

IMPLEMENTASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PI-PK) PADA MASA PANDEMI

Ni Luh Purnamayanti¹ dan Feni Sulistyawati²

1,2Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana

2Akademi Kebidanan Harapan Mulya Ponorogo

Email: purnama0607@gmail.com

ABSTRACT

In achieving the highest degree of public health, the Public Health Center organizes public health efforts (UKM) and individual health efforts (UKP) by prioritizing promotive and preventive efforts. UKP and UKM are implemented through Public Health Center program. One of Public Health Center programs is the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK). In its implementation, the function between UKP and UKM must be balanced in order to achieve an increase in the degree of public health. The current Covid-19 pandemic has also affected the implementation of the program at the Public Health Center. This study aims to determine the implementation of the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK) during the Covid-19 pandemic at the Kediri III Health Center. This study uses a qualitative method with a case study approach. The sample selection used purposive sampling, namely an informant. Data collection based on primary and secondary data was carried out by means of interviews and document review. Data analysis using bottleneck analysis from Tanahashi. There are limited facilities and infrastructure due to the absence of internal health center policies related to PIS-PK, equipment and also the budget for PIS-PK implementation. In addition, the achievement of PIS-PK indicators is still low, especially on indicators of TB treatment, hypertension treatment and also family members who do not smoke. Another obstacle is related to the achievement of Healthy Family Index which is still classified as an unhealthy family. There are obstacles in terms of supply and demand. It is hoped that there will be good coordination and communication between the Health Office and the Public Health Center. The Public Health Center should develop internal policies related to the implementation of PIS-PK.

Keywords: Program, Healthy Indonesia. Family Approach, COVID-19

PENDAHULUAN

Dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) serta upaya kesehatan perseorangan (UKP) dengan mengutamakan upaya promotif serta preventif. UKM merupakan aktivitas untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi munculnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat sedangkan

UKP merupakan suatu aktivitas pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk peningkatan pencegahan, penyembuhan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan (Kemenkes RI, 2019). UKP dan UKM dilaksanakan melalui program Puskesmas. Salah satu program Puskesmas yaitu Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Dalam pelaksanaannya PIS-PK mengintegrasikan UKP dan UKM secara berkesinambungan dengan target

keluarga berdasar data serta informasi profil kesehatan keluarga (Kemenkes RI, 2017). Dalam pelaksanaannya fungsi antara UKP dan UKM harus seimbang agar dapat tercapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

PIS-PK memiliki tujuan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang komprehensif, mendukung pencapaian standar minimal minimal kabupaten atau kota, mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dan juga dengan PIS-PK diharapkan mendukung tercapainya indikator strategis dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (Kemenkes RI, 2020b). Pelaksanaan PIS-PK dimulai dari mendata kesehatan semua anggota keluarga, mengelola data serta menganalisis merumuskan intervensi dari masalah kesehatan dan menyusun rencana, melaksanakan kunjungan rumah, melaksanakan pelayanan kesehatan didalam dan diluar gedung serta melaksanakan sistem informasi dan pelaporan puskesmas. Seluruh kegiatan PIS-PK diintegrasikan dalam manajemen puskesmas yang meliputi perencanaan (P1), penggerakan pelaksanaan (P2), serta pengawasan pengendalian penilaian (P3) di Puskesmas (Kemenkes RI, 2016).

Pendekatan keluarga akan menjadikan Puskesmas mampu mengenali masalah kesehatan serta PHBS yang dihadapi oleh keluarga secara holistic atau lebih menyeluruh. Anggota keluarga yang membutuhkan pelayanan kesehatan dapat dimotivasi untuk memanfaatkan UKBM dan pelayanan Puskesmas. Keluarga juga diberikan motivasi dalam memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan serta faktor lain yang merugikan kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2016). Secara nasional, cakupan kunjungan keluarga di Indonesia 72,7%, data tersebut menunjukkan 47.448.124 dari sekitar 65 juta keluarga sudah dikunjungi dan

tercatat datanya. Nilai IKS adalah 0,172 (17,2%) keluarga yang tergolong dalam keluarga sehat yang berdasarkan dari 12 indikator program PIS-PK. Provinsi Bali untuk cakupan keluarga sebesar 69,7% dan nilai IKS 0,350 (35%) (Dasuciana, 2020). Di Kabupaten Tabanan, PIS-PK diselenggarakan oleh 20 Puskesmas yang tersebar di seluruh Kabupaten Tabanan. Berdasarkan laporan capaian PIS-PK Kabupaten Tabanan tahun 2020 nilai IKS Kabupaten Tabanan adalah 0,37 (Dinas Kesehatan Kab. Tabanan, 2020). IKS di Puskesmas Kediri III yang merupakan salah satu Puskesmas di kabupaten Tabanan adalah 0,44. Mengacu pada capaian IKS berarti capaian IKS di Kabupaten Tabanan maupun Puskesmas Kediri III masih dikategorikan tidak sehat (IKS <0,500).

