

# **Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas**

## ***Implementation of the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK) at Puskesmas***

**Nova Sri Hartati,\*Eva Sulistiowati, dan Made Dewi Susilawati**

Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat, Indonesia

\*Korespondensi Penulis: nova.srihartati@gmail.com

*Submitted: 22-6-2020, Revised: 10-05-2021, Accepted: 12-08-2021*

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v3i13.3381>

### **Abstrak**

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda nawacita, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Program ini menjadikan puskesmas sebagai pelopor pelaksanaan dengan mengedepankan pendekatan keluarga. Dengan cara ini diharapkan dapat meningkatkan jangkauan, sasaran, dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) juga menekankan esensi fungsi puskesmas pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dalam upaya promotif dan preventif. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengetahui proses pelaksanaan PIS-PK pada delapan puskesmas di lima provinsi, yaitu Puskesmas Wayurang, Puskesmas Karanganyar, Puskesmas Tanjung Sari, dan Puskesmas Tanjung Bintang (Kabupaten Lampung Selatan, Lampung), Puskesmas Banjarnegara 1 (Kabupaten Banjarnegara, Jawa Tengah), Puskesmas Lahihuruk (Kabupaten Waikabubak, Nusa Tenggara Timur), Puskesmas Giri Mulya (Kabupaten Tanahbumbu, Kalimantan Selatan), dan Puskesmas Tawaeli (Kota Palu, Sulawesi Tengah) yang dilakukan selama tahun 2018. Analisis ini merupakan bagian dari riset implementasi PIS-PK yang dilaksanakan dengan pendekatan *Participatory Action Research* (PAR), melalui metode kualitatif; wawancara mendalam, *Focus Group Discussion* (FGD), dan melihat hasil *updating* data yang dilakukan petugas. Berdasarkan hasil FGD dengan petugas dan wawancara mendalam kepala puskesmas diketahui bahwa seluruh puskesmas lokus telah melaksanakan persiapan pelaksanaan kunjungan rumah meliputi persiapan SDM, melaksanakan *on the job training* (OJT), mempersiapkan logistik, melakukan sosialisasi eksternal sebelum melakukan kunjungan rumah. Kunjungan rumah yang dilakukan baru bersifat pendataan, belum mengintegrasikan program yang ada di puskesmas.

Kata kunci: PIS-PK; puskesmas; kunjungan rumah; derajat kesehatan

### **Abstract**

*The Healthy Indonesia Program is one of the programs of the nawacita agenda, in order to improve the health and nutritional status of the community through health efforts and community empowerment. This program makes the puskesmas as a pioneer in the implementation by prioritizing the family approach. In this way it is expected to increase the reach, target and improve access to health services in the working area. The Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK) also emphasized the essence of*

*puskesmas' functions as promoting and preventing efforts. The purpose of this paper was to know PIS-PK implementation process at 8 puskesmas in 5 provinces, namely Wayurang, Karanganyar, Tanjung Sari, and Tanjung Bintang (Lampung Selatan Regency, Lampung), Banjarnegara 1 (Banjarnegara Regency, Central Java), Lahihuruk (Waikabubak Regency, East Nusa Tenggara), Giri Mulya (Tanah bumbu District, South Kalimantan), and Tawaeli Health Center (Palu City, Central Sulawesi) conducted during 2018. This analysis was part of the PIS-PK implementation research conducted using the approach Participatory Action Research (PAR), through qualitative methods; in-depth interviews, Focus Group Discussion (FGD), and seeing the results of updating the data conducted by officers. Based on the results of the FGD with officers and in-depth interviews with the head of the puskesmas, it was found that all locus puskesmas had carried out preparations for the implementation of home visits including the preparation of human resources, carrying out on the job training (OJT), preparing logistics, conducting external socialization before conducting home visits. Home visit had only been conducted by data collection phase. It had not been integrated in existing program in puskesmas.*

*Keywords: PIS-PK; puskesmas; home visit; health status*

## **PENDAHULUAN**

Masalah kesehatan merupakan masalah multidimensi yang memiliki banyak faktor penentu (determinan) dan sebagian besar faktor penentunya berada di luar sektor kesehatan. Oleh karena itu, perlu diupayakan secara menyeluruh dan bersama-sama dengan masyarakat untuk mengatasinya.<sup>1</sup> Pemerintah pusat mencanangkan Program Indonesia Sehat yang merupakan program utama yang ingin dicapai melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2015-2019. Sasarannya adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Kementerian Kesehatan menetapkan strategi operasional dalam pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Dengan program ini, puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. PIS-PK juga menekankan esensi fungsi puskesmas dalam upaya promotif dan preventif. Kunjungan rumah melakukan

