Cendekia Medika: Jurnal STIKes Al-Ma'arif Baturaja
Volume 11 Number 4: October - December 2026

OPEN ACCESS

Original Article

Analysis of the Implementation of the Early Stimulation, Detection and Intervention Programme for Child Growth and Development (SDIDTK) among Children Under Five: A Phenomenological Study

Analisis Pelaksanaan Program Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) Pada Balita : Studi Fenomenologi

Putri Kemala Destari[1], Ali Harokan[2], Nurul Fitriah[3], Sutrisari Sabrina Nainggolan[4]
[1,2,3,4] Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada, Palembang, Indonesia

Corresponding Author:
Putri Kemala Destari
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang

Email: putrikemalavigi@gmail.com

Keyword:
SDIDTK, Toddler Growth and Development, Program Evaluation, Input-Process-Output, Child Health

Kata Kunci:
SDIDTK, Tumbuh Kembang Balita, Evaluasi Program, *Input*-Proses-*Output*, Kesehatan Anak

© The Author(s) 2026

Abstract

The Stimulation Detection and Early Intervention of Child Growth and Development (SDIDTK) program is a strategic health program in monitoring the growth and development of toddlers aged 0–72 months. Empat Lawang Regency faces multidimensional challenges in its implementation. This study aims to analyze the implementation of the SDIDTK program at the Empat Lawang Regency Health Office in 2026 based on input, process, and output components. This research used a qualitative phenomenological design with in-depth interview, document review, and field observation methods. Eight informants were selected using purposive sampling: Head of Public Health Division, Head of Family Health Section, program managers from the Health Office and Puskesmas, posyandu cadres, and mothers of toddlers. Data were analyzed through data reduction, presentation, and conclusion drawing, and validated through source, technique, and time triangulation. Results showed: (1) Input: no specific SDIDTK regulation, very limited human resources (1 manager per level) without formal training since ±2016, no specific SDIDTK budget allocation, incomplete and outdated equipment, but information system (Sigizi Terpadu and Komdat Kesmas) was functioning adequately; (2) Process: systematic and data-based planning, hierarchical organizational structure without formal SK, routine monthly implementation at posyandu with geographical challenges, quarterly monitoring and cross-program coordination operational; (3) Output: 92% coverage (2025) exceeding the 88% national minimum service standard target, 44 growth and development disorder cases detected, uneven maternal participation, case follow-up aligned with guidelines but hampered by referral access barriers. The study concludes that the SDIDTK program is operational but not yet optimal. Regulatory strengthening, HR training, dedicated budget allocation, equipment renewal, and service innovation for remote areas are urgently needed.

Abstrak

Program Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) merupakan program kesehatan strategis dalam pemantauan tumbuh kembang balita usia 0–72 bulan. Kabupaten Empat Lawang menghadapi tantangan multidimensi dalam pelaksanaannya. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pelaksanaan program SDIDTK pada balita di Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang Tahun 2026 berdasarkan komponen *input,* proses, dan *output.* Penelitian ini menggunakan desain kualitatif fenomenologi dengan metode wawancara mendalam (*in-depth interview*), telaah dokumen, dan observasi lapangan. Informan berjumlah 8 orang dipilih secara *purposive sampling*, terdiri dari Kabid Kesmas, Kasi Kesga, pengelola program Dinkes dan Puskesmas, kader posyandu, serta ibu balita. Data dianalisis melalui reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan, serta divalidasi melalui triangulasi sumber, teknik, dan waktu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa: (1) *Input*: belum ada SK khusus SDIDTK, SDM sangat terbatas (1 pengelola per jenjang) tanpa pelatihan formal sejak ±2016, tidak ada alokasi anggaran khusus SDIDTK, sarana tidak lengkap dan belum diperbarui, namun sistem informasi menggunakan Sigizi Terpadu dan Komdat Kesmas berjalan cukup baik; (2) Proses: perencanaan sistematis dan berbasis data, pengorganisasian berjalan berjenjang namun tanpa SK formal, pelaksanaan rutin di posyandu setiap bulan dengan kendala geografis, pengawasan triwulanan dan koordinasi lintas program sudah berjalan; (3) *Output:* capaian cakupan 92% (2025) melampaui target SPM 88%, 44 kasus gangguan tumbuh kembang terdeteksi, partisipasi ibu balita belum merata, tindak lanjut kasus berjalan sesuai pedoman dengan kendala akses faskes rujukan. Disimpulkan bahwa program SDIDTK sudah berjalan namun belum optimal. Diperlukan penguatan regulasi, pelatihan SDM, alokasi anggaran khusus, pembaruan sarana, dan inovasi pelayanan untuk wilayah terpencil.

