



Evaluasi Program Layanan Kesehatan Cageur Jasa di Puskesmas Tanah Tinggi Kota Tangerang

Irfan Dwi Septiawan^{1*}, Ayuning Budiati², Nikki Prafitri³

¹⁻³Administrasi Publik, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa, Indonesia

irfandwiseptiawan@gmail.com¹, ayuning.budiati@untirta.ac.id², nikki@untirta.ac.id³

*Penulis Korespondensi: irfandwiseptiawan@gmail.com

Abstract. *This study evaluates the Cageur Jasa Health Service Program at the Tanah Tinggi Public Health Center in Tangerang City, which was developed as an innovation to expand access to basic healthcare services through home visits. The program aims to improve service quality, strengthen family independence in maintaining health, and support the achievement of the 12 indicators of the Indonesia Healthy Program with a Family Approach (PIS-PK). The evaluation applies William N. Dunn's six policy evaluation criteria effectiveness, efficiency, adequacy, equity, responsiveness, and appropriateness supported by theoretical frameworks from public administration, public policy, and health service innovation. This research employs a qualitative descriptive method, with data collected through observation, in-depth interviews with informants, and secondary data analysis. The findings indicate that the program's implementation has not fully achieved its intended objectives, as evidenced by declining service coverage, several PIS-PK indicators remaining below 50%, increasing disease findings, and the persistence of maternal and infant mortality cases. Limitations in resources, coordination, infrastructure, and suboptimal promotive and preventive efforts further hinder the program's effectiveness. Overall, the study concludes that although Cageur Jasa contributes to improving healthcare access, its implementation at the Tanah Tinggi Public Health Center remains suboptimal and requires continuous improvement.*

Keywords: *Cageur Jasa; Health Services; PIS-PK; Policy Evaluation; Public Administration.*

Abstrak. Penelitian ini mengevaluasi Program Layanan Kesehatan *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi Kota Tangerang, yang dikembangkan sebagai inovasi untuk memperluas akses pelayanan kesehatan dasar melalui kunjungan rumah. Program ini bertujuan meningkatkan kualitas layanan, memperkuat kemandirian keluarga dalam kesehatan, serta mendukung pencapaian 12 indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Evaluasi dilakukan menggunakan enam kriteria evaluasi kebijakan menurut William N. Dunn yaitu efektivitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas, dan ketepatan dengan didukung kajian teori administrasi publik, kebijakan publik, dan inovasi pelayanan kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif, dengan teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara mendalam dengan informan, serta analisis data sekunder. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program belum sepenuhnya mencapai tujuan yang ditetapkan, ditandai dengan menurunnya cakupan layanan, beberapa indikator PIS-PK yang masih berada di bawah 50%, meningkatnya temuan penyakit, serta masih adanya kasus kematian ibu dan bayi. Keterbatasan sumber daya, koordinasi, sarana prasarana, serta upaya promotif dan preventif yang belum optimal turut menghambat efektivitas program. Secara keseluruhan, penelitian menyimpulkan bahwa meskipun *Cageur Jasa* berkontribusi dalam meningkatkan akses kesehatan, implementasinya di Puskesmas Tanah Tinggi masih belum optimal dan memerlukan perbaikan berkelanjutan.

Kata kunci: Administrasi Publik; *Cageur Jasa*; Evaluasi Kebijakan; Pelayanan Kesehatan; PIS-PK.

1. LATAR BELAKANG

Pelayanan publik merupakan tanggung jawab pemerintah untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat melalui penyediaan barang, jasa, dan layanan administratif yang berkualitas, mudah, transparan, serta sesuai ketentuan hukum. Penyelenggaraan pelayanan publik harus membangun kepercayaan masyarakat sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009. Pelayanan publik juga merupakan serangkaian aktivitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan layanan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku, ditujukan

kepada setiap warga negara dan penduduk, berupa penyediaan barang, jasa, atau layanan administratif oleh pihak penyelenggara pelayanan publik (Widanti, 2022). Hal tersebut juga termasuk pemenuhan hak atas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 5 ayat (1), (2), dan (3) yang menyatakan bahwa (1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atau sumber daya di bidang kesehatan, (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. (3) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Inovasi merupakan elemen kunci dalam pemerintahan modern yang memungkinkan pemerintah beradaptasi terhadap tantangan dan perubahan kebutuhan masyarakat. Dalam menghadapi kompleksitas tantangan dan kebutuhan masyarakat yang terus berkembang, inovasi berfungsi sebagai sarana strategis untuk memastikan layanan publik tetap optimal, meskipun dengan keterbatasan sumber daya (Nur et al., 2024). Inovasi pelayanan publik, khususnya di bidang kesehatan, penting untuk meningkatkan akses, kualitas, dan efektivitas layanan serta mendorong peningkatan derajat kesehatan dan Usia Harapan Hidup masyarakat, seperti pada Provinsi Banten yang mengalami peningkatan angka UHH sebesar 0,63 selama tahun 2022-2024.

Tabel 1. Data Usia Harapan Hidup Provinsi Banten 2022-2024.

No.	Provinsi	Usia Harapan Hidup (UHH)		
		2022	2023	2024
1	Kota Tangerang Selatan	72,78	73,11	73,31
2	Kota Tangerang	71,91	72,24	72,46
3	Tangerang	70,28	70,65	70,88
4	Kota Serang	68,54	68,98	69,27
5	Lebak	67,74	68,13	68,34
6	Kota Cilegon	67,02	67,39	67,66
7	Serang	65,18	65,60	65,90
8	Pandeglang	65,20	65,58	65,79
Total		70,39	70,77	71,02

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2025

Berdasarkan tabel tersebut dapat dilihat bahwa Usia Harapan Hidup di Kabupaten/Kota Provinsi Banten mengalami kenaikan setiap tahunnya. Urutan pertama diduduki oleh Kota Tangerang Selatan dengan Usia Harapan Hidup (UHH) sekitar 73.31 tahun, disusul oleh Kota Tangerang sekitar 72.46 tahun, dan di urutan ketiga yaitu Kabupaten Tangerang sekitar 70.88 tahun. Selain itu, peningkatan indikator kesehatan lainnya juga dapat dilihat dari Indikator Keluarga Sehat (IKS) Provinsi Banten sebagai berikut:

Tabel 2. Data Cakupan Indikator Keluarga Sehat Provinsi Banten 2024.

