

JURNAL PROMOTIF PREVENTIF

Implementasi Kebijakan Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular: Studi Kasus Kualitatif Menggunakan Kerangka Edward III di Indonesia Timur

Policy Implementation of the Integrated Non-Communicable Disease Monitoring Post Program: A Qualitative Case Study Using the Edward III Framework in Eastern Indonesia

Reslanth W. Therik*, Serlie K. A. Littik, Galuh Wiedani K. Dyah Larasati

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana, Kupang, Indonesia

Article Info

Article History

Received: 21 Jul 2026

Revised: 16 Agu 2026

Accepted: 16 Agu 2026

ABSTRACT / ABSTRAK

Program Integrated Non-Communicable Disease (NCD) Prevention and Control Posts (Posbindu PTM) is a promotive and preventive initiative aimed at the early detection of non-communicable disease (NCD) risk factors, which are the leading causes of morbidity and mortality in Indonesia. However, its implementation at Baumata Community Health Center (Puskesmas Baumata), Kupang Regency, has not yet been optimal. This study aimed to analyze the implementation of the Posbindu PTM Program based on George C. Edward III's policy implementation framework, which encompasses communication, resources, disposition, and bureaucratic structure. A descriptive qualitative study with a case study approach was employed. Eight informants were purposively selected, including the head of the community health center, the Posbindu PTM program coordinator, Posbindu PTM cadres, the Non-Communicable Disease Program manager from the District Health Office, village officials, and community members. Data were collected through in-depth interviews, observations, and document reviews, and were analyzed using the Miles and Huberman interactive model. The findings indicate that the implementation of the Posbindu PTM Program has been carried out but remains suboptimal due to inadequate dissemination of communication, limited facilities and infrastructure, reduced cadre motivation associated with insufficient incentives, and suboptimal cross-sectoral coordination. It is concluded that strengthening communication, improving facilities and infrastructure, enhancing support for community health cadres, and reinforcing cross-sectoral coordination are essential to optimize the implementation of the Posbindu PTM Program.

Keywords: Policy Implementation, Posbindu PTM, Non-Communicable Diseases, Baumata Community Health Center, George C. Edward III

Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) merupakan upaya promotif dan preventif untuk mendeteksi dini faktor risiko PTM yang menjadi penyebab utama kesakitan dan kematian di Indonesia. Namun, pelaksanaannya di Puskesmas Baumata, Kabupaten Kupang, belum optimal. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi Program Posbindu PTM berdasarkan teori implementasi kebijakan George C. Edward III yang mencakup komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Penelitian menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Sebanyak delapan informan dipilih secara purposive, terdiri atas kepala puskesmas, penanggung jawab program, kader Posbindu PTM, pengelola program PTM Dinas Kesehatan, perangkat desa, dan masyarakat. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, kemudian dianalisis menggunakan model interaktif Miles dan Huberman. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Program Posbindu PTM telah berjalan, tetapi belum optimal karena komunikasi belum merata, sarana dan prasarana masih terbatas, motivasi kader dipengaruhi minimnya insentif, serta koordinasi lintas sektor belum optimal. Disimpulkan bahwa peningkatan komunikasi, penguatan sarana dan prasarana, dukungan terhadap kader, serta koordinasi lintas sektor diperlukan untuk mengoptimalkan implementasi Program Posbindu PTM.

Kata kunci: Implementasi Kebijakan, Posbindu PTM, Penyakit Tidak Menular, Puskesmas Baumata, George C. Edward III

Corresponding Author:

Name : Reslanth Wilter Therik

Affiliate : Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana

Address : Kampus Universitas Nusa Cendana, Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang, Prov. Nusa Tenggara Timur

Email : reslanththerik@gmail.com

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan saat ini menghadapi tantangan berupa pergeseran pola penyakit dari Penyakit Menular (PM) menuju Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti penyakit jantung, diabetes melitus, dan hipertensi, yang menjadi penyebab utama kematian di berbagai negara termasuk Indonesia. Kondisi ini dipengaruhi oleh perubahan gaya hidup masyarakat, seperti kurangnya aktivitas fisik, pola makan tidak sehat, kebiasaan merokok, serta konsumsi alkohol, yang meningkatkan faktor risiko PTM pada berbagai kelompok usia (Setyonaluri & Aninditya, 2019). Penyakit jantung dan stroke sebagai bentuk lanjutan dari faktor risiko PTM menjadi penyebab utama kematian secara global (WHO, 2022), dan lebih dari 73% kematian di Indonesia disebabkan oleh PTM, dengan lebih dari 20% pembiayaan kesehatan digunakan untuk penyakit katastropik yang sebagian besar berasal dari PTM (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi hipertensi pada penduduk usia ≥ 18 tahun mencapai 30,8% berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, sementara prevalensi diabetes melitus pada penduduk usia ≥ 15 tahun tercatat sekitar 11,7%. Hipertensi diperkirakan dialami oleh lebih dari 63 juta penduduk dan diabetes melitus oleh sekitar 19,5 juta penduduk, yang menempatkan Indonesia sebagai salah satu negara dengan jumlah penyandang DM tertinggi di dunia (Kemenkes RI, 2023). Di Provinsi Nusa Tenggara Timur, jumlah penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan meningkat dari 232.143 orang pada 2022 menjadi 261.670 orang pada 2023, namun menurun menjadi 195.740 orang pada 2024, sementara cakupan pelayanan hipertensi berfluktuasi dari 19,2% (2022) menjadi 57,4% (2023) lalu turun kembali menjadi 30,4% (2024), yang menunjukkan bahwa upaya pengendalian PTM di provinsi ini masih belum stabil (Dinkes Provinsi NTT, 2024).