Dalam penelitian sebelumnya menyatakan faktor penghambat implementasi PIS-PK diantaranya adalah keterbatasan sumber daya yaitu terbatasnya sarana dan prasarana serta terlambatnya pencairan anggaran program, pendataan dilakukan oleh tenaga yang belum mendapat pelatihan PIS-PK, pemahaman pemegang program mengenai alokasi dana masih kurang, sulitnya akses jaringan internet, adanya keluarga yang tidak bersedia untuk dikunjungi, mobilitas anggota keluarga yang tinggi, dan struktur birokrasi yang belum terbentuk, koordinasi berjenjang diantara Dinas Kesehatan dan Puskesmas (Novianti *et al.*, 2020) (Pujosiswanto, Palutturi and Ishak, 2020).

Pandemi Covid-19 yang terjadi saat ini juga berpengaruh terhadap pelaksanaan program di Puskesmas. Berdasarkan hasil survey dari Badan Litbangkes bersama Ditjen pelayanan kesehatan menyatakan lebih banyak Puskesmas mengalami penurunan kunjungan keluarga yaitu sebesar 43,07%, tidak melaksanakan kunjungan keluarga sebesar 38,48%, hanya 16,8% yang tetap melaksanakan program PIS-PK. Tidak berjalannya kegiatan PIS-PK

secara maksimal di Puskesmas menyebabkan Puskesmas kehilangan kesempatan untuk mengetahui secara riil, serta memperbaiki kondisi kesehatan di wilayah kerjanya sehingga perlunya menggerakkan kembali program PIS-PK, dilakukan inovasi dan optimalisasi kegiatan yang tentunya tetap memperhatikan penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi dan *physical distancing*. Berkaitan dengan hal tersebut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia juga telah mengeluarkan Panduan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada Masa Pandemi COVID-19 serta Adaptasi Kebiasaan Baru (Kemenkes RI, 2020a).

Berdasarkan situasi tersebut penting untuk menganalisis implementasi PIS-PK di Puskesmas Tabanan III. Teori yang dapat dipakai untuk menganalisis hambatan pada sebuah program salah satunya adalah teori *bottleneck* dari Tanahashi yang membagi faktor yang menjadi penentu dalam pencapaian cakupan efektif menjadi dua (2) komponen yaitu komponen penawaran atau suplay yang terdiri dari sarana dan prasarana, sumber daya dan akses. Kedua dari sisi *demand* yang terdiri dari penggunaan awal pelayanan kesehatan, keberlangsungan penggunaan dan kualitas yang diterima oleh masyarakat (Indrayathi *et al.*, 2017). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada masa pandemi Covid-19 di Puskesmas Kediri III.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus atau *case study*. Lokasi penelitian di Puskesmas Kediri III dengan menggunakan sumber data primer berupa hasil rekaman audio wawancara mendalam dengan informan. Pemilihan sampel menggunakan teknik *purposive*

sampling. Kriteria informan pada penelitian ini adalah seorang pemegang program yang memahami tentang implementasi PIS-PK di Puskesmas. Data sekunder dalam penelitian ini adalah laporan program PIS-PK Puskesmas Kediri III tahun 2020. Pengumpulan data dilakukan dengan pedoman wawancara dan telaah dokumen. Analisis data menggunakan analisis *bottleneck* dari Tanahashi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

Informan wawancara mendalam pada penelitian ini berjumlah satu (1) orang yaitu pelaksana program yang memahami program PIS-PK di Puskesmas dan mengikuti pelaksanaan PIS-PK dari awal.