No	Kabupaten/Kota	Cakupan IKS
1	Kota Tangerang Selatan	0.60
2	Kota Tangerang	0.41
3	Kota Cilegon	0.28
4	Lebak	0.26
5	Kabupaten Tangerang	0.21
6	Kota Serang	0.19
7	Kabupaten Serang	0.11
8	Pandeglang	0.09

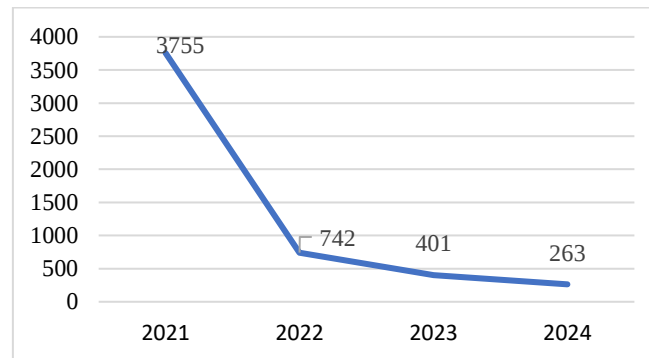
Sumber: Dinas Kesehatan Kota Tangerang, 2025

Dari data tersebut dapat dilihat bahwa cakupan Indikator Keluarga Sehat di Provinsi Banten diduduki oleh peringkat pertama yaitu Tangerang Selatan dengan angka 0.60, selanjutnya Kota Tangerang dengan angka 0.41, dan Kota Cilegon 0.28. Hal ini tentu hanya Kota Tangerang Selatan yang baru mencapai angka diatas 0.5, sehingga perlunya peningkatan akses kesehatan diberbagai daerah Provinsi Banten. Untuk mengatasi permasalahan tersebut harus dibarengi dengan inovasi pada bidang kesehatan.

Salah satu bentuk inovasi tersebut dapat dilihat pada pengembangan layanan kesehatan berbasis *Home Care* atau kunjungan rumah, yang dirancang untuk memudahkan masyarakat terutama kelompok rentan atau mereka yang memiliki keterbatasan mobilitas dalam memperoleh layanan kesehatan dasar tanpa harus datang langsung ke fasilitas kesehatan. Di Kota Tangerang, inovasi pelayanan publik diwujudkan melalui Program Layanan Kesehatan *Cageur Jasa*, yaitu pelayanan kunjungan rumah yang bertujuan memperluas akses kesehatan dasar, meningkatkan kualitas layanan, serta mendukung pencapaian 12 Indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Namun, meskipun program ini telah berjalan sejak 2017, sejumlah persoalan masih ditemukan, seperti menurunnya cakupan layanan *Cageur Jasa* di Kota Tangerang. Seperti halnya pada Puskesmas Tanah Tinggi sebagai berikut.

Tabel 3. Data Cakupan Pelayanan Cageur Jasa di Puskesmas Tanah Tinggi Tahun 2021-2024.



Sumber: Dinas Kesehatan Kota Tangerang, 2025

Cakupan pelayanan Program *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi Kota Tangerang menunjukkan tren penurunan yang cukup signifikan, di mana jumlah kunjungan rumah yang pada tahun 2021 mencapai 3.755 kunjungan terus mengalami penurunan hingga pada tahun 2024 hanya tersisa 263 kunjungan. Selain itu, terdapat beberapa capaian indikator PIS-PK di Puskesmas Tanah Tinggi yang masih berada di bawah 50% seperti halnya pada indikator Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB), Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan, dan Anggota keluarga tidak ada yang merokok. Serta meningkatnya temuan penyakit setiap tahun yang menunjukkan bahwa upaya promotif dan preventif belum berjalan optimal. Hal tersebut menimbulkan pertanyaan mengenai sejauh mana program *Cageur Jasa* telah dilaksanakan sesuai tujuan, serta faktor apa yang menyebabkan efektivitasnya belum tercapai secara optimal.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan Program *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi dengan menggunakan enam kriteria evaluasi Dunn. Secara khusus, penelitian ini menganalisis capaian program, hambatan pelaksanaan, serta kesesuaian implementasi dengan tujuan dari program *Cageur Jasa*. Evaluasi terhadap Program Layanan Kesehatan *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi Kota Tangerang menjadi langkah penting untuk menilai sejauh mana program ini mampu memenuhi target yang telah ditetapkan. Evaluasi ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam kajian evaluasi kebijakan public, serta dapat menjadi rekomendasi bagi pemerintah daerah untuk keberlanjutan program *Cageur Jasa*.

2. KAJIAN TEORITIS

Kebijakan Publik

Kebijakan merupakan kumpulan prinsip dan konsep yang berfungsi sebagai panduan serta landasan dalam merancang dan menjalankan suatu tugas, kepemimpinan, serta tindakan (Sawir, 2020:123). Sedangkan publik menurut Ruslan dalam (Revida et al., 2020:3) mengungkapkan bahwa publik adalah sekelompok individu yang terhubung oleh ikatan solidaritas tertentu. Kebijakan publik merupakan proses serta hasil keputusan yang dibuat oleh pemerintah atau lembaga publik guna mencapai tujuan tertentu dalam masyarakat dengan tindakan konkret yang dilakukan untuk menangani permasalahan publik, mengadvokasi kepentingan masyarakat, serta mengelola sumber daya yang tersedia (Arafat, 2023:1).

Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik merupakan seperangkat prinsip, konsep, dan keputusan yang dirumuskan serta dilaksanakan oleh pemerintah atau lembaga publik sebagai pedoman dalam bertindak dan memimpin. Kebijakan ini bertujuan untuk mengatasi berbagai permasalahan yang dihadapi masyarakat, mengadvokasi kepentingan publik, serta mengelola sumber daya yang tersedia secara terencana guna mencapai tujuan bersama dalam kehidupan bermasyarakat. Proses ini melibatkan interaksi antara pembuat kebijakan serta partisipasi masyarakat guna mencapai solusi yang efektif.

Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan publik adalah proses sistematis untuk menilai sejauh mana suatu kebijakan telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan, serta mengidentifikasi dampak, efektivitas, efisiensi, relevansi, dan keberlanjutan dari pelaksanaannya. Evaluasi menurut Lester & Stewart dalam (Agustino, 2023) merupakan suatu proses yang dilakukan secara terstruktur untuk mengkaji kasus-kasus kegagalan dalam pelaksanaan kebijakan serta mengevaluasi apakah kebijakan yang telah disusun dan diterapkan berhasil mencapai tujuan yang diharapkan. Menurut Subarsono dalam (Rantung, 2024) evaluasi kebijakan publik adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk menilai pencapaian hasil dari kebijakan pemerintah, dengan karakteristik yang berbeda-beda tergantung pada objek yang dievaluasi, teknik pengukuran yang digunakan, serta pendekatan analisis yang diterapkan. Selanjutnya menurut Peter H Rossi dan Howard E Freeman dalam (Akbar & Mohi, 2018) mendefinisikan bahwa penelitian evaluasi merujuk pada penggunaan metode penelitian sosial secara sistematis untuk menelaah perencanaan, perancangan, pelaksanaan, serta keterpaduan atau konsistensi keseluruhan dari program intervensi sosial.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa evaluasi kebijakan publik merupakan suatu proses analitis yang dilaksanakan secara sistematis dan terstruktur guna menilai tingkat keberhasilan suatu kebijakan dalam merealisasikan tujuan yang telah ditetapkan. Selain mengukur capaian akhir, evaluasi juga mencakup penelaahan menyeluruh terhadap seluruh tahapan kebijakan, mulai dari perencanaan, implementasi, hingga penyesuaian kebijakan dengan konteks dan kebutuhan yang ada. Proses ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi serta menilai berbagai aspek penting seperti dampak, efektivitas, efisiensi, relevansi, dan keberlanjutan dari kebijakan tersebut.

Model Evaluasi William N. Dunn

Menurut William N. Dunn (2003) evaluasi kebijakan memiliki tiga fungsi utama. Pertama, evaluasi berperan dalam menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, khususnya terkait sejauh mana kebutuhan masyarakat telah terpenuhi. Kedua, evaluasi berfungsi sebagai sarana untuk memperjelas sekaligus mengkritisi nilai-nilai yang menjadi dasar dalam penetapan tujuan maupun target kebijakan. Ketiga, evaluasi berkontribusi dalam proses perumusan masalah serta memberikan rekomendasi bagi kebijakan yang akan dijalankan.

Terdapat enam kriteria yang dapat digunakan untuk melakukan evaluasi kebijakan yaitu Efektivitas yang merujuk pada sejauh mana suatu alternatif mampu mencapai hasil yang diinginkan atau tujuan yang telah ditetapkan dari suatu tindakan, Efisiensi yang berkaitan dengan besarnya usaha yang dibutuhkan untuk mencapai tingkat efektivitas tertentu, Kecukupan yang merujuk pada sejauh mana tingkat efektivitas mampu memenuhi kebutuhan, nilai, atau peluang yang menjadi dasar munculnya suatu permasalahan, Pemerataan yang memiliki keterkaitan erat dengan rasionalitas hukum maupun sosial, serta merujuk pada bagaimana distribusi dampak dan beban usaha dibagi di antara berbagai kelompok dalam masyarakat, Responsivitas yang berkaitan dengan sejauh mana suatu kebijakan mampu memenuhi kebutuhan, preferensi, maupun nilai yang dimiliki oleh kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat, dan Ketepatan yang berkaitan erat dengan rasionalitas substantif, karena penilaian terhadap ketepatan kebijakan tidak hanya didasarkan pada satu kriteria, melainkan pada kombinasi dari dua atau lebih kriteria sekaligus.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif, yang bertujuan menggambarkan secara mendalam pelaksanaan Program Layanan Kesehatan *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi Kota Tangerang. Informan dipilih menggunakan teknik purposive, yaitu berdasarkan keterlibatan dan pengetahuan mereka terhadap program. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi lapangan, wawancara mendalam, dan studi dokumentasi. Observasi dilakukan untuk melihat secara langsung pelaksanaan kunjungan rumah *Cageur Jasa*. Wawancara mendalam dilakukan kepada informan kunci untuk menggali pengalaman, persepsi, mekanisme kerja, serta kendala yang muncul dalam pelaksanaan program. Sementara itu, dokumentasi diperoleh melalui data sekunder dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan, seperti laporan capaian program, data PIS-PK, data temuan penyakit, dan dokumen kebijakan terkait.