Kabupaten Kupang menghadapi tantangan serius terkait PTM. Pada tahun 2024, hipertensi merupakan PTM dengan jumlah kasus tertinggi yaitu 24.700 kasus, namun yang mendapatkan pelayanan kesehatan hanya 12.199 kasus, sementara diabetes melitus tercatat 2.611 kasus dengan hanya 1.616 kasus yang terlayani. Puskesmas Baumata menempati urutan kedua dari 25 puskesmas di Kabupaten Kupang dengan 685 kasus baru PTM dalam setahun (Profil Puskesmas Baumata, 2024). Kesenjangan antara jumlah kasus dan cakupan pelayanan turut terlihat pada rendahnya cakupan deteksi dini kanker leher rahim dan payudara, yang dari 2.950 sasaran perempuan usia 30-50 tahun hanya 6 orang menjalani pemeriksaan IVA dan 6 orang menjalani pemeriksaan SADANIS pada tahun 2024 (Profil Puskesmas Baumata, 2024). Kondisi ini menggambarkan bahwa cakupan pelayanan PTM di wilayah kerja Puskesmas Baumata masih rendah dan belum optimal, yang dapat dipengaruhi oleh kurangnya kesadaran masyarakat, keterbatasan kegiatan skrining aktif, serta belum optimalnya pelaksanaan program promotif dan preventif seperti Posbindu PTM.

Pemerintah telah mengembangkan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) sebagai upaya pengendalian PTM berbasis masyarakat melalui deteksi dini faktor risiko, pemantauan berkala, serta intervensi berupa konseling dan rujukan (Fadilah dkk., 2024). Di Puskesmas Baumata, pelaksanaan Posbindu PTM pada dasarnya telah mengacu pada prosedur standar tersebut, namun dalam praktiknya belum sepenuhnya berjalan optimal, baik dari segi cakupan pelayanan, keteraturan kegiatan, maupun tindak lanjut hasil pemeriksaan. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kebijakan yang telah ditetapkan dengan

implementasi di lapangan (Grace dkk., 2022). Keberhasilan implementasi suatu kebijakan dapat dianalisis menggunakan teori George C. Edward III, yang menjelaskan bahwa keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan kendala implementasi Posbindu PTM pada aspek komunikasi dan partisipasi masyarakat (Grace dkk., 2022), keterbatasan sumber daya manusia dan sarana prasarana (Etti dkk., 2024), serta lemahnya koordinasi lintas sektor (Lutfy dkk., 2021). Namun, penelitian mengenai implementasi kebijakan Posbindu PTM di wilayah kerja Puskesmas Baumata Kabupaten Kupang masih sangat terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi Program Posbindu PTM di Puskesmas Baumata Kabupaten Kupang berdasarkan teori George C. Edward III, sehingga dapat diketahui faktor-faktor yang memengaruhi implementasi program dan menjadi dasar perencanaan perbaikan program pengendalian PTM di masa mendatang.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk menggali persepsi, pengalaman, dan hambatan pelaksanaan Program Posbindu PTM. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Baumata, Kecamatan Taebenu, Kabupaten Kupang, pada bulan Oktober 2025 sampai dengan April 2026.

Informan penelitian dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi memiliki pengalaman minimal satu tahun dalam pelaksanaan atau pengelolaan Posbindu PTM serta terlibat langsung dan memahami kebijakan dan pelaksanaan program. Kriteria eksklusi adalah tenaga kesehatan yang sedang cuti atau sakit. Informan terdiri atas informan kunci, yaitu Kepala Puskesmas Baumata dan Penanggung Jawab Program Posbindu PTM; informan utama, yaitu Kader pelaksana Posbindu; serta informan pendukung, yaitu masyarakat/peserta Posbindu, perangkat desa, dan pengelola program PTM Dinas Kesehatan. Jumlah informan sebanyak delapan orang. Penentuan jumlah informan didasarkan pada ketercukupan informasi dan kejenuhan data, yaitu ketika wawancara dengan informan berikutnya tidak lagi menghasilkan informasi substantif baru yang berkaitan dengan fokus penelitian.

Fokus penelitian meliputi empat aspek implementasi kebijakan menurut teori George C. Edward III, yaitu komunikasi (kejelasan, konsistensi, dan intensitas penyampaian informasi kebijakan), sumber daya (ketersediaan tenaga, sarana prasarana, anggaran, dan waktu), disposisi (komitmen, motivasi, dan sikap pelaksana), serta struktur birokrasi (penerapan SOP, pembagian tugas, mekanisme koordinasi, dan sistem pelaporan). Data dikumpulkan melalui observasi langsung, wawancara mendalam, dan dokumentasi berupa profil puskesmas, laporan kegiatan, dan Standar Operasional Prosedur (SOP). Instrumen utama penelitian adalah peneliti sendiri, dibantu pedoman wawancara, buku catatan lapangan, dan alat perekam. Keabsahan data diperiksa melalui triangulasi sumber dan triangulasi metode.

Data diolah melalui transkripsi verbatim, organisasi dan klasifikasi data, pemberian kode (*coding*), pengelompokan tema, serta verifikasi melalui triangulasi. Proses *coding* dilakukan secara manual tanpa menggunakan perangkat lunak analisis data kualitatif seperti NVivo atau ATLAS.ti. Analisis data menggunakan teknik analisis konten dengan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan

kesimpulan dan verifikasi. Hasil analisis disajikan dalam bentuk deskripsi naratif yang dilengkapi kutipan langsung dari informan serta tabel ringkasan.

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik penelitian sebelum pelaksanaan pengumpulan data. Seluruh informan diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta memberikan persetujuan setelah memperoleh informasi (*informed consent*). Kerahasiaan identitas informan dijaga dan data hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

HASIL

Program Posbindu PTM di Puskesmas Baumata merupakan salah satu Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang berada di bawah koordinasi penanggung jawab program PTM dengan melibatkan tenaga kesehatan, 40 kader kesehatan yang tersebar di 8 desa, pemerintah desa, serta lintas program puskesmas. Pada tahun 2024, Puskesmas Baumata membina 8 Posbindu PTM yang telah diintegrasikan dengan Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP) dan Program Cek Kesehatan Gratis (CKG). Pelayanan dilaksanakan mengikuti sistem 5 meja sesuai petunjuk teknis Kementerian Kesehatan, meliputi pendaftaran, wawancara faktor risiko, pengukuran antropometri dan tekanan darah, pemeriksaan penunjang, serta konseling, edukasi, dan rujukan. Meskipun demikian, pemeriksaan laboratorium sederhana seperti gula darah dan kolesterol belum selalu dapat dilakukan pada setiap kegiatan karena keterbatasan bahan medis habis pakai (BMHP).

