

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan menganalisis proses *collaborative governance* dalam pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) di Puskesmas Ardimulyo, Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan wawancara semi terstruktur sebagai sumber data primer dan dokumen resmi pemerintah serta artikel ilmiah sebagai data sekunder. Analisis mengacu pada kerangka teori *collaborative governance* Ansell dan Gash (2007) yang mencakup lima dimensi: *face-to-face dialogue*, *trust building*, *commitment to process*, *shared understanding*, dan *intermediate outcomes*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dialog tatap muka terbukti menjadi instrumen vital dalam membangun dan memulihkan hubungan antar aktor; kepercayaan internal jejaring terbentuk melalui transparansi tugas, namun kepercayaan masyarakat masih bergantung pada pendekatan personal kader; komitmen internal puskesmas kuat melalui monitoring harian, sementara komitmen TPMD belum konsisten; kesepahaman bersama telah terbentuk namun bersifat dinamis dan memerlukan perawatan kelembagaan; serta capaian antara berupa model jemput bola dan tumbuhnya kesadaran preventif masyarakat, meski terhambat keterbatasan logistik dan bias demografis. Penelitian ini berkontribusi pada pendalaman kajian empiris *collaborative governance* di level puskesmas dalam program kesehatan preventif. Keterbatasan penelitian meliputi jumlah informan yang terbatas dan cakupan satu puskesmas sehingga generalisasi perlu dilakukan secara hati-hati.

Kata kunci: *Collaborative Governance*, Cek Kesehatan Gratis, Puskesmas, Ansell dan Gash, Kesehatan Preventif

Bagaimana Cara Sitasi Artikel ini:

Aqilah, K., Afiq, N. F. S., Soenardi, M. S. A. ., Nisa, Z. K. ., Rizqiyah, Z. F. ., & Wulandari, P. K. . (2026). Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Ardimulyo, Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Humaniora*, 2(2), 1809-1825. <https://doi.org/10.63822/men5sr49>

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak dasar dari seluruh masyarakat yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar 1945. Untuk mewujudkan masyarakat yang produktif dan sehat, pemerintah menghadirkan berbagai program Kesehatan yang bisa diakses oleh seluruh masyarakat Indonesia, salah satu dari program yang disediakan oleh pemerintah adalah Program Cek Kesehatan Gratis (CKG). Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) adalah program yang memiliki tujuan untuk memberikan layanan Kesehatan yang berfokus pada pencegahan penyakit di masyarakat dengan mendeteksi penyakit sejak dini (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 67 Tahun 2021). Program Cek Kesehatan Gratis adalah salah satu bentuk inisiatif dari pemerintah untuk memberikan kesempatan kepada berbagai institusi layanan Kesehatan untuk bekerjasama dengan puskesmas sebagai pelaksana kebijakan. Program ini dibentuk guna memberikan perhatian pada kesehatan masyarakat dengan dilakukannya pemeriksaan kesehatan secara gratis, pemeriksaan kesehatan tersebut terdiri atas pengecekan kolesterol, tekanan darah, gula darah dan berbagai skrining kesehatan lainnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Keberhasilan dari pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis tidak terlepas dari usaha yang dilakukan oleh puskesmas untuk mengkoordinasikan seluruh pihak terkait seperti kader posyandu, LSM, sektor swasta, dan tenaga kesehatan.

Penelitian terkait *collaborative governance* dalam dunia kesehatan sudah banyak dilakukan dengan fokus dan kondisi yang berbeda-beda. Dari penelitian yang dilakukan oleh Sundari dkk ditemukan bahwa kolaborasi yang dilakukan oleh dinas kesehatan, pemerintah desa, masyarakat dan puskesmas dapat meningkatkan jangkauan dari pelayanan kesehatan primer walaupun masih ada hambatan dalam pelaksanaannya akibat keterbatasan tenaga kesehatan (Sundari et al., 2025). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rizki dan Prathama dapat disimpulkan bahwa keberhasilan dari *collaborative governance* program eliminasi tuberculosis bergantung pada komitmen proses dan pemahaman yang dilakukan oleh setiap aktor, penelitian ini juga memiliki fokus pada kolaborasi sektor swasta sebagai inisiator (Rizqi & Prathama, 2024). Wasiat dan Salomo menjelaskan bahwa efektivitas dari kolaborasi program penurunan stunting sangat ditentukan dari kepemimpinan fasilitatif serta desain kelembagaan yang tegas (Wasiat & Salomo, 2024). Penelitian yang dilakukan oleh Me Hoa dkk juga menggunakan teori dari Ansell dan Gash sebagai pisau analisis untuk membahas *collaborative governance* pelayanan kesehatan di Kabupaten Bangka Tengah dan dari penelitian ini ditemukan permasalahan partisipasi dari aktor non pemerintah yang lemah serta penelitian ini menekankan pada *shared mutual understanding* (Hoa et al., 2025). Lalu penelitian dari Pambudi dan Juwono menjelaskan terkait keberhasilan dari *collaborative governance* dalam penurunan stunting yang memerlukan *starting conditions* yang membuat forum menjadi terstruktur dan kondusif (Pambudi & Juwono, 2026). Dari lima penelitian terdahulu diatas dapat ditemukan celah permasalahan dari penelitian kami, yaitu belum ada yang mengkaji secara spesifik *collaborative governance* yang menggunakan teori Ansell dan Gash dalam program CKG di level puskesmas terutama di Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang.

Pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Ardimulyo memiliki berbagai dinamika kolaborasi yang cukup kompleks. Koordinasi antara puskesmas dengan berbagai aktor kepentingan dari pemerintah ataupun non pemerintah mengharuskan adanya prosedur yang terstruktur dan komitmen yang kuat dari seluruh pemangku kepentingan. Ditambah lagi ada permasalahan ketimpangan kapasitas antar aktor yang berpeluang untuk mempengaruhi proses dinamika jejaring antar aktor. Lalu konsistensi dari keterlibatan antar aktor dalam melaksanakan program ini menjadi permasalahan tersendiri. Dengan

*Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Ardimulyo,
Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang*
(Aqilah, et al.)

berbagai dinamika dalam proses kolaborasi di Puskesmas Ardimulyo menjadi menarik untuk dikaji lebih lanjut dalam memahami kolaborasi lintas sektor terutama dalam program kesehatan preventif.

Pelaksanaan Program Cek Kesehatan gratis telah melibatkan berbagai aktor kepentingan, dengan ini peneliti akan menggunakan teori *collaborative governance* dari Ansell dan Gash. Ansell dan Gash melihat *collaborative governance* sebagai penataan tata kelola pemerintahan dimana satu atau beberapa lembaga pemerintahan dan lembaga non pemerintahan bekerjasama dalam proses pengambilan keputusan yang berorientasi pada kesepakatan dan musyawarah formal serta memiliki tujuan untuk membentuk dan melaksanakan kebijakan. Dalam teori *collaborative governance* yang telah disampaikan oleh Ansell dan Gash terdapat lima proses utama yang saling mempengaruhi yang pertama *face to face dialogue*, *trust building*, *commitment to process*, *shared understanding* dan *intermediate outcomes* (Ansell & Gash, 2007). Dari kelima proses yang bersifat dinamis diperlukan fasilitas manajemen atau pemimpin yang memiliki peran sebagai koordinator. Kesesuaian teori yang dikemukakan oleh Ansell dan Gash terlihat dari fakta dilapangan bahwa dalam implementasi program tersebut hakikatnya perlu keterlibatan langsung dari berbagai aktor kepentingan.