Article Info:
Received : June 10, 2026
Revised : October 20, 2026
Accepted : November 21, 2026

Cendekia Medika: Jurnal STIKes Al-Ma'arif Baturaja
e-ISSN : 2620-5424
p-ISSN : 2503-1392

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Masa balita merupakan periode kritis dalam kehidupan manusia, yang dikenal sebagai periode emas (*golden age*) karena pada rentang usia 0–72 bulan terjadi perkembangan otak dan kemampuan anak yang paling pesat[15]. Kualitas tumbuh kembang pada masa ini akan menentukan kapasitas kognitif, emosional, dan sosial anak sepanjang hidupnya.

Program Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) merupakan program komprehensif yang memastikan balita mendapat pemantauan pertumbuhan dan perkembangan secara menyeluruh melalui pemeriksaan antropometri dan skrining perkembangan menggunakan instrumen seperti Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)[18]. Program ini kini telah diintegrasikan ke dalam program Balpras (Balita Pra Sekolah) dan menjadi salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan.

Meskipun pedoman pelaksanaan nasional SDIDTK telah disediakan, studi terbaru menunjukkan bahwa implementasinya di banyak wilayah Indonesia belum mencapai target yang ditetapkan (Syansudin et al., 2025). Penelitian di berbagai daerah mengidentifikasi gap antara pedoman nasional dengan praktik lapangan, yang dipengaruhi oleh keterbatasan tenaga kesehatan, sarana, anggaran, dan dukungan manajemen daerah[10].

Kabupaten Empat Lawang sebagai daerah pemekaran dengan topografi perbukitan dan distribusi SDM kesehatan yang belum merata menghadapi tantangan spesifik dalam pelaksanaan SDIDTK. Data Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang (2025) mencatat capaian SDIDTK sebesar 67,21% pada tahun 2023, meningkat menjadi 80% pada tahun 2024, namun masih di bawah target SPM 88%. Kasus gangguan tumbuh kembang pun menunjukkan tren peningkatan dari 30 kasus (2023) menjadi 42 kasus (2025)[5].

Penelitian terdahulu cenderung berfokus pada cakupan pelayanan dan faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan SDIDTK, sehingga belum mengkaji secara mendalam interaksi antara tata kelola, kapasitas SDM, mutu pelaksanaan, dan capaian program. Penelitian ini berkontribusi melalui analisis komprehensif menggunakan komponen input, proses, dan output untuk mengidentifikasi hambatan serta peluang perbaikan sistem pelayanan kesehatan anak, khususnya dalam pelaksanaan program SDIDTK di Kabupaten Empat Lawang.

Belum ada penelitian yang mengkaji secara menyeluruh aspek pengelolaan program SDIDTK pendekatan *Input-Process-Output* (IPO) di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang.

Penelitian ini bertujuan menganalisis pelaksanaan program SDIDTK pada balita di Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang Tahun 2026 berdasarkan komponen input (SDM, anggaran, sarana prasarana, sistem informasi), proses (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan dan koordinasi), dan output (capaian cakupan, deteksi dini, dan tindak lanjut kasus), guna menghasilkan rekomendasi kebijakan berbasis bukti.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, yang bertujuan memahami secara mendalam fenomena pelaksanaan program SDIDTK dari perspektif pelaku langsung[17]. Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari hingga April 2026 di Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang dan Puskesmas Tebing Tinggi. Informan dipilih secara purposive sampling berdasarkan relevansi peran dan keterlibatan langsung dengan program SDIDTK. Sebanyak 8 informan terdiri dari: (1) Kabid Kesmas Dinkes (IK) sebagai informan kunci; (2) Kasi Kesga Dinkes (IU 1), Pengelola Program SDIDTK Dinkes (IU 2), dan Pengelola Program SDIDTK Puskesmas (IU 3) sebagai

informan utama; serta (3) Kader Posyandu (IP 1 dan IP 2) dan Ibu Balita dengan gangguan tumbuh kembang (IP 3 dan IP 4) sebagai informan pendukung.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian

