

**TESIS**

**EVALUASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN  
PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) PADA INDIKATOR  
HIPERTENSI DI KOTA AMBON**

***EVALUATION OF HEALTHY INDONESIA PROGRAMS WITH  
FAMILY APPROACH (PIS-PK) IN HIPERTENSION  
INDICATORS IN AMBON CITY***

JOHAN STEFANUS NORIMARNA  
K012182038



**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

**TESIS**

**EVALUASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN  
PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) PADA INDIKATOR  
HIPERTENSI DI KOTA AMBON**

Disusun dan diajukan oleh :

**JOHAN STEFANUS NORIMARNA**

Nomor Pokok K012182038

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 25 November 2020

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI  
KOMISI PENASEHAT,**



**Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M.Sc**

Ketua



**Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes**

Anggota



Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

**Dr. Masni, Apt., MSPH**

**EVALUASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN  
PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) PADA INDIKATOR  
HIPERTENSI DI KOTA AMBON**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Master

Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**JOHAN STEFANUS NORIMARNA  
K012182038**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **Johan Stefanus Norimarna**  
Nomor Mahasiswa : K012182038  
Konsentrasi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatantersebut.

Makassar, November 2020

Yang menyatakan,

  
Johan Stefanus Norimarna

## PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan, yang senantiasa melimpahkan rahmat dan BerkatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “**Evaluasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Pada Indikator Hipertensi Di Kota Ambon**” dapat terselesaikan dengan baik dan sekaligus merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Dalam proses penyusunan tesis ini berbagai hambatan, kesulitan dan keterbatasan yang dihadapi oleh penulis sejak dari persiapan hingga penyelesaian. Namun atas izin Tuhan yang Maha Esa dan bantuan, bimbingan serta kerjasama dari berbagai pihak akhirnya tesis ini dapat diselesaikan. Dengan penuh rasa hormat dan ucapan terima kasih yang tulus dan sebesar-besarnya kepada: **Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M.Sc**, sebagai Ketua Komisi Penasehat dan **Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes** sebagai Anggota Komisi Penasehat atas bantuan dan bimbingannya yang telah diberikan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Demikian pula kepada **Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH, Prof. Dr. Muh. Asdar, SE, M.Si dan Prof. dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc, Ph.D** selaku tim penguji yang secara aktif telah memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini, penulis ucapkan terimakasih yang sedalam-dalamnya.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed. selaku Dekan FKM Unhas Periode 2018–2022.
2. Bapak **Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes** selaku Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Richard Louhenapessy selaku Walikota Ambon dan drg Wendy.Pelupessy, M.Kes atas ijinnya bagi saya untuk dapat mengikuti kuliah S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Bapak/ibu dosen pengajar Program Pascasarjana universitas Hasanuddin yang telah mendidik dan memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama masa pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Bapak/ibu staf pengelola Program Pascasarjana dan Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, yang selalu membantu penulis selama masa pendidikan.
6. Terima kasih kepada seluruh rekan-rekan mahasiswa S2 Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan kelas Ambon atas segala kekompakan dan kebersamaannya selama masa pendidikan.

Penghargaan dan terima kasih yang tak terhingga kupersembahkan untuk kedua orang tua tercinta, Ayahanda**drs.Abraham.J.S.Norimarn**

**(alm)** dan Ibunda **Ir. Annie Norimarna (almh)** dan kepada Istri tercinta **Adriana Lohy** dan Anak – anakku **Reinaldy Parera, Chika.A.E.Norimarna** dan **Axel.J.S.Norimarna** yang senantiasa memberikan nasehat dan motivasi serta doa restu kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan Magister di Universitas Hasanuddin Makassar.

Dan kepada semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan namanya satu per satu yang telah membantu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis sejak awal penulisan hingga penyelesaiannya, penulis ucapkan terima kasih.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh itu penulis berharap kritikan dan saran dari pembaca. Dan dengan mengharapkan Berkah dari Tuhan Yesus, semoga tesis ini dapat memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Aamiin.

Makassar, November 2020

Penulis

## ABSTRAK

**JOHAN STEFANUS NORIMARNA.** Evaluasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Pada Indikator Hipertensi Di Kota Ambon *(dibimbing oleh **Amran Razak** dan **Muhammad Alwy Arifin**).*

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) mengintegrasikan pelaksanaan program melalui pendekatan 6 komponen utama dalam penguatan sistem kesehatan. Tujuan penelitian untuk mengevaluasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Pada Indikator Hipertensi Di Kota Ambon.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan pada penelitian ini terdiri dari Kepala Puskesmas, pemegang program hipertensi, pelaksana PIS-PK, dan dua tim pelaksana di masing – masing Puskesmas Poka Rumah Tiga dan Puskesmas Tawiri Kota Ambon. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa evaluasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada komponen input (SDM sudah cukup dan terampil, pendanaan yang masih kurang dan sarana prasarana yang masih kurang namun sudah bisa digunakan untuk pelaksanaan PIS-PK), proses (perencanaan dan pengorganisasian sudah dilakukan dengan cukup baik, namun dalam pelaksanaan masih berjalan tidak sesuai dengan rencana, serta proses pengawasan yang dilakukan sudah cukup baik untuk mengevaluasi pelaksanaan PISK-PK). Sehingga output yang dihasilkan dapat diketahui jumlah masyarakat yang menderita hipertensi dan memberikan arahan agar rutin memeriksakan kesehatan dan berobat. Dinas Kesehatan Kota Ambon perlu meningkatkan pemantauan dan pengawasan PIS-PK dengan menentukan jadwal keseluruhan puskesmas terutama Puskesmas Poka Rumah Tiga dan Puskesmas Tawiri. sehingga dapat diketahui permasalahan yang dihadapi oleh puskesmas dan dicari jalan keluarnya serta memotivasi puskesmas untuk menggunakan data hasil pendataan PIS PK dalam perencanaan program.

**Kata Kunci:** Evaluasi, PIS-PK, Hipertensi, Puskesmas



## ABSTRACT

**JOHAN STEFANUS NORIMARNA.** *Evaluation of Healthy Indonesia Program with Family Approach (PIS-PK) on Hypertension Indicators in Ambon City* (Supervisor by **Amran Razak** and **Muhammad Alwy Arifin**)

The Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK) integrates program implementation through a 6 main component approach in strengthening the health system. The research objective was to evaluate the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK) on Hypertension Indicators in Ambon City.

This research is a type of qualitative research with a phenomenological approach. The informants in this study consisted of the Head of the community health center, holders of the hypertension program, PIS-PK implementers, and two implementing teams at Poka Rumah Tiga community health center and community health center Tawiri, Ambon City. Data collection was carried out through in-depth interviews, observation, and document review.

The results showed that the evaluation of the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK) on the input component (adequate and skilled human resources, insufficient funding, and insufficient infrastructure but can be used for the implementation of PIS-PK), process (planning and organizing has been carried out quite well, but the implementation is still not going according to plan, and the supervision process carried out is good enough to evaluate the implementation of PISK-PK). So that the resulting output can be known the number of people suffering from hypertension and provide directions for routine health checks and treatment. The Ambon City Health Office needs to increase the monitoring and supervision of PIS-PK by determining the schedule for all health centers, especially the Poka Rumah Tiga community health center and the Tawiri community health center. so that it can be seen the problems faced by the health center and find a way out and motivate the community health center to use the data from the PIS-PK data collection in program planning.

**Keywords :** Evaluation, PIS-PK, Hypertension, Community Health Center



## DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PENGAJUAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
<i>ABSTRACK</i>	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penulisan	8
2. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum tentang Evaluasi	
1) Definisi Evaluasi	10
2) Tujuan Evaluasi	12
3) Ruang Lingkup Evaluasi	13
B. Tinjauan Umum tentang PIS-PK	

1) Definisi Program Indonesia Sehat	18
2) Sasaran dan pilar pencapaian PIS-PK	21
3) Indikator Keluarga Sehat	28
C. Tinjauan Umum tentang Pusat Kesehatan Masyarakat	
1) Definisi Puskesmas	32
2) Prinsip Penyelenggaraan, Tugas Wewenang dan Fungsi PKM	34
3) Program Pokok Puskesmas	38
4) Asas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas	45
D. Tinjauan Umum tentang Hipertensi	47
E. Sintesa Penelitian	52
F. Kerangka Teori	55
G. Kerangka Konseptual	56
H. Definisi Konseptual	57
3. METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	60
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	60
C. Informan Penelitian	61
D. Eabsahan penelitian	69
E. Pengumpulan Data	70
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN	78

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Sintesa Penelitian	52

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar</b>	<b>Halaman</b>
1. Pentahapan Pelaksanaan Prograam Indonesia Sehat	21
2. Mekanisme interaksi antara Puskesmas-Keluarga-UKBM	25
3. Pendekatan Siklus Hidup untuk Keluagra Sehat	25
4. Prevalensi Hipertensi Berdasarkan Pengukuran Tekanan Darah	51
5. Kerangka Teori	55
6. Kerangka Konseptual	56

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Informed Consent	79
2. Pedoman Wawancara	80
3. Pedoman Wawancara untuk Petugas Pengelola PIS-PK	81
4. Pedoman Wawancara untuk Kepala Puskesmas	83
5. Pedoman Wawancara untuk Petugas Penanggung Jawab Hipertensi	86

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Terdapat empat area prioritas untuk mendukung tercapainya penerapan Indonesia sehat yakni penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi, menurunkan stunting, mencegah penyakit menular HIV-AIDS, tuberculosis, malaria serta mencegah PTM hipertensi, diabetes, obesitas kanker dan gangguan jiwa (Kemenkes, 2017)

Salah satu Program Indonesia Sehat, yang merupakan agenda ke-5 Nawa Cita, adalah meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Program Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama pembangunan kesehatan, yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Program Indonesia Sehat (PIS) dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan (Kemenkes, 2016b).