Tabel 1. Karakteristik Informan

Informan	X1
Umur	27 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan
Pendidikan	S1 Kesehatan Masyarakat
Peran	Pemegang Program

Sumber : Data Primer Penelitian

Ketersediaan Sarana dan Prasarana

Wawancara dilaksanakan dengan menggunakan teknik *purposive* terhadap satu orang pelaksana program PIS-PK di Puskesmas Kediri III. Wawancara dilakukan secara online melalui aplikasi zoom meeting. Wawancara dilaksanakan tanggal 27 April 2021. Dilakukan wawancara mendalam terkait dua komponen besar yang berpengaruh terhadap implementasi PIS-PK yaitu segi *supply* yang terdiri dari Sarana dan prasarana atau ketersediaan material, sumber daya manusia dan akses. Kedua dari sisi *demand* yaitu penggunaan awal, penggunaan keberlanjutan dan kualitas layanan yang diperoleh oleh masyarakat.

Pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas untuk petunjuk teknis dalam pelaksanaannya berdasarkan pada Permenkes no 39 tahun 2016, di

Puskesmas juga tersedia SOP untuk pelaksanaan PIS-PK. Berdasarkan hasil wawancara Puskesmas Kediri III sudah melaksanakan PIS-PK sejak tahun 2018. Informasi dari informan sebagai berikut: *“Kalau PIS-PKnya dari tahun 2018, dari awal tahun sudah mulai... kita berpegangan juknisnya no 36.. eh no 39 tahun 2016” “juknisnya bisa dipahami tapi pelaksanaannya menyesuaikan lagi dengan kondisi di lapangan” “ada SOP terkait PIS-PK”*

Anggaran dana pada program PIS-PK berasal dari dana BOK. Kegiatan disesuaikan dengan anggaran yang ada. Pandemi covid-19 pada tahun 2020 menyebabkan anggaran dipotong 50% sehingga kegiatan terkait PIS-PK yang dilaksanakan juga berkurang. Tahun 2021 anggarannya belum pasti sehingga belum bisa turun untuk kunjungan keluarga hanya dilaksanakan pendataan awal oleh bidan desa dan kepala wilayah. Sesuai dengan informasi dari informan yang menyatakan:

“kalau untuk PIS-PK itu full dari BOK saja” “kita dapat pagunya sekian, masalah cukup gak cukup kita sesuaikan agar kegiatannya cuma sekian” “kegiatannya yang kita sesuaikan ya gak sampai kurang, sama kayak kemarin khan di 2020 kita dapat pagunya sekian tapi kemudian karena covid khan di potong, kalau gak salah pas itu 50 kayaknya dipotong, jadi yaudah kegiatannya dipotong juga 50%” “Kalau untuk tahun ini 2021 kebetulan anggarannya belum ketok palu sama sekali, jadi kita belum berani mutusin mau turun atau tidak, tapi sudah ada sie sasarannya, anggarannya belum ketok palu Kemarin udah aku setting sasarannya 384 KK sudah diset Cuma itu anggarannya belum, kemarin baru lewat bidan desa dan kepala wilayah aja baru cek pendataan awal”

Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang bertindak sebagai pelaksana PIS-PK di Puskesmas Kediri III ada 30 orang, dari 30 orang hanya 4 orang yang sudah pelatihan PIS-PK. Pemegang program PIS-PK juga merangkap program yang lainnya serta tetap wajib melakukan pelayanan di Puskesmas sehingga menyebabkan mereka harus kunjungan di sore hari setelah jam buka Puskesmas atau tetap kunjungan pada hari minggu atau hari libur lainnya. Informasi dari informan sebagai berikut:

“kalau misalnya dibilang orangnya harus focus PIS-PK gak bisa sie, semuanya udah megang program juga dan mereka juga wajib pelayanan khan di Puskesmas. Kanggoin sore-sore jadi merangkap -rangkap, misal target kunjungan satu tim harus kunjungan 40 keluarga harus selesai tanggal sekian, kadang hari minggu pun teman-teman harus kunjungan” “satu orang satu banjar, kita ada 30 banjar jadi ada 30 orang, pelatihan yang benar-benar jedeg pelatihan empat hari itu dulu enam orang, hanya dua orang sudah pindah kerja, Cuma teman-teman sebelum turun pasti kita ingetin lagi intern aja, dilatih intern”

SDM yang ada juga tidak semua bisa menginput laporan ke sistem karena kurang menguasai teknologi.

