

GAMBARAN PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA PELAYANAN KESEHATAN USIA PRODUKTIF DI PUSKESMAS WAE PITAK KABUPATEN MANGGARAI BARAT

Eusebia De Verseli Mulci Wulan¹, Serlie K.A. Littik², Rina Waty Sirait³, Fransiskus Geroda Mado⁴

mulciaveiro@gmail.com¹, mulciaveiro@gmail.com², mulciaveiro@gmail.com³,
mulciaveiro@gmail.com⁴

Universitas Nusa Cendana

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada pelayanan kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak, Kabupaten Manggarai Barat, yang capaiannya menurun drastis menjadi 26,0% pada tahun 2024. Menggunakan teori George C. Edward III, penelitian deskriptif kualitatif ini mengkaji empat dimensi utama: komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif dengan desain pendekatan secara case study, jumlah informan sebanyak 7 orang yang terdiri dari kepala puskesmas, penanggung jawab kesehatan usia produktif, petugas kesehatan, dan 4 orang masyarakat yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dimensi komunikasi dan disposisi telah berjalan cukup baik, yang tercermin dari komitmen petugas dalam melaksanakan pelayanan meskipun menghadapi berbagai keterbatasan. Namun, pelaksanaan pelayanan masih terkendala oleh keterbatasan sumber daya, seperti kurangnya tenaga kesehatan bersertifikat, belum tersedianya alat penunjang medis khusus, serta kondisi gedung puskesmas yang masih bersifat darurat. Selain itu, faktor eksternal berupa cuaca ekstrem, hambatan geografis, dan rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan skrining kesehatan preventif turut memengaruhi rendahnya capaian pelayanan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan dukungan anggaran, penyediaan fasilitas kesehatan yang memadai, serta peningkatan sosialisasi dan kolaborasi lintas sektor untuk mendukung optimalisasi pelaksanaan SPM pelayanan kesehatan usia produktif.

Kata Kunci: Standar Pelayanan Minimal, Pelayanan Kesehatan, Usia Produktif, Implementasi Kebijakan, Puskesmas.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the implementation of Minimum Service Standards (SPM) in health services for productive age population at Wae Pitak Community Health Center, West Manggarai Regency, which has decreased drastically to 26.0% in 2024. Using the theory of George C. Edward III, this qualitative descriptive study examines four main dimensions: communication, resources, disposition, and bureaucratic structure. The type of research is qualitative research with a case study approach design, the number of informants is 7 people consisting of the head of the community health center, the person in charge of health for productive age population, health workers, and 4 community members selected using purposive sampling techniques based on inclusion and exclusion criteria. The results of the study indicate that the communication and disposition dimensions have been running quite well, which is reflected in the commitment of officers in carrying out services despite facing various limitations. However, the implementation of services is still hampered by limited resources, such as the lack of certified health workers, the unavailability of special medical support equipment, and the condition of the community health center building which is still in an emergency state. In addition, external factors such as extreme weather, geographical barriers, and low public awareness of preventive health screenings contribute to low service delivery. Therefore, strengthening budget support, providing adequate health facilities, and increasing outreach and cross-sector collaboration are needed to optimize the implementation of SPM health services for productive age groups.

Keywords: Minimum Service Standards, Health Services, Productive Age, Policy Implementation,

PENDAHULUAN

Populasi Indonesia mencapai 284 juta jiwa, dengan 66,55% diantaranya berada dalam kelompok usia produktif (15-59 tahun) (Badan Pusat Statistik, 2025). Kesehatan kelompok ini menjadi prioritas strategis, mengingat perannya sebagai penopang ekonomi, generasi penerus, dan calon lansia yang diharapkan tetap sehat, mandiri, aktif, serta produktif.

Pemerintah berkewajiban menyelenggarakan layanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau melalui standarisasi pelayanan (Apriyanthi et al., 2024). Sebagai garda terdepan, Puskesmas perlu meningkatkan kompetensi SDM dan infrastruktur demi menjamin kepuasan masyarakat (Ratu et al., 2024). Hal ini diatur melalui Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang berfungsi sebagai acuan mutu layanan dasar sekaligus alat kontrol bagi publik (Permenkes No. 6, 2024). Penerapan SPM terbukti krusial dalam mendorong perbaikan kualitas layanan dan pencapaian target kesehatan di tingkat Puskesmas (Ratu et al., 2024).

Program kesehatan usia produktif merupakan bagian dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang wajib diberikan kepada setiap warga negara. Program ini berfokus pada pencegahan penyakit melalui skrining kesehatan menyeluruh, seperti deteksi obesitas, hipertensi, diabetes, gangguan mental, hingga kanker. Untuk menjamin mutu layanan, program ini wajib memenuhi standar yang telah ditetapkan dengan target capaian sebesar 100% setiap tahunnya (Achir et al., 2024; Permenkes No. 6, 2024).

Secara regional, capaian kesehatan usia produktif di Provinsi Nusa Tenggara Timur meningkat menjadi 54,8% pada 2024, namun masih di bawah target nasional 100%. Di Kabupaten Manggarai Barat, kelompok usia produktif mendominasi populasi dengan jumlah 118.419 jiwa (Dinas Kesehatan, 2024). Meskipun didukung oleh 26 puskesmas, capaian SPM kesehatan usia produktif di kabupaten ini justru mengalami penurunan signifikan, dari 79,79% pada 2022 menjadi 66,01% pada 2024. Penurunan ini mengindikasikan adanya hambatan dalam pelaksanaan skrining kesehatan yang datanya dirinci sebagai berikut:

Tabel 1. Capaian Standar Pelayanan Minimal pada Pelayanan Kesehatan Usia Produktif Menurut Puskesmas di Manggarai Barat Tahun 2024

No	Puskesmas	Penduduk Usia 15-59 Tahun Mendapatkan Pelayanan Skrining Kesehatan Sesuai Standar		
		Target	Capaian	%
1	Labuan bajo	28.998	21.677	74,8
2	Benteng	7.653	7.606	99,4
3	Terang	7.294	2.058	28,2
4	Nanga terang	5.765	3.412	59,2
5	Werang	9.747	8.969	92,0
6	Rekas	4.386	2.817	64,2
7	Wersawe	5.038	5.983	118,8
8	Wae nakeng	16.222	12.558	77,4
9	Wae kanta	6.532	4.023	61,6
10	Nangalili	7.943	2.852	35,9
11	Lengkong sepang	8.637	5.760	66,7
12	Orong	8.682	5.084	58,6
13	Datak	6.582	4.385	66,6
14	Golo welu	9.181	2.799	30,5
15	Rangu	3.211	1.452	45,2

No	Puskesmas	Penduduk Usia 15-59 Tahun Mendapatkan Pelayanan Skrining Kesehatan Sesuai Standar		
		Target	Capaian	%
16	Wae pitak	3.998	1.038	26,0
17	Waning	6.108	1.975	32,3
18	Tentang	7.352	2.594	35,3
19	Pacar	5.088	4.231	83,2
20	Compang	6.216	5.193	83,5
21	Rego	4.528	4.373	96,6
22	Bari	6.301	5.144	81,6
JUMLAH		175.462	115.982	66,1
(KAB/KOTA)				

Sumber: Data Sekunder Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai Barat Tahun 2024

Tabel 1 memperlihatkan adanya disparitas yang signifikan antar puskesmas dalam capaian skrining kesehatan. Empat puskesmas menunjukkan kinerja sangat tinggi dengan cakupan di atas 90%, sementara delapan puskesmas lainnya memiliki capaian di bawah 50%. Capaian terendah tercatat di Puskesmas Wae Pitak, yaitu hanya 26,0% (Dinas Kesehatan, 2024).

Puskesmas Wae Pitak merupakan fasilitas kesehatan non-rawat inap yang dikategorikan tepencil yang terdiri dari 6 desa diantaranya Desa Compang Kules, Desa Golo Riwu, Desa Kolang, Desa Sompang Kolang, Desa Tueng, Desa Wajur, dengan wilayah kerja seluas 9.732 km² dan populasi 6.719 jiwa pada tahun 2024, di mana 3.998 jiwa berasal dari kelompok usia produktif (Dinas Kesehatan, 2024). Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam pelayanan kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak memperlihatkan pola capaian yang tidak konsisten antara tahun 2023 dan 2024, sehingga menimbulkan kebutuhan akan evaluasi mendalam terhadap sistem pelaksanaan dan pelaporan. Pada tahun 2023, dari total populasi usia produktif sebanyak 3.998 jiwa, tercatat 2.336 individu (58,4%) yang memperoleh pelayanan dengan 768 diantaranya teridentifikasi sebagai kelompok berisiko. Namun, pada tahun 2024 terjadi penurunan drastis dalam cakupan, yaitu hanya 1.038 orang (26,0%) yang dilayani dengan jumlah individu berisiko sebanyak 73 jiwa, yang mengindikasikan kemungkinan adanya distorsi data, perubahan kriteria sasaran, atau hambatan struktural dalam akses layanan. Sebaliknya temuan kasus Penyakit Tidak Menular (PTM) untuk usia produktif justru meningkat dari tahun 2023 ke 2024 dimana hipertensi naik dari 137 menjadi 229 kasus dan diabetes melitus dari 20 menjadi 85 kasus, menunjukan kontradiksi antara penurunan cakupan pelayanan dengan peningkatan deteksi kasus. Penyakit lain yang terjadi pada usia produktif di puskesmas wae pitak berdasarkan skrining kesehatan tahun 2024 antara lain gangguan kesehatan mental 26 jiwa terjadi peningkatan dari 15 jiwa dari tahun 2023, pemeriksaan sadari dan IVA test pada tahun 2024 357 jiwa dan SADARI 356 jiwa persentase sama dari tahun sebelumnya namun terjadi peningkatan kasus kanker payudara sebanyak 1 jiwa, peningkatan kasus HIV sebanyak 1 jiwa, dan penyakit akibat kerja meningkat dari 250 menjadi 344 jiwa pada tahun 2024.

Berdasarkan profil kesehatan Puskesmas Wae Pitak hasil capaian cakupan program menunjukkan belum semua program mencapai target. Hal ini sangat dipengaruhi karena sumber daya manusia kesehatan yang berkaitan dengan SPM usia produktif dimana berjumlah orang 28 NAKES diantaranya 1 orang Dokter, Perawat 10 Orang, Bidan 17 orang dan 20 diantaranya masih sukarelawan serta sarana dan prasarana yang dimiliki belum memadai karena puskesmas wae pitak masih dalam proses pembangunan dan sekarang masih menggunakan gedung darurat. Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan usia

produktif di puskesmas wae pitak sumber dana berasal dari BOK.

Menurut Edward III dalam Putri & Sari (2025), keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh empat variabel kunci yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana dan struktur birokrasi. Pertama, dari aspek komunikasi adalah penyampaian informasi yang jelas dan mudah dipahami. Komunikasi meliputi transformasi, kejelasan, dan konsistensi. Kedua, dari aspek sumber daya adalah hal penting dalam menentukan keberhasilan proses implementasi kebijakan yang dipengaruhi oleh pemanfaatan sumber daya manusia, sumber daya anggaran dan fasilitas. Ketiga, dari aspek disposisi dalam implementasi kebijakan publik adalah karakteristik yang menempel erat kepada imlementor kebijakan program yaitu kejujuran komitmen dan demokratis. Keempat, dari aspek struktur birokrasi mencakup mekanisme dan struktur organisasi pelaksana, yang meliputi Standard Oprating Procedure (SOP) dan pengambilan keputusan yang efektif dan efisien (Dianti, 2024).