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) mengintegrasikan pelaksanaan program melalui pendekatan 6 komponen utama dalam penguatan sistem kesehatan (six building blocks), yaitu

penguatan upaya pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, akses terhadap ketersediaan obat esensial, pembiayaan, dan kepemimpinan atau pemerintahan. Pelaksanaan PIS-PK ditekankan pada integrasi pendekatan akses pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, pembiayaan dan prasarana-sarana, termasuk program upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan yang mencakup seluruh keluarga dalam wilayah kerja puskesmas dan memperhatikan manajemen Puskesmas (Kemenkes, 2015b)

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) diselenggarakan dengan target keluarga yang mengintegrasikan antar upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga) secara berkesinambungan. Ketercapaian status keluarga sehat diukur melalui indikator Indeks Keluarga Sehat (IKS) yang terdiri dari akumulasi 12 indikator PIS-PK dengan perhitungan yang didasarkan dari perolehan hasil pendataan Prokesga (Kemenkes, 2016b).

PIS-PK telah dilaksanakan mulai tahun 2016 di 9 Provinsi di 64 kabupaten/kota dari 9 provinsi pada 470 puskesmas prioritas yang jumlah kematian ibu dan bayi baru lahirnya masih tinggi. Kemudian pada tahun 2017 dilaksanakan di 514 kabupaten/ kota dari 34 Provinsi pada 2.926 puskesmas, 5.852 puskesmas di tahun 2018, dan pada tahun 2019 dilaksanakan di seluruh puskesmas Di Indonesia terdapat empat masalah terbesar dari 12

indikator PIS-PK yaitu penderita gangguan jiwa berat diobati dan tidak ditelantarkan (17,08%), penderita hipertensi yang berobat teratur (23,97%), penderita TB paru yang berobat sesuai standar (35,17%), dan anggota keluarga tidak ada yang merokok (44,74%) (Kemenkes RI, 2017).

Adapun tahapan pelaksanaan PIS-PK adalah pelaksanaan pelatihan keluarga sehat dalam mendukung PIS-PK; pelaksanaan persiapan PISPK; pelaksanaan kunjungan keluarga dan intervensi awal PIS-PK; pelaksanaan analisis indeks keluarga sehat (IKS) awal; pelaksanaan intervensi lanjut PISPK; pelaksanaan analisis perubahan IKS (Kemenkes RI, 2017).

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014). Puskesmas bertanggung jawab atas satu wilayah administrasi pemerintahan, yakni kecamatan atau bagian dari kecamatan. Di setiap kecamatan harus terdapat minimal satu Puskesmas. Peran puskesmas dalam PIS-PK ini adalah melakukan perubahan paradigma kearah paradigma sehat, Berdasarkan prinsip paradigma sehat, Puskesmas wajib mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko keshetan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Fauzan 2019).

Untuk mendukung pelaksanaan pendekatan keluarga tersebut perlu ada penguatan puskesmas sebagai salah satu ujung tombaknya. Penguatan tersebut antara lain dilakukan melalui pemenuhan sumber daya puskesmas antara lain sumber daya manusia (SDM), prasarana dan sarana/alat. Dari 2.926 puskesmas yang menjadi target pendekatan keluarga tahun 2017 hanya terdapat 38 % puskesmas yang prasarananya sesuai dengan standar. Sebagai konsekuensinya perlu dilakukan berbagai intervensi agar target pemenuhan standar Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) di puskesmas tersebut sesuai standar.

Jumlah rata-rata persentase kunjungan rumah dalam pelaksanaan PIS-PK tahun 2018 di Indonesia (26,80%). Persentase tertinggi saat ini berada di Provinsi Sulawesi Barat (62,97%). Peringkat terendah berada di Papua (5,96%). Provinsi Sumatera Barat berada pada posisi kedelapan (38,22%). Rata-rata IKS di Indonesia (0,165). Pencapaian IKS tertinggi berada di DKI Jakarta (0,339). Pencapaian IKS terendah berada di Maluku (0,084).

Berdasarkan laporan riset ketenagaan bidang kesehatan diperoleh data jumlah Puskesmas di Indonesia yang telah dilatih PIS-PK sebanyak 3.696 Puskesmas sedangkan yang belum dilatih PIS-PK sebanyak 6.001 Puskesmas, artinya masih banyak Puskesmas yang belum menjalankan PIS-PK secara optimal. Untuk wilayah Maluku, jumlah Puskesmas yang telah dilatih PIS-PK hanya mencapai 12,1% atau 24 Puskesmas dari 198

Puskesmas yang ada di Maluku. Puskesmas sudah dilatih PIS PK yaitu puskesmas yang sudah mengikuti pelatihan PIS-PK yang diselenggarakan oleh Bapelkes nasional, provinsi ataupun daerah pada tahun 2016 ke atas. Hal ini menunjukkan di Maluku untuk pelaksanaan PIS-PK masih belum optimal. Jika dilihat dari status pendataan keluarga sehat wilayah Indonesia tahun 2018, Maluku masuk dalam 5 provinsi yang status pendataan keluarga sehat terendah yaitu hanya 9.748 status.

Berdasarkan data rekapitulasi tingkat Puskesmas terkait indikator PIS-PK menunjukkan bahwa hanya 7,6% keluarga sadar akan kesehatannya, prioritas masalah tingkat kecamatan yakni Hipertensi (12,5%) dan Merokok (32,3%). Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang saat ini masih menjadi masalah di Indonesia. Data Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa sekitar 25,8 persen penduduk Indonesia mengidap hipertensi. Di tahun 2016, Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) menyebut adanya kenaikan persentase penduduk yang mengidap hipertensi menjadi 32,4 persen. Pada tahun 2018 penyakit Hipertensi menduduki peringkat satu dalam daftar 10 diagnosa penyakit tidak menular terbanyak di Indonesia yaitu sebanyak 185.857 kasus (Kemenkes, 2015a)

Berdasarkan data rekapitulasi kasus penyakit tidak menular Dinas Kesehatan Maluku dari tahun 2016 sampai 2018 diperoleh data bahwa penyakit hipertensi merupakan penyakit dengan kasus tertinggi di semua Puskesmas yang ada di Provinsi Maluku. Jumlah kasus hipertensi pada

tahun 2016 sebesar 7.356 kasus, tahun 2017 sebesar 8.013 kasus, dan meningkat pada tahun 2018 sebesar 10.644 kasus. Dalam evaluasi pelaksanaan pendataan keluarga sehat tahun 2018, indikator hipertensi berobat teratur menjadi salah satu indikator yang masih perlu mendapat perhatian. Capaian pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) indikator hipertensi Provinsi Maluku pada tahun 2018 sebesar 44.31% dimana masih jauh dari 100% total coverage. Dari angka tersebut merepresentasikan bahwa penderita hipertensi yang mendapat pengobatan sesuai standar juga belum terpenuhi. Hal ini tentu akan berpengaruh terhadap pencapaian IKS yang secara tidak langsung juga dapat mempengaruhi penilaian kinerja SPM bidang Kesehatan di Provinsi Maluku.

Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mengkaji lebih dalam dengan penelitian yang dituangkan dalam judul Evaluasi Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada Indikator hipertensi

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan pada uraian diatas, maka diperoleh rumusan masalah penelitian ini adalah Bagaimana pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada indikator hipertensi ditinjau dari aspek sumber daya manusia, sarana prasarana, sumber dana, kebijakan dan

SOP, perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pelaporan dan pencatatan program.

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui evaluasi Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga pada indikator hipertensi di Provinsi Maluku

### **2. Tujuan Khusus**

1. Untuk menganalisis aspek sumber daya manusia pengelola program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga Puskesmas Rumah tiga dan Puskesmas Tawiri
2. Untuk menganalisis aspek pembiayaan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga Puskesmas Rumah tiga dan Puskesmas Tawiri
3. Untuk menganalisis aspek sarana program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga Puskesmas Rumah tiga dan Puskesmas Tawiri
4. Untuk menganalisis fungsi perencanaan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga Puskesmas Rumah tiga dan Puskesmas Tawiri

5. Untuk menganalisis fungsi pengorganisasian program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga Puskesmas Rumah tiga dan Puskesmas Tawiri
6. Untuk menganalisis fungsi pelaksanaan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga Puskesmas Rumah tiga dan Puskesmas Tawiri
7. Untuk menganalisis fungsi pengawasan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga Puskesmas Rumah tiga dan Puskesmas Tawiri

#### **D. MANFAAT PENELITIAN**

##### **1. Manfaat Ilmiah**

Sebagai kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan, serta dapat memperkaya kepustakaan khususnya yang berhubungan dengan teori evaluasi program di Puskesmas.

