EVALUASI PENERAPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) DI PUSKESMAS NGAMPILAN YOGYAKARTA

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:
Hardika Apriyani
6411415136

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
September 2019

ABSTRAK

Hardika Apriyani
Evaluasi Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta
XVI + 219 halaman + 5 tabel + 2 gambar + 13 lampiran

Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2017 menduduki peringkat terendah ketiga se-Indonesia dengan persentase (0,02%) keluarga terdata. Capaian PIS-PK Kota Yogyakarta tahun 2018 di Puskesmas Ngampilan sebesar (1,8%). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hasil evaluasi penerapan PIS-PK sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Ngampilan Yogyakarta.

Jenis penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Teknik pengambilan informan menggunakan *purposive sampling* yang berjumlah 9 informan. Instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara semi terstruktur. Data dianalisis dengan menggunakan analisis kualitatif disajikan dalam bentuk narasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan PIS-PK di Puskesmas Ngampilan masih dalam pendataan keluarga di satu kelurahan. Cakupan PIS-PK sebesar 70,86% keluarga pra sehat belum mewakili keseluruhan dengan Indeks Keluarga Sehat sebesar 0,22 termasuk kategori tidak sehat.

Berdasarkan hasil evaluasi *context* dan *process* penerapan PIS-PK sudah sesuai dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016, sedangkan hasil evaluasi *input* dan *product* belum sesuai dengan perencanaan. Saran agar dinas kesehatan meningkatkan pemantauan dan pengawasan program secara rutin di seluruh puskesmas.

Kata kunci: Program Indonesia Sehat, Pendekatan Keluarga, Penerapan
Kepustakaan: 44 (2002-2019)

Public Health Science Depatement
Faculty of Sports Science
Universtas Negeri Semarang
September 2019

ABSTRACT

Hardika Apriyani

Evaluation of Healthy Indonesia Program Implementation with Family Approaching (PIS-PK) in Ngampilan Primary Health Care Center Yogyakarta

XVI + 219 pages + 5 tables + 2 images + 13 appendices

In 2017, Special region of Yogyakarta ranked on the third lowest in Indonesia with (0,02%) family data. In 2018, the achievement of PIS-PK Yogyakarta in Primary Health Care Center Ngampilan (1,8%). The purpose of this study was to evaluate the implementation of PIS-PK as an effort to increase the public health degree in Puskesmas Ngampilan Yogyakarta.

This study was qualitative research with descriptive approach. This research used purposive sampling for informan collection technique which amounted to 9 informants. The instruments used semi structured interview guidelines. The data was analyzed using qualitative analysis, and presented in narrative form.

The results showed that PIS-PK in the Primary Health Care Center Ngampilan was still on the stage of data collecting in one village. The coverage of PIS-PK with 70,86% of the pre-healthy family had not represented whole healthy family index with 0,22 included unhealthy category.

Based on context evaluation result and implementation process of PIS-PK had in accordance with Minister of Health Regulation number 39 year 2016, while the input and product evaluation result had not been in accordance with the planning. Suggestion for health service improves routine monitoring and supervision of the program throughout the health centers.

Keywords: Indonesian Healthy Program, family approach, application
Literatures: 44 (2002-2019)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 26 September 2019
Penulis,

Hardika Apriyani
NIM 6411415136

PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul "Evaluasi Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta" yang disusun oleh Hardika Apriyani, NIM 6411415136 telah disetujui untuk diujikan di hadapan penguji pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, 26 September 2019
Pembimbing

Mardiana, S.K.M., M.Si
NIP 198004202005012003

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Evaluasi Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta" yang disusun oleh Hardika Apriyani, NIM 6411415136 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada :

hari, tanggal : Rabu, 13 November 2019

tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A

Panitia Ujian

Ketua,	Sekretaris,
Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd	Dr. Irwan Budiono, M.Kes (Epid)
NIP 196103201984032001	NIP 197512172005011003

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I	Lukman Fauzi, S.K.M., M.P.H NIP 198811122015041002	26-11-2019 .....
Penguji II	Sofwan Indarjo, S.K.M., M.Kes NIP 197607192008121002	28/11 2019. .....
Penguji III	Mardiana, S.K.M., M.Si NIP 198042020050120 03	2/12 2019 .....

MOTTO

Belajarlah mengucap syukur dari hal-hal baik dihidupmu.

Belajarlah menjadi kuat dari hal-hal buruk dihidupmu (BJ Habibie).

PERSEMBAHAN

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT, skripsi ini penulis persembahkan untuk :

1. Bapak (Dawut Riyanto)
2. Ibu (Jailah)
3. Teman-teman di IKM Unnes
4. Almamaterku, Unnes

PRAKATA

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan berkah dan rahmat-NYA sehingga penyusunan proposal skripsi dengan judul "Evaluasi Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta" dapat terselesaikan.

Proses penyusunan proposal skripsi ini tentu tidak luput dari berbagai kesulitan dan hambatan, maka dari itu penulis menyampaikan uapan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan doa, motivasi, bantuan, dorongan serta bimbingan sehingga terselesaikannya proposal skripsi ini, ucapan terima kasih ini penulis ucapkan kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Irwan Budiono, M.Kes(Epid) yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
3. Dosen pembimbing, Ibu Mardiana, S.K.M., M.Si yang telah banyak meluangkan tenaga dan pikiran dalam memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Penguji I, Bapak Lukman Fauzi, S.K.M., M.P.H dan Penguji II Bapak Sofwan Indarjo, S.K.M., M.Kes yang telah berkenan meluangkan waktu atas arahannya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik..
5. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama penulis melaksanakan studi.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan Kepala Puskesmas Ngampilan yang telah diberikan izin studi pendahuluan untuk penelitian.
7. Staf Tata Usaha (TU) Fakultas Ilmu Keolahragaan dan staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat izin penelitian.
8. Kedua orang tuaku, kakak-kakakku beserta keluarga besar atas doa, dukungan, dan motivasi yang diberikan selama penyusunan skripsi.

9. Sahabatku yang telah memberikan dukungan dan motivasi selama penyusunan skripsi.
10. Seluruh responden atas bantuan dalam penelitian ini.
11. Teman-teman peminatan AKK serta semua teman seangkatan 2015 atas dukungan dan motivasi yang diberikan.
12. Semua pihak yang telah berkenan membantu penulis selama penyusunan skripsi.

Semoga semua amal baik dari semua pihak diterima sebagai pahala yang berlipat. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dan keterbatasan pengetahuan serta pengalaman dalam penyusunan skripsi ini, sehingga masukkan dan kritikkan yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat untuk penelitian selanjutnya.

Semarang, 26 September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK ii
ABSTRACT iii
PERNYATAAN ..... **Error! Bookmark not defined.**
PERSETUJUAN ..... **Error! Bookmark not defined.**
PENGESAHAN ..... **Error! Bookmark not defined.**
MOTTO vii
PERSEMBAHAN vii
PRAKATA viii
DAFTAR ISI x
DAFTAR TABEL xiii
DAFTAR GAMBAR xiv
DAFTAR LAMPIRAN xv
DAFTAR ISTILAH xvi
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 LATAR BELAKANG MASALAH 1
1.2 RUMUSAN MASALAH 5
1.2.1 Rumusan Masalah Umum 5
1.2.1 Rumusan Masalah Khusus 5
1.3 TUJUAN PENELITIAN 5
1.3.1 Tujuan Umum 5
1.3.2 Tujuan Khusus 6
1.4 MANFAAT 6
1.4.1 Bagi Peneliti 6
1.4.2 Bagi Puskesmas Ngampilan 6
1.4.3 Bagi Peneliti Lain 7
1.5 KEASLIAN PENELITIAN 7
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN 9

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat 9
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu 9
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan 9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 10
2.1 LANDASAN TEORI 10
2.1.1 Program Indonesia Sehat 10
2.1.2 Pendekatan Keluarga 15
2.1.3 Perencanaan 19
2.1.4 Penguatan Penggerakan-Pelaksanaan (P2) 25
2.1.5 Pengawasan-Pengendalian-Penilaian (P3) 26
2.1.6 Evaluasi 28
2.2 KERANGKA TEORI 33
BAB III METODE PENELITIAN 35
3.1 ALUR PIKIR 35
3.2 FOKUS PENELITIAN 35
3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN 36
3.4 SUMBER INFORMASI 36
3.4.1 Data Primer 36
3.4.2 Data Sekunder 37
3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA 37
3.5.1 Instrumen Penelitian 37
3.5.2 Teknik Pengambilan Data 38
3.6 PROSEDUR PENELITIAN 40
3.6.1 Tahap Pra Penelitian 40
3.6.2 Tahap Pelaksana Penelitian 40
3.6.3 Tahap Pasca Penelitian 41
3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA 41
3.8 TEKNIK ANALISIS DATA 41
BAB IV HASIL PENELITIAN 44
4.1 GAMBARAN UMUM 44
4.1.1 Gambaran Umum Penelitian 44

4.1.2 Karakteristik Informan Utama 47
4.1.3 Karakteristik Informan Triangulasi 48
4.2 HASIL PENELITIAN 48
4.2.1 *Context* (Konteks) 49
4.2.2 *Input* (Masukan) 57
4.2.3 *Process* (Proses) 80
4.2.4 *Product* (Hasil) 106
BAB V PEMBAHASAN 116
5.1 EVALUASI *CONTEXT* DALAM PIS-PK 116
5.2 EVALUASI *INPUT* DALAM PIS-PK 118
5.2.1 Sumber Daya Manusia 118
5.2.2 Sarana dan Prasarana 121
5.2.3 Dana 122
5.3 EVALUASI *PROCESS DALAM PIS-PK* 123
5.3.1 Persiapan 123
5.3.2 Bina keluarga/desa 124
5.3.3 Pelaporan 126
5.4 EVALUASI *PRODUCT* DALAM PIS-PK 127
5.5 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN 131
5.5.1 Hambatan 131
5.5.2 Kelemahan 131
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN 132
6.1 SIMPULAN 132
6.2 SARAN 133
6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan 133
6.2.2 Bagi Puskesmas Ngampilan 133
6.2.3 Bagi Peneliti Lain 133
DAFTAR PUSTAKA 134
LAMPIRAN 137

