



PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

**ANALISIS PERBEDAAN KARAKTERISTIK KETENAGAAN,
PUSKESMAS DAN KECAMATAN TERHADAP
CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT
DENGAN PENDEKATAN KELUARGA
(PIS-PK) DI ACEH**

OLEH:
QATRATUL ASRAR
NPM: 1707210052

PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2020



PASCASARJANA

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

**ANALISIS PERBEDAAN KARAKTERISTIK KETENAGAAN
PUSKESMAS DAN KECAMATAN TERHADAP
CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT
DENGAN PENDEKATAN KELUARGA
(PIS-PK) DI ACEH**

Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

OLEH:
QATRATUL ASRAR
NPM: 1707210052

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2020**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

ANALISIS PERBEDAAN KARAKTERISTIK KETENAGAAN, PUSKESMAS DAN KECAMATAN TERHADAP CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) DI ACEH

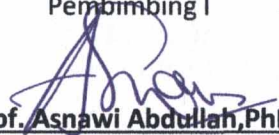
Oleh:

Qatratul Asrar
NPM: 1707210052

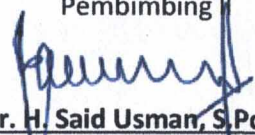
Banda Aceh, Februari 2020

Disetujui oleh :

Pembimbing I

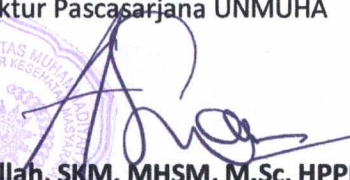

(Prof. Asnawi Abdullah, PhD)
NIP. 19710703 199503 1 001

Pembimbing II


(Dr. H. Said Usman, S.Pd, M.Kes)
Nip. 19701015 199203 1 004

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana UNMUHA


(Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, M.Sc, HPPF, DLSHTM, PhD)
NIP. 19710703 199503 1 001

PENGESAHAN KOMITE SIDANG

ANALISIS PERBEDAAN KARAKTERISTIK KETENAGAAN PUSKESMAS DAN KECAMATAN TERHADAP CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) DI ACEH

OLEH:

Qatratul Asrar
NPM: 1707210052

Tesis ini telah disetujui, diperiksa untuk dipertahankan di hadapan Komite
Seminar Progres Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, Maret 2020
Disetujui oleh Komite Seminar Progres

Ketua : **Prof. Asnawi Abdullah, Ph.D**
NIP.19710703 199503 1 001

()

Penguji I : **Dr. Said Usman, S.Pd, M.Kes**
Nip. 19781016 200312 1 002

()

Penguji II : **Dr. Nizam Ismail, S.Sos, MPH**
NIP.197110703 199503 1 001

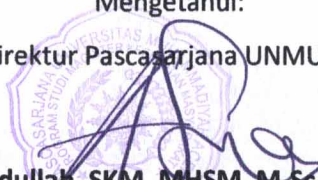
()

Penguji III : **Dr. Maidar, M.Kes**
NIP.19710723 1991 01 2 001

()

Mengetahui:

Direktur Pascasarjana UNMUHA

(
Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, M.Sc, HPPE, DLSHTM, PhD
NIP. 19710703 199503 1 001

BIODATA

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

ANALISIS PERBEDAAN KARAKTERISTIK KETENAGAAN, PUSKESMAS DAN KECAMATAN TERHADAP CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) DI ACEH

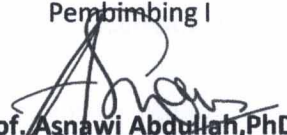
Oleh:

Qatratul Asrar
NPM: 1707210052

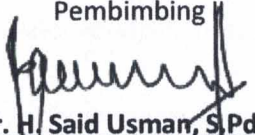
Banda Aceh, Februari 2020

Disetujui oleh :

Pembimbing I

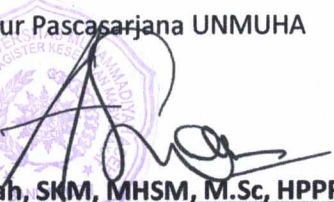

(Prof. Asnawi Abdullah, PhD)
NIP. 19710703 199503 1 001

Pembimbing II


(Dr. H. Said Usman, S.Pd, M.Kes)
Nip. 19701015 199203 1 004

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana UNMUHA


(Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, M.Sc, HPPF, DLSHTM, PhD)
NIP. 19710703 199503 1 001

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Qatratul Asrar
NPM : 1707210052
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Analisis Kebijakan Kesehatan (AKK)

Dengan ini menyatakan bahwa Tesis yang berjudul **“Analisis perbedaan Karakteristik Ketenagaan, Puskesmas dan Kecamatan terhadap Cakupan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh”**. Tesis ini merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, September 2019

Qatratul Asrar
NPM: 1707210052

ABSTRAK

Nama : Qatratul Asrar
NPM : 1707210052

ANALISIS KARAKTERISTIK KETENAGAAN PUSKESMAS DAN KECAMATAN TERHADAP CAKUPAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) DI ACEH

Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah program pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia melalui pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Pada tahun 2018 jumlah Puskesmas di Aceh telah mencapai 357 unit.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh karakteristik puskesmas, ketenagaan dan kecamatan terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di provinsi Aceh

Desain penelitian bersifat deskriptif analitik menggunakan desain *cross sectional*, penelitian dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Aceh dengan menggunakan data sekunder data dasar puskesmas dan capaian PIS-PK kecamatan. Sampel penelitian sebanyak 345 puskesmas. Rancangan analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik Puskesmas dengan capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh, ada hubungan karakteristik ketenagaan yaitu tenaga dokter ($OR=4,21$; $CI_{95\%}=1,79 - 9,90$; $p-value=0,001$), karakteristik Kecamatan yaitu kepadatan penduduk dengan capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh ($OR=2,64$; $CI_{95\%}=1,02 - 6,071$; $p-value=0,043$).

Pemerintah agar lebih berkomitmen dalam menerapkan kebijakan disentralisasi distribusi tenaga kesehatan khususnya tenaga dokter di puskesmas dan melakukan evaluasi secara berkelanjutan, serta memberikan perhatian khusus kepada petugas kesehatan yang bertugas di wilayah kerja pedesaan dan terpencil untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan pada wilayah yang sulit dijangkau. Tenaga kesehatan agar dapat berperan aktif dalam menjalankan tugas dan mensukseskan program kesehatan pemerintah diantaranya melakukan sosialisasi, edukasi, dan inovasi kepada masyarakat.

Kata Kunci : PIS-PK, Puskesmas, Kecamatan, Ketenagaan
Daftar Pustaka : 25 Buah

ABSTRACT

Name : Qatratul Asrar

NPM : 1707210052

CHARACTERISTICS ANALYSIS OF HEALTH CENTER, MANPOWER AND DISTRICT TOWARDS HEALTHY INDONESIA PROGRAM COVERAGE WITH FAMILY APPROACH (PIS-PK) IN ACEH

The Healthy Indonesia Family Approach Program (PIS-PK) is a government program that aims to improve the health status of the Indonesian people through the family approach. The family approach is one way for the Puskesmas to increase the reach of targets and bring closer/ improve access to health services in the working area by visiting families. In 2018 the number of Puskesmas in Aceh had reached 357 units.

The purpose of this study was to determine the effect of the characteristics of health centers, personnel and sub-districts on the level of PIS-PK coverage in Aceh province

The design of the study was descriptive analytic using cross sectional design, the study was conducted at the Aceh Provincial Health Office using secondary data from the primary health center data and the achievements of the subdistrict PIS-PK. The research sample of 345 health centers. Data analysis design using univariate, bivariate and multivariate analysis.

The results showed that there was no significant relationship between the characteristics of the Puskesmas and the achievements of the Healthy Indonesia Program with Family Approach (PIS-PK) in Aceh, there was a relationship between the characteristics of the workforce, namely physicians (OR=4,21; CI95%=1,79–9,90; p-value=0,001), the characteristics of the Subdistrict are population density with the achievements of the Healthy Indonesia Program with Family Approach (PIS-PK) in Aceh OR=2,64; CI 95% =1,02 - 6,071; p-value=0,043).

The government should be more committed to implementing policies on the distribution of health workers, especially doctors at the puskesmas and conducting evaluations on an ongoing basis, and paying special attention to health workers serving in rural and remote work areas to be able to provide health services in hard-to-reach areas. Health workers in order to be able to play an active role in carrying out their duties and the success of the government's health program including conducting socialization, education, and innovation to the community.

Keywords : PIS-PK, Puskesmas, District, Health Resources

References : 25 pieces

Nama : Qatratul Asrar
Tempat/ tanggal lahir : Aceh Utara 24 Desember 1983
Alamat : Jln. H. Zainun 1, Beurawe, Kuta Alam, Banda Aceh
Pendidikan yang ditempuh S1 : D-4 Kebidanan Pendidik

Pekerjaan:
ASN

Publikasi :
Analisis Perbedaan Karakteristik Ketenagaan Terhadap Cakupan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh 2018

Banda Aceh, Maret, 2020

Qatratul Asrar

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	ii
ABTRACK	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
LEMBARAN PENGESAHAN SEMINAR PROPOSAL.....	v
LEMBAR PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS.....	vi
BIODATA.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
KATA MUTIARA.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan Umum Penelitian.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian.....	5
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
1.6 Manfaat Penelitian.....	6
1.6.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.6.2 Manfaat Praktis.....	6
1.7 Originalitas Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....	10
2.1 Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.....	10
2.1.1 Pengertian.....	10
2.1.2 Pelaksanaan Pendekatan Keluarga.....	10
2.1.3 Sasaran.....	10
2.1.4 Target Pelaksanaan PIS-PK.....	15
2.2 Puskesmas.....	15
2.2.1 Pengertian	15
2.2.2 Karakteristik Puskesmas.....	16
2.2.2.1 Karakteristik Wilayah Kerja Puskesmas.....	16
2.2.3 Akreditasi Puskesmas.....	19
2.3 Ketenagaan.....	19
2.3.1 Pengertian.....	19
2.4. Kecamatan.....	20
2.5 Kerangka Teori.....	21
3.2 Hipotesa Penelitian.....	24
3.3 Variabel Penelitian.....	24

3.4 Definisi Operasional.....	25
3.5 Cara Pengukuran Variabel	27
BAB IV METODELOGI PENELITIAN.....	30
4.1 Desain Penelitian	30
4.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian	30
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	30
4.4 Metode Pengumpulan Data	31
4.5 Rancangan Analisa Data	31
4.5.1 Rancangan Analisis Bivariat	32
4.5.2 Rancangan Analisis Multivariat.....	32
BAB V HASIL PENELITIAN.....	33
5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian	33
5.1.1 Letak Geografis.....	33
5.1.2 Kepadatan Penduduk	34
5.2 Hasil Penelitian	35
5.2.2 Hasil Analisa Bivariat	39
5.2.2.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kecamatan	40
5.2.2.2 Hubungan Karakteristik Ketenagaan dengan IKS	43
5.2.2.3 Hubungan Karakteristik Kecamatan dengan IKS	49
5.2.3 Analisis Multivariat	51
BAB VI PEMBAHASAN	52
6.1 Pembahasan Penelitian	52
6.1.1 Hubungan Karakteristik Wilayah Kerja dengan cakupan PIS-PK	52
6.1.2 Hubungan Status Akreditasi dengan cakupan PIS-PK.....	53
6.1.3 Hubungan Jumlah Tempat Tidur dengan Cakupan PIS-PK.....	54
6.1.4 Hubungan Kondisi Bangunan Puskesmas dengan Cakupan PIS-PK	55
6.1.5 Hubungan Tenaga Dokter dengan Cakupan PIS-PK	56
6.1.6 Hubungan Tenaga Perawata dengan Cakupan PIS-PK	57
6.1.7 Hubungan Tenaga Bidan dengan Cakupan PIS-PK	57
6.1.8 Hubungan Tenaga Farmasi dengan Cakupan PIS-PK.....	58
6.1.9 Hubungan Tenaga Kesehatan Masyarakat dengan Cakupan PIS-PK	59
6.1.10 Hubungan Tenaga Kesehatan Lingkungan dengan Cakupan PIS-PK.....	60
6.1.11 Hubungan Tenaga kesehatan Gizi dengan Cakupan PIS-PK	61
6.1.12 Hubungan Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium dengan Cakupan PIS-PK	62
6.1.13 Hubungan Akses Jalan Depan puskesmas dengan Cakupan PIS-PK	63
6.1.14 Hubungan Kepadatan Penduduk dengan Cakupan PIS-PK.....	64
6.2. Keterbatasan Penelitian	64
BAB VII PENUTUP	68
7.1 Kesimpulan.....	68
7.2 Saran	69

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1. 1 Originalitas Penelitian	7
Tabel 2. 1 Standar Ketenagaan.....	20
Tabel 3. 1 Definisi Operasional.....	25
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi karakteristik Puskesmas	357
Tabel 4.1 Tabel Perhitungan jumlah sampel.....	37
Tabel 4.2 Jadwal Penelitian	48

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Tabel 2. 1 Target Pelaksanaan PIS-PK..... 15

Tabel 5. 1 Peta Wilayah Aceh 33

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Master tabel
- Lampiran 2 Tabel Resikokara kteristik Puskesmas, Ketenagaan dan Kecamatan terhadap PIS-PK di Aceh
- Lampiran 3 Output Analisis Stata
- Lampiran 4 Output Analisis Stata data Numerik

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah S.W.T, atas rahmat, karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul “ **Analisis Perbedaan Karakteristik Ketenagaan, Puskesmas dan Kecamatan terhadap cakupan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)**”. Shalawat dan salam ke pangkuan Nabi besar Muhammad S.A.W yang telah membawa umat manusia dari alam kebodohan ke alam yang berilmu pengetahuan seperti saat sekarang ini.

Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memenuhi gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh. Penulisan Tesis ini dapat terlaksana berkat dukungan, bimbingan, arahan dan bantuan dari berbagai pihak. Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Aslam Nur, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, PhD selaku Direktur Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh dan pembimbing I yang telah menyediakan waktu dalam proses bimbingan dalam menyelesaikan proposal tesis ini.
3. Dr. H. Said Usman, S.Pd, M.Kes selaku pembimbing II yang telah telah membantu proses penyelesaian tesis ini.
4. Para dewan penguji yang telah memberikan masukan yang membangun dan sangat bermanfaat bagi penelitian dan penulisan tesis ini,
5. Para dosen dan seluruh staf Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberi bimbingan selama ini.
6. Kepada Ibunda yang telah mendidik, membesarkan dan mendoakanku tanpa henti, suami dan anak-anak tercinta yang senantiasa memberikan dorongan moril, materil, dan memberikan semangat serta pengertiannya dalam menyelesaikan tesis ini.
7. Para teman sejawat seangkatan MKM angkatan IV dan sahabat yang selalu memberi semangat dan telah membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

8. Dinas Kesehatan Provinsi Aceh dan Dinas Kesehatan di Kabupaten/kota yang telah membantu menyediakan data yang peneliti gunakan dalam penulisan tesis ini.

Semoga bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Allah SWT sesuai dengan amal dan ibadahnya.

Banda Aceh, Maret 2020
Penulis,

Qatratul Asrar
NPM: 1707210052

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah program pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia melalui pendekatan keluarga. Sasaran Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program ini didukung oleh beberapa program lintas sektoral lainnya yaitu Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan program Indonesia sejahtera. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga (Kemenkes RI, 2016).

