MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

Vol. 24 No 3 Tahun 2026
Cahaya Ilmu Bangsa

EVALUASI CAPAIAN INDIKATOR KINERJA STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) KESEHATAN BALITA DI PUSKESMAS SEKERNAN ILIR KABUPATEN MUARO JAMBI TAHUN 2025

Nahya Az Zahra[1], Arnild Augina Mekarisce[2], [3]Adila Solida[3]
[123]Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan, Universitas Jambi, Indonesia

E-mail: nahyaazahra@gmail.com[1], augina@unja.ac.id[2], adilasolida@unja.ac.id[3]
Penulis Korespondensi: augina@unja.ac.id[2]

Abstract

Under-five health services are a Minimum Service Standards (MSS) indicator with a 100% target. Achievement at Sekernan Ilir Primary Health Center, Muaro Jambi Regency, has fallen short for two consecutive years, at 83.48% (2024) and 73.16% (2025). To evaluate the under-five health service program using the Logic Model approach (input, activities, output, outcome, impact). This descriptive qualitative case study was conducted from July to October 2026 with 14 informants selected through purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews, observation, and document review, analyzed using the Miles and Huberman model, and validated through source and method triangulation. The center lacked one nutritionist against the standard, staff workload was high, training was uneven, some Posyandu scales were inaccurate, and the SDIDTK kit was available in only 1 of 9 Posyandu. Activities were carried out but hindered by absent children, parental hesitancy toward immunization, and incomplete IMCI forms. The 2025 MSS achievement was 73.16% (556 of 760 children). Wasting and underweight cases decreased, but stunting rose from 7 to 10 cases. The program has been implemented, but results remain suboptimal. Target data validation, workload management, equitable training, equipment provision, and outreach to non-attending children are needed.

Keywords: Program Evaluation, Minimum Service Standards, Logic Model

Abstrak

Pelayanan kesehatan balita merupakan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan target 100%. Capaian di Puskesmas Sekernan Ilir, Kabupaten Muaro Jambi, belum memenuhi target selama dua tahun berturut-turut, yaitu 83,48% (2024) dan 73,16% (2025). Mengevaluasi pelaksanaan program pelayanan kesehatan balita dengan pendekatan Logic Model (input, activities, output, outcome, impact). Penelitian kualitatif deskriptif studi kasus pada Juli–Oktober 2026 dengan

Article history
Received: November 2026
Reviewed: November 2026
Published: November 2026
Plagirism checker no 234.8576

Copyright : Author
Publish by : Nutricia

This work is licensed under a creative commons attribution-noncommercial 4.0 international license

MEDIC NUTRICIA
Jurnal Ilmu Kesehatan
ISSN : 3025-8855

Vol. 24 No 3 Tahun 2026
Cahaya Ilmu Bangsa

14 informan yang dipilih secara purposive sampling. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi, dianalisis dengan model Miles dan Huberman, serta diuji dengan triangulasi sumber dan metode. Tenaga gizi kurang 1 orang dari standar, beban kerja tinggi, pelatihan belum merata, sebagian timbangan Posyandu error, dan Kit SDIDTK hanya tersedia di 1 dari 9 Posyandu. Kegiatan telah dilaksanakan, tetapi terkendala ketidakhadiran balita, keraguan orang tua terhadap imunisasi, dan formulir MTBS yang kurang lengkap. Capaian SPM 2025 sebesar 73,16% (556 dari 760 balita). Kasus wasting dan underweight menurun, tetapi stunting meningkat dari 7 menjadi 10 kasus. Program telah berjalan, tetapi hasilnya belum optimal. Diperlukan validasi data sasaran, penataan beban kerja, pemerataan pelatihan, pemenuhan sarana, dan penjangkauan balita yang tidak hadir.

Kata Kunci: Evaluasi Program, Standar Pelayanan Minimal, *Logic Model*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan unsur penting dalam pembangunan nasional karena berhubungan langsung dengan kualitas sumber daya manusia dan produktivitas Masyarakat (Anisykurlillah & Supit, 2023); (Humairah et al., 2026). Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, kesehatan adalah keadaan sehat secara fisik, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial maupun ekonomis. Upaya tersebut diwujudkan melalui layanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, dan Puskesmas menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan dasar yang paling dekat dengan Masyarakat (Amir et al., 2021); (Hapsari et al., 2026). Salah satu program Puskesmas adalah pelayanan kesehatan balita yang bertujuan memantau pertumbuhan dan perkembangan, meningkatkan status gizi, serta melakukan skrining pada balita (Muslihin et al., 2025).

Untuk menjamin mutu layanan, pemerintah menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024. SPM menjadi acuan sekaligus tolak ukur kinerja pemerintah daerah dalam memenuhi hak masyarakat atas pelayanan kesehatan dasar (Renawati et al., 2025). Pelayanan kesehatan balita merupakan salah satu indikator SPM yang diberikan kepada anak usia 0–59 bulan secara menyeluruh dan berkesinambungan, meliputi pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, imunisasi, pemberian vitamin A, penanganan balita sakit, serta edukasi kesehatan.

