

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Kondisi Geografis



Gambar 5. 1 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Dharma

UPTD Puskesmas Dharma terletak di kaki Gunung Ciremai, di sebelah barat Pemerintahan Kabupaten Kuningan, dengan jarak tempuh dari ibu kota Kecamatan sekitar 12 km. Iklim wilayah Kecamatan Dharma termasuk beriklim sejuk dengan perkiraan suhu udara berkisar 32°C dan terletak pada ketinggian 1.500 m di atas

permukaan laut. Secara administratif, Kecamatan Darma berbatasan dengan wilayah-wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Kadugede
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Salajambe
3. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Kadugede
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Majalengka.

Luas wilayah kerja Puskesmas Darma adalah 51,7 Km², dengan peruntukan lahan yang terdiri dari tanah sawah, tanah kering, kebun, dan lain-lain. Kepadatan penduduk rata-rata tercatat sebesar 1.105 jiwa per Km², yang termasuk dalam kategori tidak padat. Wilayah kerja Puskesmas Darma terdiri dari 19 desa, yaitu Desa Darma, Desa Jagara, Desa Bakom, Desa Karang Sari, Desa Sagarahiang, Desa Gunungsirih, Desa Situsari, Desa Karanganyar, Desa Parung, Desa Cikupa, Desa Kawahmanuk, Desa Cipasung, Desa Paninggaran, Desa Sukarasa, Desa Sakerta Barat, Desa Sakerta Timur, Desa Cageur, Desa Tugumulya, dan Desa Cimenga, yang terbagi menjadi 63 dusun dan 258 RT. Desa dengan wilayah terluas adalah Desa Darma (10,1 Km²) dan Desa Sagarahiang (9,8 Km²), sedangkan desa dengan wilayah paling sempit adalah Desa Karanganyar dan Desa Cikupa masing-masing seluas 0,5 Km². Desa-desa terjauh dari pusat kecamatan berjarak antara 5–10 km, yaitu Desa Gunungsirih, Tugumulya, dan Cimenga, dengan waktu tempuh sekitar setengah jam menggunakan kendaraan roda dua maupun roda empat.

5.1.2 Kondisi Demografis

Jumlah penduduk di wilayah kerja UPTD Puskesmas Darma pada tahun 2025 tercatat sebanyak 57.098 jiwa, terdiri dari penduduk laki-laki sebanyak 29.097 jiwa

(50,95%) dan penduduk perempuan sebanyak 28.001 jiwa (49,04%). Rasio jenis kelamin (*sex ratio*) sebesar 103,9, yang berarti bahwa setiap 100 penduduk perempuan terdapat sekitar 104 penduduk laki-laki. Sementara itu, rasio beban ketergantungan (*dependency ratio*) tercatat sebesar 46%, yang mencerminkan bahwa setiap 100 penduduk usia produktif menanggung sekitar 46 penduduk tidak produktif.

Dilihat dari komposisi kelompok umur, penduduk terbanyak berada pada kelompok usia 10-14 tahun dengan jumlah 5.007 jiwa, diikuti kelompok usia 15-19 tahun sebanyak 4.751 jiwa. Kelompok usia produktif (15-54 tahun) mendominasi struktur penduduk, sementara kelompok usia lanjut 75 tahun ke atas tercatat paling sedikit, yaitu sebanyak 891 jiwa. Pola ini menunjukkan bahwa wilayah kerja Puskesmas Darma memiliki struktur penduduk yang relatif muda.

Wilayah kerja Puskesmas Darma mencakup 19 desa dengan total 17.237 rumah tangga. Rata-rata jumlah jiwa per rumah tangga adalah 3,3 jiwa. Desa dengan jumlah penduduk terbesar adalah Desa Darma (6.642 jiwa) dan Desa Cipasung (4.395 jiwa), sedangkan desa dengan jumlah penduduk terkecil adalah Desa Situsari (1.698 jiwa) dan Desa Kawahmanuk (1.826 jiwa). Kepadatan tertinggi terdapat di Desa Karanganyar (6.123,5 jiwa/Km²) dan Desa Cikupa (5.033,1 jiwa/Km²), sementara Desa Darma menjadi yang paling tidak padat (657,6 jiwa/Km²) mengingat luasnya yang paling besar.

5.1.3 Tenaga Kesehatan

Berdasarkan data kepegawaian tahun 2025, jumlah total pegawai di UPTD Puskesmas Darma adalah 86 orang, yang terdiri dari 74 tenaga kesehatan dan 12

tenaga non-kesehatan. Tenaga kesehatan terbesar adalah bidan dengan 36 orang (41,8%), diikuti perawat sebanyak 21 orang (24,4%). Untuk tenaga medis, terdapat 3 dokter umum dan 1 dokter gigi. Adapun tenaga penunjang meliputi apoteker (2 orang), asisten apoteker/ITK (2 orang), nutrisisionis (2 orang), keteknisian medis (2 orang), kesehatan masyarakat (3 orang), tenaga sanitasi lingkungan (1 orang), dan penata kesehatan (1 orang). Tenaga non-kesehatan terdiri dari 1 struktural dan 11 dukungan manajemen.

Tabel 5. 1 Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non-Kesehatan UPTD Puskesmas Darma Tahun 2025

No	Kategori Tenaga	Jumlah	%
1	Dokter Umum	3	3,4
2	Dokter Gigi	1	1,1
3	Perawat	21	24,4
4	Bidan	36	41,8
5	Tenaga Sanitasi Lingkungan	1	1,1
6	Apoteker	2	2,3
7	Asisten Apoteker / ITK	2	2,3
8	Kesehatan Masyarakat	3	3,4
9	Nutrisisionis	2	2,3
10	Penata Kesehatan	1	1,1
11	Keteknisian Medis	2	2,3
	Jumlah Tenaga Kesehatan	74	86,0
12	Tenaga Non-Kesehatan Struktural	1	1,1
13	Dukungan Manajemen	11	12,9
	Jumlah Tenaga Non-Kesehatan	12	14,0
	Jumlah Total	86	100

Sumber: Laporan Kepegawaian Tahun 2025

5.1.4 Sarana Pelayanan Kesehatan

Wilayah kerja UPTD Puskesmas Darma didukung oleh berbagai sarana pelayanan kesehatan yang tersebar di 19 desa. Terdapat 4 Puskesmas Pembantu (Pustu), namun seluruhnya dalam kondisi yang memerlukan perhatian: Pustu Karanganyar dan Pustu Cipasung dalam kondisi rusak berat, Pustu Cageur dalam

kondisi rusak sedang, dan Pustu Sakerta Timur dalam kondisi rusak ringan. Selain itu, terdapat 15 Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang pada umumnya dalam kondisi baik, kecuali Poskesdes Tugumulya yang hingga saat ini belum memiliki bangunan tetap.

Untuk layanan swasta, terdapat 1 klinik yaitu Klinik Grand Lazuardi yang berjenis klinik pertama. Praktik mandiri tenaga kesehatan juga cukup banyak tersebar, dengan total 31 praktisi, terdiri dari 7 dokter umum, 2 dokter gigi, 3 perawat, dan 19 bidan. Layanan berbasis masyarakat juga terbilang aktif, dengan 53 Posyandu yang semuanya berstatus aktif dimana 42 di antaranya berstrata Purnama dan 11 berstrata Mandiri. Di samping itu, setiap desa memiliki 1 Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu), sehingga total terdapat 19 Posbindu di seluruh wilayah kerja.

Tabel 5. 2 Rekapitulasi Sarana Pelayanan Kesehatan UPTD Puskesmas Darma Tahun 2025

No	Jenis Sarana Pelayanan Kesehatan	Jumlah
1	Puskesmas Induk	1
2	Puskesmas Pembantu (Pustu)	4
3	Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)	15
4	Klinik	1
5	Praktik Mandiri Dokter Umum	7
6	Praktik Mandiri Dokter Gigi	2
7	Praktik Mandiri Perawat	3
8	Praktik Mandiri Bidan	19
9	Posyandu	53
10	Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu)	19

Sumber: Laporan Promkes Tahun 2025

5.2 Karakteristik Informan

Informan pada penelitian ini berjumlah 6 orang, yang terdiri dari Pemegang Program SPM sekaligus perwakilan pelatihan ILP pertama kali (mewakili

perspektif manajerial Kepala Puskesmas), Penanggung Jawab Klaster 1 (Klaster Manajemen), Penanggung Jawab Klaster 2 (Klaster KIA), Penanggung Jawab Klaster 3 (Klaster Usia Dewasa dan Lansia), Tenaga Pelaksana Klaster 2, serta Tenaga Pelaksana Klaster 3. Seluruh informan merupakan tenaga kesehatan yang telah bekerja di UPTD Puskesmas Darma sebelum implementasi ILP dimulai pada Agustus 2024. Dengan demikian, seluruh informan telah mengalami langsung sistem pelayanan lama berbasis program, dan juga terlibat aktif dalam proses transisi menuju sistem berbasis klaster yang baru. Hal ini menunjukkan bahwa perspektif yang diperoleh mencerminkan pengalaman nyata dari proses perubahan yang sesungguhnya terjadi di lapangan, bukan sekadar pengetahuan teoritis mengenai ILP.

