

**MODEL IMPLEMENTASI KEBIJAKAN INTEGRASI LAYANAN
PRIMER (ILP) DALAM PROGRAM TRANSFORMASI KESEHATAN DI
PUSKESMAS CIKONDANG, KECAMATAN BOJONGPICUNG,
KABUPATEN CIANJUR**

Nama : Yeni Gustiani

NPM : 248010027

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN PUBLIK
PASCASARJANA UNIVERSITAS PASUNDAN BANDUNG**

ABSTRAK

Transformasi sistem kesehatan Indonesia menempatkan penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai pilar strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan Integrasi Layanan Primer (ILP) diarahkan untuk mengorganisasikan pelayanan dasar berdasarkan siklus hidup, memperkuat jejaring layanan dari Puskesmas hingga Posyandu, dan meningkatkan pemantauan wilayah melalui pemanfaatan data kesehatan. Artikel ini bertujuan menganalisis implementasi kebijakan ILP di Puskesmas Cikondang, Kecamatan Bojongpicung, Kabupaten Cianjur; mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat; serta merumuskan model implementasi yang kontekstual dan adaptif. Naskah menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif-analitis dengan kerangka implementasi Van Meter dan Van Horn yang mencakup standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, komunikasi antarorganisasi, disposisi pelaksana, serta lingkungan sosial, ekonomi, dan politik. Bahan penelitian yang disajikan dalam naskah meliputi wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi; rincian transkrip dan kutipan wawancara tidak disertakan dalam bahan yang diterima sehingga temuan dipaparkan pada tingkat sintesis sebagaimana tertulis dalam naskah sumber. Uraian menunjukkan bahwa implementasi ILP di Puskesmas Cikondang masih berada dalam tahap transisi. Tantangan utama mencakup keterbatasan dan distribusi sumber daya manusia kesehatan, beban pencatatan digital kader, integrasi sistem informasi dan konektivitas, koordinasi lintas sektor, serta kebutuhan pedoman operasional

lokal. Artikel mengusulkan Model Implementasi ILP Kontekstual-Adaptif yang menghubungkan enam dimensi implementasi dengan penguatan klaster layanan, jejaring berjenjang, pendampingan digital, kepemimpinan perubahan, koordinasi lintas sektor, dan advokasi regulasi. Model ini diharapkan menjadi bahan pertimbangan bagi pengelola Puskesmas dan pemerintah daerah dalam memperkuat layanan primer sesuai kondisi wilayah.

Kata kunci: implementasi kebijakan; Integrasi Layanan Primer; transformasi kesehatan; Puskesmas Cikondang; Van Meter dan Van Horn.

ABSTRACT

Indonesia's health-system transformation places the strengthening of primary health care at the center of efforts to improve population health. The Primary Care Integration (ILP) policy seeks to organize basic health services around the life-course approach, strengthen service networks from public health centers to community-based health posts, and improve local health monitoring through data use. This article analyzes ILP implementation at Cikondang Public Health Center in Bojongpicung District, Cianjur Regency, identifies supporting and constraining factors, and formulates a context-sensitive implementation model. The article adopts a qualitative descriptive-analytical approach guided by Van Meter and Van Horn's implementation framework: policy standards and objectives, resources, characteristics of implementing agencies, interorganizational communication, implementer disposition, and the social, economic, and political environment. The source manuscript refers to in-depth interviews, observation, and document review; however, interview transcripts and verbatim quotations were not included in the supplied material, so the findings are presented only at the level of synthesis contained in that manuscript. The reported analysis indicates that ILP implementation at Cikondang remains in a transitional phase. Key challenges include limited and unevenly distributed health personnel, the digital reporting burden on community cadres, information-system integration and connectivity, weak cross-sector coordination, and the need for local operational guidance. The article proposes a Contextual-Adaptive ILP Implementation Model linking the six implementation dimensions with cluster-based services, a tiered service network, digital mentoring, change-oriented leadership, cross-sector coordination, and regulatory advocacy. The model may inform public health center managers and local governments seeking to strengthen primary care in accordance with local conditions.

Keywords: policy implementation; Primary Care Integration; health transformation; Cikondang Public Health Center; Van Meter and Van Horn.

1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan primer merupakan fondasi penting dalam pembangunan sumber daya manusia. Pelayanan yang mudah dijangkau, berkesinambungan, bermutu, dan berorientasi pada kebutuhan warga dapat memperkuat upaya promotif serta preventif sekaligus membantu mendeteksi masalah kesehatan lebih awal. Sebaliknya, pelayanan dasar yang terfragmentasi berpotensi menyebabkan ketidaksinambungan pemantauan, duplikasi pencatatan, keterlambatan tindak lanjut, dan ketimpangan akses di antara kelompok penduduk.

Hak atas kesehatan memiliki dasar konstitusional dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pengaturan tersebut diperkuat melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menjadi salah satu landasan penyelenggaraan kesehatan secara terpadu dan berkesinambungan. Dalam konteks administrasi publik, pemenuhan hak kesehatan tidak cukup dipahami sebagai tersedianya fasilitas, tetapi juga menyangkut kapasitas institusi, tata kelola sumber daya, kejelasan tanggung jawab, koordinasi, dan kemampuan kebijakan menjangkau masyarakat.

Pemerintah Indonesia menempatkan transformasi pelayanan kesehatan primer sebagai salah satu pilar transformasi sistem kesehatan. Salah satu bentuk implementasinya adalah Integrasi Layanan Primer (ILP), yang menggeser orientasi pelayanan dari pengelolaan program yang cenderung terpisah menuju pelayanan terintegrasi berdasarkan siklus hidup. Dengan pendekatan tersebut, pelayanan kesehatan diarahkan untuk menjangkau ibu hamil, bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, usia dewasa, dan lanjut usia secara lebih terstruktur. Layanan kuratif tetap dibutuhkan, tetapi perlu dilengkapi dengan promosi kesehatan, pencegahan penyakit, skrining, pemantauan, dan tindak lanjut.

Secara operasional, ILP menuntut keterhubungan antara Puskesmas sebagai pusat koordinasi di tingkat kecamatan, Puskesmas Pembantu sebagai simpul layanan di desa atau kelurahan, dan Posyandu serta kunjungan rumah sebagai titik layanan yang dekat dengan masyarakat. Keterhubungan ini bukan hanya persoalan struktur organisasi. Ia juga

membutuhkan pembagian tugas yang jelas, tenaga yang memadai, dukungan sarana, alur rujukan dan pelaporan yang konsisten, serta sistem informasi yang dapat dipakai untuk mengambil keputusan. Karena itu, keberhasilan ILP sangat dipengaruhi oleh kualitas implementasi di tingkat lokal.

Kabupaten Cianjur memiliki wilayah yang luas dengan karakteristik geografis beragam, mulai dari wilayah perkotaan dan dataran hingga perbukitan serta kawasan pedesaan. Kondisi ini menimbulkan tantangan bagi pemerataan akses pelayanan, distribusi tenaga kesehatan, konektivitas digital, dan jangkauan kegiatan lapangan. Naskah sumber mencatat bahwa wilayah kerja Puskesmas Cikondang mencakup lima desa—Sukajaya, Cikondang, Sukarama, Jatisari, dan Jati—dengan jumlah penduduk total 38.283 jiwa berdasarkan data yang dicantumkan untuk tahun 2025. Karakteristik wilayah dan cakupan penduduk tersebut menjadi konteks penting untuk memahami tuntutan implementasi ILP.

Puskesmas Cikondang dipilih sebagai lokus kajian karena berada pada titik temu antara kebijakan nasional dan kebutuhan operasional pelayanan di desa. Penataan pelayanan berbasis klaster perlu diterjemahkan ke dalam kegiatan rutin, termasuk pelayanan ibu dan anak, usia dewasa dan lansia, pengendalian penyakit menular, manajemen, serta layanan lintas klaster. Pada saat yang sama, kader Posyandu dituntut membantu pemantauan siklus hidup dan pencatatan data yang lebih luas. Perubahan ini berpotensi meningkatkan cakupan pelayanan, tetapi juga dapat menambah beban kerja jika tidak diikuti penyesuaian kapasitas, dukungan teknologi, dan insentif.

Masalah implementasi dengan demikian tidak cukup dijelaskan sebagai persoalan kepatuhan petugas terhadap aturan. Implementasi merupakan proses yang melibatkan standar kebijakan, sumber daya, struktur organisasi, komunikasi antarorganisasi, sikap pelaksana, dan lingkungan eksternal. Kesenjangan antara desain kebijakan dan kemampuan pelaksanaan dapat muncul ketika standar nasional belum sepenuhnya diterjemahkan menjadi prosedur lokal, tenaga terbatas, informasi tidak terintegrasi, atau dukungan sektor lain belum berjalan konsisten.

