

Evaluasi Program R1N1 dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat di Kota Surabaya

Nabila Naswa Zahra Rhojima¹, Sagita Happy Arida², Daffa Mauludie Al Daufir³, Fellycita Angelina⁴, Tauran⁵, Wilda Sumarsyah⁶

¹⁻⁶Program Studi Ilmu Administrasi Negara, Universitas Negeri Surabaya

¹24040674190@mhs.unesa.ac.id, ²24040674183@mhs.unesa.ac.id,

³24040674174@mhs.unesa.ac.id*, ⁴24040674199@mhs.unesa.ac.id, ⁵tauran@unesa.ac.id,

⁶wildasumarsyah@unesa.ac.id

*corresponding author

Article Info

Article History

Received:

06 May 2026

Accepted:

09 June 2026

Published:

10 June 2026

Kata Kunci

Evaluasi Program, Model CIPP, Pelayanan Kesehatan Primer, R1N1, Kesehatan Masyarakat, Surabaya

Keywords

Program Evaluation, CIPP model, Primary Health Care, R1N1 program, Public Health, Surabaya

Abstrak

Program R1N1 (Satu RW Satu Tenaga Kesehatan) merupakan salah satu inovasi Pemerintah Kota Surabaya yang bertujuan memperluas akses pelayanan kesehatan masyarakat melalui pendekatan berbasis komunitas. Meskipun demikian, efektivitas program dalam mencapai tujuan yang ditetapkan masih memerlukan evaluasi yang komprehensif. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan Program R1N1 menggunakan model evaluasi Context, Input, Process, Product (CIPP) yang dikembangkan oleh Stufflebeam. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan jenis evaluasi teoritik yang dilaksanakan di Kecamatan Wonokromo, Kota Surabaya. Data diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi lapangan, dan studi dokumentasi. Informan penelitian dipilih menggunakan teknik purposive sampling yang melibatkan tenaga kesehatan, masyarakat pengguna layanan, dan pihak Puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara konseptual Program R1N1 telah sejalan dengan prinsip Pelayanan Kesehatan Primer (Primary Health Care/PHC), namun implementasinya masih menghadapi berbagai kendala. Pada aspek konteks, program belum memiliki diferensiasi yang jelas dibandingkan layanan kesehatan komunitas yang telah ada. Pada aspek input, keterbatasan sumber daya manusia dan sarana prasarana menyebabkan beban kerja tenaga kesehatan meningkat. Pada aspek proses, ketidakkonsistenan jadwal pelayanan memengaruhi tingkat partisipasi masyarakat. Sementara itu, pada aspek produk, program belum menunjukkan dampak yang signifikan terhadap pengurangan antrean di Puskesmas maupun peningkatan status kesehatan masyarakat. Penelitian ini menyimpulkan bahwa efektivitas Program R1N1 perlu ditingkatkan melalui penguatan desain program, optimalisasi sumber daya, penyesuaian mekanisme pelayanan, serta integrasi sistem informasi kesehatan untuk mendukung keberlanjutan program.

Abstract The R1N1 Program (One Neighborhood Unit, One Health Worker) is an innovation initiated by the Surabaya City Government to improve community access to health services through a community-based approach. However, the effectiveness of the program in achieving its intended objectives requires comprehensive evaluation. This study aims to evaluate the implementation of the R1N1 Program using the Context, Input, Process, Product (CIPP) evaluation model developed by Stufflebeam. A qualitative descriptive approach with a theoretical evaluation design was employed in Wonokromo District, Surabaya. Data were collected through in-depth interviews, field observations, and document analysis. Informants were selected

using purposive sampling and included health workers, service users, and representatives from community health centers (Puskesmas). The findings indicate that the R1N1 Program is conceptually aligned with the principles of Primary Health Care (PHC), yet several implementation challenges remain. In the context dimension, the program lacks clear differentiation from existing community-based health services. In the input dimension, limited human resources and inadequate facilities contribute to increased workloads for health workers. The process dimension reveals inconsistencies in service schedules, which negatively affect community participation, particularly among productive-age groups. In the product dimension, the program has not demonstrated significant outcomes in reducing patient queues at community health centers or improving overall community health status. The study concludes that the effectiveness of the R1N1 Program can be enhanced through stronger program design, improved resource allocation, more adaptive service arrangements, and integrated health information management systems to ensure sustainable program performance.

Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang mendasar dan dijamin oleh negara sebagaimana tercantum dalam Pasal 34 Ayat (3) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945. Komitmen tersebut selaras dengan agenda global Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*), khususnya tujuan ketiga yang menghendaki terwujudnya kehidupan sehat dan peningkatan kesejahteraan bagi seluruh lapisan masyarakat di semua kelompok usia. Dalam rangka mengoperasionalkan komitmen tersebut, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menerbitkan Keputusan Menteri Nomor 2015 Tahun 2023 yang memuat pedoman teknis penyelenggaraan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (IPL). Kebijakan ini dirancang untuk memperkuat sinergi antara Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) sehingga pelayanan kesehatan primer dapat menjangkau seluruh warga negara secara merata dan mudah diakses (Endrawati dkk., 2025).

Kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer telah diimplementasikan di berbagai daerah di Indonesia, salah satunya Kota Surabaya. Pemerintah Kota Surabaya pada Juli 2024 meluncurkan program Satu RW Satu Tenaga Kesehatan yang dikenal dengan singkatan R1N1 sebagai bentuk komitmen nyata Pemerintah Kota Surabaya dalam memperkuat layanan kesehatan di tingkat komunitas. Program R1N1 merupakan pendekatan inovatif dalam tata kelola pelayanan kesehatan primer yaitu dengan menempatkan tenaga kesehatan secara permanen di 1.177 Balai RW yang tersebar di seluruh kelurahan Kota Surabaya. Program ini dirancang untuk mendekatkan layanan kesehatan kepada masyarakat,

memudahkan akses terhadap fasilitas kesehatan, sekaligus menekan lonjakan antrean pasien di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu (Pustu). Kajian oleh Sulistyono dkk. (2023) menegaskan bahwa model penempatan tenaga kesehatan berbasis komunitas seperti ini berperan signifikan dalam mengurangi beban Puskesmas dan rumah sakit yang kerap mengalami kepadatan akibat tingginya volume kunjungan pasien, terutama di kawasan pusat kota.

Wali Kota Surabaya, Eri Cahyadi menegaskan bahwa Program R1N1 diharapkan mampu mereduksi kepadatan antrean di Puskesmas melalui penyelenggaraan pemeriksaan rutin langsung di Balai RW. Program ini juga difungsikan sebagai upaya pencegahan dini terhadap berbagai penyakit yang bersifat ringan maupun berpotensi berisiko tinggi, mencakup layanan konsultasi kesehatan, skrining kesehatan, dan pengobatan dasar. Dengan mendekatkan layanan kesehatan ke lingkungan tempat tinggal warga, berbagai keluhan kesehatan dapat ditangani lebih cepat sehingga berpotensi meningkatkan angka harapan hidup masyarakat Surabaya. Program ini pada dasarnya memindahkan penanganan kasus ringan dari fasilitas rujukan primer ke tingkat komunitas untuk membangun budaya hidup sehat yang lebih proaktif di kalangan warga.

Persoalan kesenjangan antara ketersediaan layanan kesehatan dan kebutuhan nyata masyarakat masih menjadi tantangan serius, terutama di wilayah padat penduduk. Data dari Satu Data Surabaya memperlihatkan bahwa beban kunjungan Puskesmas di berbagai kecamatan, termasuk Kecamatan Wonokromo, tergolong tinggi. Kondisi ini mengindikasikan bahwa fasilitas kesehatan primer masih menjadi tumpuan utama masyarakat untuk pelayanan rutin maupun upaya pencegahan penyakit. Ragam jenis penyakit yang ditangani di Puskesmas pun sangat beragam dengan jumlah kasus yang terus tercatat dalam jumlah besar setiap tahunnya. Realitas ini memperkuat urgensi hadirnya program seperti R1N1 yang mampu mendistribusikan beban layanan kesehatan secara lebih merata hingga ke tingkat komunitas.