Penelitian Meilani et al. (2023) menyimpulkan bahwa implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Puskesmas Batujajar belum optimal. Hal ini disebabkan oleh komunikasi yang buruk, keterbatasan SDM dan sarana, rendahnya komitmen pegawai, serta struktur birokrasi yang tidak efisien.

Upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, khususnya bagi Puskesmas Wae Pitak dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada pelayanan kesehatan usia produktif maka harus memperhatikan keempat variabel yang meliputi komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Berdasarkan permasalahan yang ada, peneliti tertarik untuk mengulasnya lebih jauh dalam sebuah penelitian berjudul “Gambaran Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pada Pelayanan Kesehatan Usia Produktif di Puskesmas Wae Pitak Kabupaten Manggarai Barat”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada pelayanan kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak Kabupaten Manggarai Barat.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan desain pendekatan secara case study. Peneliti menggunakan jenis dan rancangan penelitian tersebut agar memungkinkan peneliti untuk dapat lebih memahami dan mendeskripsikan gambaran lengkap terkait bagaimana pelaksanaan standar pelayanan minimal usia produktif di Puskesmas Wae Pitak, Kecamatan Kuwus Barat, Kabupaten Manggarai Barat (Sugiyono, 2017).

Informan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Penelitian ini membutuhkan informan yang dipercaya dan memiliki wawasan serta pandangan luas tentang Standar Pelayaan Minimal di Puskesmas Wae Pitak, Kecamatan Kuwus Barat, Kabupaten Manggarai Barat (Sugyono, 2017). Dalam penelitian ini, informan dibagi menjadi tiga yaitu: informan kunci (Kepala Puskesmas), informan utama 2 orang (Penanggung Jawab Kesehatan Usia Produktif dan Bidan), dan informan pendukung (4 orang masyarakat).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

1. Gambaran Program Standar Pelayanan Minimal Pada Pelayanan Kesehatan Usia Produktif Di Puskesmas Wae Pitak

Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan bagi kelompok usia produktif (15–59 tahun) di Puskesmas Wae Pitak, Kabupaten Manggarai Barat, secara mendasar dilatarbelakangi oleh adanya penurunan performa target yang sangat signifikan,

di mana capaian skrining kesehatan sesuai standar mengalami penurunan drastis dari angka 58,4% pada tahun 2023 menjadi hanya 26,0% pada tahun 2024. Penurunan capaian yang cukup tajam ini memicu perlunya dilakukan sebuah evaluasi komprehensif terhadap seluruh proses implementasi kebijakan di lapangan, yang dirancang secara sistematis dengan menggunakan Teori Implementasi Kebijakan George C. Edwards III. Melalui kerangka teori tersebut, proses pelaksanaan program dibedah ke dalam empat dimensi utama yang meliputi dimensi komunikasi untuk menilai kejelasan alur instruksi, dimensi sumber daya untuk meninjau ketersediaan staf, anggaran, fasilitas, serta peralatan, dimensi disposisi untuk melihat komitmen dan sikap para pelaksana, hingga dimensi struktur birokrasi guna mengevaluasi kesesuaian unit organisasi dan kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP).

Dalam dinamika operasionalnya, pelaksanaan SPM ini dihadapi oleh berbagai kondisi struktural dan hambatan logistik yang kompleks di mana struktur organisasi Puskesmas Wae Pitak sendiri sebenarnya belum memiliki unit organisasi khusus yang berdedikasi penuh untuk mengelola program SPM usia produktif, meskipun dalam aspek akuntabilitas pelayanan di lapangan para petugas tetap diupayakan untuk selalu mengacu pada dokumen SOP formal yang berlaku. Kondisi ini diperberat oleh aspek manajemen logistik dan anggaran, yang ditandai dengan proses penyerapan dana Biaya Operasional Kesehatan (BOK) yang masih berada di bawah 50% pada trimester pertama, serta ketiadaan droping alat pemeriksaan khusus dari dinas kesehatan seperti stik gula darah, stik kolesterol mandiri, dan kit IVA test yang dikhususkan bagi kelompok usia produktif. Guna menyiasati keterbatasan alat diagnostik krusial tersebut, pihak puskesmas terpaksa menerapkan strategi integrasi pelayanan dan logistik atau metode "nebang" dengan program kesehatan lain yang memiliki dukungan anggaran dan peralatan lebih mapan, seperti program Posbindu PTM, kegiatan CKG di sekolah-sekolah, serta layanan Posyandu.

Keterbatasan operasional ini juga diperparah oleh kondisi fasilitas fisik puskesmas induk yang saat ini terpaksa harus menjalankan seluruh aktivitas pelayanan di dalam ruang gedung darurat yang sempit sembari menunggu proses penyelesaian pembangunan gedung puskesmas yang baru. Tidak hanya menghadapi kendala dari sisi internal birokrasi dan fasilitas, implementasi SPM Usia Produktif di Puskesmas Wae Pitak juga dihadapkan pada tantangan eksternal yang besar dari sisi masyarakat dan faktor alam. Petugas di lapangan seringkali membentur rendahnya kesadaran masyarakat setempat yang masih menganut paradigma kuratif atau hanya datang mencari pelayanan kesehatan ketika kondisi tubuh sudah jatuh sakit, ditambah lagi dengan adanya fenomena pengulangan kunjungan oleh individu yang sama sehingga jangkauan sasaran riil tidak meluas. Kondisi tersebut kian dipersulit oleh tantangan geografis wilayah dan faktor cuaca ekstrem seperti terjadinya hujan badai, kabut tebal, serta tingginya risiko pohon tumbang yang secara berkala menjadi hambatan fisik yang serius bagi mobilitas warga untuk datang maupun bagi petugas kesehatan untuk menjangkau lokasi pelayanan di Posyandu dan wilayah sekitar Puskesmas.

2. Gambaran Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Pada Pelayanan Kesehatan Usia Produktif di Puskesmas Wae Pitak Kabupaten Manggarai Barat

1) Komunikasi

Komunikasi merupakan salah satu faktor kunci dalam pelaksanaan SPM usia produktif yaitu skrining kesehatan di Puskesmas Wae Pitak. Berdasarkan hasil wawancara, komunikasi dalam pelaksanaan skrining kesehatan dikelompokkan ke dalam 3 sub-tema yaitu, Transformasi, Kejelasan, dan Konsistensi.

a. Transformasi

Penyampaian informasi di Puskesmas Wae Pitak dilakukan melalui sistem komunikasi yang teratur dan beragam untuk memastikan kebijakan tersampaikan dengan

baik. Secara resmi, sosialisasi program dilakukan setiap bulan melalui rapat evaluasi sebagai wadah untuk membahas dan menilai hasil kerja staf. Selain rapat, koordinasi harian yang lebih cepat dilakukan secara digital melalui grup WhatsApp atau pesan singkat. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Melalui wa grup/pribadi, rapat di lintas program untuk seluruh staf” (Informan 1).

“Setiap awal bulan kita ada pertemuan rapat evaluasi program dengan staf sekaligus sosialisasi” (Informan 1).

Petugas pengelola program juga mengadakan *briefing* rutin untuk memberikan arahan teknis secara langsung kepada tim di lapangan. Seluruh alur komunikasi ini mengikuti tingkatan jabatan yang jelas (hierarkis), di mana instruksi target SPM mengalir dari Dinas Kesehatan ke Kepala Puskesmas, lalu diteruskan kepada para staf pelaksana. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Yang pertama itu dari pemegang program dinas Kesehatan, kapus baru ke kami staf puskesmas” (Informan 2).

“Informasikan langsung dari pengelola programnya biasanya kami briefing klo tidak lewat wa grup pasti ada” (Informan 3).

Transformasi informasi kepada masyarakat dilakukan melalui strategi integrasi dengan program lain karena keterbatasan anggaran khusus untuk sosialisasi SPM usia produktif. Puskesmas Wae Pitak menggunakan strategi komunikasi luar gedung yang terpadu guna menyalurkan keterbatasan dana dalam menyebarkan informasi kesehatan. Metode utama yang digunakan adalah penyatuan program, dimana edukasi mengenai skrining kesehatan dilakukan bersamaan dengan kegiatan Posyandu, pemeriksaan kesehatan di sekolah (CKG), atau saat petugas mendatangi rumah warga. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Klo penyampaian informasi terkait skrining kesehatan biasanya melalui sosialisasi saat di posyandu ataupun di posyandu ada grup wa akan diberitahukan jadwal skrining, saat masyarakat datang ke puskesmas, saat melakukan kunjungan rumah juga.” (Informan 1).

Untuk menjangkau warga yang tidak sempat hadir, petugas memaksimalkan peran kader dan penggunaan grup WhatsApp sebagai media informasi jadwal layanan secara digital. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Sosialisasi dilakukan oleh program yang kami nebeng... dilakukan di Posyandu baik secara langsung maupun melalui grup wa” (Informan 2).

“Biasanya sudah ada jadwal dari Puskesmas dan dari Posyandu” (Informan 4).

Selain itu, penyampaian informasi juga diperkuat melalui dialog langsung antara petugas dan masyarakat saat warga datang berobat ke puskesmas. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Klo itu biasanya kami pergi berobat nanti ini bidannya atau perawatnya sampaikan kepada kami” (Informan 5).

b. Kejelasan

Kejelasan komunikasi di Puskesmas Wae Pitak dicapai melalui pengaturan teknis yang baik dan sistem konfirmasi yang teratur. Kepala Puskesmas melakukan koordinasi mendalam dengan penanggung jawab program untuk menjamin bahwa seluruh proses, mulai dari pelaksanaan hingga pengumpulan data Standar Pelayanan Minimal (SPM) usia produktif, sudah sesuai dengan aturan yang berlaku. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Memastikan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan maupun pengambilan data SPM usia produktif jelas dari pengelola program.” (Informan 1).

Selain itu, keberhasilan komunikasi ini didukung oleh pemahaman para staf yang sangat

baik terhadap arahan yang diberikan. Petugas menyatakan bahwa informasi mengenai target dan cara kerja SPM disampaikan secara lengkap sehingga mudah dipahami dan tidak membingungkan saat diterapkan di lapangan. Sebagai penguat, staf pelaksana selalu melakukan konfirmasi ulang terhadap setiap pesan yang mereka terima. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Cukup jelas dan mudah di mengerti.” (Informan 2).

“Tidak (pernah terjadi miskomunikasi), selalu ada konfirmasi ulang.” (Informan 3).

Transmisi informasi dari petugas kepada masyarakat diupayakan menggunakan bahasa yang sederhana agar poin-poin mengenai manfaat dan jadwal skrining dapat diserap dengan baik oleh warga.

