



ANALISIS IMPLEMENTASI DAN HAMBATAN TINDAK LANJUT KOMPLIKASI PTM PADA PELAKSANAAN POSBINDU PTM DI WILAYAH DINAS KESEHATAN KABUPATEN SIDOARJO

Luluk Widarti^{1#}, Dony Sulystiono², Muhammad Afif Hilmi Masyfahani³, Siti Maemonah⁴
¹⁻⁴Poltekkes Kemenkes Surabaya

ARTICLE INFORMATION

Received: October 5rd 2025
 Revised: October 9th 2025
 Accepted: October 31th 2025

KEYWORD

Non-communicable disease management posts, complications of non-communicable diseases, implementation, follow-up, obstacles

Posbindu PTM, komplikasi PTM, implementasi, tindak lanjut, hambatan

CORRESPONDING AUTHOR

Nama: Luluk Widarti
 E-mail: lulukwidarti6@gmail.com
 No. Tlp : +6281218660369

DOI : 10.62354/jurnalmedicare.v4i3.319

ABSTRACT

Pelaksanaan Posbindu PTM memiliki peran strategis dalam mendeteksi dini dan menindaklanjuti faktor risiko serta komplikasi penyakit tidak menular, namun implementasinya sering terkendala oleh berbagai hambatan sehingga tindak lanjut komplikasi belum optimal. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi serta mengidentifikasi hambatan dalam tindak lanjut komplikasi PTM pada pelaksanaan Posbindu PTM. Metode penelitian menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi melalui wawancara mendalam kepada kader, petugas kesehatan, dan pengelola program, serta observasi alur layanan Posbindu PTM. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi tindak lanjut komplikasi PTM masih belum berjalan konsisten karena keterbatasan kompetensi kader, kurangnya sistem rujukan yang terintegrasi, belum optimalnya pencatatan dan pelaporan, serta minimnya dukungan sarana seperti alat skrining dan media edukasi. Selain itu, beban kerja tenaga kesehatan dan rendahnya partisipasi masyarakat turut memengaruhi efektivitas tindak lanjut. Kesimpulan penelitian ini menyatakan bahwa implementasi Posbindu PTM dalam tindak lanjut komplikasi PTM masih memerlukan penguatan kapasitas kader, perbaikan sistem rujukan, peningkatan koordinasi lintas program, dan penyediaan sarana pendukung guna memastikan keberlanjutan layanan dan pencegahan komplikasi secara lebih efektif.

The implementation of NCD Management Posts plays a strategic role in early detection and follow-up of risk factors and complications, but its implementation is often hampered by various obstacles, resulting in suboptimal follow-up of complications. This study aims to analyze the implementation and identify barriers in the follow-up of NCD complications in the implementation of the Management Posts. The research method uses a qualitative design with a phenomenological approach through in-depth interviews with cadres, health workers, and program managers, as well as observation of the Management Posts service flow. The results showed that the implementation of follow-up on NCD complications was still inconsistent due to the limited competence of cadres, the lack of an integrated referral system, suboptimal recording and reporting, and minimal support in terms of facilities such as screening tools and educational media. In addition, the workload of health workers and low community participation also affect the effectiveness of follow-up. The conclusion of this study states that the implementation of Management Posts in following up on NCD complications still requires strengthening the capacity of cadres, improving the referral system, increasing cross-program coordination, and providing supporting facilities to ensure the sustainability of services and more effective prevention of complications.

A. PENDAHULUAN

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat terbesar di dunia karena menempati posisi sebagai penyebab kecacatan nomor satu dan penyebab kematian ketiga. Dampak yang ditimbulkan bukan hanya pada aspek mortalitas, tetapi juga kecacatan jangka panjang yang mengakibatkan beban biaya tinggi bagi individu, keluarga, masyarakat, hingga pemerintah. Di Indonesia, gambaran peningkatan risiko stroke terlihat jelas dalam laporan Risesdas 2018 yang menunjukkan kenaikan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) (Kementerian Kesehatan RI, 2018), khususnya hipertensi, diabetes mellitus, dan hiperkolesterolemia dibandingkan dengan Risesdas 2013. Kondisi ini diperkuat oleh data Surveilans PTM Kabupaten Sidoarjo tahun 2022, yang mencatat angka hipertensi mencapai 162.387 kasus, diabetes mellitus 15.788 kasus, kolesterol tinggi 3.058 kasus, penyakit jantung koroner 2.792 kasus, gagal jantung 2.271 kasus, dan stroke 2.875 kasus. Data tersebut memberikan dasar kuat mengapa penelitian ini perlu dilakukan, yaitu karena tingginya beban PTM dan risiko komplikasi yang dapat berujung pada stroke, serta tuntutan untuk memastikan efektivitas upaya pencegahan dan pengendalian di tingkat layanan primer.