Wawancara mendalam dilakukan kepada delapan orang informan berusia 35-61 tahun dengan latar belakang pendidikan Diploma (D3), Sarjana (S1), Magister (S2), dan Sekolah Menengah Atas (SMA), sebagaimana disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian

No	Informan	Pendidikan	Keterangan
1	Informan 1	Magister (M.Kes)	Informan Kunci
2	Informan 2	D3 Keperawatan	Informan Kunci
3	Informan 3	SMA	Informan Utama
4	Informan 4	SMA	Informan Utama
5	Informan 5	Sarjana (S1)	Informan Pendukung
6	Informan 6	SMA	Informan Pendukung
7	Informan 7	SMA	Informan Pendukung
8	Informan 8	SMA	Informan Pendukung

Sumber: Data Primer, 2026

Komunikasi

Hasil wawancara menunjukkan bahwa penyampaian informasi Program Posbindu PTM dilakukan secara berjenjang dari Dinas Kesehatan kepada Puskesmas, penanggung jawab program, kader, dan masyarakat. Informasi kepada masyarakat disampaikan melalui kegiatan Posyandu, media sosial, pamflet, promosi kesehatan, serta komunikasi langsung. Informan 1 menyampaikan:

“Iya baik, jadi selama ini kalau ada instruksi kan dari dinas, dinas teruskan ke puskesmas terus puskesmas ke PJ Posbindu dalam hal ini PJ Posbindu PTM itu oleh ibu LK. Terus untuk ke

masyarakat itu ada kegiatan Posyandu setiap bulan, jadi kami juga aktif di media sosial, pamflet-pamflet dan dari promkes juga aktif.” (Informan 1)

Komunikasi antara kader dan Puskesmas juga berlangsung dalam penyampaian informasi dan umpan balik mengenai kondisi di lapangan. Informan 3 menyampaikan:

“Oke baik kaka, jadi kebanyakan informasi itu dia datang itu dari puskesmas, memang kami kader itu langsung ke masyarakat memang benar cuman ketika sudah ada masalah itu kami dapat dari puskesmas dulu dan dari puskesmas dulu baru kondisinya adalah begini-begini tapi kami juga sebagai kader itu kami perlu perhatikan itu, perhatikan dalam hal ini ohh disini ada begini-begini kami perlu tau dan ketika kami tau kadang juga kami yang bawa ke puskesmas begitu.” (Informan 3)

Masyarakat memperoleh informasi mengenai kegiatan Posbindu PTM melalui kader dan petugas Posyandu. Informan 7 menyampaikan:

“Jadi beta tau tentang kegiatan ini dari kader sama petugas posyandu yang biasa kasih informasi waktu ada kegiatan di desa, dong juga kasih tau langsung waktu ketemu di rumah-rumah.” (Informan 7)

Informasi yang diterima masyarakat belum seluruhnya lengkap. Informan 7 menyampaikan:

“Kadang informasi yang beta terima tidak terlalu lengkap, misalnya ke jenis pemeriksaan yang nanti dong akan buat. Tapi untuk jadwal dan tempat kegiatan itu biasanya selalu kasi tahu dengan jelas oleh kader.” (Informan 7)

Komunikasi antara pemerintah desa dan Puskesmas dilakukan melalui pertemuan langsung, surat, telepon, dan WhatsApp. Informan 6 menyampaikan:

“Menurut beta, komunikasi antara pemerintah desa dengan pihak puskesmas selama ini berjalan cukup baik. Biasanya puskesmas itu dia menyampaikan informasi terkait jadwal kegiatan, kebutuhan dukungan dari desa, terus juga hasil koordinasi melalui pertemuan langsung, surat, atau komunikasi lewat telepon atau WhatsApp. Terus karena ada ini komunikasi yang baik ini, desa bisa membantu dalam menyampaikan informasi kepada masyarakat dan juga mendukung pelaksanaan kegiatan Posbindu PTM di wilayah desa.” (Informan 6)

Komunikasi dilakukan sekitar satu sampai dua kali dalam sebulan dan dapat dilakukan sewaktu-waktu apabila terdapat perubahan jadwal atau kebutuhan mendadak. Namun, informasi yang disampaikan secara mendadak dapat menyebabkan waktu penyampaian kepada masyarakat menjadi terbatas.

Berdasarkan hasil penelitian, komunikasi dalam pelaksanaan Program Posbindu PTM telah dilakukan melalui Puskesmas, kader, petugas Posyandu, pemerintah desa, serta komunikasi langsung dengan masyarakat. Informasi yang disampaikan meliputi jadwal dan tempat kegiatan serta kegiatan pemeriksaan. Namun, masih ditemukan masalah berupa penyampaian informasi yang terkadang dilakukan mendekati waktu pelaksanaan sehingga waktu penyampaian kepada masyarakat terbatas, serta informasi mengenai jenis pemeriksaan yang belum selalu diterima secara lengkap oleh masyarakat.

Sumber Daya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber daya dalam pelaksanaan Program Posbindu PTM meliputi tenaga kesehatan, kader, sarana dan prasarana, alat dan bahan pemeriksaan,

serta dukungan pendanaan. Pelaksanaan kegiatan pada tahun 2026 terintegrasi dengan Cek Kesehatan Gratis (CKG) dan Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP), sehingga beberapa sumber daya digunakan secara bersamaan. Dari aspek tenaga, Informan 1 menyampaikan:

“Baik, jadi untuk kegiatan PTM ini pada tahun 2026 itu di gabung dengan cek kesehatan gratis jadi secara sarana dan prasarana itu rebutan antara jumlah penduduk dengan ketersediaan yang terjadi real dilapangan seperti itu karena CKG ini BMHP itu nebeng ke kegiatan PTM. Kemudian untuk sumber daya kami perawat disini pada waktu saya masuk awal 3 bulan pertama itu perawat sangat sedikit sekitar 4-7 orang, 4 itu karena PNS yang lain itu masih P3K dan ada yang magang, kemudian kami dalam berjalannya bulan april sudah ada tambahan beberapa perawat dari puskesmas tarus yang di roling ke sini, kemudian juga kami masih menerima adik-adik magang...” (Informan 1)

Penanggung jawab program juga menyampaikan bahwa tenaga pelaksana tersedia, tetapi masih terdapat kekurangan dan kendala pada BMHP. Informan 2 menyampaikan:

