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan Puskesmas. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 2012;13(1 Jan).
9. James Buchan, Jane Ball FO. Skill Mix in The Health Workforce. WHO; 2000.
10. Natasia N, Loekqijana A, Kurniawati J. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri Factors Affecting Compliance on Nursing Care SOP Implementation in ICU -ICCU Gambiran Hospital Kediri. *J Kedokt Brawijaya*. 2014;28(1):21–5.
11. 11. Kemenkes RI. Data Dasar Puskesmas. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.