Gambaran umum tentang kesulitan dalam memperkuat layanan R1N1 dapat ditemukan dalam penelitian Ardiana dkk. (2025), dalam studinya di Kelurahan Menur menemukan berbagai permasalahan dalam pelaksanaan program, antara lain adanya tumpang tindih cakupan wilayah di mana satu Puskesmas masih melayani tiga kelurahan sekaligus sehingga menyebabkan distribusi layanan yang tidak optimal. Pengunjung

program pun masih didominasi oleh kelompok lanjut usia, sementara sebagian besar warga cenderung memilih berobat secara mandiri dibandingkan menunggu jadwal program yang dinilai kurang fleksibel karena hanya diselenggarakan satu kali dalam sepekan. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, rendahnya frekuensi pelaksanaan, serta menurunnya minat partisipasi masyarakat menjadi faktor penghambat yang dapat melemahkan efektivitas program dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Penelitian lain yang telah mengkaji implementasi Program R1N1 di Kota Surabaya adalah Nuryanto dkk. (2025) mengungkapkan bahwa Program R1N1 memberikan dampak positif secara langsung bagi sekitar 90% masyarakat yang mengakses layanannya. Keberhasilan tersebut ditopang oleh integrasi tenaga kesehatan dan ketersediaan fasilitas ambulans di setiap kelurahan yang memungkinkan respons cepat terhadap kondisi darurat. Program ini terbukti memberikan kemudahan yang signifikan, khususnya bagi masyarakat di kawasan pinggiran kota yang selama ini mengalami keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan formal. Adanya dua temuan yang kontras antara keberhasilan dan hambatan implementasi ini menegaskan pentingnya evaluasi yang komprehensif terhadap Program R1N1. Evaluasi yang mendalam diperlukan untuk mengidentifikasi faktor pendorong keberhasilan, hambatan yang masih ada, serta merumuskan rekomendasi perbaikan agar program dapat berjalan secara lebih efektif dan merata dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kota Surabaya.

Berdasarkan latar belakang tersebut penelitian ini akan Mendeskripsikan dan menganalisis efektivitas Program R1N1 (Satu RW Satu Tenaga Kesehatan) dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kota Surabaya berdasarkan dimensi context, input, process, dan product. Sekaligus mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukung pelaksanaan Program R1N1 di Kota Surabaya. Sehingga nantinya penelitian ini akan memberikan saran atau rekomendas yang mungkin dapat berguna bagi keberlanjutan program.

Tinjauan Pustaka

Teori Evaluasi CIPP

Model CIPP menurut Stufflebeam (1966) melihat kepada empat dimensi yaitu dimensi Konteks, dimensi Input, dimensi Proses dan dimensi Produk. Stufflebeam yang dikutip oleh

Wirawan, menyatakan model evaluasi CIPP merupakan kerangka yang komprehensif untuk mengarahkan pelaksanaan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif terhadap objek program, proyek, personalia, produk, institusi, dan sistem. (Wirawan, 2012). Kurniawati (2021) berpendapat bahwa model ini memiliki keunikan pada setiap tipe evaluasi karena terkait pada perangkat pengambil keputusan (decision) yang menyangkut perencanaan dan operasional sebuah program. Keunggulan model CIPP terletak pada format evaluasinya yang komprehensif di setiap tahapan, sehingga mampu menghadirkan berbagai alternatif solusi yang dapat dibandingkan berdasarkan kriteria tertentu untuk memilih opsi terbaik dalam mencapai tujuan program.

Dimensi *context* digunakan untuk menilai relevansi dasar pemikiran Program R1N1 terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan primer di Kota Surabaya. Program R1N1 menekankan kebutuhan masyarakat pada layanan kesehatan yang lebih dekat dan mudah diakses. Penilaian konteks mencakup tiga aspek utama, yaitu kejelasan rumusan masalah kebijakan yang meliputi spesifikasi persoalan kepadatan antrean dan keterbatasan akses layanan, kesesuaian tujuan program dengan prinsip pelayanan kesehatan primer dan rasionalitas asumsi dasar program. Sehingga indikator konteks akan menilai apakah tujuan-tujuan dan prioritas-prioritas yang telah ditetapkan memenuhi kebutuhan-kebutuhan pihak yang menjadi sasaran organisasi

Dimensi *context* digunakan untuk menilai relevansi dasar pemikiran Program R1N1 terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan primer di Kota Surabaya. Program R1N1 menekankan kebutuhan masyarakat pada layanan kesehatan yang lebih dekat dan mudah diakses. Penilaian konteks mencakup tiga aspek utama, yaitu kejelasan rumusan masalah kebijakan yang meliputi spesifikasi persoalan kepadatan antrean dan keterbatasan akses layanan, kesesuaian tujuan program dengan prinsip pelayanan kesehatan primer dan rasionalitas asumsi dasar program. Sehingga indikator konteks akan menilai apakah tujuan-tujuan dan prioritas-prioritas yang telah ditetapkan memenuhi kebutuhan-kebutuhan pihak yang menjadi sasaran organisasi