Atas dasar itu, artikel ini mengkaji implementasi ILP di Puskesmas Cikondang dengan menggunakan model Van Meter dan Van Horn. Analisis diarahkan untuk memahami kondisi pelaksanaan, faktor penghambat dan pendukung, serta merumuskan model implementasi yang

adaptif terhadap karakteristik wilayah pedesaan. Kontribusi yang diharapkan bukan sekadar mengulang komponen kebijakan, melainkan memperlihatkan hubungan antardimensi implementasi dan menyusun rekomendasi yang dapat digunakan dalam penguatan tata kelola layanan primer.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam artikel ini meliputi tiga pertanyaan. Pertama, bagaimana implementasi kebijakan Integrasi Layanan Primer di Puskesmas Cikondang, Kecamatan Bojongpicung, Kabupaten Cianjur? Kedua, faktor apa saja yang menjadi penghambat dan pendukung pelaksanaan kebijakan tersebut? Ketiga, bagaimana model implementasi ILP yang efektif, kontekstual, dan adaptif terhadap karakteristik lokal Puskesmas Cikondang?

1.3 Tujuan Penelitian

Artikel ini bertujuan menganalisis pelaksanaan kebijakan ILP, mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat implementasi, serta merumuskan model implementasi yang kontekstual dan adaptif. Secara lebih terperinci, analisis mencakup penataan pelayanan berbasis klaster, koordinasi lintas program dan sektor, keterlibatan tenaga kesehatan serta kader, dukungan sumber daya dan teknologi, serta pengaruh lingkungan sosial-geografis dan regulasi lokal.

1.4 Manfaat dan Kontribusi Artikel

Secara akademis, artikel ini menambah pembahasan implementasi kebijakan publik dalam sektor kesehatan primer, khususnya dengan menggunakan kerangka Van Meter dan Van Horn untuk membaca dinamika pelayanan terintegrasi pada konteks pedesaan. Kajian ini menempatkan implementasi sebagai hubungan antarfaktor, bukan sebagai kegiatan administratif yang berdiri sendiri.

Secara praktis, hasil sintesis dapat menjadi bahan refleksi bagi pengelola Puskesmas dalam menata pembagian kerja, mengembangkan komunikasi internal, dan mendampingi kader. Bagi pemerintah daerah dan Dinas Kesehatan, artikel ini memberi arah untuk memperkuat koordinasi lintas sektor, merancang dukungan pembiayaan yang sesuai ketentuan, meningkatkan kapasitas digital, dan menyusun pedoman operasional yang jelas.

Rekomendasi tersebut perlu ditindaklanjuti melalui verifikasi kondisi aktual, konsultasi pemangku kepentingan, dan penyesuaian terhadap peraturan yang berlaku.

2. KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Administrasi Publik dan Pelayanan Kesehatan

Administrasi publik berkenaan dengan pengorganisasian dan pengoordinasian sumber daya publik untuk merumuskan, melaksanakan, serta mengelola keputusan yang ditujukan bagi kepentingan masyarakat. Keban (2004) menekankan dimensi strategis administrasi publik, sementara Pasolong (2008) melihat administrasi publik sebagai perpaduan teori dan praktik dalam penyelenggaraan urusan publik. Dalam sektor kesehatan, administrasi publik tampak pada kemampuan pemerintah mengubah mandat normatif menjadi pelayanan yang benar-benar dapat diakses dan dirasakan masyarakat.

Perkembangan paradigma administrasi publik memberi sudut pandang yang berbeda dalam menilai pelayanan. Old Public Administration (OPA) menekankan hierarki, aturan, dan pembagian kewenangan. New Public Management (NPM) memberi perhatian pada efisiensi, pengukuran kinerja, dan orientasi hasil. New Public Service (NPS) menempatkan warga sebagai warga negara yang memiliki hak dan kepentingan publik, bukan semata-mata pelanggan layanan (Denhardt & Denhardt, 2003). Ketiganya membantu menjelaskan bahwa ILP membutuhkan standar dan struktur yang jelas, efisiensi penggunaan sumber daya, sekaligus responsivitas dan keterlibatan masyarakat.

Dalam kerangka NPS, keberhasilan pelayanan tidak hanya dinilai dari tersedianya layanan atau jumlah kegiatan yang terlaksana. Pelayanan juga perlu dinilai berdasarkan keadilan akses, kemampuan menjangkau kelompok yang kurang terlayani, kualitas komunikasi dengan warga, dan keberlanjutan tindak lanjut. Pendekatan siklus hidup dalam ILP sejalan dengan kebutuhan untuk melihat warga secara utuh dan menghubungkan kebutuhan kesehatan lintas usia.

2.2 Kebijakan Publik dan Implementasi

Kebijakan publik merupakan tindakan pemerintah yang dirancang untuk menangani persoalan publik, termasuk pilihan tindakan maupun tidak bertindak. Agustino (2008), Wahab

(2012), dan Winarno (2007) menjelaskan bahwa kebijakan perlu dipahami sebagai rangkaian proses dan konsekuensi, bukan sebagai keputusan tunggal yang terpisah dari pelaksanaan. Dalam konteks ILP, keputusan nasional menetapkan arah dan standar, tetapi dampak kebijakan bergantung pada bagaimana standar itu diterjemahkan ke dalam rutinitas organisasi dan layanan masyarakat.

Implementasi merupakan tahap yang menentukan apakah tujuan kebijakan dapat diwujudkan. Kebijakan yang dirancang dengan baik dapat mengalami kesenjangan ketika tujuan tidak dipahami secara seragam, sumber daya tidak mencukupi, komunikasi terputus, atau dukungan lingkungan tidak memadai. Oleh karena itu, analisis implementasi harus memperhatikan proses organisasi dan kondisi pelaksanaan, bukan hanya keberadaan regulasi.

Implementasi ILP memiliki karakteristik lintas program dan lintas tingkat layanan. Pengintegrasian pelayanan berbasis siklus hidup mengharuskan koordinasi antara tenaga kesehatan, pengelola program, Pustu, kader, pemerintah desa, dan masyarakat. Tugas yang saling terkait ini menimbulkan kebutuhan akan alur informasi dan pertanggungjawaban yang jelas. Jika setiap pelaksana tetap bekerja dengan logika program yang terpisah, integrasi dapat berhenti pada perubahan struktur formal dan belum menghasilkan pengalaman pelayanan yang terpadu.

2.3 Model Implementasi Van Meter dan Van Horn

Van Meter dan Van Horn (1975) mendefinisikan implementasi sebagai tindakan individu atau kelompok pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan kebijakan. Model ini menguraikan enam variabel yang saling berhubungan, yakni standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, komunikasi antarorganisasi dan aktivitas penegakan, disposisi pelaksana, serta lingkungan sosial, ekonomi, dan politik.

Pertama, standar dan sasaran kebijakan menjelaskan seberapa jelas tujuan, indikator, dan prosedur dipahami oleh pelaksana. Sasaran yang terlalu umum atau tidak diterjemahkan menjadi indikator operasional berpotensi menimbulkan variasi interpretasi. Dalam ILP, standar nasional perlu diterjemahkan menjadi pembagian kerja, alur pelayanan, target pemantauan, dan mekanisme tindak lanjut yang dapat dilaksanakan di Puskesmas dan jejaringnya.

Kedua, sumber daya mencakup sumber daya manusia, anggaran, informasi, kewenangan, serta sarana dan prasarana. Sumber daya bukan sekadar jumlah pegawai, melainkan kesesuaian kompetensi dan distribusi tenaga terhadap beban layanan. Digitalisasi juga membutuhkan perangkat, jaringan, keterampilan, dukungan teknis, dan waktu kerja yang memadai. Ketika sistem baru ditambahkan tanpa menyederhanakan pencatatan lama, pelaksana dapat mengalami beban ganda.

Ketiga, karakteristik organisasi pelaksana berkaitan dengan struktur birokrasi, pembagian kewenangan, pola komunikasi, norma kerja, dan kemampuan organisasi menyesuaikan diri. Struktur berbasis kluster dapat mendukung integrasi apabila kewenangan dan tanggung jawabnya jelas. Namun, perubahan struktur formal belum tentu mengubah praktik jika rutinitas lama, silo program, dan pola koordinasi sektoral tetap bertahan.

Keempat, komunikasi antarorganisasi menekankan kejelasan informasi, konsistensi pesan, dan koordinasi di antara organisasi yang saling bergantung. Dalam ILP, komunikasi berlangsung secara vertikal dari kebijakan nasional dan daerah hingga Puskesmas serta jejaring, juga secara horizontal antara tenaga kesehatan, pemerintah desa, kader, dan sektor terkait. Forum koordinasi perlu menghasilkan keputusan dan tindak lanjut, bukan hanya menjadi kegiatan rapat rutin.

Kelima, disposisi pelaksana merujuk pada pemahaman, penerimaan, dan komitmen implementor. Sikap positif dapat memperkuat pelaksanaan, tetapi komitmen dapat melemah ketika tuntutan bertambah tanpa dukungan. Karena itu, motivasi pelaksana perlu ditopang dengan pelatihan, pendampingan, umpan balik, penghargaan yang sesuai, dan pembagian beban kerja yang adil.