Tabel 5. 3 Karakteristik Informan

Informan	Jabatan	Pendidikan	Jenis Kelamin
AI	Kepala Puskesmas yang diwakili oleh pemegang program SPM sekaligus perwakilan pelatihan ILP pertama kali	S1 Profesi Ners	Laki-laki
AII	Penanggung Jawab Klaster 1 (Kasub Tata Usaha)	S2 Kesehatan Masyarakat	Perempuan
AIII	Penanggung Jawab Klaster 2 (Bidan Koordinator)	D3 Kebidanan	Perempuan
AIV	Penanggung Jawab Klaster 3 (PJ Mutu)	S1 Profesi Dokter Umum	Perempuan
AV	Tenaga Pelaksana Klaster 2 (Bidan)	D4 Kebidanan	Perempuan
AVI	Tenaga Pelaksana Klaster 3 (Perawat Terampil)	D3 Keperawatan	Perempuan

Berdasarkan Tabel 5.3 di atas, seluruh informan berjumlah 6 orang dengan latar belakang pendidikan yang bervariasi, mulai dari Diploma III (D3 Kebidanan dan D3 Keperawatan), Diploma IV (D4 Kebidanan), Strata 1 Profesi (S1 Ners dan S1 Profesi Dokter Umum), hingga Strata 2 (S2 Kesehatan Masyarakat). Sebagian

besar informan berjenis kelamin perempuan, dan hanya satu informan berjenis kelamin laki-laki, yaitu Informan I. Komposisi ini mencerminkan dominasi tenaga kebidanan dan keperawatan dalam pelaksanaan ILP, yang memang merupakan tenaga inti dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak serta kesehatan masyarakat di Puskesmas. Seluruh informan telah mengalami transisi sistem pelayanan dari pendekatan berbasis program ke pendekatan berbasis klaster, sehingga mampu memberikan perspektif yang komprehensif dan berdasarkan pengalaman langsung di lapangan.

5.3 Analisis Data

Uji keabsahan data dilakukan melalui triangulasi yang meliputi triangulasi sumber, triangulasi teknik, dan triangulasi waktu. Triangulasi sumber dilakukan untuk membandingkan konsistensi informasi yang diperoleh dari berbagai informan. Triangulasi teknik dilakukan untuk memastikan kesesuaian data yang diperoleh melalui berbagai teknik pengumpulan data, sedangkan triangulasi waktu dilakukan untuk memastikan konsistensi informasi yang diperoleh pada waktu yang berbeda selama proses penelitian.

Hasil triangulasi menunjukkan bahwa data yang diperoleh memiliki tingkat konsistensi dan kesesuaian yang baik sehingga mendukung kredibilitas temuan penelitian. Hasil triangulasi penelitian disajikan pada Tabel 5.4.

Tabel 5. 4 Triangulasi

No	Pertanyaan Penelitian	Triangulasi Sumber	Triangulasi Teknik	Triangulasi Waktu
1	Bagaimana pelaksanaan manajemen ILP pada Klaster Manajemen, Klaster KIA, serta Klaster Usia Dewasa dan Lansia di Puskesmas Darma?	Membandingkan pernyataan keenam informan lintas level (Pemegang Program SPM, PJ Klaster Manajemen/KIA/ Usia Dewasa Lansia, serta pelaksana Klaster KIA dan Usia Dewasa-Lansia) mengenai komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi pada tiap klaster, untuk mengidentifikasi kesesuaian maupun kesenjangan persepsi antara level manajerial dan pelaksana lapangan.	Membandingkan hasil wawancara dengan hasil observasi langsung di Puskesmas Darma mengacu pada Pedoman Observasi (Lampiran 7) aspek 1-3, yaitu pelaksanaan sistem klaster (pembagian ruang, alur pelayanan, koordinasi antarklaster), ketersediaan dan kondisi sarana prasarana tiap klaster, serta ketersediaan SOP dan dokumen administrasi (SK, RPK, buku register).	Wawancara dilaksanakan Jumat, 24 April 2026 dan wawancara lanjutan Senin, 27 April 2026; observasi langsung di lingkungan Puskesmas Darma dilakukan pada Jumat, 24 April 2026 dan Sabtu, 25 April 2026, untuk memastikan konsistensi kondisi manajemen klaster pada dua hari kerja yang berbeda.
2	Bagaimana capaian indikator program SPM pada pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, dan lansia di Puskesmas Darma?	Membandingkan data capaian SPM dari dokumen laporan resmi dengan penjelasan Pemegang Program SPM (Informan I) dan PJ Klaster KIA (Informan III) mengenai interpretasi angka capaian dan faktor penyebabnya, termasuk metode penetapan sasaran	Membandingkan data dokumen capaian SPM dengan hasil observasi langsung di Puskesmas mengacu pada Pedoman Observasi aspek 4-6, yaitu ketersediaan laporan capaian SPM per triwulan dan media visualisasi capaian (grafik/dashboard/	Data capaian dibandingkan antar-periode pelaporan 2023-2025.

		berbasis estimasi BPS.	papan), pelaksanaan pelayanan KIA sesuai standar 10T yang telah ditingkatkan menjadi 12T, serta pelaksanaan pelayanan Klaster Usia Dewasa dan Lansia (skrining dan posyandu lansia yang dilaksanakan di lingkungan Puskesmas).	
3	Bagaimana pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) dalam mendukung pencapaian program Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Puskesmas Darma?	Membandingkan pernyataan Pemegang Program SPM mengenai manfaat pembagian klaster terhadap kemudahan pelaporan dengan pernyataan PJ Klaster Usia Dewasa dan Lansia (Informan IV) mengenai kontribusi inovasi lokal (Sidia Tanpa Sidini) terhadap capaian skrining, untuk melihat konsistensi gambaran dukungan ILP dari sisi pelaporan maupun sisi pelayanan langsung.	Membandingkan hasil wawancara tersebut dengan data dokumen capaian SPM tahun 2025 dan hasil observasi pelaksanaan program di Puskesmas (pelaksanaan 12T pada Klaster KIA, pelaksanaan skrining pada Klaster Usia Dewasa dan Lansia), untuk mengonfirmasi kesesuaian antara klaim informan dan praktik riil yang teramati.	Membandingkan pola dukungan ILP terhadap pelaporan dan capaian pada beberapa periode pelaporan tahun 2025, serta perkembangan program inovasi Sidia Tanpa Sidini.
4	Apa saja faktor pendukung dan penghambat	Membandingkan pernyataan informan pada klaster yang berbeda (PJ Klaster	Membandingkan hasil wawancara dengan hasil observasi kondisi fisik dan sarana di	Mengamati konsistensi kemunculan faktor pendukung dan penghambat

	dalam implementasi ILP pada pencapaian program SPM di Puskesmas Darma?	Manajemen, PJ Klaster KIA, PJ dan pelaksana Klaster Usia Dewasa-Lansia) untuk memastikan apakah suatu faktor pendukung/ penghambat bersifat spesifik klaster (misalnya ketiadaan honorarium kader pada Klaster Usia Dewasa-Lansia) atau lintas klaster (misalnya fragmentasi aplikasi pelaporan dan estimasi sasaran BPS).	lapangan (kondisi gedung yang terfragmentasi, ketersediaan alat skrining) mengacu pada Pedoman Observasi aspek 2 dan 3, serta telaah dokumen anggaran, SK Penanggung Jawab Klaster, dan data capaian SPM.	tersebut pada rangkaian kunjungan lapangan tanggal 24, 25, dan 27 April 2026, untuk memastikan faktor-faktor tersebut bersifat menetap sepanjang periode pengumpulan data, bukan kondisi sesaat pada satu waktu kunjungan.
--	--	--	---	--

5.4 Hasil

5.4.1 Pelaksanaan Manajemen ILP di Puskesmas Darma pada Tiga Klaster

Terpilih

Secara keseluruhan, temuan disajikan dalam tabel ringkasan di bawah ini sebagai panduan bagi pembaca sebelum membaca uraian naratif lebih lanjut.