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian..... 7
Tabel 4. 1 Sumber Daya Kesehatan tahun berdasarkan pendidikan 2017 di Puskesmas Ngampilan 45
Tabel 4. 2 Karakteristik Informan Utama 47
Tabel 4. 3 Karakteristik Informan Triangulasi..... 48
Tabel 4. 4 Cakupan Indikator Indeks Keluarga Sehat..... 106

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori 34
Gambar 3. 1 Alur Pikir 35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing..... 138
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian untuk Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta..... 139
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian untuk Puskesmas Ngampilan..... 140
Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta..... 141
Lampiran 5. Salinan *Ethical Clearance*..... 142
Lampiran 6. Surat sudah melaksanakan penelitian..... 143
Lampiran 7. Lembar Observasional..... 144
Lampiran 8. Instrumen Penelitian Informan Utama 145
Lampiran 9. Instrumen Penelitian Informan Triangulasi..... 165
Lampiran 10. Hasil Observasional..... 175
Lampiran 11. Hasil Wawancara dengan Informan Utama..... 176
Lampiran 12. Hasil Wawancara dengan Informan Triangulasi 197
Lampiran 13. Dokumentasi..... 215

DAFTAR ISTILAH

ASI = Air Susu Ibu

CSR = *Corporate Social Responbility*

DIY = Daerah Istimewa Yogyakarta

FGD = *Focus Group Discussion*

FKTP = Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

IKS = Indeks Keluarga Sehat

JKN = Jaminan Kesehatan Nasional

KB = Keluarga Berencana

KS = Keluarga Sehat

Pinkesga = Paket Informasi Kesehatan Keluarga

PIS-PK = Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

Prokesga = Profil Kesehatan Keluarga

RPJMN = Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional

RPK = Rencana Pelaksana Kegiatan

RUK = Rencana Usulan Kegiatan

SDM = Sumber Daya Manusia

SJSN = Sistem Jaminan Sosial Nasional

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Pemerintah memfokuskan kebijakan pembangunan kesehatan tahun 2015-2019 pada penguatan upaya kesehatan dasar (*primary health care*) berkualitas. Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita yang selanjutnya menjadi program utama pembangunan kesehatan yang direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019. Tujuan yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2016).

Menurut Permenkes RI No. 39 Tahun 2016, pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga ditekankan pada integrasi pendekatan akses pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, pembiayaan serta sarana prasarana (Kemenkes, 2017). Dalam rangka pelaksanaan PIS-PK telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga, meliputi keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB), ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif, balita mendapatkan

pemantauan pertumbuhan, penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan, anggota keluarga tidak ada yang merokok, keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), keluarga mempunyai akses sarana air bersih, dan keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat (Kemenkes, 2016).

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) telah dilaksanakan mulai tahun 2016 di 9 Provinsi, 64 Kabupaten/Kota, 470 puskesmas, selanjutnya PIS-PK dilaksanakan di 34 provinsi, 514 Kabupaten/Kota, dengan tahapan 2.926 puskesmas di tahun 2017, 5.852 puskesmas di tahun 2018 dan pada tahun 2019 dilaksanakan di seluruh puskesmas. Provinsi dengan persentase keluarga terdata terendah tahun 2017 adalah Provinsi Maluku (0,00%), Papua (0,01%) dan Daerah Istimewa Yogyakarta (0,02%). Cakupan PIS-PK pada tahun 2018 sebesar 26,8% dengan 17.651.605 keluarga dari total jumlah 65.588.400 keluarga (Pusdatin, 2018). Hasil evaluasi daerah pada pertemuan monev tahun 2017 yang dilaksanakan oleh kementerian kesehatan, permasalahan yang terjadi belum semua kepala puskesmas dan tenaga kesehatan di puskesmas memahami PIS-PK, masih ada puskesmas yang belum memiliki *username* dan *password* aplikasi keluarga sehat, terkendala dengan akses jaringan internet, keterbatasan jumlah SDM di Puskesmas untuk kunjungan keluarga, pemahaman terhadap pendanaan PIS-PK, dan masih ada keluarga yang tidak mau dikunjungi petugas.

Menurut penelitian Agni (2018), kesiapan DIY dalam implementasi PIS-PK dirasa lemah dalam hal ketersediaan SDM yang terlatih dan memahami tugas dan

segala permasalahan, serta ketersediaan peralatan kesehatan yang siap pakai. Lima dari sepuluh kegiatan PIS-PK sudah 100% selesai dilakukan di 30 puskesmas. Kegiatan lainnya belum selesai dilakukan oleh puskesmas. Dua aktivitas yang paling kecil tingkat keterselesaiannya adalah mengenai pendataan (47%) dan data masuk *data base* (63%).

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan salah satu binaan wilayah IV dalam implementasi PIS-PK. Menurut Pusdatin (2017), DIY menduduki peringkat terendah ketiga se-Indonesia dengan persentase (0,02%) keluarga terdata pada tahun 2017. Menunjukkan capaian pelaksanaan PIS-PK pada tahun 2018 telah mencapai 27% dengan 327.715 keluarga terdata lengkap dari total jumlah sasaran 1.214.067 KK (Pusdatin, 2018).

Kota Yogyakarta merupakan salah satu wilayah penerapan PIS-PK di Daerah Istimewa Yogyakarta. Penerapan PIS-PK pada tahun 2017 hanya dilakukan di 8 puskesmas yang kemudian pada tahun 2018 dilakukan di 18 puskesmas. Data Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta tahun 2018 menunjukkan total capaian PIS-PK di 18 Puskesmas sebesar 2,7% dengan jumlah 85.325 keluarga. Capaian PIS-PK masing-masing Puskesmas antara lain: Kraton (5,1%), Kotagede II (5,1%), Danurejan I (4,6%), Mantrijeron (4,4%), Gedongtengen (4,4%), Kotagede I (3,8%), Danurejan II (3,6%), Tegalrejo (3,5%), Mergangsan (3,3%), Gondomanan (3,3%), Jetis (3,2%), Gondokusuman I (3,0%), Pakualaman I (2,9%), Umbulharjo I (2,4%), Umbulharjo II (2,4%), Ngampilan (1,8%), Wirobrajan (1,7%), dan Gondokusuman II (1,1%). Hasil data tersebut menunjukkan bahwa Puskesmas Ngampilan pada

tahun 2018 menduduki peringkat terendah ke-3 dengan jumlah keluarga terdata lengkap 907 dari jumlah total 5.056 keluarga.

Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Ngampilan diperoleh informasi bahwa PIS-PK baru dilaksanakan pada bulan Agustus 2017 dan pendataan murni dilakukan oleh tenaga kesehatan dimana satu tim terdiri dua tenaga kesehatan yang mengampu setiap RT. Puskesmas Ngampilan yang pada tahun 2017 menduduki peringkat terakhir dari 8 puskesmas karena pada tahun 2017 hingga tahun 2018 hanya mengalami sedikit peningkatan dari 200 menjadi 907 keluarga terdata dan masih menduduki peringkat terendah ke-3 dari 18 puskesmas sehingga perlu dilakukan evaluasi. Permasalahan yang ditemukan masih terus melakukan pendataan serta intervensi awal sehingga menghambat pelaksanaan PIS-PK dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan. Terkait dengan hal tersebut, agar pelaksanaan PIS-PK sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, maka diperlukan upaya evaluasi secara rinci yang diharapakan dapat memberi informasi mengenai kinerja dan hasil dari sebuah kebijakan serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Evaluasi Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta”.**

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Bagaiamana evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan?

1.2.1 Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan sesuai berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 tahun 2016?
2. Bagiamana evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan berdasarkan *input*?
3. Bagaimana evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan berdasarkan *process*?
4. Bagaimana evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga berdasarkan *product*?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hasil evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui hasil evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan sesuai berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 tahun 2016.
2. Mengetahui hasil evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan berdasarkan *input*.
3. Mengetahui hasil evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan berdasarkan *process*.
4. Mengetahui hasil evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan berdasarkan *product*.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Bagi Peneliti

Berguna untuk menambah wawasan pengetahuan, pengalaman dan ilmu di bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan terutama berhubungan dengan evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

1.4.2 Bagi Puskesmas Ngampilan

Berguna sebagai informasi bahan masukan evaluasi pengembangan kualitas implementasi PIS-PK di Puskesmas Ngampilan.

1.4.3 Bagi Peneliti Lain

Berguna untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan memperhatikan setiap kekurangan dan kelebihan pada penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Keaslian penelitian dapat digunakan untuk membedakan penelitian yang dilakukan sekarang dengan yang telah dilakukan sebelumnya.

