### PENGELOLAAN DAN PEMANFAATAN DATA PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PISPK) DI PUSKESMAS

# Data Management and Utilization of Healthy Indonesia Program with Family Approach at Health Centers

#### Eva Sulistiowati<sup>1</sup>, Andre Yunianto<sup>2</sup>, Sri Idaiani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan <sup>2</sup>Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan

Naskah masuk: 3 Agustus 2020 Perbaikan: 17 Oktober 2020 Layak terbit: 19 Oktober 2020 https://doi.org/10.22435/hsr.v23i4.3567

#### **ABSTRAK**

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) dilaksanakan oleh puskesmas untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan dengan target keluarga. Puskesmas akan mendapatkan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga (Prokesga) berdasar evidence yang perlu dikelola dengan baik sehingga dapat dimanfaatkan sebagai bahan penyusunan rencana usulan kegiatan. Evaluasi pelaksanaan PISPK 2019 menunjukkan mayoritas puskesmas belum melakukan analisis dan pemanfaatan data PISPK. Untuk itu, tulisan ini bertujuan menggambarkan bagaimana pengelolaan, analisis, dan pemanfaatan data PISPK di puskesmas. Analisis merupakan bagian dari riset implementasi PISPK yang dilakukan oleh Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan melalui pendekatan Parcipatory Action Research (PAR) di 8 puskesmas di Indonesia pada tahun 2017-2018 dengan metode kualitatif dan kuantitatif. Dilakukan Focus Group Discussion (FGD) terhadap petugas puskesmas dan wawancara mendalam kepada kepala puskesmas. Data PISPK diolah dengan menggunakan excel dan SPSS. Hasil menunjukkan bahwa pengelolaan dan pemanfaatan data PISPK di puskesmas lokus belum optimal. Hal ini terkendala, antara lain: perubahan administratif kota/kabupaten, perubahan versi aplikasi KS; tidak ada akses terhadap raw data; terbatasnya sinyal internet dan tempat penyimpanan Prokesga, termasuk juga keterbatasan kemampuan analisis data. Kendala dapat diminimalisir dengan analisis manual, dan pelatihan khusus manajemen dan analisis data. Hasil analisis data PISPK dapat digunakan dalam menentukan sasaran program, membuat peta masalah individu, keluarga dan wilayah yang dapat dimanfaatkan untuk penyusunan rencana usulan kegiatan.

Kata Kunci: pengelolaan, manfaat, data, PISPK

#### **ABSTRACT**

The Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PISPK) is conducted by the health center (puskesmas), which addressed to closer the public access to health services with a family target. Puskesmas would accept data and information from family health profiles (Prokesga) based on evidence, that needs to manage adequately so can be utilized as a document of drafting the action plan. Evaluation of the PISPK implementation in 2019 shows that the majority of puskesmas do not conduct and utilize PISPK Data. This study aims to describe how to manage, analyze, and utilization PISPK Data at puskesmas. The analysis is part of the PISPK implementation research conducted by the Center for Research and Development of Health Resources and Services through Participatory Action Research (PAR) approach in 8 puskesmas in Indonesia (2017-2018) using mixed methods. We had performed a Focus Group Discussion for the surveyor and an in-depth interview with the Head of Health Centers. PISPK Data analyzed using Excel and SPSS. Results showed that still not proficient in data management and utilization at puskesmas sites. It is caused by several obstacles involve an administrative change of city or district; update of the healthy family application; restricted access of raw data, internet connection, and Prokesga storage, including limitations of data analysis skill also. Barriers can be minimalized use manual analysis and special training for management and data analysis. Results of data analysis for PISPK can

also be used to determine program targets, to make a map of the individual problem, family, and area, which is utilized to arrange a draft of the Action Plan.

Keywords: management, utilization, data, PISPK

#### **PENDAHULUAN**

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan atau meningkatkan akses pelayanan kesehatan dengan melakukan kunjungan ke keluarga. Kegiatan dilaksanakan melalui integrasi antara Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) secara berkesinambungan. Hal ini bertujuan untuk mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) kabupaten/kota, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta Program Indonesia Sehat (Kementerian Kesehatan, 2017b; Peraturan Menteri Kesehatan Repubik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, 2016).

Melalui kunjungan rumah, petugas puskesmas akan melakukan wawancara kepada seluruh anggota rumah tangga (ART) terkait 12 indikator PISPK, observasi keberadaan Sanitasi Air Bersih (SAB) dan jamban, kemudian mencatatnya ke dalam Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga). Keduabelas indikator tersebut yaitu: keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB), ibu bersalin di fasilitas kesehatan, bayi diberi ASI eksklusif, balita diberi Imunisasi Dasar Lengkap (IDL), balita dilakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, penderita Tuberkulosis (TB) berobat sesuai standar, penderita hipertensi berobat secara teratur, penderita gangguan jiwa berat (ODGJ) mendapatkan terapi standar, tidak ada anggota keluarga yang merokok, kepemilikan dan penggunaan Sanitasi Air Bersi (SAB), kepemilikan dan penggunaan jamban saniter, seluruh anggota keluarga menjadi peserta JKN. Selain itu, petugas juga melaksanakan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), serta mencatat temuan permasalahan kesehatan di luar 12 indikator. Dengan demikian, puskesmas akan mengetahui kondisi riil kesehatan dan Perilaku Hidup Bersih dan sehat (PHBS) keluarga yang dapat dijadikan data base profil kesehatan individu dan keluarga di wilayah kerjanya (Kementerian Kesehatan, 2017b; Peraturan Menteri Kesehatan Repubik Indonesia Nomor 39

Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, 2016).