Keenam, lingkungan sosial, ekonomi, dan politik memengaruhi kemampuan kebijakan menjangkau kelompok sasaran. Jarak geografis, kondisi ekonomi, jam kerja warga, tingkat literasi kesehatan, budaya lokal, dan dukungan kepemimpinan dapat memengaruhi partisipasi. Lingkungan tidak boleh dipandang sebagai alasan untuk menerima kesenjangan, tetapi sebagai kondisi yang harus diantisipasi melalui desain layanan yang fleksibel.

Model Van Meter dan Van Horn dipilih karena memungkinkan analisis sistematis terhadap hubungan antara standar kebijakan dan realitas implementasi. Sebagai pembanding, Mazmanian dan Sabatier (1983) juga menekankan pentingnya kejelasan tujuan, kapasitas

pelaksanaan, dan dukungan variabel eksternal. Kerangka pembanding ini menguatkan argumen bahwa implementasi ILP membutuhkan lebih dari sekadar instruksi teknis.

2.4 Konsep Integrasi Layanan Primer

Integrasi Layanan Primer merupakan pendekatan penguatan pelayanan kesehatan dasar yang menekankan kesinambungan pelayanan berdasarkan siklus hidup, jejaring layanan yang terstruktur, dan pemantauan wilayah berbasis data. Fokus siklus hidup mengarahkan sistem agar tidak membatasi perhatian pada satu kelompok sasaran, misalnya ibu dan balita, tetapi juga mencakup remaja, usia produktif, dan lansia.

Penguatan jejaring 3-tier menghubungkan Puskesmas sebagai pusat koordinasi, Pustu sebagai titik layanan yang lebih dekat dengan penduduk desa, dan Posyandu serta kunjungan rumah sebagai bentuk layanan berbasis masyarakat. Desain ini berpotensi meningkatkan jangkauan, tetapi keberhasilannya bergantung pada keterhubungan rujukan, ketersediaan tenaga, kejelasan peran kader, dan aliran informasi antarlevel.

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) dan pemanfaatan data digital dimaksudkan untuk membantu pelaksana mengenali kebutuhan kesehatan dan menentukan prioritas. Data yang dikumpulkan perlu berkualitas, tepat waktu, dapat ditelusuri, dan digunakan untuk keputusan. Digitalisasi tidak otomatis meningkatkan kualitas jika data terfragmentasi, konektivitas tidak stabil, atau petugas menganggap pencatatan hanya sebagai beban administratif.

2.5 Penelitian Terdahulu dan Posisi Penelitian

Naskah sumber mengidentifikasi sejumlah kajian yang relevan. Sephiani dan kolega (2026) disebut mengkaji implementasi ILP di Posyandu Pelangi, Surabaya, dengan catatan komunikasi dan disposisi pelaksana relatif baik sementara partisipasi masyarakat masih menjadi tantangan. Nurushohwah dan Besral (2025) disebut menyoroti keterbatasan sumber daya manusia, beban kerja, fragmentasi aplikasi digital, dan gaya kepemimpinan hierarkis. Mulyani dan Sonita (2024) menyoroti resistensi perubahan dan koordinasi antarunit. Indriyani dan kolega (2026) disebut menemukan variasi partisipasi kelompok sasaran di Puskesmas Sokorejo, sedangkan Putri dan Adnan (2025) mengkaji kecocokan antara program, organisasi, dan kelompok sasaran di Nagari Kasang.

Uraian penelitian terdahulu di atas mengikuti informasi bibliografis yang tercantum dalam naskah sumber dan perlu diverifikasi kembali pada artikel asli sebelum pengiriman ke jurnal. Tanpa pemeriksaan naskah asli, rincian metode, hasil, nama penulis lengkap, volume, nomor, halaman, dan DOI tidak dapat dianggap telah terkonfirmasi.

Posisi artikel ini terletak pada penerapan kerangka implementasi Van Meter dan Van Horn untuk memahami ILP pada konteks Puskesmas pedesaan. Kontribusi konseptual yang diajukan adalah Model Implementasi ILP Kontekstual-Adaptif, yaitu kerangka yang menghubungkan enam dimensi implementasi dengan kebutuhan penataan klaster, pemerataan sumber daya, pendampingan digital, koordinasi lintas sektor, motivasi kader, dan dukungan regulasi lokal. Kebaruan ini merupakan usulan konseptual yang perlu diperkuat dengan bukti lapangan yang dapat ditelusuri.

2.6 Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran artikel disusun melalui hubungan input, proses, output, dan outcome. Input mencakup kebijakan dan regulasi yang menjadi landasan ILP. Proses implementasi dianalisis dengan enam variabel Van Meter dan Van Horn. Output analisis berupa gambaran pelaksanaan, faktor pendukung, faktor penghambat, dan kesenjangan antara standar normatif dengan praktik. Outcome yang dituju adalah rumusan model implementasi dan rekomendasi untuk memperkuat pelayanan primer.

Kerangka ini menempatkan keenam variabel sebagai unsur yang saling memengaruhi, bukan tahapan yang sepenuhnya linear. Misalnya, keterbatasan sumber daya dapat menambah beban kerja kader dan memengaruhi disposisi; komunikasi yang lemah dapat menyebabkan standar tidak dipahami secara seragam; sedangkan dukungan pemerintah desa dapat membantu memperbaiki partisipasi dan akses. Karena itu, model implementasi perlu menggabungkan perbaikan pada level organisasi, jaringan layanan, dan lingkungan kebijakan.

2.7 Proposisi Penelitian

Implementasi ILP di Puskesmas Cikondang belum optimal secara menyeluruh karena dipengaruhi keterbatasan sumber daya, komunikasi antarorganisasi, dan kondisi lingkungan eksternal.

Hambatan utama mencakup keterbatasan tenaga terlatih, ketimpangan geografis, beban pencatatan digital, dan kebutuhan akan pedoman operasional lokal yang memperjelas peran serta pembiayaan.

Model implementasi yang kontekstual dan adaptif, dengan penguatan klaster, jejaring 3-tier, pendampingan digital, koordinasi lintas sektor, dan dukungan regulasi, berpotensi memperkuat pelaksanaan ILP apabila disertai dukungan sumber daya dan evaluasi berkala.

3. METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan dan Desain Penelitian

Penelitian dalam naskah sumber menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif-analitis. Pendekatan ini sesuai untuk memahami proses implementasi dalam konteks alamiah, termasuk cara pelaksana menafsirkan kebijakan, menjalankan tugas, menghadapi kendala, dan berkoordinasi dengan jejaring. Fokusnya bukan mengukur pengaruh statistik antarvariabel, melainkan menjelaskan proses dan kondisi yang membentuk kinerja implementasi.

Objek penelitian adalah implementasi kebijakan Integrasi Layanan Primer dalam program transformasi kesehatan. Lokusnya adalah Puskesmas Cikondang, Kecamatan Bojongpicung, Kabupaten Cianjur, dengan wilayah kerja yang dalam naskah mencakup Desa Sukajaya, Cikondang, Sukarama, Jatisari, dan Jati.

3.2 Informan dan Teknik Penentuan Informan

Naskah menyebut teknik purposive sampling yang dikombinasikan dengan snowball sampling sampai data dinilai jenuh. Purposive sampling digunakan untuk memilih informan yang memahami kebijakan dan pelaksanaannya, sedangkan snowball sampling dapat membantu menemukan informan tambahan berdasarkan rekomendasi informan sebelumnya. Dalam penelitian kualitatif, kecukupan informan perlu ditentukan berdasarkan relevansi informasi, keragaman perspektif, dan kejenuhan tema, bukan semata-mata jumlah orang.

Kategori informan yang tercantum dalam naskah terdiri atas informan kunci, informan utama, dan informan pendukung. Informan kunci meliputi Kepala Puskesmas dan penanggung jawab klaster; informan utama mencakup dokter, bidan desa, perawat, tenaga gizi, dan kader Posyandu; sedangkan informan pendukung meliputi masyarakat pengguna layanan, aparat

desa, dan tokoh masyarakat. Naskah menyebut total rencana atau komposisi 17 informan: empat informan kunci, delapan informan utama, dan lima informan pendukung. Status aktual pelaksanaan wawancara dan rincian karakteristik informan perlu dipastikan kembali oleh penulis.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pertama adalah wawancara mendalam untuk menggali pemahaman dan pengalaman pelaksana terkait standar ILP, sumber daya, pembagian kerja, komunikasi, komitmen, dan dukungan lingkungan. Pedoman wawancara dapat disusun berdasarkan enam dimensi Van Meter dan Van Horn, dengan pertanyaan terbuka yang memberi ruang bagi informan menjelaskan pengalaman konkret. Kutipan langsung sebaiknya digunakan dalam artikel final hanya jika tersedia transkrip asli dan telah dipastikan akurasi.

Teknik kedua adalah observasi partisipatif atau observasi lapangan terhadap alur pelayanan klaster, kegiatan Posyandu, lokakarya mini, dan praktik pencatatan. Catatan observasi idealnya membedakan deskripsi peristiwa dari interpretasi peneliti agar analisis tidak mencampur fakta yang diamati dengan kesimpulan awal.

