

EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) PADA INDIKATOR TB PARU DI KABUPATEN PATI (Studi Kasus pada Puskesmas Tayu II)

Naily Rahma Sari, Chriswardani Suryawati, Nurhasmadiar Nandini
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro
Email: nailyrahmasari@gmail.com

ABSTRACT

Tayu II Primary Health Care is one of the health center that has re-recorded data collection on PIS-PK in 2018. During the implementation there has never been an evaluation. Based on the data, there were differences between target achieved in PIS-PK and SPM. This study aims to evaluate the implementation of PIS-PK on the indicators of pulmonary TB in Tayu II Primary Health Care, Pati Regency. This was qualitative research with a descriptive approach. This research used in-depth interview and observation method to collect data from sample selected based on purposive sampling technique. The variables studied are input, process, and environment.

The results showed that the data collection hasn't been accompanied by a supporting form for screening and referral because there was no work procedure used as a reference for implementing TB services in the PIS-PK program. In its implementation, there were no planning documents which cover data collection activities until further interventions that integrated with the P2TB program. While activities that have been carried out other than data collection were the provision of initial interventions, advising patients to go to the Tayu II Primary Health Care, and reporting. Reporting was still not optimal because there was no coordination forum. Tayu II Primary Health Care advised to develop and establish SOPs so that they can improve the quality of data collection on PIS-PK in TB case finding, construct policies that clarify the involvement of the P2TB program, and optimize coordination of internal networks for further intervention.

Keywords : Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), TB Paru, Primary Health Care

PENDAHULUAN

Program Indonesia Sehat dalam mendukung keberhasilan pencapaian sasaran pembangunan kesehatan difokuskan pada empat area prioritas diantaranya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi, menurunkan prevalensi balita pendek (*stunting*), menanggulangi penyakit menular HIV-AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria, serta menanggulangi penyakit tidak menular Hipertensi, Diabetes, Obesitas, Kanker, dan Gangguan

Jiwa.¹ Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) 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.² 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.¹ Kabupaten Pati merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Tengah yang telah mengimplementasikan program PIS-PK sejak tahun 2016 dan berhasil menjadikan 100% Puskesmas di wilayah kerjanya menjadi lokus pelaksanaan PIS-PK di tahun 2017. Dalam evaluasi pelaksanaan pendataan keluarga sehat tahun 2018, indikator TB Paru berobot sesuai standar menjadi salah satu indikator yang masih perlu mendapat perhatian. Capaian pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) indikator TB Paru Kabupaten Pati pada tahun 2018 sebesar 44.31% dimana masih jauh dari 100% *total coverage*. Dari angka tersebut merepresentasikan bahwa terduga TB 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 Kabupaten Pati. Namun, dalam kurun waktu 2 tahun keberjalanan, pelaksanaan PIS-PK khususnya pada indikator TB Paru di Puskesmas Tayu II nyaris mencapai target yang diharapkan meski mengalami penurunan dari tahun 2017 ke 2018 sebesar 96,2% menjadi 94,8%. Hal tersebut tidak diikuti dengan capaian SPM yang selaras. Adanya program PIS-PK ini diharapkan menjadi salah satu upaya yang dilaksanakan untuk mendukung terwujudnya SPM dimana IKS dan 12 indikator keluarga sehat menjadi ukuran yang digunakan untuk menilai apakah SPM bidang kesehatan dijalankan dengan baik di wilayah yang bersangkutan. Faktanya, capaian SPM khususnya pada indikator layanan bagi terduga TB sesuai

standar hanya mencapai 15,6% di tahun 2018. Sementara, jumlah kasus TB Paru menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Pati terus mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun ke tahun. Selain itu, dalam keberjalanan pelaksanaannya belum pernah dilakukan evaluasi terhadap kualitas pelaksanaan pendataan maupun intervensi untuk mengidentifikasi dan memberikan layanan terduga TB sesuai standar, sementara capaian yang diperoleh nyaris mendekati target 100% yaitu mencapai 94,8%. 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 TB Paru di Puskesmas Tayu II Kabupaten Pati.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif, melalui wawancara mendalam (*in depth interview*), observasi, dan studi literatur. Penelitian dilakukan pada bulan Juni hingga Agustus 2019 di Puskesmas Tayu II dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pati. Teknik penentuan informan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*.