Kriteria ini mengukur cara pelaksanaan program R1N1 di lapangan. Indikator proses dapat meninjau kembali rencana organisasi dan evaluasi-evaluasi terdahulu untuk mengidentifikasi aspek-aspek penting dari organisasi yang harus dimonitor. n Indikator ini

akan membantu staf organisasi untuk mengidentifikasi kendala atau perlu perbaikan selama program berlangsung. Dimensi ini mencakup penilaian terhadap:

- 1) Kejelasan alur pelayanan mulai dari kunjungan warga hingga mekanisme rujukan.
- 2) Konsistensi antara rencana desain program dan cara pelaksanaannya di lapangan.
- 3) Kejelasan koordinasi dan pembagian peran antara tenaga kesehatan, pihak Puskesmas, dan pengurus RW.
- 4) Kesesuaian prosedur pelayanan dengan prinsip layanan kesehatan yang cepat, mudah, dan berkesinambungan.

Evaluasi produk menekankan pada hasil akhir atau dampak dari program baik yang direncanakan maupun tidak direncanakan, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Apakah hasil yang diharapkan dari Program R1N1 logis secara teoritis dan konsisten dengan tujuan yang telah ditetapkan. Penilaian dilakukan terhadap dua aspek utama, yaitu kesesuaian antara tujuan program dan hasil akhir yang diharapkan dan validitas hubungan sebab-akibat dalam logika program. Aspek peilaian indikator tersebut diambil dari kemudahan akses layanan kesehatan tingkat RW (output), tingkat antrean di Puskesmas menurun (outcome), peningkatan kesadaran masyarakat terkait kesehatan (impact).

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan jenis evaluasi teoritik, yakni penilaian yang dilakukan secara terstruktur berdasarkan nilai, teori, atau preferensi normatif tertentu (Danim dalam Ash-Shiddieqy & Hermina, 2025). Model evaluasi yang digunakan adalah CIPP (*Context, Input, Process, Product*) dari Stufflebeam (1966) sebagai kerangka analisis utama. Data dikumpulkan dari dua sumber, yaitu data primer berupa wawancara mendalam dengan tenaga kesehatan, masyarakat pengguna layanan, dan pihak Puskesmas, serta data sekunder berupa artikel penelitian, dokumen resmi, dan laporan program R1N1.

Pemilihan informan dilakukan melalui teknik *purposive sampling* berdasarkan keterlibatan langsung informan dalam pelaksanaan program. Selain wawancara, pengumpulan data juga dilakukan melalui observasi lapangan dan studi dokumentasi. Analisis data mengacu pada model interaktif Miles dan Huberman (1984) yang terdiri dari

empat tahapan, yaitu pengumpulan data (*data collecting*), reduksi data (*data reduction*), penyajian data (*data display*), dan penarikan kesimpulan (*conclusion drawing/verification*).

Hasil dan Pembahasan

Dimensi *Context*

Program R1N1 dirancang dengan tujuan memperluas akses layanan kesehatan dasar sekaligus mendekatkan pelayanan langsung kepada masyarakat. Secara konseptual, tujuan tersebut selaras dengan prinsip *Primary Health Care* (PHC) yang dirumuskan WHO (1978), yang menegaskan bahwa pelayanan kesehatan primer harus dapat dijangkau, tersedia secara adil, dan melibatkan partisipasi aktif masyarakat sebagai pilar utamanya. Relevansi ini diperkuat oleh Starfield (1998) yang berpendapat bahwa layanan kesehatan yang efektif harus mampu berfungsi sebagai titik kontak pertama yang mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat, khususnya mereka yang berada di wilayah padat penduduk. Dalam konteks evaluasi konteks, Stufflebeam (1966) menyatakan bahwa dimensi *context* bertujuan menilai apakah kondisi lingkungan dan kebutuhan nyata masyarakat sudah tercermin secara akurat dalam rumusan tujuan program. Berdasarkan pernyataan yang disampaikan oleh salah satu perawat,

“R1N1 itu bukan pengobatan kaya yang di puskesmas gini, kan itu bukan dokter, yg datang itu cuma bidan sama perawat. Jadi yang dilakukan cuma pemeriksaan tensi sama cek gula darah. Pengobatan itu pun cuma pengobatan dasar, kita cuma bawa paracetamol sama vitamin b complex aja”

Sehingga Program R1N1 menunjukkan kesesuaian tujuan yang memadai dengan kebutuhan akses kesehatan masyarakat perkotaan. Namun demikian, di tingkat komunitas Kota Surabaya telah tersedia layanan dengan fungsi yang serupa, yakni melalui Posyandu Balita, Posyandu Lansia, dan Posyandu Keluarga. Kondisi tumpang tindih fungsi layanan ini mengindikasikan bahwa Program R1N1 belum memiliki diferensiasi peran yang tegas, sehingga posisinya dalam ekosistem layanan kesehatan komunitas yang sudah berjalan menjadi kurang jelas dan berpotensi menimbulkan inefisiensi sumber daya.

