

**IMPLEMENTASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN  
PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) SEBAGAI UPAYA  
PEMBANGUNAN KESEHATAN  
(Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu)**

**Skripsi**

**Oleh:**

**NILA ARSITA**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2019**

## **ABSTRACT**

### **THE IMPLEMENTATION OF INDONESIA HEALTHY PROGRAM WITH THE APPROACH OF THE FAMILY (PIS-PK) AS A HEALTH DEVELOPMENT EFFORTS (STUDY IN GADINGREJO REGENCY PRINGSEWU)**

**By**

**Nila Arsita**

Healthy Indonesia program with the approach of the family (PIS-PK) is intended to increase the degree of public health through health and community empowerment efforts are supported with financial protection and equitable health services. Implementation of PIS-PK is in fact outside the building health care Clinics. Through family visits, Team Clinics at once can provide early intervention against health problems that exist in every Member of the family. An expected data referable in conducting evaluations and interventions.

Sub Gadingrejo Regency Pringsewu is one area which did not escape from the target program national PK PIS. During the implementation of the programme of the PIS-PK in Gadingrejo yet little-known by the public, so that the less response occurred at the beginning of the implementation of home visits.

This research focuses on the problems of implementation of the programme of the PIS-PK as a health development efforts in Pringsewu Regency Gadingrejo. In order to reveal these problems, researchers using public policy implementation theory belongs to Van Meter and Van Horn, the kind of this research is descriptive research with qualitative approach.

In this study it was found that the implementation of the programme of the PIS-PK are in the category of either Category either because it already has standards and a clear policy objectives and is scalable to support the success of the program in accordance with the expected goal, communication and coordination went smoothly, the characteristics of the implementing agency is in compliance with the objectives of the program, an attitude or disposition of implementing good environmental factors, social, economic and political support against the implementation of PIS-PK at Sub Gadingrejo.

**Keywords : Implementation, PIS-PK, Public Health Degrees**

## **ABSTRAK**

### **IMPLEMENTASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) SEBAGAI UPAYA PEMBANGUNAN KESEHATAN (STUDI DI KECAMATAN GADINGREJO KABUPATEN PRINGSEWU)**

**Oleh**

**Nila Arsita**

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Implementasi PIS-PK pada hakikatnya merupakan pelayanan kesehatan di luar gedung Puskesmas. Melalui kunjungan keluarga, Tim Puskesmas sekaligus dapat memberikan intervensi awal terhadap permasalahan kesehatan yang ada di setiap anggota keluarga. Diharapkan sebuah data yang dapat dijadikan acuan dalam melakukan evaluasi dan intervensi lanjut.

Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu merupakan salah satu wilayah yang tidak luput dari sasaran program PIS-PK nasional. Selama ini pelaksanaan Program PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo belum banyak diketahui oleh masyarakat, sehingga timbul respon yang kurang pada awal pelaksanaan kunjungan rumah.

Penelitian ini menitikberatkan pada permasalahan implementasi Program PIS-PK sebagai upaya pembangunan kesehatan di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. Dalam rangka mengungkapkan permasalahan ini, peneliti menggunakan teori implementasi kebijakan publik milik Van Meter dan Van Horn, jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa implementasi Program PIS-PK berada dalam kategori baik. Kategori baik karena telah memiliki standar dan sasaran kebijakan yang jelas dan terukur untuk mendukung keberhasilan program sesuai dengan tujuan yang diharapkan, komunikasi dan koordinasi yang berjalan dengan lancar, karakteristik agen pelaksana sudah sesuai dengan tujuan program, sikap atau disposisi pelaksana yang baik, faktor lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang mendukung terhadap pelaksanaan PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo.

**Kata Kunci: Implementasi, Program PIS-PK, Derajat Kesehatan Masyarakat**

**IMPLEMENTASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN  
PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) SEBAGAI UPAYA  
PEMBANGUNAN KESEHATAN  
(Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu)**

**Oleh**

**NILA ARSITA**

**Skripsi**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar  
SARJANA ILMU ADMINISTRASI NEGARA**

**Pada**

**Jurusan Ilmu Administrasi Negara  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDARLAMPUNG  
2019**

Judul Skripsi : **IMPLEMENTASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) SEBAGAI UPAYA PEMBANGUNAN KESEHATAN (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu)**

Nama Mahasiswa : *Nila Arsita*

Nomor Pokok Mahasiswa : 1516041013

Jurusan : Ilmu Administrasi Publik

Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

**MENYETUJUI**

**1. Komisi Pembimbing**



**Dr. Noverman Duadji, M.Si.**  
NIP 19691103 200112 1 002



**Ita Prihantika, S.Sos., M.A.**  
NIP 19840630 201504 2 002

**2. Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Publik**



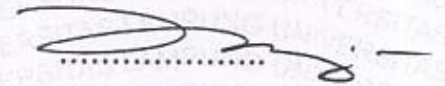
**Dr. Noverman Duadji, M.Si.**  
NIP 19691103 200112 1 002



## MENGESAHKAN

### 1. Tim Penguji

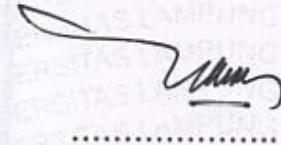
Ketua : **Dr. Noverman Duadji, M.Si.**



Sekretaris : **Ita Prihantika, S.Sos., M.A.**



Penguji Utama : **Dr. Bambang Utoyo S, M.Si.**



### 2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



**Dr. Syarif Makhya**

NIP 19590803 198603 1 003

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **24 Juni 2019**

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya tulis saya, Skripsi/Laporan akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Sarjana/Ahli Madya), baik Universitas Lampung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarangnya dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dari karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Bandarlampung, 19 Juni 2019

Yang membuat pernyataan,



Nila Arsita

NPM. 1516041013

## RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama lengkap Nila Arsita, lahir di Desa Banjarejo, Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu, Lampung pada tanggal 7 September 1997. Merupakan anak pertama dari tiga bersaudara dari pasangan Bapak Sugiyanto dan Ibu Sukisni. Penulis menempuh jenjang pendidikan dari Sekolah Dasar

Negeri (SDN) 3 Mataram yang diselesaikan pada tahun 2009. Selanjutnya pada tahun 2012 menyelesaikan pendidikan di Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 3 Gadingrejo. Pendidikan selanjutnya Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) 1 Gadingrejo diselesaikan pada tahun 2015.

Pada tahun 2015 penulis diterima sebagai mahasiswa Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) Universitas Lampung melalui jalur SNMPTN. Selama menjadi mahasiswi, penulis berkesempatan berorganisasi dalam Himpunan Mahasiswa Administrasi Negara (HIMAGARA) dan berkesempatan menjadi Kepala Bidang Rumah Tangga Organisasi (RTO) dan juga diorganisasi tingkat fakultas CENDEKIA sebagai Kepala Bidang Kajian Pengembangan dan Keilmuan.



## **MOTTO**

**“Boleh jadi kamu membenci sesuatu, padahal ia amat baik bagimu, dan boleh jadi (pula) kamu menyukai sesuatu padahal ia amat buruk bagimu, Allah mengetahui, sedang kamu tidak mengetahui”**

**(Q.S Al-Baqarah:216)**

**“Dan hanya kepada Allah hendaknya kamu berharap”.**

**(QS.AL-Insyirah:8)**

**“Dan berikanlah kabar gembira kepada orang-orang yang sabar, yaitu yang ketika ditimpa musibah mereka mengucapkan : sungguh kita semua ini milik**

**Allah dan sungguh kepada Nya lah kita kembali”**

**(QS. Al-Bqarah:155-156)**

## **PERSEMBAHAN**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan menyebut nama ALLAH SWT

Dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, kupersembahkan karya ini untuk;

**Kedua Orang Tuaku Tercinta**

**Bapak Sugiyanto dan Ibu Sukisni**

Yang telah memberikan cinta dan kasihnya, memberikan semangat, dukungan, serta motivasi. Terimakasih atas keikhlasan dan ketulusan serta doa yang tiada hentinya selalu kalian berikan untuk anakmu ini.

**Adikku tersayang Ayu Aryati dan Nuraida**

Terimakasih atas dukungan dan semangatnya

**Untuk keluarga besarku, sahabat sahabatku tercinta, dan teman-teman  
seperjuanganku**

**Para pendidik tanpa tanda jasa yang selalu ku hormati**

**ALMAMATER TERCINTA, UNIVERSITAS LAMPUNG**

## SANWACANA

Assalamualaikum, Wr. Wb

Alhamdulillahirabbil'alamin, segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya yang tiada henti tcurahkan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul **“Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu)”**. Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Administrasi Negara pada jurusan Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Lampung.

Selama penyusunan skripsi ini penulis menyadari keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan berupa arahan, bimbingan, serta kerja sama semua pihak yang telah turut membantu dalam proses menyelesaikan skripsi ini. Untuk itu, dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT pemilik seluruh alam semesta dan isinya, dengan ridho-Nya diiringi rasa syukur selalu kpujatkan limpahan rahmat serta hidayah-Nya.

2. Bapak Dr. Syarief Makhya, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Lampung.
3. Bapak Dr. Noverman Duadji, M.Si. selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara, FISIP Universitas Lampung sekaligus Dosen Pembimbing Utama yang selalu bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran, motivasi dan selalu memberikan saran yang sangat bermanfaat kepada penulis selama proses bimbingan dari awal hingga akhir penyusunan skripsi ini. Terimakasih bapak semoga segala keiklasan bapak dalam membimbing saya selama ini mendapat berkah dari Allah SWT.
4. Ibu Ita Prihantika, S.Sos., M.A selaku Dosen Pembimbing Kedua yang selalu senantiasa bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, saran, masukan, motivasi kepada penulis dari awal hingga akhir penyusunan skripsi. Terimakasih ibu, semoga Keiklasan dan ketulusan ibu dalam membimbing dan mendidik saya selama ini mendapatkan keberkahan dari Allah SWT.
5. Bapak Dr. Bambang Utoyo S M.Si selaku dosen pembahas yang telah bersedia untuk memberikan saran dan masukan yang sangat bermanfaat bagi penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Terimakasih banyak kepada bapak, semoga mendapatkan keberkahan dari Allah SWT.
6. Seluruh Dosen Jurusan Ilmu Administrasi Negara, FISIP UNILA. Terimakasih atas segala ilmu yang telah bapak ibu berikan, semoga ilmu dan pengalaman yang telah penulis peroleh selama perjalanan di kampus dapat menjadi bekal untuk kehidupan penulis kedepan.

7. Bapak Azhari dan pak Jo dan mbak Wulan sebagai staf jurusan Ilmu Administrasi Negara yang selalu sabar memberikan pelayanan dan membantu penulis terkait administrasi yang berkaitan dengan penyusunan skripsi.
8. Segenap informan penelitian yaitu Ibu Noviani selaku seksi litbang dan kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Bapak Uki Basuki selaku kepala bidang PKP Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Ibu Reni Kartika Sari selaku kepala Bidang PKP Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, Ibu Idawati selaku Koordinator PIS-PK UPT Puskesmas Gadingrejo, Ibu Anisa Wilda selaku Koordinator PIS-PK UPT Puskemas Wates, Ibu Subandiyah selaku Surveyor PIS-PK serta pihak lainnya yang telah bersedia menjadi informan penulis. Terimakasih telah memberikan informasi serta waktunya demi kelancaran selama proses penelitian ini.
9. Mamak dan bapakku tercinta. Terimakasih adalah sebuah ucapan yang tidak sebanding dengan apa yang telah kalian berikan kepadaku, tiada henti selalu mendoakan segala kegiatanku, mendidik, merawatku dengan kesederhanaan serta kesabaran yang tulus dan ikhlas, terimakasih untuk dukungan, semangat dan motivasi. Semoga Allah selalu melimpahkan kesehatan, keselamatan dan melimpahkan keberkahan hidup untuk kalian, terimakasih banyak Mak, Pak.
10. Adikku tersayang Ayu Aryati dan NurAida. Terimakasih untuk semangat dan dukungan kalian untuk mbak.