“Baik seperti tadi yang ibu kapus juga sudah menjelaskan ade untuk ketersediaan sumber daya mungkin untuk tenaganya itu kami sudah ada tapi memang masih kurang, karena disini sebagai PJ program saya perawat kemudian untuk seperti tadi ibu kapus bilang BMHP nya itu memang terkendala disitu ade karena memang lagi diusulkan tapi belum sampai di puskesmas.” (Informan 2)

Dari aspek sarana dan prasarana, masyarakat menilai fasilitas yang tersedia cukup baik, tetapi masih terdapat keterbatasan ruang dan beberapa alat serta bahan pemeriksaan. Informan 7 menyampaikan:

“Baik adik menurut beta, untuk fasilitas yang ada itu sudah cukup baik. Tempat pelayanannya nyaman dan mudah dijangkau masyarakat tapi karena tempatnya saja yang agak sempit saja begitu, kan masyarakat yang datang juga banyak to adik. Untuk alat pemeriksaan seperti tensi, timbangan, itu biasanya ada, yah walaupun kadang masih ada beberapa pemeriksaan yang belum lengkap itu ju tergantung ketersediaan alat dan bahan adik.” (Informan 7)

Dari aspek pendanaan, penanggung jawab program menyampaikan bahwa terdapat dana BOK untuk kegiatan PTM. Pemerintah desa juga memberikan dukungan berupa tempat kegiatan, penyampaian informasi, dana operasional atau fasilitas pendukung sesuai perencanaan dan kemampuan desa.

Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan Program Posbindu PTM didukung oleh tenaga kesehatan, kader, pendanaan, sarana dan prasarana, serta alat dan bahan pemeriksaan. Namun, masih ditemukan beberapa masalah di lapangan, yaitu keterbatasan jumlah tenaga pelaksana dan kader khusus, tempat pelayanan yang sempit, serta ketersediaan alat dan bahan pemeriksaan yang belum selalu mencukupi. Selain itu, terdapat kendala dalam ketersediaan BMHP sehingga beberapa pemeriksaan belum dapat dilakukan secara optimal.

Disposisi

Hasil penelitian menunjukkan adanya penerimaan dan komitmen dari pelaksana terhadap Program Posbindu PTM. Informan 1 menyampaikan:

“Jadi programnya bagus yah untuk identifikasi awal, skrining awal untuk pasien-pasien sehingga bisa mengetahui mungkin ada mengidap penyakit tidak menular dan kami selain itu juga ada target dari dinas untuk PTM ni sejumlah 10.034 jadi ini capaiannya harus 100% seperti itu.” (Informan 1)

Penanggung jawab program menyampaikan bahwa pelaksanaan program membutuhkan motivasi dan komitmen karena adanya penggabungan kegiatan, peningkatan beban kerja kader, tidak adanya kader khusus, dan keterbatasan sarana prasarana. Informan 2 menyampaikan:

“Baik, jadi jujur memang program ini saya rasa bagus yah ade karena untuk deteksi dini tapi karena digabung dengan program lain itu mungkin membuat beban kerja dari setiap kader itu pasti lebih besar dan juga tidak ada kader khusus untuk posbindu PTM, dulu itu masih ada tapi setelah dana tidak ada lagi sudah di bubarkan dan karena itu ade membuat harus ada motivasi lebih dari diri sendiri dan juga para kader, agar supaya program ini bisa terus berjalan ade, apalagi terkendala dengan sarana prasarana jadi yah harus ada motivasi dan komitmen lebih apalagi saya sebagai PJ program.” (Informan 2)

Kader menunjukkan keterlibatan dalam mengajak dan membantu masyarakat, khususnya lansia, untuk mengikuti kegiatan Posbindu PTM. Informan 3 menyampaikan:

“Baik kaka, jadi begini beta rasa ini posbindu ini bagus cukup menolong terutama di lansia jadi ketika lansia itu dia tau bahwa dia itu sudah sakit dia butuh pertolongan to disitu katong kader ini bisa bantu contohnya kayak kasi tau bapa ini tiap bulan harus ikut posyandu lansia disini, karena didalamnya juga ada posbindu ptm untuk lansia begitu, tapi saya begini kaka kebanyakan saya kebetulan itu waktu anak-anak belum kerja jadi pake dong untuk pi jemput, jadi kebetulan mama ada motor to jadi pi jemput ini lansia, ini lansia itu tapi sudah anak-anak semua su pada kerja, beta tiap ada kegiatan satu hari sebelum kegiatan itu beta kastau memang begitu jadi memang beta juga rasa ini posbindu ini sangat menolong sekali, sangat menolong terutama untuk para lansia begitu.” (Informan 3)

Dari sisi masyarakat, keikutsertaan dalam kegiatan berkaitan dengan manfaat pemeriksaan kesehatan, jarak pelayanan yang dekat, dan tidak adanya biaya pelayanan. Informan 7 menyampaikan:

“Yang buat beta mau datang itu karena beta rasa kegiatan ini bermanfaat untuk cek kesehatan, apalagi penyakit seperti tensi tinggi atau gula darah itu kan kadang sonde tau dia punya gejala adik. Jadi dengan ikut Posbindu, beta bisa tau kondisi kesehatan lebih awal, yang kedua itu karena pelayanannya juga dekat dari rumah dan tidak dipungut biaya. Tapi kalau tidak datang, biasanya karena ada kerja, ada urusan keluarga, atau kadang lupa karena tidak tau jadwal kegiatannya adik.” (Informan 7)

Dinas Kesehatan menyampaikan dukungan melalui perencanaan, pembinaan, pelatihan kader, monitoring dan evaluasi, serta fasilitasi sarana dan logistik sesuai ketersediaan sumber daya. Informan 5 menyampaikan:

“Baik jadi Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang itu memiliki komitmen untuk mendukung pelaksanaan Program Posbindu PTM ini karena program ini merupakan salah satu upaya penting dalam pencegahan dan deteksi dini penyakit tidak menular di masyarakat, bentuk dukungan yang diberikan itu antara lain melalui penyusunan perencanaan program, pembinaan dan pendampingan kepada puskesmas, pelatihan kader, monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan, serta fasilitasi penyediaan sarana dan logistik sesuai dengan ketersediaan sumber dayanya ade. Kami juga terus mendorong puskesmas agar menjadikan Posbindu PTM itu sebagai salah satu program prioritas dalam upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.” (Informan 5)

Berdasarkan hasil penelitian, petugas kesehatan, kader, pemerintah desa, dan masyarakat menunjukkan keterlibatan dalam pelaksanaan Program Posbindu PTM. Kader

tetap menjalankan tugas dan mengajak masyarakat untuk mengikuti kegiatan, sedangkan pemerintah desa memberikan dukungan terhadap pelaksanaan kegiatan. Namun, masalah yang ditemukan di lapangan adalah beban kerja kader yang meningkat karena adanya penggabungan kegiatan, tidak adanya kader khusus Posbindu PTM, keterbatasan sarana, serta masih terdapat masyarakat yang tidak mengikuti kegiatan karena bekerja, memiliki urusan keluarga, atau tidak mengetahui jadwal kegiatan.