Dimensi *Input*

Program ini didukung melalui kerja sama dengan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), serta memanfaatkan Balai RW sebagai lokasi

penyelenggaraan layanan. Menurut Dunn (2003), kecukupan sumber daya merupakan prasyarat mutlak bagi efektivitas implementasi kebijakan. Merujuk pada prinsip tersebut, ketersediaan tenaga kesehatan dalam Program R1N1 belum memadai apabila dibandingkan dengan beban kerja yang ada dan jumlah penduduk yang harus dilayani. Tenaga kesehatan yang bertugas masih merangkap tugas di dua wilayah atau lebih sekaligus, yang berpotensi mengakibatkan kelelahan dan menurunnya kualitas pelayanan yang diberikan. Kondisi ini didukung oleh pengakuan langsung dari salah satu tenaga kesehatan yang terlibat dalam program:

“Karena nakes yg bertugas di R1N1 ini juga tugas di puskesmas dan lokasi lain juga, 1 nakes itu memegang 1 RW. Jika ada kegiatan yang bersamaan misal ada posyandu, imunisasi disekolah-sekolah, kami masih kekurangan tenaga”

Kondisi beban kerja yang berlipat ganda tersebut berdampak langsung pada kualitas dan kontinuitas pelayanan yang dapat diberikan. Sebagaimana dikemukakan oleh Nurdiana dan Husaini (2025), beban kerja yang berlebihan dapat menyebabkan stres, kelelahan, dan ketidakmampuan tenaga kesehatan untuk menjalankan tugasnya secara efisien. Hal ini sejalan pula dengan pandangan Ilyas (2004) yang menyatakan bahwa rasio tenaga kesehatan yang tidak proporsional terhadap jumlah penduduk yang dilayani merupakan faktor penghambat utama dalam pencapaian standar pelayanan kesehatan yang optimal. Akibatnya, layanan dalam Program R1N1 hanya dapat berlangsung pada waktu-waktu tertentu dan tidak dapat diselenggarakan secara berkesinambungan.

Keterbatasan sarana di Balai RW yang belum dilengkapi peralatan medis memadai turut membatasi kapasitas layanan pada level pemeriksaan dasar sehingga belum mampu memenuhi kebutuhan masyarakat secara menyeluruh. Kondisi ini memperkuat argumen bahwa dimensi input Program R1N1 masih memerlukan penguatan yang signifikan. Menurut Sabarguna (2008), kesiapan infrastruktur dan peralatan medis merupakan komponen input yang tidak dapat dipisahkan dari kualitas layanan kesehatan yang dihasilkan. Sisi positifnya, penyelenggaraan layanan di Balai RW tetap memberikan kemudahan akses bagi warga yang berdomisili di sekitar lokasi karena tidak memerlukan perjalanan jauh sebagaimana yang dibutuhkan untuk mengakses Puskesmas.

Dimensi Process

Pelaksanaan Program R1N1 berlangsung melalui kegiatan konsultasi, pemeriksaan dasar, dan skrining kesehatan secara berkala. Meskipun mekanisme pelaksanaan telah ditetapkan, terdapat kendala signifikan pada jangkauan dan keberlanjutan layanan. Menurut Van Meter dan Van Horn (1975), keberhasilan implementasi kebijakan sangat ditentukan oleh konsistensi pelaksanaan di lapangan terhadap desain program yang telah dirumuskan. Merujuk pada kerangka tersebut, Program R1N1 menunjukkan adanya kesenjangan antara desain dan implementasi aktualnya, terutama dalam hal keterbatasan frekuensi layanan dan rendahnya keterlibatan masyarakat usia produktif. Hal ini diperkuat oleh pandangan Edwards III (1980) yang menegaskan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat faktor krusial, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Dari keempat faktor tersebut, dimensi sumber daya dan komunikasi menjadi titik lemah yang paling menonjol dalam pelaksanaan Program R1N1 di lapangan.