Pada tahap selanjutnya, data dari Prokesga dientri ke dalam aplikasi Keluarga Sehat (KS), dan akan langsung masuk ke server Pusat Data dan Informasi (Pusdatin). Prokesga yang terkumpul perlu dikelola dan disimpan dengan baik di rekam medik puskesmas menggunakan prinsip manajemen rekam medis pada umumnya, meliputi coding, filing, dan analisis (Wijaya & Dewi, 2017), (Mardyawati & Akhmadi, 2016). Dokumen disimpan menggunakan sistem family folder, yaitu satu folder rekam medis untuk setiap satu keluarga (Rina Gunarti, Zainal Abidin, Mariatul Qiftiah, 2016), (Maliang et al., 2019). Folder kemudian ditata, diberi nomor menggunakan unit numbering system, dan dikelompokkan berdasarkan kode kelurahan (wilayah) di puskesmas (Muyasaroh, 2016; Wijaya & Dewi, 2017).

Data PISPK dapat dianalisis secara otomatis dalam aplikasi KS maupun manual untuk menghasilkan Indeks Keluarga Sehat (IKS) keluarga, IKS wilayah (RT/RW/kelurahan/desa/kecamatan) dan cakupan tiap indikator. Berdasarkan nilai IKS, puskemas dapat memetakan permasalahan kesehatan yang terjadi pada individu, keluarga, dan wilayah. Keluarga kategori sehat memiliki IKS>0,8, pra-sehat 0,5-0,8 dan tidak sehat <0,5. IKS wilayah dapat ditentukan dengan membagi jumlah keluarga dengan IKS >0,8 yang ada di suatu wilayah dibagi jumlah seluruh keluarga di wilayah tersebut baik RT/RW/desa/kecamatan (Kementerian Kesehatan, 2017a). Hingga Bulan Oktober 2019 jumlah keluarga terdata lengkap 40.259.380 (47,79%) dari seluruh jumlah keluarga di Indonesia menurut data jumlah KK dari Dukcapil Juni 2019. Persentase Keluarga Sehat sebesar 16,4% di antara seluruh keluarga yang terdata lengkap. Cakupan tertinggi dari 12 indikator keluarga sehat, yaitu 'keluarga memiliki akses/menggunakan sarana air bersih' (93,36%), sedangkan 'penderita hipertensi yang berobat teratur' sebesar 24,36% merupakan yang terendah (Pusat Data dan Informasi, 2019). Melalui IKS dan cakupan indikator PISPK tersebut, puskesmas dapat melakukan pemetaan masalah di wilayahnya.

Peta masalah ini sangatlah penting dalam melakukan intervensi dan membuat Rencana Usulan Kegiatan (RUK). Intervensi dapat dilakukan berdasarkan individu maupun wilayah, maupun cakupan indikator terendah sehingga lebih tepat sasaran. Namun demikian, data monev PISPK dari Direktorat Yankes Primer Tahun 2019 menunjukkan bahwa puskesmas yang melakukan intervensi lanjut, analisis perubahan IKS, dan pemanfaatan data berturut-turut sebesar 48,72; 25,29, dan 56,33% dari seluruh puskesmas yang sudah dilatih (Dirjen Yankes Primer, 2019). Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa pelaksanaan PISPK belum berjalan dengan optimal. Penelitian Terry menunjukkan bahwa kegiatan PISPK di Puskesmas Tegal Sari belum mencapai target yang direncanakan (Panggabean, 2020) Demikian juga Puskesmas Mijen, dimana kendala yang dihadapi antara lain adalah keterbatasan SDM, sarana dan prasarana termasuk masih terbatasnya jumlah Prokesga dan family folder (Virdasari et al., 2018). Hal ini juga serupa dengan penelitian Naily, selain terkendala SDM juga belum ada dokumen perencanaan yang mencakup kegiatan pendataan sampai dengan intervensi, belum adanya forum koordinasi lintas program, kurangnya pemahaman DO antara PISPK dengan program, serta belum dilakukannya validasi data (Sari et al., 2019).

Mengingat banyaknya data base yang diperoleh dari kunjungan rumah, maka puskesmas perlu melakukkan pengelolaan data dengan baik sehingga dapat dimanfaatkan untuk menyusun RUK. Untuk itu, tulisan ini bertujuan untuk menggambarkan bagaimana pengelolaan, analisis dan pemanfaatan data PISPK di puskesmas.

#### **METODE**

Analisis merupakan bagian dari riset implementasi PISPK yang dilaksanakan di delapan puskesmas di Indonesia Tahun 2017 dan 2018 dengan metode *Parcipatory Action Research* (PAR). Peneliti berperan mengumpulkan data dan konsultan dalam pelaksanaan kegiatan penelitian (Danley & Ellison, 1999; Siswanto, 2019). Sebelum melakukan pendampingan peneliti terlebih dahulu mengikuti *Training of Trainer* (TOT) KS yang diselenggarakan oleh Balai Besar Pelatihan Kesehatan. Pendampingan PISPK dilaksanakan pada setiap tahapan manajemen

puskesmas, yaitu: Perencanaan-Penggerakan (P1), Pelaksanaan-Pengawasan (P2), Pengendalian dan Penilaian (P3). Pada Tahun 2017-2018 pendampingan dilakukan di empat puskesmas di Kabupaten Lampung Selatan yang terdiri dari Puskesmas Tanjung Sari, Way Urang, Tanjung Bintang dan Karanganyar. Tahun 2018 pendampingan diperluas ke Puskesmas Banjarnegara I-Kabupaten Banjarnegara, Puskesmas Tawaeli-Kota Palu, Puskesmas Lahihuruk-Kabupaten Sumba Barat, Puskesmas Giri Mulya-Kabupaten Tanah Bumbu (Sulistiowati et al., 2017, 2018).