11. Keluarga besar dan Nenek Suari. Termakasih atas semangat, motivasi, bantuan dan doa yang telah diberikan, sehingga penulis bisa sampai tahap ini.
12. Sahabatku MU Ais, Anis, Sinta, Nonok, Dieky, Dian, Riko, terimakasih telah menjadi sahabat terbaik sejak 10 tahun yang lalu, terimakasih telah banyak membantuku dalam banyak hal, sabar menghadapi aku yang selalu minta pulang saat pergi bersama. Tetap jadi seperti ini, makin solid.
13. Sahabat masa kuliahku yang takkan kulupakan, Mbak Nisa, Tyas, Arum, Onisa, Maul, Intan, Wendy, Cindy, Ana, Dedy, Tina dan semua yang tidak dapat kusebutkan satu persatu, Terimakasih atas masa-masa indah dan penuh perjuangan, tetap semangat semoga tercapai cita-cita kita Amiin.
14. Keluarga besar HIIMAGARA FISIP UNILA terimakasih telah menjadi rumah kedua dan mengajarkanku banyak hal.
15. Keluarga besar CENDEKIA FISIP UNILA terimakasih atas kebersamaannya dan menerimaku sebagai bagian dari kalian.
16. Terimakasih untuk semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan skripsi ini tanpa terkecuali, yang tidak dapat ditulis satu persatu, yang memberikan doa dan dukungan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya sederhana ini.

Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua dan pihak-pihak yang lain yang membutuhkan terutama bagi penulis, saran dan kritik yang membangun sangat penulis harapkan. Akhir kata penulis ucapkan terimakasih, semoga Allah memberikan kebaikan bagi kita semua, dan tetap jaga tali

silaturahmi dan bertemu kembali sebagai keluarga serta tercapai semua yang dicita-citakan. Amiin Yaa Rabbal'amin.

Bandarlampung, 22 Juni 2019  
Penulis,

Nila Arsita

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	14
C. Tujuan Penelitian .....	15
D. Kegunaan Penelitian .....	15
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Tentang Kebijakan Publik .....	16
1. Konsep Kebijakan Publik .....	16
2. Tahapan Kebijakan Publik .....	19
B. Tinjauan Tentang Implementasi Kebijakan .....	21
1. Konsep Implementasi Kebijakan .....	21
2. Model Implementasi Kebijakan .....	23
3. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Kebijakan .....	33
C. Tinjauan Tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) .....	35
1. Konsep Keluarga .....	35
2. Pelaksanaan Pendekatan Keluarga .....	37
D. Kerangka Pemikiran .....	41

### III. METODE PENELITIAN

A. Tipe Penelitian .....	44
B. Fokus Penelitian .....	45
C. Lokasi Penelitian .....	47
D. Jenis dan Sumber Data .....	48
E. Teknik Pengumpulan Data.....	51
F. Teknik Analisis Data.....	53
G. Teknik Keabsahan Data .....	56

### IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	59
1. Profil Wilayah Kabupaten Pringsewu .....	59
2. Profil Kecamatan Gadingrejo .....	61
B. Gambaran Umum UPT puskesmas Gadingrejo dan UPT puskesmas Wates .....	64
1. Profil UPT puskesmas Gadingrejo dan UPT puskesmas Wates ....	64
C. Gambaran Umum Program PIS-PK .....	67
1. Profil PIS-PK Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. ....	67
D. Hasil Penelitian .....	70
1. Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu) .....	70
2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu) .....	92
E. Pembahasan .....	96
1. Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu) .....	97
2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu) .....	110

**V. KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	112
B. Saran .....	113

**DAFTAR PUSTAKA****LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. 17 Tujuan dari Sustainable Development Goals (SDGs) .....	6
2. Sektor Kesehatan dalam SDGs .....	7
3. Indikator Kesehatan Provinsi Lampung 2015-2017 .....	9
4. Daftar Informan yang Berkaitan dengan Penelitian .....	49
5. Daftar Dokumen yang Berkaitan dengan Penelitian.....	51
6. Persebaran Penduduk Kabupaten Pringsewu Per Kecamatan, 2017 .....	60
7. Kepadatan Penduduk Menurut Pekon di Kecamatan Gadingrejo, 2017 .....	62
8. Pembagian Wilayah Kerja UPT Puskesmas Gadingrejo dan UPT Puskesmas Wates .....	66
9. IKS Kecamatan Gadingrejo Per September 2018.....	69
10. Tim KS UPT Puskesmas Gadingrejo .....	78
11. Tim KS UPT Puskesmas Wates . .....	79

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Jumlah Pendataan Keluarga PerProvinsi Per Tanggal 10 Agustus 2018 .....	8
2. Jumlah Pendataan Keluarga KS Per Kabupaten Kota (10 Agustus 2018).....	10
3. Model Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn .....	29
4. Kerangka Pemikiran .....	43
5. Analisis Data Model Interaktif .....	56
6. Mekanisme Interaksii Puskesmas-Kelurga-UKBM .....	77
7. Surveyor Memeriksa Kondisi Kesehatan Keluarga Keluarga dan MCK ....	82
8. Kuisisioner Profil Kesehatan Keluarga .....	83
9. Sosialisasi Program PIS-PK Kepada Lintas Sektor .....	86
10. Monev PIS-PK Kecamatan Gadingrejo 2018 .....	86
11. Model Komunikasi Antar Pelaksana PIS-PK Kec Gadingrejo .....	88
12. Contoh Laporan PIS-PK UPT Puskesmas Gadingrejo 2019 .....	98
13. Upaya Kuratif PIS-PK Puskesmas Wates .....	99

## I. PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Bidang kesehatan merupakan salah satu tujuan pembangunan pemerintah Indonesia. Bidang ini krusial untuk keberlanjutan pembangunan suatu bangsa. Disisi lain berbagai macam masalah kesehatan sampai saat ini masih menjadi pekerjaan rumah bagi pemerintah Indonesia.

Tahun 2018 Indonesia memiliki 3 masalah kesehatan yang menjadi sorotan publik, *pertama* yaitu tingginya angka kasus penyakit Tuberculosis (TBC) berdasarkan data WHO Global Tuberculosis Report 2016, Indonesia menempati posisi kedua dengan beban TBC tertinggi di dunia hal ini meliputi banyak kasus yang belum terdeteksi dan belum diobati serta belum dilaporkan. Angka TBC di Indonesia berdasarkan mikroskopik sebanyak 759 per 100 ribu penduduk untuk usia 15 tahun ke atas. *Kedua*, masalah stunting atau biasa disebut dengan gizi buruk. Di Indonesia stunting memiliki berbagai faktor diantaranya ibu yang kurang nutrisi saat masa remaja, masa kehamilan, masa menyusui dan infeksi pada ibu. Pada 2010 WHO membatasi masalah stunting sebesar 20%, namun berdasarkan pemantauan gizi 2015-2016 prevalansi balita stunting di Indonesia dari 34 Provinsi hanya ada 2 provinsi yang berada dibawah batasan WHO

tersebut. *Ketiga*, yaitu masalah imunisasi yang kembali dianalisa terkait Kejadian Luar Biasa (KLB) difteri dan campak yang baru-baru ini terjadi membuat pemerintah harus kembali menganalisa terkait cakupan imunisasi yang telah dilakukan, mutu atau kualitas vaksin yang ada serta kekuatan surveilans di berbagai daerah. Berdasarkan data dari Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kemenkes RI, pada 2015 cakupan imunisasi secara nasional mencapai 86,5%, pada 2016 mencapai 91,6%, dan pada 2017 mencapai 92,4% (Departemen Kesehatan RI, 2018)

Kesehatan yang merata pada era ini menjadi tolok ukur keberhasilan suatu bangsa dalam memberikan pelayanan yang baik menyangkut kualitas kelangsungan hidup masyarakat. Indonesia berpotensi memiliki perkembangan penyakit yang relatif kuat pada kurun waktu 1990 hingga 2015, yang tentunya harus mendapatkan perhatian khusus, peningkatan presentase beban penyakit pada setiap dekade terlihat signifikan, penyakit tidak menular mengalami kenaikan 12% setiap dekade Kemenkes RI (2017). Oleh sebab itulah kemudian pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan dengan acuan sembilan agenda Nawacita menerapkan suatu program Indonesia Sehat didasarkan pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2012 yang memiliki visi dan misi pencapaian pemenuhan hak asasi manusia dan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005 -2025 (RPJP-K).

Menurut data *Sample Registration System* (SRS) pada tahun 2014 ada 10 penyebab kematian terbesar di Indonesia, yaitu stroke 21,1%, penyakit jantung 12,9%, diabetes melitus 6,7%, tuberkulosis 5,7%, komplikasi tekanan darah tinggi 5,3%, paru kronik 4,9%, penyakit hati 2,7%, kecelakaan lalu lintas 2,6%,

pneumonia 2,1%, serta gabungan diare dan gastroenteritis karena infeksi 1,9% (Departemen Kesehatan RI, Diakses dari [www.depkes.go.id/article/2018](http://www.depkes.go.id/article/2018), Pada Tanggal 31 Oktober 2018 Pukul 19:11 WIB).

Melihat berbagai permasalahan yang ada kemudian Kementerian Kesehatan menerapkan sebuah kebijakan yaitu Program Indonesia Sehat (PIS) yang merupakan salah satu program dari agenda Nawa Cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Program ini didukung oleh program sektoral lainnya, seperti Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Program Indonesia Sehat (PIS) selanjutnya menjadi program utama pembangunan Kesehatan, yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015.

Sasaran dari PIS adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dari pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 (RPJMN), yaitu; pertama, meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu dan anak, kedua, meningkatkan pengendalian penyakit; ketiga, meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; keempat, meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan kualitas pengelolaan (Sistem Jaminan Sosial Nasional) SJSN, kelima, terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan Vaksin, dan; keenam, meningkatkannya responsivitas sistem kesehatan.



Upaya pencapaian prioritas pembangunan kesehatan 2015-2019 dalam PIS dilaksanakan dengan mendayagunakan segenap potensi yang ada, baik dari pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota, maupun masyarakat. Pembangunan kesehatan dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga. Pembangunan keluarga sebagaimana dimaksud dalam UU No.52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga serta UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, adalah upaya mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat.

Pemerintah pusat dan pemerintah daerah menetapkan kebijakan pembangunan keluarga melalui pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga, untuk mendukung keluarga agar dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Sebagai penjabaran dari amanat UU tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan strategi operasional pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Program PIS-PK mengintegrasikan pelayanan melalui pendekatan 6 komponen utama dalam penguatan sistem kesehatan (*six building blocks*) yaitu penguatan upaya kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, akses terhadap ketersediaan obat esensial, pembiayaan, dan kepemimpinan atau pemerintahan, pelaksanaan program ini ditekankan pada integrasi pendekatan akses pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, pembiayaan serta sarana prasarana termasuk program upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan yang mencakup seluruh keluarga dan wilayah kerja Puskesmas dengan memperhatikan manajemen Puskesmas.

Merujuk pada Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, PIS menjadi program yang cukup besar dan mempunyai kompleksitas serta kemungkinan kendala yang tidak sedikit, namun pemerintah melalui Dinas Kesehatan, dan Puskesmas tetap berupaya untuk mewujudkan tujuan dari Program ini, demi diperolehnya sejumlah data kesehatan yang valid yang nantinya dapat digunakan untuk menganalisis kondisi kesehatan suatu daerah dan melakukan pengecekan kondisi kesehatan keluarga secara langsung, serta serangkaian tindakan persuasif untuk lebih menerapkan perilaku hidup sehat.