Struktur Birokrasi

Hasil penelitian menunjukkan adanya alur pelaksanaan dan pembagian tugas antara Dinas Kesehatan, Puskesmas, penanggung jawab program, tenaga kesehatan, kader, dan pemerintah desa. Penanggung jawab program menjelaskan alur koordinasi dari Dinas Kesehatan hingga petugas di Pustu:

"Iya kalau omong tentang itu pasti katong dari atas dulu ade ee, dari dinas kemudian ke puskesmas, ke ibu kapus dan ibu kapus ke saya sebagai penanggung jawab program kemudian baru saya lanjutkan ke teman-teman di pustu ade, program ini sudah berjalan setiap bulan dan juga teman-teman di pustu sudah menjalankan." (Informan 2)

Pembagian peran antara Puskesmas dan pemerintah desa juga disampaikan oleh Informan 6:

"Iya, memang ada pembagian peran antara pemerintah desa dan Puskesmas Baumata. Puskesmas lebih bertanggung jawab pada aspek pelaksanaan kegiatan seperti pemeriksaan kesehatan, pembinaan kader, penyediaan materi edukasi, dan juga pencatatan dan pelaporan programnya. Sementara pemerintah desa itu berperan dalam mendukung pelaksanaan kegiatannya ade, seperti membantu sosialisasi kepada masyarakat, menyediakan tempat kegiatan, menggerakkan masyarakat untuk hadir, dan memberikan dukungan sesuai kemampuan dan kebijakan desa. Jadi, kedua pihak saling bekerja sama agar kegiatan Posbindu PTM dapat berjalan dengan baik." (Informan 6)

Informan 6 juga menyampaikan bahwa pembagian peran antara desa dan Puskesmas dinilai cukup jelas:

"Kalau dari beta sendiri, sejauh ini pembagian peran antara desa dan Puskesmas Baumata itu sudah cukup jelas. Puskesmas fokus pada pelaksanaan program kesehatan, sedangkan desa itu lebih pi dia punya dukungan dan pemberdayaan masyarakat. Memang kadang ada beberapa hal yang perlu dikoordinasikan lebih lanjut, tetapi kalau dari beta tidak ada tumpang tindih yang berarti karena masing-masing sudah memahami tugas dan tanggung jawab." (Informan 6)

Dari sisi pelayanan, masyarakat menjelaskan bahwa terdapat tahapan pelayanan mulai dari pendaftaran, pemeriksaan, hingga penyampaian hasil pemeriksaan. Informan 8 menyampaikan:

"Baik adik, jadi setelah datang, peserta itu harus atau wajib untuk daftar terlebih dahulu, kemudian nanti diarahkan supaya mengikuti pemeriksaan kesehatan sesuai urutan, dan setelah katong sudah selesai periksa, nanti petugas akan menjelaskan katong punya hasil pemeriksaan. Jadi prosesnya sederhana dan tidak membingungkan." (Informan 8)

Monitoring dan evaluasi dilakukan melalui peninjauan laporan kegiatan dan kunjungan lapangan. Kegiatan tersebut mencakup pengamatan terhadap pelayanan, pencatatan dan

pelaporan, ketersediaan sarana prasarana, serta kendala yang dihadapi kader. Hasil monitoring dan evaluasi digunakan sebagai bahan perbaikan dan tindak lanjut pelaksanaan program.

Pada proses pemenuhan BMHP, ditemukan adanya mekanisme birokrasi berjenjang dari kabupaten, provinsi hingga Kementerian Kesehatan. Informan 1 menyampaikan:

“Oke jadi untuk birokrasi yang dari dinas kemudian ke puskesmas itu bagus, dari PJ ke pustu-pustu, kemudian kadernya dari pustu ke kader lagi, kader-kader bagus aktif kemudian apa namanya yang masalahnya birokrasinya tidak jalan itu antara permenkes kemudian provinsi sama kabupaten, karena kan dari kami bisa mengusulkan surat untuk BMHP tapi terkendala nanti di kabupaten kemudian ke provinsi, provinsi kirimnya ke kemenkes ini sampai sekarang belum ada pernyataan suratnya belum sampai sih, jadi BMHP yang kami dapat juga kemarin hanya dapat 11.000 stik hb tapi belum sampai ke kami, kemudian juga untuk stik gula darah itu hanya dapat 2 kali yang terakhir 750 yang pertama 750 jadi sekitar 1.400san saja, jadi kita disuruh perang tapi barangnya tidak ada senjatanya tidak ada, kemudian juga di desa ini sebenarnya ada dana-dana tapi karena efisiensi itu mungkin yah kita kan tidak bisa masuk ke mereka punya DPA mereka punya dapur juga ee jadi yang aktif itu adalah desa baumata barat, kemudian ada baumata itu tapi khususnya untuk lansia saja, kemudian untuk stik glukosa, asam urat itu jumlahnya ada dapat tapi untuk kebanyakan untuk lab saja.” (Informan 1)

Berdasarkan hasil penelitian, pelaksanaan Program Posbindu PTM telah memiliki alur koordinasi dan pembagian tugas antara Dinas Kesehatan, Puskesmas, penanggung jawab program, Pustu, kader, dan pemerintah desa. Pelaksanaan pelayanan juga memiliki tahapan yang dapat diikuti oleh masyarakat serta dilakukan monitoring dan evaluasi. Namun, masalah yang ditemukan di lapangan terdapat pada proses pemenuhan BMHP yang masih melalui birokrasi berjenjang sehingga pengadaan dan distribusi BMHP mengalami keterlambatan dan menyebabkan ketersediaan beberapa bahan pemeriksaan belum mencukupi.

