

**ANALISIS PELAKSANAAN KELUARGA SEHAT DI KECAMATAN CIAMPEA  
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016**

TESIS

Disampaikan untuk memenuhi persyaratan  
Memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat

Oleh

HIDAYATI  
NIM 1408046014



PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH PASCASARJANA  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF.DR.HAMKA  
2016

## ABSTRAK

Hidayati . Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016. Tesis. Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof.DR. HAMKA Januari 2016.

Tesis ini bertujuan untuk melihat gambaran dan mengevaluasi pelaksanaan keluarga sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif, menggunakan kerangka teori PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Construct in Educational/Ecological Dignosis Evaluation*) dari Lawrence Green dan evaluasi CIPP (*Context, Input, Process, dan Product*) model dari Stufflebeam .

Pendekatan kuantitatif digunakan untuk melihat gambaran faktor predisposisi, faktor enabling dan faktor reinforcing sebagai landasan perilaku keluarga. Indikator keluarga sehat selanjutnya dianalisis secara univariat variabelnya untuk melihat gambaran dan distribusi setiap variabel. Pada analisis kuantitatif juga dilakukan pengukuran indeks keluarga sehat (IKS) dengan nilai 0,800 sebagai kategori Keluarga Sehat, IKS.0,500 -0,800 sebagai Keluarga Pra Sehat dan < 0,500 sebagai Keluarga Tidak Sehat.

Didapatkan hasil satu desa sebagai desa dengan Keluarga Sehat (Desa Bojong Rangkas, IKS=1,272), satu desa dengan Keluarga Pra Sehat ( Desa Tegal Waru, IKS=0,548) dan dua desa dengan Keluarga Tidak Sehat, Desa Cinangka (IKS=0,3) dan Desa Ciampea Udik (IKS=0,272).

Cakupan indikator Keluarga Sehat terendah kemudian dianalisa secara kualitatif dan evaluasi dilaksanakan dengan indikator ketersediaan, relevansi, efisiensi dan keterjangkauan dalam melihat aktivitas memonitor/memantau, menilai dan mendokumentasikan pelaksanaan Program Keluarga Sehat. Informasi ini diharapkan dapat memberikan alternatif-alternatif pengambilan keputusan kearah perbaikan program yang lebih baik.

**Kata Kunci: Keluarga Sehat, Indeks Keluarga Sehat, Evaluasi.**

## ABSTRACT

Hidayati. *Analysis of Implementation Of Healthy Families In Sub Ciampela Bogor Regency 2016.* Thesis. Master of Public Health Program. Post Graduate School University of Muhammadiyah Prof. DR.HAMKA.

The study was intended to see the picture and evaluate the implementation of healthy families in the District Ciampela Bogor Regency Year 2016. Healthy Families Program launched by the Ministry of Health in the Government of the month of April 2016. This study was conducted with quantitative and qualitative approach, using the theoretical framework Precede (*predisposing, Reinforcing , Enabling construct in Educational/Ecological diagnosis evaluation*) of Lawrence Green and evaluation of CIPP (*Context, input, Process, and Product*) models of Stufflebeam.

A quantitative approach is used to see the picture of predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors as the cornerstone of family behavior. Indicators healthy families further analyzed by univariate variables to see the picture and the distribution of each variable. In the quantitative analysis was also conducted healthy family index measurement (IKS) with a value of 0,800 as Healthy Family category, IKS.0,500 Pre -0800 as Healthy Families and <0.500 as Family Unfair.

RESULTS of the village as a village with a Healthy Family (Bojong Rangkas, IKS = 1.272), a village with Pre Healthy Families (Tegal Waru, IKS = 0612) and two villages with family Unhealthy, Village Cinangka (IKS = 0.3 ) and Village Ciampela Udik (IKS = 0.272).

Healthy Families coverage indicator lows then analyzed qualitatively and evaluation is carried out with the indicator of availability, relevance, efficiency and affordability in view the activity monitor / monitor, assess and document the implementation of the Healthy Families Program. This information is expected to provide alternatives towards improving decision making better programs

**Keywords:** Healthy Families, Healthy Families Index, Evaluation.

## LEMBAR PERSETUJUAN

### ANALISIS PELAKSANAAN KELUARGA SEHAT DI KECAMATAN CIAMPEA KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016



## LEMBAR PENGESAHAN

### ANALISIS PELAKSANAAN KELUARGA SEHAT DI KECAMATAN CIAMPEA KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016

TESIS

Oleh  
**HIDAYATI**  
NIM 1408046014

Dipertahankan di depan Komisi Pengaji Sidang Tesis Sekolah Pascasarjana  
Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA  
Tanggal 1 Desember 2016

#### SUSUNAN PANITIA PENGUJI

Prof. Dr. H. Abd. Rahman A. Ghani, M.Pd.  
(Ketua Pengaji)

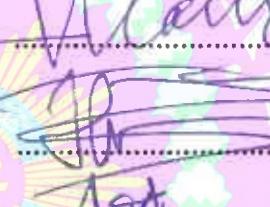
Dr. Hermawan Saputra, SKM., MARS.  
(Sekretaris Pengaji, Pengaji 1)

Dr. Ir. Bambang Setiaji, SKM, M.Kes.  
(Anggota, Pembimbing 1)

Dr. PA. Kodrat Pramudho, SKM, M.Kes.  
(Anggota, Pembimbing 2)

Dr. dr. Aragar Putri, MRDM.  
(Anggota, Pengaji 2)

#### TANDA TANGAN



Jakarta, 13-12-17  
Direktur Sekolah Pascasarjana  
Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA

Prof. Dr. H. Abd. Rahman A. Ghani, M.Pd.

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

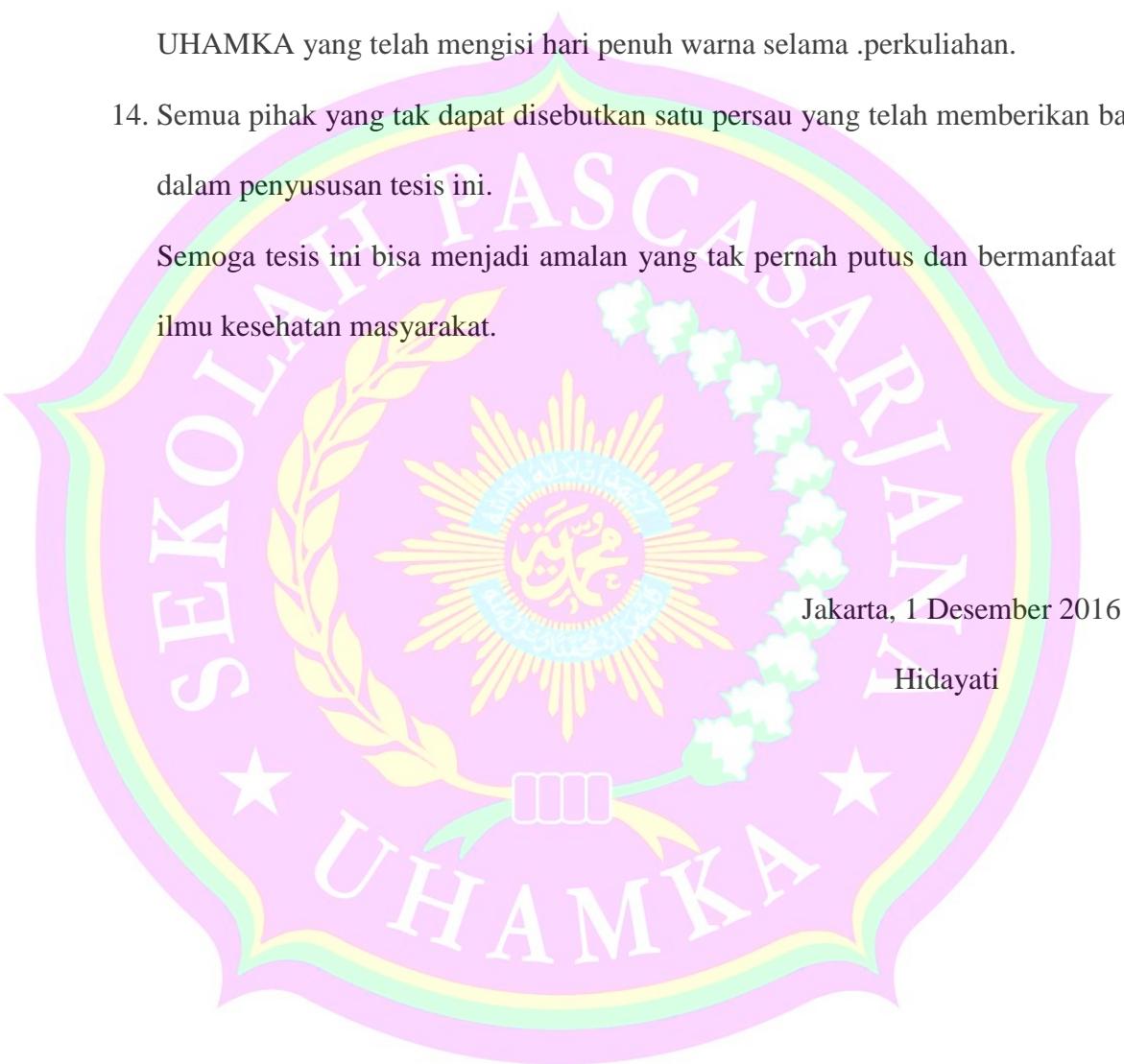
Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan nikmat akal dan sehat Nya kepada penulis sehingga tesis yang berjudul “Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016” dapat terselesaikan. Penyusunan tesis ini tidak akan mungkin tersusun dengan baik tanpa bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr.Ir.Bambang Setiaji, SKM,M.Kes selaku Dosen Pembimbing I yang telah memberikan arahan, bimbingan dan masukan-masukan yang bermanfaat dalam penyusunan tesis ini.
2. Dr. PA.Kodrat Pramudho, SKM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan arahan, masukan dan bimbingan yang bermanfaat dalam penyusunan tesis ini.
3. Dr. Hermawan Saputra, SKM, MARS, selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Dosen Penguji 1 yang telah memberikan masukan dan arahan yang berharga untuk kearah sempurnanya tesis ini.
4. Dr.dr. Aragar Putri, MRDM selaku Dosen Penguji 2 yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyelesaian tesis ini.

5. Bpk. Juanda Dimanyah, SE,MM dan Bpk.Cecep Imam, SE,SH,MM selaku Camat dan Sekretaris Camat di Kecamatan Ciampea yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengadakan penelitian di wilayah Kecamatan Ciampea dan seluruh staff terutama Bpk. Iskandar, S.Ag di Kecamatan Ciampea yang telah banyak membantu dalam proses administrasi penelitian.
6. Bpk dr. Unang Wahyudin beserta seluruh Staf UPT.Puskesmas Kecamatan Ciampea beserta staff yang telah berkenan berdiskusi dan menerima penulis, Zr.Nurhalia, Am Kep, Bpk.Robi Lukman, yang telah memberikan data penunjang .
7. Kepala UPF Puskesmas Ciampea Udik, dr.Seto, Kepala UPF Puskesmas Pasir dr. Ridwan. Para Bidan Desa Bidan Erlinda Siagian, S.Sit, Bidan Ayu, S.Sit, dan Bidan Ucu, Am.Keb.
8. Kepala Desa dan seluruh warga di Desa Bojong Rangkas, Desa Tegal Waru, Desa Cinangka dan Desa Ciampea Udik, yang tanpa kesediaan mereka tidak akan terjadi penelitian ini.
9. Seluruh dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana UHAMKA atas ilmu dan pengalaman yang diberikan selama perkuliahan, beserta staf akademik yang telah banyak membantu dalam proses perkuliahan.
10. Ayahanda tercinta Suhadi, Ibunda Wahati yang tiada henti dalam senja usianya terus mendo'akan penulis. Terima kasih untuk kasih sayang yang tak pernah usai.
11. Suamiku tercinta Fachrur Razi UI, ST yang tak henti memberikan dorongan, motivasi dan menunggu dengan penuh kesabaran untuk keberhasilan istrinya dimasa-masa yang akan datang.Terimakasih atas segala cinta dalam kemasan apapun.

12. Anak-anak yang kubanggakan Khansa Mutia, Hasbullah dan Rai Arhabur Rizki, semoga menjadi investasi penulis di dunia dan akhirat maaf untuk segala abai mama.
13. Sahabat seperjuangan kawan-kawan dari angkatan 17 Sekolah Pascasarjana IKM UHAMKA yang telah mengisi hari penuh warna selama perkuliahan.
14. Semua pihak yang tak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan tesis ini.

Semoga tesis ini bisa menjadi amalan yang tak pernah putus dan bermanfaat untuk ilmu kesehatan masyarakat.



## DAFTAR ISI

ABSTRAK .....	ii
ABSTRACT .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
BAB I.PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Masalah Penelitian .....	7
1. Fokus Evaluasi .....	8
2. Ruang lingkup Evaluasi .....	8
3. Rumusan Masalah .....	8
C. Kegunaan Penelitian .....	9
1. Kegunaan Teoritis .....	9
2. Kegunaan Metodologi .....	9
3. Kegunaan Aplikasi .....	9
BAB II. KAJIAN TEORI .....	10
A. Deskripsi Konseptual dan Fokus Evaluasi .....	10
B.Kerangka Teori .....	43
C. Kerangka Fikir Penelitian .....	51
D. Kajian Yang Relevan .....	54
E. Sinopsis .....	57

<b>BAB III. METODOLOGI EVALUASI .....</b>	59
A. Tujuan .....	59
1. Tujuan Umum .....	59
2. Tujuan Khusus .....	59
B. Tempat Dan Waktu .....	61
C. Metode dan Model Evaluasi .....	61
D. Populasi Dan Sampel .....	66
E. Definisi Operasional .....	73
F. Teknik Dan Prosedur Pengumpulan Data .....	78
G. Metode Kualitatif .....	80
H. Standar Evaluasi .....	83
I. Teknik Pemeriksaan Keabshan Data .....	85
<b>BAB IV. TEMUAN EVALUASI DAN PEMBAHASAN .....</b>	86
A. Deskripsi Data .....	86
B. Temuan Penelitian .....	89
C. Hasil Penelitian .....	91
D. Pembahasan .....	137
E. Keterbatasan Penelitian .....	159
<b>BAB. V. KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN REKOMENDASI .....</b>	160
A. Kesimpulan .....	160
B. Implikasi .....	165
C. Rekomendasi .....	162
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	170

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel.2.1.	Perubahan Paradigma Kearah Paradigma Sehat .....	13
Tabel.2.2.	Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Keluarga A .....	22
Tabel.2.3	Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Desa P .....	25
Tabel.2.4	Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Kecamatan C .....	32
Tabel. 3.1.	Gant Chat Aktivitas Penelitian .....	61
Tabel.3.2.	Proporsi Sampel Per Kelurahan / Desa .....	71
Tabel.3.3	Matriks Studi Kualitatif .....	82
Tabel 4.1.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia ,pengetahuan ,..... Tingkat Pendidikan, Jumlah anggota keluarga, Penghasilan keluarga, Sikap, Fasilitas dan sarana kesehatan, Dukungan tenaga kesehatan, kader Dan Tokoh Masyarakat Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016	92
Tabel 4.2.	Rekapitulasi Keluarga Desa Bojong Rangkas .....	95
Tabel. 4.3	Rekapitulasi Keluaga Desa Tegal Waru .....	95
Tabel. 4.4.	Rekapitulasi Keluarga Desa Cinangka .....	95
Tabel 4.5.	Rekapitulasi Keluarga Desa Ciampela Udik .....	95
Tabel.4.6.	Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga Dari Desa Bojong Rangkas	96
Tabel.4.7.	Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga Dari Desa Tegal Waru .....	98
Tabel.4.8.	Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga Dari Desa Cinangka .....	100
Tabel.4.9	Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga Dari Desa Ciampela Udik ....	102

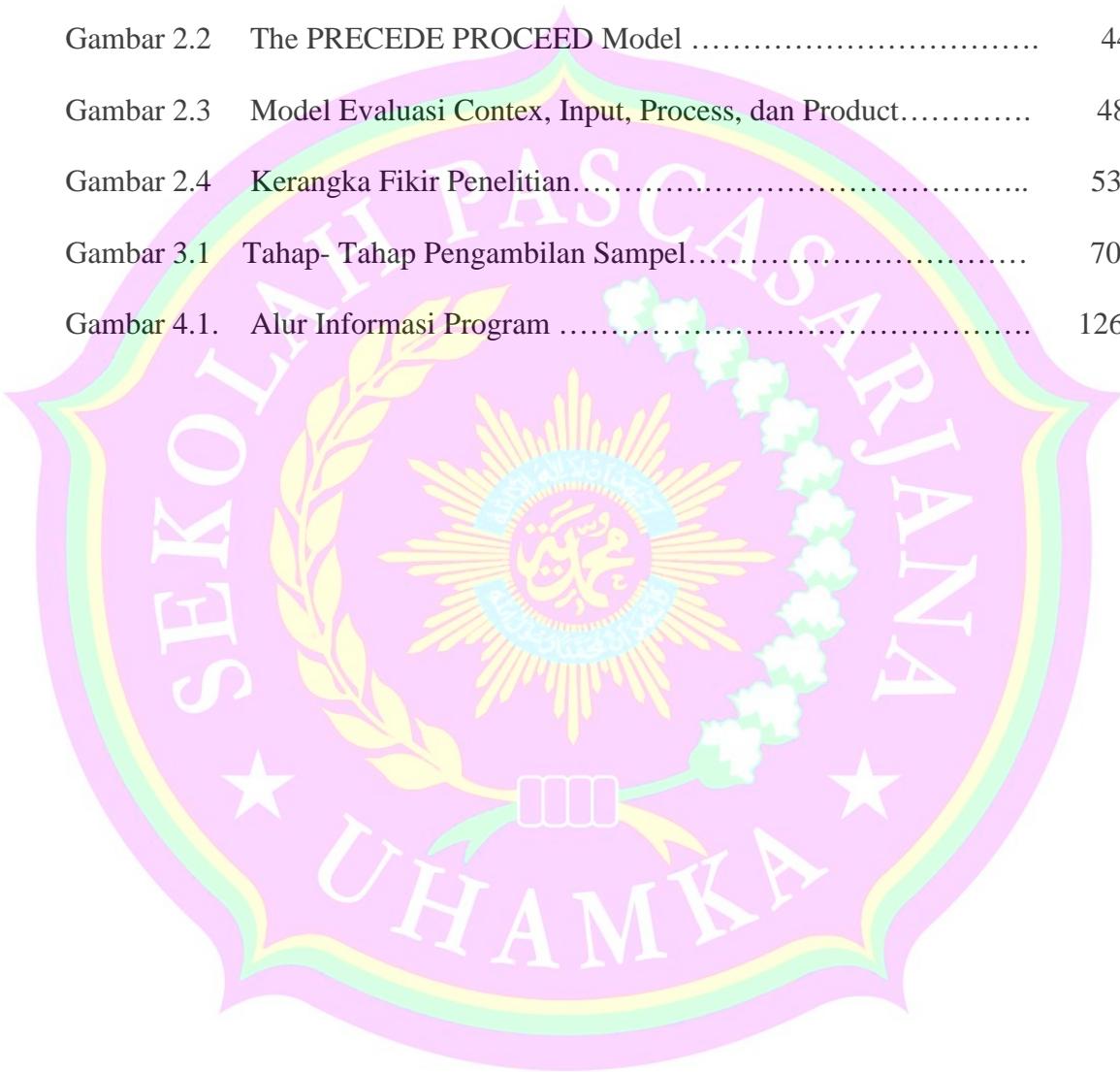
Tabel.4.10	Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga Dari Kecamatan Ciampela	104
Tabel.4.11	Matrik Informan Penelitian .....	110
Tabel 4.12.	Karakteristik Informan .....	111
Tabel .4.13	Peran Puskesmas Kecamatan Ciampela Sebelum dan Sesudah Pendekatan	128

Keluarga



## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar. 2.1	Mekanisme Interaksi Puskesmas - Keluarga – UKBM .....	16
Gambar 2.2	The PRECEDE PROCEED Model .....	44
Gambar 2.3	Model Evaluasi Contex, Input, Process, dan Product.....	48
Gambar 2.4	Kerangka Fikir Penelitian.....	53
Gambar 3.1	Tahap- Tahap Pengambilan Sampel.....	70
Gambar 4.1.	Alur Informasi Program .....	126



## **LAMPIRAN – LAMPIRAN**

Lampiran 1. Instrumen Evaluasi

Lampiran 2 Pedoman Wawancara

Lampiran 3. Hasil Analisis Data

Lampiran 4. Surat-Surat Penelitian

Lampiran 5. Riwayat Hidup Mahasiswa



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Keluarga adalah unit terkecil dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Melalui institusi keluarga, manusia tumbuh dan berkembang dari satu generasi ke generasi berikutnya, sehingga dalam keluarga yang sehat dan sejahtera menjadi lahan subur untuk menumbuh-kembangkan sumber daya manusia yang berkualitas.

Hal ini sejalan dengan Sembilan Agenda Presiden Jokowi yang dikenal dengan NAWA CITA, dimana agenda ke-lima adalah **meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia**. Kualitas hidup manusia Indonesia yang dimulai dari kesehatan individu dan keluarga akan memberikan kontribusi kepada kesehatan masyarakat dan negara (Kemenkes RI, 2016)

Agenda NAWA CITA memiliki konvergensi terhadap *Sustainable Development Goals (SDGs)*. Pada dimensi substantif, tidak ada kontradiksi yang signifikan pada agenda pembangunan tersebut, dalam RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) bahkan siap untuk membawa agenda pembangunan nasional ke konteks global, di mana SDGs disebutkan sebagai acuan. (UNDP, 2015)

Perhatian khusus SDGs dalam bidang kesehatan terdapat pada *SDGs ke- 2. Mengakhiri kelaparan*; mencapai ketahanan pangan dan meningkatkan gizi, serta mendorong pertanian yang berkelanjutan (Gizi Masyarakat), *SDGs ke- 3. Kesehatan yang baik*; menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia (Sistem Kesehatan Nasional), *SDGs ke- 5. Kesetaraan Gender*; menjamin kesetaraan gender serta memberdayakan seluruh wanita (Akses kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana), *SDGs ke- 6 . Air bersih dan sanitasi*; menjamin ketersediaan dan pengelolaan air serta sanitasi yang berkelanjutan bagi semua orang (Sanitasi dan air bersih).

Seluruh isu-isu kesehatan diintegrasikan dalam satu tujuan (*SDGs ke- 3*). Upaya pencapaiannya harus terintegrasi. Prinsip pelaksanaan *SDGs* adalah Pembangunan terintegrasi di seluruh aspek kehidupan manusia (*people centered development*) yang dalam agenda ke-5 Nawa Cita tertuang dalam Program Indonesia Sehat.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu (1) penerapan paradigma sehat, (2) penguatan pelayanan kesehatan, (3) pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN), yang bertujuan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tinginya (Kemenkes RI, 2016).

Pembangunan kesehatan dimulai dari unit terkecil dari masyarakat yaitu keluarga. Kementerian Kesehatan menetapkan strategi operasional pembangunan

kesehatan melalui Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Pemberdayaan keluarga ini adalah untuk menggugah partisipasi segenap keluarga (sebagai kelompok masyarakat terkecil) untuk berperilaku hidup sehat, mencegah sakit, bahkan dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

Secara nasional Program Indonesia Sehat melalui pendekatan keluarga dilakukan untuk meningkatkan kesadaran ber Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di tatanan rumah tangga. Program tersebut dituangkan kedalam 12 indikator perilaku, yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan keluarga sebagai kesatuan terkecil dari masyarakat.

Dua belas indikator tersebut adalah: (1) keluarga ikut program KB, (2) Ibu bersalin di fasilitas kesehatan, (3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, (4) Bayi diberi ASI Ekslusif selama 6 bulan, (5) Pertumbuhan Balita dipantau, (6) Penderita TB paru berobat sesuai standar, (7) Penderita Hipertensi berobat teratur, (8) Penderita gangguan jiwa diobati dan tidak dipasung, (9) Tidak ada anggota keluarga yang merokok, (10) Keluarga memiliki air bersih, (11) Keluarga memiliki jamban sehat, (12) Keluarga sudah menjadi peserta jaminan kesehatan nasional (JKN).

Perilaku adalah faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Green (1991) dalam Setiaji (2000) mengemukakan bahwa perilaku seseorang ditentukan oleh 3 faktor, yaitu: *Predisposing Factors* (faktor predisposisi), *reinforcing factors* (faktor penguat) dan *enabling factors* (faktor pemungkin). Faktor predisposisi

meliputi: pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma dan nilai yang dianut individu, merupakan antecedent perilaku yang memberikan dasar pemikiran atau alasan dan motivasi individu untuk berperilaku.

Faktor penguat seperti dukungan sosial, pengaruh kelompok atau orang yang berpengaruh merupakan faktor yang membuat individu mempertahankan atau mengulang perilakunya. Faktor pemungkinkan meliputi: ketersediaan program dan pelayanan kesehatan, sumber daya, yang dibutuhkan, kebijakan dan peraturan sehingga orang dapat berperilaku.

Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, telah diluncurkan sejak bulan April 2016. Program ini telah diujicoba sebelumnya pada tahun 2015 di 4 Puskesmas di 4 Provinsi dan 4 Kabupaten Kota, yang kemudian dilaksanakan pada tahun 2016 di 470 Puskesmas di 9 Provinsi dan 64 Kabupaten (Kemenkes RI, 2016).

Provinsi Jawa Barat dipilih oleh Kementerian Kesehatan RI menjadi salah satu dari sembilan provinsi untuk program prioritas Indonesia Sehat., dengan harapan pada tahun 2019 nanti seluruh Puskesmas di Provinsi Jawa Barat sudah dapat melaksanakan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga melalui 12 indikatornya.(Humas Jabar, 2016)

Cakupan kedua belas indikator Program Indonesia Sehat Dengan pendekatan Keluarga Provinsi Jawa Barat adalah: (1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB) untuk meningkatkan cakupan persentase KB Aktif yang pada tahun

2014 tercapai 74,87% (di bawah rata-rata nasional 75,88%); (2) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan untuk meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas kesehatan yang pada tahun 2013 tercapai 66,4%; (3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap untuk meningkatkan cakupan imunisasi dasar lengkap yang pada tahun 2015 tercapai 78,21%.

Indikator ke-4 Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif yang pada tahun 2015 tercapai 45% (di bawah cakupan nasional 52,3%); (5) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan balita yang pada tahun 2015 tercapai 77,4% (di bawah target nasional 85%); (6) Penderita Tuberculosis Paru mendapatkan pengobatan sesuai standar untuk meningkatkan Angka Kesembuhan (*Cure Rate*) yang pada tahun 2015 tercapai 81,8% (di bawah target 85%).

Indikator (7) Penderita Hipertensi melakukan pengobatan secara teratur untuk menurunkan prevalensi Hipertensi terhadap penduduk usia 18 tahun ke atas yang pada tahun 2015 tercatat 0,02%; (8) Penderita Gangguan Jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan; (9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok; (10) Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); (11) Keluarga mempunyai akses sarana air bersih untuk meningkatkan cakupan akses penduduk terhadap air minum berkualitas yang pada tahun 2015 tercapai 62,64%; dan (12) Keluarga menggunakan jamban sehat untuk meningkatkan cakupan akses penduduk terhadap fasilitasi sanitasi layak yang pada tahun 2015 tercapai 66,70%..

Salah satu wilayah di Provinsi Jawa Barat adalah Kabupaten Bogor. Berdasarkan Program sebelumnya yaitu PHBS tatanan rumah tangga, hasil survei PHBS rumah tangga di Kabupaten Bogor tahun 2013, diperoleh hasil capaian rumah tangga ber PHBS Kabupaten Bogor adalah 50,5 persen yang merupakan satu dari 10 Kabupaten/kota yang memiliki proporsi rumah tangga yang ber-PHBS terendah di Provinsi Jawa Barat (Dinkes Bogor, 2013)

Sedangkan berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) Nasional, 2013, Kabupaten Bogor berada di peringkat 341 Kabupaten/kota dari 497 Kabupaten/Kota yang ada di Indonesia. Berdasarkan IPKM Provinsi berada di peringkat 3 terbawah (terendah) setelah kabupaten Cianjur dan Kabupaten Tasikmalaya. (Kemenkes RI, 2014)

Kabupaten Bogor memiliki 40 kecamatan, salah satunya adalah Kecamatan Ciampela. Kecamatan Ciampela memiliki luas wilayah 5.106 Ha, dengan jumlah penduduk sebanyak 160.389 jiwa yang tersebar di 13 desa. Berdasarkan grafik cakupan promosi kesehatan UPF.Kecamatan Ciampela Tahun 2015, cakupan PHBS rumah tangga sebesar 51,80% (Laporan Tahunan UPT.Puskesmas Kecamatan Ciampela, Tahun 2015)

Beberapa hambatan pencapaian PHBS yang masih jauh dari target tersebut adalah diantaranya adalah kualitas kesehatan lingkungan rendah yang berdampak kepada timbulnya penyakit-penyakit berbasis lingkungan, Pengetahuan dan

pendidikan masyarakat tentang kesehatan yang masih rendah sehingga akan berpengaruh terhadap partisipasinya dalam pembangunan.

Dari latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk menjadikan Kecamatan Ciampea sebagai tempat penelitian dari studi evaluasi mengenai program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Judul yang diangkat dalam penelitian ini adalah **Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016.**

## B. Masalah Penelitian

Program PHBS tatanan rumah tangga yang digulirkan Departemen Kesehatan sudah ada kurang lebih selama enam belas tahun, belum berhasil meningkatkan kesadaran keluarga di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor untuk berperilaku bersih dan sehat. Cakupan PHBS tatanan rumah tangga di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor pada tahun 2015 sebesar 51,80%. PHBS tatanan rumah tangga merupakan program kementerian kesehatan dengan 10 indikator perilaku hidup bersih dan sehat.

Sejak bulan April 2016 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah meluncurkan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga yang memiliki 12 indikator. Apakah program ini bisa menjangkau lebih baik lagi untuk memunculkan kesadaran masyarakat sebagaimana dampak yang diharapkan dari program ini yaitu terlaksananya PHBS di keluarga dan masyarakat meskipun dengan jumlah indikator yang bertambah banyak.

## **1. Fokus Evaluasi**

Evaluasi ini difokuskan kepada proses dan produk dari program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (keluarga Sehat). Produk yang dihasilkan adalah cakupan 12 indikator berupa perilaku hidup bersih dan sehat yang diukur berdasarkan indeks keluarga sehat.

## **2. Ruang Lingkup Evaluasi**

Ruang lingkup penelitian ini untuk menganalisa faktor predisposing, faktor ketersediaan (*enabling*), faktor penguat (*reinforcing*) sebagai akar perilaku keluarga, dan melihat gambaran proses pelaksanaan serta evaluasi yang dilakukan dengan kegiatan memonitor, menilai dan mendokumentasikan program.

## **3. Rumusan Masalah**

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang sudah disosialisasikan ke 9 Provinsi di Indonesia, dimana dalam pelaksanaannya belum pernah dievaluasi. Bagaimana gambaran pelaksanaan program tersebut di Kecamatan Ciampea? Bagaimana evaluasi pelaksanaan program Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016?

## **C. Kegunaan Penelitian**

### **1. Kegunaan Teoritis**

Dengan adanya hasil penelitian ini diharapkan akan dapat dikembangkan teori yang telah ada khususnya yang berkaitan dengan program perilaku keluarga dalam hidup sehat sehingga akan menambah wawasan bagi yang memerlukannya.

### **2. Kegunaan Metodologi**

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan akan dapat dikembangkan hal yang berkaitan dengan program keluarga sehat.

### **3. Kegunaan Aplikasi**

#### **3.1. Bagi Pengelola Program**

Sebagai bahan masukan dalam mengelola dan mengembangkan pelaksanaan kegiatan Keluarga Sehat di masa yang akan datang.

#### **3.2. Bagi Institusi Pendidikan**

Menambah informasi untuk pengembangan dan pengetahuan khususnya yang berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan Keluarga Sehat.

#### **3.3. Bagi Peneliti**

Menerapkan ilmu yang diperoleh dan merupakan pengalaman yang berharga dalam pengembangan program Keluarga Sehat.

## **BAB II**

### **KAJIAN TEORI**

#### **A. Deskripsi Konseptual Fokus Evaluasi Program**

##### **1. Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga**

###### **a. Landasan Hukum Program**

Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I.Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 yang diluncurkan pada bulan April 2016. Landasan Hukum yang terkait program tersebut adalah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga..

###### **b. Tujuan Program :**

1. Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif.
2. Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten Kota dan SPM Provinsi melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan.
3. Mendukung Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
4. Mendukung tercapainya Indonesia Sehat

###### **c. Sasaran Program**

Sasaran dari program ini adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015-2019, yaitu: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak, (2) meningkatnya pengendalian penyakit, (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan, (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan Sistem Jaminan Sosial Nasional/SJSN kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin, (6) meningkatnya responsivitas sistem kesehatan.

#### **d. Tiga Pilar Utama Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga**

1. Penerapan paradigma sehat,
2. Penguatan pelayanan kesehatan,
3. Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN).

##### **(1). Paradigma Sehat**

Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarustamaan kesehatan dalam pembangunan , penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Paradigma dikenal juga sebagai cara pandang. Cara Pandang terhadap kesehatan selama ini dibanyak negara termasuk Indonesia masih ber-Paradigma Sakit (kuratif atau rehabilitatif), melalui program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga diharapkan terjadi perubahan ke Paradigma Sehat.

Paradigma sehat mengubah cara pandang terhadap masalah kesehatan baik secara makro maupun mikro. Secara makro, berarti bahwa pembangunan semua

sektor harus memperhatikan dampaknya dibidang kesehatan, minimal memberi sumbangan dalam pengembangan lingkungan dan perilaku sehat.

Secara mikro, berarti bahwa pembangunan kesehatan harus menekankan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilatif. Pelayanan kesehatan paripurna yang memandang manusia secara utuh. Kesehatan dipandang sebagai investasi bangsa, yang bukan hanya tugas pemerintah saja untuk mengelolanya tetapi juga seluruh masyarakat Indonesia, termasuk keluarga-keluarga yang ada di Indonesia.

Dengan menerapkan pendekatan yang *holistic* diharapkan orang sehat tetap sehat. Perubahan yang diharapkan dapat diperlakukan pada semua kelompok sasaran sehingga dampak perubahan Paradigma Sehat tersebut dapat terlihat, sebagaimana yang tercantum dalam tabel 2.1.

**Tabel.2.1**  
Perubahan Paradigma ke arah Paradigma Sehat

No	Kelompok Sasaran	Perubahan Yang diharapkan	Dampak Perubahan
1	Penentu Kebijakan (Lintas Sektor)	Pemangku kepentingan memperhatikan dampak kesehatan dari kebijakan yang diambil baik dihulu maupun dihilir	<ol style="list-style-type: none"> <li>Menjadikan kesehatan sebagai arus utama pembangunan.</li> <li>Meningkatkan peran lintas sektor dalam pembangunan kesehatan</li> </ol>
2	Tenaga Kesehatan	Tenaga kesehatan di setiap lini pelayanan kesehatan mengupayakan agar: <ol style="list-style-type: none"> <li>Orang sehat tetap sehat</li> <li>Orang sakit menjadi sehat</li> <li>Orang sakit tidak menjadi lebih sakit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promotif dan preventif merupakan aspek utama dalam setiap upaya kesehatan.</li> <li>Meningkatnya kemampuan tenaga kesehatan dalam promotif dan preventif.</li> </ol>
3	Institusi Kesehatan	Setiap institusi kesehatan menerapkan standar mutu dan tarif dalam pelayanan kesehatan masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan mutu pelayanan kesehatan.</li> <li>Pelayanan kesehatan bekompetisi lebih “fair” dalam hal mutu dan tarif di dalam memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat.</li> </ol>
4	Masyarakat	Masyarakat merasa bahwa kesehatan adalah harta berharga yang harus diupayakan dan dijaga	<ol style="list-style-type: none"> <li>Terlaksananya Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) di Keluarga dan Masyarakat.</li> <li>Masyarakat aktif sebagai kader, sehingga terlaksana kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)</li> </ol>

Sumber: Kemenkes RI, 2016

## (2). Penguatan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan.

Pelayanan kesehatan harus dilakukan terhadap seluruh tahapan siklus hidup manusia (*life cycle*), sejak masih dalam kandungan, sampai lahir menjadi bayi, tumbuh menjadi anak balita, anak usia sekolah, remaja, dewasa muda (usia produktif), dan akhirnya menjadi dewasa tua (usia lanjut), maka fokus pelayanan kesehatan harus pada keluarga. Individu-individu harus dilihat sebagai bagian dari keluarganya dalam pemberian pelayanan kesehatan

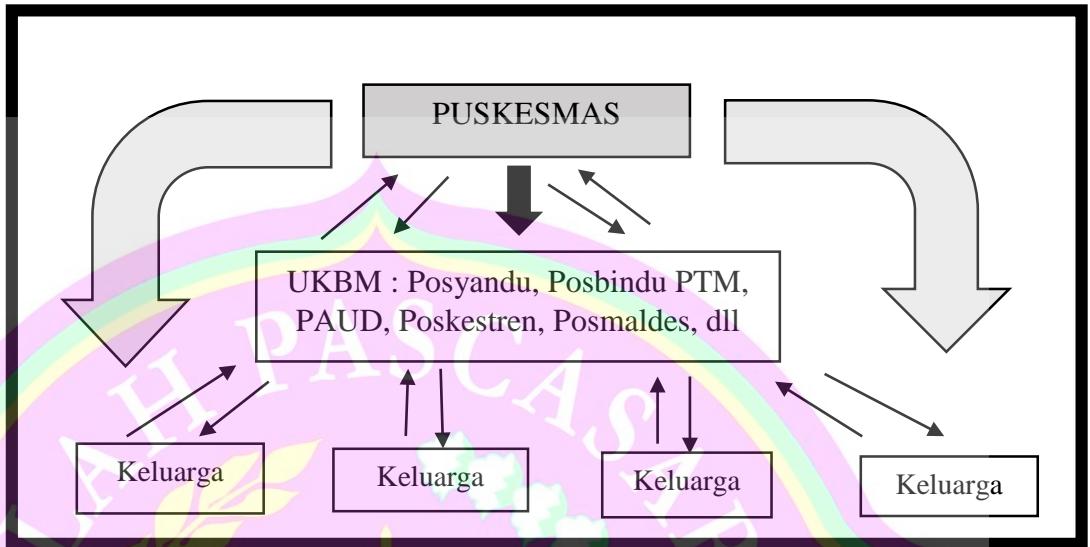
## (3). Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat (*benefit*), serta kendali mutu dan biaya. Kesemuanya ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat. Kebijakan pembangunan kesehatan tahun 2015-2019 difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (*Primary Health Care*) yang berkualitas terutama melalui peningkatan jaminan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan. Kartu Indonesia Sehat menjadi salah satu sarana utama dalam mendorong reformasi sektor kesehatan dalam mencapai pelayanan kesehatan yang optimal, termasuk penguatan upaya promotif dan preventif.

### e. Pelaksana Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga

Pelaksana terdepan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan, harus menerapkan pendekatan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan (*continuum of care*). Pelayanan kesehatan harus dilakukan terhadap seluruh tahapan siklus hidup manusia (*life cycle*), sejak masih dalam kandungan, sampai lahir menjadi bayi, tumbuh menjadi anak balita, anak usia sekolah, remaja, dewasa muda (usia produktif), dan akhirnya menjadi dewasa tua (usia lanjut), maka fokus pelayanan kesehatan harus pada keluarga. Individu-individu harus dilihat sebagai bagian dari keluarganya dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Puskesmas memiliki fungsi untuk menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM). Upaya ini harus seimbang, agar upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai. Dalam menjangkau keluarga , Puskesmas tidak hanya mengandalkan UKBM-UKBM yang ada sebagaimana selama ini dijalankan, melainkan juga langsung berkunjung ke keluarga. Dengan mengunjungi keluarga dirumahnya, Puskesmas akan dapat mengenali masalah-masalah kesehatan (dan PHBS) yang dihadapi keluarga secara lebih menyeluruh (*holistic*). Konsep pendekatan keluarga juga memperkuat fungsi UKBM-UKBM yang ada. Mekanisme Interaksi Puskesmas-Keluarga-UKBM dapat dilihat pada gambar.2.1.



Gambar 2.1. Mekanisme Interaksi Puskesmas-Keluarga-UKBM  
Sumber: Kemenkes RI, 2016

#### f. Indikator Keluarga Sehat

Program Keluarga Sehat terdiri atas 12 indikator, yaitu:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Persalinan ibu di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap.
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) ekslusif
5. Pertumbuhan balita dipantau
6. Penderita tuberculosis paru berobat sesuai standar
7. Penderita hipertensi berobat teratur
8. Penderita gangguan jiwa diobati dan tidak ditelanjangkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok

10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

11. Keluarga mempunyai akses/memiliki sarana air bersih

12. Keluarga mempunyai akses/menggunakan jamban sehat

Adapun pengertian atau definisi operasional dari masing-masing indikator tersebut diatas adalah sebagai berikut:

- 1) Yang dimaksud dengan “Keluarga mengikuti Program KB” adalah jika keluarga merupakan pasangan usia subur, suami atau isteri atau keduanya terdaftar secara resmi sebagai peserta/akseptor KB dan/atau menggunakan alat kontrasepsi.
- 2) Yang dimaksud dengan “Persalinan Ibu di fasilitas kesehatan” adalah jika di keluarga terdapat ibu pasca bersalin (usia bayi 0--12 bulan), persalinan ibu tersebut dilakukan di rumah sakit atau Puskesmas atau Klinik.
- 3) Yang dimaksud dengan “Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap” adalah jika di keluarga terdapat bayi (usia 1--2 tahun), bayi tersebut telah mendapatkan imunisasi HB0, BCG, DPT-HB2, DPT-HB3, Polio 1, Polio 2, Polio 3, Polio 4, Campak.
- 4) Yang dimaksud dengan “Bayi mendapat air susu ibu (ASI ekslusif)” adalah jika dikeluarga terdapat bayi berusia 6--18 bulan,bayi tersebut selama 6 bulan (usia 0-6 bulan) hanya diberi ASI saja.
- 5) Yang dimaksud dengan “ Pertumbuhan balita dipantau” adalah jika dikeluarga terdapat balita, balita tersebut bulan yang lalu ditimbang berat badannya untuk di catat di Posyandu atau fasilitas kesehatan lainnya.