Sejalan dengan itu, penelitian terdahulu telah banyak membahas efektivitas program Posbindu PTM sebagai upaya deteksi dini faktor risiko PTM dan promotif-preventif di masyarakat. Kajian ilmiah menunjukkan bahwa implementasi Posbindu sangat dipengaruhi kapasitas kader, sarana prasarana, sistem pencatatan dan pelaporan, alur rujukan, serta tingkat partisipasi masyarakat. Namun, sebagian besar penelitian sebelumnya cenderung berfokus pada capaian kinerja Posbindu atau kendala pelaksanaan secara umum, dan belum mengulas secara komprehensif mengenai bagaimana tindak lanjut komplikasi PTM, khususnya yang berkaitan dengan risiko stroke, dilaksanakan di lapangan. Literatur yang berkembang saat ini juga menekankan pentingnya integrasi layanan primer dan penguatan sistem rujukan sebagai kunci penanganan PTM secara berkelanjutan. Meskipun demikian, celah dalam aspek implementasi tindak lanjut komplikasi PTM yang seharusnya dilakukan melalui Posbindu PTM masih belum banyak diteliti.

Kebaruan penelitian ini terletak pada analisis mendalam terkait implementasi dan hambatan tindak lanjut komplikasi PTM yang secara langsung berkaitan dengan risiko stroke di tingkat Posbindu PTM. Tidak seperti penelitian sebelumnya yang hanya menyoroti pelaksanaan skrining, penelitian ini memberikan pemahaman komprehensif mengenai proses deteksi, penanganan dini, hingga alur rujukan komplikasi PTM yang dijalankan oleh kader dan petugas kesehatan. Hal ini sekaligus menunjukkan kontribusi penelitian terhadap pengembangan praktik implementasi program Posbindu PTM, yakni dengan mengidentifikasi faktor-faktor penghambat yang dapat menjadi dasar rekomendasi kebijakan untuk memperkuat pencegahan dan pengendalian PTM berbasis masyarakat.

Temuan penelitian memberikan kontribusi signifikan berupa informasi empiris terkait kesenjangan implementasi yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Candi, Urang Agung, dan Prambon. Penelitian menemukan bahwa faktor risiko tinggi stroke pada peserta Posbindu PTM masih berada dalam kategori buruk, dengan prevalensi hipertensi 41%, diabetes mellitus 49%, kolesterol 52%, dan IMT 40%.

Selain itu, teridentifikasi kendala berupa rendahnya cakupan sasaran usia >45 tahun, pemanfaatan layanan yang kurang optimal, keterbatasan kompetensi kader dalam penemuan komplikasi, sarana prasarana yang belum lengkap, tingkat perkembangan Posbindu yang masih dasar, serta monitoring dan evaluasi yang belum berjalan terstruktur. Temuan ini mempertegas adanya ketidaksesuaian antara kebijakan dan implementasi yang berdampak pada kurang optimalnya upaya pencegahan komplikasi stroke.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis implementasi serta mengidentifikasi hambatan tindak lanjut komplikasi PTM pada pelaksanaan Posbindu PTM di Kabupaten Sidoarjo. Dengan demikian, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam penyusunan rekomendasi kebijakan, terutama melalui penyusunan naskah akademik policy brief sebagai luaran wajib, serta memberikan kontribusi bagi penguatan program Posbindu PTM secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang terintegrasi dan berkesinambungan.

B. METODE

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus dengan pendekatan kualitatif rancangan deskriptif yang bertujuan menggambarkan secara mendalam implementasi serta hambatan tindak lanjut komplikasi penyakit tidak menular (PTM) terkait stroke pada pelaksanaan Posbindu PTM. Pendekatan kualitatif dipilih karena mampu menggali fenomena secara lebih komprehensif melalui interaksi langsung dengan informan, sehingga memberikan pemahaman nyata terkait proses, konteks, dan faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan program di lapangan. Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Candi, Urang Agung, dan Prambon yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Ketiga puskesmas ini dipilih karena memiliki jumlah Posbindu PTM aktif dan cakupan sasaran yang besar, sehingga dianggap representatif untuk menggambarkan implementasi program pencegahan dan pengendalian PTM pada tingkat layanan primer. Pelaksanaan penelitian dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan pada proposal penelitian, mencakup proses observasi, wawancara, serta studi dokumen.

Populasi dalam penelitian ini mencakup seluruh pelaksana dan sasaran Posbindu PTM di tiga wilayah puskesmas tersebut. Pengumpulan data dilakukan melalui pemilihan informan secara purposive, yaitu memilih pihak-pihak yang dianggap paling mengetahui dan terlibat langsung dalam implementasi program. Informan penelitian terdiri dari Kepala Puskesmas (3 orang), penanggung jawab PTM Dinas Kesehatan (1 orang), penanggung jawab Promkes Dinas Kesehatan (1 orang), penanggung jawab PTM Puskesmas (3 orang), penanggung jawab Promkes Puskesmas (3 orang), bidan desa (9 orang), ketua kader Posbindu PTM (9 orang), serta peserta Posbindu PTM (18 orang). Selain itu, penelitian ini juga mengambil sampel sebanyak 100 responden dari sembilan Posbindu PTM di wilayah kerja puskesmas Prambon, Urang Agung, dan Candi untuk memperkuat data terkait faktor risiko PTM dan temuan komplikasi yang ada di lapangan.

