



IMPLEMENTASI KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN NOMOR HK.01.07/MENKES/33/2025 TENTANG PETUNJUK TEKNIS PEMERIKSAAN KESEHATAN GRATIS DI PUSKESMAS KANIGARAN KOTA PROBOLINGGO

¹Raisa Aprilia, ²Supriyanto, ³Mastina Maksin
^{1,2,3} Universitas Panca Marga
Raisaaprilia1805@gmail.com

Riwayat Artikel

Dikirim: 29-05-2026

Direvisi: 02-06-2026

Diterima: 26-02-2026

Abstract

This study examines the implementation of the Free Birthday Health Examination (PKG) program regulated by Decree of the Minister of Health Number HK.01.07/MENKES/33/2025 at Puskesmas Kanigaran, Probolinggo City. This program is a national policy to promote early detection of non-communicable diseases (NCDs). Analysis uses Grindle's (2018) implementation theory through two dimensions: content of policy and context of implementation. The study employs descriptive qualitative methods through in-depth interviews, observation, and documentation. Results show the PKG program at Puskesmas Kanigaran is running adequately. Direct benefits in the form of free and easily accessible health services have successfully encouraged community participation. Detection of suspected tuberculosis even reached 100 percent. However, limited human resources remain the most critical structural constraint. Puskesmas Kanigaran carries the largest target population in Probolinggo City (approximately 23,000 people) with a very limited number of health workers. Actor dynamics are conducive, the institution demonstrates good adaptive capacity through outreach strategies, and implementer compliance and responsiveness are relatively high.

Keywords: policy implementation; free health examination; Grindle theory; Puskesmas; non-communicable diseases

Abstrak

Penelitian ini mengkaji implementasi program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) Hari Ulang Tahun yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/33/2025 di Puskesmas Kanigaran Kota Probolinggo. Program ini merupakan kebijakan nasional untuk mendorong deteksi dini penyakit tidak menular (PTM). Analisis menggunakan teori implementasi Grindle (2018) melalui dua dimensi: isi kebijakan (content of policy) dan konteks implementasi (context of implementation). Penelitian menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan teknik wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan program PKG di Puskesmas Kanigaran sudah berjalan dengan cukup baik. Manfaat langsung berupa layanan kesehatan gratis yang lebih mudah dijangkau berhasil mendorong partisipasi masyarakat. Deteksi suspek TBC bahkan mencapai 100 persen. Namun, keterbatasan sumber daya manusia menjadi kendala struktural paling krusial. Puskesmas Kanigaran menanggung target sasaran terbesar di Kota Probolinggo (sekitar 23.000 jiwa) dengan jumlah tenaga kesehatan yang sangat terbatas. Dinamika antar aktor berjalan kondusif, institusi menunjukkan kapasitas adaptif yang baik dengan strategi jemput bola, dan tingkat kepatuhan serta daya tanggap pelaksana tergolong tinggi.

Kata kunci: implementasi kebijakan; pemeriksaan kesehatan gratis; teori Grindle; Puskesmas; penyakit tidak menular

1. PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak dasar setiap warga negara yang dijamin oleh konstitusi Indonesia. Pasal 28H Undang-Undang Dasar 1945 menyatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan, dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mempertegas kewajiban pemerintah untuk menyediakan layanan yang aman, bermutu, dan terjangkau tanpa diskriminasi. Namun kenyataan di lapangan menunjukkan tantangan yang tidak kecil: angka penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI, prevalensi hipertensi meningkat dari 34,1% pada 2018 menjadi 38,3% pada 2023, sementara diabetes melitus naik dari 10,9% menjadi 13,2% pada periode yang sama. Kondisi ini memperlihatkan tantangan serius dalam sistem kesehatan nasional yang menuntut strategi inovatif, terutama dalam upaya pencegahan dan deteksi dini.