Pendampingan dilakukan dengan metode kualitatif dan kuantitatif. Focus Group Discussion (FGD) dilakukan terhadap petugas puskesmas, dan wawancara mendalam kepada kepala puskesmas. Analisis kuantitatif dilakukan dengan templete excel (formulasi rumus dari Litbangkes), dan SPSS pada data yang didownload dari aplikasi KS dan data individu dari Pusdatin (mengambil contoh data dari Puskesmas Way Urang, Kabupaten Lampung Selatan). Hasil analisis disajikan secara tematik. Ijin penelitian diperoleh dari Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dengan No: LB.02.01/5.2/KE.081/2017 dan No: LB.02.01/2/KE.062/2018.

#### HASIL

## Pengelolaan data PISPK dan kendala yang dihadapi

Prokesga yang terkumpul sebelum entri tidak dilakukan edit dan *cleaning* data oleh ketua tim terlebih dahulu, sehingga beberapa data yang belum/terlewat diisi menyulitkan proses entri. Pada 8 puskesmas lokasi pendampingan, entri data dilakukan secara *online* di website keluarga sehat, dan *offline* melalui aplikasi KS android. Setelah selesai, Prokesga yang terkumpul diletakkan dalam kardus di ruang entri atau belum dimasukkan dalam *family folder* dan ditata di ruang rekam medis. Hal ini tampak dari hasil FGD dengan surveyor dan diperkuat dengan pendapat kepala puskesmas, sebagai berikut:

"Kami tidak ada tempat dan ruangan untuk menyimpan kuesioner (Prokesga), jadi kami letakkan di kardus dan ditumpuk saja" (kepala puskesmas)

Beberapa kendala yang dialami pada proses entri terungkap dari FGD, antara lain: 1) terjadinya beberapa kali perubahan aplikasi KS; 2) sinyal internet yang tidak stabil terutama di daerah pesisir/

pegunungan sehingga mengharuskan surveyor untuk melakukan entri data di ibukota kabupaten, 3) aplikasi yang lambat, 4) kode desa tidak ditemukan, karena terjadi perubahan administratif kota/kabupaten. Sejak awal pelaksanaan PISPK hingga tahun 2020, memang telah terjadi beberapa kali perubahan aplikasi KS sebagai upaya penyempurnaan yang dilakukan oleh Pusdatin. Sejak Februari 2020 aplikasi KS yang digunakan adalah versi 2.0. Dinamika ini pada awalnya sedikit mengurangi semangat dari puskesmas yang sejak 2016 sudah melakukan kunjungan rumah (puskesmas di Kab. Lampung Selatan). Hal ini tercermin dari hasil FGD dengan tim surveyor puskesmas di Kab. Lampung Selatan yang menunjukkan bahwa mereka merasa "kehilangan data", dimana data yang dikumpulkan pada tahun 2016 tidak muncul pada dashboard aplikasi KS 2017.

#### Analisis data PISPK

Hasil entri data selanjutnya dapat dilihat pada dashboard aplikasi KS yang dapat diakses di https:// keluargasehat.kemkes.go.id. Status kesehatan level keluarga (sehat/pra-sehat/tidak sehat), dan indikator mana yang bermasalah dalam keluarga (kode T). Hasil inilah yang harus dijadikan perhatian dan ditindaklanjuti oleh petugas pemegang program atau sering disebut sebagai "ban hitam". Namun demikian, hasil FGD menunjukkan bahwa seluruh puskesmas lokus belum melakukan analisis lanjut data PISPK. Hal tersebut disebabkan: 1) tampilan IKS dan cakupan indikator pada web belum up to date (tidak sesuai antara jumlah KK yang dientri dengan KK yang masuk dalam hitungan IKS); 2) aplikasi KS belum memunculkan hasil IKS wilayah level desa/ RW/RT dan puskesmas; 3) raw data PISPK belum bisa diakses oleh seluruh puskesmas; 4) belum semua pembina keluarga mampu melakukan analisis data.

Untuk mengatasi kendala tersebut, beberapa puskesmas membuat "jembatan" dengan mengisi lembar perhitungan IKS keluarga pada saat kunjungan rumah seperti yang dilakukan oleh Puskesmas Banjarnegara 1, dan melalukan analisis secara manual (excel). Melalui lembar perhitungan IKS, langsung bisa dilihat masalah yang terjadi dan IKS keluarga yang dikunjungi. Hasil tersebut kemudian dipindahkan ke dalam excel dan direkap sebagai bahan koordinasi dengan pemegang program terkait (ban hitam). Guna meningkatkan pengetahuan keluarga dibuat Buku Saku Cakupan Keluarga Sehat





Gambar 1. Lembar penghitungan IKS manual dan Buku Saku Cakupan Keluarga Sehat yang dikembangkan oleh Badan Litbangkes

yang berisi rangkuman IKS dan bahan edukasi sehingga keluarga bisa melihat hasil dari IKS dan masalah kesehatan yang harus diperbaiki. Petugas langsung memberikan edukasi terkait permasalahan kesehatan tersebut (Gambar 1).