Keberhasilan komunikasi luar gedung di Puskesmas Wae Pitak terlihat dari kemudahan masyarakat dalam memahami informasi kesehatan yang diberikan oleh petugas. Kemudahan penyerapan ini dibuktikan dengan pengakuan warga bahwa penjelasan petugas, baik saat sosialisasi maupun saat pemeriksaan, sangat mudah dimengerti karena menggunakan bahasa yang sederhana. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Iyah, mengerti. (waktu petugas menjelaskan).” (Informan 4).

“Iyah mudah dimengerti juga yang dijelaskan petugas.” (Informan 5).

Selain itu, pihak puskesmas memastikan adanya kepastian jadwal dengan menyampaikan waktu pelaksanaan skrining secara teratur. Jadwal resmi disebarkan melalui puskesmas dan posyandu agar masyarakat mengetahui dengan jelas kapan mereka bisa mendapatkan pelayanan. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Biasanya sudah ada jadwal dari puskesmas dan dari posyandu.” (Informan 4).

Petugas juga sangat proaktif dalam membantu navigasi alur pelayanan bagi warga yang merasa bingung dengan prosedur di lapangan. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Tidak (berbelit-belit), mereka selalu mengarahkan selama pelayanan.” (Informan 7).

c. Konsistensi

Konsistensi informasi di Puskesmas Wae Pitak terjaga berkat penggunaan sumber pesan yang seragam dan pengelolaan program yang stabil. Keselarasan pesan antara pimpinan dan staf pelaksana terjamin karena informasi mengalir melalui satu jalur formal, yaitu instruksi dari dinas kesehatan yang diteruskan secara seragam melalui grup koordinasi. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Tidak (ada perbedaan), karena biasanya dari pusat dan dinas sudah ada grup khusus nanti darisitu dialihkan ke puskesmas sendiri.” (Informan 3).

Selain keselarasan antar-petugas, keberhasilan penyampaian kebijakan ini didukung oleh stabilitas informasi yang kuat. Petugas kesehatan menyatakan bahwa aturan serta arahan mengenai pelayanan kesehatan usia produktif selalu konsisten dan tidak berubah-ubah secara tiba-tiba. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Tidak (berubah-ubah) karena 1 saja pengelolanya to jadi kami ikuti itu saja.” (Informan 3).

Konsistensi pelaksanaan kebijakan di Puskesmas Wae Pitak terlihat dari sasaran program yang stabil dan proses evaluasi internal yang berkelanjutan. Target yang menetap menjadi bukti utama konsistensi ini, dimana jumlah sasaran Standar Pelayanan Minimal (SPM) usia produktif tidak berubah secara mendadak setiap tahun karena selalu merujuk pada data kependudukan (Capil) yang pasti. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Program target SPM usia produktif tidak pernah mengalami perubahan karena kami targetnya dari capil, kk.” (Informan 2).

Selain itu, keberhasilan program didukung oleh pemahaman staf yang terus terjaga

melalui pengawasan rutin dari pimpinan. Kepala puskesmas berperan penting dalam memastikan seluruh staf memahami hasil pencapaian target pada bulan sebelumnya. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Betul-betul dipahami dan siap dilaksanakan sesuai dengan hasil evaluasi pencapaian-pencapaian program yang belum mencapai target ataupun kegiatan yang dijalankan untuk bulan-bulan berikutnya.” (Informan 1).

Walaupun koordinasi internal sudah stabil, penyampaian informasi kepada masyarakat masih menghadapi tantangan pada aspek frekuensi sosialisasi yang belum optimal. Masyarakat melaporkan adanya jeda waktu penerimaan informasi yang lama, mulai dari hitungan bulan hingga tahunan, sehingga paparan informasi tidak berkesinambungan. Hal ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Terakhir kali sekitar 2-3 bulan yang lalu (menerima informasi).” (Informan 5).

“Pernah satu kali tapi sepertinya 2 tahun yang lalu di puskesmas (sosialisasi).” (Informan 4).

2) Sumber Daya

a. Sumber Daya Manusia

Efektivitas pencapaian target SPM usia produktif sangat bergantung pada kesiapan sumber daya manusia sebagai aktor pelaksana. Berdasarkan hasil penelitian Secara kuantitas, Puskesmas Wae Pitak mengalami keterbatasan tenaga kesehatan PNS/tetap, sehingga sangat bergantung pada tenaga sukarela. Tercatat ada sekitar 20 tenaga kesehatan sukarela yang menunjang kegiatan operasional. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Kita juga keterbatasan tenaga yah SDM itu sangat terbatas sehingga hal dilakukan kita di pergunakan untuk bagaimana tenaga sukarela untuk membantu kita yang ada di Puskesmas... ada 20 tenaga kesehatan sukarela.” (Informan 1)

Meskipun jumlah total nakes dianggap mencukupi target sasaran, sering terjadi kekosongan posisi krusial seperti dokter pada periode tertentu, yang berdampak pada ketidaklengkapan standar pelayanan skrining. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Selama ini kan kami ada tahunnya yang tidak ada dokter jadi di kegiatan pelaksanaan skrining usia produktif itu disitu sebenarnya harus ada dokter. Jadi pelayanan yang kami lakukan kurang lengkap.” (Informan 2)

“Menurut saya masih kurang karena pelayanan masih lama.” (Informan 4)

Petugas Kesehatan juga dinilai memiliki kompetensi dasar yang memadai untuk pelayanan standar di puskesmas. Namun, terdapat kesenjangan besar dalam hal pelatihan teknis khusus SPM usia produktif. Pelatihan terakhir dilakukan pada tahun 2024 dan hanya diikuti oleh pemegang program lama. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“2025 tidak ada pelatihan, 2026 juga belum ada pelatihan... Jadi petugas yang sekarang belum ada pelatihan sama sekali.” (Informan 2)

Petugas saat ini belum mendapatkan pelatihan formal dan hanya belajar secara mandiri melalui grup whatsapp atau instruksi lisan. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Klo yang itu hampir semua petugas lah harus ada pelatihannya. Karena kitakan hanya dengar dari wa dan baca saja itu klo di baca juga jadi bisa dimengerti lagi dan dipahami klo tidak yah kita kerja ikut alur saja, disuruh seperti itu yah kita lakukan. Jadi sangat dibutuhkan pelatihan khusus. Sampai sekarang belum ada pelatihan khusus terkait skrining Kesehatan usia produktif.” (Informan 3)

Keterbatasan SDM menyebabkan terjadinya penumpukan beban kerja (tumpang tindih tugas). Petugas seringkali harus menjalankan peran ganda, misalnya seorang bidan yang

juga harus turun melakukan skrining usia produktif. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Sebenarnya sih iyah kalau beban kerja terasa tumpang tindih tetapi karena pelaksanaannya kami ke posyandu hanya bagian SPM usia produktif dulu baru kembali ke kebidanan lagi.” (Informan 3)

Namun, koordinasi tim yang kuat membuat masalah ini masih dapat diatasi tanpa menghentikan pelayanan. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Para nakes saling membantu dan berkoordinir saat kegiatan dilaksanakan sehingga masih ada beberapa nakes yang punya dobel job.” (Informan 1)

b. Fasilitas

Aspek fasilitas merupakan komponen kritical dalam menunjang keberhasilan skrining kesehatan usia produktif. Berdasarkan hasil penelitian, ketersediaan sarana dan prasarana di Puskesmas Wae Pitak saat ini berada dalam kondisi yang sangat terbatas, baik dari sisi infrastruktur bangunan maupun kelengkapan alat medis diagnostik.

Operasional pelayanan kesehatan saat ini dilakukan di gedung sementara atau gedung darurat dikarenakan gedung utama puskesmas masih dalam proses pembangunan. Kondisi ini menyebabkan ruang pelayanan menjadi sempit dan terbatas, sehingga petugas harus melakukan adaptasi dengan memanfaatkan ruang poli umum (kunjungan sakit/sehat) untuk melakukan skrining. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Kami masih ada di gedung puskesmas sementara yang masih terbatas dengan ruangan yang terbatas dan sempit sembari menunggu gedung puskesmas yang masih dibangun.” (Informan 1) *“Gedung lama kami punya juga kecil... makanya untuk pelaksanaannya itu kami unit terkaitnya itu kami ambil di kunjungan sakit, kunjungan sehat dengan pelayanan luar gedung itu di posyandu.”* (Informan 2)

Meskipun demikian, beberapa masyarakat merasa ruangan tersebut masih cukup nyaman meskipun kapasitas dayaampungnya sangat terbatas. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Karena masih pake gedung darurat jadi seadanya saja dan yah nyaman-nyaman saja lah.” (Informan 7)

Kemudian ditemukan adanya defisit peralatan medis yang signifikan untuk program SPM usia produktif. Puskesmas tidak memiliki alat pemeriksaan khusus dari dinas kesehatan, sehingga petugas sering kali menggunakan alat kesehatan dari program lain (seperti program CKG atau KB) secara bersamaan atau yang sering disebut dengan istilah "nebeng" yang berarti integrasi dengan program lain. Ketiadaan alat diagnostik dasar seperti stik pemeriksaan gula darah dan kolesterol yang khusus untuk usia produktif menjadi hambatan utama dalam mencapai standar pelayanan yang lengkap. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Untuk alat-alat untuk skrining kesehatan masih kurang terlebih untuk laboratorium maupun untuk alat tes dan pemeriksaanya.” (Informan 1)

“Semuanya belum ada, yang ada sekarang hanya media KIE. Untuk pemeriksaan penunjangnya itu dia tidak khusus dari dinas, misalnya untuk stik pemeriksaan gula belum ada khusus untuk usia produktif begitu. Klo untuk pelayanan iva testnya tidak ada kit khusus dari dinas jadi kami gabung saja dengan KB dari BKKBN yah itu untuk pemeriksaan IVA. Terus untuk skrining obesitasnya sudah terlaksana, kit nya juga tidak kit khusus, kami buat sendiri saja pakai alat sendiri. Jadi tidak ada kit khusus untuk usia produktif, jadi yang ada kit khusus hanya media KIE yang lain itu tidak khusus, kami pakai yang punya sendiri apa adanya saja untuk pelayanan selama ini.” (Informan 2)

“Klo alat-alat kayaknya belum lengkap enu, yang kayak berkaitan dengan laboratorium

tu belum ada. (Informan 4)

Akibat keterbatasan fasilitas dan anggaran, puskesmas menerapkan strategi integrasi layanan. Skrining kesehatan usia produktif tidak berdiri sendiri, melainkan digabungkan dengan kegiatan Posbindu PTM, Posyandu bayi/balita, kunjungan rumah, serta program CKG (Cek Kesehatan Gratis) yang memiliki alat lebih lengkap. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Pelaksanaan skrining kesehatan usia produktif itu biasanya kegitannya nebeng dengan program lain... misalnya nebeng dengan program posbindu PTM kemudian CKG dilakukan di sekolah." (Informan 1)

"Tahun ini kami nebeng dengan CKG karena CKG saja yang memiliki alat khusus klo dari skrining kesehatan produktif tidak ada." (Informan 2)

c. Dukungan Anggaran

Berdasarkan hasil wawancara, alokasi dana untuk Standar Pelayanan Minimal (SPM) usia produktif di Puskesmas Wae Pitak menunjukkan adanya ketergantungan pada sumber pendanaan pusat serta tantangan dalam hal kecukupan nilai anggaran.

