

Manajemen Pendekatan Keluarga sebagai Fokus Materi dalam Pelatihan Keluarga Sehat

Family Approach Management as a Focus Topic in Healthy Family Training

Eva Sulistiowati,^{1*} Tetra Fajarwati,¹ dan Trihono²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia

²Health Policy Unit (HPU) Kementerian Kesehatan RI, Jln. H.R. Rasuna Said Kav. 4-9 Jakarta Selatan 12950, Indonesia

*Korespondensi Penulis: evasulistiowati@gmail.com

Submitted: 14-05-2020, *Revised:* 25-08-2020, *Accepted:* 22-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.3208>

Abstrak

Pelatihan Keluarga Sehat (KS) merupakan tahap penting pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) untuk menyediakan surveyor yang berkualitas, sehingga mampu melaksanakan PISPK sesuai pedoman dalam Permenkes No. 39 Tahun 2016. Hasil evaluasi implementasi PISPK 2019, menunjukkan bahwa pelaksanaan PISPK belum optimal. Hanya seperempat puskesmas terlatih yang telah melakukan analisis dan pemanfaatan data. Tulisan ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan pelatihan KS. Analisis merupakan bagian dari Riset Implementasi dengan *Participatory Action Research* (PAR) di lima Balai Pelatihan Kesehatan yang dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama dilakukan di Bandar Lampung (Lampung) pada tahun 2017, sedangkan tahap ke-2 (2018) dilakukan di Banjarmasin (Kalimantan Selatan), Gombong (Jawa Tengah), Palu (Sulawesi Tengah), dan Kupang Nusa Tenggara Timur (NTT). Peneliti sebagai konsultan sekaligus memonitor pelaksanaan pelatihan sesuai instrumen monitoring serta melakukan wawancara mendalam dengan informan penanggung jawab KS Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta Kepala Puskesmas. Data dianalisis secara kualitatif dan disusun berdasarkan tematik. Hasil menunjukkan bahwa persiapan dan proses pelatihan KS di lima Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia telah dilakukan dengan cukup baik. Tim pelaksana pelatihan dibentuk berdasarkan SK penugasan, pelatih memiliki kompetensi metodologi dan teknis. Kesesuaian peserta dengan kriteria berkisar 90-100%. Sarana dan prasarana di tempat pelatihan sudah memadai, namun sinyal jaringan nirkabel kurang kuat. Proses pembelajaran menunjukkan bahwa penyampaian materi masih berorientasi pada masing-masing program; topik yang paling banyak didiskusikan oleh peserta adalah Manajemen Pendekatan Keluarga dan Aplikasi KS (MI7); penyampaian materi dinilai kurang aplikatif (belum menggambarkan implementasi di lapangan). Saran agar materi pelatihan berfokus pada topik MI7, penyampaian disajikan dalam bentuk simulasi, dan ditunjang dengan jaringan nirkabel dengan *bandwidth* yang cukup. Diperlukan penguatan topik pengorganisasian lapangan, pengelolaan dan analisis data, serta penyusunan rencana usulan kegiatan.

Kata Kunci: keluarga sehat; materi; pelatihan; Indonesia sehat; PISPK

Abstract

Healthy Family Training is an important stage of implementing the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PISPK) to provide qualified surveyors that they are able to carry out PISPK according to the guidelines in Permenkes No. 39/2016. The results of the 2019 PISPK implementation evaluation

show that the implementation of PISPK has not been optimal. Only a quarter of trained puskesmas have conducted data analysis and utilization. This paper aims to evaluate the implementation of KS training. The analysis is part of the Implementation Research with Participatory Action Research in five Health Training Centers which was conducted in two stages. The first stage was carried out in Bandar Lampung Lampung in 2017, while the second stage (2018) was carried out in Banjarmasin (South Kalimantan), Gombong (Central Java), Palu (Central Sulawesi), and Kupang, East Nusa Tenggara (NTT). The researchers act as consultants, as well as monitor the implementation of training according to monitoring instruments, and conduct in-depth interview with informants in charge of the provincial, district/city health offices, head of the puskesmas. Data were analyzed qualitatively and arranged thematically. The results show that the preparation and process of KS training in five Health Centers in Indonesia has been carried out quiet well. The training implementation team is formed based on the assignment decree, the trainers have methodological and technical competences. The suitability of participants with the criteria ranges from 90-100%. The facilities and infrastructure at the training venue are adequate, but the wi-fi signal is not strong enough. The learning process shows that the delivery of material is still program-oriented, the topic most discussed by the participants was Family Approach Management and KS Application (MI7), the material delivery of material is considered less applicable (not yet describing implementation in the field). Suggestions for the training material to focus on the the topic MI7, delivery is presented in simulation, and supported by wi-fi with sufficient bandwidth. It is necessary to strengthen the topic of field organization, data management and analysis, as well as the preparation of a plan for proposed activities.

Keywords: healthy family; subject; training; PISPK; the healthy Indonesia

PENDAHULUAN

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) merupakan kegiatan yang mengintegrasikan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) secara berkesinambungan dengan fokus pada keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga). Suatu keluarga dinyatakan sehat atau tidak dinilai dari dua belas indikator utama penanda status kesehatan. Kedua belas indikator utama tersebut adalah: 1) keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB); 2) ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan; 3) bayi mendapat imunisasi dasar lengkap; 4) bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif; 5) balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan; 6) penderita tuberkulosis (TB) paru mendapatkan pengobatan sesuai standar; 7) penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur; 8) penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan; 9) anggota keluarga tidak ada yang merokok; 10) keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); 11)

keluarga mempunyai akses sarana air bersih, dan 12) keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat. Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS).¹ Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan, mendukung pelaksanaan JKN, dan mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam Renstra Kemenkes 2015-2019.^{1,2}

Dalam kegiatan PISPK, puskesmas langsung berkunjung ke keluarga, tidak hanya mengandalkan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang ada, sehingga masalah kesehatan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang dihadapi keluarga dapat dikenali secara lebih menyeluruh. Kegiatan yang dilakukan dalam PISPK meliputi wawancara keluarga dalam Prokesga dan peremajaan pangkalan data; promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif; menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung; pemanfaatan informasi yang didapat dari Prokesga untuk

pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas.² Pelaksanakan PISPK terintegrasi dalam manajemen puskesmas dengan melakukan persiapan, perencanaan meliputi kunjungan keluarga, intervensi, pengelolaan dan analisis data yang digunakan sebagai dasar penyusunan kegiatan (P1), pergerakan-pelaksanaan (P2), dan pengawasan-pengendalian (P3) sesuai dengan Buku Pedoman Pelaksanaan PISPK.¹