Teknik ketiga adalah studi dokumentasi. Dokumen yang disebut dalam naskah meliputi regulasi terkait kesehatan dan Puskesmas, profil Puskesmas, data ketenagaan, laporan Pemantauan Wilayah Setempat, serta data Posyandu. Dalam artikel final, setiap dokumen perlu dicatat nama, tahun, penerbit, tanggal akses bila relevan, dan bagian yang digunakan untuk mendukung temuan.

3.4 Fokus dan Parameter Penelitian

Fokus penelitian dioperasionalkan ke dalam enam dimensi. Standar dan sasaran kebijakan ditelaah melalui pemahaman tujuan ILP, konsistensi petunjuk teknis, dan indikator terukur. Sumber daya diperiksa melalui kecukupan dan distribusi tenaga, kompetensi, sarana, anggaran, serta konektivitas. Karakteristik organisasi ditelaah melalui struktur klaster, pembagian tugas, dan fleksibilitas kerja. Komunikasi antarorganisasi diperiksa melalui koordinasi internal, jejaring Pustu-Posyandu, sosialisasi, dan forum lintas sektor. Disposisi pelaksana mencakup penerimaan, motivasi, dan komitmen. Lingkungan sosial-ekonomi-politik meliputi geografis, partisipasi, kultur, dan dukungan regulasi.

Tabel 1. Operasionalisasi Fokus Penelitian

Dimensi	Fokus pengamatan	Sumber informasi utama
Standar dan sasaran	Pemahaman sasaran ILP, konsistensi petunjuk teknis, indikator operasional	Kepala Puskesmas, penanggung jawab klaster, dokumen
Sumber daya	Kuantitas dan kompetensi SDM, sarana, anggaran, jaringan internet	Pimpinan, tenaga kesehatan, kader, dokumen ketenagaan
Karakteristik organisasi	Pembagian kerja lima klaster, kewenangan, fleksibilitas koordinasi	Pimpinan dan tenaga kesehatan
Komunikasi antarorganisasi	Lokakarya mini, alur informasi Puskesmas-Pustu-Posyandu, sosialisasi	Penanggung jawab klaster, kader, aparat desa
Disposisi pelaksana	Pemahaman, penerimaan, komitmen, motivasi, beban kerja	Tenaga kesehatan dan kader
Lingkungan sosial-politik	Kondisi geografis, partisipasi warga, dukungan desa, regulasi lokal	Masyarakat, aparat desa, dokumen kebijakan

3.5 Teknik Analisis Data

Analisis data mengacu pada model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña (2014), yang mencakup kondensasi atau reduksi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan. Pada tahap kondensasi, peneliti memilih informasi relevan dari wawancara, observasi, dan dokumen, kemudian mengelompokkannya berdasarkan enam dimensi implementasi. Pengelompokan tidak boleh menghilangkan temuan yang bertentangan dengan dugaan awal.

Pada tahap penyajian data, informasi dapat ditampilkan dalam matriks per dimensi, tabel ketenagaan, ringkasan jejaring layanan, serta uraian hubungan antara faktor penghambat dan dampaknya terhadap proses. Penyajian yang terstruktur membantu pembaca menilai bagaimana interpretasi dibangun dari bahan penelitian.

Pada tahap penarikan kesimpulan, peneliti menafsirkan pola, menguji konsistensi antarsumber, dan meninjau kembali kesimpulan berdasarkan bukti yang tersedia. Kesimpulan tidak seharusnya melampaui cakupan data. Jika data tidak cukup untuk menyatakan hubungan sebab-akibat, temuan lebih tepat ditulis sebagai indikasi, keterkaitan, atau persepsi informan.

3.6 Keabsahan Data dan Etika Penelitian

Naskah menyebut triangulasi sumber dan metode, member check, ketekunan pengamatan, audit trail, dan peer debriefing sebagai strategi menjaga kredibilitas. Triangulasi dilakukan dengan membandingkan informasi dari pimpinan, tenaga kesehatan, kader,

masyarakat, dan dokumen, serta menilai apakah hasil wawancara sejalan dengan kondisi yang diamati. Member check dapat digunakan untuk memastikan bahwa ringkasan interpretasi peneliti tidak menyimpangkan maksud informan.

Audit trail perlu menyimpan catatan keputusan analisis, perubahan kategori, dan dasar pemilihan kutipan. Peer debriefing membantu menguji kemungkinan bias peneliti. Untuk publikasi, penulis juga perlu memastikan persetujuan informan, perlindungan identitas, pengelolaan data sensitif, serta persetujuan etik atau izin penelitian apabila dipersyaratkan oleh institusi dan jurnal tujuan. Rincian pelaksanaan prosedur tersebut harus ditambahkan berdasarkan dokumen aktual, bukan diasumsikan telah terpenuhi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Puskesmas Cikondang dalam naskah dijelaskan sebagai unit pelaksana teknis pelayanan kesehatan dasar di Kecamatan Bojongpicung, Kabupaten Cianjur. Wilayah kerjanya mencakup lima desa dengan total penduduk yang dicantumkan sebanyak 38.283 jiwa. Cakupan wilayah yang tersebar berarti penyelenggaraan ILP harus menghubungkan pelayanan di Puskesmas induk dengan pelayanan berbasis desa dan masyarakat. Keberhasilan integrasi tidak dapat hanya dinilai dari penataan ruang atau penamaan klaster, tetapi perlu dilihat dari apakah warga di setiap desa memperoleh layanan sesuai kebutuhan siklus hidup.

Kondisi demografis dan jejaring dalam naskah memperlihatkan keberadaan 35 Posyandu dan 175 kader. Angka tersebut menunjukkan pentingnya kader sebagai penghubung antara layanan formal dan komunitas. Namun, keberadaan kader secara kuantitatif tidak dengan sendirinya menjamin mutu pelayanan. Kader membutuhkan pembinaan, alat kerja, pemahaman peran, jalur komunikasi dengan tenaga kesehatan, dan dukungan agar pekerjaan pencatatan tidak mengurangi waktu interaksi dengan warga.

Data demografi dan jejaring berikut disajikan kembali sesuai naskah sumber. Sebelum publikasi, penulis perlu mencocokkan angka dengan Profil Puskesmas Cikondang Tahun 2025 dan memeriksa konsistensi penjumlahan pada tabel sumber.

Tabel 2. Penduduk Wilayah Kerja Puskesmas Cikondang (sesuai naskah sumber)

Desa	Laki-laki	Perempuan	Total
Sukajaya	3.214	2.992	6.206
Cikondang	2.767	2.700	5.467
Sukarama	4.031	3.760	7.791
Jatisari	4.022	3.777	7.799
Jati	5.574	5.446	11.020
Jumlah	19.608	18.675	38.283

Tabel 3. Jejaring Posyandu dan Kader (sesuai naskah sumber)

Desa	Jumlah Posyandu	Jumlah kader
Sukajaya	6	30
Cikondang	4	20
Sukarama	5	25
Jatisari	7	35
Jati	13	65
Jumlah	35	175

4.2 Penataan Pelayanan Berbasis Klaster dan Jejaring

Penataan pelayanan ILP pada Puskesmas Cikondang dalam naskah dijelaskan melalui lima klaster. Klaster manajemen berperan mengoordinasikan perencanaan, mutu, sumber daya manusia, keuangan, kefarmasian, dan sistem informasi. Klaster ibu dan anak mengintegrasikan layanan bagi ibu hamil dan nifas, bayi, balita, anak usia sekolah, serta remaja. Klaster usia dewasa dan lanjut usia menekankan skrining penyakit tidak menular, kesehatan reproduksi, dan pemantauan lansia. Klaster penanggulangan penyakit menular berhubungan dengan surveilans, sanitasi, dan pengendalian kejadian luar biasa. Sementara itu, klaster lintas klaster memberikan dukungan layanan seperti kegawatdaruratan, laboratorium, kefarmasian, dan pelayanan dasar lain sesuai kapasitas fasilitas.

Secara konseptual, klaster membantu menggeser orientasi organisasi dari pemisahan program menuju pengelolaan kebutuhan warga. Meski demikian, integrasi substantif membutuhkan alur kerja yang menjelaskan siapa melakukan skrining, siapa mencatat hasil, siapa menindaklanjuti temuan, kapan rujukan dilakukan, dan bagaimana data digunakan dalam perencanaan. Tanpa alur tersebut, klaster dapat menjadi struktur administratif baru yang belum mengubah pengalaman masyarakat.

Jejaring tiga tingkat menempatkan Puskesmas sebagai pusat koordinasi, Pustu sebagai titik layanan desa, serta Posyandu dan kader sebagai ujung layanan berbasis masyarakat. Pada tingkat pertama, Puskesmas perlu menetapkan standar layanan, melakukan supervisi, mengelola data, dan mendukung tenaga jejaring. Pada tingkat kedua, Pustu mendekatkan pelayanan promotif, preventif, dan pengobatan dasar kepada warga. Pada tingkat ketiga, Posyandu dan kunjungan rumah membantu menjangkau kelompok yang sulit hadir di fasilitas kesehatan.