Selain itu *raw data* yang belum dapat diakses oleh puskesmas diatasi dengan mengirimkan

Tabel 1. Karakteristik individu di Kelurahan Way Urang\*

Variabel	Jumlah	%	
Kelompok umur			
0-11 bulan	15	0,68	
12-59 bulan	107	4,87	
5-14 tahun	337	15,34	
15-54 tahun	1437	65,41	
>=55 tahun	301	13,70	
Jenis kelamin			
Laki-laki	1132	51,5	
Wanita	1065	48,5	
Wanita umur 15-54 tahun	564		
Hamil	8	1,4	
Tidak	552	97,9	

<sup>\*</sup>data Pusdatin per-Agustus 2017

surat permohonan permintaan data ke Pusdatin, dan pelatihan analisis data dengan SPSS bagi petugas puskesmas oleh tim Litbangkes. Hasil analisis tersebut ditunjukkan pada Tabel 1-3. Tabel 1 menunjukkan karakteristik individu yang telah diwawancara di Kelurahan Way Urang. Jumlah balita kelompok umur 0-11 bulan dan 12-59 bulan serta wanita hamil selanjutnya dapat dijadikan target untuk pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Tabel 2 menunjukkan bahwa kepemilikan sumber air bersih dan jamban cakupannya sudah mencapai >90%. Sementara itu, dari 20 orang (1,2%) yang didiagnosis menderita TB paru oleh nakes, hanya 10 orang (50%) yang berobat dengan teratur dan terdapat 2 orang (0,1%) yang mempunyai gejala TB paru. Hanya 37,0% dari penderita hipertensi (diagnosis nakes) yang minum obat secara teratur, sedangkan hipertensi yang ditemukan pada pengukutan tekanan

Tabel 2. Hasil analisis data individu di Kelurahan Way Urang\*

Indikator	Ya		Tidak		Total keluarga eligible	
	n	%	n	%	n	
Sanitasi air bersih						
Kepemilikan sarana air bersih	2160	98,3	37	1,7	2197	
Kepemilikan sumber air terlindung	2152	99,6	8	0,4	2160	
Jamban						
kepemilikan jamban keluarga	2105	95,8	92	4,2	2197	
Kepemilikan jamban saniter	2075	98,6	30	1,4	2105	
ODGJ						
Didiagnosis menderita ODGJ	4	0,2	2193	99,8	2197	
Didiagnosis menderita ODGJ dan Minum Obat sesuai standar	0	0	4	100	4	
Keluarga mengikuti program KB	824	84,3	154	15,7	978	
Ibu melahirkan di fasilitas kesehatan	15	100	0	0	15	
Bayi diberi ASI eksklusif	24	96,0	1	4,0	25	
Imunisasi dasar lengkap (IDL)	17	89,5	2	10,5	19	
Rokok	355	16,2	1842	83,8	2197	
Anggota JKN	1719	78,2	478	21,8	2197	
Balita dipantau pertumbuhan dan perkembangan	97	84,3	18	15,7	115	
Tuberculosis paru						
Didiagnosis menderita TB Paru oleh Petugas Kesehatan	20	1,2	1690	98,8	1710	
Didiagnosis menderita TB Paru oleh Petugas Kesehatan dan Minum Obat sesuai standar	10	50	10	50	20	
Tidak Pernah didiagnosis menderita TB Paru tetapi mempunyai gejala TB Paru*	2	0,1	1688	99.9	1690	
Hipertensi						
Didiagnosis Hipertensi oleh Petugas Kesehatan	46	2,7	1664	97,3	1710	
Didiagnosis hipertensi oleh Petugas Kesehatan dan minum obat secara terartur	29	63,0	17	37,0	46	
Tidak Pernah didiagnosis menderita hipertensi dan diukur tekanan darah	1341	80,6	323	19,4	1664	
Tidak Pernah didiagnosis menderita hipertensi tetapi mempunyai tekanan darah sistole ≥ 140 mm Hg dan atau diastole ≥ 90 mm Hg	114	8,5	1227	91,5	1341	

<sup>\*</sup>data Pusdatin per-Agustus 2017

darah saat kunjungan (hipertensi ukur) berjumlah 114 orang (8,5%).

Analisis di level desa/kelurahan memperlihatkan bahwa permasalahan yang terjadi berbeda (Tabel 3). Dari 9 desa/kelurahan yang sudah dikunjungi terdapat 3 desa dengan status pra-sehat, sedangkan 6 desa/kelurahan lainnya tidak sehat. Cakupan KB di Desa Tajimalela, Hara, dan Munjuk masih di bawah 40%. Cakupan indikator terendah pada ke-9 desa adalah penderita TB berobat sesuai standar, penderita hipertensi berobat secara teratur, penderita ODGJ berobat secara teratur, dan tidak ada anggota keluarga yang merokok. Sementara itu, untuk indikator kesga hampir di seluruh desa cakupannya baik.

Dari hasil analisis tersebut, puskesmas dapat mengetahui kondisi riil kesehatan di wilayahnya, mengetahui sasaran program, dan membuat peta masalah yang selanjutnya dijadikan dasar penyusunan. Namun demikian, terobosan yang dilakukan dirasakan masih berat berat karena harus double entry (web dan excel) serta membutuhkan SDM yang mumpuni dalam analisis data.

#### Evaluasi pasca intervensi lanjut

Setelah mengetahui permasalahan yang terjadi dan melakukan intervensi, satu hal yang harus dilakukan adalah pencatatan pasca intervensi (update data). Pada tahun 2018, Puskesmas belum melakukan updating (pemutakhiran) data pasca intervensi lanjut. Hal ini terungkap pada wawancara mendalam kepada kepala puskesmas, sebagai berikut:

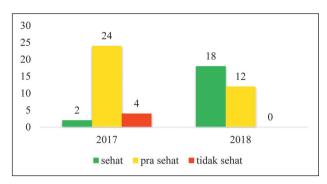
"Pasca intervensi lanjutan yang dilakukan pada ART atau keluarga bermasalah dari 12 indikator PISPK seharusnya dilakukan pemutakhiran data sehingga terlihat perbedaan sebelum dan sesudah intervensi. Puskesmas sampai saat ini belum melakukan pemutakhiran data" (kepala puskesmas)

Simulasi yang dilakukan pada 30 rumah tangga (Gambar 2) menunjukkan terjadinya peningkatan IKS, jumlah keluarga sehat, pra sehat dari tahun sebelumnya setelah dilakukannya intervensi. Pada tahun 2017 hanya terdapat 2 keluarga sehat, 24 pra-sehat, dan 4 keluarga tidak sehat. Permasalahan terbanyak yang dialami oleh ART