Pelayanan ini penting karena balita memiliki risiko tinggi mengalami masalah kesehatan akibat sistem imun yang belum sempurna (Faradilla et al., 2026). Pada masa ini terjadi perkembangan fisik, motorik, bahasa, kognitif, dan sosial yang menjadi dasar tahap perkembangan berikutnya (periode emas), sehingga gangguan kesehatan dapat berdampak jangka panjang terhadap kualitas hidup (Wiyono et al., 2024). Capaian yang tidak optimal juga berpotensi menghambat pembangunan kesehatan daerah maupun nasional, terutama upaya menurunkan angka kematian bayi dan balita. Karena itu, evaluasi capaian indikator pelayanan kesehatan balita diperlukan untuk menilai keberhasilan program, mengidentifikasi hambatan, dan menentukan langkah perbaikan (Padila et al., 2026).

Fenomena di lapangan menunjukkan capaian tersebut belum optimal. Data Dinas Kesehatan Muaro Jambi mencatat hanya 8 dari 22 Puskesmas yang mencapai target 100% SPM kesehatan balita pada tahun 2024, dan salah satu yang belum mencapainya adalah Puskesmas

Sekernan Ilir. Capaian pelayanan kesehatan balita di Puskesmas Sekernan Ilir turun dari 83,48% pada tahun 2024 menjadi 73,16% pada tahun 2025. Capaian ini belum memenuhi target 100% selama dua tahun berturut-turut, sehingga masalahnya bersifat berkelanjutan, bukan hanya terjadi pada satu periode. Penurunan serupa terjadi pada indikator ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi baru lahir, yang mengindikasikan adanya tantangan dalam pelaksanaan program kesehatan di wilayah kerja puskesmas ini.

Sejumlah penelitian terdahulu menunjukkan bahwa rendahnya capaian SPM kesehatan balita dipengaruhi oleh keterbatasan tenaga kesehatan dan kader, anggaran, sarana prasarana, koordinasi, serta rendahnya partisipasi Masyarakat (Zubaedah & Putri, 2024). Namun, penelitian-penelitian tersebut umumnya berfokus pada faktor kendala sumber daya dan manajemen program, serta belum menilai pelaksanaan program secara menyeluruh dari tahap input hingga impact. Selain itu, kajian evaluatif tentang pelayanan kesehatan balita di Puskesmas Sekernan Ilir, yang capaiannya menurun dua tahun berturut-turut, belum banyak dilakukan.

Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan teori Logic Model dari W.K. Kellogg Foundation (2004) yang menilai program melalui komponen input, activities, output, outcome, dan impact.22 Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pelaksanaan program pelayanan kesehatan balita di Puskesmas Sekernan Ilir sebagai dasar perbaikan pencapaian SPM.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk memperoleh gambaran mendalam mengenai pelaksanaan program pelayanan kesehatan balita di Puskesmas Sekernan Ilir, Kecamatan Sekernan, Kabupaten Muaro Jambi, Jambi. Penelitian direncanakan berlangsung pada bulan Juli–Oktober 2026. Informan dipilih dengan teknik purposive sampling, yaitu individu yang paling mengetahui dan terlibat langsung dalam program serta mampu memberikan informasi yang relevan dan mendalam.35 Jumlah informan sebanyak 14 orang yang terdiri atas informan kunci (kepala puskesmas), informan utama (penanggung jawab program gizi, balita, dan imunisasi, bidan desa, serta bendahara BOK), dan informan pendukung (kader Posyandu dan ibu balita) yang berperan dalam triangulasi data.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi terstruktur mengenai aspek input, activities, dan output program, observasi langsung terhadap pelayanan dan ketersediaan sarana prasarana, serta studi dokumentasi berupa laporan capaian SPM, profil puskesmas, SOP, dan pedoman teknis. Data dianalisis menggunakan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi.35 Keabsahan data diuji melalui triangulasi sumber dengan membandingkan informasi antarinforman, dan triangulasi metode dengan mengonfirmasi hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi.35

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Input

a. Sumber Daya Manusia

Dari sisi kuantitas, tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan balita di Puskesmas Sekernan Ilir telah tersedia, yaitu 1 dokter, 6 bidan, 4 perawat, dan 1 tenaga gizi. Namun, jumlah tenaga gizi belum sesuai dengan Permenkes Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat, yang menetapkan minimal 2 nutrisionis untuk Puskesmas kawasan tidak terpencil, baik rawat inap maupun nonrawat inap. Dengan demikian, Puskesmas masih kekurangan 1 tenaga gizi, padahal tenaga tersebut harus melayani kegiatan di dalam maupun di luar gedung.