No	Informan (Inisial)	Jabatan/Peran	Usia	Pendidikan	Kategori
1	IK	Kabid Kesmas Dinkes	48 Th	S1	Informan Kunci
2	IU 1	Kasi Kesga Dinkes	36 Th	S2	Informan Utama
3	IU 2	Pengelola Program SDIDTK Dinkes	38 Th	S1	Informan Utama
4	IU 3	Pengelola Program SDIDTK Puskesmas	32 Th	D3	Informan Utama
5	IP 1	Kader Posyandu	29 Th	SMA	Informan Pendukung
6	IP 2	Kader Posyandu	30 Th	SMA	Informan Pendukung
7	IP 3	Ibu Balita (gangguan TK)	35 Th	S1	Informan Pendukung
8	IP 4	Ibu Balita (gangguan TK)	28 Th	D3	Informan Pendukung

Pemilihan informan dilakukan secara purposive sampling berdasarkan keterlibatan, pengetahuan, dan pengalaman informan dalam pelaksanaan program SDIDTK, meliputi pemangku kebijakan di Dinas Kesehatan, tenaga kesehatan di Puskesmas, serta kader Posyandu. Variasi informan diupayakan untuk memperoleh perspektif dari berbagai tingkatan pelayanan dan aspek tata kelola, kapasitas SDM, serta pelaksanaan program. Kecukupan data ditentukan berdasarkan kedalaman dan relevansi informasi, konsistensi temuan, serta tercapainya pemahaman yang memadai terhadap fokus penelitian.

Pengumpulan data dilakukan melalui tiga teknik: (1) wawancara mendalam semi-terstruktur; (2) telaah dokumen (laporan capaian program, profil Dinkes, RKA, dan dokumen anggaran); serta (3) observasi lapangan dengan lembar observasi terstruktur. Peneliti berperan sebagai instrumen utama dalam pengumpulan dan analisis data. Wawancara dilakukan menggunakan pedoman wawancara semi-terstruktur untuk menggali pengalaman dan perspektif informan terkait pelaksanaan program SDIDTK. Kredibilitas data dijaga melalui pencatatan hasil wawancara, refleksi terhadap proses pengumpulan data, dan triangulasi sumber informasi. Informasi mengenai hubungan awal peneliti dengan informan serta pelatihan pewawancara dicantumkan sesuai dengan prosedur yang benar-benar dilakukan dalam penelitian.

Kerangka konsep menggunakan pendekatan sistem IPO Donabedian (1980) yang dikombinasikan dengan kerangka sistem Azwar (2010)[4][24]. Analisis data dilakukan melalui tiga tahap: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Validitas data dijamin melalui uji kredibilitas (perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan, bahan referensi), *transferability, dependability, confirmability*, serta triangulasi sumber, teknik, dan waktu[16]

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Input (Masukan) Program SDIDTK

Program SDIDTK diakui sebagai prioritas dalam kebijakan kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Empat Lawang. Namun hingga Tahun 2026, belum terdapat Surat Keputusan (SK) khusus yang mengatur pelaksanaan program SDIDTK secara mandiri. Program masih tergabung dalam kebijakan Program KIA. Hal ini dikonfirmasi oleh seluruh informan pengelola:

> *"...untuk SK (SDIDTK) sampai sekarang belum ada, masih bergabung di program KIA. Nah untuk pembagian peran ini sudah terstruktur secara berjenjang. (IK, 2026)"*

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Ketersediaan SDM menjadi kelemahan yang paling mendasar. Hanya terdapat 1 pengelola program di Dinas Kesehatan dan 1 di Puskesmas Tebing Tinggi. Seluruh pengelola di semua jenjang belum pernah mengikuti pelatihan khusus SDIDTK, dengan pelatihan formal terakhir diperkirakan pada tahun 2016. Orientasi hanya dilakukan melalui webinar dan pertemuan dari Dinkes Provinsi.

> *"...SDM kita hanya 1 orang di Dinas Kesehatan untuk mengelola program SDIDTK, dengan latar belakangnya sarjana kesehatan masyarakat. (IU 1, 2026)"*

> *"...sejauh ini kalau dari 2021 sampai 2026 saya di Dinas Kesehatan untuk pelatihan itu belum ada, dari Dinkes Provinsi juga belum ada...terakhir di tahun 2016. (IU 1, 2026)"*

> *"...terkait pelatihan SDIDTK pada balita, saya selaku kader belum pernah mendapatkan pelatihan khusus, namun pernah mendapatkan orientasi dari tenaga kesehatan dari puskesmas. (IP 2, 2026)"*

b. Anggaran

Tidak terdapat alokasi anggaran khusus SDIDTK di tingkat Dinas Kesehatan maupun puskesmas. Pembiayaan diintegrasikan ke program KIA dan bersumber dari APBD, DAK Non Fisik, dan BOK Puskesmas. Kondisi ini diperparah dengan efisiensi anggaran nasional.