Faktor yang dianalisis dalam penelitian ini meliputi variabel input, proses, dan lingkungan. Pengolahan data dilakukan melalui tahapan pengumpulan data, reduksi, analisis, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Penelitian yang dilakukan juga telah divalidasi dengan *ethical clearance* dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Nomor: 326/EA/KEPK-FKM/2019.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Karakteristik Informan Penelitian

1. Informan Utama

Informan Utama terdiri dari 6 orang yaitu Kepala Puskesmas, pemegang program TB, pelaksana PIS-PK, bidan, dan dua tim pelaksana dengan jenjang usia 25-54 tahun. Seluruh informan telah bekerja di bidang masing-masing selama lebih dari 2 bulan.

2. Informan Triangulasi

Informan Triangulasi dalam penelitian ini terdiri dari 6 orang yaitu Koordinator PIS-PK di Dinas Kesehatan Kabupaten Pati, staff pelaksana Bidang Pelayanan Kesehatan, pemegang program TB, dan 3 penderita sebagai penerima layanan program PIS-PK dengan jenjang usia 34-85 tahun.

Deskripsi dan Analisis Variabel dalam Evaluasi Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada Indikator TB Paru

1. Tenaga

Tenaga kesehatan untuk pelaksanaan pendekatan keluarga selain tenaga manajemen Puskesmas (Kepala Puskesmas), diperlukan kelompok tenaga untuk fungsi lainnya.¹ Pelaksanaan PIS-PK pada indikator TB Paru di Puskesmas Tayu II dilakukan oleh tim khusus yang berfokus pada pendataan, terdiri dari 3 petugas internal puskesmas dan 3 orang dari luar puskesmas yang di rekrut menjadi tenaga enumerator. Riwayat pendidikan yang menjadi kualifikasi tenaga pelaksana PIS-PK di Puskesmas Tayu II rata-rata berpendidikan D3 Kesehatan. Perekrutan petugas pendataan dilaksanakan oleh pihak Puskesmas berdasarkan pada analisis kebutuhan tenaga pendataan dengan

mempertimbangkan aspek ketersediaan tenaga di Puskesmas, jumlah keluarga di wilayah kerja Puskesmas, luas wilayah kerja, kondisi geografis wilayah kerja, dan pendanaan.³

Dalam pelaksanaannya, pemegang program P2TB Puskesmas Tayu II beserta kader belum dilibatkan dalam tim. Faktanya, Puskesmas Tayu II memiliki tim pembina desa yang beranggotakan perwakilan program untuk melakukan kunjungan ke desa binaan wilayahnya namun belum ada koordinasi dengan PIS-PK. Sementara DKK Pati menyebutkan adanya tim binwil puskesmas diharapkan bertanggung jawab terhadap pendataan, intervensi lanjut, dan perubahan IKS. Hal ini masih belum sesuai dengan dimensi kompetensi teknis dalam penilaian mutu layanan kesehatan dimana tim PIS-PK tidak melibatkan pemegang program yang memiliki keterampilan terkait penatalaksanaan kasus yang dapat diandalkan (*dependability*) sesuai dengan kompetensi yang dimiliki. Kurangnya kompetensi teknis dapat mengakibatkan penyimpangan dari prosedur standar.⁴

Dalam menjalankan tugasnya, tenaga pelaksana telah dibekali pelatihan sebagai peningkatan kualitas pelaksanaan pendekatan keluarga. Namun, belum ada pelatihan teknis program terkait penatalaksanaan TB untuk intervensi lanjut PIS-PK sehingga mempengaruhi pengalaman petugas dalam mengidentifikasi kasus. Hal ini juga diperkuat dengan penelitian sebelumnya bahwa penemuan suspek oleh masyarakat

dipengaruhi oleh pengetahuan mereka tentang TB, semakin baik pengetahuan semakin mudah masyarakat mengenali kasus melalui gejala yang ada.⁵

2. Dana

Sumber pendanaan dalam pelaksanaan PIS-PK di puskesmas Tayu II berasal dari dana BOK yang pemanfaatannya digunakan untuk operasional pendataan dengan sistem pentahapan kunjungan rumah karena terbatasnya anggaran. Belum adanya alokasi khusus untuk kunjungan ulang atau kunjungan program dalam memverifikasi hasil pendataan sehingga menjadi kendala dalam pelaksanaan intervensi selanjutnya.