Hubungan tiga tingkat harus dipahami sebagai satu sistem, bukan tiga unit terpisah. Kader perlu mengetahui batas kewenangannya dan memiliki jalur konsultasi ketika menemukan masalah kesehatan. Pustu membutuhkan akses informasi serta dukungan teknis dari Puskesmas. Puskesmas selanjutnya perlu menggunakan laporan jejaring untuk mengidentifikasi desa atau kelompok yang membutuhkan intervensi lebih intensif. Dengan demikian, efektivitas ILP bergantung pada kualitas hubungan kerja dan umpan balik antarlevel.

Tabel 4. Fungsi Jejaring Layanan ILP

Tingkat	Unit/aktor	Fungsi utama	Kebutuhan penguatan
Tier 1	Puskesmas Cikondang	Koordinasi, pembinaan teknis, pengelolaan klaster dan data	Kepemimpinan, pembagian tugas, supervisi, analisis data
Tier 2	Pustu di desa/kelurahan	Layanan dasar dekat dengan masyarakat dan penghubung rujukan	Tenaga memadai, sarana, alur komunikasi
Tier 3	Posyandu dan kader	Pemantauan komunitas, edukasi, kunjungan rumah, penghubung warga	Pelatihan, pendampingan, insentif sesuai ketentuan, alat kerja

4.3 Analisis Enam Dimensi Implementasi Van Meter dan Van Horn

4.3.1 Standar dan Sasaran Kebijakan

Standar dan sasaran ILP telah ditetapkan pada tingkat nasional melalui regulasi dan petunjuk teknis yang disebut dalam naskah. Namun, pelaksanaan lokal memerlukan penerjemahan lebih lanjut ke dalam target operasional yang mudah dipahami semua pelaksana. Perbedaan pemahaman antara petugas Puskesmas dan kader mengenai perluasan

fungsi Posyandu dari layanan yang selama ini dikenal untuk ibu dan balita menuju pendekatan siklus hidup dapat menghambat konsistensi pelaksanaan.

Temuan yang disajikan dalam naskah menunjukkan bahwa tenaga Puskesmas telah memahami penataan klaster, sementara pemahaman kader belum sepenuhnya merata. Situasi ini mengisyaratkan bahwa sosialisasi tidak cukup hanya dilakukan sekali atau hanya ditujukan kepada pimpinan. Pesan kebijakan perlu diterjemahkan ke dalam panduan sederhana, alur kerja, contoh kasus, dan materi komunikasi yang sesuai dengan peran masing-masing pelaksana.

Standar yang baik harus disertai indikator yang realistis dan dapat dipantau. Indikator tidak seharusnya hanya menghitung jumlah kegiatan, tetapi juga melihat cakupan kelompok siklus hidup, ketepatan tindak lanjut, kelengkapan dan kualitas data, serta kemampuan menjangkau kelompok rentan. Penetapan indikator perlu mempertimbangkan kondisi dasar, kapasitas tenaga, dan karakteristik wilayah agar target berfungsi sebagai alat perbaikan, bukan sekadar kewajiban pelaporan.

4.3.2 Sumber Daya

Naskah mencantumkan jumlah ketenagaan Puskesmas sebanyak 51 orang, dengan variasi status kepegawaian dan jenis profesi. Angka agregat tersebut perlu dibaca bersama kebutuhan pelayanan pada lima klaster, pelayanan di Puskesmas induk, dukungan ke Pustu, kegiatan luar gedung, dan tugas pencatatan. Kecukupan sumber daya bukan hanya persoalan total pegawai, melainkan juga distribusi, kompetensi, waktu kerja, dan kesinambungan layanan ketika petugas menjalankan kegiatan di luar gedung.

Distribusi tenaga yang tidak seimbang dapat menimbulkan pilihan sulit: memperkuat layanan di Pustu atau menjaga ketersediaan tenaga di Puskesmas induk. Karena itu, penjadwalan lintas lokasi dan pemetaan beban kerja perlu dilakukan berdasarkan kebutuhan layanan dan bukan sekadar pembagian administratif. Pemetaan tersebut dapat membantu pimpinan mengidentifikasi posisi yang kritis, kompetensi yang perlu ditingkatkan, serta kegiatan yang dapat dikoordinasikan bersama.

Digitalisasi data kesehatan juga membawa implikasi sumber daya. Kader yang harus mengisi formulir atau aplikasi tanpa pendampingan memadai berpotensi menjalankan pencatatan sebagai tugas tambahan yang menyita waktu. Jika proses digital berjalan

bersamaan dengan pencatatan manual yang tidak disederhanakan, beban kerja menjadi berlipat. Perbaikan perlu mencakup pemetaan aplikasi yang digunakan, penyelarasan alur data, dukungan perangkat dan jaringan, pelatihan bertahap, serta mekanisme bantuan ketika terjadi kendala teknis.

Pembiayaan merupakan unsur lain yang menentukan. Naskah menyoroti kebutuhan dukungan untuk kegiatan luar gedung, kunjungan rumah, insentif kader, dan sarana penapisan. Pembiayaan terpadu harus dirancang sesuai ketentuan pengelolaan anggaran yang berlaku, dengan pembagian sumber dana yang jelas dan tidak tumpang tindih. Artikel ini tidak menyimpulkan besaran kekurangan anggaran karena rincian pagu, realisasi, dan analisis biaya tidak tersedia dalam bahan yang diterima.

Tabel 5. Ringkasan Kebutuhan Penguatan Sumber Daya

Aspek	Risiko implementasi	Arah tindak lanjut
Tenaga kesehatan	Beban kerja tidak seimbang antar-klaster dan lokasi layanan	Pemetaan beban kerja, penjadwalan lintas lokasi, penguatan kompetensi
Kader Posyandu	Tugas bertambah dan kemampuan digital beragam	Pelatihan bertahap, pendampingan, penyederhanaan pencatatan
Infrastruktur digital	Koneksi atau perangkat tidak selalu mendukung alur data	Pemetaan area kendala, prosedur pencatatan saat luring, sinkronisasi data
Anggaran operasional	Kegiatan lapangan dan dukungan kader sulit dipertahankan tanpa pembiayaan jelas	Perencanaan terpadu sesuai aturan dan evaluasi kebutuhan biaya
Sarana pelayanan	Peralatan tidak merata antarjejaring	Inventarisasi, prioritas berdasarkan risiko, pemeliharaan berkala

4.3.3 Karakteristik Organisasi Pelaksana

Penataan berbasis klaster menuntut perubahan pada struktur kerja, koordinasi, dan budaya organisasi. Apabila petugas tetap mengutamakan target program masing-masing tanpa melihat kesinambungan perjalanan layanan warga, tujuan integrasi sulit dicapai. Perubahan organisasi perlu menjelaskan hubungan antar-klaster, mekanisme koordinasi, kewenangan pengambilan keputusan, dan cara menangani kasus yang memerlukan lebih dari satu unit.

Kepemimpinan Kepala Puskesmas menjadi faktor penting untuk membangun orientasi bersama. Peran pimpinan bukan hanya memastikan kepatuhan terhadap kebijakan, melainkan juga menjelaskan alasan perubahan, mengidentifikasi hambatan operasional, melindungi ruang pembelajaran, dan mengarahkan penyelesaian masalah. Sebagai agen perubahan, pimpinan

perlu mendorong diskusi berbasis data dan menghindari pendekatan yang semata-mata menyalahkan individu ketika masalah bersumber dari desain kerja atau keterbatasan fasilitas.

Fleksibilitas organisasi harus tetap disertai akuntabilitas. Pengaturan jadwal, redistribusi tugas, dan kerja lintas klaster dapat disesuaikan dengan kondisi setempat, tetapi tanggung jawab pelayanan dan pencatatan tetap harus jelas. Standar operasional yang ringkas dan pembahasan kasus secara rutin dapat membantu mengurangi tumpang tindih dan meningkatkan konsistensi layanan.

4.3.4 Komunikasi Antarorganisasi

Naskah menyebut Lokakarya Mini Bulanan sebagai salah satu mekanisme koordinasi internal. Forum tersebut berpotensi menjadi sarana meninjau capaian, mengidentifikasi kendala, dan menetapkan tindak lanjut. Agar efektif, pembahasan perlu menggunakan informasi yang relevan, menetapkan penanggung jawab, menentukan tenggat, dan meninjau status keputusan pada pertemuan berikutnya. Rapat yang hanya berisi penyampaian informasi tanpa tindak lanjut akan memiliki kontribusi terbatas terhadap perubahan praktik.

Komunikasi eksternal dengan pemerintah desa, Pustu, Posyandu, PKK, dan unsur masyarakat perlu diperkuat karena keberhasilan ILP bergantung pada partisipasi di luar fasilitas kesehatan. Jika warga masih menganggap Posyandu hanya berkaitan dengan penimbangan balita dan imunisasi, kelompok remaja, usia produktif, serta lansia dapat tidak merasa menjadi sasaran layanan. Komunikasi publik perlu menerangkan jenis layanan, jadwal, manfaat, dan cara mengaksesnya dengan bahasa yang sesuai konteks lokal.