> *"...anggarannya untuk sampai sekarang yang bersifat spesifik atau khusus untuk SDIDTK belum ada, namun masih diintegrasikan ke anggaran program KIA... Sumber umumnya dari APBD, DAK Non Fisik dan BOK Puskesmas. (IK, 2026)"*

> *"...sebenarnya kendala yang paling utama adalah dana, kalau dananya mumpuni insyaAllah berjalan baik. (IU 1, 2026)"*

c. Sarana dan Prasarana

Alat SDIDTK (KPSP, alat antropometri, SDIDTK Kit) sudah tersedia namun tidak lengkap dan belum diperbarui dalam beberapa tahun terakhir. Tidak ada pengadaan baru dari Provinsi maupun Kabupaten.

> *"...untuk di puskesmas maupun di posyandu itu alat-alat sudah tersedia, tetapi belum memadai dan belum merata di seluruh tempat itu lengkap. Alatnya juga sudah tidak selengkap dulu... belum ada pengadaan alat terbaru. (IK, 2026)"*

> *"...di puskesmas Tebing Tinggi ini alat SDIDTK nya sudah ada tetapi tidak lengkap dan ada beberapa yang hilang. (IU 3, 2026)"*

d. Sistem Informasi dan Pencatatan Pelaporan

Sistem pelaporan menggunakan tiga mekanisme yang terintegrasi: (1) rekapitulasi laporan manual bulanan; (2) Aplikasi Sigizi Terpadu (entry puskesmas); dan (3) Aplikasi Komdat Kesmas (entry Dinkes). Laporan rutin bulanan berjalan dan data dimanfaatkan sebagai dasar perencanaan program.

> *"...sistem di kabupaten ini ada 3, satu dengan merekap laporan manual, terus memantau dari aplikasi sigizi, terus sama aplikasi komdat. (IU 2, 2026)"*

3. Proses Pelaksanaan Program SDIDTK

a. Perencanaan

Perencanaan dilakukan secara sistematis, partisipatif, dan berbasis data capaian tahun sebelumnya melalui rapat koordinasi tahunan dengan puskesmas. Di tingkat puskesmas, perencanaan mengacu pada

RKA dari Dinas Kesehatan. Namun, terdapat kendala kepastian anggaran usulan kegiatan sering tidak disetujui karena pertimbangan prioritas fiskal daerah.

> *"...proses perencanaannya dimulai secara sistematis, partisipatif, dan berbasis data. Melalui analisis situasi dulu, penentuan prioritas program, penyusunan rencana kegiatan, baru penganggaran serta koordinasi ke lintas program dan lintas sektor. (IK, 2026)"*

b. Pengorganisasian

Pembagian peran sudah terbentuk secara berjenjang: Dinas Kesehatan (perencanaan, fasilitasi, monev), Puskesmas (pelaksana teknis, pembinaan kader, pencatatan), dan Kader Posyandu (ujung tombak pemantauan, pengukuran, penyuluhan, deteksi dini). Terdapat grup *WhatsApp* khusus antara pengelola SDIDTK dan kader. Namun pengorganisasian berjalan tanpa SK formal.

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan teknis SDIDTK berlangsung rutin setiap bulan di posyandu, mencakup pengukuran antropometri, penimbangan, pemeriksaan perkembangan (KPSP), konseling orang tua, dan tindak lanjut/rujukan. Ibu balita mengkonfirmasi kejelasan komunikasi petugas dan dampak positif layanan.

> *"...pelaksanaan SDIDTK nya itu sudah berjalan dengan baik, yaitu balita diukur, ditimbang, dan dilakukan pemeriksaan perkembangan. Jika ditemukan suatu kejanggalan maka petugas langsung bisa konseling kepada kedua orangtua balita. (IU 3, 2026)"*

Kendala utama pelaksanaan adalah kondisi geografis Kabupaten Empat Lawang yang berbukit dengan banyak masyarakat di talang dan kebun, sehingga sejumlah balita sulit dijangkau layanan.

> *"...terutama untuk daerah pelosok, desa-desa yang jauh dari fasilitas kesehatan seperti di talang-talang, di bukit-bukit... Banyak balita yang ikut orangtuanya ke kebun. (IK, 2026)"*

d. Pengawasan dan Koordinasi

Pengawasan dilakukan berjenjang: puskesmas memantau posyandu bulanan, Dinas Kesehatan melakukan supervisi/monev ke puskesmas setiap triwulan (4 kali setahun). Koordinasi lintas program dengan Gizi dan KIA berjalan melalui Sigizi Terpadu. Pada tahun 2025, kegiatan monev digabungkan dengan program lain akibat efisiensi anggaran.