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes, 2014). Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan program kesehatan pemerintah untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya yang mencakup wilayah kecamatan, dimana setiap kecamatan harus memiliki minimal satu puskesmas (Kementerian Kesehatan, 2014).

Mengevaluasi kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia saat ini masih jauh dari derajat kesehatan yang diharapkan. Berbagai persoalan terkait kesehatan masih menjadi pekerjaan rumah pelaku kesehatan di Indonesia seperti persoalan kematian ibu dan bayi, stunting, gizi buruk, obesitas, penyakit menular dan penyakit tidak menular serta kesehatan jiwa.

Kondisi Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia saat ini, meskipun telah mengalami penurunan dibanding tahun-tahun sebelumnya, namun penurunan angka ini masih belum mencapai target sehingga membuat Indonesia gagal mencapai target pembangunan Millenium (MDG's), saat MDG's berakhir pada tahun 2015, angka kematian ibu di Indonesia ditargetkan 102 per 100.000 kelahiran (Pranata *et al.*, 2011). Data terbaru yang dikeluarkan oleh data rutin Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2018 sebanyak 4.179 jiwa, dan kematian bayi sebanyak 20.207 jiwa, dengan Angka Kematian Ibu mencapai 305 per 100.000 kelahiran hidup yang ditargetkan dapat turun mencapai 232 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Sementara itu data Dinas kesehatan Aceh mencatat Angka kematian Ibu di Aceh pada tahun 2017 berjumlah 143 dan mengalami penurunan di tahun 2018 menjadi 139 per 100.000 kelahiran, dengan kabupaten penyumbang 3 terbesar yaitu kabupaten Pidie, Bireuen dan Aceh Utara. Sementara Angka kematian bayi di Aceh berjumlah 10 per 1000 kelahiran hidup (Dinkes Aceh., 2018)

Data pada tahun 2018 menunjukkan, Kementerian kesehatan hanya mampu mengurangi angka stunting dari 37,2% menjadi 30,8% selama 5 tahun, sedangkan gizi buruk berkurang dari 19,6 % menjadi 17,6%. Disisi lain angka obesitas mengalami peningkatan dari 14,8% menjadi 21,8%. Kasus penyakit menular masih terjadi, meskipun mengalami penurunan dimana dua kasus terbesar yang masih terjadi yaitu ISPA dan diare yang turun dari 13,8% menjadi 4,4% dan 18,5%

menjadi 12,3%. Kejadian penyakit tidak menular yaitu kasus tertinggi adalah hipertensi meningkat drastis dari angka 25,85 menjadi 34,1 % sedang kesehatan jiwa atau *mental health* meningkat tajam dalam 5 tahun terakhir dari angka 1,7% menjadi 7% (Kemenkes, 2019)

Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan amanat Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Menkes RI, 2016). Berlandaskan hal tersebut diatas kemudian pemerintah berupaya mendekatkan pelayanan kesehatan agar dapat merata bagi seluruh masyarakat Indonesia melalui pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/ meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga (Menkes RI, 2016).

Program Indonesia sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia. Program Indonesia sehat selanjutnya menjadi program utama pembangunan kesehatan yang kemudian pencapaiannya diatur melalui Rencana strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015(Tiffany, 2019).

Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) mulai dilaksanakan pada tahun 2015 dengan melakukan uji coba pada 4 Puskesmas di 4 provinsi 4 kab/ kota. Pada tahun 2016 dilaksanakan oleh 470 puskesmas di 9 provinsi 64 kab/ kota, tahun 2017 pada 2.926 puskesmas di 34 provinsi 514 kab/ kota, dan pada tahun 2018 telah mencapai 6.205 puskesmas di 34 provinsi se-indonesia. Jumlah Puskesmas yang telah melaksanakan PIS-PK di Aceh telah mencapai 257 puskesmas (73,8 %) dari total 357 puskesmas yang ada di aceh pada tahun 2018 (Kemenkes, 2019).

Sebuah jurnal kesehatan masyarakat yang di terbitkan oleh JKM FKM-UNDIP pada Oktober 2019, tentang Evaluasi pelaksanaan program PIS-PK pada indikator TB Paru di Kabupaten Pati (Studi Kasus pada Puskesmas Tayu II) menemukan bahwa sumber daya manusia belum berpengalaman dalam menatalaksana TB paru, belum tersedia dokumen yang tepat untuk mendata, masyarakat mendukung namun belum ada koordinasi dalam pemanfaatan jaringan pelayanan pada lintas program puskesmas. Beberapa Penelitian dan evaluasi lainnya tentang penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya, namun peneliti belum menemukan penelitian yang sama.

1.2 Rumusan Masalah

Kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia saat ini masih memprihatinkan, berbagai persoalan terkait kesehatan masih menjadi pekerjaan rumah para pelaku kesehatan di Indonesia. Program Indonesia sehat adalah salah satu program yang dilaksanakan oleh pemerintah dengan sasaran meningkatkan kesehatan dan status gizi masyarakat dengan mengandalkan puskesmas sebagai ujung tombak keberhasilan program. Untuk membangun dan menentukan wilayah kerja puskesmas, faktor wilayah, kondisi geografis, dan kepadatan/ jumlah penduduk serta karakteristik puskesmas merupakan pertimbangan dasar. Berdasarkan pertimbangan tersebut peneliti tertarik untuk meneliti tentang perbedaan karakteristik puskesmas, ketenagaan dan kecamatan terhadap cakupan PIS-PK di Aceh.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Apakah karakteristik Puskesmas (wilayah kerja, status akreditasi) mempengaruhi tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Provinsi Aceh?
2. Apakah karakteristik ketenagaan (tenaga dokter umum, perawat, bidan, farmasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, dan ahli teknologi lab medik) mempengaruhi tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Provinsi Aceh?
3. Apakah karakteristik kecamatan (jumlah desa dan kepadatan penduduk) mempengaruhi tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Provinsi Aceh?
4. Apakah yang menjadi Indikator tertinggi dan terendah rata-rata PIS-PK di Aceh?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum Penelitian

Tujuan peneltian ini adalah untuk mengetahui pengaruh karakteristik puskesmas, ketenagaan dan kecamatan terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Aceh.

1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian

- 1 Mengetahui pengaruh karakteristik Puskesmas (wilayah kerja, status akreditasi) terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Provinsi Aceh?
- 2 Mengetahui pengaruh karakteristik ketenagaan (tenaga dokter umum, perawat, bidan, farmasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, dan ahli teknologi lab medik) terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Provinsi Aceh?
- 3 Mengetahui pengaruh karakteristik kecamatan (jumlah desa dan kepadatan penduduk) terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Provinsi Aceh?

4 Mengetahui Indikator tertinggi dan terendah rata-rata PIS-PK di Aceh.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian adalah masalah yang terkait dengan karakteristik puskesmas, ketenagaan dan kecamatan yang berpengaruh terhadap cakupan PIS-PK. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan sumber data sekunder yang bersumber dari data karakteristik masing-masing puskesmas dan data capaian PIS-PK yang terdiri atas 12 indikator.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai sumber informasi tambahan dalam memperkuat hasil-hasil studi yang berkaitan dengan pengaruh karakteristik wilayah puskesmas terhadap capaian cakupan PIS-PK dan sebagai referensi bagi penelitian berikutnya.

1.6.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat menjadi masukan untuk perbaikan melalui penerapan metode dan pengambilan kebijakan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang terbukti berdasarkan data.

1.7 Originalitas Penelitian

Berdasarkan studi pustaka ada beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait penerapan program Indonesia sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), penulis sajikan dalam table dibawah ini:

Tabel 1. 1 Originalitas Penelitian

No	Peneliti	Judul	Tujuan Penelitian	Metode	Hasil	Perbedaan dan Persamaan
1	Eva Laelasari, 2017	Evaluasi Kesiapan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga		Metode evaluasi dilakukan secara kualitatif melalui wawancara mendalam	Di seluruh lokasi yang telah maupun belum melakukan pendataan, telah mempunyai perencanaan SDM, anggaran, sarana dan prasarana. Beberapa lokasi telah melakukan pendataan meskipun dengan keterbatasan sumber daya. Salah satu penyebab belum dilakukannya pendataan di kabupaten Lebak, karena adanya kendala anggaran	Sama-sama meneliti PIS-PK ,namun tidak melihat pengaruh dari karakteristik puskesmas dan kecamatan.
2	(Ratnasari Dewi, 2019)	Analisis Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan	Menganalisis pelaksanaan PIS-PK di	Penelitian ini merupakan jenis penelitian	Hasil penelitian kuantitatif diperoleh bahwa pendanaan,	Penelitian sebelumnya menganalisa

		Pendekatan Keluarga di Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen Tahun 2018	Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen Tahun 2018	campuran (<i>mix method</i>)	sarana prasarana dan dukungan pemerintah berhubungan dengan pelaksanaan PIS-PK. Sedangkan, hasil penelitian kualitatif dalam bidang pendanaan, dana diamprah dari BOK, karena anggarannya belum dicairkan sehingga pelaksanaannya tertunda. Bidang dukungan pemerintah, tingkat pemerintah daerah sudah terlaksana dengan baik, tetapi di desa masih terkendala dari pihak kepala desa yang belum mensosialisasikan ke masyarakat.	pelaksanaan PIS-PK.
--	--	--	---	--------------------------------	---	---------------------

					Bidang SDM, admin PIS-PK hanya 1 orang. Bidang sarana prasarana, sudah terpenuhi namun tidak cukup. Bidang kondisi masyarakat, tidak semuanya siap dengan PIS-PK karena kurangnya sosialisasi. Bidang hubungan dengan pusat, masih ada jaringan internet yang terganggu.	
3	Naily Rahmasari	Evaluasi Pelaksanaan program PIS-PK pada indikator TB paru di Kabupaten Pati (Studi kasus pada Puskesmas Tayu II)	Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan evaluasi penerapan PIS-PK dari segi input, proses dan output.	Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif, melalui wawancara mendalam, observasi,	1. Input (SDM belum berpengalaman dalam penemuan dan penatalaksanaan TB paru, dana belum mencukupi untuk kunjungan ulang)	Persamaan : Mengevaluasi program PIS-PK Perbedaan: tidak melihat karakteristik Puskesmas sebagai yang mempengaruhi

				dan studi literatur.	2. Proses (belum ada dokumen yang memadai) 3. Lingkungan, masyarakat mendukung pelaksanaan PIS-PK, namun belum ada koordinas lintas program di Puskemas).	
4	Riadi Ardian, Y (2015)	Akses dan Karakteristik Puskesmas sebagai penentu ketersediaan dan kesesuaian tenaga promosi kesehatan terhadap proses program promosi kesehatan di Puskesmas kabupaten/ kota Indonesia	Tujuan: Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan tenaga promkes dan tenaga pelaksana promkes terhadap program promkes	Penelitian kuantitatif Metode penelitian: Deskriptif analitik dengan desain penelitian non-eksperimental (cross-sectional survey)	Hasil: jenis puskesmas dan topografi puskesmas terbukti berpengaruh terhadap ketersediaan tenaga promosi kesehatan di puskesmas.	Persamaan: Menganalisa karakteristik puskesmas dan menggunakan data sekunder. Perbedaan : Variabel dependent fokus pada tenaga promkes kesehatan, bukan pada cakupan PIS-PK.

		(analisis data Risfaskes)	di puskesmas kab/kota diIndonesia			
--	--	------------------------------	--	--	--	--

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

2.1.1 Pengertian

Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah program pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia melalui pendekatan keluarga. Program ini didukung oleh beberapa program lintas sektoral lainnya yaitu Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan program Indonesia sejahtera. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga (Menkes RI, 2016).

2.1.2 Pelaksanaan Pendekatan Keluarga

Dalam Sumarjono (2016), dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya dua belas indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga, kedua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
- 2) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
- 3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
- 4) Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
- 5) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
- 6) Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar

- 7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
- 8) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan
- 9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok
- 10) Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- 11) Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
- 12) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

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

- 1) Keluarga mengikuti program KB adalah jika keluarga merupakan pasangan usia subur, suami dan istri atau keduanya, terdaftar secara resmi sebagai peserta/ akseptor KB dan atau menggunakan alat kontrasepsi (Rini, 2017).
- 2) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan adalah jika di keluarga terdapat ibu paska bersalin (usia bayi 0-11 bulan) dan persalinan ibu tersebut, dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah sakit, Puskesmas, Klinik, Bidan Praktik Mandiri).
- 3) Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap adalah jika keluarga terdapat bayi (usia 12-23 bulan), bayi tersebut telah mendapatkan imunisasi HBO, BCG, DPT-HB1, DPT-HB2, DPT-HB3, Polio1, Polio2, Polio3, Polio4, campak.
- 4) Bayi mendapat ASI eksklusif adalah jika di keluarga terdapat bayi usia 7-23 bulan dan bayi tersebut selama 6 bulan (usia 0-6 bulan) hanyadiberi ASI saja (ASI eksklusif).

- 5) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan adalah jika di keluarga terdapat balita (usia 2-59 bulan 29 hari) dan bulan yang lalu ditimbang berat badannya di Posyandu atau fasilitas kesehatan lainnya dan dicatat pada KMS/ bukti KIA.
- 6) Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar adalah jika di keluarga mendapatkan di keluarga terdapat anggota keluarga berusia ≥ 15 tahun yang menderita batuk dan sudah 2 minggu berturut-turut belum sembuh atau didiagnosis sebagai penderita tuberkulosis (TB) paru dan penderita tersebut berobat sesuai dengan petunjuk dokter/petugas kesehatan.
- 7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur adalah jika di dalam keluarga mendapat anggota keluarga berusia ≥ 15 tahun yang didiagnosa sebagai penderita tekanan darah tinggi (hipertensi) dan berobat teratur sesuai petunjuk dokter atau petugas kesehatan.
- 8) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan adalah jika di keluarga terdapat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat dan penderita tersebut tidak diterlantarkan dan/ atau dipasung serta diupayakan kesembuhannya (Citra, 2016).
- 9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok adalah jika tidak ada seorangpun dari 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 atau produk lain dari tembakau.

- 10) Keluarga sudah menjadi anggota JKN adalah jika seluruh anggota keluarga tersebut memiliki kartu anggota keanggotaan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan/ atau kartu kepesertaan asuransi kesehatan lainnya.
- 11) Keluarga mempunyai akses sarana air bersih adalah jika keluarga tersebut memiliki akses dan menggunakan air leding PDAM atau sumur pompa, atau sumur gali, atau mata air terlindung untuk keperluan sehari-hari.
- 12) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat adalah jika keluarga tersebut memiliki akses dan menggunakan sarana untuk buang air besar berupa kloset leher angsa atau kloset plegsengan.

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan perhitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga, sedangkan keadaan masing-masing indikator mencerminkan kondisi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dari keluarga yang bersangkutan (Rusdianah & Widiarini, 2019). Gambaran kondisi umum pembangunan kesehatan di Indonesia dipaparkan berdasarkan hasil capaian program kesehatan, kondisi lingkungan strategis, kependudukan, pendidikan, kemiskinan, dan perkembangan baru lainnya.