Koordinasi lintas sektor sebaiknya berorientasi pada masalah bersama. Misalnya, kendala kehadiran kelompok usia produktif perlu dibahas dengan mempertimbangkan jam kerja, lokasi, dan cara penyampaian informasi. Dukungan pemerintah desa dapat membantu mobilisasi masyarakat dan pemetaan kebutuhan, sedangkan tenaga kesehatan tetap bertanggung jawab pada aspek teknis medis. Pembagian peran yang jelas mencegah koordinasi berubah menjadi pengalihan tanggung jawab.

4.3.5 Disposisi atau Sikap Pelaksana

Naskah menggambarkan komitmen pimpinan dan tenaga kesehatan terhadap kebijakan sebagai relatif tinggi, tetapi respons kader bervariasi. Perbedaan ini masuk akal dalam proses

perubahan karena setiap kelompok memiliki tanggung jawab, kapasitas, dan insentif yang berbeda. Kader yang menerima tugas pemantauan lebih luas tanpa penyesuaian waktu atau dukungan dapat mengalami kelelahan pelaksanaan. Kondisi tersebut tidak tepat ditafsirkan semata-mata sebagai resistensi individu.

Penguatan disposisi memerlukan komunikasi yang menjelaskan tujuan kebijakan, pelibatan pelaksana dalam penyederhanaan prosedur, pelatihan, dukungan ketika menghadapi masalah, dan pengakuan atas kontribusi. Penghargaan dapat berbentuk nonfinansial seperti sertifikat, pengakuan publik, kesempatan pengembangan kapasitas, dan umpan balik yang positif, sementara dukungan finansial harus mengikuti ketentuan yang berlaku serta kemampuan anggaran.

Komitmen juga perlu diterjemahkan menjadi perilaku yang dapat diamati, seperti ketepatan tindak lanjut, kualitas komunikasi, kepatuhan pada standar, dan kemauan bekerja lintas klaster. Dengan demikian, evaluasi sikap pelaksana tidak hanya didasarkan pada pernyataan setuju terhadap program, tetapi juga pada kondisi yang memungkinkan komitmen diwujudkan dalam praktik.

4.3.6 Lingkungan Sosial, Ekonomi, dan Politik

Kondisi geografis pedesaan dan wilayah berbukit dapat meningkatkan waktu tempuh dan biaya untuk mencapai fasilitas layanan. Hambatan ini terutama berdampak pada warga yang memiliki keterbatasan mobilitas, kelompok rentan, atau kebutuhan layanan berulang. Jejaring Pustu, Posyandu, dan kunjungan rumah dapat membantu mengurangi hambatan, tetapi memerlukan penjadwalan yang sesuai, dukungan transportasi, dan koordinasi yang baik.

Partisipasi kelompok usia produktif dan remaja juga dipengaruhi oleh aktivitas sekolah, pekerjaan, dan persepsi terhadap relevansi layanan. Karena itu, strategi pelayanan tidak dapat sepenuhnya mengandalkan pola kegiatan yang sama bagi seluruh kelompok umur. Penyesuaian jadwal, komunikasi melalui kanal yang digunakan masyarakat, serta kolaborasi dengan sekolah dan komunitas dapat dipertimbangkan setelah kebutuhan lokal dipetakan.

Naskah menyoroti kebutuhan pedoman operasional lokal yang memperjelas koordinasi dan pembiayaan. Kebutuhan regulasi perlu ditelaah secara cermat agar rekomendasi tidak bertumpu pada anggapan bahwa regulasi baru selalu menjadi satu-satunya solusi. Langkah awal dapat berupa inventarisasi aturan yang sudah berlaku, identifikasi kekosongan

pengaturan, konsultasi hukum, dan penentuan instrumen yang paling tepat. Jika diperlukan regulasi daerah, substansinya perlu memperjelas pembagian peran, tata kelola data, mekanisme koordinasi, dan sumber pembiayaan sesuai kewenangan.

4.4 Sintesis Faktor Penghambat dan Pendukung

Analisis enam dimensi menunjukkan bahwa hambatan implementasi saling berhubungan. Keterbatasan tenaga dan dukungan digital dapat meningkatkan beban kerja; beban kerja yang meningkat dapat mengurangi waktu untuk komunikasi dan pelayanan langsung; koordinasi yang lemah dapat membuat standar tidak dipahami secara seragam; sedangkan keterbatasan partisipasi masyarakat dapat menurunkan manfaat dari jejaring layanan. Oleh sebab itu, penyelesaian parsial—misalnya hanya menambah aplikasi atau mengadakan sosialisasi satu kali—berisiko tidak menyelesaikan akar masalah.

Faktor pendukung yang dapat dibangun meliputi keberadaan struktur klaster sebagai titik awal integrasi, adanya jejaring Posyandu dan kader, komitmen pimpinan serta tenaga kesehatan yang disebut dalam naskah, mekanisme lokakarya mini, dan tersedianya dokumen kebijakan serta data wilayah. Faktor-faktor ini merupakan modal implementasi, tetapi perlu ditopang dengan pembagian kerja yang jelas, sumber daya yang sesuai, dan sistem umpan balik.

Untuk kepentingan publikasi ilmiah, sintesis ini perlu dipasangkan dengan bukti empiris yang dapat dilacak. Misalnya, setiap pernyataan tentang variasi pemahaman kader, beban pencatatan, atau lemahnya koordinasi idealnya didukung kutipan wawancara yang dianonimkan, catatan observasi, atau dokumen terkait. Karena transkrip dan catatan lapangan tidak disertakan dalam bahan yang diterima, artikel ini tidak menambahkan kutipan informan rekaan.

Tabel 6. Matriks Sintesis Implementasi

Dimensi	Gambaran dalam naskah sumber	Implikasi analitis	Prioritas perbaikan
Standar dan sasaran	Pemahaman ILP belum merata di semua pelaksana	Standar nasional perlu diterjemahkan ke prosedur lokal	Panduan ringkas dan sosialisasi berbasis peran
Sumber daya	Distribusi tenaga, kapasitas digital, dan dukungan operasional menjadi tantangan	Beban kerja dapat menghambat layanan dan mutu data	Pemetaan beban kerja dan dukungan pelatihan

Organisasi	Struktur klaster telah dibentuk, pola kerja sektoral masih menjadi tantangan	Perubahan formal perlu diikuti perubahan rutinitas	Kepemimpinan perubahan dan evaluasi lintas klaster
Komunikasi	Koordinasi internal tersedia; komunikasi eksternal perlu diperkuat	Integrasi memerlukan aliran informasi dua arah	Forum koordinasi dengan tindak lanjut terukur
Disposisi	Komitmen tenaga kesehatan dinilai baik, beban kader perlu diperhatikan	Motivasi terkait dengan dukungan dan beban yang wajar	Pendampingan, umpan balik, penghargaan
Lingkungan	Geografi, partisipasi, dan kebutuhan pedoman lokal memengaruhi implementasi	Desain layanan harus menyesuaikan konteks setempat	Strategi jangkauan desa dan telaah regulasi

4.5 Model Implementasi Kebijakan ILP Kontekstual-Adaptif

Model yang dirumuskan dalam artikel ini mempertahankan enam dimensi Van Meter dan Van Horn, kemudian menerjemahkannya menjadi agenda perbaikan yang relevan dengan konteks Puskesmas pedesaan. Istilah kontekstual-adaptif menegaskan bahwa standar kebijakan nasional tetap menjadi rujukan, sementara cara operasional, pengaturan jadwal, dukungan jejaring, dan komunikasi perlu menyesuaikan kondisi wilayah tanpa mengurangi mutu serta akuntabilitas.

Komponen pertama adalah penguatan standar dan sasaran. Puskesmas perlu menurunkan tujuan ILP ke dalam indikator, alur layanan, penanggung jawab, dan mekanisme tindak lanjut yang dipahami oleh seluruh jejaring. Komponen kedua adalah rekayasa sumber daya, meliputi pemetaan distribusi tenaga, penyesuaian jadwal, pelatihan digital bertahap, penyederhanaan pencatatan, dan perencanaan pembiayaan sesuai aturan.

Komponen ketiga adalah kapasitas organisasi pelaksana. Kepala Puskesmas perlu bertindak sebagai agen perubahan dengan membangun pemahaman bersama, menata kembali pembagian kerja, dan memastikan bahwa koordinasi lintas klaster berorientasi pada kebutuhan warga. Komponen keempat adalah komunikasi dan koordinasi terpadu melalui penguatan PWS, alur pelaporan kader-Pustu-Puskesmas, serta forum lintas sektor yang menghasilkan keputusan dan tindak lanjut.

