

EVALUASI IMPLEMENTASI KUNJUNGAN RUMAH PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA DI KOTA TANGERANG SELATAN

Rima Prihatni^{1*}, Sutanto Priyo Hastono²

¹Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

²Departemen Biostatistika dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

*Penulis Korespondensi: Rima Prihatni, Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Email: rimaprihatni@gmail.com

ABSTRAK

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyebab kematian tertinggi di dunia, termasuk di Indonesia. Untuk mencegah peningkatan PTM, Kementerian Kesehatan mencanangkan Program Indonesia Sehat-Pendekatan Keluarga (PIS-PK) guna memastikan basis data kesehatan yang valid. Kota Tangerang Selatan, sebuah daerah urban di Banten, memiliki kunjungan PIS-PK yang rendah. Penelitian ini bertujuan mengkaji implementasi kunjungan rumah PIS-PK di Puskesmas wilayah Kota Tangerang Selatan untuk mengidentifikasi hambatan dan tantangan dalam pengembangan layanan Puskesmas. Puskesmas X dipilih karena capaian kunjungan PIS-PK yang rendah. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain Rapid Assessment Procedure (RAP). Wawancara mendalam dilakukan terhadap koordinator PIS-PK Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan, Kepala Puskesmas X, serta staf puskesmas termasuk penanggung jawab PIS-PK dan petugas lapangan. Implementasi kunjungan rumah PIS-PK di Puskesmas X belum optimal, sehingga target tidak tercapai. Beberapa kendala yang ditemukan meliputi: komunikasi berjenjang dari Dinas Kesehatan ke Puskesmas yang belum optimal, kurangnya waktu khusus untuk sosialisasi program, serta masyarakat yang tidak bersedia dikunjungi. Konsistensi data juga masih kurang karena informasi yang diterima dari berbagai sumber berbeda. Sumber daya manusia dengan keterampilan penginputan data dan pelatihan kunjungan rumah juga masih kurang. Meskipun pedoman PIS-PK ada, sosialisasinya belum rutin, sehingga pelaksanaan belum sesuai SOP. Namun, fasilitas untuk implementasi kunjungan rumah sudah mencukupi. Pelaksanaan PIS-PK di Kota Tangerang Selatan telah berjalan sesuai arahan Kementerian Kesehatan namun menghadapi berbagai kendala. Diperlukan perbaikan komunikasi, peningkatan sosialisasi dan pelatihan rutin, serta penambahan sumber daya manusia terampil untuk mengoptimalkan program ini.

Kata kunci: Kunjungan Rumah, PIS-PK, Program PIS-PK, Puskesmas.

ABSTRACT

Non-Communicable Diseases (NCDs) are the leading cause of death worldwide, including in Indonesia. To address this, the Ministry of Health launched the Healthy Indonesia Program-Family Approach (PIS-PK) to ensure a valid health database. South Tangerang City, an urban area in Banten, has low PIS-PK visit rates. This study aims to evaluate the implementation of PIS-PK home visits in South Tangerang City's health centers to identify barriers and challenges, and provide recommendations for service development. Health Center X was chosen due to its low PIS-PK visit achievements. A qualitative approach with the Rapid Assessment Procedure (RAP) design was used. In-depth interviews were conducted with the PIS-PK coordinator from the South Tangerang City Health Office, the Head of Health Center X, and health center staff, including PIS-PK officers and field workers. The implementation of PIS-PK home visits at Health Center X has been suboptimal, resulting in unmet targets. Identified barriers include hierarchical communication from the Health Office to the health centers, lack of dedicated time for program socialization, and community members' reluctance to be visited. Data consistency issues arise from differing information sources. There is a shortage of skilled personnel for data entry and inadequate training for home visits. Although PIS-PK guidelines exist, routine socialization has not been conducted, leading to non-compliance with SOPs. However, the facilities for home visits are adequate. The PIS-PK implementation in South Tangerang City follows the Ministry of Health's directives but faces significant challenges. Improvements in communication, increased socialization and regular training, and additional skilled personnel are required to optimize the program.