Langkah awal implementasi PISPK untuk mencapai tujuannya adalah dengan melakukan pelatihan. Pemahaman konsep dan tahapan pelaksanaannya sangat ditentukan pada saat pelatihan, yang mempersiapkan tenaga surveyor yang berkualitas sehingga mampu mengimplementasikan tahapan PISPK sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.³ Pelatihan terkait PISPK diselenggarakan oleh Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan melalui Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) meliputi pelatihan Keluarga Sehat (KS) bagi lima staf dari setiap puskesmas dan pelatihan Manajemen Puskesmas (MP) bagi Kepala Puskesmas dan Kepala Bagian Tata Usaha. Pada tahun 2016-2017, pelatihan KS dilaksanakan sebelum pelatihan MP, namun pada 2018 pelatihan MP mendahului KS. Hal ini dilaksanakan untuk meningkatkan motivasi dan komitmen Kepala Puskesmas sehingga pascapelatihan diharapkan puskesmas mampu mengimplementasikan PISPK dengan mengintegrasikan sumber daya yang ada (anggaran, program, SDM), membuat analisis dan rencana tindak lanjut dari *family folder* yang terkumpul.⁴ Selain motivasi dari peserta, faktor yang juga mempengaruhi efektifitas pelatihan antara lain fasilitator, materi yang disampaikan, dan metode/teknik pelatihan.^{3,5}

Evaluasi yang dilakukan pada saat awal pelaksanaan PISPK tahun 2016 oleh Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat di sembilan provinsi, menunjukkan bahwa pelaksanaan program ini belum optimal. Baru beberapa kabupaten saja dari sampel yang telah mulai melakukan persiapan dan pendataan awal pascapelatihan. Terdapat dua strategi dalam pengumpulan data, yaitu tiap desa diselesaikan

dulu oleh seluruh tim, dan semua desa dilakukan pendataan secara bersama oleh tim yang berbeda. Pemanfaatan data direncanakan akan dilaksanakan pada tahun berikutnya.⁶ Hasil pendampingan pelaksanaan PISPK di Kabupaten Lampung Selatan 2017 oleh Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan juga menunjukkan bahwa kunjungan keluarga belum dilakukan secara terstruktur. Semua tim disebar ke semua desa dan belum semua keluarga dalam suatu desa dapat diselesaikan karena beberapa kendala, seperti anggota keluarga yang tidak berada di tempat, penolakan warga karena kurangnya sosialisasi. Selain itu, perbedaan persepsi *surveyor* tentang konsep PISPK dan definisi operasional pertanyaan dalam Prokesga, tidak adanya akses *raw data* pada aplikasi KS, dan kurangnya kemampuan analisis data menyebabkan data yang terkumpul belum dapat dianalisis. Selain itu, kendala belum adanya regulasi, dukungan lintas sektor ketersediaan sumber daya, aplikasi KS juga mempengaruhi pelaksanaan PISPK.^{7,8} Data evaluasi PISPK dari Direktorat Yankes Primer tahun 2019 juga menunjukkan bahwa 95,81% dari 6.117 puskesmas sudah dilatih KS, intervensi lanjut baru dilakukan oleh 48,72% puskesmas, sedangkan analisis perubahan IKS baru dilaksanakan oleh 25,29% puskesmas.⁹

Mengingat bahwa pelatihan merupakan kunci awal dalam optimalnya implementasi PISPK, maka perlu dilakukan penilaian pelaksanaan pelatihan keluarga sehat sangat diperlukan. Oleh karena itu, analisis ini dilakukan untuk menilai bagaimana pelaksanaan pelatihan keluarga sehat di lima Balai Pelatihan Kesehatan. Analisis ini diharapkan dapat memberikan masukan perbaikan pelatihan KS.

METODE

Data merupakan bagian dari Riset Implementasi PISPK yang dilaksanakan oleh Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan pada tahun 2017-2018. Riset dilaksanakan dengan metode *Participatory Action Research* (PAR). Peneliti melakukan pendampingan sekaligus pengamatan pelaksanaan pelatihan KS, dan subjek penelitian juga terlibat aktif dalam penelitian.^{10,11} Subjek penelitian

dalam hal ini adalah Kepala Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes), widyaiswara (WI), peserta pelatihan KS, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta Kepala Puskesmas di lokasi penelitian. Kegiatan dilaksanakan di lima Bapelkes yang dalam dua tahap. Tahap pertama dilakukan di Bandar Lampung-Lampung pada tahun 2017, sedangkan tahap ke-2 (2018) di Banjarmasin-Kalimantan Selatan, Gombong-Jawa Tengah, Palu-Sulawesi Tengah, dan Kupang-Nusa Tenggara Timur (NTT). Peneliti yang sebelumnya telah mengikuti *Training of Trainer* (ToT) dan pembekalan tentang PISPK berperan sebagai pendamping dalam pelatihan sekaligus konsultan dalam pelaksanaan PISPK. Untuk meningkatkan pengetahuan dan komitmen puskesmas, berdasarkan kesepakatan tim maka kepala puskesmas ditambahkan sebagai peserta dalam pelatihan KS.

Peneliti melakukan pengamatan dan mencatat dalam instrumen *monitoring* pelatihan. Instrumen berisi mengenai persiapan dan proses pelatihan. Dikatakan baik bila telah memenuhi standar yang ditetapkan dalam pedoman pelaksanaan pelatihan berbasis kompetensi yang diatur dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. 8 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Berbasis Kompetensi dan *form monitoring* serupa yang disiapkan oleh Badan PPSDM. Tahap persiapan meliputi menyiapkan sumber daya manusia (pelatih dan peserta), menyiapkan fasilitas pelatihan (peralatan, bahan, tempat, dan modul), menyusun jadwal pelatihan, serta menyiapkan administrasi pelatihan (formulir penilaian). Tahap pelaksanaan meliputi proses (termasuk di dalamnya fasilitator, materi yang disampaikan, metode/teknik pelatihan) dan penilaian pelatihan.¹² Selama proses pengamatan dan pendampingan, peneliti juga dapat berperan sebagai konsultan pelaksanaan PISPK. Selain itu, peneliti juga melakukan wawancara mendalam tentang pelaksanaan PISPK terhadap penanggung jawab KS Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta Kepala Puskesmas lokus penelitian. Wawancara mendalam dipandu menggunakan

pedoman wawancara dan dicatat menjadi suatu transkrip.¹³

Data selanjutnya dianalisis secara kualitatif dan transkrip dibuat menjadi matriks secara tematik. Hasil pengamatan kemudian dilakukan *crosscheck*/dikombinasikan dengan wawancara mendalam. Izin penelitian diperoleh dari Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dengan No: LB.02.01/5.2/KE.081/2017 dan No: LB.02.01/2/KE.062/2018.