Dengan menggunakan teori *collaborative governance* yang dikemukakan oleh Ansell dan Gash, penelitian ini bisa mengidentifikasi proses kolaborasi dalam Program Cek Kesehatan Gratis, peran manajemen fasilitatif dari Puskesmas Ardimulyo dan melihat berbagai dinamika dalam proses kolaboratif dari Program Cek Kesehatan Gratis. Maka dari itu, penelitian dengan judul “*Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Ardimulyo, Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang*” penting untuk dilakukan dan hasil penelitian ini diharapkan bisa menambah kajian ilmiah dari konsep *collaborative governance* dalam implementasi program kesehatan preventif di puskesmas.

KAJIAN LITERATUR

Untuk membedah dan memperdalam penelitian mengenai pelaksanaan program Cek Kesehatan Gratis yang diusung pemerintah, kami menggunakan teori *collaborative governance* dari Ansell dan Gash untuk dijadikan pisau analisis. Proses kolaborasi menurut Ansell dan Gash merupakan proses kolaboratif yang bersifat terus-menerus yang bergantung pada komunikasi, kepercayaan, komitmen, pemahaman dan hasil (Purnamasari & Priyanti, 2021). Ansell dan Gash memandang *collaborative governance* sebagai penataan tata kelola pemerintahan dimana satu atau beberapa lembaga pemerintahan dan lembaga non pemerintahan bekerjasama dalam proses pengambilan keputusan yang berorientasi pada kesepakatan melalui musyawarah serta memiliki tujuan untuk membentuk dan melaksanakan kebijakan.

Dalam penelitian pelaksanaan program Cek Kesehatan Gratis, teori ini tepat untuk dijadikan pisau analisis untuk mengevaluasi sejauh mana Puskesmas Ardimulyo mampu mengintegrasikan peran para aktor mulai dari kader kesehatan, tokoh masyarakat, hingga sektor swasta yang terlibat untuk menyukseskan program ini. Cek Kesehatan Gratis yang merupakan mandat dari pemerintah pusat tentu tidak luput dari tantangan implementasi di tingkat lokal, sehingga Teori Ansell dan Gash membantu peneliti membaca dan memetakan kondisi awal kolaborasi, desain institusional yang mengatur aturan main, hingga peran manajemen jejaring sebagai fasilitator. Dengan ini, peneliti lebih mudah untuk menilai apakah pelaksanaan program Cek Kesehatan Gratis ini berjalan melalui musyawarah dan kolaborasi yang baik atau jejaring

*Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Ardimulyo,
Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang*
(Aqilah, et al.)

hanya dijadikan sebagai formalitas saja.

Menurut Ansell dan Gash, terdapat variabel-variabel yang saling mempengaruhi dan menentukan keberhasilan kolaborasi, yaitu Kondisi awal (*Starting Condition*), meliputi sumberdaya tiap aktor, keuntungan para aktor untuk saling berkolaborasi, dan interaksi masalah atau histori yang pernah terjadi antar aktor; Desain Institusional (*Institutional Design*), merupakan aturan main formal yang disepakati seluruh aktor; Kepemimpinan Fasilitatif (*Facilitative Leadership*), adanya pemimpin yang bertindak sebagai mediator yang adil dan mampu menjaga harmoni dalam interaksi para aktor; Proses Kolaborasi (*The Collaborative Process*) yang menjadi inti dari interaksi yang berjalan.

Ansell dan Gash merumuskan lima tahapan dinamis dalam proses kolaborasi, mulai dari *face to face dialogue* (dialog tatap muka antar aktor), yang menjadi awal mula proses jejaring yang bertujuan untuk para aktor bisa mengerti kepentingan dan kebutuhan rekan nya, dan bisa tercipta kesepahaman atau kesamaan persepsi yang tujuannya menguntungkan seluruh pihak. Dalam pelaksanaan CKG perlu adanya koordinasi awal sebelum eksekusi lapangan; *trust building* (pengembangan kepercayaan antar aktor), manajer yang bertindak sebagai fasilitator harus bisa membangun rasa kepercayaan dalam kolaborasi agar para aktor tidak ragu untuk mengeluarkan sumber daya yang dimiliki, baik anggaran, tenaga, data, maupun kekuasaan. Dalam hal ini, kepercayaan kader kesehatan dan masyarakat terhadap puskesmas menjadi kunci kesuksesan program CKG; *commitment to process* (komitmen aktor terhadap proses), berkaitan erat pada sejauh mana aktor memiliki *sense of ownership* atau rasa kepemilikan terhadap program kolaborasi tersebut. Komitmen yang dibentuk merupakan perjanjian yang dibuat aktor untuk menjalankan program kolaborasi sesuai dengan aturan main yang telah ditetapkan; *shared understanding* (pemahaman atau kesepahaman bersama), merupakan titik ketika para aktor berhenti memperlakukan mengenai definisi masalah dan mulai bergerak untuk mencapai solusi bersama. Pemahaman bersama ini menciptakan visi kolektif yang menjadi panduan setiap aktor untuk bertindak dalam program kolaborasi tersebut, sehingga tidak ada tumpang tindih kewenangan ataupun konflik kepentingan yang dapat menghambat atau mematahkan jalannya program, di lapangan (Purnamasari & Priyanti, 2021); *intermediate outcomes* (hingga pencapaian hasil yang menguntungkan semua pihak), berfungsi sebagai bukti keberhasilan kolaborasi yang dapat memicu semangat para aktor untuk terus terlibat dalam jangka panjang. Ketika ada aktor yang mendapat kerugian maka ia harus mendapat imbalan yang setimpal, sehingga kolaborasi akan berjalan dengan mulus tanpa ada aktor yang merugikan. Jika dalam satu siklus kegiatan Cek Kesehatan Gratis terdapat aktor yang merasa dirugikan atau energinya terkuras tanpa apresiasi, maka kolaborasi pada periode berikutnya akan melemah. Sebaliknya, kesuksesan kecil yang dirasakan bersama akan memperkuat kepercayaan dan komitmen aktor (Ansell & Gash, 2007). Lima proses ini sangat menuntut adanya manajemen jaringan fasilitatif yang berperan penting sebagai koordinator yang selalu memastikan interaksi antar aktor tidak hanya sebagai formalitas, melainkan fungsional.

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini, peneliti memutuskan untuk menggunakan metode kualitatif dengan sumber data primer yaitu hasil wawancara dengan PJ Kluster 1 Puskesmas Ardimulyo dan data sekunder berasal dari dokumen pemerintah serta artikel ilmiah. Metode penelitian kualitatif adalah suatu pendekatan yang berupaya memahami fenomena sosial secara mendalam dan bersifat interpretatif dan reflektif, menekankan

jika penelitian ini tidak hanya memiliki satu definisi tunggal melainkan kumpulan paradigma yang beragam dan fleksibel (Denzin & Lincoln, 2009). Sumber data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber asli tanpa melalui perantara, sehingga sifatnya lebih otentik dan relevan. Pada penelitian ini sumber data primer yang akan digunakan oleh peneliti adalah hasil wawancara dengan PJ Kluster 1 Puskesmas Ardimulyo, data tersebut disimpan dalam bentuk rekaman dan catatan. Dengan metode wawancara semi terstruktur yaitu peneliti menggunakan daftar pertanyaan yang telah disusun agar fokus penelitian tetap tercakup akan tetapi memberikan ruang kebebasan bagi responden dalam menjawab, serta pertanyaan yang diajukan oleh peneliti dapat bersifat fleksibel yang mampu mengeksplorasi lebih luas mengenai topik penelitian (Kusumastuti & Khoiron, 2019).