Keywords: Home Visit, PIS-PK, PIS-PK Program, Puskesmas

PENDAHULUAN

Indonesia sehat merupakan salah satu program dari agenda Nawacita yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Program ini diturunkan menjadi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) oleh Kementerian Kesehatan yang ditindaklanjuti menjadi beberapa kebijakan diantaranya pendekatan paradigma sehat yang akan mengutamakan kegiatan-kegiatan promotif preventif termasuk kegiatan proaktif untuk menjangkau masyarakat melalui pendekatan keluarga. Pada RPJMN juga terdapat target Puskesmas di Indonesia harus melaksanakan kegiatan PIS-PK 100 %. (Kemenkes RI, 2016). Melalui PIS-PK, Puskesmas memantau kesehatan keluarga di wilayah kerjanya dan melakukan intervensi masalah kesehatan secara terintegrasi lintas program. Puskesmas bisa memanfaatkan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga (*Family Folder*) ini untuk intervensi masalah kesehatan yang ditemukan di lapangan. (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Indonesia, Indeks Keluarga Sehat (IKS) hingga bulan Oktober 2022 persentase capaian IKS di Indonesia 0,27% dan IKS Provinsi Banten 0,226 yang artinya Indonesia masih dalam kondisi yang tidak sehat. Nilai IKS merupakan akumulasi dari 12 indikator PIS-PK dan dikategorikan menjadi 3 kelompok, yaitu keluarga sehat bila nilai IKS > 0.8, keluarga pra sehat bila nilai IKS 0.5-0.8 dan keluarga tidak sehat bila nilai IKS < 0.5. (Kemenkes RI, 2017). Penelitian sebelumnya menunjukkan beberapa faktor yang dapat menyebabkan capaian IKS yang masih rendah. Capaian IKS sangat dipengaruhi oleh dukungan pemerintah, tersedianya sarana prasarana, dukungan masyarakat, sumber daya tenaga kesehatan, monitoring dan evaluasi. Faktor dominan yang paling

berpengaruh yaitu dukungan pemerintah dan organisasi. (Darmansyah, 2021)

Sebagai wujud dukungan pemerintah dalam pelaksanaan kegiatan PIS-PK beberapa kegiatan perlu dilakukan seperti kerjasama lintas sektor guna pemerataan sosialisasi PIS-PK, koordinasi dan menjalin komunikasi yang baik antar petugas. Selain itu, pembentukan pengorganisasian internal oleh pihak puskesmas yang memberikan tanggung jawab pada masing-masing petugas sehingga mengarahkan pelaksanaan PIS-PK sesuai dengan rencana yang sudah dijadwalkan, serta melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin (Hartono B et al., 2020). Penelitian lainnya di Puskesmas Palambuan menyimpulkan bahwa masih rendahnya sosialisasi yang dilakukan oleh petugas puskesmas kepada masyarakat menyebabkan rendahnya IKS (Lisnawati, 2019).

Salah satu wilayah yang masih memiliki angka kunjungan rumah yang rendah adalah Kota Tangerang Selatan. Pelaksanaan PIS-PK di Kota Tangerang Selatan dimulai pada tahun 2017 namun kunjungan rumah sempat mengalami perlambatan pada masa pandemi, Berdasarkan data yang diambil dari Aplikasi Keluarga Sehat Kemenkes RI dan laporan bulanan Puskesmas Se Wilayah Kota Tangerang Selatan Tahun 2021, didapatkan total kunjungan rumah sebesar 54,99 % dan total data kunjungan rumah yang diinput sebesar 45,25 %, sedangkan pada tahun 2022 didapatkan total kunjungan rumah sebesar 62,89 % dan total kunjungan rumah yang diinput sebesar 51,24 %. (Dinkes Tangerang Selatan, 2022).

Puskesmas X adalah salah satu puskesmas di Kota Tangerang Selatan yang memiliki kunjungan keluarga yang masih rendah yaitu sebesar 7517 KK (40,11%) dari target 100 % terhadap sasaran 18740 KK di wilayahnya (Dinas Kesehatan Tangerang Selatan, 2023). Kunjungan rumah PIS-PK merupakan salah satu komponen yang sangat penting

dalam percepatan capaian IKS Kota Tangerang Selatan juga merupakan langkah awal untuk memastikan basis data kesehatan yang valid dan total coverage agar proses peningkatan status kesehatan dapat dipantau dan diharapkan meningkat. Berdasarkan data tersebut diatas, diperlukan evaluasi implementasi kunjungan rumah PIS-PK Puskesmas X Kota Tangerang Selatan untuk mengetahui hambatan dan tantangan dalam pelaksanaan PIS-PK sehingga bisa menjadi masukan dan referensi dalam pengembangan pelayanan Puskesmas di Kota Tangerang Selatan.