Komponen kelima adalah penguatan disposisi melalui pendampingan, umpan balik, penghargaan yang layak, dan perhatian terhadap beban kerja kader. Komponen keenam adalah rekayasa lingkungan sosial dan dukungan regulasi, termasuk edukasi yang sesuai kultur lokal,

penyesuaian strategi menjangkau kelompok sasaran, dan telaah kebutuhan regulasi daerah. Keenam komponen ini harus dijalankan secara bersamaan dan dievaluasi secara berkala.

Tabel 7. Rancangan Model Implementasi ILP Kontekstual-Adaptif

Komponen model	Intervensi operasional	Indikator pemantauan yang disarankan
Standar dan sasaran	Penyusunan alur layanan, pembagian tanggung jawab, indikator dan prosedur tindak lanjut	Ketersediaan SOP; pemahaman pelaksana; konsistensi pelaporan
Rekayasa sumber daya	Pemetaan beban kerja, distribusi tenaga, pelatihan kader, dukungan perangkat dan jaringan	Kesenjangan penugasan; cakupan pelatihan; kendala pencatatan yang terselesaikan
Kapasitas organisasi	Kepemimpinan perubahan, koordinasi lintas klaster, evaluasi rutin	Tindak lanjut rapat; kejelasan penanggung jawab; penyelesaian masalah lintas unit
Komunikasi terpadu	Penguatan pelaporan PWS dan forum Puskesmas-Pustu-Posyandu-deso	Ketepatan waktu data; frekuensi koordinasi; tindak lanjut kasus
Disposisi dan motivasi	Pendampingan, pengakuan kinerja, mekanisme umpan balik kader	Retensi kader; partisipasi pelatihan; persepsi beban kerja
Lingkungan dan regulasi	Pemetaan hambatan akses, komunikasi berbasis komunitas, telaah regulasi	Jangkauan kelompok sasaran; rencana perbaikan akses; kejelasan pembiayaan

4.6 Tahapan Penerapan Model

Tahap pertama adalah diagnosis dan konsolidasi. Puskesmas bersama jejaring memetakan kondisi dasar setiap desa, distribusi tenaga, ketersediaan sarana, alur data, tingkat pemahaman kader, serta hambatan partisipasi. Pemetaan harus menggunakan data yang dapat diverifikasi dan membedakan antara masalah yang sudah terbukti dengan dugaan yang perlu diuji.

Tahap kedua adalah perancangan operasional. Berdasarkan diagnosis, tim menyepakati prioritas, indikator, penanggung jawab, jadwal, dan sumber dukungan. Pada tahap ini, prosedur pencatatan perlu ditinjau untuk mengurangi duplikasi dan memastikan bahwa informasi yang dikumpulkan benar-benar digunakan. Penyesuaian operasional sebaiknya dilakukan secara partisipatif agar pelaksana memahami alasan dan konsekuensi perubahan.

Tahap ketiga adalah pelaksanaan bertahap. Intervensi dapat dimulai pada layanan atau desa yang paling siap, sambil tetap memastikan kelompok rentan tidak tertinggal. Pendampingan kader dilakukan secara praktis melalui demonstrasi, latihan, dan bantuan saat pelaksanaan. Umpan balik dari petugas dan masyarakat digunakan untuk memperbaiki prosedur sebelum diperluas.

Tahap keempat adalah pemantauan dan pembelajaran. Puskesmas meninjau indikator proses dan hasil antara, seperti kelengkapan data, ketepatan tindak lanjut, cakupan kelompok sasaran, serta hambatan yang berulang. Evaluasi perlu menghasilkan keputusan yang spesifik dan memiliki penanggung jawab. Tahap kelima adalah pelembagaan, yaitu memasukkan praktik yang terbukti berguna ke dalam SOP, perencanaan anggaran, pembinaan jejaring, dan mekanisme koordinasi rutin.

4.7 Implikasi Teoretis dan Praktis

Secara teoretis, kasus Puskesmas Cikondang memperlihatkan kegunaan model Van Meter dan Van Horn untuk membaca implementasi sebagai hasil interaksi beberapa variabel. Standar yang jelas tetap memerlukan sumber daya; sumber daya yang tersedia perlu dikelola oleh organisasi yang mampu beradaptasi; komunikasi yang baik membantu menyatukan interpretasi; dan komitmen pelaksana perlu dipelihara melalui dukungan yang nyata. Lingkungan sosial dan geografis membentuk cara setiap variabel bekerja dalam konteks tertentu.

Model kontekstual-adaptif yang diusulkan tidak menggantikan kerangka Van Meter dan Van Horn, melainkan menerjemahkan variabelnya menjadi agenda operasional. Kontribusi model terletak pada penekanan bahwa digitalisasi, kepemimpinan, koordinasi, dan regulasi perlu diperlakukan sebagai bagian dari satu sistem implementasi. Pengujian lebih lanjut diperlukan untuk mengetahui apakah komponen dan indikator model dapat diterapkan secara konsisten di Puskesmas dengan karakteristik berbeda.

Secara praktis, pengelola Puskesmas perlu menghindari pendekatan yang hanya berorientasi pada pemenuhan administrasi. Integrasi seharusnya tampak dalam kesinambungan pelayanan, pertukaran informasi yang berguna, dan tindak lanjut terhadap kebutuhan warga. Pemerintah daerah dapat memperkuat dukungan dengan memastikan kejelasan kewenangan, sinkronisasi perencanaan, serta dukungan pembiayaan sesuai aturan. Masyarakat dan kader perlu dilibatkan sebagai mitra, bukan hanya penerima instruksi atau pengumpul data.

4.8 Keterbatasan Analisis

Artikel ini disusun berdasarkan naskah yang disediakan penulis. Bahan tersebut memuat ringkasan metode dan sintesis hasil, tetapi tidak menyertakan transkrip wawancara, catatan observasi terperinci, instrumen penelitian, dokumen pendukung asli, atau matriks triangulasi.

Oleh karena itu, uraian hasil tidak dilengkapi kutipan verbatim dan beberapa pernyataan empiris harus diverifikasi kembali dengan bahan lapangan sebelum naskah dikirimkan.

Daftar penelitian terdahulu dan beberapa rincian regulasi serta referensi juga perlu dicocokkan dengan sumber asli. Artikel ini tidak melakukan verifikasi bibliografis eksternal terhadap setiap entri. Penulis perlu memastikan akurasi nomor dan tahun peraturan, nama jurnal, volume, nomor, halaman, DOI, serta kesesuaian setiap sitasi dengan daftar pustaka.

Selain itu, model yang dirumuskan merupakan model konseptual berbasis sintesis naskah, bukan model yang telah diuji melalui evaluasi intervensi. Karena itu, rekomendasi diposisikan sebagai arah perbaikan yang perlu diuji, diprioritaskan, dan disesuaikan dengan kewenangan serta sumber daya yang tersedia.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Implementasi kebijakan Integrasi Layanan Primer di Puskesmas Cikondang, Kecamatan Bojongpicung, Kabupaten Cianjur, sebagaimana digambarkan dalam naskah sumber, masih berada pada fase transisi dan belum optimal secara menyeluruh. Penataan pelayanan berbasis lima klaster dan jejaring tiga tingkat menjadi fondasi awal, tetapi keberhasilan integrasi bergantung pada penerjemahan standar menjadi rutinitas pelayanan yang konsisten di Puskesmas, Pustu, Posyandu, dan kunjungan rumah.

Analisis dengan model Van Meter dan Van Horn menunjukkan bahwa tantangan tidak berdiri sendiri. Pemahaman standar yang belum merata, keterbatasan dan distribusi tenaga, beban pencatatan digital, pola kerja sektoral, koordinasi lintas sektor yang belum kuat, variasi motivasi kader, kondisi geografis, dan kebutuhan kejelasan pedoman lokal saling berhubungan. Karena itu, perbaikan yang hanya menyasar satu aspek berisiko menghasilkan perubahan yang terbatas.

Artikel ini mengusulkan Model Implementasi ILP Kontekstual-Adaptif yang mencakup penguatan standar dan indikator, rekayasa sumber daya, kapasitas organisasi, komunikasi dan koordinasi terpadu, dukungan terhadap disposisi pelaksana, serta penyesuaian terhadap lingkungan sosial dan regulasi. Model tersebut dapat menjadi kerangka perencanaan dan

evaluasi, tetapi penerapannya perlu disertai verifikasi data, pelibatan pemangku kepentingan, serta pemantauan hasil secara berkala.

5.2 Saran Praktis

Bagi Pemerintah Kabupaten Cianjur dan Dinas Kesehatan, perlu dilakukan telaah terhadap regulasi yang telah berlaku untuk memastikan apakah pedoman operasional khusus ILP diperlukan. Apabila terdapat kekosongan pengaturan, instrumen yang sesuai perlu dirumuskan melalui proses hukum dan koordinasi lintas perangkat daerah. Pengaturan tersebut sebaiknya memperjelas pembagian peran, mekanisme koordinasi, tata kelola data, dan pembiayaan yang sah.