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Tahun dan Tempat	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Eva Laelasari, Athena Anwar, Rachmalina Soerachman (Laelasari, Anwar, & Soerachman, 2017)	Evaluasi Kesiapan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	2017 Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi Sulawesi Selatan, Provinsi Banten	Deskriptif Kualitatif	Kesiapan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	Seluruh kabupaten yang telah maupun yang belum siap melaksanakan PIS-PK. Akan tetapi dalam kenyataannya, kesiapan satu daerah dengan daerah yang lainnya terdapat hal yang berbeda.
2.	Evi Virdasari, Septo Pawelas Arso, Eka Yunila, Fatmasari (Virdasari, Arso, Yunila, &	Analisis Kegiatan Pendataan Keluarga Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	2018 Puskesmas Mijen Kota Semarang	Deskriptif Kualitatif	Kegiatam Pendataan Keluarga Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	Pelaksanaan kegiatan pendataan keluarga di Puskesmas Mijen belum optimal karena belum sesuai dengan pedoman dan rencana yang

	Fatmasari, 2018)					telah ditetapkan.
3.	Markus Gelar Kumara Agni (Agni, 2018)	Kesiapan DIY dalam Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	2017 30 Puskesmas DIY	Deskriptif Eksplanator	Kesiapan DIY dalam Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	Kesiapan DIY dalam implementasi PIS-PK dirasa lemah dalam hal ketersediaan SDM yang terlatih dan memahami tugas dan segala permasalahan, serta ketersediaan peralatan kesehatan yang siap pakai.
4.	Ernawati Roeslie, Adang Bachtiar (Roeslie & Adang, 2018)	Analisis Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok Tahun 2018	2018 Kota Depok	Deskriptif Kualitatif	Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Indikator 8: Kesehatan Jiwa)	Berdasarkan empat variabel implementasi menurut teori Edward III yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi dinilai belum siap untuk dilaksanakan.
5.	Fitri Yanti, Fithria (Yanti & Fithria, 2018)	Pengetahuan Petugas Kesehatan tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga	2018 Puskesmas Kota Banda Aceh	Deskriptif Eksploratif	Pengetahuan Petugas Kesehatan tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekaan Keluarga	Pengetahuan yang dimiliki petugas PIS-PK mayoritas berada pada kategori tinggi yaitu 29 responden (58,0%).

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya, belum pernah dilakukan di Puskesmas Ngampilan Kota Yogyakarta.
2. Penelitian kualitatif untuk mengetahui evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan, belum pernah dilakukan.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Ngampilan Kota Yogyakarta.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup penelitian ini termasuk ke dalam lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya di bidang administrasi kebijakan kesehatan yang membahas tentang evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta tahun 2019.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Program Indonesia Sehat

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Program ini didukung oleh program sektoral lainnya yaitu, Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Sasaran dari Program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015-2019, yaitu: meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak, meningkatnya pengendalian penyakit, meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan, meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan, terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat, vaksin serta meningkatnya responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: (1) penerapan paradigma sehat, (2) penguatan pelayanan kesehatan, dan (3) pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN). Penerapan paradigma sehat

dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelaksanaan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat (*benefit)*, serta kendali mutu dan biaya. Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat (Kemenkes, 2016).

Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Kedua belas indikator utama tersebut sebagai berikut:

1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB).
2) Ibu melaksanakan persalinan di fasilitas kesehatan.
3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap.
4) Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif.
5) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan.
6) Penderita tuberkuloasis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar.
7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur.
8) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan.
9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok.
10) Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
11) Keluarga mempunyai akses sarana air bersih.
12) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Berdasarkan indikator tersebut dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga, sedangkan keadaan masing-masing indikator, mencerminkan kondisi PHBS dari keluarga yang bersangkutan. Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga oleh puskesmas akan berjalan dengan baik, bila dilaksanakan langkah-langkah persiapan yang meliputi sosialisasi, pengorganisasian, pembiayaan, dan persiapan pendataan (Kemenkes, 2016).

2.1.1.1 Sosialisasi

Keberhasilan pelaksanaan pendekatan keluarga oleh puskesmas dalam rangka Program Indonesia Sehat memerlukan pemahaman dan komitmen yang kuat dari seluruh tenaga kesehatan di puskesmas. Selain itu, diperlukan dukungan yang kuat dari para pengambil keputusan dan kerjasama dari berbagai sektor di luar kesehatan di tingkat kecamatan. Puskesmas perlu memerlukan sosialisasi tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga secara terencana dan tepat sasaran.

2.1.1.2 Pengorganisasian

Pengaturan tugas terintegrasi dalam pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga diharapkan akan terbentuk di tingkat Kecamatan dengan sosialisasi. Pengaturan tugas tidak harus terbentuk secara formal, melainkan dapat berupa jejaring koordinasi dan kerjasama antara internal puskesmas dengan pihak-pihak eksternal yang diharapkan mendukungnya.

2.1.1.3 Pembiayaan

Pelaksanaan pendekatan keluarga ini dapat dibiayai dari beberapa sumber pembiayaan diantaranya adalah sebagai berikut:

1) Anggaran Belanja dan Pendapatan Daerah (APBD);
2) Anggaran Belanja dan Pendapatan Negara (APBN);
   a. Dana dekonsentrasi diberikan kepada provinsi, dana tersebut dapat dimanfaatkan untuk menunjang pelaksanaan program di puskesmas
   b. Dana alokasi khusus (DAK) fisik dan non fisik (BOK)
   c. Dana dari pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional. Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang penggunaan dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada fasilitas tingkat pertama (FKTP) milik Pemerintah Daerah
3) Dana lain yang sudah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, seperti: sumber dana lainnya yang berasal dari masyarakat seperti donator, *Corporate Social Responsibility* (CSR).

2.1.1.4 Persiapan pendataan

Persiapan pendataan meliputi kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1. Mengumpulkan intervensi data jumlah keluarga di wilayah kerja puskesmas berkoordinasi dengan kelurahan, kecamatan, serta data kependudukan dan catatan sipil (berpedoman pada definisi keluarga menurut Petunjuk Teknis).
2. Menyiapkan instrumen pendataan

Instrumen yang diperlukan dalam proses pengumpulan data kesehatan keluarga adalah formulir Prokesga dan paket informasi kesehatan keluarga (Pinkesga).

3. Melakukan pembagian wilayah binaan

Puskemas harus membagi wilayah kerjanya menjadi beberapa wilayah binaan berdasarkan desa yang disesuaikan dengan luas wilayah, jumlah keluarga, jumlah tenaga pendata, kondisi geografi, dan pendanaan. Setiap desa sebagai suatu wilayah binaan memiliki seorang penanggung jawab wilayah yang disebut pembina keluarga. Pendataan harus dilakukan kepada seluruh keluarga di wilayah kerja puskesmas (*total coverage*). Pendataan dilakukan secara utuh dan tidak dilakukan setengah-setengah, maksudanya bila ada keterbatasan sumber daya baik tenaga ataupun biaya maka pendataan dilakukan untuk seluruh keluarga dalam satu desa terlebih dahulu baru dilanjutkan ke desa berikutnya.

4. Menetapkan pembinaan keluarga

Setiap tenaga kesehatan puskesmas dapat diajukan sebagai pembina keluarga. Pembina keluarga bertanggung jawab mengumpulkan data kesehatan keluarga, melakukan analisis. Prokesga di wilayah binaannya, melakukan koordinasi lintas program untuk intervensi permasalahan keluarga di wilayah binaannya, serta melakukan pemantauan kesehatan keluarga. Pembina keluarga harus memahami secara makro/garis besar dan menyeluruh tentang kesehatan. Pelatihan (pembekalan) pembina keluarga perlu dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dimulai dengan integrasi ke dalam manajemen program pelayanan kesehatan. Integrasi ini

dengan sendirinya akan mendorong manajemen aspek-aspek lain untuk mendukung pelaksanaan program tesebut.

2.1.2 Pendekatan Keluarga

2.1.2.1 Konsep Pendekatan Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat, di bawah satu atap, dalam keadaan saling bergantung. Keluarga dikategorikan menjadi dua jenis, yaitu keluarga inti dan keluarga besar. Keluarga inti adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, anak-anak baik karena kelahiran maupun adopsi, sedangkan keluarga besar adalah keluarga inti ditambah orang lain yang memiliki hubungan darah (misalnya kakek, nenek, bibi, paman, dan lain-lain) dan juga yang tidak memiliki hubungan darah tetapi ikut tinggal atau bermaksud tinggal selama 6 bulan dan makan dalam keluarga tersebut (pembantu, supir, dan lain-lain), keluarga besar dapat terdiri atas beberapa keluarga inti (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Menurut Yamin (2018) dalam proses pengambilan keputusan keluarga terhadap penanganan masalah di keluarga seringkali mengalami hambatan karena pendidikan keluarga yang rendah, keterbatasan sumber-sumber daya keluarga (keuangan, sarana, dan prasarana), kebiasaan-kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang menunjang.

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

inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam kartu keluarga. Keluarga yang terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain dalam satu rumah tangga, maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri dari lebih dari satu keluarga. suatu keluarga dinyatakan sehat atau tidak digunakan beberapa penanda atau indikator (Kemenkes, 2016)

Pendekatan keluarga yang dimaksud merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh puskesmas dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut:

1) Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data Prokesga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya.
2) Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
3) Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
4) Pemanfaatan data dan informasi dari prokesga untuk pengorganisasian atau pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas (Kemenkes, 2016).

2.1.2.2 Tujuan Pendekatan Keluarga

Tujuan dari pendekatan keluarga adalah sebagai berikut:

1) Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar.
2) Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) Kabupaten/Kota dan SPM Provinsi, melalui peningkatan akses skrining kesehatan.

3) Mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN.
4) Mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam Rencana Strategi Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.

