

Artikel Penelitian

Evaluasi Pelaksanaan Skrining Penyakit Tidak Menular pada Klaster 3 Integrasi Layanan Primer di Puskesmas Paal X

Nafathu Rahmah*, Willia Novita Eka Rini, Andy Amir, Dwi Noerjoedianto

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Jambi, Jambi, Indonesia

INFORMASI ARTIKEL

Diterima Redaksi: 11 Februari 2026
Revisi Akhir: 04 Maret 2026
Diterbitkan Online: 06 Maret 2026

KATA KUNCI

Penyakit Tidak Menular
Skrining
Integrasi Layanan Primer
Evaluasi Program

KORESPONDENSI (*)

E-mail: nafathurahma@gmail.com

A B S T R A K

Skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan bagian dari upaya promotif dan preventif untuk mendeteksi berbagai faktor risiko dan penyakit kronis secara dini di tingkat pelayanan kesehatan primer. Namun, capaian skrining di Puskesmas Paal X Kota Jambi masih berada di bawah target Standar Pelayanan Minimal. Data Dinas Kesehatan Kota Jambi tahun 2024 menunjukkan cakupan skrining usia produktif sebesar 40,3%, pelayanan hipertensi 50,7%, dan diabetes melitus 15,0%, yang mencerminkan adanya kesenjangan antara target dan realisasi program. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pelaksanaan skrining PTM pada Klaster 3 Integrasi Layanan Primer menggunakan pendekatan *Context, Input, Process, dan Product* (CIPP). Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif evaluatif melalui wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi terhadap 10 informan yang terdiri dari kepala puskesmas, pengelola program PTM, dokter, bidan, kader, dan masyarakat sasaran skrining, sehingga mencerminkan keberagaman perspektif pelaksanaan program. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan serta ketersediaan sumber daya manusia, sarana, dan pendanaan relatif memadai. Namun, perencanaan operasional belum terstruktur secara sistematis, pelaksanaan masih bersifat insidental, dan partisipasi masyarakat rendah. Kondisi tersebut berdampak pada rendahnya capaian skrining, terutama pada pelayanan diabetes melitus yang hanya mencapai 15,0%, sehingga menunjukkan kontras antara kesiapan sumber daya dan realisasi program di lapangan. Penguatan perencanaan berbasis pemetaan sasaran, optimalisasi peran kader, serta perbaikan sistem pencatatan dan tindak lanjut diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan cakupan skrining PTM di tingkat pelayanan primer.

PENDAHULUAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan salah satu masalah kesehatan utama yang berkontribusi besar terhadap meningkatnya angka kesakitan, kematian, serta beban pembiayaan kesehatan (World Health Organization, 2025). Tingginya prevalensi PTM seperti hipertensi dan diabetes melitus menunjukkan perlunya penguatan upaya promotif dan preventif, khususnya melalui deteksi dini di tingkat pelayanan kesehatan primer.

Sebagai upaya penguatan pelayanan kesehatan primer, pemerintah Indonesia menerapkan Integrasi Layanan Primer (ILP) yang mengelompokkan layanan kesehatan berdasarkan klaster. Skrining PTM ditempatkan sebagai layanan utama dalam Klaster 3 ILP dengan tujuan meningkatkan deteksi dini faktor risiko PTM di masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Melalui pendekatan ini, puskesmas diharapkan mampu memberikan layanan yang lebih terintegrasi, berkesinambungan, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

Meskipun kebijakan ILP telah diimplementasikan, pelaksanaan skrining PTM di tingkat puskesmas masih menghadapi berbagai tantangan. Berdasarkan data Standar Pelayanan Minimal (SPM) Dinas Kesehatan Kota Jambi tahun 2024, cakupan skrining usia produktif di Puskesmas Paal X sebesar 40,3% (3.136 dari 7.787 sasaran). Capaian pelayanan hipertensi mencapai 50,7% (1.208 dari 2.380 target), sedangkan pelayanan diabetes melitus hanya sebesar 15,0% (130

dari 867 target). Angka tersebut masih berada di bawah target pelayanan sesuai standar yang ditetapkan (Dinas Kesehatan Kota Jambi, 2024). Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara target dan realisasi program serta menjadi dasar pemilihan Puskesmas Paal X sebagai lokasi penelitian.

Penelitian terkait skrining PTM umumnya berfokus pada capaian hasil secara kuantitatif, sementara kajian yang mengevaluasi pelaksanaan program secara komprehensif—meliputi konteks kebijakan, ketersediaan sumber daya, proses implementasi, dan hasil program—masih terbatas. Padahal, keberhasilan skrining PTM tidak hanya ditentukan oleh kecukupan input, tetapi juga oleh kualitas proses pelaksanaan dan keterlibatan masyarakat sebagai sasaran program.

Model evaluasi *Context, Input, Process, dan Product* (CIPP) yang dikembangkan oleh Daniel L. Stufflebeam dipilih dalam penelitian ini karena mampu menilai program secara menyeluruh mulai dari kesesuaian konteks kebijakan, kesiapan sumber daya, kualitas pelaksanaan, hingga capaian hasil (Stufflebeam & Zhang, 2017). Berbeda dengan model evaluasi lain yang lebih berfokus pada hasil akhir (*outcome-based evaluation*), pendekatan CIPP memungkinkan identifikasi faktor pendukung dan penghambat pada setiap tahapan program sehingga lebih sesuai untuk mengevaluasi implementasi kebijakan ILP yang bersifat sistemik dan berkelanjutan. Dengan demikian, model ini dinilai relevan untuk mengkaji kesenjangan antara kesiapan sumber daya dan capaian skrining PTM di tingkat pelayanan primer.

