

**ANALISA DESKRIPTIF TANTANGAN IMPLEMENTASI PROGRAM  
PEMERIKSAAN KESEHATAN GRATIS (PKG) DI UPTD BLUD PUSKESMAS  
PRINGGARATA TAHUN 2026**

**Dessy Jumianita Adi Hasrani**

Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia

e-mail: [dessyjumiania82@gmail.com](mailto:dessyjumiania82@gmail.com)

Diterima: 14/05/2026; Direvisi: 20/05/2026; Diterbitkan: 24/05/2026

**Abstrak**

Transformasi pelayanan kesehatan di Indonesia menempatkan upaya promotif dan preventif sebagai prioritas melalui implementasi Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG), namun evaluasi program kesehatan selama ini lebih banyak berfokus pada capaian kuantitatif dan belum mendalami hambatan operasional yang menyebabkan rendahnya pencapaian sasaran layanan. Kondisi tersebut penting dikaji karena kendala implementasi di tingkat puskesmas dapat memengaruhi efektivitas Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Penelitian ini bertujuan menganalisis tantangan implementasi Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis di UPTD BLUD Puskesmas Pringgarata serta mengidentifikasi akar penyebab rendahnya capaian program. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus dan analisis *Root Cause Analysis* melalui *Fishbone Analysis* berbasis kerangka 6M, yaitu *Man, Money, Method, Machine, Material, dan Mechanism*. Data diperoleh dari laporan capaian PKG periode Januari–April 2026 dan telaah proses kerja petugas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa capaian pendaftar kelompok usia dewasa hanya mencapai 1.441 orang atau 6,68% dari target 21.581 sasaran. Hambatan utama ditemukan pada aspek *Method* berupa pendekatan pelayanan pasif, *Machine* terkait keterbatasan perangkat laboratorium dan pendukung Rekam Medis Elektronik (RME), serta *Mechanism* akibat beban administrasi pencatatan ganda. Penelitian menyimpulkan bahwa rendahnya capaian PKG dipengaruhi hambatan sistemik tata kelola operasional, sehingga diperlukan penguatan strategi *active case finding*, digitalisasi pencatatan layanan, dan optimalisasi sarana pendukung untuk meningkatkan efektivitas implementasi program.

**Kata Kunci:** *Fishbone analysis, Integrasi pelayanan kesehatan primer, Pemeriksaan kesehatan gratis, Puskesmas BLUD, Root cause analysis.*

**ABSTRACT**

The transformation of healthcare services in Indonesia has emphasized promotive and preventive approaches through the implementation of the Free Health Check-Up Program (*Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis/PKG*). However, previous evaluations of health programs have predominantly focused on quantitative outcomes and have not comprehensively examined operational barriers contributing to low program achievement. This issue is important to investigate because implementation challenges at the primary healthcare level may affect the overall effectiveness of Integrated Primary Healthcare Services (*Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer/ILP*). This study aimed to analyze the implementation challenges of the Free Health Check-Up Program at UPTD BLUD Pringgarata Community Health Center and identify the root causes of low program performance. The study employed a qualitative descriptive approach using a case study design and *Root Cause Analysis* through *Fishbone Analysis* based

on the 6M framework, consisting of *Man, Money, Method, Machine, Material, and Mechanism*. Data were collected from PKG achievement reports from January to April 2026 and observations of staff workflow processes. The findings revealed that adult participant registration only reached 1,441 individuals or 6.68% of the target population of 21,581. Major barriers were identified in the *Method* aspect, characterized by passive service approaches; the *Machine* aspect, related to limited laboratory equipment and Electronic Medical Record (EMR) support devices; and the *Mechanism* aspect, involving double administrative recording burdens. The study concludes that low PKG achievement is influenced by systemic operational management barriers, indicating the need to strengthen *active case finding* strategies, digitalize service recording systems, and optimize supporting infrastructure to improve program implementation effectiveness.

**Keywords:** *Fishbone analysis, Free health check-Up program, Integrated primary healthcare, Public health center, Root cause analysis.*

## PENDAHULUAN

Transformasi sistem kesehatan di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir mengarah pada penguatan layanan promotif dan preventif sebagai strategi utama meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan tersebut diwujudkan melalui penerapan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) yang menempatkan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai ujung tombak pelayanan berbasis siklus hidup, di mana implementasinya berperan penting dalam memperkuat layanan kesehatan primer yang terintegrasi dan berbasis komunitas (Jannah et al., 2025). Pendekatan ini menuntut puskesmas tidak hanya menjalankan fungsi kuratif, tetapi juga mampu melakukan deteksi dini faktor risiko penyakit melalui berbagai program skrining kesehatan masyarakat. Salah satu implementasi kebijakan tersebut adalah Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) yang dirancang untuk memperluas akses layanan skrining dan meningkatkan cakupan pelayanan preventif, terutama pada kelompok usia produktif dan lanjut usia. Namun, efektivitas program sangat dipengaruhi oleh kesiapan sumber daya, sistem pencatatan, dukungan teknologi, serta mekanisme operasional layanan di tingkat fasilitas kesehatan primer, di mana berbagai penelitian seperti Lumban Gaol et al. (2025) menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya manusia, infrastruktur, dan sistem informasi masih menjadi tantangan utama dalam implementasi layanan kesehatan terintegrasi.

