

Analisis hubungan sarana dan prasarana dan dukungan pemerintah daerah terhadap pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga

Khairiyani Asri Hsb^{1*}, Chrismis Novalinda Ginting², Johannes Bastira Ginting³

^{1,2,3}Universitas Prima Indonesia, Medan

Abstract

Background: The Healthy Indonesia Program-family approach aims to improve the community's health and nutritional status through access to comprehensive health services and community empowerment through the Healthy Living Community Movement to achieve the Minimum Service Standards. This study analyzes the relationship between facilities and infrastructure and local government support for implementing the Healthy Indonesia Program-family approach.

Methods: The research design used was *cross-sectional*. The research location was at Sigambal Health Center in 2024. The subjects of this study were all health workers who were active in implementing the Healthy Indonesia Program-family approach at Sigambal Health Center in 2024, a many of 100 people, with a total sampling technique. Data collection was done directly by distributing questionnaires and conducting interviews with patients. The research data were analyzed using the *chi-square* test.

Results: Regarding facilities and infrastructure, 52 percent of respondents rated it as good, while 27 percent rated it as poor. Regarding local government support, 36 percent of respondents reported receiving support. Furthermore, 67 percent had been implemented in terms of the Healthy Indonesia Program-family approach implementation, while 33 percent had not. Facilities, infrastructure, and local government support are significant to implementing the Healthy Indonesia Program's family approach at Sigambal Health Center.

Conclusions: Poor facilities, infrastructure, and low local government support are significant obstacles to implementing the Healthy Indonesia Program-family approach at Sigambal Health Center.

Keywords: Healthy Indonesia Program, family approach, facilities, and infrastructure

Abstract

Latar Belakang: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) memiliki sasaran dan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui akses terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif dan pemberdayaan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan sarana dan prasarana serta dukungan pemerintah setempat terhadap pelaksanaan PIS-PK.

Metode: Desain penelitian yang digunakan berupa *cross-sectional*. Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Sigambal Tahun 2024. Subjek penelitian ini adalah seluruh petugas kesehatan yang aktif dalam pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Sigambal Tahun 2024 sebanyak 100 orang dengan teknik *total sampling*. Pengumpulan data dilakukan secara langsung dengan menyebarkan kuesioner dan melakukan wawancara kepada pasien. Analisis data penelitian menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil: Dari aspek sarana dan prasarana, 52% responden menilai dalam kategori baik, sedangkan 27% menilai dalam kategori kurang baik. Dari aspek dukungan pemerintah setempat, 36% responden melaporkan telah memperoleh dukungan. Pada aspek pelaksanaan PIS-PK, tercatat 67% telah terlaksana, sementara 33% belum terlaksana. Sarana dan prasarana serta dukungan pemerintah setempat signifikan terhadap pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Sigambal.

Kesimpulan: Sarana dan prasarana yang kurang baik serta dukungan pemerintah setempat yang rendah signifikan terhadap pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Sigambal.

Kata kunci: program indonesia sehat, pendekatan keluarga, sarana dan prasarana

*Email Korespondensi: khairiyaniashsb@gmail.com



This article is distributed under the terms of the CC BY-SA license
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Pendahuluan

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) menempatkan keluarga sebagai unit intervensi utama melalui kunjungan rumah, pendataan profil kesehatan keluarga, serta penjangkauan layanan promotif–preventif dan kuratif dasar oleh puskesmas beserta jejaringnya. Sejak 2022, ketika agenda transformasi layanan primer (integrasi layanan primer) dicanangkan, penguatan PIS-PK diwujudkan melalui layanan sepanjang daur hidup, digitalisasi pemantauan wilayah, dan intensifikasi kunjungan rumah untuk mendekatkan pelayanan hingga tingkat posyandu/pos kesehatan desa. Dengan demikian, keberhasilan PIS-PK bergantung pada kesiapan sarana dan prasarana, tata kelola data yang andal, serta dukungan operasional pemerintah daerah sebagai pemegang kewenangan desentralisasi.^{1,2}