Oleh karena itu, evaluasi yang tidak hanya menilai capaian angka, tetapi juga menganalisis kesesuaian kebijakan serta kualitas implementasi program menjadi penting untuk memastikan efektivitas skrining PTM dalam kerangka Integrasi Layanan Primer (ILP). Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan skrining PTM pada Klaster 3 Integrasi Layanan Primer di Puskesmas Paal X Kota Jambi menggunakan pendekatan *Context, Input, Process, dan Product* (CIPP). Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi puskesmas dan pemangku kebijakan dalam upaya optimalisasi pelaksanaan skrining PTM di pelayanan kesehatan primer.

TINJAUAN PUSTAKA

Penyakit Tidak Menular dan Skrining PTM

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan kelompok penyakit kronis yang berkembang secara progresif dalam jangka panjang dan dipengaruhi oleh interaksi faktor perilaku, lingkungan, dan metabolik. Hipertensi dan diabetes melitus termasuk PTM dengan prevalensi tinggi serta berkontribusi signifikan terhadap morbiditas dan mortalitas (World Health Organization, 2025). Kedua kondisi tersebut sering tidak menunjukkan gejala pada tahap awal, sehingga banyak kasus terdiagnosis ketika telah terjadi komplikasi. Oleh karena itu, skrining menjadi strategi penting dalam upaya pencegahan sekunder untuk mendeteksi faktor risiko dan penyakit secara dini.

Skrining PTM di tingkat pelayanan kesehatan primer bertujuan mengidentifikasi individu berisiko agar dapat diberikan intervensi lebih awal melalui edukasi, perubahan perilaku, maupun tata laksana medis (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Efektivitas skrining tidak hanya ditentukan oleh jumlah individu yang diperiksa, tetapi juga oleh kesinambungan tindak lanjut dan keterlibatan masyarakat dalam program pencegahan.

Integrasi Layanan Primer dan Klaster 3

Integrasi Layanan Primer (ILP) merupakan kebijakan penguatan pelayanan kesehatan dasar yang menitikberatkan pada pendekatan terintegrasi dan berorientasi siklus hidup. Dalam kerangka ILP, layanan dikelompokkan dalam beberapa klaster untuk meningkatkan koordinasi dan efisiensi pelayanan. Klaster 3 berfokus pada pengendalian penyakit tidak menular, termasuk kegiatan skrining faktor risiko PTM di masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Pendekatan ILP menuntut pelayanan yang tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga promotif dan preventif secara berkelanjutan. Implementasi Klaster 3 memerlukan sinergi antara tenaga kesehatan, kader, dan masyarakat agar skrining dapat menjangkau sasaran secara luas. Tanpa koordinasi dan perencanaan yang sistematis, integrasi layanan berpotensi berjalan secara administratif tanpa memberikan dampak optimal terhadap peningkatan cakupan skrining (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Pelaksanaan Skrining PTM di Puskesmas

Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki peran strategis dalam pelaksanaan skrining PTM. Keberhasilan skrining dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya manusia, dukungan sarana dan prasarana, sistem pencatatan dan pelaporan, serta perencanaan kegiatan yang terstruktur (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Selain itu, partisipasi masyarakat dan optimalisasi peran kader kesehatan menjadi faktor penting dalam meningkatkan cakupan pelayanan.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa rendahnya cakupan skrining PTM di fasilitas kesehatan primer seringkali berkaitan dengan kendala pada aspek proses, seperti keterbatasan waktu pelayanan, beban kerja tenaga kesehatan, serta mobilisasi masyarakat yang belum efektif. Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan skrining tidak selalu terletak pada kebijakan atau ketersediaan sumber daya, melainkan pada kualitas implementasi di lapangan.

Model Evaluasi Context, Input, Process, dan Product (CIPP)

Model evaluasi Context, Input, Process, dan Product (CIPP) merupakan pendekatan evaluasi program yang menilai pelaksanaan kegiatan secara komprehensif dan sistematis. Model ini menekankan bahwa keberhasilan program tidak hanya ditentukan oleh hasil akhir, tetapi juga oleh kesesuaian konteks, kecukupan sumber daya, serta kualitas pelaksanaan (Stufflebeam & Zhang, 2017).

1. Context

Komponen context menilai kesesuaian program dengan kebutuhan sasaran serta kebijakan yang melandasinya. Dalam penelitian ini, context mencakup kebijakan Integrasi Layanan Primer dan kebutuhan masyarakat terhadap deteksi dini Penyakit Tidak Menular melalui skrining di tingkat puskesmas.

2. Input

Komponen input menilai sumber daya yang mendukung pelaksanaan program, meliputi tenaga kesehatan, kader, pendanaan, serta sarana dan prasarana skrining. Ketersediaan dan kecukupan input menjadi dasar dalam menentukan kesiapan pelaksanaan program.

3. Process

Komponen process mengevaluasi pelaksanaan kegiatan skrining, termasuk perencanaan operasional, mekanisme pelaksanaan, koordinasi antarpetugas, serta partisipasi masyarakat. Aspek ini penting untuk mengidentifikasi hambatan implementasi yang dapat memengaruhi capaian program.

4. Product

Komponen product menilai hasil pelaksanaan program, khususnya ketercapaian target skrining serta efektivitas implementasi dalam mendukung deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular.