Tabel 5. 5 Pelaksanaan Manajemen ILP di Puskesmas Darma pada Tiga Klaster Terpilih

Aspek	Sub-Aspek	Klaster Manajemen	Klaster KIA	Klaster Usia Dewasa & Lansia
Komunikasi	Alur & mekanisme sosialisasi	a. Informasi ILP diterima dari Kemenkes → Dinkes → Puskesmas. b. Dua perwakilan mengikuti	a. Sosialisasi pertama kali dari Dinkes melalui pelatihan (2024 akhir). b. Informasi disebarluaskan oleh PJ KIA	a. Informasi ILP pertama kali dari Dinkes Kesehatan. b. Informasi disebarkan melalui apel pagi, staff meeting, serta

		pelatihan dari Dinkes. c. Hasil pelatihan disampaikan ke seluruh staf melalui 3-4 kali sosialisasi internal, serta diperkuat dengan rapat mingguan dan minilokakarya bulanan.	kepada semua bidan melalui pertemuan rutin. c. Pelaksana KIA menerima informasi melalui rapat staf.	minilokakarya bulanan. c. PJ klaster 3 aktif berkonsultasi langsung ke dokter/petugas Dinkes jika ada ketidakjelasan.
Kejelasan informasi & pemahaman staf	a. Perwakilan Kepala Puskesmas menyatakan seluruh staf sudah paham ILP. b. PJ Manajemen mengakui ada kebingungan awal terutama terkait integrasi manajemen mutu ke dalam klaster. c. Pedoman teknis tersedia dalam bentuk softfile dari Kemenkes. d. Pedoman diterapkan dengan menyesuaikan sumber daya lokal.	a. PJ KIA menyatakan pemahaman baru utuh setelah langsung ke lapangan. b. Bagi pelaksana KIA, teknis pelayanan di posyandu desa masih ada misinformasi pada awal implementasi. c. Tidak tersedia forum tanya jawab formal bagi pelaksana.	a. Pedoman teknis dinilai sudah cukup jelas dan terstruktur oleh PJ. b. Pelaksana mengakui masih kadang bingung membedakan batas klaster (antara klaster 3 dan klaster lainnya). c. Pemahaman diseragamkan melalui pertemuan rutin.	
Miskomunikasi & cara penyelesaian	a. Miskomunikasi pernah terjadi terutama dalam kegiatan luar gedung. b. Penyelesaian dilakukan melalui FGD/forum diskusi, rapat mingguan, atau rapat dadakan. c. Miskomunikasi terkait KB (sempat tidak jelas masuk klaster mana)	a. Studi banding memberikan kejelasan teknis pelaksanaan ILP di desa/posyandu. b. Jika ada ketidakjelasan, PJ KIA langsung berkonsultasi ke kepala puskesmas atau Dinkes. c. Koordinasi berjalan dua	a. Perbedaan pemahaman antar staf pada awal implementasi diselesaikan melalui pertemuan rutin dan lokakarya bulanan. b. PJ klaster 3 langsung menghubungi Dinkes jika ada hal yang belum jelas.	

		diselesaikan dengan kesepakatan KB masuk klaster 3.	arah secara rutin.	
Sumber Daya	Sumber daya manusia	a. Klaster manajemen melibatkan ± 20 orang dari 9 sub-manajemen. b. Seluruh staf merangkap tugas tanpa kecuali. c. Keterbatasan tenaga IT diakui sebagai kelemahan. d. Kepala puskesmas menyatakan secara umum jumlah dan kompetensi SDM mencukupi.	a. Terdapat 37 bidan, yang terdiri dari 20 bidan desa untuk 19 desa, 7 bidan pelayanan rawat jalan, dan 10 bidan PONE. b. Secara umum jumlah mencukupi, namun kekurangan tenaga terjadi saat pelayanan bersamaan dengan kegiatan lapangan (posyandu). c. Diperlukan pengganti saat staf tidak hadir.	a. Total SDM Puskesmas dinilai sangat mencukupi oleh PJ klaster 3. b. Klaster ini dijalankan oleh 5 orang (perawat, dokter, petugas rujukan). c. Kader posyandu aktif berkolaborasi namun kompetensinya belum sepenuhnya terpantau oleh PJ klaster.
	Sarana & prasarana	a. Hambatan utama pada fasilitas gedung: puskesmas terbagi di 3 gedung terpisah sehingga alur klaster tidak ideal. b. Tata letak tidak mendukung alur UGD-klaster. c. PJ Manajemen sedang merancang solusi loket tengah. d. Ketergantungan pada internet menjadi risiko sistem digital.	a. Alat pemeriksaan kesehatan (ANC, persalinan) sudah lengkap. b. Kekurangan pada komputer KIA yang sudah tua dan tidak terhubung jaringan, serta printer. c. Terdapat 4 pustok dan 15 poskesdes aktif. d. Desa Cimenga, Gunung Sirah, Sagarahi, dan Tugumulya	a. Alat pemeriksaan dasar PTM (tensimeter, timbangan, dll.) dinilai memadai. b. Alat untuk beberapa pemeriksaan lanjutan (mis. pemeriksaan pendengaran/penglihatan lanjut) belum tersedia. c. Semua alat dinyatakan berfungsi baik dan diperiksa berkala.

Disposisi			tergolong sulit dijangkau.	
	Anggaran	a. Anggaran bersumber dari JKN (dalam gedung) dan BOK (luar gedung). b. Semua klaster mengajukan anggaran di akhir tahun. c. Dengan adanya efisiensi anggaran, tidak semua klaster mendapat alokasi yang diinginkan. d. Kegiatan rutin tidak pernah terhenti karena anggaran.	a. Kegiatan KIA dibiayai BOK dan JKN. b. Kekurangan bahan pernah terjadi khusus untuk obat karena terbatas dari BPJS. c. Tidak ada kegiatan yang pernah terhenti karena anggaran. d. Kader posyandu tidak mendapat honor dari Puskesmas.	a. PJ Klaster 3 menyampaikan bahwa pengelolaan anggaran dilakukan oleh pihak manajemen puskesmas. b. Sejauh ini manajemen selalu responsif terhadap kebutuhan alat sehingga tidak terdapat program yang terhambat akibat keterbatasan anggaran.
	Sikap awal & proses adaptasi	a. Hampir seluruh staf awalnya menolak karena merasa sistem baru terlalu ribet. b. Penolakan lebih karena ketidakbiasaan, bukan penolakan prinsipil. c. PJ Manajemen mengalami transisi peran berat dari klinis ke manajerial. d. Adaptasi berlangsung bertahap hingga saat ini seluruh staf dinilai sudah beradaptasi.	a. PJ KIA menyatakan tidak ada pesimisme. b. Pelaksana KIA merasa tidak banyak perubahan signifikan dalam rutinitas klinis. c. Adaptasi berjalan relatif cepat karena sistem pelayanan KIA (Posyandu 5 meja, ANC 12T) tidak banyak berubah secara teknis.	a. Pelaksana klaster 3 menerima perubahan dengan tenang: 'kata saya mah sama saja, soalnya cuma beda klaster saja.' b. Perbedaan pemahaman antar staf pada awal program wajar terjadi namun diselesaikan melalui evaluasi rutin (lokbul).
	Motivasi & komitmen	a. Kepala Puskesmas membangun motivasi melalui pendekatan pengetahuan,	a. PJ KIA menyatakan motivasi utama bersumber dari kewajiban dan	a. PJ klaster 3 membangun semangat tim melalui pertemuan