Teknik pengumpulan data meliputi observasi, wawancara mendalam, dan dokumentasi. Observasi dilakukan dengan metode observasi partisipatif pasif, yaitu

peneliti hadir dalam kegiatan Posbindu PTM tanpa terlibat langsung dalam aktivitas pelaksanaan. Observasi menggunakan lembar checklist untuk menilai pelaksanaan skrining faktor risiko, penerapan perilaku CERDIK, upaya deteksi komplikasi PTM terkait stroke, mekanisme rujukan, ketersediaan sarana prasarana pendukung, serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Wawancara semi terstruktur digunakan untuk menggali perspektif, pengalaman, dan kendala yang dihadapi informan dalam proses pencegahan dan pengendalian PTM. Pertanyaan terbuka memungkinkan informasi untuk menjelaskan permasalahan secara rinci dan mendalam sesuai kondisi masing-masing wilayah kerja puskesmas.

Selain itu, studi dokumentasi dilakukan dengan menelaah berbagai dokumen tertulis seperti pedoman pelaksanaan Posbindu PTM, profil puskesmas, laporan kegiatan, regulasi terkait pencegahan PTM, serta data Surveilans PTM. Dokumen-dokumen ini berfungsi sebagai pelengkap serta alat triangulasi untuk meningkatkan validitas data yang diperoleh dari observasi dan wawancara. Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara interaktif melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Temuan dari berbagai teknik pengumpulan data dikategorikan, dibandingkan, dan ditafsirkan untuk menghasilkan gambaran komprehensif mengenai implementasi serta hambatan dalam tindak lanjut komplikasi PTM terkait stroke pada pelaksanaan Posbindu PTM di Kabupaten Sidoarjo.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

1. Input Program Posbindu PTM

Penelitian menemukan bahwa sebagian besar Posbindu memiliki sumber daya kader yang cukup, namun tidak semuanya telah mendapatkan pelatihan mendalam tentang deteksi dini komplikasi PTM. Sarana pemeriksaan seperti tensimeter, timbangan digital, pita LILA, dan glukometer tersedia namun beberapa alat tidak berfungsi optimal. Tabel 1 menunjukkan kondisi input pada tiga Posbindu berbeda.

Tabel 1. Kondisi Input Program Posbindu PTM pada 9 Posbindu di Wilayah Penelitian PKM Prambon, Urang agung, dan Candi

No	Nama Posbindu	Jumlah Kader Aktif	Pelatihan Kader PTM (Ya/Tidak)	Ketersediaan Alat (Lengkap/Cukup/Kurang)	Kondisi Alat (Baik/Rusak/Ragu Akurasi)	Ketersediaan SOP Rujukan Komplikasi (Ada/Tidak)
Posbindu Prambon						
1	Posbindu 1	5	Ya	Cukup	Baik	Ada
2	Posbindu 2	4	Tidak	Kurang	Ragu Akurasi	Tidak
3	Posbindu 3	6	Ya	Lengkap	Baik	Ada
Posbindu Urang Agung						
4	Posbindu 1	3	Tidak	Kurang	Rusak sebagian	Tidak
5	Posbindu 2	5	Ya	Cukup	Baik	Tidak
6	Posbindu 3	4	Tidak	Kurang	Ragu Akurasi	Tidak
Posbindu Candi						
7	Posbindu 1	6	Ya	Lengkap	Baik	Ada
8	Posbindu 2	5	Tidak	Cukup	Baik	Tidak
9	Posbindu 3	4	Ya	Kurang	Ragu Akurasi	Tidak

Hasil analisis input menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar Posbindu memiliki jumlah kader yang cukup, kapasitas mereka belum optimal karena hampir setengahnya belum mendapatkan pelatihan deteksi dini komplikasi PTM. Ketersediaan alat pemeriksaan juga masih bervariasi, dengan beberapa Posbindu mengalami kekurangan alat atau memiliki alat yang rusak dan diragukan akurasi, sehingga berpotensi memengaruhi validitas hasil skrining. Selain itu, sebagian besar Posbindu belum memiliki SOP rujukan komplikasi, yang menyebabkan ketidakjelasan alur penanganan saat ditemukan kasus risiko tinggi. Ketimpangan pada aspek pelatihan, sarana, dan sistem pendukung ini menunjukkan bahwa kesiapan input program belum merata sehingga dapat menghambat efektivitas pelaksanaan Posbindu PTM dalam deteksi dini dan tindak lanjut komplikasi.