Penghitungan pembiayaan dapat disatukan dengan kegiatan SPM sehingga pemanfaatan dari berbagai sumber dana tersebut tidak tersegmentasi dalam masing-masing program yang dilaksanakan di Puskesmas. Selain itu alokasi nya dapat dialihkan untuk memaksimalkan kegiatan lain sehingga dapat efisien dan efektif. Hal ini dapat dilakukan dengan mengintegrasikan pemanfaatan kapitasi & BOK untuk pendanaan PIS-PK sesuai dengan implementasi pendanaan PIS-PK di Kabupaten Lampung Selatan yang menggunakan dana kapitasi dan dana BOK serta dapat menjadikan wilayah dengan cakupan PIS-PK tertinggi di Provinsi Lampung tahun 2017.^{6,7}

3. Sarana

Sarana dan prasarana yang digunakan dalam memberikan pelayanan sangat mempengaruhi kinerja petugas untuk melaksanakan tugas-tugasnya.⁸ Pada pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Tayu II, telah tersedia sarana dan prasarana meliputi pinkesga, formulir pendataan keluarga sehat, stiker, tensi, ATK, dan pot dahak yang dititipkan oleh program P2TB.

Namun untuk ketersediaan beberapa sarana masih menggunakan milik pribadi petugas yakni HP dan laptop sebagai alat entry data, serta keterbatasan tensi yang menggunakan inventaris puskesmas.

Hal ini sudah sesuai dengan standar sarana prasarana PIS-PK karena minimal memiliki prokesga dan pinkesga, namun belum ada formulir pendukung yang dilampirkan saat penjangkaran langsung ke masyarakat untuk membantu dalam menemukan terduga TB saat pendataan PIS-PK diantaranya formulir skrining TBC serta formulir rujukan untuk diberikan pada keluarga yang memiliki gejala utama dan/atau minimal 2 gejala lain.⁹

4. Kebijakan dan SOP

Metode merupakan sebuah cara pengaturan yang diberlakukan untuk mencapai tujuan. Berdasarkan hasil penelitian, seluruh informan sebagai pelaksana kegiatan telah mengetahui adanya kebijakan terkait PIS-PK. Dalam rangka melaksanakan PIS-PK, telah diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Umum PIS-PK diikuti dengan penerbitan petunjuk teknisnya. Pedoman lain yang bisa digunakan acuan pelaksanaan selain pedoman umum PIS-PK adalah Permenkes tentang Pedoman Pemantauan dan Evaluasi Terpadu PIS-PK dan buku petunjuk teknis untuk para petugas puskesmas pelaksana kunjungan rumah (pembina keluarga), kader, dan petugas nusantara sehat. Dukungan program TB terhadap peningkatan IKS yaitu dengan mengacu pada buku juknis penemuan aktif TBC integrasi PIS-PK, modul pelayanan penyakit menular di keluarga dan program nasional pengendalian TB.¹⁰

Dalam pelaksanaannya, Puskesmas Tayu II sudah memiliki SOP terkait pendataan dan

beberapa pedoman dari pelatihan diantaranya: buku pedoman umum PIS-PK dan buku pedoman monev. Namun belum memiliki prosedur kerja yang digunakan sebagai acuan pelaksanaan pelayanan TB pada program PIS-PK. Hal ini menjadi salah satu kendala yang dapat mempengaruhi kualitas pelaksanaan PIS-PK pada indikator TB Paru karena belum adanya prosedur kerja atau protokol yang digunakan sebagai salah satu parameter mutu layanan kesehatan yang diberikan. Pernyataan ini dikuatkan oleh hasil penelitian Mukhadiono dkk yang menyebutkan bahwa prosedur pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terkait dengan regulasi atau peraturan yang berlaku mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kualitas pelayanan.¹¹

5. Perencanaan

Fungsi perencanaan yang dijalankan Puskesmas Tayu II pada kegiatan PIS-PK diintegrasikan dalam *Plan of Action* (POA) kegiatan BOK Puskesmas. Hal-hal yang direncanakan yaitu terkait kegiatan pendataan yang disesuaikan dengan standard perencanaan DKK dan ketersediaan dana untuk menetapkan sasaran desa yang akan dikunjungi. Perencanaan dalam rangka keluarga sehat terintegrasi dalam RUK/RPK Puskesmas.