		aturan, dan reward berupa uang transportasi kegiatan lapangan. b. PJ Manajemen mengakui ada ambivalensi terhadap sistem digital namun tetap berkomitmen. c. Beban klaster manajemen dinilai sangat besar.	rasa tanggung jawab profesional. b. Penurunan motivasi terjadi akibat kelelahan dan beban administratif multi-aplikasi. c. Pelaksana KIA juga menyebut nilai personal/niat sebagai sumber motivasi.	evaluasi rutin bulanan. b. Pelaksana menyatakan selalu semangat melayani. c. Staf klaster 3 dinilai sudah terampil dan percaya diri dalam melaksanakan skrining.
	Faktor yang mempengaruhi motivasi	a. Pendorong: dukungan kepala puskesmas, kewajiban pelaporan SPM, reward kegiatan. b. Penghambat: beban multi-aplikasi yang berganti tiap tahun, rangkap tugas menyeluruh, tekanan pencapaian target SPM yang tinggi.	a. Pendorong: rasa tanggung jawab, hasil kerja yang terlihat (ibu hamil tertangani). b. Penghambat: kelelahan fisik, beban administratif rekam medis dan multi-aplikasi pelaporan.	a. Pendorong: kepuasan melayani lansia, rasa kewajiban, dukungan tim. b. Penghambat: partisipasi masyarakat (terutama usia produktif) yang masih rendah karena benturan waktu kerja, jarak desa terpencil.
Struktur Birokrasi	Ketersediaan & penerapan SOP	a. SOP klaster manajemen sudah tersedia, disusun tim mutu bersama perwakilan klaster mengacu template dari Dinkes. b. Mencakup SOP pelaporan keuangan, kepegawaian, dll. c. Semua SOP dalam bentuk file digital, sudah diterapkan dalam rutinitas harian.	a. SOP KIA sangat komprehensif: $\pm 76-80$ SOP (ANC, nifas, PONE, dll.), semuanya dalam bentuk file. b. Seluruh SOP dinyatakan sudah diterapkan. c. PJ KIA menyatakan SOP mudah dipahami dan diikuti dalam praktik.	a. SOP klaster 3 tersedia lengkap mencakup alur kedatangan pasien hingga pelaporan. b. Implementasi SOP belum konsisten: tidak semua staf mengikutinya secara konsisten, meskipun secara keseluruhan sudah paham isi SOP.

	Mekanisme koordinasi antar klaster	a. Koordinasi dilakukan melalui rapat mingguan, pra-lokbul (per klaster), dan lokbul (lintas klaster). b. Jika ada miskomunikasi, langsung dibahas di rapat atau rapat dadakan. c. Evaluasi dengan menggunakan <i>Google Review</i> pasien sebagai bahan evaluasi tambahan.	a. Koordinasi KIA dilakukan melalui pertemuan rutin dua jenis (mingguan internal klaster dan pertemuan lintas klaster). b. Kasus tumpang tindih klaster (KB) telah diselesaikan dengan kesepakatan bahwa KB masuk klaster 3. c. Koordinasi dinilai berjalan lancar.	a. Koordinasi dilakukan melalui lokakarya bulanan dan pertemuan internal. b. Alur pelaporan klaster 3 ke manajemen berjalan lancar. c. Kendala utama: pencatatan data ganda dan ketidakkonsistenan dokumentasi yang berdampak pada akurasi laporan SPM.
	Sistem pelaporan SPM	a. Sistem pelaporan menggunakan SIMPUS dan laporan manual (<i>hard copy</i>). b. SPM dilaporkan bulanan ke Dinkes (awal bulan). c. Terdapat minimal 4 aplikasi pelaporan berbeda (CKG, SIGIGI, SIMKESWA, TB, dll.) yang tidak saling terintegrasi dengan hasil SPM. d. Data kadang terlambat karena kesibukan pemegang program.	a. Pelaporan SPM KIA (SPM 1-5) dilakukan secara rutin. b. Hambatan utama: bidan desa mencatat kegiatan namun laporannya tidak selalu terbidging ke hasil SPM di sistem. c. Rekam medis elektronik mulai diterapkan. d. Obat sering terbatas dari BPJS.	a. Pelaporan klaster 3 menggunakan RME yang memudahkan pencatatan harian. b. Capaian SPM usia produktif masih rendah, akar masalah dinilai bukan pada pelayanan melainkan pada ketidakkonsistenan pencatatan dan estimasi sasaran yang terlalu tinggi.

Sumber: Hasil wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen

1. Komunikasi dalam Pelaksanaan ILP

a. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Data pada aspek komunikasi dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap enam informan mengenai alur dan mekanisme penyampaian informasi kebijakan ILP, serta observasi langsung terhadap pelaksanaan sistem klaster di Puskesmas Darma yang meliputi pembagian ruang pelayanan berdasarkan klaster, ketersediaan papan informasi atau penunjuk arah klaster, kesesuaian alur pelayanan berbasis klaster dengan pedoman ILP, dan koordinasi antarpemangku jawab klaster dalam kegiatan pelayanan sehari-hari.

b. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Data mentah tersebut kemudian diolah dan dikategorikan menggunakan aplikasi *OpenCode*, dengan berfokus pada tiga sub-aspek: alur dan mekanisme sosialisasi, kejelasan informasi dan pemahaman staf, serta pola miskomunikasi dan cara penyelesaiannya.

Tabel 5. 6 Pengumpulan dan Reduksi Data pada Aspek Komunikasi

Informan	Kutipan / Data Mentah (Pengumpulan Data)	Kode Terbuka (Reduksi Data)	Kategori/Tema
AI (Pemegang Program SPM)	"ILP itu pertama-tama kita kan ada perwakilan dari Puskesmas yang melakukan pelatihan. Pelatihan ILP itu dari Puskesmas Darma itu ada dua orang."	Alur sosialisasi berjenjang (Kemenkes→Dinkes →Puskesmas→staf)	Komunikasi kebijakan top-down
AV (Pelaksana Klaster KIA)	"Sebenarnya kurang terlalu dipahami ya, karena masih ada misinformasi. Jadi belum betul-betul jelas konsep ILP,	Kesenjangan pemahaman pada level pelaksana	Miskomunikasi teknis di lapangan

	terutama pada pelaksanaan posyandu di desa."		
AII (PJ Klaster Manajemen)	Informasi ILP diterima melalui undangan sosialisasi Dinkes, ditindaklanjuti pertemuan daring Provinsi/Kemenkes; pedoman teknis softfile dicetak mandiri.	Akses informasi formal terdokumentasi	Kelancaran arus informasi di level manajerial
Klaster Usia Dewasa & Lansia (AIV/AVI)	Pemahaman staf terhadap pelayanan dalam gedung dinilai sudah cukup baik; kendala lebih bersifat operasional pada penyesuaian konsep lintas usia.	Kendala operasional, bukan kendala pemahaman dasar	Miskomunikasi bersifat teknis-operasional
Seluruh Klaster	FGD internal, Rapat Minggon, Pralokbul, Lokbul digunakan ketiga klaster sebagai mekanisme klarifikasi bersama atas miskomunikasi yang muncul.	Mekanisme resolusi miskomunikasi terlembaga	Komunikasi korektif berkelanjutan

c. Penyajian Data (*Data Display*)

Secara umum, penyampaian kebijakan ILP di Puskesmas Darma mengikuti alur hirarkis dari Kementerian Kesehatan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, kemudian ke Puskesmas. Puskesmas Darma mengirimkan dua perwakilan untuk mengikuti pelatihan ILP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan dengan melibatkan perwakilan dari Kementerian Kesehatan. Setelah pelatihan, kedua perwakilan tersebut melakukan sosialisasi internal kepada seluruh staf Puskesmas sebanyak tiga hingga empat kali, mengingat kompleksitas ILP yang mencakup pelayanan dalam gedung maupun luar gedung. Selain itu, Puskesmas juga melakukan sosialisasi eksternal kepada lintas sektor, yaitu camat, kepala desa, dan kader kesehatan, guna mempersiapkan masyarakat terhadap perubahan sistem

pelayanan. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Informan I selaku Pemegang Program SPM:

"ILP itu pertama-tama kita kan ada perwakilan dari Puskesmas yang melakukan pelatihan. Pelatihan ILP itu dari Puskesmas Darma itu ada dua orang. [AI]"

Pada Klaster Manajemen, komunikasi kebijakan ILP berjalan relatif lancar. Penanggung Jawab Klaster Manajemen mengonfirmasi bahwa informasi ILP diterima melalui undangan sosialisasi dari Dinas Kesehatan, kemudian ditindaklanjuti dengan pertemuan daring bersama Provinsi dan Kementerian Kesehatan. Pedoman teknis dalam bentuk softfile diterima langsung dari Kementerian Kesehatan dan dicetak secara mandiri oleh pihak Puskesmas, sehingga seluruh staf klaster dapat mengakses acuan teknis yang diperlukan.

Pada Klaster KIA, pemahaman terhadap konsep ILP dinilai masih belum sepenuhnya merata, terutama di tingkat bidan pelaksana. Miskomunikasi yang paling menonjol berkaitan dengan pelaksanaan Posyandu ILP di luar gedung, khususnya konsep pengintegrasian semua kelompok usia dalam satu hari Posyandu. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Informan V selaku Bidan Pelaksana Klaster KIA:

"Sebenarnya kurang terlalu dipahami ya, karena masih ada misinformasi. Jadi belum betul-betul jelas konsep ILP, terutama pada pelaksanaan posyandu di desa. [AV]"

Persoalan ini akhirnya diselesaikan melalui diskusi bersama Dinas Kesehatan, dengan kesepakatan bahwa pelaksanaan Posyandu tetap berjalan seperti semula namun dengan penajaman pengundangan sasaran.