Tujuan dari PIS-PK ini juga berkaitan dan mendukung tujuan pembangunan *Sustainable Development Goals* atau SDGs yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Sektor kesehatan dalam SDGs terdapat 4 *goals* keempat *goals* tersebut berada pada posisi goals 2, 3, 5, dan 6, berikut ini tabel sektor kesehatan dalam SDGs:

**Tabel.1 Tujuan dari Sustainable Development Goals (SDGs)**

No.	Goals
1	Menghapus Kemiskinan
2	Mengakhiri Kelaparan
3	Kesehatan yang Baik dan Kesejahteraan
4	Pendidikan Bermutu
5	Kesetaraan Gender
6	Akses air bersih dan sanitasi
7	Energi bersih dan terjangkau
8	Pekerjaan layak dan pertumbuhan ekonomi
9	Infrastruktur, industri dan inovasi
10	Mengurangi ketimpangan
11	Kota dan komunitas yang berkelanjutan
12	Konsumsi dan Produksi yang bertanggungjawab
13	Penanganan perubahan iklim
14	Menjaga ekosistem laut
15	Menjaga ekosistem darat
16	Perdamaian, keadilan, dan kelembagaan yang kuat
17	Kemitraan untuk mencapai tujuan

*Sumber: Website Sustainable Development Goals (SDGs) Indonesia*

17 tujuan dari *Sustainable Development Goals* tentunya terbagi menjadi berbagai bidang diantaranya ekonomi, pendidikan, lingkungan, hukum dan Hak Asasi Manusia yang semuanya sangat penting untuk diwujudkan tidak terkecuali bidang kesehatan yang, kemudian dari berbagai masalah kesehatan yang ada terdapat empat poin yang menjadi fokus yakni:

**Tabel 2. Sektor Kesehatan dalam SDGs**

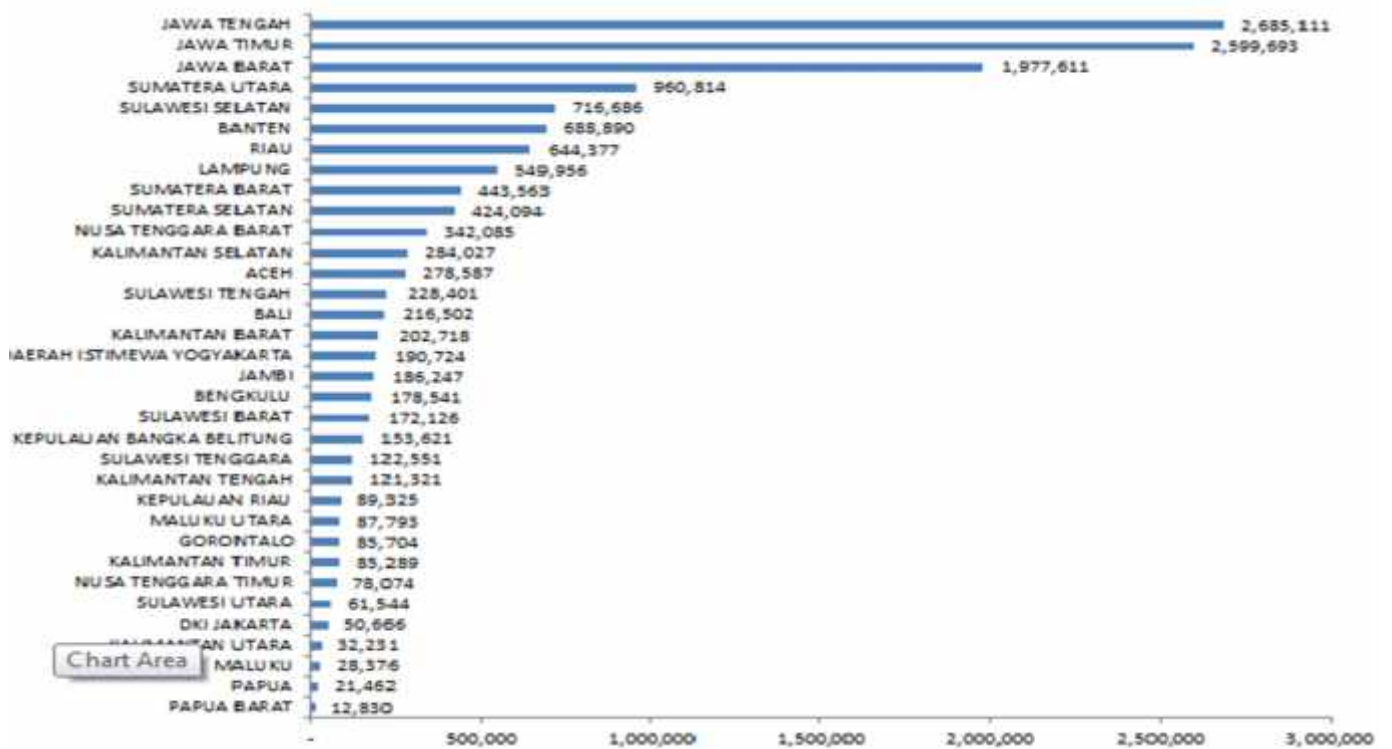
<b>Posisi Goals</b>	<b>Goals</b>	<b>Fokus</b>
<i>Goals ke 2</i>	Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan, dan meningkatkan gizi, serta mendorong pertanian berkelanjutan	Gizi masyarakat
<i>Goals ke 3</i>	Menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang disegala usia	Sistem kesehatan nasional
<i>Goals ke 5</i>	Menjamin kesetaraan gender serta memberdayakan seluruh wanita dan perempuan	Akses KESPRO dan KB
<i>Goals ke 6</i>	Menjamin ketersediaan dan pengelolaan air serta sanitasi yang berkelanjutan bagi semua orang	Sanitasi dan air bersih

*Sumber: Website Sustainable Development Goals (SDGs) Indonesia*

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga telah dilaksanakan mulai tahun 2016 pada 9 Provinsi di 64 Kabupaten/Kota pada 470 Puskesmas prioritas yang jumlah kematian ibu dan bayi baru lahir masih tinggi. Kemudian pada tahun 2017 dilaksanakan pada 34 Provinsi di 514 Kabupaten/Kota pada 2.926 Puskesmas (Panduan Monitoring dan Evaluasi PIS-PK (2017:5))

Pada tahap perluasan, PIS-PK dilaksanakan diseluruh Provinsi di Indonesia dengan jumlah keluarga yang dikunjungi semakin ditingkatkan secara bertahap hingga menjangkau seluruh keluarga sehat di Indonesia. Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber yaitu Kepala Seksi Datin dan Litbang Dinas

Kesehatan Provinsi Lampung ditargetkan pada 1 Januari 2019 Jumlah data keluarga sehat yang telah dikunjungi dan diinput pada server Kemenkes mencapai 90%.



**Gambar 1. Jumlah Pendataan Keluarga Per Provinsi Per Tanggal 10 Agustus 2018**

*Sumber: Data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2018*

Gambar 1 merupakan grafik pendataan keluarga sehat berdasarkan Kartu Keluarga (KK) yang telah dilakukan oleh beberapa tingkatan instansi kesehatan yang kemudian di *entry* pada database milik Kementerian Kesehatan RI tujuannya agar instansi-instansi kesehatan dapat ikut serta memantau sejauh mana perkembangan pendataan keluarga sehat, pada grafik tersebut terlihat per 10 Agustus 2018 Provinsi Lampung baru mendata 549.956 KK, berada pada urutan ke 8. Grafik ini setidaknya menggambarkan sejauh mana progres pelaksanaan program pada daerah masing-masing, walaupun data dapat berubah setiap saat dan dengan berbagai kendala yang ada.

Sejalan dengan program ini Provinsi Lampung juga berupaya untuk ikut serta terus memperbaiki derajat kesehatannya, peningkatan kualitas kesehatan akan

berimplikasi pada produktivitas masyarakat dan sumberdaya manusia. Salah satu indikator kesehatan adalah angka harapan hidup. Angka harapan hidup di Provinsi Lampung dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, yang mengindikasikan bahwa derajat kesehatan penduduk Provinsi Lampung semakin membaik. Angka harapan hidup Lampung pada tahun 2017 sebesar 69,95 tahun artinya rata-rata penduduk Lampung yang lahir di tahun 2017 dapat menjalani hidup selama 69,95 tahun.

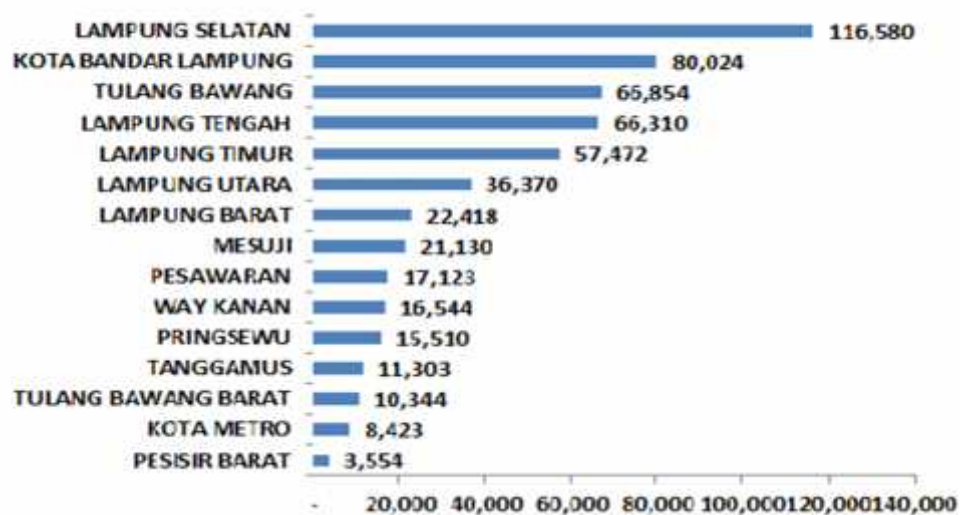
**Tabel 3. Indikator Kesehatan Provinsi Lampung 2015-2017**

<b>Indikator Kesehatan</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Angka Harapan Hidup</b>	69,90	69,94	69,95
<b>Angka Kesakitan %</b>	15,99	14,16	13,97
<b>Rata-rata lama sakit (hari)</b>	5,55	5,66	4,73
<b>Rata-rata lama bayi usia kurang dari 2 tahun disusui (bulan)</b>	10,47	10,29	10,38

*Sumber: BPS Provinsi Lampung, Susenas 2015-2017*

Pemerintah Provinsi Lampung telah berusaha meningkatkan derajat dan status kesehatan masyarakatnya salah satunya yaitu dengan meningkatkan ketersediaan dan memperpendek jarak jangkauan ke fasilitas dan sarana kesehatan serta petugas kesehatan, sehingga penduduk yang mengalami keluhan kesehatan akan lebih mudah mengakses fasilitas dan sarana kesehatan untuk berobat. Sasaran program ini dirasa sesuai dengan upaya pembangunan kesehatan di Provinsi Lampung yang tertuang dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Lampung 2015-2019 juga sesuai dengan misi Provinsi Lampung yang ke-3 yaitu meningkatkan kualitas

pendidikan, kesehatan, IPTEK, inovasi, budaya masyarakat, dan toleransi kehidupan beragama.



**Gambar 2. Jumlah Pendataan Keluarga KS Per Kabupaten Kota (Per 10 Agustus 2018)**

*Sumber: Dokumen KS Kabupaten Dinas Kesehatan Provinsin Lampung, 2018*

Gambar 2 merupakan salah satu gambaran dari status data berupa jumlah keluarga sehat yang telah dikunjungi di masing-masing kabupaten di Provinsi Lampung. Pada penelitian terdahulu yakni penelitian yang diadakan oleh Ikatan Alumni Kesehatan Masyarakat (IAKMI) tahun 2018, secara garis besar masalah yang dihadapi pada pelaksanaan program PIS-PK di provinsi Lampung yakni, pelaksanaan di tingkat puskesmas yang masih terbentur dana, sumberdaya manusia dan sarana serta prasarana serta belum adanya sinergitas antar stakeholder terkait.

Dana yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan Biaya Operasional Kesehatan (BOK) terkadang masih kurang, sehingga seringkali menghambat berbagai kegiatan yang mendukung pelaksanaan program seperti pelatihan untuk kader puskesmas, penyurvei dan pembelian peralatan untuk menunjang pelaksanaan program. Selanjutnya masalah yang sering ditemui adalah sumberdaya manusia dalam hal ini semua yang terkait dengan pelaksanaan program maupun penginput data masih kurang memahami tugasnya, yang terakhir yaitu sinergitas antar stakeholder yang masih kurang, hal-hal kecil seperti komunikasi antar Puskesmas dengan Dinas Kabupaten bahkan Dinas Provinsi masih sangat sedikit intensitasnya sehingga masih sering terjadi salah paham.

Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung mengungkapkan dalam pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) ini dibutuhkan lingkungan sosial yang mendukung, namun dukungan eksternal dari masyarakat dari segi partisipasi dirasa masih kurang, seperti tidak mengikuti Diskusi Kelompok Terarah (DKT) atau *Focus Group Discussion (FDG)* yang diadakan oleh Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) daerah setempat, sehingga masyarakat kurang tersosialisasi dengan baik.