wawancara mengenai 12 indikator PIS-PK, meliputi: 1) keluarga mengikuti Keluarga Berencana (KB); 2) Ibu bersalin di fasilitas kesehatan; 3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap; 4) Bayi diberi ASI eksklusif selama 6 bulan; 5) Pertumbuhan balita dipantau tiap bulan; 6) penderita Tuberculosis (TB) paru berobat sesuai standar; 7) Penderita hipertensi berobat teratur; 8) Gangguan jiwa berat tidak ditelantarkan; 9) Tidak ada anggota keluarga yang merokok; 10) Keluarga mempunyai akses terhadap air bersih; 11) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat; 12) Sekeluarga menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Di luar 12 indikator tersebut, daerah diperkenankan menambah indikator sesuai kebutuhan masing-masing. Informasi yang didapat pada kunjungan rumah dicatat dalam Profil kesehatan Keluarga (Prokesga). Bila ditemukan masalah kesehatan dalam keluarga, maka petugas sekaligus memberikan intervensi langsung sesuai temuan masalah, melakukan promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif, serta menindaklanjuti pelayanan dalam gedung. Kunjungan rumah dilakukan secara terjadwal dan rutin, dengan memanfaatkan data dan informasi dari Prokesga (*family folder*). Hal ini tidak berarti mematikan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang ada, tetapi justru untuk memperkuat UKBM-UKBM yang selama ini dirasakan masih kurang efektif.<sup>2-6</sup>

Melihat manfaat PIS-PK, kegiatan ini perlu

dilaksanakan dengan baik. Namun demikian, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan PIS-PK di berbagai daerah belum optimal. Hasil evaluasi pelaksanaan PIS-PK 2016 yang dilakukan oleh Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat menunjukkan bahwa kabupaten/kota yang telah melaksanakan PIS-PK sebagian besar baru melakukan persiapan dan pendataan awal. Kesiapan dinas kesehatan pada umumnya baru sebatas mengirimkan petugas untuk mengikuti *training of trainer* (TOT), dan mengarahkan puskesmas dalam persiapan dan pelaksanaan kunjungan rumah saja. Hal ini terkendala antara lain PIS-PK belum menjadi prioritas, belum terinformasikan kepada kepala dinas kesehatan kabupaten/kota walaupun stafnya merasa telah melaporkan hasil pertemuan sosialisasi di Kemenkes, belum cairnya dana akibat belum disahkannya anggaran perubahan, keterbatasan dana dan SDM yang ada di puskesmas.<sup>7</sup> Hasil senada juga ditunjukkan pada Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (RISNAKES) tahun 2017, di mana baru terdapat 33,5% puskesmas yang memiliki kesiapan tenaga, manajemen, maupun sarana dan prasarana pendukung PIS-PK.<sup>8</sup> Hal ini disebabkan karena terbatasnya sumber daya, dukungan lintas sektor yang belum optimal, perubahan aplikasi keluarga sehat.

Untuk mengetahui pengalaman puskesmas (subjek) dalam implementasi PIS-PK secara sistematis, menganalisis data bersama antara peneliti dengan subjek untuk melihat masalah dan penyebab masalah, serta menetapkan tindakan yang tepat, maka perlu dilaksanakan riset implementatif dengan pendekatan *Participatory Action Research* (PAR). Keseluruhan tahapan proses riset dikerjakan secara bersama antara peneliti dengan subjek penelitian (kepala puskesmas dan staf) termasuk dalam menyusun rencana aksi untuk perbaikan implementasi (hubungan antara peneliti dan subjek adalah hubungan kemitraan).<sup>9,10</sup> Analisis ini bertujuan untuk menggambarkan proses pelaksanaan PIS-PK di puskesmas.

## **METODE**

Analisis ini merupakan bagian dari riset implementasi PIS-PK yang dilaksanakan di beberapa puskesmas di Indonesia tahun 2018

dengan pendekatan PAR. Cara mendapatkan informasi dilakukan melalui *Focus Group Discussion* (FGD), wawancara mendalam dan juga observasi di lapangan. Informasi yang akan digali terbagi menjadi tiga tema, yaitu persiapan puskesmas dalam melaksanakan PIS-PK, pelaksanaan kunjungan rumah, serta pengolahan data hasil kunjungan rumah. Pada tahap persiapan puskesmas dilakukan pendampingan dalam hal upaya persiapan Sumber Daya Manusia (SDM), logistik, anggaran, dan metode sosialisasi pelaksanaan PIS-PK. Pada tahap pelaksanaan, eksplorasi subtema informasi dilakukan terkait penerapan panduan yang telah diberikan saat TOT pada waktu kunjungan rumah. Penggunaan alat pemeriksaan dan peraga, proses kunjungan rumah dan kerja sama dengan lintas sektor. Subtema pada tahap pengolahan data meliputi manajemen data, peningkatan kapasitas SDM dalam melakukan pengolahan data, dan tindak lanjut puskesmas dari hasil pengolahan data.