Pada Klaster Usia Dewasa dan Lansia, pemahaman staf terhadap pelayanan dalam gedung dinilai sudah cukup baik. Kendala komunikasi yang dijumpai lebih bersifat operasional, terutama terkait penyelarasan konsep pelayanan terpadu lintas usia di tingkat lapangan. Mekanisme penyelesaian miskomunikasi yang digunakan oleh ketiga klaster secara bersama meliputi *Forum Group Discussion* (FGD) internal, Rapat Minggon, Pralokbul, dan Lokbul.

d. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Berdasarkan hasil pengumpulan data, reduksi data, dan penyajian data, dapat disimpulkan bahwa komunikasi kebijakan ILP di Puskesmas Darma secara struktural sudah berjalan melalui alur hierarkis dan mekanisme sosialisasi berlapis (pelatihan, sosialisasi internal 3-4 kali, sosialisasi eksternal lintas sektor), namun secara substansial masih terdapat kesenjangan pemahaman pada level pelaksana teknis, khususnya di Klaster KIA terkait pelaksanaan Posyandu ILP di luar gedung. Kesenjangan ini bersifat teknis-operasional, bukan penolakan terhadap kebijakan, dan telah ditindaklanjuti melalui forum klarifikasi rutin (FGD, Rapat Minggon, Pralokbul, Lokbul).

2. Sumber Daya dalam Pelaksanaan ILP

a. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Data pada aspek sumber daya dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap enam informan mengenai kecukupan tenaga, anggaran, dan sarana prasarana, serta observasi langsung terhadap ketersediaan dan kondisi sarana prasarana di masing-masing klaster yang meliputi ketersediaan alat pemeriksaan pada pelayanan KIA, alat skrining kesehatan lansia, kondisi sarana prasarana yang layak digunakan, serta kecukupan bahan habis pakai untuk mendukung pelayanan.

b. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Data mentah tersebut diolah menggunakan *OpenCode* dengan berfokus pada tiga sub-aspek: sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta anggaran pada tiap klaster.

Tabel 5. 7 Pengumpulan dan Reduksi Data pada Aspek Sumber Daya

Informan	Kutipan / Data Mentah (Pengumpulan Data)	Kode Terbuka (Reduksi Data)	Kategori/Tema
AIII (PJ Klaster KIA)	"Suka kekurangan tenaga itu kalau misalnya kegiatannya tidak satu titik. Di pelayanan rawat jalan juga di klaster dua, kalau misalnya banyak pengunjung, kekurangan tenaga."	Kekurangan tenaga bersifat situasional (multititik)	Keterbatasan SDM saat beban kerja serentak
Seluruh klaster	Total 86 tenaga di Puskesmas Darma; Klaster KIA didukung 36 bidan (20 bidan desa di 19 desa, 7 bidan rawat jalan, 10 bidan PONED).	Distribusi SDM per klaster terdokumentasi	Kecukupan kuantitas SDM

Klaster KIA	Gedung PONED terpisah dari gedung utama; komputer sudah tua, belum tersedia printer sendiri.	Keterbatasan sarana pendukung dokumentasi	Kesenjangan sarana antar-klaster
Klaster Usia Dewasa & Lansia (AIV)	5 tenaga inti dengan kolaborasi lintas klaster; alat skrining PTM tersedia dan berfungsi baik (dikonfirmasi observasi).	Kecukupan alat, keterbatasan tenaga inti	Efisiensi sumber daya berbasis kolaborasi
AI (Pemegang Program SPM)	"Kader kesehatan itu kan tidak ada anggaran dari Puskesmas atau Dinas Kesehatan untuk memberikan honor ke kader... mungkin terbatas dananya."	Ketiadaan honorarium kader dari jalur resmi	Keterbatasan anggaran pendukung kader

c. Penyajian Data (*Data Display*)

Secara keseluruhan, Puskesmas Darma memiliki total 86 tenaga yang dinilai memadai oleh hampir seluruh informan. Sumber anggaran operasional ILP berasal dari JKN untuk kegiatan dalam gedung dan BOK sebagai DAK non-fisik dari Kementerian Kesehatan untuk kegiatan luar gedung, dan tidak ada kegiatan rutin yang terhenti akibat keterbatasan anggaran. Hambatan sarana prasarana yang paling dominan adalah kondisi gedung Puskesmas yang terdiri dari tiga bangunan terpisah, sehingga klaster-klaster ditempatkan di lokasi berbeda yang menghambat efisiensi alur pelayanan berbasis klaster.

Pada Klaster Manajemen, ketersediaan sumber daya dinilai cukup memadai untuk menjalankan fungsi koordinasi dan pelaporan. Klaster ini berada di gedung utama bersama sebagian besar klaster lainnya, sehingga koordinasi lintas klaster relatif lebih mudah dilakukan. Kendala yang dijumpai lebih bersifat administratif, yaitu terbatasnya sarana visualisasi

capaian dan ketergantungan pada infrastruktur digital yang belum sepenuhnya terintegrasi.

Pada Klaster KIA, sumber daya tenaga terbilang paling besar di antara ketiga klaster, yakni didukung oleh 36 bidan yang terdiri dari 20 bidan desa yang tersebar di 19 desa, 7 bidan pelayanan rawat jalan, dan 10 bidan PONED. Meskipun demikian, kondisi situasional kekurangan tenaga tetap terjadi saat kegiatan berlangsung serentak di beberapa titik lokasi. Sebagaimana yang disampaikan oleh Informan III selaku Penanggung Jawab Klaster KIA:

"Suka kekurangan tenaga itu kalau misalnya kegiatannya tidak satu titik. Di pelayanan rawat jalan juga di klaster dua, kalau misalnya banyak pengunjung, kekurangan tenaga. [AIII]"

Dari sisi sarana, Klaster KIA berada di gedung PONED yang terpisah dari gedung utama. Alat pemeriksaan dasar seperti timbangan, tensimeter, dan doppler tersedia dan berfungsi dengan baik, namun klaster ini melaporkan penggunaan komputer yang sudah tua dan belum tersedianya printer sendiri, yang menghambat kelancaran dokumentasi pelayanan.

Pada Klaster Usia Dewasa dan Lansia, pelaksanaan dijalankan oleh 5 orang tenaga inti yang dilengkapi dengan kolaborasi lintas klaster. Alat skrining PTM tersedia dan berfungsi dengan baik berdasarkan hasil observasi. Satu kendala sumber daya yang berdampak lintas klaster adalah tidak adanya honorarium bagi kader kesehatan dari Puskesmas maupun Dinas Kesehatan, karena pembiayaan kader seharusnya bersumber dari Dana Desa yang dalam

praktiknya masih sangat terbatas, sehingga keberlanjutan keterlibatan kader di kegiatan posyandu menjadi tidak optimal.

d. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Berdasarkan hasil pengumpulan data, reduksi data, dan penyajian data dapat disimpulkan bahwa ketersediaan sumber daya di Puskesmas Darma secara kuantitas total (86 tenaga) sudah memadai, dan tidak ada kegiatan yang terhenti karena keterbatasan anggaran. Namun demikian, terdapat kesenjangan pada aspek kualitas dan distribusi sumber daya, yaitu kekurangan tenaga yang bersifat situasional saat kegiatan serentak di banyak titik, kondisi gedung yang terfragmentasi menjadi tiga bangunan terpisah, keterbatasan sarana dokumentasi di Klaster KIA, dan ketiadaan honorarium resmi bagi kader kesehatan yang berdampak lintas klaster.

3. Disposisi Tenaga Kesehatan dalam Pelaksanaan ILP

a. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Data pada aspek disposisi dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap enam informan mengenai sikap dan motivasi staf dalam menjalankan sistem klaster, serta observasi langsung terhadap perilaku dan interaksi kerja staf selama pelaksanaan sistem klaster, khususnya dalam penerapan alur pelayanan berbasis klaster dan koordinasi antarpemangung jawab klaster dalam kegiatan pelayanan.

b. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Data mentah tersebut diolah menggunakan *OpenCode* dengan berfokus pada dua sub-aspek: sikap awal dan proses adaptasi, serta motivasi dan komitmen staf pada tiap klaster.