Selama ini perencanaan PIS-PK tidak dikoordinasikan dengan program dan masih berjalan sendiri-sendiri. Berdasarkan hasil observasi, belum ada dokumen khusus yang membahas terkait perencanaan PIS-PK dalam mengakomodir program P2TB untuk kegiatan intervensi lanjut. Pihak-pihak yang terlibat dalam perencanaan PIS-PK pada Puskesmas Tayu II yaitu kepala puskesmas beserta perwakilan 5 program, namun pemegang program P2TB belum dilibatkan. Pada

indikator TB, PIS-PK tidak memiliki target untuk menemukan suspek sejumlah tertentu. Berbeda dengan program P2TB yang setiap tahunnya dilakukan perhitungan untuk penetapan target penemuan kasus.

Perencanaan akan diperkuat dengan data seluruh keluarga di wilayah kerja Puskesmas yang berasal dari Prokesga. Penyusunan RUK dilaksanakan melalui pendekatan keterpaduan lintas program dan lintas sektor dalam lingkup siklus kehidupan. Keterpaduan penting untuk dilaksanakan mengingat adanya keterbatasan sumber daya di Puskesmas. Penyusunan RUK terintegrasi kedalam sistem perencanaan daerah dan dalam tataran target pencapaian akses, target kualitas pelayanan, target pencapaian output dan outcome, serta menghilangkan kondisi yang dapat menyebabkan kehilangan peluang dari sasaran program untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang seharusnya dapat dilaksanakan secara terintegrasi dalam satu pelaksanaan.¹² Pada tahap perencanaan membutuhkan pemberdayaan terhadap pengelola program agar dapat meningkatkan *performance* pengelola dalam memberikan pelayanan.¹³

6. Pengorganisasian

Pengorganisasian didefinisikan sebagai proses pengelompokan, penetapan, dan pengaturan berbagai aktifitas untuk mencapai tujuan yang didelegasikan kepada setiap individu yang akan melakukan aktifitas-aktifitas tersebut.¹⁴ Berdasarkan hasil penelitian dan observasi, Puskesmas Tayu II telah menunjukkan komitmen dalam pelaksanaan PIS-PK dengan menjalankan fungsi pengorganisasian yakni menetapkan struktur organisasi beserta uraian pembagian tugas yang didelegalkan

dalam bentuk SK tim pelaksana kegiatan.

Pihak-pihak yang termasuk dalam struktur organisasi tim pelaksana PIS-PK di Puskesmas Tayu II meliputi Penanggung Jawab, Ketua, Sekretaris, seksi Manajemen Teknis dan Pembina Wilayah, Seksi Pendataan, Pengolah dan Analisis data, serta seksi pelaporan. Pemegang program P2TB tidak disebutkan dalam struktur padahal memiliki tanggung jawab untuk melakukan kunjungan ke masing-masing desa binaan wilayahnya sebagai tim pembina desa. Selama keberjalanan pelaksanaan, belum ada koordinasi antara tim pembina desa dengan PIS-PK. Selain itu jejaring koordinasi internal antara tim pelaksana dengan pemegang program P2TB belum optimal dikarenakan belum adanya sebuah forum pertemuan rutin sehingga tidak semua data dilaporkan.