Kesempatan konseling yang disediakan pada saat pendataan kerumah-rumah kurang dimanfaatkan dengan baik, masyarakat kurang terbuka terkait informasi kesehatan serta fasilitas kesehatan yang ada dirumah, sehingga seringkali data yang didapat tidak tepat. Pada kesempatan wawancara yang sama juga narasumber mengatakan tentang sulitnya mendapatkan kesempatan yang tepat bagi penyurvei untuk dapat bertemu keluarga yang mempunyai kesibukan dengan pekerjaannya, sehingga penyurvei tidak mendapatkan jumlah target data yang



telah ditentukan yakni meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan. (*Hasil wawancara, 4 September 2018*)

Peneliti kemudian melakukan wawancara terhadap kepala seksi data dan litbang kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, narasumber mengungkapkan dalam pelaksanaan program PIS-PK penyurvei yang kurang memahami tugas pada saat melakukan pendataan keluarga sehat, kemudian server yang dimiliki oleh Kemenkes RI untuk penginputan program ini kurang memadai kapasitasnya sehingga seringkali penginput data membutuhkan proses yang lama untuk menginput data yang telah didapatkan. Diluar masalah-masalah yang digambarkan secara umum diatas, masing-masing stakeholder baik tingkat provinsi, kabupaten/kota maupun puskesmas didorong oleh Kementrian Kesehatan RI untuk tetap melaksanakan program ini untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Salah satu kabupaten di Provinsi Lampung yang menerapkan program ini yakni Kabupaten Pringsewu. Pembentukan kabupaten Pringsewu disahkan berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2008 tentang pembentukan kabupaten Pringsewu di Provinsi Lampung Pada tanggal 26 November 2008. Pringsewu merupakan kabupaten baru hasil pemekaran dari Kabupaten Tanggamus yang terdiri dari 8 (delapan) wilayah Kecamatan yaitu Kecamatan Pardasuka, Kecamatan Ambarawa, Kecamatan Pagelaran, Kecamatan Pringsewu, Kecamatan Gadingrejo, Kecamatan Sukoharjo, Kecamatan Adiluwih, dan Kecamatan Banyumas.

Kabupaten Pringsewu memiliki prestasi yang baik di bidang kesehatan walaupun belum berdiri lama dibandingkan kabupaten-kabupaten lainnya diantaranya pada tahun 2016 Pringsewu meraih penghargaan Manggala Karya Kencana dari Presiden Republik Indonesia, penghargaan tersebut merupakan penghargaan tertinggi dibidang kependudukan dan pembangunan keluarga yang diberikan pemerintah kepada daerah yang dinilai berhasil dalam membangun bidang kependudukan serta pembangunan keluarga. Kemudian ditahun 2017 Pringsewu meraih penghargaan sebagai Posyandu terbaik I kategori kabupaten, yang diberikan dalam peringatan Hari Keluarga Nasional (HARGANAS) ke XXIV tahun 2017. Tahun 2018 Pringsewu Juga meraih peringkat 2 Nasional dalam penghargaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang peringkat pertamanya diraih oleh Pemerintah Kabupaten Alor, Nusa Tenggara Timur. (Sumber: TribunLampung.co.id. Diakses Pada Rabu 19 Desember 2018 Pukul 16:57 WIB)

Kabupaten Pringsewu memiliki beberapa sarana kesehatan yang meliputi Rumah Sakit, yaitu 6 Rumah Sakit yang mudah dijangkau oleh masyarakat, meliputi 1 Rumah sakit Umum Daerah Pringsewu, 3 Rumah Sakit Umum Swasta, 2 Rumah Sakit Ibu dan Anak. Selain Rumah Sakit terdapat juga 12 Puskesmas yang ada di Pringsewu, yakni Puskesmas Pringsewu, Gadingrejo, Wates, Bumi Ratu, Pagelaran, Banyumas, Sukoharjo, Adiluwih, Ambarawa, Pardasuka, Fajar Mulya, dan Rejosari. Dari 12 Puskesmas tersebut Kecamatan yang memiliki Puskesmas lebih dari satu yaitu kecamatan Gadingrejo, dua puskesmas tersebut harus melayani sekitar 69.307 Jiwa Penduduk menurut data Badan Pusat Statistik 2011.

Banyaknya prestasi yang diperoleh Kabupaten Pringsewu di bidang kesehatan dan menyangkut dengan Upaya mendukung program PIS-PK seperti perbaikan sanitasi dan posyandu yang memperhatikan gizi ibu dan anak seharusnya memperlancar pelaksanaan program PIS-PK, hal-hal tersebut kemudian menjadi alasan bagi peneliti untuk meneliti lebih lanjut tentang hal ini. Kemudian Kecamatan Gadingrejo sebagai kecamatan yang memiliki lebih dari 1 Puskesmas juga seharusnya dapat lebih memperlancar pelaksanaan program ini.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu)

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan di atas maka dapat dirumuskan permasalahannya sebagai berikut:

1. Bagaimana Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu) ?
2. Apa saja faktor yang mendukung dan menghambat Implementasi Program PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo kabupaten Pringsewu ?

### **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dari penelitian yang dilakukan:

1. Penelitian ini mampu memberikan gambaran Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu
2. Penelitian ini mampu mengidentifikasi faktor yang mendukung dan menghambat proses Implementasi Program PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

### **D. Kegunaan Penelitian**

Kegunaan penelitian pada penelitian ini terdiri dari kegunaan teoritis dan praktis yaitu: 1) penelitian ini mampu menambah pengetahuan mahasiswa ilmu administrasi negara mengenai implementasi kebijakan, khususnya kebijakan di bidang kesehatan. 2) penelitian ini mampu memberikan masukan bagi pemerintah daerah kabupaten Pringsewu, terutama di Kecamatan Gadingrejo tentang Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

## II. TINJAUAN PUSTAKA

### A. Tinjauan Tentang Kebijakan Publik

#### 1. Konsep Kebijakan Publik

Secara etimologi istilah kebijakan berasal dari bahasa Inggris, yaitu *policy* kebijakan terkait dengan sebuah kewenangan, namun ia memiliki ruang lingkup yang atau keterbatasan sesuai dengan tugas dan fungsi yang diembannya, dari kebijakan kita berharap sebuah penyelesaian atau solusi atas sebuah persoalan yang dihadapi. Pada konteks ini kebijakan erat kaitannya dengan kata kebijaksanaan dimana kita berharap penyelesaian atau solusi ketika meminta sebuah kebijaksanaan (*wisdom*) dari pihak tertentu untuk persoalan tertentu.

Tidak salah jika dalam keseharian penggunaan istilah kebijakan digunakan untuk menggantikan kegiatan atau keputusan yang berbeda. Istilah ini sering berbauran dengan istilah tujuan (*goals*), program, keputusan (*decisions*), standart, proposal, dan grand design Rusli (2013:31). Kata *Policy* kemudian diterjemahkan menjadi kebijakan secara etimologis berasal dari kata polis dalam bahasa Yunani (*Greek*), dalam bahasa latin menjadi *Politia*, artinya negara, kemudian masuk kedalam bahasa Inggris lama menjadi *Policy* yang pengertiannya berkaitan dengan urusan pemerintah atau administrasi pemerintah.

Menurut Jones dalam Rusli (2013:33) kebijakan adalah unsur-unsur atau ekspresi-ekspresi dari program-program dan keputusan-keputusan. Menurut United Nations (1975), kebijakan adalah suatu aturan tertulis hasil keputusan formal organisasi yang mengatur nilai dan perilaku seluruh komponen dalam organisasi yang bersifat mengikat untuk mencapai suatu tata nilai baru.

Lingkup dari studi kebijakan publik sangat luas karena mencakup berbagai bidang dan sektor seperti ekonomi, politik, sosial, budaya, hukum, dan sebagainya. Disamping itu dilihat dari hirarkinya kebijakan publik dapat bersifat nasional, regional maupun lokal seperti undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, peraturan menteri, peraturan pemerintah daerah/provinsi, keputusan gubernur, peraturan daerah kabupaten/kota, dan keputusan bupati/walikota.

Anderson dalam Islamy (2009:19) mengemukakan kebijakan publik sebagai kebijaksanaan-kebijaksanaan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah. Sementara Dunn dalam Pasolong (2010:39), mengatakan kebijakan publik sebagai suatu rangkaian pilihan-pilihan yang saling berhubungan yang dibuat oleh lembaga atau pejabat pemerintah pada bidang-bidang yang menyangkut tugas pemerintah, seperti pertahanan keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan masyarakat, kriminalitas, perekonomian dan lain-lain.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik merupakan serangkaian keputusan yang diambil dan tindakan yang dilakukan oleh institusi publik (instansi atau badan-badan pemerintah) bersama-sama dengan aktor-aktor elit politik dalam rangka menyelesaikan persoalan-persoalan publik demi kepentingan seluruh masyarakat. Nugroho dalam Rusli (2013:36)

memahami kebijakan publik menjadi dua aliran, yaitu aliran Continental dan Anglo Saxon.

1. Aliran Kontinental memandang bahwa kebijakan publik adalah turunan dari hukum atau menyamakan dengan hukum utamanya hukum publik atau hukum tata negara. Jadi merupakan interaksi antar institusi negara.
2. Aliran Anglo Saxon melihat kebijakan publik turunan dari politik-demokrasi, jadi merupakan interaksi antar negara dengan publik.

Anderson dalam Rusli (2013:39) mengartikan kebijakan publik sebagai serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan masalah tertentu, ia juga mengatakan ada elemen-elemen penting yang terkandung dalam kebijakan publik antara lain mencakup:

1. Kebijakan selalu mempunyai tujuan dan berorientasi pada tujuan tertentu.
2. Kebijakan berisi tindakan atau pola tindakan pejabat-pejabat pemerintah.
3. Kebijakan adalah apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah, bukan apa yang bermaksud akan dilakukan.
4. Kebijakan publik bersifat positif (merupakan tindakan pemerintah mengenai suatu masalah tertentu) dan negatif (keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu).
5. Kebijakan publik positif selalu berdasarkan pada peraturan perundang-undangan tertentu yang bersifat memaksa (otoritatif).

## **2. Tahapan Kebijakan Publik**

Proses kebijakan pembuatan kebijakan publik bukanlah sebuah proses yang singkat namun merupakan sebuah proses yang kompleks dan membutuhkan banyak pertimbangan, variabel dan pihak-pihak telah banyak ahli yang mengemukakan gagasannya mengenai tahap-tahap pembuatan kebijakan publik tentu dengan hasil yang berbeda-beda. Selain itu adapula pendapat Agustino (2008:135) mengemukakan bahwa terdapat lima tahapan kebijakan publik yaitu:

- a. Identifikasi Masalah
- b. Agenda Setting
- c. Perumusan Proposal Kebijakan
- d. Legitimasi Kebijakan
- e. Implementasi Kebijakan
- f. Evaluasi Kebijakan

Menurut Dunn (2003:22), proses kebijakan adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan didalam proses kegiatan yang pada dasarnya bersifat politis, aktivitas politis tersebut divisualisasikan sebagai serangkaian tahap yang saling tergantung yang diatur menurut urutan waktu. Proses-proses penyusunan kebijakan publik tersebut dibagi kedalam beberapa tahapan. Tahapan-tahapan kebijakan publik adalah sebagai berikut:

### **1. Tahap Perumusan Agenda**

Para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik sebelumnya masalah ini berkompetisi terlebih dahulu untuk masuk kedalam



agenda kebijakan pada akhirnya beberapa masalah masuk ke agenda kebijakan. Pada tahap ini mungkin suatu masalah tidak disentuh sama sekali, sementara alasan-alasan tertentu ditunda untuk waktu yang lama. Perumusan masalah adalah bagian dari upaya mencari cara dan strategi yang tepat dan bukan sesuatu terpisah. Keberhasilan atau keakuratan dalam merumuskan persoalan akan memudahkan upaya mencari cara dan strategi yang tepat untuk diformulasikan dalam sebuah kebijakan atau keputusan. Menurut Dye dalam Rusli (2013:54) pada dasarnya perumusan kebijakan merupakan usaha pemerintah melakukan intervensi terhadap kehidupan publik untuk mencari pemecahan masalah (*Problem Solving*).

## 2. Tahap Formulasi Kebijakan

Masalah yang tidak masuk ke dalam agenda kebijakan kemudian ditulis oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian diberi pemecahan masalah terbaik pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan yang ada. Pada perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah, dalam tahap ini masing-masing aktor dapat bersaing untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

## 3. Tahap Adopsi Kebijakan

Terdapat sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan para perumus kebijakan. Pada tahap ini akan ada beberapa analisis dan peramalan untuk mendapatkan alternatif kebijakan. Pada akhirnya salah satu alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau putusan pengadilan

#### 4. Tahap Implementasi Kebijakan

Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit jika program tersebut tidak diimplementasikan. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia. Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan bersaing.

### **B. Tinjauan Tentang Implementasi Kebijakan**

#### **1. Konsep Implementasi kebijakan**

Implementasi kebijakan merupakan sebuah tahap yang sangat penting dalam proses pelaksanaan kebijakan publik, studi implementasi kebijakan juga merupakan suatu kajian yang mengarah pada proses pelaksanaan dari suatu kebijakan. Rusli (2013:83) mengatakan secara konseptual, implementasi sebuah kegiatan atau program yang tertuang dalam kebijakan adalah sebuah tindakan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan. Tindakan ini berusaha untuk mentransformasikan apa yang tertulis atau tertuang dalam keputusan-keputusan tersebut menjadi pola-pola operasional serta berusaha mencapai hasil yang diinginkan, baik itu berupa sejumlah perubahan-perubahan besar atau kecil sebagaimana yang diputuskan sebelumnya.