Pendanaan untuk program kesehatan usia produktif bersumber dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Usia produktif itu ada di BOK (Bantuan Operasional Kesehatan)." (Informan 1)

Meskipun alokasi anggaran telah tersedia selama dua tahun terakhir, proses penyerapan pada awal tahun (trisemester pertama) cenderung masih di bawah 50%. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Kita belum mencapai 50% untuk penerapan anggaran itu, karena kita masih buat SPJ sekarang dari Januari-Februari sedangkan Maret belum." (Informan 1)

Implementasi program menghadapi tantangan berupa efisiensi anggaran yang menyebabkan keterbatasan dalam membiayai kegiatan secara mandiri. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Apalagi sekarang efisiensi anggaran jadi semua pastilah kita ada keterbatasan anggaran." (Informan 1)

Bahkan, pada tahun 2026, beberapa program seperti Penyakit Tidak Menular (PTM) sempat tidak dijalankan karena ketiadaan anggaran khusus, yang berdampak pada cakupan skrining laboratorium. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Klo tahun 2026 ini hanya di CKG saja karena PTM tidak dijalankan karena tidak ada dana/anggran." (Informan 1)

"Laboratorium itu yang biasanya kurang karena memang anggaranya juga tidak ada." (Informan 3)

Untuk mengatasi keterbatasan finansial, pihak manajemen Puskesmas menerapkan strategi skala prioritas pada kegiatan yang paling dibutuhkan masyarakat. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Yang paling utama dan di prioritaskan terlebih dahulu semua yang bisa di jangkau, kegiatan yang penting, dan yang paling dibutuhkan masyarakat." (Informan 1)

Selain itu, dilakukan strategi "nebeng" atau integrasi anggaran dan logistik dengan program lain agar pelayanan skrining tetap dapat dilaporkan dan dilaksanakan meskipun tanpa alat khusus. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Karna keterbatasan anggaran dan peralatan makanya dia nebeng dengan program kesehatan lain supaya tetap berjalan dan ada laporan yang masuk." (Informan 1)

"Keterbatasan anggaran tapi tetap di upayakan untuk dilaksanakan yaitu dengan nebeng program." (Informan 3)

Di tengah keterbatasan anggaran dan ketersediaan alat khusus, pihak puskesmas menerapkan strategi integrasi program untuk menjaga keberlangsungan layanan skrining

kesehatan. Strategi ini dilakukan dengan menyisipkan logistik dan pembiayaan skrining ke dalam program kesehatan lain yang sedang berjalan guna memastikan fungsi deteksi dini tetap terlaksana. Melalui efisiensi manajemen sumber daya ini, petugas kesehatan dapat menjamin kontinuitas pelayanan sekaligus memenuhi kewajiban pelaporan administratif meskipun berada dalam kondisi fasilitas yang terbatas.

3) Disposisi

a. Komitmen

Komitmen merupakan sikap dan dedikasi pelaksana kebijakan dalam mencapai tujuan program. Di Puskesmas Wae Pitak, komitmen dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) usia produktif tercermin melalui budaya kerja kolaboratif, motivasi tinggi untuk mencapai target, serta perilaku petugas yang ramah dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Kepala puskesmas menekankan bahwa pencapaian target SPM sangat bergantung pada kerja sama lintas program. Mengingat sifat program kesehatan yang berkesinambungan, terdapat komitmen untuk saling membantu antar-petugas agar jika satu program berjalan, program lain juga terbantu. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Kita kolaborasi, Kerjasama tim yah itu penting untuk mencapai target SPM karena program ini berkesinambungan dia. Ketika satu orang jalan pasti program yang lain juga bisa saling bantu.” (Informan 1)

Petugas kesehatan menunjukkan komitmen yang kuat meskipun bekerja dalam kondisi serba terbatas dalam hal sarana dan anggaran. Motivasi utama mereka adalah pemenuhan kewajiban terhadap target indikator SPM yang telah ditetapkan serta solidaritas untuk membantu rekan sejawat mencapai programnya. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Untuk mencapai program karena di SPM itu sudah ada dia punya target yang harus kami capai... terus bantu teman-teman pengelola capai programnya mereka, itu sudah kewajiban.” (Informan 3)

“Keterbatasan anggaran tapi tetap di upayakan untuk dilaksanakan yaitu dengan nebang program.” (Informan 3)

b. Tanggung Jawab dalam Pelayanan

Kepala puskesmas menerapkan pengawasan rutin untuk menilai sejauh mana tanggung jawab dan tugas dikerjakan oleh staf. Evaluasi dilakukan secara berkala berbasis analisis data untuk mendeteksi masalah kedisiplinan atau kejujuran petugas, yang kemudian ditindaklanjuti dengan pendekatan personal. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Sebagai pimpinan mengevaluasi dan menilai sejauh mana tanggung jawab dan tugas yang harus dikerjakan tentu merasa memberikan penghargaan.” (Informan 1).

“Ketika ada temuan ataupun permasalahan terkait disiplin dan jujur kami akan melakukan evaluasi dan melakukan pendekatan secara pribadi.” (Informan 1).

Bentuk tanggung jawab petugas juga terlihat pada komitmen untuk melaporkan data pelayanan apa adanya sesuai realitas lapangan. Meskipun capaian target tidak mencapai 100%, petugas tetap mengedepankan integritas data daripada melakukan manipulasi angka demi laporan administratif. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Real pelayanan kami dan tidak buat-buat makanya capaiannya tidak 100% dalam tahunnya karena kendala disitu juga.” (Informan 2).

“Pelaporan data memang harus disesuaikan dia keadaan di lapangan yang kita dapat harus kita laporkan.” (Informan 3)

Petugas juga menunjukkan tanggung jawab moral dengan tetap mengupayakan

pelayanan di tengah keterbatasan alat. Kritik dari masyarakat maupun rekan sejawat diterima secara terbuka dan diteruskan secara berjenjang kepada pimpinan untuk dicarikan solusinya. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Tentu saya akan menerima kritik saran yang harus saya rubah Ketika salah mengambil langkah atau keputusan." (Informan 1).

"Kritikan dari teman-teman pelaksana kegiatan saya teruskan ke pak kapus kemudian diteruskan ke dinas." (Informan 2).

"Kami sampaikan memang keadaan sudah seperti ini bukan karena kami yang buat dan kami juga tidak bisa beli sendiri itu barang... Kita buat seperti apa yang ada sesuaikan saja." (Informan 3).

c. Sikap Ramah dan Empati

Berdasarkan pengalaman masyarakat, petugas kesehatan secara konsisten menunjukkan sikap yang sopan, ramah, dan bersahabat selama proses pelayanan. Hal ini menciptakan suasana pelayanan yang positif meskipun operasional dilakukan di gedung darurat atau fasilitas sementara. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Mereka terampil dan ramah, klo di saya mereka selalu mendengarkan keluhan saya juga dengan baik." (Informan 4).

"Klo sikap petugas mereka ramah-ramah." (Informan 5).

"Sopan, ramah. Mereka juga mendengar saya punya keluhan dengan baik..." (Informan 6).

Petugas menunjukkan empati melalui kesediaan untuk mendengarkan keluhan masyarakat secara mendalam dan memberikan perhatian khusus pada kondisi spesifik pasien. Komunikasi dua arah yang dibangun oleh petugas membantu masyarakat merasa diperhatikan, yang kemudian diikuti dengan pemberian saran kesehatan yang personal. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Mereka itu biasanya... kasih saya saran untuk menghindari makanan yang tidak dianjurkan pada penyakit lambung seperti itu." (Informan 5).

"...kemaren saya kena darah tinggi mereka kasih edukasi dan juga saran untuk datang ke puskesmas dan meresapkan obat." (Informan 6).

"Yah mereka ramah, terampil, dekat juga dengan kami masyarakat." (Informan 7).

Meskipun menghadapi keterbatasan alat dan antrean yang panjang, petugas tetap berupaya menjaga kualitas interaksi dengan masyarakat. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"...petugasnya pasti bantu klo kami bingung." (Informan 5).

"Tidak (ribet), mereka selalu mengarahkan selama pelayanan." (Informan 7).

Sikap proaktif petugas dalam membantu mengarahkan pasien yang bingung mengenai alur pelayanan menjadi bentuk nyata dari kepedulian terhadap kenyamanan sasaran.

4) Struktur Birokrasi

a. Fragmentasi

Fragmentasi dalam struktur birokrasi merujuk pada penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan ke beberapa unit kerja atau adanya pemisahan fungsi yang memerlukan koordinasi intensif. Di Puskesmas Wae Pitak, fragmentasi terlihat pada mekanisme pelaksanaan skrining usia produktif yang harus "menumpang" pada program lain akibat ketiadaan struktur khusus dan keterbatasan anggaran.

Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) usia produktif tidak berdiri sendiri sebagai unit mandiri, melainkan terintegrasi dengan berbagai program seperti Posbindu PTM, CKG, dan Posyandu. Strategi ini diambil untuk mengatasi ketiadaan alat pemeriksaan khusus bagi usia produktif, sehingga petugas memanfaatkan fasilitas dari program lain yang memiliki pengadaan alat lebih lengkap. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan

berikut:

“Klo pelaksanaan skrining kesehatan usia produktif itu biasanya kegitannya nebeng dengan program lain... Unit terkaitnya itu Misalnya nebeng dengan program posbindu PTM kemudian CKG dilakukan di sekolah (SMA)...” (Informan 1).

“Untuk usia produktif tidak ada alat pemeriksaan khusus sampe sekarang makanya itu kami nebeng di CKG karena yang khusus cuman CKG pengadaannya.” (Informan 1).

“Iyah gandeng, nebeng kah enu dengan program lain.” (Informan 2).

Hal ini menyebabkan ketiadaan struktur organisasi khusus untuk program tersebut. Secara struktural, Puskesmas Wae Pitak belum memiliki unit kerja khusus untuk mengelola program SPM usia produktif karena organisasi yang diterapkan masih bersifat makro. Ketidadaan pos struktural yang mandiri ini berkonsekuensi pada pengalihan pembagian wewenang yang dilakukan melalui penunjukan langsung oleh Kepala Puskesmas. Dampaknya, implementasi pelayanan di lapangan terpaksa dijalankan secara terintegrasi dengan memanfaatkan fasilitas dari program kesehatan lain yang sudah berjalan. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Kalau untuk struktur itu kami belum ada klo di puskesmas secara keseluruhan ada. Kalau yang khusus untuk SPM usia produktif tidak ada. Untuk SOP sejauh ini sudah dilaksanakan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab dengan baik.” (Informan 1)

Meskipun terjadi penyebaran fungsi (*fragmentasi*), Puskesmas Wae Pitak melakukan sentralisasi koordinasi melalui bagian tata usaha dan manajemen puskesmas. Hal ini dilakukan untuk mengatur jadwal petugas yang seringkali memiliki beban kerja ganda agar tidak terjadi benturan dalam pelaksanaan pelayanan di lapangan. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Yah kita selalu berkoordinasi di tingkat program apabila kegiatan dilakukan bersamaan itu akan selalu di koordinasi itu melalui tata usaha, manajemen puskesmas agar kegiatan tidak tumpang tindih.” (Informan 1).