Sebelum melakukan pendampingan, peneliti sudah mengikuti TOT Keluarga Sehat (KS) sekaligus berperan sebagai pendamping serta konsultan. Peneliti melakukan pencatatan proses, evaluasi, validasi, memberikan umpan balik hasil temuan, serta masukan kepada subjek untuk selanjutnya diambil langkah untuk perbaikan dan mengatasi temuan yang ada dalam rangka optimalisasi pelaksanaan PIS-PK.<sup>9,10</sup>

Pendampingan dilakukan pada delapan puskesmas di lima provinsi, yaitu: 1) Puskesmas Wayurang, Puskesmas Karanganyar, Puskesmas Tanjung Sari, dan Puskesmas Tanjung Bintang (Kabupaten Lampung Selatan, Lampung), 2) Puskesmas Banjarnegara 1 (Kabupaten Banjarnegara, Jawa Tengah), Puskesmas Lahihuruk (Kabupaten Waikabubak, Nusa Tenggara Timur), 3) Puskesmas Giri Mulya (Kabupaten Tanahbumbu, Kalimantan Selatan), dan 4) Puskesmas Tawaeli (Kota Palu, Sulawesi Tengah). Pemilihan lokasi didasarkan adanya Balai/Loka sebagai UPT Badan Litbang Kesehatan sehingga memudahkan pendampingan dan koordinasi. Pemilihan Kabupaten Lampung Selatan karena merupakan lanjutan pendampingan PIS-PK di Kabupaten Lampung Selatan, Provinsi Lampung. Kunjungan rumah dilakukan di satu desa tiap puskesmas yang ditentukan setelah

pertemuan koordinasi dengan dinas kesehatan dan puskesmas setempat.

Dilakukan wawancara mendalam dengan informan kepala puskesmas mengenai persiapan pelaksanaan PIS-PK, ketersediaan sarana untuk pelaksanaan kegiatan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Validasi pelaksanaan kunjungan rumah dilakukan dengan pendampingan terhadap surveyor pada saat melakukan kunjungan rumah berdasarkan Prokesga dan Paket Informasi Keluarga (Pinkesga). Selain itu, juga dilakukan validasi ke-10 rumah tangga terpilih di setiap puskesmas. Kegiatan FGD dilakukan terhadap petugas puskesmas yang menjadi tim pelaksana kegiatan PIS-PK.<sup>11,12</sup> Hasil pendampingan selanjutnya dianalisis dan disajikan secara tematik.

## HASIL

Hasil riset menggunakan metode PAR yang dilakukan mulai dari saat pelatihan sampai menyusun rencana usulan kegiatan dari hasil pelaksanaan PIS-PK. Permasalahan terdapat berdasarkan hasil observasi selama pendampingan, wawancara mendalam dan FGD. Tahapan pendampingan dan berbagai kegiatan serta kendala terbagi menjadi tiga tahap yaitu persiapan, pelaksanaan dan pengelolaan data.

### 1. Persiapan Puskesmas dalam Pelaksanaan PIS-PK

Sejalan dengan hasil wawancara mendalam kepala puskesmas, hasil FGD petugas (*surveyor*) juga menunjukkan bahwa pada delapan puskesmas lokus telah melaksanakan persiapan pelaksanaan kunjungan rumah meliputi SDM, logistik, anggaran, dan sosialisasi (Gambar 1). Persiapan SDM telah dilakukan dengan mengirimkan lima orang tenaga kesehatan sebagai tim PIS-PK mengikuti pelatihan di Bapelkes Provinsi, melaksanakan *On the Job Training* (OJT) di internal puskesmas, serta dikeluarkannya Surat Keputusan (SK) tim PIS-PK. Pembuatan SK Kepala puskesmas tentang tim PIS-PK ini bertujuan untuk pengorganisasian tim bina keluarga dan pembagian tugas. Kepala puskesmas memantau langsung kegiatan PIS-PK

yang dilakukan. Hal ini seperti disampaikan oleh informan sebagai berikut:

*“Rencana kegiatan terus dipantau oleh kapus melalui grup WA.”* (petugas puskesmas)