Nugroho dalam Rusli (2013:84) berpendapat bahwa implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Oleh sebab itu, untuk mengimplementasikan suatu kebijakan ada dua pilihan, yakni langsung mengimplementasikannya dalam bentuk program atau melalui formasi

kebijakan turunan. Van Meter dan Van Horn (1974) dalam Rusli (2013:84) menyatakan bahwa:

*“ policy implementation encompasses those actions by public or private individuals (or groups) that are directed at the achievement of objective set forth in prior policy decisions.”* (implementasi kebijakan meliputi tindakan-tindakan oleh individu umum atau pribadi (atau kelompok) yang diarahkan pada pencapaian tujuan yang ditetapkan dalam kebijakan sebelumnya).”

Udoji dalam Agustino (2008:12) mengatakan bahwa pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan hanya akan sekedar berupa impian atau rencana yang bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan. Selanjutnya Mazmania dan Sabatier dalam Agustino (2008:20) mendefinisikan bahwa implementasi kebijakan merupakan pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar yang biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan.

Sementara itu, Grindle (1980) dalam Rusli (2013:87) juga memberikan pandangannya tentang implementasi dengan mengatakan bahwa secara umum tugas implementasi adalah membentuk suatu kaitan yang memudahkan tujuan-tujuan kebijakan bisa direalisasikan sebagai suatu dampak dari suatu kegiatan pemerintah. Oleh karena itu, tugas implementasi mencakup terbentuknya *“a policy delivery sistem”*, dimana sarana-sarana tertentu dirancang dan dijalankan dengan harapan sampai sampai pada tujuan-tujuan yang diharapkan.

Keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan pencapaian tujuan hasil akhir (output), yaitu tercapai tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih. Hal ini tidak jauh berbeda dari apa yang diutarakan Grindle dalam Agustino (2008:154) bahwa pengukuran keberhasilan implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action* program dari individual *projects* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai.

Berdasarkan beberapa pemahaman tersebut bahwa kebijakan itu tidak hanya dirumuskan kemudian dibuat dalam suatu bentuk positif seperti undang-undang kemudian didiamkan dan tidak dilaksanakan atau diimplementasikan, namun sebuah kebijakan harus diimplementasikan agar mendapatkan tujuan yang diinginkan.

## **2. Model Implementasi kebijakan**

Menurut Nugroho (2008:167) pada prinsipnya terdapat dua pemilihan jenis model implementasi kebijakan publik yaitu implementasi kebijakan publik yang berpola dari atas kebawah (*top-down*) dan dari bawah keatas (*bottom-up*), serta pemilihan implementasi kebijakan publik berpola paksa (*command-and-control*) dan pola pasar (*economic incentive*).

Menurut Parson dalam Rusli (2013:94) model implementasi *top down* berisi gagasan bahwa implementasi adalah menjadikan orang melakukan apa-apa yang diperintahkan dan mengontrol urutan tahapan dalam sebuah sistem, sedangkan *bottom up* adalah model yang memandang proses sebagai negosiasi dan

pembentukan konsensus, model ini juga menekankan pada fakta bahwa implementasi dilapangan memberikan keleluasaan dalam penerapan kebijakan.

Menurut Agustino (2008:140) pendekatan model *top-down* merupakan pendekatan implementasi kebijakan publik yang dilakukan tersentralisir dan dimulai dari aktor tingkat pusat, dan keputusannya pun diambil dari tingkat pusat. Pendekatan *top down* bertitik tolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan publik (kebijakan) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administratur-administratur atau birokrat-birokrat pada level bawahnya, sedangkan pendekatan model *bottom up* bermakna meski kebijakan dibuat oleh pemerintah, namun pelaksanaannya oleh rakyat.

Implementasi kebijakan mempunyai berbagai macam model dalam perkembangannya, model yang pertama yakni model yang diperkenalkan oleh Donal Van Meter dan Carl Van Horn. Menurut Van Meter dan Van Horn dalam Rusli (2013:105) perbedaan-perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh sifat kebijakan yang akan dilaksanakan, selanjutnya mereka menawarkan suatu pendekatan yang mencoba untuk menghubungkan antara isu kebijakan dengan implementasi dan suatu model konseptual yang mempertalikan kebijakan dengan prestasi kerja (*performance*). Berdasarkan model implementasi kebijakan ini kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel bebas yang saling berkaitan, Van meter dan Van Horn menjelaskannya dalam Agustino (2008: 141-144) yaitu:

### 1. Ukuran dan tujuan kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika dan hanya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosiokultur yang ada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran kinerja kebijakan atau tujuan kebijakan terlalu ideal untuk dilaksanakan di level warga, maka agak sulit memang merealisasikan kebijakan publik hingga titik yang dapat dikatakan berhasil. Kejelasan dan standar kebijakan harus dapat dilihat secara spesifik sehingga di akhir program dapat diketahui keberhasilan atau kegagalan dari kebijakan atau program yang dijalankan.

### 2. Sumber daya

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia. Sumberdaya menunjuk kepada seberapa besar dukungan finansial dan sumberdaya manusia untuk melaksanakan program atau kebijakan untuk menghasilkan implementasi kebijakan dengan kinerja baik dan dapat menjelaskan nilai yang efisien. Keberhasilan proses implementasi sangat bergantung pada kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia.

### 3. Karakteristik Agen Pelaksana

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat dalam pengimplementasian kebijakan publik. Hal ini sangat penting karena kinerja implementasi kebijakan publik akan sangat banyak dipengaruhi oleh ciri-ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya. Selain itu cakupan atau luasan wilayah implementasi kebijakan perlu juga

diperhitungkan manakala hendak menentukan agen pelaksana. Semakin luas cakupan implementasi kebijakan, maka seharusnya semakin besar pula agen yang dilibatkan. Van Meter dan Van Horn dalam Rusli (2013:106) juga mengatakan bahwa karakteristik badan pelaksana, menunjuk seberapa besar daya dukung organisasi yang mendapat dukungan dari struktur (sumber daya) organisasi, nilai-nilai budaya yang berkembang dalam organisasi, hubungan dan interaksi komunikasi internal organisasi dalam birokrasi.

#### 4. Sikap/Kecenderungan (Disposisi) para Pelaksana

Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana akan sangat mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan yang akan implementor laksanakan adalah kebijakan dari atas (*top down*) yang sangat para pengambil keputusannya tidak pernah mengetahui kebutuhan, keinginan, atau permasalahan yang warga ingin selesaikan.

#### 5. Komunikasi Antar Organisasi dan Aktivitas Pelaksana

Komunikasi ini harus ditetapkan sebagai acuan, misalnya sering dilaksanakan rapat-rapat rutin secara berkala dengan tempat dan waktu yang telah ditetapkan, agar dapat mendukung komunikasi organisasi antar institusi yang berkaitan dengan program/kebijakan dengan kelompok sasaran yang mampu memahami serta bertanggung jawab atas program yang dilaksanakan. Koordinasi juga merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan publik.

Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi dan begitupula sebaiknya.

#### 6. Lingkungan Ekonomi, Sosial, dan Politik

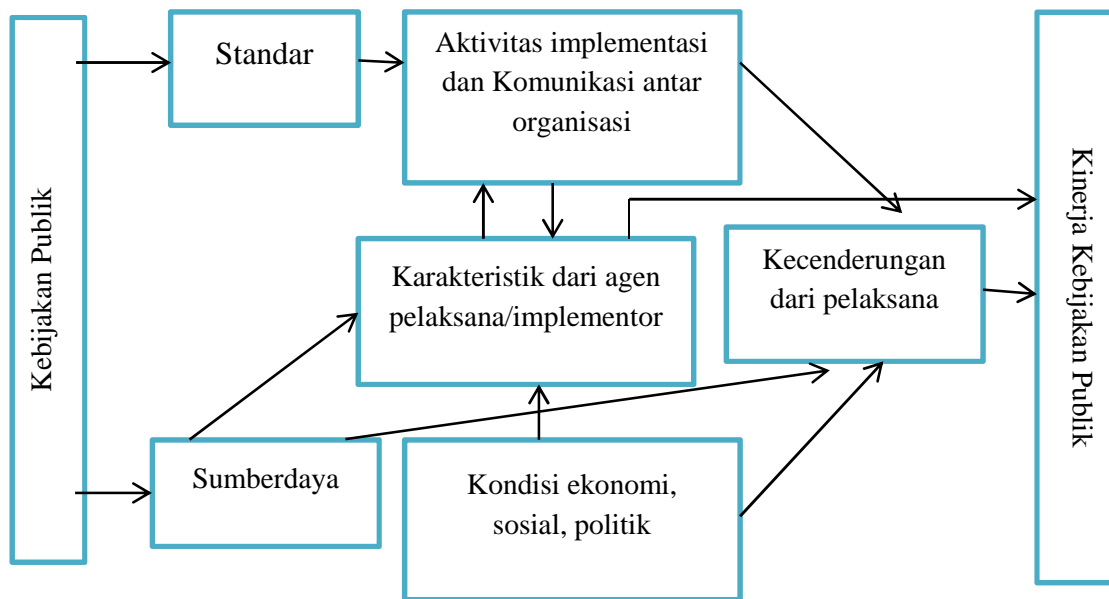
Hal terakhir yang perlu diperhatikan guna menilai kinerja implementasi publik dalam perspektif yang ditawarkan oleh Van Meter dan Van Horn adalah sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan. Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi masalah baru dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena itu upaya untuk mengimplementasikan kebijakan harus pula memperhatikan kekondusifan kondisi lingkungan eksternal.

Sementara itu Van Meter dan Van Horn dalam Indiahono (2009:38) juga menetapkan beberapa variabel yang diyakini dapat mempengaruhi implementasi dan kinerja kebijakan. Beberapa variabel tersebut adalah sebagai berikut :

1. Standar dan sasaran kebijakan pada dasarnya adalah apa hendak dicapai oleh program atau kebijakan, baik yang berwujud maupun tidak, jangka pendek, menengah, atau panjang. Kejelasan dan sasaran kebijakan harus dapat dilihat secara spesifik sehingga di akhir program dapat diketahui keberhasilan atau kegagalan dari kebijakan atau program yang dijalankan.
2. Kinerja kebijakan merupakan penilaian terhadap pencapaian standar dan sasaran kebijakan yang telah ditetapkan di awal.
3. Sumber daya menunjuk kepada seberapa besar dukungan finansial dan sumberdaya manusia untuk melaksanakan program atau kebijakan.



4. Komunikasi antar badan pelaksana, menunjuk kepada mekanisme prosedur yang dicanangkan untuk mencapai sasaran dan tujuan program.
5. Karakteristik badan pelaksana, menunjuk seberapa besar daya dukung struktur organisasi, nilai-nilai yang berkembang, hubungan dan komunikasi yang terjadi di internal birokrasi.
6. Lingkungan sosial, ekonomi dan politik, menunjuk bahwa lingkungan dalam ranah implementasi dapat mempengaruhi kesuksesan implementasi kebijakan itu sendiri.
7. Sikap pelaksana, menunjuk bahwa sikap pelaksana menjadi variabel penting dalam implementasi kebijakan. Seberapa demokratis, antusias dan responsif terhadap kelompok sasaran dan lingkungan. Adapun model dari Van Meter dan Van Horn dapat dilihat sebagai berikut:



**Gambar 3. Model Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn**

*Sumber: Van Meter dan Van Horn 1975.*

Keunggulan model Van Meter dan Van Horn adalah pertimbangannya tentang faktor eksternal dan internal dalam mengimplementasikan kebijakan, formulasi kebijakannya memiliki standar yang baik dan konkret, adanya hubungan yang baik antar organisasi. Model implementasi kebijakan lainnya ditawarkan oleh Mazmanian dan Sabatier. Mazmanian dan Sabatier dalam Rusli (2013:108) menyatakan bahwa peran penting dari implementasi kebijakan publik adalah kemampuan mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan tahapan proses implementasi. Selanjutnya variabel-variabel tersebut secara umum dapat diklasifikasikan menjadi 3 (tiga) kategori variabel bebas yaitu: 1) *Tractability of the problem* (risalah tentang tingkat kesulitan permasalahan yang akan dikendalikan, 2) *Ability of policy decision to structure implementation* (kemampuan keputusan kebijakan untuk menstrukturkan proses implementasinya secara tepat), 3) *Non-statutory variables*

*affecting implementation* (variabel di luar kebijakan/peraturan perundangan yang mempengaruhi implementasinya).

Lebih rinci mengenai ketiga variabel bebas (*independent variables*) tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Risalah tentang tingkat kesulitan permasalahan yang akan dikendalikan, dengan indikator.