- 6) Yang dimaksud dengan “Penderita tuberculosis paru berobat teratur” adalah jika dikeluarga tersebut terdapat anggota keluarga berusia  $\geq 15$  tahun yang menderita batuk dan sudah 2 minggu berturut-turut belum sembuh atau didiagnosis sebagai penderita tuberculosis (TB) Paru, penderita tersebut berobat sesuai dengan petunjuk dokter/atau petugas kesehatan.
- 7) Yang dimaksud “Penderita hipertensi berobat teratur” adalah jika di keluarga terdapat anggota keluarga berusia  $\geq 15$  tahun yang didiagnosis (berdasarkan pengukuran) sebagai penderita tekanan darah tinggi (hipertensi), ia berobat sesuai dengan petunjuk dokter/petugas kesehatan.
- 8) Yang dimaksud “Penderita gangguan jiwa diobati dan tidak dipasung” adalah jika dikeluarga terdapat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat, penderita tersebut tidak ditelantarkan dan /atau dipasung serta diupayakan kesembuhannya.
- 9) Yang dimaksud ”Anggota keluarga tidak ada yang merokok” adalah jika tidak ada seorangpun anggota keluarga tersebut yang sering atau kadang-kadang menghisap rokok atau produk lain dari tembakau. Termasuk disini adalah jika anggota keluarga tidak pernah atau sudah berhenti dari kebiasaan menghisap rokok dan produk lain dari tembakau.
- 10) Yang dimaksud “Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)” adalah jika seluruh anggota keluarga tersebut memiliki

kartu keanggotaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan dan/atau kartu kepesertaan asuransi kesehatan lainnya.

11) Yang dimaksud "Keluarga mempunyai akses/memiliki sarana air bersih" adalah jika keluarga tersebut mempunyai akses/memiliki air leding PDAM atau sumur pompa atau sumur gali, atau mata air terlindungi untuk keperluan sehari-hari.

12) Yang dimaksud dengan "Keluarga mempunyai akses/menggunakan jamban sehat" adalah jika keluarga tersebut mempunyai akses atau menggunakan sarana untuk buang air besar berupa kakus closet atau kakus leher atau kakus plengsengan.

#### **g. Tiga Hal Yang Diperlukan dalam program Keluarga Sehat.**

1. Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga :
  - a. Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga)
  - b. Paket Informasi Kesehatan Keluarga (Pinkesga)
2. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga:
  - a. FGD (Focuss Group Discussion) dengan Dasawisma dan PKK
  - b. Kesempatan konseling di UKBM (Misalnya Posyandu)
  - c. Forum-forum yang sudah ada di masyarakat
3. Keterlibatan Tenaga/Organisasi sebagai mitra:
  - a. Kader Kesehatan
  - b. Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat (misalnya: PKK, Karang taruna)

## **h. Indeks Keluarga Sehat (IKS)**

Instrumen yang digunakan ditingkat keluarga berupa profil kesehatan keluarga merupakan gambaran kesehatan keluarga berdasarkan 12 indikator Keluarga Sehat. Untuk mengetahui apakah suatu keluarga sehat atau tidak dilakukan pengukuran melalui indikator-indikator tersebut yang disebut sebagai *indeks keluarga sehat (IKS)*. Dari IKS keluarga (Prokesga) selanjutnya akan menggambarkan keluarga sehat tingkat desa dan selanjutnya keluarga sehat tingkat kecamatan. Indeks yang didapat kemudian dirujuk pada kategori sebagai berikut:

- |    |                                |               |
|----|--------------------------------|---------------|
| 1. | Keluarga Sehat, bila IKS       | = > 0,800     |
| 2. | Keluarga Pra sehat, bila IKS   | = 0,500-0,800 |
| 3. | Keluarga Tidak Sehat, bila IKS | = < 0,500     |

Profil kesehatan keluarga akan terlihat didalam formulir rekapitulasi keluarga (*family Folder*) yang diukur berdasarkan rumus IKS Keluarga sebagai berikut :

$$IKS = \frac{\text{Jumlah Jawaban bernilai 1}}{12 - \text{Jumlah N}}$$

Penilaian terhadap rekapitulasi anggota keluarga pada suatu indikator, mengikuti persyaratan dibawah ini :

1. Jika dalam satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status Y, maka indikator tersebut dalam satu keluarga bernilai 1

2. Jika satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status T, maka indikator tersebut dalam keluarga bernilai 0
3. Jika dalam satu indikator seluruh anggota keluarga dengan status N maka indikator tersebut dalam status keluarga tetap dengan status N (tidak dihitung)
4. Jika dalam satu indikator ada salah satu anggota keluarga dengan status T, maka indikator tersebut dalam satu keluarga akan bernilai 0 meskipun didalamnya terdapat status Y ataupun N.

Formulir-formulir untuk setiap anggota keluarga dari satu keluarga yang telah diisi, kemudian dimasukkan ke dalam formulir rekapitulasi (jika digunakan formulir dalam bentuk aplikasi, maka rekapitulasi ini akan terjadi secara otomatis). Contoh formulir rekapitulasi yang sudah diisi dari satu keluarga (contohnya keluarga A) adalah sebagaimana dapat dilihat pada tabel 2.2



Tabel.2.2  
Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Keluarga A

1	Keluarga mengikuti Program KB *)		N*)	Y				1
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan			Y				1
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap *)					T*)		
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif						Y	1
5	Pertumbuhan balita dipantau					Y	T	
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar		N	N	N			N
7	Penderita hipertensi berobat teratur		T	N	N			
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelantarkan dan diobati	Y						1
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok *)		T	N	N	N		
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN		Y	Y	Y	Y	Y	1
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	Y	Y	Y	Y	Y	Y	1
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	Y	Y	Y	Y	N	N	1
$\Sigma$ indikator bernilai 1 / (12- $\Sigma$ N)								7/(12-1)
Indeks Keluarga Sehat (IKS)								0,636

Sumber: Kemenkes RI, 2016

## Keterangan Berdasarkan Tabel.2.2

- [Green Box] = Not applicable yang berarti indikator tersebut tidak mungkin ada pada anggota keluarga.
- N = indikator tersebut TIDAK BERLAKU untuk anggota keluarga atau keluarga yang bersangkutan (misal: karena salah satu sudah mengikuti KB atau tidak dijumpai adanya penderita TB Paru).
- Y = kondisi/ keadaan anggota keluarga atau keluarga SESUAI dengan indikator (misal: ibu memang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan)
- T = kondisi/keadaan anggota keluarga atau keluarga TIDAK SESUAI dengan indikator (misal: ayah ternyata merokok)
- \*) = Untuk indikator keluarga mengikuti KB jika salah satu pasangan sudah mengikuti program KB (misalnya ibu) maka penilaian terhadap pasangannya (Ayah) menjadi "N" demikian sebaliknya.
- \*) = Untuk indikator bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap, jika ada salah satu anggota keluarga berusia 12-23 bulan maka jawabannya diletakkan pada kolom anak yang berusia 5 tahun.
- \*) = Untuk indikator anggota keluarga tidak ada yang merokok jika jawabannya “ Ya merokok” maka dalam merekap statusnya

“T” sebaliknya jika jawabanya “Tidak merokok” maka rekapan statusnya  
“Y”

Untuk menghitung Indeks Keluarga Sehat (IKS) Desa dihitung dengan rumus :

$$\text{IKS RT/RW/Kelurahan/Desa} = \frac{\text{Jumlah keluarga dengan IKS} > 0,800}{\text{Jumlah seluruh keluarga di wilayah tersebut}}$$

Cakupan masing-masing indikator dihitung dengan rumus:

$$= \frac{\text{Jumlah keluarga bernilai 1 untuk indikator ybs}}{\text{Jumlah seluruh keluarga yang memiliki indikator ybs*})} \times 100 \%$$

Keterangan:

- \*) Jumlah seluruh keluarga yang memiliki indikator yang bersangkutan sama artinya dengan jumlah seluruh keluarga yang ada di RT/RW/Kelurahan/ desa dikurangi dengan jumlah seluruh keluarga yang tidak memiliki indikator yang bersangkutan (N)
- Berikut ini disajikan contoh rekapitulasi data Prokesga di tingkat desa , yaitu Desa P, yang dapat dilihat pada tabel 2.3.

Tabel.2.3.  
Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Desa P

No	INDIKATOR	Kel.A	Kel.B	Kel.C	DST	$\sum$ KLG BERNILAI “1”	TOTAL KLG - $\sum$ “N”	% CAKUPAN DESA
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Keluarga mengikuti Program KB	N	1	1	Dst	125	222	56,3%
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan	N	1	1	Dst	89	162	54,9%
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	N	0	1	Dst	43	100	43,0%
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif	N	N	1	Dst	91	281	32,4%
5	Pertumbuhan balita dipantau	N	0	N	Dst	45	100	45,0%
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar	N	1	N	Dst	52	199	26,1%
7	Penderita hipertensi berobat teratur	0	0	1	Dst	70	300	23,3%
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelanjangi dan diobati	N	1	N	Dst	71	149	47,7%
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	1	0	1	Dst	97	199	48,7%
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	1	1	1	Dst	213	249	85,5%
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	1	1	1	Dst	209	299	69,9%
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	1	1	1	Dst			49,2%
Indeks Keluarga Sehat (IKS)		0,800	0,636	1,0	Dst			0,539

Sumber: Kemenkes RI, 2016

Berdasarkan tabel 2.2. dimisalkan jumlah keluarga yang memiliki IKS > 0,800 ada 117 keluarga, sedangkan jumlah keluarga di Desa P adalah 217 keluarga. Dengan demikian, IKS Desa P =  $117/217 = 0,539$ , sehingga Desa P disebut dengan Keluarga Pra Sehat.

Cakupan masing-masing indikator Keluarga Sehat adalah sebagai berikut:

1. Keluarga yang mengikuti Program KB baru 56,3%
2. Ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan baru 54,9%
3. Bayi yang mendapat imunisasi dasar lengkap baru 43,0%
4. Bayi yang mendapat ASI Ekslusif baru 32,4%
5. Balita yang dipantau pertumbuhannya baru 45,0%
6. Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar baru 26,1 %
7. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur baru 23%
8. Penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan baru 47,7 %
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok baru 48,7 %
10. Keluarga yang sudah menjadi anggota JKN cukup banyak, yakni 85,5%
11. Keluarga yang mempunyai akses/mempunyai sarana air bersih baru 69,9%
12. Keluarga yang mempunyai akses/menggunakan jamban sehat baru 49,2%

IKS Kecamatan dihitung dengan rumus

$$\text{IKS Kecamatan} = \frac{\text{Jumlah keluarga dengan IKS} > 0,800}{\text{Jumlah seluruh keluarga di wilayah tersebut}}$$

Hasil hitung IKS tersebut, selanjutnya dapat ditentukan kategori kecamatan dengan mengacu ketentuan berikut:

1. Kecamatan dengan Keluarga Sehat, bila IKS Tingkat Kecamatan =  $> 0,800$
2. Kecamatan dengan Keluarga Pra Sehat, bila IKS Tingkat Kecamatan =  $0,500-0,800$
3. Kecamatan dengan Keluarga Tidak Sehat, bila IKS Tingkat Kecamatan =  $< 0,500$

Berikut akan disajikan contoh rekapitulasi data Prokesga tingkat Kecamatan ( yaitu Kecamatan X ) dalam tabel. 2.4



**Tabel. 2.4.**  
**Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Kecamatan X**

No	INDIKATOR	Desa P	Desa R	Desa S	Desa T	Desa W	Desa Y	Desa K	Desa N	DS T	$\sum$ KLG BER NIL AI 1	TOT AL KLG - $\sum$ N	PUSK/ Kec. X
1	Keluarga mengikuti Program KB	56,3%	62,7%	74,2%	70,6%	80,8%	60,9%	45,7%	26,2%	dst	1250	1753	71,3%
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan	54,9%	98,7%	89,6%	82,7%	46,3%	31,1%	25,6%	43,7%	dst	890	1264	70,4%
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	43,0%	17,8%	23,4%	30,9%	17,3%	34,3%	30,3%	39,3%	dst	430	1280	33,6%
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif	32,4%	58,2%	52,9%	48,8%	27,3%	18,3%	15,1%	25,8%	dst	910	2193	41,5%
48	Pertumbuhan balita dipantau	45,0%	93,7%	78,9%	84,9%	52,3%	62,1%	56,3%	41,4%	dst	450	651	69,1%
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar	26,1%	64,5%	35,9%	29,5%	21,0%	47,7%	21,8%	35,4%	dst	520	1212	42,9%
7	Penderita hipertensi berobat teratur	23,3%	34,0%	30,5%	23,4%	27,8%	21,7%	24,0%	12,8%	dst	700	2389	29,3%
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelanjangi dan diobati	47,7%	49,0%	47,3%	43,3%	49,5%	48,3%	45,3%	38,5%	dst	710	1485	47,8%
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	48,7%	51,9%	51,0%	48,5%	27,3%	41,7%	45,5%	32,0%	dst	970	2021	48,0%
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	85,5%	91,0%	89,4%	85,0%	47,9%	73,2%	79,8%	56,2%	dst	2130	2530	84,2%
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	85,5%	91,0%	89,4%	85,0%	47,9%	73,2%	79,8%	56,2%	dst	2130	2530	84,2%
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	49,2%	75,3%	48,5%	58,6%	50,0%	67,8%	66,8%	68,3%	dst	980	1716	57,7%
Indeks Keluarga Sehat (IKS)		0,539	0,761	0,573	0,531	0,385	0,511	0,540	0,322	dst			0,583

Sumber: Kemenkes RI, 2016

Berdasarkan contoh pada tabel 2.4, dimisalkan jumlah keluarga yang memilliki IKS > 0,800 ada 987 keluarga, sedangkan jumlah keluarga di kecamatan X adalah 1693 keluarga. Dengan demikian, IKS Kecamatan X =  $987/1693 = 0,583$ , sehingga kecamatan X disebut Kecamatan dengan Keluarga Pra Sehat.

Cakupan masing-masing indikator dihitung dengan rumus:

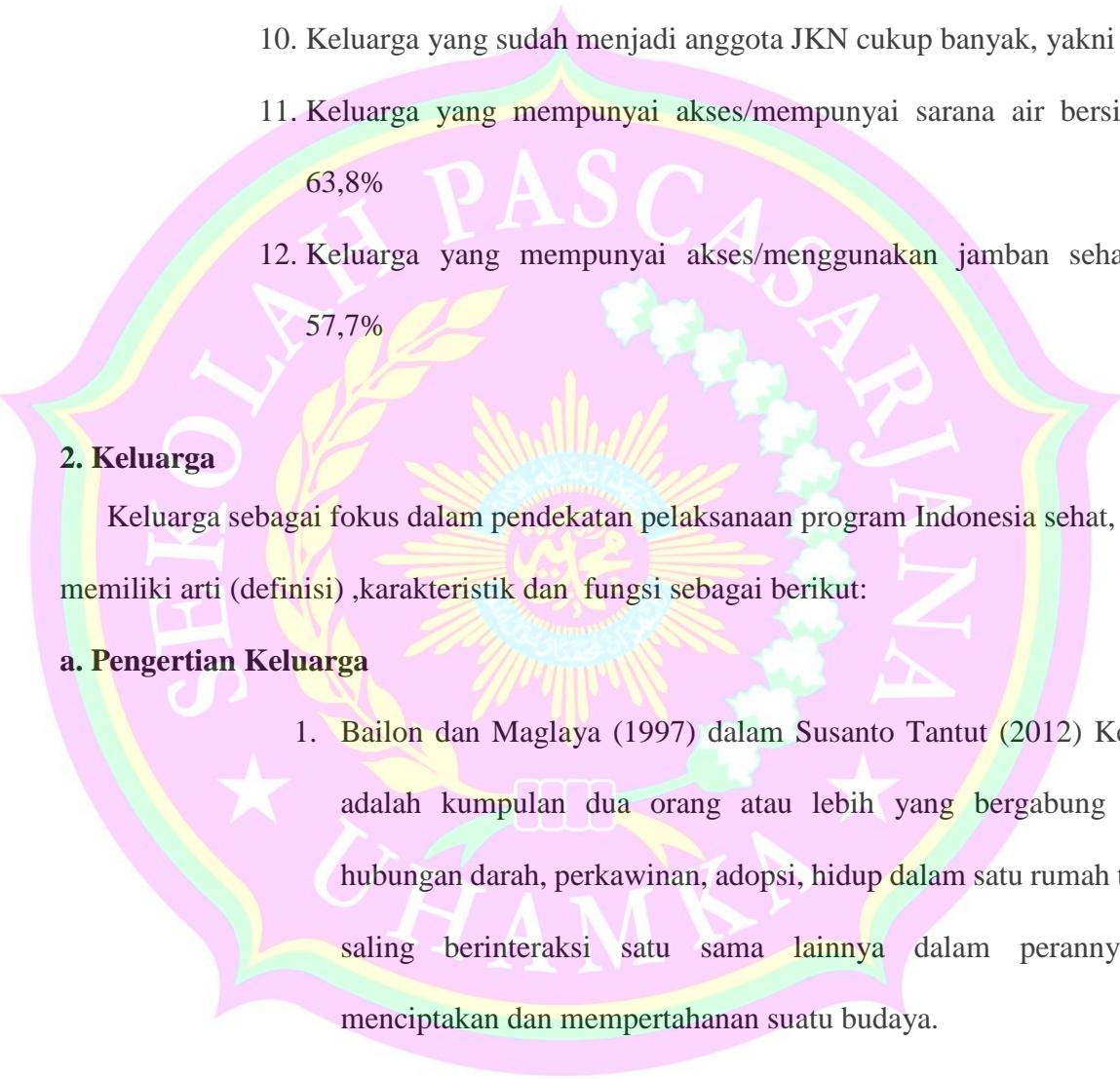
$$= \frac{\text{Jumlah keluarga bernilai 1 untuk indikator ybs}}{\text{Jumlah seluruh keluarga yang memiliki indikator ybs*}} \times 100 \%$$

Keterangan:

- \*) Jumlah seluruh keluarga yang memiliki indikator yang bersangkutan sama artinya dengan jumlah seluruh keluarga yang ada di Kecamatan dikurangi dengan jumlah seluruh keluarga yang tidak memiliki indikator yang bersangkutan (N) .

Cakupan masing-masing indikator keluarga sehat adalah sebagai berikut:

1. Keluarga yang mengikuti Program KB baru 71,3%
2. Ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan baru 0,4%
3. Bayi yang mendapat imunisasi dasar lengkap baru 33,6%
4. Bayi yang mendapat ASI Ekslusif baru 41,5%
5. Balita yang dipantau pertumbuhannya baru 69,1%
6. Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar baru 42,9 %
7. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur baru 29,3%

- 
8. Penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan baru 47,8 %
  9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok baru 48,0 %
  10. Keluarga yang sudah menjadi anggota JKN cukup banyak, yakni 84,2%
  11. Keluarga yang mempunyai akses/mempunyai sarana air bersih baru 63,8%

12. Keluarga yang mempunyai akses/menggunakan jamban sehat baru 57,7%

## 2. Keluarga

Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia sehat, memiliki arti (definisi), karakteristik dan fungsi sebagai berikut:

### a. Pengertian Keluarga

1. Bailon dan Maglaya (1997) dalam Susanto Tantut (2012) Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lainnya dalam perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.
2. Allender dan Saradley (2001) dalam Susanto Tantut (2012) Keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional, dan mengembangkan dalam interaksi sosial, peran dan tugas.

## **b.Karakteristik Keluarga**

Menurut Depkes (2000) dalam Susanto,Tantut (2012), karakteristik keluarga adalah:

- 1) Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi.
- 2) Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika berpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
- 3) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial, seperti: suami, isteri, anak, kakak, adik.
- 4) Mempunyai tujuan: menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota.

Keluarga merupakan lembaga sosial pokok dalam masyarakat. Para anggotanya diikat dengan berbagai hak dan kewajiban. Keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Keluarga yang seperti ini disebut rumah tangga atau keluarga inti.

Dinegara –negara Asia seperti Indonesia, banyak terdapat rumah tangga atau keluarga yang anggotanya juga mencakup juga kakek atau nenek atau individu lain yang memiliki hubungan darah, bahkan juga tidak memiliki hubungan darah (misalnya pembantu rumah tangga) ,yang disebut keluarga luas (*exended family*).

### c. Fungsi Keluarga

Fungsi Keluarga menurut Friedman (1988) dalam Kemenkes RI (2016) adalah:

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 yang dilalui individu menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma –norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
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. Mengenal 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.

### 3. Determinan Yang Akan Diteliti

Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga, merupakan aplikasi indikator dari perilaku hidup bersih dan sehat dengan hasil yang diharapkan adalah Keluarga Sehat. Indikator dalam program Indonesia Sehat merupakan perilaku kesehatan menurut Ahmadi (2014,h.120) yang mengutip Notoatmodjo (2005) menyebutkan bahwa:

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan. Dari batasan in,, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yaitu (1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) , (2) Perilaku pencarian pengobatan (*healty seeking behavior*), (3) Perilaku kesehatan lingkungan.

Perilaku kesehatan adalah aksi yang dilakukan oleh seseorang untuk memelihara atau mencapai kesehatan dan/atau mencegah penyakit. Perilaku kesehatan merefleksikan pemahaman dirinya tentang arti dan kejadian gangguan kesehatan yang dimulai dengan adanya proses pemahaman terlebih dulu.

## a. Domain Perilaku

Domain perilaku dapat dibagi dalam tiga domain (ranah/kawasan) yang terdiri dari: ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Dalam perkembangannya selanjutnya oleh para ahli dan untuk kepentingan hasil, ketiga domain itu diukur dari Pengetahuan (*Knowledge*), Sikap (*Attitude*) dan Praktik atau tindakan (*Practice*).

### (1) Pengetahuan

Pengetahuan (*Knowledge*) adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah faktor internal, misalnya intelegensi, minat, kondisi fisik. Faktor eksternal berasal dari luar diri misalnya keluarga, masyarakat, dan sarana. Pengetahuan akan dapat mempermudah atau mempredispensi terjadinya perilaku seseorang. Apabila suatu penerimaan perilaku baru didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif maka perilaku tersebut akan bersifat lama (*longlasting*).

Pengetahuan seseorang dipengaruhi beberapa faktor, antara lain

#### a. Usia

Usia berpengaruh terhadap daya tangkap dan pola pikir seorang individu. Usia semakin bertambah maka daya tangkap dan pola pikir seseorang akan semakin

berkembang pula, sehingga pengetahuannya juga akan semakin baik. Semakin bertambahnya usia, IQ seseorang akan menurun, khususnya beberapa kemampuan yang lain seperti kosakata dan pengetahuan umum. Penurunan kemampuan berfikir berdasarkan usia dapat mempengaruhi dalam kemampuan membaca dan memahami informasi (Ng & Omariba, 2010 dalam Santosa, 2012)

Usia/umur adalah jumlah hari, bulan dan tahun yang telah dilalui sejak lahir sampai waktu tertentu. Rosmita (2001) dalam Evvi (2015) menyebutkan bahwa umur adalah variabel yang selalu diperhatikan dalam penelitian–penelitian epidemiologi.

Menurut Depkes RI (2009) dalam Evvi (2015) kategori umur sebagai berikut:

1. Masa balita = 0 - 5 tahun,
2. Masa kanak-kanak = 5 - 11 tahun.
3. Masa remaja Awal = 12 - 16 tahun.
4. Masa remaja Akhir = 17 - 25 tahun.
5. Masa dewasa Awal = 26- 35 tahun.
6. Masa dewasa Akhir = 36- 45 tahun.
7. Masa Lansia Awal = 46- 55 tahun.
8. Masa Lansia Akhir = 56 - 65 tahun.
9. Masa Manula = > 65 tahun

## b. Pendidikan

Pendidikan, baik formal maupun non formal selalu melibatkan perilaku individu maupun kelompok. Dalam proses kegiatan pendidikan berfokus pada proses mengajar, dengan tujuan agar terjadi perubahan perilaku yaitu dari yang tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti. Pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan baik di dalam maupun di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar.

Tingkat pendidikan seseorang berbanding lurus dengan kemampuannya dalam menerima informasi. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah dalam menerima informasi. Selain itu seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki informasi yang lebih banyak dibandingkan yang pendidikannya lebih rendah.

Hal ini juga sangat erat kaitannya dengan pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan diharapkan memiliki pengetahuan yang semakin luas pula. Namun hal ini tidak berarti mutlak bahwa seseorang dengan tingkat pendidikan rendah memiliki pengetahuan yang rendah pula karena pendidikan bukan hanya diperoleh melalui pendidikan formal, namun juga non formal.

## (2) Sikap (*Attitude*)

Sikap (*Attitude*) merupakan reaksi atau respons yang tertutup dari seseorang terhadap suatu stimuli atau objek. Sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu:

(1) Kepercayaan (Keyakinan) , ide, konsep terhadap suatu objek, (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, (3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Sikap memiliki beberapa tingkatan, yaitu :

- 1) Menerima (*receiving*) ; diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- 2) Merespon (*responding*) ; memberikan jawaban apabila ditanya mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
- 3) Menghargai (*valuing*) ; mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*); bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

### **(3). Tindakan (*Practice*)**

Sikap belum tentu terwujud dalam satu tindakan. Tindakan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, yaitu:

- 1) Praktik terpimpin (*guided response*)

Individu melakukan sesuatu atau tindakan namun masih harus dipandu menggunakan panduan.

- 2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Individu dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sudah menjadi kebiasaan.

3) Adopsi (*adoption*)

Suatu tindakan yang sudah berkembang dan dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran.

**b. Jumlah Anggota Keluarga**

Menurut Depkes (2000) dalam Susanto Tantut (2012), karakteristik keluarga adalah: terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Jumlah anggota keluarga sangat menentukan jumlah kebutuhan keluarga. Semakin banyak anggota keluarga berarti semakin banyak pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi. Begitu pula sebaliknya, semakin sedikit anggota keluarga berarti semakin sedikit pula kebutuhan yang harus dipenuhi keluarga.

Dalam keluarga yang jumlah anggotanya banyak, akan diikuti oleh banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi. Semakin besar ukuran rumah tangga berarti semakin banyak anggota rumah tangga yang pada akhirnya akan semakin berat beban rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya., termasuk pemenuhan kebutuhan kesehatan. Syafrizal (2002) mengkategorikan jumlah keluarga menjadi keluarga kecil,yaitu jumlah keluarga  $\leq 4$  orang, dan keluarga besar  $> 4$  orang.

### **c. Penghasilan Keluarga**

Faktor ekonomi berhubungan dengan daya beli masyarakat . Keadaan ekonomi masyarakat biasanya tercermin pada kondisi lingkungan perumahan, seperti sarana air minu, SPAL, jamban keluarga, lantai, dinding dan atap rumah. Penghasilan keluarga setiap bulan merupakan variabel yang sangat berperan dalam PHBS, misalnya keluarga yang memiliki penghasilan besar atau cukup memiliki kesempatan untuk memenuhi kebutuhan gizi keluarga dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

### **d. Fasilitas dan Sarana PHBS di Rumah Tangga**

Sarana dan prasarana merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku kesehatan, misalnya tempat pembuangan sampah, jamban, posyandu, air bersih, tempat cuci tangan , sabun, dan sebagainya. Keluarga yang sudah tahu mengenai PHBS dan masalah kesehatan pasti akan mengupayakan anggota keluarganya untuk melakukan perilaku sehat tersebut. Namun, apabila keluarga tersebut memiliki keterbatasan kemampuan dalam penyediaan sarana, maka dengan terpaksa mereka akan melakukan perilaku yang tidak sehat sesuai dengan kondisi yang ada.

### **e. Dukungan Sosial**

Dukungan sosial didefinisikan dengan berbagai macam, menurut House (1981) dukungan sosial adalah konten fungsi pada hubungan relasi yang dapat dikategorikan kedalam 4 perilaku, yaitu:

1. Dukungan emosi ; seperti empati, kepercayaan, cinta, perhatian
2. Dukungan informasi ; pemberian saran, sugesti dan informasi yang digunakan seseorang untuk mengatasi masalahnya.
3. Dukungan informasi yang langsung memberikan bantuan nyata dalam bentuk layanan yang secara langsung membantu seorang yang membutuhkan.
4. Dukungan penilaian melibatkan penyediaan informasi yang berguna yang bertujuan mengevaluasi diri, dengan kata lain, umpan balik yang konstruktif, penegasan, dan perbandingan sosial.

Dukungan sosial dapat dibedakan fungsinya dari hubungan sosial. Dukungan sosial selalu dimaksudkan (dari pengirimnya) untuk menolong, sehingga dapat dibedakan dengan interaksi negatif yang disengaja (misalnya, kritikan, kemarahan, gangguan, dan rongrongan). Apakah ada atau tidak dukungan yang dimaksudkan sebagai manfaat oleh penerima.

Selain itu, dukungan sosial dilakukan secara sadar oleh pengirim. Seseorang dapat mengamatinya melalui pengamatan sederhana dari perilaku orang lain atau dirasakan sendiri pada penerimanya. Dukungan sosial, khususnya dukungan informasi dapat mempengaruhi pemikiran dan perilaku dari penerima.

Dukungan informasi tersebut disediakan dalam konteks interpersonal seperti kepedulian, kepercayaan dan penghormatan terhadap hak setiap orang untuk membuat pilihannya sendiri. Kualitas dukungan informasi ini dapat dibedakan

dengan dukungan sosial lainnya, terutama pengaruh sosial yang berasal dari kemampuan untuk diberikan atau ditahan saja informasi yang didapat sampai didapatkan persetujuan yang diinginkan dari sumber-sumber yang diharapkan.

Dalam kehidupan bermasyarakat orang cenderung berperilaku yang tidak bertentangan atau yang memperoleh dukungan dari masyarakat. Apabila ia melakukan perilaku yang bertentangan atau tidak memperoleh dukungan, maka ia akan merasa kurang/tidak nyaman. Untuk berperilaku kesehatan orang memerlukan dukungan dari masyarakat sekitarnya, setidaknya, tidak terjadi gunjingan atau bahan pembicaraan masyarakat.

Menurut *Health Psychologi* (Sarafino, 1994) dalam Setiaji, Bambang (2000) dijelaskan tentang Social Support sebagai berikut:

*“Social support refers to the perceived comfort, caring, esteem, or help a person receiver from other people or groups”*

Pengertian tersebut menjelaskan bahwa *social support* berkenaan dengan perasaan senang atau nyaman, kepedulian, penghargaan atau membantu diterimanya sesorang dari orang lain atau kelompok.

Sedangkan manfaat yang diperoleh dari dukungan sosial dapat dijelaskan sebagai berikut

*“People with social support believe they are loved and cared for, esteemed and valued, and part of a social network, such as a family or community”*

*organization, what can provide goods, services, and mutual defense on times of need or danger”*

Dengan adanya dukungan sosial, orang percaya bahwa mereka merasa dicintai dan diperhatikan, dihargai, mempunyai arti dan bagian dari kehidupan sosial seperti keluarga, atau organisasi masyarakat yang dapat membantu, melayani dan saling membantu disaat membutuhkan dan kesulitan.

Terdapat 5 (lima) bentuk berkaitan dengan dukungan sosial , yaitu *emotional support* (dukungan dalam bentuk emosi), *esteem support* (dukungan dalam bentuk penghargaan), *tangible or instrumental support* (dukungan dalam bentuk material), *informational support* (dukungan dalam bentuk pemberian informasi) dan *network support* (dukungan dalam bentuk perasaan atau perhatian sehingga merasa dari bagian mereka).

Dukungan tenaga kesehatan dapat berupa informasi mengenai PHBS maupun praktik ber -PHBS seperti bagaimana cara memberikan ASI maupun bantuan nyata seperti memberikan pelayanan pertolongan persalinan. Sementara dukungan tokoh masyarakat didapat dari orang yang dihormati/dipandang dalam masyarakat seperti kader, pengurus RT/RW, dan Kepala Desa maupun tokoh lainnya yang dipandang dalam masyarakat.

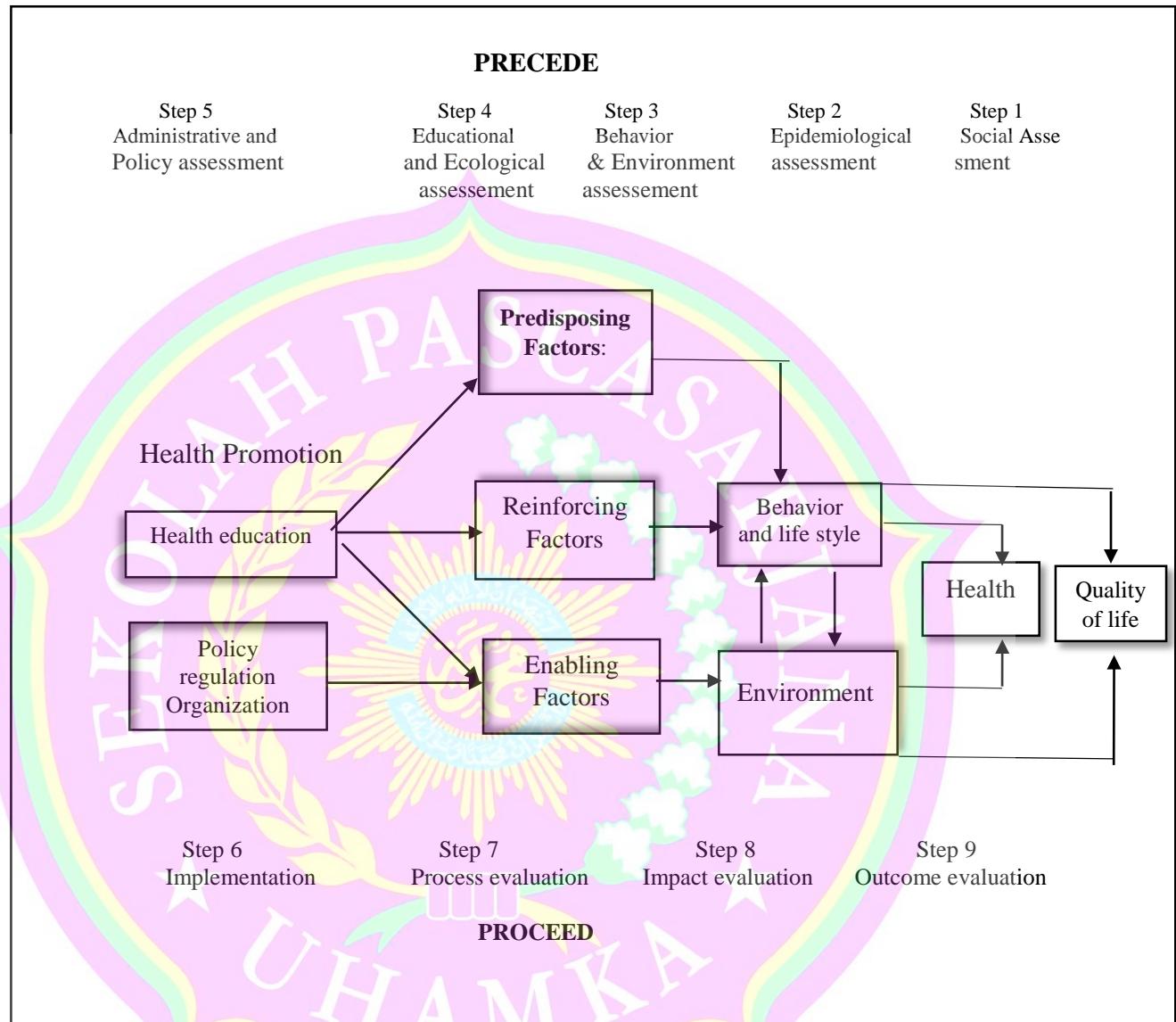
## B. Kerangka Teori

### 1. Teori PRECEDE-PROCEDE

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang untuk dapat sampai kepada perilaku tertentu. Sehubungan dengan hal tersebut ada beberapa teori yang disampaikan oleh para ahli, namun dalam penulisan ini penulis mengacu kepada salah satu teori yaitu teori PRECEDE-PROCEDE dari Lawrence W. Green dengan alasan bahwa teori yang telah disampaikan oleh ahli lainnya pada dasarnya semua teori tersebut dapat diintegrasikan kedalam salah satu akar perilaku yaitu *predisposing, reinforcing, dan enabling factors* dari PRECEDE model tersebut.

Menurut Green (2005) Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan dan memiliki dua hal yang berbeda. Pertama PROCEED (*Policy, Regulatory, and Organizational Construct in Educational and Environment Development*). Kedua PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling Construct in Educational/Ecological Diagnosis Evaluation*).

Keunggulan lain dari PRECEDE-PROCEED model, fitur-fitur yang ada didalamnya dianggap penting dan memiliki fleksibilitas dan skalabilitas untuk berbagai tingkat ekologi dan dalam berbagai pengaturan dan populasi. Memberikan kesempatan *stakeholder* untuk berpartisipasi dalam proses perencanaan, dan dapat menggabungkan kegiatan yang berbasis bukti dan evaluasi intervensi yang perlu dimasukkan dalam program. Kerangka PRECEDE-PROCEED tersebut dapat dilihat pada gambar 2.2

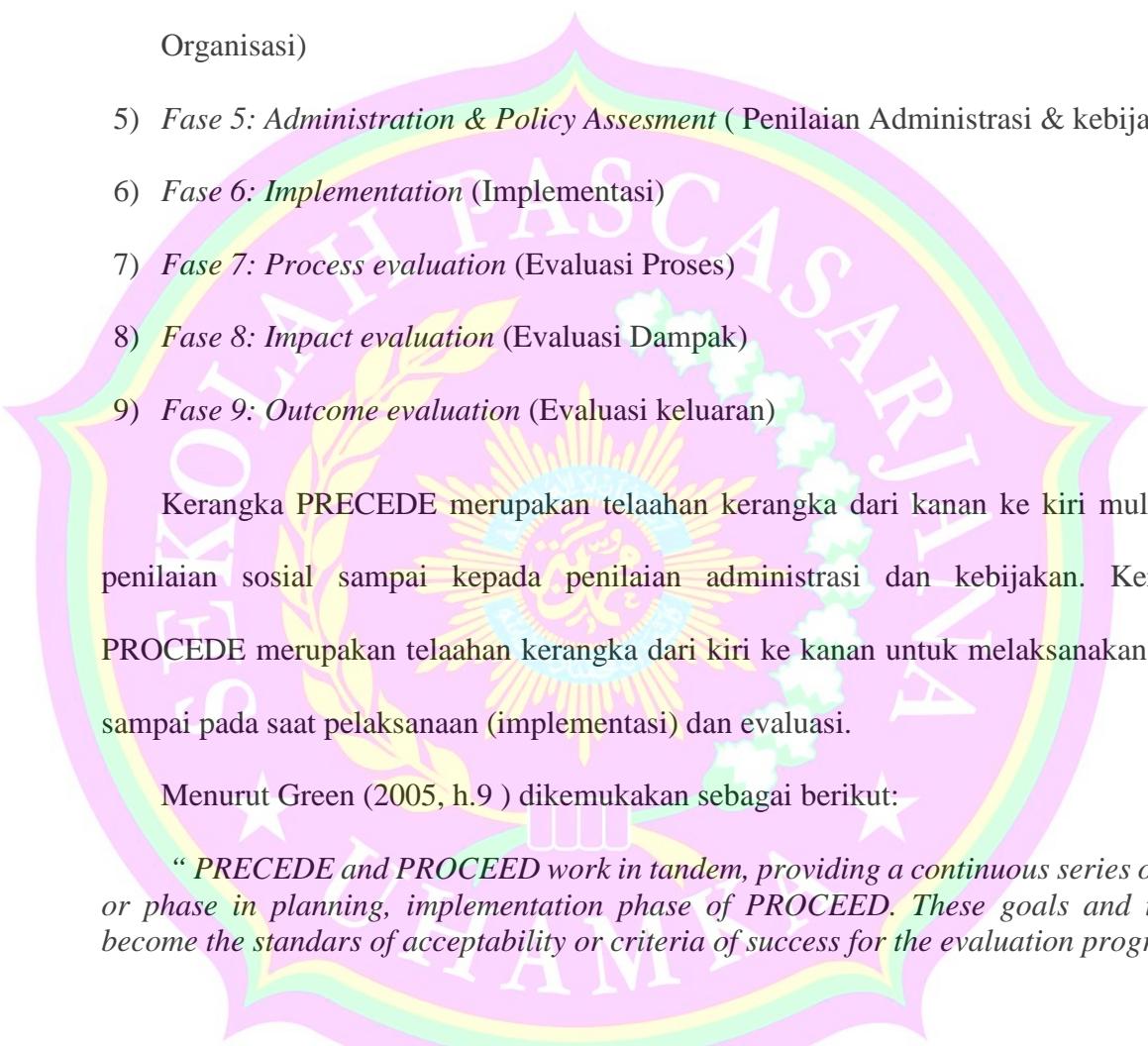


Gambar 2.2. The PRECEDE PROCEED Model

Sumber: Green, 2005

Dalam kerangka **PRECEDE-PROCEDE** terdapat 9 tahapan (fase) yaitu:

- 1) *Fase 1: Sosial Assesment ( Penilaian sosial )*
- 2) *Fase 2: Epidemiological Assesment (Penilaians Epidemi)*

- 
- 3) *Fase 3: Behavioural & Environmental Assessment* (Penilaian Perilaku dan Lingkungan).
  - 4) *Fase 4: Education & Organizational Assessment* (Penilaian Pendidikan dan Organisasi)
  - 5) *Fase 5: Administration & Policy Assesment* (Penilaian Administrasi & kebijakan)
  - 6) *Fase 6: Implementation* (Implementasi)
  - 7) *Fase 7: Process evaluation* (Evaluasi Proses)
  - 8) *Fase 8: Impact evaluation* (Evaluasi Dampak)
  - 9) *Fase 9: Outcome evaluation* (Evaluasi keluaran)

Kerangka PRECEDE merupakan telaahan kerangka dari kanan ke kiri mulai dari penilaian sosial sampai kepada penilaian administrasi dan kebijakan. Kerangka PROCEED merupakan telaahan kerangka dari kiri ke kanan untuk melaksanakan upaya sampai pada saat pelaksanaan (implementasi) dan evaluasi.