2.1.2.3 Pelaksanaan Pendekatan Keluarga

Pelaksanaan pendekatan keluarga ini memiliki tiga hal yang harus diadakan atau dikembangkan, yaitu:

1) Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga, sebagai berikut: profil kesehatan keluarga (Prokesga) berupa *family folder* yang merupakan sarana untuk merekam/menyimpan data keluarga dan data individu anggota keluarga. Paket informasi keluarga (Pinkesga) berupa *flayer*, *leaflet*, buku saku, atau bentuk lainnya yang diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapi.
2) Form komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga, berupa kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja puskesmas, diskusi kelompok terarah atau biasa dikenal dengan *focus group discussion* (FGD) melalui Dasa Wisma dari PKK, kesempatan konseling di UKBM-UKBM (posyandu, pos UKK, dan lain-lain), serta forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.
3) Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra puskesmas dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut: kader-kader kesehatan seperti kader Posyandu, kader Posbindu, kader Poskestren, kader PKK, dan lain-lain, serta pengurus organisasi kemasyarakatan setempat seperti

pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain (Kemenkes, 2016).

2.1.2.4 Pelaksanaan Pendekatan Keluarga oleh Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di tingkat puskesmas dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1) Melakukan pendataan kesehatan keluarga menggunakan Prokesga oleh pembina keluarga dapat dibantu oleh kader kesehatan.
2) Membuat dan mengelola pangkalan data puskesmas oleh tenaga pengelola data puskesmas.
3) Menganalisis, merumuskan intervensi masalah kesehatan, dan menyusun rencana puskesmas oleh pimpinan puskesmas.
4) Melakukan penyuluhan kesehatan melalui kunjungan rumah oleh pembina keluarga.
5) Melaksanakan pelayanan profesional (dalam gedung dan luar gedung) oleh tenaga teknis/profesional puskesmas.
6) Melaksanakan sistem informasi dan pelaporan puskesmas oleh tenaga pengelola data puskesmas.

Kegiatan-kegiatan tersebut harus diintegrasikan ke dalam langkah-langkah manajemen Puskesmas yang mencakup P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan-Pelaksanaan), P3 (Pengawasan-Pengendalian-Penilaian). Perencanaan (P1) adalah tahap menyusun rencana usulan kegiatan (RUK) dan rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) yang didasari oleh fakta dan data. Penggerakan-Pelaksanaan (P2) adalah

tahap melaksanakan hal-hal yang sudah tercantum dalam RPK dan mendorong percapaiannya melalui lokakarya mini (lokmin) secara berkala. Pengawasan-Pengendalian-Penilaian (P3) adalah tahap memantau perkembangan pencapaian yang dilakukan melalui lokmin berkala, melakukan koreksi pelaksanaan kegiatan, dan menilai pencapaian kegiatan pada pertengahan dan akhir tahun. Penguatan manajemen puskesmas melalui pendekatan keluarga akan terjadi baik dalam tahap P1, tahap P2, maupun tahap P3.

2.1.3 Perencanaan

Perencanaan tingkat puskesmas dilaksanakan melalui langkah-langkah sebagai berikut:

2.1.3.1 Mengumpulkan dan Mengolah Data

Penyusunan rencana puskesmas perlu dikumpulkan data umum dan khusus. Data umum mencakup peta wilayah kerja puskesmas, data sumber daya, data peran serta masyarakat, serta data penduduk dan sasaran program. Data khusus mencakup: status kesehatan, kejadian luar biasa, cakupan program pelayanan kesehatan, dan hasil survei. Pada pendekatan keluarga perlu ditambahkan satu kategori data lagi, yaitu data keluarga yang mencakup data tiap keluarga dari semua keluarga yang ada di wilayah kerja puskesmas (*total coverage*).

1. Pengumpulan data keluarga

Pendataan keluarga secara menyeluruh dapat dilakukan sendiri oleh puskesmas. Petugas terlebih dahulu harus menjelaskan tujuan wawancara dan pengamatan sebelum melakukan pendataan karena pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan pengamatan lingkungan rumah. Setiap kunjungan keluarga

dilakukan wawancara untuk melengkapi pengisian kuesioner dari responden. Data keluarga dikumpulkan dengan menggunakan formulir Prokesga yang berbentuk tercetak atau elektronik (aplikasi) mengacu pada 12 indikator keluarga sehat.

2. Penyimpanan data

Data keluarga yang telah dikumpulkan dengan menggunakan aplikasi program *entry* selanjutnya disimpan dalam pangkalan data keluarga yang merupakan subsistem dari sistem pelaporan puskesmas. Data-data tersebut, harus selalu diremajakan (*updated*) sesuai dengan perubahan yang terjadi di keluarga yang dijumpai pada saat dilakukakan kunjungan rumah ulang. Data keluarga ini juga dimanfaatkan untuk mengisi data pelaporan puskesmas yang selanjutnya akan masuk ke dalam pangkalan data Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

3. Pengolahan data keluarga

Data umum dan khusus diolah dengan mengikuti kaidah-kaidah pengolahan data, yaitu misalnya dengan menghitung rerata, moda, cakupan, dan lain-lain. Data keluarga diolah untuk menghitung IKS masing-masing keluarga, IKS tingkat RT/RW/Kelurahan/Desa dan cakupan tiap indikator dalam lingkup RT/RW/Kelurahan/Desa, serta IKS tingkat kecamatan dan cakupan tiap indikator dalam lingkup kecamatan.

Penilaian terhadap hasil rekapitulasi anggota keluarga pada satu indikator, mengikuti persyaratan di bawah ini:

1) Jika dalam satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status Y, maka indikator tersebut dalam satu keluarga bernilai 1.

2) Jika dalam satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status T, maka indikator tersebut dalam suatu keluarga bernilai 0.
3) Jika dalam satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status N, maka indikator tersebut dalam satu keluarga tetap dengan status N (tidak dihitung).
4) Jika dalam satu indikator ada salah satu anggota keluarga dengan status T, maka indikator tersebut dalam satu keluarga akan bernilai 0 meskipun didalamnya terdapat status Y atau pun N.

Keterangan:

N :Indikator tersebut tidak berlaku untuk anggota keluarga atau keluarga yang bersangkutan.

Y :Kondisi/keadaan anggota keluarga atau keluarga sesuai dengan indikator.

T :Kondisi/keadaan anggota keluarga atau keluarga tidak sesuai dengan indikator.

IKS masing-masing keluarga dihitung dengan rumus:

$$\text{IKS} = \frac{\text{Jumlah indikator keluarga sehat yang bernilai 1}}{\text{12-jumlah indikator yang tidak ada di keluarga}}$$

Hasil perhitungan IKS tersebut, selanjutnya dapat ditentukan kategori kesehatan masing-masing keluarga dengan mengacu pada kesehatan berikut:

1) Nilai indeks > 0,800 : keluarga sehat
2) Nilai indeks 0,500-0,800 : pra sehat
3) Nilai indeks <0,500 : tidak sehat

Selain IKS, dapat juga dihitung cakupan tiap indikator di tingkat desa/kelurahan, kecamatan, dan seterusnya hingga nasional.

$$\text{Cakupan} = \frac{\text{Jumlah keluarga bernilai 1 untuk indikator bersangkutan}}{\text{Jumlah seluruh keluarga memiliki indikator bersangkutan}}\ x\ 100\%$$

Hasil perhitungan akan menggambarkan status dan masalah kesehatan di tiap keluarga, tiap desa, tiap kecamatan hingga secara nasional.

2.1.3.2 Mengidentifikasi Masalah Kesehatan dan Potensi Pemecahannya

Data yang sudah diolah selanjutnya dianalisis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, masalah sumber daya, dan masalah-masalah lain yang berkaitan di tingkat keluarga, RT/RW/Kelurahan/Desa, dan Kecamatan. Selanjutnya dari hasil olahan data umum dan khusus serta data profil kecamatan, puskesmas dapat mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan tambahan, masalah-masalah kesehatan lain, dan potensi kecamatan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi. Di tingkat keluarga, puskesmas dapat mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan apa yang dihadapi oleh masing-masing keluarga di wilayah kerjanya melalui analisis data masing-masing keluarga dari Prokesga dengan mencari indikator-indikator sehat yang bernilai 0. Puskesmas juga dapat mengidentifikasi potensi masing-masing keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi dengan menganalisis data masing-masing keluarga dari Prokesga.

2.1.3.3 Menentukan Prioritas Masalah Kesehatan

Puskesmas dapat menentukan prioritas masalah kesehatan, baik yang dihadapi oleh masing-masing keluarga, kelurahan/desa, maupun kecamatan dengan memperhatikan masalah-masalah kesehatan yang telah diindentifikasi.

2.1.3.4 Membuat Rumusan Masalah Kesehatan

Rumusan setiap masalah kesehatan atau masalah lain mencakup pertanyaan tentang apa masalahnya, siapa yang terkena masalah, besarnya masalah, di mana terjadinya, dan bilamana terjadinya. Rumusan masalah dibuat untuk tingkat keluarga, tingkat kelurahan/desa, dan tingkat kecamatan.

2.1.3.5 Mencari penyebab masalah kesehatan

Akar penyebab setiap masalah kesehatan prioritas dicari dengan memperhatikan hasil identifikasi masalah dan potensi (baik dari data keluarga, data umum, maupun data khusus) dengan menggunakan alat diagram tulang ikan atau pohon masalah.