METODE PENELITIAN

a. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain *Rapid Assessment Procedure* (RAP) (Scrimshaw & Hurtado, 1989). Desain ini dipilih untuk memberikan gambaran yang menyeluruh terkait implementasi Kunjungan Rumah Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas X Kota Tangerang Selatan. Teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi wawancara mendalam dan observasi dokumen untuk menggali informasi terkait implementasi kunjungan rumah PIS-PK.

b. Pemilihan Subyek Penelitian

Informan dalam penelitian ini dipilih melalui teknik *purposive sampling*, dengan total 5 informan yang terdiri dari:

- Kepala Puskesmas X
- Penanggung jawab PIS-PK
- Koordinator Tim Pembina Keluarga
- Perwakilan keluarga yang dikunjungi dari wilayah kerja Puskesmas X

Penelitian dilakukan pada Mei - Juni 2023 di Puskesmas X.

c. Metode Pengumpulan Data

Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi terkait pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK di Puskesmas X Kota Tangerang Selatan. Instrumen yang digunakan dalam

pengumpulan data meliputi pedoman wawancara yang berisi daftar pertanyaan dan pedoman observasi. Alat bantu yang digunakan termasuk buku catatan, alat perekam, dan alat tulis.

d. Uji Validitas dan Reliabilitas Data

Validitas data diuji melalui triangulasi sumber dan metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara dari berbagai informan, sementara triangulasi metode dilakukan dengan mengumpulkan data melalui wawancara dan observasi. Reliabilitas data diuji dengan membandingkan transkrip wawancara dengan rekaman audio untuk memastikan konsistensi hasil.

e. Analisis Data

1. Pengolahan Data

- a) Transkripsi: Hasil wawancara ditranskrip secara verbatim, termasuk catatan lapangan tentang bahasa tubuh dan ekspresi.
- b) Pengkodean: Jawaban diurutkan dan diberi kode berdasarkan topik, memudahkan analisis.
- c) Pembuatan Matriks: Jawaban yang telah diberi kode diorganisasi ke dalam matriks untuk mengidentifikasi tema utama.

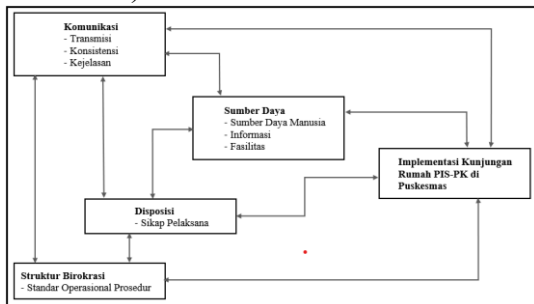
2. Proses Analisis Data

- a) Expanded Field Notes: Transkripsi segera dilakukan setelah wawancara untuk menangkap detail non-verbal.
- b) Reading: Data dibaca berulang kali untuk pemahaman mendalam dan identifikasi pola.
- c) Coding: Data dikategorisasi dan diberi kode untuk mengidentifikasi pola yang terbentuk.
- d) Displaying: Informasi ditampilkan untuk menginventarisasi ide, variasi, dan perbedaan individu atau subkelompok.
- e) Reduksi: Informasi disaring untuk memperjelas konsep penting dan hubungan.

- f) Interpretasi: Data diinterpretasi untuk mengkomunikasikan ide pokok penelitian, dan kesimpulan diambil dari hasil analisis untuk memeriksa hipotesis.

f. Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian ini mengacu pada model implementasi kebijakan George C. Edward III. Aspek yang akan diteliti meliputi komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur organisasi. (lihat Gambar 1).



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian Implementasi Kebijakan (C. Edwards, 1980)

HASIL

a. Implementasi kunjungan PIS-PK

Puskesmas X memiliki jumlah penduduk sebanyak 60,816 jiwa Jumlah Kepala Keluarga (KK), 18.740, KK Jumlah Laki-laki 30, 496 dan jumlah Perempuan sebanyak 30,320. Jumlah seluruh karyawan puskesmas adalah 45 orang terdiri dari 15 PNS, 30 orang staf non PNS (Profil Puskesmas X, 2022). Implementasi kunjungan rumah PIS-PK Puskesmas X belum sepenuhnya berjalan optimal.