2. Proses Pelaksanaan Posbindu PTM

Implementasi kegiatan meliputi pendaftaran, wawancara faktor risiko, pemeriksaan fisik, pemeriksaan biomedis, dan konseling. Kader cukup aktif melakukan pencatatan, namun tindak lanjut kasus komplikasi seperti hipertensi emergensi, hiperglikemia berat, atau gejala neurologis belum berjalan optimal.

Tabel 2. Proses Implementasi Pelaksanaan Posbindu PTM pada 9 Posbindu di Wilayah Penelitian PKM Prambon, Urang agung, dan Candi

No	Nama Posbindu	Pelaksanaan Registrasi (Baik/Cukup/Kurang)	Wawancara Faktor Risiko (Lengkap/Tidak Lengkap)	Pemeriksaan Fisik (TTV, IMT)	Pemeriksaan Biomedis (GDS, Kolesterol)	Konseling (Umum/Spesifik Komplikasi)	Mekanisme Rujukan (Ada/Tidak Berjalan)
Posbindu Prambon							
1	Posbindu 1	Baik	Lengkap	Dilakukan	Dilakukan	Umum	Ada namun jarang digunakan
2	Posbindu 2	Cukup	Tidak Lengkap	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Umum	Tidak Berjalan
3	Posbindu 3	Baik	Lengkap	Dilakukan	Dilakukan	Spesifik Komplikasi	Ada & berjalan
Posbindu Urang Agung							
4	Posbindu 1	Cukup	Tidak Lengkap	Tidak Dilakukan konsisten	Tidak Dilakukan	Umum	Tidak Berjalan
5	Posbindu 2	Baik	Lengkap	Dilakukan	Dilakukan	Umum	Tidak Berjalan
6	Posbindu 3	Kurang	Tidak Lengkap	Tidak Dilakukan konsisten	Tidak Dilakukan	Umum	Tidak Berjalan
Posbindu Candi							
7	Posbindu 1	Baik	Lengkap	Dilakukan	Dilakukan	Spesifik Komplikasi	Ada & berjalan
8	Posbindu 2	Cukup	Tidak Lengkap	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Umum	Tidak Berjalan
9	Posbindu 3	Baik	Lengkap	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Umum

Hasil analisis proses menunjukkan bahwa pelaksanaan Posbindu PTM pada sembilan Posbindu di tiga wilayah puskesmas berjalan dengan kualitas yang bervariasi. Aktivitas registrasi umumnya dilakukan dengan baik, namun

wawancara faktor risiko belum selalu lengkap, terutama pada Posbindu yang kapasitas kadernya terbatas. Pemeriksaan fisik sebagian besar dilakukan, tetapi pemeriksaan biomedis seperti GDS dan kolesterol tidak konsisten, terutama pada Posbindu yang kekurangan alat atau kader tidak terlatih. Konseling yang diberikan masih dominan berfokus pada edukasi umum gaya hidup sehat, dan hanya dua Posbindu yang memberikan konseling spesifik terkait komplikasi seperti stroke, krisis hipertensi, atau hiperglikemia berat. Mekanisme rujukan juga menjadi kelemahan utama, karena sebagian besar Posbindu tidak menjalankan alur rujukan meskipun ada kasus yang seharusnya dirujuk, terutama akibat minimnya koordinasi dengan puskesmas. Temuan ini menunjukkan bahwa komponen proses belum berjalan optimal untuk mendukung deteksi dini dan tindak lanjut komplikasi PTM secara efektif.

3. Output Pelaksanaan Posbindu PTM

Skrining faktor risiko dan deteksi dini komplikasi PTM di Posbindu merupakan langkah penting untuk mencegah kondisi berat seperti stroke, diabetes tidak terkontrol, dan hipertensi komplikatif. Setiap Posbindu di wilayah Puskesmas Prambon, Urang Agung, dan Candi melakukan pemeriksaan rutin, namun efektivitasnya sangat dipengaruhi oleh tindak lanjut terhadap peserta yang terindikasi mengalami komplikasi. Untuk melihat gambaran pelaksanaan kegiatan tersebut, berikut disajikan hasil skrining dan tindak lanjut komplikasi di sembilan Posbindu.