Ketersediaan tenaga juga belum seimbang dengan beban kerja. Petugas harus membagi waktu antara pelayanan langsung, kegiatan lapangan, penginputan data, dan penyusunan laporan, sehingga beban kerja tidak hanya berasal dari pelayanan balita tetapi juga dari tugas

administratif. Temuan ini sejalan dengan (Izzah et al., 2024), yang menyatakan bahwa penugasan ganda menyulitkan pegawai membagi fokus dan memicu keterlambatan jika tidak disertai manajemen waktu yang baik. Purwadhi juga menyebutkan bahwa jumlah tenaga yang sedikit dengan beban kerja yang meningkat menurunkan produktivitas dan mutu pelayanan, sehingga kebutuhan SDM perlu direncanakan berdasarkan beban kerja (Nurhidayati et al., 2024). (Octaviani et al., 2024), menambahkan bahwa pengelolaan beban kerja dapat dilakukan melalui penambahan tenaga pada unit dengan beban tinggi, pelatihan, pembentukan tim perencana SDM, dan pemanfaatan teknologi untuk mengurangi beban administrative. Penataan beban kerja setiap pegawai penting agar proses organisasi berjalan lancar. Penugasan ganda yang tidak dikelola dengan baik juga dapat memengaruhi tingkat stres dan hasil kerja.Menurut peneliti, koordinasi lintas program yang telah berjalan merupakan faktor pendukung, tetapi belum cukup apabila beban kerja tidak seimbang dengan waktu dan tenaga. Karena itu, diperlukan evaluasi beban kerja yang terukur, penataan pembagian tugas, dan pengaturan jadwal pelayanan dalam dan luar gedung.

Dari sisi kualitas, tenaga kesehatan memiliki kewenangan praktik yang dikaitkan informan dengan kepemilikan STR dan SIP. Aspek ini merupakan persyaratan praktik, bukan satu-satunya ukuran kompetensi. Kesempatan pelatihan khusus pelayanan balita belum merata karena cenderung diprioritaskan bagi penanggung jawab program ketika ada program baru atau isu tertentu. Beberapa petugas belum pernah mengikuti pelatihan khusus, termasuk satu informan yang baru menjabat sebagai penanggung jawab, sedangkan petugas lain pernah mengikuti pelatihan imunisasi, vaksin COVID-19, serta seminar atau pertemuan daring. Hal ini tidak berarti petugas yang belum dilatih tidak kompeten, melainkan menunjukkan pengalaman pengembangan kompetensi yang beragam.

Asrini menegaskan bahwa pelatihan merupakan bagian dari strategi pengelolaan SDM kesehatan dan harus diawali identifikasi kebutuhan pelatihan agar relevan dan efektif (Asrini et al., 2024). Instansi yang kurang cermat menganalisis kebutuhan pelatihan cenderung melatih sebagian bagian saja, sehingga tidak semua pegawai memperoleh keterampilan yang lebih baik. Kualitas SDM hanya dapat dicapai melalui pelatihan dan pengembangan (Suryani et al., 2023), yang idealnya diberikan kepada seluruh pegawai sesuai tanggung jawabnya, bukan hanya berdasarkan jabatan. Menurut peneliti, pemetaan kebutuhan pelatihan perlu mempertimbangkan tugas, pengalaman, dan kompetensi yang dimiliki, terutama untuk layanan yang memerlukan keterampilan khusus seperti MTBS. Pelatihan kader juga perlu disertai pendampingan dan penilaian keterampilan, serta koordinasi dengan pemerintah desa dipertahankan agar pengembangan kapasitas berkelanjutan.

b. Sarana dan Prasarana

Sarana penimbangan dan pengukuran balita secara umum telah tersedia, tetapi kondisinya belum merata antara Puskesmas dan Posyandu. Beberapa timbangan di Posyandu mengalami error atau kurang akurat, dan meja serta kursi pendukung belum lengkap. Padahal, hasil pengukuran berat badan menjadi dasar pencatatan pertumbuhan dan penilaian status gizi, sehingga ketidakakuratan alat dapat memengaruhi interpretasi hasil pemantauan. Paramita menunjukkan bahwa kesalahan pengukuran antropometri memengaruhi ketepatan data dan interpretasi status gizi anak,sehingga kondisi alat harus ditangani bersamaan dengan penerapan prosedur pengukuran yang benar. Puskesmas telah melakukan kalibrasi tahunan, tetapi alat yang tidak berfungsi tetap perlu diperiksa, dilaporkan, dan diganti bila tidak dapat diperbaiki. Kelengkapan sarana juga berkaitan dengan peran kader dan keberlangsungan Posyandu, mulai dari buku register hingga penimbangan. Menurut peneliti, diperlukan pendataan kondisi alat secara berkala bersama pemerintah desa, penetapan prioritas perbaikan atau penggantian, serta pelengkapan sarana pendukung.

Untuk pemantauan perkembangan, instrumen KPSP dalam Buku KIA dan formulir DDTK telah tersedia. Namun, Kit SDIDTK baru dimiliki 1 dari 9 Posyandu (11,11%), sedangkan 8 Posyandu lainnya (88,89%) belum memilikinya. Ketiganya berfungsi berbeda: KPSP untuk

skrining perkembangan sesuai usia, DDTK untuk pencatatan hasil, dan Kit SDIDTK untuk mendukung stimulasi dan pemeriksaan tertentu. Setyaningtyas menekankan pentingnya pemantauan perkembangan yang sistematis,48 tetapi keberadaan instrumen saja belum menjamin pelaksanaan optimal bila sarana pendukung belum merata. Temuan ini belum menunjukkan bahwa pemantauan di delapan Posyandu tersebut tidak dapat dilakukan, sehingga yang diperlukan adalah pemetaan kebutuhan dan mekanisme pemanfaatan bersama.