Bagi Puskesmas Cikondang, perlu dilakukan pemetaan beban kerja dan distribusi tenaga untuk memastikan pelayanan klaster dan jejaring dapat berjalan tanpa menimbulkan kekosongan layanan yang tidak terkelola. Pemetaan sebaiknya diperbarui secara berkala dan digunakan untuk mengatur jadwal, kebutuhan pelatihan, supervisi, serta prioritas sarana.

Bagi pengelola program dan kader Posyandu, pendampingan digital sebaiknya dilakukan secara bertahap dan berorientasi pada praktik. Sistem pencatatan perlu ditinjau untuk mengurangi duplikasi, menyediakan prosedur ketika jaringan terganggu, serta memastikan data yang dikumpulkan digunakan dalam tindak lanjut. Beban kerja dan kebutuhan dukungan kader perlu dibahas secara terbuka.

Bagi pemerintah desa dan pemangku kepentingan lokal, koordinasi dengan Puskesmas perlu diarahkan untuk menjangkau kelompok usia yang kurang terlibat. Strategi komunikasi dan jadwal layanan dapat disesuaikan berdasarkan hasil pemetaan kebutuhan masyarakat, dengan tetap menjaga standar teknis pelayanan kesehatan.

Bagi semua pelaksana, lokakarya mini dan forum lintas sektor perlu menghasilkan rencana tindak lanjut yang terukur, termasuk penanggung jawab, tenggat waktu, dan indikator keberhasilan. Evaluasi hendaknya tidak hanya menilai jumlah kegiatan, tetapi juga kualitas data, kesinambungan tindak lanjut, jangkauan kelompok sasaran, dan pengalaman masyarakat.

5.3 Saran Akademis

Penelitian selanjutnya dapat memperkuat analisis dengan menyertakan transkrip wawancara yang dianonimkan, catatan observasi, dokumen resmi, dan matriks triangulasi. Bukti tersebut penting agar pembaca dapat menilai hubungan antara temuan dan kesimpulan.

Studi komparatif antara Puskesmas perkotaan, pedesaan, dan wilayah dengan akses geografis terbatas dapat dilakukan untuk menguji relevansi model kontekstual-adaptif. Penelitian lanjutan juga dapat menggabungkan model implementasi dengan kerangka penerimaan teknologi untuk menelaah pengalaman kader dalam menggunakan sistem digital, sepanjang rancangan metode dan datanya mendukung.

Evaluasi implementasi secara longitudinal dapat mengamati perubahan sebelum dan sesudah perbaikan alur layanan, pelatihan, atau koordinasi. Dengan demikian, model yang diusulkan tidak berhenti sebagai kerangka konseptual, tetapi dapat disempurnakan berdasarkan bukti tentang intervensi mana yang paling membantu dan pada kondisi apa.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdussamad, Z. (2021). Metode penelitian kualitatif. Syakir Media Press.
- Agustino, L. (2008). Dasar-dasar kebijakan publik. Alfabeta.
- Aneta, A. (2012). Implementasi kebijakan publik berbasis pelayanan publik. *Jurnal Administrasi Publik*, 3(1), 15–28. [Periksa kembali metadata publikasi.]
- Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (2003). *The new public service: Serving, not steering*. M. E. Sharpe.
- Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (2013). *Public administration: An action orientation*. Cengage Learning.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur. (2024). Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur Nomor 441/0661/Dinkes/VI/2024 tentang Lokus Binaan Puskesmas Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur. (2025). Profil kesehatan Kabupaten Cianjur Tahun 2025. [Verifikasi judul dan ketersediaan dokumen.]
- Gaffar, A. (2009). *Politik Indonesia: Transisi menuju demokrasi*. Pustaka Pelajar.
- Indriyani, Y., dkk. (2026). Kajian implementasi program Integrasi Layanan Kesehatan Primer di Puskesmas Sokorejo Kota Pekalongan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(1), 45–58. [Verifikasi metadata dan artikel asli.]
- Islamy, M. I. (2009). *Prinsip-prinsip perumusan kebijaksanaan negara*. Bumi Aksara.
- Keban, Y. T. (2004). *Enam dimensi strategis administrasi publik: Konsep, teori dan isu*. Gava Media.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. [Periksa kembali nomor dan judul resmi keputusan.]
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Mazmanian, D. A., & Sabatier, P. A. (1983). *Implementation and public policy*. Scott, Foresman.

- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE.
- Moleong, L. J. (2009). *Metodologi penelitian kualitatif*. Remaja Rosdakarya.
- Mulyani, R. A., & Sonita, I. R. (2024). Analisis integrasi pelayanan kesehatan primer di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 13(2), 112–123. [Verifikasi metadata dan artikel asli.]
- Nurusshohwah, A., & Besral. (2025). Tantangan implementasi Integrasi Layanan Primer di Puskesmas: Studi literature review. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 13(1), 88–101. [Verifikasi metadata dan artikel asli.]
- Pasolong, H. (2008). *Teori administrasi publik*. Alfabeta.
- Pemerintah Kabupaten Cianjur. (2016). Peraturan Bupati Cianjur Nomor 59 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi, dan Rincian Tugas UPTD Puskesmas. [Verifikasi status keberlakuan dan judul resmi.]
- Pemerintah Kabupaten Cianjur. (2025). Peraturan Bupati Cianjur Nomor 34 Tahun 2025 tentang SOTK Organisasi Dinas Kesehatan. [Verifikasi judul resmi.]
- Pemerintah Kabupaten Cianjur. (2026). Rancangan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan Kabupaten Cianjur. [Naskah rancangan; pastikan status dokumen.]
- Puskesmas Cikondang. (2025). Profil Puskesmas Cikondang Tahun 2025. UPTD Puskesmas Cikondang.
- Putri, M., & Adnan, M. F. (2025). Implementasi program Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) melalui Posyandu di Nagari Kasang. *Jurnal Ilmu Pemerintahan dan Kebijakan Publik*, 8(1), 34–49. [Verifikasi metadata dan artikel asli.]
- Putra, F. (2001). *Manajemen kebijakan publik*. Erlangga.
- Sabaruddin, A. (2015). *Manajemen pelayanan publik*. Pustaka Setia.
- Satibi. (2011). *Manajemen obat di Puskesmas dan rumah sakit*. Gadjah Mada University Press.
- Sephiani, S., dkk. (2026). Implementasi program Integrasi Layanan Primer (ILP) Posyandu Pelangi Kecamatan Tandes Kelurahan Manukan Kulon Kota Surabaya. *Jurnal Pelayanan Kesehatan*, 12(1), 15–29. [Verifikasi metadata dan artikel asli.]
- Subarsono, A. G. (2005). *Analisis kebijakan publik: Konsep, teori dan aplikasi*. Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. (2019). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Udoji, J. O. (1981). The African public servant as a public policy maker. *Journal of Public Administration*, 18(2), 30–42. [Verifikasi metadata publikasi.]
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. [Periksa status keberlakuan dan hubungan dengan regulasi yang lebih baru.]
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration & Society*, 6(4), 445–488.
- Wahab, S. A. (2008). *Analisis kebijaksanaan: Dari formulasi ke implementasi kebijaksanaan negara*. Bumi Aksara.
- Wahab, S. A. (2012). *Analisis kebijakan: Dari formulasi ke penyusunan model-model implementasi kebijakan publik*. Bumi Aksara.
- Winarno, B. (2002). *Teori dan proses kebijakan publik*. Media Pressindo.
- Winarno, B. (2007). *Kebijakan publik: Teori dan proses*. Media Pressindo.

CATATAN EDITORIAL SEBELUM PENGIRIMAN KE JURNAL

1. Lengkapi nama penulis, afiliasi, email korespondensi, dan identitas lain sesuai pedoman jurnal tujuan.
2. Cocokkan format artikel dengan template jurnal yang dituju, termasuk batas kata, gaya sitasi, penempatan tabel, abstrak, dan format judul.
3. Verifikasi semua nomor dan judul regulasi serta semua entri daftar pustaka dari sumber asli. Beberapa referensi pada naskah sumber ditandai untuk verifikasi karena metadata lengkap atau akses ke artikel asli tidak tersedia dalam bahan yang diterima.
4. Tambahkan bukti lapangan yang benar-benar tersedia: kutipan wawancara anonim, tanggal observasi, dokumen pendukung, dan hasil triangulasi. Jangan memasukkan kutipan atau angka baru tanpa bukti.
5. Pastikan angka pada tabel demografi, ketenagaan, dan jejaring sama dengan dokumen resmi. Tabel ketenagaan pada naskah sumber tampak mengalami kerusakan format saat ditempel sehingga tidak direkonstruksi sebagai tabel rinci dalam artikel ini.
6. Periksa kembali nomor keputusan Kementerian Kesehatan yang dirujuk sebagai KMK HK.01.07/MENKES/2015/2023. Gunakan nomenklatur resmi yang tepat berdasarkan dokumen asli.
7. Artikel ini disusun sebagai draf ilmiah panjang dengan format umum. Kesiapan unggah final tetap bergantung pada verifikasi data, pemeriksaan referensi, serta penyesuaian dengan kebijakan jurnal target.