“kebetulan tidak semua melek teknologi, jadi ada beberapa bapak-bapak, ibu-ibu tidak mengerti karena kuesionernya juga lumayan tebal dan rumitlah dibilang, jadi aku mintain 10 orang khusus untuk nginput, dia kelapangan juga nginput juga jadi doubellah”

Akses

Akses mengacu pada Akses fisik terhadap pemberian layanan atau program PIS-PK. Dalam melakukan kunjungan rumah pemegang program PIS-PK menggunakan kendaraan pribadi. Pemilihan waktu kunjungan yang tepat

sangat menentukan apakah bisa atau tidaknya bertemu dengan anggota keluarga yang dikunjungi.

“Kalau transport kita pakai transport pribadi masing-masing jadi gak ada kendala sie, akses jalan kebetulan wilayah Puskesmas semua terjangkau, semua bisa dijangkau kok kalau dilihat dari aksesnya” “Mungkin saat kunjungan itu tergantung pemilihan waktu sie, bukannya bersedia tidak bersedia tetapi saat kunjungan orangnya sedang tidak dirumah” “dan juga misal kita dapat dari desa datanya 10 KK gitu tapi di lapangan gak ada sekian KK, mungking KKnya di desa itu tapi tinggalnya gak disitu, ada yang di Denpasar ada yang di Negara, disitu sih selisih jumlah jadinya”

Pada saat pandemi Covid-19 jumlah kunjungan keluarga juga tidak mencapai target, difokuskan hanya pada keluarga yang tidak sehat saja. Dari target sasaran 500 KK hanya 100 KK yang dikunjungi.

“di era Covid-19 tahun 2020 diawal tahun itu benar-benar dilarang kemasyarakat, kunjungan rumahlah istilahnya. Pas udah dikasi kemasyarakat dengan protokol kesehatan, jadinya dapetnya sedikit hanya 100 KK”

Hal tersebut juga sesuai dengan hasil telaah dokumen laporan implementasi PIS-PK Puskesmas Kediri III tahun 2020 yang menunjukkan target kunjungan ada 500 KK dan realisasinya 100 KK.

Penggunaan Awal

Penggunaan awal dilihat dari capaian masing-masing indikator PIS-PK yang didapat dari hasil telaah dokumen laporan Puskesmas terkait implementasi PIS-PK tahun 2020 seperti berikut:

- 1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB) : 71,55%
- 2) Ibu bersalin di Fasilitas Kesehatan : 99, 38%

- 3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap : 99,30%
- 4) Bayi mendapat ASI Eksklusif : 73, 26%
- 5) Pemantauan pertumbuhan bayi : 99, 16%
- 6) Penderita tuberculosis paru mendapat pengobatan sesuai standar : 39, 13%
- 7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan teratur : 41,75%
- 8) Penderita gangguan jiwa mendapat pengobatan dan tidak ditelantarkan : 85, 11%
- 9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok : 64, 47%
- 10) Keluarga sudah menjadi peserta JKN : 70, 51%
- 11) Keluarga mempunyai akses air bersih : 99, 05%
- 12) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat : 98, 37%

Penggunaan Keberlanjutan

Dalam penggunaan keberlanjutan, masyarakat khususnya kader terlibat dalam pelaksanaan PIS-PK, biasanya kader berperan saat pendataan.

“Iya biasanya masyarakat yang terlibat itu kadernya, ada beberapa dusun yang kadernya terlibat, biasanya terlibat saat pendataan tetapi jumlah pasti kadernya kurang tahu”

Berdasarkan keterangan sebelumnya juga yang terkait akses bahwa tidak ada keluarga yang menolak saat dikunjungi, hanya terkadang waktu kunjungannya yang tidak tepat.

“bukannya bersedia tidak bersedia tetapi saat kunjungan orangnya sedang tidak dirumah”

Kualitas

Kualiatas progam yang diterima oleh masyarakat sebagai populasi target dilihat dari capaian IKS PIS-PK Puskesmas Kediri III, IKS Puskesmas Kediri III sebesar 0,44. Ditinjau dari nilai