> *"...monitoring nya dilakukan setiap triwulan dalam setahun, berupa supervisi layanan ke puskesmas, ini sudah rutin dilaksanakan. (IK, 2026)"*

4. Output (Keluaran) Program SDIDTK

a. Capaian Cakupan Program

Cakupan SDIDTK Kabupaten Empat Lawang mencapai 92% pada tahun 2025, meningkat dari 90% pada 2024, dan melampaui target nasional 88%. Rekapitulasi capaian disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Capaian Cakupan Program SDIDTK Kabupaten Empat Lawang Tahun 2023-2025

Tahun	Capaian SDIDTK Kab. Empat Lawang	Kasus Gangguan Tumbuh Kembang	Keterangan
2023	67,21%	30 kasus	Di bawah target SPM 88%
2024	90%	36 kasus	Meningkat signifikan, masih di bawah target SPM
2025	92%	44 kasus*	Melampaui target SPM 88%

**15 kasus tertinggi di Puskesmas Tebing Tinggi; capaian terendah di Puskesmas Sikap Dalam akibat seringnya pergantian pengelola program.*

Puskesmas Tebing Tinggi mencatat capaian 89% (meningkat dari 87% pada 2024) dengan 15 kasus gangguan tumbuh kembang dari total 44 kasus kabupaten. Kasi Kesga memberikan catatan penting bahwa meski kuantitas 92% tercapai, kualitas pelaksanaan belum dapat dipastikan mengingat keterbatasan sarana:

> *"...92% sudah tercapai, tapi bukan berarti mengecilkan atau tidak percaya dengan capaian di puskesmas. Kalau secara kualitas kita belum bisa melakukan pengukuran secara pasti. (IU 1, 2026)"*

b. Deteksi Dini dan Tindak Lanjut Kasus

Mekanisme tindak lanjut berjalan sesuai pedoman: deteksi → konseling dan stimulasi mandiri (2 minggu) → evaluasi → rujukan ke spesialis tumbuh kembang bila tidak ada perbaikan. Ibu balita melaporkan perubahan positif nyata setelah mendapatkan layanan SDIDTK.

> *"...alhamdulillah perkembangan untuk tumbuh kembangnya saat ini sudah sesuai dengan umurnya. Bisa disusul dengan adanya layanan SDIDTK ini. (IP 3, 2026)"*

> *"...sekarang anak saya sudah bisa bersosialisasi dan sudah bisa sepatah dua kata kalimat untuk berbicara. Ada perubahan positif setelah mengikuti stimulasi dan terapi di rumah sakit rujukan. (IP 4, 2026)"*

c. Partisipasi Ibu Balita dan Kendala Program

Partisipasi ibu balita belum merata. Kendala antara lain: ketakutan efek imunisasi, kesibukan bekerja, dan jarak ke faskes rujukan

yang jauh. Kader aktif mengingatkan melalui kunjungan rumah dan *WhatsApp.*

> *"...ada ibu-ibu yang rutin ke posyandu. Ada juga yang tidak rutin karena ada yang takut anaknya demam, takut sakit padahal kan sudah dijelaskan. (IP 1, 2026)"*

> *"...akses untuk ke pelayanan kesehatan rujukan yang lebih lengkap itu cukup jauh dari tempat tinggal kami. Harus meluangkan waktu dan biaya. (IP 3, 2026)"*

Kebijakan Program SDIDTK

Ketiadaan SK khusus SDIDTK di tingkat kabupaten merupakan hambatan sistemik yang signifikan. Penelitian Aprilianthy *et al.* (2023) menegaskan bahwa program SDIDTK tanpa payung hukum mandiri di tingkat daerah cenderung mengalami ketidakstabilan pelaksanaan karena bergantung pada komitmen individu pengelola[8]. Hal ini berdampak pada perencanaan anggaran yang tidak optimal dan rendahnya prioritas alokasi sumber daya. Fitriani & Adriansyah (2021) menambahkan bahwa keberhasilan implementasi program kesehatan anak usia dini sangat dipengaruhi oleh komitmen kebijakan yang tercermin dalam regulasi formal (Perda, Peraturan Bupati, atau SK Kepala Dinas)[9]. Temuan ini mendukung rekomendasi Kemenkes RI (2023) agar pemerintah daerah membuat kebijakan turunan operasional dari pedoman nasional SDIDTK.