2.1.3.6 Menetapkan cara pemecahan masalah

Penetapan cara untuk memecahkan masing-masing masalah dengan memperhatikan penyebab dari masing-masing masalah dan potensi/peluang untuk mengatasi masalah tersebut. Pemecahan masalah dapat mencakup aspek-aspek sebagai berikut:

a. Pengembangan sumber daya manusia, baik peningkatan pengetahuan atau keterampilan (penyuluhan, pelatihan, dan lain-lain) maupun penambahan jumlah.
b. Pengembangan peralatan, baik pengadaan, penambahan, jumlah, perbaikan, kalibrasi maupun perubahannya.

c. Pengembangan sarana-prasarana, baik penambahan jumlah, perbaikan atau renovasi, maupun pemeliharaannya.
d. Pengembangan pembiayaan/dana/keuangan, baik dari sumber keluarga/masyarakat, APBD, APBN maupun sumber-sumber lain seperti dana desa, dana kapitasi JKN.

2.1.3.7 Memasukkan Pemecahan Masalah Kesehatan ke dalam Rencana Usaha Kegiatan (RUK)

Langkah ini berupa menuangkan kegiatan-kegiatan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan (masalah kesehatan keluarga, desa/kelurahan, dan kecamatan) ke dalam bentuk matriks RUK manajemen puskesmas. Kegiatan yang akan dilakukan perlu ditetapkan target sasaran dan indikator kinerja untuk melakukan pengawasan, pengendalian, dan penilaian. Penyusunan RUK dilakukan dengan memperhatikan siklus pelaksanaan manajemen puskesmas. Rencana usaha kegiatan pelaksanaan pendekatan keluarga yang telah disusun akan dibahas selanjutnya pada pembahasan RUK tahunan puskesmas dan yang telah disusun akan disampaikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk pembahasan lebih lanjut.

2.1.3.8 Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Rencana pelaksanaan kegiatan puskesmas disusun setelah RUK puskesmas ditetapkan dan yang telah disusun selanjutnya akan disusun RPK puskesmas dengan pendekatan keluarga sesuai dengan format pada pelaksanaan program manajemen puskesmas.

2.1.4 Penguatan Penggerakan-Pelaksanaan (P2)

Penggerakan-Pelaksanaan (P2) dari RPK puskesmas yang telah disusun dan disepakati bersama dalam berbagai bentuk kegiatan di puskesmas, diantaranya adalah rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, dan kunjungan rumah untuk melakukan intervensi atas segala permasalahan kesehatan ditingkat keluarga sehingga indikator keluarga sehat dapat dipertahankan/ ditingkatkan. Pendekatan keluarga melalui kunjungan rumah di puskesmas dimaksudkan agar puskesmas tidak hanya melakukan pelayanan UKP secara terintegrasi untuk semua golongan umur, tetapi juga pelayanan UKM agar benar-benar memberikan pelayanan yang mengikuti siklus hidup (*life cycle*).

2.1.4.1 Pelaksanaan Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah dilakukan oleh petugas puskesmas yang ditunjuk sebagai pembina keluarga, secara berkala. Pembina keluarga harus membuat jadwal kunjungan rumah, agar tidak terjadi tumpang-tindih atau adanya keluarga yang tidak mendapat giliran kunjungan. Pelaksanaan kunjungan rumah memerlukan langkah-langkah persiapan dan pelaksanaan. Pembina keluarga membuat persiapan sebelum melakukan kunjungan rumah. Indeks keluarga sehat yang telah diketahui dan ditetapkannya cara memecahkan masalah yang dihadapi setiap keluarga, maka pembina keluarga terlebih dulu harus menetapkan tujuan akhir kunjungan rumahnya untuk masing-masing keluarga, yang harus dicapai dalam setahun. Terdapat empat langkah yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan kunjungan rumah yang dapat disingkat menjadi SAJI, yaitu Salam, Ajak bicara, Jelaskan dan bantu, dan Ingatkan.

2.1.4.2 Pelaksanaan Program Kesehatan

Masalah-masalah kesehatan lingkup kecamatan telah dimasukkan ke dalam perencanaan program kesehatan di puskesmas dalam RUK dan RPK. Pelaksanaan program-program kesehatan tersebut dengan sendirinya telah menerapkan pendekatan keluarga. pelaksanaan program-program kesehatan di puskesmas pada akhirnya akan mendukung dan mempercepat pula peningkatan IKS, termasuk IKS tingkat RT/RW/Kelurahan/Desa/Kecamatan.

2.1.4.3 Penggerakan melalui Loka Karya Mini

Penggerakan untuk pelaksaan kegiatan-kegiatn yang tercantum dalam RPK (termasuk kunjungan rumah dan pengorganisasian masyarakat) dilakukan melalui penyelenggaraan lokmin. Lokakarya mini dilaksanakan sebulan sekali sebagai pertemuan internal puskesmas (lokmin bulanan). Peserta lokmin diperluas dengan mengundang pihak-pihak lintas sektor terkait setiap tiga bulan (lokmin tribulanan).

2.1.5 Pengawasan-Pengendalian-Penilaian (P3)

1. Pengawasan dan pengendalian (WASDAL) melalui lokakarya mini

Pengawasan Puskesmas dibedakan menjadi dua, yaitu pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh puskesmas sendiri, baik oleh kepala puskesmas, tim audit internal maupun setiap penanggung jawab dan pengelola atau pelaksana program. Adapun pengawasan eksternal dilakukan oleh instansi dari luar puskesmas antara lain Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, institusi lain selain Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat.

2. Penilaian melalui lokakarya mini

Penilaian terhadap keberhasilan pelaksanaan RPK, termasuk kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan pendekatan keluarga, dilaksanakan sebanyak dua kali dalam satu tahun pada tinjauan tengah tahun (bulan ke-6) dan pada akhir tahun (bulan ke-12).

3. Penilaian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kinerja Puskesmas

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memacu kinerja puskesmas melalui hasil penilaian kinerja puskesmas. Laporan-laporan dari puskesmas sebagai masukan untuk aplikasi *dash board* ditampilkan dalam situ (website) di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Tampilan tersebut dapat berbentuk "Peta Pencapaian IKS Kecamatan", dengan diberi warna berbeda, misalnya merah untuk kecamatan dengan keluarga tidak sehat, kuning untuk kecamatan dengan keluarga pra sehat, dan hijau untuk kecamatan dengan keluarga sehat.

Dalam menggunakan dan mengakses aplikasi keluarga sehat terdapat beberapa jenis *user*. *User* dalam hal ini merupakan hak isstimewa yang dimiliki pengguna tertentu (*priviledges*) yang dipakai untuk berinteraksi dengan aplikasi web KS. Masing-masing *user* memiliki fungsi berbeda dalam mengakses aplikasi keluarga sehat. Jenis *user* aplikasi web keluarga sehat tersebut adalah sebagai berikut :

a. Administrator pusat, merupakan *user* yang bertanggung jawab atas keberlangsungan pengoperasian aplikasi web keluarga sehat pada tingkat pusat.

b. Dinas kesehatan provinsi, merupakan *user* yang bertanggung jawab atas keberlangsungan pengoperasian aplikasi web keluarga sehat pada tingkat provinsi.

c. Dinas kesehatan kabupaten/kota, merupakan *user* yang bertanggung jawab atas keberlangsungan pengoperasian aplikasi web keluarga sehat pada tingkat kabupaten/kota.

d. Kepala puskesmas, merupakan *user* yang bertugas melakukan distribusi beban kerja para enumerator, distribusi akun *login user* tingkat puskesmas, dan bertanggung jawab secara keseluruhan atas proses entri data kuesioner keluarga sehat.

e. Administrator/ operator puskesmas, merupakan *user* yang bertugas melakukan administrasi sistem keluarga sehat tingkat puskesmas. *User* ini juga memiliki kewenangan untuk melakukan perubahan terhadap data hasil *input* yang dilakukan oleh para pengumpul data/enumerator/*surveyor*.

f. *Supervisor*, merupakan *user* yang bertugas melakukan *review* terhadap kinerja para enumerator/*surveyor* di lapangan.

g. Pengumpul data/ enumerator/ *surveyor* (pembina keluarga), merupakan *user* yang bertugas melakukan entri data kuesioner keluarga sehat di lapangan. *Surveyor* maksimal terdiri dari 10 orang.

2.1.6 Evaluasi

2.1.6.1 Pengertian Evaluasi

Menurut Muryadi (2017) evaluasi adalah salah satu alat atau prosedur yang digunakan untuk mengetahui dan mengukur sesuatu dalam suasana dengan cara dan

aturan-aturan yang sudah ditentukan. Dari hasil evaluasi biasanya diperoleh tentang atribut atau sifat-sifat yang terdapat pada individu atau objek yang bersangkutan. Evaluasi dapat digunakan untuk memeriksa tingkat keberhasilan program berkaitan dengan lingkungan program dengan suatu "*judgement*" apakah program diteruskan, ditunda, ditingkatkan, dikembangkan, diterima, atau ditolak.

Evaluasi program adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan dengan sengaja untuk melihat tingkat keberhasilan program. Evaluasi program penting untuk dapat diselenggarakan secara terus-menerus, berkala, dan sewaktu-waktu. Kegiatan pada evaluasi program bertujuan untuk mengetahui yang telah ditentukan dapat dicapai atau sesuai target. Bagi para pengambil keputusan evaluasi berguna untuk menetapkan, menghentikan, memperbaiki, memodifikasi, atau meningkatkan program (Aryanti, Supriyono, & Ishaq, 2015).

2.1.6.2 Model Evaluasi

Model evaluasi ialah model desain evaluasi yang dibuat oleh ahli-ahli atau pakar-pakar evaluasi yang biasanya dinamakan sama dengan pembuatnya atau tahap pembuatannya. Model yang digunakan dalam penelitian ini adalah model pengambilan keputusan yang dikembangkan oleh Stufflebeam yang dikenal dengan *CIPP Evaluation Model*, meliputi *Context*, *Input*, *Process*, *Product*. Stufflebeam adalah hasil yang mengusulkan pendekatan yang beriorientasi kepada pemegang keputusan (*a decisionoriental evaluation approach structured*) untuk menolong administrator membuat keputusan.