##### **2. Manfaat Institusi**

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai saran dan evaluasi bagi pihak Puskesmas untuk pencapaian PIS-PK pada indikator hipertensi.

### **3. Manfaat Praktis**

Penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama kuliah serta meningkatkan pengetahuan dan pengalaman berdasarkan fakta yang ada di lapangan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. TINJAUAN UMUM TENTANG EVALUASI

##### 1. Pengertian Evaluasi

Secara umum istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (appraisal), pemberian angka (rating) dan penilaian (assessment), kata-kata yang menyatakan usaha untuk menganalisis hasil kebijakan dalam arti satuan nilainya. Dalam arti yang lebih spesifik, evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan. Evaluasi membuahakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tentang ketidak sesuaian antara kinerja kebijakan yang diharapkan dengan yang benar-benar dihasilkan (Palluturi, 2017)

Jadi ini membantu pengambilan kebijakan pada tahap penilaian kebijakan terhadap proses pembuatan kebijakan. Evaluasi tidak hanya menghasilkan kesimpulan mengenai seberapa jauh masalah telah terselesaikan, tetapi juga menyumbang pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai - nilai yang mendasari kebijakan, membantu dalam penyesuaian dan perumusan kembali masalah (Dunn 2000). *The UN Evaluation Group* (UNEG) mendefinisikan evaluasi sebagai suatu penilaian, yang sistematis

dan tidak memihak dari suatu kegiatan, proyek, program, strategi, kebijakan, tema, sektor, bidang operasional atau kinerja lembaga. Ini berfokus pada pencapaian yang diharapkan dan dicapai memeriksa rantai hasil, proses, faktor kontekstual dan kausalitas, untuk memahami prestasi atau kekurangannya. Ini bertujuan untuk menentukan relevansi, dampak, efektivitas, efisiensi dan keberlanjutan dari intervensi dan kontribusi dari organisasi sistem PBB (Palluturi, 2017).

Evaluasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai menentukan nilai (Aisyaroh and Realita, 2018), dan dalam Kamus Besar Balai Pustaka evaluasi adalah penilaian (Tim Depdikbud 1989). Evaluasi merupakan prosedur atau cara membandingkan informasi tentang kegiatan pelaksanaan program atau hasil kerja dengan suatu kriteria atau tujuan yang telah ditetapkan. Dalam kaitannya dengan pengambilan keputusan, evaluasi adalah merupakan sumber informasi yang digunakan untuk memperbaiki kegiatan program yang sedang berlangsung atau untuk melakukan perencanaan yang lebih baik dimasa yang akan datang (Chotimah et al., 2018). Pengertian evaluasi yang lain adalah prosedur penilaian pelaksanaan, hasil kerja atau dampak secara sistemik dengan membandingkannya dengan standar dan dengan mengikuti kriteria/ metode/ tujuan tertentu guna menilai dan mengambil keputusan selanjutnya (Anchala et al., 2015).

## 2. Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi menurut Habict el al (1999) adalah mengidentifikasi permasalahan-permasalahan yang merupakan suatu program yang tidak berjalan secara maksimal, kemudian tindakan apa yang harus dilakukan untuk perbaikan tersebut. Evaluasi merupakan proses yang berlanjut dengan tujuan agar kegiatan-kegiatan kesehatan menjadi lebih relevan. Tafal (2005) juga menyampaikan bahwa alasan seseorang melakukan evaluasi tidak lain karena ingin mengetahui apakah yang telah dilakukan berjalan sesuai rencana, apakah semua masukan yang dilakukan memberikan hasil dan dampak sesuai seperti yang diharapkan (Arsita, 2019).

Ada beberapa tipe evaluasi, yaitu evaluasi proses, evaluasi hasil dan evaluasi dampak, kemudian evaluasi input dan evaluasi proses disebut juga pemantauan atau monitoring. Reinke (1994) menyatakan bahwa evaluasi bukan hanya sebagai alat yang bertujuan untuk membandingkan dampak sebelum dan sesudah pelaksanaan program, dimana evaluasi dimulai dari tahap perencanaan dengan menilai berbagai alternative tindakan kemudian meluas pada proses penerapan untuk memajukan serta memonitor. melalui evaluasi formatif dan perbaikan untuk dijadikan seperti yang telah disarankan. Evaluasi seperti ini termasuk sumatif tahap akhir (Virdasari et al., 2018)

### 3. Ruang Lingkup Evaluasi

Seperti yang dikemukakan Milton R. Roemer, Blum juga membedakan ruang lingkup penilaian atas enam macam, yakni : (a). Pelaksanaan program, (b). Efektifitas program, (c). Efisiensi program, (d). Keabsahan hasil yang dicapai oleh program, (e). Sistem yang dipergunakan untuk melaksanakan program. Untuk kepentingan praktis, ruang lingkup evaluasi tersebut secara sederhana dapat dibedakan atas empat kelompok saja, yakni : (1). Penilaian terhadap masukan (input) ialah yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik sumber dana, tenaga dan ataupun sumber sarana, (2). Penilaian terhadap proses (process) ialah lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. (3). Penilaian terhadap keluaran (Output) yaitu penilaian terhadap hasil yang dicapai dari dilaksanakannya suatu program. (4). Penilaian terhadap dampak (Outcome) yang mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari dilaksanakannya suatu program (Arsita, 2019).

Selain itu jenis evaluasi dalam penilaian dapat ditemukan pada setiap tahap pelaksanaan program, maka penilaian secara umum dapat dibedakan atas tiga jenis yakni : (1). Penilaian pada tahap awal program adalah pada saat merencanakan suatu program (formative evaluation). Tujuan utamanya ialah untuk meyakinkan bahwa rencana yang

akandisusun benar-benar sudah sesuai dengan masalah yang ditemukan dalam artian dapat menyelesaikan masalah tersebut. (2). Penilaian pada tahap pelaksanaan program ialah pada saat program sedang dilaksanakan (promotive evaluation). Tujuan utamanya untuk mengukur apakah program yang sedang dilaksanakan tersebut telah sesuai dengan rencana yang ada atau tidak.atau apakah teljadi penyimpangan-penyimpangan yang dapat merugikan pencapaian tujuan dari program tersebut. (3). Penilaian pada tahap akhir program ialah pada saat program telah selesai dilaksanakan (summative evaluation). Tujuan utamanya secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni untuk mengukur keluaran (output) serta untuk mengukur dampak (impact) yang dihasilkan (Mankikar et al., 2016).

#### **4. Ketersediaan Dana**

Masalah dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah belum optimalnya efektivitas dan efisiensi dalam penggunaan. Hal ini terkait erat dengan jumlah dana yang kurang, alokasi yang tidak sesuai prioritas, dan pola belanja yang cenderung pada investasi barang dan kegiatan tidak langsung. Dominannya belanja investasi dan kegiatan tidak langsung berdampak pada kurangnya biaya operasional dan biaya untuk kegiatan langsung. Di sisi lain, kinerja suatu program kesehatan sangat ditentukan oleh kecukupan biaya operasional dan biaya untuk kegiatan langsung.

Kondisi ini diperburuk lagi dengan terlambatnya pencairan dana yang secara umum mempengaruhi pencapaian target program (Astuti and Soewondo, 2019).

Masalah yang dihadapi di banyak daerah dalam mencapai target Millennium Development Goals (MDGs) adalah alokasi pembiayaan yang tidak efektif dan berbasis pada data atau informasi yang tidak akurat. Strategi yang ditempuh dalam mengatasi hal ini adalah pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti. Implikasinya, pemerintah perlu memperbaiki kualitas pembuatan kebijakan dalam situasi keterbatasan sumber daya. Analisis pembiayaan kesehatan di Indonesia mengungkapkan beberapa masalah yaitu : jumlahnya kecil, kurang biaya untuk program promotif dan preventif, kurang biaya operasional, terlambat realisasi, tidak dikaitkan dengan kinerja, terfragmentasi, dan inefisien (Dewi et al., 2019)

Satu aspek penting dari pemerintah daerah yang harus diatur secara hati-hati adalah masalah pengelolaan keuangan dan anggaran daerah. Anggaran daerah yang tercermin dalam APBD merupakan instrumen kebijakan utama bagi pemerintah daerah, menduduki porsi sentral dalam upaya pengembangan kapabilitas dan efektivitas pemerintah daerah. Anggaran daerah seharusnya digunakan sebagai alat untuk menentukan besarnya pendapatan dan belanja, alat bantu pengambilan putusan dan perencanaan pembangunan serta alat otoritas pengeluaran di

masa yang akan datang dan ukuran standar untuk mengevaluasi kinerja serta alat koordinasi bagi semua aktivitas pada berbagai unit kerja. APBD pada hakikatnya merupakan instrumen kebijakan yang dipakai sebagai alat untuk meningkatkan pelayanan umum dan kesejahteraan masyarakat di daerah. Oleh karena itu, DPRD dan pemerintah daerah harus selalu berupaya secara nyata dan terstruktur untuk menghasilkan suatu APBD yang dapat mencerminkan kebutuhan riil masyarakat atas dasar potensi masing-masing daerah serta dapat memenuhi tuntutan terciptanya anggaran daerah yang berorientasikan kepentingan dan akuntabilitas publik. Suatu anggaran yang telah direncanakan dengan baik, sehingga baik tujuan maupun sasaran akan dapat tercapai secara berdayaguna dan berhasil guna (Astuti and Soewondo, 2019)

Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 di pasal 3 dan 4 Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 di Pasal 157 Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 menyatakan, bahwa sumber pendapatan/penerimaan daerah terdiri atas:

- a. Pendapatan Asli Daerah (PAD), yang terdiri dari pajak daerah, retribusi daerah, hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan, dan lain-lain pendapatan asli daerah yang sah.
- b. Dana Perimbangan, yang terdiri dari dana bagi hasil pajak, dana bagi hasil bukan pajak, dana alokasi umum (DAU), dan dana alokasi khusus (DAK).

c. Pendapatan Daerah lainnya.