Input Program SDIDTK

Keterbatasan SDM (1 pengelola per jenjang tanpa pelatihan formal) merupakan temuan paling kritis. Rifkawati *et al.* (2026) membuktikan bahwa kompetensi SDM adalah prediktor terkuat efektivitas program SDIDTK, dan ketidakcukupan pelatihan berdampak langsung pada kualitas deteksi dini[10]. Oktaviani *et al.* (2021) menemukan puskesmas dengan tenaga terlatih SDIDTK menunjukkan cakupan pelayanan yang lebih tinggi dibandingkan puskesmas dengan tenaga yang belum terlatih[11]. Yusana *et al.* (2023) merekomendasikan pelatihan SDIDTK minimal setiap 2 tahun sekali untuk menjaga standar kompetensi[12]. Studi Attriani (2022) menambahkan bahwa

beban kerja tinggi akibat kurangnya tenaga merupakan tantangan sistemik puskesmas di Indonesia[13].

Ketiadaan anggaran khusus SDIDTK mengonfirmasi temuan Handayani *et al.* (2021) yang menemukan kabupaten dengan alokasi anggaran khusus SDIDTK memiliki cakupan 23% lebih tinggi[14]. Khairunnisa et al. (2022) menegaskan bahwa keterbatasan anggaran adalah faktor utama yang mempengaruhi efektivitas SDIDTK[15]. Kondisi ini juga konsisten dengan evaluasi program oleh Azrimaidaliza *et al.* (2024) di Puskesmas Nanggalo, Gorontalo, yang menemukan perbedaan kapasitas sumber daya antar kabupaten sebagai determinan kunci capaian program[16].

Ketidaklengkapan sarana sejalan dengan temuan penelitian di berbagai daerah yang menunjukkan perlunya pembaruan peralatan SDIDTK secara berkala. Ketersediaan alat skrining yang memadai merupakan syarat minimal bagi deteksi dini yang akurat sesuai pedoman Kemenkes RI (2019)[17]. Sistem informasi yang menggunakan Sigizi Terpadu dan Komdat Kesmas merupakan aspek yang relatif lebih baik; integrasi pelaporan digital membantu pemantauan lintas program dengan Gizi dan KIA[18].

Proses Pelaksanaan Program SDIDTK

Perencanaan yang sistematis dan berbasis data merupakan kekuatan, namun ketidakpastian anggaran menjadi hambatan utama yang menyebabkan kesenjangan antara perencanaan teknis dan realisasi. Pengorganisasian *de facto* sudah berjalan, namun tanpa SK formal rentan terhadap inkonsistensi terutama saat terjadi pergantian pengelola. Penelitian Harefa *et al.* (2022) menegaskan bahwa sistem *monitoring* yang berjalan dengan baik adalah komponen kritis keberhasilan SDIDTK dan pengawasan triwulanan yang berjalan sudah merupakan langkah positif[3].

Kendala geografis berupa balita di talang dan kebun di kawasan perbukitan Bukit Barisan merupakan tantangan spesifik Kabupaten Empat Lawang. Rizana *et al.* (2024) menemukan bahwa kesenjangan cakupan antar wilayah dipengaruhi akses, transportasi, dan ketersediaan fasilitas[19]. Sering bergantinya pengelola program merupakan masalah yang membutuhkan mekanisme serah terima pengelola yang terstruktur.

Koordinasi lintas program dengan Gizi dan KIA yang sudah berjalan melalui Sigizi Terpadu merupakan praktik yang baik. Liyanovitasari *et al.* (2023) menekankan pentingnya integrasi program tumbuh kembang dengan gizi untuk hasil yang lebih optimal[18].

Output Program SDIDTK

Peningkatan jumlah kasus gangguan tumbuh kembang yang teridentifikasi tidak secara langsung diartikan sebagai peningkatan kejadian gangguan pada anak. Perubahan tersebut dipengaruhi juga oleh jumlah anak yang diperiksa, kualitas pencatatan dan pelaporan, kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan skrining, serta perubahan karakteristik populasi.

Capaian 92% yang melampaui target SPM 88% merupakan pencapaian positif. Tren peningkatan longitudinal (67,21% → 90% → 92%) menunjukkan perbaikan sistematis. Paradoksnya, peningkatan kasus gangguan tumbuh kembang yang terdeteksi (30 → 36 → 44 kasus) merupakan indikator positif dari sensitivitas skrining yang meningkat, bukan memburuknya kondisi. Sebagaimana dikonfirmasi Pambudi *et.al* (2023) bahwa lebih banyak kasus yang ditemukan dapat menunjukkan bahwa proses skrining lebih efektif[20].