Pendekatan CIPP memungkinkan analisis menyeluruh terhadap kesenjangan antara kebijakan dan implementasi di tingkat pelayanan kesehatan primer, serta menjadi dasar dalam merumuskan rekomendasi perbaikan program secara sistematis

METODOLOGI

Desain dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif-evaluatif. Pendekatan ini dipilih untuk memperoleh gambaran mendalam mengenai pelaksanaan skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) pada Kluster 3 Integrasi Layanan Primer (ILP). Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Paal X Kota Jambi pada bulan Desember 2025 hingga Februari 2026.

Informan dan Teknik Pemilihan Informan

Informan dalam penelitian ini berjumlah 10 orang, yang terdiri atas 1 kepala puskesmas, 1 penanggung jawab program PTM, 1 dokter, 1 bidan, 2 kader kesehatan, dan 4 masyarakat sasaran skrining PTM.

Pemilihan informan dilakukan secara purposive sampling berdasarkan kriteria tertentu sesuai tujuan penelitian, yaitu keterlibatan langsung dalam pelaksanaan skrining PTM, memiliki pengalaman dalam kegiatan skrining, serta mampu memberikan informasi yang relevan dengan fokus penelitian (Rany Novita dan Yunita Jasrida, 2022). Proses pengumpulan data dihentikan ketika informasi yang diperoleh telah mencapai saturasi data.

Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui:

1. Wawancara mendalam (in-depth interview)
Wawancara dilakukan menggunakan pedoman wawancara semi-terstruktur untuk menggali informasi terkait aspek konteks, perencanaan, pelaksanaan, kendala, serta capaian skrining PTM dalam kerangka ILP. Wawancara direkam dengan persetujuan informan, dan ditranskripsikan secara verbatim. Pedoman wawancara telah melalui proses telaah pakar (expert judgment) oleh dosen yang memiliki kompetensi dalam bidang kesehatan masyarakat dan penelitian kualitatif untuk memastikan kesesuaian pertanyaan dengan tujuan penelitian serta kedalaman substansi yang digali.
2. Observasi
Observasi dilakukan secara langsung saat kegiatan skrining PTM berlangsung untuk mengamati alur pelayanan, interaksi petugas dan masyarakat, serta kondisi sarana dan prasarana.
3. Dokumentasi
Dokumentasi digunakan sebagai data pendukung berupa foto kegiatan dan catatan lapangan selama proses penelitian. Dokumentasi berfungsi untuk memperkuat hasil wawancara dan observasi serta mendukung proses triangulasi data.

Analisis Data

Analisis data dilakukan secara manual menggunakan model analisis interaktif Miles dan Huberman yang meliputi tiga tahapan, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Model ini dipilih karena sesuai dengan pendekatan evaluasi CIPP (Context, Input, Process, Product) dan memungkinkan analisis dilakukan secara sistematis berdasarkan masing-masing komponen evaluasi (Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, 2014).

Tahapan analisis meliputi:

1. Reduksi data, dilakukan melalui transkripsi verbatim hasil wawancara, pembacaan berulang, serta pengkodean awal (open coding) untuk mengidentifikasi unit makna yang relevan dengan fokus penelitian. Kode-kode kemudian dikelompokkan menjadi kategori tematik dan diselaraskan dengan empat komponen evaluasi CIPP (*Context, Input, Process, Product*).
2. Penyajian data, dilakukan dalam bentuk narasi deskriptif dan matriks analisis wawancara untuk mempermudah identifikasi pola, hubungan antar kategori, serta faktor pendukung dan penghambat program.
3. Penarikan kesimpulan dan verifikasi, dilakukan melalui interpretasi temuan dengan membandingkan informasi antar informan serta mencocokkannya dengan pedoman pelaksanaan skrining PTM. Proses verifikasi dilakukan secara berulang melalui triangulasi sumber guna memastikan konsistensi dan kredibilitas data.

Keabsahan Data

Keabsahan data dalam penelitian ini dijaga melalui teknik triangulasi sumber. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai jenis informan, yaitu kepala puskesmas atau penanggung jawab program PTM, tenaga kesehatan pelaksana, kader kesehatan, serta masyarakat sasaran skrining PTM. Perbandingan dilakukan untuk melihat konsistensi informasi terkait perencanaan, pelaksanaan, kendala, dan capaian skrining PTM dalam kerangka Integrasi Layanan Primer (ILP) (Fiantika dkk., 2022).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Context

Pelaksanaan skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) di Puskesmas Paal X dilatarbelakangi oleh meningkatnya beban penyakit, khususnya hipertensi dan diabetes melitus, di wilayah kerja. Tenaga kesehatan menyampaikan bahwa jumlah kasus yang ditemukan dalam pelayanan menunjukkan kecenderungan meningkat dari waktu ke waktu.

“Kasusnya semakin banyak, terutama penyakit hipertensi.” (SR, 53)

“kalau untuk secara keseluruhan puskesmas itu semakin naik kasusnya ya karena lihat aja pola makan kita sekarang serba instan.” (DK, 43)

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa secara objektif kebutuhan terhadap deteksi dini melalui skrining tergolong tinggi. Peningkatan kasus menjadi dasar pentingnya penguatan pelayanan promotif dan preventif di tingkat puskesmas.

Meskipun kebutuhan layanan tinggi, pemanfaatan skrining oleh masyarakat belum optimal. Partisipasi masih belum konsisten dan cenderung bergantung pada kesadaran individu serta momentum kegiatan di lingkungan tempat tinggal. Beberapa informan menyampaikan bahwa masyarakat umumnya tidak melakukan pemeriksaan apabila tidak merasakan keluhan.