Menurut Green (2005, h.9 ) dikemukakan sebagai berikut:

*“ PRECEDE and PROCEED work in tandem, providing a continuous series of steps or phase in planning, implementation phase of PROCEED. These goals and targets become the standars of acceptability or criteria of success for the evaluation program.”*

PRECEDE dan PROCEED keduanya bekerja memberikan keberlanjutan dari fase dalam perencanaan, implementasi sebagai bagian dari fase PROCEED tujuan dan target ini menjadi standar penerimaan atau kriteria keberhasilan untuk program evaluasi.

Menurut Kamus umum yang dikutip dalam Green (2005, h.137) evaluasi didefinisikan sebagai berikut:

*Dictionaries generally define evaluation in two ways: to ascertain or judge the worth of something, and examine carefully . The primary tasks for the evaluator are "carefully examining and "judging the worth" of methods, personnel, materials or programs. In the context of health program planning we define evaluation simply as "the comparison of an object of interest against a standard of acceptability".*

Yang dapat diartikan sebagai berikut: kamus umum mendefinisikan evaluasi dalam dua cara: untuk memastikan atau menilai senilai sesuatu, dan memeriksa dengan hati-hati. Tugas utama untuk evaluator yang "hati-hati memeriksa dan" menilai layak "metode, personil, bahan atau program. Dalam konteks perencanaan program kesehatan kita mendefinisikan evaluasi sebagai "perbandingan objek yang ingin diketahui terhadap standard yang dapat diterima"

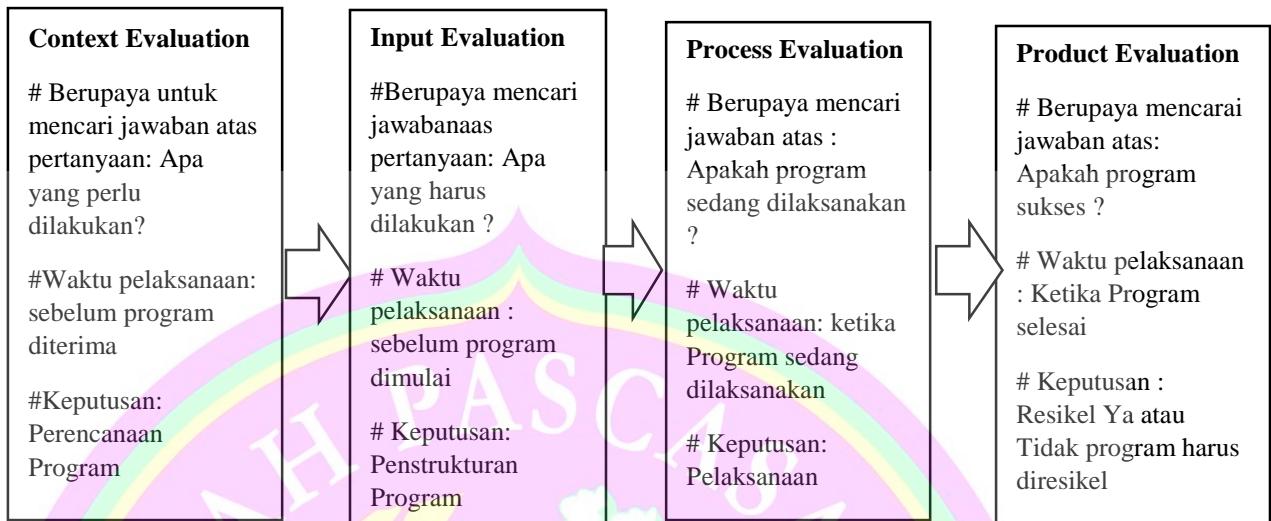
Evaluasi tidak dipandang sebagai bagian yang terpisah. Sebaliknya, terintegrasi sebagai komponen dasar seluruh tahapan PRECEDE PROCEED Model. Kegiatan evaluasi terpadu dalam setiap enam tahap pertama meliputi evaluasi formatif. di fase 6-8 selama dan setelah pelaksanaan /implementasi program, evaluasi berfungsi sebagai dasar peningkatan kualitas terus menerus pemantauan/ evaluasi output dan hasil program.

## **2. Model Evaluasi Context, Input, Process, dan Product (CIPP)**

Model CIPP merupakan kerangka yang komprehensif untuk mengarahkan pelaksanaan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif terhadap obyek program, proyek personalia, produk, institusi, dan sistem. Model evaluasi ini di kembangkan oleh Daniel Stufflebeam pada tahun 1966. Stufflebeam (1966) dalam Wirawan (2011) mendefinisikan evaluasi sebagai proses melukiskan (*delineating*), memperoleh, dan menyediakan informasi yang berguna untuk menilai alternatif-alternatif pengambilan keputusan.

Melukiskan artinya menspesifikasi, medefinisikan , dan menjelaskan untuk memfokuskan informasi yang diperlukan untuk para pengambil keputusan. Memperoleh artinya memakai pegukuran dan statistik untuk mengumpulkan, mengorganisasi, dan menganalisis informasi . Menyediakan artinya mensintesiskan informasi sehingga akan melayani dengan baik kebutuhan evaluasi para pemangku kepentingan evaluasi.

Model CIPP terdiri atas empat jenis evaluasi, yaitu: (1) Evaluasi Konteks (*Context Evaluation*), (2) Evaluasi Masukan (*Input Evaluation*), (3) Evaluasi Proses (*Process Evaluation*), (4) Evaluasi Produk (*Product Evaluation*). Kerangka Teori Model Evaluasi CIPP dapat dilihat pada gambar. 2.3



Gambar 2.3. Model Evaluasi Context, Input, Process dan Product (CIPP)

Sumber: Stufflebeam (1966) dalam Wirawan (2011)

Dalam pelaksanaannya, Model Evaluasi CIPP dikembangkan dengan 10 *chek list* yang akan memudahkan evaluator. Disamping itu chek list membantu untuk menelaah dan menilai sejarah program dan menyediakan laporan evaluasi sumatif dan nilai serta manfaatnya secara signifikan. Kesepuluh chek list tersebut adalah:

1. Kesepakatan Kontrak; para evaluator CIPP perlu menetapkan landasan kesepakatan-kesepakatan dengan klien dan kesepakatan tersebut harus di updated jika diperlukan sepanjang proses evaluasi.
2. Evaluasi Konteks; evaluasi ini mengakses kebutuhan-kebutuhan, aset, dan problem-problem dalam lingkungan yang terdefinisi.
3. Evaluasi masukan; evaluasi input menjaring, menganalisis dan menilai mengenai strategi, rencana kerja dan anggaran berbagai pendekatan.
4. Evaluasi proses; memonitor, mendokumentasikan, dan menilai aktivitas program.

5. Evaluasi pengaruh (*Impact Evaluation*); menjaring dan menilai data mengenai program yang mencapai audiens yang ditargetkan.
6. Evaluasi efektifitas; meneliti dan menilai signifikansi manfaat (*outcome*).
7. Evaluasi keberlanjutan (*Sustainability evaluation*); menjaring, menganalisis dan menilai sampai seberapa tinggi kontribusi program sukses diinstitusionalkan dan terus berlanjut bersamaan dengan perkembangan waktu.
8. Evaluasi transfortabilitas (*Transforbility Evaluation*); mengakses seberapa jauh suatu program telah atau dapat secara sukses menyesuaikan diri atau diterapkan di tempat lainnya.
9. Evaluasi meta (*metaevaluation*) ; merupakan assesmen suatu ketaatan evaluasi kepada standar-stanadar yang terkait dari evaluasi yang baik.
10. Sintesis laporan final (*The final synthesis report*) menarik bersama-sama temuan-temuan evaluasi untuk menjelaskan kepada semua audiens mengenai apa yang diupayakan, dilakukan dan dicapai, pelajaran apa yang diperoleh, dan dasar asesmen dari program.

Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga merupakan program kesehatan yang sedang berjalan (berproses) dimana menurut Stufflebeam (1966) dalam Wirawan (2011) aktivitas evaluator dalam evaluasi proses adalah memonitor, mendokumentasikan, dan menilai aktivitas program.

Aktivitas dalam memonitor seperti membuat catatan akan kebutuhan mengenai program, mengumpulkan dan menilai seberapa tinggi individu dan kelompok dapat dilayani konsisten dengan manfaat program. Secara periodik

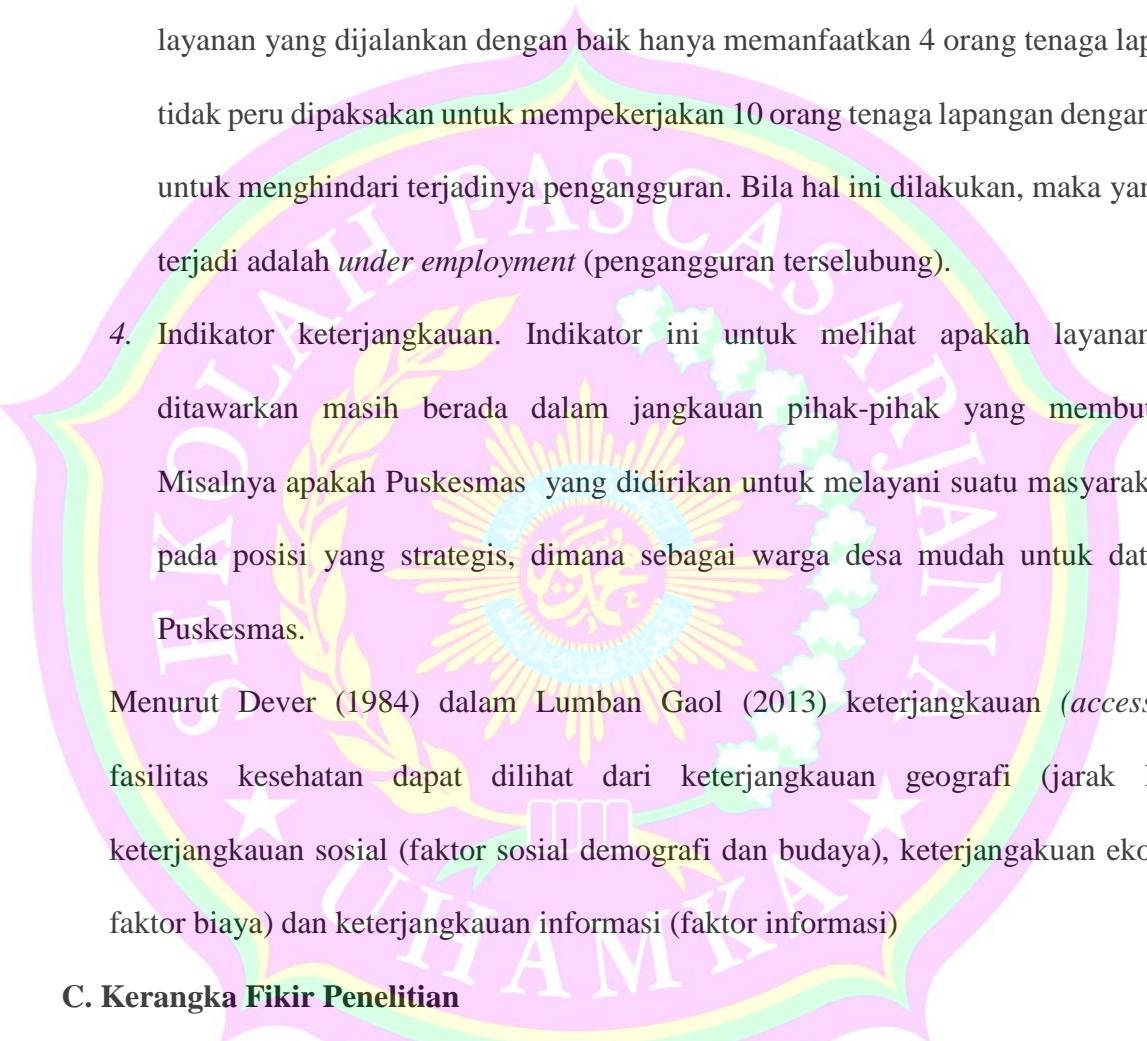
mempelajari perspektif pemangku kepentingan dan tokoh masyarakat dengan wawancara yang dilakukan .

Aktivitas menilai seperti memasukan informasi yang diperoleh dan penilaian kedalam profil program. Menentukan seberapa banyak program mencapai suatu kelompok penerima layanan yang tepat dan seberapa banyak program yang tidak layak menyediakan layanan kepada kelompok yang tidak ditargetkan.

Aktivitas mendokumentasikan seperti membuat draf laporan evaluasi pengaruh program dan menyediakannya kepada klien para pemangku kepentingan yang disetujui, mendiskusikan temuan evaluasi dalam lokakarya , memfinalisasi laporan evaluasi proses dan bantuan visual yang berkaitan dan disepakati para pemangku kepentingan.

Menurut Suharto (2005,h.126) terdapat empat indikator yang digunakan untuk mengevaluasi suatu kegiatan, yaitu:

1. Indikator ketersediaan. Indikator ini untuk melihat apakah unsur yang seharusnya ada dalam suatu proses itu benar-benar ada. Misalnya: dalam suatu program pembangunan sosial yang menyatakan bahwa diperlukan suatu tenaga kader lokal terlatih untuk menangani 10 RT, maka perlu dilihat (dicek) apakah tenaga kader lokal terlatih tersebut benar –benar ada.
2. Indikator Relevansi. Indikator ini menunjukkan seberapa relevan/tepatnya sesuatu teknologi atau layanan yang di temukan. Misalnya: Pemberdayaan perempuan pedesaan dimana dalam diperkenalkan kompor teknologi baru dari kompor yang mereka biasa gunakan. Apakah relevan dengan kebutuhan mereka dipedesaan.

- 
3. Indikator Efisiensi. Indikator ini menunjukkan sumber daya dan kativitas yg dilaksanakan untuk mencapai tujuan apakah dimanfaatkan secara tepat guna atau tidak memboroskan sumber daya yang ada dalam mencapai tujuan. Misal: suatu layanan yang dijalankan dengan baik hanya memanfaatkan 4 orang tenaga lapangan, tidak perlu dipaksakan untuk mempekerjakan 10 orang tenaga lapangan dengan alasan untuk menghindari terjadinya pengangguran. Bila hal ini dilakukan, maka yang akan terjadi adalah *under employment* (pengangguran terselubung).
  4. Indikator keterjangkauan. Indikator ini untuk melihat apakah layanan yang ditawarkan masih berada dalam jangkauan pihak-pihak yang membutuhkan. Misalnya apakah Puskesmas yang didirikan untuk melayani suatu masyarakat desa pada posisi yang strategis, dimana sebagai warga desa mudah untuk datang ke Puskesmas.

Menurut Dever (1984) dalam Lumban Gaol (2013) keterjangkauan (*accessibility*) fasilitas kesehatan dapat dilihat dari keterjangkauan geografi (jarak lokasi), keterjangkauan sosial (faktor sosial demografi dan budaya), keterjangkauan ekonomi (faktor biaya) dan keterjangkauan informasi (faktor informasi)

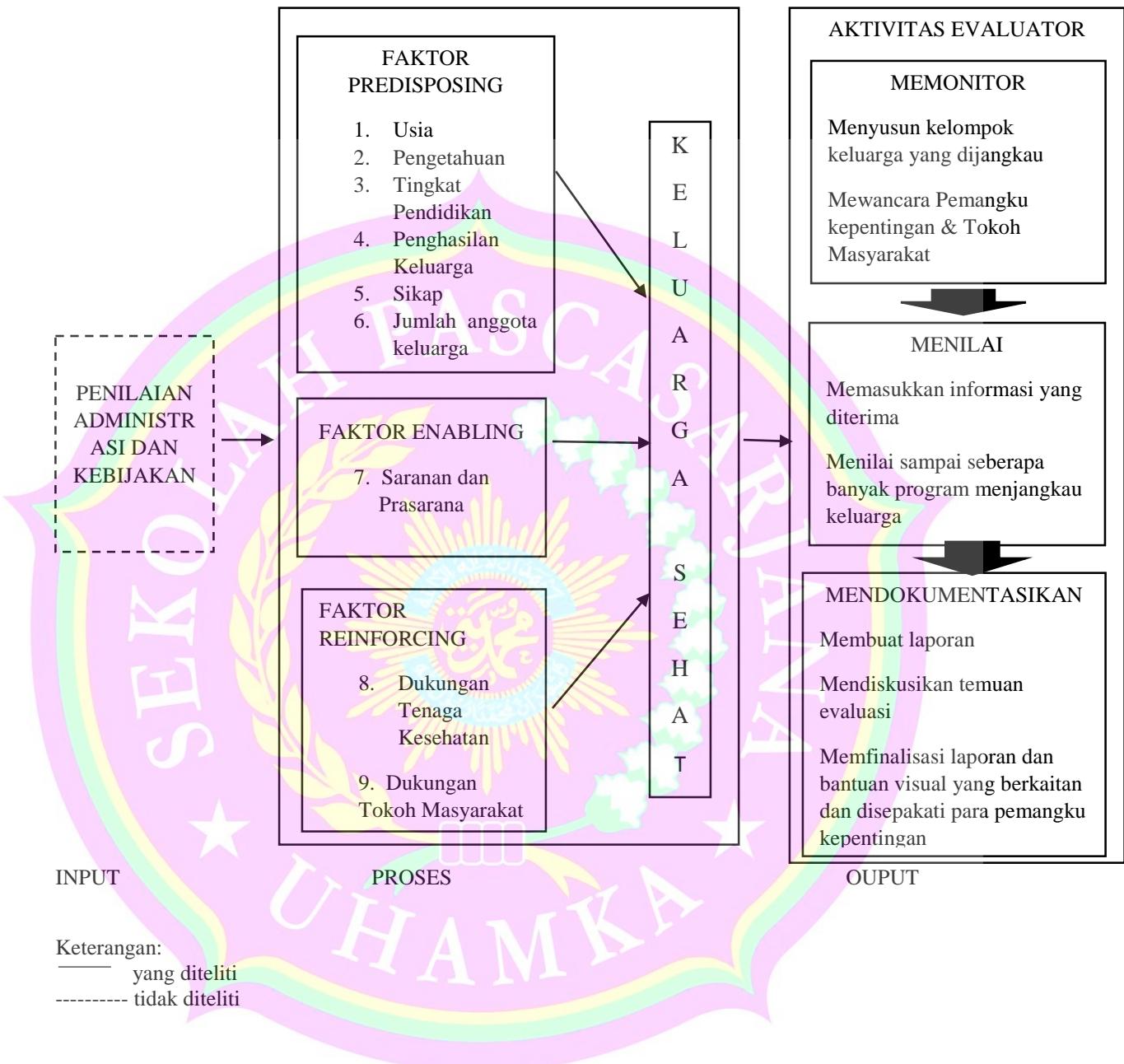
### C. Kerangka Fikir Penelitian

Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga merupakan suatu program kesehatan. Sebagai suatu program, maka peneliti menganggap kerangka PRECEDE-PROCEDE (Green, 2005) merupakan kerangka teori yang tepat digunakan dalam penelitian ini, dimana dalam kerangka tersebut diuraikan secara lengkap bagaimana suatu program dianalisis, di implementasikan (pelaksanaan) dan di evaluasi.

Namun demikian, karena keterbatasan yang dimiliki, maka penulis mengadopsi penelitian ini hanya menggunakan bagian PRECEDE saja yang merupakan analisis pendidikan dan lingkungan. Analisis tersebut meliputi faktor pemudah/predisposisi (*Predisposing factors*) berupa: usia, pengetahuan, tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga sikap dan penghasilan keluarga.

Faktor penyedia (*enabling factors*) dengan ketersediaan sarana dan prasarana, faktor penguat berupa dukungan tenaga kesehatan dan dukungan tokoh masyarakat sebagai variabel bebas . Untuk variabel terikat adalah 12 indikator PHBS rumah tangga yang disebut sebagai Keluarga Sehat.

Untuk memudahkan alur pemikiran penelitian ini, maka penulis mencoba membuat suatu kerangka berfikir proses pelaksanaan keluarga sehat yang dikembangkan dari kerangka PRECEDE model dari Green (2005) dan model CIPP Stufflebeam (1966) yang dapat dilihat pada gambar 2.4



Gambar 2.4. Kerangka Fikir Penelitian  
Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampea  
Kabupaten Bogor Tahun 2016

## D. KAJIAN YANG RELEVAN

Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga merupakan program kesehatan dengan 12 indikator PHBS yang sudah dilaksanakan dan terus disosialisasikan. Program ini merupakan pengembangan dari program sebelumnya yang pernah ada (PHBS di Tatanan Rumah Tangga) dengan ke -10 indikatornya. Kajian yang relevan tersebut diantaranya:

1. Syafrizal (2002) dalam penelitiannya yang berjudul "*Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Dan Faktor Yang Berhubungan Dengannya Pada Keluarga Di Kabupaten Bungo Propinsi Jambi*". Desain penelitian deskriptif analitik dengan rancangan potong lintang (*cross sectionl*) Hasil penelitian menyebutkan faktor jumlah anggota keluarga, pengetahuan, penyuluhan berhubungan dengan PHBS pada Keluarga di Kabupaten Bungo Tahun 2002. Sementara faktor pendidikan, pekerjaan,sikap, status ekonomi, sarana stimulant, keterjangkauan terhadap sumber air bersih tidak memiliki hubungan dengan PHBS pada keluarga. Faktor pendidikan merupakan faktor yang paling dominan untuk ber-PHBS.
2. Penelitian Setiaji, Bambang (2009) yang berjudul "*Studi Kualitatif Proses Pelaksanaan Kegiatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga. Studi Kasus: Di Daerah Panduan PHBS Kabupaten Bekasi Jawa Barat, Tahun 2009*" merupakan penelitian yang menggunakan metode wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah Penelitian ini untuk melihat pelaksanaan kegiatan PHBS mengikuti 4 tahapan manajemen PHBS pada daerah panduan PHBS yang digunakan sebagai pencarian informasi bagi pengelola program PHBS. Di

dapatkan hasil pada penelitian dalam merencanakan kegiatan PHBS kurang mengacu kepada tujuan yang ditetapkan. Dalam melaksanakan PHBS masih banyak yang bersifat empowerment, sebagian besar pengelola program PHBS tidak sadar akan peran mereka dalam mengerakkan kegiatan PHBS. Dalam memantau kegiatan PHBS cenderung dilakukan pada saat pelaksanaan PHBS saja, sedangkan kegiatan penilaian tidak dilakukan karena setiap tahunnya daerah yang didata selalu berubah.

3. Penelitian Widodo, Romi (2013) berjudul ”*Rancangan Sistem Informasi Pemantauan dan Evaluasi Kinerja Program Malaria di Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu*” Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan metode pengembangan SDLC (*System Development Life Cycle*) dengan tujuan untuk menyediakan data malaria yang berkesinambungan dan lengkap yang dapat digunakan untuk pendukung keputusan. Dalam evaluasi ditemukan penginputan ulang kasus malaria yang dilakukan melalui sistem *Pasif Case Detection (PCD)* yang menyebabkan inkonsistensi dalam penginputan data.
4. *Peningkatan Determinan Sosial Dalam Menurunkan Kejadian Tuberkulosis Paru* merupakan judul penelitian Wardani (2014) yang menggunakan metode *Case Control*. Variabel penelitian terdiri dari variabel bebas dan variabel terikat. Variabel terikat pada penelitian ini adalah sakit tuberkulosis (ya dan tidak), sedangkan variabel bebas terdiri dari determinan sosial. Berdasarkan hasil penelitian ini, pengembangan model dalam implementasi strategi DOTS adalah dengan dengan peningkatan determinan sosial, yaitu pendidikan, pendapatan dan kelas sosial. Peningkatan indikator-indikator determinan sosial tersebut dapat dimulai dari peningkatan

pendidikan. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa pendidikan berkaitan erat dengan pekerjaan, pendapatan dan kesejahteraan. Pencapaian pendidikan yang lebih tinggi akan berkaitan dengan pekerjaan yang lebih baik dan kondisi kerja yang lebih sehat. Pendidikan yang tinggi juga akan meningkatkan kesempatan untuk penghasilan, pendapatan yang lebih besar dan kepemilikan sumber daya produktif yang lebih banyak.

5. *Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan PHBS Tatanan Rumah Tangga Di Desa Iwul Kecamatan Parung Bogor Tahun 2015* yang diteliti oleh Siti Suryanti (2015) dengan desain Cross Sectional. Variabel bebas pada penelitian ini adalah karakteristik (pendidikan, umur,pendapatan), pengetahuan tentang PHBS, ketersediaan sarana PHBS dan dukungan sosial. Variabel terikatnya adalah PHBS dengan 4 indikator yaitu menimbang bayi dan balita secara teratur, mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun, melakukan aktivitas fisik 30 menit setiap hari dan tidak merokok. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan,pendapatan, ketersediaan sarana terhadap pelaksanaan PHBS, sedangkan faktor umur, pendidikan dan dukungan sosial tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap pelaksanaan PHBS.
6. *Evaluasi Program Konservasi Pendengaran (PKP) di PLTU Tanjung Jati B unit 1-2 PT. TJB. Power Jepara Jawa Tengah Tahun 2015* judul penelitian dari Mulyana (2015) yang mengevaluasi program pencegahan dan deteksi dini untuk mengurangi serta mengendalikan risiko adanya gangguan pendengaran untuk mencegah ketulian sementara (*temporary threshold shift*) menjadi ketulian menetap. Penelitian ini

menggunakan metodologi kualitatif deskriptif yang didapatkan hasil bahwa pengetahuan, sikap dan perilaku karyawan PT.TJB sudah sangat baik mengenai bahaya kebisingan. Efektifitas program sudah cukup baik, namun belum efisien karena belum semua karyawan diundang untuk berpartisipasi dalam pelatihan yang dilaksanakan perusahaan. Sosialisasi kebijakan Keselamatan dan kesehatan kerja sebaiknya dibuat rutin dan dimasukkan kedalam *Business Management System*, dan perusahaan memonitor dengan pengawasan tanda bahaya yang dipasang diarea kerja yang terpapar.

#### E. Sinopsis

Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampea merupakan penelitian untuk mengevaluasi proses program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga yang diluncurkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tanggal sejak bulan April 2016. Program ini telah diujicoba sebelumnya pada tahun 2015 di 4 Puskesmas di 4 Provinsi dan 4 Kabupaten Kota, yang kemudian dilaksanakan pada tahun 2016 di 470 Puskesmas di 9 Provinsi dan 64 Kabupaten.

Evaluasi yang dilakukan menggunakan model CIPP (*Context, Input, Process, and Product*) dengan aktivitas evaluator untuk memonitor, menilai dan mendokumentasikan program yang sudah berjalan. Pemilihan Kecamatan Ciampea sebagai tempat penelitian dilakukan dengan alasan wilayah tersebut merupakan satu dari wilayah di Provinsi Jawa Barat yang dijadikan tempat pelaksanaan program Keluarga Sehat (Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga). Meskipun dari studi pendahuluan

diketahui bahwa Kecamatan Ciampea belum tersosialisasi program tersebut, dan didapatkan data Perilaku Hidup Bersih dan Sehat tatanan rumah tangga baru mencapai 51,80% .

Sebagai suatu model evaluasi yang menggunakan model CIPP, produk dari program ini berupa perilaku sehat yang tercermin dalam 12 indikator indeks keluarga sehat. Kerangka Teori dari perilaku tersebut digunakan model PRECEDE-PROCEDE dari Lawrence W. Green dengan alasan bahwa teori-teori perilaku yang ada dapat diintegrasikan kedalam salah satu akar perilaku yaitu *predisposing*, *reinforcing*, dan *enabling factors* dari PRECEDE model tersebut.

Faktor yang akan diteliti meliputi faktor pemudah/*predisposisi* (*Predisposing factors*) berupa: usia, Pengetahuan, Tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga sikap dan Penghasilan Keluarga.

Faktor penyedia (*enabling factors*) dengan ketersediaan sarana dan prasarana, faktor penguat berupa dukungan tenaga kesehatan dan dukungan tokoh masyarakat sebagai variabel bebas . Untuk variabel terikat adalah 12 indikator PHBS rumah tangga yang disebut sebagai Keluarga Sehat.

## **BAB III**

### **METODOLOGI EVALUASI**

#### **A. Tujuan Evaluasi**

##### **1. Tujuan Umum**

Memperoleh informasi yang mendalam mengenai pelaksanaan Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016.

##### **2. Tujuan Khusus**

1. Diperolehnya informasi mengenai faktor predisposing meliputi usia, pengetahuan, tingkat pendidikan, penghasilan, sikap dan jumlah anggota keluarga dalam pelaksanaan Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016
2. Diperolehnya informasi mengenai faktor enabling meliputi fasilitas dan sarana kesehatan dalam pelaksanaan keluarga sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016
3. Diperolehnya informasi mengenai faktor reinforcing meliputi dukungan tenaga kesehatan dan dukungan tokoh masyarakat dalam pelaksanaan keluarga sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016.
4. Diperolehnya informasi mengenai Indeks Keluarga Sehat dengan pengukuran profil keluarga dalam pelaksanaan keluarga sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016

5. Diperolehnya informasi kegiatan memonitor pelaksanaan keluarga sehat di kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016
6. Diperolehnya informasi kegiatan menilai pelaksanaan keluarga sehat di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016
7. Diperolehnya informasi kegiatan pendokumentasian keluarga sehat di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016.

#### **B. Tempat dan Waktu**

Tempat penelitian ini dilakukan di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor. Pemilihan Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor dilakukan karena berdasarkan studi pendahuluan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang merupakan program terdahulu cakupannya masih berada di 51,80% dan Provinsi Jawa Barat merupakan Provinsi yang terpilih untuk pelaksanaan program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Penelitian ini dilakukan pada Bulan Oktober-November Tahun 2016. Aktivitas penelitian dapat dilihat pada tabel 3.1.

**Tabel 3.1**  
*Gantt Chart Aktivitas Penelitian*

No	Aktivitas	Tahun 2016								Ket
		Mei	Juni	Juli	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	
1	Penelitian pendahuluan									
2	Menyusun Proposal									
3	Konsul									
4	Seminar Proposal									
5	Perbaikan proposal									
6	Uji Instrumen									
7	Penelitian									
8	Memonitor, menilai dan mendokumentasikan program dan kegiatan									
9	Sidang Tesis									
10	Revisi									

### C. Metode dan Model Evaluasi

#### 1. Konsep Evaluasi

Evaluasi adalah suatu kegiatan yang biasanya dilakukan untuk membuat jajmen terhadap kelayakan suatu perencanaan, implementasi, dan hasil suatu program atau kebijakan. Menurut Stanley dan Hopkins (1978) dalam Wirawan (2011, h.9) : “*We use the word evaluation to designate summing-up process in which value judgements play a large part, ...*” Jadi, evaluasi adalah suatu kegiatan untuk membuat jajmen tentang nilai sesuatu.

Fokus evaluasi terdiri dari empat macam, yaitu: 1) perencanaan program (evaluasi program), 2) implementasi suatu program (evaluasi proses), 3) hasil dari implementasi (evaluasi hasil), dan 4) dampak dari implementasi suatu kebijakan (evaluasi dampak).

Walaupun evaluasi atau riset evaluasi merupakan bagian dari riset terapan (*applied research*) terdapat sejumlah perbedaan antara evaluasi dan riset. Tujuan evaluasi adalah mengumpulkan informasi untuk menentukan nilai dan manfaat objek evaluasi, mengontrol, memperbaiki, dan mengambil keputusan mengenai objek tersebut. Sedangkan tujuan riset adalah membuktikan adanya kebenaran saintifik dan menciptakan teori mengenai kebenaran fenomena ilmu pengetahuan (Wirawan, 2011 h.9)

Konsep yang digunakan dalam evaluasi ini merupakan evaluasi program. Program didefinisikan sebagai suatu unit atau kesatuan kegiatan yang merupakan realisasi atau implementasi dari suatu kebijakan, berlangsung dalam proses yang berkesinambungan, dan terjadi dalam suatu organisasi yang melibatkan sekelompok orang (Suharsimi dan Cepi Safruddin, 2009 dalam Jaedun, Amat 2010). Dalam pengertian ini, definisi program mencakup tiga persyaratan, yaitu: (1) program merupakan realisasi atau implementasi dari suatu kebijakan; (2) berlangsung dalam waktu yang relatif lama, bukan kegiatan tunggal tetapi kegiatan jamak yang berkesinambungan; dan (3) terjadi dalam suatu organisasi yang melibatkan sekelompok orang.

Evaluasi program yang digunakan dalam studi ini adalah evaluasi proses (*proses evaluation*) yang bertujuan untuk meneliti dan menilai apakah program telah dilaksanakan seperti yang telah direncanakan, dan apakah target populasi yang direncanakan telah dilayani dan menilai strategi pelaksanaan program. Evaluasi proses merupakan evaluasi formatif yang mengukur kinerja program untuk mengontrol pelaksanaan program (Wirawan, 2011)

Pada pelaksanaannya evaluasi program bermaksud mencari informasi sebanyak mungkin untuk mendapatkan gambaran rancangan dan pelaksanaan program. Hasil Evaluasi tersebut akan digunakan bagi pihak yang berkepentingan untuk mengambil keputusan. Evaluator mempunyai tugas mengumpulkan informasi seputar program untuk selanjutnya melakukan aktivitas dalam kegiatan evaluasi program, meliputi kegiatan memonitor, menilai dan mendokumentasikan.

Pelaksanaan evaluasi program ini menggunakan rancangan (desain) deskriptif, dengan pendekatan secara kuantitatif dan kualitatif. Desain deskriptif adalah sebuah tipe penelitian yang berusaha untuk menjelaskan status dari lokus studinya (Thomas et al, 2010 dalam Swarjana, 2015) yang menggambarkan fenomena yang diteliti dan juga menggambarkan besarnya masalah yang diteliti (De Vaus, 2001 dalam Swarjana, 2015).

Menurut Jennifer Green (1997) dalam Wirawan (2011, h.161) teori evaluasi campuran ini khas pluralistik, yang merangkul beragam perspektif, metode, data dan nilai-nilai di dalam dan di studi, menuju generasi klaim evaluatif lebih mendalam dan

bermakna. Namun secara tradisional dicampur metode kerja telah terkonsentrasi di tingkat teknis

*Evaluation theory and practice today characteristically pluralistic, embracing diverse perspective, methods, data and values within and across studies, toward the generation of more insightful and meaningful evaluative claims. Yet traditionally mixed method work has constretated on technical level, focusing on combining qualitative and quantitative methods within one evaluation study*

Pendekatan Kuantitatif digunakan karena penulis ingin mendapatkan informasi yang luas dimana penelitian dilakukan pada populasi rumah tangga di Kecamatan Ciampea yang digunakan adalah sampel yang diambil dari populasi tersebut. Deskriptif analisa ini digambarkan dalam bentuk data berupa angka-angka dan analisis statistik.

Sedangkan pendekatan kualitatif digunakan untuk memastikan data dan melihat seberapa dalam fenomena tersebut terjadi. Metode kualitatif dilaksanakan dengan observasi, wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (DKT). Yang dimaksudkan untuk mencari informasi sebanyak mungkin untuk mendapatkan gambaran rancangan dan pelaksanaan program dan merupakan rangkaian dari kegiatan evaluasi yaitu memonitor, menilai dan mendokumentasikan.

## 2. Model Evaluasi

Model evaluasi yang digunakan adalah model CIPP ini dikembangkan oleh Stufflebeam (1966), yang merupakan singkatan dari: *C; Context evaluation* (evaluasi terhadap konteks), *I ; Input evaluation* (evaluasi terhadap masukan), *P; Process evaluation* (evaluasi terhadap proses), *P; Product evaluation* (evaluasi terhadap

hasil) Keempat kata yaitu CIPP tersebut pada dasarnya merupakan sasaran evaluasi, yang tidak lain adalah komponen dari suatu program. Dengan kata lain, model CIPP adalah model evaluasi yang memandang program yang dievaluasi sebagai suatu sistem.

Sebagai suatu sistem model CIPP ini idealnya dimulai pada saat identifikasi dan menilai kebutuhan yang mendasari disusunnya suatu program dimulai dengan *context evaluation* (*C*) untuk menjawab pertanyaan *What needs to be done?* (apa yang perlu dilakukan)? Pada waktu sebelum program diterima dengan keputusan perencanaan program.

Sedangkan *input evaluation* (*I*) diperlukan untuk menjawab pertanyaan apa yang harus dilakukan (*what should be done*)? pada waktu sebelum program di mulai dengan keputusan penstrukturkan program. Selanjutnya *process evaluation* (*P*) berupaya mencari jawaban atas apakah program sedang dilaksanakan? Pada waktu program dilaksanakan dan dengan keputusan pelaksanaan. *P* berikutnya adalah *Product evaluation* yang berupaya mencari jawaban apakah program sukses? Waktu pelaksanaaan ketika program berakhir dengan keputusan Resikel (Ya atau Tidak program diresikel).

Sebagai program yang sudah dirancang dan direncanakan Program /keluarga Sehat juga sudah disosialisasikan dan sedang dilaksanakan. Berdasarkan pertimbangan itu, maka penulis menjadikan **evaluasi proses** sebagai model evaluasi dalam penelitian ini.

## **D. Populasi Dan Sampel**

### **D.1. Populasi**

Populasi adalah kumpulan dari individu atau objek atau fenomena yang secara potensial dapat diukur sebagai bagian dari penelitian (Mazhindu and Scott, 2005 dalam Swarjana, 2015). Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah seluruh Rumah Tangga yang berada di Wilayah Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor, yang berjumlah 43.602 Rumah Tangga.

### **D.2. Sampel**

Sampel adalah bagian atau proporsi individu atau objek dari populasi. Sampel yang baik adalah sampel yang mampu mewakili populasi penelitian (Mazhindu and Scott, 2005 dalam Swarjana, 2015 h.79) Sampel juga dikatakan sebagai perwakilan dari populasi.

Ada dua syarat yang harus dipenuhi dalam menetapkan sampel, yaitu : (1) *representative*; sampel harus dapat mewakili seluruh populasi agar kesimpulan dapat menggambarkan keadaan populasi, (2) sampel harus cukup banyak, artinya jumlahnya harus memenuhi sehingga perlu menggunakan rumus statistik (Susila & Suyanto, 2015, h.47).

Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan rancangan *stratifikasi proporsional (proportional stratified random sampling)* Menurut Pratiknya (2015,h.47) rancangan stratifikasi proporsional ialah teknik pemilihan

sampel dengan mengelompokkan subyek populasi dalam beberapa strata, tiap strata beranggotakan subyek yang sama atau hampir sama karakteristiknya.

Teknik ini di gunakan apabila populasi mempunyai anggota atau unsur yang tidak homogen dan berstrata secara proporsional.. Mengingat sampel yang akan diambil adalah keluarga yang berada di Kecamatan Cimpea yang memiliki karakteristik heterogen jika di lihat dari pendidikan, agama, tempat tinggal, dan penghasilan. Oleh karena itu, teknik penarikan sampel yang di gunakan pun harus melihat pada perbedaan sifat dari populasi.

Suatu *stratum* menurut Lameshow,dkk (1994, h.105) adalah subpopulasi dari populasi awal. Strata dibentuk berdasarkan beberapa karakteristik yang diketahui tentang populasinya yang diyakini akan berpengaruh terhadap variabel yang akan diteliti.

Dalam penelitian ini pengambilan sampel dilakukan dalam tiga tingkat/tahap. Tahap pengambilan sampel dilakukan sebagai berikut:

#### 1. Pemilihan Desa

Dari 13 desa/kelurahan yang ada di Kecamatan Ciampea, peneliti mengelompokkan tiga kelompok strata desa/kelurahan, yaitu :

- a. Kelompok desa/ kelurahan pada ibu kota kecamatan dan sekitarnya yang berjumlah 3 desa (Desa Ciampea, Desa Bojong Rangkas dan Desa Benteng)

b. Kelompok desa/kelurahan terjauh yaitu 7 desa ( Desa Cihideug

Udik, Desa Cihideung Ilir, Desa Cicadas, Desa Cibanteng, Desa  
Cinangka, Desa Ciampea Udik, Desa Cibadak)

c. Kelompok Desa dekat kecamatan yaitu 3 desa ( Desa Tegal Waru,

Desa Bojong Jengkol, Desa Cibuntu)

Dari jumlah desa/kelurahan pada tiap strata maka ditentukan secara proporsional jumlah desa, maka terpilih masing-masing dua desa pada unit populasinya untuk desa yang mewakili kelompok terjauh adalah Desa Cinangka (3656 Rumah Tangga) dan Ciampea Udik (2610 Rumah Tangga). Untuk kelompok desa di kecamatan adalah Desa Bojong Rangkas (3059 Rumah Tangga) dan untuk desa dekat kecamatan adalah desa Tegal Waru (3736 Rumah Tangga) .