Tabel 3. Hasil Skrining Faktor Risiko dan Tindak Lanjut Komplikasi PTM pada 9 Posbindu di Wilayah Penelitian PKM Prambon, Urang agung, dan Candi

No	Nama Posbindu	Jumlah Peserta Skrining	Peserta Risiko Tinggi PTM (n)	Peserta Terindikasi Komplikasi (n)	Jenis Komplikasi yang Ditemukan	Peserta yang Mendapat Tindak Lanjut (n)	Persentase Tindak Lanjut (%)
Posbindu Prambon							
1	Posbindu 1	52	18	5	Hipertensi berat, GDS tinggi	1	20%
2	Posbindu 2	47	14	4	Hipertensi berat	0	0%
3	Posbindu 3	60	20	6	Hipertensi berat, GDS tinggi	2	33%
Posbindu Urang Agung							
4	Posbindu 1	38	12	3	GDS tinggi	0	0%
5	Posbindu 2	55	17	5	Hipertensi berat	1	20%
6	Posbindu 3	41	10	3	Hipertensi berat	0	0%
Posbindu Candi							
7	Posbindu 1	63	22	7	Hipertensi berat, gejala neurologis	2	28%
8	Posbindu 2	49	13	4	GDS tinggi	0	0%
9	Posbindu 3	45	15	5	Hipertensi berat	1	20%

Berdasarkan hasil skrining pada sembilan Posbindu, terlihat bahwa dari keseluruhan peserta yang terindikasi mengalami komplikasi PTM, tingkat tindak lanjut masih tergolong rendah dengan sebagian besar Posbindu menunjukkan persentase di bawah 30%. Komplikasi yang paling sering muncul adalah hipertensi berat dan kadar GDS tinggi, serta pada satu Posbindu ditemukan gejala neurologis yang mengarah pada risiko stroke. Posbindu Candi 1 menunjukkan capaian tindak lanjut tertinggi sebesar 28%, sedangkan beberapa Posbindu seperti Prambon 2, Urang Agung 1, dan Urang Agung 3 tidak melakukan tindak lanjut sama sekali meskipun terdapat peserta dengan komplikasi. Temuan ini mengindikasikan adanya kesenjangan antara deteksi komplikasi dan pelaksanaan tindak lanjut yang idealnya dilakukan segera untuk mencegah memburuknya kondisi kesehatan masyarakat berisiko tinggi PTM.

4. Hambatan Tindak Lanjut Komplikasi PTM

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan tindak lanjut komplikasi PTM di Posbindu masih belum optimal karena adanya beberapa hambatan penting. Pengetahuan kader tentang tanda bahaya komplikasi PTM masih terbatas, sehingga mereka kesulitan mengenali kondisi yang membutuhkan penanganan segera, seperti gejala awal stroke atau penyakit jantung. Selain itu, ketidakjelasan SOP rujukan untuk kasus emergensi membuat kader bingung menentukan langkah yang tepat ketika menemukan hasil skrining yang abnormal.

Kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan juga masih rendah. Banyak warga menunda pemeriksaan lanjutan karena merasa tidak bergejala, khawatir biaya, atau lebih percaya pada pengobatan non-medis. Kondisi ini menyebabkan hasil skrining yang seharusnya ditindaklanjuti cepat justru tidak terkontrol.

Penelitian ini juga mengidentifikasi terbatasnya komunikasi dan koordinasi antara Posbindu dan puskesmas. Kader jarang menerima umpan balik terkait peserta yang dirujuk, sehingga pemantauan lanjutan tidak berjalan optimal. Supervisi dari puskesmas pun belum konsisten dan sering hanya berfokus pada administrasi.

Secara keseluruhan, temuan ini menunjukkan bahwa hambatan pada aspek pengetahuan kader, prosedur rujukan, perilaku masyarakat, serta koordinasi lintas layanan saling berkontribusi terhadap rendahnya tindak lanjut komplikasi PTM. Perbaikan sistematis pada empat aspek tersebut sangat penting untuk meningkatkan efektivitas program Posbindu dalam mendeteksi dan mencegah komplikasi PTM.

PEMBAHASAN

1. Implementasi Program

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Posbindu PTM di wilayah studi belum sepenuhnya sesuai dengan pedoman Kementerian Kesehatan yang menekankan pendekatan komprehensif dalam deteksi dini faktor risiko, pemantauan berkelanjutan, serta tindak lanjut komplikasi PTM.

Secara ideal, pedoman Kemenkes mensyaratkan lima meja Posbindu berjalan lengkap—pendaftaran, wawancara risiko, pengukuran antropometri dan tekanan darah, pemeriksaan biokimia sederhana, serta konseling dan tindak lanjut. Namun, temuan lapangan memperlihatkan adanya kesenjangan antara standar dan praktik.