Analisis data dilakukan menggunakan Teknik analisis data (Miles et al., 2014) dengan meliputi proses kondensasi data, penyajian data, serta penarikan atau verifikasi kesimpulan. Peneliti mengorganisasi temuan berdasarkan tema-tema yang relevan dengan kriteria evaluasi Dunn (2003) yang terdiri dari Efektivitas, Efisiensi, Kecukupan, Pemerataan, Responsivitas, dan Ketepatan, yang kemudian menginterpretasikan hubungan antar-temuan untuk memahami efektivitas pelaksanaan program. Keabsahan data diperkuat melalui triangulasi sumber dan teknik untuk memastikan konsistensi informasi antar informan, dokumen, dan hasil observasi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Peneliti memaparkan hasil pengolahan data serta temuan empiris yang diperoleh selama proses pengumpulan data di lapangan, kemudian mengaitkannya dengan landasan teori yang relevan guna memperkuat analisis dan memperjelas gambaran kondisi yang diteliti. Dalam penelitian ini digunakan teori evaluasi kebijakan yang dikemukakan oleh Dunn (2003:610) sebagai kerangka analisis untuk menilai pelaksanaan Program Layanan Kesehatan *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi Kota Tangerang. Evaluasi program tersebut dilakukan dengan mengacu pada enam dimensi evaluasi menurut Dunn, yaitu efektivitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas, dan ketepatan. Keenam aspek tersebut dijadikan acuan dalam menilai tingkat keberhasilan Program *Cageur Jasa* dalam mencapai sasaran, menjawab kebutuhan masyarakat, serta menghasilkan dampak yang selaras dengan tujuan dan harapan penyelenggara pelayanan kesehatan.

Efektivitas

Efektivitas menurut Dunn (2003) merujuk pada sejauh mana suatu alternatif mampu mencapai hasil yang diinginkan atau tujuan yang telah ditetapkan dari suatu tindakan. Program *Cageur Jasa* memberikan manfaat nyata dengan meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, terutama bagi warga yang sulit menjangkau puskesmas. Melalui kunjungan rumah dan integrasi dengan posyandu ILP, masyarakat dapat memperoleh pemeriksaan, pemantauan kondisi kesehatan, dan rujukan tanpa harus datang langsung ke fasilitas kesehatan. Dari sisi pemerintah, program ini berkontribusi pada peningkatan capaian indikator kesehatan seperti SPM dan Indeks Keluarga Sehat, sekaligus memperkuat fungsi puskesmas keliling. Selain itu, pelaksanaan *Cageur Jasa* mempermudah identifikasi keluarga berisiko melalui peran kader dan kunjungan langsung.

Program *Cageur Jasa* memiliki empat tujuan utama, yaitu mempermudah pelayanan kesehatan, meningkatkan akses layanan, mendorong kemandirian keluarga, serta mendukung pencapaian 12 indikator PIS-PK. Pelayanan kunjungan rumah telah mampu meningkatkan cakupan Indeks Keluarga Sehat (IKS) sejak tahun 2017 di Kota Tangerang atau pada saat peluncuran program *Cageur Jasa*, meskipun pencapaiannya belum ideal pada angka 0.50 atau 50%. Selain itu tutupnya akses pelaporan untuk pendataan IKS dan PIS-PK menyulitkan tenaga kesehatan untuk melakukan pelaporan, sehingga data IKS Kota Tangerang berhenti pada tahun 2024.

Sementara pada pencapaian Angka PIS-PK di Puskesmas tanah tinggi masih terdapat beberapa indikator yang belum terpenuhi seperti halnya Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB), Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan, dan Anggota keluarga tidak ada yang merokok. Masih terdapat rendahnya 5 indikator PIS-PK di Puskesmas Tanah Tinggi ini akibat terdapat mobilitas masyarakat Tanah Tinggi yang berpindah-pindah rumah atau kontrakan.

Hal tersebut dikarenakan kelurahan Tanah Tinggi yang berada pada pusat perkotaan Kota Tangerang mengakibatkan padatnya penduduk sehingga banyak masyarakat ber KTP luar daerah Kota Tangerang hanya singgah sementara di kelurahan Tanah Tinggi. Hal tersebut menyulitkan petugas untuk menindaklanjuti terkait masalah kesehatan yang terjadi di wilayah Tanah Tinggi secara berkelanjutan dan menyulitkan untuk menentukan sasaran tetap, serta tutupnya akses pelaporan PIS-PK mengakibatkan terganggunya pemantauan hasil sehingga efektivitas program tidak dapat dievaluasi secara akurat.

Dibandingkan dengan penelitian (Aras, 2025) tentang Evaluasi Program *Home Care* di Kota Makassar yang menunjukkan bahwa program dinilai cukup efektif menjangkau masyarakat dengan keterbatasan mobilitas meskipun terkendala perubahan kebijakan dan kurangnya pemahaman masyarakat, penelitian ini menemukan bahwa efektivitas Program *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi belum sepenuhnya tercapai. Hal tersebut disebabkan oleh adanya hambatan eksternal, kesulitan tindak lanjut masalah kesehatan, serta terhentinya akses pelaporan PIS-PK yang menghambat proses pendataan.

Efisiensi

Efisiensi menurut Dunn (2003) berkaitan dengan besarnya usaha yang dibutuhkan untuk mencapai tingkat efektivitas tertentu. Program *Cageur Jasa* dijalankan melalui koordinasi antara kader posyandu dan petugas puskesmas. Kader menjadi sumber informasi awal mengenai warga yang membutuhkan layanan, kemudian puskesmas melakukan penilaian dan menentukan prioritas berdasarkan tingkat keparahan kasus. Kunjungan langsung dilakukan untuk kasus berat, sementara kasus ringan ditangani melalui monitoring atau rujukan sesuai kebutuhan. Berdasarkan SOP, alur program dimulai dari identifikasi kebutuhan, penyusunan jadwal, persiapan alat, pelaksanaan kunjungan sesuai zona, pemecahan masalah, koordinasi lintas sektor jika diperlukan, hingga pelaporan bulanan.