Dalam buku Riset Terapan oleh Mulyatiningsih (2011), mengemukakan bahwa evaluasi CIPP dikenal dengan evaluasi formatif. Tujuan evaluasi formatif

untuk mengambil keputusan dan perbaikan program. Keunikan model ini adalah pada setiap tipe evaluasi terkait pada perangkat pengambil keputusan yang menyangkut perencanaan dan operasional sebuah program. Menurut Gunung dan Darma (2019), hasil dari model evaluasi CIPP dapat digunakan sebagai dasar untuk membuat 4 jenis keputusan, yaitu perencanaan (yang berpengaruh pada pemilihan tujuan dan target kegiatan), strukturasi (yang menentukan strategi optimal dan desain prosedur dalam mencapai tujuan), implementasi (yang menyediakan instrument, untuk mengimplementasikan program dan peningkatan program yang ada), dan daur ulang (apakah suatu kegiatan perlu dilanjutkan, diubah, atau dihentikan). Komponen evaluasi CIPP meliputi:

a. *Context* (Konteks)

Orientasi utama dari evaluasi konteks adalah mengidentifikasi kelebihan dan kelemahan beberapa objek, seperti institusi, program, populasi target, dan memberikan arahan untuk kemajuan. Evaluasi pada bagian konteks berfokus pada evaluasi kegiatan yang berkaitan dengan analisis kebutuhan itu telah tercapai atau belum tercapai (Asfaroh, Rosana, & Supahar, 2017). Konteks dalam penelitian ini adalah Permenkes RI No. 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

b. *Input* (Masukan)

Evaluasi *input* dilakukan untuk mengidentifikasikan dan menilai kapabilitas sumber daya bahan, sarana prasarana, manusia, dan biaya untuk melaksanakan program yang telah dipilih. Dalam penelitian ini berdasarkan *input* meliputi:

1) Sumber daya manusia (SDM) adalah individu produktif sebagai modal utama dalam pembangunan nasional. Oleh karena itu, kualitas SDM perlu terus ditingkatkan sehingga memiliki daya saing tinggi.
2) Sarana prasarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud atau tujuan.
3) Dana pembiayaan penyelenggaraan PIS-PK dibebankan pada Anggaran Belanja dan Pendapatan Daerah (APBD), Anggaran Belanja dan Pendapatan Negara (APBN), dan dana lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

c. *Process* (Proses)

Evaluasi proses bertujuan untuk mengidentifikasi atau memprediksi hambatan-hambatan dalam pelaksanaan kegiatan atau implementasi program. Evaluasi dilakukan dengan mencatat atau mendokumentasikan setiap kejadian dalam pelaksanaan kegiatan, memonitor kegiatan-kegiatan yang berpotensi menghambat dan menimbulkan kesulitan yang tidak diharapkan, menemukan informasi khusus yang berada diluar rencana, menilai dan menjelaskan proses secara aktual. Selama proses evaluasi, evaluator dituntut berinteraksi dengan staff pelaksana program secara terus-menerus. Berdasarkan evaluasi proses penelitian ini meliputi persiapan, bina keluarga/desa, dan pelaporan.

d. *Product* (Hasil)

Tujuan utama evaluasi *product* (hasil) adalah untuk mengukur, menginterpretasikan, dan memutuskan hasil yang telah dicapai oleh program, yaitu apakah telah dapat memenuhi kebutuhan sesuai dengan tujuan yang diharapkan

atau belum. Penelitian ini mengevaluasi capaian indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

Menurut Permenkes RI No. 39 tahun 2016, keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga diukur dengan IKS, yang merupakan komposit dari dua belas indikator. 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.

2.1.6.3 Prosedur Evaluasi

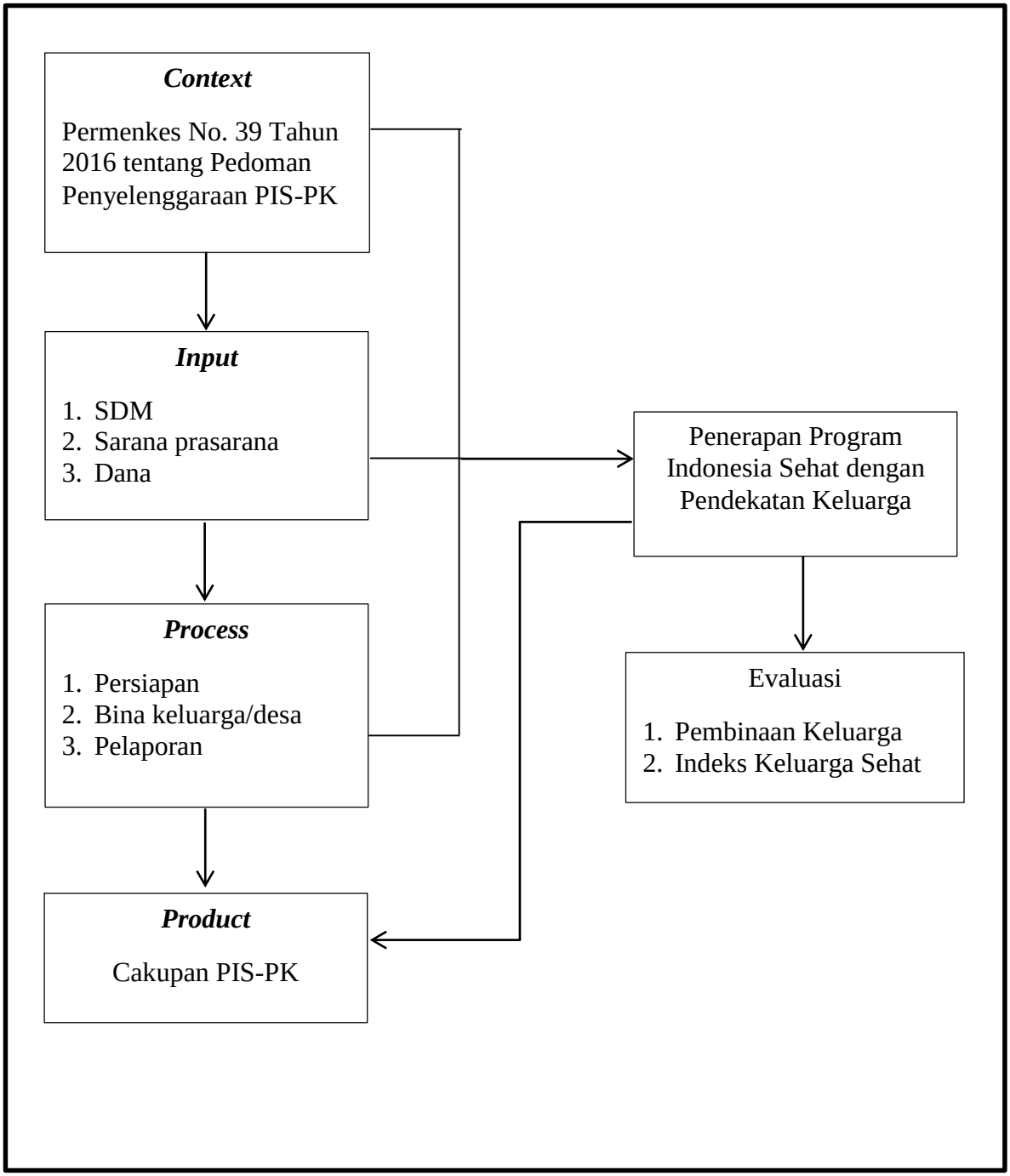
Menurut (Notoatmodjo, Metodologi Penelitian Kesehatan, 2010), prosedur evaluasi secara umum adalah sebagai berikut:

1. Menentukan apa yang akan dievaluasi, apakah pada perencanaan, sumber daya, proses pelaksanaan, keluaran, efek, atau bahkan dampak suatu kegiatan serta pengaruh lingkungan yang luas.
2. Mengembangkan kerangka dan batasan, pada tahap ini dilakukan asumsi-asumsi mengenai hasil evaluasi dan pembatasan ruang lingkup evaluasi serta batasan-batasan yang digunakan agar obyektif dan fokus.
3. Merancang desain (metode) yang akan digunakan disesuaikan dengan tujuan dan kepentingan evaluasi tersebut.
4. Menyusun instrumen dan rencana pelaksanaan, pada tahap ini dilakukan pengembangan terhadap instrumen pengamatan atau pengukuran serta rencana analisa dan membuat rencana pelaksanaan evaluasi.
5. Melaksanakan pengamatan, pengukuran dan analisis.

6. Membuat kesimpulan dan pelaporan, informasi yang dihasilkan dari proses evaluasi ini disajikan dalam bentuk laporan sesuai dengan kebutuhan atau permintaan.

2.2 KERANGKA TEORI

Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka, maka disusun kerangka teori mengenai evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta. Dalam evaluasi penerapan PIS-PK terdapat indikator yang meliputi sumber daya manusia (SDM), sarana, dana, persiapan, bina keluarga/desa, capaian indikator, pelaporan, cakupan PIS-PK.