Ketersediaan vitamin A terjaga karena kebutuhan diajukan kepada Dinas Kesehatan sebelum jadwal pemberian pada Februari dan Agustus, tanpa laporan kekosongan stok selama penelitian. Petugas juga melakukan sweeping bagi balita yang tidak hadir. Penelitian ini belum memuat data kuantitatif jumlah stok, sasaran, maupun cakupan, sehingga temuan yang dapat ditegaskan hanya bahwa persediaan dilaporkan terjaga. Praktik perencanaan ini perlu dipertahankan melalui pencatatan stok masuk dan keluar serta pemantauan masa kedaluwarsa. Sarana imunisasi juga lengkap dan dilaporkan berfungsi baik, meliputi cold chain, vaccine carrier, termometer, vaksin, bahan habis pakai, dan peralatan anafilaktik. Karena imunisasi lebih banyak dilaksanakan melalui Posyandu, pemeliharaan alat, pemantauan suhu, dan pemeriksaan kelengkapan peralatan sebelum kegiatan luar gedung perlu dijaga.

Pada pelayanan balita sakit, alat antropometri, alat pemeriksaan tanda vital, media edukasi, dan Buku KIA telah tersedia. Kendalanya terletak pada kelengkapan formulir MTBS dan terbatasnya waktu pengisian saat pasien ramai. Pencatatan merupakan bagian dari kesinambungan pelayanan, sehingga formulir perlu dievaluasi dan penggunaan buku catatan tambahan diatur agar informasi tetap konsisten. Ruang pelayanan balita pada Klaster 2 sudah terpisah dari pelayanan ibu, tetapi masih memerlukan poster edukasi. Puskesmas belum memiliki ruang khusus imunisasi karena pelayanan lebih banyak dilakukan di Posyandu, sehingga perbaikan sebaiknya diarahkan pada optimalisasi fasilitas yang ada dan persiapan lokasi Posyandu.

c. Kebijakan

Pelayanan kesehatan balita mengacu pada kebijakan Kementerian Kesehatan dan didukung SOP serta alur pelayanan yang disusun tim per klaster dan disahkan pihak berwenang. Evaluasi SPM dilakukan setiap bulan, evaluasi SOP dilakukan saat akreditasi, sosialisasi internal melalui minilokakarya dan pertemuan daring Dinas Kesehatan, serta buku pedoman telah dibagikan kepada kader. Namun, keberadaan SOP belum menjamin pelaksanaannya di lapangan sehingga perlu diverifikasi melalui observasi atau evaluasi. Susanty menunjukkan bahwa implementasi SPM memerlukan dukungan dan evaluasi pada berbagai aspek pelayanan, bukan hanya kebijakan tertulis,50 dan Zulfa dan Sunarto menegaskan perlunya dukungan sistem serta keterlibatan pihak yang berhubungan langsung dengan masyarakat. Menurut peneliti, evaluasi bulanan perlu diarahkan pada penilaian capaian indikator, kepatuhan terhadap SOP, kelengkapan pencatatan, dan tindak lanjut kendala. Sosialisasi SPM kepada masyarakat juga belum optimal karena lebih banyak melibatkan kader, sehingga perlu diperluas kepada orang tua melalui Posyandu, penyuluhan, kelas ibu balita, dan media informasi Puskesmas. Pedoman kader perlu disertai pendampingan dan penyegaran berkala.

d. Dana

Pendanaan bersumber dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk imunisasi, pencegahan stunting, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, kelas balita, dan kelas ibu balita. Dana dicairkan setiap empat bulan berdasarkan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) pemegang program. Informan menilai dana mencukupi, realisasi anggaran mencapai 100%, dan tidak ada kegiatan yang terhambat, dengan prioritas pada pencegahan stunting dan PMT lokal. Namun, penilaian ini bersifat persepsi dan belum dibandingkan dengan kebutuhan riil program, serta realisasi 100% belum membuktikan efektivitas penggunaan dana. Khuzaimah menemukan tantangan pengelolaan BOK di Tanjung Jabung Barat berupa keterbatasan anggaran, keterlambatan pencairan, dan koordinasi antarinstansi, sedangkan Kurnia menyoroti perencanaan sebagai aspek yang perlu diperbaiki dalam penyerapan dana BOK di Kota

Bandung.53 Menurut peneliti, pengalokasian dana perlu berbasis kebutuhan, transparan, akuntabel, dan dihubungkan dengan capaian indikator, terutama untuk kegiatan stunting dan PMT lokal.

2. Activities

Kegiatan pelayanan balita meliputi penimbangan dan pengukuran, pemantauan perkembangan, pemberian vitamin A, imunisasi, edukasi kesehatan, dan pelayanan balita sakit dengan pendekatan MTBS. Sebagian besar kegiatan dilaksanakan rutin melalui Posyandu dengan melibatkan kader dan petugas. Namun, keterlaksanaan rutin belum berarti seluruh sasaran terlayani, karena masih ada balita yang tidak hadir rutin dan orang tua yang belum bersedia mengikuti anjuran tertentu.