HASIL

Persiapan pelaksanaan pelatihan KS telah dilakukan dengan cukup baik, memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. 8 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Berbasis Kompetensi (Tabel 1). Tim pelaksana dibentuk berdasarkan Surat Keputusan (SK) penugasan dari Kepala Balai Pelatihan. Pelatih yang merupakan widyaiswara dan pegawai Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten/Kota sudah memenuhi persyaratan dengan memiliki kompetensi metodologi dan teknis, serta sudah mengikuti ToT KS. Tiap puskesmas mengirimkan lima peserta sesuai yang kriteria Badan PPSDM dengan kualifikasi DIII dengan kesesuaian peserta berkisar 90-100%, walaupun ada beberapa yang masih dibawah kriteria (berpendidikan SMA dan D1). Terdapat tambahan peserta dari perwakilan Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan di Provinsi Lampung dan Nusa Tenggara Timur yang berperan sebagai pendamping para *surveyor*. Dalam pelatihan tersebut, mereka memperoleh pemahaman PISPK yang komprehensif untuk bekal pada saat melakukan persiapan dan pembinaan serta *monitoring* dan evaluasi. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara mendalam sebagai berikut:

“Dengan mengikuti pelatihan KS saya lebih memahami apa itu PISPK dan selanjutnya kami akan segera mengimplementasikannya di wilayah kerja puskesmas kami.”
(Kepala Puskesmas, Lampung Selatan)

Tabel 1. Monitoring Persiapan Pelaksanaan Pelatihan Keluarga Sehat di 5 Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia

Normatif #	Temuan
1) Pembentukan Tim Pelaksana melalui surat penugasan	Memiliki SK/surat penugasan MoT*.
2) Tenaga pelatih memiliki kompetensi metodologi dan kompetensi teknis	Merupakan widyaiswara dan pegawai Dinkes provinsi serta kab/kota yang memiliki kompetensi teknis dan sudah mengikuti ToT* KS.
3) Peserta <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah peserta 5 orang/puskesmas - Jumlah peserta satu kelas 30-35 orang - Pendidikan minimal D III kesehatan - Kesesuaian peserta dengan kriteria dalam kurikulum 	<p>Tiap puskesmas mengirimkan lima orang petugas; ada daerah yang mengikutkan peserta dari perwakilan Dinkes atau Kepala Puskesmas sebagai pendamping (tambahan).</p> <p>Tiap kelas terdiri dari 30-35 peserta, namun ada daerah untuk materi aplikasi KS harus digabung ke kelas besar yang berisi 120 peserta.</p> <p>Masih ada provinsi dengan peserta yang berpendidikan SMA dan D1.</p> <p>90-100%.</p>
4) Sarana dan prasarana <ul style="list-style-type: none"> - Ruang kelas yang nyaman, mendukung proses belajar mengajar. - Tersedia LCD, <i>pointer</i>, mikrofon dan sinyal jaringan nirkabel yang cukup di setiap kelas - Bahan pelatihan sesuai kurikulum tersedia dalam jumlah yang cukup - Prokesga dan Pinkesga tersedia dalam jumlah yang cukup - Jadwal pelatihan: materi dan jumlah jpl-nya sesuai dengan struktur program yang diakreditasi 	<p>Ruangan dan fasilitas sudah memadai, walaupun ada beberapa hal yang mengurangi kenyamanan seperti banyak kursi dan meja yang tidak digunakan berada di dalam ruangan dan 2 daerah mengalami kerusakan AC di kelas.</p> <p>Ada daerah dengan mikrofon dalam kelas kurang dan tidak ada <i>pointer</i> yang <i>standby</i>. Sinyal jaringan nirkabel kurang kuat.</p> <p>Modul ajar diberikan pada saat registrasi, dengan jumlah yang cukup.</p> <p>Prokesga diberikan pada saat registrasi dan Pinkesga diberikan pada hari ke-2, lengkap 12 indikator. Ada satu daerah dengan jumlah Pinkesga terbatas, setelah turun lapangan dikembalikan ke panitia.</p> <p>Jadwal diberikan pada saat registrasi; total=35 jpl. Ada daerah yang mengalami perubahan jadwal karena fasilitator berhalangan pada jam yang telah ditentukan.</p>

*MoT: *Master of Trainee*; ToT: *Training of Trainer*
Sesuai dengan Permenakertrans No.8 Tahun 2018

Keikutsertaan pemegang program dari Dinas Kesehatan dalam pelatihan KS juga diperlukan untuk bekal dalam melaksanakan pembinaan di puskesmas. Seperti kutipan wawancara mendalam sebagai berikut:

“Perlu itu... agar mereka bisa paham, kabupaten pada minta itu, kabid, kepala seksi, dengan staf terutama yang di yankes sebagai koordinator PISPK. Agar program ini sukses saat mereka membina membimbing di puskesmas paham. Tahun 2017 pelatihan untuk fasilitator KS ada di Bidang Kesmas, untuk tahun ini belum ada. Perpindahan tugas sebagai koordinator ke bidang yankes tidak paralel dengan transfer

ilmu dari fasilitator yang telah dilatih.”
(Kabid Yankes, Dinkes Kabupaten Sumba Barat)

Sarana dan prasarana di tempat pelatihan sudah memadai. Hanya masih perlu diperhatikan untuk meningkatkan kenyamanan peserta dalam proses belajar mengajar, seperti ruangan AC yang kurang berfungsi baik sehingga proses belajar harus berpindah kelas; tidak adanya *pointer*, LCD yang kurang jelas, sinyal jaringan nirkabel yang kurang kuat di ruang kelas. Jaringan nirkabel sangat dibutuhkan terutama pada materi aplikasi KS dan entri data pascapraktik lapangan (PKL). Modul (buku ajar), Prokesga, dan paket

informasi keluarga (Pinkesga) diberikan kepada setiap peserta pada saat registrasi. Namun ada daerah yang jumlah Pinkesga kurang sehingga hanya dipinjamkan pada setiap peserta pada saat pelatihan, dan ketika pulang hanya diberikan 1 paket per puskesmas. Materi dan jumlah jam pelajaran (jpl) telah disusun berdasarkan struktur program. Tiap kelas terdiri dari 30-35 peserta, sehingga suasana kelas tidak terlalu padat.