“Masyarakat kurang peduli... katanya mendingan tidak tahu sakitnya apa daripada ketauan sakitnya.” (SR, 53)

“mereka masih menganggap skrining itu tidak penting... pengetahuan pesertanya kurang.” (DK, 43)

Selain persepsi merasa sehat, terdapat pula ketakutan terhadap kemungkinan hasil pemeriksaan.

“Belum semuanya memahami, ada juga yang memang takut, nanti kalau misalnya tensinya tinggi, ataupun gulanya tinggi.” (B, 56)

Temuan tersebut mengindikasikan rendahnya persepsi kerentanan serta adanya persepsi hambatan psikologis dalam memanfaatkan layanan preventif. Dalam kerangka Health Belief Model, kondisi ini menunjukkan bahwa persepsi manfaat skrining belum sepenuhnya mengungguli persepsi hambatan. Masyarakat cenderung memanfaatkan layanan kesehatan ketika telah mengalami gejala, bukan dalam konteks pencegahan, sebagaimana dijelaskan dalam konsep health-seeking behavior dan Andersen's Behavioral Model, di mana faktor predisposisi dan persepsi kebutuhan subjektif sangat menentukan pemanfaatan layanan (Andersen, 1995).

Temuan ini sejalan dengan penelitian Haryanto dkk. (2023) yang menyatakan bahwa rendahnya cakupan skrining PTM di puskesmas berkaitan erat dengan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan preventif oleh masyarakat. Penelitian tersebut menemukan bahwa sebagian besar masyarakat cenderung memanfaatkan layanan kesehatan hanya ketika mengalami keluhan atau gejala penyakit, bukan sebagai upaya pencegahan (Haryanto dkk. 2023). Pola perilaku tersebut juga tampak pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Paal X, di mana skrining belum dipandang sebagai kebutuhan rutin apabila tidak ada keluhan.

Dari perspektif kebijakan, skrining PTM telah menjadi bagian dari strategi penguatan pelayanan primer melalui Integrasi Layanan Primer (ILP). Namun, rendahnya capaian skrining menunjukkan bahwa tantangan utama tidak terletak pada ketersediaan kebijakan, melainkan pada aspek perilaku dan kesadaran masyarakat.

Secara kontekstual, kondisi ini tidak hanya menggambarkan rendahnya partisipasi masyarakat, tetapi juga menuntut kesiapan sumber daya dan strategi pelayanan yang lebih adaptif. Rendahnya persepsi risiko dan kesadaran masyarakat meningkatkan kebutuhan terhadap intensitas edukasi, pendekatan promotif yang berkelanjutan, serta dukungan tenaga kesehatan yang memadai. Apabila aspek Input seperti ketersediaan SDM, alokasi waktu, dan dukungan operasional belum optimal, maka pelaksanaan kegiatan (Process) berpotensi bersifat insidental dan belum mampu menjangkau

seluruh sasaran. Dengan demikian, kesenjangan pada aspek konteks menjadi faktor awal yang memengaruhi dinamika komponen Input dan Process dalam pelaksanaan skrining PTM di Puskesmas Paal X.

Input

Berdasarkan hasil penelitian, aspek input dalam pelaksanaan skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) di Puskesmas Paal X meliputi sumber daya manusia, sarana-prasarana, dan pendanaan. Secara umum, komponen-komponen tersebut telah tersedia dan mendukung pelaksanaan program. Namun demikian, masih terdapat beberapa keterbatasan yang berpotensi memengaruhi optimalisasi capaian skrining.

Dari sisi sumber daya manusia, pelaksanaan skrining didukung oleh tenaga kesehatan dan kader dengan pembagian tugas yang jelas sesuai tugas pokok dan fungsi masing-masing. Tenaga laboratorium bertanggung jawab melakukan pemeriksaan gula darah, dokter memberikan konseling, sementara kader berperan dalam pendataan serta mobilisasi masyarakat. Pembagian kerja ini menunjukkan bahwa secara struktural kegiatan skrining telah dikelola melalui kerja tim lintas profesi.

“tergantung topoksinya ya. Kalau misalnya laboratorium dia untuk memeriksa kadar gula darah dan lain-lain. Kalau dokter mereka ini untuk konseling. Kalau kader mereka untuk pendataan.” (B, 56)

“Bagus, ada pemeriksaan labor, ada bagian untuk penginputan, sudah dibagikan tanggung jawab masing-masing.” (SM, 36)

Meskipun demikian, dalam pelaksanaannya masih ditemukan keterbatasan jumlah petugas, terutama ketika kegiatan skrining dilakukan bersamaan dengan pelayanan rutin puskesmas. Kondisi ini menyebabkan terjadinya beban kerja ganda dan pengisian tugas lintas kompetensi.

“Kalau misalnya dalam satu hari itu banyak yang turun, jadi kadang-kadang ada yang bolong SDM-nya. Untuk mengisi yang bolong itu, misalnya ada perawat yang bukan memang vokasinya labor, mereka jadi double job.” (B, 56)

Beban kerja yang tinggi berpotensi menggeser prioritas pelayanan dari promotif-preventif menuju kuratif, karena tenaga kesehatan tetap harus menangani pasien dengan keluhan klinis secara bersamaan. Temuan ini sejalan dengan Mutiara dkk. (2025) yang menyatakan bahwa keterbatasan SDM di fasilitas kesehatan primer dapat memengaruhi fokus implementasi program preventif. Selain itu, meskipun kader dinilai aktif dalam mendukung kegiatan, pelatihan belum dilakukan secara rutin dan merata, sehingga terdapat potensi variasi kapasitas kader dalam pelaksanaan skrining dan edukasi. Kondisi ini sejalan dengan systematic review (Nida dkk., 2024) yang menunjukkan bahwa beban kerja dan mekanisme supervisi tenaga kesehatan komunitas menjadi tantangan dalam optimalisasi layanan preventif di Indonesia.