Tiap tim memiliki sasaran keluarga yang akan dikunjungi dan sekaligus melakukan entri data ke dalam aplikasi KS. Jumlah Kepala Keluarga (KK) yang digunakan untuk pembagian sasaran didasarkan pada data Supas dan data KK di desa/kelurahan maupun data program. Seperti disampaikan oleh petugas puskesmas sebagai berikut:

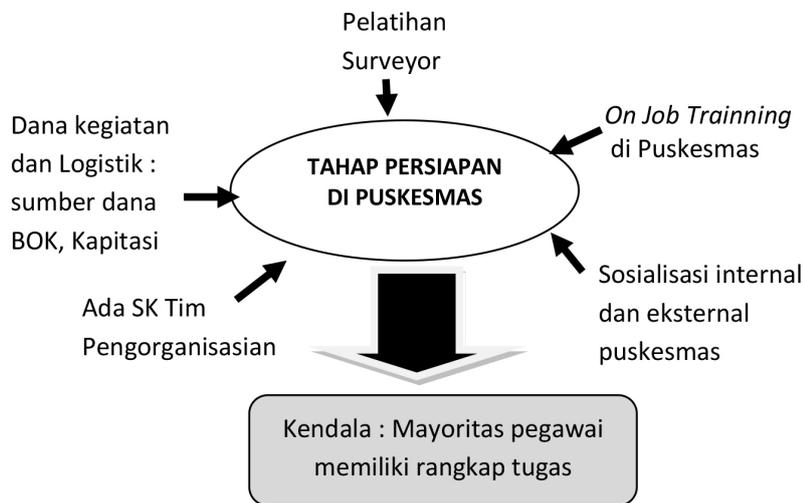
*“Ada juga teman yang menyiapkan rujukan lokasi dengan membawa hasil pendataan PHBS, semua KK sudah tercantum tinggal mencari lokasinya di mana. Jika ada yang perlu diteruskan di lokasi tertentu maka diberikan data KK sebelumnya.”* (petugas puskesmas)

Logistik seperti penyediaan Alat Tulis Kantor (ATK), Prokesga, Pinkesga, dan ID *card* petugas disiapkan dengan anggaran kapitasi (JKN). Sedangkan dana BOK dialokasikan untuk kegiatan pendataan, analisis data, dan intervensi masalah. Sementara itu, ketersediaan sarana UKP dan UKM sudah mencukupi untuk membantu kelancaran kegiatan PIS-PK terutama dalam hal pelaksanaan intervensi lanjut. Hal ini tampak dari data sarana prasarana UKP dan UKM puskesmas. Sosialisasi eksternal dilakukan pada lokakarya mini lintas sektor, serta sosialisasi di kelurahan/desa yang akan dikunjungi sebelum melakukan kunjungan rumah. Sosialisasi dilakukan dengan menyampaikan paparan terkait PIS-PK dengan media laptop dan proyektor.

Kendala yang dihadapi puskesmas antara lain adalah petugas yang mempunyai rangkap tugas (Gambar 1). Hal ini terlihat pada sebagian besar puskesmas lokus sebenarnya memiliki jumlah tenaga yang cukup untuk pelaksanaan kegiatan KS, namun sebagian besar masih mempunyai tugas rangkap (banyak tugas) karena belum adanya integrasi program di mana masing-masing program memiliki kegiatan dan anggaran masing-masing. Hal ini seperti disampaikan oleh informan sebagai berikut:

*“Jumlah SDM sebenarnya cukup, namun rata-rata mempunyai tugas rangkap, bahkan lebih dari 2 rangkap.”* (petugas puskesmas)

2



**Gambar 1. Pendampingan Setiap Kegiatan pada Tahap Persiapan PIS-PK Pelaksanaan Kunjungan Rumah**

Pada tahap kunjungan rumah, seluruh puskesmas lokus sudah melakukannya dan sebagian besar didampingi oleh kader setempat. Kunjungan biasanya dilakukan pagi sampai sore sesuai jam kerja puskesmas. Namun, dapat juga disesuaikan dengan permintaan dari keluarga atau informasi kader. Kegiatan yang dilakukan pada saat kunjungan rumah yaitu wawancara, pengukuran tekanan darah oleh nakes untuk anggota rumah tangga diatas 15 tahun, dan dilakukan observasi terkait air bersih, jamban saniter, dan rumah bebas jentik (Gambar 2). Apabila pada saat kunjungan rumah ditemukan keluarga yang bermasalah kesehatan, diberikan intervensi awal berupa penyuluhan/penjelasan terhadap individu atau keluarga yang bermasalah dengan menggunakan Pinkesga.