Merespons kondisi tersebut, Presiden Prabowo Subianto melalui Kementerian Kesehatan RI meluncurkan program Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) Hari Ulang Tahun pada tahun 2025. Program ini diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/33/2025, yang menjadi pedoman teknis bagi seluruh puskesmas di Indonesia. Tujuannya adalah mendorong deteksi dini penyakit, terutama PTM, melalui pemeriksaan gratis pada momentum hari ulang tahun setiap warga.

Antusiasme masyarakat terhadap program ini cukup tinggi. Hingga 16 Maret 2025, PKG telah menarik lebih dari 777 ribu pendaftar dari 9.285 Puskesmas di 502 kabupaten/kota dan 38 provinsi di seluruh Indonesia. Program ini ditargetkan untuk menjangkau lebih dari 280 juta masyarakat Indonesia secara bertahap.

Di tingkat daerah, khususnya di Kota Probolinggo, Puskesmas Kanigaran menjadi salah satu pelaksana program ini. Sebagai puskesmas dengan cakupan wilayah dan jumlah penduduk sasaran terbesar di kota tersebut, Puskesmas Kanigaran menghadapi tantangan tersendiri dalam mengimplementasikan kebijakan ini. Penelitian ini hadir untuk mengkaji secara mendalam bagaimana implementasi PKG berlangsung di Puskesmas Kanigaran, dengan menggunakan pendekatan teori implementasi Grindle (2018) yang membagi analisis ke dalam dua dimensi: isi kebijakan (*content of policy*) dan konteks implementasi (*context of implementation*).

2. KERANGKA TEORI

A. Kebijakan Publik

Kebijakan publik secara sederhana dapat diartikan sebagai segala keputusan atau tindakan yang diambil pemerintah untuk merespons masalah di masyarakat. Carl Friedrich (dalam Agustino, 2008) mendefinisikannya sebagai serangkaian tindakan yang dirumuskan oleh individu, kelompok, maupun pemerintah untuk mengatasi hambatan dan mencapai tujuan tertentu. Thomas R. Dye (1998) mempertegas bahwa kebijakan pemerintah mencakup semua pilihan yang dibuat pemerintah, baik tindakan yang dilakukan maupun yang sengaja tidak dilakukan.

Dalam konteks penelitian ini, kebijakan publik yang dikaji adalah Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/33/2025 tentang Petunjuk Teknis Pemeriksaan

Kesehatan Gratis Hari Ulang Tahun, yang menjadi pedoman operasional bagi seluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama di Indonesia

B. Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi kebijakan adalah tahap di mana kebijakan yang sudah ditetapkan secara formal kemudian dijalankan dalam bentuk tindakan nyata di lapangan. Van Meter dan Van Horn (1975) mendefinisikannya sebagai serangkaian tindakan yang dilakukan oleh individu atau kelompok, baik pemerintah maupun non-pemerintah, untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hill dan Hupe (2002) menambahkan bahwa implementasi harus dipahami sebagai proses interaksi yang dinamis antara kebijakan, pelaksana, dan masyarakat penerima layanan.

Menurut Mazmanian dan Sabatier (1979), dalam Wahab (2008), implementasi merupakan pemahaman tentang apa yang terjadi setelah suatu program atau kebijakan ditetapkan. Fokusnya ada pada kejadian dan kegiatan yang muncul setelah kebijakan disahkan, serta dampak yang dihasilkannya bagi masyarakat.

C. Teori Implementasi Grindle (2018)

Merilee S. Grindle (dalam Melisa dkk., 2024) memandang bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh dua dimensi besar: isi kebijakan (*content of policy*) dan konteks implementasi (*context of implementation*).

1) Isi Kebijakan (*Content of Policy*)

Dimensi ini berkaitan dengan apa yang ada di dalam kebijakan itu sendiri. Menurut Grindle (dalam Prameswari, 2018), ada enam elemen yang perlu diperhatikan:

Pertama, kepentingan yang terpengaruh (*Interests Affected*), yaitu pihak-pihak yang kepentingannya terpengaruh oleh kebijakan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Semakin banyak dan beragam kepentingan yang terlibat, semakin kompleks proses implementasinya. Kedua, jenis manfaat yang dihasilkan (*Type of Benefits*). Manfaat yang langsung dapat dirasakan masyarakat akan mendorong tingkat partisipasi yang lebih tinggi. Ketiga, derajat perubahan yang diharapkan (*Extent of Change Envisioned*). Semakin besar perubahan yang dituntut, semakin besar pula tantangan implementasinya.