2.1.3 Sasaran

Sasaran Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan (Sumarjono, 2016). Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015-2019 yaitu:

1. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu dan anak
2. Meningkatkan pengendalian penyakit

3. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, terpencil dan perbatasan.
4. Meningkatkan cakupan lainnya kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan
5. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin
6. Meningkatkan resposisivitas sistem kesehatan.

Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok Rencana Jangka Panjang Nasional (RPJMN) 2015-2019 yaitu: meningkatnya status kesehatan dan gizi dan anak, meningkatnya pengendalian penyakit dan meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan nasional (JKN).

Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis resiko kesehatan (Safitri, 2018). Pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat (*benefit*), serta kendali mutu dan biaya. Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat (Menkes RI, 2016).

2.1.4 Target Pelaksanaan PIS-PK



Gambar 2.1 Target Pelaksanaan PS-PK

2.2 Puskesmas

2.2.1 Pengertian

Puskesmas adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan keterlibatan masyarakat di bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara berkesinambungan dan menyeluruh kepada masyarakat pada suatu wilayah tertentu (Azwar, 1996). Menurut (Efendi & Makhfudli, 2009) Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat disamping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, juga melakukan pembinaan peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Trihono dalam buku 'Arrimes Manajemen Puskesmas berbasis Paradigma Sehat' menyebutkan bahwa pengertian puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sedangkan Kemenkes (2014) mendefinisikan Puskesmas sebagai suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya diwilayah kerjanya.

Puskesmas dibangun untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, dan terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya. Kunjungan masyarakat pada suatu unit pelayanan kesehatan tidak saja dipengaruhi oleh kualitas pelayanan tetapi juga dipengaruhi oleh faktor lain diantaranya: sumber daya manusia, motivasi pasien, ketersediaan

bahan dan alat, tarif dan lokasi. Puskesmas adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia (Nurhidayah, 2017). Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Kemenkes RI, 2017; Kemenkes RI, 2014).

2.2.2 Karakteristik Puskesmas

1. Karakteristik wilayah kerja puskesmas

Berdasarkan PMK 75 tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat, bahwa kategori puskesmas berdasarkan karakteristik wilayah dibedakan atas 3 Wilayah itu sendiri adalah suatu kawasan yang menjadi daerah kekuasaan/ pemerintahan ataupun pengawasan (KBBI, 2019). Menurut PP No. 47 tahun 1997 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Nasional, wilayah adalah ruang yang merupakan kesatuan geografis beserta seluruh unsur terkait yang batas dan sistemnya ditentukan berdasarkan aspek administratif/ aspek fungsional. Jadi wilayah merupakan permukaan bumi yang memiliki bentuk dan sifat yang berbeda. Berikut pembagian puskesmas berdasarkan karakteristik wilayah:

a. Puskesmas kawasan Perkotaan

Puskesmas kawasan perkotaan sebagaimana dimaksudkan diatas merupakan puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi diantaranya paling sedikit aktivitas penduduknya lebih dari 50% (lima puluh persen) pada sektor non-agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa. Dalam Pujiana (2017) menyebutkan Puskesmas kawasan perkotaan dimana wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dan 4 (empat) kriteria kawasan perkotaan sebagai berikut:

- 1). Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa.
- 2) Memiliki fasilitas perkotaan seperti, sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, rumah sakit radius kurang dari 5 km, memiliki bioskop atau hotel;
- 3) Lebih dari 90% rumah tangga memiliki listrik;
- 4) Memiliki akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan tersebut diatas.

b. Puskesmas kawasan pedesaan

Puskesmas kawasan pedesaan diantaranya aktivitas penduduknya lebih dari 50 % (lima puluh persen) pada sektor agraris, meliputi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan pedesaan sebagai berikut:

- 1 Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduk pada sector agraris.
- 2 Memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki hotel dan bioskop.
- 3 Rumah tangga yang memiliki listrik kurang dari 90%.
- 4 Terdapat akses jalan dan transportasi untuk mencapai fasilitas yang dimaksud.

c. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil

Kawasan puskesmas terpencil dan sangat terpencil adalah kawasan puskesmas yang berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir, memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1). Berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau atau pesisir;

- 2). Akses transportasi umum biasanya 1 kali seminggu, jarak tempuh pulang-pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, dan transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim dan cuaca, dan kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil.

2.2.3 Akreditasi Puskesmas

Akreditasi puskesmas adalah pengakuan yang diberikan oleh pemerintah melalui badan independen penyelenggaraan akreditasi puskesmas karena telah memenuhi standar yang ditetapkan (Permenkes RI, 2015). Tujuan akreditasi puskesmas adalah untuk menjamin dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat (Maghfiroh & Rochmah, 2017).

Penetapan status akreditasi puskesmas terdiri atas 5 (lima) tingkatan yaitu: tidak terakreditasi, Dasar, Madya, Utama, dan paripurna.

2.3. Ketenagaan

2.3.1 Pengertian

Undang-undang No 13 tahun 2003 tentang ketenagaan pasal 1 menyebutkan bahwa ketenagaan adalah setiap orang yang mampu melaksanakan tugas baik di luar maupun di dalam guna menghasilkan barang ataupun jasa untuk memenuhi kebutuhan masyarakat atau orang banyak.

Ciri-ciri tenaga kerja antara lain:

- 1 Tenaga kerja pada umumnya tersedia dan siap untuk digunakan dalam suatu proses memproduksi barang ataupun jasa, apabila tenaga tersebut telah bekerja, maka akan memperoleh imbalan atas pekerjaan yang telah dilakukannya.

- 2 Tenaga kerja yang terampil merupakan potensi tenaga kerja yang sangat dibutuhkan pada sebuah perusahaan untuk mencapai tujuan (Sitanggang & Nachrowi, 2004)

2.3.2 Standar Ketenagaan Puskesmas

Pemerintah telah mengatur standar ketenagaan pada puskesmas dalam Permenkes 75 tahun 2014, ketentuan ini merupakan kondisi minimal yang diharapkan agar puskesmas dapat terselenggara dengan baik, standar ketenagaan puskesmas dimaksud adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Standar Ketenagaan

No	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan Perkotaan		Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas kawasan Terpencil & Sangat Terpencil	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap
1	Dokter atau dokter layanan primer	1	2	1	2	1	2
2	Dokter gigi	1	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	8	5	8	5	8
4	Bidan	4	7	4	7	4	7
5	Tenaga kesehatan masyarakat	2	2	1	1	1	1
6	Tenaga kesehatan lingkungan	1	1	1	1	1	1
7	Ahli teknologi lab medik	1	1	1	1	1	1
8	Tenaga Gizi	1	2	1	2	1	2
9	Tenaga Kefarmasian	1	2	1	1	1	1
10	Tenaga administrasi	3	3	2	2	2	2
11	Pekarya	2	2	1	1	1	1
Jumlah		22	31	19	27	19	27

2.4 Kecamatan

Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No 17 tahun 2018 tentang kecamatan menyebutkan bahwa kecamatan atau yang disebut dengan nama lain bagian wilayah dari daerah kabupaten/kota yang dipimpin oleh camat. Kecamatan dibentuk berdasarkan peraturan pemerintah kabupaten/kota dengan ketentuan perundang-undangan.

Persyaratan dasar pembentukan sebuah kecamatan untuk pulau sumatera terdiri atas:

- 1 Jumlah penduduk minimal 5000 jiwa atau 1000 KK
- 2 Luas wilayah minimal 5 km²
- 3 Usia minimal kecamatan, 5 tahun (usia penyelenggaraan pemerintahan terhitung sejak diberikan kode dan data wilayah oleh Menteri)
- 4 Jumlah minimal desa/kelurahan.

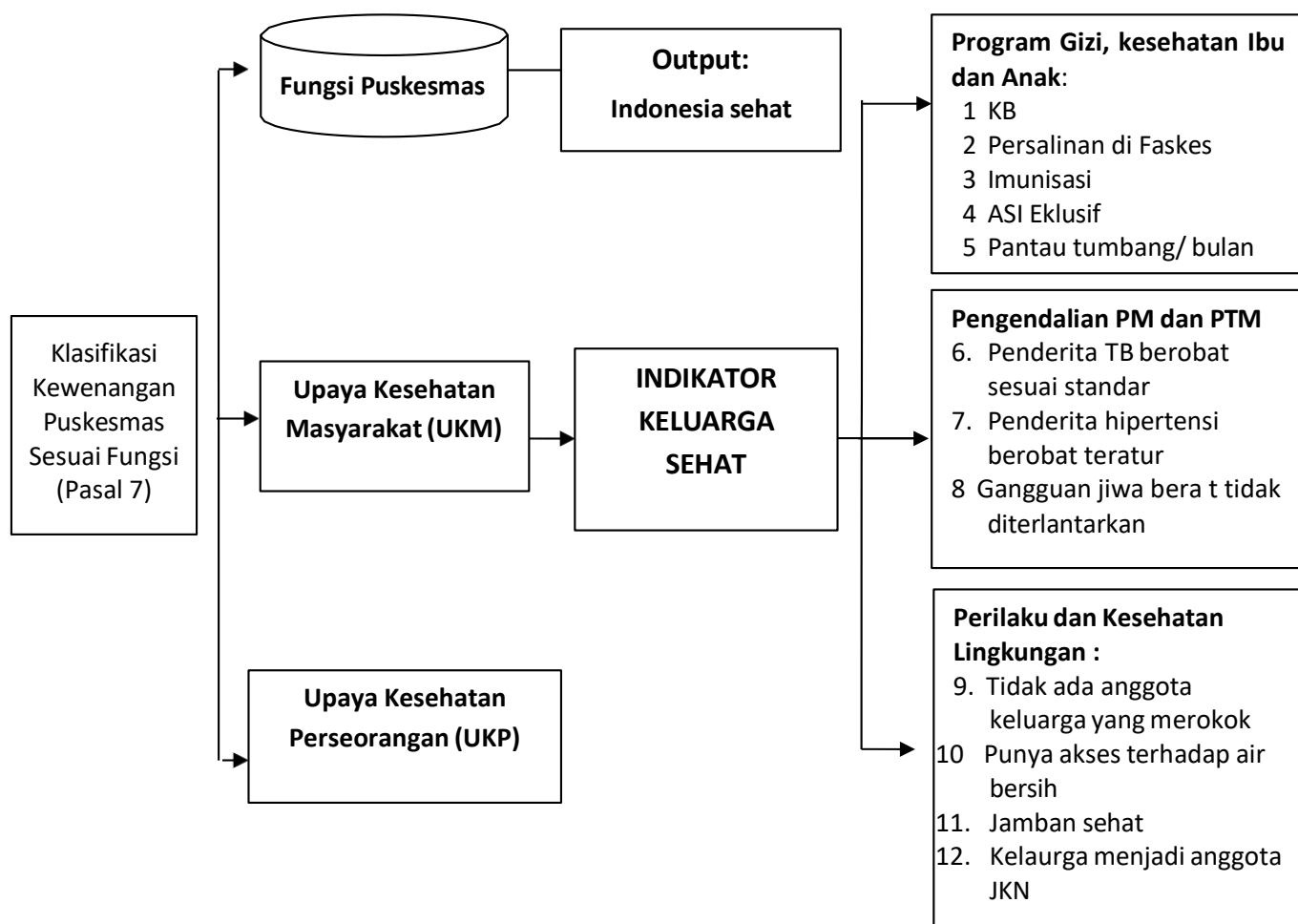
2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini merujuk kepada teori yang disampaikan oleh Donabedian (1966) yang mengemukakan bahwa peningkatan mutu pelayanan kesehatan ditentukan oleh input yang terdiri atas sumber daya manusia, kebijakan dan fasilitas. Mutu pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh proses inisiasi yang dilakukan oleh provider terhadap pasien/ penerima layanan. Selanjutnya output/ keluaran yang dihasilkan yaitu berupa kesakitan (morbiditas), mortalitas (kematian) dan kepuasan pasien juga mempengaruhi mutu layanan kesehatan.

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Gambaran kondisi umum pembangunan kesehatan di Indonesia dipaparkan

berdasarkan hasil pencapaian program kesehatan, kondisi lingkungan strategis, kependudukan, pendidikan, kemiskinan, dan perkembangan baru lainnya (Kemenkes, 2016), Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya.

Kerangka teori penelitian ini sesuai dengan kerangka teori Pendekatan Keluarga yang terkandung dalam Permenkes 75 tahun 2014 kementerian Kesehatan RI, dapat digambarkan sebagai berikut:



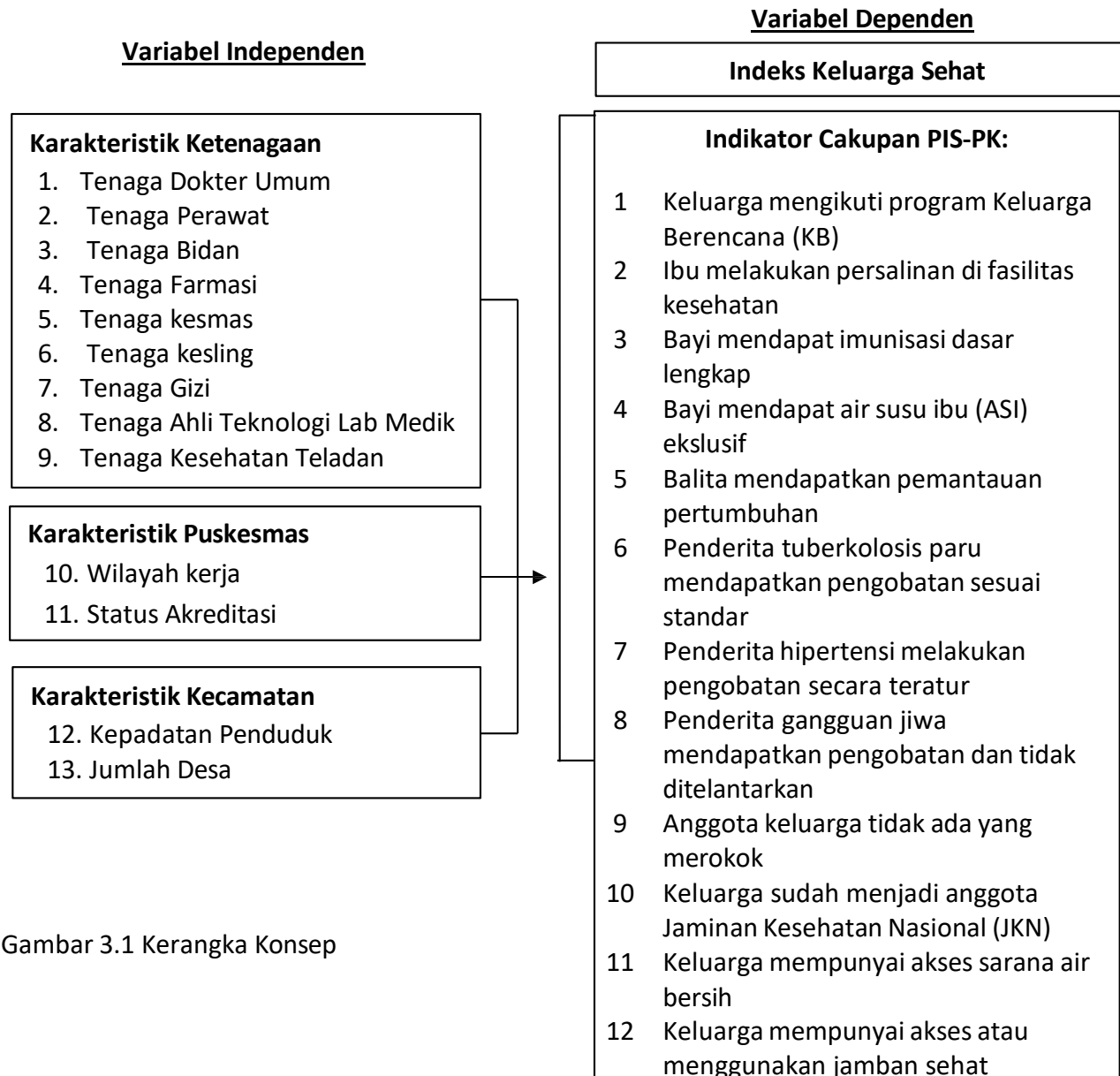
Gambar 2.2 Kerangka Teori Indikator PIS-PK