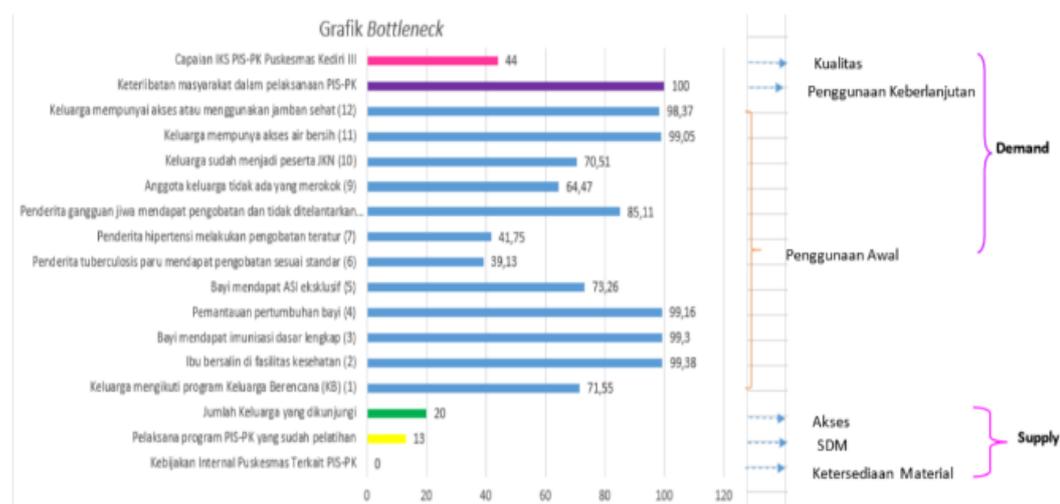
IKS wilayah kerja Puskesmas Kediri III masuk ke dalam kategori keluarga tidak sehat ($IKS < 0,05$).

“Kalau disini masih tergolong tidak sehat, nilai IKSnya baru 0,44”. “kita ada 12 indikator di PIS-PK tu dihitung langsung di webnya nanti muncul IKS dan indeksnya kurang dari 0,5 masih tergolong keluarga tidak sehat”

Pernyataan tersebut juga didukung dengan hasil telaah dokumen laporan implementasi PIS-PK di Puskesmas Kediri III tahun 2020 nilai IKSnya 0,44.

Kendala lainnya adalah gangguan pada website PIS-PK seperti pernyataan informan

“oya satu lagi kendala diaplikasi kan tetep diperbaharui terus, kadang-kadang nie misalnya yang TB tidak berobat, kita sudah update datanya, udah kita update nie orangnya gak TB, mungkin kesalahan pas input atau orangnya udah selesai berobat, sudah sembuh cuman diaplikasi tetep saja jumlahnya segitu, jadi diaplikasi tetep saja IKSnya segitu, tetep orang itu kelihatan TB, itu sie kendala kita”



Gambar 1. Grafik Bottleneck Implementasi PIS-PK Puskesmas Kediri III

Faktor Pendukung Implementasi PISPK di Puskesmas Kediri III

Selain faktor hambatan ada juga yang menjadi faktor pendukung dari implementasi PIS-PK di Puskesmas Kediri III yaitu dukungan dari stakeholder atau perangkat desa setempat yang mau berperan aktif dalam pelaksanaan PIS-PK

“kalau disini sie yang lima desa semua bagus dukungannya, kayak diawal kita minta data yang disana benar-benar kepala wilayahnya benar-benar yang buat denah, dusunnya sampai jalannya, kalau di kota kan ada no rumahnya, kalau di desa kan gak ada,

gak ada no rumahnya, jadi bener cuman banjar gitu aja kan. Ini entah rumah siapa, ini entah no berapa kalau kita kunjungan kan buta jadinya gak bawa peta. Jadi itu semua kepala wilayahnya benar-benar membantu buat peta dikertas HVS digambarin, benar-benar dia ngitungin berapa deret, langsung list namanya rumah no 1 siapa...”

Strategi Dalam Mengatasi Hambatan pada Implementasi PIS-PK

Strategi yang yang dapat dilakukan untuk mengatasi hambatan yang terjadi pada implementasi PIS-PK di Puskesmas Kediri III pada masa pandemi Covid-19

adalah menjaga komunikasi dan kerjasama yang baik dengan lintas sektor dan juga komunikasi yang jelas antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan Tabanan berkaitan dengan anggaran dan yang lainnya. Seperti pernyataan responden sebagai berikut:

“Program PIS-PK ini bukan kayak..emang bukan hanya punya Puskesmas gitu, terkadang khan sebuah program itu dibilang sukses karena Puskesmasnya, bukan ini tu kayak program semuanya, jadi tergantung komunikasi sei dengan lintas sektor kayak dengan kepala desanya, dengan Bidan desanya, dengan kepala wilayahnya. Dan paling penting dari Dinkesnya sendiri, kalau dari dananya belum diketok palu khan kita belum bisa berjalan....”