Pencapaian target dan sasaran organisasi ditentukan oleh kemampuan kerja dari seluruh komponen yang terlibat di dalam organisasi terutama SDM yang menjadi fokus utama tercapainya target dan sasaran. Dapat diketahui bahwa dalam pelaksanaan PIS-PK khususnya pada indikator TB Paru, belum terdapat pembagian tugas yang jelas dan kurangnya koordinasi antara tim dengan pemegang program P2TB. Menurut Pohan, interaksi antar petugas pada aspek hubungan manusia menjadi salah satu parameter penting dalam penilaian mutu. Hal ini dikuatkan oleh penelitian Muhofi bahwa dimensi hubungan antarmanusia yang kurang baik dapat mengurangi kadar dimensi efektivitas dan dimensi kompetensi teknis dari layanan kesehatan yang diselenggarakan.^{4,15}

7. Pelaksanaan

Pelaksanaan program PIS-PK pada indikator TB Paru di

Puskesmas Tayu II tidak terpisah dari pendataan 12 indikator dalam formulir keluarga sehat. Dalam mengidentifikasi terduga TB pada anggota keluarga, kegiatan yang dilakukan berupa wawancara sesuai poin-poin pertanyaan pada formulir KS pada keluarga yang dikunjungi. Hal ini sudah sesuai dengan panduan pengisian Prokesga pada buku Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga dimana pengisian form data individu dilakukan dengan cara menanyakan item pertanyaan langsung kepada responden dan juga didukung dengan observasi lingkungan rumah.³ Namun, masih belum bisa dikatakan sebagai penemuan kasus karena temuan masih umum dimana item pertanyaan untuk penjarangan kasus pada PIS-PK banyak dan belum spesifik, serta tidak ada form skrining TBC yang dilampirkan. Dalam melakukan skrining, upaya mendeteksi ada tidaknya suatu penyakit pada orang yang tampak sehat sangat bergantung pada sensitivitas dan spesivitas alat skrining yang digunakan.¹⁶

Selain itu, berdasarkan petunjuk teknis penemuan aktif TBC integrasi PIS-PK, bila ada orang yang memiliki gejala yang dinyatakan suspek, pendata memberikan formulir rujukan kepada keluarga. Namun dalam pelaksanaannya selama ini belum demikian. Keluarga yang didata sebagai suspek hanya disarankan untuk melakukan pemeriksaan lanjut ke Puskesmas tanpa pemberian formulir rujukan. Pemanfaatan data di Puskesmas Tayu II masih bersifat kuantitas karna mengejar target pencapaian selesainya pendataan.

Untuk memfasilitasi terduga maupun pasien dalam mengakses pelayanan disesuaikan dengan standar pelayanan minimal (SPM) dilakukan melalui program Gebrak

TBC yang diperoleh dari data penemuan ketuk pintu kader karena selama pelaksanaan PIS-PK ini tidak pernah dilaporkan hasil temuan pasien dengan gejala TB dari pendataan PIS-PK.

Berdasarkan hasil tersebut dapat diketahui bahwa adanya inefisiensi layanan dimana tidak adanya tindak lanjut setelah hasil pendataan PIS-PK terkumpul. Pemegang program P2TB memberikan tindak lanjut hanya pada perolehan data ketuk pintu. Berdasarkan Pohan (2007) pelayanan yang kurang baik karena norma yang tidak efektif atau pelayanan yang salah harus dikurangi dan dihilangkan.

Intervensi lanjut yang dilakukan meliputi rujukan oleh kader untuk menyetorkan dahak pasien ke puskesmas, penegakan diagnosis melalui TCM yang dilakukan di RSU Soewondo, pemantauan kemajuan pengobatan melalui kartu register TB oleh pemegang program P2TB, serta pengobatan dengan OAT melalui pemeriksaan lanjut untuk penentuan obat sesuai kategori yang diberikan melalui pelayanan luar gedung berupa kunjungan keluarga dan penyuluhan untuk intervensi awal, serta pelayanan dalam gedung berupa intervensi lanjut untuk pemeriksaan dan pengobatan.¹⁷