Tantangan utama PIS-PK adalah ketimpangan kesiapan fasilitas dan akses geografis, terutama di wilayah kepulauan dan perdesaan. Studi layanan primer di Indonesia menegaskan kesenjangan dalam kesiapan layanan dan kompetensi klinis tenaga kesehatan antarwilayah serta antara perdesaan dan perkotaan; fasilitas di komunitas miskin cenderung memiliki peralatan, obat esensial, dan kapasitas diagnostik yang lebih terbatas.³ Di Makassar, hampir seperempat puskesmas mencatat skor kesiapan layanan penyakit kardiovaskular (CVD) di bawah ambang optimal, kekurangan utama mencakup ketersediaan obat esensial dan kapasitas diagnostik.⁴ Di Maluku, rata-rata jarak tempuh ke puskesmas mencapai 8,9-18,4 km (jalur darat vs kombinasi darat–laut); 65% puskesmas tidak memiliki dokter dan 49% tidak memiliki bidan, menunjukkan hambatan akses yang signifikan bagi implementasi strategi berbasis keluarga.⁵ Keterbatasan sarana dan prasarana meliputi ketersediaan obat, alat diagnostik, jaringan, dan transportasi rujukan menurunkan mutu kontak layanan primer, dan mengurangi keberterimaan kunjungan PIS-PK dan menurunkan akurasi intervensi pada tingkat rumah tangga.^{4,1}

Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan komunitas ($p=0,010$; $OR=3,72$), fasilitas dan infrastruktur ($p=0,019$; $OR=3,2$), dukungan pemerintah ($p=0,00$; $OR=6,15$), sumber daya tenaga kesehatan ($p=0,008$; $OR=4,8$), serta evaluasi dan pemantauan ($p=0,007$; $OR=4,52$) dengan implementasi PIS-PK.⁶ Sebuah studi lain melaporkan bahwa sikap keluarga berkorelasi signifikan dengan penerapan PIS-PK ($p=0,018$), sedangkan pengetahuan keluarga tidak menunjukkan hubungan yang signifikan ($p=0,159$).⁷

PIS-PK bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kunjungan rumah, pencatatan informasi kesehatan, dan intervensi berbasis kebutuhan. Namun, implementasinya di berbagai wilayah belum optimal. Bukti kuantitatif mengenai keterkaitan antara ketersediaan sarana dan prasarana serta dukungan pemerintah daerah dengan keberhasilan PIS-PK masih terbatas, sehingga determinan utama program belum teridentifikasi secara komprehensif. Oleh karena itu, studi ini bertujuan menganalisis hubungan antara ketersediaan sarana dan prasarana, dukungan pemerintah daerah dengan pelaksanaan PIS-PK.

Metode

Studi ini merupakan penelitian observasional dengan desain *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Sigambal Kabupaten Labuhan Batu Tahun 2024. Subjek penelitian ini adalah seluruh petugas kesehatan yang aktif dalam pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Sigambal Tahun 2024. Besar sampel penelitian sebanyak 100 orang dengan menggunakan teknik *total sampling*. Kriteria inklusi mencakup tenaga kesehatan yang aktif dalam pelaksanaan PIS-PK dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi mencakup tenaga kesehatan yang tidak dapat

diwawancarai (misalnya karena sakit) atau tidak bersedia berpartisipasi. Variabel bebas studi ini berupa sarana dan prasarana, dukungan pemerintah setempat. Variabel terikatnya adalah pelaksanaan PIS-PK. Kategori sarana dan prasarana meliputi 1 = baik, 2 = kurang baik. Kategori dukungan pemerintah setempat terdiri dari 1 = ada, 2 = tidak ada. Kategori pelaksanaan PIS-PK meliputi 1 = terlaksana dan 2 = tidak terlaksana.

Aspek sarana dan prasarana diukur melalui indikator ketersediaan, kecukupan, kondisi, aksesibilitas, dan tingkat pemanfaatan, dengan cakupan sarana meliputi peralatan medis, perangkat pencatatan, aplikasi PIS-PK, kendaraan operasional, alat pelindung diri, dan dukungan logistik, sedangkan prasarana mencakup fasilitas fisik, utilitas, perangkat teknologi informasi, serta sistem keamanan dan pengelolaan arsip.