Keempat, kedudukan pengambil keputusan (*Site of Decision Making*). Kebijakan yang bersifat sentralistik cenderung lebih kaku, sedangkan yang memberi ruang diskresi kepada pelaksana lapangan memungkinkan adaptasi yang lebih efektif. Kelima, pelaksana program (*Program Implementers*). Sikap, pemahaman, dan kapasitas pelaksana sangat menentukan bagaimana kebijakan diterjemahkan di lapangan. Keenam, sumber daya yang dialokasikan (*Resources Committed*). Keterbatasan sumber daya manusia, anggaran, sarana dan prasarana adalah salah satu penyebab utama kegagalan implementasi kebijakan.

2) Konteks Implementasi (*Context of Implementation*)

Dimensi ini berkaitan dengan kondisi lingkungan di mana kebijakan dilaksanakan. Ada tiga elemen di dalamnya: (1) Kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor (*Power, Interests, and Strategies of Actors*) yang dapat menghasilkan dukungan,

negosiasi, maupun konflik dalam proses implementasi; (2) Karakteristik institusi dan rezim (*Institutional and Regime Characteristics*) yang mencakup struktur organisasi, budaya birokrasi, dan kapasitas administratif; serta (3) Tingkat kepatuhan dan daya tanggap pelaksana (*Compliance and Responsiveness*) yang menekankan keseimbangan antara kepatuhan terhadap aturan dan kemampuan merespons kondisi nyata di lapangan

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif yang bertujuan memahami secara mendalam proses implementasi kebijakan PKG di Puskesmas Kanigaran. Pendekatan ini dipilih karena fokus penelitian bukan pada pengukuran statistik, melainkan pada pemahaman tentang bagaimana kebijakan dipahami, dijalankan, dan diinterpretasikan oleh para pelaksananya.

Lokasi penelitian adalah Puskesmas Kanigaran, Jl. HOS Cokroaminoto, Kelurahan Kanigaran, Kecamatan Kanigaran, Kota Probolinggo, Provinsi Jawa Timur. Penentuan lokasi ini didasarkan pada pertimbangan bahwa Puskesmas Kanigaran memiliki beban target PKG terbesar di Kota Probolinggo.

Pengumpulan data dilakukan melalui triangulasi tiga teknik, yaitu wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Wawancara dilakukan kepada tiga kelompok informan yang ditentukan secara purposive: (1) Informan kunci: Kepala Puskesmas Kanigaran (drg. Putu Irmayani); (2) Informan utama: dokter, perawat, dan bidan puskesmas, termasuk dr. Ika Setya (Dokter PTM) dan dr. Mega Ratnasari (Koordinator PKG); (3) Informan pendukung: kader posyandu peserta PKG, termasuk Ibu Misnati dan Ibu Rohma.

Analisis data mengikuti model Miles dan Huberman yang terdiri dari empat tahapan: pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Keabsahan data dijamin melalui triangulasi sumber dan triangulasi teknik pengumpulan data.

4. PEMBAHASAN

A. Isi Kebijakan (*Content of Policy*)

1) Kepentingan yang Dipengaruhi Kebijakan (*Interests Affected*)

Implementasi PKG di Puskesmas Kanigaran menyentuh kepentingan setidaknya tiga kelompok aktor utama: masyarakat sebagai penerima layanan, tenaga kesehatan sebagai pelaksana, dan puskesmas sebagai institusi. Masyarakat berkepentingan langsung untuk mendapatkan layanan kesehatan gratis yang mudah dijangkau. Tenaga kesehatan berkepentingan atas pencapaian target program PTM sebagai indikator kinerja mereka. Sementara puskesmas berkepentingan atas peningkatan capaian kinerja secara keseluruhan.