Namun, pelaksanaan program masih menghadapi beberapa permasalahan utama yaitu jumlah tenaga kesehatan yang turun ke lapangan masih terbatas (sering hanya dua petugas dengan satu kader pendamping), adanya keterlambatan dalam pelaksanaan jadwal kunjungan, keterbatasan jenis dan jumlah obat yang dapat dibawa selama pelayanan lapangan, kesulitan dalam proses pelaporan akibat penutupan akses laman PIS-PK setelah beralih ke sistem ILP, serta hambatan lain seperti kondisi gang yang sempit, permukiman padat, dan sebagian masyarakat yang tidak ingin dikunjungi karena memilih layanan rumah sakit swasta. Efisiensi waktu pada program *Cageur Jasa* juga belum maksimal dengan durasi kunjungan dan jadwal yang tidak menentu.

Hal tersebut, dikarenakan bahwa pada keterbatasan SDM saat kunjungan rumah *Cageur Jasa* hanya terdapat dua petugas dari Puskesmas Tanah Tinggi serta terbaginya berbagai PJ program lain dan adanya IGD Ponek atau Instansi Gawat Darurat Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif sebagai unit layanan gawat darurat 24 jam di Puskesmas Tanah Tinggi untuk kasus ibu hamil, ibu melahirkan, dan bayi baru lahir yang mengancam nyawa. Hal tersebut menjadikan beban tanggung jawab tambahan sehingga petugas untuk kunjungan rumah menjadi tidak memadai. Selanjutnya masih adanya tumpah tindih antara penanggung jawab

program kunjungan rumah dengan program lainnya sehingga kurangnya integrasi dan koordinasi antara penanggung jawab program.

Jika dibandingkan dengan penelitian (Pratiwi et al., 2021a) tentang pelaksanaan pelayanan *Home Care* di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar, aspek efisiensi dinilai belum optimal akibat keterbatasan sumber daya, ketidakseimbangan beban kerja, serta sarana dan prasarana yang belum memadai sehingga berdampak pada keterlambatan pelayanan dan tidak tercapainya target. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Program *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi, yang menunjukkan adanya beban kerja petugas yang tumpang tindih dan memengaruhi efisiensi pelaksanaan program.

Kecukupan

Kecukupan menurut Dunn (2003) merujuk pada sejauh mana tingkat efektivitas mampu memenuhi kebutuhan, nilai, atau peluang yang menjadi dasar munculnya suatu permasalahan. Kecukupan sumber daya dalam Program *Cageur Jasa* mencakup SDM, anggaran, serta sarana dan prasarana yang telah disediakan untuk mendukung layanan kunjungan rumah dan kegiatan kesehatan masyarakat. Secara regulasi, tim minimal harus terdiri dari dokter, perawat, dan satu tenaga tambahan yang kompeten. Pada pelaksanaannya, setiap kelurahan kini memiliki tim khusus yang beranggotakan dokter, perawat, bidan, tenaga kesehatan lingkungan, serta didukung oleh kader. Dari sisi anggaran, pendanaan program telah terintegrasi dalam BOK, BLUD, dan alokasi operasional puskesmas sehingga biaya transportasi, alat kesehatan dasar, dan kebutuhan kunjungan rumah dapat terpenuhi, meski belum ada anggaran khusus untuk kunjungan karena dianggap sebagai tugas rutin pegawai. Sementara itu, sarana dan prasarana terdapat seperti motor operasional *Cageur Jasa*, kit pemeriksaan, alat kesehatan dasar, serta fasilitas medis di puskesmas.

Program Layanan Kunjungan Rumah *Cageur Jasa* berperan dalam memetakan dan menangani masalah kesehatan melalui pelaporan kunjungan rumah, data PIS-PK, serta koordinasi dengan PJ program, kader, dan pihak kelurahan. Identifikasi masalah dilakukan berdasarkan indikator kesehatan, data kasus puskesmas, serta temuan langsung di lapangan. Meskipun terdapat beberapa permasalahan seperti halnya pada upaya pemecahan masalah terdapat mekanisme untuk mengidentifikasi kasus kesehatan melalui pelaporan *Cageur Jasa* dan Lokakarya bulanan yang dapat memungkinkan memetakan masalah kesehatan lokal, namun dalam tindak lanjutnya dilakukan oleh penanggung jawab (PJ) dari masing-masing program, sehingga pelaporan dalam pemecahan masalah kesehatan masih belum sepenuhnya terintegrasi dalam alur program *Cageur Jasa*. Hal tersebut diakibatkan oleh intervensi kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas Tanah Tinggi merupakan intervensi yang sektoral

sehingga potensi sinergi dari kunjungan rumah sebagai platform puskesmas keliling belum dimanfaatkan penuh.

Sumber daya manusia (SDM) atau petugas *Cageur Jasa* yang tercantum dalam regulasi menetapkan tim minimal terdapat dokter, perawat, dan tenaga lain. Namun dalam pelaksanaannya masih menunjukkan kunjungan sering dilakukan oleh dua orang petugas yaitu perawat dan tenaga kesehatan lain serta dengan dukungan kader, beberapa informan menyatakan jumlah ini terasa kurang sehingga kualitas tindak lanjut juga dirasa belum sepenuhnya optimal. Keterbatasan jumlah Sumber Daya Manusia atau petugas *Cageur Jasa* tersebut disebabkan karena terbaginya beberapa petugas Puskesmas ke dalam PJ-PJ program serta dengan seringnya kunjungan rumah yang dilakukan oleh Perawat dan Tenaga kesehatan lainnya dapat menimbulkan pertanyaan terkait kualitas kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas, karena pada dasarnya idealnya harus melibatkan dokter khusus secara langsung, sehingga pemecahan masalah dapat diselesaikan di tempat.

Berdasarkan penelitian (Ma'mur & Ahmad, 2020) tentang Program *Home Care* di Puskesmas Barabara Kota Makassar, sarana medis dan dukungan dana operasional dinilai telah memadai, namun kecukupan tenaga kesehatan menjadi kendala utama akibat peran ganda petugas puskesmas yang menyebabkan keterlambatan layanan dan belum terpenuhinya kebutuhan masyarakat. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Program *Cageur Jasa*, yang juga menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya manusia merupakan titik lemah utama dalam aspek kecukupan tenaga kesehatan.