Dukungan pemerintah daerah dievaluasi berdasarkan indikator kebijakan, alokasi pendanaan, koordinasi lintas sektor, pengelolaan sumber daya manusia, pelaksanaan monitoring dan evaluasi, serta penyediaan dan pemeliharaan sarana-prasarana. Data diperoleh melalui observasi, wawancara, telaah dokumen resmi. Analisis kuantitatif dilakukan untuk mengetahui kontribusi kedua variabel terhadap keberhasilan PIS-PK.

Pengolahan data penelitian dilakukan melalui tahap pemeriksaan, pemberian kode, dan penyusunan master data. Proses analisis dimulai dengan perhitungan distribusi frekuensi dan persentase untuk mendeskripsikan karakteristik responden serta variabel yang diteliti, kemudian dilanjutkan dengan pengujian hipotesis menggunakan uji *Chi-Square* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$. Temuan analisis digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antarvariabel dalam penelitian.⁸

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1, diketahui bahwa dari aspek sarana dan prasarana, 52% responden menilai dalam kategori baik, sedangkan 27% menilai dalam kategori kurang baik. Dari aspek dukungan pemerintah setempat, 36% responden melaporkan telah memperoleh dukungan. Selanjutnya, pada aspek pelaksanaan PIS-PK, tercatat 67% telah terlaksana, sementara 33% belum terlaksana. PIS-PK, merupakan program yang menggunakan model keluarga untuk meningkatkan kesehatan dasar. Meskipun demikian, pelaksanaannya tidak mudah karena memerlukan motivasi yang kuat dan alat yang tepat.⁹ Hasil studi sebelumnya melaporkan bahwa akibat pelaksanaan yang kurang memadai, tujuan pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK di Puskesmas X tidak tercapai. Masalah meliputi komunikasi dua arah yang tidak efisien antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas, waktu sosialisasi program yang tidak memadai, dan peserta yang tidak bersedia dalam program kunjungan. Meskipun ada kriteria PIS-PK, sosialisasi belum konsisten, sehingga kriteria tersebut tidak diikuti. Namun, sumber daya untuk melakukan kunjungan rumah tersedia.¹⁰

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Sarana dan Prasarana, Dukungan Pemerintah, Pelaksanaan PIS-PK (n = 100)

Variabel	Kategori	n	%
Sarana dan prasarana	Baik	52	52,0
	Kurang baik	27	27,0
Dukungan pemerintah setempat	Ada	36	36,0
	Tidak ada	21	21,0
Pelaksanaan PIS-PK	Terlaksana	67	67,0
	Tidak terlaksana	33	33,0

Tabel 2 menunjukkan bahwa sarana dan prasarana signifikan terhadap pelaksanaan PIS-PK ($p = <0,001$). Hasil ini menunjukkan bahwa tersedianya sarana dan prasarana yang memadai memiliki peran penting dalam mendukung keberhasilan pelaksanaan program. Kelengkapan fasilitas, meliputi sarana kesehatan, peralatan medis, serta infrastruktur penunjang, memudahkan tenaga kesehatan dalam melaksanakan kunjungan ke keluarga, melakukan pencatatan data, dan melaksanakan tindak lanjut intervensi kesehatan. Temuan ini konsisten dengan penelitian sebelumnya yang mengindikasikan bahwa penguatan manajemen dan infrastruktur fasilitas layanan primer berhubungan erat dengan kinerja layanan dan capaian program kesehatan masyarakat.¹¹ Studi sebelumnya yang dilakukan di Ethiopia menunjukkan bahwa program pembangunan fasilitas kesehatan skala nasional meningkatkan pemanfaatan layanan dan luaran kesehatan, sehingga menegaskan pengaruh langsung infrastruktur fisik terhadap keberhasilan implementasi intervensi di tingkat komunitas dan keluarga.¹² Selain itu, studi lain menunjukkan bahwa kesiapan fasilitas seperti ketersediaan peralatan, amenities dasar, logistik, dan sistem informasi berkorelasi dengan mutu klinis tatalaksana anak sakit. Dengan demikian, kesiapan sarana-prasarana merupakan prasyarat bagi implementasi program layanan kesehatan primer yang efektif.¹³ Studi lain menyoroti tantangan pengukuran kinerja layanan kesehatan primer dan menegaskan pentingnya indikator kesiapan fasilitas untuk memastikan target layanan tercapai.^{14,15}