## **5. Perencanaan Program**

Perencanaan merupakan fungsi terpenting dari semua fungsi manajemen, sebab perencanaan merupakan motor penggerak dari fungsi-fungsi manajemen yang lainnya. Perencanaan juga merupakan penghubung antara keadaan pada saat ini dan harapan yang diinginkan di masa depan. Perencanaan yang baik akan memberikan peluang untuk pencapaian tujuan organisasi menjadi maksimal. Manfaat perencanaan bagi suatu organisasi adalah diperbolehkannya pedoman dalam rangka pemanfaatan sumber daya untuk mencapai tujuan, selain itu perencanaan juga dapat memberikan arah bagi personil suatu organisasi dalam melakukan prosedur kegiatan secara teratur dan konsisten. Perencanaan juga mengandeng prosedur pada penilaian dari usaha yang dilakukan organisasi, bila ditemukan kendala maka dapat dilakukan tindakan perbaikan(Nugroho, 2019).

Perencanaan menurut Suandy (2001) secara umum perencanaan merupakan proses penentuan tujuan organisasi (perusahaan) yang kemudian menyajikan atau mengartikulasikan dengan jelas strategi - strategi program, taktik - taktik atau tata cara pelaksanaan program dan operasi (tindakan) yang diperlukan untuk mencapai tujuan perusahaan secara menyeluruh. Tahapan dalam perencanaan menurut Prajudi dalam

(syafiie (2006)) yaitu : (1). Identifikasi masalah, (2). Analisis situasi, (3). Merumuskan tujuan, (4). Menyusun garis besar seperti pada proposal, (5). Membicarakan proposal yang telah disusun, (6). Menetapkan komponen, (7). Menentukan tanggung jawab komponen masing-masing, (8). Menentukan outline, (9). Menentukan kontrak antar unit, (10). Mengumpulkan data terkait, (11).Mengelola data, (12).Menyimpan data, (13).Mendistribusikan data, (14).Menyusun naskah final, (15).Mengevaluasi naskah rencana, (16).Membuat persetujuan naskah rencana, (17). Menjabarkan rencana untuk pelaksanaan.Sedangkan Arsyad (2002) dalam Kombertonggo (2008), menyatakan ada 4 elemen dasar perencanaan yakni:(Fauziah and Maesaroh, 2019)

- a. Merencanakan berarti memilih
- b. Perencanaan merupakan alat pengalokasian sumber daya
- c. Perencanaan merupakan alat untuk mencapai tujuan
- d. Perencanaan untuk masa depan.

## **B. TINJAUAN UMUM TENTANG PENERAPAN INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA**

### **1. Definisi Program Indonesia Sehat**

Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia merupakan agenda Nawa Cita ke 5 yang memiliki beberapa program, satu diantaranya adalah Program Indonesia Sehat. Program Indonesia Sehat menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Indonesia Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor H.02.02/Menkes/52/2015 (Kemenkes, 2015b)

Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, dalam artian terciptanya masyarakat yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang tinggi (Kemenkes, 2015b)

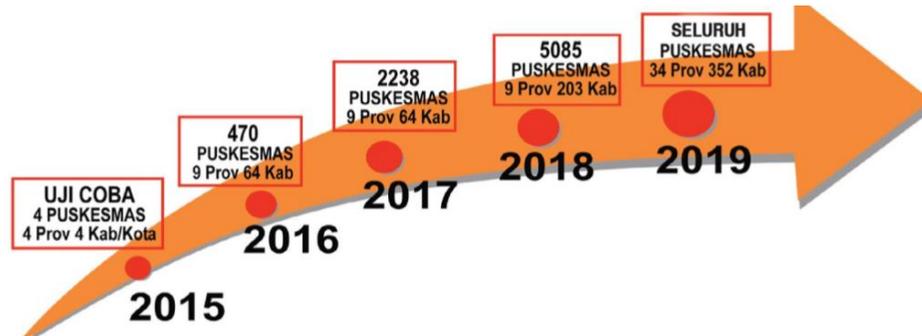
Dalam mendukung keberhasilan pencapaian sasaran pembangunan kesehatan sesuai Rencana Strategis Tahun 2015-2019, Kementerian Kesehatan menetapkan kebijakan operasional, antara lain: (Kemenkes, 2016b)

- a. Pembangunan kesehatan dalam periode 2015-2019 akan difokuskan pada empat area prioritas, yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, perbaikan gizi masyarakat khususnya untuk mengatasi bayi pendek (*Stunting*), pengendalian penyakit menular khususnya HIV

AIDS, TB, dan malaria, serta pengendalian penyakit tidak menular, khususnya hipertensi, DM, obesitas, dan kanker dan gangguan jiwa.

- b. Peningkatan jangkauan sasaran terutama pada keluarga, tanpa mengabaikan pendekatan lain yang selama ini sudah berhasil dilaksanakan yaitu menjangkau sasaran UKBM (upaya kesehatan berbasis masyarakat), UKS (usaha kesehatan sekolah), UKUK (upaya kesehatan usia kerja), dan sasaran kelompok usia lanjut dengan pendekatan posbindu usila.
- c. Prioritas perencanaan dan penganggaran diarahkan pada pemenuhan kebutuhan kegiatan promotif preventif. Pemenuhan kebutuhan kuratif dan rehabilitatif dilakukan setelah kebutuhan promotif preventif terpenuhi.
- d. Sumber daya manusia (SDM) adalah modal utama dalam pembangunan nasional, maka dari itu penting untuk terus meningkatkan kualitas secara terus menerus sehingga memiliki daya saing tinggi, yang ditandai dengan meningkatnya indeks pembangunan manusia (IPM), Indeks pembangunan gender (IPG) dan indeks kesetaraan gender (IKG). Peningkatan tersebut dilakukan untuk menjawab tantangan pembangunan nasional. Secara khusus tantangan utama dalam pembangunan lima tahun ke depan adalah berupa peningkatan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN),

penyiapan penyedia pelayanan kesehatan dan pengelolaan jaminan kesehatan yang efektif dan efisien.



**Gambar 1. Pentahapan pelaksanaan program Indonesia sehat**

Kebijakan operasional tersebut diharapkan mampu mewujudkan Keluarga Sehat sebagaimana cita-cita untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sehingga dari uraian tersebut program Indonesia Sehat akan dilakukan dengan pendekatan keluarga.

## **2. Sasaran dan Pilar Penerapan Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga**

Sasaran dari Program Indonesia Sehat yakni 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: (Kemenkes, 2015b)

- a. Meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak,
- b. Meningkatnya pengendalian penyakit,
- c. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan,
- d. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan,
- e. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin, serta
- f. Meningkatnya responsivitas sistem kesehatan

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: (Kemenkes, 2017)

- a. Penerapan paradigma sehat,
- b. Penguatan pelayanan kesehatan, dan
- c. Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN)

Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sedangkan pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat (benefit), serta kendali mutu dan

biaya. Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat (Efendi, 2019)

Prioritas Pembangunan Kesehatan melalui Program Indonesia Sehat (Rohimah and Sastraprawira, 2019)

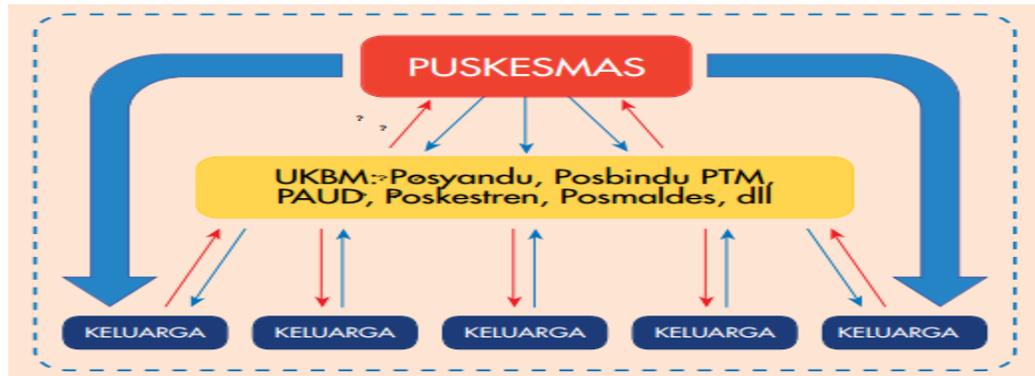
- a. Menurunkan AKI dan AKB, banyak sekali kegiatan yang dapat dilakukan misalnya melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, menunda pernikahan sampai usia matang, dsb.
- b. Menurunkan prevalensi balita pendek, kegiatan yang dapat dilakukan seperti meningkatkan asupan gizi pada anak, memberikan asi eksklusif pada anak dsb.
- c. Upaya pengendalian penyakit menular, kegiatan yang dapat dilakukan seperti melakukan terapi ARV, pengawasan kepatuhan minum obat pasien TB dsb.
- d. Upaya pengendalian penyakit tidak menular, kegiatan yang dapat dilakukan seperti, peningkatan deteksi dini penyakit tidak menular, penyuluhan tentang dampak merokok dsb.