Selain data primer, penelitian ini juga menggunakan data sekunder yang bersumber dari dokumen pemerintah dan artikel ilmiah. Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung melalui media perantara, baik yang dipublikasikan maupun tidak, yang digunakan sebagai pelengkap dan penguat temuan dari data primer (Sugiyono, 2019). Data sekunder berfungsi bukan hanya sebagai pelengkap, melainkan juga sebagai instrumen verifikasi yang memungkinkan untuk mengkonfirmasi, membandingkan, dan memperdalam makna dari data primer yang telah dikumpulkan, sehingga kesimpulan yang dihasilkan lebih representatif dan dapat dipertanggungjawabkan secara akademis. Data sekunder dalam penelitian ini meliputi dokumen resmi pemerintah seperti regulasi, pedoman manajemen Puskesmas, laporan tahunan Puskesmas Ardimulyo, serta artikel ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal nasional maupun internasional yang relevan dengan topik penelitian. Data sekunder dalam penelitian kualitatif memiliki peran yang sangat strategis, yakni sebagai bahan triangulasi yang memperkuat keabsahan data primer yang diperoleh melalui wawancara maupun observasi. Penggunaan berbagai sumber data secara bersamaan, baik dokumen resmi, laporan instansi, maupun publikasi ilmiah yang telah melalui proses penelaahan sejawat (*peer review*), merupakan upaya sistematis untuk meningkatkan kredibilitas dan transferabilitas temuan penelitian sehingga hasil analisis yang diperoleh dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah (Moleong, 2017).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Aktor - aktor dalam Program Cek Kesehatan Gratis

Program CKG atau Cek Kesehatan Gratis di puskesmas merupakan inisiasi strategis pemerintah pusat untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat di Indonesia. CKG diarahkan untuk melakukan deteksi dini terhadap berbagai faktor resiko penyakit mulai dari hipertensi, diabetes melitus, obesitas, hingga gangguan kesehatan lainnya sebelum berkembang menjadi kondisi medis yang berat (Sinaga et al., 2026). Program ini tidak hanya sebagai peningkatan pelayanan dalam gedung kesehatan saja, melainkan sebagai perluasan jangkauan layanan kesehatan secara proaktif di tengah masyarakat. Dalam tata kelola pemerintahan modern, program CKG menjadi salah satu indikator Standar Penilaian Minimal (SPM) kesehatan yang wajib diwujudkan oleh pemerintah daerah melalui unit pelaksanaan teknisnya, dalam hal ini adalah Puskesmas.

Pemerintah Kabupaten Malang, sebagai perpanjangan tangan pelayanan kesehatan pemerintah pusat, berkewajiban menjalankan program CKG melalui unit pelayanan terpadu (UPT), salah satunya Puskesmas Ardimulyo. Terletak di Kecamatan Singosari, Puskesmas Ardimulyo bertanggungjawab atas pelayanan kesehatan kecamatan Singosari. Karakteristik wilayah yang heterogen, mulai dari kawasan

industri, hingga pemukiman padat penduduk, menuntut fleksibilitas pelaksanaan program. Pemeriksaan yang diberikan mencakup skrining kesehatan dasar, mulai dari pengukuran indeks masa tubuh, pengecekan tekanan darah, hingga tes kadar gula darah. Untuk meningkatkan akurasi dan integrasi data digital kesehatan, seluruh hasil pelaksanaan program dimasukkan dalam sistem pelaporan Aplikasi Satu Sehat Indonesiaku (SSI) (Panjaitan et al., 2026).

Melihat kondisi lapangan yang ada, program CKG di Puskesmas Ardimulyo tidak dapat dilaksanakan oleh Puskesmas secara sepihak saja, namun butuh dibentuknya jaringan. Ditinjau dari perspektif teori collaborative governance yang dikembangkan oleh Ansell dan Gash, program CKG tidak mampu mencapai hasil optimal ketika hanya bersandar pada kapasitas pemerintah birokrasi tunggal pemerintah (Ansell & Gash, 2007). Pemenuhan target SPM ini memerlukan mobilisasi sumber daya yang tersebar di seluruh wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo (Rahadian et al., 2023). Disinilah pentingnya pembentukan jejaring lintas sektoral.

Puskesmas memiliki keterbatasan dalam jumlah personel medis, jangkauan informasi, serta kemampuan menggerakkan partisipasi masyarakat secara instan di seluruh wilayah. Melalui jejaring, hambatan tersebut dapat diatasi melalui ketergantungan sumber daya yang saling menguntungkan. Absennya satu aktor dapat menghambat efektivitas program secara keseluruhan. Terdapat berbagai aktor yang saling bekerjasama menyukseskan program CKG ini, yaitu: Pertama, Puskesmas Ardimulyo. Menurut keterangan dari hasil wawancara dengan Koordinator Manajemen Jejaring Puskesmas Ardimulyo, Puskesmas Ardimulyo berperan sebagai motor penggerak utama sekaligus fasilitator dalam jejaring. Sumberdaya yang dimiliki meliputi legalitas formal, keahlian medis, logistik kesehatan, serta hak akses sama terhadap aplikasi pelaporan SSI (Panjaitan et al., 2026). Puskesmas bertanggung jawab menjaga ritme kolaborasi dan memastikan standar operasional medis tetap terjaga.

Kedua, Pemerintah Desa/Kelurahan. Pemerintah desa maupun kelurahan memiliki otoritas atas wilayahnya masing-masing. Sumberdaya yang dimiliki meliputi fasilitas tempat, kebijakan wilayah, serta database kependudukan. Pemerintah desa atau kelurahan menjadi aktor yang penting dalam koordinasi awal dan sebagai pemberi legitimasi bagi tim pelaksana CKG untuk masuk ke lingkungan warga. Ketiga, Kader Kesehatan masyarakat. Kader masyarakat sebagai jembatan antara Puskesmas Ardimulyo dengan Masyarakat. Sumber daya yang dimiliki sangat lah krusial, yaitu kepercayaan langsung dari masyarakat setempat. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kader Kesehatan Desa Tamanharjo, Kader berperan dalam melakukan sosialisasi, mendatangkan warga, membantu logistik non-medis, serta mengendalikan tingkat partisipasi agar tetap tinggi. Keempat, Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. Berdasarkan pernyataan dari Koordinator Manajemen Jejaring Puskesmas Ardimulyo, Dinas Kesehatan bertindak sebagai pengawas yang menetapkan pagu anggaran, supply logistik kesehatan, serta memantau capaian kinerja SPM Puskesmas Ardimulyo secara vertikal.

Kelima, Sektor Swasta. Berdasarkan hasil wawancara dengan Koordinator Manajemen Jejaring Puskesmas Ardimulyo, dalam program ini, sektor swasta yang dimaksud mencakup klinik kesehatan dan dokter mandiri yang berada di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo. Sebagai sesama penunjang kesehatan, tujuan utama mereka adalah pemenuhan pelayanan kesehatan mendasar bagi masyarakat. Meskipun bersifat pendukung, keberadaan fasilitas kesehatan swasta di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo berfungsi sebagai perluasan jangkauan skrining kesehatan. Peran ini menjadi penting dalam program CKG, karena dapat mempercepat pemerataan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo.