Tabel 5. 8 Pengumpulan dan Reduksi Data pada Aspek Disposisi

Informan	Kutipan / Data Mentah (Pengumpulan Data)	Kode Terbuka (Reduksi Data)	Kategori/Tema
AI (Pemegang Program SPM)	"Kebanyakan dari awalnya itu kebanyakan yang menolak karena ribet... tadinya sih hampir semua juga keberatan ya, bukan menolak karena itu tetap kita harus jalani karena ini program pemerintah."	Resistensi awal bersifat keberatan teknis, bukan penolakan prinsipil	Adaptasi bertahap terhadap kebijakan baru
AV (Pelaksana Klaster KIA)	"Yang bikin lelahnya lebih ke beban-beban administratif sih karena kan banyak-banyak hal yang harus dicatat, hal-hal yang harus diinput ke aplikasi ini, aplikasi itu."	Kelelahan administratif akibat multi-aplikasi	Faktor pengurang motivasi kerja
Klaster Manajemen	Disposisi staf dipengaruhi kesadaran tanggung jawab koordinatif; motivasi bersumber dari kewajiban profesional dan rapat rutin.	Motivasi berbasis tanggung jawab struktural	Disposisi positif level koordinatif
Klaster Usia Dewasa & Lansia (AIV/AVI)	Motivasi dijaga melalui pertemuan rutin bulanan dan komunikasi informal antaranggota klaster.	Motivasi berbasis kohesi tim informal	Disposisi positif berbasis relasi kerja
AI (Pemegang Program SPM)	Strategi reward uang transportasi kegiatan lapangan (dana BOK) dan kegiatan refreshing tim berkala.	Intervensi manajerial untuk menjaga motivasi	Upaya struktural mengelola disposisi staf

c. Penyajian Data (*Data Display*)

Secara umum, temuan menunjukkan bahwa pada implementasi awal ILP terdapat resistensi dari sebagian staf pada Klaster 1 dan Klaster 2 karena perubahan sistem kerja dari berbasis program menjadi berbasis klaster. Namun resistensi tersebut berangsur berkurang setelah dilakukan sosialisasi, pendampingan, dan evaluasi rutin. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Informan I:

"Kebanyakan dari awalnya itu kebanyakan yang menolak karena ribet... Sebetulnya yang menolak, tadinya sih hampir semua juga keberatan ya, bukan menolak karena itu tetap kita harus jalani karena ini program pemerintah. [AI]"

Setelah lebih dari satu tahun berjalan, seluruh staf di ketiga klaster dilaporkan telah beradaptasi sepenuhnya. Kepala Puskesmas menerapkan strategi reward berupa uang transportasi untuk kegiatan lapangan dari anggaran BOK serta kegiatan refreshing tim secara berkala sebagai upaya menjaga motivasi staf.

Pada Klaster Manajemen, disposisi staf dipengaruhi oleh kesadaran akan tanggung jawab koordinatif sebagai klaster yang menopang sistem pelaporan seluruh program. Motivasi staf klaster ini bersumber terutama dari kewajiban profesional dan mekanisme pertemuan rutin yang menjaga keterlibatan aktif.

Pada Klaster KIA, motivasi tenaga pelaksana bersumber dari kombinasi kewajiban profesional sebagai bidan dan nilai personal, termasuk niat ibadah

yang diungkapkan oleh beberapa bidan pelaksana. Faktor pengurang motivasi yang paling dominan adalah beban administratif akibat kewajiban pengisian multi-aplikasi pelaporan. Sebagaimana yang disampaikan oleh Informan V:

"Yang bikin lelahnya lebih ke beban-beban administratif sih karena kan banyak-banyak hal yang harus dicatat, hal-hal yang harus diinput ke aplikasi ini, aplikasi itu. [AV]"

Pada Klaster Usia Dewasa dan Lansia, motivasi staf dijaga melalui pertemuan rutin bulanan dan komunikasi informal antar anggota klaster. Secara keseluruhan, beban administratif multi-aplikasi mencakup aplikasi CKG, SIGIGI, SIMKESWA, TB, dan Rekam Medis Elektronik (RME) menjadi faktor penekan motivasi yang dirasakan secara lintas klaster, karena menimbulkan kejenuhan administratif yang secara tidak langsung memengaruhi produktivitas pelayanan.

d. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Berdasarkan hasil pengumpulan data, reduksi data, dan penyajian data dapat disimpulkan bahwa disposisi tenaga kesehatan terhadap implementasi ILP di Puskesmas Darma mengalami dinamika bertahap: resistensi awal yang muncul pada Klaster Manajemen dan Klaster KIA lebih disebabkan oleh ketidakbiasaan terhadap perubahan sistem kerja dan beban administratif multi-aplikasi, bukan penolakan terhadap substansi kebijakan, dan berangsur berubah menjadi penerimaan penuh setelah lebih dari satu tahun berjalan, didukung oleh strategi manajerial berupa reward dan kegiatan penguatan tim.

4. Struktur Birokrasi dalam Pelaksanaan ILP

a. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Data pada aspek struktur birokrasi dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap enam informan mengenai ketersediaan standar operasional prosedur (SOP) dan mekanisme koordinasi, observasi langsung terhadap ketersediaan SOP pelayanan di setiap klaster, surat keputusan penetapan penanggung jawab klaster, dokumen Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), serta buku register atau pencatatan pelayanan, dan didukung dengan telaah dokumen SOP layanan pada masing-masing klaster.

b. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Data mentah tersebut diolah menggunakan *OpenCode* dengan berfokus pada dua sub-aspek: ketersediaan dan konsistensi penerapan SOP, serta mekanisme koordinasi antarklaster.

Tabel 5. 9 Pengumpulan dan Reduksi Data pada Aspek Struktur Birokrasi

Informan	Kutipan / Data Mentah (Pengumpulan Data)	Kode Terbuka (Reduksi Data)	Kategori/Tema
AII (PJ Klaster Manajemen)	"Aplikasi CKG, aplikasi SIGIGI, aplikasi SIMKESWA, aplikasi TB, pusing saya juga. Harapan saya pelaporan itu cukup satu pintu."	Fragmentasi aplikasi pelaporan lintas sistem	Beban administratif struktural
Klaster KIA	Tersedia lebih dari 76 dokumen SOP mencakup seluruh alur pelayanan kebidanan dan neonatal.	Ketersediaan SOP lengkap, penerapan belum konsisten	Kesenjangan implementasi vs dokumen
Seluruh klaster	Mekanisme koordinasi terstruktur: Rapat Minggon (tiap Rabu), Pralokbul,	Koordinasi formal terjadwal	Struktur birokrasi terlembaga

	Lokbul, rapat triwulanan lintas sektor.		
AII (PJ Klaster Manajemen)	Penunjukan Penanggung Jawab Klaster masih bersifat lisan; SK formal belum terbit karena proses penyesuaian struktur organisasi (Permenkes 19/2024) masih berjalan di Dinkes.	Kekosongan legalitas formal struktur	Hambatan struktural lintas klaster
Klaster Usia Dewasa & Lansia	SOP mencakup alur kedatangan pasien hingga pengambilan obat; media visualisasi capaian (grafik/dashboard/papan) belum tersedia di ketiga klaster.	Ketiadaan sarana monitoring visual real-time	Keterbatasan sistem pemantauan capaian

c. Penyajian Data (*Data Display*)

Secara umum, ketiga klaster yang diteliti telah memiliki SOP yang komprehensif, yang disusun oleh tim mutu Puskesmas dengan mengacu pada template dari Dinas Kesehatan dan disesuaikan dengan kondisi lokal. Puskesmas Darma juga memiliki mekanisme koordinasi yang terstruktur dan multi-level, meliputi Rapat Minggon setiap hari Rabu, Pralokbul, Lokbul, dan rapat triwulanan lintas sektor. Di luar mekanisme formal tersebut, koordinasi informal berlangsung sehari-hari di antara staf antar klaster.

Pada Klaster Manajemen, SOP mencakup aspek perencanaan, pelaporan keuangan, dan kepegawaian. Klaster ini juga mengemban fungsi koordinasi sistem pelaporan SPM dengan pendekatan *dual-track* (digital dan manual), dengan alur dari pemegang program klaster ke koordinator SPM, kemudian ke klaster manajemen, dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan setiap awal bulan. Namun, permasalahan kritis yang ditemukan adalah fragmentasi

aplikasi pelaporan yang tidak terintegrasi. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Informan II selaku Penanggung Jawab Klaster Manajemen:

"Aplikasi CKG, aplikasi SIGIGI, aplikasi SIMKESWA, aplikasi TB, pusing saya juga. Harapan saya pelaporan itu cukup satu pintu. [AII]"

Kondisi ini memaksa staf untuk menginput data yang sama berulang kali ke aplikasi yang berbeda, menimbulkan inefisiensi sekaligus risiko inkonsistensi data.