PEMBAHASAN

Komunikasi

Komunikasi dalam pelaksanaan Program Posbindu PTM di Puskesmas Baumata pada dasarnya telah berlangsung secara berjenjang, tetapi belum sepenuhnya optimal. Persoalan utama bukan terletak pada tidak adanya saluran komunikasi, melainkan pada ketepatan waktu dan kelengkapan informasi yang diterima oleh sasaran. Informasi yang disampaikan mendekati waktu pelaksanaan menyebabkan kader memiliki waktu yang terbatas untuk meneruskannya kepada masyarakat. Selain itu, masyarakat lebih mudah memperoleh informasi mengenai jadwal dan lokasi dibandingkan informasi mengenai jenis pemeriksaan dan manfaat kegiatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa keberadaan banyak media komunikasi belum otomatis menjamin informasi diterima secara lengkap dan tepat waktu. Temuan penelitian memang menunjukkan bahwa informasi disampaikan melalui pertemuan, WhatsApp, media sosial, pamflet, dan komunikasi langsung, tetapi informan juga mengungkapkan bahwa informasi yang diterima secara mendadak menjadi kendala.

Jika dilihat dari teori George C. Edward III, permasalahan tersebut berkaitan terutama dengan transmisi, kejelasan, dan konsistensi komunikasi. Transmisi informasi dari Dinas Kesehatan hingga masyarakat sebenarnya telah tersedia, tetapi rantai komunikasi yang panjang menyebabkan informasi perlu diteruskan melalui beberapa tingkat pelaksana. Ketika informasi diterima oleh Puskesmas atau kader dalam waktu yang dekat dengan jadwal

kegiatan, ruang waktu untuk melakukan sosialisasi menjadi semakin pendek. Sementara itu, informasi yang hanya menekankan jadwal dan lokasi belum cukup untuk membentuk pemahaman masyarakat mengenai tujuan dan manfaat Posbindu PTM. Dalam perspektif Edward III, kondisi ini penting karena keberhasilan implementasi tidak hanya ditentukan oleh apakah informasi telah dikirim, tetapi apakah informasi tersebut ditransmisikan dengan jelas dan konsisten kepada pelaksana serta kelompok sasaran. Konsep komunikasi dalam skripsi Anda memang menempatkan transmisi, kejelasan, dan konsistensi sebagai tiga unsur utama.

Dengan demikian, masalah komunikasi di Puskesmas Baumata lebih tepat dipahami sebagai masalah kualitas dan timing komunikasi, bukan ketiadaan komunikasi. Hal ini dapat menjelaskan mengapa masih terdapat masyarakat yang mengetahui jadwal kegiatan tetapi belum memperoleh informasi yang lengkap mengenai jenis pemeriksaan atau manfaat Posbindu PTM. Temuan ini sejalan dengan penelitian Grace dkk. (2022) yang menunjukkan bahwa komunikasi Posbindu PTM telah berjalan tetapi masih berkaitan dengan persoalan partisipasi masyarakat, serta penelitian Lutfy dkk. (2021) mengenai pentingnya koordinasi lintas sektor dalam pelaksanaan Posbindu PTM.

Implikasi terhadap teori Edward III: temuan ini memperkuat bahwa komunikasi tidak cukup dinilai dari tersedianya media atau jalur penyampaian informasi. Implementasi akan lebih optimal apabila informasi diterima tepat waktu, lengkap, jelas, dan konsisten sampai kepada kelompok sasaran. Dalam konteks Baumata, penguatan komunikasi berarti memperbaiki alur penyampaian informasi sebelum hari pelaksanaan serta memastikan materi yang diterima masyarakat tidak hanya berupa jadwal dan lokasi, tetapi juga jenis pemeriksaan dan manfaat kegiatan.

Sumber Daya

Permasalahan sumber daya di Puskesmas Baumata tidak semata-mata menunjukkan bahwa sumber daya tidak tersedia. Sebaliknya, sebagian besar sumber daya telah tersedia tetapi belum selalu berada pada tingkat kecukupan yang dibutuhkan untuk menjalankan seluruh kegiatan secara bersamaan. Kondisi ini terutama terlihat pada tenaga kesehatan, kapasitas kader, sarana pemeriksaan, dan BMHP. Pada periode tertentu Puskesmas pernah mengalami kekurangan tenaga, sementara integrasi Posbindu PTM dengan CKG meningkatkan beban kerja karena petugas harus menangani beberapa kegiatan dalam waktu yang bersamaan.

Integrasi program menjadi salah satu konteks penting yang menjelaskan persoalan tersebut. Ketika Posbindu PTM dilaksanakan bersamaan dengan CKG dan kegiatan pelayanan lainnya, kebutuhan terhadap tenaga, alat, ruang pelayanan, dan BMHP meningkat. Namun, peningkatan kebutuhan tersebut belum sepenuhnya diikuti penambahan sumber daya. Akibatnya, sumber daya yang secara nominal tersedia menjadi terbagi untuk beberapa kegiatan. Dengan demikian, persoalan yang terjadi bukan hanya kekurangan jumlah sumber daya, tetapi juga ketidakseimbangan antara beban pelayanan dan kapasitas sumber daya yang tersedia.

Hal yang sama terjadi pada kader. Pelatihan kader belum merata karena pelatihan umumnya hanya diikuti oleh satu orang perwakilan yang kemudian meneruskan informasi kepada kader lainnya. Mekanisme tersebut memang memungkinkan informasi pelatihan diteruskan, tetapi dapat menghasilkan perbedaan pengetahuan dan keterampilan antar kader karena tidak semua kader memperoleh pengalaman pembelajaran secara langsung.