“Cakupan capaian kunjungan rumah, dari 15.000 KK baru kurang lebih 9000 KK kita kunjungi, di tahun 2023 ini belum jalan lagi.., masih ada 6000 lagi KK yang belum dikunjungi, jadi belum mencapai target untuk kunjungan rumah” (P3).

Beberapa kendala yang disampaikan oleh petugas ketika melakukan kunjungan yaitu terkait dengan pendataan, minimnya koordinasi dengan pihak RT dan RW setempat menjadikan banyak warga tidak berkenan memberikan dokumen kartu keluarga.

b. Komunikasi dan Transmisi

Proses transmisi dilakukan oleh dinas kesehatan kepada puskesmas dengan melakukan evaluasi yang dihadiri oleh kepala puskesmas maupun PJ PIS-PK Puskesmas. Evaluasi ini dilakukan oleh dinas kesehatan setiap tiga bulan sekali. Sosialisasi dilakukan di awal program oleh kepala puskesmas melalui kelurahan dengan melibatkan RT, RW dan juga kader puskesmas. Namun proses transmisi di internal puskesmas belum berjalan secara optimal. Menurut penjelasan narasumber, sosialisasi di internal puskesmas dilakukan hanya ketika ada petugas lain yang akan turut serta dalam kunjungan rumah. Namun, sampai dengan saat ini partisipasi dari petugas lain masih sangat rendah.

“Saya inginnya dinkes datang ke Puskesmas untuk sosialisasi ke staff Puskesmas, ingin semua mengetahui tentang PIS-PK. Dinkes sering memberikan sosialisai tentang pemahaman PIS-PK namun hanya ke bagian PJ PIS-PK tidak kepada semua petugas di Puskesmas.”(P3).

petugas lapangan masih merasa kebingungan dengan tindak lanjut yang harus dilakukan karena sosialisasi dilakukan hanya di awal. Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat ketidak jelasan dalam pemahaman terkait dengan implementasi kunjungan rumah PIS-PK.

“Kami selalu memberikan pemahaman kepada petugas PIS-PK di Puskesmas terkait Capaian 12 indikator, penyuluhan/KIE, dan pemeriksaan kesehatan. Dan juga memberitahu tujuan dari program PIS- PK.” (P1).

c. Konsistensi Data

Perintah yang disampaikan secara berjenjang dari Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan sebagai cara penyampaian informasi terkait kebijakan program PIS-PK sudah berjalan secara berkesinambungan baik dalam kegiatan rutin seperti sosialisasi terkait PIS-PK

oleh Dinas Kesehatan, maupun berupa kegiatan penguatan terkait PIS-PK di tingkat puskesmas. Namun konsistensi terkait informasi yang disampaikan belum sepenuhnya baik, saat wawancara dengan informan disebutkan bahwa isi informasi yang disampaikan disesuaikan dengan permasalahan yang ada, hal ini memungkinkan penyampaian informasi yang berubah-ubah.

“Setiap dilakukannya evaluasi capaian kami dinkes selalu mengingatkan terkait poin-poin kunjungan PIS-PK, namun tetap terjadi masalah data yang tidak sesuai.”(P1)

d. Kejelasan Sumber Daya Pelaksanan Program

Berdasarkan hasil wawancara, sumber daya manusia yang terlibat dalam pelaksanaan kunjungan rumah terdiri dari 2 (dua) orang tenaga perawat. Dalam pelaksanaannya petugas dibantu oleh kader untuk melakukan kunjungan rumah. Adanya partisipasi aktif kader sangat membantu petugas dalam melakukan kunjungan ke setiap rumah. SDM petugas puskesmas yang turun lapangan untuk melakukan kunjungan rumah hanya berjumlah 2 orang dengan target kunjungan 10 rumah per hari kunjungan. Jumlah SDM saat ini meskipun tim kunjungan PIS-PK sudah ada tugas masing-masing yang melakukan kunjungan lapangan, mereka merasa perlu ada SDM tambahan, seperti petugas admin untuk membantu

Sementara itu, sarana prasarana yang diperlukan berupa alat transportasi, alat kesehatan seperti tensimeter, alat cek gula darah, kolesterol, asam urat, dan obat-obatan yang dibawa pada saat melakukan kunjungan rumah. Dalam hal ini, Puskesmas memiliki fasilitas yang cukup lengkap dengan kategori kelayakan baik sehingga mampu mendukung implementasi kunjungan rumah PIS-PK. Berdasarkan hasil wawancara, beberapa alat yang belum tersedia seperti set

pembedahan minor,. Dari hasil observasi, petugas mengendarai kendaraan roda dua untuk kegiatan kunjungan rumah termasuk PIS PK. Petugas juga membahwa tas yang berisi alat- alat pemeriksaan seperti tensimeter, diagnostic set. Adapun alat yang tidak ada adalah minor set, dan media edukasi ke keluarga.