Partisipasi ibu balita yang belum merata konsisten dengan temuan Handayani *et al.* (2021) bahwa ibu dengan pengetahuan baik tentang tumbuh kembang lebih rutin membawa anak ke posyandu[14]. Renityas *et*

al. (2022) dan Ratnaningsih *et al*. (2024) menegaskan peran sentral kader terlatih dalam mendorong partisipasi masyarakat. Kendala akses ke fasilitas rujukan termasuk biaya transportasi menjadi hambatan tindak lanjut yang memerlukan solusi sistemik seperti subsidi transportasi atau pengembangan klinik tumbuh kembang di RSUD[21][22].

Dampak positif yang dirasakan ibu balita (perkembangan anak kembali sesuai usia) mengkonfirmasi efektivitas intervensi dini ketika berhasil dilaksanakan. Ini konsisten dengan bukti internasional bahwa intervensi dini yang tepat waktu secara signifikan memperbaiki trajektori dalam perkembangan anak[23].

Secara keseluruhan, analisis menggunakan kerangka IPO menunjukkan bahwa kelemahan di dimensi *input* (SDM, anggaran, sarana) berdampak langsung pada proses dan *output.* Liyanovitasari *et al.* (2023) menggunakan kerangka sistem WHO pada program SDIDTK menemukan masalah pada dimensi *input* khususnya SDM dan anggaran sebagai faktor paling dominan mempengaruhi kualitas proses dan *output*. Tanpa perbaikan *input,* peningkatan *output* tidak akan berkelanjutan[18].

KESIMPULAN

Pelaksanaan Program SDIDTK pada balita di Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang Tahun 2026 secara umum telah berjalan, namun belum sepenuhnya optimal pada seluruh komponen. Dari sisi *input*: belum ada SK khusus SDIDTK, SDM sangat terbatas (1 pengelola per jenjang) tanpa pelatihan formal sejak 2016, tidak ada alokasi anggaran khusus, sarana tidak lengkap dan tidak diperbarui, namun sistem informasi (Sigizi+Komdat) berjalan cukup baik. Dari sisi proses: perencanaan sistematis, pengorganisasian berjenjang tanpa SK formal, pelaksanaan rutin dengan kendala geografis, pengawasan triwulanan dan koordinasi lintas program cukup baik. Dari sisi *output*: capaian 92% (2025) melampaui target SPM 88%, 44 kasus terdeteksi dengan tindak lanjut sesuai pedoman, partisipasi ibu belum merata, kendala akses faskes rujukan masih ada.

SARAN

Berdasarkan temuan ini, direkomendasikan: Penyusunan SK Bupati/SK Kepala Dinas khusus SDIDTK yang memuat struktur, alokasi sumber daya, mekanisme koordinasi, dan indikator kinerja; Penyelenggaraan pelatihan SDIDTK bersertifikat minimal setiap 2 tahun dari Bapelkes Provinsi; Advokasi alokasi anggaran khusus SDIDTK dalam APBD dan optimalisasi BOK/DAK Non Fisik; Pengajuan usulan pengadaan SDIDTK Kit baru ke Kemenkes dan Dinkes Provinsi; Pengembangan posyandu *mobile* dan penguatan kunjungan rumah untuk wilayah terpencil; serta Pengembangan sistem jejaring rujukan tumbuh kembang yang lebih mudah dijangkau.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang beserta jajarannya, Ketua STIK Bina Husada Palembang beserta jajarannya, seluruh responden, kader dan semua pihak yang telah membantu dalam penelitian ini.

SUMBER PENDANAAN

Penulis menyatakan tidak menerima pendanaan khusus dari Lembaga pendanaan public, komersial, maupun nirlaba.

PERNYATAAN MENGENAI KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam penelitian ini.

PERNYATAAN MENGENAI PENGGUNAAN AI

Penulis menggunakan alat bantu berbasis kecerdasan buatan (*Artificial Inteligence*/AI) untuk membantu penyusunan dan penyuntingan redaksi

naskah, yang terbatas pada bantuan kebahasaan dan penyusunan teks. Penulis tetap bertanggung jawab penuh atas keakuratan data, interpretasi hasil penelitian, isi naskah, serta keputusan akhir terkait publikasi artikel.