PEMBAHASAN

PIS-PK merupakan salah satu program yang diharapkan dapat mendukung tercapainya rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2019-2024. Dalam implementasinya PIS-PK dipengaruhi oleh berbagai faktor. Pada penelitian ini dilaksanakan wawancara mendalam dan telaah dokumen terkait dua komponen yaitu terdiri dari sisi *supply* atau persediaan yaitu sarana dan prasarana, sumber daya manusia, dan akses, yang kedua ditinjau dari segi *demand* atau permintaan antara lain pemanfaatan awal pelayanan kesehatan yang disediakan, keberlangsungan penggunaan serta kualitas pelayanan yang diterima oleh masyarakat yang menjadi target populasi dalam pelayanan kesehatan tersebut.

Ketersediaan Sarana dan Prasarana

Berdasarkan hasil *bottleneck* analisis terdapat hambatan dalam ketersediaan sarana dan prasarana, yaitu tidak terdapatnya regulasi atau kebijakan tertulis internal Puskesmas terkait PIS-PK, pada pelaksanaannya PIS-PK di Puskesmas berpedoman pada Permenkes

No 39 tahun 2016 dan SOP yang ada di Puskesmas, hambatan lainnya adalah keterbatasan alat kesehatan yang digunakan dalam pelaksanaan kunjungan rumah untuk PIS-PK dan keterbatasan anggaran yang pada tahun 2020 di potong 50% karena adanya pandemi Covid-19 dan bahkan saat ini tahun 2021 sampai bulan Mei juga belum keluar anggaran untuk PIS-PK jadi Puskesmas belum bisa berkegiatan. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Agustina, Trisnantoro and Handono (2019) yang menyatakan hambatan dalam pelaksanaan PIS-PK adalah belum didukung dengan regulasi dan sejalan dengan penelitian dari Ramadhani yang menyatakan masih kurangnya sarana dan prasarana dalam mendukung implementasi PIS-PK (Agustina, Trisnantoro and Handono, 2019). Hambatan terjadi juga dari segi anggaran, dimana anggaran yang digunakan dalam implementasi PIS-PK di Puskesmas Kediri III adalah murni dari BOK, namun belum ada kepastian jumlah anggaran sampai saat ini sehingga tidak bisa berkegiatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2019) dalam penelitian tersebut dinyatakan bahwa adanya keterlambatan pencairan anggaran sehingga terjadi keterlambatan dalam pelaksanaan PIS-PK (Dewi, 2019), serta sejalan dengan penelitian dari Novianti *et al.* (2020) yang menyatakan alokasi pendanaan untuk PIS-PK yang masih kurang. Sarana dan prasarana penting diperhatikan kecukupannya dalam mencapai tujuan dari sebuah program (Novianti *et al.*, 2020).

Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang bertindak sebagai pelaksana program PIS-PK di Puskesmas Kediri III berjumlah 30 orang namun hanya 4 orang yang sudah pelatihan terkait PIS-PK. Sejalan dengan penelitian dari Novianti *et al.* (2020) yang menyatakan dalam

pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas yang masih menggunakan SDM sukarela atau kader yang belum belum mendapatkan pelatihan PIS-PK (Novianti *et al.*, 2020). Hambatan dari sisi SDM juga terkait dengan tidak semua SDM menguasai teknologi sehingga mengalami kesulitan dalam input hasil wawancara atau laporan ke aplikasi PIS-PK serta beban kerja pemegang program PIS-PK yang masih memegang program lainnya dan juga masih berkewajiban untuk memberikan pelayanan di Puskesmas. Pekerja dengan beban kerja berlebih akan dapat mengurangi kualitas dari hasil kerja dan memungkinkan terjadi inefisiensi waktu kerja (Chomaerah, 2019).

Akses

Akses ditinjau dari besaran capaian pada jumlah keluarga yang dikunjungi dibandingkan dengan jumlah sasaran. Dari hasil penelitian dinyatakan bahwa pada tahun 2020 target sasaran ada 500 KK tetapi yang terealisasi hanya 100 KK, berkaitan dengan adanya pandemi Covid-19 yang menyebabkan Puskesmas terkendala turun ke masyarakat untuk melaksanakan program PIS-PK.