Hasil validasi pendampingan kunjungan rumah menunjukkan bahwa sebagian besar petugas belum memahami alur pertanyaan dalam Prokesga. Pertanyaan ada yang tidak ditanyakan karena petugas menganggap tidak perlu dan sudah tahu. Misalnya pertanyaan gangguan jiwa berat. Beberapa pertanyaan yang tidak perlu ditanyakan justru malah ditanyakan. Misalnya pertanyaan tentang tinggi badan (TB) hanya ditanyakan pada anggota keluarga yang berusia  $\geq 15$  tahun, namun ditanyakan untuk seluruh umur. Pinkesga belum banyak dimanfaatkan untuk sarana Komunikasi,

Informasi, dan Edukasi (KIE). Hasil ini ditemukan pula pada saat validasi kunjungan ke keluarga. Sebagian besar petugas masih menganggap hanya sekedar pendataan, belum semua anggota keluarga diwawancara, diperiksa dan dilakukan observasi jamban dan sanitasi sarana air bersih (SAB) (Gambar 2). Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

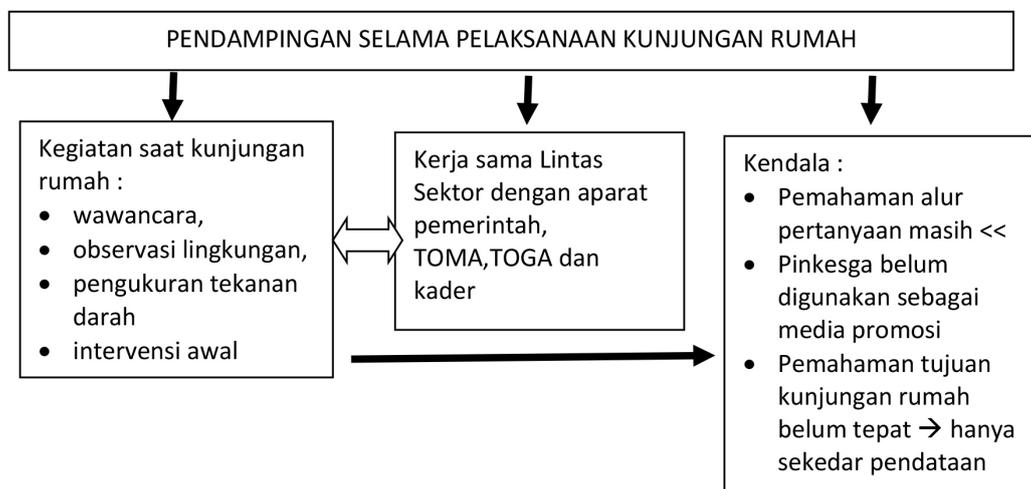
*“Tidak dilakukan pengukuran tekanan darah karena petugas tidak membawa tensimeter.”* (Ibu W, Banjarnegara)

*“Tidak ditensi. Dipegang aja enggak. Orang tidak banyak bertanya.”* (Bpk. M, Lampung Selatan)

*“Kami tidak ditanya tentang apakah ada yang gangguan jiwa ....oh..nggak. Enggak (apakah mungkin karena petugasnya sudah kenal?) Oh..nggak kenal. Cuma memang dia orang sini katanya.”* (Ibu L, Lampung Selatan)

*“Petugas tidak ada yang menanyakan mengenai anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan. Tidak ada diberikan penyuluhan. Petugas tidak menunjukkan dan menjelaskan indikator yang kurang dengan Pinkesga (Paket Informasi Kesehatan Keluarga).”* (Bpk. AR, Sumba Barat)

*“Tidak ada penyuluhan. Tidak disurvei jambannya. Petugas tidak menunjukkan dan menjelaskan indikator yang kurang dengan*



Gambar 2. Pendampingan Selama Tahap Pelaksanaan PIS-PK

*Pinkesga.*” (Ibu BJ, Sumba Barat)

“*Kami tidak punya jamban, tidak, tidak diberikan penyuluhan.*” (Bpk. I, Lampung Selatan)

Temuan tersebut disampaikan sebagai umpan balik dalam perbaikan pelaksanaan proses wawancara dan disepakati untuk melakukan *refresh training* kepada petugas secara rutin dengan bimbingan para trainer dari dinas kesehatan kabupaten yang telah mengikuti TOT KS. Kendala yang dialami petugas pada tahap ini, antara lain anggota keluarga tidak berada di rumah pada saat kunjungan sehingga kunjungan harus dilakukan penjadwalan ulang kunjungan yang dapat dilaksanakan berkali-kali. Pada saat validasi rumah tangga, informan menyampaikan sebagai berikut:

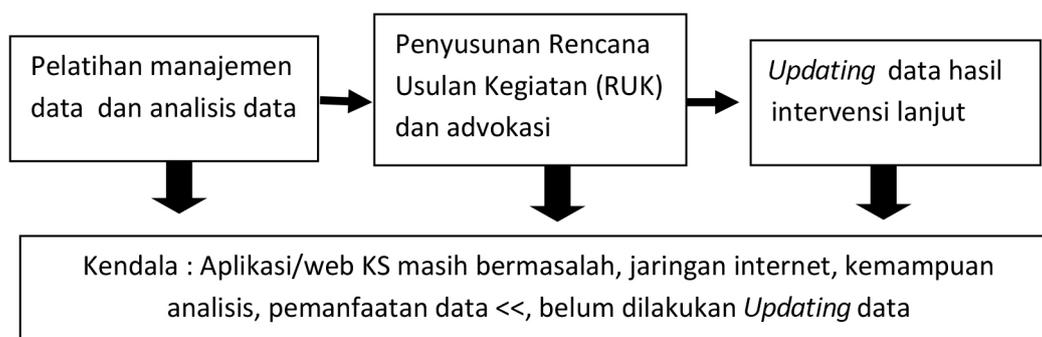
“*Yang diwawancarai di keluarga ini hanyalah ibu, bapak hanya ditensi karena cepat-cepat mau berangkat kerja dan tidak diwawancara. Sampai sebulan juga belum ada kunjungan ulang.*” (Ibu I, Banjarnegara)

## 2. Pengelolaan Data

Pasca pendataan, petugas melakukan *cleaning* data kuesioner sebelum di entri. Entri data dilakukan secara *online* pada *website* yang disediakan oleh Pusat Data dan Informasi (Pusdatin). Kendala yang dihadapi pada tahap

ini antara lain koneksi internet terbatas, data yang di entri sulit masuk ke server, sehingga entri dilakukan pada malam hari, aplikasi KS yang berubah versi (Gambar 3). Data yang telah terkumpul belum dilakukan analisis dan dimanfaatkan oleh puskesmas. Hal ini disebabkan karena data yang terentri langsung masuk ke server pusat dan puskesmas belum memiliki akses terhadap *raw data*, data IKS yang muncul di *dashboard* aplikasi KS tidak sesuai dengan jumlah KK terentri, petugas belum mampu melakukan analisis data. Untuk meminimalkan hal tersebut, tim pendamping melakukan pelatihan singkat analisis data kepada petugas puskesmas (PJ KS dan admin puskesmas) baik secara manual maupun dengan SPSS. Petugas dilatih mengunduh data di *dashboard* PIS-PK dan memindahkan ke *excel* untuk kemudian dilakukan analisis dengan formula yang dibuat oleh Tim Badan Litbang Kesehatan. Selain itu, *raw data* yang diperoleh dari Pusdatin juga dilakukan analisis dengan SPSS. Hasil analisis data selanjutnya digunakan sebagai salah satu bahan penyusunan prioritas kegiatan dan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) puskesmas dan advokasi ke pemerintah desa untuk menunjang program kesehatan.

Hal yang penting lainnya yang harus dilakukan oleh puskesmas adalah evaluasi pasca intervensi lanjutan yang dilakukan pada ART atau keluarga bermasalah dari 12 indikator



Gambar 3. Pendampingan pada Tahap Pengelolaan Data

PIS-PK. Pada delapan puskesmas lokus hal ini belum dilakukan. Seharusnya pascaintervensi, dilakukan *update* data sehingga terlihat perubahan status keluarga sebelum dan sesudahnya. Tim menginisiasi kegiatan *updating data* di empat puskesmas di Lampung Selatan pada 30 KK di masing-masing desa. Kunjungan ulang dilakukan pada beberapa rumah tangga yang pada pendataan sebelumnya bernilai IKS tidak sehat dan telah dilakukan intervensi sesuai dengan permasalahan kesehatan yang dialami. Perubahan status kesehatan yang ditemui selanjutnya dientri secara manual (*excel*) sehingga tampak perbaikan nilai IKS.