Temuan lapangan menunjukkan tidak adanya konflik kepentingan yang bersifat ekonomi, sosial, maupun politik. Satu-satunya ketegangan yang muncul bersifat administratif, yaitu terkait beban pencatatan dan pelaporan data melalui aplikasi Satu Sehat. Kondisi ini menunjukkan bahwa PKG merupakan kebijakan yang relatif diterima semua pihak. Namun perlu dicatat, ketika petugas ditarik untuk kegiatan PKG luar gedung,

Puskesmas Pembantu (Pustu) terpaksa ditutup, sehingga ada sebagian masyarakat yang kepentingannya justru berdampak negatif.

2) Jenis Manfaat yang Dihasilkan (*Type of Benefits*)

Manfaat program PKG bersifat ganda, langsung dan tidak langsung. Manfaat langsung yang paling dirasakan masyarakat adalah penghematan biaya dan waktu karena layanan gratis dan kini dilaksanakan di posyandu ILP yang lebih dekat dengan tempat tinggal warga. Kader melaporkan program ini lebih efisien dari sisi biaya maupun waktu, dan warga yang menemukan masalah kesehatan dapat langsung mendapat rujukan ke puskesmas.

Manfaat tidak langsung berupa peningkatan kesadaran kesehatan juga mulai terlihat. Dokter PTM dr. Ika Setya melaporkan bahwa masyarakat yang sebelumnya menyepelekan kesehatannya akhirnya mengetahui kondisi tubuhnya dan mulai mau berubah. Program ini secara tidak langsung berkontribusi pada upaya mengurangi angka penyakit tidak menular

Namun, tidak semua masyarakat yang mendapat hasil pemeriksaan abnormal mau menindaklanjutinya. Koordinator PKG dr. Mega Ratnasari mengakui masih adanya warga yang menolak tindak lanjut meskipun kondisi kesehatannya memerlukan penanganan lebih lanjut. Hal ini menunjukkan bahwa manfaat jangka panjang program belum bisa dirasakan secara optimal oleh semua kalangan dan perlu strategi edukasi yang lebih intensif.

3) Derajat Perubahan yang Diharapkan (*Extent of Change Envisioned*)

Program PKG menuntut perubahan yang besar pada dua level sekaligus: sistem pelayanan puskesmas dan perilaku masyarakat. Pada awal pelaksanaan, perubahan ini menimbulkan kebingungan bagi semua pihak. Petugas harus menyesuaikan diri dengan paket pemeriksaan yang berbeda-beda tergantung kondisi pasien, sementara masyarakat belum terbiasa dengan alur dan mekanisme baru.

Dari sisi sistem pelayanan, puskesmas berhasil beradaptasi dengan baik. Dibentuk ruang khusus PKG, layanan diperluas ke luar gedung (posyandu, sekolah, kantor OPD), dan sistem entri data digital berhasil diterapkan. Perubahan kebijakan juga terjadi dari tingkat pusat: petunjuk teknis PKG yang semula hanya untuk warga berulang tahun direvisi sehingga semua orang bisa mengakses layanan kapan saja.

Dari sisi perilaku masyarakat, perubahan yang diharapkan jauh lebih sulit diwujudkan. Masih ada warga yang enggan atau bahkan takut diperiksa karena takut ketahuan penyakitnya. Kepala Puskesmas menegaskan bahwa masyarakat yang mengetahui kondisi kesehatannya sejak dini justru lebih beruntung karena tingkat kesembuhan lebih tinggi. Perubahan perilaku sosial seperti ini memerlukan waktu dan pendekatan yang jauh lebih personal dari sekadar menyediakan layanan gratis.

4) Kedudukan Pengambil Keputusan (*Site of Decision Making*)

Pengambilan keputusan dalam program PKG bersifat hierarkis dari pusat ke daerah: Kemenkes menetapkan dan merevisi petunjuk teknis, Dinas Kesehatan meneruskan dan memfasilitasi, Kepala Puskesmas mengoperasionalkan, dan koordinator program mengelola pelaksanaan harian. Setiap perubahan pada petunjuk teknis sepenuhnya merupakan kewenangan Kemenkes tanpa melibatkan masukan dari puskesmas secara formal.