### **3. Konsep Pendekatan Keluarga**

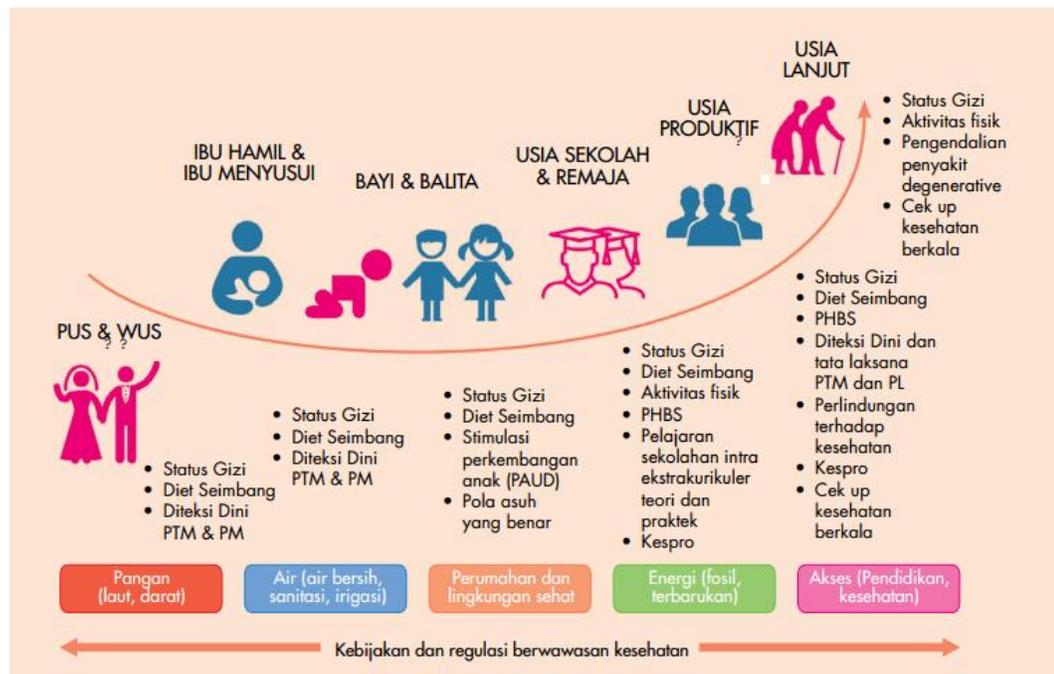
Konsep pendekatan keluarga dilandaskan pada teori yang dikemukakan Friedman (1998) bahwa terdapat lima fungsi keluarga yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan

fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan. Pendekatan keluarga pada program ini adalah pengembangan dari kunjungan (*home visit*) oleh puskesmas dan perluasan dari upaya perawatan kesehatan masyarakat. Kunjungan rumah pada program ini menjadi lebih kompleks yaitu meliputi kunjungan untuk pendataan atau peremajaan data, kunjungan untuk promotif preventif, kunjungan untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung dan pemanfaatan data kesehatan untuk memberdayakan masyarakat (Hornik, 2018)

Kunjungan rumah ini dilakukan secara rutin, dengan demikian pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat harus masuk ke dalam kegiatan pendekatan keluarga. Dalam menjangkau keluarga, puskesmas tidak hanya mengandalkan UKBM yang ada saja seperti yang selama ini dilaksanakan, melainkan juga langsung berkunjung ke keluarga. Melalui kunjungan puskesmas, diharapkan puskesmas dapat mengidentifikasi masalah yang dihadapi keluarga secara holistik, kemudian keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan dapat dimotivasi untuk memanfaatkan UKBM yang ada dan/atau pelayanan puskesmas, oleh sebab itu perlu pengaturan agar setiap keluarga di wilayah puskesmas memiliki Tim Pembina Keluarga (Izhar and Ridwan, 2018)



**Gambar 2, Mekanisme interaksi antara puskesmas-keluarga-UKBM.**



**Gambar 3. Pendekatan siklus hidup untuk keluarga sehat**

Pentingnya pendekatan keluarga juga diamanatkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 yang menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan harus dilakukan terhadap seluruh tahapan

siklus kehidupan manusia. Untuk dapat melaksanakan pelayanan kesehatan berkesinambungan terhadap seluruh siklus kehidupan manusia, maka fokus pelayanan kesehatan harus pada keluarga (Lahdji, 2019).

Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat terdapat Lima fungsi keluarga, yaitu: (N Pavlik et al., 2015)

1. Fungsi afektif (*The Affective(N Pavlik et al., 2015) Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
2. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga(Gu et al., 2015).
3. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga (Wagner and Dalallana, 2019)
4. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk

mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga (Strauss et al., 2016)

5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan (Reis et al., 2016)

Pendekatan keluarga yang dimaksud dalam pedoman umum ini merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh Puskesmas dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut (Latifah and Maryati, 2018)

- a. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data Profil Kesehatan Keluarga dan peremajaan (updating) pangkalan datanya.
- b. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
- c. Kunjungan keluarga untuk menindak lanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
- d. Pemanfaatan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas.

#### 4. Indikator Keluarga Sehat

Terdapat sebuah penanda atau indikator jika sebuah keluarga dikatakan sehat. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Kedua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut : (Kemenkes, 2016b)

- a. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
- b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
- c. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
- d. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
- e. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
- f. Penderita tuberkulosis paru mendapat pengobatan sesuai standar
- g. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
- h. Penderita gangguan jiwa mendapat pengobatan dan tidak ditelantarkan
- i. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
- j. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- k. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
- l. 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. Dalam pelaksanaan pendekatan keluarga ini tiga hal berikut harus diadakan atau dikembangkan, yaitu(Kemenkes, 2016b):

- a. Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga yaitu : Profil Kesehatan Keluarga (selanjutnya disebut Prokesga), berupa family folder, yang merupakan sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga. Data keluarga meliputi komponen rumah sehat (akses/ ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat). Data individu anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan: mengidap penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) serta perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain). Paket Informasi Keluarga (selanjutnya disebut Pinkesga), berupa flyer, leaflet, buku saku, atau bentuk lainnya, yang diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya. Misalnya: Flyer tentang Kehamilan dan Persalinan untuk keluarga yang ibunya sedang hamil, Flyer tentang Pertumbuhan Balita untuk keluarga yang mempunyai balita, Flyer tentang Hipertensi untuk mereka yang menderita hipertensi, dan lain-lain.

- b. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga, berupa : kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas, diskusi kelompok terarah atau biasa dikenal dengan FGD melalui desa wisata dan PKK, kesempatan konseling di UKBM - UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain) serta forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembung desa dan lain-lain (Safitri, 2018)
- c. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, kader Posbindu, kader Poskestren, kader PKK, dan lain-lain dan juga Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

## **5. Pendekatan Keluarga sebagai Kunci Keberhasilan**

Banyak bukti yang menunjukkan bahwa pendekatan keluarga mutlak harus dilakukan untuk melengkapikan memperkuat pemberdayaan masyarakat. Data Riskesdas menunjukkan hal itu. Sebagai contoh berikut ini disajikan bukti tentang pentingnya pendekatan keluarga dalam penanggulangan stunting dan pengendalian penyakit tidak menular (Ningrum et al., 2019)