Tabel 2. Uji Chi Square

Variabel	Pelaksanaan PIS-PK				P
	Terlaksana		Tidak terlaksana		
	n	%	n	%	
Sarana dan prasarana					
Baik	65	95,6	3	4,4	<0,001
Kurang baik	2	6,3	40	93,8	
Dukungan pemerintah setempat					
Ada	53	59,9	4	7,1	<0,001
Tidak ada	15	34,1	29	65,9	

Temuan dalam studi ini juga menunjukkan bahwa dukungan pemerintah setempat signifikan terhadap pelaksanaan PIS-PK ($p = <0,001$). Temuan ini sejalan dengan studi sebelumnya yang mengindikasikan bahwa intervensi tata kelola (*governance*) meningkatkan mutu layanan dan kinerja implementasi di negara berpendapatan rendah dan menengah.¹⁶ Komitmen politik dan alokasi belanja publik untuk pelayanan kesehatan primer merupakan prasyarat keberhasilan program berbasis keluarga/komunitas. Hal tersebut menekankan perlunya pemerintah meningkatkan besaran dan kualitas belanja pelayanan kesehatan primer melalui pengurangan fragmentasi pembiayaan.¹⁷ Pada tingkat operasional, dukungan pemerintah yang konkret meliputi tata kelola yang kuat, pendanaan terarah, dan penyelarasan kemitraan dengan strategi nasional terbukti meningkatkan kesiapan dan mutu implementasi layanan primer.^{18,16} Selain itu, dukungan struktural pemerintah bagi tenaga kesehatan komunitas meliputi penataan beban kerja, supervisi, dan insentif berkorelasi dengan peningkatan kinerja dan retensi, yang menjadi kunci keberhasilan program berorientasi keluarga.¹⁹ Studi lain juga mengindikasikan bahwa dimensi politik menentukan kecukupan dan keteraturan pembiayaan layanan kesehatan primer, yang pada gilirannya memengaruhi cakupan dan kinerja layanan, temuan ini mengukuhkan pentingnya dukungan pemerintah bagi keberhasilan program.²⁰

Kesimpulan

Kesimpulannya, ketersediaan sarana–prasarana yang memadai dan dukungan pemerintah daerah berasosiasi signifikan dengan keberhasilan pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Sigambal. Kehadiran kedua faktor tersebut meningkatkan kesiapan layanan, mutu proses implementasi, serta jangkauan intervensi berbasis keluarga.

Saran. Dinas Kesehatan Kabupaten Labuhan Batu perlu menerapkan penegakan berbasis kinerja melalui penyesuaian (pengurangan) paket anggaran dukungan RUK bagi puskesmas dengan capaian implementasi yang masih rendah. Selain itu, perlu penetapan Surat Keputusan (SK) di tingkat puskesmas yang memastikan keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan kebijakan PIS-PK.