## 2. Penentuan Sampel

Sebelum menentukan jumlah sampel terlebih dahulu menghitung jumlah Rumah tangga untuk tipa desa yang terpilih sebagai unit populasi . Dari data yang bersumber dari Kantor Kecamatan Ciampea berupa laporan tahunan pada tahun 2015, maka diperoleh jumlah rumah tangga di empat desa yang terpilih sebanyak 13.061 rumah tangga. Untuk menentukan keluarga yang akan dijadikan sebagai sampel dipilih secara random pada tiap desa sesuai jumlah sampel yang dibutuhkan

Rumus yang digunakan adalah rumus estimasi proporsi sampel acak sederhana  
(Lameshow, 1994 dalam Syafrizal, 2002)

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2(1-\alpha/2)P(1-P)}$$

Keterangan

n = Jumlah sampel minimal yang diperlukan

d (precision) = limit dari eror atau presisi absolut ( ditentukan 0,08)

$Z_{1-\alpha/2}^2$  = nilai Z pada derajat kepercayaan (diketahui 1,67)

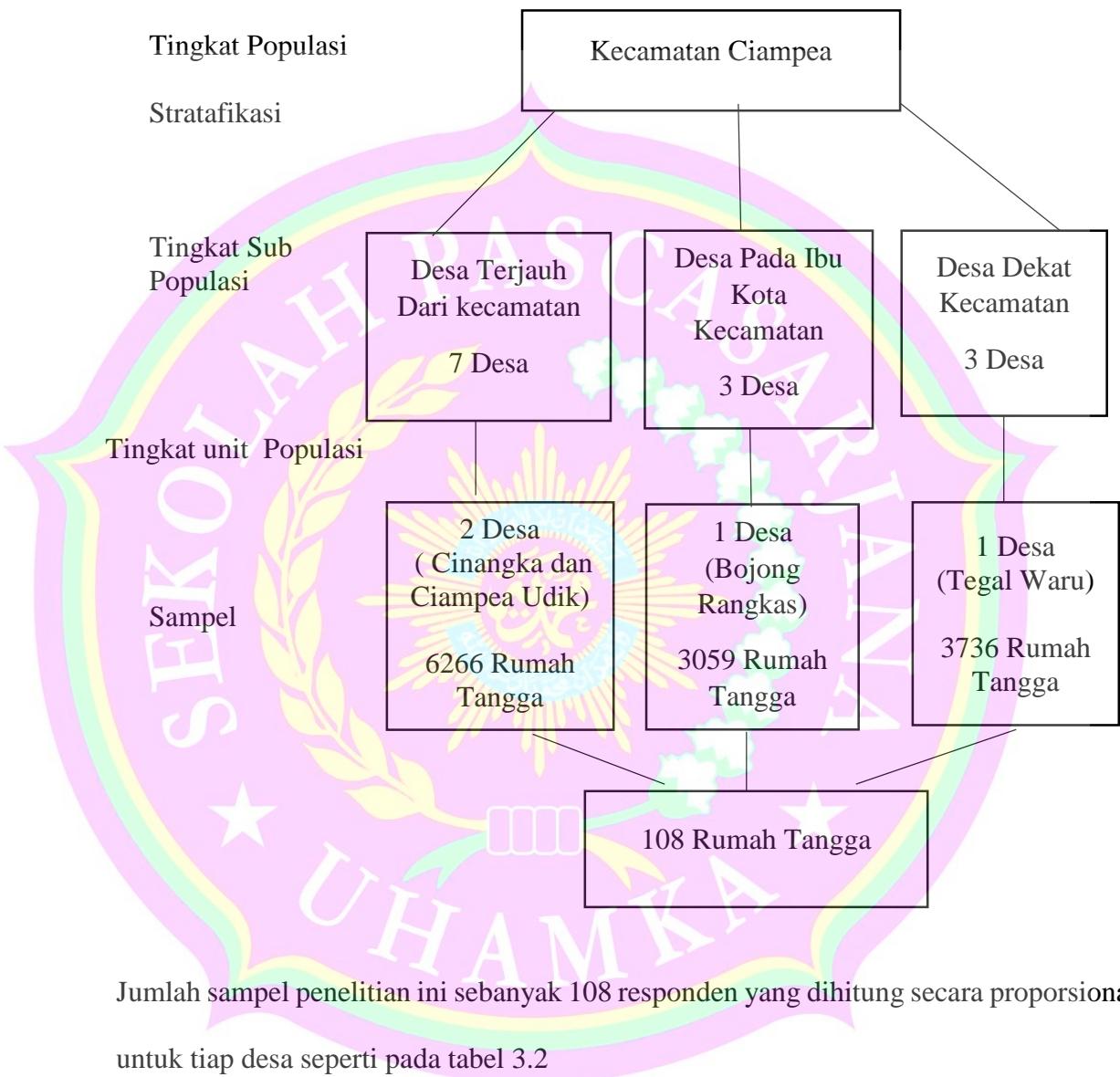
P = Proporsi hal yang diteliti ( diketahui 0,50)

N = Populasi (diketahui 13061)

$$n = \frac{13061 \times 1,67^2 \times 0,50 (1-0,50)}{(13061-1)0,08^2 + 1,67^2 \times 0,50 (1-0,50)} = 108,04 \text{ dibulatkan } 108$$

Gambaran pengambilan sampel tersebut dapat dilihat seperti dalam gambar 3.1

Gambar 3.1  
Tahap- Tahap Pengambilan sampel



Tabel 3.2.  
Proporsi sampel per kelurahan/desa

<b>Kelompok Desa/Kelurahan</b>	<b>Desa/ Kelurahan</b>	<b>Jumlah Keluarga</b>	<b>Proporsi</b>	<b>Jumlah</b>
Desa pada ibu Kota Kecamatan	Desa Bojong Rangkas	3059	3059/13061 x 108	25
Desa Terjauh dari Kecamatan	Desa Cinangka	3656	3736/13061 x 108	30
Desa Terjauh dari Kecamatan	Desa Ciampela Udik	2610	2610/13061x108	22
Desa Terdekat dari Kecamatan	Desa Tegal Waru	3736	3736/13061 x 108	31
Jumlah		13061		108

### 3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Agar kriteria sampel tidak menyimpang dari populasinya, maka sebelum dilakukan pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria inklusi dan eksklusi . Kriteria inklusi adalah kriteria/ ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang diambil sebagai sampel (Notatmodjo, 2010, h.36). Sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel. Adapun kriteria inklusi penelitian ini adalah:

- a. Responden adalah rumah tangga/ keluarga (kepala keluarga /anggota keluarga). ART adalah orang yang tinggal dan menetap di rumah tangga dalam waktu  $\geq 6$  bulan.
- b. Responden berusia  $\geq 15$  tahun.

- c. Responden bertempat tinggal di wilayah Kecamatan Ciampea yang tersebar di 4 desa, yaitu : Desa Bojong rangkas, Desa Tegal Waru , Desa Cinangka dan Desa Ciampea Udik
- d. Responden memahami bahasa Indonesia
- e. Responden dapat berkomunikasi verbal dan mau diwawancara

Kriteria eksklusi adalah responden keluarga/anggota rumah tangga yang tidak menetap di wilayah penelitian dan tidak ada pada saat penelitian.



## E. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Konseptual	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	<b>Dependen</b>						
	Keluarga Sehat	Keluarga yang melakukana PHBS	Keluarga Ber PHBS sesuai 12 indikator dalam panduan program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga	Kuisisioner Terdiri dari 12 pertanyaan (Pengukuran Indeks Keluarga Sehat/IKS)	Diisi peneliti wawan cara dan Observasi	1. Sehat, jika IKS > 0,800 2.Pra Sehat , jika IKS 0,500-0800 3.Tidak Sehat , jika IKS < 0.500	Ordinal
	<b>Independen</b>						
2	Usia	Perkembangan manusia sejak dilahirkan sampai kematian dihitung dengan tahun, tanggal, bulan (KBBI)	Usia adalah umur responden pada waktu penelitian dihitung dengan tahun	Kuisisioner	Diisi sendiri	1.Remaja Akhir jika berumur 15-24 tahun 2.Dewasa –lanjut usia , jika berumur 24 s/d > 60 tahun	Ordinal
3	Pengetahuan	Hasil dari tahu setelah seseorang melakukana pengindran terhadap objek	Informasi yang didapat keluarga mengenai 12 indikator PHBS tatanan keluarga	Kuisisioner Terdiri atas 12 pertanyaan dengan menggunakan skala Guttman, dimana jika pernyataan	Diisi sendiri	1.Baik, jika skor pada kuisioner > mean 2.Rendah , jika skor pada kuisioner $\leq$ mean	Ordinal

		tertentu (Ahmadi. Umar Fahmi, 2014)		positif jika jawabannya adalah “Ya” diskor 1, jika jawabannya “Tidak ” diskor 0.			
4	Tingkat Pendidikan	Tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik , tujuan yang akan dicapai dan kemampuan yang dikembangkan (UU.No.20 Tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional)	Tingkat pendidikan formal keluarga yang diakui secara nasional dalam bentuk sertifikat ijazah .	Kuisisioner	Diisi sendiri	1.Tinggi, jika pendidikan formal responde n terakhir adalah pendidika n lanjut $\geq$ SMA 2.Rendah , jika pendidikan formal responde n adalah pendidika n dasar $\leq$ SMP	Ordinal
5	Penghasilan Keluarga	Jumlah penghasilan riil dari seluruh anggota rumah tangga yang	Jumlah penghasilan kepala keluarga (suami/istri atau keduanya) UMR	Kuisisioner	Diisi sendiri	1.Tinggi, jika $>$ UMR Kabupaten Bogor (Rp. 2.960.325)	Nominal

		digunakan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perseorangan dalam rumah tangga (BPS, 2014)	Kabupaten Bogor = Rp 2.960.325			2.Rendah , jika $\leq$ UMR Kabupaten Bogor (Rp. 2.960.325)	
6	Sikap	Reaksi atau respon yang tertutup dari seseorang terhadap suatu stimuli atau objek	Reaksi/respon keluarga terhadap praktik PHBS dalam pernyataan, setuju, sangat setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju	Kuisisioner Terdiri atas 12pernyataan Dengan menggunakan <i>Skala Likert</i> dimana jika jawabannya adalah “Sangat Tidak setuju” di beri nilai 1, jika jawabannya “Tidak setuju” di beri nilai 2, jika jawaban “Ragu-ragu” di beri nilai 3, jika jawaban “Setuju” diberi nilai 4, dan jika jawaban	Diisi sendiri	1.Positif, jika reaksi/respon setuju atau sangat setuju terhadap praktik PHBS dalam pernyataan . 2.Negatif jika reaksi/respon ragu-ragu, tidak setuju atau sangat tidak setuju terhadap praktik PHBS dalam	Ordinal

				“Sangat Setuju” di beri nilai 5		pernyataan.	
7	Jumlah anggota keluarga	dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi (Depkes RI, 2006)	Jumlah anggota keluarga yang ada dengan responden pada saat penelitian dilakukan	Kuisisioner	Diisi sendiri	1.Besar, jika anggota keluarga $\geq 4$ orang, 2.Kecil, jika $< 4$ orang	Ordinal
8	Ketersediaan sarana	Sarana dan fasilitas yang ada untuk mendukung PHBS seperti jamban, air bersih, sabun, posyandu, puskemas, dan lain sebagainya (Depkes, 2006)	Pernyataan responden tentang tersedi atau tidak tersedi sarana yang mendukung terlaksananya PHBS dalam tatanan rumah tangga	Kuisisioner Terdiri atas 5 pertanyaan dengan menggunakan <i>skala Guttman</i> , dimana jika pernyataan positif jika jawabannya adalah “Ya” diskor 1, jika jawabannya “Tidak ” diskor 0.	Diisi sendiri	1.Tersedia , jika $>$ median 2. Tidak Tersedia $\leq$ median	Ordinal
9	Dukungan Tenaga Kesehatan	Bantuan dan asistensi yang memberikan perubahan melalui	Dukungan dari tenaga kesehatan berupa pemberian informasi dan pelayanan	Kuisisioner Terdiri atas 2pertanyaan dengan menggunakan <i>skala Guttman</i> ,	Diisi sendiri	1.Mendukung, jika ada pemberian informasi dan pelayana	Ordinal

		hubungan sosial dan transaksi interpersonal (Israel,1982; House 1981)	dalam ber-PHBS	dimana jika pernyataan positif jika jawabannya adalah “Ya” diskor 1, jika jawabannya “Tidak ” diskor 0.		n dari nakes 2. Tidak mendukung , jika tidak ada pemberian informasi dan pelayanan dari nakes	
10	Dukungan Tokoh Masyarakat	Bantuan dan asistensi yang memberikan perubahan melalui hubungan sosial dan transaksi interpersonal (Israel,1982; House 1981)	Dukungan yang diberikan dari kader kesehatan, pengurus wilayah (RT/RW/Kepala Desa) maupun orang yang berpengaruh lainnya di masyarakat berupa kepedulian, bantuan nyata, dan pemberian informasi dalam ber-PHBS	Kuisisioner Terdiri atas 3pertanyaan dengan menggunakan <i>skala Guttman</i> , dimana jika pernyataan positif jika jawabannya adalah “Ya” diskor 1, jika jawabannya “Tidak ” diskor 0.	Diisi sendiri	1.Mendukung , jika <i>ada</i> bantuan, kepedulian dan pemberian informasi mengenai PHBS. 2. Tidak mendukung jika <i>tidak ada</i> bantuan, kepedulian dan pemberian informasi mengenai PHBS.	Ordinal

## **F. Teknik Dan Prosedur Pengumpulan Data**

### **1. Sumber Data .**

Pada Penelitian ini, data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data Primer diperoleh dari hasil pengukuran secara langsung pada responden dengan menggunakan kuisioner yang disebarluaskan. Sedangkan data sekunder diperoleh dari Profil Kecamatan Ciampela dan UPTD Puskesmas Kecamatan Ciampela.

### **2. Instrumen**

Dalam penelitian ini, instrument yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah kuisioner. Kuisioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang ia ketahui (Swarjana.I Ketut, 2015, h.107).

### **3. Cara Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara dibagikan langsung kepada responden. Responden terpilih dari 4 desa dan masing-masing desa dipilih satu rukun warga (RW) dengan banyaknya rukun tetangga (RT) yang berbeda pada setiap desa (tergantung luas dan kepadatan penduduk) yang ditentukan dengan sistem kocokan.

Untuk Desa Bojong Rangkas terpilih adalah RW 09 dengan 2 RT yaitu RT.01 dan RT.02. Desa Tegal Waru terpilih RW 03 dengan 6 RT (RT 01, RT.02, RT03, RT.04, RT.05 dan RT.06), Desa Cinangka terpilih RW 03

dengan 5 RT (RT.01, RT.02, RT.03, RT.04, dan RT.05) dan Desa Ciampea Udik terpilih RW.02 dengan 3 RT (RT.01, RT.02, dan RT.03).

Selanjutnya penulis menentukan responden berdasarkan nomor rumah.

Nomor rumah yang keluar setelah dikocok sebanyak jumlah sampel pada masing-masing desa. Jika tidak ada/ tidak ditemukan responden yang sesuai kriteria inklusi pada nomor rumah tersebut, maka penulis akan mengocok ulang nomor rumah selanjutnya sampai bisa ditemukan responden yang dimaksud.

Kuisisioner diisi sendiri oleh responden, jika ada hal yang belum jelas, penulis akan memberikan penjelasan. Setelah pengisian selesai, kuisioner dikumpulkan dan diperiksa kembali kelengkapannya.

#### 4. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.

Penelitian ini menggunakan data yang diperoleh melalui penyebaran kuisioner sehingga perlu dilakukan pengujian validitas dan reliabilitas terhadap instrument yang digunakan. Uji validitas dan reliabilitas ini dilakukan pada 30 keluarga sebagai responden di desa yang bebeda namun tetap berada di Kecamatan Ciampea.

Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkap data variabel yang diteliti secara tepat. Sedangkan reliabilitas menunjukkan bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercayai sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik.

Uji reliabilitas menggunakan model Alpha ( $\alpha$ ) dengan keputusan uji reliabilitas adalah:

1. Bila  $r \text{ Alpha} > r \text{ tabel}$  maka variabel dikatakan reliabel.
2. Bila nilai  $r \text{ Alpha} < r \text{ tabel}$  maka variabel dikatakan tidak reliabel.

Karena jumlah responden ujicoba ini adalah 30 responden, maka nilai  $r$  tabel = 0,361. Hasil uji reliabilitas pada kuisioner yang disebar kepada responden untuk variabel pengetahuan ( $\alpha = 0,825$ ), variabel sikap ( $\alpha = 0,925$ ), variabel sarana dan prasarana ( $\alpha = 0,679$ ), variabel dukungan tenaga kesehatan dan tokoh masyarakat ( $\alpha = 0,611$ ). Berdasarkan hasil tersebut kuisioner dilanjutkan karena dianggap baik sebagai instrument.

Analisis pada metode kuantitatif ini hanya menggunakan analisis univariat. Analisis univariat digunakan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi variabel dependen dan independen dan bagaimana variasi dari masing-masing variabel. Disajikan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi

## G. Metode Kualitatif

Metode kualitatif digunakan karena penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, yang ditujukan untuk mengeksplorasi atau memotret situasi sosial yang akan diteliti secara menyeluruh, luas dan mendalam (Soegiyono, 2015.h.209).

Metode ini dilakukan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam mengenai aktivitas /kegiatan dalam evaluasi proses, meliputi kegiatan memonitor,

menilai dan mendokumentasikan pelaksanaan keluarga sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016. Berdasarkan kegiatan tersebut, maka definisi istilah yang digunakan adalah:

- a. Memonitor adalah kegiatan memantau pelaksanaan Keluarga Sehat apakah telah sesuai dengan langkah, indikator dan tujuan program keluarga sehat yang telah ditetapkan.
- b. Menilai adalah kegiatan melaksanakan penilaian terhadap cakupan indikator keluarga sehat seberapa banyak dapat di akses keluarga
- c. Mendokumentasikan adalah kegiatan mengumpulkan, memilih, mengolah dan menyimpan seluruh informasi terkait pelaksanaan Keluarga Sehat untuk dijadikan *guidelines/ petunjuk* kearah perbaikan program keluarga sehat.

Untuk memudahkan studi, maka penulis membuat matriks tentang penelitian tersebut yang dapat dilihat pada tabel. 3.3.

Tabel. 3.3.  
**Matriks Studi Kualitatif**  
**Analisis Pelaksanaan Program Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampea**  
**Kabupaten Bogor Tahun 2016**

Lingkup Studi	Unsur Yang diteliti	Sumber Informasi	Metode Pengumpulan Data
Memonitor	Menyangkut proses pelaksanaan program	a. Kepala UPT & UPF PKM b. Tenaga Kesehatan c. Tokoh Masyarakat	-Wawancara mendalam -Penelusuran Data Sekunder
Menilai	Menyangkut kemudahan dan kesesuaian hambatan dan kendala program untuk diakses	a. Keluarga (ART) b. Kepala UPT & UPF PKM c. Tenaga Kesehatan d. Tokoh Masyarakat	-Wawancara mendalam -Penelusuran Data Sekunder -Diskusi Kelompok terarah
Mendokumentasikan	Menyangkut penyimpanan dan pengolahan informasi untuk penyebarluasan informasi (diseminasi)	a. Kepala UPT & UPF PKM b. Tenaga Kesehatan	-Wawancara mendalam -Penelusuran Data Sekunder

Pengolahan data dilakukan dengan mencatat, membuat matriks dan selanjutnya dianalisis isinya (*content analysis*). Proses analisa data dilakukan secara bertahap:

1. Menelaah seluruh data yang tersedia dari sumber, yaitu dari hasil wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, dan data sekunder .
2. Reduksi data dengan membuat abstraksi yaitu membuat rangkuman yang sesuai dengan data yang diteliti

3. Menyusun dalam satuan-satuan yang kemudian dikategorikan sambil membuat koding
4. Mengadakan pemeriksaan keabsahan data
5. Diakhiri dengan penafsiran data.

## H. Standar Evaluasi

Sebagai pelaksana Program Indonesia dengan Pendekatan Keluarga, Puskesmas melakukan fungsinya berdasarkan enam prinsip penyelenggaraan Puskesmas yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor.75 Tahun 2014, yaitu:

- (1) Paradigma Sehat; Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- (2) Pertanggungjawaban Wilayah; Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- (3) Kemandirian Masyarakat; Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- (4) Pemerataan; Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.
- (5) Teknologi Tepat Guna; Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

(6) Keterpaduan dan Kesinambungan; Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Berdasarkan Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas Dengan Pendekatan Keluarga, pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga oleh Puskesmas akan berjalan baik, bila dilaksanakan langkah-langkah persiapan yang meliputi: (a) Sosialisasi, (b) pengorganisasian, (c) Pembiayaan dan (d) Persiapan pendataan, mencakup langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) pendataan kesehatan keluarga menggunakan formulir Prokesga Oleh Pembina Keluarga (dapat dibantu Kader Kesehatan)
- 2) pembuatan dan pengelolaan pangkalan data Puskesmas serta pengolahan data oleh tenaga pengolah data Puskesmas
- 3) analisis, perumusan intervensi masalah kesehatan dan penyusunan rencana Puskesmas oleh tim manajemen Puskesmas
- 4) pelaksanaan penyuluhan kesehatan melalui kunjungan rumah oleh Pembina keluarga
- 5) pelaksanaan pengorganisasian masyarakat dan pembina UKBM
- 6) pelaksanaan pelayanan kesehatan (dalam dan luar gedung) oleh tenaga kesehatan Puskesmas.

Pengawasan internal dilakukan oleh Puskesmas sendiri, baik oleh Kepala Puskesmas, tim audit internal maupun setiap penanggung jawab/pengelola/pelaksana program. Adapun pengawasan eksternal dilakukan oleh instansi dari luar Puskemas antara lain Dinas kesehatan Kabupaten/Kota, institusi lain selain Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat.

## I. Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Untuk menjamin keabsahan data yang diperoleh, maka dilakukan *triangulasi* terhadap sumber, metode, dan data. **Triangulasi sumber** dilakukan dengan cara *cross-check* data dengan fakta dari sumber lainnya. Sumber tersebut mungkin berupa informan yang berbeda, atau hasil dari sumber lainnya (data sekunder) dan datanya harus memperkuat atau tidak kontradiksi satu dengan lainnya.

**Triangulasi metode** dilakukan dengan cara menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data. Misalnya selain menggunakan wawancara mendalam (MW) dilakukan juga diskusi kelompok terarah (DKT). **Triangulasi data** dilakukan dengan cara konfirmasi dengan ahli atau orang yang ahli dalam analisa kualitatif.

## **BAB IV**

### **TEMUAN EVALUASI DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Data**

##### **1. Profil Tempat Penelitian**

Kecamatan Ciampela merupakan salah satu kecamatan yang termasuk daerah pengembangan Wilayah Barat Kabupaten Bogor, yang mempunyai luas wilayah sekitar  $\pm 55,63 \text{ Km}^2$ , yang terdiri dari 13 Desa, Rukun Warga 113 serta 482 Rukun Tetangga, Kecamatan Ciampela secara geografis mempunyai batas, dengan :

- a. Sebelah Utara : Kecamatan Ranca Bungur dan Kemang
- b. Sebelah Selatan : Kecamatan Tenjolaya
- c. Sebelah Barat : Kecamatan Cibungbulang
- d. Sebelah Timur : Kecamatan Dramaga

Berdasarkan jarak orbitas serta sarana transportasi antara pusat pemerintahan Kecamatan Ciampela dengan :

- a. Ibukota Negara (Jakarta) : 80 Km
- b. Ibukota Provinsi (Bandung) : 147 Km
- c. Ibukota Kabupaten (Cibinong) : 29 Km

Kecamatan Ciampela terdiri atas 13 desa, yaitu : Desa Ciampela Udik, Cinangka, Cibuntu, Cicadas, Tegalwaru, Bojong Jengkol, Cihideung Udik, Cihideung Ilir, Cibanteng, Bojong Rangkas, Cibadak, Benteng, Ciampela. Berdasarkan laporan bulan Januari tahun 2016 jumlah penduduk Kecamatan Ciampela sebanyak 157.653 jiwa, yang

terdiri dari 78.886 laki-laki dan 78.755 perempuan. Jumlah Keluarga di Kecamatan Ciampea sebanyak 43.602 keluarga.

Penduduk Kecamatan Ciampea mempunyai pekerjaan yang beraneka ragam, namun secara garis besar sebagian penduduk adalah bekerja sebagai petani dan buruh.

Penduduk Kecamatan Ciampea berdasarkan tingkat pendidikannya, adalah sebagai berikut :

a.	Tamat SD	:	22.543	Orang
b.	Tamat SMP	:	5.396	Orang
c.	Tamat SMA/sederajat	:	15.597	Orang
d.	Akademi/Sederajat	:	732	Orang
e.	Sarjana	:	770	Orang

Visi Kecamatan Ciampea adalah “ Mewujudkan Kecamatan Ciampea Termaju Dalam Pelayanan Melalui Peningkatan Kinerja Aparatur Yang Profesional ”. Visi ini dimaksudkan bahwa salah satu indikator untuk mencapai visi Kabupaten Bogor termaju adalah terwujudnya pelayanan prima kepada masyarakat dengan meningkatkan kinerja aparatur kecamatan yang proposional, akuntabel, efektif, efisien, transparan dan berakhhlak mulia.

Misi Kecamatan Ciampea adalah (1) Meningkatkan Kinerja Aparatur secara proposional, efektif, efisien, akuntabel dan transparan serta berakhhlak mulia; (2)

Melaksanakan Program Pembangunan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat ;

(3) Meningkatkan Pemberdayaan masyarakat.

Penelitian ini mengambil lokasi di 4 desa yang ada di Kecamatan Ciampea, yaitu: Desa Bojong Rangkas, Desa Cinangka, Desa Tegal Waru, dan Desa Ciampea Udik. Dari 4 desa tersebut, Desa Bojong Rangkas yang merupakan ibu kota Kecamatan, jika dibandingkan dengan 3 desa lainnya memiliki kekhasan sebagai ibu kota kecamatan yaitu penduduknya lebih heterogen (lebih banyak pendatang) dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan jenis pekerjaan penduduk yang lebih bervariatif dibandingkan desa lainnya.

## 2. Stake Holder Kesehatan

Stakeholder Kesehatan di Kecamatan Ciampea Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/2004 disebutkan bahwa visi Puskesmas adalah Tercapainya Kecamatan Sehat Menuju Indonesia Sehat. Hal ini menegaskan bahwa wilayah kerja Puskesmas adalah kecamatan, maka stakeholder kesehatan (Puskesmas) yang berada di wilayah Kecamatan Ciampea terdiri atas:

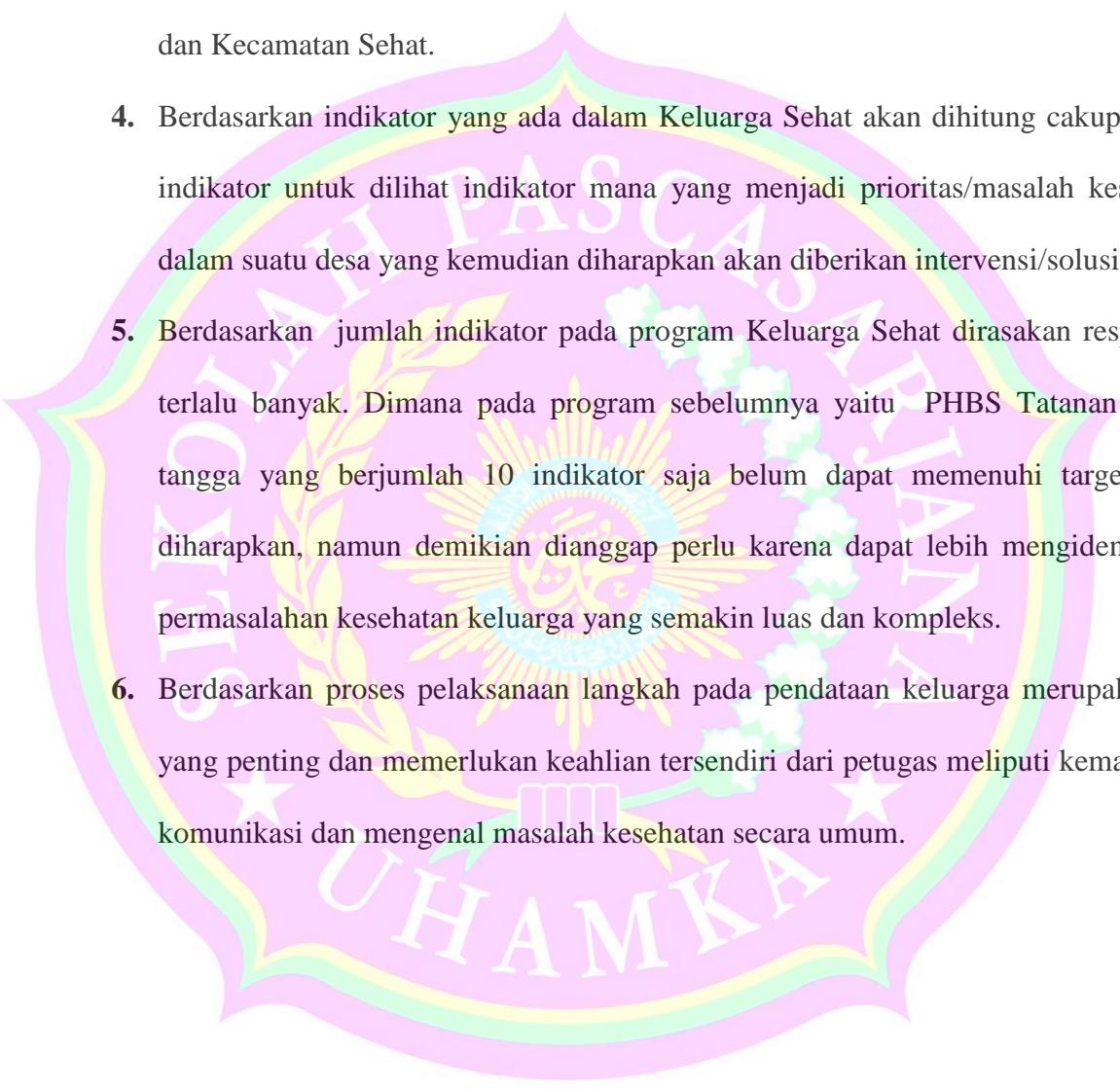
- a. 1 UPT Puskesmas Kecamatan Ciampea
- b. 3 UPF Puskesmas, yaitu : UPF Puskesmas Ciampea Udik, UPF Puskesmas Cihideung Udik dan UPF Puskesmas Pasir
- c. 1 Puskesmas Ciampea Pembantu yaitu Puskesmas Ciampea Ilir yang merupakan unit pembantu dari UPF Puskesmas Pasir.

Sesuai dengan tugas dan fungsi Puskesmas sebagai fasilitas layanan kesehatan yang mengintegrasikan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) maka UPT Puskesmas Kecamatan Ciampea membawahi bidang Upaya Jaringan Pelayanan Puskesmas (Bidan Desa dan Puskesmas Keliling/Pusling), UKP, UKM Essensial dan UKM Pengembangan.

UKP terdiri atas BP Umum, Kesehatan remaja dan lansia, Kesehatan gigi dan mulut/Kesgilut, KIA/KB dan Persalinan, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Gizi Klinik, Pelayanan Kefarmasian, PTM, Radiologi dan Laboratorium, UKM Esensial, yaitu: Promkes, UKS, Kesling, KIA Komunitas, KB Komunitas, Gizi Kesmas, P2 Penyakit. UKM Pengembangan yaitu Kesehatan Jiwa, Kesehatan Tradisional, Usaha Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat (UKGDM) , Kesehatan Olahraga, Kesehatan Kerja dan UPK lainnya.

## B. Temuan Penelitian

1. Berdasarkan tanggapan seluruh responden belum pernah mendengar dan mengetahui program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga atau yang biasa disebut Seluruh responden belum pernah menerima sosialisasi dari dinas kesehatan terkait namun pernah mendengar program yang dianggap serupa dengan nama Program Hidup Bersih dan Sehat Tatanan Rumah Tangga.
2. Berdasarkan ruang lingkup penelitian yaitu faktor pemudah/predisposisi (*Predisposing factors*), faktor ketersediaan (*enabling Factors*) dan Fakor Penguat (*reinforcing factors*) merupakan landasan responden untuk berperilaku yang diharapkan sesuai indikator Keluarga Sehat

- 
3. Berdasarkan perilaku responden/keluarga yang diukur dan diobservasi selanjutnya akan dijadikan profil kesehatan keluarga dengan hasil ***indeks keluarga sehat (IKS)***, kemudian berturut –turut akan dijadikan ukuran indeks keluarga sehat /Desa Sehat dan Kecamatan Sehat.
  4. Berdasarkan indikator yang ada dalam Keluarga Sehat akan dihitung cakupan per-indikator untuk dilihat indikator mana yang menjadi prioritas/masalah kesehatan dalam suatu desa yang kemudian diharapkan akan diberikan intervensi/solusinya.
  5. Berdasarkan jumlah indikator pada program Keluarga Sehat dirasakan responden terlalu banyak. Dimana pada program sebelumnya yaitu PHBS Tatanan rumah tangga yang berjumlah 10 indikator saja belum dapat memenuhi target yang diharapkan, namun demikian dianggap perlu karena dapat lebih mengidentifikasi permasalahan kesehatan keluarga yang semakin luas dan kompleks.
  6. Berdasarkan proses pelaksanaan langkah pada pendataan keluarga merupakan hal yang penting dan memerlukan keahlian tersendiri dari petugas meliputi kemampuan komunikasi dan mengenal masalah kesehatan secara umum.

## C. Hasil Penelitian

### 1. Analisis Univariat

Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 108 responden. Subjek penelitian didasarkan atas faktor predisposisi, faktor enabling (ketersediaan) dan faktor reinforcing (pendukung). Faktor predisposisi meliputi: usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, jumlah anggota keluarga, penghasilan keluarga dan sikap.

Faktor ketersediaan meliputi ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan. Faktor pendukung meliputi dukungan tenaga kesehatan, kader dan tokoh masyarakat.

Ketiga faktor tersebut ditengarai sebagai akar dari perilaku. Dimana indikator dalam Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga merupakan perilaku kesehatan.

Analisis univariat berdasarkan frekuensi dan distribusi variabel –variabel tersebut dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1

Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, penghasilan keluarga, jumlah anggota keluarga dan sikap, ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan, dukungan dari tenaga kesehatan, kader dan tokoh masyarakat pelaksanaan Keluarga sehat di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016

No	Variabel	n = 154	Percentase (%)
1	Usia		
	Remaja Akhir	11	10,2
	Dewasa lanjut	97	89,8
2	Tingkat Pendidikan		
	Tinggi	37	65,7
	Rendah	71	34,3
3	Pengetahuan		
	Baik	52	48,1
	Rendah	56	51,9
4	Jumlah Anggota Keluarga		
	Besar	75	69,4
	Kecil	33	30,6
5	Penghasilan Keluarga		
	Tinggi	35	32,4
	Rendah	73	67,6
6	Sikap		
	Positif	52	48,1
	Negatif	56	51,9
7	Ketersediaan Fasilitas dan sarana kesehatan		
	Tersedia	68	63
	Tidak Tersedia	40	37
8	Dukungan Tenaga Kesehatan Kader & Tokoh Masyarakat		
	Mendukung	38	35,2
	Tidak mendukung	70	64,8

Sumber : Data Primer, 2016

Hasil penelitian menunjukan bahwa proporsi kelompok usia terbesar adalah dewasa lanjut 25--60 tahun dengan frekuensi 97 responden dan persentase 89,8 %.

Persentase tingkat pendidikan menunjukan bahwa responden dengan tingkat pendidikan rendah sebesar 65,7 % dengan frekuensi 71 responden. Persentase pengetahuan menunjukan bahwa responden yang memiliki pengetahuan rendah sebesar 51,9 % dengan frekuensi 56 responden.

Persentase jumlah anggota keluarga menunjukan bahwa responden yang memiliki jumlah keluarga besar ( $> 4$  orang) sebesar 69,4 % dengan frekuensi 75 responden. Persentase penghasilan keluarga menunjukan bahwa responden yang memiliki penghasilan rendah (dibawah UMR Kabupaten Bogor) sebesar 67,6 % dengan frekuensi 73 responden. Persentase sikap menunjukan bahwa responden yang memiliki sikap negatif sebesar 51,9 % dengan frekuensi 56 responden. Persentase ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan menunjukan bahwa responden yang mengatakan tersedia fasilitas dan sarana kesehatan sebesar 63 % dengan frekuensi 68 responden.

Persentase dukungan tenaga kesehatan, kader dan tokoh masyarakat menunjukan keluarga yang tidak mendapat dukungan sebesar 64,8% dengan frekuensi 70 responden.

## **2. Indeks Keluarga Sehat (IKS)**

### **a. Cara Pengukuran**

Indeks Keluarga Sehat merupakan hasil perhitungan dua belas indikator keluarga sehat dalam program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga. Indeks Keluarga Sehat merupakan jawaban (data yang diambil perkeluarga berdasarkan profil keluarga sehat/ prokesga).

Hasil pengukuran kemudian dimasukkan kedalam formulir rekapitulasi data keluarga. Indeks yang didapat merujuk pada kategori sebagai berikut : (1) Keluarga Sehat, bila IKS =  $> 0,800$ ; (2) Keluarga Pra sehat, bila IKS=  $0,500-0,800$  ; (3) Keluarga Tidak Sehat, bila IKS =  $< 0,500$ . Dalam penelitian ini Jumlah keluarga perdesa adalah jumlah sampel/ responden yang diambil berdasarkan perhitungan rumus besar sampel. Pada Desa Bojong Rangkas sebanyak 25 responden, Desa Tegal Waru sebanyak 31 responden, Cinangka sebanyak 30 responden dan Desa Ciampea Udik sebanyak 22 responden.

Hasil pengukuran IKS yang sudah dimasukan kedalam rekapitulasi keluarga dapat dilihat pada tabel. 4.2, tabel.4.3, tabel.4.4 dan tabel.4.5. Selanjutnya berdasarkan rekapitulasi keluarga tersebut diukur IKS Desa dan IKS Kecamatan dan dilihat cakupan indikator mana saja yang memerlukan perhatian dapat dilihat pada data profil kesehatan keluarga dari desa dan kecamatan pada tabel.4.6, tabel.4.7, tabel.4.8, tabel.4.9, tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel.4.2  
Rekapitulasi Keluarga Desa Bojong Rangkas

Kategori IKS	Jumlah Keluarga
Keluarga Sehat ( > 0,800 )	14
Keluarga Pra Sehat ( 0,500 – 0,800)	11
Keluarga Tidak Sehat ( < 0,500 )	-
Jumlah Total Keluarga	25

Sumber : Data Primer, 2016

Tabel.4.3  
Rekapitulasi Keluarga Desa Tegal Waru

Kategori IKS	Jumlah Keluarga
Keluarga Sehat ( > 0,800 )	17
Keluarga Pra Sehat ( 0,500 – 0,800)	10
Keluarga Tidak Sehat ( < 0,500 )	4
Jumlah Total Keluarga	31

Sumber : Data Primer, 2016

Tabel.4.4.  
Rekapitulasi Keluarga Desa Cinangka

Kategori IKS	Jumlah Keluarga
Keluarga Sehat ( > 0,800 )	9
Keluarga Pra Sehat ( 0,500 – 0,800)	5
Keluarga Tidak Sehat ( < 0,500 )	16
Jumlah Total Keluarga	30

Sumber : Data Primer, 2016

Tabel.4.5  
Rekapitulasi Keluarga Desa Ciampea Udik

Kategori IKS	Jumlah Keluarga
Keluarga Sehat ( > 0,800 )	6
Keluarga Pra Sehat ( 0,500 – 0,800)	9
Keluarga Tidak Sehat ( < 0,500 )	7
Jumlah Total Keluarga	22

Sumber : Data Primer, 2016

Tabel. 4.6.  
Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Desa Bojong Rangkas

No	INDIKATOR	Kel.A	Kel.B	Kel.C	DST	$\sum$ KLG BERNILAI "1"	TOTAL KLG - $\sum$ "N"	% CAKUPAN DESA
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Keluarga mengikuti Program KB	1	1	1	1	100 %	23	100
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan	N	N	N	N	0	0	0
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	N	N	N	N	100 %	7	100
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif	N	N	N	N	100%	2	100
5	Pertumbuhan balita dipantau	Y	Y	Y	N	100%	10	100
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar	N	N	N	N	0	0	0
7	Penderita hipertensi berobat teratur	N	N	N	N	100 %	3	100
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelanjangi dan diobati	N	N	N	N	0	0	0
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	0	Y	0	0	56 %,	11	56
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	Y	Y	Y	Y	100 %	25	100
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	Y	Y	Y	Y	100%	25	100
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	Y	Y	Y	Y	100%	25	100
Indeks Keluarga Sehat (IKS)		0,833	1	0,833	0,571			1,272

Sumber: Data Primer, 2016

Keterangan: Jumlah Keluarga yang diukur seluruhnya 25 keluarga (hasil terlampir)

Berdasarkan tabel 4.6 jumlah keluarga yang memiliki IKS > 0,800 ada 14 keluarga, sedangkan jumlah keluarga di Desa Bojong Rangkas adalah 25 keluarga. Dengan demikian, IKS Desa Bojong Ragkas =  $14/17 = 1,27$ , sehingga Desa Bojong Rangkas disebut dengan **Keluarga Sehat**.