Permasalahan yang paling nyata terlihat pada BMHP. Pemeriksaan laboratorium sederhana seperti gula darah dan kolesterol membutuhkan BMHP tertentu. Ketika strip atau bahan pemeriksaan tidak tersedia, pemeriksaan tersebut tidak dapat dilakukan secara rutin meskipun tenaga kesehatan dan alat pemeriksa tersedia. Artinya, ketersediaan tenaga dan alat belum cukup apabila bahan yang diperlukan untuk mengoperasikan alat tersebut tidak tersedia. Kondisi tersebut dapat dijelaskan melalui teori Edward III bahwa sumber daya merupakan prasyarat penting bagi implementasi. Edward III tidak hanya melihat sumber daya manusia, tetapi juga informasi, kewenangan, fasilitas, dan sumber daya pendukung lainnya. Dalam penelitian ini, persoalan sumber daya terlihat sebagai hubungan antara staf yang terbatas, peningkatan beban kerja, keterbatasan fasilitas, serta logistik yang tidak selalu tersedia pada waktu yang dibutuhkan. Konsep sumber daya dalam kerangka penelitian Anda juga menempatkan staf, wewenang, informasi, serta sarana dan prasarana sebagai komponen yang menentukan pelaksanaan kebijakan.

Khusus mengenai keterlambatan BMHP, masalah tersebut tidak seluruhnya berada pada tingkat Puskesmas. Hasil wawancara menunjukkan bahwa pengadaan BMHP melibatkan alur berjenjang sehingga Puskesmas dapat mengusulkan kebutuhan, tetapi pemenuhan dan distribusinya bergantung pada proses di tingkat kabupaten, provinsi, hingga pusat. Dengan demikian, keterlambatan terjadi karena kebutuhan di tingkat pelaksana tidak selalu dapat segera dipenuhi oleh rantai penyediaan di tingkat atas. Kondisi ini diperkuat oleh temuan penelitian bahwa distribusi BMHP dari tingkat kabupaten dan provinsi masih mengalami keterlambatan.

Temuan tersebut sejalan dengan Etti dkk. (2024) yang menemukan bahwa keterbatasan sumber daya manusia dan sarana prasarana menjadi hambatan pelaksanaan Posbindu PTM. Namun, penelitian Baumata memberikan konteks yang lebih spesifik, yaitu integrasi beberapa kegiatan kesehatan menyebabkan sumber daya yang sama digunakan untuk beberapa kebutuhan sekaligus. Kondisi ini menjadi temuan kontekstual penting karena integrasi pelayanan tidak selalu otomatis mengurangi kebutuhan sumber daya.

Implikasi terhadap teori Edward III: temuan ini memperlihatkan bahwa kecukupan sumber daya harus dilihat bukan hanya dari ada atau tidaknya tenaga, alat, dan dana, tetapi dari kesesuaian kapasitas sumber daya dengan beban implementasi. Apabila integrasi program meningkatkan beban pelayanan tetapi tidak diikuti penguatan tenaga, sarana, dan logistik, maka implementasi tetap menghadapi hambatan meskipun secara administratif sumber daya dinyatakan tersedia.

Disposisi

Permasalahan disposisi di Puskesmas Baumata perlu dipahami secara berbeda dari sekadar menyatakan bahwa kader “kurang termotivasi”. Hasil penelitian justru menunjukkan bahwa sikap dan komitmen kader relatif baik, tetapi motivasi tersebut harus dipertahankan dalam kondisi kerja yang tidak selalu mendukung. Kader tetap melaksanakan tugas dan membantu masyarakat meskipun bekerja secara sukarela dan tidak terdapat kader khusus Posbindu PTM. Dengan demikian, pertanyaan yang lebih tepat bukan “mengapa kader tidak mau menjalankan program?”, tetapi “mengapa motivasi kader berpotensi melemah meskipun komitmennya baik?” Berdasarkan temuan penelitian, kondisi tersebut berkaitan dengan beberapa hal, yaitu tidak adanya insentif yang memadai, beban kerja yang meningkat akibat

integrasi kegiatan, serta tidak adanya kader khusus Posbindu PTM. Kondisi tersebut membuat pelaksanaan program semakin bergantung pada motivasi intrinsik kader.

Dalam teori Edward III, disposisi berkaitan dengan sikap, kemauan, komitmen, dan kecenderungan pelaksana untuk melaksanakan kebijakan. Artinya, keberadaan petugas atau kader saja belum menjamin implementasi berjalan baik apabila pelaksana tidak memiliki kemauan untuk menjalankan tugas. Sebaliknya, pada penelitian ini ditemukan kondisi yang menarik: kader memiliki kemauan dan komitmen, tetapi lingkungan pendukungnya belum sepenuhnya memadai. Hal tersebut menunjukkan bahwa disposisi yang baik dapat menjadi faktor pendukung, tetapi disposisi tidak seharusnya digunakan untuk menggantikan kekurangan sumber daya.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Febrianti dan Prabawati yang menunjukkan bahwa pelaksana Posbindu PTM memiliki sikap yang baik tetapi masih menghadapi persoalan insentif kader. Penelitian Astuti et al. (2025) juga menunjukkan bahwa motivasi kader berkaitan dengan dukungan organisasi, pelatihan, dan penghargaan.

Dalam konteks Baumata, kondisi tersebut menjelaskan mengapa kader masih aktif meskipun menghadapi keterbatasan. Komitmen personal menjadi sumber kekuatan program, tetapi apabila beban kerja terus meningkat tanpa dukungan yang memadai, keberlangsungan motivasi tersebut dapat menjadi tidak stabil. Karena itu, implikasi teori Edward III pada aspek disposisi adalah bahwa sikap positif pelaksana perlu didukung oleh kondisi organisasi yang memungkinkan mereka mempertahankan komitmennya.

Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi di Puskesmas Baumata menunjukkan kondisi yang berbeda dari tiga variabel sebelumnya. Pada tingkat operasional, struktur birokrasi relatif jelas. Terdapat alur koordinasi dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, penanggung jawab program, Pustu, kader, hingga masyarakat. Pembagian tugas juga telah dilakukan melalui sistem pelayanan lima meja dan mengacu pada SOP.

Namun, masalah muncul ketika mekanisme birokrasi tersebut berhadapan dengan pemenuhan kebutuhan lintas tingkat pemerintahan, khususnya BMHP. Artinya, SOP dan pembagian tugas pada tingkat pelayanan tidak menjadi persoalan utama. Hambatan justru terdapat pada koordinasi dan rantai distribusi sumber daya di luar tingkat operasional Puskesmas. Hal tersebut menjelaskan mengapa suatu program dapat memiliki struktur kerja yang jelas tetapi tetap mengalami hambatan dalam pelaksanaannya.