Tabel 3. IKS tingkat desa/kelurahan di wilayah Puskesmas Way urang (Oktober 2018)

Indikator	Desa/kelurahan								
	Way Urang	Taji- Malela	Canggu	Hara	Bulok	Taman Agung	Agom	Gunung Terang	Munjuk
KB	81,1	25,2	93,3	27,7	69,7	75,2	85,9	61	40,2
Linfaskes	87,2	93,2	100	85,7	100	97,8	94,1	100	100
Imunisasi	95	94,2	100	100	93,8	97,9	100	100	100
ASI eksklusif	98,1	91,7	100	79,3	81	85	100	100	95,8
Tumbang	94,4	92,3	100	77,2	78,5	85	99,4	98,4	99,4
ТВ	36,6	20,6	18,2	33,3	11,1	16,7	13	0	66,7
Hipertensi	22,3	6,2	30,9	4	16,3	16,2	11,6	17,6	38,2
ODGJ	16,7	20	100	80	100	100	28,6	25	33,3
Rokok	51	20	28,4	18,6	31.1	27,3	37,3	27,3	53
JKN	69,2	51,2	69,5	56,7	63	49	58,3	54,9	31,7
SAB	98,7	86,7	98,1	84,5	76,7	98	99,3	98,5	98,1
Jamban	98,1	76,1	85,1	85,9	75	83,6	99,3	93,6	98,1
IKS	0,4	0,55	0,16	0,45	0,62	0,74	0,2	0,2	0,16
Kesimpulan	Tidak -S	Pra-S	Tidak -S	Tidak -S	Pra-S	Pra-S	Tidak -S	Tidak -S	Tidak -S

Keterangan: Tidak-S: tidak sehat (nilai IKS<0,5); Pra-S: pra sehat (nilai IKS 0,5-0,8)



Gambar 2. Perubahan jumlah keluarga sehat pasca intervensi

adalah hipertensi. Hal ini terjadi pada 28 dari 30 keluarga dengan ART hipertensi yang tidak berobat teratur. Selain itu terdapat 3 keluarga dengan ART yang didiagnosis TB, 14 keluarga mempunyai ART yang tidak menjadi anggota JKN, dan 23 keluarga memiliki ART yang merokok. Intervensi dilakukan oleh petugas puskesmas secara langsung pada saat kunjungan rumah melalui edukasi, proses rujukan. Penderita hipertensi diminta datang ke Posbindu atau puskemas untuk pemantauan tekanan darah dan minum obat teratur, sedangkan suspek penderita TB dipastikan dengan pemeriksaan sputum BTA beserta keluarga terdekatnya guna pelacakan kasus TB, ART yang merokok diedukasi untuk tidak merokok. Pasca intervensi, penderita TB menjadi rutin berobat sesuai standar, penderita hipertensi juga berobat secara rutin dan tekanan darah terkontrol. Kondisi ini mendongkrak IKS menjadi naik, sehingga tidak ada lagi kondisi keluarga tidak sehat. Keluarga yang berstatus sehat pada tahun 2018 bertambah menjadi 18 KK. Pada 12 indikator PISPK, masalah rokok merupakan hal tersulit untuk terjadinya perubahan perilaku dalam waktu dekat.

#### **PEMBAHASAN**

Puskesmas sesuai dengan Permenkes No 43 Tahun 2019, mempunyai tugas untuk melaksanakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mengintegrasikan program yang ada melalui pendekatan keluarga (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, 2019). Prokesga yang didapat dari kunjungan rumah, merupakan sarana untuk merekam data keluarga dan data individu anggota keluarga (family folder) tentang 12 indikator PISPK (Kementerian Kesehatan, 2017b). Catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan dalam

Prokesga ini dapat dimasukkan dalam baseline data rekam medik dan dimanfaatkan untuk perencanaan puskesmas (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis, 2008).

Pengelolaan data PISPK di puskesmas berpedoman pada penyelenggaraan rekam medis meliputi assembling (penataan dan pemeriksaan dokumen rekam medis), coding (pemberian kode), indexing (tabulasi), filing (penyimpanan) dan analysing/ reporting (mengubah data menjadi informasi). Pengelolaan yang tidak dilakukan sesuai prosedur dapat mengakibatkan hilangnya suatu informasi dalam rekam medis (Sjamsuhidajat et al., 2006; Damanhuri, Saleh and Achmad, 2016; Muyasaroh, 2016). Pengelolaan data PISPK pada delapan puskesmas lokus belum dilakukan secara optimal. Petugas belum melakukan tahapan pemeriksaan prokesga sebelum di entri, penataan dalam satu map (family folder), penyimpanan kumpulan map dalam filing cabinet, serta belum melakukan analisis data.

Kepala puskesmas perlu menetapkan ketua tim pada setiap kelompok pembina keluarga dan menugaskan SDM untuk mengelola data. Ketua tim harus melakukan edit dan cleaning data sebelum data wawancara dientri. Dengan demikian data yang dihasilkan akan berkualitas, tidak "garbage in garbage out". Pengelola data harus menata dan menyimpan Prokesga sesuai pedoman rekam medis. Kebijakan ini juga dilakukan Dinas Kesehatan Jawa Tengah, dimana Prokesga yang disimpan dengan baik bermanfaat sebagai backup data, berguna jika data base rusak bisa dilakukan proses recovery atau entri ulang (Wibowo, 2017). Pengelolaan data yang baik juga akan menghasilkan data yang berkualitas, memudahkan pelaksanaan koordinasi dengan petugas pemegang program atau "ban hitam", serta memperlancar pelaksanaan updating data pasca intervensi. Hal ini penting terkait perubahan status kesehatan. Setiap perubahan yang terjadi pasca pemberian intervensi terhadap keluarga/ individu bermasalah kesehatan harus dicatat dan disinkronkan kembali dengan data base yang sudah ada. Misalnya pada saat kunjungan pertama pada suatu keluarga terdapat penderita TB yang tidak berobat sesuai standar, maka ketika telah dilakukan intervensi dan penderita TB sudah menyelesaikan pengobatannya sesuai standar data PISPK harus diubah menjadi tidak bermasalah kesehatan. Nilai IKS keluarga juga akan meningkat. Seluruh data yang terkumpul selanjutnya dapat dianalisis untuk dijadikan bahan penyusunan RUK puskesmas.