Cakupan masing-masing indikator Keluarga Sehat adalah sebagai berikut:

1. Keluarga yang mengikuti Program KB sudah 100 %
2. Ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan 0 %, hal ini bukan berarti buruk namun pada penelitian tidak ditemukan responden yang sesuai dengan definisi operasional indikator tersebut (N)
3. Bayi yang mendapat imunisasi sudah 100 %
4. Bayi yang mendapat ASI Ekslusif sudah 100%
5. Balita yang dipantau pertumbuhannya sudah 100%
6. Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar N (tidak ditemukan responden) / 0%
7. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur sudah 100%
8. Penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan N/0% (tidak ditemukan responden)
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok baru 56 %
10. Keluarga yang sudah menjadi anggota JKN sudah semuanya, yakni 100%
11. Keluarga yang mempunyai akses/mempunyai sarana air bersih sudah 100%
12. Keluarga yang mempunyai akses/menggunakan jamban sehat sudah 100%

Tabel. 4.7  
Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Desa Tegal Waru

No	INDIKATOR	Kel.A	Kel.B	Kel.C	DST	$\sum$ KLG BERNILAI "1"	TOTAL KLG - $\sum$ "N"	% CAKUPAN DESA
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Keluarga mengikuti Program KB	1	0	1	1	20	21	95,2
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan	N	N	N	N	3	3	100
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	N	N	Y	N	9	9	100
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif	N	N	Y	N	6	9	66,6
5	Pertumbuhan balita dipantau	N	N	Y	N	13	13	100
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar	1	N	N	N	5	5	100
7	Penderita hipertensi berobat teratur	N	N	N	1	10	11	90,9
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelanjangi dan diobati	N	N	N	N	0	0	0
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	0	0	0	0	6	25	19,3
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	Y	0	0	Y	17	14	54,8
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	Y	Y	Y	Y	31	31	100
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	Y	Y	Y	Y	31	31	100
Indeks Keluarga Sehat (IKS)		0,833	0,285	1,5	0,833			0,548

Sumber: Data Primer, 2016

Keterangan: Jumlah Keluarga yang diukur seluruhnya 31keluarga (hasil terlampir)

Berdasarkan tabel 4.7 jumlah keluarga yang memiliki IKS > 0,800 ada 17 keluarga, sedangkan jumlah keluarga di Desa Tegal Waru adalah 31 keluarga. Dengan demikian, IKS Desa Tegal Waru =  $17/31 = 0,548$ , sehingga Desa Tegal Waru disebut dengan **Keluarga Pra Sehat.**

Cakupan masing-masing indikator Keluarga Sehat adalah sebagai berikut:

1. Keluarga yang mengikuti Program KB cukup banyak yaitu 92,5 %
2. Ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan sudah 100 %
3. Bayi yang mendapat imunisasi sudah 100 %
4. Bayi yang mendapat ASI Ekslusif baru 66,6 %
5. Balita yang dipantau pertumbuhannya sudah 100%
6. Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar 100%
7. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur cukup banyak 90,9%
8. Penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan 0%  
(tidak ditemukan responden/N)
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok baru 19,3 %
10. Keluarga yang sudah menjadi anggota JKN baru 54,8%
11. Keluarga yang mempunyai akses/mempunyai sarana air bersih sudah 100%
12. Keluarga yang mempunyai akses/menggunakan jamban sehat sudah 100%

Tabel. 4.8  
Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Desa Cinangka

No	INDIKATOR	Kel.A	Kel.B	Kel.C	DST	$\sum$ KLG BERNILAI "1"	TOTAL KLG - $\sum$ "N"	% CAKUPAN DESA
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Keluarga mengikuti Program KB	0	1	N	1	17	19	89,4
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan	N	N	N	N	3	3	100
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	N	Y	N	N	4	7	57,1
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif	N	0	N	N	1	7	14,28
5	Pertumbuhan balita dipantau	N	Y	N	Y	12	12	100
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar	N	N	N	N	2	3	66,6
7	Penderita hipertensi berobat teratur	N	N	N	N	2	4	50
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelanjangi dan diobati	N	N	N	N	0	0	0
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	0	0	0	0	2	28	7,14
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	0	Y	Y	Y	9	21	42,85
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	Y	Y	Y	Y	28	30	93,3
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	Y	Y	Y	Y	28	30	93,3
Indeks Keluarga Sehat (IKS)		0,285	1,5	0,428	0,833			0,3

Sumber: Data Primer, 2016

Keterangan: Jumlah Keluarga yang diukur seluruhnya 30keluarga (hasil terlampir)

Berdasarkan tabel 4.8 jumlah keluarga yang memiliki IKS > 0,800 ada 9 keluarga, sedangkan jumlah keluarga di Desa Cinangka adalah 30 keluarga. Dengan demikian, IKS Desa Cinangka = 9/30= 0,3, sehingga Desa Cinangka disebut dengan **Keluarga Tidak Sehat**.

Cakupan masing-masing indikator Keluarga Sehat adalah sebagai berikut:

1. Keluarga yang mengikuti Program KB cukup banyak yaitu 89,4 %
2. Ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan 100 %
3. Bayi yang mendapat imunisasi baru 57,1 %
4. Bayi yang mendapat ASI Ekslusif baru 14,28 %
5. Balita yang dipantau pertumbuhannya sudah 100%
6. Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar baru 66,6%
7. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur baru 50%
8. Penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan /0%  
(tidak ditemukan responden/N)
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok baru 7,14 %
10. Keluarga yang sudah menjadi anggota JKN baru 42,85%
11. Keluarga yang mempunyai akses/mempunyai sarana air bersih cukup banyak 93,3%
12. Keluarga yang mempunyai akses/menggunakan jamban sehat cukup banyak 93,3%

Tabel. 4.9  
Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Desa Ciampea Udik

No	INDIKATOR	Kel.A	Kel.B	Kel.C	DST	$\sum$ KLG BERNILAI "1"	TOTAL KLG - $\sum$ "N"	% CAKUPAN DESA
A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Keluarga mengikuti Program KB	1	1	1	1	8	14	57,1
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan	N	N	N	N	0	0	0
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	N	Y	N	N	3	3	100
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif	N	Y	N	N	3	3	100
5	Pertumbuhan balita dipantau	N	Y	N	N	8	8	100
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar	N	N	N	N	0	0	0
7	Penderita hipertensi berobat teratur	N	N	N	N	1	1	100
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelanjangi dan diobati	N	N	N	N	1	1	100
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	0	0	0	0	0	0	0
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	Y	Y	Y	Y	22	22	100
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	Y	Y	Y	Y	22	22	100
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	Y	Y	Y	Y	20	2	90,9
Indeks Keluarga Sehat (IKS)		0,571	1,75	0,428	0,571			0,272

Sumber: Data Primer, 2016

Keterangan: Jumlah Keluarga yang diukur seluruhnya 22 keluarga (hasil terlampir)

Berdasarkan tabel 4.9 jumlah keluarga yang memiliki IKS > 0,800 ada 6 keluarga, sedangkan jumlah keluarga di Desa Ciampela Udik adalah 22 keluarga. Dengan demikian, IKS Desa Ciampela Udik = 6/22= 0,272, sehingga Desa Ciampela Udik disebut dengan **Keluarga Tidak Sehat**.

Cakupan masing-masing indikator Keluarga Sehat adalah sebagai berikut:

1. Keluarga yang mengikuti Program KB baru 57,1 %
2. Ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan N/0% (responden tidak ditemukan)
3. Bayi yang mendapat imunisasi sudah 100 %
4. Bayi yang mendapat ASI Ekslusif sudah 100 %
5. Balita yang dipantau pertumbuhannya sudah 100%
6. Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar 0% (responden tidak ditemukan/N)
7. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur sudah 100%
8. Penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan sudah 100%
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok 0 % (semua keluarga perokok)
10. Keluarga yang sudah menjadi anggota JKN sudah 100%
11. Keluarga yang mempunyai akses/mempunyai sarana air bersih sudah 100%
12. Keluarga yang mempunyai akses/menggunakan jamban sehat cukup banyak 90,9 %

**Tabel. 4.10**  
**Rekapitulasi Data Profil Kesehatan Keluarga dari Kecamatan Ciampea**

No	INDIKATOR	Desa Bojong Rangkas	Desa Tegal Waru	Desa Cinangka	Desa Ciampea Udkik	$\sum$ KLG BER NILAI 1	TOTAL KLG- $\sum$ N	PUSK/ Kec. X
1	Keluarga mengikuti Program KB	100 %	95,2 %	89,4	57,1	68	78	87,17 %
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan	N	100 %	100	0	6	6	100 %
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	100 %	100 %	57,1	100	23	27	85,18 %
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif	100%	66,6 %	14,28	100	12	22	54,54 %
5	Pertumbuhan balita dipantau	100%	100%	100	100	53	53	100 %
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar	N	100%	66,6	0	6	19	66,66 %
7	Penderita hipertensi berobat teratur	100 %	90,9%	50	100	16	16	100 %
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelantarkan dan diobati	N	N	0	100	1	1	100 %
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	56 %	19,3 %	7,14	0	22	86	25,58 %
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	100 %	54,83 %	42,85	100	73	35	67,59 %
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	100%	100 %	93,3	100	106	104	98,14 %
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	100%	100 %	93,3	90,9	104	106	96 %
<b>Indeks Keluarga Sehat (IKS)</b>		1,272	0,612	0,3	0,3			0,425

Sumber: Data Primer, 2016.

Berdasarkan tabel 4.10 jumlah keluarga yang memiliki IKS > 0,800 ada 48 keluarga, sedangkan jumlah keluarga di Kecamatan Ciampela adalah 108 keluarga. Dengan demikian, IKS Kecamatan Ciampela =  $46/108 = 0,425$ , sehingga Desa Ciampela Udik disebut dengan **Keluarga Tidak Sehat.**

Cakupan masing-masing indikator Keluarga Sehat adalah sebagai berikut:

1. Keluarga yang mengikuti Program KB cukup banyak 87,17 %
2. Ibu yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan sudah 100 %
3. Bayi yang mendapat imunisasi cukup banyak 85,18%
4. Bayi yang mendapat ASI Ekslusif baru 54,54%
5. Balita yang dipantau pertumbuhannya sudah 100%
6. Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar 66,66%
7. Penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur sudah 100%
8. Penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan sudah 100%
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok baru 25,58%
10. Keluarga yang sudah menjadi anggota JKN baru 67,59 %
11. Keluarga yang mempunyai akses/mempunyai sarana air bersih sudah 98,14%
12. Keluarga yang mempunyai akses/menggunakan jamban sehat cukup banyak 96%

## **b. Proses Pelaksanaan Pendekatan Keluarga**

### **1. Pendataan dan pengolahan Data**

Berdasarkan buku *Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas Dengan Pendekatan Keluarga* persiapan pendataan seharusnya dilakukan inventarisasi data jumlah keluarga di wilayah kerja Puskesmas berkoordinasi dengan kelurahan dan, kecamatan serta kependudukan. Inventarisasi ini dilakukan penulis setelah melakukan koordinasi dengan pihak Kecamatan Ciampea untuk melihat data jumlah penduduk se kecamatan dan jumlah penduduk per-desa (Berdasarkan profile Kecamatan Ciampea dan Laporan Tahunan Kecamatan Ciampea), dan berkoordinasi dengan Kepala Desa, pengurus wilayah (RT dan RW) setempat untuk izin pengambilan data.

Kemudian menyiapkan instrumen pendataan (formulir prokesga), menyiapkan paket informasi keluarga (pinkesga) berupa *flyer* untuk keluarga sebagai media komunikasi, infomasi dan edukasi, melakukan pembagian wilayah binaan, dan menetapkan pembina keluarga.

Formulir prokesga disiapkan penulis dalam bentuk *family folder* yang memuat 12 indikator pendekatan keluarga, namun pinkesga tidak disiapkan karena keterbatasan penulis dan belum tersedia di UPT. Puskesmas Kecamatan. Walaupun demikian penulis memberikan penyuluhan singkat (penyampaian KIE secara lisan/verbal) berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapi keluarga. Sehingga pada saat penelitian waktu yang diperlukan masing-masing keluarga berbeda untuk pengisian kuisioner yang sudah

disiapkan penggalian informasi (pengukuran IKS Keluarga dan observasi) dan ada atau tidaknya pemberian informasi (penyuluhan kesehatan ) yang dilakukan penulis.

Untuk pembagian wilayah binaan dan menetapkan Pembina keluarga, belum dilakukan karena program belum tersosialisasi dan penulis menjadikannya sebagai bahan penelitian sehingga dalam prosesnya hanya penulis sendiri yang melakukan. Dengan pertimbangan pembagian wilayah binaan dan menetapkan Pembina keluarga bisa dilakukan jika pihak UPT. Puskesmas Kecamatan Ciampea telah diberikan sosialisasi program, contoh pelaksanaan program dan mendapatkan hasil informasi (diseminasi hasil) dari penelitian yang selanjutnya diharapkan dilaksanakan sesuai panduan program.

Demikian juga pada proses pengolahan data, dilakukan penulis sendiri setelah melakukan pendataan keluarga. Pengolahan data dilakukan dengan rumus yang tersedia berdasarkan IKS Keluarga, IKS tingkat Desa, IKS tingkat kecamatan dan cakupan indikator. Sehingga hasil yang didapat telah disajikan dalam rekapitulasi profil kesehatan keluarga, rekapitulasi profil kesehatan keluarga per-desa dan rekapitulasi profil kesehatan keluarga di kecamatan pada uraian sebelumnya.

## **2. Eksplorasi Hasil Cakupan Indikator-Indikator Terendah**

Berdasarkan cakupan indikator (lihat tabel.4.10) yang memerlukan perhatian khusus di Kecamatan Ciampea adalah *indikator bayi mendapat ASI Eksklusif, indikator penderita TB Paru berobat sesuai standar, indikator anggota keluarga tidak ada yang merokok dan indikator keluarga sudah menjadi anggota JKN*. Penulis mengeksplor cakupan indikator rendah tersebut melalui analisis kualitatif dengan tema pengetahuan, sikap dan dukungan tenaga kesehatan (nakes), kader serta tokoh masyarakat.

Pemilihan informan dalam analisis ini adalah dengan mengacu kepada prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Berdasarkan hal tersebut, maka informan yang akan diambil berkaitan dengan cakupan indikator-indikator yang rendah dari program Keluarga Sehat dan evaluasi proses pelaksanaan program tersebut, maka informan yang dimaksud adalah :

- a. Kepala UPT dan UPF Puskesmas . dari informan tersebut diharapkan dapat tergali informasi yang lebih mendalam terkait dengan proses pelaksanaan Keluarga Sehat berdasarkan cakupan indikator yang rendah, kegiatan pemantauan, penilaian, dan pendokumentasian program. Penggalian informasi dilakukan melalui teknik wawancara mendalam.
- b. Petugas Kesehatan, dalam penelitian ini petugas kesehatan adalah petugas Puskesmas Kecamatan, dan bidan desa. Dari infroman ini diharapkan dapat tergali informasi yang lebih mendalam terkait dengan proses pelaksanaan Keluarga Sehat berdasarkan cakupan indikator yang rendah, kegiatan pemantauan, penilaian, dan

- pendokumentasian program Penggalian informasi dilakukan melalui teknik wawancara mendalam.
- c. Tokoh masyarakat, dalam hal ini kader kesehatan dan pejabat pemerintahan setempat (Ketua RW/RT maupun pengurus wilayah). Dari informan ini diharapkan dapat tergali informasi penilaian program, dan akar perilaku (sesuai variabel pada metode kuantitatif/ PRECEDE) yang dapat dieksplorasi bagaimana cakupan indikator-indikator yang rendah tersebut. Penggalian informasi dilakukan melalui teknik wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (DKT)
  - d. Keluarga (ART), dari informan ini diharapkan dapat tergali informasi penilaian program, dan akar perilaku (sesuai variabel pada metode kuantitatif/ PRECEDE) yang dapat dieksplorasi bagaimana cakupan indikator-indikator yang rendah tersebut. Penggalian informasi dilakukan melalui teknik wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (DKT).

Matriks informan dan karakteristik informan dapat dilihat pada tabel 4.11 dan tabel 4.12

Tabel 4.11.  
Matriks Informan Penelitian

No	Tema	Informan	Jumlah
1.	Indikator bayi mendapat ASI eksklusif	Anggota Rumah Tangga (ART), Tokoh Masyarakat (Toma) , Kader Kesehatan	ART = 4 orang Toma = 6 orang Kader Kes = 5 orang
2.	Indikator penderita TB Paru berobat sesuai standar	Anggota Rumah Tangga (ART), Tokoh Masyarakat, Kader Kesehatan	Bidan Desa=3 orang Petugas PKM=2 orang Kepala Puskesmas=2 orang
3.	Indikator anggota keluarga tidak ada yang merokok	Anggota Rumah Tangga (ART), Tokoh Masyarakat, Kader Kesehatan, Bidan Desa, Petugas Puskesmas dan Kepala Puskesmas	Total = 22 orang
4.	Indikator Keluarga sudah menjadi anggota JKN	Anggota Rumah Tangga (ART), Tokoh Masyarakat, Kader Kesehatan, Bidan Desa, Petugas Puskesmas dan Kepala Puskesmas	
5.	Pemanatauan (Memonitor)	Bidan Desa, Petugas Puskesmas, dan Kepala Puskesmas	
6.	Penilaian	Bidan Desa, Petugas Puskesmas, dan Kepala Puskesmas	
7.	Pendokumentaisan	Bidan Desa, Petugas Puskesmas, dan Kepala Puskesmas	

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 4.12.  
Karakteristik Informan

No	Informan	Jenis Kelamin	Umur	Keterangan
1	Informan E	Perempuan	50 tahun	Informan Kunci
2	Informan N	Perempuan	45 tahun	Toma (Ketua RW) Desa Bojong Rangkas (BR)
3	Informan H	Perempuan	50 tahun	Toma (Kader Kes) Desa BR
4	Informan A	Perempuan	30 tahun	Bidan Desa BR
5	Informan F	Perempuan	33 tahun	Informan Kunci
6	Informan L	Perempuan	32 tahun	Kader Kes Desa Tegal Waru (TW)
7	Informan As	Laki-laki	45 tahun	Toma (Ketua RW Desa TW)
8	Informan M	Perempuan	19 tahun	Informan Kunci
9	Informan Id	Perempuan	32 tahun	Kader Kes Desa Cinangka (CN)
10	Informan Ns	Laki-laki	51 tahun	Toma Desa CN (ketua RT)
11	Informan Iy	Laki-Laki	61 tahun	Toma Desa CN (ketua RW)
12	Informan Nr	Laki-Laki	43 tahun	Toma Desa CN (Ka Des)
13	Informan Er	Perempuan	50 tahun	Bidan Desa CN
14	Informan R	Perempuan	24 tahun	Informan Kunci
15	Informan Ln	Perempuan	35 tahun	Kader Kes Desa Ciampea Udik (CU)
16	Informan Es	Perempuan	25 tahun	Toma Desa CU (Ketua RW)
17	Informan Uc	Perempuan	43 tahun	Bidan Desa CU
18	Informan Un	Laki-Laki	47 tahun	Kepala UPT PKM Ciampea
19	Informan Rb	Laki-laki	33 tahun	Petugas UPT PKM Ciampea
20	Informan Li	Perempuan	30 tahun	Petugas UPT PKM Ciampea
21	Informan S	Laki-laki	35 tahun	Kepala UPF PKM Ciampea Udik
22	Informan Ij	Perempuan	28 tahun	Kader Desa CU

Sumber: Data Primer, 2016

Berdasarkan wawancara dengan informan anggota rumah tangga (ART) cakupan indikator bayi mendapat ASI Eksklusif dari tema pengetahuan seluruh informan sudah mengetahui pengertian ASI Eksklusif , demikian juga pada informan kader, namun satu orang informan dari tokoh masyarakat belum mengetahui pengertian ASI Eksklusif berikut kutipan wawancaranya:

*“ Apa yah ASI Ekslusif....Belum pernah dengar sepertinya, susah disini pan dikampung ga semua orang mau menjalani dari zaman ibu-ibu kita dulu sudah diberi makan saat bayi dan tidak ada pa-apa “*

(Informan Iy, Lk, 61 Tahun)

Pada saat dilakukan triangulasi data, informan tenaga kesehatan (nakes) seluruhnya mengatakan seharusnya cakupan ASI Eksklusif bisa terpenuhi karena dukungan yang dilakukan dari nakes sudah banyak mulai dari penyuluhan sampai adanya kelas ibu hamil, seorang informan mengatakan banyak faktor yang menyebabkan kegagalan ASI Eksklusif diantaranya faktor psikologis, *body image* ibu dan dukungan keluarga, sebagaimana kutipan berikut:

*“ Kalau mengenai ASI Eksklusif warga Cinangka sudah menyadari, sudah memahami, sudah saya IMD dan diterangkan pada saat mereka ANC juga berikut MPASI. Secara normal sebenarnya sejak ibu hamil asi itu kan suda ada, tapi orang kampung mah susah . Biasanya saya menunggu 2-3 hari saat persalinan sesudah di IMD. Menurut saya peranan psikologis sangat mempengaruhi , nah dari usia yang bersalin segitu terkadang masih ada image ibu takut jelek payudaranya kalau nyusuin. Selain peranan psikologis perlu dukungan keluarga. Sebenarnya bukan karena ga mampu, banyak orang kaya disini tapi belum tentu uang nya diberikan makanan yang bergizi, pelitilah istilahnya “*

( Informan Er, Pr, 50 Tahun )

Menurut Kader kegagalan pemberian ASI Eksklusif karena masih banyak keluarga di Ciampea yang masih tinggal dengan orang tua, sehingga keputusan biasanya diambil oleh orang yang dianggap tua (memberikan pengaruh dominan) pada keluarga. Berdasarkan observasi penulis, masih banyak ditemui satu keluarga terdiri dari keluarga besar (beberapa Kepala Keluarga) . Kutipan wawancaranya dengan kader sebagai berikut:

*“ cuma disini mah hese (susah) ...tinggalnya kan rata-rata gabungan, nti kita ga kasih makan, neneknya yang ngasih , jadi kebanyakan sekarang gitu..kalau dikasih tau pasti bilang...alah kamu aja begitu dulu...ga kenapa-napa? “*

(Informan Id, Pr, 32 Tahun )

Untuk cakupan indikator penderita TB berobat sesuai standar, berdasarkan hasil diskusi kelompok terarah pada kelompok kader kesehatan dan tokoh masyarakat yang dilakukan pada tanggal 16 November 2016, didapatkan hasil seluruh informan mengenal TB Paru dengan nama **Flek** . Seluruh informan juga sudah mengetahui faktor pencetus, pencegahan dan pengobatan yang seharusnya dilakukan sesuai standar. Berikut kutipannya:

*“orang bilang mah Flek atau TBC yah...itu kan batuk-batuk lama pisan sembuhna ( lama sekali sembuhnya) yang diserang paru-paru “*

(Informan H, Pr, 50 Tahun )

*“ Lingkungan kotor juga bikin flek, sempit trus ngerok yah jadi flek ..”*

(Informan As, Lk, 45 Tahun )

*“ Makanya ...dijaga jangan sakit, berobatnya kudu(harus) rutin 6 bulan...kalau orang dewasa bosen- bosen dah minum obatnya ...kalau anak-anak lebih hese(susah) minum obatna . “*

(Informan Ij, Pr, 28 Tahun)

*“ dapat atuh....buktinya saya sembuh, sudah control bersih paru-paruna, kalau sakit berobat teratur, yah dijaga hidupnya biar sehat, jangan kecapean keanginan ..banyak makan yang bergizi “*

(Informan Ns, Lk, 51 Tahun)

*“ bisa sekali....harus dijaga kebersihan lingkungan, kebersihan badan dan diri, inget makan yang bergizi kalau perlu jaga-jaga pakai vitamin, kalau ada yang batuk ditutup mulutnya kan..kita ga tau juga orang batuknya kenapa sakitnya apa “*

(Informan N, Pr, 45 Tahun )

Berdasarkan hasil penelitian Desa Ciangka merupakan satu-satunya desa yang memiliki cakupan penderita TB Paru yang diobati sesuai standar rendah yaitu sebesar 66,66 %. Sementara di desa lainnya penderita yang di temukan diobati sesuai standar. Bojong rangkas merupakan desa yang tidak ditemukan penderita TB Parunya.

Berdasarkan hasil laporan Tahunan dari UPT. Puskesmas Kecamatan Ciampea penderita TB Tahun 2015, ditemukan kasus BTA (+) sebanyak 52 orang, yang diobati 47 orang berdasarkan cakupannya sebesar 90 , 38 %. Desa Cinangka merupakan satu desa di Kecamatan Ciampea yang memiliki catatan buruk mengenai kesehatan lingkungan. Sejak tahun 1992 di desa tersebut menjadi pusat industri rumah (*home industry*) pengolahan limbah accu bekas. Accu bekas ini diolah untuk didapatkan lempengan timahnya yang penduduk setempat menyebutnya dengan *karaha*.

Berdasarkan wawancara dengan kepala desa, membenarkan hal tersebut yang saat ini masih ada dua orang pengusaha yang aktif, dan dampak terhadap lingkungannya masih diteliti hingga saat ini oleh Kementerian Lingkungan Hidup dan beberapa lembaga independen lainnya.

*“ yah kudunya bisa asal bersih aja lingkungan dan diri. Sekarang nih mulai kecium lagi sedikit kata warga masih ada yang ngebakar sih..cuma ga kaya dulu..sekarang pengusahanya pada beli gunung jadi banyak yang pindah ga kaya dulu, sekarang tinggal dua lagi perusahaan ada HB sama DK”*

(Nr, Lk, 43 Tahun)

Pencapaian indikator TB Paru berobat sesuai standar yang masih rendah dimungkinkan karena lamanya waktu pengobatan (selama 6 bulan) serta perilaku masyarakat yang tidak mau meminum obat yang telah diberikan atau telah resisten. Informasi ini didapatkan dari wawancara mendalam dengan nakes, berikut kutipan wawancaranya:

*“ hmmm...faktor kebersihan lingkungan dan perilaku merokok tadi yang jadi predisposisi TB ..pengobatan kita sesuai anjuran selama 6 bulan, masalahnya apakah obat tersebut benar-benar diminum”*

(Informan S, Lk, 35 Tahun)

*“ Di beberapa titik memang ada penderita TB yang lebih banyak dibanding desa lain, ada juga yang sudah resisten terhadap obat..balik lagi dengan perilaku nya “*

(Informan Un, Lk, 47 Tahun)

Cakupan indikator *anggota keluarga tidak ada yang merokok* merupakan cakupan paling rendah dari seluruh cakupan indikator terendah lainnya. Berdasarkan rekapitulasi keluarga sehat tingkat desa, perilaku merokok ini merupakan perilaku yang timbul sebagai indikator terendah dari seluruh desa yang diteliti.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan nakes merokok bukan pengaruh dari tingkat pendidikan, namun juga merokok sudah menjadi suatu kebudayaan dan kebiasaan, yang memerlukan *advokasi* dan *hidayah* untuk merubah perilaku tersebut. Sedangkan wawancara mendalam dengan informan keluarga dan tokoh masyarakat merokok

perilaku biasa dan seperti makanan pokok yang sulit dihilangkan dan memberikan efek kecanduan berikut kutipan wawancaranya :

*“ kalau saya bilang merokok ini gimana yah, kita tidak bisa katakan semata-mata karena masalah pendidikan saja, perokok itu sendiri kebanyakan sudah mengetahui dampaknya bahkan terkadang mereka lebih pinter jadi kita ga bisa mengatakan perokok adalah orang yang biasanya berpendidikan rendah, maaf contohnya saja masih banyak ditemukan aparatur yang merokok meskipun sedang rapat..sok we ngalepus...(terus aja merokok) .Saya sendiri belum tahu pasti yah terkait merokok ini apakah kebijakan KTR masih PERBUP atau PERDA yah...? Itu perlu advokasi terus menerus dan memang rasanya kalau perilaku yang satu ini perlu hidayah, bagaimana seseorang bisa mendapatkan hidayahnya agar tidak merokok lagi”*

(Informan Un, Lk, 47 Tahun )

*“ Kalau merokok hmm...rasanya sulit yah karena sudah masuk faktor budaya , disini kalau kumpul-kumpul atau ada kegiatan hajatan kadang-kadang ngundang pakai rokok. dicontohin sama bapaknya, yang dicontohin lebih cepet dilakuin “*

(Informan Er, Pr, 50 Tahun)

*“ menurut saya rokok itu sudah seperti makanan pokok...meskipun demikian seharusnya tidak, mungkin karena sering dihisap jadi memberikan efek kecanduan*

(Informan Iy, Lk, 61 Tahun )

*“merokok...yah itu mah kelakuan biasa Teh buat orang laki, malah ada juga perempuan “*

( Informan F, Pr, 33 Tahun)

*“ Rokok membahayakan kesehatan, cuma kumaha yah Bu tos biasa (sudah biasa) ....itu kadernya aja ngelepus wae.....(sambil menunjuk kader yang mendampingi peneliti) katanya rokok itu beracun mengandung zat-zat yang ga bagus buat kesehatan “*

(Informan R, Pr, 24 Tahun)

Pada hasil Diskusi Kelompok Terarah kelompok tokoh masyarakat didapatkan satu orang informan mengatakan merokok karena iseng, sedangkan di kelompok kader seorang informan mengatakan sulit untuk menghilangkan kebiasaan tersebut.

*“ kalau menurut saya iseng....kalau ga ada kerjaan kan mending ngerokok”*

(Ns, Lk, 51 Tahun)

*“ Ibuuu...kalau di tempat kita itu paling susah , soalnya gimana yah..sudah kebiasaan ...ga bapak..bapak ...ga ibu..ibu....tapi memang ga semua sih ada juga yang ga ngerokok”*

(Ln, Pr, 35 tahun)

Sebagaimana domain perilaku disebutkan ada tiga domain yang dikenal, yaitu : ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Ketiga domain itu diukur dari Pengetahuan (*Knowlwdge*), Sikap (*Attitude*) dan Praktik atau tindakan (*Practice*).

Tindakan menurut tingkatan kualitasnya, yaitu: (1)Praktik terpimpin (*guided response*) ; individu melakukan sesuatu atau tindakan namun masih harus dipandu menggunakan panduan, (2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*); individu dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sudah menjadi kebiasaan, (3) Adopsi (*adoption*); suatu tindakan yang sudah berkembang dan dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran. Demikian halnya dengan merokok sebagai suatu tindakan, awalnya seseorang dipandu untuk melakukannya, sebagaimana di lontarkan informan pada saat diskusi di kelompok Toma.

*“ saya ke suami aja suka suka bilang jangan nyuruh anak beli rokok ”*

(N, R, 50 Tahun)

*“ benar...awalnya dari situ ”*

(As, Lk, 45 Tahun)

Begitupun informasi yang didapat pada diskusi di kelompok kader.

*“ susah Teh kalau ngerokok mah .., di desa saya banyak anak usia SD dan SMP juga sudah pada ngerokok ”*

( L, Pr, 33 Tahun )

*“ yah ..itu...pada liat contoh, liat bapak dan ibunya ”*

( Ij, Pr, 28 Tahun )

*“tapi memang bener ...ngerokok mah sudah tradisi..kumaha atuh solusina....ngundang hajat ada juga yang pake rokok”*

( Id, Pr, 32 Tahun )

Semua informan sudah mengetahui dampak merokok, yang berpengaruh terhadap kesehatan, sebagian kecil informan mengaitkannya dari segi ekonomi yaitu membuat *kantong kering*.

*“ Pasti ngaruh kali dengan kesehatan...apalagi kalau dirumah ada anak kecil kan asepnya bikin batuk, ngerusak paru-paru ...bisa kanker buat yang ngisep, kita juga kan jadi perokok pasif juga.”*

( E, Pr, 50 Tahun )

*“bikin kanker Teh..., kantong kering hehehe...itu dari gambar bungkus nya ada tuh gambar paru-parunya jadi gelap, sampai bilang merokok bisa membunuh.....mungkin bukan ngebunuh kaya orang pake pisau gitu..tapi pastinya lewat penyakit-penyakit ”*

( F, Pr, 33 Tahun )

Selain dari dampak merokok , informan juga telah mengetahui peraturan mengenai larangan merokok. Namun demikian, merokok telah menjadi budaya dan sebagai tindakan merokok telah berhasil sampai pada kualitas tertinggi yaitu adopsi. Sebagian besar informan mengetahui ada peraturan mengenai merokok, hanya satu orang yang tidak mengetahui peraturan tersebut dan satu orang informan menyebutkan peraturan merokok sebagai bagian dari PHBS

*“ Pernah, ada tapi juga ga apal pasal-pasalnya..Cuma sekarang diruang umum kan ada larangan ..saya ga ngerti peraturan siapa ? apa dari Kemenkes yah? Di tempat-tempat kaya tempat makan juga dipisahin ruang khusus perokok yang smoking area dengan non smoking area....sudah banyak sih yang pake gambar rokok disilang...kaya gitu “*

( E, Pr, 50 Tahun)

*“ dulu ada informasi dari kader tentang naon teya Teh namina? Nah itu..tuh PHBS ..kudu kumaha dirumah, ga ngerokok, makan sayur, pokokna ma kitu lah kudu hidup sehat ( dulu pernah ada informasi dari kader tentang apa yah Kak namanya? Nah itu PHBS, harus bagaimana dirumah ga ngerokok, makan sayur, pokoknya begitulah harus hidup sehat)”*

( R, Pr, 24 Tahun)

Informasi ini juga sejalan yang didapat dari seluruh kelompok informan pendukung baik tokoh masyarakat , kader , maupun petugas kesehatan .

*“ dulu ada , program PHBS tidak boleh merokok didalam rumah itu bukan Bu?”*

( Euis, Pr, 24 Tahun)

*“ ada..peraturan nya kan dirumah sakit, diruang-ruang umum ada sekarang...di stasiun aja ga boleh kok sambil nunggu kereta pasti ditegur sama sekuriti , di Kecamatan juga ada dipajang gede-gede pake spanduk, namanya apa yah.....apa yah...alah meni hese...naon kawasan.....kawasan apa yah pokoknya gitu lah ...dari yang diliat , denger juga cuma itu lupa “*

*( N, Pr, 50 Tahun)*

*“ ga bakalan bisa dilarang ngeroknya menurut mereka itu tempat sudah boleh dipakai untuk merokok. Baru kemarin koK Bu **KTR** nya jadi **PERDA**”*

*( S, Lk, 35 Tahun)*

*“ Sebenarnya kan sekarang sudah keluar **PERDA KTR** ...kapan yah baru bulan lalu koq sosialisasinya dan pelatihannya”*

*( Li, Pr, 30 Tahun)*

Meskipun demikian peraturan tersebut dianggap seorang informan tidak tegas , tidak ada sangsi yang terlihat pada pelakunya. Berikut kutipan wawancara informan tersebut:

*“ Ada larangan dari pemerintah, tapi kan ga tegas..ada larangan tapi banyak yang ngelanggar yah itu karena hukumnya belum kuat, berapa duitnya pengusaha rokok yah Bu...kan yang beli rokoknya banyak di Indonesia setiap hari aja ada yang lebih dari satu bungkus, satu bungkus 16 batang, satu batang 500 dikali jumlah rakyat Indonesia yang ngerok..tuh banyak deh. Mungkin kencengan duit pengusaha rokok yah Bu daripada pemerintah , mau dinaikin aja belum jadi yang lima puluh ribu”*

*( As, Lk, 45 Tahun )*

Sebagai perilaku juga, merokok diperkuat oleh faktor dukungan seperti yang terkutip dari informan pendukung seorang tokoh masyarakat.

*“ dari desa mah palingan teh apa yah..**himbauan aja kali yah sifatnya..hese pan kalau udah kebiasaan, kadesna oge ngarokok** ( dari desa paling hanya pa yah ,himbauan aja kali sifatnya, susakan kalau sudah kebiasaan, kadesnya juga ngerokok) “*

( Nr, Lk, 45 Tahun) Cakupan

terendah selanjutnya adalah indikator keluarga sudah menjadi anggota JKN. Seluruh informan mengetahui JKN dengan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan atau KIS (Kartu Indonesia Sehat). Untuk mengaksesnya keluarga dapat menjadi peserta mandiri atau penerima bantuan iuran (PIB)

*“ Maksudnya ?....**BPJS** ? Kalau dulu mah kita yang PNS pakai ASKES ...setahu saya sih itu ada yang bayar peserta mandiri ada yang gratis kalau kurang mampu namanya apa tuh.....**PBI** apa **PIB** ...hehehe...asal bukan IPB aja deh namanya pasti salah...kalau itu mah kantor bapaknya.”*

(Informan E, Pr, 50 Tahun)

*“ kalau disini mah pakainya **BPJS** sama **KIS** , setahu saya mah sudah pada dapet semua warga...ada BPJS ada KIS “*

(Informan Es, Pr, 24 Tahun)

Mengenai Fungsi JKN seluruh informan mengatakan untuk pengobatan (berobat )

*“ **kudunya mah (harusnya sih) punya biar gampang berobat** tapi biar punya juga mendingan sehat Teh ga usah dipake- pake..eh tapi itungannya rugi apa ngga yah kalo kita ga pake-pake BPJS nya..kemaren juga lumayan bayar rumah sakit kalo ga pake BPJS”*

( Informan M, Pr, 19 Tahun )

*“ **kudu atuh (harus dong), pan lier ...umpami aya hiji (kan pusing kalau misalnya hanya punya satu kartu) ....nu lain te kabegean (yang lain ga kebagian) ..kudu saurang-saurang (harus satu-satu)....sakit satu di pake kartunya sendiri ga bisa satu kartu dipake buat sekeluarga soalnya”***

(Informan Ns, Lk,45 Tahun)

Cakupan indikator keluarga sudah menjadi anggota JKN yang rendah kemungkinan sebagian besar keluarga di Ciampea berharap bisa menjadi anggota JKN dengan memiliki BPJS sebagai PBI ataupun peserta KIS yang ditanggung pemerintah untuk pembayarannya, sebagaimana dikutip berdasarkan wawancara mendalam berikut:

*“ Maksudnya BPJS, sayakan belum punya Teh masih diurus....itu jaminan kesehatan buat rakyat tapi ada yang beli ada yang gratis “*

(Informan L, Pr, 33 Tahun)

*“ kalau menurut saya mah kudunya (harusnya) rakyat ga bayar, itukan bisa dimanfaatin duit dari pajak..yah sudah seharusnya pemerintah nanggung semua rakyatnya atuh biar semua orang punya dan bisa make “*

(Infoman As, Lk, 45 Tahun)

*“ harusnya sudah punya semua , itu kan hak rakyat sebenarnya ...cuma kemampuan dari daerah sendiri dengan adanya otda kan beda ...kalau dibandingin Jakarta, yah niat bayarin juga kalau ga ada duitnya gimana? Maunya mah dari pusat aja yah yang bayar...tapi kira-kira jebol ga APBN nya ?? apalagi kalau saya liat sejak adanya BPJS ini rumah sakit, klinik, puskesmas apa lah sarana kesehatan jadi lebih rame...apa banyak orang jadi sakit gara-gara BPJS ...atau selama ini ditahan-tahan sakitnya karna ga bisa bayar yah “*

(Informan Nr, Lk,45 Tahun)

Triangulasi yang didapat dari informan nakes terkait fungsi JKN dan pelaksanaannya, didapatkan hasil wawancara mendalam sebagai berikut:

*“ JKN, kalau kita kan bukan provider, hanya penyelenggara faskes tingkat satu ...bagaimana dan gimana prosedurnya tergantung kategori pengguna JKN nya , apakah mandiri atau penerima iuran. Seharsunya JKN ini bisa dimiliki oleh semua orang , bukan dengan tujuan dan berharap sakit hanya sebatas jaga-jaga , jika sakit baru digunakan.”*

(Informan Li, Pr, 30 Tahun)

Dari seluruh informan (informan kunci maupun informan pendukung) memiliki sikap positive terhadap program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga dengan 12

indikator keluarga sehat. Namun demikian meskipun memiliki pengetahuan yang cukup, sikap ini tidak sejalan dengan perilaku yang dimunculkan (timbul), seperti perilaku pemberian ASI Eksklusif, yang diobservasi berdasarkan wawancara mendalam dengan informan kunci / informan M (Pr, 19 Tahun)

*“ oh iya asi eksklusif memang disuruh netekin selama 6 bulan katanya ga boleh dikasih apa-apa dan lebih bagus dari susu formula “* (Tema Pengetahuan )

*“ setuju lah kalau buat kebaikan “* ( Tema Sikap )

*“ iya M ga kasih formula, anak M sekarang sudah 5 bulan belum dikasih makan cuma pisang doang “* (perilaku yang muncul)

Atau contoh pada indikator merokok sebagai pencetus TB Paru, yang diobservasi pada informan pendukung (Informan Ns, Lk, 51 Tahun) sebagai mantan penderita TB Paru sebagai berikut :

*“ dulu mah berobat terus lama berobat nya 6 bulan minum obat, riweh (repot), ripuh (pusing), nyarerri awak (sakit badan)...te genahen (tidak enak rasanya).....dijaga aja supaya ga nularin ke orang lain, ahamdulillah mah anak-anak sehat ga ada yang ketularan.”* (Pengetahuan pengobatan TB Paru)

*“Satuju (setuju)....wios ah ngarokok mah individu mah bebas lah (biarlah merokok setiap orang bebas), mau apa nggak”*(Tema Sikap)

*“ lah saya juga kan dulu sakit itu makanya tadi saya bilang, berhenti ngerokok tapi sekarang baru mulai lagi ..ga banyak sih palingan kalau kepengen banget..ga rutin juga tiap hari ngerokok”* ( perilaku yang muncul).

Mengenai hal ini informan pendukung (nakes) mengatakan jika terkait perilaku bukan sesuatu yang mudah untuk merubahnya.

*“ kalau kita mau merubah ga bisa satu generasi juga paling tidak mungkin dari 3 generasi baru terlihat ...makanya itu perlu memang penguatan PHBS “*

*(Informan S, Lk, 35 Tahun)*

**“ Ga semudah membalikkan telapak tangan...ada penyuluhan kita jadi terus mengimbau aja .”**

(Informan Uc, Pr, 43 Tahun)

Untuk tema dukungan, berdasarkan wawancara mendalam kepada informan kunci (keluarga) seluruhnya mengatakan belum mendapat dukungan dari nakes, demikian juga yang dikatakan pada diskusi kelompok terarah pada kelompok kader dan tokoh masyarakat. Keinginan keluarga/masyarakat untuk program kesehatan sebaiknya diinformasikan dari nakes diawal (sosialisasi) dengan mendatangi keluarga. Sebagian besar informan mengatakan hal ini terkait dengan pengetahuan dan wawasan yang dimiliki nakes berbeda dengan yang dimiliki kader , sebagaimana kutipan sebagai berikut:

**“ Ga ada orang puskesmas datengin rumah satu-satu gitu..yang ada sih dari bidan terus suruh sampein lagi ke masyarakat “**

(Informan F, Pr, 33 Tahun)

**“ dari pengurus desa mah hanya mengimbau, yang lebih lengkap penjelasan manfaat dan sebaginya sebaiknya dari tenaga kesehatan dari petugas kesehatan harusnya ada turun langsung melihat masyarakat rasanya kurang terlihat “**

( Informan Iy, Lk, 61 Tahun)

**“ punten yah kalau selama ini kan sosialisasi seringnya lewat kader...pan beda sama orang kesehatannya sendiri kemampuan dan ilmunya “**

(Informan Nr, Lk, 45 Tahun)

### **3. Alur Informasi Pendekatan Keluarga**

Informasi suatu program, biasanya memiliki alur tersendiri sebelum sampai pada tahapan pelaksanaan. Seluruh informan pada penelitian ini belum pernah mengetahui, mendengar dan mendapatkan sosialisasi mengenai Pendekatan Keluarga. Berdasarkan

wawancara yang dilakukan terhadap nakes pengelola Program PHBS di UPT.Kecamatan Ciampea, didapatkan kesimpulan bahwa ada alur informasi sesuai standar sebelum program dilaksanakan. Alur tersebut biasanya berjenjang sesuai tingkatan/hirarki.