Tabel 2 memperlihatkan proses pelatihan. Pembelajaran diawali dengan penjajagan awal (*pre-test*) dan *Building Commitment Learning* (BCL) di setiap kelas agar seluruh peserta dapat saling mengenal. Selama pembelajaran, penyampaian materi berjalan lancar. Materi yang pertama diajarkan adalah kebijakan umum PISPK yang dilakukan dalam 2 jpl di kelas besar. Setelah materi umum, peserta dibagi ke kelas dan mendapatkan materi sesuai dengan kurikulum yang telah disusun. Secara umum, materi yang disampaikan masih berorientasi pada masing-masing program: pelayanan KIA keluarga, gizi, penyakit menular (tuberkulosis), sanitasi lingkungan (air bersih, dan jamban) masing-masing 2 jpl, dan penyakit tidak menular (hipertensi, kesehatan jiwa, dan merokok) 3 jpl. Materi komunikasi efektif disampaikan dalam 3 jpl, namun dirasakan oleh peserta kurang aplikatif karena hanya berupa teori. Materi Manajemen Pendekatan Keluarga (MI7) yang memuat Prokesga, analisis, dan interpretasi data disampaikan dalam 3 jpl.

Pemahaman Definisi Operasional (DO) tiap pertanyaan dalam Prokesga merupakan hal yang paling banyak ditanyakan, dan latihan kasus pengisiannya dirasakan masih kurang variatif. Bahkan materi analisis identifikasi potensi penyebab masalah terkait implementasi PISPK tidak disampaikan. Materi yang berkaitan dengan analisis data PISPK dan pemanfaatannya dalam penyusunan Rencana Usul Kegiatan (RUK) diberikan dalam waktu 2 jpl sehingga penyampaian dilakukan secara terburu-buru (belum optimal). Materi aplikasi KS dilaksanakan dalam 2 jpl juga dirasakan masih kurang. Untuk materi ini, ada provinsi yang menggabungkan menjadi satu kelas besar (120

orang) karena kekurangan fasilitator sehingga proses pembelajaran kurang efektif. Tidak semua peserta membawa laptop, sehingga latihan hanya dapat dilakukan oleh minimal 1 orang dalam 1 tim. Ditambah lagi dengan sinyal jaringan nirkabel yang kurang kuat sehingga proses entri data tidak dapat berjalan lancar.

Pelatih/fasilitator menguasai dan dapat menyampaikan materi dengan baik. Walaupun ada beberapa penyaji membuat tambahan *power point* dengan gambar yang pecah dan tulisan yang kecil sehingga ketika ditampilkan tidak jelas terlihat/terbaca. Beberapa fasilitator hadir tidak sesuai dengan jadwal mengajar karena ada penugasan mendadak dari atasan. Masih ada perbedaan persepsi fasilitator tentang wawancara yang seharusnya dilakukan pada seluruh Anggota Rumah Tangga (ART), namun ada fasilitator yang menyebutkan dapat diwakili oleh kepala keluarga. Pembelajaran berlangsung lancar hingga larut malam (jam 21.30). Peserta kurang aktif bertanya, baru akan menjawab bila diberikan pertanyaan oleh fasilitator.

Pengamatan pada saat praktik kerja lapangan (PKL), di beberapa daerah masih terlihat koordinasi yang kurang antara panitia dengan supir, petugas puskesmas dan kader untuk menunjukkan rumah yang akan dikunjungi (sempat tersesat), dan keluarga yang disiapkan untuk dikunjungi tidak semuanya berada di rumah. Peralatan (tensimeter) masih kurang, ada peserta yang membawa sendiri namun ada juga yang tidak membawa. Pertanyaan Prokesga masih ditanyakan secara kaku, masih terjadi kesalahan dalam pegisian kuesioner baik tentang kriteria umur dan cara bertanya. Pinkesga belum banyak dimanfaatkan untuk edukasi bila dalam keluarga ditemukan masalah kesehatan, belum dicatat masalah lain yang ada di keluarga. Selanjutnya tiap tim melakukan entri data yang didapat dari keluarga di ruang kelas masing-masing. Namun karena anggota keluarga yang dikunjungi tidak lengkap maka entri data yang dilakukan juga belum lengkap, sehingga IKS keluarga tidak muncul. Selain itu, peserta kesulitan entri karena sinyal jaringan nirkabel kurang kuat (*loma loading*). Sebagai bagian akhir dari pelatihan,

tiap tim menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL) implementasi PISPK. Namun tidak semua dibahas/dipaparkan di depan kelas.

Evaluasi pelatihan dilakukan dengan melakukan *post-test* dan pengisian *form* penilaian pelaksanaan pelatihan dan fasilitator. Rerata nilai *post-test* yang dilakukan lebih tinggi dibandingkan *pre-test*, dan peserta menilai pelaksanaan pelatihan dan fasilitator cukup baik. Peserta merasa jam pelajaran tentang Prokesga dan aplikasi KS masih kurang. Kesempatan entri data kurang karena terkendala dengan sinyal jaringan nirkabel yang kurang kuat. Hasil wawancara pada akhir pelatihan, peserta menyampaikan bahwa dengan pelatihan Keluarga Sehat mereka dapat memahami tujuan pelatihan, dan menyadari bahwa PISPK dibutuhkan dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga di wilayahnya. Seperti kutipan wawancara berikut:

“Setelah mengikuti pelatihan, kami memahami tujuannya dan PISPK sangat penting untuk dilaksanakan karena kami akan mendapatkan gambaran nyata kondisi masyarakat, sehingga pas dalam menyusun rencana kegiatan puskesmas dalam upaya peningkatan status kesehatan masyarakat” (peserta pelatihan, Bapelkes Gombang - Jawa Tengah).