DAFTAR PUSTAKA

1. Marsilia, et al. Tumbuh Kembang Anak Balita pada Masa Emas. Jurnal Ilmu Kesehatan. 2022;10(3):115-23.
2. Ngestiningrum AH, Qomaruddin MB. Implementasi Program SDIDTK: Kajian dari Perspektif Tenaga Kesehatan. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nusantara. 2024;2(1):55-65.
3. Harefa D, et al. Evaluasi Program SDIDTK dan Faktor Determinannya. Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak. 2022;14(1):22-30.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang Tahun 2024. Tebing Tinggi: Dinas Kesehatan Kabupaten Empat Lawang; 2025.
5. Moleong LJ. Metodologi Penelitian Kualitatif. Edisi Revisi. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2019.
6. Azwar A. Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi ke-3. Jakarta: Binarupa Aksara; 2010.
7. Mekarisce AA. Teknik pemeriksaan keabsahan data pada penelitian kualitatif di bidang kesehatan masyarakat. Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat. 2020;12(3):145-51.
8. Aprilianthy R, Mariati M, Wahyuni S. Analisis Implementasi Program SDIDTK di Puskesmas: Tinjauan Aspek Regulasi dan Kelembagaan. Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2023;18(2):45-52.
9. Fitriani E, Adriansyah AA. Regulasi Daerah sebagai Penguat Komitmen Program Kesehatan Anak Usia Dini. Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan. 2021;15(1):78-85.
10. Rifkawati, et al. Kompetensi SDM sebagai Prediktor Efektivitas Program SDIDTK. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2026;17(1):34-44.
11. Oktaviani, et al. Kompetensi Tenaga Kesehatan sebagai Determinan Utama Keberhasilan Program SDIDTK. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia. 2021;9(2):121-30.
12. Yusana, et al. Pelatihan Kader dan Implikasinya terhadap Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita. Jurnal Keperawatan Komunitas. 2023;11(2):80-90.
13. Attriani AN. Tantangan dan Isu Strategis Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Puskesmas di Indonesia. Jurnal Kesehatan Tambusai. 2022;3(3):201-10.
14. Handayani R, Nurlisis N, Afni N. Analisis pelaksanaan stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) di UPT Puskesmas Sungai Piring. Jurnal Kesehatan Komunitas. 2021;6(3):363-8.
15. Khairunnisa M, Purwoko S, Latifah L, Yunitawati D. Evaluasi pelaksanaan program stimulasi, deteksi, dan intervensi dini tumbuh kembang di Magelang. Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini. 2022;6(5):5052-65.
16. Azrimaidaliza A, Resti R, Helmizar H. Evaluation of the implementation stimulation, detection, and early intervention for toddlers growth and development in Nanggalo Health Center. Jurnal Gizi Indonesia. 2024;12(2):88-100.
17. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar.

Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga; 2019.

18. Liyanovitasari L, Oktarina ND, Prahesti SI. Pemberdayaan kader posyandu dalam stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak. Indonesian Journal of Community Empowerment. 2023;5(1):12-22.
19. Rizana F, Sari D, Noerjoedianto D. Kesenjangan Cakupan Pelayanan SDIDTK Antar Wilayah dan Determinannya. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2024;19(4):202-12.
20. Pambudi W, Aqila F, Natalia D. Pelayanan stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang pada siswa Bunda Mulia School Jakarta Utara. Jurnal Bakti Masyarakat Indonesia. 2023;6(2):260-7.
21. Renityas NN, Sari DN, Noviasari A. Pemberdayaan kader melalui pelatihan SDIDTK dalam meningkatkan deteksi dini perkembangan anak. Jurnal Ners dan Kebidanan. 2022;9(2):189-97.
22. Ratnaningsih DF, Sugathot I. Peran Kader dalam Keberhasilan Layanan SDIDTK. Jurnal Kesehatan Komunitas. 2024;10(1):44-53.
23. Simbolon, et al. Intervensi Dini Penyimpangan Perkembangan Anak. Jurnal Kesehatan Anak. 2023;8(1):15-25.
24. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
25. Fikri MH, Murhayati S, Darmawan R. Keabsahan data dalam penelitian kualitatif. Jurnal Pendidikan Tambusai. 2025;9(2):13057-65.
26. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk Teknis Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga; 2023.
27. Syansudin, et al. Pelaksanaan SDIDTK di Wilayah Terpencil: Tantangan dan Solusi. Jurnal Kesehatan Primer. 2025;11(2):99-110.
28. Utarini A. Tak Kenal Maka Tak Sayang: Penelitian Kualitatif dalam Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2020