Dari aspek sarana, alat pemeriksaan dasar seperti tensimeter, alat antropometri, dan glukometer umumnya telah tersedia dan sebagian besar bersumber dari Dinas Kesehatan. Informan menyampaikan bahwa kebutuhan alat untuk skrining relatif terpenuhi.

“Alat-alat kesehatannya dari Puskesmas itu dari Dinkes, jadi sudah mencukupi.” (SR, 53)

“Untuk saat ini alatnya sudah lengkap.” (DK, 43)

Ketersediaan alat tersebut menunjukkan bahwa secara teknis kebutuhan dasar skrining telah terpenuhi. Namun demikian, prasarana pendukung seperti ruang pemeriksaan yang menjamin privasi belum selalu tersedia, khususnya ketika kegiatan dilakukan di rumah warga atau fasilitas umum.

“Kalau periksa IVA kadang tidak ada ruangan, akhirnya seadanya.” (SR, 53)

“Kalau tempat khususnya belum ada.” (SN, 32)

Keterbatasan ruang dan jaminan privasi berpotensi memengaruhi kenyamanan peserta serta kualitas interaksi pelayanan, terutama pada pemeriksaan yang bersifat sensitif. Selain itu, beberapa alat mengalami kerusakan akibat intensitas

penggunaan yang tinggi, sementara proses pengadaan ulang masih bergantung pada dukungan eksternal. Hal ini menunjukkan bahwa keberlanjutan dan pemeliharaan fasilitas masih menjadi tantangan dalam mendukung efektivitas program deteksi dini PTM.

Dari sisi pendanaan, kegiatan skrining didukung oleh dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), APBD, dan BLUD. Keberadaan berbagai sumber dana ini menunjukkan adanya dukungan struktural terhadap pelaksanaan program. Namun, kecukupan dan fleksibilitas penggunaan dana masih dinilai terbatas, terutama untuk kebutuhan operasional seperti sosialisasi dan mobilisasi masyarakat.

“Kalau bicara cukup nggak cukup, kurang ya...” (SR, 53)

“Kuota naik tapi dana dak naik.” (SK, 46)

Peningkatan target atau cakupan kegiatan yang tidak diikuti dengan peningkatan alokasi dana berpotensi memengaruhi perluasan layanan skrining. Sejalan dengan penelitian Fitriyani dkk. (2024) dana BOK di puskesmas umumnya lebih banyak dialokasikan untuk bahan habis pakai dan transport tenaga kesehatan, sehingga pembiayaan untuk kegiatan deteksi dini PTM belum sepenuhnya optimal (Fitriyani dkk. 2024).

Secara keseluruhan, dalam perspektif evaluasi CIPP, komponen input pada pelaksanaan skrining PTM di Puskesmas Paal X telah tersedia secara struktural, namun belum sepenuhnya optimal dari sisi kecukupan SDM, pemerataan kapasitas kader, ketersediaan prasarana yang memenuhi standar, serta fleksibilitas pendanaan. Keterbatasan pada aspek input ini berpotensi memengaruhi efektivitas proses pelaksanaan dan capaian program secara keseluruhan.

Process

Berdasarkan hasil penelitian, aspek process dalam pelaksanaan skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) di Puskesmas Paal X mencakup tahap perencanaan, pelaksanaan kegiatan, serta pencatatan dan pelaporan hasil skrining. Secara umum, proses telah berjalan mengikuti pedoman teknis Integrasi Layanan Primer (ILP), namun efektivitasnya masih dipengaruhi oleh keterbatasan pada aspek input sebelumnya, khususnya beban kerja SDM, variasi kapasitas kader, serta dukungan sistem pelaporan.

Pada tahap perencanaan, jadwal dan rencana kegiatan disusun oleh koordinator program PTM dengan melibatkan kepala puskesmas, tenaga kesehatan, kader, serta ketua RT. Pola ini menunjukkan adanya mekanisme koordinasi internal dan eksternal dalam menentukan waktu serta lokasi kegiatan.

“Yang menyusun jadwal dan rencana kegiatannya itu koordinator programnya.” (SR, 53)

“Saya yang membuat jadwal dan rencana kegiatannya.” (DK, 43)

Kader berperan dalam berkoordinasi dengan RT dan menyampaikan informasi kepada masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa perencanaan telah bersifat partisipatif dan berbasis komunitas. Namun, dalam praktiknya jadwal pelaksanaan sering kali menyesuaikan kesiapan wilayah dan antusiasme masyarakat.

“Tergantung dari buk RT-nyo... paling sering Sabtu.” (SA, 44)

Ketergantungan pada kesiapan wilayah mengindikasikan bahwa perencanaan belum sepenuhnya berbasis pemetaan sasaran secara sistematis. Dalam kerangka ILP, perencanaan idealnya terintegrasi dengan data populasi sasaran dan jadwal rutin pelayanan primer. Ketika perencanaan masih bersifat adaptif dan situasional, distribusi kegiatan menjadi kurang merata dan konsistensi cakupan antarwilayah sulit dijaga.