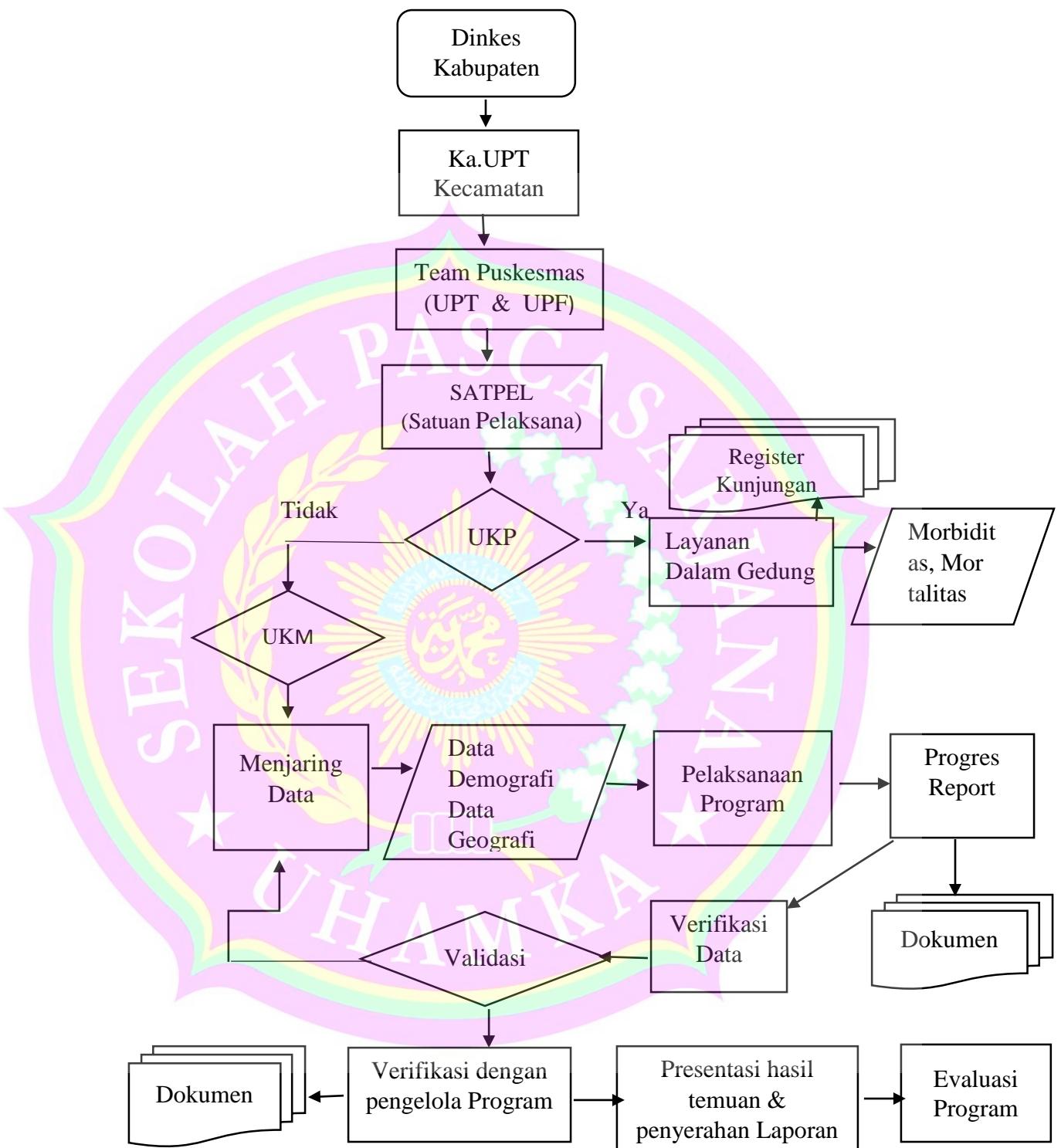
Alur informasi dimulai dari sosialisasi yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten dengan memanggil perwakilan dari UPT. Kecamatan Ciampea yang biasanya diwakili oleh Kepala Puskesmas, kemudian dibahas didalam rapat intern dengan membuat team dari Puskesmas yang merupakan gabungan dari UPT maupun UPF dan dibuat satuan pelaksana baru kemudian dilaksanakan, dan setiap kegiatan yang dilakukan di dokumentasikan. Setelah program berjalan, dilakukan presentasi dan penyebarluasan hasil/informasi, untuk melihat temuan-temuan dan diinfomasikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan, terakhir monitoring dan evaluasi (monev).

Untuk sosialisasi yang disampaikan kepada masyarakat membutuhkan kerjasama lintas sektor seperti kecamatan dan desa serta memberdayakan kader dalam penyampaian informasi. Untuk pendataan biasanya dilakukan setahun sekali memberdayakan kader dan dasawisma, sebagaimana dikutip dari wawancara berikut:

*“ Sosialisasinya disampaikan ke masyarakat setidaknya ini membutuhkan kerjasama lintas sektor seperti kecamatan, desa, dan kader sebagai lini terdepannya, kalau pendataan PHBS mah kemarin dilakukan setahun sekali kita juga memberdayakan kader dan dasawisma ”*

*(Informan, Li, Pr, 30 Tahun )*

Berdasarkan informasi tersebut, maka penulis menggambarkan alur informasi yang dimaksud pada gambar.4.1



Gambar 4.1. Alur Informasi Program

Sumber : Data Primer, 2016

#### **4. Peran Puskesmas Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan Pendekatan Keluarga.**

Sebagai pelaksana Program Indonesia dengan Pendekatan Keluarga, Puskesmas melakukan fungsinya sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor.75 Tahun 2014, memiliki tiga peran yaitu sebagai (1) Pusat penggerak pembangunan di bidang kesehatan, (2) Pusat pemberdayaan masyarakat, (3) Pusat pelayanan kesehatan dasar dengan enam prinsip penyelenggaraan , yaitu : (1) Paradigma Sehat, (2) Pertanggungjawaban Wilayah, (3) Kemandirian masyarakat, (4) Pemerataan, (5) Teknologi Tepat guna dan (6) Keterpaduan dan kesinambungan.

Peran puskesmas ini dituangkan penulis berdasarkan observasi yang dilakukan dan diskusi dengan Kepala UPT. Puskesmas Kecamatan setelah pengukuran IKS dan penggalian informasi mendalam mengenai cakupan indikator- indikator Pendekatan Keluarga selesai dilaksanakan. Hasil yang didapat diuraikan pada tabel.4.13

Tabel.4.13  
Peran Puskesmas Kecamatan Ciampea Sebelum dan Sesudah Pendekatan Keluarga

No	Peran	Sebelum	Sesudah
1	Paradigma Sehat	<p>Kegiatan Masih berfokus pada UKP yang lebih menekankan pada usaha –usaha kuratif. Masyarakat masih mencari perawatan (kuratif) dan rehabilitasi dibandingkan langkah-langkah pencegahan dan promotif.</p> <p>Upaya Promotif dan Preventif masih terbatas hanya pada penyuluhan yang biasanya digabungkan pada kegiatan lain seperti saat posyandu nakes melakukan pendidikan kesehatan pada saat masyarakat mengakses UKP.</p> <p>UKM yang ada sudah beragam selain UKM essensial dikembangkan juga UKM pengembangan yang meliputi Kesehatan Jiwa, UKGMD (Upaya Kesehatan Gigi &amp; Mulut Desa), Kesehatan tradisional, kesehatan lansia dan kesehatan kerja. UKM Pengembangan ditujukan untuk Preventif dan Promotif yang lebih luas.</p>	<p>Masyarakat masih menganggap Sehat sebatas <b>Tidak sakit</b>, sehingga jika sakit fasilitas kesehatan (Puskesmas) akan digunakan sebagai sarana pengobatan (kuratif &amp;rehabilitatif). UKM yang ada belum dikenal luas di masyarakat, indikator pedekatan keluarga akan memaksimal prinsip ini sekaligus adanya keseimbangan antara UKP dan UKM</p>
2	Pertanggung jawaban Wilayah	<p>Puskesmas menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan, contoh : UKM Pengembangan untuk Kesehatan Kerja</p>	<p>Pendekatan keluarga yang dilakukan akan mengedukasi individu tenaga kerja di sektor industri sebagai bagian dari anggota keluarga. Indikator Pendekatan keluarga banyak melibatkan lintas sektor untuk mendukung pembangunan kesehatan, seperti program kotaku (untuk jamban sehat) dan rutilahu (rumah tinggal layak huni) yang saat ini sudah berjalan diwilayah kecamatan Ciampea.</p>

3	Kemandirian Masyarakat	Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.	Pendekatan keluarga, membuat pendaftaran identifikasi masalah kesehatan lebih focus sehingga peran puskesmas akan berkembang sesuai dengan prinsip ini.
4	Pemerataan	Dalam pelayanannya Puskesmas menyediakan askes secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan	Pendekatan keluarga memiliki tiga pilar utama satu diantaranya adalah melaksanakan JKN, dengan pilar ini diharapkan keluarga diwilayah kerja Puskesmas akan lebih mudah dan lebih leluasa mengakses pelayanannya. Puskesmas juga berfungsi sebagai <i>Gatekeeper</i> bagi cakupan kesehatan semesta ( <i>universal health coverage</i> ). Selain menyediakan layanan kesehatan dasar sebagai bagian dari UKP, Puskesmas diharapkan dapat secara efektif mengkoordinasikan keluhan dari peserta BPJS
5	Teknologi Tepat Guna	Dalam pelayanan Puskesmas telah menggunakan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.	Tujuan Pendekatan Keluarga Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten Kota dan SPM Provinsi melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan. Puskesmas akan dipacu untuk pencapaian tersebut dengan menggunakan prinsip ini.

6	Keterpaduan dan Kesinambungan	Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.	Pendekatan keluarga yang dilakukan akan lebih meningkatkan peran UKBM sebagai bagian dari interaksi antara fungsi pemberi layanan UKP dan UKM, serta dengan adanya interaksi UKBM membuka peluang untuk menyebarluaskan pembangunan berwawasan kesehatan kepada lintas sektor
---	-------------------------------	--	---

Sumber: Data Primer, 2016

## 5. Evaluasi Proses

Evaluasi proses yang dilakukan adalah menilai aktivitas yang dilakukan dalam pelaksanaan keluarga sehat. Kegiatan yang dilakukan yaitu memonitor, menilai dan mendokumentasikan. Berdasarkan indikator maka dalam suatu proses evaluasi program terdapat 4 indikator yaitu :

1. Indikator ketersediaan; dalam hal ini menyangkut sumber daya yang tersedia . Berdasarkan observasi penulis, indikator ketersediaan dalam evaluasi proses pelaksanaan program Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampea **sudah tersedia** dengan adanya tenaga kader kesehatan, bidan desa, petugas puskesmas, maupun tenaga kesehatan lainnya.
2. Indikator Relevansi; berdasarkan observasi penulis program Keluarga Sehat ini memiliki relevansi yang tinggi dengan masyarakat/ keluarga di Kecamatan Ciampea. Hal ini dilatar belakangi oleh analisis kuantitatif yang dilakukan, dimana hasil dari

pengukuran Indeks Keluarga Sehat hanya satu desa (Bojong Rangkas) yang mencapai indikator Keluarga Sehat. Menilik hasil analisis univariat kemungkinan variabel-variabel pengetahuan, tingkat pendidikan, jumlah keluarga, penghasilan, ketersediaan fasilitas dan saran kesehatan, dukungan tenaga kesehatan dan dukungan sosial masih perlu perhatian (keterbatasan penelitian adalah tidak menganalisisnya secara bivariate dan multivariate untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan variabel mana yang paling dominan sebagai akar perilaku tersebut)

3. Indikator Efisiensi; bagaimana memanfaatkan sumber daya dan aktivitas yang dilaksanakan. Berdasarkan observasi penulis efisiensi sumber daya sudah terjadi dan sering dilakukan dalam pelaksanaan suatu program, seperti pada program PHBS. Efisiensi dilakukan penagung jawab program merupakan perawat yang bertanggung jawab terhadap UKM di bidang Promkes.
4. Indikator keterjangkauan; bagaimana suatu program dapat diakses oleh pihak-pihak yang membutuhkan. Berdasarkan hasil observasi penulis program Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampea **sangat mungkin** untuk dijangkau dari pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan akses : (1) informasi (2) geografi, dan (3) ekonomi

Berdasarkan kesimpulan pada diskusi kelompok terarah, informan keluarga dan Tokoh Masyarakat menilai program Keluarga Sehat sebagaimana program –program sebelumnya yang pernah ada (PHBS), keluarga hanya merupakan obyek program dan tidak pernah dilibatkan dalam menilai keberhasilannya, seperti kutipan nya sebagai berikut

*“ yah ga ada...kecuali kalau bersih-bersih lingkungan kaya kerja bakti, paling-paling kalau ada survey-survey atau kalau ada penelitian kaya gini mba penelitian baru kita dilibatin “*

*(Informan E, Pr, 50 Tahun)*

*“ Pengurus RW mah jarang dilibatkan untuk program kesehatan, kalau pembangunan seperti PNPM mungkin iya “*

*(Informan As, Lk, 45 Tahun)*

*“ Rasanya ga apal kalo program kesehatan mah....biasanya langsung ke kader bukan RT atau RW”*

*(Informan Ns, Lk, 51 Tahun )*

Berbeda dengan kader yang umumnya mereka diibatkan dan diberikan pengarahan dalam program –program yang diluncurkan, seperti kutipan sebagai berikut :

*“ Biasanya bu bidan yang ngasih tahu ke kita. Kadang-kadang penerangan awal dikumpulin di kecamatan atau di desa...kan kita lebih sering ngejalaninya “*

*( Informan Id, Pr, 32 Tahun)*

*“ Iya...biasanya bu bidan yang ngasih tahu atau kita dikumpulin di kecamatan atau di desa...kan kita yang keliling – keliling , nanti kita laporin lagi hasilnya sama bu bidan .”*

*(Infoman L, Pr, 33 Tahun)*

Pada tenaga kesehatan dilakukan wawancara mendalam terkait aktivitas evaluasi yaitu memonitor (memantau), menilai dan mendokumentasikan. Hasil wawancara mendalam mengenai aktivitas memonitor dapat dilihat pada kutipan sebagai berikut :

*“ Memonitor...memantau yah, berarti kita melihat kepada pedomannya dulu nih ...seperti PHBS kan ada tatanannya kalau saya fikir semua program juga harus dimonitor...kan biasanya jelas target dan cakupan yang harus dicapai. Rasanya juga semua program yah ujung-ujungnya kan memang untuk keluarga supaya Sehat. Cara yang dilakuin biasanya kita tunjuk pengelola program atau penanggungjawab program, nanti dibuat alur kerjanya, siapa saja yang terlibat, bagaimana bentuk aktivitasnya ...ini kan seperti kegiatan luar gedung sekarang kita bilang program essensial tambahan yang masuknya ke UKM pemantauannya bisa dilakukan berkala mingguan, bulanan, tahunan...kalau ada temuan yah harus ditindaklanjuti*

(Informan Un, Lk, 47 Tahun)

*“ Bicaranya pogrom yang ada dan sudah dilakuin aja yah Mba...kaya PHBS tatanan rumah tangga yah kita monitor dari 10 indikatornya mana yang perlu perhatian, bikin skala prioritas, dicari penyebabnya dulu, kenapa, kalau bisa ditanggulangi saat itu bagus..kalau ngga kenapa...dan saya harus lihat laporan dan catatan yang ada...laporan di puskes banyak loh mba....ada SOP nya sesuai tupoksi lah”*

(Informan S, Lk, 35 Tahun)

*“Kita melakukan monitoring koq Bu...semua program kan harus ada pertanggungjawabannya ...kalau ga dimonitor kita ga tau dong indikator mana yang ga sesuai target, ada dalam bentuk laporan kegiatan, kunjungan lapangan, ada laporan rutin juga ke dinas Bu...”*

(Informan Li, Pr, 30 Tahun )

Hasil kesimpulan dari wawancara mendalam pada tenaga kesehatan mengenai aktivitas menilai, penulis membaginya dalam pertanyaan penilaian sesuai indikator evaluasi, yaitu indikator ketersediaan, indikator relevansi, indikator efisiensi, dan indikator keterjangkauan.

Ketersediaan sumber daya sudah dianggap layak dijalankan karena sudah pernah dilakukan program serupa (PHBS) meskipun dalam relevansinya sebagian kecil informan mengatakan tumpang tindih dengan PHBS. Evaluasi efisiensi sebagian besar informan

mengatakan belum dapat dikatakan efisien atau tidak karena program belum dijalankan , sebagian kecil informan mengatakan efisien jika dilakukan oleh tenaga yang terampil dan terlatih, satu orang informan menanyakan efisiensi dalam soal waktu mengingat pendataan keluarga untuk profil keluarga harus tergali dengan baik. Berikut kutipan wawancaranya :

*“ Layak? Layak-layak aja atuh ..kemarin kan sudah dilakuin PHBS, sarua keneh pan? (layak?, layak-layak saja karena kemarin kan sudah dilakukan PHBS, sama juga kan?) hmm... iye mah urusan manajemen ti perencanaan sampe monev....(ini sih urusan manajemen dari perencanaan sampai monev)“*

( Informan Uc, Pr, 45 Tahun )

*“ dikaitin yah Bu? Masih nyambung lah PHBS dengan Keluarga Sehat..hanya ada tambahan beberapa dan yang ada indikator PHBS yang dihilangkan...tapi apa ga tumpang tindih nantinya kalau dua-duanya jalan “*

(Informan A, Pr, 30 Tahun )

*“ Kalau mau efisien harus gunain tenaga yang terlatih, apalagi kalau indikatornya banyak, yang didata keluarga...di Ciampela kan masih banyak yang terbatas pendidikannya jadi komunikasinya harus bener-bener bagus supaya tergali infonya “*

(Informan Rb, Lk ,33 Tahun )

*“Kalau efisien mah ga tahu Bu kan belum dilakuin, tapi kalau melihat program sebelumnya efisien dari segi waktu dan tenaga. Kalau Keluarga sehat dengan 12 indikator dan kita harus ngegali Profil kesehatan keluarga makan waktu ga yah? “*

( Informan A, Pr,30 Tahun)

Kegiatan penilaian biasanya dilakukan oleh pihak yang berada lebih tinggi dari pelaksana. Penilaian juga dilakukan berbatas waktu dan dari hasil penilaian tersebut harus

diinformasikan kembali untuk diberikan *feedback*/masukan sebagai solusi atas temuan maupun masukan kearah perbaikan. Sebagian besar informan mengatakan dengan adanya pendekatan keluarga diharapkan dapat memperkuat PHBS, jika memberikan manfaat yang besr akan berkelanjutan dan satu orang informan mengatakan penilaian Pendekatan keluarga seperti Desa siaga Kutipan wawancara yang didapat sebagai berikut:

*“ Saya berharap dengan adanya Pendekatan Keluarga ini bisa memperkuat lagi PHBS , Apa ga tumpang tindih?...apa nanti Program PHBS nya akan dihapus? Kalau penilaian kegiatan atau program biasanya dilakukan dua kali dalam setahun dan sifat nya untuk laporan aja ke dinas biasanya juga punya hirarki ketingkat yang lebih tinggi sama lah dengan laporan . Rapat program, kalau staff meting dilakukan sebulan sekali. Ini juga untuk menilai kinerja kita sudah sesuai SPM belum? Ada PKP ..Pencapaian Kinerja Puskesmas, kalau program biasanya juga kita bicarakan intern kalau ada temuan dibahas lagi diinformasi ke pihak terkait, kalau nyangkut lintas sektor yah dilibatkan juga kan ada minlok dengan pihak kecamatan sebulan sekali atau tiga bulan sekali gitu semua ada waktu-waktunya. “*

(Informan Li, Pr, 30 Tahun)

*“ penilaian...ga ngerti, dinilai kaya gimana...pastinya kalau bagus manfaatnya pasti panjang programnya kaya imunisasi kan dari dulu ada, kayanya sama PHBS kemarin yah...berarti kudunya mah dengan adanya pendekatan keluarga harus jadi tambah bagus PHBSnya “*

(Informan Id, Pr, 32 Tahun)

*“ biasanya sudah ada ukurannya dari pemerintah kalau urusan nilai sama seperti desa siaga kan ...harus ada apa aja makanya disebut siaga, berarti kita lihat standar cakupannya dulu. Tapi kaya sekarang kemarin ada penelitian gizi terkait dampak lingkungan , tapi hasilnya mah kita ga dikasih tau...padahal mah pengen tau juga kudu tau nya’ (padahal pengen tahu juga sih seharusnya), ari urang mah (kalau saya sih ) pengurus wilayah ...apa yang kudu (harus) dilakuin buat warga kalau hasilnya kenapa-napa “*

( Informan Nr, Lk, 45 Tahun)

Untuk indikator keterjangakuan seluruh infoman mengatakan bisa diakses baik dari segi jarak maupun pelayanan dengan adanya bentuk UKP dan UKM yang makin berkembang

Berikut kutipan wawancaranya :

*“ Kalau jangkauannya kepada keluarga Puskes kan memang garda terdepan pelayanan kesehatan keluarga baik untuk UKP maupun UKM , dengan pengalaman seperti itu bisa lah dijangkau...”*

( S, Lk, 35 Tahun)

*“ kalau jangkauan program...yah sesuai aja sama sasarannya siapa? Itu yang harus kita lakukan , hanya harus difikirkan gimana caranya supaya semua bisa dijangkau...”*

( Er, Pr, 50 Tahun)

*“ Semuanya bisa dijangkau koq . pendekatannya kan personal dulu...layanan kita semakin meningkat ibu liat aja program UKP dan UKM yang di pajang di depan. (menunjuk Board Struktur organisasi UPT) “*

( Rb, Lk, 33 Tahun)

Dan untuk aktivitas pendokumentasian seluruh informan sudah melakukannya dengan berpusat kepada bagian pengolahan data puskemas/ pangkalan data . Pendokumentasian harus dilakukan dengan satu orang khusus sebagai pengolah data. Berikut kutipan wawancaranya

*“ Yah disimpan dong semua laporannya ada operator puskes yang ngolah data “*

( Er, Pr, 50 Tahun)

*“ Ada Bu semua kegiatan di dokumentasikan, ke posyandu aja kan ada laporan kunjungan....apalagi suatu program pastinya ada, tapi Cuma satu kalau di sini operatornya , semua data masuk ke Pa Rb “*

( A, Pr, 30 Tahun)

## **D. Pembahasan**

### **1. Analisis Univariat**

#### **a. Faktor Predisposisi**

Usia responden pada penelitian ini lebih banyak yang berusia dewasa lanjut (25 sampai lebih dari 60 tahun) yaitu sebanyak 97 responden (89,8 %). Usia berpengaruh terhadap daya tangkap dan pola pikir seorang individu. Semakin bertambah usia maka daya tangkap dan pola pikir seseorang akan semakin berkembang pula, sehingga pengetahuannya juga akan semakin baik.

Namun demikian semakin bertambahnya usia, IQ seseorang akan menurun, khususnya beberapa kemampuan yang lain seperti kosakata dan pengetahuan umum. Hal ini sejalan dengan Ng dan omariba (2010) dalam Santosa (2012) penurunan kemampuan berfikir berdasarkan usia dapat mempengaruhi dalam kemampuan membaca dan memahami informasi. Bertolak belakang dengan hasil penelitian Suryanti (2015) menerangkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga di Desa Iwul Kecamatan Parung Bogor.

Pendapat penulis, sebagai individu yang sudah dewasa kematangan berfikir keluarga di Kecamatan Ciampela dianggap *matur*/matang untuk menerima informasi, demikian pula terhadap informasi program kesehatan melalui pendekatan keluarga. Dalam proses pelaksanaannya akan diterima oleh keluarga di Kecamatan Ciampela karena kematangan usia yang mempengaruhi proses penerimaan informasi tersebut.

Tingkat pendidikan responden, didapatkan hasil responden dengan tingkat pendidikan rendah lebih banyak (71 responden/65,7%) dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (37 responden /34,3 %). Hal ini sejalan dengan data demografi pada laporan tahunan kecamatan Ciampela (2015) untuk tingkat pendidikan dasar (SD-SMP) di Kecamatan Ciampela sebanyak 27.939 dibandingkan dengan tingkat pendidikan tinggi (SMA- PT) sebanyak 17.099.

Menurut Notoatmodjo (2010), Pendidikan dapat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

Penelitian Syafrizal (2002) menyebutkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Nilai OR=4,438 yang berarti ibu rumah tangga dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki peluang 4,438 kali untuk ber-PHBS. Bertolak belakang dengan penelitian Suryanti (2015) yang menyebutkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan praktik PHBS.

Pendapat penulis, tingkat pendidikan akan mempermudah seseorang untuk memahami informasi, dan dengan informasi yang didapat diharapkan dapat merubah perilaku sesuai yang diharapkan seperti perilaku hidup berih dan sehat.

Pengetahuan keluarga di Kecamatan Ciampela didapatkan hasil responden dengan pengetahuan baik sebanyak 52 responden (48,1 %) dan pengetahuan rendah sebanyak 56 responden (51,9%).

Menurut Notoatmodjo (2010) pengetahuan (*knowldge*) adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Menurut penelitian Suryanti (2015) bahwa variabel pengetahuan memiliki hubungan yang bermakna pada perilaku responden di Desa Iwul Parung Kabupaten Bogor untuk ber-PHBS ( P.Value=0,000 )

Pendapat penulis, pengetahuan akan dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang. Apabila suatu penerimaan perilaku baru didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif maka perilaku tersebut akan bersifat lama (*longlasting*).

Jumlah anggota keluarga di Kecamatan Ciampea lebih banyak ditemui jumlah anggota keluarga besar (> 4 orang) sebanyak 75 responden (69,45) dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga kecil sebanyak 33 responden (30,6 %). Hasil uji statististik pada penelitian Syafrizal (2002) menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat yang mempunyai jumlah anggota keluarga besar dengan keluarga kecil. Nilai p value=0,072, dengan kata lain tidak ada hubungan yang signifikan jumlah keluarga dengan perilaku hidup bersih dan sehat.

Namun demikian, hasil observasi penulis, selain jumlahnya yang besar keluarga di Kecamatan Ciampea banyak terdapat rumah tangga atau keluarga yang anggotanya juga mencakup juga kakek atau nenek atau individu lain yang memiliki hubungan darah. Satu rumah tangga berkumpul orang tua (kakek-nenek) dan anak yang sudah menikah dan berkeluarga masih menetap di dalam satu rumah yang sama. Berdasarkan Kartu keluarga

(KK) satu rumah di Kecamatan Ciampea dapat terdiri dari dua sampai tiga kepala keluarga dan memiliki kartu keluarga yang terpisah.

Dengan kondisi demikian, berdasarkan penggalian informasi dengan menggunakan wawancara yang mendalam, banyak ditemui bahwa keputusan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat sering dipengaruhi oleh pemegang keputusan (orang yang dianggap tua/dominan) dalam keluarga.

Penghasilan keluarga di Kecamatan Ciampea lebih banyak responen yang penghasilan rendah (dibawah UMR Kabupaten Bogor ) yaitu sebanyak orang (67,6%) sedangkan yang berpenghasilan tinggi ada 35 orang (32,4%).

Penelitian Suryanti (2015) menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan perilaku hidup bersih dan sehat. Dari hasil OR didapatkan bahwa responden yang berpendapatan rendah memiliki kecenderungan 3,947 kali lebih besar untuk berperilaku hidup bersih dan sehat yang buruk. Bertolak belakang dengan penelitian Syafrizal (2002) Dilihat dari hasil analisis bivariate diperoleh nilai pvalue=0,735 yang berarti tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan perilaku hidup bersih dan sehat.

Berdasarkan observasi penulis, keluarga dengan penghasilan rendah pada umumnya bertempat tinggal di kondisi lingkungan perumahan yang tidak sehat, lingkungan padat dengan sarana yang terbatas pada akses kesehatan, seperti air bersih dan jamban. Ukuran besar dan tingginya penghasilan adalah UMR Kabupaten Bogor yaitu Rp. 2.960.325. Berdasarkan penggalian informasi yang mendalam didapatkan rata- rata keluarga yang

memiliki pendapatan rendah tidak memiliki pekerjaan tetap, bekerja sebagai buruh lepas baik di sektor industri maupun pertanian. Pendapatan mereka dihitung harian dengan jumlah Rp.20 – 50 ribu/hari.

Sikap (*Attitude*) merupakan reaksi atau respons yang tertutup dari seseorang terhadap suatu stimuli atau objek. Sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu: (1) Kepercayaan (Keyakinan) , ide, konsep terhadap suatu objek, (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, (3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Hasil penelitian menunjukkan responden dengan sikap negatif ada 56 orang (51,9%) dan yang bersikap positif ada 52 orang (48,1%). Gambaran tersebut mencerminkan keluarga di Kecamatan Ciampea bersikap negative terhadap kesehatan sebagai reaksi terhadap stimuli atau objek yakni 12 indikator Keluarga sehat.

Penelitian Syafrizal (2002) hasil analisis responden dengan perilaku hidup bersih dan sehat dari 92 responden yang mempunyai sikap positif sebanyak 49 keluarga (53,3%) terhadap PHBS, dan 58 responden mempunyai sikap negatif terhadap PHBS, namun demikian hasil uji statistik *chi-square* diperoleh nilai p-value 0,527 yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi keluarga yang berperilaku hidup bersih dan sehat antara sikap ibu positif dan negatif.

Berdasarkan penggalian informasi melalui wancara mendalam responden sebenarnya memiliki sikap positif terhadap indikator pendekatan Keluarga sehat maupun perilaku hidup bersih dan sehat, namun pada praktiknya berbeda karena banyak faktor yang mempengaruhi

seperti kebiasaan lingkungan (*melihat role model*) sekitar maupun keputusan untuk berperilaku yang sering didominasi oleh orang yang dianggap lebih berpengalaman

### **b. Faktor Enabling (Faktor Ketersediaan)**

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa ada ketersediaan fasilitas dan sarana yaitu sebanyak 67 orang (62%) dan yang menjawab tidak tersedia ada 41 orang (38%). Gambaran mengenai fasilitas dan sarana pada faktor ketersediaan ini (*enabling*) menunjukan hasil yang 62 % keluarga sudah memiiki fasilitas dan sarana kesehatan yang merupakan bagian dari faktor ketersediaan dari Keluarga sehat.

Dalam penelitian ini fasilitas dan sarana yang dimaksud adalah ketresediaan fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, keterjangkauannya (*acceptability*) yang dihitung dengan jarak dan waktu tempuh. Ketersediaan posyandu sebagai sarana UKBM, dan fasilitas sarana dan sarana di dalam rumah seperti tersedianya tempat sampah, air bersih dan jamban.

Berdasarkan pengukuran Indeks Keluarga Sehat yang didapat meskipun hasilnya belum menunjukkan 100%, indikator 11 dan 12 yang menunjukkan fasilitas dan sarana untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, yaitu adanya akses jamban dan sanitasi air. Berdasarkan cakupan kedua indikator tersebut setiap desa sudah mendapatkan nilai lebih dari 90 %. Dengan gambaran ini seharusnya perilaku sehat dalam keluarga bisa diwujudkan dengan lebih baik , seperti halnya penelitian Suryanti (2015) yang didapatkan hasil terdapat hubungan yang signifikan antara ketersediaan sarana dengan perilaku hidup bersih dan sehat.

### c. Faktor Reinforcing / Dukungan Tenaga Kesehatan dan Tokoh Masyarakat

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada dukungan Tenaga kesehatan yaitu sebanyak 70 orang (64,8%) dan yang menjawab adanya dukungan tenaga kesehatan sebanyak 38 (35,2%). Bentuk dukungan yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah pemberian informasi dan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Dukungan informasi tersebut disediakan dalam konteks interpersonal seperti kepedulian, kepercayaan dan penghormatan terhadap hak setiap orang untuk membuat pilihannya sendiri..

Demikian juga bentuk dukungan yang diberikan dari tokoh masyarakat. Dukungan yang diberikan tokoh masyarakat dalam hal ini adalah kader, dan pengurus wilayah seperti RT/RW. Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat memerlukan dukungan dalam pelaksanaan/praktik hidup sehat. Dalam kehidupan bermasyarakat orang cenderung berperilaku yang tidak bertentangan atau yang memperoleh dukungan dari masyarakat. Apabila ia melakukan perilaku yang bertentangan atau tidak memperoleh dukungan, maka ia akan merasa kurang/tidak nyaman. Untuk berperilaku kesehatan orang memerlukan dukungan dari masyarakat sekitarnya.

Penelitian Hapsari (2010) menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan kader dengan perilaku ibu ber-PHBS di Tunggulsari Kecamatan Brangsong Kabupaten Kendal Tahun 2010. Peranan Kader dirasakan penting sebagai perpanjangan nakes untuk menyampaikan informasi dan sosialisasi program-program kesehatan.

## **2. Indeks Keluarga Sehat**

Indeks Keluarga Sehat merupakan nilai/ukuran untuk pengelompokan Keluarga apakah termasuk Keluarga Sehat, Keluarga Pra Sehat dan Keluarga Tidak Sehat. Pada pengukuran ini dilakukan tahapan langkah yang dimulai dari pendataan keluarga untuk melihat profil kesehatan keluarga. Penulis berpendapat tahapan pendataan ini sangat penting untuk mendapatkan data dan informasi yang diharapkan. Untuk itu diperlukan keterampilan bagi petugas mengenai keterampilan berkomunikasi maupun kemampuan menilai permasalahan kesehatan secara umum.

Inventarisasi data mengenai jumlah keluarga yang dilakukan sebelum pelaksanaan pendataan melibatkan banyak pihak, untuk didapatkan data valid mengenai jumlah keluarga yang berada di suatu desa/ wilayah binaan. Kedua hal yang disebutkan tadi merupakan suatu kegiatan yang biasa dilakukan bagi petugas kesehatan dari puskesmas maupun kader yang menjadi lini terdepan dalam penyampaian sosialisasi suatu program.

Namun demikian pendekatan keluarga memerlukan “sentuhan tersendiri” berkaitan dengan indikator –indikator yang ada, khususnya pada indikator penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan. Kejelian petugas harus dapat menyentuh dan membuka kepercayaan keluarga untuk dapat mengungkapkan permasalahan kesehatan utamanya terhadap indikator tersebut. Pada umumnya kasus gangguan jiwa di masyarakat / keluarga merupakan beban tersendiri/aib yang sulit diceritakan kepada orang lain.

Pendataan ini juga mungkin memerlukan waktu yang bervariatif pada setiap keluarga, penulis belum dapat menentukan berapa lama waktu yang diperlukan. Untuk pengkajian sekedar mengisi formulir kesehatan keluarga mungkin dibutuhkan waktu yang relatif singkat

sekitar 15 menit untuk keluarga dengan jumlah 4 orang ( keluarga inti : ayah, ibu , dan dua orang anak ).

Pengkajian akan berkembang dari segi waktu terkait dengan hasil dari pengisian tersebut yang kemudian dituangkan kedalam formulir profil kesehatan keluarga (Prokesga). Petugas harus mampu mengali lebih dalam lagi untuk mendapatkan informasi masalah apa yang dihadapi keluarga (identifikasi) dan dilakukan pendidikan kesehatan dengan bekal paket informasi keluarga (pinkesga). Sebisa mungkin petugas harus menyelipkan pesan dan memanfaatkan pinkesga, untuk mendorong kemandirian keluarga mengatasi masalah kesehatannya sekaligus menggiring keluarga kearah paradigma sehat (Promotif dan preventif).

Setelah pendataan kemudian dilakukan pengukuran. Pengukuran IKS tingkat keluarga yang dilakukan sangat sederhana namun demikian langsung terlihat hasilnya dengan kategori keluarga Sehat, Pra Sehat dan Tidak Sehat. Pengukuran IKS ini juga dapat digunakan untuk melihat masalah kesehatan yang timbul (*mapping* dan inventarisasi masalah) pada pengukuran IKS tingkat Desa. Sebisa mungkin Puskesmas sebagai penanggung jawab wilayah sudah dapat mengintervensi masalah yang timbul berdasarkan informasi yang ada pada cakupan indikator Keluarga Sehat tingkat Desa ini. Penguatan UKBM seperti Posyandu dapat bermanfaat banyak sebagai solusi / intervensi awal. Pelibatan peran seluruh pihak sangat diharapkan, baik kader, Bidan Desa, tokoh masyarakat, maupun keluarga itu sendiri.

Berdasarkan cakupan indikator terendah dari 4 indikator yang didapat, yaitu : (1) anggota keluarga tidak ada yang merokok sebesar 25,58% , (2) Bayi yang mendapat ASI

Ekslusif sebesar 54,54%, (3) Penderita TB Paru yang berobat sesuai standar 66,66%, (4) . Berdasarkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) tahun 2013, Provinsi Jawa Barat merupakan provinsi terendah dari cakupan perilaku merokok, yaitu 32,70 dibandingkan indeks nasional 29,31 (yang berarti jumlah perokok di Provinsi Jawa Barat merupakan jumlah terbanyak se Indonesia).

Berdasarkan IPKM Nasional tersebut Kabupaten Bogor berada di peringkat 341 Kabupaten/kota dari 497 Kabupaten/Kota yang ada di Indonesia dan Kabupaten Bogor berada di peringkat 3 terbawah (terendah) setelah kabupaten Cianjur dan Kabupaten Tasikmalaya.

Berdasarkan Riskesdas 2013, untuk cakupan ASI Eksklusif Provinsi Jawa Baat merupakan tiga provinsi terendah yang memberikan ASI Eksklusif secara nasional. Angka cakupan nasional adalah 53, 5 % sedangkan Jawa Barat cakupannya 33,7 % diatas Papua (31,5 % ) dan Maluku (25, 2%). Gambaran ini sejalan dengan hasil Riskesdas 2013 tersebut dimana keluarga di Kecamatan Ciampela sebagai bagian dari wilayah Provinsi Jawa Barat masih banyak yang sudah memberikan makanan pendamping ASI sebelum bayi berumur 6 bulan.

Berdasarkan observasi penulis memang didapatkan fenomena pemberian makanan pendamping ASI sebelum usia 6 bulan, dikarenakan adanya keputusan dominan pada ibu yang menyusui dari orang tua (ibu, mertua, dan orang yang dituakan). Dukungan nakes dengan adanya program Kelas Ibu Hamil yang telah memberikan informasi dan edukasi terkait pemberian makanan bayi pada saat ANC belum sepenuhnya di praktikan. Pertemuan bidan desa pada saat posyandu (menimbang bayi dan balita) juga seharusnya bisa dijadikan

ajang pemberian KIE mengenai ASI Eksklusif untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ibu yang membawa bayinya agar mau memberikan ASI Eksklusif.

Untuk indikator Penderita TB Paru berobat sesuai standar, masih banyak keluarga di Ciampea yang memiliki anggota keluarga sebagai penderita TB Paru belum berobat sesuai standar. Dari hasil Survey Prevalensi TB sebesar 759 per 100.000 populasi yang berumur 15 tahun keatas. Hasil Riskesdas Tahun 2013 prevalensi TB berdasarkan provinsi, Jawa Barat tertinggi sebesar 0,7% setelah Papua (0,6%) dan DKI Jakarta (0,6%).

Berdasarkan profil Kesehatan dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2014 di Kabupaten Bogor temuan suspek TB (29.368) dan BTA (+) sebanyak 4.009 dan merupakan angka tertinggi yang didapatkan dari 27 Kabupaten Kota di Provinsi Jawa Barat. Usaha yang dilakukan pemerintah daerah di Kecamatan Ciampea, selain sektor kesehatan terus berusaha menjangkau penderita dengan *Pasive Case Finding (PCF)* dan penerapan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS)*.

Perbaikan kualitas lingkungan di Kecamatan Ciampea juga telah dilakukan dengan melibatkan lintas sektor dengan adanya program RUTILAHU (Rumah Tinggal Layak Huni) yang biasanya dilihat dari status ekonomi masyarakat. Penulis mendapatkan keluarga yang memperoleh bantuan dari Program Rutilahu tersebut yang menerima bantuan dana sebesar Rp.8.000.000 untuk memperbaiki rumah agar lebih layak.

Hal ini sejalan dengan penelitian Wardani (2014) dengan judul *Peningkatan Determinan Sosial Dalam Menurunkan Kejadian Tuberkulosis Paru Berdasarkan hasil penelitian ini, pengembangan model dalam implementasi strategi DOTS adalah dengan dengan peningkatan determinan sosial, yaitu pendidikan, pendapatan dan kelas sosial.*

Peningkatan indikator-indikator determinan sosial tersebut dapat dimulai dari peningkatan pendidikan. Hal tersebut sesuai dengan hasil bahwa pendidikan berkaitan erat dengan pekerjaan, pendapatan dan kesejahteraan. Pencapaian pendidikan yang lebih tinggi akan berkaitan dengan pekerjaan yang lebih baik dan kondisi kerja yang lebih sehat. Pendidikan yang tinggi juga akan meningkatkan kesempatan untuk penghasilan, pendapatan yang lebih besar dan kepemilikan sumber daya produktif yang lebih banyak.

Pendapat penulis, besar kemungkinan cakupan indikator tersebut rendah karena keengganhan keluarga untuk berobat dalam jangka waktu yang lama dan perilaku merokok sebagai faktor risiko TB. Hal ini juga diperkuat berdasarkan observasi penulis, penderita TB Paru didapatkan pada keluarga yang memiliki status ekonomi rendah dengan lingkungan perumahan yang kurang layak dan kebiasaan merokok masyarakat yang ditemui diseluruh desa / wilayah penelitian.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jaminan perlindungan kesehatan bagi penduduk/masyarakat. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial. Badan penyelenggara jaminan sosial telah diatur dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Untuk program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program JKN.

Dengan adanya JKN penguatan peran dan fungsi Puskesmas akan meningkat karena Puskesmas ditunjuk sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). JKN diselenggarakan untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Manfaat JKN terdiri atas dua jenis, yaitu manfaat medis dan manfaat non-medis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulans.

Cakupan Kepesertaan BPJS Kesehatan per bulan September 2016 (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2015) sejumlah 28.287.402 orang atau 67.24% dari total penduduk di Provinsi Jawa Barat, dan capaian rekrutmen peserta untuk Pekerja Penerima Upah (PPU) eks Jamsostek, BUMN, BU swasta lainnya sebanyak 4.407.593 orang untuk wilayah Jawa Barat, sedangkan terdapat 2.588 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 268 Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKRTL) di wilayah Provinsi Jawa Barat.