Kondisi ini penting dalam perspektif Edward III karena struktur birokrasi bukan hanya mengenai ada atau tidaknya SOP, tetapi juga bagaimana struktur tersebut memengaruhi koordinasi, pembagian kewenangan, dan proses pengambilan keputusan. Dalam penelitian ini, alur pelayanan di tingkat Puskesmas relatif jelas, tetapi pemenuhan BMHP membutuhkan koordinasi berjenjang sehingga prosesnya menjadi lebih panjang. Semakin banyak tingkat yang harus dilalui, semakin besar kemungkinan terjadi keterlambatan apabila koordinasi atau distribusi tidak berjalan tepat waktu.

Selain itu, struktur birokrasi berkaitan dengan monitoring dan evaluasi. Penelitian menunjukkan bahwa monitoring dan evaluasi telah dilakukan melalui laporan dan kunjungan lapangan, tetapi konsistensinya masih perlu diperkuat. Dengan demikian, fungsi struktur birokrasi belum hanya perlu dilihat dari kemampuan mengatur siapa melakukan apa, tetapi

juga dari kemampuan memastikan bahwa permasalahan yang ditemukan dalam pelaksanaan segera diteruskan dan ditindaklanjuti pada tingkat yang memiliki kewenangan.

Temuan ini sejalan dengan Astuti et al. (2025) yang menemukan bahwa implementasi Posbindu PTM masih menghadapi persoalan SOP dan monitoring, sedangkan Rumahorbo dkk. (2023) menunjukkan bahwa lemahnya struktur birokrasi dan koordinasi dapat menjadi hambatan implementasi.

Implikasi terhadap teori Edward III: penelitian ini menunjukkan bahwa struktur birokrasi dapat menjadi faktor pendukung pada tingkat operasional tetapi sekaligus menjadi faktor penghambat pada rantai koordinasi dan distribusi sumber daya. Oleh karena itu, keberadaan SOP dan pembagian tugas yang jelas belum cukup untuk menjamin implementasi apabila koordinasi lintas tingkat pemerintahan dan mekanisme tindak lanjut belum berjalan responsif.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan Implementasi Program Posbindu PTM di Puskesmas Baumata Kabupaten Kupang berdasarkan teori George C. Edward III menunjukkan bahwa keempat aspek implementasi kebijakan telah dilaksanakan namun belum sepenuhnya optimal: pada aspek komunikasi, sosialisasi dan koordinasi telah dilakukan tetapi penyampaian informasi belum merata sehingga partisipasi masyarakat masih rendah; pada aspek sumber daya, tenaga pelaksana telah menjalankan tugas sesuai tanggung jawabnya namun masih terdapat keterbatasan sarana, prasarana, dan BMHP; pada aspek disposisi, petugas kesehatan dan kader menunjukkan komitmen dan sikap positif meskipun motivasi kader dipengaruhi oleh tidak adanya insentif dan tingginya beban kerja; dan pada aspek struktur birokrasi, pelaksanaan program telah didukung pembagian tugas, pedoman kerja, dan mekanisme pelaporan yang jelas, tetapi koordinasi lintas sektor dan distribusi BMHP belum optimal.

Berdasarkan simpulan tersebut, disarankan kepada Puskesmas Baumata untuk meningkatkan kualitas dan pemerataan komunikasi kepada masyarakat serta memperkuat koordinasi dengan pemerintah desa, kader, dan tokoh masyarakat; kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang untuk memperkuat dukungan sarana, prasarana, logistik, dan pembinaan kader secara berkelanjutan; serta kepada peneliti selanjutnya untuk mengkaji implementasi Program Posbindu PTM dengan cakupan wilayah yang lebih luas dan menambahkan faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi keberhasilan implementasi program, sehingga efektivitas pelaksanaan Program Posbindu PTM dalam mendukung pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dapat semakin meningkat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Puskesmas Baumata beserta seluruh tenaga kesehatan, kader Posbindu PTM, pemerintah desa, masyarakat, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang atas izin, dukungan, dan kesediaannya menjadi informan dalam penelitian ini, serta kepada dosen pembimbing atas bimbingan yang diberikan selama penyusunan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. (2024). Profil Kesehatan Provinsi NTT 2024. Dinkes NTT.
- Etti Kusniati, Della Paulinda, R. W. (2024). Implementasi Pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) di Puskesmas Pekik Nyaring Bengkulu Tengah. *Jurnal Kesehatan*, 12(1), 139-147.
- Fadilah Agustina, Harmendo, F. R. (2024). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Rendahnya Kunjungan ke Posbindu Penyakit Tidak Menular (PTM). *British Medical Journal*, 2(5474), 1333-1336.
- Grace Sicilia, Fatwa Sari Tetra Dewi, R. S. P. (2022). Evaluasi Kualitatif Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular Berbasis Posbindu di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bungo I. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia JKKI*, 7(2), 88-92.
- Kemenkes RI. (2023). Prevalensi, Dampak, serta Upaya Pengendalian Hipertensi. Kementerian Kesehatan RI, 1-2.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Petunjuk Teknis Pelaksanaan Posyandu Lansia dan Posbindu PTM Terintegrasi. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Pedoman Umum Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular Edisi Satu Cetakan Kedua. Kementerian Kesehatan RI.
- Lutfy Laksita Pranandari, Septo Pawelas Arso, E. Y. F. (2021). Analisis Implementasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) di Kecamatan Banguntapan Kabupaten Bantul. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 32(3), 167-186.
- Noorhidayah, Inayah, H. K., & Rahayu, A. S. (2022). Analisis Manajemen Logistik Obat di Puskesmas Landasan Ulin Tahun 2021. *An-Nadaa Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 58.
- Permenkes RI No. 71. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. Kementerian Kesehatan RI.
- Profil Puskesmas Baumata. (2024). Lampiran Profil Puskesmas Baumata 2024. Puskesmas Baumata, Kabupaten Kupang.
- Setyonaluri, D., & Aninditya, F. (2019). Transisi Demografi dan Epidemiologi di Indonesia. Lembaga Demografi FEB Universitas Indonesia.
- World Health Organization. (2022). Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. World Health Organization.