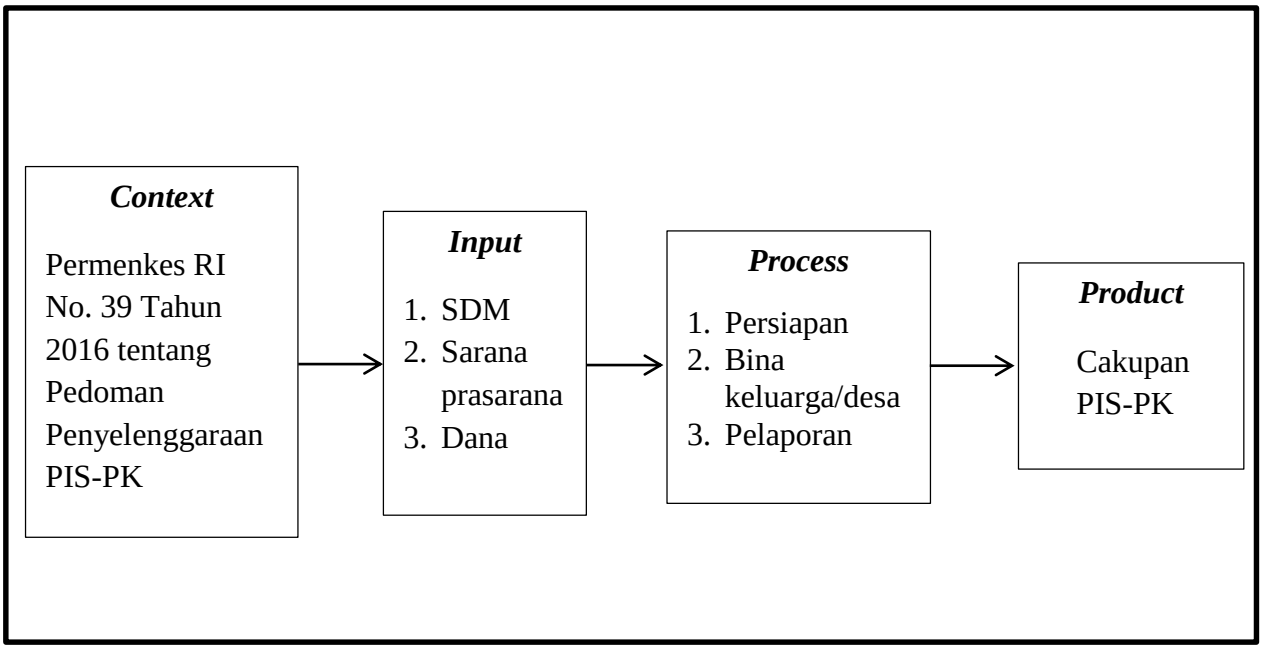
Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: Stufflebeam (1983) dalam Mulyatiningsih (2011)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 ALUR PIKIR



Gambar 3. 1 Alur Pikir

3.2 FOKUS PENELITIAN

Dalam penelitian ini, fokus penelitian mengkaji tentang evaluasi penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Ngampilan Yogyakarta tahun 2018.

3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualtitatif dengan survei deskriptif. Survei deskriptif digunakan untuk penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program di masa sekarang, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut (Notoatmodjo, 2002).

3.4 SUMBER INFORMASI

Sumber data yang digunakan pada penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder yang selanjutnya akan diolah menjadi informasi sesuai yang dibutuhkan.

3.4.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam kepada pihak yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di wilayah Puskesmas Ngampilan Yogyakarta tentang penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

Penentuan informan dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling*. Pengambilan sampel secara *purposive* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010).

Responden atau informan utama pada penelitian ini terdiri dari:

1. Kepala Tata Usaha
2. Dokter
3. Bidan
4. Perawat

5. Penginput data PIS-PK

Responden atau informan triangulasi pada penelitian terdiri dari:

1. Kepala Puskesmas Ngampilan
2. Kader kesehatan
3. Warga Ngampilan terdata dan tidak terdata PIS-PK

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau melalui dokumentasi (Sugiyono, 2012). Sumber data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen yang terkait Program Indonesia Sehat dengan Pendekataan Keluarga terutama pada capaian program. Menurut sebuah penelitian penggunaan data kesehatan di California, *logic model* menyediakan panduan yang spesifik dan komprehensif untuk meningkatkan permintaan dan penggunaan data untuk merancang, memantau, dan mengevaluasi intervensi dalam pengambilan keputusan (Nutley & Reynolds, 2013).

3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen ini disusun sedemikian rupa sehingga menghasilkan data yang mudah diolah (Notoatmodjo, 2010). Instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara semi terstruktur. Pedoman wawancara semi terstruktur adalah suatu lembar pertanyaan yang dirangkai oleh peneliti secara terstruktur kemudian

diperdalam lagi untuk menghapus informasi lebih dalam lagi untuk memperoleh keterangan lebih lanjut. Pedoman wawancara penelitian ini mengacu pada pedoman monitoring dan evaluasi pelaksanaan PIS-PK.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

3.5.2.1 Wawancara (Interview)

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi seca bra lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Maka, data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan. Wawancara sebagai pembantu utama dari metode observasi. Gejala-gejala sosial yang tidak dapat terlihat atau diperoleh melalui observasi dapat digali dari wawancara (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini data primer dihasilkan dari wawancara mendalam dengan panduan pertanyaan yang sudah dipersiapkan.

3.5.2.2 Observasi

Observasi dalam penelitian menggunakan jenis observasi partisipasi pasif. Pada observasi ini, peneliti datang di tempat kegiatan orang yang diamati tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut dengan menggunakan lembar observasi berupa *checklist* sebagai intrumen observasi yang telah dibuat. Maka, data yang diperoleh akan lebih lengkap, tajam, dan sampai mengetahui pada tingkat makna dari setiap perilaku yang nampak.

3.5.2.3 Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif. Peneliti bertindak sebagai instrumen aktif dalam upaya mengumpulkan data di lapangan. Hasil penelitian yang diperoleh peneliti dari observasi dan wawancara, akan lebih dapat dipercaya jika didukung oleh foto-foto atau karya tulis akademik dan seni yang telah ada (Sugiyono, 2012).

Alat perekam digunakan untuk merekam semua pembicaraan peneliti dengan informan selama wawancara. Kamera digunakan untuk membantu peneliti merekam kondisi lingkungan selama wawancara berlangsung. Memudahkan pewawancara karena dapat mencatat jawaban secara cepat dan detail.

3.5.2.4 Triangulasi

Dalam teknik pengumpulan data, triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi teknik, berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti menggunakan wawancara mendalam, observasi partisipasi pasif, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak. Triangulasi sumber, berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Tujuan dari triangulasi bukan untuk mencari kebenaran tentang beberapa fenomena, tetapi lebih pada peningkatan pemahaman peneliti terhadap apa yang telah ditemukan (Sugiyono, 2018).

3.6 PROSEDUR PENELITIAN

3.6.1 Tahap Pra Penelitian

Tahap awal penelitian ini adalah kegiatan yang dilakukan sebelum melakukan penelitian, kegiatan tersebut adalah:

1. Mencari data awal melalui dokumen-dokumen yang relevan sehingga didapatkan rumusan masalah yang ingin diteliti
2. Mengurus surat perizinan studi pendahuluan dari Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang untuk instansi yang dituju adalah Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan Puskesmas Ngampilan
3. Penyerahan surat perizinan ke Dinas Kota Yogyakarta dan Puskesmas Ngampilan
4. Melakukan studi pendahuluan secara langsung ke lapangan
5. Menyusun proposal skripsi yang berjudul Evaluasi Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta.
6. Mengurus pemberkasan untuk penerbitan *ethical clearance*.

3.6.2 Tahap Pelaksana Penelitian

Kegiatan pada tahap ini antara lain:

1. Pelaksanaan wawancara kepada informan sumber data primer yang telah ditentukan, dan
2. Pencatatan hasil data, analisis tingkat, dan perekaman suara serta pengambilan foto pada setiap langkah yang dilakukan.

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Kegiatan pada tahap ini antara lain:

1. Perangkuman semua data wawancara yang telah dikumpulkan dan pencatatan data secara rapi kemudian diserahkan kepada pembimbing sebagai bahan mentah
2. Pembandingan data hasil wawancara dengan data sekunder yang terkait dengan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
3. Analisis data dan membandingkan dengan pedoman umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
4. Penyajian data dan simpulan dalam bentuk laporan skripsi.

3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA

Teknik keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi. Triangulasi merupakan salah satu pendekatan analisa data yang mensintesa data dari berbagai sumber (Bachri, 2010). Adapun triangulasi yang peneliti gunakan dalam penelitian adalah triangulasi teknik dan sumber, sehingga dapat membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen, serta membandingkan hasil wawancara antar narasumber dan membandingkan dengan hasil evaluasi PIS-PK tahun 2018 yang telah dilakukan oleh Kepala Puskesmas Ngampilan.

3.8 TEKNIK ANALISIS DATA

Analisis data dalam penelitian kualitatif, dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung, dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu.

Pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Bila jawaban yang diwawancarai setelah analisis terasa belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi, sampai tahap tertentu diperoleh data yang dianggap kredibel (Sugiyono, 2018). Langkah-langkah analisis data sebagai berikut:

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, diilakukan berhari-hari. Pada tahap awal peneliti melakukan penjelajahan secara umum terhadap situasi sosial/objek yang diteliti, semua yang dilihat dan didengar direkam semua. Wawancara dilakukan pada informan utama dan informan triangulasi. Pengamatan dilakukan pada proses pelaksanaan program. Dokumentasi dilakukan pada dokumen pengambilan gambar, rekaman suara wawancara. Data yang diperoleh dari lapangan lalu dicatat dan ditelaah mengenai penerapan PIS-PK meliputi konteks, masukan, proses, hasil.