Penimbangan dan pengukuran dilakukan setiap bulan oleh kader dengan pendampingan petugas. Pengukuran disesuaikan dengan usia, yaitu length board untuk bayi dan alat ukur tinggi badan untuk anak yang sudah berdiri. Alat diperiksa sebelum digunakan, dan hasil dicatat dalam Buku KIA, KMS, dan buku laporan Posyandu, kemudian direkap melalui e-PPGBM. Kesiapan dan pelatihan kader menjadi bagian penting pemantauan tumbuh kembang.54 Kunjungan rumah terutama diberikan kepada balita bermasalah gizi, sehingga balita lain yang tidak hadir berpotensi sulit dipantau. Karena itu, tindak lanjut sebaiknya berdasarkan pencatatan sasaran yang tidak hadir, dengan prioritas pada balita berisiko.

Pemantauan perkembangan dilakukan setiap bulan di Posyandu dan TK menggunakan KPSP dan formulir DDTK, oleh bidan desa dan petugas gizi. Damayanti dan Ma'ruf menunjukkan bahwa pendampingan melalui pemberdayaan kader meningkatkan pengetahuan tentang stimulasi tumbuh kembang dan perhatian orang tua.Meskipun informan menyatakan tidak ada kendala, konsistensi pemeriksaan, dokumentasi, dan tindak lanjut pada hasil skrining meragukan tetap perlu diperhatikan.

Vitamin A diberikan pada Februari dan Agustus, kapsul biru untuk usia 6–11 bulan dan kapsul merah untuk usia 12–59 bulan. Jadwal diinformasikan kader melalui grup WhatsApp, pemberian dicatat melalui e-PPGBM dan pencatatan Posyandu, dan balita yang tidak hadir ditindaklanjuti melalui sweeping. Pernyataan bahwa tidak ada balita yang terlewat perlu dipastikan melalui pencocokan data sasaran dan cakupan.

Imunisasi dilaksanakan terutama di Posyandu sesuai jadwal. Petugas menyiapkan vaksin sesuai jumlah sasaran, memeriksa VVM dan tanggal kedaluwarsa, menjaga suhu penyimpanan dan pengangkutan, memeriksa Buku KIA, melakukan penapisan, serta memberi informasi manfaat dan efek samping. Pencatatan dilakukan melalui Buku KIA, kohort atau register, dan aplikasi ASIK. Kendalanya adalah ketidakhadiran, keraguan, dan penolakan sebagian orang tua yang dikaitkan informan dengan informasi media sosial dan perbedaan pandangan keluarga. Temuan ini sejalan dengan Diza serta Chu dan Rammohan yang menempatkan perilaku orang tua sebagai aspek penting pemanfaatan imunisasi, dan Elbert yang menemukan hubungan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu dengan status imunisasi anak di Kota Medan.58 Menurut peneliti, edukasi perlu disampaikan secara terbuka, tidak menghakimi, dan sesuai kekhawatiran keluarga, disertai daftar sasaran untuk memantau balita yang terlambat, serta pencatatan dan pelaporan KIPI sesuai ketentuan.

Edukasi kesehatan diberikan melalui konseling dan penyuluhan di Posyandu dan Puskesmas dengan materi gizi, pertumbuhan dan perkembangan, vitamin A, imunisasi, dan kunjungan rutin. Media yang digunakan meliputi Buku KIA, leaflet, poster, penyampaian lisan, dan grup WhatsApp. Respons orang tua beragam, ada yang aktif bertanya dan ada yang pasif, sementara Posyandu yang ramai, anak yang sulit tenang, dan perbedaan kemampuan membaca menjadi tantangan. Mariyam menunjukkan bahwa pendampingan kader melalui mentorship dapat meningkatkan pengetahuan dan praktik pemanfaatan Buku KIA. Efektivitas edukasi perlu dinilai dari pemahaman orang tua, misalnya dengan bahasa sederhana, kesempatan bertanya, dan meminta orang tua mengulang informasi penting.

Pelayanan balita sakit mencakup pemeriksaan, pencatatan, pemberian obat, konseling,

dan rujukan. Pustu menangani kondisi ringan, sedangkan kasus gawat darurat dirujuk ke Puskesmas induk. Kendalanya adalah formulir MTBS lama yang kurang lengkap dan waktu pelayanan yang terbatas saat pasien ramai. Karena data berasal terutama dari wawancara, kesesuaian setiap tahap MTBS perlu dikonfirmasi melalui observasi dan telaah dokumen.

Secara keseluruhan, kegiatan telah mencakup seluruh komponen pelayanan, tetapi perlu penguatan pada kehadiran balita, ketepatan pengukuran, kelengkapan pencatatan, tindak lanjut hasil pemantauan, penanganan keraguan imunisasi, pemahaman edukasi, dan alur MTBS.

3. Output

Capaian SPM kesehatan balita di Puskesmas Sekernan Ilir tahun 2025 sebesar 73,16% belum memenuhi target 100% sebagaimana ditetapkan Permenkes Nomor 6 Tahun 2024. Capaian tersebut berasal dari 556 balita yang mendapat penimbangan dan pengukuran dari total sasaran 760 balita, sehingga terdapat selisih 26,84 poin persentase atau 204 balita yang belum tercatat memperoleh pelayanan.