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini merupakan penyederhanaan dari kerangka teori. Berdasarkan kerangka teoritis indikator PIS-PK dari Kementerian Kesehatan (2014), yang menjelaskan tentang pengaruh karakteristik puskesmas, tenaga kesehatan dan kecamatan terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Aceh, dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, pembahasan dalam teori, kerangka teori dan kerangka konsep yang telah diuraikan, maka dapat diajukan hipotesis penelitian seperti dibawah ini:

- 1 Ha: Karakteristik ketenagaan (tenaga dokter umum, perawat, bidan, farmasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, tenaga ahli teknologi lab medik, tenaga kesehatan teladan) berpengaruh terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Aceh
- 2 Ha: Karakteristik puskesmas (Karakteristik wilayah, status Akreditasi) berpengaruh terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Aceh.
- 3 Ha: Karakteristik kecamatan (jumlah desa dan kepadatan penduduk) berpengaruh terhadap tinggi rendahnya cakupan PIS-PK di Aceh,

3.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah merupakan suatu objek, sifat, atribut, nilai dari orang, atau kegiatan yang mempunyai bermacam-macam variasi antar satu dengan yang lainnya yang ditetapkan oleh peneliti dengan tujuan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Wibowo, 2014) dalam (PAKAYA, 2018). Jadi, yang dimaksud dengan variabel dalam penelitian ini adalah segala sesuatu sebagai objek yang ditetapkan dan dipelajari sehingga memperoleh informasi untuk menarik kesimpulan (Arikunto & Suhardjono, 2006). Secara garis besar sebenarnya hanya ada dua macam variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat:

1. Variabel Dependent (terikat)

Variabel Dependent (variabel terikat) merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas. Variabel dependen adalah tipe variabel yang dijelaskan atau dipengaruhi oleh variabel independen (Sumantri, 2011) dalam (Bestari & Rohman, 2013),

adapun dalam penelitian ini variabel dependen adalah Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB), ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif, balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan, penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan, anggota keluarga tidak ada yang merokok, keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), keluarga mempunyai akses sarana air bersih, keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

2. Variabel Independen (bebas)

Variabel independen (variabel bebas) merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (sumantri, 2011). Adapun yang menjadi variabel bebas dalam penelitian ini yaitu jumlah tenaga Dokter Umum, tenaga Perawat, tenaga Bidan, tenaga farmasi, tenaga kesmas, tenaga kesling, tenaga Gizi, dan tenaga ahli laboratorium medik dan tenaga kesehatan teladan (nakes teladan), karakteristik wilayah kerja, status Akreditasi, kepadatan penduduk serta jumlah desa.

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Penelitian	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1	Indek Kesehatan Keluarga	Indikator capaian keluarga sehat	Data sekunder PIS-PK kabupaten/kota	Checlist	1. Sehat 2. Pra-sehat 3. Tidak sehat	Ordinal
2	Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/Kota 2018	Data persentase	Rasio
3	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/Kota 2018	Data persentase	Rasio
4	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/Kota 2018	Data persentase	Rasio
5	Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/Kota 2018	Data persentase	Rasio

6	Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/ Kota 2018	Data persentase	Rasio
7	Penderita tuberkolosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/ Kota 2018	Data persentase	Rasio
8	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/ Kota 2018	Data persentase	Rasio
9	Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/ Kota 2018	Data persentase	Rasio
10	Anggota keluarga tidak ada yang merokok		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/ Kota 2018	Data persentase	Rasio
11	Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/ Kota 2018	Data persentase	Rasio

				Kota 2018		
12	Keluarga mempunyai akses sarana air bersih		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/ Kota 2018	Data persentase	Rasio
13	Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat		Data Sekunder Dinas kesehatan Kab/Kota	Capaian indikator IKS Kab/ Kota 2018	Data persentase	Rasio
Variabel Independen						
14	Tenaga dokter umum	Jumlah tenaga dokter umum yang terdapat di suatu puskesmas	Data dasar Puskesmas	Checklist	Data jumlah dokter	Rasio
15	Tenaga perawat	Jumlah tenaga perawat yang terdapat di suatu puskesmas	Data dasar Puskesmas	Checklist	Data jumlah perawat	Rasio
16	Tenaga Bidan	Jumlah tenaga bidan yang terdapat di suatu puskesmas	Data Sekunder Puskesmas	Checklist	Data jumlah bidan	Rasio

17	Tenaga Farmasi	Jumlah tenaga farmasi yang terdapat di suatu puskesmas	Data Sekunder Puskesmas	Checklist	Data jumlah tenaga farmasi	Rasio
18	Tenaga kesehatan masyarakat	Tenaga kesehatan masyarakat yang bekerja pada puskesmas	Data Sekunder Puskesmas	Checklist	Data jumlah tenaga kesehatan masyarakat	Rasio
19	Tenaga kesehatan lingkungan	Tenaga kesehatan lingkungan yang bekerja pada puskesmas	Data Sekunder Puskesmas	Checklist	Data jumlah tenaga kesehatan lingkungan	Rasio
20	Tenaga Gizi	Tenaga gizi yang bekerja pada puskesmas	Data Sekunder Puskesmas	Checklist	Data jumlah tenaga gizi	Rasio
21	Tenaga ahli teknologi lab medik	Tenaga laboratorium yang bekerja	Data Sekunder Puskesmas	Checklist	Data jumlah tenaga lab medik	Rasio

		pada puskesmas				
22	Tenaga Kesehatan Teladan	Tenaga kesehatan Puskesmas tahun tahun 2017	Data Dinas Kesehatan Aceh	Checklist	1. Ada tenaga kesehatan teladan puskesmas 2. Tidak ada tenaga kesehatan teladan puskesmas	Ordinal
23	Wilayah kerja	Wilayah yang menjadi tanggungjawab puskesmas yang meliputi satu kecamatan , dimana keadaan geografik dan infrastruktur lainnya menjadi pertimbangan utama.	Data sekunder profil Puskesmas	Checklist	1. Kota 2. Desa 3. Terpencil	Nominal
24	Status Akreditasi	Suatu pengakuan yang	Data Sekunder Dinas Kesehatan Aceh	Checklist	1. Belum terakreditasi	Ordinal

		diberikan oleh pemerintah melalui lembaga independen kepada manajemen puskesmas			2. Dasar 3. Madya 4. Utama 5. Paripurna	
25	Kepadatan penduduk	Perbandingan jumlah penduduk dengan luas wilayah disuatu kecamatan	Data Sekunder Puskesmas	Profil kab/ kota	1. Sangat padat 2. Cukup padat 3. Kurang padat 4. Tidak padat	Nominal
26	Jumlah desa	Jumlah desa yang terdapat dalam sebah kecamatan	Data Sekunder Puskesmas	Checklist	Data jumlah desa	Rasio

3.5 Cara Pengukuran Variabel kategori

1 Indeks Keluarga Sehat

a. 0 = Keluarga pra sehat = bila IKS 0,50-0,80

b. 1 = Keluarga tidak sehat = bila IKS < 0,50

(Perhitungan kategori IKS berdasarkan Permenkes 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan PIS-PK)

2. Karakteristik Wilayah kerja puskesmas (Kemenkes RI, 2016)

a. 0 = Kota

b. 1 = Desa

c. 2 = terpencil/ sangat terpencil

3. Status akreditasi

- a. 0 = Utama
- b. 1 = Madya
- c. 2 = Dasar
- d. 3 = Belum terakreditasi

(Permenkes 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas)

4. Kepadatan penduduk

- a 0 = Sangat padat , jika > 400 jiwa/km²
- b 1 = cukup padat, jika 251-400 jiwa/ km²
- c 2 = kurang padat, jika 51-250 jiwa/ km²
- d 3 = tidak padat, jika 0 -50 jiwa/km²

(Undang-undang No.56 tahun 1960 tentang kategori jumlah penduduk)

5. Tenaga Kesehatan teladan

- a 0= Ada tenaga kesehatan teladan di puskesmas
- b 1= Tidak ada tenaga kesehatan teladan di Puskesmas

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan menggunakan *desain cross sectional*. Metode penelitian *Cross Sectional* adalah penelitian yang dilakukan pada satu waktu dan satu kali, tidak ada *follow up*, untuk mencari hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Wibowo, 2014).

Pengumpulan data, baik untuk variabel independen maupun variabel dependen dilakukan secara bersamaan, yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh karakteristik puskesmas, ketenagaan dan kecamatan terhadap cakupan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh.

4.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada Dinas Kesehatan Aceh pada bulan Januari 2020

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Puskesmas di Aceh.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan teknik *total sampling*, yaitu mengambil semua puskesmas yang ada di Aceh yang berjumlah 348 puskesmas sebagai sampel, namun terdapat sebanyak 12 puskesmas yang datanya kurang dari 50% dan puskesmas tersebut dikeluarkan dari sampel sehingga sampel yang lakukan uji statistik berjumlah 345 puskesmas,

setelah dilakukan *breakdown* terhadap data 12 indikator PIS-PK, jumlah sampel menjadi 259 dikarenakan sebanyak 86 sampel tidak tersedia data 12 indikator PIS-PK.

4.4 Metode Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini menggunakan data sekunder, pengumpulan data dengan cara mengobservasi data dasar puskesmas dan Indeks Keluarga Sehat yang ada di dinas kesehatan Aceh berdasarkan data puskesmas seluruh kabupaten/ Kota di Aceh.

4.5 Rancangan Analisis Data

4.5.1. Univariat

Analisa univariat dilakukanan untuk memberikan gambaran secara deskriptif masing-masing variabel yang digunakan (Notoatmodjo,2010). Karena beberapa variabel merupakan data kategorik maka analisis univariat menghasilkan distribusi frekuensi variabel dependen dan variabel independent.

4.5.1. Rancangan Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk menguji hipotesis adanya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Notoatmodjo, 2005; Hastono, 2007). Untuk membuktikan ada atau tidaknya hubungan tersebut, dilakukan uji statistic *Chi-Square* (Stata Versi 13) dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$), Dilanjutkan dengan uji regresi logistic. Pengolahan data penelitian ini menggunakan program *software stata versi 13*, yang nantinya akan diperoleh nilai p. Nilai p akan dibandingkan dengan nilai α . (Hastono, 2007), dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1 Jika nilai $p \leq \alpha$ ($p \leq 0,05$), maka hipotesis nul (H_0) ditolak, berarti data sampel mendukung adanya perbedaan yang signifikan.

2. Jika nilai $p > \alpha$ ($p > 0,05$), maka hipotesis nul (H_0) diterima, berarti data sampel tidak mendukung adanya perubahan yang bermakna.

4.5.2 Rancangan Analisis Multivariat

Pada analisis multivariat, uji statistik yang digunakan adalah regresi logistic berganda. Uji tersebut bertujuan untuk menganalisis hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen. Syarat pengujian multivariate regresi logistic berganda antara lain: (Hastono, 2007)

1. Regresi logistik tidak membutuhkan hubungan *linear* antara variabel independen dan dependen atau sebaliknya;
2. Variabel independen tidak perlu diubah dalam skala ukur interval atau ratio;
3. Variabel dependen harus bersifat dikotomi;
4. Variabel independen tidak harus memiliki keragaman (kategorinya tidak harus sama);
5. Sampel diperlukan dalam jumlah besar (minimum 50 sampel) per variabel independen;
6. Dapat menyeleksi hubungan karena menggunakan pendekatan *non linear* untuk memprediksi *Odds Ratio* (OR) dan koefisien yang dinyatakan sebagai probabilitas.
7. Penyusunan model akhir yang terdiri dari variabel independen dan variabel dependen beserta pengeluaran variabel yang probabilitas lebih besar dari 25%, maka variabel tersebut dikeluarkan dari model akhir.

Hasil dari analisis multivariate regresi logistic dapat dilihat dari nilai *expose* atau yang disebut OR. Semakin besar nilai OR maka semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen yang dianalisis. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistic berganda untuk mengetahui variabel independen mana yang lebih erat hubungannya dengan

variabel dependen. Penentuan determinan dilihat berdasarkan variabel independen dengan nilai OR terbesar dan perbandingan CI (Hastono, 2007).

BAB V

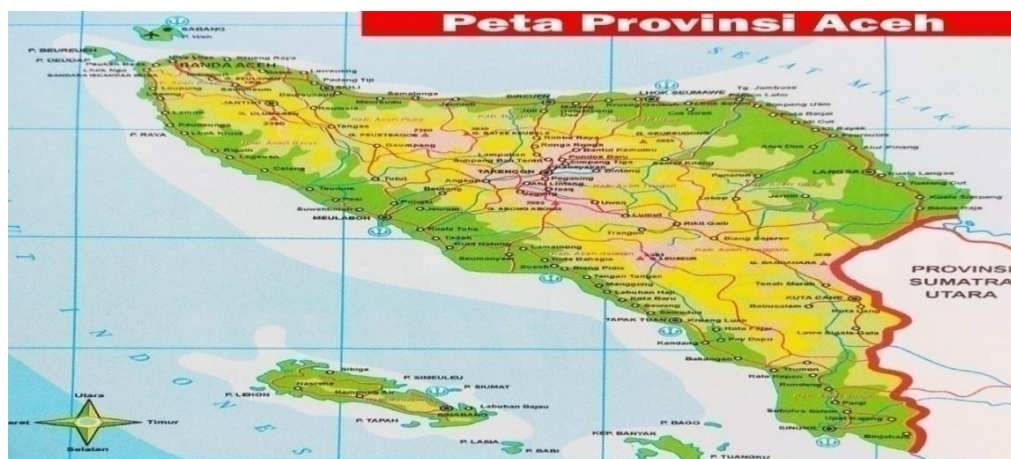
HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

5.1.1 Letak Geografis

Aceh terletak di bagian paling barat gugusan kepulauan Nusantara, dengan luas daratan mencapai 57.935 Km² dan 2.666 kilometer terdiri dari lautan. Letak astronomis Aceh pada 01 58'37,2" – 06 04'33,6" Lintang Utara dan 94 57'57,6" – 98 17' 13,2" Bujur timur, dengan ketinggian rata-rata 125 meter di atas permukaan laut. Wilayah Aceh terbagi atas 23 Kabupaten/ Kota (18 Kabupaten dan 5 Kota, 289 Kecamatan dan 6.510 desa/ gampong) dengan batas wilayah:

- Sebelah Utara berbatasan dengan selat Malaka
- Sebelah Timur berbatasan dengan selat Malaka
- Sebelah Barat berbatasan dengan Samudera Indonesia
- Sebelah Selatan berbatasan dengan provinsi Sumatera Utara



Gambar 5.1 Peta Wilayah Aceh

Aceh memiliki topografi datar hingga bergunung. Wilayah dengan topografi daerah datar dan landai sekitar 32 persen dari luas wilayah, sedangkan berbukit hingga bergunung mencapai sekitar 68 persen dari luas wilayah. Daerah dengan topografi bergunung terdapat di bagian tengah Aceh yang merupakan gugusan pegunungan bukit barisan dan daerah dengan topografi berbukit dan landai terdapat di bagian utara dan timur Aceh. Berdasarkan kelas topografi wilayah, Aceh yang memiliki topografi datar (0-2%) tersebar di sepanjang pantai barat – selatan dan pantai utara – timur sebesar 24,83 persen dari total wilayah; landai (2– 15%) tersebar di antara

pegunungan Seulawah dengan Sungai Krueng Aceh, di bagian pantai barat–selatan dan pantai utara–timur sebesar 11,29 persen dari total wilayah; agak curam (15 -40%) sebesar 25,82 persen dan sangat curam (>40%) yang merupakan punggung pegunungan Seulawah, gunung Leuser, dan bahu dari sungai-sungai yang ada sebesar 38,06% dari total wilayah (Pemerintah Aceh, 2012).