Hasil wawancara terhadap Penanggung Jawab (PJ) KS menunjukkan tidak semua puskesmas yang telah mendapatkan pelatihan KS di tahun 2016 mengimplementasikan PISPK secara langsung pascapelatihan. Hal ini karena PISPK belum menjadi prioritas program, belum ada kebijakan kepala daerah (Peraturan Walikota/ Bupati) dan Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten/Kota untuk pelaksanaan PISPK. Hal ini disampaikan dalam wawancara sebagai berikut:

“Tidak ada peraturan, adanya instruksi secara lisan agar dilakukan pendataan KS dan Germas” (Kepala Puskesmas, Lampung Selatan)

Sementara itu, puskesmas yang sudah melaksanakan PISPK belum mengintegrasikan sumber daya yang ada melalui manajemen

puskesmas (sesuai buku pedoman pelaksanaan PISPK). Mereka melakukan kunjungan rumah tanpa melakukan sosialisasi ke masyarakat terlebih dahulu, tidak semua anggota rumah tangga diwawancara, tidak melakukan intervensi langsung, tidak dilakukan kunjungan ulang, Prokesga yang terkumpul hanya ditumpuk dalam kardus, dan belum dilakukan analisis serta pemanfaatan data PISPK untuk menyusun kegiatan puskesmas. Selain belum adanya regulasi, beberapa kendala lain yang dialami oleh seluruh puskesmas lokus yaitu: keterbatasan sumber daya (jumlah *surveyor*, dana, dan *tensimeter*), pemahaman PISPK yang masih belum komprehensif, sinyal internet, tidak adanya *raw data* di puskesmas setelah data dientri, perubahan aplikasi KS. Kendala yang terjadi tersebut disampaikan Kepala Puskesmas, PJ KS, dan *surveyor* di kelima lokus pendampingan dalam rangkaian wawancara sebagai berikut:

“Tidak ada sosialisasi ke masyarakat, kami langsung melakukan pendataan ke rumah-rumah... pemberitahuan hanya kepada kelurahan saja.” (PJ KS Puskesmas, Lampung Selatan)

“Karena keterbatasan tenaga saat kunjungan rumah, maka direncanakan melakukan On Job Training (OJT) baik dari tenaga PNS dan TKS di puskesmas” (Kepala Puskesmas, Lampung Selatan)

“Setelah selesai pendataan, dilakukan pengecekan kuesioner karena dikhawatirkan ada pertanyaan yang belum terisi atau masih kosong. Kemudian dilakukan entri data, tapi masih bermasalah dengan internet.” (*Surveyor*)

“Kunjungan rumah belum di semua desa wilayah kerja, apa bisa menggambarkan kondisi yang ada ?” (*Surveyor*)

“Data entri langsung masuk ke pusat, data yang dientri berbeda dengan hasil yang sudah dikalkulasi di IKS. Kami tidak punya data keluarga.” (PJ KS Puskesmas)

“Data yang dientri belum terekap semua di aplikasi sehingga untuk menentukan IKS belum bisa”. (PJ KS Dinkes Kab)

Tabel 2. Monitoring Proses Pelaksanaan Pelatihan Keluarga Sehat di 5 Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia

Normatif [#]	Temuan
1) Kehadiran tenaga pelatih	Beberapa fasilitator hadir tidak sesuai dengan jadwal mengajar karena ada penugasan mendadak dari atasan.
2) Materi:	Secara umum, materi yang disampaikan masih berorientasi pada masing-masing program (KB, KIA, TB, hipertensi)*; @ 2-3 jpl [§] .
- Kebijakan umum dan konsep dasar PISPK	Dilakukan secara umum (kelas besar) 2 jpl.
- Komunikasi efektif	Dilakukan di kelas sesuai dengan jadwal dalam 2 jpl, namun masih kurang aplikatif dalam pelaksanaan PISPK.
- Manajemen pendataan keluarga	Dilaksanakan di kelas masing-masing, 3 jpl. Beberapa catatan penting: - Definisi Operasional (DO) indikator merupakan hal yang sering ditanyakan, - Masih ada perbedaan persepsi fasilitator tentang wawancara seluruh ART, - Latihan kasus pengisian kuesioner dirasa masih kurang. - Subbagian materi yang berkaitan dengan analisis data PISPK dan pemanfaatannya dalam penyusunan RUK diberikan secara terburu-buru (belum optimal), bahkan materi analisis identifikasi potensi penyebab masalah terkait implementasi PISPK tidak disampaikan, - Tidak membahas tentang alokasi biaya pelaksanaan PISPK.
- Manajemen pendataan keluarga (Aplikasi KS)	Dilaksanakan dalam 2 jpl. Ada provinsi yang menggabungkan menjadi satu kelas besar (120 orang). Tidak semua peserta membawa laptop, minimal 1 tim mempunyai 1 laptop.
3) MOT menjalankan fungsinya	Proses pembelajaran berjalan lancar, fasilitator menguasai materi dan dapat menyampaikan dengan baik. Ada beberapa penyaji membuat tambahan paparan dengan gambar yang pecah dan tulisan yang kecil sehingga ketika ditampilkan tidak jelas terlihat dan terbaca, beberapa fasilitator bertukar jadwal mengajar karena ada tugas kedinasan lainnya.
4) Peserta	Peserta tidak terlalu aktif berdiskusi
5) Waktu	Kegiatan belajar berlangsung hingga malam (21.30).
6) Praktik Kerja Lapangan	Koordinasi di lapangan dengan petugas puskesmas, kader, RT/RW di tempat praktik masih kurang, beberapa salah lokasi.
- Perlengkapan	Terbatasnya jumlah tensimeter, Pinkesga sehingga ada peserta yang tidak membawa saat kunjungan rumah.
- Pengisian Prokesga	Masih terjadi kesalahan dalam pengisian kuesioner; tidak semua ART dapat diwawancara.
- Penggunaan Pinkesga	Belum optimal dimanfaatkan sebagai sarana Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) saat kunjungan keluarga
- Entri data	Tiap tim melakukan entri data yang didapat dari keluarga, namun tidak semua peserta mengentri, diajarkan analisis data manual (hitung IKS ^{##}). Sinyal jaringan nirkabel kurang kuat.
7) Penyusunan RTL	RTL dibuat oleh setiap tim, namun tidak semua dibahas/dipaparkan di kelas.
8) Pre dan <i>post-test</i>	Ada <i>pre</i> dan <i>post-test</i> , dengan rerata hasil <i>post-test</i> lebih baik dari <i>pre-test</i> yang disampaikan pada akhir pelatihan.
9) Penilaian pelatihan	Ada penilaian pelaksanaan pelatihan dan fasilitator dari peserta.