Meski demikian, Puskesmas Kanigaran memiliki ruang diskresi yang cukup luas dalam strategi pelaksanaan. Ketika partisipasi masyarakat di puskesmas rendah, puskesmas langsung berinovasi dengan menggeser layanan ke posyandu ILP, mendatangi sekolah, kantor OPD, dan berbagai titik komunitas lainnya. Catatan pentingnya, perubahan petunjuk teknis yang berulang tanpa melibatkan masukan dari pelaksana lapangan menciptakan tantangan adaptasi yang berulang. Kondisi ini menunjukkan perlunya mekanisme umpan balik yang lebih terstruktur antara pelaksana di daerah dan pembuat kebijakan di pusat.

5) Pelaksana Program (*Program Implementers*)

Seluruh staf Puskesmas Kanigaran terlibat dalam pelaksanaan PKG secara bergantian, tanpa pembentukan tim khusus yang tetap. Model ini menciptakan rasa tanggung jawab bersama dan budaya kerja yang kolaboratif. Kader posyandu memainkan peran yang sangat vital sebagai ujung tombak penggerak masyarakat, memanfaatkan kedekatan mereka dengan warga untuk mendorong partisipasi.

Komitmen seluruh staf terbilang tinggi meskipun beban kerja meningkat signifikan. Budaya kerja yang solid dan kolaboratif membuat semua tantangan dapat diselesaikan bersama. Kader posyandu memainkan peran yang tidak kalah penting sebagai jembatan antara puskesmas dan masyarakat melalui pendekatan personal yang tidak bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan secara langsung.

Tantangan yang perlu dicermati adalah pemahaman terhadap paket pemeriksaan yang berbeda-beda berdasarkan usia dan kondisi kesehatan masih menjadi kesulitan bagi sebagian staf. Koordinator PKG sendiri mengakui masih terus belajar memahami petunjuk teknis yang berulang kali berubah. Untuk meminimalkan variasi pelaksanaan antar petugas, sosialisasi dan pembekalan yang lebih terstruktur dan berkelanjutan sangat diperlukan.

6) Sumber Daya yang Dialokasikan (*Resources Committed*)

Ketersediaan sumber daya di Puskesmas Kanigaran tidak merata. Dari sisi sarana prasarana dan alat kesehatan, puskesmas mendapat dukungan *dropping* langsung dari Dinas Kesehatan Kota Probolinggo. Pengajuan alat yang rusak atau habis dapat segera dipenuhi melalui mekanisme yang sederhana. Kader di lapangan juga mengonfirmasi bahwa alat pemeriksaan yang dibawa petugas sudah lengkap.

Dari sisi anggaran, seluruh bahan medis habis pakai disediakan oleh Dinas Kesehatan sehingga puskesmas tidak dibebani biaya operasional. Namun terdapat beberapa komponen pemeriksaan dalam petunjuk teknis yang belum dapat dilaksanakan karena tidak tersedianya reagen, seperti pemeriksaan gula darah untuk balita dan hemoglobin.

Sumber daya yang paling kritis adalah sumber daya manusia. Puskesmas Kanigaran menanggung target PKG terbesar di Kota Probolinggo, sekitar 23.000 orang dari total 60 ribu jiwa penduduk di tahun 2025, sementara jumlah tenaga kesehatan yang tersedia sangat terbatas. Akibatnya, Puskesmas Pembantu (Pustu) beberapa kali harus tutup karena petugasnya ditarik untuk kegiatan PKG luar gedung. Kondisi ini merupakan *trade-off* yang tidak ideal: program baru berjalan, tetapi pelayanan yang sudah ada justru terganggu.