Aceh memiliki ketinggian rata-rata 125 m di atas permukaan laut, dengan persentase wilayah berdasarkan ketinggiannya yaitu: (1) daerah ber ketinggian 0-25 m dpl merupakan 22,62 persen luas wilayah (1,283,877.27 ha), (2) Daerah ber ketinggian.

5.1.2 Keadaan Penduduk

Hasil konsolidasi bersih semester II Dinas Registerasi Kependudukan Aceh 2018, jumlah penduduk di Aceh pada tahun 2018 sebesar 5.247.257 jiwa, terdiri dari 2.637.108 jiwa penduduk laki-laki dan 2.610.149 jiwa penduduk perempuan. Aceh Utara merupakan kabupaten dengan

jumlah penduduk terbanyak mencapai 583.350 jiwa, diikuti Pidie 440.231 jiwa, dan paling sedikit penduduk berada di kota Sabang dengan jumlah penduduk sebesar 42.015 jiwa.

5.2 Hasil Penelitian

Penelitian ini sudah dilakukan pada bulan Januari 2020 di Dinas Kesehatan Provinsi Aceh dengan menggunakan data sekunder PIS-PK tahun 2018 dan data dasar puskesmas tahun 2018 meliputi; data Karakteristik wilayah, status Akreditasi, tenaga dokter Umum, perawat, bidan, farmasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, ahli teknologi lab medik, tenaga kesehatan telada puskesmas, kepadatan penduduk. Adapun hasil analisa data adalah sebagai berikut :

5.2.1 Analisis Univariat

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Puskesmas

No	Karakteristik Puskesmas	frekuensi (F)	Persentase (%)
Karakteristik wilayah kerja			
1	Kota	43	16,60
2	Desa	137	52,90
3	Terpencil/ sangat terpencil	79	30,50
Status Akreditasi			
1	Utama	30	11,58
2	Madya	157	60,62
3	Dasar	65	25,10
4	Belum Akreditasi	7	2,70
JUMLAH		259	100

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

Dari hasil analisa univariat berdasarkan tabel 5.1 di atas, dapat dilihat bahwa dari total 259 puskesmas, keberadaan puskesmas pada kategori wilayah kerja pedesaan terbanyak sebesar 52,90% dibanding wilayah kerja terpencil/ sangat terpencil sebanyak 30,50% dan wilayah kota sebanyak 16,60%.

Distribusi frekuensi puskesmas terbanyak dengan akreditasi madya sebesar 60,62%, dibandingkan akreditasi dasar sebesar 25,10%, dan akreditasi utama sebesar 11,58%, serta puskesmas yang belum terakreditasi sebesar 2,70%.

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Karakteristik Kecamatan

No	Karakteristik Kecamatan	frekuensi (F)	Persentase (%)
Kepadatan Penduduk			
1	Sangat padat	32	12,36
2	Cukup padat	19	7,34
3	Kurang padat	75	28,96
4	Tidak padat	133	51,35
JUMLAH		259	100

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

Hasil uji univariat karakteristik kecamatan pada tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa distribusi frekuensi kepadatan penduduk yang paling tinggi adalah kecamatan tidak padat sebesar 51,35% dibanding kecamatan kurang padat yaitu sebesar 28,96%, dan puskesmas sangat padat sebesar 12,36%, serta kecamatan cukup padat sebesar 7,34%.

Tabel 5.3

Nilai *Summarize* jumlah desa, tenaga dokter, tenaga perawat, tenaga bidan, tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga ahli laboratorium medik, kb, bersalin difasilitas, imunisasi, Asi, tumbuh kembang bayi dengan pemantauan, TB, hipertensi, jiwa, tidak merokok, JKN, Air bersih, dan keluarga yang memiliki jamban sehat di Aceh

No	Variabel	Rata-rata (Mean)	Std. Deviasi	CI 95%	Min	Max
1	Jumlah desa	18,70	12,37	17,17-20,22	1	75
2	Tenaga Dokter	2,38	1,77	2,16-2,60	0	13
3	Tenaga Perawat	17,21	15,66	15,28-19,14	1	126
4	Tenaga Bidan	27,34	23,58	24,43-30,25	0	224
5	Tenaga Farmasi	1,64	3,49	1,21-2,08	0	38
6	Tenaga Kesehatan masyarakat	3,81	4,03	3,31-4,31	0	30
7	Tenaga Kesehatan lingkungan	1,54	2,27	1,26-1,81	0	20
8	Tenaga Gizi	1,05	0,97	0,93-1,17	0	5
9	Tenaga ahli Laboratorium medik	0,73	0,92	0,62-0,85	0	5
10	Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)	51,15	20,46	48,60-53,69	1,33	100
11	Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	81,30	26,75	77,97-84,63	0	100
12	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	69,06	26,64	65,77-72,35	0	100
13	Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif	61,58	26,22	58,34-64,82	0	100
14	Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan	81,60	21,03	78,96-84,24	0	100

15	Penderita tuberculosi paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	32,97	20,01	30,51-35,43	0	100
16	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur	41,66	20,26	39,17-44,15	0	100
17	Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan	46,54	25,43	43,39-49,70	0	100
18	Anggota keluarga tidak ada yang merokok	42,18	16,70	40,13-44,22	12,99	100
19	Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	89,67	8,54	88,62-90,73	47,15	100
20	Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	84,23	15,23	82,34-86,11	23,81	100
21	Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat	76,93	20,56	74,42-79,45	0	100

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

Berdasarkan Tabel 5.3 diatas, dapat dilihat bahwa rata-rata jumlah desa dalam kecamatan adalah 19 desa, tenaga dokter rata-rata berjumlah 2 orang pada setiap puskesmas, tenaga perawat rata-rata berjumlah 17 orang, tenaga bidan rata-rata 27 orang, tenaga farmasi rata-rata 2 orang, tenaga kesmas rata-rata sebanyak 4 orang, tenaga kesehatan lingkungan rata-rata berjumlah 2 orang, tenaga gizi rata-rata berjumlah 1 orang, tenaga lab medik rata-rata kurang dari 1 orang. Sementara cakupan KB rata-rata sebesar 51,51%, cakupan persalinan di fasilitas kesehatan rata-rata sebesar 81, 30%, cakupan imunisasi rata-rata sebesar 69,06%, cakupan ASI eksklusif sebesar 61,58%, cakupan balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan rata-rata sebesar 81,60%, cakupan penderita tuberculosi paru yang mendapatkan pengobatan sesuai

standar rata-rata sebesar 32,97%, cakupan penderita hipertensi yang melakukan pengobatan secara teratur rata-rata sebesar 41,66%, cakupan penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan rata-rata sebesar 46,54%, cakupan anggota keluarga tidak ada yang merokok rata-rata sebesar 42,18%, cakupan keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) rata-rata sebesar 89,67%, rata-rata cakupan keluarga mempunyai akses sarana air bersih sebesar 84,23%, dan rata-rata cakupan keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat sebesar 76,93%.

5.2.2 Hasil Analisis Bivariat

Analisis Bivariat untuk mengetahui hubungan secara kasar antara variabel independen dengan variabel dependen tanpa mempertimbangkan variabel independen atau faktor risiko lainnya (Notoatmodjo, 2010).

Adapun hasil analisis bivariat disajikan pada table berikut ini :

1 Hubungan karakteristik ketenagaan dengan IKS

Tabel 5.4
Hubungan Karakteristik ketenagaan dengan IKS di Aceh

Karakteristik ketenagaan	IKS				Total
	Pra sehat		Tidak sehat		
	N	%	N	%	
Tenaga kesehatan teladan puskesmas					
Ada	5	11,63	38	88,37	43
Tidak ada	8	5,84	129	94,16	137

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

Berdasarkan tabel 5.4 diatas dapat dilihat bahwa, puskesmas yang tidak sehat, lebih banyak terdapat pada puskesmas yang tidak terdapat tenaga kesehatan teladan yaitu sebesar 94,16% dibanding yang pra se sehat, sedangkan puskesmas pra sehat lebih banyak terjadi pada puskesmas yang ada tenaga kesehatan teladan.

2 Hubungan karakteristik puskesmas dengan IKS

Tabel 5.5
Hubungan Karakteristik puskesmas dengan IKS di Aceh

Karakteristik puskesmas	IKS				Total
	Pra sehat		Tidak sehat		
	N	%	N	%	
Wilayah kerja					
Kota	5	11,63	38	88,37	43
Desa	8	5,84	129	94,16	137
Terpencil/ sangat terpencil	3	3,85	76	96,15	79
Status Akreditasi					
Utama	2	6,67	28	93,33	30
Madya	11	7,01	146	92,99	157
Dasar	3	4,62	62	95,38	65
Belum terakreditasi	0	0,00	7	100	7

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

Berdasarkan tabel 5.4 diatas dapat dilihat bahwa proporsi puskesmas pra sehat paling banyak terdapat di wilayah kerja perkotaan sebesar 11,63% dibanding puskesmas pra sehat di wilayah desa yaitu 5,84% dan wilayah terpencil/ sangat terpencil sebesar 3,85%.

Puskesmas yang tidak sehat paling banyak terdapat di wilayah kerja desa sebesar 94,16% dibanding wilayah terpencil/ sangat terpencil dan kota. Sedangkan proporsi puskesmas pra sehat paling banyak terdapat pada puskesmas dengan status akreditasi madya yaitu sebesar 7,01%, dibanding puskesmas dengan status akreditasi dasar, utama dan belum terakreditasi.

3. Hubungan Karakteristik kecamatan dengan IKS

Tabel 5.6

Hubungan Karakteristik kecamatan dengan IKS di Aceh

Karakteristik kecamatan	IKS				Total
	Pra sehat		Tidak sehat		
	N	%	N	%	
Kepadatan penduduk					
Sangat padat	5	15,63	27	84,38	32
Cukup padat	2	10,53	17	89,47	19
Kurang padat	4	5,33	71	94,67	75
Tidak padat	5	3,76	128	96,24	133

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

Berdasarkan tabel 5.5 diatas dapat dilihat bahwa, proporsi wilayah dengan penduduk yang sangat padat lebih banyak terjadi puskesmas yang tidak sehat yaitu sebesar 84,38% dibanding puskesmas pra sehat sebesar 15,63%, wilayah dengan tingkat kepadatan penduduk cukup padat juga lebih banyak terdapat puskesmas tidak sehat sebesar 89,47% dibanding puskesmas pra sehat. Wilayah dengan kepadatan penduduk kurang padat, juga lebih banyak yang tidak sehat sebesar 94,67% dibanding puskesmas sehat sebesar 5,33%, dan pada wilayah yang

tidak padat penduduk juga lebih banyak terdapat puskesmas yang tidak sehat sebesar 96,24% dibanding puskesmas pra sehat hanya 3,76%.

Berdasarkan tabel 5.7 diatas dapat dilihat bahwa, proporsi puskesmas pra- sehat pada wilayah kerja terpencil 26, 32% (5), sedikit lebih rendah dibanding dengan proporsi puskesmas pra-sehat di wilayah pedesaan 36,84(7) dan wilayah kota 36,84% (7), sedangkan proporsi puskesmas tidak sehat di wilayah terpencil/ sangat terpencil 34,05 (111) lebih rendah dibanding proporsi puskesmas tidak sehat di wilayah desa 52,76% (172), dan lebih tinggi dibanding wilayah kota 13,19% (4). Hasil uji statistik didapatkan bahwa puskesmas dengan wilayah terpencil memiliki resiko 0,90 kali lebih besar untuk tidak menjadi prasehat dengan OR 0,90 dibanding puskesmas wilayah desa dengan p-value 0,013 yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara puskesmas di wilayah desa dengan puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas di wilayah kota memiliki peluang 3,61 untuk menjadi prasehat dibanding puskesmas terpencil dengan nilai OR 3,61 dan p-value 0,036 yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara wilayah terpencil dan perkotaan.

Proporsi puskesmas pra-sehat dan belum terakreditasi 5,26%(1), sedikit lebih rendah dibanding proporsi puskesmas dengan status akreditasi dasar 10,53 (2), dan jauh lebih rendah dibanding dengan status akreditasi madya 6,47% (13), dan akreditasi utama 15,79% (3), sedangkan puskesmas tidak sehat yang dan belum terakreditasi 5,52% (18), lebih rendah dibanding status akreditasi dasar 27,30% (89), jauh lebih rendah dibanding status akreditasi madya 57,67% (188) dan lebih rendah dibanding status akreditasi utama 9,51%(31). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang belum terakreditasi memiliki resiko 40% untuk

tidak pra-sehat dibanding puskesmas dengan akreditasi dasar dengan $OR=0,40$ dan $p\text{-value } 0,47$ yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status akreditasi dasar dengan puskesmas pra-sehat, sedangkan status akreditasi madya memiliki peluang 1,24 kali untuk pra-sehat dibanding puskesmas tidak terakreditasi dengan $OR=1,24$ dan $p\text{-value } 0,83$ yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status puskesmas akreditasi madya dengan puskesmas pra-sehat, sedangkan status akreditasi utama memiliki peluang 1,74 kali untuk menjadi pra-sehat dibanding puskesmas belum terakreditasi dengan $OR=1,74$ dan $p\text{-value } 0,64$ yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status akreditasi utama dengan puskesmas pra-sehat.