- a. Ketersediaan teori teknis dan teknologi yang valid;
- b. Keragaman perilaku kelompok sasaran;
- c. Presentase kelompok sasaran dalam totalitas penduduk;
- d. Ruang lingkup/derajat perubahan perilaku yang diinginkan.

2) Kemampuan keputusan kebijakan dalam menstrukturkan proses implementasi, dengan indikator :

- a. Kejelasan dan konsisten tujuan;
- b. Digunakan teori kausal yang handal;
- c. Ketepatan alokasi sumber dana;
- d. Keterpaduan hierarki dalam dan diantara institusi pelaksana;
- e. Aturan-aturan pembuatan keputusan dari institusi pelaksana;
- f. Komitmen dan rekrutmen para pejabat pelaksana;
- g. Akses formal pihak luar.

3) Variabel di luar kebijakan/peraturan perundangan yang mempengaruhi implementasi, ditentukan oleh indikator:

- a. Kondisi sosio-ekonomi dan teknologi;
- b. Dukungan publik;
- c. Sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok-kelompok masyarakat;
- d. Dukungan dari pejabat/institusi atasan yang berwenang;
- e. Komitmen dan kepemimpinan para pejabat pelaksana.

Model implementasi kebijakan publik lainnya yang berspektif *top down* adalah model yang dikembangkan oleh George C. Edward III. Menurut teori Edward 1980 dalam Rusli (2013:100) terdapat empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan, yaitu: 1) Komunikasi Terdapat tiga indikator yang dapat dipakai atau digunakan dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi, yaitu: transmisi, kejelasan, konsistensi. 2) Sumberdaya indikator sumberdaya terdiri dari beberapa elemen, yaitu: staf, informasi, wewenang, fasilitas. 3) Disposisi Hal-hal penting yang perlu dicermati pada variabel disposisi adalah; Pengangkatan birokrat, Insentif. 4) Struktur Birokrasi Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak pihak, ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebarkan sumberdaya menjadi tidak efektif dan menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik Agustino (2008:149)

Menurut Grindle dalam Rusli (2013:98) dua kelompok faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan yaitu variabel isi kebijakan (*content of policy*) dan variabel konteks kebijakan (*context of policy*) yaitu tercapai atau tidaknya tujuan yang ingin diraih, selain keberhasilan implementasi kebijakan sangat ditentukan oleh tingkat *implementability* kebijakan itu sendiri, terdiri dari *content of policy* dan *context of policy*.

*Content of policy* menurut Grindle dalam Rusli (2013:98) adalah sebagai berikut:

- a. *Interest Affected* (kepentingan-kepentingan yang dipengaruhi);
- b. *Type of Benefits* (tipe keuntungan);
- c. *Extent of Change Envision* (tingkat perubahan perilaku);
- d. *Site of Decision Making* (letak pengambilan keputusan);
- e. *Program Implementer* (pelaksana kebijakan);
- f. *Resources* (Sumberdaya).

*Context of Policy* menurut Grindle dalam Rusli (2013:98) adalah sebagai berikut:

- a. Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor-aktor terlibat
- b. Karakteristik intuisi dan rejim
- c. Kerelaan/ketersediaan dan responsivitas.

Berdasarkan pemaparan model-model implementasi kebijakan di atas, peneliti mengadopsi model implementasi kebijakan yang dikembangkan oleh Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn karena isi dari metode-metode yang ditawarkan oleh kedua ahli tersebut memiliki spesialisasi dibandingkan dengan model-model lainnya yaitu memuat tentang faktor lingkungan ekonomi, sosial, dan politik sebagai salah satu faktor yang diyakini mempengaruhi implementasi kebijakan.

Alasan ini dirasa tepat untuk membahas lebih lanjut tentang faktor tersebut dengan masalah yang sedang peneliti bahas yaitu Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan.

### **3. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Kebijakan**

Weimer dan Vining dalam Pasolong (2010 :59) menyampaikan pendapat yang singkat dan tegas tentang keberhasilan dan kegagalan implementasi, ada tiga faktor umum yang mempengaruhi keberhasilan implementasi yaitu:

- a. Logika yang digunakan oleh suatu kebijakan, yaitu sampai seberapa besar teori yang menjadi landasan kebijakan atau seberapa jauh hubungan logis antara kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan tujuan atau sasaran yang telah ditetapkan.
- b. Hakikat kerjasama yang dibutuhkan, yakni apakah semua pihak yang terlibat dalam kerjasama merupakan suatu *assembling* produktif.
- c. Ketersediaan sumberdaya manusia yang memiliki kemampuan, komitmen untuk mengelola pelaksanaannya.

Sementara hambatan yang mempengaruhi pelaksanaan suatu kebijakan publik menurut Gow dan Morss dalam Pasolong (2011:59) antara lain: 1) hambatan politik, ekonomi dan lingkungan, 2) kelemahan institusi, 3) ketidakmampuan SDM di bidang teknis dan administratif, 4) kekurangan dalam bentuk teknis, 5) kurangnya desentralisasi dan partisipasi, 6) pengaturan waktu, 7) sistem informasi

yang kurang mendukung, 8) perbedaan agenda tujuan antara aktor, dan 9) dukungan yang berkesinambungan.

Keseluruhan hambatan yang telah dipaparkan dapat dengan mudah dibedakan atas hambatan dari dalam (internal) dan hambatan dari luar (eksternal). Menurut Turner dan Hulme dalam Pasolong (2010:59),

“ hambatan dari dalam sering disebut dengan faktor internal dapat dilihat dari ketersediaan dan kualitas input yang digunakan seperti sumberdaya manusia, dana, struktur organisasi, informasi, sarana dan fasilitas yang dimiliki serta aturan-aturan, sistem dan prosedur yang harus digunakan. Hambatan dari luar atau sering disebut faktor eksternal dapat dibedakan atas semua kekuatan yang berpengaruh langsung ataupun tidak langsung kepada proses implementasi kebijakan pemerintah, kelompok sasaran, kecenderungan ekonomi, politik, kondisi sosial budaya dan sebagainya “

## **C. Tinjauan Tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)**

### **1. Konsep Keluarga**

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat karena menurut Friedman (1998), terdapat Lima fungsi keluarga, yaitu:

1. Fungsi afektif (*The Affective 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 dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
3. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.



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.

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. Sedangkan tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan adalah:

- a. Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya,
- b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat,
- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit,
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya,
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

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.

1. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data Profil Kesehatan Keluarga dan peremajaan (updating) pangkalan datanya.
2. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.

3. Kunjungan keluarga untuk menidaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
4. Pemanfaatan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga untuk pengorganisasian/ pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas.

## **2. Pelaksanaan Pendekatan Keluarga**

Berdasarkan Permenkes RI No.39/2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, program ini memiliki tujuan yaitu:

1. Meningkatkan akses keluarga dan anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komperhensif (promotif, preferentif, kuratif dan rehabilitatif)
2. Pendukung pencapaian SDM di kab/kota melalui peningkatan akses screening kesehatan
3. Menanggung pelaksanaan JKN
4. Mendukung tercapainya program indonesia sehat dalam renstra kemenkes 2015-2019.

Satu keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam Kartu Keluarga. Jika dalam satu rumah tangga terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain, maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri lebih dari satu keluarga. Untuk menyatakan bahwa suatu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indikator.

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

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

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga. Sedangkan keadaan masing-masing indikator, mencerminkan kondisi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dari keluarga yang bersangkutan.

Dalam pelaksanaan pendekatan keluarga ini tiga hal berikut harus diadakan atau dikembangkan, yaitu:

- 1) Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga.
- 2) Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga.

3) Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas.

Instrumen yang diperlukan di tingkat keluarga adalah sebagai berikut:

a). 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).

b). 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.

Forum komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa forum-forum berikut:

- a) Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas.
- b) Diskusi Kelompok Terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion (FGD)* melalui Dasa Wisma dari PKK.

- c) Kesempatan konseling di UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).
- d) Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.

Sedangkan keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut:

- a) Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, kader Posbindu, kader Poskestren, kader PKK, dan lain-lain.
- b) Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

Pelaksanaan Pendekatan Keluarga Sehat yang dimaksud satu keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam Kartu Keluarga. Jika dalam satu rumah tangga terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain, maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri lebih dari satu keluarga. Untuk menyatakan bahwa suatu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indikator. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga, Sedangkan keadaan masing-masing indikator, mencerminkan kondisi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dari keluarga yang bersangkutan.

Data individu anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan:

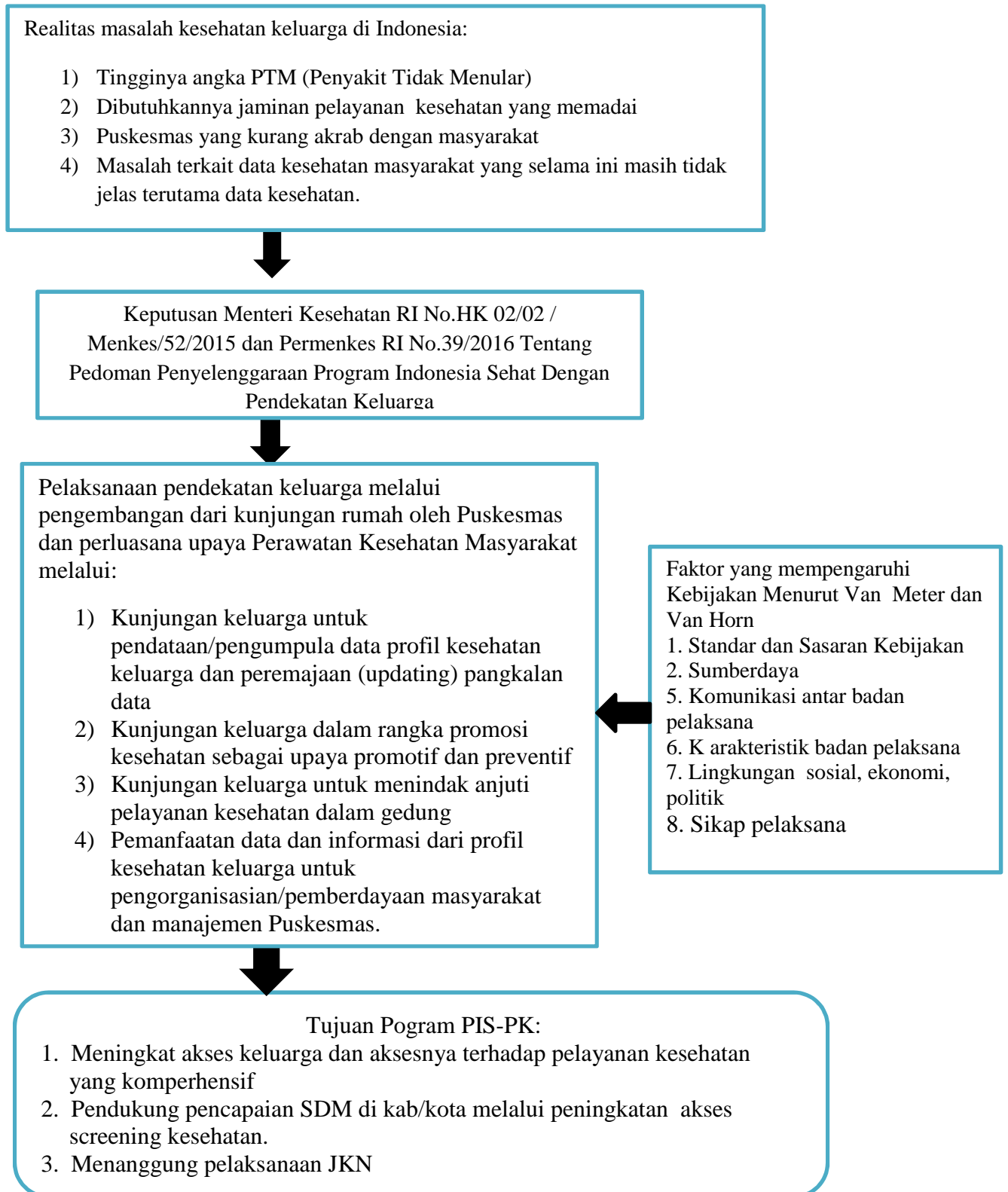
mengidap penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) serta perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain).

#### **D. Kerangka Pemikiran**

Berbagai masalah kesehatan yang terjadi di Indonesia khususnya Provinsi Lampung seperti, tingginya angka penyakit tidak menular, dibutuhkannya jaminan pelayanan kesehatan yang memadai, Puskesmas yang kurang akrab dengan masyarakat hingga masalah terkait data kesehatan masyarakat yang selama ini masih tidak jelas terutama data kesehatan yang berhubungan dengan kesehatan keluarga.