Penggunaan Awal

Penggunaan awal PIS-PK yang ditinjau dari capaian 12 indikator PIS-PK. Hasil *bottleneck* analisis menunjukkan adanya sumbatan atau hambatan terutama pada indikator penderita tuberculosis paru yang mendapat pengobatan sesuai standar, penderita hipertensi yang melakukan pengobatan teratur dan jumlah anggota keluarga yang tidak merokok. Informasi yang didapat dari informan mengatakan salah satu yang menjadi penyebab adalah hambatan di website PIS-PK dimana data yang diinput tidak terupdate disistem sehingga nilai capaian tidak mengalami perubahan, terkadang ada kejadian dimana orang yang sudah tidak pengobatan TB atau sudah sembuh data disistem tetap TB. Rendahnya capaian

indikator PIS-PK menandakan masih perlunya intervensi lanjutan berkaitan untuk meningkatkan capaian dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Penggunaan Keberlanjutan

Penggunaan keberlanjutan ditinjau dari penggunaan layanan secara terus menerus, memastikan keberlanjutan dari program PIS-PK. Keterlibatan masyarakat dalam implementasi PIS-PK dalam hal ini di Puskesmas Kediri III ada kader yang terlibat dalam pelaksanaan PIS-PK. Masyarakat lainnya juga memberikan respon yang positif terhadap pelaksanaan PIS-PK terlihat dari tidak ada keluarga yang menolak untuk dilakukan kunjungan baik untuk pendataan maupun intervensi lanjutan, hanya saja terkadang waktu kunjungan yang tidak tepat sehingga tidak bertemu dengan anggota keluarga yang dikunjungi, sehingga harus membuat janji ulang untuk kunjungan. Namun untuk anggaran belum ada dari dana Desa, sesuai informasi dari informan pada faktor anggaran yang menyatakan bahwa anggaran hanya berasal dari BOK.

Kualitas

Kualitas yang ditinjau berdasarkan capaian IKS Puskesmas Kediri III menunjukkan bahwa wilayah kerja Puskesmas Kediri III masih tergolong keluarga tidak sehat dengan IKS 0,44. Hal ini berkaitan dengan faktor penghambat yang terdapat dari segi *supply* maupun *demand* yang lainnya, seperti terbatasnya sarana dan prasarana, kendala anggaran, SDM yang belum mendapat pelatihan serta SDM tidak menguasai teknologi.

Analisis *Bottleneck* dengan Tanahashi Model

Berdasarkan analisis hambatan atau bottleneck dengan Tanahashi model ditemukan masih adanya hambatan baik itu dari segi *supply* maupun *demand*. Dari

segi supply masih adanya keterbatasan sarana dan prasarana dari belum adanya kebijakan internal Puskesmas terkait PIS-PK, peralatan dan juga anggaran untuk implementasi PIS-PK. Dari segi demand masih rendahnya capaian indikator PIS-PK terutama pada indikator pengobatan TB, pengobatan Hipertensi dan juga anggota keluarga yang tidak merokok. Dari segi capaian IKS juga masih terlihat ada hambatan terkait capaian IKS yang masih tergolong keluarga tidak sehat.

Faktor Pendukung implementasi PIS-PK di Puskesmas Kediri III

Faktor pendukung dalam pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Kediri III antara lain adanya dukungan dari stakeholder setempat dan juga kondisi geografis dari wilayah kerja Puskesmas yang merupakan daerah dataran rendah dan semua dapat dijangkau menggunakan kendaraan roda dua maupun roda empat sehingga memudahkan untuk melaksanakan kunjungan rumah.

Strategi untuk Mengatasi Hambatan Impementasi PIS-PK di Puskesmas Kediri III

Sesuai pernyataan dari informan bahwa untuk mengatasi hambatan yang ada dalam implementasi PIS-PK di Puskesmas Kediri III adalah dengan adanya kerjasama serta komunikasi yang baik antara Puskesmas dengan stakeholder seperti kepala Desa setempat dan juga Kepala Wilayahnya, serta yang penting adalah koordinasi yang baik dengan Dinas Kesehatannya. Harus ada kejelasan dan kecukupan mengenai anggaran program sehingga Puskesmas dapat melaksanakan program dengan baik dan mencapai tujuan yang ditetapkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pada hasil penelitian mengenai implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan keluarga di Puskesmas Kediri III pada