Proporsi puskesmas pra sehat dengan kondisi bangunan rusak berat tidak ada 0% (0), sedangkan proporsi puskesmas pra sehat yang rusak sedang 5,26% (1) lebih tinggi sedikit dibanding puskesmas pra sehat yang rusak berat, proporsi puskesmas pra sehat pada kondisi bangunan puskesmas rusak ringan 6,78% (4) lebih tinggi dibanding puskesmas dengan bangunan rusak berat, sedangkan kondisi bangunan puskesmas yang baik 73,68% (14) jauh lebih tinggi dibanding puskesmas pra sehat dengan kondisi bangunan rusak berat, sedangkan puskesmas tidak sehat dengan kondisi bangunan rusak berat 1,23%(4) lebih rendah dibanding kondisi bangunan puskesmas tidak sehat dengan rusak sedang 7,36%(24), dan rusak ringan 16,87% (55), serta puskesmas tidak sehat dengan kondisi baik. Hasil uji statistik didapatkan bahwa puskesmas dengan kondisi bangunan rusak berat memiliki resiko 0,72 kali untuk tidak prasehat dibanding bangunan puskesmas rusak sedang dengan nilai $OR 0,72$ dengan $p\text{-value } 0,75$ yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara puskesmas dengan bangunan rusak berat puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas yang rusak ringan memiliki peluang sebesar 1,26 kali untuk pra

sehat dengan nilai OR 1,26 dengan p-value 0,69 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara kondisi bangunan puskesmas rusak sedang dengan puskesmas pra sehat.

Proporsi puskesmas pra-sehat yang memiliki jumlah tempat tidur lebih 15,79% (3) lebih rendah dibanding puskesmas pra sehat dengan jumlah tempat tidur kurang 84,21(16), sedangkan proporsi puskesmas tidak sehat dengan jumlah tempat tidur cukup 28,5% (93) juga lebih sedikit dibanding jumlah tempat tidur yang kurang (233). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas dengan jumlah tempat tidur kurang memiliki resiko 46% untuk tidak menjadi pra-sehat dengan OR=0,46 dan p-value 0,23 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah tempat tidur yang kurang dengan kejadian puskesmas pra-sehat.

3. Hubungan Karakteristik Puskesmas dengan IKS

Tabel 5.7
Hubungan Karakteristik Puskesmas dengan IKS di Aceh

Karakteristik Puskesmas	IKS				Total	OR	CI 95%	P.value
	Pra Sehat		Tidak Sehat					
	N	%	N	%				
Wilayah kerja								
Kota	5	11,63	38	88,37	43			
Desa	8	5,84	129	94,16	137	0,90	0,27-2,91	0,013
Terpencil/sangat terpencil	3	3,85	76	96,15	79	3,61	1,08-12,00	0,036
Akreditasi								
Utama	2	6,67	28	93,33	30			
Madya	11	7,01	146	92,99	157			
Dasar	3	4,62	62	95,38	65			
Belum terakreditasi	0	0,00	7	100	7			

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

2. Hubungan Karakteristik Ketenagaan dengan IKS

Tabel 5.8
Hubungan Karakteristik Ketenagaan dengan IKS di Aceh

Karakteristik Ketenagaan	IKS				Total	OR	CI 95%	-Value
	Pra Sehat		Tidak Sehat					
	N	%	N	%				
Dokter Umum								
Tidak Ada	10	52,63	235	72,09	245			
Kurang	6	31,58	80	24,54	86	1,76	0,62-5,00	0,28
Cukup	3	15,79	11	3,37	14	6,40	1,54-26,64	0,01
Perawat								
Kurang	16	84,21	300	92,02	316			
Cukup	3	15,79	26	7,98	29	2,16	0.59-7,91	0,24
Bidan								
Kurang	2	10,53	17	5,21	19			
Cukup	17	89,47	309	94,79	326	0,46	0,09-2,19	0,33
Farmasi								
Tidak Ada	6	31,58	103	31,60	109			
Kurang	7	36,84	131	40,18	138	0,91	0,29-2,81	0,88
Cukup	6	31,58	92	28,22	98	1,11	0,34-3,59	0,84
Kesehatan Masyarakat								
Tidak ada	2	10,53	41	12,58	43			
Kurang	5	26,32	66	20,25	71	1,55	0,28-8,37	0,60
Cukup	12	63,16	219	67,18	231	1,12	0,24-5,20	0,88
Kesehatan Lingkungan								
Tidak ada	7	36,84	124	38,04	131			
Kurang	8	42,11	130	39,88	138	1,09	0,38-3,09	0,87
Cukup	4	21,05	72	22,09	76	0,98	0,27-3,47	0,98
Gizi								
Tidak ada	3	15,79	93	28,53	96			
Kurang	11	57,89	148	45,40	159	2,30	0,62-8,47	0,20
Cukup	5	26,32	85	26,07	90	1,82	0,42-7,86	0,42
Ahli Teknologi Lab Medis								
Tidak ada	6	31,58	71	21,78	77			
Kurang	7	36,84	180	55,21	187	0,46	0,14 -1,41	0,17
Cukup	6	31,58	75	23,01	81	0,94	0,29 - 3,07	0,92

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

Berdasarkan tabel 5.8 di atas dapat dilihat bahwa proporsi puskesmas pra sehat yang tidak memiliki tenaga dokter 52,63% (10) lebih banyak dibanding puskesmas pra-sehat dengan tenaga dokter kurang 31,58 (6), dan puskesmas puskesmas pra-sehat dengan tenaga dokter cukup 15,79(3), sedangkan proporsi puskesmas yang tidak sehat dengan tidak memiliki tenaga dokter lebih tinggi 72,09 (235), dibanding puskesmas tidak sehat dengan tenaga dokter kurang 24,53 (24,54), dan jauh lebih tinggi dibanding puskesmas tidak sehat dengan tenaga dokter cukup. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang tidak memiliki tenaga dokter memiliki resiko 1,76 kali untuk tidak pra sehat dibanding puskesmas dengan tenaga dokter kurang dengan nilai OR 1,76 dan p-value 0,26 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara tenaga dokter yang kurang dengan puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas yang memiliki tenaga dokter yang cukup memiliki peluang besar yaitu 6,40 kali untuk menjadi puskesmas pra sehat dibanding puskesmas tidak ada dokter dengan nilai OR 6,40 dan p-value 0,01 yang artinya terhadap hubungan yang signifikan antar jumlah dokter yang cukup dengan kejadian puskesmas pra sehat.

Proporsi puskesmas yang pra sehat dan tenaga perawat kurang 84,21(16) jauh lebih tinggi dibanding tenaga kesehatan cukup 15,79% (3), sedangkan puskesmas tidak sehat dengan tenaga perawat cukup 92,02(300) jauh lebih tinggi dibanding dengan tenaga cukup. Hasil uji statistik menggambarkan bahwa puskesmas dengan tenaga perawat kurang memiliki peluang 2,16 kali untuk menjadi puskesmas pra sehat dibanding puskesmas yang tenaga perawat cukup dengan nilai OR 2,16 dengan p-value 0,24 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga yang kurang dengan kejadian puskesmas pra sehat.

Proporsi puskesmas prasehat dengan tenaga bidan kurang 10,53 (2), jauh lebih kecil dibanding puskesmas pra sehat dan tenaga bidan cukup 89,47% (17), sedangkan puskesmas tidak sehat dengan tenaga bidan kurang 5,21% (17) jauh lebih rendah dibanding tenaga bidan cukup 94,79% (309). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas dengan tenaga bidan yang kurang memiliki resiko 0,46 kali untuk tidak menjadi prasehat dibanding puskesmas dengan tenaga bidan yang cukup dengan nilai OR 0,46 dan p-value 0,33 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga kesehatan bidan yang kurang dengan sehat.

Proporsi puskesmas pra sehat dengan tidak ada tenaga farmasi 31,58% (6), sedikit lebih rendah dibanding dengan puskesmas yang memiliki tenaga kurang 36,84% (7), dan sebanding dengan puskesmas pra sehat yang memiliki tenaga farmasi cukup, sedangkan proporsi puskesmas tidak sehat yang tidak memiliki tenaga farmasi lebih rendah 31,60% (103) dibanding tenaga farmasi kurang 40,18% (131), serta lebih tinggi 28,22% (92) dibanding puskesmas tidak sehat yang memiliki tenaga farmasi cukup. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang tidak memiliki tenaga farmasi memiliki resiko 0,91 kali untuk tidak menjadi puskesmas pra sehat dibanding puskesmas yang kurang tenaga farmasi dengan nilai OR 0,19 dan p-value 0,88 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tidak adanya tenaga farmasi dan kejadian puskesmas tidak sehat. Sedangkan puskesmas dengan tenaga cukup memiliki peluang 1,11 kali untuk menjadi pra sehat dibanding puskesmas yang tidak memiliki tenaga farmasi dengan nilai OR 1,11 dan p-value 0,88 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga farmasi yang cukup dengan kejadian puskesmas pra sehat.

Proporsi puskesmas pra sehat dengan tidak memiliki tenaga kesehatan masyarakat lebih kecil 10,53%(2) dibanding puskesmas pra sehat dengan kurang tenaga kesehatan masyarakat 26,32% (5), dan jauh lebih rendah dibanding puskesmas dengan tenaga kesehatan masyarakat cukup 63,16% (12), sedangkan puskesmas tidak sehat dengan tidak ada tenaga kesehatan masyarakat juga lebih rendah dibanding tenaga kesehatan masyarakat kurang dan jauh lebih rendah dibanding tenaga kesehatan cukup. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang tidak memiliki tenaga kesehatan masyarakat memiliki resiko 1,55 kali untuk tidak menjadi sehat dibandingkan puskesmas dengan tenaga kesehatan masyarakat kurang dengan nilai OR 1,55 dengan p-value 0,60 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara puskesmas dengan tenaga kesehatan kurang dengan kejadian puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan masyarakat cukup memiliki peluang 1,12 kali dibanding yang tidak memiliki tenaga kesehatan masyarakat dengan nilai OR 1,12 dan p-value 0,88 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga kesehatan masyarakat yang cukup dengan kejadian puskesmas pra sehat.

Proporsi puskesmas pra sehat dengan tidak memiliki tenaga kesehatan lingkungan sedikit lebih kecil 36,84(7) dibanding tenaga kesehatan kurang dan lebih besar 21,05 (4) dibanding puskesmas dengan tenaga kesehatan kesehatan lingkungan cukup, sedangkan puskesmas tidak sehat dengan proporsi tidak memiliki tenaga kesehatan lingkungan lebih kecil 38,04% (131) dibanding puskesmas dengan tenaga kesehatan kurang dan lebih besar dibanding puskesmas dengan tenaga kesehatan cukup 22,09 %(72). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang tidak memiliki tenaga kesehatan lingkungan memiliki resiko 1,09 kali untuk tidak menjadi prahebat dibanding puskesmas dengan tenaga kesehatan lingkungan kurang dengan nilai OR 1,09

dan p-value 0,87 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga kesehatan lingkungan yang kurang dengan kejadian Puskesmas pra sehat, sedangkan Puskesmas dengan tenaga kesehatan lingkungan cukup memiliki peluang 0,19 kali dibanding Puskesmas tanpa tenaga kesehatan lingkungan untuk menjadi Puskesmas pra sehat dengan nilai OR 0,19 dan p-value 0,98 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan lingkungan cukup dengan Puskesmas pra sehat.

Proporsi Puskesmas pra sehat dengan tidak ada tenaga kesehatan gizi lebih kecil 15,79% (3) dibanding dengan Puskesmas yang pra sehat dengan tenaga kesehatan gizi kurang 57,89% (11), dan tenaga gizi kurang, sedangkan proporsi Puskesmas tidak sehat dan tidak memiliki tenaga kesehatan gizi lebih kecil 28,53% (93), dibanding Puskesmas tidak sehat dengan tenaga gizi kurang 45,40% (159) dan lebih besar dibanding proporsi Puskesmas tidak sehat dan memiliki tenaga gizi cukup. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa Puskesmas dengan tidak memiliki tenaga kesehatan gizi, memiliki resiko 2,30 kali untuk tidak pra sehat dibanding Puskesmas yang tenaga gizi kurang dengan nilai OR 2,30 dan p-value 0,20 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga kesehatan kurang dengan kejadian Puskesmas pra-sehat, sedangkan Puskesmas yang memiliki tenaga gizi cukup, memiliki peluang sebesar 1,82 kali untuk menjadi pra sehat dibanding yang tidak memiliki tenaga gizi dengan nilai OR 1,82 dan p-value 0,42 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga gizi yang cukup dengan Puskesmas pra-sehat.

Proporsi Puskesmas pra sehat yang tidak memiliki tenaga ahli teknologi lab medis sedikit lebih kecil 31,58% (6) dibanding proporsi tenaga tenaga ahli teknologi lab medis yang kurang

36,84% (7), dan sebanding dengan proporsi puskesmas pra sehat dengan tenaga ahli teknologi lab medis cukup, sedangkan proporsi puskesmas tidak sehat dengan tidak memiliki tenaga ahli teknologi lab medis juga lebih rendah 21,78%(77) dibanding yang kurang 55,21%(180) dan lebih tinggi dibanding tenaga yang cukup 23,01% (75). Uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang tidak memiliki tenaga ahli teknologi lab medis memiliki resiko 0,46 kali untuk tidak pra sehat dibanding tenaga kurang dengan nilai OR= 0,46 dan p-value 0,17 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga ahli teknologi lab medis yang kurang dengan kejadian puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas dengan tenaga ahli teknologi lab medis cukup memiliki peluang 0,94 kali untuk menjadi pra sehat dibanding yang tidak ada tenaga ahli teknologi lab medis dengan nilai OR=0,94 dengan nilai p-value 0,92 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga ahli teknologi lab medis yang cukup dengan kejadian puskesmas pra sehat.

3. Hubungan Karakteristik Kecamatan dengan IKS

Tabel 5.9
Hubungan Karakteristik Kecamatan dengan IKS di Aceh

Karakteristik Kecamatan	IKS				Total	OR	CI 95%	P.value
	Pra Sehat		Tidak Sehat					
	N	%	N	%				
Kepadatan Penduduk								
Tidak padat	8	42,11	154	47,24	162			
Kurang padat	2	10,53	107	32,82	109	0,35	0,74-1,72	0,20
Cukup padat	2	10,53	26	7,98	28	1,48	0,29-7,36	0,63
Sangat padat	7	36,84	39	11,96	46	3,45	1,18 -10,10	0,024
Akses jalan depan puskesmas								
Tanah	18	94,74	311	95,40	329			
Aspal/ beton	1	5,26	15	4,60	16	1,15	0,14 - 9,21	0,89

Sumber: (Data sekunder diolah tahun 2020)

Berdasarkan tabel 5.9 diatas dapat dilihat bahwa proporsi puskesmas pra- sehat pada kecamatan berpenduduk tidak padat lebih tinggi 42,11% (8) dibanding puskesmas pra-sehat dan kecamatan yang berpenduduk kurang padat 10,53% (2), dan kecamatan dengan penduduk cukup padat 10,53% (2), serta kecamatan dengan penduduk sangat padat, sedangkan puskesmas tidak sehat 47,24%(154) lebih tinggi dibanding puskesmas tidak sehat dan kecamatan berpenduduk kurang padat 32,82% (107), dan kecamatan dengan penduduk cukup padat 7,98% (26), serta kecamatan dengan penduduk sangat padat 11,96 (39). Hasil uji statistik menggambarkan bahwa puskesmas dengan penduduk tidak padat memiliki resiko 0,35 kali untuk menjadi tidak sehat dibanding dengan yang kurang padat, dengan nilai $OR = 0,35$ dan $p\text{-value} = 0,20$ yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kecamatan dengan penduduk yang kurang padat dengan kejadian puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas dengan penduduk cukup padat memiliki peluang 1,48 kali untuk menjadi pra sehat dibanding dengan yang tidak padat dengan nilai $OR = 1,48$ dan $p\text{-value} = 0,83$ yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara puskesmas yang berpenduduk cukup padat dengan kejadian puskesmas pra sehat, sedangkan kecamatan dengan penduduk yang sangat padat memiliki peluang 3,45 kali dibanding kecamatan yang tidak padat untuk menjadi pra sehat, dengan nilai $OR = 3,45$ dan $p\text{-value} = 0,024$ yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kecamatan yang padat penduduk dengan kejadian puskesmas tidak sehat.