Kendala yang ditemukan mencakup tiga hal. *Pertama*, jumlah sasaran 2025 dinilai Kepala Puskesmas lebih tinggi daripada jumlah bayi dan balita sebenarnya di wilayah kerja, sehingga capaian tampak lebih rendah dari kondisi riil. Penetapan sasaran perlu didukung validasi dan pemutakhiran data berkala dengan data proyeksi atau data riil yang dapat dipertanggungjawabkan. *Kedua*, kehadiran ibu balita belum rutin. Sebagian orang tua datang terutama untuk imunisasi dan mengurangi kunjungan setelah imunisasi lengkap, padahal Posyandu juga memberikan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan serta pemberian vitamin A. Temuan ini sejalan dengan Nurhaliza di Puskesmas Simpang Sungai Duren, Muaro Jambi, yang menemukan rendahnya partisipasi masyarakat sebagai faktor dominan belum tercapainya SPM balita. *Ketiga*, alat Posyandu terbatas, sebagaimana disampaikan penanggung jawab gizi. Norhayati juga menempatkan sumber daya dan pelaksanaan program sebagai aspek penting evaluasi pelayanan balita.

Monitoring capaian dilakukan melalui laporan yang diisi petugas, sedangkan evaluasi dilakukan melalui minilokakarya bersama program lain. Monitoring masih terutama berupa peninjauan laporan, sehingga perlu diperkuat dengan analisis penyebab target tidak tercapai, validasi sasaran, identifikasi balita yang belum terlayani, dan tindak lanjut kendala di Posyandu.

Menurut peneliti, kesenjangan antara target dan realisasi berkaitan dengan ketepatan sasaran, ketidakrutinan kunjungan, dan keterbatasan alat. Upaya perbaikan meliputi pemutakhiran data sasaran, edukasi pentingnya kunjungan rutin, penjangkauan balita yang belum terlayani, pemenuhan alat Posyandu, dan evaluasi berkala.

4. Outcome

Pemanfaatan pelayanan kesehatan balita belum optimal. Kepala Puskesmas memperkirakan cakupan sekitar 80%, tetapi angka ini merupakan perkiraan informan dan berbeda dari capaian resmi SPM sebesar 73,16%. Sebagian ibu tidak lagi rutin ke Posyandu setelah imunisasi lengkap, dan sebagian menganggap penimbangan mandiri di rumah sudah cukup. Penimbangan mandiri memang dapat menjadi bagian pemantauan, tetapi belum menggantikan layanan Posyandu yang mencakup pengukuran panjang atau tinggi badan, pencatatan pertumbuhan, pemantauan perkembangan, edukasi gizi, dan deteksi dini masalah kesehatan. Maratning menunjukkan bahwa pemanfaatan Posyandu dipengaruhi pengetahuan, dukungan keluarga, keterjangkauan lokasi, dan peran kader,62 sedangkan Oktarina menemukan pengetahuan ibu sebagai faktor yang banyak berkaitan dengan kunjungan balita.

Penyuluhan telah rutin dilakukan petugas dan kader, tetapi peningkatan pengetahuan masyarakat pada 2025 belum dapat dipastikan karena penelitian ini tidak mengukur pengetahuan secara langsung maupun membandingkannya dengan tahun sebelumnya. Informan menilai sebagian masyarakat sudah mengetahui pentingnya pelayanan balita, tetapi belum konsisten dalam perilaku kunjungan. Menurut peneliti, terdapat kesenjangan antara penerimaan informasi dan perubahan perilaku, sehingga edukasi perlu diarahkan pada

kesadaran bahwa Posyandu adalah sarana pemantauan kesehatan anak secara menyeluruh, melalui komunikasi interpersonal, pengingat jadwal, dan penjelasan risiko jika pertumbuhan tidak dipantau.

Petugas telah melakukan jemput bola dan sweeping, tetapi belum sepenuhnya menjangkau sasaran. Penjangkauan perlu didukung pendataan balita yang tidak hadir, penentuan prioritas kunjungan, dan pencatatan hasil tindak lanjut, serta kerja sama dengan pemerintah desa yang ditekankan Kepala Puskesmas, melalui penguatan kader, penyampaian informasi pada kegiatan kemasyarakatan, dan dukungan penjangkauan keluarga. Dari sisi kualitas, petugas telah berupaya maksimal, tetapi hasil pemanfaatan dan jangkauan belum optimal. Program belum banyak berubah sejak 2023, dengan program stunting dan PMT berbahan pangan lokal tetap menjadi kegiatan unggulan. Ramadhania melaporkan perbaikan indikator status gizi setelah intervensi PMT lokal selama 56 hari,64 tetapi hasil tersebut tidak dapat langsung disimpulkan berlaku di Sekernan Ilir.