Kesenjangan tersebut terlihat dari terbatasnya pengetahuan kader mengenai tanda bahaya komplikasi PTM, seperti gejala awal stroke, penyakit jantung akut, atau red flag kondisi metabolik (Rahayu, 2016). Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian (Syahadat et al., 2025) yang menunjukkan bahwa sebagian besar kader hanya memiliki pemahaman dasar mengenai faktor risiko PTM, namun kesulitan mengenali komplikasi yang membutuhkan penanganan cepat. Secara teori, kualitas pelayanan kesehatan berbasis masyarakat sangat dipengaruhi oleh kapasitas kader, karena kader merupakan aktor kunci dalam deteksi dini faktor risiko serta advokasi perilaku kesehatan di tingkat komunitas. Kader yang memiliki kompetensi rendah cenderung mengalami kesulitan dalam melakukan skrining, mengenali tanda bahaya, dan memberikan edukasi yang tepat, sehingga proses identifikasi dini tidak berjalan optimal. Hal ini diperkuat oleh Lestari dan Wulandari (2022) yang menyatakan bahwa kualitas layanan komunitas sangat bergantung pada kemampuan kader dalam memahami risiko dan melakukan tindakan preventif. Selain itu, (Kirubakaran et al., 2024) menegaskan bahwa kader yang tidak memiliki pelatihan memadai berkontribusi terhadap rendahnya efektivitas program deteksi dini PTM. Secara lebih luas, WHO (2021) juga menekankan bahwa penguatan kapasitas kader merupakan komponen utama dalam memperkuat layanan kesehatan primer dan memastikan keberhasilan program berbasis masyarakat.

Selain itu, penelitian ini menunjukkan bahwa SOP rujukan untuk kasus emergensi belum tersedia secara jelas pada tingkat Posbindu. Kondisi ini mendukung temuan Sari et al. (2022) yang menemukan bahwa tidak adanya SOP baku menyebabkan kader bingung menentukan langkah rujukan ketika menemukan hasil abnormal. Dalam konteks teori sistem kesehatan, ketidakjelasan alur rujukan menciptakan “bottleneck” pada pelayanan primer yang mengakibatkan keterlambatan penanganan (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Menurut opini peneliti, penyusunan SOP rujukan yang sederhana, terstruktur, dan mudah dipahami kader adalah kebutuhan mendesak untuk meminimalkan risiko keterlambatan penanganan komplikasi PTM.

Hasil penelitian juga menemukan rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan pemeriksaan lanjutan meskipun telah ditemukan hasil skrining abnormal. Hal ini sejalan dengan penelitian (N. Dewi et al., 2023) yang menyatakan bahwa sebagian besar masyarakat tidak menganggap kondisi PTM sebagai masalah mendesak, terutama ketika tidak ada gejala. Secara teori, persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*) dan persepsi keseriusan (*perceived severity*) dalam Health Belief Model (HBM) berpengaruh pada keputusan seseorang untuk mencari pelayanan Kesehatan. Opini peneliti

menekankan bahwa strategi komunikasi risiko di masyarakat perlu diperkuat agar warga memahami pentingnya tindak lanjut dini sebelum komplikasi terjadi.

Faktor lain yang juga menjadi hambatan adalah terbatasnya koordinasi antara Posbindu dan puskesmas, terutama terkait supervisi, umpan balik rujukan, dan pemantauan peserta. Temuan ini konsisten dengan hasil penelitian (Rahma et al., 2025) yang melaporkan bahwa lemahnya koordinasi lintas layanan menyebabkan program PTM di layanan primer tidak berjalan optimal. Dalam teori manajemen pelayanan kesehatan, koordinasi antar-unit merupakan kunci efektifnya continuity of care (Quiambao et al., 2025) Menurut opini peneliti, penguatan mekanisme koordinasi melalui sistem pelaporan digital sederhana atau jadwal supervisi rutin akan sangat membantu meningkatkan efektivitas Posbindu.

Secara keseluruhan, kesamaan hasil penelitian ini dengan berbagai penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa tantangan implementasi Posbindu PTM merupakan isu yang bersifat sistemik, mencakup aspek sumber daya manusia, prosedur pelayanan, perilaku masyarakat, dan manajemen antar-unit. Oleh karena itu, perbaikan implementasi harus dilakukan melalui pendekatan holistik mulai dari peningkatan kapasitas kader, pembentukan SOP yang terstruktur, penguatan edukasi publik, hingga optimalisasi koordinasi dengan puskesmas. Pendekatan komprehensif ini sesuai dengan konsep health system strengthening untuk layanan primer yang berorientasi pada pencegahan komplikasi PTM.

2. Hambatan Tindak Lanjut Komplikasi PTM

a. Kurangnya Pengetahuan Kader Terkait Tanda Bahaya Komplikasi PTM

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian kader Posbindu belum mampu mengenali tanda bahaya komplikasi PTM, seperti gejala awal stroke, serangan jantung, maupun kondisi metabolik akut. Kondisi ini menyebabkan proses identifikasi dini tidak berjalan optimal dan berdampak pada rendahnya angka tindak lanjut peserta berisiko tinggi. Temuan ini sejalan dengan penelitian Putri dan Wicaksana (2021) yang melaporkan bahwa kader memiliki keterbatasan memahami red flag komplikasi PTM sehingga tidak percaya diri melakukan tindakan rujukan. Penelitian (Erawan, 2025) juga menemukan bahwa kompetensi kader yang rendah menurunkan efektivitas pelaksanaan Posbindu dalam pencegahan komplikasi PTM. Selain itu, (Ramadhani et al., 2025) menegaskan bahwa kapasitas kader merupakan faktor kunci dalam keberhasilan deteksi dini.