*KB: Keluarga Berencana; KIA: Kesehatan Ibu dan Anak; TB: Tuberkulosis

[#] Sesuai dengan Permenkertrans No. 8 Tahun 2014

^{##} IKS: Indeks Keluarga Sehat

[§] jpl: jam pelajaran

Sementara itu, hasil pendampingan menunjukkan bahwa kepala Puskesmas yang diikuti dalam pelatihan KS, menyatakan akan langsung melakukan persiapan untuk mengimplementasikan PISPK di wilayahnya. Seperti kutipan wawancara berikut:

“Puskesmas membentuk tim untuk pengorganisasian persiapan terkait kegiatan KS seperti adanya penunjuk yang bertugas mengurus logistik termasuk penggandaan prokesga dan tensimeter digital, administrasi surat menyurat, keuangan, pengumpulan data riil Kepala Keluarga (KK).” (Kepala Puskesmas, Lampung Selatan)

PEMBAHASAN

Pelatihan merupakan kunci dari pelaksanaan program yang dicanangkan. Pelatihan akan menyebabkan perubahan yang sistematis dari *knowledge, skill, attitude*, dan *behaviour* yang terus mengalami peningkatan yang dimiliki oleh setiap peserta, dan diharapkan dapat mewujudkan sasaran yang ingin dicapai.³ Menurut Byars dan Rue “Pelatihan adalah proses pembelajaran yang melibatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang diperlukan untuk mencapai keberhasilan melaksanakan suatu pekerjaan”.¹⁴ Pelatihan KS akan memberikan bekal kepada surveyor tentang konsep dan implementasi PISPK di lapangan dan menciptakan *surveyor* yang memiliki kemampuan serta keterampilan yang berkualitas.

Pascapelatihan KS diharapkan peserta mampu segera melakukan implementasi PISPK dengan baik di wilayah kerja masing-masing sesuai dengan tahapan yang terintegrasi dengan manajemen puskesmas (Buku Pedoman Pelaksanaan PISPK). Tiap tim harus mampu melakukan wawancara seluruh anggota keluarga, mengetahui kondisi dan permasalahan kesehatan yang dihadapi keluarga, edukasi/intervensi awal, analisis, dan interpretasi data. Kemudian bersama dengan Kepala Puskesmas akan merumuskan intervensi lanjutan, serta rencana usulan kegiatan yang akan dilakukan untuk mengatasi permasalahan per wilayah maupun per indikator. Dengan demikian PISPK bukan hanya sekedar mengumpulkan data, namun dapat untuk mendekatkan akses fasilitas kesehatan kepada masyarakat, memberikan pelayanan yang komprehensif guna mewujudkan Indonesia sehat.¹⁵ Tidak hanya itu, *surveyor* terlatih diharapkan mampu melakukan *transfer of knowledge* kepada teman sejawat di puskesmas melalui *On Job Training (OJT)* sekaligus sebagai *leader* dalam tim yang dibentuk. Hal ini mengingat kondisi terbatasnya jumlah SDM yang melakukan kunjungan ke seluruh keluarga yang berada di wilayah puskesmas.⁷

Kepala Puskesmas dan staf Dinas Kesehatan yang mengikuti pelatihan juga akan berdampak positif sebagai regulator dan

motor dalam mempercepat dan memperlancar implementasi PISPK. Pascapelatihan Kepala Puskesmas langsung membentuk tim melalui SK dengan pembagian tugas yang jelas, menyiapkan sumber daya yang ada untuk melaksanakan PISPK di wilayah kerjanya sesuai dengan tahapan manajemen puskesmas.⁷ Penanggung jawab KS Dinas Kesehatan yang belum terpapar PISPK dikarenakan perubahan status koordinator di Dinas Kesehatan juga sangat berpengaruh dalam mengatur kebijakan, mempersiapkan sumber daya, memberikan bimbingan teknis dan *monitoring* evaluasi.¹⁶ Oleh karena itu, pelatihan harus dipersiapkan dan berproses dengan efektif.

Faktor yang mempengaruhi efektivitas pelatihan antara lain adalah kompetensi pelatih/fasilitator, materi, dan metode yang digunakan.³ Pelatih yang memberikan materi PISPK di lima Bapelkes lokus telah memiliki kompetensi, karena sebelumnya sudah mengikuti ToT. Hal ini sejalan dengan pendapat Hamalik bahwa pelatih memegang peran penting terhadap kelancaran dan keberhasilan program pelatihan sehingga perlu dipilih pelatih yang ahli, dan berkualifikasi profesional.¹⁷ Analisis Abdul Rahman⁵ juga menunjukkan bahwa kompetensi pelatih merupakan kontribusi tertinggi dari pelatihan diikuti metode dan materi pelatihan. Sementara itu, peserta sudah sebagian besar memenuhi kriteria dalam kurikulum. Keterbatasan sumber daya manusia yang ada di puskesmas menyebabkan adanya beberapa peserta yang dikirim mengikuti pelatihan memiliki tingkat pendidikan kurang dari DIII kesehatan. Kesesuaian peserta dengan kriteria juga memengaruhi kesiapan dalam proses pembelajaran dan kinerja selain motivasi individu dalam mengikuti pelatihan. Pendidikan memengaruhi keterampilan dan pengetahuan dasar berbagai tugas/kegiatan selama pelatihan.¹⁸ Sarana dan prasarana yang ada sebagai pendukung yang juga mempengaruhi pelatihan¹⁹ sudah disiapkan dengan baik, walaupun ada beberapa yang harus diperbaiki seperti perbaikan AC ruang kelas sehingga peserta merasa nyaman selama proses belajar mengajar; menyiapkan PINKESGA yang cukup sehingga setiap peserta dapat

mengaplikasikannya pada saat praktik lapangan serta mampu memahami fungsi dan tujuan penggunaannya sebagai bahan KIE; memperkuat *bandwidth* jaringan nirkabel sehingga peserta dapat melakukan entri data yang diperoleh dari PKL dengan lancar.