Dengan demikian, outcome pelayanan belum optimal, ditandai capaian SPM 73,16%, kunjungan Posyandu yang belum rutin, dan peningkatan pengetahuan yang belum dapat dipastikan. Diperlukan edukasi berorientasi perubahan perilaku, kerja sama lintas sektor, penjangkauan terencana, serta evaluasi stunting dan PMT lokal dengan indikator keterjangkauan sasaran dan perkembangan status gizi.

5. Impact

Dampak pelayanan belum dapat dinilai secara menyeluruh. Kepala Puskesmas menilai angka kesakitan balita lebih rendah dibandingkan beberapa tahun sebelumnya, yang dikaitkan dengan pembinaan kader dan Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP), tetapi penilaian ini belum didukung data kuantitatif. Data status gizi 2023–2025 menunjukkan penurunan kasus wasting, underweight, dan berat badan kurang pada 2025 dibandingkan 2024, sedangkan kasus stunting meningkat dari 7 menjadi 10 kasus (bertambah 3 kasus). Artinya, perbaikan status gizi belum merata pada seluruh indikator.

Status gizi balita bersifat dinamis, karena balita yang semula bermasalah dapat kembali normal sementara kasus baru muncul pada bulan berikutnya. Karena itu, penilaian tidak cukup berdasarkan satu kali pengukuran, dan temuan kasus baru lebih tepat menjadi dasar mengevaluasi faktor risiko dan tindak lanjut. Sebagian orang tua juga tidak membawa anaknya ke Posyandu setelah sembuh dari diare, padahal gangguan asupan atau kehilangan cairan dapat memengaruhi berat badan sehingga masalah pertumbuhan berisiko terlambat teridentifikasi. Sunarti menunjukkan bahwa pelatihan meningkatkan pengetahuan kader dalam pemantauan pertumbuhan dan pencegahan stunting, meskipun keterampilan sebagian kader masih perlu diperkuat. Pembinaan kader di Sekernan Ilir perlu diikuti pemantauan ketepatan pengukuran, kemampuan mengenali penyimpangan pertumbuhan, dan kecepatan pelaporan kasus.

Bidan desa dan kader melaporkan kondisi balita setiap bulan, dan balita yang tidak hadir dapat ditelusuri melalui catatan KMS bulan sebelumnya. Data tersebut hanya informasi awal dan bukan pengganti pengukuran terkini, sehingga kunjungan rumah dan pengukuran ulang perlu diprioritaskan bagi balita dengan riwayat masalah gizi, penurunan berat badan, atau ketidakhadiran berulang. Studi penggunaan WhatsApp untuk surveilans gizi balita di Jawa Barat menunjukkan bahwa pelaporan digital dapat membantu pencatatan antropometri dan pemantauan pertumbuhan, sehingga mendukung pentingnya pencatatan terperinci dan pelaporan berkala.

Balita bermasalah gizi mendapat konseling gizi dan PMT lokal, serta dirujuk bila kondisi tidak membaik. Ramadhania, Mulyani, dan Ariestiningsih melaporkan perubahan status gizi bermakna setelah PMT lokal selama 56 hari dengan pemantauan tenaga gizi, bidan, dan kader. Namun, dampak PMT di Sekernan Ilir tetap memerlukan data sebelum dan sesudah intervensi, kepatuhan konsumsi, dan perkembangan status gizi penerima.

Menurut peneliti, dampak mulai terlihat dari penguatan pembinaan kader, Posyandu ILP, pemantauan bulanan, pelaporan kasus, kunjungan rumah, dan penanganan balita bermasalah

gizi. Penurunan kasus wasting, underweight, dan berat badan kurang menunjukkan perbaikan pada beberapa indikator, sedangkan peningkatan stunting dari 7 menjadi 10 kasus serta penurunan angka kesakitan yang belum terbukti secara data menunjukkan bahwa perbaikan belum menyeluruh. Evaluasi dampak perlu didukung data tren angka kesakitan, perubahan status gizi, kasus baru, dan keberhasilan pemulihan setelah konseling, PMT lokal, dan rujukan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Evaluasi pelayanan kesehatan balita di Puskesmas Sekernan Ilir dengan pendekatan Logic Model menunjukkan bahwa pelaksanaan program telah berjalan, tetapi hasilnya belum optimal. Pada aspek *input*, tenaga kesehatan, dana BOK, SOP, dan sarana dasar telah tersedia, tetapi tenaga gizi masih kurang 1 orang dari standar, beban kerja petugas tinggi, pelatihan belum merata, sebagian timbangan Posyandu error, dan Kit SDIDTK baru tersedia di 1 dari 9 Posyandu. Pada aspek *activities*, penimbangan dan pengukuran, pemantauan perkembangan, vitamin A, imunisasi, edukasi, dan pelayanan balita sakit telah dilaksanakan, dengan kendala berupa ketidakhadiran balita, keraguan orang tua terhadap imunisasi, serta formulir MTBS yang kurang lengkap. Pada aspek *output*, capaian SPM tahun 2025 sebesar 73,16% (556 dari 760 balita) belum memenuhi target 100%, yang berkaitan dengan ketidaksesuaian data sasaran, kunjungan Posyandu yang tidak rutin, dan keterbatasan alat. Pada aspek *outcome*, pemanfaatan pelayanan belum optimal dan peningkatan pengetahuan masyarakat belum dapat dipastikan. Pada aspek *impact*, kasus wasting, underweight, dan berat badan kurang menurun, tetapi kasus stunting meningkat dari 7 menjadi 10 kasus, sehingga perbaikan status gizi belum merata.