Pemerataan

Pemerataan menurut Dunn (2003) memiliki keterkaitan erat dengan rasionalitas hukum maupun sosial, serta merujuk pada bagaimana distribusi dampak dan beban usaha dibagi di antara berbagai kelompok dalam masyarakat. Puskesmas di Kota Tangerang telah tersebar di seluruh kecamatan dan kunjungan rumah mampu menjangkau banyak warga, termasuk yang sebelumnya belum tersentuh layanan kesehatan. Namun, karena pelaksanaannya bersifat *by request* dan sangat bergantung pada kader, masih ada warga yang belum mengetahui atau belum terjangkau secara rutin. Wilayah padat, gang sempit, permukiman kontrakan, keterbatasan petugas, serta warga yang sulit ditemui menjadi hambatan utama. Akibatnya, sebagian warga menerima layanan secara rutin, sementara sebagian lainnya baru beberapa kali atau bahkan belum tersentuh.

Pemerataan layanan *Cageur Jasa* masih belum merata di wilayah kelurahan Tanah Tinggi, hal ini disebabkan karena pergeseran mekanisme kunjungan rumah yang semulanya pelaksanaan pengecekan kesehatan dilakukan rumah ke rumah, sekarang semenjak adanya

Posyandu Integrasi Layanan Primer menjadikan program *Cageur Jasa* hanya bersifat by-request karena pelaporan hanya melalui informasi dari Kader Posyandu. Mekanisme program *Cageur Jasa* yang seharusnya proaktif sekarang menjadi hanya reaktif ketika ada pelaporan terkait masyarakat yang membutuhkan pertolongan kesehatan. Hal tersebut disebabkan kurangnya pemerataan dan keterlibatan aktif pada tenaga kesehatan *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi, sehingga banyak juga masyarakat yang belum mengetahui terkait adanya program *Cageur Jasa* tersebut.

Dalam pelaksanaan program *Cageur Jasa* setiap kelurahan telah memiliki tim yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, tenaga kesehatan lain, dan kader. Pembagian tugas diatur melalui posyandu dan penanggung jawab program (PJ), sehingga layanan diharapkan dapat menjangkau masyarakat secara lebih merata, meskipun kapasitas tenaga di tiap wilayah berbeda dan tetap perlu dioptimalkan. pendanaan program telah dikelola oleh Puskesmas melalui BLUD dan diarahkan oleh Dinas Kesehatan. Anggaran terutama digunakan untuk kebutuhan operasional seperti transportasi, bahan bakar, alat kesehatan, serta dukungan dana transport untuk kader, meskipun tidak ada anggaran khusus untuk kegiatan kunjungan rumah,

Kurangnya anggaran pada program *Cageur Jasa* juga menyebabkan kurangnya pemerataan pada SDM atau petugas kunjungan rumah *Cageur Jasa* tersebut. Hal ini dikarenakan anggaran yang semulanya mendapat dukungan dari operasional Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) bergeser menjadi anggaran untuk insentif kader Posyandu Tanah Tinggi, sehingga tidak ada alokasi khusus untuk insentif tambahan kepada petugas *Cageur Jasa* dan hanya dianggap sebagai kewajiban dari tugasnya sebagai pelayan kesehatan.

Penelitian (Prihatni & Hastono, 2024) menunjukkan bahwa pelaksanaan kunjungan rumah PIS-PK di Kota Tangerang Selatan belum merata, meskipun sarana prasarana memadai, karena capaian kunjungan hanya mencapai 42% akibat lemahnya komunikasi, rendahnya sosialisasi, resistensi masyarakat, serta keterbatasan jumlah petugas. Temuan tersebut berbeda dengan penelitian Program *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi yang menunjukkan ketimpangan pada alokasi anggaran, namun memiliki kesamaan pada keterbatasan sumber daya manusia yang berdampak pada rendahnya cakupan kunjungan.

Responsivitas

Responsivitas menurut Dunn (2003) berkaitan dengan sejauh mana suatu kebijakan mampu memenuhi kebutuhan, preferensi, maupun nilai yang dimiliki oleh kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat. Pada program Kunjungan Rumah *Cageur Jasa* terdapat pengawasan yang dilakukan melalui laporan kunjungan dan lokakarya bulanan, ditunjang mekanisme pelaporan seperti portal pengaduan dan *whistleblowing*. Pelayanan diberikan tanpa

membedakan status warga, termasuk pendatang atau yang tinggal sementara, dengan penerapan SOP yang sama seperti di puskesmas. Meskipun masih terdapat tidak konsistennya kualitas pelayanan, dapat dilihat dari adanya aduan masyarakat terkait petugas yang tidak membawa obat, tidak memberikan tindakan yang sesuai harapan, keluhan tentang sikap petugas posyandu yang kurang ramah, ketidaktepatan waktu dari petugas kunjungan rumah tersebut.

Selain itu, masyarakat menyambut baik kedatangan petugas ke rumah karena layanan ini memudahkan mereka, terutama bagi warga yang tinggal jauh dari puskesmas, lansia, ibu hamil, atau pasien dengan kondisi kesehatan yang membatasi mobilitas. Hampir tidak ada penolakan, namun sebaliknya, banyak warga berharap program ini terus berlanjut dan bahkan dilakukan lebih sering. Layanan ini dianggap bermanfaat, sesuai kebutuhan, serta memberikan perhatian langsung dari pemerintah. Namun, hal ini juga membuat sebagian warga menjadi kurang mandiri karena terbiasa menunggu kunjungan petugas. Hal tersebut diakibatkan lemahnya implementasi SOP kunjungan rumah *Cageur Jasa* oleh petugas *Cageur Jasa* itu sendiri yang diakibatkan kurangnya koordinasi dan monitoring pada program *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi, sehingga terjadinya beberapa aduan terhadap program *Cageur Jasa* terus berulang dengan kejadian yang sama dan mengakibatkan kurang responsifnya petugas *Cageur Jasa* terhadap aduan-aduan tersebut.