Proses Jejaring dalam Pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Ardimulyo

Starting Conditions

Puskesmas Ardimulyo memiliki program Cek Kesehatan Gratis (CKG) yang merupakan program pemerintah dengan hasil cepat dan terbaik, program ini menunjukkan kepedulian dari pemerintah pada kesehatan 280 juta masyarakat di Indonesia. Program CKG mulai dilaksanakan sejak 10 Februari 2025 dan diatur melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/33/2025 terkait petunjuk teknis dari pemeriksaan kesehatan gratis di hari ulang tahun. Aturan ini menjadi titik awal dari terbentuknya *collaborative governance* di Puskesmas Ardimulyo untuk melaksanakan program CKG sehingga pelaksanaan *collaborative governance* bukan lahir karena inisiatif sukarela dari setiap aktor namun berdasarkan mandat dari atasan. Kondisi ini sesuai dengan teori yang sudah dikemukakan oleh Ansell dan Gash bahwa kolaborasi merupakan hasil dari mandat hukum atau aturan yang menjadi pendorong partisipasi dari setiap aktor terutama pada saat kondisi rasa sukarela masih sangat lemah (Ansell & Gash, 2007). Puskesmas Ardimulyo memiliki posisi sebagai penyelenggara utama dalam mengelola jejaring dengan aktor-aktor yang lain, contohnya seperti kader kesehatan, masyarakat, pemerintah desa dan TPMD (Tempat Praktik Mandiri Dokter). Sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas Ardimulyo adalah kewenangan administratif, alat dan tenaga kesehatan serta akses pada anggaran BOK dan BMHP. Lalu kader kesehatan memiliki sumber daya yang berupa pengetahuan tentang masyarakat desa dan jaringan sosial kepada RT/RW setempat serta mampu mensosialisasikan program CKG kepada masyarakat desa. Dengan adanya perbedaan sumber daya dapat menumbuhkan rasa saling memerlukan satu sama lain terlihat dari puskesmas membutuhkan bantuan dari kader untuk mensosialisasikan program CKG kepada masyarakat desa dan kader membutuhkan puskesmas untuk mendapatkan legitimasi dan layanan kesehatan dari puskesmas. Rasa saling membutuhkan tersebut sesuai dengan teori *collaborative governance* bahwa dengan rasa itu akan membuat semua pihak ingin terus berpartisipasi dalam proses kolaborasi.

Institutional Design

Program CKG di Puskesmas Ardimulyo memiliki desain kelembagaan yang dibangun berdasarkan regulasi yang sifatnya mengikat, bukan berdasarkan MoU antara pihak. Program CKG diregulasikan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/33/2025 yang memberi mandat kepada puskesmas untuk mendelegasikan pelaksanaan program CKP kepada jejaring dengan skema integrasi layanan primer yang berisi sumber daya, BMHP, pemenuhan reagen dan pelaporan. Dengan ini *collaborative governance* sudah ditentukan oleh aturan dari Kementerian Kesehatan dan Puskesmas Ardimulyo sebagai manajer jejaring yang menjelaskan ke tingkat operasional. Berdasarkan hasil wawancara dengan Koordinator Manajer Jejaring dari Puskesmas Ardimulyo menjelaskan bahwa alur dari pelaksanaan CKG telah dibagi dalam empat tahapan, yaitu persiapan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Untuk tahap persiapan dengan adanya dua jalur koordinasi yang dilakukan secara paralel. Koordinasi jalur pertama adalah koordinasi internal dengan penggerak program, petugas desa serta petugas induk dari puskesmas dan koordinasi jalur kedua adalah koordinasi lintas sektor seperti perangkat desa, instansi serta sekolah. Tahap monitoring karyawan dilakukan dengan cara struktural dimulai dari coordinator CKG melakukan monitoring yang dibantu oleh coordinator dari tim PKG dan evaluasi hasil monitoring ini akan dilaporkan kepada Kepala Puskesmas setiap minggu. Ditingkat atasnya Dinas Kesehatan akan melaksanakan evaluasi monitoring setiap dua minggu sekali. Nah hasil dari evaluasi

*Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Ardimulyo,
Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang
(Aqilah, et al.)*

bulanan akan dijadikan bahan persiapan pelaksanaan program CKG di bulan berikutnya sebagai *learning loop* dalam menjaga kualitas dari *collaborative governance* yang berkelanjutan (Juknis CKG Tahun 2026, 2026).

Facilitative Leadership

Ansell dan Gash menjelaskan bahwa *facilitative leadership* menjadi peran krusial dalam membangun kepercayaan para aktor, membentuk pertemuan para aktor, dan menjaga integritas serta memberdayakan pihak yang lemah, maka dalam program CKG di Puskesmas Ardimulyo yang memiliki peran tersebut adalah pihak puskesmas. Dari wawancara dengan Koordinator Manajer Jejaring dari Puskesmas Ardimulyo menjelaskan bahwa puskesmas tidak hanya mengemban tugas administratif saja tapi juga membangun hubungan relasional dengan pihak-pihak yang berjejaring. Terlihat pada saat adanya pergantian penanggung jawab jejaring di Puskesmas Ardimulyo ada hubungan yang mulai renggang antara pihak klinik dan TPMD sehingga mau tidak mau pihak dari puskesmas secara proaktif mengunjungi ke klinik dan TPMD untuk penguatan kolaborasi. Sehingga pendekatan ini sesuai dengan teori dari Ansell dan Gash bahwa puskesmas menjadi pemimpin fasilitatif yang bisa membangun hubungan dengan pihak klinik dan TPMD dengan baik serta memberdayakan pihak tersebut untuk terus aktif terlibat dalam proses jejaring. Kemudian berdasarkan wawancara dari Ketua Kader dari Desa Tamanharjo menjelaskan bahwa ada pendampingan teknis, sosialisasi dan penyediaan alat serta BMHP dari pihak Puskesmas Ardimulyo. Puskesmas Ardimulyo juga selalu memberikan penjelasan terkait teknis pelaksanaan pada pertemuan rutin setiap bulan kepada pihak kader sehingga pihak kader tidak pernah merasa bekerja tanpa arahan atau disisihkan begitu saja.

Masuk dalam **proses *collaborative governance*** di Puskesmas Ardimulyo dapat dibedah dengan teori yang telah dikemukakan oleh Ansell dan Gash. Proses *collaborative governance* digambarkan oleh Ansell dan Gash sebagai proses yang interaktif dan nonlinear sehingga bergerak dalam tahap *face-to-face dialogue, trust building, commitment to process, shared understanding* dan *intermediate outcomes*.

1. Face to Face Dialogue

Dalam teori *collaborative governance* yang dikemukakan oleh Ansell dan Gash menekankan bahwa dialog tatap muka adalah landasan utama dari suatu rangkaian kolaborasi. Dialog tatap muka bukan hanya tempat pertukaran informasi namun juga menjadi media untuk membangun rasa pengertian, meniadakan stereotip buruk dan membentuk ruang keuntungan Bersama. Dengan adanya dialog tatap muka menghadirkan kolaborasi yang berkualitas, menumbuhkan kepercayaan antar aktor karena komitmen tidak tumbuh secara alami (Ansell & Gash, 2007). Dalam konteks program CKG, peningkatan jangkauan program CKG sangat dipengaruhi oleh komunikasi yang proaktif melalui ruang publik, pendekatan jempit bola, komunikasi digital dan dialog tatap muka dengan aktor-aktor yang berkolaborasi. Dialog tatap muka menjadi kebutuhan yang mendasar dalam pelaksanaan program CKG (Widyaningsih et al., 2025).

Pelaksanaan program CKG di Puskesmas Ardimulyo terjadi dialog tatap muka di beberapa tingkatan, yang pertama di tingkat puskesmas dengan mitra jejaring yaitu klinik dan TPMD, puskesmas disini melakukan kunjungan secara langsung dalam upaya memperkuat kolaborasi yang ada. Yang kedua, di tingkat puskesmas dengan kader melalui pertemuan rutin yang diadakan setiap bulan. Yang ketiga, tingkat kader dengan masyarakat, kader disini berupaya mendatangi secara langsung warga untuk mensosialisasikan program CKG dan melakukan konseling untuk warga yang tidak ingin berpartisipasi dalam pelaksanaan program CKG. Dari sini terlihat dalam program CKG harus menggabungkan

komunikasi dua arah melalui media digital dan komunitas yang harus disesuaikan dengan keinginan dari sasaran komunikasi (Widyaningsih et al., 2025).