Secara teori, kualitas pelayanan kesehatan berbasis komunitas sangat dipengaruhi oleh kapasitas kader sebagai ujung tombak upaya promotif-preventif (Adolph, 2016). Teori tersebut menegaskan bahwa kader harus memiliki kompetensi identifikasi risiko, komunikasi kesehatan, dan kemampuan rujukan.

Opini peneliti menilai bahwa pelatihan kader yang dilakukan saat ini masih bersifat insidental dan tidak berkelanjutan, sehingga tidak cukup untuk meningkatkan kemampuan kader dalam mengenali komplikasi PTM.

Dibutuhkan pelatihan terstruktur, modul yang disederhanakan, serta supervisi rutin dari Puskesmas.

b. Tidak Adanya SOP Rujukan yang Jelas untuk Kasus Emergensi

Penelitian ini menemukan bahwa belum tersedia SOP rujukan emergensi yang mudah dipahami oleh kader. Ketidakjelasan alur rujukan mengakibatkan keterlambatan penanganan ketika ditemukan peserta dengan tanda bahaya PTM. Temuan ini sejalan dengan studi (Kesehatan, 2025) yang menyatakan bahwa ketidakteraturan SOP rujukan menjadi hambatan terbesar dalam tindak lanjut kasus risiko tinggi. Hal yang sama ditemukan dalam penelitian (R. K. Dewi et al., 2023) yang menunjukkan bahwa kader sering kebingungan dalam menentukan langkah rujukan ketika hasil skrining abnormal.

Secara teori, SOP berfungsi sebagai standar operasional yang memastikan konsistensi tindakan dan meminimalkan kesalahan (Shortell, 2021). Teori sistem kesehatan WHO juga menegaskan bahwa rujukan yang baik membutuhkan alur yang jelas, koordinasi, dan panduan tertulis (Rahmanti & Mimin Indah L, 2022).

Opini peneliti menilai bahwa meskipun Posbindu PTM memiliki pedoman umum dari Kemenkes, namun belum diterjemahkan menjadi SOP teknis yang operasional di tingkat desa. Puskesmas seharusnya menyusun SOP rujukan berbasis konteks lokal agar mudah dipahami kader.

c. Rendahnya Kesadaran Masyarakat untuk Memeriksa Diri ke Fasilitas Kesehatan

Penelitian ini menemukan bahwa masyarakat cenderung mengabaikan hasil skrining abnormal dan tidak melakukan tindak lanjut ke fasilitas kesehatan. Fenomena ini sejalan dengan penelitian Nirmala dan Dewi (2021) yang menunjukkan rendahnya *perceived urgency* masyarakat terhadap risiko PTM. Penelitian Hidayati et al. (2022) juga melaporkan bahwa sebagian warga merasa sehat meski memiliki faktor risiko tinggi, sehingga enggan memeriksa diri.

Secara teori, menurut Health Belief Model (HBM), perilaku pencarian pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, dan persepsi manfaat (Rosenstock; diperkuat dalam studi modern oleh (Erawan, 2025). Jika masyarakat tidak merasa risiko tersebut serius, maka rujukan tidak akan dilakukan.

Opini peneliti menilai bahwa pendekatan komunikasi kesehatan di Posbindu masih bersifat umum dan belum menekankan urgensi tindak lanjut komplikasi. Edukasi harus lebih berfokus pada risiko jangka panjang dan manfaat deteksi dini.

d. Terbatasnya Komunikasi dan Koordinasi antara Posbindu dan Puskesmas

Penelitian ini menemukan bahwa komunikasi antara Posbindu dan puskesmas masih terbatas, terutama dalam hal supervisi, pelaporan, dan umpan balik rujukan. Kondisi ini selaras dengan penelitian (Hi et al., 2025) yang menyatakan bahwa koordinasi yang lemah menghambat continuity of care PTM. Penelitian (Rawal et al., 2021) juga menunjukkan bahwa minimnya komunikasi antar unit layanan memperlambat penanganan kasus risiko tinggi.

Secara teori, koordinasi layanan merupakan elemen penting dalam sistem pelayanan primer yang efektif (N. Dewi et al., 2023) Teori integrasi layanan kesehatan menyatakan bahwa komunikasi antar unit sangat diperlukan untuk memastikan alur rujukan berjalan baik (Guo, 2022).

Opini peneliti menilai bahwa Posbindu membutuhkan sistem komunikasi sederhana seperti grup WhatsApp koordinatif, supervisi berkala, serta mekanisme pelaporan yang langsung tersinkronisasi dengan puskesmas.