Proporsi puskesmas pra sehat dengan akses jalan berupa tanah di depan puskesmas jauh lebih tinggi 94,74% (18) dibandingkan puskesmas dengan akses akses jalan berupa aspal/ beton 5,26% (1), sedangkan puskesmas tidak sehat dengan akses jalan berupa tanah depan puskesmas jauh lebih tinggi 95,40%(311), dibanding akses jalan berupa aspal/beton. Hasil uji statistik

menunjukkan bahwa akses jalan depan puskesmas berupa tanah memiliki resiko 1,15 kali untuk menjadi puskesmas pra sehat dibanding aksesaspal/ beton denan nilai OR= 1,15 dan p-value= 0,89 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara akses jalan berupa aspal/ beton di depan puskesmas dengan kejadian puskesmas pra sehat.

5.2 .3 Analisis Multivariat

Setelah dilakukanan alisis bivariat maka dilakukan analisis multivariat untuk melihat lebih jauh hubungan variabel indepen dengan variabel dependen setelah digabung dengan karakteristik lain. Hubungan karakteristik puskesmas, ketenagaan dan kecamatan terhadap cakupan PIS-PK di Aceh dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.10
Karakteristik yang berhubungan dengan Cakupan PIS-PK
di Aceh

No	Karakteristik	OR	CI 95%	P.value
1	Kepadatan penduduk	1,41	0.87–2,29	0,157
2	Dokter umum cukup	4,21	1,79 – 9,90	0,001
3	Wilayah kerja	2,64	1,02-6,07	0,043

Sumber: (Data Primerdiolah tahun 2020)

Hasil uji analisis *Stepwise* multivariat menunjukkan bahwa faktor yang paling berhubungan adalah dokter umum dengan OR= 4,21 yang artinya adalah ketersediaan tenaga dokter umum yang cukup memiliki peluang sebesar 4,21 kali untuk terjadinya puskesmas pra-sehat atau IKS tinggi. Dari tabel diatas didapatkan faktor yang berhubungan dengan tinggi rendahnya cakupan PIS-PK adalah ketersediaan tenaga dokter umum dengan nilai p-value 0,001, wilayah kerja dengan nilai p value 0,043, sedangkan kepadatan penduduk tidak memiliki hubungan yang

signifikan dengan p-value 0,15, namun memiliki peluang sebesar 1,41 kali untuk terjadi cakupan IKS tinggi atau puskesmas pra sehat.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Penelitian

Pencapaian PIS-PK di Aceh, menjadikan Indonesia mencapai urutan 4 Nasional, berdasarkan hasil analisa capaian *Summarize* Indikator PIS-PK Provinsi Aceh tahun 2018, capaian puskesmas PIS-PK yang meningkatkan capaian IKS adalah karena rerata capaian Aceh tertinggi adalah capaian JKN, dimana pemerintah aceh telah menanggarkan anggaran untuk mendukung asuransi masyarakat aceh.

6.1.1 Hubungan karakteristik wilayah kerja dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik wilayah kerja menjadi variabel independen dimana karakteristik wilayah kerja ini dibagi kepada wilayah kota, desa dan terpencil/ sangat terpencil. Karakteristik wilayah desa memiliki persentase paling tinggi yaitu 51,88% dibanding karakteristik wilayah terpencil (33,62%) dan wilayah kota (14,49%).

Hasil uji statistik didapatkan bahwa puskesmas dengan wilayah terpencil memiliki resiko 0,90 kali lebih besar untuk tidak menjadi prasehat dengan OR 0,90 dibanding puskesmas wilayah desa dengan p-value 0,013 yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara puskesmas di wilayah desa dengan puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas di wilayah kota memiliki peluang 3,61 untuk menjadi prasehat dibanding puskesmas terpencil dengan nilai OR 3,61 dan p-value 0,036 yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara wilayah terpencil dan perkotaan.

Analisis multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel beresiko lain, karakteristik wilayah kota tidak lagi memiliki hubungan yang signifikan dengan $p\text{-value} = 0,18$ dengan $OR=4,4$ yang artinya karakteristik wilayah kota memiliki peluang 4,4 kali menjadi puskesmas pra-sehat, sedangkan variabel karakteristik wilayah desa tidak lagi memiliki hubungan yang signifikan dengan $p\text{-value} = 0,84$ dengan $OR=1,1$ yang artinya karakteristik wilayah kerja memiliki peluang 1,1 kali menjadi puskesmas pra-sehat. Kemudian setelah dilakukan *stepwise* (0,20) variabel karakteristik wilayah kerja tidak masuk kedalam model akhir.

Asumsi peneliti karakteristik wilayah kerja tidak berhubungan dengan cakupan PIS-PK karena meskipun dengan karakteristik wilayah pedesaan dimana lazimnya persebaran penduduk pada wilayah tersebut relatif jarang dan tidak merata serta dan terkadang menyulitkan petugas dalam melakukan kunjungan, namun dengan menggunakan transportasi dan kerja keras para petugas dapat mengatasi masalah yang dihadapi sehingga kunjungan terhadap keluarga masih tetap bisa dilakukan.

6.1.2 Hubungan status Akreditasi dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik status akreditasi menjadi variabel independen dimana karakteristik status akreditasi dibagi kepada empat kategori yaitu status akreditasi utama, madya, dasar dan belum terakreditasi. Karakteristik status akreditasi madya memiliki persentase paling tinggi (58,26 %) dibanding akreditasi dasar 26,38%, utama (9,86%) dan belum terakreditasi (5,51%).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang belum terakreditasi memiliki resiko 40% untuk tidak pra-sehat dibanding puskesmas dengan akreditasi dasar dengan $OR=0,40$

dan p-value 0,47 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status akreditasi dasar dengan puskesmas pra-sehat, sedangkan status akreditasi madya memiliki peluang 1,24 kali untuk pra-sehat dibanding puskesmas tidak terakreditasi dengan OR=1,24 dan p-value 0,83 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status puskesmas akreditasi madya dengan puskesmas pra-sehat, sedangkan status akreditasi utama memiliki peluang 1,74 kali untuk menjadi pra-sehat dibanding puskesmas belum terakreditasi dengan OR=1,74 dan p-value 0,64 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara status akreditasi utama dengan puskesmas pra-sehat.

Setelah dilakukan analisis multivariat yang digabung dengan variabel beresiko lain, karakteristik status akreditasi puskesmas tidak memiliki hubungan dengan kejadian puskesmas pra-sehat.

6.1.3 Hubungan jumlah tempat tidur dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik jumlah tempat tidur menjadi variabel independen dimana karakteristik jumlah tempat tidur dibagi kepada dua kategori yaitu lebih dengan jumlah tempat tidur ≥ 10 , dan kurang < 10 . Karakteristik jumlah tempat tidur kurang memiliki persentase tertinggi (72,17), dibanding persentase tempat tidur lebih (27,83).

Proporsi puskesmas yang memiliki jumlah tempat tidur yang cukup dan tidak sehat lebih besar yaitu 93 (96,88%) dibanding puskesmas yang memiliki tempat tidur cukup yaitu 3 (3,13%), sedangkan puskesmas yang memiliki jumlah tempat tidur kurang dan pra-sehat lebih kecil yaitu 16 (6,43%) dibanding puskesmas yang memiliki tempat tidur kurang dan tidak sehat. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa jumlah tempat tidur yang kurang memiliki resiko 0,46 kali lebih

besar dibandingkan jumlah tempat tidur yang cukup dengan *p value* 0,239 yang artinya tidak hubungan yang signifikan antara jumlah tempat tidur yang kurang dengan kejadian Puskesmas tidak sehat.

Setelah dilakukan analisis multivariat yang digabung dengan variabel beresiko lain, karakteristik status akreditasi Puskesmas tidak memiliki hubungan dengan kejadian Puskesmas pra-sehat dengan *p-value* 0,29 dan *OR*=0,45.

6.1.4 Hubungan kondisi bangunan Puskesmas dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik kondisi bangunan Puskesmas menjadi variabel independen dimana karakteristik kondisi bangunan Puskesmas dibagi kepada empat kategori yaitu baik, rusak ringan, rusak sedang, dan rusak berat. Karakteristik kondisi baik memiliki persentase tertinggi yaitu 74,49% dibanding rusak ringan (17,1), rusak sedang (7,25%) dan rusak berat (1,16).

Hasil uji statistik didapatkan bahwa Puskesmas dengan kondisi bangunan rusak berat memiliki resiko 0,72 kali untuk tidak pra-sehat dibanding bangunan Puskesmas rusak sedang dengan nilai *OR* 0,72 dengan *p-value* 0,75 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara Puskesmas dengan bangunan rusak berat Puskesmas pra-sehat, sedangkan Puskesmas yang rusak ringan memiliki peluang sebesar 1,26 kali untuk pra-sehat dengan nilai *OR* 1,26 dengan *p-value* 0,69 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara kondisi bangunan Puskesmas rusak sedang dengan Puskesmas pra-sehat.

Analisis multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel kondisi bangunan puskesmas tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat.

6.1.5 Hubungan tenaga dokter dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik tenaga dokter menjadi variabel independen dimana karakteristik tenaga dokter ini dibagi kepada kategori cukup, kurang dan tidak ada. Dari jumlah total 345 puskesmas, puskesmas terbanyak memiliki tenaga dokter umum yang cukup yaitu sebanyak 245 (71,01%), dibanding puskesmas dengan tenaga dokter kurang yaitu 86 (24,93%), dan tidak ada tenaga dokter sebanyak 14 (4,06%).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang tidak memiliki tenaga dokter memiliki risiko 1,76 kali untuk tidak pra sehat dibanding puskesmas dengan tenaga dokter kurang dengan nilai OR 1,76 dan p-value 0,26 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara tenaga dokter yang kurang dengan puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas yang memiliki tenaga dokter yang cukup memiliki peluang besar yaitu 6,40 kali untuk menjadi puskesmas pra sehat dibanding puskesmas tidak ada dokter dengan nilai OR 6,40 dan p-value 0,01 yang artinya terhadap hubungan yang signifikan antara jumlah dokter yang cukup dengan kejadian puskesmas pra sehat.

Analisis multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel berisiko lain, karakteristik tenaga dokter memiliki peluang besar yaitu 20 kali berpeluang untuk menjadi puskesmas pra-sehat dengan OR=20,65 dan p-value 0,008 yang artinya terdapat hubungan yang

signifikan antara ketersediaan tenaga dokter yang cukup terhadap kejadian Puskesmas pra-sehat.

Asumsi peneliti ketersediaan tenaga dokter pada Puskesmas dapat mempengaruhi terjadinya Puskesmas pra-sehat, dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya faktor kepercayaan masyarakat yang penuh untuk dapat berkunjung, melakukan pengobatan dan menerima masukan dari Puskesmas dikarenakan dokter menjadi sosok penentu dalam mengobati pasien, selain hal itu pengelolaan manajemen yang dilakukan oleh seorang dokter pada Puskesmas juga mempengaruhi terciptanya sistem manajerial yang baik pada sebuah Puskesmas.

6.1.6 Hubungan tenaga perawat dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik tenaga perawat menjadi variabel independen dimana karakteristik perawat ini dibagi kepada kategori cukup dan kurang. Karakteristik tenaga perawat cukup, memiliki presentase tertinggi yaitu 91,59 % dibanding presentase tenaga perawat kurang (8,41%).

Hasil uji statistik didapatkan bahwa Puskesmas dengan tenaga perawat kurang memiliki resiko 0,46 kali lebih besar untuk tidak sehat dibanding Puskesmas dengan tenaga perawat cukup dengan *p-value* 0,243 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara Puskesmas yang kurang tenaga perawat dengan Puskesmas tidak sehat.

Analisis multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel tenaga perawat Puskesmas tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan Puskesmas pra-sehat.

6.1.7 Hubungan tenaga bidan dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik tenaga bidan menjadi variabel independen dimana karakteristik tenaga bidan dibagi kepada kategori cukup dan kurang. Karakteristik tenaga bidan cukup memiliki presentase lebih tinggi yaitu 94,49 % dibanding presentase tenaga bidan kurang (5,51%).

Hasil uji statistik didapatkan bahwa puskesmas dengan tenaga bidan kurang memiliki resiko 0,46 kali untuk tidak sehat dengan p-value 0,335 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara tenaga bidan yang kurang dengan kejadian puskesmas tidak sehat.

Hasil analisa multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel tenaga bidan puskesmas tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat.

6.1.8 Hubungan tenaga farmasi dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik tenaga farmasi menjadi variabel independen dimana karakteristik tenaga farmasi dibagi kepada kategori cukup dan kurang dan tidak ada. Karakteristik tenaga farmasi kurang memiliki presentase lebih tinggi yaitu 40% dibanding presentase tidak ada tenaga farmasi (31,59%) dan tenaga farmasi cukup (28,41%).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas dengan tenaga farmasi kurang memiliki resiko 1,22 kali untuk tidak sehat dibanding puskesmas dengan tenaga cukup dengan p value 0,728 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara tenaga farmasi yang kurang dengan kejadian puskesmas tidak sehat, sedangkan puskesmas yang tidak ada tenaga farmasi memiliki resiko 1,11 kali untuk tidak sehat dibanding puskesmas dengan tenaga farmasi cukup dengan p-

value 0,84 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara puskesmas yang tidak ada tenaga farmasi dengan kejadian puskesmas tidak sehat.

Hasil analisa multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel tenaga bidan puskesmas tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat.

6.1.9 Hubungan tenaga kesehatan masyarakat dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik tenaga kesehatan masyarakat menjadi variabel independen dimana karakteristik dibagi tenaga kesehatan masyarakat kepada kategori cukup dan kurang dan tidak ada. Karakteristik tenaga kesehatan masyarakat cukup memiliki presentase lebih tinggi yaitu 66,96% dibanding presentase tenaga kesehatan masyarakat kurang 20,58%) dan tidak ada tenaga kesehatan masyarakat (12,46%).

Hasil uji statistik menggambarkan bahwa puskesmas yang kurang tenaga kesehatan masyarakat memiliki resiko 0,723 kali untuk tidak sehat dibanding puskesmas dengan tenaga kesehatan cukup dengan p-value 0,556 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara puskesmas yang kurang tenaga kesehatan masyarakat dengan kejadian puskesmas tidak sehat, sedangkan puskesmas yang tidak memiliki tenaga kesehatan masyarakat memiliki resiko 1,123 kali lebih besar dibanding puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan cukup dengan p-value 0,882 yang artinya tidak ada perbedaan yang signifikan antara puskesmas yang tidaksehat.

Hasil analisa multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel tenaga bidan puskesmas tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat.