Hambatan komunikasi dalam pelaksanaan program CKG di Puskesmas Ardimulyo tidak terjadi dengan aktor-aktor jejaring, malah hambatan komunikasi terjadi antara kader dengan masyarakat. Ini dibuktikan melalui wawancara dengan Ketua Kader Desa Tamanharjo menjelaskan bahwa hambatan yang paling sering terjadi pada saat menjelaskan bahwa program CKG hanya dapat diikuti satu kali dalam setahun oleh setiap individu, walaupun dalam pelaksanaannya berpindah posyandu. Lalu Koordinator Manajer Jejaring dari Puskesmas Ardimulyo menjelaskan bahwa adanya pergantian penanggung jawab yang sempat menyebabkan mitra jejaring seperti klinik dan TPMD enggan untuk ikut aktif dalam proses kolaborasi berhasil diatasi dengan cara mengembalikan prosesi komunikasi dengan dialog tatap muka melalui kunjungan secara langsung dari pihak Puskesmas Ardimulyo. Dengan ini memperlihatkan bahwa apa yang telah disampaikan oleh Ansell dan Gash terkait efektivitas dari dialog tatap muka yang tidak bisa digantikan oleh komunikasi digital atau tertulis dalam membangun hubungan antar aktor yang sempat renggang.

2. *Trust Building*

Ansell dan Gash menjelaskan bahwa kepercayaan hadir bukan karena kondisi alami namun dibangun dengan aktor dan terus menerus dalam proses kolaborasi. Kepercayaan menjadi penting dalam berkolaborasi karena tanpa adanya kepercayaan menyebabkan aktor yang berkolaborasi akan enggan untuk berbagi informasi, menyatakan kekurangannya dan menimbulkan komitmen yang tidak pasti. Dalam konteks pelaksanaan program CKG di Puskesmas Ardimulyo hubungan antara pihak puskesmas dengan aktor-aktor yang berkolaborasi di dalamnya relat harmonis, didukung dari pernyataan Ketua Kader Desa Tamanharjo yang menyatakan bahwa alur koordinasi dan komunikasi yang jelas dari pihak puskesmas sehingga tidak membuat kader bingung dengan informasi dan tugas yang dijelaskan. Kondisi ini memperlihatkan apa yang telah disampaikan oleh Ansell dan Gash tentang *prehistory of cooperation* yang menjadi modal sosial karena ada pengalaman kerja sebelumnya sehingga menjadi dasar awal tumbuhnya kepercayaan (Ansell & Gash, 2007). Kepercayaan antar aktor yang berkolaborasi juga diperkuat dengan adanya transparansi dalam pembagian tanggung jawab dan tugas. Terlihat dalam dokumen komitmen internal Puskesmas Ardimulyo yang menjelaskan secara eksplisit kewajiban dari setiap petugas, contohnya entry data CKG sebanyak 5 per hari per karyawan dan dimonitoring oleh coordinator CKG serta dilaporkan oleh Kepala Puskesmas setiap harinya. Transparansi pembagian tugas menjadi penting karena menjadi prasyarat agar setiap aktor merasa yakin dan percaya bahwa tidak ada pihak yang dimanfaatkan.

Kepercayaan antar aktor dalam pelaksanaan CKG di Puskesmas Ardimulyo mengalami ujian di tingkat masyarakat karena kader mengidentifikasi bahwa Sebagian besar masyarakat merasa tidak percaya terhadap program CKG dan takut untuk mengetahui kondisi kesehatannya sendiri. Sehingga disini diperlihatkan bahwa hambatan psikologi terjadi bahwa kepercayaan tidak hanya dibangun dengan sifat horizontal antara aktor jejaring tapi juga bersifat vertikal antar aktor jejaring dengan pelaksana. Faktor yang paling penting untuk mendorong partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program CKG bukan lagi pengetahuan atau sikap tapi dukungan sosial yang tinggi dari aktor pelaksana dan konseling yang dilakukan kader sebagai agen kepercayaan sosial membuat masyarakat terdukung dan ingin ikut meramaikan pelaksanaan program CKG (Sinaga et al., 2026). Pendekatan personal seperti konseling yang dilakukan oleh kader puskesmas untuk meyakinkan warga bahwa tidak apa-apa untuk mengetahui kondisi kesehatan

nya menjadi cerminan *trust building* di tingkat mikro yang tidak ada dalam kebijakan formal, namun hadir sebagai kunci keberhasilan program CKG di lapangan. Ansell dan Gash juga mengingatkan bahwa membangun *trust building* memerlukan waktu yang cukup lama dan temuan di lapangan ini memperlihatkan bahwa kader menjalankan peran tersebut tanpa adanya prosedur formal yang mendasarinya.

3. *Commitment to Process*

Komitmen dalam teori yang dikemukakan oleh Ansell dan Gash dibedakan menjadi dua yaitu komitmen untuk tetap hadir dan komitmen pada proses kolaborasi. Komitmen diartikan sebagai negosiasi dengan itikad baik untuk mencari dan mendapatkan keuntungan bersama yang menjadi cara terbaik dalam mencapai tujuan. Komitmen mencakup dimensi pengakuan timbal balik dan rasa memiliki atas proses bersama (Ansell & Gash, 2007). Dalam pelaksanaan CKG di Puskesmas Ardimulyo komitmen proses diwujudkan dalam dokumen komitmen internal dan sudah diterapkan oleh puskesmas. Dokumen tersebut berisi kewajiban kepada 56 karyawan puskesmas dengan pembagian tugas entry data CKG minimal 5 pasien perhari dan menyelesaikan entry di lokasi pelaksanaan program CKG serta tidak ada yang bisa pulang sebelum entry selesai, dalam dokumen tersebut juga mengatur kewajiban untuk mengisi form pertanggungjawaban BMPH dan jumlah sasaran yang sudah diperiksa hari tersebut. Mekanisme hutang entry juga berlaku pada saat karyawan belum mencapai target harian yang sudah ditentukan karena ini masuk dalam bentuk akuntabilitas yang mencerminkan komitmen. Hal ini sejalan dengan apa yang sudah disampaikan oleh Ansell dan Gash bahwa walaupun kolaborasi itu dimandatkan dari atas tapi proses monitoring harus diupayakan secara aktif. Puskesmas Ardimulyo membuktikan pendapat Ansell dan Gash dengan membangun sistem monitoring yang transparan agar setiap kontribusi para aktor terlihat. Monitoring harian dilakukan oleh coordinator CKG, monitoring capaian dilakukan oleh tim inti PKG dan pelaporan mingguan kepada kepala puskesmas yang memberikan timbal balik yang baik agar terjaganya hubungan dari setiap aktor yang berkolaborasi.