Berbagai masalah kesehatan diatas menggugah pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk segera mencari solusi. Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI No.HK 02/02 / Menkes/52/2015 dan Permenkes RI No.39/2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Terbentuklah sebuah program Kesehatan yang menysasar seluruh lapisan masyarakat di Indonesia yaitu Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dengan tujuan Tujuan Pogram PIS-PK: 1) Meningkatkan akses keluarga dan aksesnya terhadap pelayanan kesehatan yang komperhensif, 2) Pendukung pencapaian SDM di kab/kota melalui peningkatan akses *screening* kesehatan, 3) Menanggung pelaksanaan JKN, 4) Mendukung tercapainya program indonesia sehat dalam renstra kemenkes 2015-2019.

Serangkaian tujuan inipula yang kemudian menjadi landasan bagi Dinas Kesehatan Provinsi Lampung untuk melaksanakan implementasi program dan mendistribusikannya ke seluruh kabupaten yang ada di Provinsi Lampung dengan tetap melakukan monitoring dan evaluasi pada setiap tahapannya yang diharapkan dapat memenuhi target dari Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan pembangunan kesehatan di Indonesia.



**Gambar 4. Kerangka Pemikiran**

*Sumber: diolah oleh peneliti, 2018*



### **III. METODE PENELITIAN**

#### **A. Tipe Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Bogdan dan Taylor dalam Basrowi dan Sukidin (2002:2) menyatakan bahwa penelitian kualitatif adalah salah satu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa ucapan atau tulisan dan perilaku orang-orang yang diamati. Melalui penelitian kualitatif, peneliti dapat mengenali subjek dan merasakan apa yang mereka alami dalam kehidupan sehari-hari. Penelitian kualitatif diharapkan mampu menghasilkan suatu uraian yang mendalam tentang ucapan, tulisan, dan perilaku yang dapat diamati dari suatu individu, kelompok, masyarakat, atau suatu organisasi tertentu dalam suatu setting konteks tertentu yang dikaji dari sudut pandang yang utuh, komperhensif dan holistik.

Maksud peneliti menggunakan pendekatan ini adalah untuk melihat, mendeskripsikan, dan memperoleh pemahaman tentang Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringswu). Penulis dapat memberikan deskripsi tentang implementasi dan faktor apa saja yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan program.

## **B. Fokus Penelitian**

Fokus penelitian berguna untuk membatasi studi dan membatasi dalam pengumpulan data. Tanpa adanya fokus penelitian, peneliti akan terjebak oleh banyaknya data yang diperoleh di lapangan. Oleh karena itu fokus peneliti akan berperan sangat penting dalam memandang dan mengarahkan peneliti. Menurut Moleong (2013:94), dengan penetapan fokus yang jelas dan mantap, seorang peneliti dapat membuat keputusan yang tepat tentang data mana yang dikumpulkan dan mana yang tidak perlu dijamah ataupun mana yang akan dibuang.

Fokus penelitian ditujukan pada bagaimana Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai upaya pembangunan kesehatan (studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu), adapun fokus dalam penelitian ini, yaitu:

1. Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu) dengan menggunakan variabel implementasi kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn

- 1) Ukuran dan tujuan kebijakan

Hal ini menuju pada pertanyaan apakah tujuan program PIS-PK sudah realistis untuk dilaksanakan pada masyarakat dan apakah para pelaksana sudah paham terhadap ukuran dan tujuan dari Program PIS-PK.

- 2) Sumberdaya

Sumberdaya yang dimaksudkan yaitu sumberdaya manusia yang melaksanakan program PIS-PK dengan melihat jumlahnya, kecakapan dalam konkritnya meliputi tingkat pendidikan, jenis latihan yang pernah diikuti, serta kemampuannya dalam mengkomunikasikan tupoksinya. Disamping itu sumber daya juga menunjuk kepada dana yang dialokasikan untuk memperlancar proses implementasi Program PIS-PK.

3) Karakteristik agen pelaksana

Karakteristik agen pelaksana menunjuk pada bagaimana para pelaksana program PIS-PK bisa mempengaruhi kinerja implementasi kebijakan dan apakah agen yang dilibatkan sudah sesuai dengan cakupan atau luasan wilayah implementasi kebijakan. Agen pelaksana meliputi organisasi formal dan informal.

4) Sikap/kecenderungan (disposisi) pelaksana

Sikap pelaksana menunjuk pada bagaimana sikap penerimaan atau penolakan para pelaksana untuk menaati, menerapkan peraturan, dan instruksi yang ditetapkan dalam Program PIS-PK di Provinsi Lampung.

5) Komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan

Hal ini menunjuk pada koordinasi antara pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan.

6) Lingkungan ekonomi, sosial dan politik

Hal ini menunjuk pada sejauhmana kondisi sosial, ekonomi, dan politik akan mempengaruhi implementasi program PIS-PK yang sedang

dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Lampung serta bagaimana elit-elit mendukung tercapainya program tersebut.

2. Faktor penghambat dalam Implementasi Program PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo, yaitu masih terdapat kekurangan dalam hal Sumber Daya Manusia (SDM). Untuk Surveyor yang melakukan kunjungan rumah belum sesuai dengan cakupan luas wilayah kerja. Hal lain yang menjadi faktor penghambat adalah kendala server dan respon awal dari masyarakat.

### **C. Lokasi Penelitian**

Menurut Moleong (2013 : 128), lokasi penelitian merupakan tempat di mana peneliti melakukan penelitian terutama dalam rangka mendapatkan data-data penelitian yang akurat, dalam penentuan lokasi penelitian, cara terbaik yang perlu ditempuh dalam penentuan lokasi penelitian adalah dengan jalan mempertimbangkan fokus serta rumusan masalah penelitian. Penelitian ini berlokasi di Puskesmas Gadingrejo di Jalan Dewi Ratih Kec, Gadingrejo dan Puskesmas Wates di Jalan Raya Desa Wates, Kec Gadingrejo. Alasan peneliti menjadikan dua puskesmas tersebut tempat penelitian karena dua puskesmas tersebut merupakan puskesmas induk yang berada di Kecamatan Gadingrejo yang otomatis menjadi pelaksana program PIS-PK di kecamatan Gadingrejo dengan wilayah kerjanya masing-masing.

### 3.4 Jenis dan Sumber Data

#### 1. Jenis Data

Data adalah catatan atas kumpulan fakta yang ada, merupakan hasil pengukuran atau pengamatan suatu variabel yang bentuknya dapat berupa angka, kata-kata atau citra. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1) Data primer, yaitu berupa kata-kata dan tindakan informan serta peristiwa-peristiwa tertentu yang berkaitan dengan permasalahan, pelaksanaan, dan merupakan hasil pengumpulan peneliti sendiri selama di lapangan dan didapatkan dari sumber pertama yakni dari berbagai narasumber dan hasil observasi di Puskesmas Gadingrejo dan Puskesmas Wates. Secara aplikatif data primer ini diperoleh peneliti selama proses pengumpulan data dengan menggunakan teknik wawancara tematik dan observasi terhadap Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. Adapun yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah:

**Tabel 4. Daftar Informan yang Berkaitan dengan Penelitian**

No	Nama	Informan	Tugas
1.	Uki Basuki	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung	Melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan (peningkatan mutu dan pelayanan kesehatan tradisional) Pelaksana tingkat 3 Program PIS-PK
2.	Reni Kartika Sari	Kepala seksi PKP (Pelayanan Kesehatan Primer) Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu	Menyiapkan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, menyusun standar dan prosedur serta kriteria, memberikan bimbingan teknis. Pelaksana tingkat 3 Program PIS-PK
3.	Idawati	Koordinator PIS-PK puskesmas Gadingrejo	Pelaksana tingkat 1 PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo
4	Wilda Anisa	Koordinator PIS-PK puskesmas Wates	Pelaksana tingkat 1 PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo

(Sumber: diolah oleh peneliti, 2019)

## 2. Data sekunder

Data sekunder merupakan data-data tertulis yang digunakan sebagai informasi pendukung dalam analisis data primer. Umumnya berupa dokumen-dokumen tertulis yang terkait dengan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) baik meliputi jumlah IKS (Indeks

Keluarga Sehat) Provinsi Lampung, peraturan pemerintah, peraturan daerah, pedoman monitoring dan evaluasi PIS-PK, serta dokumen-dokumen lainnya yang berkenaan dengan Program PIS-PK.

## **2. Sumber Data**

Menurut Lofland dalam Moleong (2013:165), sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan yang didapat dari informan melalui wawancara, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Adapun sumber data dalam penelitian ini adalah:

### **a. Informan**

Sumber data primer diperoleh dengan cara menggali informasi langsung melalui wawancara kepada orang atau informan penelitian yang berkaitan langsung dengan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Kecamatan Gadingrejo. Adapun informan dalam penelitian ini yaitu Koordinator pelaksanaan program, Surveyor, dan pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu khususnya bidang PKP.

### **b. Objek**

Objek dalam penelitian ini yaitu diantaranya orang atau informan yang berkaitan langsung dengan Program PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo, badan atau organisasi pelaksana program yaitu UPT Puskesmas Wates dan UPT Puskesmas Gadingrejo serta hal-hal yang diamati oleh peneliti terkait pelaksanaan program yaitu pengamatan langsung terhadap beberapa pihak

pelaksana program, mengamati alat atau infrastruktur pendukung pelaksana program.

### c. Dokumen

Dokumen digunakan untuk menghimpun berbagai data sekunder yang memuat informasi tertentu bersumber dari dokumen-dokumen tertulis berupa undang-undang, surat keputusan, arsip-arsip, foto-foto, dan sebagainya yang mendukung data penelitian terkait program PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo. Adapun dokumen yang digunakan sebagai pendukung dalam penelitian ini yaitu:

**Tabel 5. Daftar Dokumen yang Berkaitan dengan Penelitian**

No	Nama Dokumen
1	Permenkes RI No.39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
2.	Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Gadingrejo dan Puskesmas Wates Tentang Tim Pembina dan Pengawas Wilayah Kerja
3	Peta Wilayah Kerja Puskesmas Gadingrejo dan Puskesmas Wates
4	Struktur Organisasi Tim Keluarga Sehat Puskesmas Gadingrejo dan Puskesmas Wates
5	Foto Proses kunjungan rumah keluarga sehat
6	Foto Stiker penanda keluarga yang telah dikunjungi
7	Foto kegiatan rapat pelaksanaan program
8	Foto Kuisisioner yang harus diisi pada saat kunjungan.

*Sumber: Diolah oleh peneliti, 2019*

### 3.5 Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian kualitatif pada umumnya menggunakan teknik observasi, wawancara, dan studi dokumenter.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:



## 1. Wawancara Tematik

Teknik wawancara dilakukan pada saat penulis melakukan penelitian/turun lapang untuk mendapatkan informasi / data-data yang didapatkan melalui dokumentasi maupun observasi. Wawancara dilakukan di Puskesmas Gadingrejo, Puskesmas Wates dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, pemilihan informan didasarkan pada subjek yang menguasai persoalan, memiliki data yang terpercaya serta bersedia memberikan sejumlah data. Informan dalam wawancara antara lain Kepala seksi Datin dan Litbang Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, peneliti melakukan wawancara untuk lebih mengetahui data-data terkait PIS-PK di Provinsi Lampung dan mengetahui perkembangannya hingga tahun ini. Kemudian peneliti juga melakukan wawancara dengan kepala Bidang PKP Dinas kesehatan Kabupaten Pringsewu dengan tema seputar pelaksanaan kebijakan, penyusunan standar dan prosedur serta kriteria dalam pelaksanaan PIS-PK di kabupaten Pringsewu termasuk di dalamnya kecamatan Gadingrejo dan peneliti juga melaksanakan observasi serta wawancara dengan koordinator PIS-PK Puskesmas Gadingrejo dan Wates untuk mengetahui pelaksanaan PIS-PK di kecamatan Gadingrejo dan tema wawancara disesuaikan dengan teori yang peneliti gunakan.