Pada periode Januari-April 2026, pelaksanaan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) di UPTD BLUD Puskesmas Pringgarata menunjukkan capaian yang belum optimal. Berdasarkan rekapitulasi data pelayanan, dari total sasaran usia dewasa sebanyak 21.581 orang, jumlah pendaftar baru mencapai 1.441 orang atau 6,68%, sedangkan capaian pemeriksaan hanya 1.280 orang (5,9%). Rendahnya capaian tersebut menunjukkan masih besarnya kelompok sasaran yang belum memperoleh intervensi layanan preventif. Kondisi ini berpotensi menghambat pencapaian target Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer sekaligus menurunkan efektivitas upaya deteksi dini penyakit tidak menular pada masyarakat. Penelitian Nabilah et al. (2025) menunjukkan bahwa rendahnya cakupan skrining kesehatan pada layanan primer umumnya dipengaruhi oleh keterbatasan akses layanan, rendahnya kesadaran masyarakat, serta hambatan operasional fasilitas kesehatan dalam menjangkau kelompok usia produktif. Selain itu, evaluasi implementasi program skrining kesehatan di Indonesia juga menunjukkan bahwa tantangan utama terletak pada belum optimalnya strategi layanan berbasis komunitas serta keterbatasan sumber daya dan sistem layanan yang belum sepenuhnya terintegrasi, sehingga memengaruhi capaian program secara keseluruhan (Mangero et al., 2025).



Keberhasilan implementasi pelayanan kesehatan primer sangat dipengaruhi oleh interaksi berbagai komponen sistem yang saling bergantung, mulai dari sumber daya manusia, pembiayaan, metode pelayanan, ketersediaan sarana dan teknologi, logistik, hingga mekanisme operasional dan sistem kerja. Dalam praktiknya, rendahnya capaian program kesehatan tidak dapat dijelaskan oleh satu faktor tunggal, melainkan merupakan hasil keterkaitan berbagai aspek dalam sistem pelayanan yang kompleks. Kondisi ini menunjukkan bahwa permasalahan dalam implementasi program kesehatan bersifat multidimensional dan sistemik, sehingga tidak cukup dianalisis secara parsial berdasarkan satu variabel saja. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan analitis yang mampu memahami keterkaitan antar komponen tersebut secara lebih menyeluruh dalam rangka mengidentifikasi sumber permasalahan secara lebih komprehensif (Wati & Wididiyanto, 2025). Sejalan dengan itu, penelitian Ernawati dan Novratilova (2025) di tingkat fasilitas kesehatan primer juga menunjukkan bahwa berbagai hambatan pelayanan umumnya muncul secara simultan dari faktor SDM, metode kerja, sistem informasi, serta dukungan sarana dan pendanaan, yang saling memengaruhi dalam menentukan efektivitas layanan kesehatan.

Keterbatasan penelitian sebelumnya menunjukkan masih terdapat kesenjangan penelitian (research gap) terkait analisis multidimensi terhadap hambatan implementasi program preventif di tingkat puskesmas, khususnya Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG). Hingga saat ini, kajian yang menggunakan pendekatan *Root Cause Analysis* melalui *Fishbone Analysis* berbasis 6M (*Man, Money, Method, Machine, Material, dan Mechanism*) untuk mengevaluasi capaian Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis masih sangat terbatas. Padahal, pendekatan tersebut memungkinkan identifikasi penyebab masalah secara lebih sistematis dan menyeluruh dibandingkan evaluasi berbasis indikator capaian semata. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian di tingkat pelayanan primer yang menunjukkan bahwa berbagai hambatan implementasi program kesehatan umumnya bersumber dari keterkaitan faktor SDM, sistem kerja, sarana prasarana, serta mekanisme layanan yang tidak dapat dianalisis secara terpisah, sehingga membutuhkan pendekatan analisis yang lebih terintegrasi dan berbasis akar masalah (Ratnawati & Iskandar, 2025). Selain itu, studi Putra et al. (2024) juga menegaskan bahwa evaluasi sistem kesehatan primer di Indonesia masih didominasi pendekatan sektoral sehingga belum mampu menggambarkan keterkaitan antar komponen sistem secara komprehensif.

Penelitian ini menawarkan pendekatan evaluatif terhadap implementasi Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) di fasilitas kesehatan primer melalui penggunaan *Fishbone Analysis* 6M yang mengintegrasikan aspek sumber daya manusia, pendanaan, metode pelayanan, teknologi, logistik, dan mekanisme kerja dalam satu kerangka analisis operasional. Pendekatan tersebut memungkinkan pemetaan hubungan antar hambatan sistemik sekaligus memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas pelayanan preventif di tingkat puskesmas. Hal ini sejalan dengan penelitian Sitompul et al. (2025) yang menunjukkan bahwa penggunaan *fishbone analysis* dalam evaluasi pelayanan kesehatan mampu mengidentifikasi akar masalah secara lebih sistematis melalui pengelompokan faktor Man, Method, Machine, Material, dan Management dalam satu sistem analisis yang terintegrasi. Selain itu, penggunaan *Fishbone Analysis* dalam evaluasi pelayanan kesehatan terbukti mampu mengidentifikasi akar masalah secara lebih komprehensif melalui pengelompokan faktor penyebab ke dalam aspek *Man, Machine, Method, Material, dan Management*, sehingga menghasilkan rekomendasi perbaikan yang lebih terarah dan berbasis sistem (Rohman & Umar, 2024).



## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus untuk menganalisis tantangan implementasi Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) di UPTD BLUD Puskesmas Pringgarata, Kabupaten Lombok Tengah, selama periode Januari-April 2026. Pendekatan ini dipilih karena penelitian berfokus pada pemahaman mendalam mengenai hambatan operasional dan faktor penyebab rendahnya capaian program dalam konteks nyata pelaksanaan layanan kesehatan primer. Analisis dilakukan menggunakan pendekatan *Root Cause Analysis* (RCA) melalui *Fishbone Analysis* berbasis kerangka 6M yang mencakup *Man* (sumber daya manusia), *Money* (anggaran), *Method* (metode pelayanan), *Machine* (sarana dan teknologi), *Material* (logistik), dan *Mechanism* (mekanisme kerja). Kerangka tersebut digunakan untuk mengidentifikasi dan memetakan akar penyebab rendahnya capaian Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis secara sistematis. Sumber data penelitian terdiri atas data primer berupa telaah proses kerja pelaksanaan program serta informasi operasional dari tenaga pelaksana, dan data sekunder berupa dokumen capaian program, laporan pelayanan, data sasaran, serta pedoman teknis dan dokumen kebijakan pendukung.

Pengumpulan data dilakukan melalui dokumentasi, observasi, dan telaah alur kerja (*workflow analysis*) terhadap mekanisme pelayanan, pencatatan data, dan pelaksanaan kegiatan di lapangan. Informasi yang diperoleh kemudian disusun dalam matriks identifikasi masalah yang memuat hambatan, penyebab, dampak, dan alternatif solusi sebelum dipetakan ke dalam komponen *Fishbone Analysis* 6M. Analisis data dilakukan secara interaktif melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan untuk mengidentifikasi faktor dominan yang memengaruhi rendahnya capaian program. Keabsahan data dijaga menggunakan triangulasi sumber dan triangulasi metode dengan membandingkan hasil dokumentasi, kondisi operasional lapangan, serta informasi dari pelaksana program guna memastikan konsistensi dan kredibilitas temuan penelitian.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil

Berdasarkan data laporan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) di UPTD BLUD Puskesmas Pringgarata periode Januari-April 2026, diketahui bahwa capaian layanan masih berada pada kategori rendah. Dari total sasaran kelompok usia dewasa sebanyak 21.581 orang, jumlah pendaftar yang tercatat hanya mencapai 1.441 orang atau sebesar 6,68%. Sementara itu, jumlah masyarakat yang menjalani pemeriksaan kesehatan hanya sebanyak 1.280 orang atau 5,9% dari total sasaran. Data ini menunjukkan adanya kesenjangan yang cukup besar antara target program dan realisasi pelaksanaan di lapangan. Secara umum, terdapat selisih antara jumlah sasaran, pendaftar, dan peserta yang diperiksa. Hal ini menunjukkan bahwa proses implementasi program belum berjalan secara optimal pada seluruh tahapan layanan. Temuan ini kemudian dianalisis lebih lanjut berdasarkan komponen 6M untuk mengidentifikasi hambatan pada setiap aspek pelaksanaan program.

**Tabel 1. Analisis Akar Masalah Implementasi Program PKG Berdasarkan 6M**

| KOMPONEN 6M | HAMBATAN                         | DAMPAK OPERASIONAL                    | ARAH SOLUSI                  |
|-------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <i>Man</i>  | Beban ganda tenaga kesehatan dan | Burnout dan penurunan fokus pelayanan | Optimalisasi kader kesehatan |

|                  |  |                                      |   |
|------------------|--|--------------------------------------|---|
|                  | keterbatasan SDM lapangan                    |                                      |   |
| <b>Money</b>     | Anggaran lebih dominan pada layanan kuratif  | Kegiatan skrining aktif terbatas     | Reorientasi anggaran promotif-preventif |
| <b>Method</b>    | Pelayanan bersifat pasif                     | Rendahnya partisipasi sasaran        | <i>Active case finding</i>              |
| <b>Machine</b>   | Keterbatasan POCT dan perangkat RME lapangan | Cakupan layanan luar gedung terbatas | Pengadaan <i>mobile RME</i>             |
| <b>Material</b>  | Distribusi reagen terbatas                   | Skrining tidak merata                | Buffer stok logistik                    |
| <b>Mechanism</b> | Pencatatan ganda manual dan digital          | Keterlambatan pelaporan              | Integrasi RME                           |

Tabel 1 menunjukkan bahwa hambatan implementasi PKG tidak hanya bersumber dari satu aspek, tetapi merupakan kombinasi dari berbagai faktor sistemik. Komponen *Method*, *Machine*, dan *Mechanism* terlihat menjadi faktor dominan yang paling mempengaruhi rendahnya capaian program. Ketiga aspek tersebut saling berhubungan dan memperkuat terjadinya inefisiensi layanan di tingkat puskesmas. Oleh karena itu, intervensi perbaikan perlu dilakukan secara terintegrasi, bukan parsial.

### **Man (Sumber Daya Manusia)**

Hasil penelitian pada komponen *Man* menunjukkan bahwa pelaksanaan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) masih menghadapi keterbatasan sumber daya manusia di lapangan. Tenaga kesehatan, khususnya bidan desa dan petugas lapangan, ditemukan merangkap tugas pelayanan sekaligus administrasi. Kondisi ini menyebabkan beban kerja menjadi lebih tinggi dibandingkan kapasitas ideal pelayanan yang seharusnya. Dalam beberapa kegiatan, tenaga kesehatan harus menangani pelayanan *skrining* sekaligus melakukan pencatatan data secara bersamaan di lokasi pelayanan. Selain itu, distribusi tenaga analis laboratorium masih terpusat di puskesmas induk sehingga pelayanan di lapangan sangat bergantung pada mobilisasi terbatas. Hal ini berdampak pada keterbatasan jangkauan pelayanan di wilayah sasaran yang lebih luas. Akibatnya, tidak semua titik layanan dapat dijangkau secara optimal oleh tenaga kesehatan yang tersedia. Temuan ini menunjukkan bahwa aspek sumber daya manusia masih belum merata dalam mendukung pelaksanaan program PKG secara optimal di tingkat lapangan.