## PEMBAHASAN

Sesuai dengan fungsi puskesmas dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014 yang diperbaharui dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu; dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas juga menjalankan prinsip paradigma sehat dan kemandirian masyarakat yang mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan serta mendorong kemandirian hidup sehat yang

dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Melalui program PIS-PK, puskesmas dapat mengoptimalkan fungsinya tersebut dalam dua belas indikator PIS-PK.<sup>3</sup>

Penyelenggaraan PIS-PK dilaksanakan oleh puskesmas dengan tujuan untuk memperkuat fungsi puskesmas, yang pelaksanaannya dilakukan melalui kegiatan: pendataan, pengolahan, menganalisis, merumuskan dan menetapkan prioritas masalah, pemecahan masalah, alternatif intervensi masalah dan menyusun perencanaan puskesmas. Pelaksanaan PIS-PK oleh puskesmas akan benar-benar memperkuat manajemen puskesmas jika dilaksanakan secara sungguh-sungguh, sistematis dan terencana, dan terintegrasi antara Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).<sup>13,14</sup> Melalui kunjungan rumah, diharapkan dapat mendekatkan akses keluarga ke fasilitas kesehatan. Dengan demikian, akan meningkatkan *skoring* indeks kemudahan menjangkau puskesmas yang secara nasional baru bernilai 39,29% (Riskesdas 2018).<sup>15</sup>

Kesiapan puskesmas merupakan kunci optimalnya pelaksanaan PIS-PK. Pelatihan petugas, sarana prasarana, SDM, dan anggaran harus terpenuhi dalam menjalankan kegiatan PIS-PK. Menurut hasil Risnakes tahun 2017, sebanyak 61,9% puskesmas belum dilatih PIS-PK. Sementara itu, ketersediaan sarana prasarana yang mendukung PIS-PK di berbagai puskesmas di Indonesia sangat bervariasi. Data nasional menunjukkan ketersediaan dan berfungsinya alat tensimeter digital di puskesmas sebesar 71,4%, ada

76% dari 9.697 puskesmas yang didata memiliki kemampuan melakukan pemeriksaan dahak untuk kasus TB. Sementara itu, alokasi anggaran untuk pengawas minum obat hanya di 53,4% puskesmas. Kecukupan obat untuk gangguan jiwa berat seperti antipsikotik ada di 69,3% puskesmas. Sebanyak 2,6% puskesmas yang telah dilatih PIS-PK menyatakan memiliki kesiapan sarana dan prasarana dalam melaksanakan PIS-PK.<sup>8</sup> Alokasi anggaran kesehatan di tingkat puskesmas, baik APBD, dana DAK Non Fisik, dan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPKBLUD) setiap tahun mengalami peningkatan. Tetapi karena tidak semua akan memengaruhi ketersediaan alokasi dana kegiatan.<sup>16</sup>

Dengan keterbatasan yang ada, kepala puskesmas perlu melakukan persiapan dengan mengoptimalkan sumber daya yang tersedia serta menyusun kebijakan dalam pengorganisasian tim pelaksana PIS-PK. Tim bina keluarga akan mengunjungi keluarga per RT-RW-desa, melakukan intervensi langsung masalah kesehatan yang dihadapi keluarga, mencatat dan melaporkan temuan masalah ke “ban hitam” atau pemegang program untuk intervensi lanjut. Dengan demikian keluarga akan mendapatkan pelayanan kesehatan secara optimal.<sup>6</sup> Keterbatasan SDM yang ada, seharusnya tidak menjadikan alasan kunjungan rumah. OJT serta *refresh training* yang telah dilakukan untuk seluruh petugas puskesmas dapat memenuhi keterbatasan SDM yang terjadi. Pendampingan dilakukan saat OJT dan pengorganisasian dengan harapan permasalahan banyaknya petugas yang memiliki rangkap tugas dapat diatasi dengan adanya jadwal dan target kegiatan kunjungan rumah (Gambar 1). Sosialisasi internal dan eksternal bertujuan untuk memberikan persepsi yang sama tentang PIS-PK, pemahaman bahwa yang dilakukan tidak hanya pendataan sehingga saat pelaksanaan kendala yang ada menjadi minimal (Gambar 2).

PIS-PK dapat dilakukan dengan integrasi program-program yang ada di puskesmas. Pengisian Prokesga dapat dilakukan bersamaan

saat kunjungan pemeriksaan SAB. Kesulitan bertemu dengan seluruh anggota keluarga dapat diminimalkan dengan bekerja sama dengan kader setempat.<sup>11</sup> Perlu pula ditekankan bahwa PIS-PK tidak hanya aktivitas pendataan dan entri data, namun secara lebih luas melakukan pelayanan terpadu kepada keluarga yang bermasalah kesehatan hingga intervensi lanjut. PIS-PK juga dapat dijadikan ajang promosi pelayanan puskesmas. Contoh di Puskesmas Tanjung Bintang, semula pasien rawat inap sedikit, menjadi meningkat dengan adanya PIS-PK. Selain turun ke keluarga, petugas melakukan promosi tentang puskesmas di lain pihak puskesmas yang dalam proses akreditasi juga meningkatkan sarana prasarana yang ada. Petugas puskesmas menjadi lebih dekat dengan masyarakat, mengenalkan puskesmas sekaligus mengajak masyarakat untuk selalu melakukan deteksi dini terutama untuk hipertensi dan diabetes.<sup>11,17</sup>