“Sarana prasarana sudah banyak yang kami berikan untuk menunjang program PIS-PK, baik motor 2 buah, rompi, PHN Kit, Tas. Dinkes sudah cukup sering melakukan pengajuan anggaran untuk menunjang sarana prasarana program PIS-PK, hingga saat ini saraprasana untuk PIS-PK sudah cukup, sejauh ini tidak ada kendala yang dihadapi.”(P1)

“Ada ASPAK kalau ada yang rusak dilaporkan, jadi kondisinya masih baik.” (P2)

e. Struktur Birokrasi

Ketersediaan Standar Operasional Prosedur atau SOP dalam pelaksanaan kunjungan rumah PIS PK sangat membantu implementasi kunjungan rumah PIS-PK. Adanya SOP menandakan bahwa organisasi mampu melakukan perencanaan terkait dengan prosedur pelaksanaan. Dalam implementasi kunjungan rumah PIS-PK di Puskesmas X petugas memiliki pedoman dalam bentuk SOP pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK. SOP ini masih efektif digunakan hanya saja menurut beberapa informan belum sepenuhnya diimplementasikan.

“Puskesmas sudah memiliki SOP dalam pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK dan selama ini SOP tersebut sudah berjalan dengan efektif saat turun kelapangan seperti kesiapan alat-alat dan menanyakan 12 indikator kesehatan”(P3)

Dari hasil observasi di lapangan, petugas lapangan masih melewatkan poin - poin yang ada dalam SOP. Petugas lapangan hanya mewawancarai yang sakit saja, namun tidak melihat jamban dan sarana air bersih yang seharusnya

ditanyakan sesuai form kesga. SOP ini terdokumentasikan dengan baik di bagian arsip puskesmas dan arsip PJ PISPK di puskesmas X.

PEMBAHASAN

Implementasi kunjungan rumah PIS-PK di Kota Tangerang Selatan khususnya di UPT Puskesmas X belum mencapai target. Hal ini dapat dilihat dari capaian sebesar 42% sementara target dari Kemenkes sendiri diharapkan dapat tercapai 100%. Hal ini juga diperkuat dengan penjelasan dari informan bahwa pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK masih belum mencapai target. Hasil penelitian ini sama dengan apa yang ditemukan pada beberapa penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa implementasi PIS-PK masih perlu dioptimalkan. (Dewi, 2021)

Kegiatan pelaksanaan kunjungan rumah yang belum optimal ini bukan berarti tidak dilaksanakan namun memang ada beberapa kendala yang dihadapi. Kendala yang dihadapi berupa proses penginputan data, Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Nia (Nia, 2021) dan (Adawiyah, 2022), dimana proses penginputan data memerlukan keterampilan serta dukungan lintas sektor seperti kelurahan untuk memberikan pengertian kepada warga agar mau dilakukan pendataan. Sejalan dengan temuan (Darmansyah, 2021), dibutuhkan dukungan dan komitmen pengambil kebijakan yakni dinas kesehatan sebagai induk dari puskesmas dan juga kepala puskesmas untuk mempercepat target kunjungan PIS-PK di Puskesmas.

Selain dukungan lintas sectoral, transmisi informasi merupakan salah satu hambatan pelaksanaan PIS-PK. Proses transmisi pada staf puskesmas terjadi saat Dinas Kesehatan mengirimkan undangan sosialisasi rapat melalui bidang pelayanan kesehatan ke setiap Puskesmas. Pertemuan di lakukan untuk mensosialisasikan pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK disamping rapat setiap