Masa Covid-19, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Dalam implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas Kediri III sudah berjalan namun masih terdapat hambatan sehingga capaian program belum maksimal
2. Hambatan dari segi supply antara lain dari sarana dan prasarana belum adanya kebijakan internal Puskesmas terkait implementasi PIS-PK di Puskesmas, masih terbatasnya sarana dan prasarana seperti alat kesehatan dan anggaran untuk PIS-PK, dari sisi SDM masih belum semua SDM mendapat pelatihan terkait PIS-PK, beban kerja yang berat serta masih adanya SDM yang tidak menguasai teknologi. Dari segi akses masih rendahnya capaian kunjungan rumah berkaitan dengan adanya pandemi Covid-19.
3. Hambatan dari segi demand berdasarkan kualitas layanan capaian 12 indikator PIS-PK yang belum maksimal, hal ini juga berkaitan dengan adanya hambatan pada sarana dan prasarana, SDM dan akses karena adanya Covid-19.
4. Faktor pendukung implementasi PIS-PK di Puskesmas Kediri III adalah dukungan dari stakeholder atau kepala wialyah setempat serta letak geografis dari wilayah kerja Puskesmas yang semuanya masih dapat dijangakau dengan kendaraan roda dua maupun roda tiga
5. Strategi yang dapat digunakan untuk mengatasi hambatan tersebut adalah dengan membina kerjasama dan komunikasi yang baik dengan stakeholder, lintas sektor maupun dengan Dinas Kesehatan. Serta adanya kejelasan dan kecukupan untuk anggaran pelaksanaan program PIS-PK

Diharapkan Dinas Kesehatan dapat melakukan koordinasi serta komunikasi

yang baik dengan Puskesmas sebagai pelaksana PIS-PK. Adanya kejelasan tentang jumlah anggaran pelaksanaan PIS-PK sehingga Puskesmas dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang sudah ditetapkan secara maksimal. Melaksanakan pelatihan secara berkala untuk pemegang program PIS-PK. Puskesmas sebaiknya menyusun kebijakan internal terkait implementasi PIS-PK sehingga dapat menunjang tercapainya tujuan serta menjalin kerjasama dengan desa dalam penyediaan anggaran untuk program PIS-PK yang dialokasikan dari dana Desa.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, S., Trisnantoro, L. And Handono, D. (2019) 'Implementasi PIS PK Menggunakan Tenaga Kontrak Di Kabupaten Kulonprogo', 08(03), Pp. 104–112.
- Chomaerah, S. (2019) 'Program Pencegahan Dan Penanggulangan Tuberkulosis Di Puskesmas', *Higeia Journal Of Public Health Research And Development*, 4(3), Pp. 398–410.
- Dasuciana (2020) 'Perkembangan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) Sampai Bulan Juli 2020'.
- Dewi, S. R. (2019) 'Analisis Pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen Tahun 2018'.
- Dinas Kesehatan Kab. Tabanan (2020) 'Impementasi PIS-PK Tahun 2020'.
- Indrayathi, Putu Ayu, Mellysa Kowara, I Gusti Ngruh Edi Putra, N. P. *Et Al.* (2017) *Perencanaan Berbasis Bukti (PBB) Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (10 Lmkm) Di Provinsi Jawa Timur*. Center For Public Health Innovation, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana (CPhi FK UNUD), Global Alliance For Improved Nutrition (GAIN) Indonesia, Literasi Nusantara.
- Kementerian Kesehatan RI (2016) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga', (June).
- Kementerian Kesehatan RI (2017) 'Modul Pelatihan Keluarga Sehat'. Jakarta: Pusat SDM Badan PPSDMK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2019) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat'.
- Kementerian Kesehatan Ri (2020a) *Buku Panduan pelaksanaan Pis-Pk Masa Pandemi Covid-19 Serta Adaptasi Kebiasaan Baru*.
- Kementerian Kesehatan Ri (2020b) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024'.
- Novianti, N. *Et Al.* (2020) 'Evaluasi Pelaksanaan Pis-Pk Di Puskesmas Kabupaten Labuan Batu, Provinsi Sumatera Utara Dan Kota Semarang, Provinsi Jawa Tengah', *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 19(1), Pp. 59–75. Doi: 10.22435/Jek.V19i1.2633.
- Pujosiswanto, K. H., Palutturi, S. And Ishak, H. (2020) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk) Di Puskesmas Kabupaten Polewali Mandar Factors That Affect The

Implementation Of Healthy
Indonesia Program Through
Family Approach (Pis-Pk) In
Hea', *Jurnal Kesehatan
Masyarakat Maritim*, 3(1), Pp.
123-135.