## 2. Observasi

Teknik pengumpulan data dengan cara pengamatan langsung untuk mengumpulkan data-data mengenai hal yang berhubungan dengan Program PIS-PK. Pada penelitian ini peneliti melihat dan datang langsung baik di Puskesmas Gadingrejo dan Puskesmas Wates. Penelitian ini dilakukan selama kurang lebih satu bulan, hal ini dilakukan agar memperoleh data yang konkrit tentang hal-hal

yang menjadi objek penelitian ini. Peneliti juga melakukan observasi dengan mengikuti beberapa kegiatan yang berhubungan dengan proses pelaksanaan program ini. Dalam hal ini yang diobservasi adalah Sumberdayanya baik manusia, alat, maupun teknologi, kesesuaian jadwal pelaksanaan, serta kelengkapan dokumen-dokumen pendukung. Kegiatan Observasi ini akan dilaksanakan dengan tipe observasi terbuka yakni pengumpulan data dimana peneliti benar-benar ikut dan berbaur secara langsung sehingga terjadi interaksi secara langsung dengan responden yang akan diteliti.

### 3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah cara pengumpulan data melalui pengumpulan tertulis, berupa arsip-arsip termasuk buku-buku, undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah dan lain-lain yang berhubungan dengan masalah penelitian. Peneliti memperoleh dokumentasi dari Puskesmas Gadingrejo dan Puskesmas Wates berupa struktur organisasi, Indeks Keluarga Sehat (data bergerak), data KS perkecamatan, paduan monitoring dan evaluasi dan data penunjang lainnya yang berguna untuk mendukung serta memperkaya isi penelitian juga sebagai bukti yang valid mengenai penelitian yang sedang dilakukan.s

### **3.6 Teknik Analisis Data**

Menurut Patton dalam Moleong (2007:280), adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikan kedalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar. Milles dan Huberman dalam Sugiyono (2010:246) mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara intensif dan berlangsung secara

terus menerus sampai tuntas. Menurut Milles dan Huberman dalam Sugiyono (2010:246) terdapat tiga komponen analisis data yaitu:

#### 1. Reduksi Data (*reduction data*)

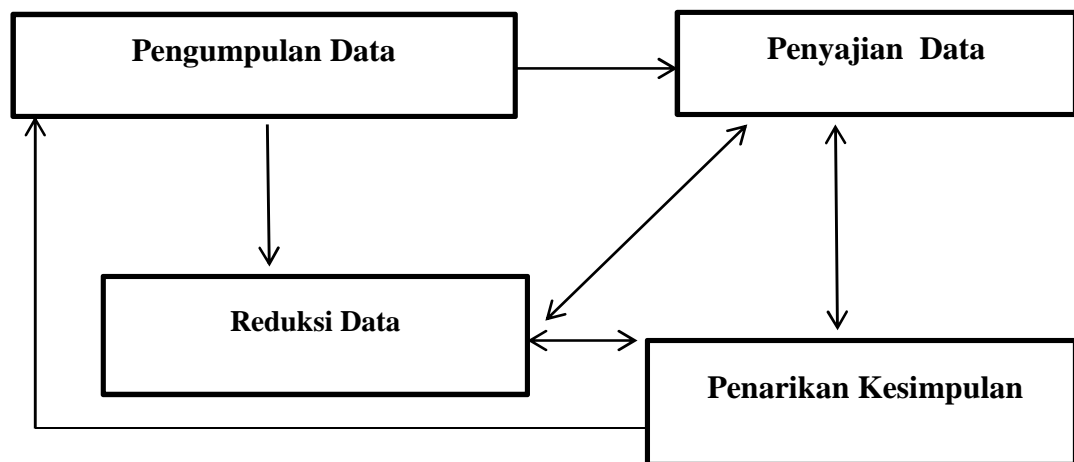
Reduksi data dapat diartikan sebagai proses pemilihan, pemisahan, perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Data yang diperoleh kemudian dituangkan dalam uraian atau laporan yang lengkap dan terinci. Laporan selanjutnya direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting. Pada tahap ini peneliti memilah antara data yang berkaitan dan yang tidak berkaitan dengan Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.

#### 2. Penyajian Data (*Data Display*)

Penyajian data merupakan sekumpulan informasi tersusun yang berguna untuk memudahkan peneliti memahami gambaran secara keseluruhan atau bagian tertentu dari penelitian. Batasan dalam penyajian data adalah sekumpulan informasi yang tersusun dan memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Pada penelitian ini penyajian data diwujudkan dalam bentuk uraian teks naratif, bagan, foto, atau gambar sejenisnya. Penyajian data dilakukan dengan mendeskripsikan hasil temuan dalam wawancara terhadap informan yang memahami Implementasi Program PIS-PK di Pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, dan 3 Puskesmas terkait.

### 3. Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan yaitu melakukan verifikasi secara terus menerus sepanjang proses penelitian berlangsung, yaitu sejak awal memasuki lokasi penelitian dan Selama Proses pengumpulan data. Peneliti berusaha untuk menganalisis dan mencari pola, tema, hubungan persamaan, hal-hal yang sering timbul, yang kemudian dituangkan dalam kesimpulan. Pada penelitian ini penarikan kesimpulan dilakukan dengan pengambilan intisari dari rangkaian kategori hasil penelitian berdasarkan observasi, wawancara dan dokumentasi hasil penelitian. Kesimpulan akhir dalam penelitian ini berupa teks naratif yang mendeskripsikan proses Implementasi Program PIS-PK pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung yang terdiri dari pelaksanaan program dan faktor-faktor yang menghambat Implementasi Program PIS-PK pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.



**Gambar 5. Analisis Data Model Interaktif**

*Sumber: Miles dan Huberman dalam Idrus (2009:148)*

### 3.7 Teknik Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar validitas dari data yang diperoleh. Moleong (2007:324) mengemukakan bahwa untuk menentukan keabsahan data dalam penelitian kualitatif harus memenuhi beberapa persyaratan, yaitu dalam pemeriksaan data dan menggunakan kriteria:

#### 1. Teknik Pemeriksaan Kredibilitas Data

Kriteria ini memiliki beberapa fungsi, yaitu pertama, melakukan inkuiri sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat dicapai. Kedua, mempertunjukkan derajat kepercayaan hasil-hasil penemuan dengan jalan pembuktian oleh peneliti pada kenyataan ganda yang sedang diteliti. Kriteria derajat kepercayaan diperiksa dengan beberapa teknik pemeriksaan yaitu:

a) Triangulasi

Menurut Moleong (2007:330) triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain. Triangulasi berupaya untuk mengecek kebenaran data dan membandingkan data yang diperoleh dengan sumber lainnya. Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengecekan derajat kepercayaan dengan menggunakan cara triangulasi sumber dengan membandingkan data hasil wawancara kepada sumber yang berbeda. Informan-informan tersebut yaitu dari pihak Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dan 3 Puskesmas.

b) Kecukupan referensial

Kecukupan referensial adalah mengumpulkan berbagai bahan-bahan, catatan-catatan, dan rekaman-rekaman yang dapat digunakan sebagai referensi dan patokan untuk menguji sewaktu diadakan analisis dan penafsiran data. Pada tahap ini peneliti lakukan dengan mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan penelitian, baik melalui literatur buku, arsip, catatan lapangan, foto, dan rekaman yang digunakan untuk menganalisis data.

## 2. Teknik Pemeriksaan Keteralihan Data

Teknik ini dilakukan dengan menguraikan secara rinci yaitu dengan melaporkan hasil penelitian secermat mungkin yang dapat menggambarkan konteks tempat penelitian diselenggarakan. Peneliti mendeskripsikan atau memaparkan data yang telah

diperoleh, baik berupa hasil wawancara, hasil observasi maupun dokumentasi secara transparan dan menguraikannya secara rinci.

### 3. Teknik Pemeriksaan Ketergantungan

Uji kebergantungan dilakukan dengan melakukan pemeriksaan terhadap keseluruhan proses penelitian. Sering terjadi peneliti tidak melakukan proses penelitian kelengkapan, tetapi bisa memberikan data. Hal ini perlu dilakukan uji dependabilitynya untuk mengecek apakah hasil penelitian ini benar atau tidak.

### 4. Kepastian Data

Menguji kepastian (*confirmability*) berarti menguji hasil penelitian, dikaitkan dengan proses yang ada dalam penelitian, jangan sampai proses tidak ada tetapi hasilnya ada. Derajat ini dapat dicapai melalui audit atau pemeriksaan yang cermat terhadap seluruh komponen dan proses penelitian serta hasil penelitiannya.

## **V. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan tentang Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu), dapat disimpulkan bahwa Pelaksanaan PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo berada pada kategori baik dengan memperhatikan kesesuaian tindakan pelaksana dengan Permenkes RI No.39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Kategori baik tersebut yaitu satu, telah memiliki standar dan sasaran kebijakan yang jelas dan terukur untuk mendukung keberhasilan program sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Kedua, komunikasi dan koordinasi yang berjalan dengan lancar. Ketiga, bahwa karakteristik agen pelaksana sudah sesuai dengan tujuan program. Keempat, sikap atau disposisi pelaksana yang baik. dan yang kelima faktor lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang mendukung terhadap pelaksanaan PIS-PK di Kecamatan Gadingrejo.

Dukungan dari internal sudah baik dilihat dari komunikasi dan rasa saling mendukung satu sama lain begitupun dengan dukungan eksternal berupa sikap atau tanggapan dari masyarakat dan lintas sektor, sedangkan hambatan internal berupa



lemahnya server masih belum teratasi dan hambatan eksternal berupa sulitnya untuk bertemu dengan anggota keluarga lengkap telah dapat diatasi dengan baik.

## **B. Saran**

Adapun saran yang dapat diberikan peneliti dalam implementasi program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai upaya pembangunan kesehatan di Kecamatan Gadingrejo adalah:

1. Menambah jumlah Sumber Daya Manusia dalam hal ini adalah surveyor dan disesuaikan dengan luas wilayah cakupan program dan Puskesmas sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dalam Kepmenkes nomor 81 tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kab/Kota, jumlah tenaga untuk Puskesmas kategori rawat inap harus mencapai 42 orang, hal ini ditujukan agar program dapat diselesaikan secara efektif dan efisien.
2. Untuk mengatasi masalah server yang sulit untuk diakses sebaiknya Kementerian Kesehatan RI lebih menambah kapasitas dari server untuk dapat menampung data dari 34 Provinsi di Indonesia, agar setiap pihak yang terkait dapat mengakses dan menunggah data dengan mudah dan tidak membutuhkan waktu yang lama sehingga petugas dapat segera menyelesaikan tugasnya.

## DAFTAR PUSTAKA

### Referensi Buku

- Agustino, Leo. 2008. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Alfabeta: Bandung.
- Basrowi dan Sudikin . 2002. *Metode Penelitian Kualitatif Perspektif Mikro*. Insan Cendekia: Surabaya
- Dunn, William. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Gadjah Mada University Press: Yogyakarta
- Friedman Marilyn M. 1998. *Keperawatan Keluarga*. EGC: Jakarta
- Idrus Muhammad. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Sosial (Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif)*. Erlangga: Yogyakarta
- Islamy, Irfan. 2009. *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Bumi Aksara: Jakarta
- Moleong, Lexy. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya: Bandung
- Nugroho, D. Riant. 2008. *Kebijakan Publik Untuk Negara-Negara Berkembang*. PT Alex Media Komputindo: Jakarta
- Nugroho, D. Riant. 2008. *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*. PT Alex Media Komputindo: Jakarta
- Pasolong, Harbani. 2010. *Teori Administrasi Negara*. Afabeta: Bandung

Rusli, Budiman. 2013. *Kebijakan Publik (Membangun Pelayanan Publik yang Responsif)*. CV ADOYA Mitra Sejahtera: Bandung

Silalahi, Ulber. 2012. *Metode Penelitian Sosial*. Refika Aditama: Jakarta

Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta: Bandung

### **Referensi Dokumen**

Keputusan Menteri Kesehatan RI No.HK 02/02 / Menkes/52/2015

Permenkes RI No.39/2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan pembangunan Nasional

Peraturan Daerah Provinsi Lampung No.17 Tahun 2014 Tentang pemberian ASI eksklusif

Peraturan Gubernur Provinsi Lampung Nomor 02 Tahun 2014 Tentang Kawasan tanpa rokok

Kecamatan Gadingrejo dalam Angka 2018, BPS Kabupaten Pringsewu

### **Referensi Online**

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2017 (diakses Oleh Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Kamis 20 September 2018, Pukul 13.00 WIB)

[www.sdg2030indonesia.org](http://www.sdg2030indonesia.org) (diakses pada 07 Oktober 2018, Pukul 19.00 WIB)

[www.iakmmi.or.id](http://www.iakmmi.or.id) (diakses pada 30 Oktober 2018, Pukul 13.00 WIB)

[www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses pada 31 Oktober 2018, Pukul 19.11 WIB)

BPS Provinsi Lampung, Susenas 2015-2017

[www.dinkes.pringsewukab.go.id](http://www.dinkes.pringsewukab.go.id) (diakses pada 10 April, 16.03 WIB)