Selain itu, beban kerja tenaga kesehatan yang telah diuraikan pada komponen input turut memengaruhi fleksibilitas perencanaan. Keterbatasan SDM menyebabkan kegiatan skrining harus menyesuaikan dengan ketersediaan petugas, sehingga kesinambungan jadwal belum optimal. Dengan demikian, terdapat keterkaitan langsung antara kecukupan input dan stabilitas proses perencanaan.

Pada tahap pelaksanaan, skrining dilakukan mengikuti alur standar lima meja, mulai dari pendaftaran, wawancara faktor risiko, pemeriksaan tekanan darah dan antropometri, hingga edukasi serta rujukan apabila ditemukan faktor risiko.

“Mulai dari pendaftaran, cek tensi, TB, BB, LP, setelah itu kalau ada penyakit ditindaklanjuti.” (SR, 53)

“Sudah berjalan sesuai SOP.” (SR, 53)

Kepatuhan terhadap prosedur menunjukkan bahwa secara teknis pelaksanaan telah memenuhi standar operasional. Bahkan, peserta yang hadir menilai pelayanan yang diberikan bermanfaat dan responsif.

“Bagus untuk kegiatannya, banyak manfaatnya.” (SN, 32)

“Jelas, dikasih solusi sama dokternya.” (DT, 45)

Temuan ini menegaskan bahwa mutu pelayanan pada saat kegiatan berlangsung relatif baik. Dengan kata lain, hambatan efektivitas program bukan terletak pada kualitas intervensi klinis, melainkan pada jangkauan sasaran.

Rendah dan tidak meratanya partisipasi masyarakat menjadi tantangan utama dalam proses pelaksanaan.

“Partisipasinya kurang, ya itu karena takut dicek kesehatannya.” (SR, 53)

“Sudah kita hayuh-hayuhkan, tapi tergantung masyarakatnya lagi.” (DK, 43)

Sebagian masyarakat belum memandang skrining sebagai kebutuhan rutin apabila tidak memiliki keluhan. Persepsi merasa sehat, kekhawatiran terhadap hasil pemeriksaan, serta keterbatasan waktu karena aktivitas kerja menjadi faktor penghambat. Kondisi ini sejalan dengan temuan Nilasari dkk. (2025) bahwa rendahnya partisipasi skrining PTM berkaitan dengan persepsi individu dan belum optimalnya pendekatan promotif-preventif di tingkat komunitas (Nilasari dkk., 2025).

Dalam perspektif health-seeking behavior, individu lebih cenderung mencari layanan kesehatan ketika gejala telah muncul (One dkk., 2025). Hal ini menunjukkan bahwa efektivitas proses skrining tidak hanya ditentukan oleh kepatuhan prosedural, tetapi juga oleh keberhasilan strategi komunikasi risiko dan perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Tanpa peningkatan literasi kesehatan dan pendekatan edukatif berkelanjutan, proses skrining akan tetap menghadapi keterbatasan cakupan meskipun standar teknis telah terpenuhi.

Pada aspek pencatatan dan pelaporan, mekanisme dilakukan melalui kombinasi sistem manual dan digital menggunakan Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK). Pencatatan awal dilakukan secara manual oleh kader, kemudian diinput ke sistem digital setelah kegiatan selesai.

“Manual dulu, nanti baru diinput pakai aplikasi ASIK.” (B, 56)

“Kader mencatat secara manual dulu setelah itu baru pakai digital.” (DK, 43)

Penerapan sistem digital menunjukkan adanya upaya integrasi dengan kebijakan nasional penguatan sistem informasi kesehatan. Namun, implementasi masih menghadapi kendala teknis, seperti keterbatasan jaringan internet dan penggunaan kuota pribadi oleh petugas.

“Pakai kuota petugas... kadernya pakai kuota sendiri.” (SR, 53)

“Digital itu suka lemot, error.” (DK, 43)

Pencatatan ganda meningkatkan beban kerja dan berpotensi menunda pelaporan. Sejalan dengan Yulyati dkk. (2025), kondisi ini dapat memengaruhi ketepatan waktu pelaporan serta kualitas data (Yulyati dkk., 2025). Dalam konteks evaluasi program, keterlambatan dan ketidaklengkapan data dapat berdampak pada kurang optimalnya perencanaan tindak lanjut dan pengambilan keputusan berbasis bukti.

Dengan demikian, terdapat hubungan yang jelas antara keterbatasan input (SDM dan dukungan sarana), dinamika proses (perencanaan adaptif dan pencatatan ganda), serta implikasinya terhadap capaian program.

Secara keseluruhan, dalam perspektif evaluasi CIPP, komponen process menunjukkan bahwa pelaksanaan skrining PTM di Puskesmas Paal X telah memenuhi standar prosedural dan memiliki kualitas pelayanan yang baik pada tingkat individual. Namun, efektivitasnya dalam menjangkau populasi sasaran masih dibatasi oleh perencanaan yang belum sepenuhnya berbasis pemetaan data, partisipasi masyarakat yang fluktuatif, serta efisiensi sistem pelaporan yang belum optimal.