Kepesertaan Penerima Bantuan Iuran APBD adalah sebanyak 1.457.058 jiwa yang merupakan peserta Penerima Bantuan Iuran yang didaftarkan oleh Kota/Kabupaten di Jawa Barat, dan yang sudah terintegrasi Jamkesda untuk program JKN-KIS ini sebanyak 21 Kab/Kota, dari 27 Kab/Kota di wilayah Jawa Barat, yang diharapkan 6 Kab/Kota lainnya dapat melakukan Intergrasi Jamkesda.

Cakupan indikator keluarga sudah menjadi anggota JKN di Kecamatan Ciampela yang masih rendah menurut penulis sejalan dengan penghasilan keluarga yang masih banyak di

bawah UMR sehingga berharap agar pemerintah daerah membayarkan iuran BPJS ini. Selain itu juga kesadaran masyarakat yang mampu masih kurang untuk menjadi peserta mandiri dikarenakan merasa belum perlu dan tidak bisa dirasakan manfaatnya langsung. Pola pikir tersebut sejalan dengan pola pikir paradigma sakit, yang bagi sebagian besar keluarga di Kecamatan Ciampea Sehat hanya diukur dari *sakit* atau *tidak sakit saja*.

Dari cakupan – cakupan indikator yang masih rendah tersebut, bukan berarti indikator lainnya tidak memerlukan perhatian. Sebagian kecil informan di Kecamatan Ciampea merasa ragu dengan semakin banyaknya indikator yang tertuang dalam Pendekatan Keluarga dibandingkan dengan program sebelumnya yaitu PHBS Tatanan rumah tangga. Informan anggota rumah tangga merasa sulit untuk mewujudkan Keluarga sehat yang ideal tanpa dukungan dari nakes maupun tokoh masyarakat setempat. Role model yang diperlukan keluarga adalah praktik langsung untuk ber PHBS dari nakes bukan sekedar penyampaian sosialisasi maupun penyuluhan saja.

Sebagian besar informan nakes menganggap Pendekatan Keluarga ini merupakan tantangan untuk tetap konsisten dalam melakukan tugas untuk mewujudkan masyarakat yang sehat melalui keluarga. Pendekatan Keluarga dengan kedua belas indikatornya dianggap banyak melibatkan pihak dan bentuk pengintegrasian UKP maupun UKM yang mendorong pemberdayaan masyarakat untuk mandiri menghadapi masalah kesehatannya. Keterlibatan UKBM sangat membantu, dimana salah satunya adalah pemanfaatan Posyandu yang sangat tinggi oleh keluarga di Kecamatan Ciampea. Hal ini juga sejalan dengan IPKM cakupan penimbangan balita Provinsi Jawa Barat untuk secara nasional yang niainya tinggi (77, 36 % ) diatas nilai nasional (68,28%)

Untuk indikator *ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan* penguatan peran bidan desa dirasa sangat mendukung. Berdasarkan observasi penulis, di beberapa tempat masih ditemui dukun beranak (paraji) yang pemanfaatan tenaganya masih digunakan oleh keluarga, karena ketiadaan bidan desa ditempat. Untuk indikator penderita hipertensi melakukan pengobatan teratur menurut sebagian besar informan kader perlu adanya pelatihan penggunaan alat deteksi hipertensi/tensimeter (*sphyngomanometer*) untuk memantau kesehatan keluarga terutama yang sudah terindikasi dengan hipertensi.

### 3. Alur informasi

Adanya hirarki pada alur informasi suatu program sebelum dilaksanakan memiliki keuntungan dan kerugian tersendiri. Keuntungan tersebut salah satunya adalah efektif dari segi waktu dan efisiensi dari segi biaya. Kerugian yang didapat pelaksana program belum tentu orang/instansi yang menerima secara langsung informasi tersebut (merupakan pihak ketiga dan sebagainya) sehingga informasi bisa saja terpengal atau tidak utuh diterima. Untuk mengurangi dampak tersebut, bisanya sosialisasi dibakukan dalam bentuk modul/buku petunjuk teknis.

Pendekatan Keluarga yang diluncurkan sejak bulan April 2016 dan terpilihnya Provinsi Jawa Barat sebagai provinsi pelaksana dalam sosialisasinya tidak sampai atau belum pernah didengar oleh Kecamatan Ciampela sebagai bagian dari wilayah Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat. Hal ini tentu saja menjadi pertanyaan apakah ada hambatan dan kendala didalam penyampaiannya. Secara geografis letak Kecamatan Ciampela justru lebih dekat dengan ibukota negara (80 Km) dibandingkan ibukota Provinsi (147 Km). Dengan jarak yang

relative dekat seharusnya informasi yang ada lebih mudah untuk diakses, termasuk informasi dan sosialisasi Pendekatan Keluarga ini.

#### **4. Peran Puskesmas Sebelum dan Sesudah Pendekatan Keluarga**

Peran Puskesmas yang selama ini lebih dikenal sebagai pelaksana UKP oleh sebagian besar keluarga di Kecamatan Ciampea diharapkan berangsur-angsur akan berkurang, dengan adanya Pendekatan Keluarga. Puskesmas dituntut untuk mendatangi keluarga di wilayah binaannya dengan demikian keseimbangan pelayanan UKP dan UKM akan terjadi.

Pelayanan UKM di Puskesmas Kecamatan Ciampea sudah tersedia, selain program wajib (essensial), juga dilakukan pengembangan. Namun demikian keluarga dan masyarakat belum mengenal dengan baik. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian berdasarkan wawancara mendalam dan kelompok diskusi terarah pada kelompok kader maupun tokoh masyarakat bahwa tidak berjalannya tugas edukatif di Puskesmas yang berkaitan dengan penyuluhan kesehatan yang sekaligus berkaitan dengan tugas promotif. Menurut masyarakat, petugas puskesmas sangat jarang berkunjung, kalaupun ada, yaitu ketika keluarga mempunyai masalah kesehatan seperti anggota keluarga mengalami gizi buruk, temuan penderita TB atau adanya KLB pada kasus DBD.

Diharapkan dengan adanya pendekatan keluarga , identifikasi masalah kesehatan dapat diatasi sebelum menjadi besar (deteksi dini) dan fungsi promotif maupun preventif akan berjalan. Pendekatan Keluarga juga akan menyeimbangkan layanan UKP dengan UKM, dengan keterlibatan dan interaksi dari lintas sektor yang bisa dilakukan pada UKBM-UKBM yang ada sekaligus memberdayakan masyarakat melalui keluarga untuk berkemampuan secara mandiri mengatasi masalah-masalah kesehatannya.

## 5. Evaluasi Proses

Evaluasi proses yang dilakukan menggunakan model CIPP dengan aktivitas memonitor, menilai dan mendokumentasikan dengan 4 indikator evaluasi yaitu indikator ketersediaan, indikator relevansi, indikator efisiensi dan indikator keterjangkauan

### a. Kegiatan Memonitor (Pemantauan)

Kegiatan (memonitor) pemantauan menurut sebagian besar informan perlu dilakukan dengan acuan yang ada seperti pedoman atau petunjuk teknis. Ketersediaan dari sumberdaya sesuai dengan unsur manajemen (*Man, Money, Method, Material , dan Machine*) dalam proses Pendekatan Keluarga yang dilakukan di Kecamatan Ciampela sudah tersedia, hanya perlu dikaji lebih dalam mengenai kemampuan dalam kualitas profesionalisme, dan berapa besar anggaran yang diperlukan serta ketersediaan sumberdaya yang lain sesuai unsur manajemen. Hal ini dikarenakan memang pada dasarnya proses pelaksanaan belum dilakukan sehubungan dengan belum adanya sosialisasi dari dinas kesehatan Kabupaten Bogor .

Bercermin dari program sebelumnya yang sudah berjalan yaitu PHBS tatanan rumah tangga, maka monitoring yang dilakukan adalah sesuai alur informasi pada saat disosialisasikannya program, yaitu berjenjang sesuai hirarki dan tupoksi yang berlaku. Hal ini dilakukan untuk pencapaian target dari cakupan-cakupan indikator program yang harus dicapai. Selain itu juga monitoring program yang baik menurut informan nakes (kepala UPT Puskesmas Kecamatan Ciampela) adalah memiliki waktu sebagai bentuk kesinambungan program baik mingguan, bulanan, maupun tahunan , dimulai pada saat perencanaan, proses berjalan sampai berakhir untuk melihat keberlanjuannya.

Berdasarkan informasi dari nakes pengeloa Program PHBS di Puskesmas Kecamatan Ciampea pemantauan program juga dilakukan dengan pihak Kecamatan sebagai penguasa wilayah melalui mini lokakarya. Temuan masalah kesehatan dibahas bersama untuk mencari solusinya sebagai bentuk tanggung jawab pemilik wilayah, rutin dilakukan biasanya setiap bulan. Namun demikian bisa saja dilakukan tiap minggu jika ada prioritas yang harus diegerakan dan diselesaikan. Rapat koordinasi dengan lintas sektor yang dilakukan tiga bulan sekali juga bisa dijadikan ajang pemantauan dan penilaian program.

Kegiatan yang dilakukan penulis dalam memonitor ini diawali dengan menyusun keluarga sebagai sasaran program dan mewancarai para pemangku kepentingan untuk didapatkan hasil bagaimana karakteristik keluarga di Kecamatan Ciampea, apakah Pendekatan keluarga memiliki kepentingan dengan para stakeholder utamanya dari stakeholder kesehatan.

Penelitian Setiaji (2009) menyebutkan dalam pemantauan Program PHBS cenderung dilakukan pada saat pelaksanaan saja. Pendapat penulis, idealnya memang suatu program dilakukan pemantauan dimulai dari saat perencanaan. Pemantauan ini tentunya harus berlaku dan berprinsip kepada pedoman yang disediakan. Pemantauan ini akan berguna utamanya untuk melihat kesiapan sumberdaya sebelum pelaksanaan. Demikian selanjutnya akan tercipta hubungan yang sinergis antara indikator lainnya dalam evaluasi, yaitu relevansi, efisiensi dan keterjangkauan program.

### **b. Kegiatan Menilai**

Seluruh informan menilai Pendekatan Keluarga seperti program sebelumnya yaitu PHBS tatanan rumah tangga. Perbedaan ada dalam indikator-indikatornya. Kemudahan

untuk mengukur Indeks Keluarga Sehat dimulai dari tingkat keluarga, dinilai nakes sangat mungkin dijalankan. Sementara informan anggota rumah tangga, tokoh masyarakat maupun kader keluarga menilai Pendekatan Keluarga akan mendekatkan Puskesmas untuk mengenal keluarga sebagai sumberdaya kesehatan yang ada diwilayahnya, bukan sekedar target sasaran program saja.

Dari penilaian ini yang diharapkan oleh Keluarga , Puskesmas akan lebih banyak berinteraksi dengan melakukan kegiatan KIE yang mampu meningkatkan kemandirian keluarga dalam usaha-usaha kesehatan yang lebih nyata. Pemahaman pola pikir/paradigma keluarga yang banyak ditemui adalah Paradigma Sakit, yaitu Sehat hanya dipandang dengan sakit atau tidak sakit saja.

Kegiatan yang dilakukan penulis dalam hal ini adalah memasukan informasi yang diterima baik dari informan anggota rumah tangga, informan nakes, informan tokoh masyarakat dan informan kader berkaitan dengan proses dan pelaksanaan Pendekatan Keluarga. Informasi ini dianalisis penulis dan dibuat sebagai hasil ataupun temuan untuk menilai dari pelaksanaan Pendekatan Keluarga itu sendiri.

Penilaian seluruh informan terhadap pendekatan Keluarga memiliki relevansi yang tinggi terhadap program sebelumnya (PHBS Tatanan rumah tangga), hanya saja Pemerintah diharapkan tidak ambigu dan menjadikannya tumpang tindih dengan kejelasan apakah program sebelumnya akan terus ada atau dihapuskan. Sebagian kecil informan mengatakan Pendekatan Keluarga akan memperkuat PHBS. Penilaian Informan nakes, tokoh masyarakat dan kader perlu segera disosialisasikan Pendekatan Keluarga ini untuk penguatan PHBS agar keluarga sehat dapat terwujud.

Indikator penilaian efisiensi dari Pendekatan Keluarga sebagain besar informan mengatakan belum terlihat karena baru mendengar dan mengetahui belum pada tahapan diimplementasikan.

Untuk indikator keterjangkauan menurut Dever (1984) dalam Lumban Gaol (2013) keterjangkauan (*accessibility*) fasilitas kesehatan dapat dilihat dari keterjangkauan geografi (jarak lokasi), keterjangkauan sosial (faktor sosial demografi dan budaya), keterjangkauan ekonomi ( faktor biaya) dan keterjangkauan informasi (faktor informasi).

Dinilai dari hal tersebut Puskesmas sebagai garda terdepan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan masyarakat optimis Pendekatan Keluarga tersebut memiliki keterjangkauan yang dapat dicapai dari faktor-faktor yang disebutkan tersebut.

Pendapat penulis, informasi yang diperlukan Kecamatan Ciampea harus diberikan secepatnya, menilai dari karakteristik keluarga yang harus diberikan dorongan untuk berkemauan hidup sehat. Penilaian terhadap Pendekatan Keluarga berdasarkan observasi penulis, disikapi positif oleh Keluarga di Kecamatan Ciampea, hanya saja mereka perlu contoh bagaimana untuk melakukan dan memulai agar indikator yang ada dalam Pendekatan Keluarga bisa dilaksanakan dengan hasil yang diharapkan bersama yaitu keluarga sehat.

Informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor mengenai Pendekatan Keluarga ini harus disampaikan kepada stakeholder kesehatan maupun stakeholder lintas sektor, mengingat sebagian informan tokoh masyarakat mengetahui program kesehatan seperti yang ada pada Desa Siaga dan indikator – indikator yang ada pada Pendekatan Keluarga memerlukan dukungan dari berbagai pihak bukan hanya dari sektor kesehatan saja.

Berbeda dengan Program PHBS, Pendekatan Keluarga ini mendapat dukungan luas dengan keterlibatan dari Kementerian lain dalam bentuk Program GERMAS (Gerakan Masyarakat Sehat) dimana pada saat penelitian sebagian kecil informan juga telah mengetahuinya dengan adanya kegiatan seremonial Germs yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional.

Penulis menilai dengan adanya Program Germas ini sangat menguntungkan dan memungkinkan target capaian dari indikator-indikator Keluarga sehat tersebut dapat dicapai lebih mudah. Lintas sektor dilibatkan untuk pembangunan berwawasan kesehatan. Paling tidak dari segi kognitif masyarakat yang akan merubah paradigma sakit menjadi paradigma sehat. Sehingga dimulai dari **Tahu** untuk **Mau** dan **Mampu** melakukan hidup sehat pada keluarga yang ada di Kecamatan Ciampea khususnya maupun keluarga-keluarga lainnya di Indonesia.

### c. Kegiatan Mendokumentasikan

Aktivitas pendokumentasian yang dilakukan menurut informasi dari seluruh informan sudah melakukannya setiap melakukan pekerjaan, seperti dokumentasi UKM kunjungan posyandu terlihat adanya dokumen imunisasi, Kb, Penimbangan Bayi dan balita dan UKP seperti data TB dan sebagainya. Dokumentasi yang dilakukan di Kecamatan Ciampea berpusat kepada bagian pengolahan data puskesmas/ pangkalan data. Pendokumentasian menjadi suatu keharusan saat ini sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari suatu pekerjaan. Dokumentasi kegiatan dapat digunakan sebagai data maupun informasi apa yang sudah dilakukan.

Kegiatan mendokumentasikan Pendekatan Keluarga yang diberi judul dengan analisis pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampea oleh penulis tertuang dalam uraian hasil

penelitian dan dokumentasi gambar/photo, yang selanjutnya telah didiskusikan dengan pihak yang berkepentingan seperti stakeholder kesehatan (UPT Puskesmas Kecaman Ciampela) dan Kecamatan Ciampela sebagai pemilik wilayah sebagai informasi awal dan bagian sosialisasi Pendekatan Keluarga.

Berdasarkan buku *Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas dari Kementerian Kesehatan Tahun 2016*, Pendekatan Keluarga didukung oleh teknologi informasi terhadap proses pengambilan data dilapangan, analisis dan data penyajian data agregat Indikator Keluarga Sehat berbasis kewilayahan dengan memanfaatkan akses Nomor Induk Kependudukan (NIK). Sedemikian pentingnya data yang diperoleh sehingga harus didokumentasikan dengan baik.

Pelaksanaan hal tersebut juga memerlukan keterampilan yang khusus dalam memproses, menganalisis sampai menyajikan data menjadi informasi. Ketersediaan pengolah pangkalan data di Kecamatan Ciampela, masih terbatas sumberdaya pengelolanya. Di UPT Puskesmas Kecamatan Ciampela hanya tersedia satu orang sebagai pengolah data dan manajemen SIMPUS.

Jika Pendekatan keluarga sudah menggunakan aplikasi berbasis teknologi hal ini memberikan peluang terhadap sumber daya manusia sebagai operator, dan proses pendokumentasian tidak lagi memakan waktu lama seperti yang selama ini dilakukan secara manual. Banyaknya form-form pada sistem pencatatan dan pelaporan suatu kegiatan , akan bisa di kurangi penggunaannya dalam proses suatu kegiatan / program.

Berdasarkan indikator ketersediaan pada evaluasi proses Pendekatan Keluarga dalam kegiatan pendokumentasian baik secara manual maupun yang dilakukan berdasarkan aplikasi memerlukan sumber daya yang khusus untuk mengolahnya , relevansi dengan prinsip teknologi tepat guna yang selama ini melekat pada Puskesmas amat tepat, demikian juga dalam hal efisiensi dan keterjangkauan.

Pendapat penulis melalui aplikasi Keluarga Sehat akan lebih menjangkau Keluarga secara kuantitas maupun kualitas data yang diperoleh. Yang menjadi pertimbangan adalah sumber daya manusia yang menjalankan nya apakah sudah terkualifikasi sesuai standar /tidak, bagaimana bentuk sosialisasi dan pelatihannya agar bisa melakukan proses yang diinginkan dalam kegiatan Pendekatan keluarga ini. Dari proses mendokumentasikan akan dijadikan sumber informasi untuk disebarluaskan kepada pihak-pihak yang berkepentingan stakeholder kesehatan maupun lintas sektor sebagai bahan pertimbangan apakah Pendekatan Keluarga bisa dilanjutkan diresikel atau dihentikan .

#### E. Keterbatasan Penelitian

- a. Penelitian ini tidak melibatkan pihak Dinas Kabupaten Bogor dalam triangulasi sumber Pendekatan Keluarga sebagai pengelola program.
- b. Pada saat penelitian , Kepala UPF Puskesmas Cinangka sebagai penanggung jawab kesehatan Desa Cinangka dan Desa Tegal Waru tidak dapat ditemui sehubungan dengan adanya tugas di luar kota.
- c. Formulir data keluarga yang dijadikan profil kesehatan keluarga (prokesga) tidak menggunakan formulir yang sesungguhnya yang tersedia dari Kementerian Kesehatan, penulis hanya mengadopsinya berdasarkan buku petunjuk teknis.
- d. Pengambilan data, penggalian informasi dan pengolahan data dilakukan peneliti sendiri sebagai bagian instrumen penelitian yang mungkin banyak kekurangan dalam pelaksanaannya.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN, IMPLIKASI, DAN REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan penelitian tentang analisis pelaksanaan Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016, maka kesimpulan yang dapat diambil antara lain:

1. Faktor pemudah (*predisposisi*), yang dianalisis secara univariat untuk mendapatkan deskripsi karakteristik keluarga di Kecamatan Ciampela dari variabel usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, jumlah anggota keluarga, penghasilan keluarga dan sikap terhadap Keluarga sehat tergambar lewat distribusi dan frekuensi. Demikian juga faktor ketersediaan (*enabling faktor*) yaitu sarana dan fasilitas kesehatan serta faktor reinforcing (*penguat*) berupa dukungan tenaga kesehatan, tokoh masyarakat dan kader tergambar dalam distribusi dan frekuensi.
2. Distribusi frekuensi usia keluarga di Kecamatan Ciampela usia dewasa lanjut (25 tahun - >60 tahun) lebih banyak yaitu 97 responden (89,8%) dibandingkan keluarga dengan usia remaja akhir (15-24 tahun) 11 responden (10,2 %) . Distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden dengan tingkat pendidikan rendah lebih banyak yaitu 71 responden (65,7 %) dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan tinggi 37 responden (34,3 %). Distribusi pengetahuan rendah yaitu 56 responden ( 51,9%) lebih banyak dari responden yang berpengetahuan baik 52 responden (48,1%). Jumlah anggota keluarga besar ( > 4 orang) lebih banyak yaitu 75 responden (69,4%)

dibandingkan jumlah anggota keluarga kecil 33 responden (30,6%). Penghasilan keluarga rendah (dibawah UMR Kabupaten Bogor =Rp. 2.960.325) lebih banyak yaitu 73 responden (67,6%) dibandingkan penghasilan keluarga tinggi 35 responden (32,4%). Sikap negative keluarga lebih banyak yaitu 56 responden (51,9%) dibandingkan dengan sikap positif Keluarga 52 responden (48,1%). Ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan lebih banyak tersedia 68 responden (63%) dibandingkan tidak tersedia 40 responden (73 %). Dukungan tenaga kesehatan, kader dan tokoh masyarakat lebih banyak yang tidak menerima dukungan yaitu 70 responden (64,8%) dibandingkan dengan yang menerima dukungan 38 responden (35,2%).

3. Indeks Keluarga Sehat (IKS) berdasarkan rekapitulasi keluarga di Desa Bojong Rangkas didapatkan hasil Keluarga Sehat sebanyak 14 Keluarga, Keluarga Pra Sehat 11 Keluarga dari 25 Keluarga yang menjadi sampel penelitian. Berdasarkan pengukuran Indikator Keluarga Sehat (IKS) tingkat desa didapatkan hasil 1,272 yang dikategorikan **Desa Bojong Rangkas sebagai Keluarga Sehat**. Cakupan indikator yang memerlukan perhatian adalah indikator ke-9 *anggota keluarga tidak ada yang merokok* dengan hasil sebesar 56 %.
4. Indeks Keluarga Sehat (IKS) berdasarkan rekapitulasi keluarga di Desa Tegal Waru didapatkan hasil Keluarga Sehat sebanyak 19 Keluarga, Keluarga Pra Sehat 7 Keluarga, dan Keluarga Tidak Sehat sebanyak 4 Keluarga dari 31 Keluarga yang menjadi sampel penelitian. Berdasarkan pengukuran Indikator Keluarga Sehat (IKS) tingkat desa didapatkan hasil 0,612 yang dikategorikan **Desa Tegal Waru sebagai**

**Keluarga Pra Sehat.** Cakupan indikator yang memerlukan perhatian adalah indikator ke-4 *Bayi mendapatkan ASI Eksklusif* (66,65%) indikator ke-9 *anggota keluarga tidak ada yang merokok* (19,3 %) dan indikator ke-10 *keluarga sudah menjadi anggota JKN* (54,8%).

5. Indeks Keluarga Sehat (IKS) berdasarkan rekapitulasi keluarga di Desa Cinangka didapatkan hasil Keluarga Sehat sebanyak 9 Keluarga, Keluarga Pra Sehat 5 Keluarga, dan Keluarga Tidak Sehat sebanyak 16 Keluarga dari 30 Keluarga yang menjadi sampel penelitian. Berdasarkan pengukuran Indikator Keluarga Sehat (IKS) tingkat desa didapatkan hasil 0,3 yang dikategorikan **Desa Cinangka sebagai Keluarga Tidak Sehat.** Cakupan indikator yang memerlukan perhatian adalah indikator ke-3 *Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap* (57,1%), indikator ke-4 *Bayi mendapatkan ASI Eksklusif* (14, 28 %), indikator ke-6 *Penderita TB berobat sesuai standar* (66,6%), indikator ke-7 *penderita hipertensi melakukan pengobatan teratur* (50%) , indikator ke-9 *anggota keluarga tidak ada yang merokok* (7,14 %) dan indikator ke-10 *keluarga sudah menjadi anggota JKN* (42,85%).
6. Indeks Keluarga Sehat (IKS) berdasarkan rekapitulasi keluarga di Desa Ciampea Udik didapatkan hasil Keluarga Sehat sebanyak 6 Keluarga, Keluarga Pra Sehat 9 Keluarga, dan Keluarga Tidak Sehat sebanyak 7 Keluarga dari 22 Keluarga yang menjadi sampel penelitian. Berdasarkan pengukuran Indikator Keluarga Sehat (IKS) tingkat desa didapatkan hasil 0,277 yang dikategorikan **Desa Ciampea Udik sebagai Keluarga Tidak Sehat.** Cakupan indikator yang memerlukan perhatian adalah

indikator ke-1 *keluarga mengikuti program KB* (57,1%) indikator ke-9 *anggota keluarga tidak ada yang merokok* (0 %) .

7. Indeks Keluarga Sehat (IKS) berdasarkan rekapitulasi keluarga dari Kecamatan Ciampela didapatkan hasil Keluarga Sehat sebanyak 46 Keluarga, Keluarga Pra Sehat 35 keluarga, dan Keluarga Tidak Sehat sebanyak 27 Keluarga dari 108 Keluarga yang menjadi sampel penelitian. Berdasarkan pengukuran Indikator Keluarga Sehat (IKS) tingkat desa didapatkan hasil 0,425 yang dikategorikan **Kecamatan Ciampela sebagai Keluarga Tidak Sehat.** Cakupan indikator yang memerlukan perhatian adalah indikator ke-4 *Bayi mendapatkan ASI Eksklusif* (54,54 %), indikator ke-6 *Penderita TB berobat sesuai standar* (66,6%), indikator ke-9 *anggota keluarga tidak ada yang merokok* (25,58 %) dan indikator ke-10 *keluarga sudah menjadi anggota JKN* (67,59%).
8. Evaluasi proses berdasarkan kegiatan **memonitor** seluruh informan mengatakan perlu dilakukan dengan acuan yang ada seperti pedoman atau petunjuk teknis agar terpenuhi indikator evaluasi berdasarkan indikator ketersediaan, indikator relevansi, indikator efisiensi dan indikator keterjangkauan. Ketersediaan dari sumberdaya sesuai dengan unsur manajemen (*Man, Money, Method, Material, dan Machine*) dalam proses Pendekatan Keluarga yang dilakukan di Kecamatan Ciampela sudah tersedia, hanya perlu dikaji lebih dalam mengenai kemampuan dalam kualitas profesionalisme, dan berapa besar anggaran yang diperlukan serta ketersediaan sumberdaya yang lain sesuai unsur manajemen. Pemantauan (monitoring) dilakukan secara internal (didalam Puskesmas) sebagai pelaksana, dan pemantauan eksternal

oleh Dinas Kesehatan Kabupaten bersamaan dengan pelaporan kegiatan dari pelayanan UKP/UKM.Pemantuan lintas sektor dilakukan melalui kegiatan mini lokakarya:

9. Kegiatan **menilai** dalam pendekatan keluarga, berdasarkan indikator ketersediaan yang dilakukan penilaian oleh nakes maupun Puskesmas Kecamatan selaku lembaga yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan diwilayahnya dinilai layak untuk dilakukan karena akan menguatkan perilaku hidup bersih dan sehat keluarga yang akan menguatkan program sebelumnya yaitu PHBS tatanan rumah tangga. Penilaian Tokoh masyarakat, kader maupun keluarga berkaitan dengan indikator Pendekatan Keluarga yang semakin banyak, dinilai perlu dilakukan dukungan dengan adanya *role model* dari tenaga kesehatan. Relevansi Pendekatan Keluarga dengan program sebelumnya dinilai mempunyai hubungan yang erat dan berkaitan, sedangkan indikator efisisensi belum dapat dinilai karena proses dan pelaksanaan Pendekatan Keluarga belum tersosialisasi di Kecamatan Ciampea. Indikator keterjangkauan Pendekatan Keluarga dinilai terjangkau karena berkaitan dengan indikator ketersediaan yang sudah ada sebelumnya yang dinilai berdasarkan unsur manajemen untuk menjangkau keluarga sebagai sasaran program.
10. Kegiatan mendokumentasikan seluruh informan nakes mengatakan sudah melakukannya dalam setiap kegiatan pelayanan, dengan kesadaran data yang diperoleh memberikan nilai informasi. Pengolahan data berpusat kepada bagian pengolahan data puskemas/ pangkalan data, yang selama ini hanya dilakukan oleh satu orang. Proses Pengambilan data untuk profil kesehatan keluarga melalui Pendekatan Keluarga ini dapat dilakukan secara manual maupun

yang berbasis aplikasi . Pendokumentasian dengan cara yang berbeda memerlukan teknik yang berbeda pula, dengan inti yang terpenting adalah sumber daya manusia sebagai operator proses pendokumentasian tersebut.

## B. Implikasi

Pelaksanaan Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampea mengandung implikasi suatu proses peggambaran pelaksanaan Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Dengan melihat gambaran karakteristik keluarga berdasarkan faktor pemudah (*predisposition factors*), faktor ketersediaan (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*) yang terangkum dalam suatu kerangka teori PRECEDE ((*Predisposing, Reinforcing, Enabling Construct in Educational/Ecological Diagnosis Evaluation*) sekaligus evaluasi terhadap pelaksanaannya.

Faktor predisposisi yang dilihat adalah usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, jumlah anggota keluarga, penghasilan keluarga dan sikap keluarga . Faktor enabling yang dilihat adalah ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan sedangkan faktor reinforcing yang meliputi dukungan tenaga kesehatan , kader dan tokoh masyarakat yang dianalisis secara univariat untuk melihat distribusi dan frekuensi setiap variabel.

Proses pendataan dan pelaksanaan Pendekatan Keluarga dilakukan dengan mengukur Indeks Keluarga Sehat (IKS) ditingkat keluarga yang terlihat dalam profil rekapitulasi kesehatan keluarga (Prokesga). Indeks Keluarga Sehat (IKS) tingkat desa dan kecamatan dalam rekapitulasi kesehatan keluarga tingkat desa dan rekapitulasi kesehatan keluarga tingkat kecamatan.

Berdasarkan proses pelaksanaan Pendekatan Keluarga , pengambilan data keluarga merupakan hal yang terpenting karena akan memberikan masukan sebagai identifikasi awal permasalahan kesehatan yang berbeda pada setiap keluarga. Pendekatan Keluarga ini akan menunjukkan peta/*mapping* akan masalah kesehatan yang timbul sebagai prioritas pada wilayah kerja puskesmas baik ditingkat keluarga, tingkat desa maupun tingkat kecamatan.

Evaluasi dilakukan dalam tiga kegiatan yaitu memonitor, menilai, dan mendokumentasikan yang didasarkan kepada empat indikator evaluasi, yaitu indikator ketersediaan, indikator relevansi, indikator efisiensi, dan indikator keterjangkauan. Kegiatan memonitor dilakukan melalui pemantauan internal dan eksternal. Pemantauan internal dilakukan oleh Kepala Puskesmas kepada seluruh staf dibawah jajarannya dengan melakukan rapat staf (*meeting staff*) dan rapat koordinasi yang menghasilkan pencapaian kinerja puskesmas (PKP). Pemantauan eksternal yang dilakukan oleh sektor kesehatan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten selaku lembaga yang lebih tinggi secara hirarki melalui rapat-rapat koordinasi maupun melalui sistem pelaporan rutin dan berkala. Untuk lintas sektor seperti Kecamatan evaluasi dilakukan melalui mini lokakarya.

Penilaian Pendekatan Keluarga menurut seluruh informan memiliki indikator yang lebih banyak dari indikator sebelumnya dari program kesehatan yang ada, yaitu PHBS tatanan rumah tangga. Informan tenaga kesehatan mengatakan ini merupakan tantangan dalam tugas dan bisa menjadi penguatan untuk ber-PHBS. Informan keluarga, kader maupun tokoh masyarakat mengatakan memerlukan dukungan dengan adanya role

model dari tenaga keseahtan. Penilaian berdasarkan indikator relevansi dinyatakan memiliki relevansi yang tinggi dengan program sebelumnya (PHBS tatanan rumah tangga), indikator efisiensi belum bisa dikatakan karena belum tersosialisasi, sedangkan keterjangkauan dinyatakan dapat dijangkau dengan kelayakan adanya sumber daya manusia maupun sumber daya lain yang sudah dilakukan pada program sebelumnya.

### C. Rekomendasi

#### 1. Bagi Pengelola Program

##### a. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- i. Penunjukkan wilayah pelaksanaan program hendaknya diikuti dengan sosialisasi pada wilayah yang ditunjuk mulai dari hierarki puncak (Dinas Kesehatan Provinsi – Dinas Kabupaten/ Kota) sampai satuan lembaga terendah sebagai pelaksana program (UPTD Kesehatan) di Kecamatan. Akses informasi dirasakan belum merata sehubungan dengan belum tersosialisasinya Pendekatan Keluarga di Kecamatan Ciampea, yang merupakan bagian satu dari 9 Provinsi terpilih pelaksanaan Program.
- ii. Pendekatan keluarga yang diluncurkan terkesan tumpang tindih dengan program sebelumnya (PHBS) maupun Desa Siaga pada lintas sektor, perlu diperjelas peran sektor kesehatan dengan keterlibatan dan penguatan tenaga kesehatan pada pelaksanaannya untuk mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat keluarga.
- iii. Relevansi dengan program sebelumnya masih ada (PHBS) namun demikian indikator yang bertambah jumlahnya hendaknya diiringi dengan kemudahan akses

dalam instrumen/ formulir pendataan maupun pendataan yang berbasis aplikasi, mengingat sebagian besar pelaksanaan pendataan di lapangan akan memberdayakan kader yang berbeda pemahaman dan pengetahuannya dengan tenaga kesehatan. Hal ini juga akan meningkatkan efisiensi dan keterjangakuan program yang lebih luas.

- iv. Pada pelaksanaan perlu dilakukan pelatihan tenaga terampil .

#### **b. Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor**

- i. Peningkatan sosialisasi dengan menjangkau seluruh UPTD Kesehatan di tingkat kecamatan tanpa terkecuali dalam sosialisasi pendekatan keluarga.
- ii. Indikator yang ada pada program Keluarga Sehat, khususnya indikator 9,10,11, dan 12 (anggota keluarga tidak ada yang merokok, keluarga sudah menjadi anggota JKN, keluarga mempunyai akses dan sarana air bersih, serta keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat) yang merupakan bagian dari perilaku dan kesehatan lingkungan memiliki keterkaitan dengan lintas sektor, untuk perlu dilakukan komunikasi, bina suasana , kemitraan maupun pemberdayaan dengan institusi – institusi terkait sebagai bagian pembangunan berwawasan kesehatan.
- iii. Khusus untuk perilaku merokok, kebijakan Pemda Kabupaten Bogor telah menjadikan KTR sebagai PerDa dapat terus diadvoksi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor karena dalam pelaksanaannya masih belum berjalan dengan baik.
- iv. Kabupaten Bogor memiliki visi sebagai Kabupaten Termaju di Indonesia, hendaknya diiringi dengan peningkatan keterampilan dan pengetahuan untuk sumber daya manusianya demikian halnya dengan sumber daya kesehatan, berdasarkan observasi

belum ditemukan sumber daya manusia berlatar belakang Sarjana Kesehatan Masyarakat sebagai tenaga promosi kesehatan di UPTD Kecamatan.

### c. UPTD. Kesehatan Kecamatan Ciampea.

- i. Perlu segera dilakukan sosialisasi pendekatan keluarga di Kecamatan Ciampea, mengingat kesadaran keluarga untuk mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat perlu didukung penuh oleh tenaga kesehatan.
- ii. Melalui Pendekatan keluarga bisa dilakukan upaya promosi kesehatan yang lebih inovatif dan menjangkau langsung keluarga melalui instrument pinkesga (paket informasi kesehatan keluarga) yang bisa dilakukan sebagai intervensi yang berbeda pada setiap keluarga.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Program Keluarga Sehat dapat dijadikan wahana bagi pelaksanaan pengabdian masyarakat dengan melibatkan mahasiswa dalam penelitian maupun tenaga terampil pendamping dalam pelaksanaan program tersebut

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, Umar Fahmi. 2014. *Kesehatan Masyarakat Teori Dan Aplikasi*. Depok: Rajawali Press
- Bambang, Setiaji. 2001. *Studi kualitatif Proses Pelaksanaan Kegiatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga . Studi Kasus: di Darah Panduan PHBS Kabupaten Bekasi, Jawa Barat Tahun 2000*. Tesis. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- BPS. 2014. *Jawa Barat Dalam Angka 2014*. Jakarta: Biro Pusat Statistik
- BPS. 2014. *Kabupaten Bogor Dalam Angka*. Jakarta:Biro Pusat Statistik
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2014. *Profile Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2104*.<http://diskes.jabarprov.go.id/dmdocuments/0ce8aa75df6bccca668324dbf0b828479.pdf>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.2013. *Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten bogor 2013-2018*. Bogor:  Dinkes <https://bogorkab.go.id/uploads/images/Bogorkab/Rencana%20Strategis%202015/Dinkes.pdf>
- \_\_\_\_\_. 2013. *Kebijakan , Pemanfaatan, Penganggaan dan Pertanggung Jawaban Dana JKN*. <http://diskes.jabarprov.go.id/dmdocument/0efd1a6935B9968a37078a37078a91b652c42f6.pdf>
- Green.W, Lawrence. 2005. *Health Program Planning An Educational and Ecological Approach*. Fourth Edition. Mc Graw Hill : New York.

Heaney.Catherine & Israel Barbara. 2002. *Social Networks and Social support in Health Behavior & Health Education.Theory Reserch and ractice. 3rd Edition.* San Francisco: Joses Bas

Hapsari. 2010. *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Ibu Rumah Tangga Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Desa Tunggulsari Kecamatan Bransong Kabupaten Kendal Tahun 2010.* Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang

Humas Jabar.2016. *Jabar Dipilih Jadi Provinsi Prioritas program Indonesia Sehat.* [http://humas.jabarprov.go.id/berita/detail/jabar\\_dipilih\\_jadi\\_provinsi\\_prioritas\\_program\\_indonesia\\_sehat](http://humas.jabarprov.go.id/berita/detail/jabar_dipilih_jadi_provinsi_prioritas_program_indonesia_sehat) .

Jaedun, Amat.2010. *Metode Penelitian Evaluasi.* Yogyakarta: Lembaga Penerbitan Universitas Negeri Yogyakarta.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Strategi nasional pengendalian TB di Indonesia 2010-2014.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

---

2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor:2269/MENKES/PER/XI/2011 Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat.* Jakarta: Kemenkes RI

---

2012. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 Tentang pemberian Air Susu Ibu Ekslusif .* Jakarta: Kemenkes RI.

- Kementerian Republik Indonesia. 2012. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI
- \_\_\_\_\_. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes RI
- \_\_\_\_\_. 2014. *Ringkasan Eksekutif Data dan Informasi Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. Pusdatin Kemenkes RI. Jakarta: Kemenkes RI
- \_\_\_\_\_. 2015. *Profile Kesehatan Indonesia Tahun 2015*.
- \_\_\_\_\_. 2016. *Petunjuk Teknis Pengelolaan Manajemen Puskesmas Dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta: Kemenkes RI
- Lumban Gaol, Tiomarni. 2013. *Pengaruh Faktor Sosiodemografi, Sosioekonomi dan Kebutuhan Terhadap Perilaku Masyarakat Dalam Pencarian Pengobatan Di Kecamatan Medan Kota Tahun 2013*. Tesis. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Lamseshow, Stanley ; Hosmer, Jr ; Klar , Jenelle & Lwanga, Stephen. 1998. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Maulana.Heri. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta:EGC,
- Mulyana, Agus.2015. *Evaluasi Program Konservasi Pendengaran (PKP) Di Pembangkit Listrik Tenaga Uap (PLTU) Tanjung Jati B unit 1-2 Jepara Jawa Tengah Tahun 2015*. Tesis. Jakarta: Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof.DR.HAMKA.
- Moleong, Rexy J. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya

- Notoatmodjo.Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rieneka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2010. *Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rieneka Cipta
- Oktarina.Helza.Evvi.2015. *Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan kejadian IMS Akut Di Puskesmas Kecamatan Kebun Jeruk Tahun 2014*. Skripsi. Depok: FKM Universitas Indonesia
- Puslitbang Sumber daya dan Pengembangan.2016. *Kesehatan Dalam Rangka Sistanable Development Goals (SDGs)*. SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf.
- Syafrizal.2002. *Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Dan Faktor Yang Berhubungan Dengannya Pada Keluarga Di Muara Bungo Propinsi Jambi Tahun 2002*. Tesis. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Suharto, Edi. 2005. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Bandung: PT.Refika Aditama
- Santosa , Karina Samaria. 2012. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta Tahun 2012*. Tesis. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Susanto.Tantut.2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media
- Suryanti.Siti.2015. *Faktor Yang Berhubungan Dengan PHBS Tatanan rumah tanga Di Desa Iwul Kecamatan Parung Kabupaten Bogor*. Skripsi, Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Swarjana.I Ketut.2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*. Yogyakarta:

Penerbit Andi & STIKES Bali

Susila & Suyanto. 2015. *Metodologi Penelitian Retrospective/Ex Post Facto Case Control Causal Corelation* Klaten: Boss Script

UNDP. 2015. *Konvergensi Agenda Pembangunan*. [www.id.undp.org/content/dam/indonesia/2015/doc/publication/ConvFinal-Id.pdf?](http://www.id.undp.org/content/dam/indonesia/2015/doc/publication/ConvFinal-Id.pdf)

Widodo Romi. 2013. *Rancangan Sistem Informasi Pemantauan dan Evaluasi Kinerja Program Malaria di Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Wirawan. 2011. *Evaluasi, Teori, Model, Standar, Aplikasi Dan Profesi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada

Wardani. 2012. *Peningkatan Determinan Sosial Dalam Menurunkan Kejadian Tuberkulosis Paru*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 9, No. 1, Agustus 2014, hal.39-43

## Lampiran 1. Instrument Penelitian

### KUESIONER PENELITIAN GAMBARAN PELAKSANAAN KELUARGA SEHAT DI KECAMATAN CIAMPEA KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016

Assalammualaikum wr.wb

YTH. Bapak/Ibu/Sdr/i

Ditempat

Teriring salam sejahtera semoga Bapak/Ibu/Sdr/i dalam keadaan sehat . Perkenalkan saya

Nama :Hidayati

NIM :1408046014

Adalah mahasiswa Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof.DR.HAMKA Jakarta yang sedang mengambil data/informasi untuk tugas akhir (tesis) dengan judul *Gambaran Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016*

Untuk itu kami berharap Bapak/Ibu/Sdr/i bersedia menjadi responden kami. Kuisioner ini semata-mata ditujukan untuk penelitian, identitas/informasi yang diberikan akan dirahasianakan sepenuhnya. Atas bantuan Bapak/Ibu/Sdr/i kami ucapkan terima kasih. Semoga Allah S.W.T membalas kebaikan Bapak/Ibu/Sdr/i

#### IDENTITAS RESPONDEN

1. Nomor Responden : (Diisi oleh peneliti)
2. Nama Responden :

3. Usia : ..... tahun.
4. Pendidikan terakhir Responden:
1. Tidak sekolah
  2. Tidak tamat SD
  3. Tamat SD
  4. Tamat SLTP
  5. Tamat SLTA
  6. Tamat Perguruan Tinggi
5. Jumlah anggota keluarga yang tinggal dirumah anda saat ini :
1. Dua orang
  2. Tiga Orang
  3. Empat Orang
  4. > Empat Orang
6. Berapa jumlah pendapatan keluarga anda (dari penghasilan suami (Ayah)/ penghasilan isteri(Ibu) atau keduanya) setiap bulannya:  
: Rp. .....