- a. Pendekatan Keluarga dalam penanganan stunting, Riskesdas tahun 2013 menemukan bahwa proporsi bayi yang lahir stunting (panjang badan <48 cm) adalah sebesar 20,2%, sementara pada kelompok balita terdapat 37,2% yang menderita stunting. Ini menunjukkan bahwa dalam perjalanan dari saat lahir ke balita, terjadi pertumbuhan yang melambat, sehingga proporsi stunting justru bertambah. Untuk menanggulangi stunting, harus dilakukan deteksi dan intervensi sedini mungkin. Yaitu dengan melakukan pemantauan pertumbuhan secara ketat, melalui penimbangan bayi/balita di Posyandu setiap bulan. Akan tetapi, ternyata data Riskesdas menunjukkan bahwa proporsi balita yang tidak pernah ditimbang selama 6 bulan terakhir cenderung meningkat, yaitu dari 25,5% pada tahun 2007 menjadi 34,3% pada tahun 2013. Jadi jika kita hanya mengandalkan Posyandu, maka masih ada sepertiga jumlah bayi/balita yang tidak terpantau. Oleh karena itu, mereka yang tidak datang ke Posyandu harus dikunjungi ke rumahnya. Jelas bahwa pendekatan keluarga mutlak harus dilakukan, bila kita ingin deteksi dini stunting terlaksana dengan baik.
- b. Salah satu penyakit tidak menular yang cukup penting dalam Pendekatan Keluarga adalah hipertensi (tekanan darah tinggi). Prevalensi hipertensi pada orang dewasa menurut Riskesdas tahun 2013 adalah 25,8% atau sama dengan 42,1 juta jiwa. Dari sejumlah itu baru 36,8%

yang telah kontak dengan petugas kesehatan, sementara sisanya sekitar 2/3 tidak tahu kalau dirinya menderita hipertensi. Hal ini menunjukkan bahwa bila tidak menggunakan pendekatan keluarga, 2/3 bagian atau sekitar 28 juta penderita hipertensi tidak akan tertangani. Sekali lagi, hal ini menunjukkan bahwa pendekatan keluarga mutlak harus dilakukan bila kita ingin pengendalian penyakit hipertensi berhasil (Sugiharti et al., 2019)

## **C. TINJAUAN UMUM TENTANG PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT**

### **1. Definisi Puskesmas**

Pelayanan kesehatan bermutu yang berorientasi pada kepuasan pelanggan atau pasien menjadi strategi utama bagi organisasi kesehatan di Indonesia, agar tetap eksis ditengah persaingan global yang semakin kuat. Salah satu strategi yang paling tepat dalam mengantisipasi adanya persaingan terbuka melalui pendekatan mutu paripurna yang berorientasi pada proses pelayanan bermutu, dan hasil pelayanan kesehatan yang sesuai dengan keinginan pelanggan atau pasien. Dimensi mutu tersebut menyangkut mutu bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, maupun penyelenggara pelayanan kesehatan (Tjandra et al., 2018)

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa fungsi Puskesmas, yaitu :(Kemenkes, 2016c)

- a. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya,
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat,
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Sedangkan unit pelaksana teknis fungsional Puskesmas dibagi menjadi : (Kemenkes, 2016c)

- a. Upaya kesehatan masyarakat,
- b. Upaya kesehatan perorangan.

Dengan jaringan pelayanan Puskesmas adalah :

- a. Puskesmas pembantu,
- b. Puskesmas keliling,
- c. Bidan di desa atau PKD.

Depkes telah menyusun draft IV untuk pedoman penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi, dengan arah kebijakan sebagai berikut:

- a. Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan tingkat pertama yang mandiri serta bertanggung jawab di wilayah kerjanya. Puskesmas dituntut untuk lebih mandiri dalam mengembangkan upaya pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan kemampuan lokal.

- b. Visi Puskesmas adalah Kecamatan Sehat yang ditandai dengan sebagian besar masyarakat hidup dalam lingkungan perilaku sehat serta mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta berada pada derajat kesehatan yang optimal.
- c. Misi Puskesmas adalah menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, memberdayakan masyarakat dan keluarga di bidang kesehatan dan memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang merata dan bermutu (Depkes RI, 20014).

## **2. Prinsip Penyelenggaraan, Tugas, Wewenang dan Fungsi Puskesmas**

### **a. Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi(Kemenkes, 2016c):**

#### 1) Paradigma sehat

Yang dimaksud dengan paradigma sehat adalah Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

#### 2) Pertanggungjawaban wilayah

Yang dimaksud dengan Pertanggungjawaban wilayah adalah Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

### 3) Kemandirian masyarakat

Yang dimaksud dengan Kemandirian masyarakat adalah Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

### 4) Pemerataan

Yang dimaksud dengan Pemerataan adalah Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat di akses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

### 5) Teknologi tepat guna

Yang dimaksud dengan teknologi tepat guna adalah Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

### 6) Keterpaduan dan kesinambungan

Yang dimaksud Keterpaduan dan kesinambungan adalah Puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

**b. Tugas Puskesmas**

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Kemenkes, 2016c)

**c. Fungsi Puskesmas**

Berdasarkan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- 1) Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- 2) Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya

**d. Wewenang Puskesmas**

Dalam menyelenggarakan fungsi Puskesmas berwenang untuk:  
(Permenkes, 2014)

- 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat

perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;

- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan Upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mMutu, dan cakupan pelayanan kesehatan; dan
- 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit

Sedangkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan, Puskesmas berwenang untuk: (Permenkes, 2014)

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- 3) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;

- 4) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- 5) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- 6) Melaksanakan rekam medis;
- 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- 8) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- 9) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- 10) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

### **3. Program Pokok Puskesmas**

Program wajib yang telah standar dilakukan sesuai pengamatan dan pengalaman penulis, antara lain(Kemenkes, 2016c):

#### **a. Promosi Kesehatan (Promkes)**

- 1) Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- 2) Sosialisasi Program Kesehatan
- 3) Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

#### **b. Pencegahan Penyakit Menular (P2M) :**

- 1) Surveilens Epidemiologi

- 2) Pelacakan Kasus : TBC, Kusta, DBD, Malaria, Flu Burung, ISPA, Diare, IMS (Infeksi Menular Seksual), Rabies
- c. Program Pengobatan :
- 1) Rawat Jalan Poli Umum
  - 2) Rawat Jalan Poli Gigi
  - 3) Unit Rawat Inap : Keperawatan, Kebidanan
  - 4) Unit Gawat Darurat (UGD)
  - 5) Puskesmas Keliling (Puskel)
- d. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
- 1) ANC (Antenatal Care) , PNC (Post Natal Care), KB (Keluarga Berencana),
  - 2) Persalinan, Rujukan Bumil Resti, Kemitraan Dukun
- e. Upaya Peningkatan Gizi
- Penimbangan, Pelacakan Gizi Buruk, Penyuluhan Gizi
- f. Kesehatan Lingkungan :
- 1) Pengawasan SPAL (saluran pembuangan air limbah), SAMI-JAGA (sumber air minum-jamban keluarga), TTU (tempat-tempat umum), Institusi pemerintah
  - 2) Survey jentik Nyamuk
- g. Pencatatan dan Pelaporan :
- Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP)
- Semua program pokok yang dilaksanakan di Puskesmas dikembangkan

berdasarkan program pokok pelayanan kesehatan dasar seperti yang di anjurkan oleh *World Health Organization (WHO)* yang dikenal dengan *Basic Seven*. *Basic seven* tersebut terdiri atas :(Kemenkes, 2016c)

- a. *Maternal and child health care*
- b. *Medical care*
- c. *Environmental sanitation*
- d. *Health education*
- e. *Simple laboratory*
- f. *Communicable disease control*
- g. *Simple statistic*

#### **4. Pelayanan Puskesmas**

Pelayanan Puskesmas yang diberikan Puskesmas adalah pelayanan kesehatan menyeluruh meliputi: (Sari, 2019)

- a. Kuratif (pengobatan)
- b. Preventif (upaya pencegahan)
- c. Promotif (peningkatan kesehatan)
- d. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)

Pelaksanaan upaya kesehatan di Puskesmas harus selalu memperhatikan mutu dan akses pelayanan kesehatan. Seperti yang telah diamanatkan dalam Permenkes Nomor 75 tahun 2014 pasal 7 disebutkan bahwa “Dalam menyelenggarakan fungsinya Puskesmas melaksanakan

pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2016c)

## **5. Standar Fasilitas**

Surat keputusan Menkes Nomor Nomor 128/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, menyatakan bahwa Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas memiliki fungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan strata pertama meliputi pelayanan kesehatan perorangan (private goods) dan pelayanan kesehatan masyarakat. Terlihat bahwa Puskesmas dan jaringannya merupakan ujung tombak dinas kesehatan dalam upaya mewujudkan target SPM kesehatan di kabupaten/kota. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni :

### **a. Upaya Kesehatan Wajib**

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia (Obreli-Neto et al., 2015)

Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

- 1) Upaya Promosi Kesehatan
- 2) Upaya Kesehatan Lingkungan
- 3) Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- 4) Upaya Perbaikan Gizi
- 5) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- 6) Upaya Pengobatan.
- 7) Upaya Kesehatan Pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok Puskesmas yang telah ada, yakni:(Kemenkes, 2016c)

- 1) Upaya Kesehatan Sekolah
- 2) Upaya Kesehatan Olah Raga
- 3) Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
- 4) Upaya Kesehatan Kerja
- 5) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- 6) Upaya Kesehatan Jiwa
- 7) Upaya Kesehatan Mata
- 8) Upaya Kesehatan Usia Lanjut

9) Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

Fasilitas pelayanan yang ada di Puskesmas Gedongan meliputi:(Kemenkes, 2016c)

a. Upaya kesehatan wajib adalah:

- 1) Upaya Promosi Kesehatan
- 2) Upaya Kesehatan Lingkungan
- 3) Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- 4) Upaya Perbaikan Gizi
- 5) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- 6) Upaya Pengobatan

b. Upaya kesehatan pengembangan adalah :

- 1) .Upaya Kesehatan `Sekolah
- 2) Upaya Kesehatan Olah Raga
- 3) Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
- 4) Upaya Kesehatan Kerja
- 5) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- 6) Upaya Kesehatan Jiwa
- 7) Upaya Kesehatan Mata
- 8) Upaya Kesehatan Usia Lanjut
- 9) Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

Lokasi pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan:  
(Permenkes, 2014)

- a. geografis;
- b. aksesibilitas untuk jalur transportasi;
- c. kontur tanah;
- d. fasilitas parkir;
- e. fasilitas keamanan;
- f. ketersediaan utilitas publik;
- g. pengelolaan kesehatan lingkungan; dan
- h. kondisi lainnya.