Temuan ini mengindikasikan bahwa penguatan proses tidak hanya memerlukan kepatuhan terhadap standar teknis, tetapi juga integrasi yang lebih kuat antara kecukupan input, strategi komunikasi perubahan perilaku, serta optimalisasi sistem informasi kesehatan untuk mendukung keberlanjutan dan perluasan cakupan skrining PTM

Product

Evaluasi komponen *product* menunjukkan bahwa program skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) di Puskesmas Paal X mengalami peningkatan capaian, namun belum mencapai efektivitas optimal dalam menjangkau populasi sasaran. Data menunjukkan bahwa cakupan skrining usia produktif pada tahun 2024 sebesar 40,3% (3.136 dari 7.787 sasaran), kemudian meningkat menjadi 50,0% (4.059 dari 8.116 sasaran) pada tahun 2025. Secara absolut terjadi peningkatan 923 peserta, dengan kenaikan cakupan hampir 10%.

Secara kuantitatif, tren ini mencerminkan adanya perbaikan performa program. Namun secara substantif, capaian 50% berarti separuh populasi usia produktif masih belum memperoleh layanan deteksi dini. Dalam perspektif evaluasi CIPP, peningkatan angka belum dapat diinterpretasikan sebagai keberhasilan penuh apabila belum mampu menjamin akses yang luas dan merata.

Kondisi ini dikonfirmasi oleh persepsi pelaksana program yang menyatakan bahwa capaian belum memenuhi target yang ditetapkan.

“Belum ya, masih jauh dari sasaran.” (SR, 53)

“Dari tahun ke tahun nggak sesuai, belum mencapai target.” (DK, 43)

“Masih kurang ya, belum mencapai target.” (SR, 53)

Selain capaian tahunan, stabilitas output program juga dipengaruhi oleh fluktuasi partisipasi pada tingkat kegiatan. Target minimal peserta per kegiatan adalah 30 orang, namun kehadiran masyarakat tidak selalu konsisten. Variabilitas ini menunjukkan bahwa output program masih sangat bergantung pada momentum dan respons spontan masyarakat, bukan pada kebutuhan yang terinternalisasi.

“Target 30, tapi kadang sampai lima puluhan lebih... itu batas ambang minimalnya.” (SK, 46)

“Kadang melebihi target, kadang harus nunggu dulu.” (SA, 44)

Ketergantungan pada partisipasi situasional ini mengindikasikan bahwa skrining belum sepenuhnya dipersepsikan sebagai kebutuhan rutin. Menurut World Health Organization, efektivitas program skrining sangat ditentukan oleh cakupan populasi yang luas dan partisipasi yang berkelanjutan. Cakupan yang terbatas berisiko mempertahankan kelompok berisiko tinggi di luar sistem deteksi dini.

Faktor perilaku masyarakat menjadi determinan penting dalam capaian *product*. Hasil wawancara menunjukkan adanya hambatan psikologis berupa persepsi merasa sehat dan ketakutan mengetahui hasil pemeriksaan.

“Masih belum ya, karena memang masyarakat, ada yang tidak mau diperiksa, ada yang takut tahu penyakitnya.” (B, 56)

Temuan ini menunjukkan bahwa kendala utama bukan semata pada aspek teknis pelaksanaan, melainkan pada dimensi persepsi risiko dan literasi kesehatan. Penelitian Nurfadilah dan Rizqi (2025) juga menegaskan bahwa rendahnya partisipasi skrining di tingkat puskesmas berkaitan dengan rendahnya pemanfaatan layanan preventif oleh masyarakat yang cenderung berorientasi kuratif (Nurfadilah & Rizqi, 2025). Pola serupa terlihat pada konteks penelitian ini, di mana skrining belum sepenuhnya dipandang sebagai kebutuhan preventif.

Meskipun demikian, terdapat indikasi perubahan positif dalam kesadaran masyarakat.

“Semakin hari semakin meningkat kesadarannya.” (B, 56)

Peningkatan cakupan dari 40,3% menjadi 50,0% dapat diinterpretasikan sebagai dampak dari strategi promotif dan pendekatan jemput bola yang dilakukan puskesmas. Artinya, meskipun belum optimal, intervensi yang dilakukan mulai menunjukkan efek terhadap perilaku pencarian layanan kesehatan preventif.

Dari sisi kualitas output, evaluasi tidak hanya mencakup jumlah peserta, tetapi juga mekanisme tindak lanjut. Informan menyatakan bahwa peserta dengan hasil tidak normal diarahkan untuk melanjutkan pemeriksaan sesuai alur rujukan.

“Kalau ditemukan, disuruh berobat sesuai tempat BPJS-nya.” (SR, 53)

“Kalau perlu penanganan lanjut, dirujuk ke rumah sakit.” (DK, 43)

Hal ini menunjukkan bahwa secara prosedural, fungsi deteksi dan rujukan telah berjalan. Dalam kerangka Integrasi Layanan Primer yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, keberhasilan program tidak hanya diukur dari cakupan, tetapi juga dari kesinambungan pelayanan dan dampaknya terhadap perubahan perilaku.

Dampak tersebut mulai terlihat pada tingkat individu, sebagaimana disampaikan oleh peserta skrining.

“Lebih tahu kesehatan, jadi bisa menjaga... karena sudah tahu hasil pemeriksaan, bisa antisipasi ke depannya.” (SN, 32)

“Jadi lebih antisipasi sih, lebih jaga pola makan dan yang lainnya.” (B, 35)

Pernyataan ini mengindikasikan bahwa skrining tidak hanya menghasilkan output administratif berupa angka cakupan, tetapi juga outcome awal berupa peningkatan kesadaran dan perubahan perilaku kesehatan. Namun demikian, perubahan tersebut masih bersifat individual dan belum terkonversi menjadi cakupan populasi yang luas.