Pemberian informasi untuk pencegahan dan pengendalian infeksi pada keluarga sudah dilakukan sesuai dengan pedoman bahwa Paket Informasi Keluarga (Pinkesga) diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Muhofi (2013) bahwa petugas mampu memberikan informasi yang jelas. Penyuluhan kesehatan yang baik bersumber dari komunikasi yang baik. Ketika pasien yang diberlakukan kurang baik cenderung akan mengabaikan nasihat dan tidak

akan mau melakukan kunjungan ulang.^{18,15}

8. Pengawasan

Monitoring pendataan dilakukan oleh koordinator pelaksana melalui laporan bulanan terkait temuan masalah di lapangan antara pendata dengan koordinator PIS-PK beserta kepala Puskesmas. Namun terkait perkembangan untuk keberjalanan indikator TB Paru pada PIS-PK belum ada pengawasan khusus dan penetapan target dari pemegang program P2TB. Selain itu, monev dilakukan dengan tujuan untuk melihat kedisiplinan dalam bagaimana dan sejauh apa tim pelaksana bekerja. Hal ini sesuai dengan penelitian Nartika (2015) yang menyebutkan bahwa tanggung jawab dan ketaatan terhadap aturan kantor menjadi salah satu indikator disiplin kerja yang memiliki pengaruh terhadap kualitas pelayanan. Semakin baik disiplin kerja maka kualitas pelayanan akan baik pula, begitu pun sebaliknya.¹⁹

9. Lingkungan

Pada penelitian kali ini lingkungan merupakan segala sesuatu yang mempunyai pengaruh terhadap pelaksanaan program. Hasil yang diperoleh yakni kesiediaan masyarakat untuk dilakukan pendataan, namun terdapat respon yang kurang kooperatif saat diminta untuk mengembalikan pot sputum dan melakukan pemeriksaan dahak. Namun hal tersebut tidak menjadi kendala karena dapat diupayakan melalui keterlibatan tenaga masyarakat sebagai mitra melalui pengurus organisasi kemasyarakatan ataupun kader-kader kesehatan.³

Selain itu, puskesmas Tayu II belum memanfaatkan jaringan pelayanan salah satunya Puskesmas Keliling sebagai sarana untuk memfasilitasi masyarakat dalam memudahkan akses untuk

penyetoran dahak. Sementara Puskesmas dapat memberikan instruksi langsung dan berkoordinasi dengan jejaringnya untuk dapat melaksanakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam mencapai tujuan menuju Indonesia Sehat.³ Selanjutnya, bentuk dukungan DKK berupa bimbingan teknis dan memfasilitasi Puskesmas untuk pemeriksaan dahak TCM di RS. Menurut penelitian oleh Laelasari dkk, dalam PIS-PK implementasi kebijakan melibatkan peran serta dinas kesehatan, puskesmas, dan lintas sektor terkait yang saling bersinergi. Dukungan dari perangkat desa atau kelurahan juga sangat diperlukan untuk memudahkan akses ke masyarakat.²⁰

KESIMPULAN

1. Pada aspek Input, SDM belum berpengalaman dalam penemuan dan penatalaksanaan TB, ketersediaan dana belum mencukupi untuk kunjungan ulang dan verifikasi hasil pendataan, belum adanya prosedur kerja sebagai acuan pelaksanaan pelayanan TB pada PIS-PK dan belum adanya formulir skrining dan rujukan yang dilampirkan pada formulir pendataan KS.
2. Pada aspek Proses, belum ada dokumen perencanaan yang mencakup kegiatan pendataan s.d intervensi, belum adanya forum koordinasi lintas program, kurangnya pemahaman DO antara PIS-PK dengan program, serta belum dilakukannya validasi data.
3. Pada aspek Lingkungan, seluruh masyarakat mendukung adanya pelaksanaan kegiatan PIS-PK, DKK mengupayakan terpenuhinya tenaga pelaksana dan memberikan bimbingan teknis selama pelaksanaan PIS-PK, namun belum ada koordinasi dalam pemanfaatan

jejaring pelayanan pada lintas program puskesmas.