Saran

Puskesmas Sekernan Ilir disarankan memvalidasi dan memutakhirkan data sasaran balita secara berkala, menata beban kerja dan pembagian tugas petugas, serta memetakan kebutuhan pelatihan bagi tenaga kesehatan dan kader, terutama untuk MTBS dan pemantauan tumbuh kembang. Puskesmas juga perlu melengkapi formulir MTBS, memperkuat penjangkauan balita yang tidak hadir melalui daftar sasaran, serta mengembangkan edukasi yang berorientasi perubahan perilaku tentang pentingnya kunjungan Posyandu secara rutin. Dinas Kesehatan dan pemerintah desa disarankan mendukung pemeriksaan serta penggantian timbangan yang error, pengadaan Kit SDIDTK secara bertahap atau mekanisme penggunaan bersama, dan penguatan peran kader. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan menambahkan data kuantitatif seperti cakupan imunisasi dan vitamin A, tren angka kesakitan, serta perubahan status gizi sebelum dan sesudah intervensi, agar evaluasi *outcome* dan *impact* dapat dinilai lebih objektif.

DAFTAR PUSTAKA

Amir, A., Lesmana, O., Noerjoedianto, D., & Subandi, A. (2021). Peran Kepemimpinan di Puskesmas terhadap Kinerja Organisasi dan Kualitas Pelayanan Kesehatan. *Journal of Telenursing (JOTING)*.

Anisykurlillah, R., & Supit, P. W. E. (2023). Evaluasi pembangunan kesehatan dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi di kabupaten malang. *Journal Publicuho*, *6*(1), 257–266.

Asrini, N., Putu, A. T. S. N. L., Ayundha, D., & Veranita, M. (2024). *Identifikasi Kebutuhan Pelatihan Dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*.

Faradilla, A., Solikhah, & Rustiawan, A. (2026). Dampak sanitasi dan perilaku higiene terhadap kejadian diare pada balita. *BEMAS: Jurnal Bermasyarakat*.

Hapsari, Y. W., Saragih, J. R., Nainggolan, P., Kurnia, M. A., & Harahap. (2026). Tingkat Pelayanan Puskesmas Dan Pemanfaatan Puskesmas Oleh Masyarakat Di Kecamatan

Rambutan Kota Tebing Tinggi. 2026;8(1):49–61. *Jurnal Regional Planning*.

Humairah, S. F., Amalia, F., & Putri, A. M. (2026). Efisiensi Pengeluaran Pemerintah Sektor Kesehatan di Kabupaten/Kota Provinsi Banten. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*.

Izzah, A., Cikusin, Y., & Anadza, H. (2024). *Analisis Beban Kerja Penugasan Ganda Dalm Kinerja Pegawai Kantor Kecamatan Bululawang*.

Muslihin, H. Y., Loita, A., Fauziah, Y., & Rahmadani, N. (2025). Deteksi Dini Gizi Kurang Dan Risiko Gagal Tumbuh: Urgensi Pemantauan Rutin Di Usia Golden Age. *Al-ATHFAL Jurnal Pendidikan Anak*.

Nurhidayati, I., Purwadhi, Widjaja, Y. R., & Octavyani, Y. (2024). Perhitungan Beban Kerja Dan Kebutuhan Sumber Daya Manusia (Sdm) Dengan Metode Abk Kes Di Unit Rekam Medis Puskesmas. *Jurnal Administrasi Bisnis (JUBIS)*.

Octaviani, P., Fitri, T. A., Kurnia, I. P., & Wasir, R. (2024). Perencanaan SDM kesehatan: Mewujudkan kebutuhan tenaga kesehatan melalui strategi yang efektif. *Indonesian Journal of Health Science*.

Padila, R., Padila, R., & Ridianto. (2026). Evaluasi Kinerja Kebijakan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara TK II Polda Bengkulu. *Jurnal Stia Bengkulu : Committe to Administration for Education Quality*.

Renawati, A., Paramita, F., Adi, S., & Supriyadi. (2025). Analisis implementasi standar pelayanan minimal (SPM) bidang pelayanan kesehatan hipertensi di Puskesmas X Kabupaten Malang. *Tropical Public Health Journal*.

Suryani, Rindaningsih, I., & Hidayatulloh. (2023). Pelatiahan Dan Pengembangan Sumber Daya Manusia. *PERISAI Jurnal Pendidikan Dan Riset Ilmu Sains*.

Wiyono, G. H., Hendriani, W., Yoenanto, N. H., & Paramita, P. (2024). Peran Orang Tua terhadap Perkembangan Bahasa pada Anak dengan Usia Golden Age. 2024;13(1):92–99. *Jurnal Pendidikan Anak*.

Zubaedah, I., & Putri, S. N. (2024). Efektifitas Program Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Kesehatan di Daerah Rawamangun. *Jurnal Studi Interdisipliner Prespektif*.