Jika dibandingkan dengan penelitian Rumah Sakit Keliling di Lampung (Handayani & Darmastuti, 2023), tingkat responsivitas program dinilai rendah karena hambatan operasional seperti biaya tinggi yang tidak sebanding dengan jumlah pasien, perjalanan jauh melewati jalan rusak, serta keterbatasan SDM khususnya pengemudi bus yang membuat layanan sering terlambat atau tidak menjangkau wilayah sasaran. Hal ini menunjukkan adanya ketidakseimbangan antara sumber daya yang dikerahkan dan kebutuhan masyarakat. Sementara itu, penelitian mengenai *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi menyoroti bahwa permasalahan responsivitas lebih terkait pada kualitas pelaksanaan dan lemahnya pengawasan layanan, sehingga kendala utama bukan pada faktor operasional, melainkan pada mutu implementasi program.

Ketepatan

Ketepatan menurut Dunn (2003) berkaitan erat dengan rasionalitas substantif, karena penilaian terhadap ketepatan kebijakan tidak hanya didasarkan pada satu kriteria, melainkan pada kombinasi dari dua atau lebih kriteria sekaligus. Program *Cageur Jasa* telah berjalan sesuai dengan harapan pemangku kepentingan, meskipun capaian Indeks Keluarga Sehat (IKS) Kota Tangerang tahun 2024 masih berada di angka 0,41 dan belum mencapai target ideal >0,5.

Namun, capaian tersebut sudah tergolong baik dan berada di posisi kedua tertinggi di Provinsi Banten. Keberhasilan program *Cageur Jasa* pada dasarnya dapat diukur melalui beberapa indikator, seperti halnya indikator PIS-PK, capaian angka kunjungan, serta respons dan penerimaan masyarakat terhadap layanan, yang semuanya memberi gambaran awal tentang seberapa tepat sasaran intervensi yang dilakukan. Namun demikian, masih muncul kelemahan signifikan pada sistem pelaporan, saat ini pelaporan cenderung terfokus pada kuantitas kunjungan sehingga belum mampu mengakomodasi dan mengintegrasikan berbagai indikator lain.

Kondisi tersebut menjadikan hasil evaluasi belum sepenuhnya menggambarkan kualitas pelayanan yang diberikan. belum optimalnya kemampuan pihak Puskesmas dalam mengintegrasikan berbagai bentuk pelaporan dari seluruh penanggung jawab (PJ) program yang seharusnya saling terkait dan dapat memberikan gambaran menyeluruh mengenai pelaksanaan kunjungan rumah *Cageur Jasa*. Ketidakterpaduan pelaporan tersebut menyebabkan informasi penting yang berkaitan pencapaian indikator program, serta kualitas interaksi dan edukasi kesehatan di lapangan tidak tercatat dengan baik.

Dari aspek ketepatan sasaran, program telah tepat karena layanan diberikan kepada kelompok yang benar-benar membutuhkan, seperti pasien dengan risiko kesehatan, warga dengan keterbatasan mobilitas, hingga masyarakat yang jarang memanfaatkan layanan kesehatan. Namun demikian, meski sasaran telah tepat, masih terdapat kesenjangan antara tujuan pemberdayaan masyarakat yang diharapkan dan kemandirian yang tercapai di lapangan. Program ini bertujuan tidak hanya memberikan pelayanan langsung, tetapi juga meningkatkan kemampuan keluarga merawat pasien secara mandiri.

Hambatan tersebut muncul karena masih rendahnya literasi kesehatan pada sebagian masyarakat, kebiasaan bergantung pada petugas kesehatan, serta belum meratanya edukasi yang diberikan pada setiap kunjungan. Akibatnya, sebagian keluarga masih belum mampu melakukan tindakan sederhana secara mandiri tanpa campur tangan petugas. Kondisi ini menunjukkan bahwa ketepatan sasaran telah tercapai, tetapi ketepatan dampak terhadap tujuan akhir yaitu kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan masih memerlukan penguatan, terutama melalui mekanisme edukasi yang lebih intensif dan peningkatan kapasitas keluarga dalam perawatan dasar. Secara sederhana, kurang gencarnya edukasi terkait dengan kesehatan juga mengakibatkan banyak masyarakat yang kurang peduli terhadap kesehatannya dan mengakibatkan kurang kemandirian dalam perawatan kesehatan.

Jika dibandingkan dengan penelitian *Home Care* di Puskesmas Antang Perumnas Makassar (Pratiwi et al., 2021), program ini secara konsep sudah sesuai dengan kebutuhan