Secara keseluruhan, komponen *product* menunjukkan adanya peningkatan performa program, keberfungsian mekanisme rujukan, serta dampak positif terhadap kesadaran kesehatan individu. Akan tetapi, keterbatasan cakupan dan fluktuasi partisipasi menunjukkan bahwa efektivitas program sebagai strategi deteksi dini populasi masih perlu diperkuat. Dengan demikian, peningkatan kuantitatif belum sepenuhnya merefleksikan optimalisasi fungsi preventif skrining PTM di tingkat layanan primer.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pelaksanaan skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) pada Klaster 3 Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas Paal X telah didukung oleh kebijakan yang jelas serta ketersediaan sumber daya yang relatif memadai. Namun, capaian skrining secara keseluruhan belum menjangkau seluruh populasi sasaran secara optimal.

Berdasarkan evaluasi menggunakan pendekatan CIPP, permasalahan utama tidak terletak pada aspek input, melainkan pada aspek proses implementasi. Perencanaan kegiatan belum tersusun secara sistematis dan berkelanjutan, pelaksanaan masih bersifat fluktuatif, serta partisipasi masyarakat belum stabil. Temuan ini menunjukkan bahwa efektivitas skrining lebih ditentukan oleh kualitas pelaksanaan operasional dan konsistensi mobilisasi sasaran dibandingkan sekadar kecukupan sumber daya.

Secara konseptual, penelitian ini menegaskan bahwa dalam implementasi ILP, keberhasilan program deteksi dini tidak hanya bergantung pada dukungan kebijakan dan sarana, tetapi pada konsistensi tata kelola pelaksanaan serta penguatan pendekatan promotif-preventif agar skrining dipersepsikan sebagai kebutuhan rutin masyarakat.

Untuk meningkatkan efektivitas skrining PTM, diperlukan penguatan perencanaan operasional yang lebih terstruktur dan berkelanjutan, optimalisasi peran kader dalam edukasi serta mobilisasi masyarakat, dan perbaikan sistem pencatatan serta tindak lanjut hasil skrining agar kesinambungan pelayanan dapat terjamin. Selain itu, monitoring dan evaluasi berkala oleh dinas kesehatan penting dilakukan guna memastikan implementasi ILP berjalan sesuai standar dan target

yang ditetapkan. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan cakupan skrining sekaligus memperkuat fungsi preventif layanan primer dalam pengendalian PTM di tingkat masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- DIAN FITRIYANI, SITI UTAMI DEWI, SUSILO WIRAWAN, SUPRIYATNI KARTADARMA, H. P. (2024). IMPLEMENTASI PROGRAM POSBINDU PENYAKIT TIDAK MENULAR. *Ensiklopedia of Journal*, 6(3), 57–63.
- Dinas Kesehatan Kota Jambi. (2024). *Laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang P2PTM Kesehatan Kota Jambi Tahun 2024*.
- Fiantika, F. R., Wasil, M., Jumiyati, S., Honesti, L., Wahyuni, S., Mouw, E., Jonata, Mashudi, I., Hasanah, N., Maharani, A., Ambarwati, K., Noflidaputri, R., Nuryami, & Waris, L. (2022). Metodologi Penelitian Kualitatif. In Metodologi Penelitian Kualitatif. In *Rake Sarasin* (Issue March). <https://scholar.google.com/citations?user=O-B3eJYAAAAAJ&hl=en>
- Haryanto B, Prasetyo A, W. R. (2023). Faktor yang berhubungan dengan cakupan skrining penyakit tidak menular di puskesmas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. *Kemenkes RI*, 1–19. [https://diskes.badungkab.go.id/storage/diskes/file/KMK Nomor 2015 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.pdf](https://diskes.badungkab.go.id/storage/diskes/file/KMK%20Nomor%202015%20Tahun%202023%20tentang%20Petunjuk%20Teknis%20Integrasi%20Pelayanan%20Kesehatan%20Primer.pdf)
- Kementrian Kesehatan RI. (2024). *Pedoman Kerja Puskesmas Klaster III Kesehatan Dewasa dan Lansia*.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook (3rd ed.)* SAGE Publications.
- Nida, S., Swasti, A., Tyas, A., Putri, N. E., Larasanti, A., & Widoyopi, A. A. (2024). A systematic review of the types , workload , and supervision mechanism of community health workers : lessons learned for Indonesia. *BMC Primary Care*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02319-2>
- Nilasari, N., Kharisma, B., & Putri, A. (2025). ANALISIS TINGKAT PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM SKRINING PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM). 6(1), 643–649.
- Nurfadilah, D., & Rizqi, A. (2025). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Capaian Skrining Usia Produktif (15-59) Tahun dalam Pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) di UPTD Puskesmas Kadugede Tahun 2024. 2018, 2015–2019.
- One, V., Sinambela, S., Nasution, H. S., & Butar, M. B. (2025). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan (Health-Seeking Behavior) Terkait Tuberkulosis pada Masyarakat. 4(September).
- Rany Novita dan Yunita Jasrida. (2022). Metodologi Penelitian Kualitatif Bidang Kesehatan. In *Global Aksara Pers*.
- Stufflebeam, D. L., & Zhang, G. (2017). *The CIPP Evaluation Model: How to Evaluate for Improvement and Accountability*. Guilford Press.
- World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases (NCDs)*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yulyati, F., Hartono, R. K., & Mahdaniar, A. H. (2025). Evaluasi Penggunaan Aplikasi Sehat Indonesiaku (Asik) Dalam Pencatatan Pelaporan Penyakit Tidak Menular. 9(April), 2740–2756.