Ucapan Terima Kasih

Kami mengucapkan terimakasih kepada seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Setiaasih R, Sunjaya DK, Sofiatin Y, Afriandi I, Hilfi L, Herawati DMD. Readiness of health posts for primary health care integration in Indonesia: a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2025;25(1):1429.
2. Sulistiwati E, Yunianto A, Yanti F. Utilization of the Healthy Indonesia Program With a Family Approach Data During the COVID-19 Pandemic. *Asia Pacific J Public Heal*. 2022;34(4):401–5.
3. Haemmerli M, Powell-Jackson T, Goodman C, Thabrany H, Wiseman V. Poor quality for the poor? A study of inequalities in service readiness and provider knowledge in Indonesian primary health care facilities. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):239.
4. Arsyad DS, Hamsyah EF, Qalby N, Qanitha A, Westerink J, Cramer MJ, et al. The readiness of public primary health care (PUSKESMAS) for cardiovascular services in Makasar city, Indonesia. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1112.
5. Leosari Y, Uelmen JA, Carney RM. Spatial evaluation of healthcare accessibility across archipelagic communities of Maluku Province, Indonesia. *PLOS Glob Public Heal*. 2023;3(3):e0001600.
6. Darmansyah D. Analisis pelaksanaan program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) pada Puskesmas di Kabupaten Nagan Raya. *J SAGO Gizi dan Kesehat*. 2021;3(1):85–94.
7. Putra ID, Hasana U. Analisis Hubungan Sikap dan Pengetahuan Keluarga dengan Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. *J Endur Kaji Ilm Probl Kesehat*. 2020;5(1):13–20.
8. Hulu VT, Kurniawan R. Memahami dengan Mudah Statistik Nonparametrik Bidang Kesehatan: Penerapan Software SPSS dan STATCAL [Internet]. Jakarta: Kencana; 2021. 220 p. Available from: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=iX_g7oUAAA&AJ&citation_for_view=iX_g7oUAAAAJ:KlAtU1dfN6UC
9. Anna D, Harnani Y, Marlina H, Dewi O, Ennimay E. Integrasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dalam Manajemen Puskesmas di Puskesmas Sidomulyo Kota Pekanbaru Riau Tahun 2023. *J Kesehat komunitas (Journal community Heal*. 2024;10(3):607–14.
10. Prihatni R, Hastono SP. Evaluasi Implementasi Kunjungan Rumah Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Di Kota Tangerang Selatan. *J Mutiara Kesehat Masy*.

- 2024;9(1):7–15.
11. Kim JH, Bell GA, Bitton A, Desai E V, Hirschhorn LR, Makumbi F, et al. Health facility management and primary health care performance in Uganda. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):275.
 12. Croke K, Mengistu AT, O’Connell SD, Tafere K. The impact of a health facility construction campaign on health service utilisation and outcomes: analysis of spatially linked survey and facility location data in Ethiopia. *BMJ Glob Heal.* 2020;5(8).
 13. Carter ED, Sheffel A, Requejo J, Kosek M, Campbell H, Eisele T, et al. Association between sick child facility readiness and quality of care at the individual and facility level in five low-and middle-income countries. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1400.
 14. Solikha DA, Butler DC, Setiawan E, Korda RJ, Kelly M. Primary health care performance measurement at the service delivery level in Indonesia: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2025;25:898.
 15. Ekawati FM, Muchlis M, Tuteja A. Adopting international recommendations to design a model for maternal health service to cope with pandemic disruption for Indonesian primary care. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):132.
 16. George J, Jack S, Gauld R, Colbourn T, Stokes T. Impact of health system governance on healthcare quality in low-income and middle-income countries: a scoping review. *BMJ Open.* 2023;13(12):e073669.
 17. Gatome-Munyua A, Sparkes S, Mtei G, Sabignoso M, Soewondo P, Yameogo P, et al. Reducing fragmentation of primary healthcare financing for more equitable, people-centred primary healthcare. *BMJ Glob Heal.* 2025;10(1).
 18. Spasenoska D, Grundy J, Omam LA, Chaudhri IA, Khalid F, O’Connell TS, et al. Design and implementation of a Primary Health Care (PHC) Toolbox for improving the impact of support from Global Development Partners. *BMC Glob Public Heal.* 2024;2(1):23.
 19. Nida S, Tyas ASA, Putri NE, Larasanti A, Widoyopi AA, Sumayyah R, et al. A systematic review of the types, workload, and supervision mechanism of community health workers: lessons learned for Indonesia. *BMC Prim Care.* 2024;25(1):82.
 20. Dias HS, Pereira AMM, Nunes E de FP de A, Martins CP, Castilho M, Mendonça F de F, et al. Political factors and arrangements influencing primary health care financing and resource allocation: A scoping review protocol. *PLoS One.* 2024;19(8):e0308754.

Cara mengutip:

Hsb KA, Ginting CN, Ginting CB, et al. Analisis hubungan sarana dan prasarana dan dukungan pemerintah daerah terhadap pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. *Haga Journal of Public Health (HJPH).* 2025;2(2):65-70.
<https://doi.org/10.62290/hjph.v2i2.49>