Untuk mengelola data sesuai yang diinginkan, diperlukan SDM yang mempunyai kompetensi dalam mengelola data di puskesmas. Diperlukan penguatan SDM melalui continuing education untuk meningkatkan kualitas SDM, dan penguatan kebijakan baik pusat maupun daerah (Rusdianah & Widiarini, 2019). Untuk itu pelatihan manajemen dan analisis data PISPK intensif perlu diselenggarakan sehingga setiap puskesmas memiliki kemampuan yang terstandar dalam analisis data. Materi manajemen pendekatan keluarga (MI7) yang disampaikan dalam pelatihan KS dirasakan kurang cukup bekal bagi tim puskesmas untuk dapat melakukan analisis data. Hal ini karena pelatihan kurang mengulas analisis data, lebih menekankan pada pengenalan kuesioner dan aplikasi yang digunakan (Sulistiowati et al., 2020). Hal serupa juga disampaikan Agung dalam tulisannya bahwa dalam pelatihan KS sebaiknya memperbamyak jam pelajaran untuk materi aplikasi dan praktek lapangan (Wibowo, 2017). Selain itu, perlu diperkuat dengan regulasi adanya tenaga statistisian atau epidemiologi di puskesmas. Saat ini dari 8 puskesmas lokus, tidak memiliki tenaga statistisian atau epidemiologi (Sulistiowati et al., 2017, 2018).

Hasil analisis data PISPK sangat bermanfaat bagi puskesmas untuk mengetahui jumlah sasaran bagi program yang akan dilaksanakan, mengetahui data by name by address keluarga serta wilayah yang mengalami masalah kesehatan. Kegiatan serupa PISPK yaitu Ketuk Pintu Layani Dengan Hati (KPLDH) yang dilaksanakan di DKI Jakarta juga selain mendekatkan akses kesehatan ke masyarakat sekaligus puskesmas memetakan masalah kesehatan di daerahnya (Astuti & Soewondo, 2019). Melalui pemetaan yang tepat, puskesmas dapat menyusun rencana intervensi yang sesuai. Diperlukan kerjasama dengan lintas sektor dalam melakukan intervensi, mengingat bahwa masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama (WHO, 2013). Tokoh Masyarakat (TOMA) berperan penting dalam kelancaran pelaksanaan PISPK di lapangan yaitu sebagai penyuluh, penggerak, motivator, fasilitator dan katalisator PISPK (Mujiati et al., 2020). Para tokoh ini diharapkan mampu menggerakkan masyarakat dalam kegiatan yang menunjang peningkatan derajat kesehatan. Misalnya keluarga A pada saat kunjungan memiliki rumah yang secara fisik masuk katagori rumah tidak sehat, dan terdapat ART di dalamnya (Bapak A) adalah pasien TB yang tidak berobat sesuai standar. Petugas

puskesmas harus melakukan monitoring kepada Bapak A agar berobat sesuai standar, dan melakukan kunjungan lanjutan sebagai langkah intervensi untuk menentukan diagnosis apakah ada anggota keluarga yang lain menderita TB seperti yang dilakukan oleh Puskesmas Giri Mulya dengan Sisir Dahak (SIDAK). Rumah yang tidak sehat dapat diusulkan ke pemerintah desa sebagai salah satu kandidat bedah rumah yang bersumber dari Anggaran Dana Desa (ADD). Penderita TB yang tidak berobat sesuai standar dapat terus dipantau dengan Pendamping Minum Obat (PMO) dari keluarga maupun kader. Selain itu, guna meningkatkan motivasi dapat pula diberikan hadiah/bingkisan bagi penderita TB yang telah menuntaskan pengobatannya seperti yang dilakukan di Puskesmas Giri Mulya melalui program Minum obat sampai sembuh dapat hadiah (Masdiah). (Puskesmas Giri Mulya, 2019; Sulistiowati et al., 2018). Masyarakat terutama perangkat desa dan TOMA juga diharapkan dapat mempromosikan PHBS dan mengupayakan tidak terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap kasus TB, bahkan membentuk dan mengembangkan Warga Peduli Tuberculosis seperti yang diamanatkan di Permenkes No. 67 Tahun 2016 tentang penanggulangan TB. Harapan ke depan dapat mensukseskan pencapaian target Indonesia dalam eliminasi TB pada tahun 2035 (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberculosis, 2016).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Puslitbang Upaya kesehatan masyarakat juga menunjukkan beberapa model intervensi yang dilakukan bersama dengan lintas sektor. Cek Tekanan Darah di Arisan (CETAR) dan Taman untuk Hipertensi (Taman Hepi) dilaksanakan di Kota Semarang untuk mengatasi hipertensi, Pos TB Desa yang mengadopsi program dari Subdit TB di Kabupaten Muaro Jambi untuk mengatasi masalah TB paru, KEcamatan pada keMBANG Sehat dengan berOlahRaGA (Kembang Sorga) di Kabupaten Tasikmalaya untuk mengatasi masalah hipertensi dengan mengaktifkan olah raga dan senam bersama di desa sambil memeriksa tekanan darah (Soerachman et al., 2018). Seperti diketahui bahwa hipertensi yang tidak terkontrol mengakibatkan berbagai kompikasi penyakit kardiovaskuler seperti gagal jantung, stroke, bahkan gagal ginjal. Penyakit-penyakit inilah yang menyerap anggaran terbesar, hampir 30% dari dana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Untuk itu pemda diharapkan dapat meningkatkan meningkatkan kepesertaan dan kolektibilitas iuran serta upaya promotif dan preventif (BPJS Kesehatan, 2016). Diharapkan dengan manajemen hipertensi yang baik maka penyakit yang menyebabkan tersedotnya dana BPJS akan dapat dikendalikan.