masyarakat yang memiliki hambatan mobilitas dan memerlukan layanan kesehatan di rumah. Namun, responsivitas layanan terhambat oleh kurangnya pemahaman masyarakat mengenai jenis tindakan yang termasuk dalam cakupan *Home Care*, sehingga sosialisasi dianggap belum tepat sasaran. Akibatnya, sebagian warga salah mengakses atau menunggu layanan yang sebenarnya tidak tersedia. Selain itu, meskipun target capaian ditentukan berdasarkan response time, di lapangan standar tersebut sering tidak terpenuhi karena kendala internal seperti pengorganisasian tim dan beban kerja tinggi. Berbeda dengan *Cageur Jasa*, permasalahan responsivitas lebih terkait pada ketidaktepatan integrasi dan dampak yang diharapkan, yang muncul akibat minimnya edukasi kesehatan sehingga masyarakat kurang mandiri dalam merawat dan menjaga kesehatannya.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa Program Layanan Kesehatan *Cageur Jasa* di Puskesmas Tanah Tinggi Kota Tangerang belum sepenuhnya mencapai tujuan yang ditetapkan, khususnya jika dilihat melalui enam kriteria evaluasi kebijakan Dunn. Dari aspek efektivitas, program belum berhasil meningkatkan capaian Indikator Keluarga Sehat (IKS) secara signifikan, karena beberapa indikator PIS-PK masih berada di bawah 50% dan cakupan layanan mengalami penurunan. Dari aspek efisiensi, pelaksanaan program menghadapi kendala berupa keterbatasan tenaga kesehatan, pembagian tugas yang tidak merata, serta sarana-prasarana yang belum sepenuhnya dapat menopang layanan secara optimal. Aspek kecukupan menunjukkan bahwa meskipun layanan kunjungan rumah membantu identifikasi dan penanganan masalah kesehatan dasar, program belum mampu menyelesaikan kasus secara komprehensif di lokasi kunjungan karena keterbatasan alat dan koordinasi lintas-program. Dari sisi pemerataan, layanan telah menjangkau sebagian besar warga, tetapi mekanisme *by request* dan ketergantungan pada kader menyebabkan potensi warga tertentu tidak terjangkau secara rutin. Aspek responsivitas juga belum optimal karena terdapat keluhan terkait ketersediaan obat, sikap petugas, dan konsistensi kedatangan. Sementara itu, dari aspek ketepatan, program dinilai relevan dengan kebutuhan masyarakat, tetapi belum mampu menunjukkan dampak kesehatan yang terukur akibat lemahnya sistem evaluasi dan pelaporan. Secara keseluruhan, keberhasilan program sangat bergantung pada ketersediaan SDM, efektivitas koordinasi, alur pelaporan, pemerataan layanan, serta kualitas respons petugas.

Saran

Berdasarkan temuan tersebut, penelitian ini merekomendasikan perlunya penguatan struktur kelembagaan program *Cageur Jasa* agar implementasinya tidak hanya bergantung pada inisiatif petugas, melainkan pada sistem yang terkelola dengan baik. Pertama, Puskesmas Tanah Tinggi perlu menambah dan mendistribusikan tenaga kesehatan agar beban kerja lebih proporsional dan kunjungan rumah dapat dilakukan secara konsisten. Kedua, diperlukan peningkatan kelengkapan sarana dan prasarana, terutama alat kesehatan yang dapat menunjang intervensi dasar di rumah pasien. Ketiga, mekanisme koordinasi antar penanggung jawab program penyakit (TBC, DBD, PTM, Gizi) harus diperkuat agar hasil kunjungan rumah dapat langsung ditindaklanjuti melalui alur yang terintegrasi. Keempat, sistem pemantauan dan pelaporan perlu diperbarui agar capaian indikator keluarga sehat dapat kembali terukur, termasuk alternatif pencatatan jika akses PIS-PK tidak tersedia. Selain itu, perlu dilakukan perluasan kanal informasi layanan agar masyarakat mengetahui prosedur akses layanan tanpa sepenuhnya bergantung pada kader atau informasi mulut ke mulut. Terakhir, peningkatan kapasitas petugas dalam komunikasi pelayanan dan penyelesaian keluhan perlu dilakukan untuk memperbaiki responsivitas dan pengalaman pengguna layanan.

DAFTAR REFERENSI

- Agustino, L. (2023). *Memahami evaluasi kebijakan: Perspektif teoretis dan praktis*. Empatdua Media.
- Akbar, M. F., & Mohi, W. K. (2018). *Studi evaluasi kebijakan: Evaluasi beberapa kebijakan di Indonesia*. Ideas Publishing.
- Arafat, A. (2023). *Kebijakan publik: Teori dan praktik*.
- Aras, A. F. A. A. (2025). *Evaluasi program home care di Kota Makassar*.
- Dunn, W. N. (2003). *Pengantar analisis kebijakan publik*.
- Handayani, P., & Darmastuti, A. (2023). Evaluasi program rumah sakit keliling dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di Provinsi Lampung. *Nusantara: Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial*, 10(7), 3613–3622.
- Ma'mur, W., & Ahmad, M. S. (2020). Evaluasi program *home care* pada Puskesmas Bara-Baraya Kota Makassar.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Muhammad Nur, Fitriani, A., Usulu, E. M., Mahardhani, A. J., & Saputra, M. K. P. (2024). *Inovasi dalam administrasi publik: Buku referensi*. PT Media Penerbit Indonesia.

- Pratiwi, U. D., Andayanie, E., & Rusyidi, A. R. (2021a). Evaluasi pelaksanaan pelayanan *home care* di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar. *Window of Public Health Journal*, 2(3), 397–405.
- Pratiwi, U. D., Andayanie, E., & Rusyidi, A. R. (2021b). Evaluasi pelaksanaan pelayanan *home care* di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar. *Window of Public Health Journal*, 2(3), 397–405.
- Prihatni, R., & Hastono, S. P. (2024). Evaluasi implementasi kunjungan rumah Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Kota Tangerang Selatan. *Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 7–15. <https://doi.org/10.51544/jmkm.v9i1.4965>
- Rantung, M. I. R. (2024). *Evaluasi kebijakan publik: Konsep dan model*. Tahta Media.
- Revida, E., Hidayatulloh, A. N., Soetijono, I. K., Hermawansyah, A., Purba, B., Tawakkal, M. I., Bahri, S., Pelu, M. F. A. R., Purba, S., & Asmarianti, A. (2020). *Teori administrasi publik*. Yayasan Kita Menulis.
- Sawir, M. (2020). *Birokrasi pelayanan publik: Konsep, teori, dan aplikasi*. Deepublish.
- Widanti. (2022). *Prinsip administrasi publik*. Jagat Langit Sukma.