2. Reduksi data

Data yang telah dikumpulkan segera dilakukan reduksi data. Mereduksi data berarti merangkum, dan memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya. Peneliti dalam mereduksi data akan memfokuskan pada proses pelaksanaan program dengan melihat persiapan,

pelaksanaan bina keluarga/desa, capaian indikator dalam hasil IKS wilayah, dan pelaporan dalam evaluasi yang telah dilakukan oleh kepala puskesmas.

3. Penyajian data

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah penyajian data. Berdasarkan data-data yang ditemukan di lapangan, dan selanjutnya diuji melalui pengumpulan data yang terus-menerus, data disajikan disusun ke dalam urutan sehingga strukturnya dapat dipahami. Penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini dengan teks yang bersifat naratif.

4. Penarikan kesimpulan

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah meruupakan temuan baru yang sebelumnya belum perna ada. Penarikan kesimpulan penelitian ini membandingkan antara data sekunder dengan data hasil lapangan. Data yang disajikan dan telah didukung oleh data-data yang mantap, maka dapat dijadikam kesimpulan yang kredibel. Dengan demikian, kesimpulan dapat menjawab rumusan masalah yang telah dirumuskan sejak awal.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai evaluasi program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta, menerangkan bahwa pelaksanaan program belum berjalan secara optimal. Secara spesifik dapat disimpulkan bahwa :

1. Dalam penerapan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga di Puskesmas Ngampilan berdasarkan *context* sudah sesuai yang ada dalam Permenkes No. 39 tahun 2016.
2. Evaluasi *input* dalam penerapan PIS-PK antara lain kurangnya sumber daya manusia untuk pendataan keluarga di lapangan, sarana prasarana yang masih terbatas, dana belum memenuhi untuk ketersediaan sarana prasarana.
3. Evaluasi *process* dalam bina keluarga/desa masih dalam tahap pendataan, persiapan dan pelaporan PIS-PK sudah sesuai dengan petunjuk teknis PIS-PK.
4. Evaluasi *product* dalam penerapan PIS-PK belum sesuai dengan perencanaan pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Ngampilan.

6.2 SARAN

Berdasarkan hasil kesimpulan dan analisis data yang dilakukan oleh peneliti terhadap program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga di Puskesmas Ngampilan, maka saran yang diberikan sebagai berikut :

6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan

Meningkatkan pemantauan dan pengawasan PIS-PK dengan menentukan jadwal ke seluruh puskesmas terutama Puskesmas Ngampilan.

6.2.2 Bagi Puskesmas Ngampilan

1. Menentukan batasan waktu pelaksanaan PIS-PK, pengumpulan data, dan proses menginput hasil data.
2. Pengawasan setiap pelaksanaan lapangan secara rutin dan bertahap agar dapat menjadi bahan evalusai berikutnya.
3. Meningkatkan pendekatan keluarga agar masyarakat tahu dan mampu dari tujuan pelaksanaan PIS-PK dalam bentuk sosialisasi kesehatan.

6.2.3 Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti selanjutnya diharapakan dapat melakukan *survey* lebih lanjut mengenai faktor-faktor penghambat pelaksanaan PIS-PK dan melakukan peninjauan kembali terkait variabel yang tidak berhubungan dengan penelitian ini yaitu pengetahuan, pengalaman, pendidikan, dan tentang SOP penggunaan aplikasi keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Agni, M. G. (2018). Kesiapan Daerah Istimewa Yogyakarta dalam Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. *Forum Ilmiah*, 46.

Aini, Z. (2019). Manajemen Pemerintah dalam pelayanan Kesehatan PIS-PK di Kecamatan Pekanbaru Kota Pekanbaru tahun 2017-2018. *JOM FISIP*.

Aryanti, T., Supriyono, & Ishaq, M. (2015). Evaluasi Prrogram Pendidikan dan Pelatihan. *Pendidikan Nonformal*.

Asfaroh, J. A., Rosana, D., & Supahar. (2017). Development of The Evaluation Instrument Use CIPP on The Implementation of Project Assessment Topic Optik. *ICRIEMS*, 4.

Bachri, B. S. (2010). Meyakinkan Validitas Melalui Triangulasi pada Penelitian Kualitatif. *Teknologi Pendidikan*, 55.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). *Pedoman Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Darma, I. K. (2019). The Effectiveness of Teaching Program of CIPP Evaluation Model. *International Research Journal of Engineering, IT & Scientific Research*.

Fauzan, A., Chotimah, I., & Hidana, R. (2019). Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas Mulyaharja Kota Bogor Tahun 2018. *Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*.

Fauzih, A. N. (2016). Keluarga Sehat Berdasarkan Pendekatan Keluarga di RW 03 Kalurahan Mojosongo Surakarta. *Akademi Kebidanan*.

Ferdiansyah, D. (2016). Metode Pendekatan Keluarga, Terobosan Baru dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia. *Majalah Farmasetika*.

Gunung, I. N., & Darma. (2019). Implementing the Context, Input, Process, Product (CIPP) Evaluation Model to Measure the Effectiveness of the Implementation of Teaching at Politeknik Negeri Bali (PNB). *Environmental & Science Education*.

Junanto, S., & Kusna, N. A. (2018). Evaluasi Program Pembelajaran di PAUD Inklusi dengan Model Context, Input, Process, and Product (CIPP). *Disability Studies*.

Kemenkes. (2016). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kemenkes. (2016). *Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas melalui Pendekatan Keluarga.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kemenkes. (2017). *Pedoman Monitoring dan Evaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.* Jakarta: Kementeria kesehatan RI.

Khurotin, N., & Afrianty, T. W. (2018). Analisis Pelatihan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia di PT Beon Intermedia Cabang Malang. *Administrasi Bisnis*.

Kiberu, V., Mars, M., & Scott, R. (2017). Barriers and Opportunities to Implementation of Sustainable e-Health Programmes in Uganda. *African J. Prim. Heal. Care Fam. Med.*

Kusumaningrum, A., & Azinar, M. (2018). Kepesertaan Masyarakat dalam Jaminan Kesehatan Nasional secara Mandiri. *HIGEA*.

Laelasari, E., Anwar, A., & Soerachman, R. (2017). Evaluasi Kesiapan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. *Ekologi Kesehatan*.

Leggat, S., Bartram, T., & Stanton, P. (2011). High Performance Work System. *JHOM*.

Litbangkes. (2017). Hasil (sementara) Riset Implementasi PIS-PK di Kabupaten Lampung Selatan. *Forum Ilmiah Tahunan IAKMI III*.

Maesaroh, S., & Sulistyorini, E. (2017). Gambaran Keluarga Berdasarkan Indeks Keluarga Sehat di Busukan RT 01 RW 27 Mojosongo Jebres Surakarta.

Marwati, T., Aisya, I. R., & Alifariani, A. (2018). Promosi Kesehatan untuk Mendukung PIS-PK Indikator Hipertensi dan KB di Desa Combongan. *Pemberdayaan*.

Mulyatiningsih, E. (2011). *Metode Penelitian Terapan Bidang Pendidikan.* Yogyakarta: Alfabeta.

Muryadi, A. D. (2017). Model Evaluasi Program dalam Penelitian Evaluasi. *Ilmiah PENJAS*.

Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.

Nutley, T., & Reynolds, H. (2013). Improving The Use of health Data for Health System. *Global Health Action*.

Purwati, Tamtomo, D., & Sulaeman, E. S. (2016). Context, Input, Process, Product Analysis is the Implementation of Iron Supplementation Program in Banyumas, Central Java. *Health Policy and Management*.

Pusdatin. (2017). *Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Pusdatin. (2018). *Profil Keluarga Sehat.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Qudsiyah. (2015). Factors Assosiated with High Number of Open Defecation (OD) in District Jember. *eJurnal Pustaka Kesehatan*.

Rahel, T. L., Damayanti, A. U., & Sitorus, B. S. (2018). Analisis Masalah Kesehatan Penduduk Berdasarkan 12 Indikator Keluarga Sehat Rumah Susun Tambora. *Kebidanan*.

Roeslie, E., & Adang, B. (2018). Analisis Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. *Kebijakan Kesehatan Indonesia*.

Sahara, C., & Sari, M. T. (2016). Indikator Keluarga Sehat di Kelurahan Lebak Bandung Kota Jambi. *Akademika Baitturahim*.

Setiawan, I. K. (2015). Pengaruh Latar Belakang Pendidikan dan Pengalaman Kerja terhadap Kinerja Karyawan pada PT Federal Internasional Finance (FIF) Group Cabang Singaraja. *Jurusan Pendidikan Ekonomi*.

Shabrina, W., & Fithria. (2017). Indikator Keluarga Sehat (Family Health Indicators). *Ilmu Keperawatan*.

Shivalli, S., Majra, J., Akshaya, K., & Oadiri, G. (2015). Family Centered Approach in Primary Health Care. *The Scientific World Journal*.

Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D.* Bandung: Alfabeta.

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Evaluasi.* Bandung: Alfabeta.

Sunarko, A., & Setyaningsih, W. (2016). Pengaruh Pengetahuan terhadap Sikap Ibu Rumah Tangga dalam Upaya Mengatasi Pencemaran Lingkungan Akibat Sampah di TPA Jatibarang. *Edu Geography*.

Virdasari, E., Arso, S. P., Yunila, E., & Fatmasari. (2018). Analisis Kegiatan Pendataan Keluarga Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. *Kesehatan Masyarakat*.

Yamin, A., Yudianto, K., & Windhani, C. (2018). Maping, Education and Healthy Family Assitance in The Village District Jayarago Tarogong Kidul Garut Regency. *Pengabdian Kepada Masyarakat*.

Yanti, F., & Fithria. (2018). Pengetahuan Petugas Kesehatan tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. *Ilmmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*.