bulan untuk mengevaluasi capaian. Pertemuan juga dilakukan untuk mengetahui bagaimana program berjalan dan apa saja hambatan terkait kunjungan rumah PIS-PK. Dalam penyaluran informasi terlihat bahwa penyampaian informasi berlangsung lancar. Hal ini sejalan dengan dengan penelitian (Purwanto & Sulistyastuti, 2017) bahwa adanya kegiatan sosialisasi atau penyampaian informasi dapat memberikan pemahaman kebijakan yang akan diimplementasikan sehingga akan berpartisipasi aktif untuk mewujudkan tujuan kebijakan. Penelitian (Afriana, 2012)lainnya menyimpulkan bahwa beberapa tantangan pelaksanaan program dimana faktor komunikasi yang tidak memadai dan panduan layanan yang tidak jelas berkontribusi terhadap ketidakefektifan dalam pelaksanaan suatu program. Program PIS-PK ini masih memerlukan lebih banyak sosialisasi agar dapat meningkatkan pemahaman bagi setiap staf yang ada di puskesmas maupun bagi masyarakat yang menerima manfaat dari kegiatan PIS-PK ini. (Pujosiswanto KH et al., 2020). Faktor yang kedua yaitu Konsistensi, konsistensi komunikasi bertujuan untuk memberikan pemahaman kepada petugas kesehatan sehingga program dapat berjalan sesuai dengan rencana. Dalam penelitian ini konsistensi komunikasi terlihat ketika sosialisasi dilakukan secara berkala oleh dinas kesehatan kepada penanggungjawab PIS-PK melalui rapat rutin monitoring evaluasi setiap bulannya. Namun, menurut penanggungjawab PIS-PK, sosialisasi ke petugas lapangan belum dilakukan secara berkala. Sementara Afriana di tahun 2012 menyatakan bahwa program akan berjalan efektif apabila perintah pelaksanaan berjalan dengan konsisten. Peraturan dan perintah yang dilakukan berkala akan membuat pelaksana mengerti apa yang mereka kerjakan. Hal ini yang kemungkinan salah satu yang menyebabkan implementasi kunjungan rumah PIS-PK X masih belum

mencapai target. Faktor yang terakhir yaitu faktor kejelasan, dalam penelitian ini kejelasan komunikasi terlihat pada saat dinas kesehatan melakukan sosialisasi kepada setiap puskesmas dan penanggungjawab PIS-PK melakukan sosialisasi internal di puskesmas kepada petugas lapangan dan staf puskesmas. Kejelasan komunikasi ini dapat terlihat berdasarkan petugas lapangan yang mengetahui jelas apa tujuan dari program kunjungan rumah PIS-PK. Namun terjadi perbedaan pendapat antara petugas lapangan 1 dan 2 yang menyatakan penjelasan mengenai program kunjungan rumah PIS-PK ini hanya dilakukan di awal saja sehingga terkadang membuat petugas kebingungan dalam pelaksanaannya. Seperti halnya penelitian oleh (Adinda, 2013), menyatakan bahwa kejelasan komunikasi merupakan hal yang sangat penting karena dapat menyebabkan kebingungan dari pihak penerima informasi. Ketidaktejelasan dalam proses komunikasi inilah yang kemungkinan menyebabkan sebuah program tidak berjalan optimal sehingga menghambat tujuan dari program itu sendiri.

Sumber daya memegang peranan penting dalam implementasi program. Sumber Daya terdiri dari Sumber Daya Manusia (SDM), fasilitas dan informasi. Pada penelitian ini didapati perbedaan pendapat antara dinas kesehatan dengan kepala puskesmas, penanggungjawab PIS-PK dan petugas lapangan. Beberapa informan menyatakan bahwa SDM masih kurang khususnya di bagian input data dan menurut petugas lapangan, adanya petugas yang juga merangkap program lain.

Pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK dapat berjalan dengan optimal jika dilengkapi dengan fasilitas yang cukup. (Adawiyah, 2022). Fasilitas, pelaksanaan implementasi PIS-PK di Puskesmas X telah lengkap sehingga tidak ada kendala saat melakukan kunjungan rumah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Wardani, 2019), sarana dan prasarana adalah hal

yang penting dalam pelaksanaan program. Serta penelitian (Meiriza, 2022) adanya sarana dan prasarana yang mendukung kegiatan PIS-PK yang merupakan salah satu kunci keberhasilan suatu program.. Semua kegiatan membutuhkan informasi yang tepat supaya arah kegiatan ini dapat dikendalikan dengan baik sesuai dengan tujuan dan pengelolaan kegiatan.

Salah seorang informan menyimpulkan bahwa beban kerja petugas menyebabkan kesulitan dalam melaksanakan inoformasi. Sosialisasi pedoman PIS-PK terhadap petugas lapangan belum rutin dilakukan. Hal senada dikatakan oleh informan P4 dan informan P5 belum adanya sosialisasi mengenai pedoman PIS-PK. Menurut (Pujosiswanto KH et al., 2020) dalam penelitiannya program PIS-PK ini masih memerlukan lebih banyak sosialisasi agar dapat meningkatkan pemahaman bagi setiap staf yang ada di puskesmas maupun bagi masyarakat yang menerima manfaat dari kegiatan PIS-PK ini.