6.1.10 Hubungan tenaga kesehatan lingkungan dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik tenaga kesehatan lingkungan menjadi variabel independen dimana karakteristik tenaga kesehatan lingkungan dibagi kepada kategori cukup dan kurang dan tidak ada. Karakteristik tenaga kesehatan lingkungan kurang, memiliki presentase lebih tinggi yaitu 40% dibanding presentase tenaga kesehatan masyarakat cukup (37,97%) dan tidak ada tenaga kesehatan lingkungan (22,03%).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas yang tidak memiliki tenaga kesehatan lingkungan memiliki resiko 1,09 kali untuk menjadi pra sehat dibanding puskesmas dengan tenaga kesehatan lingkungan kurang dengan nilai OR 1,09 dan p-value 0,87 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga kesehatan lingkungan yang kurang dengan kejadian puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas dengan tenaga kesehatan lingkungan cukup memiliki peluang 0,19 kali dibanding puskesmas tanpa tenaga kesehatan lingkungan untuk menjadi puskesmas pra sehat dengan nilai OR 0,19 dan p-value 0,98 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan lingkungan cukup dengan puskesmas pra sehat.

Hasil analisa multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel tenaga kesehatan lingkungan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat.

6.1.11 Hubungan tenaga kesehatan gizi dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik tenaga kesehatan gizi menjadi variabel independen dimana karakteristik tenaga kesehatan gizi dibagi kepada kategori cukup, kurang dan tidak ada.

Karakteristik tenaga kesehatan gizi kurang, memiliki presentase lebih tinggi yaitu 46,09% dibanding presentase tidak ada tenaga kesehatan gizi (27,83%) dan tenaga kesehatan gizi cukup (26,09%).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas dengan tidak memiliki tenaga kesehatan gizi, memiliki resiko 2,30 kali untuk tidak pra sehat dibanding puskesmas yang tenaga gizi kurang dengan nilai OR 2,30 dan p-value 0,20 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga kesehatan kurang dengan kejadian puskesmas pra-sehat, sedangkan puskesmas yang memiliki tenaga gizi cukup, memiliki peluang sebesar 1,82 kali untuk menjadi pra sehat dibanding yang tidak memiliki tenaga gizi dengan nilai OR 1,82 dan p-value 0,42 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tenaga gizi yang cukup dengan puskesmas pra-sehat.

Hasil analisa multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel tenaga kesehatan gizi tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat

6.1.12 Hubungan Tenaga Ahli Teknologi Lab Medik dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik tenaga ahli lab medik menjadi variabel independen dimana karakteristik tenaga ahli lab medik dibagi kepada kategori cukup, kurang dan tidak ada. Karakteristik tenaga ahli teknologi lab medik kurang, memiliki presentase lebih tinggi yaitu 54,2% dibanding presentase cukup (23,48%) dan tidak ada (22,32%).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa puskesmas dengan tenaga lab medik kurang memiliki resiko 0,97 kali lebih besar dibanding puskesmas yang memiliki tenaga lab medik cukup dengan p-value 0,939 yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara puskesmas yang kurang tenaga lab dengan kejadian puskesmas tidak sehat.

Hasil analisa multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel tenaga ahli teknologi lab medik tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat

6.1.13 Hubungan akses jalan depan puskesmas dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini karakteristik akses jalan depan puskesmas menjadi variabel independen dimana karakteristik akses jalan depan puskesmas dibagi kepada kategori aspal/beton dan tanah. Puskesmas yang akses jalan didepannya telah diaspal/ beton lebih tinggi yaitu 329 (95,36%) dibanding akses jalan yang berupa tanah yaitu sejumlah 16 (4,64%).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa akses jalan depan puskesmas berupa tanah memiliki resiko 1,15 kali untuk menjadi puskesmas pra sehat dibanding akses aspal/ beton dengan nilai OR= 1,15 dan p-value= 0,89 yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara akses jalan berupa aspal/ beton di depan puskesmas dengan kejadian puskesmas pra sehat.

Hasil analisa multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel akses jalan depan puskesmas tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat.

6.1.14 Hubungan Kepadatan penduduk dengan cakupan PIS-PK

Pada penelitian ini variabel kepadatan penduduk menjadi variabel independen dimana karakteristik kepadatan penduduk digolongkan ke dalam 4 kategori yaitu; sangat padat, cukup padat, kurang padat dan tidak padat.

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa puskesmas dengan penduduk kecamatan tidak padat paling tinggi 162 (46,96%), dibanding puskesmas dengan penduduk kecamatan kurang padat yaitu 109 (31,59), dan puskesmas dengan penduduk kecamatan sangat padat yaitu 46 (13,33%) serta puskesmas dengan penduduk kecamatan cukup padat, yaitu 28 (8,12%). Puskesmas yang akses jalan didepannya telah diaspal/ beton lebih tinggi yaitu 329 (95,36%) dibanding akses jalan yang berupa tanah yaitu sejumlah 16 (4,64%).

Hasil uji statistik menggambarkan bahwa puskesmas dengan penduduk tidak padat memiliki resiko 0,35 kali untuk menjadi tidak sehat dibanding dengan yang kurang padat, dengan nilai $OR = 0,35$ dan $p\text{-value} = 0,20$ yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kecamatan dengan penduduk yang kurang padat dengan kejadian puskesmas pra sehat, sedangkan puskesmas dengan penduduk cukup padat memiliki peluang 1,48 kali untuk menjadi pra sehat dibanding dengan yang tidak padat dengan nilai $OR = 1,48$ dan $p\text{-value} = 0,83$ yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara puskesmas yang berpenduduk cukup padat dengan kejadian puskesmas pra sehat, sedangkan kecamatan dengan penduduk yang sangat padat memiliki peluang 3,45 kali dibanding kecamatan yang tidak padat untuk menjadi pra sehat, dengan nilai $OR = 3,45$ dan $p\text{-value} = 0,024$ yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kecamatan yang padat penduduk dengan kejadian puskesmas tidak sehat.

Hasil analisa multivariat menjelaskan bahwa setelah digabung dengan variabel risiko lainnya variabel akses jalan depan puskesmas tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan puskesmas pra-sehat.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis data sekunder yang telah tersedia pada dinas kesehatan Aceh, adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah data yang tersedia terkait data dasar puskesmas, dimana data tidak data puskesmas dasar dan data capaian PIS-PK tidak berurutan seragam dan tidak semuanya diisi secara lengkap oleh petugas data kabupaten/kota, sehingga terdapat data yang kosong dimana kekosongan data puskesmas mencapai 50%, sehingga peneliti mengeluarkan puskesmas tersebut dari sampel penelitian.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Analisis Perbedaan Karakteristik Puskesmas, Ketenagaan dan Kecamatan terhadap capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh, setelah dilakukan analisa multivariat, maka peneliti menarik kesimpulan sebagai berikut:

- 1 Tidak ada karakteristik Puskesmas yang berhubungan dengan capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh, namun kepadatan penduduk memiliki peluang mempengaruhi capaian PIS-PK ($OR=1,41$; $CI\ 95\%= 0,87 - 2,29$; $p-value= 0,157$)
- 2 Karakteristik Ketenagaan yang berhubungan dengan capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh adalah tenaga dokter ($OR=4,21$; $CI\ 95\% =1,79 - 9,90$; $p-value=0,001$)
- 3 Karakteristik Kecamatan yang berhubungan dengan capaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Aceh adalah kepadatan penduduk ($OR= 2,64$; $CI\ 95\% =1,02-6,071$; $p-value=0,043$)
- 4 Indikator PIS-PK yang paling tinggi rerata di Aceh adalah keluarga sudah menjadi anggota JKN yaitu 89,72%.
- 5 Indikator PIS-PK yang paling rendah rerata adalah penderita TB Paru mendapat pengobatan sesuai standar yaitu 33,57%.

7.2 Saran

Dari hasil penelitian tersebut maka disarankan:

1. Pemerintah agar lebih berkomitmen dalam menerapkan kebijakan disentralisasi distribusi tenaga kesehatan khususnya tenaga dokter di puskesmas dan melakukan evaluasi secara berkesinambungan.
2. Pemerintah memberikan perhatian khusus kepada petugas kesehatan yang bertugas di wilayah kerja pedesaan dan terpencil untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan pada wilayah yang sulit dijangkau.
3. Tenaga kesehatan agar dapat berperan aktif dalam menjalankan tugas dan mensukseskan program kesehatan pemerintah diantaranya melakukan sosialisasi, edukasi, dan inovasi kepada masyarakat.
4. Petugas Tuberkulosis Paru untuk dapat berperan aktif dalam meningkatkan cakupan penderita tuberkulosis paru agar memperoleh pengobatan yang sesuai standar.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto S. & Suhardjono S., **Penelitian tindakan kelas**: Jakarta: Bumi Aksara; 2006.

Azwar A., **Menjaga mutu pelayanan kesehatan**, Jakarta: Pustaka sinar harapan, 1996;1496.

Bestari A.R. & Rohman A., **Pengaruh Rasio CAMEL Dan Ukuran Bank Terhadap Prediksi Kondisi Bermasalah Pada Sektor Perbankan (Studi Pada Perusahaan Perbankan yang Terdaftar Di Bursa Efek Indonesia Tahun 2007–2011)**: Fakultas Ekonomika dan Bisnis; 2013.

Citra L., **Sistem Pengobatan Tradisional Gangguan Jiwa (Studi Kasus: Pengobatan Tradisional Gangguan Jiwa Surau Rimbo Tika di Nagari Sungai Talang, Kecamatan Guguak, Kabupaten Lima Puluh Kota)**: Universitas Andalas; 2016.

Dinkes Aceh., **Data Rumah sakit**, Banda Aceh: 2018.

Donabedian A., **Evaluating the quality of medical care**, *The Milbank memorial fund quarterly*, 1966;44(3):166-206.

Efendi F. & Makhfudli M., **Keperawatan Kesehatan Komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan**: Salemba Medika; 2009.

Hastono S.P., **Analisis data kesehatan**, Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007;217.

Kemenkes R., **Kementerian Kesehatan Bekerja: Laporan Kinerja 2015-2018**, 2019.

Kementerian Kesehatan R.o.I., **Profil kesehatan Indonesia tahun 2013**, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2014.

Maghfiroh L. & Rochmah T.N., **Analisis Kesiapan Puskesmas Demangan Kota Madiun Dalam Menghadapi Akreditasi**, *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 2017;13(4):329-336.

Notoatmodjo S., **Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi**, Jakarta: Rineka Cipta, 2005.

Notoatmodjo S., **Metodologi penelitian kesehatan**: Jakarta: rineka cipta; 2010.

Nurhidayah L., **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Masyarakat Desa Jurangbahas dalam Pemanfaatan Puskesmas di Puskesmas II Wangon Kecamatan Wangon Kabupaten Banyumas**: Universitas Muhammadiyah Purwokerto; 2017.

PAKAYA M., **ANALISIS PENGARUH GAYA KEPEMIMPINAN DAN BUDAYA ORGANISASI TERHADAP KEPUASAN KERJA SERTA DAMPAKNYA PADA KINERJA PEGAWAI**, *Jurnal Politeknik Piksi Input Serang*, 2018;5(1):59-81.

Pemerintah Aceh. **Qanun No 9 Tahun 2012**, Pemerintah Aceh 2012.

Pranata S., Pratiwi N.L. & Rahanto S., **Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, gambaran peran kader posyandu dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi di kota Manado dan Palangkaraya**, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 2011;14(2 Apr).

Pujiana P., **Kualitas Pelayanan Puskesmas Kenjeran Kota Surabaya**: UNIVERSITAS 17 AGUSTUS 1945 SURABAYA; 2017.

Rini S., **Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana dalam Upaya Peningkatan Capaian Kesertaan KB Pria di Kawasan Pesisir Kabupaten Pekalongan**: Universitas Terbuka; 2017.

Rusdianah E. & Widiarini R., **Evaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK): Studi Kasus di Tingkat Puskesmas**, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 2019;8(4):175-183.

Safitri N.N., **Hubungan Antara Program Komunikasi, Informasi, Edukasi (Kie) Dan Kredibilitas Petugas Kesehatan Dengan Partisipasi Masyarakat Dalam Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk) Di Kecamatan Mlonggo Jepara**: Fakultas Bahasa dan Ilmu Komunikasi; 2018.

Sitanggang I.R. & Nachrowi N.D., **Pengaruh Struktur Ekonomi pada Penyerapan Tenaga Kerja Sektoral: Analisis Model Demometrik di 30 Propinsi pada 9 Sektor di Indonesia**, *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*, 2004;5(1):103-133.

Sumarjono S., **Gambaran Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di puskesmas Temon I**, *Berita Kedokteran Masyarakat*, 2016;34(11):11-6.

Tifanny G., **Analisis Pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga Di Puskesmas Belimbing Kota Padang Tahun 2018**: Universitas Andalas; 2019.

Wibowo A., **Metodologi Penelitian Praktis**, 2014.

				Karakteristik Kecamatan		Karakteristik Puskesmas				Karakteristik Ketenagaan						
	Kode Kabupaten/Kota	Kabupaten/kota	Nama Puskesmas	Kepadatan penduduk	akses jalan depan gedung	Karakteristik Wilayah Kerja (perkotaan, Perdesaan, Terpencil/Sangat Terpencil)	Status Akreditasi	Jumlah tempat tidur perawatan umum	Kondisi Bangunan Puskesmas	Dokter Umum	Farmasi	Bidan	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Lingkungan	Gizi	Ahli Teknologi Lab Medik
1	1101	Simeulue	SIMEULUE TENGAH	2	0	2	0	1	0	2	1	7	1	0	1	1
2	1101	Simeulue	TELUK DALAM	3	0	2	1	1	0	2	2	2	0	1	2	2
3	1101	Simeulue	SIMEULUE CUT	2	0	2	0	1	0	2	2	3	0	0	0	0
4	1101	Simeulue	SALANG	3	0	2	1	1	0	2	2	8	2	0	2	1
5	1101	Simeulue	SIMEULUE BARAT	2	1	2	0	1	0	2	0	6	0	1	2	1
6	1101	Simeulue	SANGGIRAN	1	1	2	0	1	0	2	0	1	0	0	2	2
7	1101	Simeulue	ALAFAN	3	1	2	0	1	0	2	0	3	0	1	2	2
8	1102	Aceh Singkil	PULAU BANYAK	1	0	2	1	0	0	2	1	14	2	0	2	2
9	1102	Aceh Singkil	PULAU BANYAK BARAT	2	0	2	1	1	0	2	2	9	2	0	2	2
10	1102	Aceh Singkil	SINGKIL	2	0	1	1	0	0	7	2	34	3	2	0	2
11	1102	Aceh Singkil	SINGKIL UTARA	2	0	1	1	0	0	4	1	20	3	1	1	2
12	1102	Aceh Singkil	KUALA BARU	2	0	2	1	1	0	2	1	9	4	0	1	1
13	1102	Aceh Singkil	SIMPANG KANAN	3	0	1	0	1	0	4	3	43	4	2	1	1
14	1102	Aceh Singkil	GUNUNG MERIAH	2	0	2	0	1	0	3	2	66	2	1	0	1
15	1102	Aceh Singkil	DANAU PARIS	1	0	2	0	1	0	2	1	39	4	1	2	2