Akan tetapi pelaksanaan komitmen dalam jejaring program CKG tidak berjalan dengan baik, Koordinator Manajer Jejaring dari Puskesmas Ardimulyo menjelaskan bahwa ada aktor TPMD yang kurang konsisten dalam melaksanakan kewajibannya dan ini dipengaruhi oleh beban kerja petugas yang tinggi dan keterbatasan dari alat pemeriksa sehingga dapat melemahkan komitmen dalam melaksanakan program CKG. Kurangnya sumber daya dan kesinambungan program akan menjadi hambatan utama dalam implementasi dari program CKG maka dari itu diperlukannya penguatan dengan strategi terpadu dan berkelanjutan agar mendorong kolaborasi (Widyaningsih et al., 2025). Merespons hambatan tersebut, pihak Puskesmas Ardimulyo tidak memberikan sanksi tapi memilih memberikan masukan persuasive melalui komunikasi dengan menjaga keaktifan dari grup WhatsApp jejaring. Pilihan yang dipilih oleh Puskesmas Ardimulyo menunjukkan bahwa komitmen dalam berkolaborasi tidak bisa dipaksakan dan harus dipupuk dengan relasi yang harus terus dijaga, ini semua sesuai dengan pendapat dari Ansell dan Gash bahwa komitmen yang dipaksakan tanpa adanya kepercayaan akan memberikan hasil kepatuhan yang semu dan bukan kolaborasi yang sesungguhnya. Disisi lain pihak kader puskesmas hadir dalam bentuk yang berbeda bukan sebagai kepatuhan proseduran namun sebagai rasa tanggung jawab yang terinternalisasi. Ketua Kader Desa Tamanharjo menjelaskan bahwa membantu dalam pelaksanaan program CKG merupakan bagian dari kewajiban dan harus dijalankan tanpa mengharapkan apresiasi yang berlebih. Apa yang sudah dilakukan kader merupakan bentuk dari *shared ownership* bahwa kader tidak hanya menjalankan instruksi namun juga menjalankan program ini atas rasa tanggung jawab bersama. Ansell dan Gash menjelaskan

bahwa saat jejaring memasuki kondisi ini maka kolaborasi telah berhasil melewati fase awal dan mulai memasuki siklus yang berkelanjutan serta matang (Ansell & Gash, 2007).

4. *Shader Understanding*

Pemahaman bersama atau *shared understanding* merupakan tahapan krusial dalam siklus kolaborasi yang dapat menentukan arah pemaknaan atas misi kolektif di tingkat implementasi. Ansell dan Gash menekankan bahwa *shared understanding* tidak hanya merujuk pada kesepakatan terhadap tujuan umum, melainkan juga mencakup kesamaan persepsi atas makna kolektif dari proyek kolaboratif, konsistensi pemahaman terhadap fakta-fakta yang melatarbelakangi isu, serta kejelasan nilai-nilai inti yang disepakati. Dalam konteks program Cek Kesehatan Gratis (CKG) proses pembentukan *shared understanding* termanifestasi melalui dua dimensi utama yaitu formalisasi peran berbasis regulasi dan pengurangan disparitas informasi melalui komunikasi intensif. Data empiris yang kami dapatkan menunjukkan bahwa pilar utama *shared understanding* dalam jaringan CKG ditopang oleh dokumen legalistik internal yakni instrumen komitmen kerja dan pedoman teknis pelaksanaan.

Kesepahaman kognitif di sektor birokrasi formal seperti Puskesmas Ardimulyo tercermin dalam pembagian tugas yang jelas, di mana petugas laboratorium bertanggungjawab atas entri data Lipid Profil ke aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK) secara *real time* di lokasi, sementara tim farmasi mengatur tata kelola Bahan Medis Habis Pakai (BHMP) setelah kegiatan lapangan berakhir. Di sisi lain, aktor non formal seperti kader kesehatan menunjukkan internalisasi peran yang matang dalam pemetaan sasaran, mobilisasi sosial serta pengelolaan kelompok rentan di posyandu. Kejelasan batas peran ini sejalan dengan temuan Mahdiar dkk. yang menegaskan bahwa komitmen politik, kejelasan aturan formal, serta dukungan regulasi di tingkat lokal berfungsi sebagai katalisator koordinasi lintas sektor sekaligus meminimalkan hambatan operasional akibat tumpang tindih kewenangan (Mahdiar et al., 2025).

Shared understanding dalam sebuah jaringan kerja tidak bersifat statis melainkan senantiasa bergerak dinamis dan membutuhkan mekanisme perawatan kelembagaan (*institutional maintenance*). Seperti yang sudah dibahas sebelumnya bahwa Ansell dan Gash menegaskan proses kolaborasi yang efektif menuntut adanya dialog tatap muka (*face to face dialogue*) yang berkelanjutan karena melalui proses tersebut maka kepercayaan (*trust*) dapat dibangun sekaligus mengikis potensi mispersepsi. Dalam pelayanan Cek Kesehatan Gratis (CKG), forum pertemuan kader bulanan berfungsi sebagai media dialog tatap muka yang strategis untuk menjaga konsistensi pemahaman kader. Efektivitas forum ini dapat dilihat dari tidak ditemukannya hambatan komunikasi (*miscommunication*) yang bersifat fatal selama program berlangsung.

Meski demikian, tantangan signifikan muncul pada pengelolaan jaringan eksternal khususnya dengan Tempat Praktik Dokter Mandiri (TPMD) dan klinik swasta. Adanya pergantian Penanggung Jawab (PJ) jejaring sempat menimbulkan kekosongan kognitif (*informational gap*) yang berpotensi mengganggu kesinambungan koordinasi. Untuk merespon kondisi disintegratif tersebut, Puskesmas Ardimulyo menginisiasi langkah taktis berupa kunjungan langsung (*visit*) serta penguatan kolaborasi melalui forum tatap muka dan komunikasi digital via WhatsApp Group. Hal ini menunjukkan jika kapasitas sumber daya manusia mampu mendeteksi masalah, melakukan intervensi serta menjaga ritme komunikasi antar sektor menjadi faktor penentu bagi tercapainya visi pelayanan kesehatan primer yang integratif (Ramdhani & Hermana, 2023).

5. *Intermediate outcomes*

*Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas Ardimulyo,
Kecamatan Singosari, Kabupaten Malang
(Aqilah, et al.)*

Selanjutnya *intermediate outcomes* (hasil antara) dapat dipahami sebagai capaian jangka pendek hingga menengah yang lahir dari proses kolaborasi yang solid, sebelum sampai kepada tujuan jangka panjang berupa peningkatan status kesehatan masyarakat (*health status improvement*). Ansell dan Gash menyebut hasil antara ini sebagai *small wins* atau kemenangan kecil yang memiliki signifikansi karena mampu memperkuat umpan balik positif dan menumbuhkan rasa kepemilikan aktor terhadap keberlanjutan jaringan. Program Cek Kesehatan Gratis adalah manifestasi awal dari *intermediate outcomes* terlihat dari tercapainya kedisiplinan administratif melalui target entri data harian pada aplikasi ASIK, keberhasilan pencatatan ini menjadi pondasi penting bagi validitas data kesehatan nasional. Standarisasi mutu pelayanan kesehatan serta kepatuhan terhadap indikator kinerja merupakan refleksi dari kapasitas organisasi dalam menerjemahkan teger makro birokrasi ke dalam aksi nyata di lapangan. Dari perspektif komunitas, hasil antara program CKG tampak melalui meningkatnya aksesibilitas masyarakat lewat model pelayanan “jemput bola” di tingkat desa. Program ini juga mendorong pergeseran perilaku preventif di mana warga sudah mulai mampu mendeteksi gejala klinis sejak dini (misalnya hipertensi atau diabetes) sehingga memperkuat kesadaran kolektif terhadap derajat kesehatan mandiri. Rangkaian capaian kecil tersebut pada akhirnya akan memperkokoh legitimasi sosial jaringan kerja CKG di mata publik.