SIMPULAN dan SARAN

Simpulan

Dari hasil penelitian ini dapat diambil kesimpulan bahwa implementasi kunjungan rumah PIS-PK di Puskesmas X Kota Tangerang Selatan belum terealisasi secara maksimal sehingga capaian target tidak tercapai. Capaian kunjungan rumah PIS-PK hanya mencapai 42% dari target 100%. Beberapa masalah ditemukan antara lain adalah Transmisi informasi sudah berjalan namun belum optimal karena penanggung jawab program PIS-PK belum menyediakan waktu khusus untuk sosialisasi program kunjungan rumah PIS-PK. Dari segi kejelasan dan konsistensi, masih kurang baik karena informasi yang diterima dari berbagai informan berbeda. Sementara itu, sumber daya manusia masih belum mencukupi dari segi kuantitas dan kualitas khususnya pegawai dengan keterampilan penginput data serta dibutuhkan pelatihan untuk pelaksanaan kunjungan rumah bagi

petugas lapangan. Fasilitas saat implementasi kunjungan rumah PIS-PK sudah mencukupi.

Saran

Beberapa saran untuk kelancaran proses evaluasi yaitu dengan melakukan sosialisasi dan evaluasi PIS-PK secara berkesinambungan dan terencana di tingkat puskesmas baik dari segi perencanaan. Penggunaan pedoman pelaksanaan kegiatan, penjadwalan petugas, penggalangan komitmen dilakukan oleh semua staf puskesmas. Sehingga semua pegawai memahami visi misi bersama.

Saran berikutnya adalah memberikan *reward* and *punishment* sehingga dapat memacu staf melakukan yang terbaik dalam rangka percepatan capaian PIS-PK. *Transfer of knowledge* juga diperlukan untuk mengevaluasi program, misalnya kunjungan rumah bisa dengan mengundang narasumber dari Dinkes maupun Kemenkes, atau petugas lapangan,

DAFTAR PUSTAKA

- Adawiyah, R. (2022). Faktor Penghambat dalam Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas. *Journal Scientific of Mandalika*, 3(6), 634–639.
- Adinda, B. (2013). *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Program Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) oleh Pemerintah Depok*. Universitas Indonesia.
- Afriana, D. (2012). *Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Program Nasional KTP Elektronik (E-KTP) di Kelurahan Anco Kecamatan Pademangan Jakarta Utara (Periode Agustus 2011-Maret 2012)*. Universitas Indonesia.
- C. Edwards, G. (1980). *Implementing Public Policy* (2nd ed.). Congressional Quarterly Press.
- Darmansyah. (2021). Analisis Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada Puskesmas di Kabupaten Nagan Raya. *SAGO: Gizi Dan Kesehatan*, 3(1), 85–94.
- Dewi, R. Q. (2021). *Analisis Implementasi Kebijakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Kota Mataram Provinsi NTB Tahun 2020*. Universitas Indonesia.
- Hartono B, Setianie N, Suryani I, Amalia A, & Wijaya M. (2020). Literatur Review: Sistem Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas. *Jurnal Ilmiah Avicenna*, 15(3), 158–224.
- Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, Pub. L. No. 39 (2016).
- Kemenkes RI. (2017). *Buku Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Program PIS-PK*.
- Lisnawati. (2019). *Evaluasi Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Wilayah Kerja Puskesmas Pelambuan Tahun 2019*.
- Meiriza, C. (2022). Analisis Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas SAKO. *Health Care*, 11.
- Nia. (2021). Hambatan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas: Literature Review. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 1–7.
- Pujosiswanto KH, Palutturi S, & Ishak H. (2020). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas Kabupaten Polewali Mandar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 3(1), 123–135.
- Purwanto, E., & Sulistyastuti, D. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif untuk*

- administrasi publik dan masalah - masalah sosial* (Kedua). Gava Media.
- Scrimshaw, S. C. M., & Hurtado, E. (1989). *Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care: anthropological approaches to improving programme effectiveness*.
- Wardani, R. (2019). *Implementasi Kebijakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Wilayah Kerja Puskesmas Rantang*. Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.