Tabel 1. Jadwal Pemeriksaan Kesehatan kelurahan Wonokromo

Kegiatan	Hari						
	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Minggu
RW 1				✓			
Posyandu Lansia				✓			
Posyandu Keluarga				✓			
R1N1	✓			✓			
RW 2				✓			
Posyandu Lansia				✓			
Posyandu Keluarga						✓	
R1N1				✓	✓		
RW 3		✓					
Posyandu Lansia		✓					
Posyandu Keluarga		✓					
R1N1		✓				✓	
RW 4			✓				
Posyandu Lansia			✓				
Posyandu Keluarga						✓	

	R1N1	✓	✓	
RW	Posyandu			✓
5	Lansia			✓
	Posyandu			✓
	Keluarga			✓
	R1N1		✓	✓

Data tersebut menunjukkan jadwal kegiatan tiga jenis layanan, yaitu Posyandu Lansia, Posyandu Keluarga, dan program R1N1 pada masing-masing RW (RW 1 sampai RW 5) yang tersebar dalam satu minggu (Senin–Minggu). Terdapat ketidakseimbangan distribusi jadwal antar RW yang mana beberapa hari (seperti Minggu) tidak dimanfaatkan sama sekali dan beberapa RW memiliki jadwal yang lebih padat dibanding yang lain. Hal ini berpotensi menimbulkan penumpukan kegiatan pada hari tertentu dan kurang optimalnya pemanfaatan waktu layanan.

Penumpukan kegiatan juga menyebabkan efektivitas dari setiap kegiatan yang dijalankan tidak maksimal, sebagai mana telah dijabarkan dalam indikator input. Bu Lisa, sebagai salah satu tenaga kesehatan mengungkapkan bahwa:

“Malah kadang itu kalau sudah terlanjur banyak kegiatan, selain ini pasti ada kegiatan lain, misal ada kegiatan posyandu, imunisasi disekolah-sekolah kadang kami masih kekurangan tenaga”

Program R1N1 memiliki jadwal yang lebih fleksibel dan tersebar di beberapa hari dalam satu minggu. Namun, program ini cenderung diadakan saat hari kerja yang menyebabkan warga di usia produktif belum bisa memanfaatkan layanan karena masih bekerja, sehingga partisipasi masyarakat cenderung terbatas pada kelompok lanjut usia dan warga yang sama pada setiap siklus kegiatan. Persepsi masyarakat yang memandang Program R1N1 tidak berbeda dari layanan Posyandu yang telah ada turut melemahkan daya tarik program sebagai alternatif layanan yang bermakna.

Dimensi *Product*

Evaluasi pada dimensi *product* menunjukkan bahwa tujuan program, yaitu mempermudah akses layanan kesehatan dan mengurangi antrean di Puskesmas, belum tercapai secara optimal. Masyarakat masih cenderung memilih Puskesmas karena

menyediakan layanan yang lebih lengkap. Hal ini diakui langsung oleh Bu Lisa selaku tenaga kesehatan yang terlibat dalam program:

“Jadi kalau menurut kami kurang efektif ya, apalagi puskesmas disini kan satu kelurahan dekat cuma set gini, jadi ya orang-orang milih datang ke puskesmas langsung daripada kaya gini. Kalau di Surabaya kan puskesmasnya berdekatan ya, jadinya kurang jalan, kalau di desa mungkin sangat efektif kalau ada kaya gini”

Tujuan dari pelaksanaan program, yaitu mempermudah akses layanan kesehatan dan mengurangi antrean di Puskesmas, belum tercapai secara optimal. Stufflebeam (1966) menegaskan bahwa evaluasi produk bertujuan mengukur sejauh mana program berhasil mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Merujuk pada standar tersebut, masyarakat masih cenderung memilih Puskesmas atau fasilitas kesehatan lain karena menyediakan layanan yang lebih lengkap dan komprehensif, sebagaimana diungkapkan oleh Bu Lisa selaku tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam program. Layanan R1N1 yang terbatas pada pemeriksaan dasar belum mampu menjawab kebutuhan masyarakat secara menyeluruh. Selain itu, sistem pencatatan yang digunakan masih bersifat konvensional berbasis buku register kehadiran dan formulir pemeriksaan sederhana, belum terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan Puskesmas, sehingga data hasil pemeriksaan tidak dapat dimanfaatkan sebagai dasar tindak lanjut yang berarti. Kondisi ini sejalan dengan temuan Ardiana dkk. (2025) yang menyimpulkan bahwa keterbatasan frekuensi pelayanan dan rendahnya partisipasi masyarakat secara kolektif melemahkan efektivitas program dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di tingkat komunitas.