### **Money (Pembiayaan)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada komponen pembiayaan, alokasi anggaran program PKG masih lebih banyak terserap pada kegiatan kuratif dibandingkan kegiatan promotif dan preventif. Kondisi ini terlihat dari terbatasnya anggaran yang dialokasikan khusus untuk kegiatan skrining aktif di masyarakat. Dalam pelaksanaannya, prioritas pembiayaan belum sepenuhnya diarahkan pada penguatan layanan pencegahan di tingkat komunitas. Hal ini menyebabkan ruang gerak pelaksanaan program skrining menjadi lebih terbatas. Selain itu, dukungan pembiayaan untuk kegiatan luar gedung juga masih belum optimal. Kegiatan seperti sweeping atau penjangkauan langsung ke masyarakat masih sangat jarang dilakukan karena

keterbatasan dana operasional. Akibatnya, cakupan layanan pemeriksaan kesehatan belum dapat menjangkau seluruh kelompok sasaran secara maksimal. Temuan ini menunjukkan bahwa struktur pembiayaan program PKG belum sepenuhnya mendukung optimalisasi kegiatan skrining berbasis komunitas.

### **Method (Metode Pelayanan)**

Hasil penelitian pada komponen *Method* menunjukkan bahwa pendekatan pelayanan dalam Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) masih didominasi oleh pola pelayanan pasif. Pelayanan lebih banyak dilakukan dengan menunggu kedatangan masyarakat ke fasilitas kesehatan tanpa strategi penjangkauan aktif. Kondisi ini menyebabkan rendahnya keterjangkauan layanan pada kelompok usia produktif yang memiliki keterbatasan waktu untuk datang ke puskesmas. Akibatnya, cakupan skrining tidak dapat mencapai target yang telah ditetapkan secara optimal. Selain itu, kegiatan penjangkauan aktif ke masyarakat masih sangat terbatas dan belum menjadi strategi utama dalam pelaksanaan program. Program jemput bola ke komunitas, tempat kerja, atau lokasi keramaian belum dilakukan secara rutin dan terstruktur. Hal ini menyebabkan sebagian besar sasaran tidak terlayani secara langsung di lingkungan tempat mereka beraktivitas. Temuan ini menunjukkan bahwa metode pelayanan masih bersifat konvensional dan belum sepenuhnya berorientasi pada pendekatan berbasis komunitas.

### **Machine (Sarana dan Teknologi)**

Hasil penelitian pada komponen *Machine* menunjukkan bahwa keterbatasan sarana dan teknologi masih menjadi kendala dalam pelaksanaan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG). Perangkat *Point of Care Testing* (POCT) di lapangan masih terbatas sehingga tidak semua jenis pemeriksaan dapat dilakukan secara lengkap di lokasi pelayanan. Selain itu, perangkat pendukung Rekam Medis Elektronik (RME) berbasis *mobile* juga belum tersedia secara memadai di titik pelayanan luar gedung. Kondisi ini menyebabkan keterbatasan dalam pelaksanaan layanan skrining berbasis lapangan. Kendala jaringan internet juga ditemukan pada beberapa lokasi pelayanan yang berada di wilayah dengan akses terbatas. Hal ini menghambat proses pencatatan data secara langsung atau real-time selama kegiatan berlangsung. Akibatnya, sebagian data harus ditunda untuk diinput setelah kembali ke fasilitas kesehatan. Temuan ini menunjukkan bahwa aspek teknologi masih menjadi faktor penting yang membatasi perluasan cakupan layanan PKG di lapangan.

### **Material (Logistik)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada komponen *material*, ketersediaan logistik pemeriksaan masih belum mencukupi kebutuhan pelaksanaan program PKG. Reagen untuk pemeriksaan dasar seperti gula darah, kolesterol, dan asam urat tidak selalu tersedia sesuai dengan jumlah sasaran yang ada di lapangan. Kondisi ini menyebabkan tidak semua peserta yang hadir dapat dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh. Dalam beberapa kegiatan, pelayanan harus disesuaikan dengan ketersediaan logistik yang terbatas. Selain itu, distribusi logistik antara puskesmas induk dan kegiatan lapangan juga belum berjalan secara merata dan terjadwal dengan baik. Hal ini menyebabkan adanya perbedaan ketersediaan alat dan bahan antara satu lokasi pelayanan dengan lokasi lainnya. Akibatnya, cakupan skrining menjadi tidak konsisten di setiap wilayah. Temuan ini menunjukkan bahwa aspek material masih menjadi salah satu hambatan dalam mendukung keberlangsungan layanan PKG secara menyeluruh.

### **Mechanism (Mekanisme Kerja)**

Hasil penelitian pada komponen *Mechanism* menunjukkan bahwa mekanisme pencatatan pelayanan dalam Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) masih dilakukan secara ganda. Petugas melakukan pencatatan manual di lapangan terlebih dahulu sebelum kemudian memasukkan data ke dalam sistem elektronik di puskesmas. Proses ini menyebabkan adanya tambahan beban kerja bagi tenaga kesehatan yang bertugas di lapangan. Selain itu, alur pencatatan menjadi lebih panjang dan memakan waktu lebih banyak. Selain itu, ditemukan adanya keterlambatan dalam pelaporan data akibat proses input ulang tersebut. Hal ini menyebabkan data capaian program tidak dapat tersaji secara *real-time* sesuai kondisi di lapangan. Kondisi tersebut juga meningkatkan risiko terjadinya kesalahan atau ketidaksesuaian data antara pencatatan manual dan sistem elektronik. Temuan ini menunjukkan bahwa mekanisme kerja dan sistem informasi yang ada saat ini belum sepenuhnya terintegrasi dalam mendukung pelaksanaan PKG.