A. Konteks Implementasi (*Context of Implementation*)

1) Kekuasaan, Kepentingan, dan Strategi Aktor (*Power, Interests, and Strategies of Actors*)

Dinamika antar aktor dalam implementasi PKG di Puskesmas Kanigaran berjalan secara konstruktif. Kemenkes menggunakan kewenangannya untuk merevisi petunjuk teknis sebagai respons terhadap kondisi lapangan. Dinas Kesehatan berperan sebagai fasilitator aktif yang mendukung puskesmas secara teknis dan logistik tanpa menciptakan hambatan. Hubungan antara puskesmas dan dinas digambarkan sebagai kondusif dan tidak ada konflik kewenangan.

Puskesmas Kanigaran mengembangkan strategi jemput bola secara mandiri untuk menjangkau masyarakat yang tidak mau datang sendiri. Strategi ini mencakup pengiriman surat resmi ke instansi dan sekolah, koordinasi aktif dengan kelurahan dan kecamatan, serta menggelar PKG di berbagai titik komunitas. Dokter PTM dr. Ika Setya menggambarkan pendekatan ini sebagai komunikasi dari hati ke hati dengan masyarakat.

Kader posyandu adalah aktor yang paling unik karena tidak memiliki kekuasaan formal, namun justru menjadi ujung tombak yang paling efektif. Kekuatan mereka terletak pada kepercayaan dan kedekatan dengan warga. Tanpa kader yang aktif mengajak dan mendampingi warga, program jemput bola tidak akan berhasil menjangkau masyarakat yang paling enggan sekalipun. Tidak ditemukan konflik kepentingan yang berarti di antara para aktor.

2) Karakteristik Institusi dan Rezim (*Institutional and Regime Characteristics*)

Puskesmas Kanigaran menunjukkan karakteristik institusi yang adaptif dan responsif. Budaya kerja kolaboratif, sistem kerja fleksibel, dan kemampuan mengembangkan inovasi mandiri seperti menetapkan target entri delapan data per orang per hari mencerminkan kapasitas institusional yang baik. Dukungan penuh dari pemerintah daerah dan Dinas Kesehatan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pelaksanaan program.

Dari sisi rezim pemerintahan, dukungan dari Dinas Kesehatan dan pemerintah kota berjalan stabil tanpa hambatan politis. Kebijakan PKG mendapat legitimasi penuh dari pemerintah daerah. Kondisi ini berbeda dari beberapa konteks lain di mana resistensi pemerintah daerah sering menjadi penghambat implementasi. Di Probolinggo, dukungan rezim yang kondusif menjadi salah satu faktor keberhasilan.

Kelemahan institusional yang ada lebih bersumber dari kekurangan jumlah SDM yang berada di luar kendali puskesmas. Target program tahun 2025 belum tercapai penuh, terutama karena fase penyesuaian di awal tahun. Namun puskesmas menyikapi hal ini sebagai bahan evaluasi dan berkomitmen untuk perbaikan di tahun 2026. Kapasitas belajar dari pengalaman menjadi kekuatan institusional yang paling menonjol.

3) Tingkat Kepatuhan dan Daya Tanggap Pelaksana

Dari sisi kepatuhan, Puskesmas Kanigaran secara umum telah menjalankan alur pelayanan PKG sesuai petunjuk teknis yang berlaku. Alur yang mencakup pendaftaran, skrining mandiri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium jika diperlukan, konsultasi dokter, hingga entri data ke aplikasi Satu Sehat Indonesia semuanya berjalan

sesuai prosedur. Pelaporan dilakukan secara rutin harian dan bulanan dengan mekanisme monitoring berkala.

Terdapat pengecualian pada beberapa komponen pemeriksaan yang belum dapat dilaksanakan, seperti pemeriksaan kanker usus besar yang memerlukan pelatihan khusus dan reagen yang belum tersedia. Penting dicatat bahwa ketidakpatuhan ini bukan disebabkan ketidakmauan pelaksana, melainkan keterbatasan teknis yang berada di luar kendali puskesmas.

Dari sisi daya tanggap, puskesmas menunjukkan performa yang sangat baik. Respons cepat terlihat dalam pengembangan strategi jemput bola ketika partisipasi masyarakat rendah, mekanisme konfirmasi sebelum memberikan rujukan untuk menghindari kesalahan diagnosis, serta pendampingan aktif kader yang mengantarkan warga ke puskesmas. Tantangan terbesar justru datang dari sisi masyarakat sendiri yang masih ada yang menolak tindak lanjut meskipun hasil pemeriksaannya menunjukkan kondisi yang perlu ditangani.