## **6. Asas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas**

Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia, pengelolaan program kerja Puskesmas berpedoman pada empat asas pokok yaitu:

### **a. Asas pertanggung jawaban wilayah**

Maksud dari asas pertanggung jawaban wilayah yaitu Puskesmas harus bertanggung jawab atas semua masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Dengan adanya asas ini, maka program kerja Puskesmas tidak hanya menanti kunjungan masyarakat, melainkan harus secara aktif memberikan pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan masyarakat. Sehingga dalam bertanggung jawab mengenai masalah kesehatan, Puskesmas harus melakukan berbagai program pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.

b. Asas peran serta masyarakat

Dalam menyelenggarakan program kerjanya, Puskesmas harus berupaya melibatkan peran serta masyarakat. Salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam menyelenggarakan kesehatan yaitu terbentuknya Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU)

c. Asas keterpaduan

Dalam menyelenggarakan program kerjanya, Puskesmas harus berupaya memadukan kegiatan tersebut bukan hanya dengan program kesehatan lain (lintas program) tetapi juga dengan program dari sektor lain (lintas sektoral). Dengan dilaksanakannya asas keterpaduan ini maka Puskesmas dapat menghemat sumber daya, sedangkan masyarakat lebih muda memperoleh pelayanan kesehatan

d. Asas rujukan

Maksud dari asas rujukan yaitu apabila tidak mampu menangani suatu masalah kesehatan harus merujuknya ke sarana kesehatan yang lebih mampu. Untuk pelayanan kedokteran jalur rujukannya adalah rumah sakit. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat jalur rujukannya adalah berbagai instansi kesehatan.

## **7. Peran Puskesmas dalam Pendekatan Keluarga**

Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di tingkat Puskesmas dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut (Kemenkes, 2016b) :

- a. Melakukan pendataan kesehatan keluarga menggunakan Prokesga oleh Pembina Keluarga (dapat dibantu oleh kader kesehatan).
- b. Membuat dan mengelola pangkalan data Puskesmas oleh tenaga pengelola data Puskesmas.
- c. Menganalisis, merumuskan intervensi masalah kesehatan, dan menyusun rencana Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas.
- d. Melaksanakan penyuluhan kesehatan melalui kunjungan rumah oleh Pembina Keluarga.
- e. Melaksanakan pelayanan profesional (dalam gedung dan luar gedung) oleh tenaga teknis/profesional Puskesmas.
- f. 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(PenggerakanPelaksanaan),danP3(PengawasanPengendalian-Penilaian) (Tiffany, 2019).

## **D. Tinjauan Umum tentang Hipertensi**

### **1. Definisi Hipertensi**

Sampai saat ini, hipertensi masih merupakan tantangan besar di Indonesia. Betapa tidak, hipertensi merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer kesehatan. Hal itu merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi, yaitu sebesar 25,8%, sesuai dengan data Riskesdas 2013. Di samping itu, pengontrolan hipertensi belum adekuat meskipun obat-obatan yang efektif banyak tersedia.

Definisi Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Nerenberg et al., 2018). Banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah tidak terkontrol

dan jumlahnya terus meningkat. Oleh karena itu, partisipasi semua pihak, baik dokter dari berbagai bidang peminatan hipertensi, pemerintah, swasta maupun masyarakat diperlukan agar hipertensi dapat dikendalikan (Kemenkes, 2015a)

Faktor resiko Hipertensi adalah umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik (faktor resiko yang tidak dapat diubah/dikontrol), kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan konsumsi minum-minuman beralkohol, obesitas, kurang aktifitas fisik, stres, penggunaan estrogen (Dehani et al., 2018)

Ada pun klasifikasi hipertensi terbagi menjadi:

a. Berdasarkan penyebab (Obreli-Neto et al., 2015)

- 1) Hipertensi Primer/Hipertensi Esensial Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hid up seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi.
- 2) Hipertensi Sekunder/Hipertensi Non Esensial Hipertensi yang diketahui penyebabnya. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB).

b. Berdasarkan bentuk Hipertensi

Hipertensi diastolik (*diastolic hypertension*), Hipertensi campuran (sistol dan diastol yang meninggi), Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*) (Reis et al., 2016)

c. Terdapat jenis hipertensi yang lain:

1) Hipertensi Pulmonal Suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah arteri paru-paru yang menyebabkan sesak nafas, pusing dan pingsan pada saat melakukan aktivitas. Berdasar penyebabnya hipertensi pulmonal dapat menjadi penyakit berat yang ditandai dengan penurunan toleransi dalam melakukan aktivitas dan gagal jantung kanan. Hipertensi pulmonal primer sering didapatkan pada usia muda dan usia pertengahan, lebih sering didapatkan pada perempuan dengan perbandingan 2:1, angka kejadian pertahun sekitar 2-3 kasus per 1 juta penduduk, dengan mean survival / sampai timbulnya gejala penyakit sekitar 2-3 tahun. Kriteria diagnosis untuk hipertensi pulmonal merujuk pada National Institute of Health; bila tekanan sistolik arteri pulmonalis lebih dari 35 mmHg atau "mean"tekanan arteri pulmonalis lebih dari 25 mmHg pada saat istirahat atau lebih 30 mmHg pada aktifitas dan tidak didapatkan adanya kelainan katup pada jantung kiri, penyakit myokardium, penyakit jantung kongenital dan tidak adanya kelainan paru (Zillich et al., 2015).

2) Hipertensi Pada Kehamilan Pada dasarnya terdapat 4 jenis hipertensi yang umumnya terdapat pada saat kehamilan, yaitu: (Tadon, 2018)

- a) Preeklampsia-eklampsia atau disebut juga sebagai hipertensi yang diakibatkan kehamilan/keracunan kehamilan (selain tekanan darah yang meninggi, juga didapatkan kelainan pada air kencingnya). Preeklamsi adalah penyakit yang timbul dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan.
- b) Hipertensi kronik yaitu hipertensi yang sudah ada sejak sebelum ibu mengandung janin.
- c) Preeklampsia pada hipertensi kronik, yang merupakan gabungan preeklampsia dengan hipertensi kronik.
- d) Hipertensi gestasional atau hipertensi yang sesaat.

Penyebab hipertensi dalam kehamilan sebenarnya belum jelas. Ada yang mengatakan bahwa hal tersebut diakibatkan oleh kelainan pembuluh darah, ada yang mengatakan karena faktor diet, tetapi ada juga yang mengatakan disebabkan faktor keturunan, dan lain sebagainya (Samiati, 2018)

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas tahun 2007 di Indonesia adalah sebesar 31,7%. Menurut provinsi, prevalensi hipertensi tertinggi di Kalimantan Selatan (39,6%) dan terendah di Papua Barat (20,1%).



**Gambar 4. Prevalensi Hipertensi berdasarkan Pengukuran Tekanan Darah**

Sedangkan jika dibandingkan dengan tahun 2013 terjadi penurunan sebesar 5,9% (dari 31,7% menjadi 25,8%). Penurunan ini bisa terjadi berbagai macam faktor, seperti alat pengukur tensi yang berbeda, masyarakat yang sudah mulai sadar akan bahaya penyakit hipertensi. Prevalensi tertinggi di Provinsi Bangka Belitung (30,9%), dan Papua yang terendah (16,8%). Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,4 persen, yang didiagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat sebesar 9,5 persen. Jadi, ada 0,1 persen yang minum obatsendiri(Kemenkes, 2015a)