### **Pembahasan**

Rendahnya capaian Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) menunjukkan bahwa implementasi kebijakan kesehatan tidak hanya bergantung pada keberadaan program, tetapi juga pada kesiapan sistem dalam menerjemahkan kebijakan tersebut ke dalam praktik pelayanan di lapangan. Dalam perspektif implementasi kebijakan, keberhasilan suatu program sangat ditentukan oleh bagaimana kebijakan tersebut dijalankan dalam konteks nyata yang dipengaruhi oleh sumber daya, koordinasi, serta kapasitas pelaksana di tingkat operasional. Hal ini sejalan dengan temuan Nasution (2024) yang menegaskan bahwa implementasi kebijakan kesehatan di Indonesia sering menghadapi tantangan berupa keterbatasan sumber daya, koordinasi lintas sektor yang belum optimal, serta kesenjangan antara perencanaan dan pelaksanaan di lapangan. Dengan demikian, ketidakefektifan program tidak hanya disebabkan oleh desain kebijakan, tetapi juga oleh faktor implementasi yang kompleks.

Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan program sangat ditentukan oleh kemampuan organisasi pelaksana dalam mengelola sumber daya dan mekanisme kerja secara terpadu. Dalam konteks layanan kesehatan primer, implementasi kebijakan yang tidak didukung oleh sistem yang kuat akan menyebabkan terjadinya inefisiensi pelayanan dan rendahnya capaian program. Penelitian Dasopang et al. (2024) juga menemukan bahwa implementasi kebijakan kesehatan seperti Jaminan Kesehatan Nasional masih menghadapi hambatan pada aspek koordinasi, sumber daya, dan sistem pelayanan yang belum sepenuhnya terintegrasi. Dengan demikian, rendahnya capaian PKG tidak dapat dipahami hanya sebagai masalah teknis, tetapi juga sebagai refleksi dari kelemahan sistem implementasi kebijakan kesehatan secara menyeluruh.

Dalam konteks pelayanan kesehatan primer, PKG seharusnya menjadi instrumen strategis dalam upaya promotif dan preventif yang berbasis komunitas. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa integrasi antar komponen sistem pelayanan masih belum berjalan optimal. Kondisi ini mengindikasikan bahwa transformasi menuju layanan kesehatan berbasis pencegahan masih berada pada tahap transisi. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sistem implementasi agar kebijakan dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

### **Man (Sumber Daya Manusia)**

Permasalahan pada aspek sumber daya manusia menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara beban kerja dan kapasitas tenaga kesehatan di lapangan. Dalam kajian implementasi layanan berbasis sistem kerja, efektivitas pelayanan sangat dipengaruhi oleh kemampuan tenaga pelaksana dalam menjalankan tugas sesuai dengan beban kerja yang tersedia. Ketidakseimbangan tersebut dapat menyebabkan kelelahan kerja, penurunan fokus pelayanan, serta menurunnya efektivitas pelaksanaan program kesehatan secara keseluruhan. Kondisi ini tercermin dari adanya rangkap tugas antara pelayanan klinis dan administrasi yang masih terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan primer.

Selain itu, distribusi tenaga kesehatan yang belum merata juga memperkuat ketimpangan akses layanan di wilayah sasaran. Sentralisasi tenaga kesehatan tertentu di fasilitas induk menyebabkan keterbatasan pelayanan di wilayah luar gedung yang memiliki akses lebih sulit. Hal ini menunjukkan bahwa sistem distribusi sumber daya manusia belum sepenuhnya berbasis kebutuhan operasional lapangan. Temuan ini sejalan dengan kajian Candra Sari et al. (2021) dalam jurnal E-Tech UNP yang menegaskan bahwa keberhasilan layanan berbasis sistem sangat dipengaruhi oleh kesiapan sumber daya manusia dan keterpaduan sistem kerja dalam mendukung efektivitas pelaksanaan layanan di lapangan.

### **Money (Pembiayaan)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur pembiayaan program PKG masih belum sepenuhnya mendukung orientasi layanan promotif dan preventif. Dalam kajian sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia, keberhasilan pembiayaan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh besaran anggaran, tetapi juga oleh efektivitas pengumpulan, alokasi, dan distribusi dana dalam mendukung layanan kesehatan esensial. Namun dalam praktiknya, masih terdapat tantangan berupa ketidakseimbangan antara pembiayaan kuratif dan promotif-preventif, yang menyebabkan layanan skrining belum menjadi prioritas utama dalam penganggaran fasilitas kesehatan primer. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dalam orientasi kebijakan pembiayaan kesehatan di tingkat implementasi.

Ketidakseimbangan tersebut berdampak langsung pada terbatasnya ruang gerak pelaksanaan kegiatan skrining berbasis komunitas. Kegiatan seperti *sweeping* atau penjangkauan aktif ke masyarakat menjadi kurang optimal karena keterbatasan fleksibilitas dan prioritas anggaran operasional di tingkat layanan primer. Kondisi ini menunjukkan bahwa sistem pembiayaan belum sepenuhnya mendukung transformasi layanan kesehatan menuju pendekatan promotif dan preventif yang berkelanjutan. Temuan ini sejalan dengan Pribadi dan Setijaningrum (2023) yang menjelaskan bahwa sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia masih menghadapi tantangan dalam hal distribusi anggaran, efektivitas penggunaan dana, serta ketergantungan terhadap mekanisme pembiayaan pusat dalam mendukung layanan kesehatan primer.