Pelatih sebaiknya dapat hadir sesuai jadwal yang telah disusun berdasarkan kurikulum sehingga materi yang diberikan runut, dan peserta dapat memahami dengan lebih baik. Pelatih sudah memiliki SK yang seharusnya dapat dibebaskan dari tugas kedinasan lainnya. Hal ini berkaitan dengan program pelatihan yang penting diperhatikan agar dapat berlangsung sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya. Program pelatihan yang berjalan sesuai rencana, diharapkan dapat mencapai tujuan yang diharapkan.¹⁷ Bahan ajar yang disampaikan dapat dimodifikasi dengan tetap tidak menghilangkan tujuan pembelajaran per materi dengan tampilan yang jelas dan mudah dipahami oleh peserta.

Materi pelatihan yang sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai menentukan efisiensi dan efektivitas pelatihan.^{5,17} Pada pelatihan KS, materi pertama yang disampaikan adalah konsep dasar dan tujuan PISPK. Hal ini bertujuan agar peserta terlebih dahulu memahami tentang konsep dasar dan tujuan pelaksanaan program ini. Materi yang disampaikan selanjutnya terkait dengan 12 indikator PISPK. Pada saat pembelajaran dalam materi ini tidak banyak mengundang peserta untuk aktif berdiskusi. Hal ini disebabkan materi program sudah banyak dipahami oleh peserta yang mayoritas juga merupakan pemegang program terkait indikator PISPK, materi yang disampaikan hanya sebagai wahana mengingatkan kembali tentang program-program yang sudah berjalan. Materi yang paling banyak mendapatkan perhatian dan pertanyaan peserta adalah materi manajemen pendekatan keluarga (MI7), terutama masalah DO indikator PISPK dan aplikasi KS yang disajikan dalam waktu 3 dan 2 jpl. Hal ini bisa dipahami karena materi ini merupakan inti dari pelatihan. Peserta nantinya akan berkunjung ke keluarga untuk wawancara, dan menuliskan hasilnya ke dalam Prokesga. Pemahaman DO tiap indikator perlu diperkuat sehingga data yang terkumpul berkualitas. Perbedaan persepsi pelatih tentang wawancara

terhadap seluruh anggota keluarga seharusnya tidak terjadi agar tidak terjadi kebingungan *surveyor* dalam mengimplementasikannya.

Selain materi yang ada dalam kurikulum, diperlukan juga tambahan materi pengorganisasian lapangan. Hal ini sangat diperlukan karena hasil riset implementasi menunjukkan bahwa kunjungan rumah dilakukan oleh tim masih belum terorganisir. Kunjungan dilakukan tanpa membuat *listing* rumah tangga, dan pembagian tugas tim yang jelas, tidak menyelesaikan tiap RT/RW/desa. Kondisi ini menyebabkan ada beberapa keluarga yang dikunjungi dua kali oleh tim yang berbeda, data yang dientri oleh tiap tim belum lengkap dikarenakan kuesioner yang belum diedit masih ada yang tidak terisi, dan hal ini mengakibatkan analisis data RT/RW/desa belum dapat dilakukan. Materi tentang pengelolaan pangkalan data, pengolahan data keluarga, perumusan intervensi masalah kesehatan dan penyusunan rencana puskesmas juga perlu mendapat perhatian lebih dengan waktu yang cukup. Hasil pendampingan menunjukkan puskesmas belum melakukan analisis karena data yang telah dientri akan langsung masuk ke server pusat, kalkulasi IKS yang memerlukan waktu berkala. Baru satu dari delapan puskesmas yang melakukan juga entri data secara *offline* agar mempunyai *raw data* individu.^{7,16}

Evaluasi yang dilakukan oleh Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat tahun 2017 pada 12 kabupaten/kota juga memperlihatkan bahwa hampir semua kabupaten telah melakukan entri data baik secara *online* dan atau secara manual. Namun hanya lima kabupaten yang sudah melakukan tahap analisa dan interpretasi data untuk melihat IKS pada tingkat desa/kelurahan.²⁰ Hasil temuan ini juga seiring dengan evaluasi PISPK yang dilakukan oleh Direktorat Yankes Primer. Walaupun puskesmas terlatih sudah 95,81%⁹ dan 94,10% provinsi sudah melakukan kunjungan keluarga lebih dari 30%,²¹ namun intervensi lanjut baru dilakukan oleh 48,72%, dan analisis perubahan IKS baru dilaksanakan pada 25,29% puskesmas.⁹ Penguatan materi pengelolaan dan analisis data sangatlah penting mengingat kondisi di lapangan, *surveyor* terlatih juga merupakan PJ KS di puskesmas yang selain sebagai koordinator

juga harus mampu mengelola pangkalan data, melakukan pengolahan/analisis data. Bersama tim dan Kepala Puskesmas merumuskan prioritas masalah kesehatan yang ada. Dengan demikian, materi MI7 ditunjang dengan pengelolaan dan interpretasi data perlu dijadikan fokus dalam pelatihan dengan penambahan jpl.

Selain pelatih dan materi, metode pelatihan juga sangat mempengaruhi efektivitas pelatihan. Pelatih diharapkan mampu mengajak peserta untuk terlibat aktif berdiskusi, memberikan contoh kehidupan nyata, interaksi, memberikan cerita/ilustrasi, atau demonstrasi.³ Tugas pelatih tidak hanya memberikan teori dan praktik, tetapi juga dapat membentuk cara berpikir kritis, dan bagaimana mempraktikkan pengetahuan yang diperolehnya. Melalui partisipasi aktif maka peserta pelatihan akan semakin menyadari masalah-masalah yang dihadapi sehingga ia berusaha memecahkan masalah yang sulit secara bersama-sama.