5. KESIMPULAN

Implementasi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/33/2025 tentang Petunjuk Teknis Pemeriksaan Kesehatan Gratis di Puskesmas Kanigaran Kota Probolinggo secara umum telah berjalan dengan cukup baik, meskipun terdapat sejumlah kendala yang perlu mendapat perhatian serius.

Dari dimensi isi kebijakan, program PKG berhasil menyentuh kepentingan berbagai pihak tanpa menimbulkan konflik yang berarti. Manfaat langsung berupa akses layanan gratis yang mudah dijangkau dan manfaat tidak langsung berupa peningkatan kesadaran kesehatan mulai dirasakan masyarakat. Meski demikian, perubahan perilaku masyarakat ke arah preventif masih dalam proses dan membutuhkan waktu lebih panjang. Keterbatasan sumber daya manusia menjadi hambatan struktural paling kritis, di mana target 23.000 sasaran PKG pada tahun 2025 harus ditanggung dengan jumlah tenaga kesehatan yang sangat terbatas.

Dari dimensi konteks implementasi, dinamika antar aktor berjalan kondusif dengan dukungan penuh dari Dinas Kesehatan dan pemerintah daerah. Puskesmas Kanigaran menunjukkan kapasitas institusional yang adaptif dengan inovasi strategi jemput bola yang terbukti efektif meningkatkan partisipasi masyarakat. Alur pelayanan sudah sesuai prosedur dengan daya tanggap yang baik terhadap kondisi lapangan.

Penelitian ini merekomendasikan tiga hal utama: (1) penambahan tenaga kesehatan di Puskesmas Kanigaran mengingat beban target yang tidak sebanding dengan kapasitas SDM yang ada; (2) penyusunan mekanisme umpan balik yang sistematis antara pelaksana lapangan dan pembuat kebijakan di pusat agar revisi petunjuk teknis lebih tepat sasaran; dan (3) intensifikasi strategi edukasi masyarakat, terutama bagi warga yang masih enggan menindaklanjuti hasil pemeriksaan yang abnormal. Penelitian selanjutnya dapat mengkaji dampak jangka panjang program PKG terhadap perubahan perilaku kesehatan masyarakat atau membandingkan implementasi di berbagai puskesmas dengan karakteristik wilayah yang berbeda.

6. REFERENSI

Books

- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta Bandung
- Anggara, S. (2018). *Kebijakan Publik Pengantar* (E. Soetari, Ed.). Pustaka Setia Bandung.
- Iriawan, H. (2024). *Teori Kebijakan Publik* (Z. R. Bahar, Ed.; L. Ilma'num, Compiler). PT. Literasi Nusantara Abadi Grup.
- Pramono, J. (2020). *Implementasi dan Evaluasi Kebijakan Publik* (Sutoyo, Ed.). Unisri Press..