### **Method (Metode Pelayanan)**

Dominasi pendekatan pelayanan pasif menunjukkan bahwa strategi implementasi Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) masih belum bertransformasi menuju model pelayanan berbasis komunitas. Dalam pelayanan kesehatan primer, pendekatan pasif yang hanya mengandalkan kedatangan masyarakat ke fasilitas kesehatan sering kali tidak efektif dalam menjangkau kelompok sasaran yang sehat namun membutuhkan skrining preventif. Kondisi ini menyebabkan rendahnya partisipasi masyarakat, terutama pada kelompok usia

produktif yang memiliki keterbatasan waktu untuk mengakses layanan kesehatan. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara pendekatan pelayanan yang digunakan dengan karakteristik kebutuhan sasaran program. Hal ini sejalan dengan penelitian Rahmah et al. (2024) yang menemukan bahwa cakupan skrining kesehatan di fasilitas pelayanan primer masih rendah karena dominasi pendekatan pasif yang tidak mampu menjangkau masyarakat secara langsung di komunitas.

Selain itu, keterbatasan strategi *active case finding* menunjukkan bahwa program belum sepenuhnya berorientasi pada pendekatan promotif dan preventif berbasis komunitas. Rendahnya cakupan skrining terjadi ketika layanan kesehatan primer tidak menerapkan pendekatan proaktif dalam menjangkau masyarakat yang menjadi sasaran program. Hal ini mengindikasikan bahwa transformasi metode pelayanan menjadi kebutuhan penting dalam meningkatkan efektivitas program skrining kesehatan di tingkat puskesmas. Oleh karena itu, perubahan strategi menuju pendekatan aktif berbasis komunitas menjadi hal yang mendesak untuk dilakukan. Hal ini didukung oleh penelitian Dewi et al. (2023) yang menunjukkan bahwa penerapan *active case finding* secara signifikan meningkatkan cakupan deteksi dini penyakit dibandingkan pendekatan pasif di layanan kesehatan primer.

### **Machine (Sarana dan Teknologi)**

Keterbatasan sarana dan teknologi menunjukkan bahwa proses digitalisasi layanan kesehatan di tingkat puskesmas masih menghadapi hambatan implementatif. Dalam konteks transformasi digital kesehatan, infrastruktur teknologi merupakan prasyarat penting untuk mendukung pelayanan yang efisien, cepat, dan berbasis data real-time. Tanpa dukungan perangkat yang memadai, proses pelayanan menjadi terhambat dan tidak dapat berjalan secara optimal. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kebijakan digitalisasi dengan kondisi implementasi di lapangan. Hal ini sejalan dengan penelitian Chotimah (2022) yang menyatakan bahwa implementasi sistem informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih menghadapi berbagai kendala, terutama pada aspek kesiapan infrastruktur, integrasi sistem, dan adaptasi pengguna dalam proses digitalisasi layanan.

Selain itu, keterbatasan jaringan dan perangkat mobile Rekam Medis Elektronik (RME) memperkuat tantangan dalam integrasi data pelayanan. Kondisi ini menyebabkan proses pencatatan dan pelaporan tidak dapat dilakukan secara real-time sehingga mengurangi efisiensi pelayanan di lapangan. Hal ini menunjukkan bahwa teknologi bukan hanya faktor pendukung, tetapi juga penentu efektivitas sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu, penguatan infrastruktur digital menjadi kebutuhan strategis dalam mendukung keberhasilan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG). Hal ini sejalan dengan penelitian Dewi & Silva (2023) yang menyatakan bahwa implementasi rekam medis elektronik masih menghadapi hambatan pada aspek teknis, sistem, dan sumber daya manusia, sehingga menghambat efektivitas pengelolaan data pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan.

### **Material (Logistik)**

Keterbatasan sarana dan teknologi menunjukkan bahwa proses digitalisasi layanan kesehatan di tingkat puskesmas masih menghadapi hambatan implementatif. Dalam konteks transformasi digital, ketersediaan infrastruktur teknologi menjadi prasyarat penting untuk mendukung pelayanan yang efisien, cepat, dan berbasis data real-time. Tanpa dukungan perangkat yang memadai, proses pelayanan menjadi terhambat dan tidak dapat berjalan secara optimal. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kebijakan digitalisasi dengan kondisi implementasi di lapangan. Hal ini sejalan dengan penelitian Nento dan Manto (2023) yang

menyatakan bahwa pemanfaatan teknologi berperan penting dalam meningkatkan efektivitas sistem kerja, namun implementasinya sangat bergantung pada kesiapan infrastruktur dan sumber daya pendukung di lapangan.

Hal ini berdampak pada ketidakkonsistenan pelayanan di berbagai wilayah kerja puskesmas. Keterbatasan dalam ketersediaan dan distribusi logistik menyebabkan beberapa kegiatan pelayanan tidak dapat berjalan secara optimal dan merata di seluruh sasaran program. Kondisi ini menunjukkan bahwa sistem logistik belum sepenuhnya mampu merespons kebutuhan lapangan secara dinamis. Akibatnya, efektivitas pelaksanaan program skrining kesehatan menjadi terhambat karena adanya ketidaksesuaian antara kebutuhan dan ketersediaan logistik. Hal ini sejalan dengan penelitian Pulungan et al. (2025) yang menyatakan bahwa pengelolaan logistik di puskesmas masih menghadapi kendala pada aspek perencanaan, penyimpanan, dan distribusi sehingga berdampak pada tidak optimalnya pelayanan kesehatan di tingkat fasilitas kesehatan primer.