Meskipun capaian *intermediate* menunjukkan sinyal keberhasilan, efektivitas jaringan CKG tetap mengalami hambatan struktural. Keterbatasan logistik membuat layanan screening hanya berfokus pada pemeriksaan generik seperti tensi dan gula darah, sehingga daya tarik program menurun akibat minimnya penganekaragaman alat dan tes laboratorium. Kondisi keterbatasan anggaran, fasilitas, dan ketidakseimbangan kapasitas sumber daya (*power*) antar aktor kerap melemahkan tata kelola kolaboratif (Mahdiar et al., 2025). Selain itu, terdapat bias demografis karena program lebih banyak menjangkau lansia dan dewasa akhir daripada kelompok remaja dan produktif akibat jadwal pelaksanaan program yang berbenturan dengan sekolah atau pekerjaan. Hambatan lain muncul pada akuntabilitas entri data, di mana sebagian hasil pemeriksaan tidak tercatat dalam sistem digital sehingga berpotensi memutus rantai intervensi medis jangka panjang. Oleh karena itu, Puskesmas Ardimulyo perlu menekankan pentingnya pengawasan dan pembinaan SDM secara berkelanjutan untuk memastikan akurasi pencatatan serta keberhasilan fungsi organisasi secara holistik.

Outcomes

Berbagai dinamika yang terjadi pada fase *intermediate outcomes* dalam kerangka tata kelola kolaboratif pada dasarnya berperan sebagai titik kritis yang menentukan bagaimana program CKG dapat mentransformasikan dampaknya menuju *outcomes* akhir (*ultimate outcomes*). Berbeda dengan output yang bersifat langsung dan terukur seperti jumlah warga yang telah diperiksa atau jumlah pos layanan kesehatan yang berhasil dibentuk, *ultimate outcomes* hanya dapat dicapai melalui proses kolaborasi yang konsisten dan berjangka panjang. Dalam perspektif Ansell dan Gash, *small wins* atau kemenangan kecil pada fase antara ini berfungsi sebagai jembatan yang menghubungkan hasil jangka pendek dengan tujuan makro berupa peningkatan status kesehatan masyarakat. Namun, pencapaian dan hambatan pada fase ini juga perlu mendapat perhatian. Faktor struktural seperti keterbatasan logistik pemeriksaan, bias demografis, dan kurangnya akuntabilitas data digital dapat menjadi penghalang serius jika tidak segera dimitigasi. Peran pengawasan dari Puskesmas Ardimulyo menjadi krusial untuk memastikan bahwa masalah tersebut tidak akan berubah menjadi penghambat akselerasi menuju hasil jangka panjang yang diharapkan.

Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) di Puskesmas Ardimulyo menunjukkan bahwa keberhasilan

sebuah jaringan kerja yang lahir dari mandat hukum (legal mandate) sangat ditentukan oleh cara komunikasi yang dibangun dari tingkat paling bawah. Walaupun pada awalnya kegiatan ini berjalan karena instruksi kebijakan dari kementerian, berkat adanya ruang dialog tatap muka yang konsisten membuat program ini berkembang. Interaksi langsung yang terjadi menjadi kunci dalam menumbuhkan rasa percaya dan mengikat komitmen para pelaksana program. Ketika komitmen itu diwujudkan dalam praktik sehari-hari maka terbentuklah pemahaman bersama yang kuat dari semua aktor, baik aktor formal (Puskesmas) dan aktor non formal (kader) tidak lagi sekadar menjalankan tugas masing-masing tetapi bergerak dalam satu ritme pemikiran yang sama karena batasan klinis dan sosial mereka telah terintegrasi dengan jelas.

Dalam perjalanan pelaksanaan program CKG di Puskesmas Ardimulyo, muncul tantangan yang tidak terduga ketika kesepahaman yang sudah terbentuk dengan baik harus berhadapan dengan kenyataan hasil sementara di lapangan. Maka disinilah kesenjangan besar terlihat yaitu ketika komitmen sosial para aktor ternyata belum sepenuhnya sejalan dengan keterbatasan kapasitas material organisasi. Fokus Puskesmas yang terlalu condong pada target administratif seperti input data digital membuat kebutuhan nyata masyarakat lokal sering terabaikan. Akibatnya program kehilangan daya tarik dan dirasa kurang relevan karena logistik pemeriksaan yang terlalu biasa serta kurang inklusif karena jam operasional tidak menyesuaikan kondisi demografis kelompok usia produktif. Dalam tata kelola kesehatan primer, kesepahaman bersama memang penting namun belum cukup untuk menjamin keberhasilan suatu program, kejelasan aturan dan komitmen kognitif juga tidak akan efektif jika organisasi primer tidak mampu merespons dinamika kebutuhan masyarakat. Oleh karena itu, efektivitas jejaring CKG tidak dapat diukur hanya dari kepatuhan administratif melainkan dari kemampuan manajerial Puskesmas untuk menyediakan sumber daya yang adaptif terhadap kebutuhan masyarakat.

Hambatan Dalam Proses Jejaring CKG dan Dampak dari Proses Jejaring

Meskipun kolaborasi lintas sektor dalam proses Cek Kesehatan Gratis (CKG) di Puskesmas Ardimulyo sudah berjalan dengan struktur yang baik, pelaksanaannya di lapangan masih menemui beberapa tantangan dalam beberapa aspek, seperti aspek logistik, demografis, regulasi, hingga psikologis masyarakat. Hambatan yang pertama dirasakan di tingkat tapak adalah adanya keterbatasan fasilitas ruang dan variasi alat tes laboratorium. Berdasarkan data primer dari wawancara dengan Kader Desa Tamanharjo, keterbatasan tempat pelaksanaan posyandu seringkali memicu antrian yang panjang yang mengakibatkan kurang maksimalnya pelayanan. Selain itu, minimnya variasi alat skrining tervalidasi kuat oleh pengakuan kader dimana warga cenderung enggan datang jika program CKG hanya menyediakan pemeriksaan generik seperti tensi darah dan tensi gula. Di era modern, masyarakat menilai tes dasar tersebut dapat dilakukan mandiri menggunakan alat tensi digital di rumah.

Hambatan kedua terkait dengan adanya bias demografis yang disebabkan oleh jam operasional. Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian besar orang yang ikut dalam program ini adalah kelompok lansia dan dewasa akhir. Sebaliknya, remaja dan orang-orang yang berusia produktif jarang menggunakan fasilitas ini karena jadwal pelaksanaan CKG diadakan pada pagi hari, yang bertabrakan langsung dengan waktu sekolah atau jam kerja mereka.

Hambatan ketiga berasal dari faktor psikologis masyarakat dan batasan yang ditetapkan oleh regulasi. Dari segi komunikasi kesehatan, para kader di lapangan tidak mengalami masalah koordinasi (miskomunikasi) dengan Puskesmas Ardimulyo karena adanya forum bulanan yang diadakan secara rutin.

Namun, rintangan justru muncul secara vertikal dengan masyarakat. Banyak orang yang secara psikologis merasa takut untuk menjalani tes laboratorium karena khawatir akan mengetahui penyakit yang mungkin mereka miliki (takut akan diagnosis), sehingga mereka lebih memilih untuk menghindari tes tersebut dengan alasan merasa sudah sehat. Kesulitan ini semakin bertambah karena ada aturan yang membatasi bahwa setiap orang hanya boleh mengikuti program pemeriksaan gratis sekali dalam setahun. Pembatasan ini sering menyebabkan kebingungan bagi masyarakat yang berpikir bahwa program ini adalah tempat untuk pemeriksaan rutin setiap bulan. Akibatnya, mereka sering memprotes petugas ketika ditolak saat ingin mengikuti CKG lagi di posyandu yang berbeda.

Berbagai tantangan yang muncul dari dinamika jaringan ini memberikan dampak yang cukup rumit terhadap pencapaian target dan kualitas layanan kesehatan preventif di Kecamatan Singosari. Dampak yang paling jelas terlihat adalah rendahnya jangkauan dan partisipasi masyarakat yang tidak sama di berbagai kelompok usia. Karena jam kerja yang kaku dan jenis pemeriksaan yang dianggap terlalu umum, program CKG mengalami penurunan minat di kalangan orang-orang usia produktif. Hal ini membuat visi pelacakan status kesehatan dasar di tingkat nasional menjadi kurang menyeluruh.