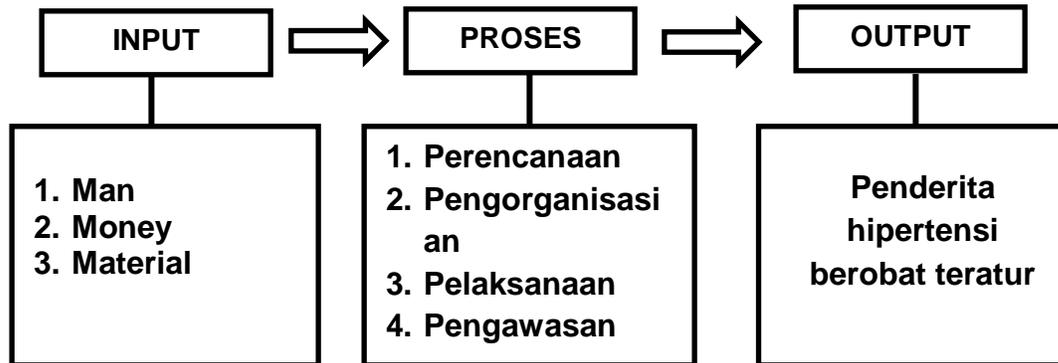
### E. SINTESA PENELITIAN

No	Peneliti /Tahun	Tujuan	Metode Penelitian	Temuan	Keterangan
1	Triani Marwati, Irnafa Ratri Aisyah, Aulia Alifariani / 2018	Tujuan penelitian ini untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan juga untuk lebih memahami program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga	Metode observasi, penyuluhan dan pendataan kepala keluarga	Hasil penelitian ini ditemukan terdapat lima masalah utama yang ada di desa Combongan, hipertensi dan KB yang menjadi prioritas masalah dalam wilayah tersebut(Marwati et al., 2019)	Jurnal Pemberdayaan
2	Made Ayu Lely Suratri, Tince Arniati Jovina, dan Eva Sulistyowati / 2019	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengetahuan dan pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK	Metode penelitian adalah riset operasional dengan pendekatan Participatory Action Research (PAR)	Hasil yang diperoleh pada penelitian ini yakni belum semua puskesmas melakukan sosialisasi pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK kepada masyarakat(Suratri et al., 2019)	Jurnal Penelitian dan Pengembangan Masyarakat
3	Akbar Fauzan, Indira Chotimah,	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui implementasi	Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif	Hasil yang didapatkan pada penelitian ini yaitu pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah dilaksanakan sesuai dengan konsep yang telah	Jurnal Kesehatan Masyarakat

No	Peneliti /Tahun	Tujuan	Metode Penelitian	Temuan	Keterangan
	Rachma Hidana / 2019	program inodnesia sehat dengan pendekatan keluarga Puskesmas Mulyaharja	dengan pendekatan studi kasus. penelitian ini menggunakan jenis wawancara mendalam dan menggunakan metode pencatatan langsung, alat tulis dan tape recorder.	ditentukan(Fauzan et al., 2019)	
4	Aisyah Lahdji / 2019	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui masalah kesehatan yang ada di keluarga, dengan cara mengidentifikasi masalah dan menganalisis faktor penyebab masalah di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Data dikumpul melalui wawancara mendalam kepada para informan dan direkam dengan recorder kemudian merangkumnya.	Penelitian ini menunjukkan dari 12 indikator terdaapat 3 masalah utama, yakni hipertensi yang tidak melakukan pengobatan secara teratur, program KB, dan status merok dalam keluarga(Lahdji, 2019)	Artikel jurnal

No	Peneliti /Tahun	Tujuan	Metode Penelitian	Temuan	Keterangan
5	ElsyeRahmawaty, SriHandayani, MarlyndaHappiNurmalitaSari, raRahmawati / 2019	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan masyarakat mengenai GERMAS dan juga PIS-PK	Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian yang bersifat deskriptif-kualitatif dengan metode wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi	Hasil yang ditemukan dalam penelitian ini sebgaiian besar masyarakat belum terlalu memahami budaya GERMAS dan juga PIS-PK, masih banyak masyarakat yang belum melaksanakan 12 indikator dari PIS-PK(Rahmawaty et al., 2019)	Jurnal Kesehatan
6.	Eri Virdasari, Septo Pawelas Arso, Eka Yunila Fatmasari / 2018	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui evaluasi PIS-PK	Jenis penelitian ini yaitu kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Hasil yang diperoleh dari penelitian ini yakni pendataan keluarga belum sesuai dengan pedoman yang ada, pelaporan yang sering tidak tepat waktu(Virdasari et al., 2018)	Jurnal Kesehatan Masyarakat
7.	Eva Laelasari, Athena Anwar, Rachmalina Soerachman / 2017	Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai kesiapan provinsi dalam melaksanakan PIS-PK	Penelitian ini dilaksanakan secara kualitatif dengan wawancara mendalam dan FGD	Hasil dari penelitian ini menunjukkan seluruh lokasi penelitian baik yang telah ataupun belum melakukan pendataan keluarga telah mempunyai perencanaan anggaran, SDM dan sarana prasarana(Laelasari et al., 2019)	Jurnal Ekologi Kesehatan

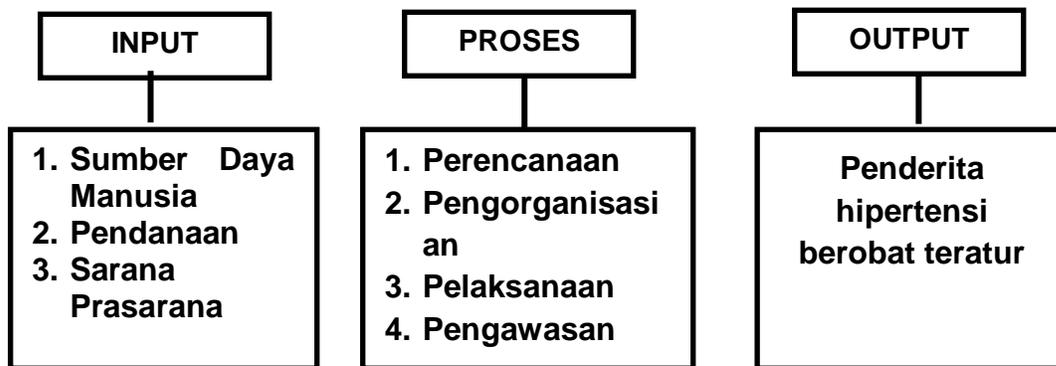
### A. KERANGKA TEORI



Gambar 5. Kerangka Teori

Sumber : Imbalo S. Pohan 2007, Jaminan Mutu Layanan Kesehatan

### B. KERANGKA KONSEPTUAL



Gambar 6. Kerangka Konseptual

### **C. Definisi Konseptual**

Masukan (Input) adalah komponen yang terdapat dalam sistem mencakup sumber daya, pendanaan dan sarana prasarana yang dibutuhkan dalam pengelolaan program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga pada indikator penderita hipertensi berobat teratur.

#### **1. Sumber Daya Manusia**

Tenaga kesehatan yang bekerja dalam sistem pengelolaan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Informasi yang ingin dicari meliputi kecukupan bidan, penanggung jawab program hipertensi dan PIS-PK baik di Puskesmas dan juga pengalaman para tenaga kesehatan dalam menjalankan PIS-PK. Alat ukur yang digunakan adalah dokumen dan pedoman wawancara sedangkan untuk metode pengukurannya melalui telaah dokumen dan wawancara mendalam serta observasi.

#### **2. Pendanaan**

Dana yang dibutuhkan untuk membiayai operasional Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga sehat pada indikator hipertensi di Puskesmas tempat dilakukannya penelitian. Aspek informasi yang ingin diperoleh dari informan yaitu menyangkut sumber pembiayaan dari pemerintah, alokasi dana untuk operasional Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga sehat pada indikator hipertensi serta waktu pencairan dana yang bersumber dari pemerintah. Alat ukur yang digunakan

adalah dokumen dan pedoman wawancara sedangkan untuk metode pengukurannya melalui telaah dokumen dan wawancara mendalam serta observasi.

### 3. Sarana dan Prasarana

Segala sesuatu yang diperlukan sebagai penunjang terselenggaranya Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga pada indikator hipertensi di Puskesmas Tawiri dan Puskesmas Rumah Tiga. Ruang Lingkup Kajian Sarana dalam penelitian ini mencakup ketersediaan sarana, kecukupan dan kondisi sarana. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara sedangkan untuk metode pengukurannya melalui wawancara mendalam dan observasi.

Proses merupakan proses dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan.

#### 1. Perencanaan

Pedoman kerja yang telah diatur dalam pengelolaan Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga pada indikator hipertensi untuk mencapai tujuan -tujuan yang telah ditentukan. Aspek yang akan dikaji adalah perencanaan adanya dokumen perencanaan di Puskesmas. Alat ukur yang digunakan adalah pedoman wawancara sedangkan untuk metode pengukurannya melalui wawancara mendalam dan observasi.

## 2. Pengorganisasian

Keseluruhan proses pengelompokan orang - orang, alat-alat, tugas dan tanggung jawab atau wewenang sedemikian rupa sehingga satu dalam deraplangkah menuju sasaran yang telah ditentukan. Dalam penelitian ini aspek yang akan dilihat adalah adanya struktur organisasi, dan Pendelegasian wewenang.

## 3. Pelaksanaan

Tindakan untuk mengusahakan agar semua petugas kesehatan mau menjalankan rencana yang telah ditentukan sebelumnya. Informasi yang ingin diperoleh dari fungsi penggerakan meliputi perintah/ arahan/ SPT/ SPPD.

## 4. Pengawasan

Kegiatan untuk mengontrol berlangsungnya suatu kegiatan sehingga dapat diperbaharui terus menerus. Aspek yang ingin dikaji dari fungsi pengawasan adalah kunjungan/supervisi, pertemuan rutin dan dokumen laporan. Output (keluaran) dalam penelitian ini yaitu terlaksananya Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga pada indikator hipertensi di Puskesmas Tawiri dan Puskesmas Rumah Tiga. Pencapaian tersebut dapat dilihat dari data sekunder yang ada ditempat penelitian. Selain itu dapat disimpulkan juga dengan melihat hasil evaluasi pada input dan proses.