“Sebernya sih iyah klo beban kerja terasa tumpang tindih tetapi karena pelaksanaannya kami ke posyandu hanya bagian SPM usia produktif dulu baru Kembali ke kebidanan lagi.” (Informan 3).

Dalam struktur birokrasi yang terfragmentasi ini, kejelasan jalur pelaporan menjadi kunci. Petugas lapangan memiliki alur koordinasi yang tegas ke pengelola program untuk menyelesaikan kendala mendesak, sehingga meskipun kegiatannya bersifat menumpang, tanggung jawab teknis tetap terpantau. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Klo ada masalah mendesak dalam pelaksanaan, itu akan koordinasi ke siapa? Ke pengelola program.” (Informan 3).

“Jadi klo untuk alur pelayanannya lumayan ribet... tapi untuk bikin kita pusing tidak karena petugas pasti bantu klo kami bingung.” (Informan 5).

b. Mekanisme SOP

Mekanisme SOP di Puskesmas Wae Pitak berfungsi sebagai pedoman teknis utama bagi petugas dalam memberikan pelayanan skrining kesehatan usia produktif. Meskipun menghadapi berbagai keterbatasan sarana, kepatuhan terhadap prosedur formal tetap diupayakan sebagai bentuk akuntabilitas pelayanan.

Puskesmas telah memiliki SOP yang mengatur tugas dan tanggung jawab petugas. Para implementor di lapangan menunjukkan kesadaran tinggi untuk bekerja sesuai aturan yang berlaku, meskipun pelaksanaannya seringkali bersifat minimalis karena harus menyesuaikan dengan kondisi fasilitas yang terbatas. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Untuk SOP sejauh ini sudah dilaksanakan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab dengan baik.” (Informan 1).

"Yah kami kerja sesuai SOP tapi itu seadanya karena kendala sarana dan prasarana." (Informan 2).

"Kalo yang itu (SOP) sih wajib yah." (Informan 3).

Dalam praktiknya, SOP digunakan sebagai dasar untuk memberikan penjelasan kepada masyarakat, terutama terkait aturan frekuensi kunjungan. Muncul tantangan dimana masyarakat ingin melakukan skrining berulang kali, namun petugas tetap teguh merujuk pada SOP yang menetapkan bahwa skrining hanya dilakukan satu kali dalam setahun untuk setiap individu. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"...di SOP kan hanya sekali setahun kadang disitulah letaknya kami harus memberikan penjelasan ulang bahwa tidak bisa di dobel." (Informan 3).

"Skrining usia produktif ini dia hanya dibuat satu kali setahun dia punya kunjungan... Itu kendalanya orang yang sama yang datang." (Informan 2).

Meskipun mengikuti prosedur tetap, alur pelayanan menunjukkan fleksibilitas guna mengakomodasi pasien yang tidak sempat mengikuti kegiatan di tingkat komunitas (Posyandu/CKG). Masyarakat dapat mengakses layanan langsung di Puskesmas sebagai bentuk prosedur cadangan jika terlewat pada jadwal massal. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Saya dapat waktu saya kunjungan ke puskesmas karena kebetulan saya tidak ikut waktu di posyandu yang CKG tu." (Informan 5).

5) Faktor penghambat

a. Kendala infrastruktur dan sumber daya

Hambatan internal yang paling dominan adalah keterbatasan sarana prasarana, terutama alat pemeriksaan laboratorium (stik gula darah) dan akses jaringan internet yang tidak stabil. Selain itu, kapasitas SDM yang terbatas serta ketiadaan pelatihan khusus bagi petugas menjadi kendala dalam menjaga kualitas pelayanan sesuai standar. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

"Paling yang menghambat komunikasi itu akses jaringan internet yang menjadi salah satu penghambat ketika kita berkoordinasi terus kapasitas SDM yang terbatas." (Informan 1).

"Faktor internalnya itu enu tadi keterbatasan stik pemeriksaan dan juga sarana dan prasarana. Karena klo tidak dilakukan skrining gula darah dia belum dikatakan lengkap skrining usia produktifnya." (Informan 2).

"Sampai sekarang belum ada pelatihan khusus terkait skrining Kesehatan usia produktif." (Informan 3)

Kelangkaan pasokan medis dan minimnya pengembangan kapasitas pegawai menjadi pembatas utama efektivitas pelayanan. Ketidadaan stik gula darah mengakibatkan hasil penapisan tidak memenuhi syarat keabsahan administrasi karena tidak mencakup seluruh prosedur pemeriksaan wajib. Di samping itu, buruknya konektivitas internet turut menghambat kelancaran koordinasi berkala di internal petugas. Kondisi ini kian memprihatinkan karena belum ada program pelatihan resmi dari otoritas terkait bagi para nakes pelaksana. Pada akhirnya, petugas lapangan dipaksa untuk bersikap responsif dan mengandalkan pengetahuan seadanya demi menjaga agar program SPM ini tidak terhenti meskipun didukung oleh fasilitas yang sangat terbatas.

b. Partisipasi dan literasi kesehatan masyarakat

Rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan skrining kesehatan secara rutin menjadi faktor penghambat utama dari sisi eksternal. Banyak warga yang masih memiliki persepsi bahwa pemeriksaan kesehatan hanya perlu dilakukan saat merasakan gejala sakit (paradigma kuratif), serta adanya fenomena pengulangan kunjungan oleh individu yang sama. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Masyarakat yang mungkin bagi mereka tidak penting untuk hadir itu skrining Kesehatan usia produktif.” (Informan 2).

“Mereka tidak paham mungkin e, karena tidak paham jadinya mereka berpikir kalau sakit saja baru lakukan pemeriksaan.” (Informan 3).

“Kendalnya di setiap posyandu dari teman-teman pelaksana orang yang sama yang datang setiap bulan... sehingga tidak menambah angka capaian baru.” (Informan 2).

Rendahnya literasi kesehatan masyarakat memicu sikap apatis kelompok usia produktif yang masih terjebak pada paradigma kuratif dimana baru berobat ketika muncul gejala sakit, sehingga mengabaikan urgensi skrining preventif terhadap bahaya Penyakit Tidak Menular (PTM) yang umumnya bersifat tanpa gejala di fase awal. Hambatan sosiokultural ini kian diperberat oleh kendala teknis operasional di Posyandu berupa fenomena duplikasi kunjungan oleh individu yang sama secara berulang setiap bulannya. Bagi Puskesmas, pola kehadiran yang monoton ini menimbulkan ketidakefisienan target karena mengaburkan esensi penapisan massal yang seharusnya menjangkau variasi warga baru yang lebih luas, sehingga mengakibatkan angka capaian tahunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) tetap berjalan di tempat (stagnan) meskipun kegiatan luar gedung telah konsisten dilaksanakan.

c. Kondisi cuaca ekstrem dan geografis

Lokasi wilayah kerja Puskesmas Wae Pitak yang rawan cuaca ekstrem seperti hujan lebat, kabut, dan angin kencang seringkali menghalangi mobilitas warga menuju tempat pelayanan. Jarak tempuh yang jauh dan risiko keselamatan di jalan menjadi alasan utama masyarakat enggan menghadiri jadwal skrining. Hasil ini didukung oleh pernyataan informan berikut:

“Disini sering hujan sehingga akses jalan susah, cuaca yang dingin, hujan angin, berkabut. Pernah saya pulang skrining hujan lebat pohon tumbang di tengah jalan.” (Informan 4).

“Terkait dengan jangkauan jarak tempuh, cuaca yang cukup ekstrem di kami punya wilayah juga. Jam 12 siang tu biasanya dia sudah hujan dan berkabut.” (Informan 7).

“Klo itu untuk sekarang cuaca saja karena cuaca ni sering hujan badai begitu jadi susah klo kesana.” (Informan 5).

Pembahasan

1. Komunikasi

Keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik sangat dipengaruhi oleh efektivitas komunikasi yang terjalin antara pembuat kebijakan, pelaksana, dan kelompok sasaran. Menurut George C. Edward III, komunikasi merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan implementasi kebijakan karena berfungsi sebagai sarana penyampaian tujuan, prosedur, serta arahan kebijakan kepada seluruh pihak yang terlibat. Tanpa adanya komunikasi yang jelas, akurat, dan konsisten, tujuan kebijakan yang telah dirumuskan dengan baik akan sulit diwujudkan dalam praktik.

Dalam perspektif Edward III, dimensi komunikasi terdiri atas tiga indikator utama, yaitu transmisi, kejelasan, dan konsistensi informasi. Ketiga indikator tersebut berperan penting dalam memastikan bahwa kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Transmisi yang efektif memungkinkan informasi kebijakan tersampaikan kepada seluruh pelaksana dan kelompok sasaran. Kejelasan informasi mengurangi kemungkinan terjadinya salah tafsir dalam pelaksanaan kebijakan, sedangkan konsistensi informasi menjamin keseragaman pemahaman dan tindakan di antara para pelaksana. Dengan demikian, keberhasilan implementasi program kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas komunikasi yang dibangun dalam setiap tahapan pelaksanaannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dimensi komunikasi dalam pelaksanaan Standar

Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak telah berjalan cukup baik, meskipun masih terdapat beberapa aspek yang perlu ditingkatkan. Hal ini terlihat dari proses penyampaian informasi yang relatif terstruktur, pemahaman petugas terhadap tugas dan tanggung jawabnya, serta adanya koordinasi yang cukup baik antara pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program.

Pada indikator transmisi, penyampaian informasi mengenai pelaksanaan SPM usia produktif dilakukan melalui mekanisme komunikasi yang bersifat hierarkis dan terintegrasi. Secara internal, informasi dan arahan kebijakan disampaikan secara berjenjang dari Dinas Kesehatan Kabupaten kepada Kepala Puskesmas, kemudian diteruskan kepada penanggung jawab program dan staf pelaksana. Pola komunikasi ini menunjukkan adanya alur birokrasi yang jelas sehingga informasi dapat diterima oleh seluruh pelaksana program secara sistematis.

Proses transmisi informasi internal didukung oleh penggunaan berbagai media komunikasi, baik formal maupun informal. Saluran formal dilakukan melalui rapat evaluasi bulanan yang berfungsi sebagai media sosialisasi kebijakan, penyampaian target capaian, serta evaluasi pelaksanaan program. Sementara itu, saluran informal dilakukan melalui grup WhatsApp yang dimanfaatkan untuk koordinasi teknis dan penyampaian informasi secara cepat. Efektivitas transmisi informasi ini tercermin dari kesiapan petugas dalam menerima arahan teknis dan melaksanakan kegiatan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian (Afrianis et al., 2021) di Puskesmas Andalas yang menunjukkan bahwa implementasi kebijakan SPM kesehatan didukung oleh sistem komunikasi yang terstruktur melalui jalur birokrasi formal. Informasi kebijakan disampaikan secara berjenjang mulai dari Dinas Kesehatan kepada kepala puskesmas dan selanjutnya diteruskan kepada seluruh tenaga kesehatan melalui forum pertemuan rutin. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian dari (Dani et al., 2024) dimana Elemen transmisi mengonfirmasi bahwa sosialisasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) telah berjalan secara efektif dan tepat sasaran. Penyebarluasan informasi ini dilakukan melalui serangkaian rapat koordinasi dengan unit kerja terkait. Selain itu, bidang-bidang tersebut juga mengoptimalkan forum diskusi terpumpun (*focus group discussion*) serta pertemuan tatap muka sebagai sarana edukasi kebijakan. Kesamaan temuan tersebut menunjukkan bahwa keberadaan jalur komunikasi yang jelas menjadi faktor penting dalam mendukung implementasi kebijakan pelayanan kesehatan.