## I. PENGETAHUAN

Berilah tanda cek list (✓) pada jawaban yang Anda anggap benar

No	Pertanyaan	YA	TIDAK
1	Apakah Pria bisa menjadi akseptor (peserta) Keluarga Berencana		
2	Apakah Persalinan ibu sebaiknya dilakukan di Puskesmas/ Bidan/Klinik/RS (Fasilitas Kesehatan)		
3	Apakah Bayi dibawah satu tahun harus menerima imunisasi lengkap dasar		

4	Apakah Bayi sampai usia 6 bulan harus mendapatkan ASI Ekslusif		
5	Apakah Pertumbuhan balita bisa dipantau dengan menimbang berat badanya setiap bulan di Posyandu / Fasilitas kesehatan		
6	Apakah Penderita TB Paru harus berobat teratur selama 6 bulan		
7	Apakah Penderita hipertensi harus berobat teratur		
8	Apakah Penderita gangguan jiwa seharusnya tidak ditelantarkan dan diobati		
9	Apakah Anggota keluarga boleh merokok didalam rumah		
10	Apakah Keluarga dan seluruh anggota keluarga harus memiliki jaminan kesehatan		
11	Apakah Keluarga harus mempunyai sarana air bersih		
12	Apakah Keluarga harus menggunakan menggunakan jamban sehat		

## II. SIKAP

Pilihlah pernyataan yang sesuai dengan jawaban anda, berilah tanda ceklist (✓) pada kolom yang disediakan, dengan keterangan sebagai berikut

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

RR = Ragu-ragu

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	RR	TS	STS
1.	Akseptor (peserta) Keluarga Berencana bisa dikuti pria/para Bapak					
2.	Persalinan ibu sebaiknya dilakukan di Puskesmas/ Bidan/Klinik/RS (Fasilitas Kesehatan)					
3.	Bayi dibawah satu tahun harus menerima imunisasi lengkap dasar					
4.	Bayi sampai usia 6 bulan mendapatkan ASI Ekslusif					
5.	Pertumbuhan balita bisa dipantau dengan menimbang berat badanya setiap bulan di Posyandu / Fasilitas kesehatan					
6.	Penderita TB Paru berobat teratur selama 6 bulan					
7.	Penderita hipertensi harus berobat teratur					
8.	Penderita gangguan jiwa tidak ditelantarkan dan diobati					
9.	Anggota keluarga tidak ada yang merokok didalam rumah maupun di luar rumah					
10.	Keluarga dan seluruh anggota keluarga memiliki jaminan kesehatan					
11.	Keluarga mempunyai sarana air bersih					
12.	Keluarga menggunakan jamban sehat					

### III. KETERSEDIAAN FASILITAS DAN SARANA

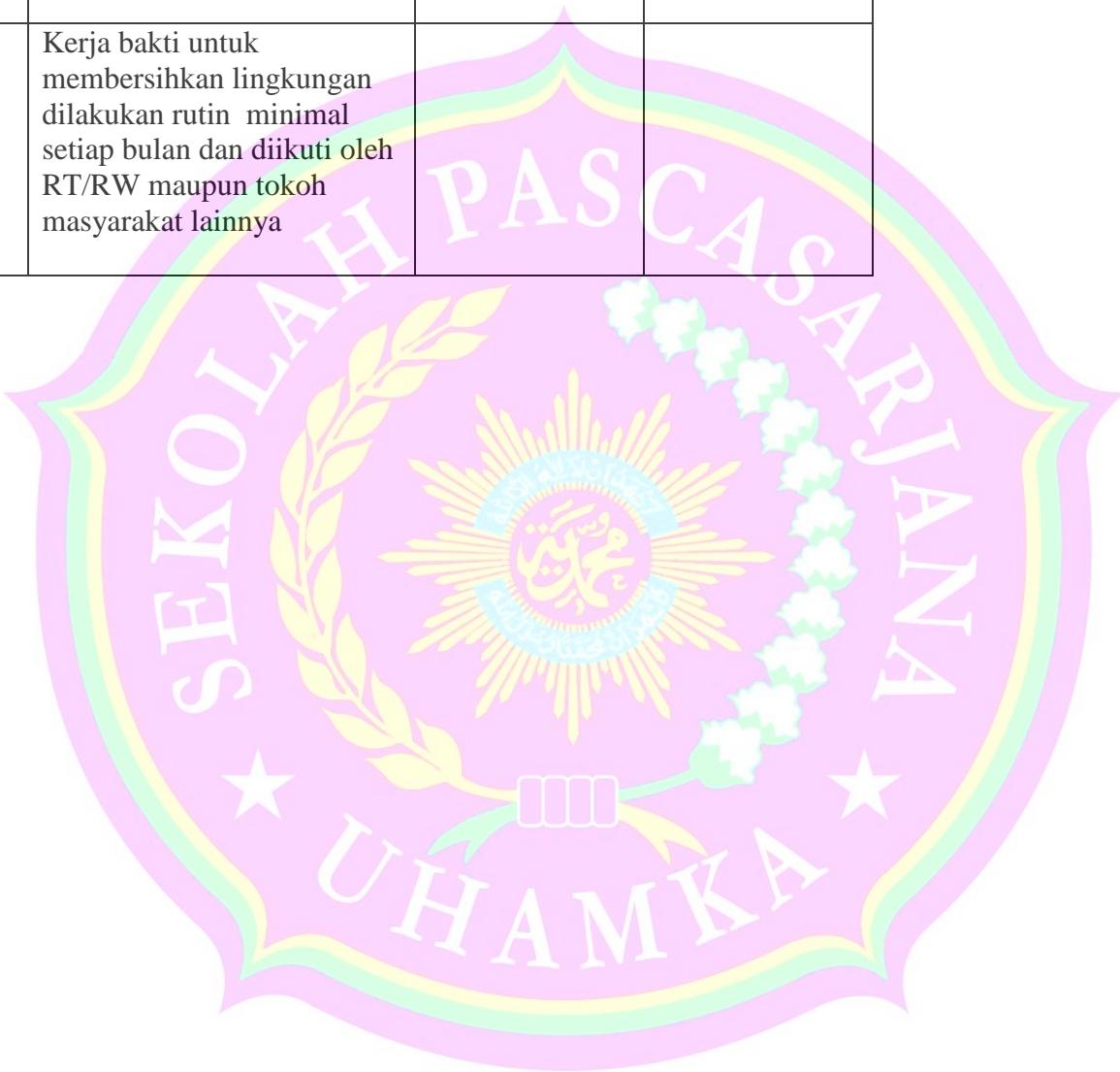
Berilah tanda Ceklist (✓) pada jawaban yang anda anggap tepat, dan sebutkan lainnya bila ada

No	Pertanyaan	YA	TIDAK	Lainnya
1	Fasilitas Kesehatan seperti Puskesmas / Klinik Bidan tersedia dilingkungan tempat tinggal saya dan dapat ditempuh dengan berjalan kaki atau naik motor dengan waktu sekitar 5-10 menit			
2	Dilingkungan RT/RW rumah anda terdapat posyandu			
3	Di sekitar lingkungan rumah tersedia tempat sampah			
4	Di dalam rumah tersedia sumber air bersih			
5	Didalam rumah tersedia jamban sehat			

### IV. DUKUNGAN TENAGA KESEHATAN & TOKOH MASYARAKAT

No	Pertanyaan	YA	TIDAK
1	Petugas Puskesmas datang kerumah dan lingkungan tempat tinggal untuk pemberian informasi Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS)		
2	Ada Penyuluhan KB oleh Petugas PLKB/Bidan yang diterima secara berkala		

3	Kader Posyandu memeriksa jentik nyamuk setiap minggu ke rumah warga		
4	Informasi mengenai PHBS dan Kesehatan tersedia di mading (Papan Pengumuman ) RW		
5	Kerja bakti untuk membersihkan lingkungan dilakukan rutin minimal setiap bulan dan diikuti oleh RT/RW maupun tokoh masyarakat lainnya		



V. PERILAKU (Rekapitulasi Indikator Keluarga Sehat , di isi oleh Peneliti)

No	Indikator	Suami	Istri	Balita	Bayi	Dewasa	Remaja	Keluarga
1	Keluarga mengikuti Program KB							
2	Persalinan ibu di fasilitas kesehatan							
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap							
4	Bayi mendapat ASI Ekslusif							
5	Pertumbuhan balita dipantau							
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar							
7	Penderita hipertensi berobat teratur							
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelantarkan dan diobati							
9	Anggota keluarga tidak ada yang merokok							
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN							
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih							
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat							
Jumlah indikator Y (Ya)								
Indeks Keluarga Sehat								

## Lampiran 2

### Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara ini akan di aplikasikan setelah dilakukan perhitungan kedua belas indikator keluarga sehat dari seluruh responden. Indikator terendah dalam satu keluarga akan digali lebih dalam dengan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan tema pengetahuan, sikap dan dukungan. Penggalian data melalui kelompok Diskusi terarah (DKT)/*Foccus Group Discussion* (FGD) juga dilakukan.

### Informan Kunci

INDIKATOR	TEMA		
	PENGETAHUAN	SIKAP	DUKUNGAN
Indikator anggota keluarga tidak ada yang merokok	<ol style="list-style-type: none"><li>Bagaimana menurut anda perilaku merokok, apa saja yang anda ketahui megenai rokok ?</li><li>Pernahkah anda mendengar peraturan mengenai merokok ? dari mana anda mengetahuinya, bisa dijelaskan?</li><li>Bagaimana dampak merokok terhadap kesehatan keluarga , bisa anda ceritakan?</li></ol>	Bagaimana sikap anda terhadap merokok ?	Bagaimana dukungan yang ada mengenai merokok, jika ada yang mendukung, seperti apa dan siapa yang berperan? Jika tidak ada, mengapa? Bisa anda ceritakan?
Indikator bayi mendapat ASI eksklusif	1. Apakah anda pernah mendengar istilah ASI Eksklusif?	Bagaimana sikap anda terhadap merokok ?	Bagaimana dukungan yang

	<p>Jika ya bisa dijelaskan apa itu arti ASI eksklusif ? dari mana sumber informasinya? Jika tidak, apa yang anda ketahui mengenai proses menyusui bayi ?</p> <p>2. Menurut anda mengapa ASI Eksklusif atau menyusui penting bagi bayi? Bisa anda jelaskan?</p>		<p>ada mengenai merokok, jika ada yang mendukung, seperti apa dan siapa yang berperan? Jika tidak ada, mengapa? Bisa anda ceritakan?</p>
Indikator penderita TB Paru berobat sesuai standar	<p>1. Apakah anda pernah mendengar istilah TB Paru? Jika Ya, bisa anda jelaskan</p> <p>2. Jika Tidak, apakah anda pernah melihat atau mendengar orang yang batuk-batuk dan tidak sembuh selama dua minggu ?</p> <p>3. Apa yang menjadi pemicu sakit atau batuk tersebut ? bisa anda jelaskan?</p> <p>4. Dapatkah TB Paru dicegah? Bagaimana caranya?</p> <p>5. Bagaimana seharusnya orang yang sakit TB Paru berobat?</p>	<p>Bagaimana sikap anda terhadap pengobatan TB Paru yg sesuai standar ?</p>	<p>Bagaimana dukungan yang ada mengenai pengobatan paru sesuai standar?</p>

	6. Bagaimana dampak TB Paru terhadap kesehatan keluarga ?		
Indikator Keluarga sudah menjadi anggota JKN	<p>1. Apakah anda pernah mendengar JKN? Jika Ya, apa saja yang anda ketahui tentang JKN?</p> <p>2. Jika belum mendengar mengapa ?</p> <p>3. Bagaimana menurut anda apakah semua orang dalam keluarga harus memiliki JKN? Tolong ceritakan?</p>	Bagaimana sikap anda terhadap JKN ?	Bagaimana dukungan yang ada mengenai JKN?
<b>TEMA EVALUASI</b>			
Aktivitas Menilai	<p>1. Apakah Bapak/Ibu Pernah mendengar Program Keluarga Sehat ? Bisakah anda ceritakan ?</p> <p>2. Dalam program kesehatan pada umumnya sampai seberapa jauh keluarga atau diri anda sendiri dilibatkan ?</p> <p>3. Program – program yang selama ini diperkenalkan apakah memberikan manfaat untuk diri sendiri/keluarga? Jika Ya , apa saja manfaatnya? Jika tidak, dapatkah dijelaskan kendala/hambatannya?</p>		

--	--	--

## Informan Pendukung

### Kader dan Tokoh Masyarakat

INDIKATOR	TEMA		
	PENGETAHUAN	SIKAP	DUKUNGAN
Indikator anggota keluarga tidak ada yang merokok	pertanyaan sama dengan informan kunci	pertanyaan sama dengan informan kunci	Bagaimana bentuk dukungan yang anda berikan untuk keluarga dan masyarakat ? Selain anda siapa saja yang berperan dalam dukungan ini, bisa anda ceritakan?
Indikator bayi mendapat ASI eksklusif	pertanyaan sama dengan informan kunci	pertanyaan sama dengan informan kunci	Bagaimana bentuk dukungan yang anda berikan untuk keluarga dan masyarakat ? Selain anda siapa saja yang berperan dalam dukungan ini, bisa anda ceritakan?
Indikator penderita TB Paru berobat sesuai standar	pertanyaan sama dengan informan kunci	pertanyaan sama dengan informan kunci	Bagaimana bentuk dukungan yang anda berikan untuk keluarga dan masyarakat ? Selain anda siapa saja yang berperan dalam dukungan ini, bisa anda ceritakan?
Indikator Keluarga sudah menjadi anggota JKN	pertanyaan sama dengan informan kunci	pertanyaan sama dengan informan kunci	Bagaimana bentuk dukungan yang anda berikan untuk keluarga dan masyarakat ?  Selain anda siapa saja yang berperan dalam dukungan ini, bisa anda ceritakan?
<b>TEMA EVALUASI</b>			
Aktivitas Memonitor			Aktivitas Menilai

<p>1. Apakah Bapak/Ibu Pernah mendengar Program Keluarga Sehat ? Bisa kah anda ceritakan ?</p> <p>2. Dalam program kesehatan yang diluncurkan pemerintah, apakah anda dilibatkan untuk pemantauannya? Jika Ya, bisa anda ceritakan Jika tidak, mengapa?</p> <p>3. Bagaimana cara anda memantau suatu program kesehatan ?</p>	<p>1. Bagaimana cara anda menilai program kesehatan berhasil atau tidak ?</p> <p>2. Apakah program keluarga sehat ini bermanfaat untuk masyarakat dan bisa dilanjutkan, tolong jelaskan ?</p>
--	---

### Informan Pendukung

#### Tenaga Kesehatan

INDIKATOR	TEMA		
	PENGETAHUAN	SIKAP	DUKUNGAN
Program Keluarga Sehat	Apakah anda pernah mendengar program Keluarga Sehat?	Bagaimana sikap anda terhadap indikator yang perlu perhatian	Bagaimana bentuk dukungan dan penguatan? Bagaimana kelayakan yang dapat diterapkan?
<b>TEMA EVALUASI</b>			
Aktivitas Memonitor	Aktivitas Menilai	Aktivitas Mendokumentasikan	
Bagaimana cara anda menjangkau keluarga sebagai subyek dalam program ? Bisa anda ceritakan ?	Bagaimana anda menilai program keluarga Sehat , dari ketersediaan sumber daya dalam kelayakan pelaksanaan program keluarga sehat ? Bagaimana relevansi program ? Bagaimana Efisiensi Program? Bagaimana keterjangkauan program ? Bisakah anda jelaskan ?	Bagaimana cara anda mendokumentasikan program keluarga sehat? Siapa saja yang terlibat dalam pendokumentasian ? Bisa anda jelaskan ?	

## LAMPIRAN 3

### ANALISA UNIVARIAT

#### Frequency Table

		usia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	remaja akhir	11	10.2	10.2	10.2
	dewasa lanjut	97	89.8	89.8	
	Total	108	100.0	100.0	100.0

		pendidikan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tinggi	37	34.3	34.3	34.3
	Rendah	71	65.7	65.7	
	Total	108	100.0	100.0	100.0

		Pengetahuan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	54	50.0	50.0	50.0
	Rendah	54	50.0	50.0	
	Total	108	100.0	100.0	100.0

		penghasilan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	35	32.4	32.4	32.4
	Rendah	73	67.6	67.6	
	Total	108	100.0	100.0	100.0

**anggota keluarga yang dikelompokkan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Besar	75	69.4	69.4	69.4
	Kecil	33	30.6	30.6	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

**skor sikap yang dikelompokkan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	52	48.1	48.1	48.1
	Negatif	56	51.9	51.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

**sarana dan prasarana yang dikelompokkan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tersedia	67	62.0	62.0	62.0
	Tidak tersedia	41	38.0	38.0	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

**skor dukungan yang dikelompokkan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mendukung	38	35.2	35.2	35.2
	Tidak medukung	70	64.8	64.8	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

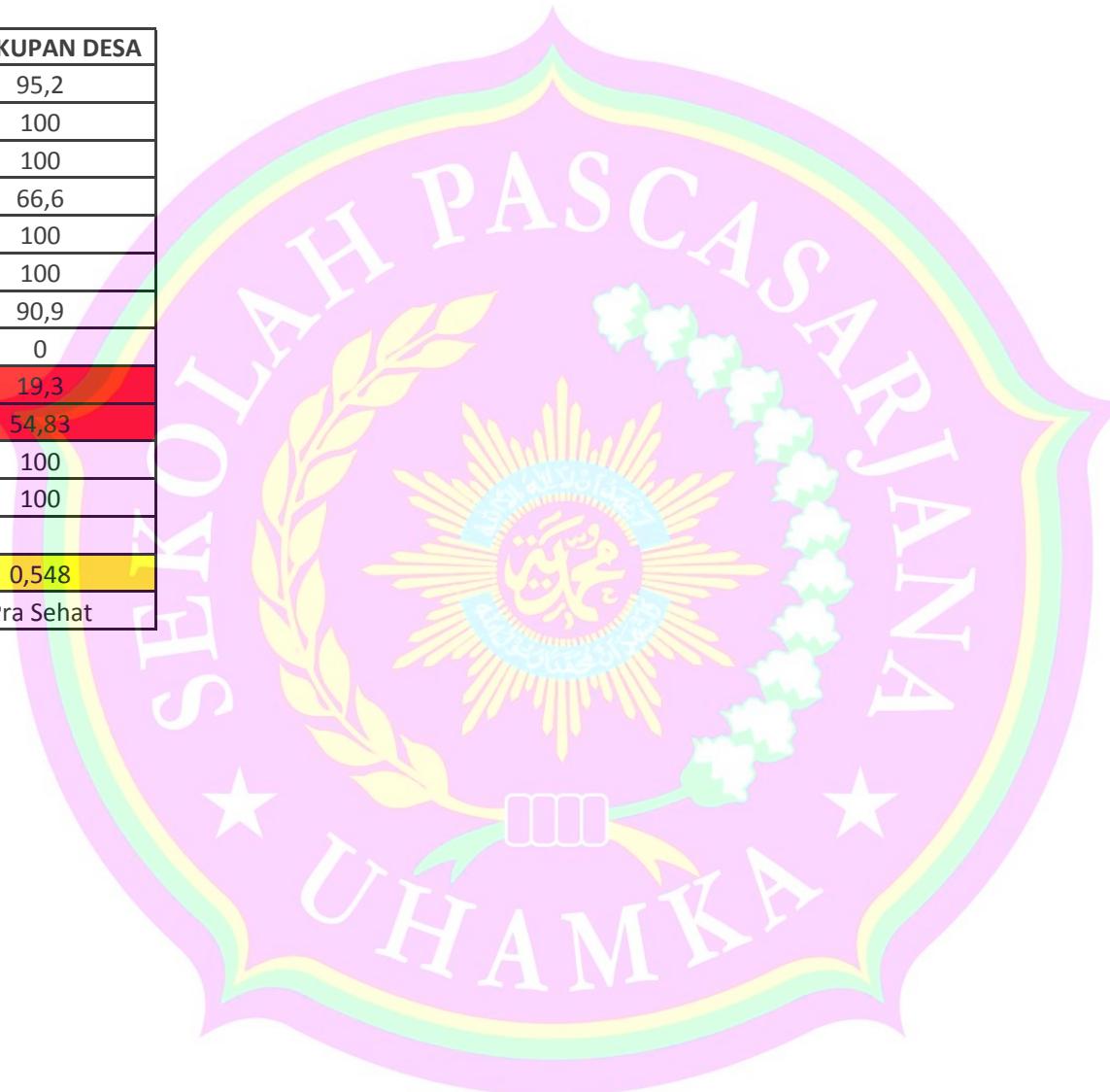
### Rekapitulasi Keluarga Di Desa Tegal Waru

No	INDIKATOR	KELUARGA						
		TW 53	TW 54	TW 55	TW 56	TW 57	TW 58	TW 59
1	Keluarga mengikuti program KB	1	1	N	1	1	1	1
2	Persalinan Ibu di Fasilitas Kesehatan	N	Y	N	Y	Y	N	N
3	Bayi mendapat imunisasi lengkap	N	Y	N	Y	Y	Y	Y
4	Bayi mendapat Asi seksklusif	N	Y	N	0	Y	0	Y
5	Pertumbuhan Balita Di Pantau	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
6	Penderita TB Paru berobat sesuai standar	1	N	N	N	N	N	N
7	Penderita hipertensi berobat teratur	N	N	1	N	N	N	N
8	Penderita gangguan jiwa tidak ditelantarkan dan diob	N	N	N	N	N	N	N
9	Anggota Keluarga tidak ada yang merokok	0	0	0	0	0	0	0
10	Keluarga sudah menjadi anggota JKN	Y	Y	0	0	0	0	0
11	Keluarga akses/mempunyai sarana air bersih	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
12	Keluarga akses/menggunakan jamban sehat	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Jumlah Indikator Y (Ya)		6/5	8/3	3/7	6/3	7/3	5/4	6/4
Indeks Keluarga Sehat		1,2	2,666	0,428	2	2,333	1,25	1,5
		1	1	3	1	1	1	1

KELUARGA													
TW 60	TW 61	TW 62	TW 63	TW 64	TW 65	TW 66	TW 67	TW 68	TW 69	TW 70	TW 71	TW 72	
N	1	1	N	1	1	1	1	N	1	N	N	N	N
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
N	N	N	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
N	N	N	N	0	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
N	N	Y	N	Y	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	N
N	N	N	N	N	1	N	N	N	N	N	N	N	N
N	1	N	1	1	N	0	N	1	1	1	1	1	N
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Y	0	Y	
0	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y	
Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
2/8	5/6	5/6	3/7	7/3	6/5	4/6	7/4	3/7	6/5	5/7	4/7	4/8	
0,25	0,833	0,833	0,428	2,3	1,2	0,666	1,75	0,428	1,2	0,714	0,57	0,5	
3	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	

TW 73	TW 74	TW 75	TW 76	TW 77	TW 78	TW 79	TW 80	TW 81	TW 82	TW 83	$\Sigma$ KEL.BER NILAI "1"
1	1	0	1	1	1	N	N	1	1	N	20
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	9
Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	6
Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	13
N	1	N	N	N	1	N	1	N	N	N	5
N	N	N	N	1	N	N	N	1	N	N	10
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0
Y	0	0	0	0	0	0	Y	Y	Y	Y	6
0	Y	0	0	Y	0	0	Y	Y	Y	Y	17
Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	31
Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	31
7/4	5/6	2/7	6/4	5/6	4/6	2/8	3/7	6/6	5/7	4/8	
1,75	0,833	0,285	1,5	0,833	0,666	0,25	0,428	1	0,714	0,5	
1	1	3	1	1	2	3	2	1	2	2	

TOTAL KLG- $\Sigma$ "N"	% CAKUPAN DESA
21	95,2
3	100
9	100
9	66,6
13	100
5	100
11	90,9
0	0
25	19,3
14	54,83
31	100
31	100
	0,548
	Pra Sehat



# Desa Cinangka



Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampela ..., Hidayati, MIKM, 2016!

# Desa Ciampela udik



# Desa Tegal Waru



Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampela ..., Hidayati, MIKM, 2016.

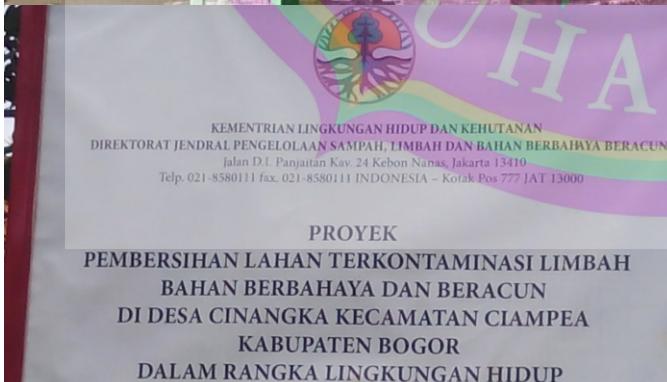
# Desa Bojong Rangkas



# Diskusi Kelompok Terarah



OAH PASCA SARJANA  
Dan Lain-Lain





# UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA

## SEKOLAH PASCASARJANA

Jl. Warung Buncit Raya No. 17, Pancoran Jakarta Selatan 12790  
Telp. (021) 79184063, 79184065 Fax. (021) 79184068  
Email : sekolahpascasarjana@uhamka.ac.id, www.uhamka.ac.id

Nomor : 776/B.04.02/2016

15 Safar 1438 H

Lampiran : ---

15 November 2016 M

Perihal : **Izin penelitian**

Yang terhormat,  
Bapak Camat Ciampela  
Juanda Dimansyah, SE, MM  
Jl. Bojong Rangkas No.1 Ciampela

*Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,*

Pimpinan Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA mohon kepada Bapak kiranya berkenan memberikan izin penelitian kepada mahasiswa kami:

Nama : **HIDAYATI**  
NIM : 1408046014  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang Pendidikan : Strata Dua (S2)  
Semester : Gasal  
Tahun Akademik : 2016/2017

yang bersangkutan bermaksud untuk memperoleh data dalam rangka menyusun tesis sebagai salah satu syarat penyelesaian Studi Magister di Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA dengan judul :

**"Gambaran Pelaksanaan Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016".**

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perkenan dan izin yang Bapak berikan, kami ucapkan terima kasih.

*Wabillahittaufiq wal hidayah,  
Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

a.n. Direktur  
Sekertaris,



**Prof. Dr. H. Ch. Suprapto, MM.**

Tembusan Yth :

Direktur (sebagai laporan)



**PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA**  
**BADAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
Jl. Kebon Sirih Nomor 18 Blok H Lantai 18, Telepon : 021-3822968, Fax: 021-3841823  
JAKARTA  
Kode Pos : 10110

**SURAT REKOMENDASI IZIN PENELITIAN**  
**NOMOR : 949/16.1/31/1.86/2016**

- Dasar : 1. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;  
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 tahun 2014;  
3. Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 12 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;  
4. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 7 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Nomor 57 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 12 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.  
5. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 47 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelayanan Izin Penelitian.  
6. Keputusan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 549 Tahun 2016 tentang Tim Pemantauan Orang Asing, Organisasi Masyarakat Asing dan Tenaga Kerja Asing.
- Menimbang : a. Bahwa sesuai surat Rekomendasi Ijin Penelitian DIREKTUR KA.PRODI IKM UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF.DR.HAMKA SEKOLAH PASCASARJANA Nomor : 709/B.04.02/2016 Tanggal 28 Oktober 2016;  
Bawa untuk tertib administrasi dan pengendalian pelaksanaan penelitian serta pengembangan perlu diterbitkan Surat Izin OBSERVASI/WAWANCARA/ANGKET/KUESIONER;  
b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, serta hasil verifikasi dan validasi Badan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta, berkas persyaratan administrasi surat izin penelitian telah memenuhi syarat.

Kepala Badan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta, memberikan Surat Rekomendasi Izin Penelitian kepada

1. Nama : HIDAYATI  
2. No. KTP : 3201114903740001  
3. Alamat : TAMAN SARI BUKIT DAMAI A-11/14 RT.002/006 KEL.PADURENAN, KEC.GUNUNG SINDUR  
4. Pekerjaan : MAHASISWA

Untuk melaksanakan OBSERVASI/WAWANCARA/ANGKET/KUESIONER, dengan rincian sebagai berikut :

- a. Judul Penelitian : GAMBARAN PELAKSANAAN KELUARGA SEHAT DI KECAMATAN CIAMPEA KABUPATEN BOGOR TAHUN 2016  
b. Tempat/Lokasi : KECAMATAN CIAMPEA, BOGOR, JAWA BARAT  
c. Bidang Penelitian : KESEHATAN MASYARAKAT  
d. Waktu : 01 NOVEMBER 2016 s.d 30 JANUARI 2017  
e. Nama Lembaga : UHAMKA

Dengan ketentuan yang harus ditaati sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat setempat/lembaga swasta yang akan dijadikan obyek lokasi;
2. Mematuhi ketentuan peraturan yang berlaku di daerah/wilayah setempat;
3. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang materinya bertentangan dengan topik/judul penelitian dimaksud;
4. Surat Izin Penelitian yang diberikan dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian Surat Izin Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya

Jakarta, 28 OKTOBER 2016



Tembusan:

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi DKI Jakarta.

Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampela ..., Hidayati, MIKM, 2016.



# PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Supratman No. 44 Telp. (022) 7206174 - 7205759  
Faksimil : (022) 7106286 website : www.bakesbangpol.jabarprov.go.id  
e-mail : bakesbangpolinmasda@jabarprov.go.id

BANDUNG

Kode Pos 40121

## SURAT KETERANGAN

070/971/X/Rekomlit/KESBAK/2016

1. Yang bertanda tangan di bawah ini :

### Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Barat

Berdasarkan Surat dari : Kepala Badan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta  
Nomor : 949/16.1/31/1.86/2016  
Tanggal : 28 Oktober 2016

Menerangkan bahwa :

a.	N a m a	:	HIDAYATI
b.	Tlp/Email	:	0817828275, 081382959303/Hidayatirazi163@gmail.com
c.	Tempat/Tgl. Lahir	:	Jakarta, 09 Maret 1974
d.	Agama	:	Islam
e.	Pekerjaan	:	Dosen
f.	Alamat	:	Tamansari Bukit Damai A-11/14 RT 02/06, Pedurenan, Gunung Sindur, Bogor
o.	Peserta	:	-
h.	Maksud	:	Penelitian
i.	Keperluan	:	Penyusunan tesis dengan judul: " Gambaran Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampea, Kabupaten Bogor Tahun 2016 "
j.	Lokasi	:	Kabupaten Bogor
k.	Lembaga/Instansi yang dituju	:	Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bogor

2. Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan/ fasilitas yang diperlukan.
3. Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, surat keterangan ini berlaku sampai dengan **31 Desember 2016**

Bandung, 28 Oktober 2016

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
PROVINSI JAWA BARAT

KEPALA BIDANG KETAHANAN EKONOMI, SENI, BUDAYA,

AGAMA DAN KEMASYARAKATAN

BADAN  
KESBANGPOL

JAWA BARAT YAYA SUNARYA, SH., MM.  
NIP. 19620823 198403 1 005



# PEMERINTAH KABUPATEN BOGOR

## KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. KSR. Dadi Kusmayadi Komplek Pemda Kel. Tengah Cibinong-Bogor 16914 Telp/Fax. (021) 8758836

Cibinong, 31 Oktober 2016

Nomor : 070/1298 -Kesbangpol  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada  
Yth. Camat Ciampela  
Kabupaten Bogor  
di-

Ciampela

Dasar :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
2. Peraturan Bupati Bogor Nomor 29 Tahun 2013 Tentang Uraian Tugas Jabatan Struktural Pada Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik.
3. Surat dari **Direktur Sekolah Pascasarjana - Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA** tanggal : **27 Oktober 2016** nomor : **709/B.04.02/2016** Perihal : Permohonan Ijin Penelitian.
4. Surat dari **Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Barat** tanggal **28 Oktober 2016** nomor : **070/971/X/Rekomlit/KESBAK/2016** Perihal : **Surat Keterangan**

Atas dasar tersebut di atas, dengan ini kami memberikan **Rekomendasi** dilaksanakannya kegiatan **penelitian** yang dilakukan oleh:

Nama	:	Hidayati
Alamat	:	Jl. Warung Buncit Raya No. 17 , Pancoran Jakarta Selatan 12790
Penanggung jawab	:	Prof. Dr. H. Ch. Suprapto, MM.
Jumlah peserta	:	1 (satu) orang
Judul	:	<i>Gambaran Pelaksanaan Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016</i>
Waktu	:	01 November s.d. 31 Desember 2016
Tempat	:	Desa Bojong Rangkas, Desa Tegal Waru, Desa Cinangka, Desa Ciampela Udik, dan Pukesmas Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor.

dengan ketentuan :

1. Mentaati seluruh ketentuan Peraturan Perundang-undangan / Peraturan Daerah yang berlaku di Kabupaten Bogor.
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan di luar ketentuan yang ditetapkan di atas.
3. Setelah selesai melaksanakan kegiatan, agar **Peneliti** yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Bupati Bogor melalui Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bogor.

Demikian, atas perhatian dan bantuannya kami ucapan terima kasih.

A.n KEPALA  
Kasi Idwasbang



ENDANG SULISTIOWATI, S.Sos., M.Si

Pembina

NIP. 1960.0702.1982.032002

Tembusan : Kepada

Yth. 1. Bupati Bogor ( sebagai laporan ).  
2. Sekertaris Sekolah Pascasarjana UHAMKA



# PEMERINTAH KABUPATEN BOGOR

## KECAMATAN CIAMPEA

Jl. Raya Warung Borong No. 6 Telp. (0251) 8621101  
BOGOR – 16620

Ciampea, 31 Oktober 2016

Nomor : 005 / - Sekrt.  
Lampiran : -  
Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada :  
Yth.Kepala Desa  
1.Kepala Desa Bojong Rangkas  
2. Kepala Desa Tegal Waru  
3. Kepala Desa Cinangka  
4. Kepala Desa Ciampea Udk  
5. Kepala Puskesmas Ciampea  
di-

Ciampea

Berdasarkan Surat dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bogor Nomor : 070/1298-Kesbangpol tanggal 31 Oktober 2016 Perihal Rekomendasi Penelitian, Atas dasar tersebut di atas, dengan ini kami memberikan Rekomendasi dilaksanakannya kegiatan penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Hidayati  
Alamat : Jl. Warung Buncit Raya No. 17, Pancoran Jakarta Selatan 12790  
Penanggung jawab : Prof. Dr. H. Ch. Suprapto, MM.  
Jumlah peserta : 1 (Satu Orang)  
Judul : *Gambaran Pelaksanaan Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor Tahun 2016*  
Waktu : 01 November s/d 31 Desember 2016  
Tempat : Desa Bojong Rangkas, Desa Tegal Waru, Desa Cinangka, Desa Ciampea Udk, dan Puskesmas Kecamatan Ciampea Kabupaten Bogor.

dengan ketentuan:

1. Mentaati seluruh ketentuan Peraturan Perundang-undangan / Peraturan Daerah yang berlaku di Kabupaten Bogor.
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan di luar ketentuan yang ditetapkan di atas.
3. Setelah selesai melaksanakan kegiatan agar Peneliti yang bersangkutan melaporkan hasilnya ke Bupati Bogor melalui Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bogor.

Demikian, atas perhatian dan bantuananya kami ucapan terima kasih.



Tembusan disampaikan kepada :

1. Yth. Sekretaris Daerah Kabupaten Bogor;
2. Yth. Inspektur Kabupaten Bogor.



# UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA

## SEKOLAH PASCASARJANA

Jl. Warung Buncit Raya No. 17, Pancoran Jakarta Selatan 12790  
Telp. (021) 79184063, 79184065 Fax. (021) 79184068  
Email : sekolahpascasarjana@uhamka.ac.id, www.uhamka.ac.id

Nomor : 709/B.04.02/2016

26 Muharram 1438 H

Lampiran : ---

27 Oktober 2016 M

Perihal : ***Ujicoba Instrumen***

Yang terhormat,  
Pimpinan Kesbang Limas  
Kabupaten Bogor

***Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,***

Pimpinan Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA mohon kepada Bapak kiranya berkenan memberikan izin ujicoba instrumen kepada mahasiswa kami:

Nama	: HIDAYATI
NIM	: 1408046014
Program Studi	: Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang Pendidikan	: Strata Dua (S2)
Semester	: III (Tiga)
Tahun Akademik	: 2016/2017

yang bersangkutan bermaksud untuk memperoleh data dalam rangka menyusun tesis sebagai salah satu syarat penyelesaian Studi Magister di Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA dengan judul :

***"Gambaran Pelaksanaan Keluarga Sehat di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016".***

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perkenan dan izin yang Bapak berikan, kami ucapan terima kasih.

***Wabillahittaifiq wal hidayah,  
Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.***

a.n. Direktur  
Sekertaris,



**Prof. Dr. H. Ch. Suprapto, MM.**

**Tembusan Yth :**

Direktur (sebagai laporan)



PEMERINTAH KABUPATEN BOGOR  
KECAMATAN CIAMPEA

JL. RAYA WARUNG BORONG NO. 6 TELP. (0251) 8621101

Nomor : 075/785-Pem.  
Lampiran : ---  
Perihal : Ujicoba Instrumen

Bogor, 3 November 2016

Yang Terhormat,  
Pimpinan Sekolah Pascasarjana UHAMKA  
Prof.Dr.H.Ch.Suprapto, MM  
di tempat

Menjawab surat dari Pimpinan Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof.DR.HAMKA (UHAMKA) dengan Nomor.709/b.04.02/2016 tanggal 24 Oktober 2016, mengenai uji coba instrumen mahasiswa dari institusi yang Bapak pimpin, yaitu:

Nama : Hidayati  
NIM : 1408046014  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang Pendidikan : Strata dua (S2)  
Tahun Akademik : 2016/2017

Adalah benar *telah selesai melakukan ujicoba instrument*, terhitung sejak tanggal 1-2 November 2016 di wilayah kerja kami sebagaimana maksud yang ditujukan yaitu untuk penyusunan tesis dengan judul “*Gambaran Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016*”

Demikian surat ini kami sampaikan untuk diketahui dan dipergunakan sebagai mana mestinya. Atas perhatian, kami ucapan terima kasih.



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan bawah ini

Nama : HIDAYATI  
NIM : 1408046014  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof.DR.HAMKA  
Judul Tesis : Analisis Pelaksanaan Keluarga Sehat Di Kecamatan Ciampela Kabupaten Bogor Tahun 2016

Demi Allah dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Tesis ini merupakan hasil karya saya sendiri, bukan plagiat dari karya orang lain atau dibuatkan oleh orang lain
2. Tesis ini disusun dengan mengacu kepada norma-norma Etika Penelitian
3. Jika pernyataan saya ternyata tidak benar, saya mempersilakan Sekolah Pascasarjana untuk mencabut ijazah dan gelar saya

Demikianlah Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk diketahui oleh pihak-pihak yang berkepentingan

Jakarta , 25 Februari 2017

Penulis,



HIDAYATI

## **RIWAYAT HIDUP**



Hidayati, lahir di Jakarta 9 Maret 1974. Pendidikan Dasar di selesaikan di SDN.Kebun Sirih 03 Petang pada tahun 1986, kemudian SMPN.35 pada tahun 1989 di Jakarta dan Sekolah Menegah di Sekolah Perawat Kesehatan RS.PGI Cikini pada tahun 1992. Dilanjutkan dengan Program Diploma III Manajemen Pelayanan Rumah Sakit di Fakultas Kesehatan

Masyarakat Universitas Indonesia. Pada tahun 1997. Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Prof.DR.HAMKA (UHAMKA) lulus tahun 2014. Pada Tahun yang sama (2014) melanjutkan pendidikan di Sekolah Pascasarjana UHAMKA pada Program Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Karir sebagai perawat dan di jasa layanan perumah sakitan dilalui selama 12 tahun, pada tahun 2000 penulis bekerja sebagai coordinator team di *Health Safety Environment* (HSE) PT. Bumi Adiguna Persada Bandung dan sekaligus mendirikan lembaga pendidikan dan sosial *Al Hidayah* yang bergerak di Pendidikan Anak Usia Dini sampai sekarang. Saat ini penulis bekerja sebagai *financial planner* di PT.AJ. Manulife Indonesia. Selain bekerja, penulis juga mengajar di STIKES DR.Sismadi sebagai dosen tidak tetap dan penggiat sosial di Forum Peduli Anak Indonesia (FPAI).

Menikah dengan Fachrur Razi Usman Ifa, ST, dikarunia 3 orang putra/putri, yaitu: Khansa Mutia (18 tahun), Hasbullah ( 16 tahun) dan Rai Arhabur Rizki (6 tahun).