Di sisi lain, proses menjalin hubungan ini juga memberikan efek baik dan buruk pada jumlah pekerjaan serta kelangsungan komitmen para pelaku. Fokus birokrasi yang mengharuskan pertanggungjawaban administratif dan pengisian data digital setiap hari di lokasi membuat para pelaksana merasa kehabisan energi. Namun, di tingkat non-formal, penggabungan tugas yang jelas justru berhasil menciptakan rasa memiliki bersama. Para kader tidak melihat bantuan fisik yang mereka berikan—seperti menyusun jadwal, mengoordinasikan RT/RW, melakukan sosialisasi dari pintu ke pintu, hingga memberi konseling persuasif kepada warga yang merasa takut—sebagai beban tambahan yang harus dihargai lebih. Pengakuan dari transkrip wawancara menunjukkan bahwa para kader menganggap tugas ini sebagai kewajiban yang harus dipenuhi dan sebagai bagian dari tugas ILP (Integrasi Layanan Primer), yang sudah didukung oleh insentif dari Kabupaten. Meskipun begitu, jika perbedaan fasilitas yang terbatas dan jenis tes laboratorium yang sedikit terus dibiarkan tanpa adanya tindakan yang sesuai dari Puskesmas, dampak jangka panjangnya bisa membuat minat masyarakat menurun dengan tajam. Hal ini pada akhirnya dapat membuat program kesehatan pencegahan ini kehilangan maknanya di masyarakat.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) di Puskesmas Ardimulyo telah menerapkan prinsip-prinsip collaborative governance sebagaimana dikemukakan oleh Ansell dan Gash. Kolaborasi yang terjalin antara puskesmas, kader, TPMD, klinik mitra, dan masyarakat tercermin melalui komunikasi tatap muka yang efektif, pembangunan kepercayaan antar aktor, komitmen bersama dalam pelaksanaan program, serta kesepahaman mengenai pembagian peran dan tanggung jawab. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dialog tatap muka menjadi faktor penting dalam menjaga hubungan dan menyelesaikan hambatan komunikasi antar aktor. Kepercayaan yang terbentuk didukung oleh transparansi tugas, pengalaman kerja sama sebelumnya, serta peran kader dalam meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap program. Selain itu, komitmen organisasi diwujudkan melalui sistem monitoring yang terstruktur, sementara kesepahaman bersama dipelihara melalui koordinasi rutin dan pembagian peran yang jelas. Dari sisi hasil antara (intermediate outcomes), program berhasil

meningkatkan akses layanan kesehatan, kesadaran masyarakat terhadap deteksi dini penyakit, dan kualitas pencatatan data kesehatan. Namun, masih terdapat tantangan berupa keterbatasan sarana skrining, rendahnya partisipasi kelompok usia produktif, serta inkonsistensi penginputan data digital. Oleh karena itu, penguatan kapasitas logistik, penyesuaian jadwal layanan, dan peningkatan akuntabilitas data menjadi langkah penting untuk mendukung keberlanjutan program di masa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Peraturan Presiden No.67 Tahun 2021 terkait Penanggulangan Tuberkulosis dan berbagai regulasi kesehatan nasional menjadi dasar pelaksanaan program kesehatan preventif di Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Buku Petunjuk Teknis Program Cek Kesehatan Gratis*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/33/2025 tentang Petunjuk Teknis Pemeriksaan Kesehatan Gratis Hari Ulang Tahun*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Juknis CKG Tahun. (2026) . *Monitoring dan evaluasi berkala oleh Dinas Kesehatan dilakukan setiap 2 minggu*. Diakses 30 Mei 2025 URL: <https://www.komunitasbelajar.id/2026/03/juknis-cek-kesehatan-gratis-tahun-2026.html>.
- Ansell, C. & Gash, A. (2007). "Collaborative Governance in Theory and Practice". *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
- Creswell, W.J. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches 3rd ed.* Thousand Oak: Sage Publications
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2009). *Handbook Qualitative Researc*'Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hoa, M., Nurdin, N., Achmad, M., & Elsy, R. (2025). *Collaborative governance in improving health services in Bangka Tengah Regency*. *Journal of Humanities and Social Sciences Studies*, 7(8), 52–67.
- Ipan, Purnamasari, H., & Priyanti, E. (2021). *Collaborative Governance dalam Penanganan Stunting*. *Kinerja: Jurnal Ekonomi dan Manajemen*, 18(3), 282-291.
- Kusumastuti, A., & Khoiron, A. M. (2019). *Metode penelitian kualitatif*. Lembaga Pendidikan Sukarno Pressindo (LPSP).
- Moleong, L. J. (2017). *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Edisi Revisi). PT Remaja Rosdakarya.
- Mulyadi, E., & Hardian, D. E. (2025). *COLLABOTIVE GOVERNANCE DALAM PENANGGULANGAN STUNTING DI KECAMATAN KARAWACI KOTA TANGERANG*. *Perspektif: Jurnal Ilmu Administrasi*, 7(1), 258-268.
- Pambudi, I., & Juwono, V. (2026). *Analyzing the implementation of collaborative governance to accelerate the stunting reduction program in South Tangerang City*. *Jurnal Public Policy*, 12(1), 51–56.
- Panjaitan, Y. M., Sirat, B., & Gultom, V. M. (2026). *Implementasi Pelaporan Program Cek Kesehatan Gratis pada Aplikasi Satu Sehat Indonesiaku (SSI)*. *Jurnal Kesehatan dan Pembangunan*, 16(1), 307-314.
- Rahardian, M. E., Safinah, A. A., Basseng, B., & Asropi, A. (2023). *Implementation of the Pentahelix Collaborative Governance Model Minimum Service Standards (SMP) for Health with Hyoertension*

- in Lokal Governments*. *Politik Indonesia: Indonesian Political Science Review*, 8(3), 402-420.
- Ramadhani, A., & Hermana, C. (2023). Strategi Pelayanan Kesehatan Primer Dalam Mencapai Kinerja Program Puskesmas (Studi Kasus Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang Tahun 2022). *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 9(21), 102-115.
- Rizqi, R. D., & Prathama, A. (2024). *Collaborative Governance Dalam Program Corporate Social Responsibility Eliminasi Tuberkulosis*. *Societas: Jurnal Ilmu Administrasi dan Sosial*, 13(1), 241–254.
- Sinaga, Y. L. D. Y., dkk. (2026). Analisis tingkat partisipasi masyarakat dalam program cek kesehatan gratis di puskesmas. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 19(12), 3717–3724.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Sundari dkk. (2025). *Penerapan collaborative governance dalam integrasi pelayanan kesehatan primer untuk mewujudkan layanan kesehatan inklusif dan berkelanjutan*. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 8(6), 3161-3172.
- Wahyuni, Y., & Siswani, S. (2025). *Strategi Komunikasi Kesehatan sebagai Upaya Membangun Partisipasi Publik dalam Program Cek Kesehatan Gratis (CKG) di Puskesmas Penjaringan Tahun 2025*. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 15(4), 324–339.
- Wasiat, H. R. S., & Salomo, R. V. (2024). *Collaborative Governance in Accelerating Stunting Reduction through Corporate Social Responsibility*. *Santhet: Jurnal Sejarah, Pendidikan, dan Humaniora*, 8(1), 1122–1130.
- Widyaningsih, V., dkk. (2025). *Opportunities for improvement of community-based non-communicable disease screening practices in Indonesia: A participant satisfaction survey*. *BMC Health Services Research*, 25 (1051), 1-11.