SARAN

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pati

- a. Memberikan pelatihan terkait teknis program dan penghitungan pembiayaan serta membuat standard perencanaan yang mengintegrasikan kegiatan pendataan s.d intervensi lanjut untuk memudahkan puskesmas dalam membuat prosedur kerja dalam pelayanan TB pada PIS-PK
- b. Menetapkan target penemuan PIS-PK yang disinkronkan dengan target program dalam pencapaian SPM
- c. Mengoptimalkan supervisi diluar jadwal bintek untuk mengawal perkembangan pelaksanaan pelayanan TB pada PIS-PK
- d. Memotivasi puskesmas untuk melibatkan kader dan bidan desa dalam membantu mengawal pemberian layanan pada pelaksanaan PIS-PK

2. Bagi Puskesmas

- a. Menyusun, menyempurnakan, dan menetapkan SOP internal sesuai dengan petunjuk teknis penemuan aktif TBC integrasi PIS-PK, pedoman pelaksanaan PIS-PK, dan petunjuk teknis tata cara pemenuhan SPM bidang Kesehatan
- b. Meningkatkan kualitas pendataan dengan menyediakan form skrining dan rujukan yang dilampirkan pada formulir pendataan KS
- c. Melibatkan pemegang program P2TB melalui pengoptimalan fungsi tim pembina desa untuk turut andil dalam memberikan intervensi lanjut
- d. Mengoptimalkan koordinasi jejaring internal puskesmas untuk validasi dan sinkronisasi data capaian SPM dengan PIS-PK secara berkala

- e. Mengefektifkan sumber daya (biaya, tenaga, waktu) melalui pengintegrasian program Gebrak TBC dengan PIS-PK
- f. Menginstruksikan puskesmas keliling untuk memfasilitasi masyarakat dalam pemeriksaan dan penyeteroran dahak.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. (Edisi 2). Jakarta
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas Dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta
4. Pohan, Imbalo S. (2004). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
5. Wahyuni, CU Dan Artanti, KD. (2013). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. Kesehatan Masyarakat*. Vol. 8, No. 2, September 2013.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM bidang Kesehatan*. Jakarta
7. IAKMI. (2018). *Hasil Sementara Riset Implementasi PIS-PK di Kab. Lampung Selatan*. Manado.
8. Ristiani, I.Y. (2017). *Pengaruh Sarana Prasarana dan Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien. Coopetition*. Vol VIII, Nomor 2. November, November 2017: 155-156.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Juknis Penemuan Aktif TBC Integrasi Program Indonesia Sehat Melalui Pendekatan Keluarga (PISPK)*. Jakarta
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan*. Jakarta
11. Subagyo Widyono. (2011). *Pengaruh Prosedur dan Fasilitas Pelayanan Terhadap Kualitas Pelayanan Peserta Program Jamkesmas di Puskesmas I Cilongok*. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. Volume 6, No.1, Maret 2011. Prodi Keperawatan Purwokerto. Poltekkes Semarang.
12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas*. Jakarta
13. Uum Suminar. (2007). *Hubungan Kemampuan Manajerial, Motivasi Kerja, dan Persepsi Pengelola terhadap Program Pemberdayaan dengan Mutu Pelayanan PKBM di Kabupaten Garut*. *Jurnal Ilmiah VISI PTK-PNF*. Vol 2, No.1

14. Hasibuan, Malayu SP. (2001). Manajemen SDM. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
15. Muhofi, A. (2013). Studi Kualitas Pelayanan Kesehatan Pasien Jamkesmas Pada Unit Rawat Jalan Di Puskesmas Tanrutedong Kabupaten Sidenreng Rappang Tahun 2013. *Skripsi*. Kesehatan Masyarakat. Makassar: Universitas Hasanuddin
16. Budiarto. Anggraeni D. (2003). Pengantar Epidemiologi (Edisi 2). Jakarta: EGC.
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan*. Jakarta
18. Imbalo, P. (2007). Jaminan Mutu Layanan Kesehatan. Dasar-Dasar Pengertian Dan Penerapan Jakarta: Buku Kedokteran EGC
19. Febriarti, N.P. (2015). Pengaruh Disiplin Kerja, Kompetensi Pegawai dan Fasilitas Kantor terhadap Kualitas Pelayanan sub bagian Tata Pemerintahan pada Pembuatan Kartu Keluarga (KK) di Kantor Kecamatan Mirit Kabupaten Kebumen. *Skripsi*. Pendidikan Ekonomi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
20. Laelasari E., Anwar A., Soerachman R. (2017). *Jurnal Ekologi Kesehatan*. Indonesia.