Analisis teoritik menunjukkan bahwa permasalahan Program R1N1 berkaitan erat dengan kelemahan dalam perumusan logika program (*program logic*) yang mendasarinya. Program ini berangkat dari asumsi bahwa penambahan layanan dasar di tingkat RW akan secara langsung berkontribusi pada penurunan antrean di Puskesmas dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Namun, dalam konteks Kota Surabaya, fasilitas kesehatan primer telah tersebar di berbagai wilayah dengan akses yang relatif mudah dijangkau, dan layanan komunitas serupa telah berjalan melalui Posyandu. Weiss (1998) mengingatkan bahwa keberhasilan suatu program sangat bergantung pada validitas teori yang mendasarinya; apabila asumsi kausal yang digunakan tidak akurat, maka program tidak akan menghasilkan dampak yang diharapkan meskipun diimplementasikan dengan baik. Kondisi ini

menunjukkan bahwa antrean di Puskesmas tidak semata dipengaruhi oleh ketersediaan layanan dasar di komunitas, tetapi lebih disebabkan oleh kebutuhan masyarakat terhadap layanan yang lebih lengkap dan komprehensif. Oleh karena itu, penambahan layanan dasar di tingkat RW tanpa diferensiasi fungsi yang jelas tidak serta-merta mengalihkan pilihan masyarakat. Di sisi lain, keberadaan R1N1 dalam ruang yang telah diisi oleh Posyandu memperlihatkan ketiadaan pembagian peran yang tegas antar program. Kondisi ini diperburuk oleh keterbatasan sumber daya manusia, sarana prasarana, jadwal layanan yang tidak fleksibel, serta partisipasi masyarakat yang masih terbatas pada kelompok tertentu, sehingga secara keseluruhan melemahkan efektivitas program dalam mewujudkan tujuan yang telah ditetapkan.

Simpulan

Berdasarkan hasil evaluasi menggunakan model CIPP (*Context, Input, Process, Product*), Program 1 RW 1 Tenaga Kesehatan (R1N1) di Kota Surabaya secara konseptual memiliki landasan yang relevan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan primer, khususnya dalam upaya mendekatkan akses layanan kepada masyarakat serta mengurangi beban antrean di Puskesmas. Tujuan program dinilai sejalan dengan prinsip pelayanan kesehatan primer, namun masih terdapat potensi tumpang tindih fungsi dengan layanan kesehatan berbasis komunitas lain seperti posyandu. Pada dimensi input, program telah didukung oleh kerja sama lintas organisasi profesi serta pemanfaatan fasilitas Balai RW, tetapi masih menghadapi keterbatasan sumber daya manusia dan sarana prasarana yang memengaruhi optimalisasi layanan. Proses pelaksanaan program R1N1 belum sepenuhnya berjalan secara konsisten dan sistematis karena adanya keterbatasan jadwal layanan dan rendahnya partisipasi masyarakat usia produktif. Dalam dimensi produk, program R1N1 secara teoritis memiliki potensi untuk meningkatkan akses layanan kesehatan dan mendukung upaya promotif serta preventif. Namun dalam praktiknya, dampak program belum sepenuhnya optimal karena keterbatasan cakupan layanan, rendahnya pemanfaatan oleh masyarakat secara luas, serta belum adanya sistem monitoring kesehatan yang berkelanjutan.

Keterkaitan antara tujuan, strategi, dan hasil Program R1N1 belum sepenuhnya konsisten sehingga diperlukan sejumlah perbaikan yang sistematis agar program dapat berjalan lebih efektif ke depannya. Pertama, pemerintah perlu memperjelas posisi Program

R1N1 dalam ekosistem layanan kesehatan komunitas yang sudah ada, khususnya agar tidak terjadi tumpang tindih fungsi dengan Posyandu. Kedua, koordinasi antara tenaga kesehatan, pihak Puskesmas, dan pengurus RW perlu diperkuat melalui mekanisme yang lebih terstruktur guna meminimalkan duplikasi peran dan memastikan setiap pihak memiliki fungsi yang jelas dan saling melengkapi. Ketiga, peningkatan partisipasi masyarakat perlu diwujudkan melalui strategi edukasi dan sosialisasi yang lebih intensif dan merata, terutama dengan menyoar kelompok usia produktif yang selama ini belum terlibat secara optimal. Keempat, Program R1N1 perlu diintegrasikan secara lebih terstruktur dengan layanan kesehatan yang sudah berjalan, seperti Puskesmas dan Posyandu, melalui pembangunan sistem rujukan yang jelas dan penyelarasan data kesehatan masyarakat antar lembaga. Dengan implementasi perbaikan yang terencana dan terkoordinasi, Program R1N1 berpotensi menjadi model layanan kesehatan primer berbasis komunitas yang efektif dan berkelanjutan dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kota Surabaya.