Sementara itu terkait aplikasi KS, Pusdatin telah mengembangkan aplikasi versi 2.0 yang mengakomodir puskesmas untuk dapat mengunduh *raw data* dan menu analisis data sehingga puskesmas dapat memanfaatkan data yang terkumpul untuk membuat pemetaan wilayah dan menyusun Rencana Usulan kegiatan (RUK). Diharapkan pula intervensi yang telah dilakukan, petugas melakukan *updating* status kesehatan dapat tergambar dalam aplikasi KS seperti yang dilakukan secara manual oleh petugas di delapan lokus pendampingan. Semakin banyak indikator yang dapat dipenuhi oleh suatu keluarga, maka status keluarga tersebut akan mengarah kepada Keluarga Sehat. Sementara itu, semakin banyak keluarga yang mencapai status Keluarga Sehat, maka akan semakin dekat tercapainya Indonesia Sehat dan diharapkan bangsa Indonesia akan mendapatkan bonus demografi dari segi produktivitas masyarakat.<sup>11,15,18</sup> Adanya PIS-PK serta didukung Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), akan menjadi kegiatan strategis untuk mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan bagi pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2016.<sup>4,13,14</sup>

## **KESIMPULAN**

PIS-PK merupakan kegiatan kunjungan rumah yang dilakukan oleh puskesmas secara terintegrasi dalam manajemen puskesmas dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia yang bertujuan untuk mendekatkan akses keluarga ke fasilitas kesehatan. PIS-PK bukan hanya pendataan namun juga mengetahui masalah kesehatan keluarga, melakukan intervensi langsung dan lanjutan.

## **SARAN**

Kepala puskesmas perlu dilakukan OJT dan *refresh training* bagi petugas (*surveyor*) secara reguler, melakukan analisis dan pemanfaatan data PIS-PK sebagai bahan RUK, monitoring, dan evaluasi yang teratur. Sedangkan kepada petugas puskesmas perlu ditanamkan kembali bahwa PIS-PK bukan hanya sekedar pendataan. Bagi dinas kesehatan agar melakukan monitoring dan evaluasi sesuai dengan buku pedoman yang telah disiapkan.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI dan seluruh tim PIS-PK yang telah melakukan pendampingan di beberapa puskesmas di Indonesia.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Fauziah AN. Keluarga Sehat Berdasarkan Pendekatan Keluarga di RW 03 Kalurahan Mojosongo Surakarta (Ani Nur Fauziah) 101. 2019.
2. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2016.
3. Kementerian Kesehatan RI 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2014.
4. Ferdiansyah D. Metode Pendekatan Keluarga, Terobosan Baru dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia. Farmasetika.com (Online). 2016;1(4):5.
5. WHO (World Health Organization). Family as Centre of Health Development. 2013;(March):18–20. Available from: [http://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B4972.pdf](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4972.pdf)
6. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
7. Laelasari E, Anwar A, Soerachman R. Evaluasi Kesiapan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Jurnal Ekologi Kesehatan. 2018;16(2):57–72.
8. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (RISNAKES) Puskesmas Tahun 2017 [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018. Available from: <http://labmandat.litbang.depkes.go.id/ccount/click.php?id=16>
9. Pynch T. Participatory Action Research in Health Systems: a Methods Reader. Educational Action Research. 2018;26:496–497. DOI:10.1080/09650792.2018.146968
10. Siswanto. Metodologi Riset untuk Mengawal Kebijakan. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 2019;22(2):137–45.
11. Sulistiowati E. Laporan Akhir Riset Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Kabupaten Lampung Selatan. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan; 2017.
12. Sulistiowati E, Fajarwati T, Susilawati MD, Suratni ML, Sapardin AN, Harso AD, et al. Riset Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 Tahun 2016 tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Beberapa Puskesmas di Indonesia Tahun 2018. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan; 2018.
13. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016. 121 p.
14. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.

15. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2018. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2018.
16. Roeslie E, Bachtiar A. Analisis Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Indikator 8: Kesehatan jiwa) di Kota Depok Tahun 2018. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia JKKI*. 2018;07(02):64–73.
17. Astuti TSR, Soewondo P. 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*. 2019;3(1):2018–20.
18. Lesson Learn Puskesmas Melati 2 Sleman Jogjakarta.