Pada level wilayah, puskesmas dapat memetakan RT/RW/desa mana yang mengalami masalah kesehatan. Setiap RT/RW bisa saja mengalami permasalahan yang berdeda. Intervensi yang dilakukan terhadap wilayah tertentu juga dapat dilaksanakan sesuai kebutuhan. Kegiatan analisis data PISPK memperlihatkan masalah yang terjadi. Contoh RW01 di wilayah pesisir bermasalah tentang jamban sehat sedangkan RW 2 di wilayah perumahan bermasalah pada cakupan penimbangan dan imunisasi. Hasil ini dapat dijadikan diskusi dalam musyawarah desa. Puskesmas dapat mengajukan dana yang diperuntukkan guna peningkatan kualitas dengan peningkatan PHBS, kesehatan ibu dan anak ke pemerintah desa. Hal ini didasari pada PermenDesa PDTT No. 11 Tahun 2019. Pemerintah desa dapat melakukan pengadaan, pembangunan, pengembangan dan pemeliharaan sarana prasarana kesehatan, antara lain: air bersih berskala Desa; jambanisasi; mandi, cuci, kakus (MCK); mobil/kapal motor untuk ambulance desa; balai pengobatan; posyandu; poskesdes/ polindes; posbindu; tikar pertumbuhan (alat ukur tinggi badan untuk bayi); kampanye Desa bebas BAB Sembarangan (Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019, 2019).

Hasil PISPK juga dapat dijadikan sarana advokasi ke pemerintah daerah. Contoh melalui PISPK dapat dipetakan kepemilikan SAB dan jamban dan dibuat dalam google map seperti yang dilakukan oleh Puskesmas Arut Selatan (Kalimantan Tengah). Data tersebut kemudian dijadikan sebagai bahan advokasi ke pemerintah daerah dalam perencanaan pembuatan jamban komunal dan saluran air bersih (Puskesmas Arut Selatan, 2019). Dukungan Pemda juga tampak di Kota Depok, dengan mengalokasikan 1,38% APBD Kesehatan Belanja Langsung-Non Gaji sehingga mampu melaksanakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk pelayanan dasar hipertensi, diabetes melitus dan gangguan jiwa (Astuti & Soewondo, 2019). Kegiatan sinergi yang dilakukan bersama dengan pemerintah daerah diharapkan mampu memecahkan masalah kesehatan yang dihadapi, sekalikus mendukung pencapaian SPM bidang kesehatan kab/kota.

#### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### Kesimpulan

Pengelolaan dan pemanfaatan data PISPK di puskesmas belum optimal. Hal ini terkendala, antara lain: keterbatasan sarana penyimpanan Prokesga, pengorganisasian lapangan (pembagian tugas) yang kurang, perubahan administratif kab/kota, akses terhadap data raw PISPK, terbatasnya sinyal internet, dan terbatasnya kemampuan analisis data. Kendala dapat diminimalisir dengan analisis manual, dan pelatihan khusus manajemen dan analisis data sehingga seluruh puskesmas mempunyai kemampuan yang seragam dalam mengelola dan melakukan analisis serta memanfaatkan data yang ada. Hasil analisis data PISPK dapat digunakan dalam menentukan sasaran program, membuat peta masalah individu, keluarga dan wilayah yang dapat dimanfaatkan untuk penyusunan rencana usulan kegiatan, bahan advokasi ke pemerintah daerah guna meningkatkan status kesehatan masyarakat serta mendukung pencapaian SPM bidang kesehatan.

#### Saran

Dilaksanakannya pelatihan manajemen dan analisis data bagi petugas puskesmas agar pengelolaan data PISPK dapat terlaksana dengan baik.

#### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Terima kasih kepada Kepala Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan yang telah mendukung terlaksananya pendampingan di 8 puskesmas di Indonesia serta seluruh tim daerah (dinas kesehatan provinsi dan kabupaten, puskesmas serta jajarannya) yang telah bersamasama melaksanakan penelitian ini.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Astuti, T. S. R., & Soewondo, P. (2019). Analisis Kesiapan Pembiayaan Hipertensi, Diabetes Melitus dan Gangguan Jiwa dalam Mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) Tahun 2018-2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 3(1), 2018–2020. https://doi.org/10.7454/ eki.v3i1.2429

BPJS Kesehatan. (2016). Optimalkan Peran Pemda Cegah Mismatch JKN-KIS. *Media Eksternal BPJS Kesehatan*. https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocu ments/0ea6f58ecfc857f60b0761717fa96603.pdf