Materi komunikasi efektif sebaiknya disampaikan setelah manajemen keluarga. Dengan demikian, setelah memberikan teori komunikasi yang baik dan benar pelatih dapat memberikan contoh atau melakukan simulasi/ *role play* pelaksanaan kegiatan PISPK. Simulasi bisa dilakukan mulai dari bagaimana koordinasi petugas dengan tokoh masyarakat/kader sebelum kunjungan rumah, wawancara keluarga menanyakan tentang indikator PISPK dalam Prokesga, memberikan edukasi kondisi kesehatan keluarga, bagaimana mencatat temuan dan mengkomunikasikannya kepada keluarga dan pemegang program di puskesmas. Melalui simulasi wawancara sesama/antar peserta dapat mengajak seluruh peserta menjadi lebih aktif dan mungkin dapat lebih membekas/memberikan pengalaman dalam pelatihan. Analisis tentang validasi rumah tangga yang dilakukan oleh Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan memperlihatkan bahwa tidak semua pertanyaan dalam prokesga ditanyakan, observasi jamban dan SAB ada yang tidak dilakukan, kunjungan ulang tidak dilakukan.²² Pelaksanaan simulasi akan memperkuat hasil praktik lapangan yang sebaiknya dilakukan mirip dengan kondisi riil.

KESIMPULAN

Persiapan dan proses Pelatihan Keluarga Sehat di lima Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia telah dilakukan dengan cukup baik. Tim pelaksana pelatihan dibentuk berdasarkan SK penugasan, pelatih telah memiliki kompetensi metodologi dan teknis sesuai standar. Kesesuaian peserta dengan kriteria berkisar 90-100%. Masih diperlukan peningkatan komitmen kehadiran pelatih, keaktifan peserta dalam kelas. Sarana dan prasarana di tempat pelatihan sudah memadai, namun sinyal jaringan nirkabel kurang kuat. Proses pembelajaran menunjukkan bahwa penyampaian materi masih berorientasi pada masing-masing program; topik yang paling banyak didiskusikan oleh peserta adalah Manajemen Pendekatan Keluarga dan Aplikasi KS (MI7); penyampaian materi dinilai kurang aplikatif (belum menggambarkan implementasi di lapangan).

SARAN

Materi pada pelatihan KS sebaiknya berfokus pada topik Manajemen Pendekatan Keluarga (MI7) disertai dengan penambahan jam pelajaran untuk materi tersebut. Penyampaian materi disajikan dalam bentuk simulasi, dan ditunjang dengan jaringan nirkabel dengan *bandwidth* yang cukup. Selain itu, diperlukan penguatan topik pengorganisasian lapangan, pengelolaan dan analisis data, serta penyusunan rencana usulan kegiatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Kepala Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, tim Riset Implementasi PISPK (pusat dan daerah), dan seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penelitian dan penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 39 tahun 2016 tentang pedoman penyelenggaraan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI ; 2016. p. 1-165.

2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman umum program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. 2nd ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, Sekretariat Jenderal; 2017.
3. Bahtiar AR. Keberhasilan program pelatihan. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2018.
4. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 44 tahun 2016 tentang pedoman manajemen puskesmas. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI ; 2016.
5. Alias SA, Hanafi M, Ong A, Rahman A, Rahim A. The role of training design factors in influencing training effectiveness among public service employees. 2019;9(5):898–913.
6. Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat. Hasil evaluasi pelaksanaan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Jakarta : Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat ; 2017.
7. Sulistiowati E, Susanti AL, Fajarwati T, Susilawati MD, Sapardin AN, Mujiati, et al. Riset implementasi program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga di Kabupaten Lampung Selatan Provinsi Lampung. Jakarta : Badan Litbang Kesehatan; 2017.
8. Sulistiowati E, Susyanty AL, Fajarwati T, Aprildah Nur Sapardin, Susilawati MD, Idaiani S, et al. Tantangan dan solusi dalam implementasi program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PISPK). MKMI. 2020;forthcoming.
9. Direktorat Pelayanan Kesehatan. Evaluasi Implementasi PISPK. Jakarta : Direktorat Pelayanan Kesehatan; 2019.
10. Danley K, Ellison ML. A handbook for participatory action researchers. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University; 1999.
11. Siswanto. Metodologi riset untuk mengawal kebijakan. Bul Penelit Sist Kesehat. 2019;22(2):137–45.
12. Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI. Peraturan menteri tenaga kerja dan transmigrasi Republik Indonesia nomor 8 tahun 2014 tentang Pedoman penyelenggaraan pelatihan berbasis kompetensi. Jakarta : Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI; 2014.
13. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Sage Publications, Inc. Case Western Reserve University, USA; 1998. 200 p.
14. Byars LL, Rue LW. Human resource management. Seventh Ed. New York : The McGrawHill Companies, editor; 2004.
15. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 39 tahun 2016 tentang pedoman penyelenggaraan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2016.
16. Sulistiowati E, Fajarwati T, Susilawati MD, Suratni ML, Sapardin AN, Harso AD, et al. Riset Implementasi peraturan menteri kesehatan RI No. 39 tahun 2016 tentang program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PISPK) di beberapa puskesmas di Indonesia tahun 2018. Jakarta : Badan Litbangkes; 2018.
17. Widiasari R, Mukzam MD, Prasetya A. Pengaruh pelatihan terhadap kemampuan dan kinerja karyawan (studi pada karyawan PT. Bank Negara Indonesia cabang utama Malang). J Adm Bisnis. 2015;2(2):1–9.
18. Bhatti MA, Battour MM, Sundram VPK, Othman AA. Transfer of training: does it truly happen?: an examination of support, instrumentality, retention and learner readiness on the transfer motivation and transfer of training. Eur J Train Dev. 2013;37(3):273–97.
19. Ismail MI. Pengaruh sarana prasarana akademik dan kualitas mengajar dosen terhadap prestasi belajar mahasiswa fakultas tarbiyah dan keguruan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. J Pendidikan-Biologi-FK UINAM. 2014;78–90.
20. Sulistyowati N, Rahajeng E, Winarto AT, Hananto M, Anwar A, Laelasari E, et al. Riset evaluasi program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PISPK): dinamika PISPK di beberapa kabupaten/kota di Indonesia tahun 2017. Jakarta: Badan Litbangkes; 2017.
21. Pusat Data dan Informasi. Hasil analisis PISPK Februari 2020. Jakarta: Pusat Data dan Informasi; 2020.
22. Suratni MAL, Jovina TA, Sulistyowati E. Pengetahuan masyarakat dan pelaksanaan wawancara program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PISPK) di beberapa puskesmas di Indonesia. J Penelit dan Pengemb Pelayan Kesehatan. 2019;3(1):1–8.