Selain komunikasi internal, transmisi informasi kepada masyarakat juga dilakukan melalui berbagai strategi yang disesuaikan dengan kondisi lapangan. Mengingat keterbatasan anggaran untuk kegiatan sosialisasi khusus SPM, Puskesmas Wae Pitak menerapkan strategi integrasi program dengan memanfaatkan berbagai kegiatan pelayanan yang sudah berjalan. Informasi mengenai pentingnya skrining kesehatan disampaikan melalui kegiatan posyandu, pemeriksaan kesehatan di sekolah melalui program Cek Kesehatan Gratis (CKG), serta kunjungan rumah kepada masyarakat. Penyebaran informasi juga diperkuat melalui pemanfaatan media digital, seperti grup WhatsApp kader dan masyarakat, serta komunikasi langsung saat masyarakat mengakses layanan kesehatan di puskesmas. Strategi tersebut menunjukkan adanya upaya adaptif dari pihak puskesmas dalam menjangkau kelompok sasaran di tengah keterbatasan sumber daya yang tersedia.

Pada indikator kejelasan, hasil penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Wae Pitak telah berupaya memastikan informasi yang disampaikan dapat dipahami dengan baik oleh pelaksana maupun masyarakat. Di tingkat internal, kejelasan informasi diwujudkan melalui koordinasi intensif antara kepala puskesmas dan pengelola program untuk memastikan seluruh prosedur dan mekanisme pelaksanaan SPM dipahami secara menyeluruh oleh petugas. Selain itu, terdapat budaya konfirmasi ulang di kalangan staf pelaksana ketika

menerima arahan tertentu. Praktik ini membantu meminimalkan risiko kesalahan interpretasi dan meningkatkan kesesuaian pelaksanaan program dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Temuan tersebut berbeda dengan hasil penelitian (Meilani et al., 2023) di UPT Puskesmas Batujajar yang menemukan adanya kendala pada indikator kejelasan komunikasi. Kurangnya komunikasi yang efektif menyebabkan terjadinya kesalahpahaman antarpegawai sehingga pelaksanaan tugas tidak selalu sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku. Perbedaan temuan ini menunjukkan bahwa kejelasan informasi merupakan aspek penting yang dapat memengaruhi kualitas implementasi kebijakan di tingkat pelayanan kesehatan.

Di tingkat masyarakat, kejelasan informasi diwujudkan melalui penggunaan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami. Petugas berupaya menjelaskan pentingnya skrining kesehatan dengan cara yang komunikatif sehingga masyarakat dapat memahami manfaat serta prosedur pelayanan yang tersedia. Selain itu, informasi mengenai jadwal pelayanan disampaikan secara rutin melalui kegiatan posyandu dan berbagai kegiatan pelayanan lainnya. Sikap proaktif petugas dalam memberikan arahan secara langsung juga membantu masyarakat memahami alur pelayanan sehingga tidak mengalami kebingungan ketika mengakses layanan kesehatan.

Temuan tersebut sejalan dengan penelitian dari (Rifki et al., 2026) yang mengatakan bahwa tenaga kesehatan seperti bidan bertindak sebagai komunikator utama yang menghubungkan program dengan kelompok lansia. Komunikasi yang berlangsung secara langsung, efektif, dan responsif ini terbukti dari tingginya kejelasan informasi yang diterima oleh sasaran. Akses informasi yang mudah dipahami tersebut menjadi faktor krusial dalam mendorong partisipasi masyarakat.

Selanjutnya, pada indikator konsistensi, hasil penelitian menunjukkan bahwa informasi yang disampaikan kepada pelaksana relatif konsisten karena bersumber dari satu jalur komunikasi resmi yang merujuk pada kebijakan dan petunjuk teknis dari pemerintah serta dinas kesehatan. Keceragaman sumber informasi tersebut meminimalkan kemungkinan terjadinya perbedaan interpretasi antarpetugas dan membantu menjaga keselarasan pelaksanaan program di lapangan.

Konsistensi komunikasi juga terlihat pada penggunaan data kependudukan sebagai dasar penetapan sasaran pelayanan. Dengan mengacu pada sumber data yang sama, seluruh pelaksana memiliki pemahaman yang seragam mengenai target capaian program. Selain itu, evaluasi rutin yang dilakukan setiap bulan menjadi sarana untuk memastikan bahwa pemahaman dan pelaksanaan program tetap sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

Meskipun demikian, penelitian ini menemukan bahwa konsistensi komunikasi kepada masyarakat masih menghadapi tantangan, khususnya terkait frekuensi penyampaian informasi. Beberapa informan menyatakan bahwa sosialisasi mengenai skrining kesehatan belum dilakukan secara berkelanjutan sehingga masyarakat tidak selalu memperoleh pengingat secara berkala mengenai pentingnya pemeriksaan kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun isi pesan yang disampaikan sudah relatif konsisten, intensitas penyampaiannya masih perlu ditingkatkan agar kesadaran masyarakat terhadap pentingnya skrining kesehatan dapat terpelihara secara berkelanjutan.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa dimensi komunikasi dalam pelaksanaan SPM pelayanan kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak telah berjalan cukup baik. Indikator transmisi, kejelasan, dan konsistensi pada tingkat internal organisasi telah mendukung pelaksanaan program secara efektif. Namun, pada tingkat masyarakat masih diperlukan peningkatan intensitas sosialisasi yang lebih terencana dan berkelanjutan agar informasi mengenai pentingnya skrining kesehatan dapat menjangkau

kelompok sasaran secara lebih optimal dan berkontribusi pada peningkatan capaian pelayanan.

2. Sumber Daya

Keberhasilan Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak sangat ditentukan oleh kecukupan sumber daya. Berdasarkan kerangka teori George Edward III, tanpa adanya Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten, pendanaan yang stabil, dan fasilitas yang memadai, implementasi kebijakan akan terhambat meski telah dirumuskan dengan baik. Oleh karena itu, pemetaan ketiga aspek ini menjadi syarat mutlak untuk menilai keberlanjutan dan efektivitas pelayanan di lapangan.

Dari sisi ketenagakerjaan, efektivitas pencapaian target SPM di Puskesmas Wae Pitak masih membentur tantangan kuantitas akibat tingginya ketergantungan pada tenaga kesehatan sukarela. Meskipun secara total jumlah personel dianggap mencukupi, terdapat defisit tenaga tetap (PNS) serta kekosongan posisi krusial seperti dokter pada periode tertentu. Kondisi ini menyebabkan pelayanan skrining tidak berjalan sesuai standar ideal. Kenyataan tersebut sejalan dengan pedoman implementasi SPM dan penelitian (Achmad Achir et al., 2024), yang menegaskan bahwa program ini idealnya melibatkan kolaborasi langsung antara dokter, bidan, dan perawat dimana ini menjadi sebuah kondisi yang belum sepenuhnya terwujud di Puskesmas Wae Pitak.

Masalah kuantitas ini diperparah oleh kesenjangan kompetensi yang signifikan. Selama periode 2025–2026, para petugas belum pernah mendapatkan pelatihan teknis formal terkait SPM usia produktif. Untuk menyiasatinya, mereka hanya mengandalkan instruksi lisan dan pembelajaran mandiri melalui grup *WhatsApp*. Dampaknya terjadi penumpukan beban kerja dan peran ganda (*double job*), seperti bidan yang harus menjalankan fungsi skrining sekaligus tugas kebidanannya. Fenomena ini relevan dengan temuan (Ayu et al., 2023) bahwa keterbatasan kompetensi dan jumlah SDM memaksa tenaga kesehatan mengelola beberapa program sekaligus, yang pada akhirnya meningkatkan beban kerja secara drastis. Meski berada di bawah tekanan struktur, operasional pelayanan tetap berjalan berkat koordinasi tim yang solid dan semangat saling membantu antar-nakes.

Selain kendala SDM, aspek fasilitas menjadi penghambat paling kritis bagi keberhasilan skrining kesehatan di Puskesmas Wae Pitak. Saat ini, seluruh aktivitas operasional terpaksa memanfaatkan gedung darurat yang sempit karena gedung utama masih dalam proses pembangunan. Akibatnya, petugas harus berbagi dan bergantian menggunakan ruang poli umum. Keterbatasan prasarana ini sejalan dengan penelitian (Natasya & Dewi, 2022) yang menyatakan bahwa sarana yang belum lengkap menjadi kendala utama tidak maksimalnya pelayanan yang diberikan.

Hambatan infrastruktur tersebut kian rumit karena ketiadaan alat pemeriksaan khusus usia produktif dari Dinas Kesehatan. Guna mengatasinya, petugas terpaksa meminjam peralatan dari program lain, seperti program KB atau CKG, untuk melakukan tes gula darah, kolesterol, hingga *IVA test*. Ketiadaan alat laboratorium dasar yang spesifik ini membuat standar pelayanan belum terpenuhi secara paripurna. Sebagai solusi adaptif atas defisit fasilitas tersebut, manajemen puskesmas menerapkan strategi integrasi dengan memindahkan lokus skrining ke luar gedung, seperti melalui kegiatan Posyandu dan Posbindu PTM, agar fungsi deteksi dini tetap berjalan dengan peralatan seadanya.

Di samping masalah fisik dan SDM, dukungan anggaran juga memegang peranan krusial yang sayangnya masih menghadapi kendala administratif dan finansial. Pendanaan SPM di Puskesmas Wae Pitak sepenuhnya bergantung pada alokasi Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Namun, lambatnya penyerapan anggaran pada trimester pertama serta adanya kebijakan efisiensi menyebabkan beberapa kegiatan terkhususnya pemeriksaan laboratorium pada program PTM sempat terhenti karena ketiadaan dana khusus pada tahun

2026. Situasi ini membenarkan penelitian (Afrianis et al., 2021) bahwa keterbatasan dana merupakan faktor utama yang menghambat proses pelayanan dan mempersulit pencapaian target.

Untuk menyalasi keterbatasan finansial tersebut, manajemen puskesmas menerapkan skala prioritas dengan mendahulukan kegiatan yang paling mendesak bagi masyarakat. Strategi integrasi anggaran dan logistik dengan program kesehatan lain menjadi kunci utama dalam menjaga kontinuitas layanan. Melalui efisiensi manajemen sumber daya dan penggabungan pembiayaan antar-program, puskesmas tetap mampu menjamin keberlangsungan layanan skrining serta memenuhi kewajiban pelaporan administratif meskipun berada dalam kondisi keuangan yang ketat.

Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan SPM kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak belum berjalan ideal akibat kendala sarana-prasarana, keterbatasan kompetensi dan status SDM, serta hambatan birokrasi dana BOK. Meskipun demikian, kontinuitas pelayanan skrining tetap terjaga melalui langkah adaptif manajemen seperti skala prioritas dan integrasi program lintas sektor (Posyandu dan Posbindu PTM) yang ditopang kuat oleh komitmen internal para tenaga kesehatan. Strategi integrasi luar gedung hanya efektif sebagai solusi jangka pendek (*coping mechanism*), karena dalam jangka panjang penumpukan peran ganda (*double job*) dan keterbatasan alat berisiko memicu *burnout* petugas serta menurunkan validitas klinis hasil skrining. Oleh karena itu, direkomendasikan untuk segera melakukan intervensi struktural melalui percepatan pembangunan gedung utama, pengadaan alat pemeriksaan khusus, dan penyelenggaraan pelatihan teknis formal guna meningkatkan capaian SPM dari level sekadar bertahan menjadi minimal yang berkualitas.

3. Disposisi

Merujuk pada teori George C. Edward III, disposisi atau kecenderungan sikap para aktor pelaksana merupakan variabel determinan dalam efektivitas implementasi kebijakan publik. Dimensi ini mengukur tingkat komitmen, rasa tanggung jawab, serta keberpihakan para pelaksana terhadap sasaran kebijakan yang tengah dijalankan. Di Puskesmas Wae Pitak, dimensi disposisi ini menjadi fondasi utama yang menggerakkan keberhasilan program Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan usia produktif melalui budaya kerja kolaboratif dan dedikasi yang tinggi.

Komitmen para pelaksana tersebut tidak hanya muncul sebagai bentuk kepatuhan birokratis terhadap instruksi pimpinan, melainkan termanifestasi nyata dalam kerja sama lintas program yang berkesinambungan. Mengingat karakteristik layanan kesehatan yang saling terkait, para petugas menunjukkan solidaritas yang kuat dengan saling membantu rekan sejawat agar target indikator dapat tercapai secara kolektif. Pola ini sejalan dengan penegasan (Pratama et al., 2020) bahwa dibutuhkan komitmen bersama dan kerja sama lintas sektoral untuk memaksimalkan pelaksanaan program kesehatan di lapangan, seperti pada Posbindu PTM. Motivasi internal petugas di Puskesmas Wae Pitak terbukti tetap terjaga meski harus beroperasi dalam kondisi serba terbatas. Inisiatif mereka untuk tetap menjalankan skrining melalui strategi integrasi pada program lain menunjukkan bahwa integritas personal pelaksana mampu mereduksi dampak kekurangan sumber daya material.

Kesolidan komitmen tersebut berjalan selaras dengan aspek tanggung jawab yang tercermin melalui akuntabilitas kerja yang transparan. Pimpinan puskesmas menerapkan pengawasan rutin berbasis analisis data untuk memastikan setiap tugas dijalankan dengan disiplin, bahkan hingga melakukan pendekatan personal jika ditemukan kendala di lapangan. Salah satu bentuk tanggung jawab yang paling menonjol adalah keteguhan petugas dalam menjaga integritas data pelayanan. Mereka memilih untuk melaporkan capaian riil sesuai kenyataan di lapangan daripada memanipulasi angka demi memenuhi

laporan administratif 100%. Selain tanggung jawab administratif, terdapat tanggung jawab moral yang besar di mana petugas tetap memberikan pelayanan maksimal meskipun dengan peralatan seadanya. Keterbukaan terhadap kritik, baik dari masyarakat maupun sesama rekan kerja, menjadi mekanisme koreksi positif yang kemudian diteruskan secara berjenjang ke tingkat dinas kesehatan guna mencari solusi atas kendala sistemik.

Manifestasi disposisi yang kuat ini kian lengkap dengan adanya sikap ramah dan empati yang ditunjukkan oleh petugas selama berinteraksi dengan masyarakat. Meskipun pelayanan sering kali dilakukan di gedung darurat atau fasilitas sementara yang kurang representatif, karakter petugas yang sopan, bersahabat, dan terampil mampu menciptakan suasana yang nyaman bagi sasaran program. Dimensi empati ini diwujudkan melalui kemampuan komunikasi dua arah yang efektif, di mana petugas tidak hanya melakukan pemeriksaan medis secara prosedural, melainkan juga bersedia mendengarkan keluhan pasien secara mendalam serta memberikan edukasi kesehatan yang personal.

Menariknya, temuan positif di Puskesmas Wae Pitak ini tidak sejalan dengan penelitian (Meilani et al., 2023) di UPT Puskesmas Batujajar, yang mengungkapkan bahwa aspek disposisi masih terkendala oleh rendahnya sikap dan komitmen staf, seperti kurangnya keramahan, ketidakpastian waktu tunggu, serta adanya fenomena pelimpahan tanggung jawab antarpegawai. Sebaliknya, petugas di Puskesmas Wae Pitak justru tampil proaktif dalam membantu mengarahkan alur pelayanan bagi warga yang bingung serta memberikan perhatian khusus pada kondisi spesifik pasien. Pendekatan humanis inilah yang pada akhirnya terbukti efektif dalam meminimalkan ketidaknyamanan akibat keterbatasan fisik puskesmas, sehingga masyarakat tetap merasa dihargai hak-hak kesehatannya.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa variabel disposisi di Puskesmas Wae Pitak sangat kuat dan positif, di mana komitmen, tanggung jawab administratif-moral, serta empati tinggi petugas menjadi penggerak utama keberlangsungan SPM kesehatan usia produktif di tengah keterbatasan sarana dan anggaran. Solidaritas lintas program, kejujuran pelaporan data riil, dan komunikasi humanis terbukti efektif mempertahankan mutu layanan sekaligus menjaga kepercayaan publik. Komitmen nakes merupakan aset abstrak yang rentan terkikis, jika beban kerja ganda terus dibiarkan tanpa adanya sistem penghargaan (*reward*) dan perhatian terhadap kesejahteraan mental, maka risiko kejenuhan ekstrem (*burnout*) dapat menurunkan motivasi kerja. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan Kabupaten harus merespons potret kebutuhan objektif ini secara positif dengan segera menurunkan bantuan logistik medis serta perbaikan fasilitas, sebagai bentuk timbal balik struktural atas integritas dan tanggung jawab yang telah ditunjukkan oleh pihak puskesmas.

4. Struktur Birokrasi

Menurut George C. Edward III, struktur birokrasi merupakan variabel determinan yang secara signifikan memengaruhi efektivitas pelaksanaan kebijakan publik. Dimensi ini menitikberatkan pada pengorganisasian tugas, penetapan mekanisme kerja melalui Standar Operasional Prosedur (SOP), serta pengaturan pola koordinasi antar-aktor. Edward III memperingatkan bahwa birokrasi yang terlalu rumit atau terfragmentasi dapat menjadi kendala utama dalam pencapaian tujuan kebijakan, sekalipun variabel lain seperti komunikasi, sumber daya, dan disposisi pelaksana sudah terpenuhi secara optimal.

Dalam konteks pengorganisasian tugas, hasil penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Wae Pitak belum memiliki unit kerja atau struktur organisasi khusus yang secara mandiri mengelola program Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk usia produktif. Tata kelola yang diterapkan saat ini masih bersifat makro atau umum, sehingga berkonsekuensi pada ketiadaan pos struktural yang mandiri bagi program tersebut. Kondisi ini sejalan dengan penelitian (Wardani et al., 2019) di Kabupaten Magelang, yang menyatakan bahwa tata kelola kesehatan di tingkat dasar sering kali masih mengandalkan struktur makro dari

dinas kesehatan tanpa adanya unit kerja khusus yang didedikasikan secara spesifik untuk mengawal jalannya program SPM.

Ketiadaan unit khusus ini memicu terjadinya fragmentasi, di mana fungsi pelaksanaan skrining usia produktif harus disebar dan diintegrasikan dengan berbagai unit kerja lainnya. Akibat keterbatasan anggaran yang berdiri sendiri, program ini dijalankan dengan mekanisme "menumpang" pada agenda kesehatan lain yang telah memiliki alokasi alat dan logistik lebih lengkap, seperti Posbindu PTM, Posyandu, serta program Cek Kesehatan Gratis (CKG). Meskipun pembagian tugas tampak terpecah di berbagai lini, pihak manajemen puskesmas melakukan sentralisasi koordinasi melalui bagian Tata Usaha untuk mencegah terjadinya tumpang tindih jadwal maupun beban kerja ganda pada petugas lapangan. Keberhasilan dalam menghadapi struktur yang terfragmentasi ini sangat bergantung pada kejelasan jalur pelaporan, di mana petugas lapangan memiliki alur instruksi yang tegas kepada pengelola program. Pola integrasi inilah yang menjadi solusi adaptif agar fungsi deteksi dini tetap terlaksana secara sistematis di tengah ketergantungan antar-unit kerja.

Selain pola koordinasi yang tersentralisasi, mekanisme Standar Operasional Prosedur (SOP) di Puskesmas Wae Pitak berperan sebagai kompas teknis yang menjamin mutu dan akuntabilitas pelayanan meskipun dukungan sarana berada dalam kondisi minimalis. Para implementor kebijakan menunjukkan kesadaran profesional yang tinggi untuk tetap merujuk pada regulasi formal dalam setiap tindakan medis maupun administratif. Kepatuhan terhadap SOP ini juga menjadi instrumen penting untuk mengedukasi masyarakat, terutama ketika menghadapi permintaan layanan yang tidak sesuai ketentuan, seperti aturan frekuensi skrining yang dibatasi hanya satu kali dalam setahun untuk setiap individu. Menariknya, SOP di puskesmas ini memiliki fleksibilitas prosedur yang menyediakan layanan cadangan; warga yang terlewat dalam jadwal massal di komunitas tetap dapat mengakses skrining saat berkunjung langsung ke gedung puskesmas. Dengan demikian, SOP tidak hanya berfungsi sebagai pengendali kualitas kerja staf, melainkan juga sebagai pelindung integritas pelayanan dalam menghadapi dinamika operasional di lapangan.

Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa struktur birokrasi dalam pelaksanaan SPM usia produktif di Puskesmas Wae Pitak dinilai cukup adaptif, di mana ketiadaan unit khusus dan fragmentasi pelayanan berhasil diatasi melalui sentralisasi koordinasi oleh Tata Usaha serta integrasi program lintas sektor (Posbindu PTM, Posyandu, dan CKG) dengan kepatuhan SOP yang fleksibel tetapi akuntabel. Oleh karena itu, manajemen puskesmas disarankan memperkuat mekanisme koordinasi tersebut secara berkala dan merapikan sistem pencatatan layanan dalam gedung guna menghindari penggandaan data (*double counting*) pasien.

5. Faktor Penghambat

Dalam ranah implementasi kebijakan publik, kemunculan hambatan merupakan fenomena yang lumrah terjadi, khususnya pada pelaksanaan program kesehatan di level puskesmas. Merujuk pada kerangka teori George C. Edward III, efektivitas pencapaian tujuan sangat ditentukan oleh interaksi empat variabel utama: komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Disfungsi atau lemahnya salah satu subsistem tersebut secara otomatis akan memicu kendala berantai yang menghalangi keberhasilan program secara menyeluruh. Di Puskesmas Wae Pitak, hambatan tersebut bermanifestasi melalui akumulasi dimensi internal, eksternal, hingga faktor geografis.