### ***Mechanism (Mekanisme Kerja)***

Hal ini berdampak pada ketidakkonsistenan pelayanan di berbagai wilayah kerja puskesmas. Keterbatasan dalam ketersediaan logistik, baik obat maupun alat kesehatan, menyebabkan pelayanan tidak dapat berjalan secara optimal dan merata di seluruh sasaran program. Kondisi ini menunjukkan bahwa sistem logistik belum sepenuhnya mampu merespons kebutuhan lapangan secara dinamis dan berbasis permintaan aktual. Akibatnya, efektivitas pelaksanaan program skrining kesehatan menjadi terganggu karena adanya kesenjangan antara kebutuhan dan ketersediaan logistik. Hal ini sejalan dengan penelitian Ramadhan (2023) yang menyatakan bahwa manajemen logistik alat kesehatan di puskesmas masih menghadapi kendala pada aspek penyimpanan, distribusi, dan ketersediaan sehingga berdampak pada tidak optimalnya pelayanan kesehatan di tingkat fasilitas kesehatan primer.

Oleh karena itu, penguatan sistem buffer stock dan manajemen distribusi menjadi hal yang sangat penting untuk diperbaiki. Sistem logistik yang terencana dengan baik akan membantu menjamin ketersediaan bahan medis dan alat kesehatan sesuai kebutuhan pelayanan di lapangan. Selain itu, koordinasi antara puskesmas induk dan unit pelayanan lapangan perlu ditingkatkan agar distribusi lebih merata dan tepat waktu. Dengan demikian, keberlangsungan Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) dapat berjalan lebih efektif dan berkelanjutan. Hal ini sejalan dengan penelitian Pramudya et al. (2024) yang menunjukkan bahwa pemanfaatan sistem analisis data berbasis algoritma dapat membantu pengelompokan dan pengambilan keputusan yang lebih efektif dalam pengelolaan program kesehatan, sehingga mendukung efisiensi perencanaan dan distribusi layanan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Program PKG dipengaruhi oleh interaksi kompleks antar komponen sistem kesehatan yang saling berkaitan. Dalam perspektif sistem, kelemahan pada satu komponen akan memengaruhi kinerja komponen lainnya sehingga berdampak pada efektivitas program secara keseluruhan. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan kesehatan tidak dapat dipahami secara terpisah-pisah, tetapi harus dilihat sebagai satu kesatuan sistem yang terintegrasi. Dengan demikian, peningkatan capaian PKG membutuhkan pendekatan yang komprehensif dan terintegrasi pada seluruh komponen 6M. Perbaikan parsial tidak akan memberikan dampak signifikan tanpa adanya reformasi sistem secara menyeluruh. Oleh karena itu, diperlukan sinergi antara aspek SDM, pembiayaan, metode, teknologi, logistik, dan mekanisme kerja untuk mencapai efektivitas program yang optimal.

## KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) di UPTD BLUD Puskesmas Pringgarata belum berjalan optimal sebagaimana tujuan transformasi sistem kesehatan yang menekankan pendekatan promotif dan preventif berbasis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP). Rendahnya capaian pendaftar sebesar 6,68% dari total sasaran mencerminkan adanya kesenjangan antara kebijakan program dan realisasi implementasi di lapangan. Melalui pendekatan *Fishbone Analysis* berbasis 6M, ditemukan bahwa permasalahan tidak bersifat tunggal, melainkan sistemik dan saling terkait, terutama pada aspek metode pelayanan yang masih pasif, keterbatasan sarana teknologi pelayanan lapangan, serta belum terintegrasinya sistem pencatatan yang menimbulkan beban administratif ganda.

Temuan tersebut menegaskan bahwa hambatan implementasi PKG merupakan refleksi dari belum optimalnya kesiapan sistem pelayanan kesehatan primer dalam mendukung transformasi layanan berbasis komunitas. Ketidakseimbangan antara sumber daya manusia, pembiayaan, dukungan teknologi, serta mekanisme kerja menunjukkan bahwa efektivitas program sangat ditentukan oleh integrasi antar komponen sistem, bukan hanya oleh ketersediaan program itu sendiri. Oleh karena itu, perbaikan tidak dapat dilakukan secara parsial, melainkan membutuhkan pendekatan sistemik yang menyeluruh agar tujuan peningkatan cakupan skrining kesehatan masyarakat dapat tercapai secara efektif dan berkelanjutan.

Ke depan, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar penguatan kebijakan implementasi Program PKG, khususnya dalam pengembangan model pelayanan berbasis *active case finding*, digitalisasi sistem pencatatan berbasis *real-time*, serta penguatan dukungan logistik dan infrastruktur layanan lapangan. Selain itu, penelitian selanjutnya disarankan untuk mengkaji efektivitas intervensi perbaikan berbasis 6M secara kuantitatif maupun *mixed-method* guna menguji dampak implementasi strategi perbaikan terhadap peningkatan cakupan layanan. Dengan demikian, hasil penelitian ini tidak hanya bersifat evaluatif, tetapi juga dapat menjadi rujukan pengembangan model implementasi layanan kesehatan primer yang lebih adaptif dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Candra Sari, L., Novrianti, & Supratman. (2021). Analisis Dan Refleksi Model-Model Pembelajaran. *E-Tech. Jurnal Ilmiah Teknologi Pendidikan*, 9(1). <https://doi.org/10.24036/et.v9i1.112875>
- Chotimah, S. N. (2022). Implementasi Sistem Informasi Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia: Literature Review. *Jurnal Rekam Medis & Manajemen Informasi Kesehatan*, 2(1), 8–13. <https://doi.org/10.53416/jurmik.v2i1.67>
- Dasopang, L. M., Sagala, S. S., Pasaribu, R. F., & Fanisa, S. (2024). Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui BPJS: Systematic Literature Review. *Indonesian Journal of Health Science*, 4(5), 453–461. <https://doi.org/10.54957/ijhs.v4i5.960>
- Dewi, T. S., & Silva, A. A. (2023). Hambatan Implementasi Rekam Medis Elektronik Dari Perspektif Perkam Medis Dengan Metode PIECES. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 11(2). <https://doi.org/10.33560/jmiki.v11i2.597>
- Ernawati, E., & Novratilova, S. (2025). Analysis Of Risk Factors For Incomplete Inpatient Medical Records Using The Fishbone Method. *Science Midwifery*, 13(1). <https://midwifery.iocspublisher.org/index.php/midwifery/article/view/1861>