Daftar Pustaka

- Angelina, G., Retno Octavia, A., Putri, A., Wulandari, R., & Perdana, R. N. (2025). The effectiveness of the One RW One Health Worker (R1N1) program in fulfilling public health services in Surabaya City: Case study at Mojo Health Center. *Jurnal Ilmu Sosial*, 23(2), 379–389. <http://jurnaldialektika.com/>
- Ardiana, N., Budinashihdya, L., & Nurmawati, D. (2025). Implementasi program 1 RW 1 Nakes (R1N1) dalam meningkatkan kesehatan masyarakat: Studi kasus Kelurahan Menur Pumpungan, Kota Surabaya. *Indonesian Research Journal on Education*, 5(4), 728–734. <https://irje.org/index.php/irje>
- Ash-Shiddieqy, M. I., & Hermina, D. (2025). Desain penelitian evaluatif. *Jurnal Psikososial dan Pendidikan*, 1(2), 492–500.
- Danim, S. (2000). *Pengantar studi penelitian kebijakan*. Bumi Aksara.
- Daryanto. (2012). *Evaluasi pendidikan*. Rineka Cipta.
- Dunn, W. N. (2003). *Pengantar analisis kebijakan publik*. Gadjah Mada University Press.
- Edwards III, G. C. (1980). *Implementing public policy*. Congressional Quarterly Press.
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit: Teori, metode, dan formula*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Strategi baru pelayanan kesehatan primer*. Mediakom, Oktober 2024, 22–25.

- Kurniawati, E. W. (2021). Evaluasi program pendidikan perspektif model CIPP (Context, Input, Process, Product). *Ghaitsa: Islamic Education Journal*, 2(1), 19–25. <https://siducat.org/index.php/ghaitsa>
- Luncurkan R1N1 pada program satu RW satu perawat, ribuan nakes di Surabaya dilibatkan. (2024, July 17). *Tribunnews Surabaya*. <https://surabaya.tribunnews.com/2024/07/17/luncurkan-r1n1-pada-program-satu-rw-satu-perawat-ribuan-nakes-di-surabaya-dilibatkan>
- Nurdiana, S., & Husaini, F. (2024). Analisis beban kerja dan kompensasi terhadap kinerja pegawai Kantor Desa Sungai Bakau Kecil Kabupaten Mempawah. *Didaktik: Jurnal Ilmiah PGSD STKIP Subang*, 10(3), 456–468.
- Nuryanto, S., Pramudiana, I. D., & Pramono, S. (2025). Implementasi program R1N1 sebagai strategi inovatif untuk meningkatkan akses dan efektivitas pelayanan kesehatan di Surabaya melalui integrasi tenaga kesehatan dan fasilitas ambulans di setiap desa perkotaan. *International Journal of Humanities and Social Science Reviews*, 2(2), 11–23. <https://doi.org/10.62951/ijhs.v2i1.406>
- Sabarguna, B. S. (2008). Sistem informasi manajemen rumah sakit. Konsorsium RSI Jateng-DIY.
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (1986). *Systematic evaluation: A self-instructional guide to theory and practice*. Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Syafira, A. (2023). Hubungan asupan makan, kebiasaan berolahraga, dan uang saku terhadap status gizi pada mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas (Skripsi, Universitas Andalas). Universitas Andalas Repository.
- Warman, W., Komariyah, L., & Kaltsum, K. F. M. (2023). Konsep umum evaluasi kebijakan. *Jurnal Ilmu Manajemen dan Pendidikan*, 3(1), 25–32. <https://jurnal.fkip.unmul.ac.id/index.php/impian/article/download/2912/1392/9393>
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation: Methods for studying programs and policies* (2nd ed.). Prentice Hall.
- Wirawan. (2012). *Evaluasi: Teori, model, standar, aplikasi, dan profesi*. Rajawali Pers.