- Damanhuri, D. S., Saleh, A. R., & Achmad, A. B. (2016). *Manajemen Basis Data Penelitian*. https://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/23292/Didin S. Damanhuri\_Manajemen Basis Data Penelitian (12 hal).PDF;sequence=1
- Danley, K., & Ellison, M. L. (1999). A Handbook for Participatory Action Researchers. Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University.
- Dirjen Yankes Primer. (2019). Hasil Monev PISPK 2019.
- Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2019, (2019).
- Peraturan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, (2008).
- Peraturan Menteri Kesehatan Repubik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, 1 (2016).
- Peraturan Menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberculosis, (2016).
- Kementerian Kesehatan. (2017a). *Buku Ajar Pelatihan Keluarga Sehat*. Balai Besar Pelatihan Kesehatan Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. (2017b). Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (2nd ed.). Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, (2019).
- Maliang, M. I., Imran, A., & Alim, A. (2019). Sistem Pengelolaan Rekam Medis (Studi Kualitatif Di Puskesmas Tamalate Makassar Tahun 2019). Window of Health: Jurnal Kesehatan, October, 315–328. https://doi.org/10.33368/woh.v0i0.198
- Mardyawati, E., & Akhmadi, A. (2016). Pelaksanaan Sistem Penyimpanan Rekam Medis Family Folder di Puskesmas Bayan Lombok Utara. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 27. https://doi.org/10.22146/jkesvo.27474
- Mujiati, Sulistiowati, E., & Nurhasanah, S. (2020). Role of community figure in Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PISPK) in Banjarnegara District, Central Java. *JCOEMPH*, forthcoming (proses cetak).
- Muyasaroh, D. (2016). Fungsi Manajemen Pada Kegiatan Pengelolaan Sistem Rekam Medis Pasien di Puskesmas Kedungmundu Semarang. In *Skripsi*. https://lib.unnes.ac.id/28145/1/6411412162.pdf
- Padmawati, R. S. (2007). *Manajemen dan Analisis Data*. http://www.kmpk.ugm.ac.id/images/Semester\_1/ Metodologi Penelitian/Manajemen dan Analisis Data Metode Penelitian Kualitatif.pdf

- Panggabean, T. N. (2020). Tinjauan Penatalaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) Pada Puskesmas Tegal Sari Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi* Kesehatan Imelda, 5(1), 45–52.
- Pusat Data dan Informasi. (2019). *Analisis Data KS Indonesia per Oktober 2019*.
- Puskesmas Arut Selatan. (2019). Implementation of Indonesia Health Program Through Family Aproach (PISPK) in Puskesmas Arut Selatan District Kotawaringin Barat Province Kalimantan Tengah. In Symintern.
- Puskesmas Giri Mulya. (2019). Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) di Puskesmas Giri Mulya Kabupaten Tanah Bumbu Kalimantan Selatan. In *Symintern*.
- Rina Gunarti, Zainal Abidin, Mariatul Qiftiah, B. (2016). Tinjauan Pelaksanaan Family Folder Untuk Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Guntung Payung Tahun 2016. *Jurkessia*, VI, 46–54.
- Rusdianah, E., & Widiarini, R. (2019). Evaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK): Studi Kasus di Tingkat Puskesmas. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 8(4), 175–183. https://doi.org/10.22146/JKKI.50710
- Sari, N. R., Suryawati, C., & Nandini, N. (2019). Evaluasi Pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Pada Indikator Tb Paru Di Puskesmas Tayu II Kabupaten Pati. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 7(4), 532–541.
- Siswanto. (2019). Metodologi Riset untuk Mengawal Kebijakan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 22 No.2, 137–145. https://doi.org/10.22435/hsr. v22i2.2050
- Sjamsuhidajat, Alwy, S., Rusli, A., Rasad, A., Enizar, Irdijati, I., Subekti, I., Suprapta, I. P., Mohammad, K., Adam, K., Luwiharsih, Santoso, O., Oewen, R. R., Sirie, S., & Akbar, S. M. S. (2006). *Manual Rekam Medis* (Sjamsuhidajat & S. Alwy (eds.); 1st ed.). Konsil Kedokteran Indonesia. http://www.kki.go.id/assets/data/menu/Manual Rekam Medis.pdf
- Soerachman, R., Manalu, H., Sulistyowati, N., Anwar, A., Wiryawan, Y., Wahyulestari, E., Cahyorini, Laelasari, E., Frikarini, K., Handayani, K., Lestary, H., Zahra, Sugiharti, & Ida. (2018). Laporan Penelitian Model Pendampingan Kapasitas Daerah dalam Pencapaian Indikator PISPK Tahun 2018 di Beberapa Puskesmas di Indonesia.
- Sulistiowati, E., Fajarwati, T., Susilawati, M. D., Suratri, M. L., Sapardin, A. N., Harso, A. D., Mujiati, Srihartati, N., Idaiani, S., & Jovina, T. A. (2018). Riset Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 Tahun 2016 tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan keluarga (PISPK) di Beberapa Puskesmas di Indonesia Tahun 2018.
- Sulistiowati, E., Fajarwati, T., & Trihono. (2020). Manajemen Pendekatan Keluarga sebagai Fokus Materi dalam

- Pelatihan Keluarga Sehat. *Media Litbangkes*, 30(3).
- Sulistiowati, E., Susanti, A. L., Fajarwati, T., Susilawati, M. D., Sapardin, A. N., Mujiati, Dewi, M., Harso, A. D., Hartati, N. S., Siti Nurhasanah, Idaiani, S., & Jovina, T. A. (2017). Riset Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Kabupaten Lampung Selatan Provinsi Lampung.
- Virdasari, E., Arso, S. P., & Fatmasari, E. Y. (2018). Analisis Kegiatan Pendataan Keluarga Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Di Puskesmas Kota Semarang (Studi Kasus Pada Puskesmas
- Mijen). Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal), 6(5), 52–64.
- WHO. (2013). Family as Centre of Health Development. http://apps.searo.who.int/PDS\_DOCS/B4972.pdf
- Wibowo, M. A. (2017). Pengalaman Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) di Jawa Tengah. In *Buletin PISPK* (pp. 35–44). Kementerian Kesehatan RI.
- Wijaya, L., & Dewi, D. R. (2017). *Manajemen Informasi Kesehatan II: Sistem dan Sub Sistem Pelayanan RMIK* (1st ed.). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan BPPSDM Kesehatan. https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004