Journal article on website

- Ammara, D., & Hafiza, G. (2025, November). Evaluasi Layanan Publik Berbasis Digital: Studi Efektivitas Implementasi Cek Kesehatan Gratis (CKG) pada Aplikasi Satusel di UPT. Puskesmas Medan Johor. *Recht Studiosum Law Review*, Vol.04, No.02, 210-211. <https://digilib.uinsgd.ac.id/11004/1/8.%20Buku%20Kebijakan%20Publik.pdf>
- Ardiansyah, Risnita, & Jailani, M. S. (2023, Juli). Teknik Pengumpulan Data Dan Instrumen Penelitian Ilmiah Pendidikan Pada Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif. *IHSAN: Jurnal Pendidikan Islam*, Volume 1. <https://doi.org/10.61104/ihsan.v1i2.57>
- Boboy, J. L., Asbanu, R. O., Nayoan, C., & Berek, N. (2025, Juni). Optimalisasi Pemeriksaan Kesehatan Gratis Berbasis Digital bagi Masyarakat di Timor Tengah Selatan. *GOTAVA : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, Volume 3, Nomor 1, 13-17. <https://sdmce.net/gotava/index.php/jpm/article/view/29>.
- Daruhadi, G., & Sopiati, P. (2024, Agustus). Pengumpulan Data Penelitian. *J-CEKI : Jurnal Cendekia Ilmiah*, Vol 3, 5428.
- Dewi, E. R., Ulfa, M., Caesar, D. L., Prasetyo, E., Wachid, A., & Mubaroq, M. H. (2025, Agustus). Pemanfaatan Media Sosial dalam Upaya Meningkatkan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) bagi Masyarakat Kabupaten Kudus. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan Terkini*, Vol. 4 No. 2, 73-81. <https://doi.org/10.58516/7cdb8h62>
- Fitria, N. E., Alisa, F., Afrizal, & Yusnela, E. (2025, Juni). Pemeriksaan Kesehatan Gratis Di Kantor Camat Nanggalo Kota Padang. *Jurnal Abdi Mercusuar*, Vol. 5, No. 1, 30-36. <https://doi.org/10.36984/jam.v5i1.628>
- Maharani, S., & Bernad, M. (2018, September). Analisis Hubungan Resiliensi Matematik Terhadap Kemampuan Pemecahan Masalah Siswa Pada Materi Lingkaran. *Jurnal Pembelajaran Matematika Inovatif*, Volume 1, 822.
- Masjadi, Astuti, R., Chakim, I., & Prasetyaningsih, M. (2025, 7). Edukasi Kesehatan dan Peningkatan Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Gratis di Puskesmas Tunjungan Blora. *Jurnal Inovasi dan Pengabdian Masyarakat Indonesia*, Volume 4 Nomor 3, 145-149. *Jurnal Inovasi dan Pengabdian Masyarakat Indonesia*, Vol. 4 No. 3 Tahun 2025 Halaman 145-149| 145 Jurnal Ino
- Melisa, Siraj, & Zahriyanti. (2024, Agustus). Implementasi Manajemen Kurikulum Merdeka pada Sekolah Dasar di Kabupaten Bireuen. *Jurnal Penelitian, Pendidikan dan Pengajaran (JPPP)*, Vol. 5.
- Nabilah, H., Azzahra, S., Maharani, G. D., Alba, A. M., Melani, A. I., & Wasir, R. (2025, Juni). Evaluation Of Free Health Screening Program In Indonesia: Opportunities

- And Challenges In Early Detection Of Non-Communicable Diseases. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, Volume 6, 6198-6205. <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i2.44943>
- Nurfajriani, W. V., Ilhami, M. W., Mahendra, A., Sirodj, R. A., & Afgani, M. W. (2024, September). Triangulasi Data Dalam Analisis Data Kualitatif. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 829. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13929272>
- Prameswari, Y. P. (2018). Waterfront city development di kawasan sempadan sungai: Studi kasus Sungai Wiso dan Kanal, Jepara. *Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, Vol. 3.
- Rumina. (2024). Tehnik Pengumpulan Data Dalam Penelitian Pendidikan. *ILJ: Islamic Learning Journal (Jurnal Pendidikan Islam)*, 159.
- Rustamana, A., Adillah, P. M., Maharani, N. K., & Fayyedh, F. A. (2024). Qualitative Research Methods. *Indonesian Journal of Interdisciplinary Research in Science and Technology (MARCOPOLLO)*, Vol. 2, No. 6, 921-922..
- Sulung, U., & Muspawi, M. (2024, September). Memahami Sumber Data Penelitian : Primer, Sekunder, Dan Tersier. *Jurnal Edu Research Indonesian Institute For Corporate Learning And Studies (IICLS)*, Volume 5, 113.
- Utavia, A., Jannati, P., Malahati, F., Qathrunnada, & Shaleh. (2023, Desember). *Jurnal Pendidikan Dasar. Kualitatif : Memahami Karakteristik Penelitian Sebagai Metodologi*, 341.