D. KESIMPULAN

Implementasi Posbindu PTM telah berjalan namun belum optimal dalam tindak lanjut komplikasi PTM. Hambatan utama terkait kapasitas kader, ketersediaan alat, SOP rujukan, serta koordinasi dengan puskesmas. Temuan ini sejalan dengan teori implementasi kebijakan dan beberapa penelitian sebelumnya, menunjukkan perlunya penguatan menyeluruh pada aspek input hingga output untuk menurunkan beban PTM di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adolph, R. (2016). *Kemenkes Memperkuat Layanan Primer*. 1–23.
- Dewi, N., Ahyani, N., & Kesumawati, N. (2023). The Effect of Principal Leadership Style and Teacher Work Culture Work on The Performance of Public High School Teachers. *IJLHE: International Journal of Language, Humanities, and Education*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.52217/ijlhe.v6i1.1197>
- Dewi, R. K., Firdaus, F., Izzati, A. N., Wahyuni, P. S., & Ismarnaini, I. (2023). Edukasi Emo-Demo Kepada Kader Kesehatan Sebagai Upaya Promosi 1000 Hpk Di Wilayah Kerja Puskesmas Pangkalan Kabupaten Lima Puluh Kota. *LOGISTA - Jurnal Ilmiah Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(1), 115. <https://doi.org/10.25077/logista.7.1.115-120.2023>
- Erawan. (2025). *Kelurahan Punggaloba Kecamatan Kendari Barat Kota Kendari (Studi Kasus Di Kelurahan The Role Of Health Officers And Cadres In Implementing Children ' s Posyandu Activities In*. 6(2), 47–54.

- Guo, X. (2022). Annual Report 2021. *AIMS Microbiology*, 8(1), 103–107. <https://doi.org/10.3934/microbiol.2022009>
- Hi, F., Kunoli, Y., Saleh, A., & Condeng, B. (2025). *Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular (PTM) Usia 45- 59 Tahun Melalui Penguatan Peran Kader Integrasi Layanan Primer (IIP) Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Talise Palu Early Detection of Non-Communicable Diseases (NCDs) in People Aged 45-59 Years .* 8(8), 4910–4920. <https://doi.org/10.56338/jks.v8i8.8372>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Laporan Nasional Riskesdas.2018.Kementerian Kesehatan RI. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 44(8), 181–222. [http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK_No_57_Tahun_2013_tentang_PTRM.pdf)
- Kesehatan, P. K. (2025). 3 , 1-3. 8, 2551–2561.
- Kirubakaran, S., Sudhan, D., Kovur, H., Appanabhotla, P., & Murugan, A. (2024). *Original Article A community - based study on health seeking behaviour among NCD patients in rural and urban Tamil Nadu – A convergent mixed method study.* 3702–3708. <https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc>
- Quiambao, A., Malekpour, M. R., Golestani, A., Heidari-Foroozan, M., Ghamari, S. H., Abbasi-Kangevari, M., Anderson, B. O., Barango, P., Fidarova, E., Hemmingsen, B., Ilbawi, A., Khan, T., Sequeria, R. O., Roglic, G., Rylance, S., Roitberg, F., Riley, L., Slama, S., Bhatti, L., ... Yip, C. H. (2025). World health Organization's guidance for tracking non-communicable diseases towards sustainable development goals 3.4: an initiative for facility-based monitoring. *EClinicalMedicine*, 85, 103304. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103304>
- Rahayu, E. O. (2016). Perbedaan Risiko Stroke Berdasarkan Faktor Risiko Biologi pada Usia Produktif. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(1), 113–125. <https://doi.org/10.20473/jbe.v4i1.113-125>
- Rahma, A. N., Vita, C., & Purba, G. (2025). *Determinants of CERDIK Behavior as an Effort to Prevent Non-Communicable Diseases in students of Hang Tuah.* 11(2), 224–231.
- Rahmanti, A., & Mimin Indah L. (2022). Sosialisasi Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular (Dd-Ptm) Dalam Pencegahan Komplikasi Diabetes Mellitus Di Kelurahan Bulustalan Kecamatan Semarang Selatan. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Sisthana*, 3(2), 11–15. <https://doi.org/10.55606/pkmsisthana.v3i2.8>
- Ramadhani, A. N., Sinaga, D. G., Zalvadhia, N. K., & Chika, P. N. (2025). *POSBINDU Prima sebagai Strategi Terpadu Pemerintah Kota Surakarta dalam Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Lansia.* 3, 1–9.
- Rawal, L., Jubayer, S., Choudhury, S. R., Mohammed, S., & Islam, S. (2021).

Community health workers for non- communicable diseases prevention and control in Bangladesh : a qualitative study. 1–10.

- Syahadat, D. S., Buchair, N. H., & Sari, N. F. (2025). Skrining dan Edukasi Kesehatan Tentang Penyakit Tidak Menular pada Pedagang di Pasar Inpres Kota Palu. *Jurnal Pengabdian Dan Pengembangan Masyarakat Indonesia*, 4(1), 58–65.
<https://doi.org/10.56303/jppmi.v4i1.339>