- Jannah, P. I., Eliana, D., Anindya, F. L., Trisasri, R., Awaludin, & Rizki, R. K. (2025). Implementation Of The Primary Care Integration Program (ILP) In Efforts To Improve Public Health In Indonesia: A Systematic Review. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. <https://doi.org/10.22146/jmpk.v29i00.25774>
- Lumban Gaol, N. Y., Wasliati, B., & Saputri, I. N. (2025). Factors Influencing Preparation For Integration Of Primary Health Services In Puskesmas. *Jurnal Kesmas dan Gizi*. <https://doi.org/10.35451/6m7z6t05>
- Mangero, A. F., Suprayogi, A., & Boenjamin, A. (2025). Analyze Of Factors Improving Service For BPJS Patients And General Patients: Systematic Review Of Clinical Practices In Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 28(01). <https://doi.org/10.22146/jmpk.v28i01.16534>
- Nabilah, H., Azahra, S., Maharani, G. D., Alba, A. M., Melani, A. I., & Wasir, R. (2025). Evaluation Of Free Health Screening Program In Indonesia: Opportunities And Challenges In Early Detection Of Non-Communicable Diseases. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(2), 6198–6205. <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i2.44943>
- Nasution, I. S., Ginting, H. A. Br., Purba, S. K. Br., Hutagalung, N. D. M., Nasution, F. S. A., Kesuma, A. M., Gurusinga, R. A. E., Lubis, S., Rizky, D. J., & Sitorus, R. A. M. (2024). Implementation Models And Examples Of Health Policy In Indonesia. *PROMOTOR: Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 7(5), 720–723. <https://doi.org/10.32832/pro.v7i5.861>
- Nento, F., & Manto, R. (2023). Peran Teknologi Dalam Dunia Pendidikan. *E-Tech: Jurnal Ilmiah Teknologi Pendidikan*, 11(1). <https://ejournal.unp.ac.id/index.php/etech/article/view/123814>
- Pramudya, I., Sukmawati, V. S. H., Wellyhans, Y., & Darwati, I. (2024). Implementasi Algoritma K-Means Pada Klasterisasi Tingkat Kasus Stunting Di Kabupaten Batang. *Jurnal Infortech*, 6(2), 101–106. <https://doi.org/10.31294/infortech.v6i2.23435>
- Pribadi, F. A., & Setijaningrum, E. (2023). Analisis Prinsip Pembiayaan Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Kesehatan Semesta Di Indonesia. *Jejaring Administrasi Publik*, 15(2), 60–78. <https://doi.org/10.20473/jap.v15i2.49582>
- Pulungan, D., Syahfitri, D., Adelia, D., Salsabila, R. F., & Hasibuan, I. D. (2025). Implementasi Manajemen Logistik Obat Di Puskesmas Kampung Baru. *Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT)*, 5(2), 183–190. <https://ojs.nchat.id/index.php/nchat/article/view/112>
- Putra, I. P. O. D. J., Purnami, C. T., & Kartini, A. (2024). Validitas Dan Reliabilitas Instrumen Gabungan Model Evaluasi Sistem Informasi Gizi Terpadu. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 12(1), 79–89. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jmki/article/view/62911>
- Ramadhan, F. (2023). Manajemen Logistik Alat Kesehatan Di Puskesmas Kecamatan Bahorok Kabupaten Langkat. *HIGEIA Journal of Public Health Research and Development*, 4(2), 212–222. <https://journal.unnes.ac.id/sju/higeia/article/view/32328>
- Ratnawati, A., & Iskandar, D. (2025). Constraints In The Implementation Of Electronic Medical Records At Puskesmas In Accordance With Permenkes 24 Of 2022. *Saintika Medika: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Keluarga*, 21(1). <https://ejournal.umm.ac.id/index.php/sainmed/article/view/40368>
- Rohman, M. K., & Umar, Z. (2024). Evaluasi Unit Rekam Medis Di Puskesmas Berdasarkan Metode Analisis Diagram Fishbone. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara*, 5(2), 2403–2409. <https://doi.org/10.55338/jpkmn.v5i2.3247>



- Sitompul, D. N., Saptarini, O., & Wijayanti, T. (2025). Drug Management Evaluation With Hanlon Method And Fishbone Diagram. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 7(6), 415–422. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v7i6.284>
- Wati, R. K., & Wididiyanto, W. W. (2025). Analisis Implementasi Rekam Medis Elektronik Menggunakan Fishbone Di Puskesmas Sukoharjo. *Jurnal Ners*, 9(3), 5104–5107. <https://doi.org/10.31004/jn.v9i3.47862>