Hambatan internal yang paling signifikan di puskesmas ini bersumber dari defisit infrastruktur dasar dan kapasitas sumber daya manusia yang belum optimal. Keterbatasan sarana prasarana, terutama alat pemeriksaan laboratorium seperti stik gula darah, menjadi

kerikil tajam mengingat tanpa tes tersebut pelayanan skrining tidak dapat dianggap memenuhi standar pelayanan minimal yang sah. Kondisi ini sejalan dengan penelitian (Dwi Angelica Safitri, 2024) dimana Puskesmas Muara Jawa yang menghadapi kendala serius terkait keterbatasan serta ketidaklayakan sarana dan prasarana penunjang medis. Minimnya ketersediaan peralatan kesehatan dan fasilitas yang belum memadai, termasuk adanya instrumen medis yang rusak atau tidak tersedia, secara langsung menghambat efisiensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan klinis yang optimal kepada masyarakat.

Masalah logistik fisik ini diperumit oleh kendala teknis berupa akses jaringan internet yang tidak stabil, yang sering kali melumpuhkan koordinasi digital antar-petugas maupun proses pelaporan data capaian ke tingkat pusat. Tantangan struktural ini kian diperparah oleh keterbatasan kapasitas SDM dimana hingga saat ini petugas kesehatan belum pernah mendapatkan pelatihan formal khusus mengenai skrining usia produktif. Ketiadaan bekal pelatihan teknis formal tersebut memaksa petugas bekerja hanya berlandaskan instruksi lisan dan pembelajaran mandiri, yang berisiko mengurangi presisi serta kualitas pelayanan klinis di lapangan.

Masalah internal tersebut kemudian berbenturan dengan tantangan eksternal, khususnya rendahnya partisipasi masyarakat yang dipicu oleh minimnya literasi kesehatan mengenai pentingnya deteksi dini. Warga di wilayah kerja Puskesmas Wae Pitak umumnya masih menganut kuat paradigma kuratif, yaitu sebuah pola pikir bahwa pemeriksaan medis hanya perlu dilakukan saat tubuh sudah merasakan gejala sakit secara fisik. Ketidapahaman akan fungsi preventif skrining inilah yang mengakibatkan rendahnya angka kehadiran warga pada jadwal pelayanan massal di komunitas. Dampak lanjutannya muncul pada ranah administratif, di mana terjadi fenomena pengulangan kunjungan (*double counting*) oleh individu yang sama di setiap bulan. Akibatnya, grafik capaian target akumulatif puskesmas cenderung stagnan karena petugas hanya melayani lingkaran masyarakat yang sama, sementara sasaran baru tetap sulit dijangkau akibat rendahnya kesadaran tersebut.

Siklus hambatan ini kian lengkap dengan adanya karakteristik geografis dan faktor alam yang sulit dikendalikan namun berdampak langsung terhadap mobilitas pelayanan. Wilayah kerja Puskesmas Wae Pitak kerap dilanda cuaca ekstrem seperti hujan lebat, kabut tebal, dan angin kencang yang secara fisik memutus keterjangkauan akses. Risiko keselamatan yang tinggi di perjalanan, seperti ancaman pohon tumbang atau medan jalan yang licin, membuat masyarakat enggan keluar rumah meski jadwal skrining telah diumumkan. Jarak tempuh yang jauh antar-desa memperburuk situasi ini, terutama ketika cuaca memburuk sejak siang hari. Pola alamiah inilah yang pada akhirnya sering kali menggagalkan kegiatan luar gedung (*outreach*), sehingga cakupan pelayanan kesehatan bagi kelompok usia produktif tidak dapat terlaksana secara komprehensif.

Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa implementasi SPM kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak terhambat oleh tiga lapisan kendala yang saling mengunci, yakni minimnya stik laboratorium, internet tidak stabil, dan ketiadaan pelatihan nakes (internal), rendahnya literasi kesehatan masyarakat yang berorientasi kuratif sehingga memicu stagnasi perluasan sasaran (eksternal), serta kondisi geografis dan cuaca ekstrem yang membatasi mobilitas pelayanan. Oleh karena itu, manajemen puskesmas disarankan untuk mengubah strategi sosialisasi konvensional menjadi edukasi personal berbasis tokoh masyarakat, sekaligus menyusun kalender kerja luar gedung yang adaptif terhadap musim guna menjamin keselamatan nakes. Di sisi lain, Dinas Kesehatan Kabupaten direkomendasikan untuk tidak sekadar menuntut pemenuhan target 100%, melainkan harus melakukan intervensi struktural berupa pemastian stabilitas rantai pasok logistik medis dasar, perbaikan jaringan komunikasi, serta pembukaan kuota pelatihan teknis formal bagi

petugas di lapangan.

KESIMPULAN

Dimensi komunikasi dalam pelaksanaan SPM pelayanan kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak telah berjalan cukup baik. Hal ini ditunjukkan oleh terselenggaranya transmisi, kejelasan, dan konsistensi informasi melalui koordinasi yang terstruktur serta pemanfaatan berbagai media komunikasi. Namun, sosialisasi kepada masyarakat masih perlu ditingkatkan secara berkelanjutan untuk meningkatkan pemahaman dan partisipasi masyarakat dalam kegiatan skrining kesehatan.

Pelaksanaan SPM kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak terhambat oleh kurangnya tenaga tetap, absennya pelatihan teknis (2025–2026), infrastruktur gedung darurat, keterbatasan alat pemeriksaan, dan lambatnya penyerapan dana BOK. Meski demikian, pelayanan skrining tetap berjalan berkelanjutan berkat koordinasi tim yang solid, manajemen adaptif, serta strategi integrasi program dan penentuan skala prioritas.

Pelaksanaan SPM usia produktif di Puskesmas Wae Pitak berjalan sangat baik berkat komitmen, integritas, dan empati tinggi dari tim pelaksana. Solidaritas lintas program dan strategi integrasi layanan mampu mengatasi keterbatasan fasilitas material, sementara akuntabilitas tetap terjaga melalui pelaporan valid dan evaluasi transparan. Selain itu, sikap humanis serta komunikasi efektif petugas berhasil menjaga kepercayaan publik dan mereduksi dampak kenyamanan gedung yang masih darurat.

Struktur birokrasi SPM usia produktif di Puskesmas Wae Pitak berjalan adaptif melalui sentralisasi koordinasi guna mengatasi fragmentasi dan ketergantungan program (Posbindu PTM dan CKG). Konsistensi penerapan SOP berhasil menjamin mutu serta akuntabilitas layanan. Sistem ini juga memberikan fleksibilitas akses skrining di dalam gedung maupun komunitas, sehingga kualitas pelayanan tetap terjaga di tengah keterbatasan fasilitas operasional.

Pelaksanaan SPM kesehatan usia produktif di Puskesmas Wae Pitak terhambat oleh faktor internal, eksternal, dan geografis. Kendala internal meliputi keterbatasan infrastruktur medis, internet tidak stabil, dan absennya pelatihan staf. Secara eksternal, rendahnya literasi kesehatan masyarakat membuat kesadaran deteksi dini minim dan cakupannya monoton. Masalah ini diperparah oleh tantangan geografis dan cuaca ekstrem yang mempersulit mobilitas serta membatasi keterjangkauan pelayanan secara komprehensif.

Penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan ekspansi variabel penelitian dengan mengintegrasikan dimensi di luar kerangka teori Edward III, seperti pengaruh lingkungan ekonomi makro dan dukungan politik lokal terhadap keberhasilan kebijakan. Selain itu, diperlukan pengembangan metodologi melalui pendekatan kuantitatif atau mixed methods guna mengukur secara presisi efektivitas strategi integrasi layanan terhadap capaian target SPM dibandingkan metode konvensional.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Achir, Henny Aprianty, & Bobby Putra. (2024). EVALUASI PELAKSANAAN SPM PADA PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN USIA PRODUKTIF DI PUSKESMAS RIMBO KEDUI KABUPATEN SELUMA.
- Afriani, Y., Suryawati, C., & Kusumastuti, W. (2021). Analisis Peningkatan Standar Pelayanan Minimal Pada Usia Pendidikan Dasar Selama Pandemi Covid-19 Di Puskesmas Andalas Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 9(6), 841–847. <https://doi.org/10.14710/jkm.v9i6.31786>
- Apriyanti, R., Fauziah, M., Studi, P., Kesehatan, M., & Jakarta, U. M. (2024). Pencapaian Standar Pelayanan Minimum (Spm) Usia Produktif Di Kota Bogor. 05, 174–184.
- Ayu, N. W., Panji, A., Sumada, I. M., & Wirata, G. (2023). Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan

- Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Di Kabupaten Bangli Tahun 2022. 6, 633–638.
- Dani, R., Eriani, S., Aprianty, H., & Purnawan, H. (2024). IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT (Studi Standar Pelayanan Minimal RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008). *SENGKUNI Journal – Social Sciences and Humanities*, 5(2), 109–118. <https://doi.org/10.37638/sengkuni.5.2.109-118>
- Delprison Ndula Ratu, Domnirsep O. Dodo, Yudhisinta Missa, & Serlie K. A. Littik. (2024). Gambaran Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (Spm) Pada Pelayanan Kesehatan Usia Produktif Di Puskesmas Oepoi Kota Kupang. *Medika Alkhairaat: Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 6(2), 537–565. <https://doi.org/10.31970/ma.v6i2.201>
- Dwi Angelica Safitri, Dewi Mardahlia. (2024). Kurang Memadainya Sarana dan Prasarana Penunjang Pelayanan Kesehatan di UPTD Puskesmas Muara Jawa. 5(4), 5594–5600.
- Meilani, G., Munawaroh, S., Studi, P., Pemerintahan, I., Jenderal, U., & Yani, A. (2023). IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BIDANG KESEHATAN DI UPT PUSKESMAS BATUJAJAR KECAMATAN BATUJAJAR KABUPATEN. 3(2), 86–98.
- Natasya, M., & Dewi, R. (2022). Evaluasi Pelaksanaan Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) di Indonesia : Kajian Literatur Evaluation of The Posbindu PTM (Integrated Development Post Program for Non-Communicable Disease) Implementation in Indonesia : A. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 78–188.
- PERMENKES Nomor 6, 2024. (2024). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6.
- Pratama, S., Susanto, H. S., & Warella, Y. (2020). Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular di Daerah Kepulauan. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 4(2), 312–322.
- Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai Barat. (2024).
- Putri, I., & Sari, R. (2025). Implementasi Program Perbaikan Gizi Balita Di Posyandu Pada Desa Banua Rantau, Kecamatan Banua Lawas, Kabupaten Tabalong. 687–699.
- Rifki, F., Mauludi, A., & Rodiyah, I. (2026). IMPLEMENTASI PROGRAM POSYANDU LANSIA DALAM MENINGKATKAN KESEHATAN LANSIA DI DESA SUMORAME
- Sugiyono. (2017a). *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D* (Edisi Ke-2). Alfabeta.
- Wardani, R., Dewi, D. A. S., Syafingi, H. M., & Suharso, S. (2019). Pelaksanaan Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2017-2019 Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat. *Amnesti Jurnal Hukum*, 1(2), 56–70. <https://doi.org/10.37729/amnesti.v1i2.646>