Pada Klaster KIA, SOP yang tersedia mencapai lebih dari 76 dokumen, mencakup seluruh alur pelayanan kebidanan dan neonatal. Meskipun demikian, konsistensi penerapan SOP belum sepenuhnya optimal, terutama terkait integrasi skrining, edukasi, dan tindak lanjut, yang terkadang bergantung pada jumlah pasien dan kondisi pada hari pelayanan tersebut. Temuan kritis yang berdampak pada seluruh klaster adalah belum tersedianya SK Penetapan Penanggung Jawab Klaster secara formal; penunjukan PJ klaster masih bersifat lisan dari Kepala Puskesmas karena proses penyesuaian struktur organisasi terkait Permenkes No. 19 Tahun 2024 masih dalam proses di tingkat Dinas Kesehatan.

Pada Klaster Usia Dewasa dan Lansia, SOP mencakup alur mulai dari kedatangan pasien hingga pengambilan obat. Sebagaimana klaster lainnya, penerapan SOP menghadapi tantangan konsistensi, terutama pada aspek integrasi layanan. Selain itu, temuan observasi mengungkap bahwa media visualisasi capaian SPM seperti grafik, dashboard, dan papan capaian belum

tersedia di ketiga klaster, sehingga pemantauan visual yang *real-time* belum dapat dilakukan secara optimal.

d. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Berdasarkan hasil pengumpulan data, reduksi data, dan penyajian data dapat disimpulkan bahwa struktur birokrasi pendukung ILP di Puskesmas Darma sudah cukup kuat dari sisi dokumen SOP dan mekanisme koordinasi formal berjenjang, namun masih terkendala pada dua aspek kritis yang bersifat lintas klaster: fragmentasi aplikasi pelaporan digital yang belum terintegrasi, dan belum terbitnya SK resmi Penetapan Penanggung Jawab Klaster akibat proses administratif di tingkat Dinas Kesehatan yang belum selesai.

5.4.2 Capaian Indikator Program SPM Tahun 2025

1. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Data pada bagian ini dikumpulkan melalui telaah dokumen laporan capaian SPM Tahun 2025, wawancara konfirmatif kepada pemegang program mengenai interpretasi angka capaian, serta observasi langsung terhadap ketersediaan laporan capaian SPM, dokumentasi data capaian, media visualisasi capaian SPM, pelaksanaan pelayanan KIA sesuai standar 10T, mekanisme penjadwalan pelayanan antenatal (ANC), pencatatan dan pelaporan kunjungan ibu hamil dan ibu bersalin, serta pelaksanaan pelayanan pada Klaster Usia

Dewasa dan Lansia yang meliputi jadwal pelayanan, skrining kesehatan lansia sesuai standar, dan pencatatan serta pelaporan hasil skrining.

2. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Data mentah tersebut diolah menggunakan *OpenCode* dengan berfokus pada indikator ibu hamil, ibu bersalin, dan lansia sesuai tujuan penelitian.

Tabel 5. 10 Pengumpulan dan Reduksi Data pada Capaian Indikator Program SPM

Informan	Kutipan / Data Mentah (Pengumpulan Data)	Kode Terbuka (Reduksi Data)	Kategori/Tema
Data capaian SPM 2025	7 indikator SPM Klaster KIA & Usia Dewasa-Lansia: ibu hamil 68,75%, bersalin 77,88%, bayi baru lahir 81,51%, balita 77,73%, usia pendidikan dasar 100%, usia produktif 71,65%, usia lanjut 86,36%.	Enam dari tujuh indikator belum capai target 100%	Capaian SPM belum optimal
AIII (PJ Klaster KIA)	"Ada penurunan dari tahun sebelumnya, karena di sasaran terlalu tinggi. Itu bukan hanya di Puskesmas Darma. Itu terjadi di semua Puskesmas yang ada di Kabupaten Kuningan."	Estimasi sasaran BPS dinilai tidak proporsional	Faktor eksternal penentu capaian
Klaster KIA	Program Kelas Ibu Hamil dinilai paling efektif, disertai P4K melalui kunjungan rumah ibu hamil risti; standar pemeriksaan ditingkatkan dari 10T menjadi 12T.	Intervensi program spesifik mendukung capaian	Upaya peningkatan mutu layanan KIA

3. Penyajian Data (*Data Display*)

Berdasarkan data capaian SPM Puskesmas Darma tahun 2025 (kumulatif), indikator yang berkaitan dengan Klaster KIA (Klaster 2) dan Klaster Usia Dewasa dan Lansia (Klaster 3) menunjukkan kondisi sebagai berikut:

Tabel 5. 11 Data Capaian SPM Puskesmas Darma Tahun 2025

No	Indikator SPM	Target	Capaian 2025	Klaster
1	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil	100%	68,75%	Klaster 2 (KIA)
2	Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin	100%	77,88%	Klaster 2 (KIA)
3	Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir	100%	81,51%	Klaster 2 (KIA)
4	Pelayanan Kesehatan Balita	100%	77,73%	Klaster 2 (KIA)
5	Pelayanan Kesehatan Usia Pendidikan Dasar	100%	100%	Klaster 2 (KIA)
6	Pelayanan Kesehatan Usia Produktif	100%	71,65%	Klaster 3 (Dewasa Lansia)
7	Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut	100%	86,36%	Klaster 3 (Dewasa Lansia)

Sumber: Data Capaian SPM Puskesmas Darma Kabupaten Kuningan Tahun 2025

Berdasarkan Tabel 5.4 di atas, dari tujuh indikator SPM yang relevan dengan klaster yang diteliti, hanya satu indikator yang mencapai target 100%, yaitu Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar. Enam indikator lainnya belum mencapai target, dengan capaian terendah pada Pelayanan Kesehatan Usia Produktif (71,65%) dan tertinggi di luar target adalah Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut (86,36%).

Untuk indikator KIA, sebagaimana yang diungkapkan oleh Informan III selaku Penanggung Jawab Klaster KIA, terjadi penurunan capaian dibandingkan tahun sebelumnya:

"Ada penurunan dari tahun sebelumnya, karena di sasaran terlalu tinggi. Itu bukan hanya di Puskesmas Darma. Itu terjadi di semua Puskesmas yang ada di Kabupaten Kuningan. [AIII]"

Penyebab utama yang diidentifikasi adalah penggunaan data estimasi dari Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Kuningan sebagai dasar penetapan sasaran SPM. Data estimasi cenderung lebih tinggi dari kondisi aktual populasi yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas, sehingga capaian secara persentase menjadi lebih rendah meski secara absolut pelayanan sudah diberikan kepada semua yang ditemukan. Faktor penyebab lainnya meliputi tingginya proporsi ibu hamil risiko tinggi (resti) yang memerlukan penanganan lebih intensif, belum optimalnya peran serta masyarakat terutama untuk skrining usia produktif, serta konflik waktu antara jadwal Posyandu dengan jam kerja penduduk usia produktif.

Untuk Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut (86,36%), Penanggung Jawab Klaster 3 mengidentifikasi ketidakkonsistenan pencatatan dan pelaporan sebagai faktor utama, di mana pelayanan sudah dilakukan namun tidak semua terdokumentasikan dengan baik karena keterbatasan kemampuan teknologi informasi sebagian staf. Untuk usia produktif (71,65%), masalah utama adalah sulitnya menjangkau populasi yang aktif bekerja di jam layanan Puskesmas.

Puskesmas Darma telah mengembangkan beberapa inovasi untuk meningkatkan cakupan. Program unggulan adalah Sidia Tanpa Sidini (Skrining Deteksi Hipertensi dan Diabetes), sebuah program jemput bola di mana petugas mendatangi setiap RT/RW untuk melakukan skrining PTM, yang terbukti berkontribusi pada capaian skrining CKG tertinggi se-Kabupaten Kuningan pada tahun 2025. Untuk Klaster KIA, program Kelas Ibu Hamil dinilai sebagai program paling efektif, disertai program P4K melalui kunjungan rumah ibu

hamil resti oleh bidan desa. Standar pemeriksaan ibu hamil juga telah ditingkatkan dari 10T menjadi 12T dengan penambahan pemeriksaan USG dan skrining kesehatan jiwa.

4. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Berdasarkan hasil pengumpulan data, reduksi data, dan penyajian data dapat disimpulkan bahwa capaian SPM Puskesmas Darma tahun 2025 masih berada di bawah target 100% pada enam dari tujuh indikator yang diteliti, dengan Pelayanan Kesehatan Usia Produktif sebagai capaian terendah (71,65%). Rendahnya capaian ini turut dipengaruhi oleh metode penetapan sasaran berbasis estimasi BPS yang dinilai kurang proporsional dan bersifat sistemik di seluruh Puskesmas Kabupaten Kuningan, di tengah upaya konkret Puskesmas Darma melalui program Kelas Ibu Hamil, P4K, dan peningkatan standar pemeriksaan menjadi 12T.

5.4.3 Gambaran Pelaksanaan ILP dalam Mendukung Capaian Program SPM di Puskesmas Darma

1. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Data pada bagian ini dikumpulkan melalui wawancara mendalam mengenai persepsi informan terhadap manfaat penerapan sistem kluster dalam mendukung pelaporan dan pencapaian indikator pelayanan, telaah dokumen laporan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2025, serta observasi langsung terhadap ketersediaan dan dokumentasi laporan capaian SPM, media visualisasi capaian, pelaksanaan pelayanan KIA sesuai standar, mekanisme penjadwalan dan pencatatan pelayanan ibu hamil, serta pelaksanaan pelayanan

Klaster Usia Dewasa dan Lansia yang meliputi jadwal pelayanan, pelaksanaan skrining kesehatan lansia sesuai standar, dan pencatatan serta pelaporan hasil skrining secara berkala.

2. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Data mentah tersebut diolah menggunakan *OpenCode* dengan berfokus pada bentuk-bentuk dukungan konkret ILP terhadap pelaporan dan capaian, serta faktor eksternal yang turut berperan.

Tabel 5. 12 Pengumpulan dan Reduksi Data pada Gambaran Pelaksanaan ILP dalam Mendukung Capaian Program SPM

Informan	Kutipan / Data Mentah (Pengumpulan Data)	Kode Terbuka (Reduksi Data)	Kategori/Tema
AI (Pemegang Program SPM)	Pembagian klaster mempermudah pemilahan data berdasarkan kelompok usia, sehingga pelaporan lebih terarah per pemegang program klaster.	ILP mempermudah proses pelaporan data	Kontribusi fasilitatif ILP terhadap SPM
AIV (PJ Klaster Usia Dewasa & Lansia)	"Kebetulan ini menjadi program inovasi Puskesmas kita tahun 2023, namanya Sidia Tanpa Sidini... jemput bola, betul... Alhamdulillahnya tahun ini... skrining CKG paling tinggi sekabupaten Kuningan."	Inovasi lokal jemput bola meningkatkan cakupan	Kontribusi inovasi lokal terhadap capaian
Seluruh Klaster	Capaian SPM tetap dipengaruhi faktor eksternal: estimasi sasaran BPS, partisipasi masyarakat, kondisi geografis, anggaran kader, budaya masyarakat.	Faktor eksternal di luar kendali ILP	Kontribusi ILP bersifat parsial/kontekstual

3. Penyajian Data (*Data Display*)

Tujuan khusus ketiga penelitian ini adalah menggambarkan bagaimana pelaksanaan ILP tergambar berkaitan dengan capaian program SPM di Puskesmas Darma. Berdasarkan data yang diperoleh dari wawancara, observasi, dan studi dokumentasi, ditemukan bahwa pelaksanaan ILP tergambar memberikan kontribusi yang bersifat fasilitatif terhadap upaya pencapaian SPM di Puskesmas Darma.

Kontribusi ILP yang paling nyata dirasakan adalah mempermudah pemilahan dan pencatatan data berdasarkan kelompok siklus hidup. Dengan adanya pembagian klaster yang jelas, setiap pemegang program klaster bertanggung jawab memantau capaian SPM yang sesuai dengan kelompok sasarannya masing-masing, sehingga proses pelaporan menjadi lebih terstruktur dan terarah. Klaster Manajemen memfasilitasi koordinasi pelaporan lintas klaster dan memastikan data dari Klaster KIA dan Klaster 3 terkumpul secara berkala untuk dilaporkan ke Dinas Kesehatan. Pendekatan berbasis klaster juga membantu petugas dalam mengarahkan sasaran yang tepat ke jenis layanan yang sesuai.

Meski demikian, gambaran dukungan ILP terhadap capaian SPM ini perlu dipahami secara kontekstual. Capaian SPM turut dibentuk oleh berbagai faktor lain di luar pelaksanaan ILP, seperti metode penetapan sasaran berbasis data estimasi BPS yang tidak proporsional, partisipasi masyarakat, kondisi geografis, ketersediaan anggaran kader, dan faktor sosial budaya masyarakat. Data capaian SPM tahun 2025 menunjukkan bahwa sebagian besar indikator yang diteliti

belum mencapai target 100%, meskipun ILP telah berjalan selama lebih dari satu tahun. Temuan ini menggambarkan bahwa pelaksanaan ILP saja belum cukup untuk secara langsung mendorong capaian SPM tanpa disertai pembenahan pada faktor-faktor eksternal lainnya.

Inovasi lokal seperti program Sidia Tanpa Sidini merupakan contoh nyata bagaimana pendekatan klaster dalam ILP, khususnya melalui Klaster Usia Dewasa dan Lansia, mendorong kreativitas pelaksana untuk menciptakan strategi jemput bola yang terbukti meningkatkan cakupan skrining. Keberhasilan program ini mengindikasikan bahwa dukungan ILP terhadap capaian SPM dapat menjadi lebih kuat apabila disertai dengan inovasi lokal dan komitmen pelaksana yang tinggi.

4. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Berdasarkan hasil pengumpulan data, reduksi data, dan penyajian data dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan ILP di Puskesmas Darma tergambar memberikan kontribusi yang bersifat fasilitatif terhadap upaya pencapaian SPM, terutama melalui kemudahan pemilahan data pelaporan dan ruang bagi inovasi lokal seperti Sidia Tanpa Sidini yang terbukti meningkatkan cakupan skrining. Namun demikian, kontribusi ini tidak berdiri sendiri; capaian akhir SPM tetap dibentuk oleh berbagai faktor kontekstual di luar ILP, sehingga gambaran dukungan ILP terhadap SPM perlu dipahami secara kontekstual, bukan sebagai hubungan sebab-akibat yang tunggal.

5.4.4 Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi ILP dalam Pencapaian Program SPM

1. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Data pada bagian ini dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap enam informan mengenai faktor pendukung dan penghambat implementasi ILP, observasi langsung terhadap pelaksanaan sistem klaster yang meliputi mekanisme pelayanan, koordinasi antar klaster, ketersediaan sarana prasarana, kelengkapan dokumen administrasi, pelaksanaan pelayanan pada masing-masing klaster, serta telaah dokumen SOP klaster dan laporan capaian SPM Tahun 2025.

2. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Data mentah tersebut diolah menggunakan *OpenCode* dan dikelompokkan berdasarkan klaster serta faktor lintas klaster.

Tabel 5. 13 Pengumpulan dan Reduksi Data pada Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi ILP dalam Pencapaian Program SPM

Informan	Kutipan / Data Mentah (Pengumpulan Data)	Kode Terbuka (Reduksi Data)	Kategori/Tema
AII	"Aplikasi CKG, aplikasi SIGIGI, aplikasi SIMKESWA, aplikasi TB, pusing saya juga."	Fragmentasi aplikasi pelaporan	Penghambat: beban administratif
Dokumen SK/Kepegawaian	SK PJ Klaster belum terbit; penunjukan masih lisan (Permenkes 19/2024 masih diproses Dinkes).	Kekosongan legalitas struktur	Penghambat: kepastian struktural
AIII	"Suka kekurangan tenaga itu kalau misalnya kegiatannya tidak satu titik."	Kekurangan tenaga situasional	Penghambat: distribusi SDM

AIII	Kelas Ibu Hamil dan P4K dinilai efektif; standar 12T diterapkan.	Program spesifik mendukung capaian	Pendukung: inovasi program klinis
AIV	"Sidia Tanpa Sidini... jemput bola... skrining CKG paling tinggi sekabupaten Kuningan."	Inovasi jemput bola meningkatkan cakupan	Pendukung: inovasi lokal
AI	"Kader kesehatan itu kan tidak ada anggaran... untuk memberikan honor ke kader."	Ketiadaan honorarium kader resmi	Penghambat: keberlanjutan kader
Dokumen capaian + AIII	Estimasi sasaran BPS dinilai terlalu tinggi dan terjadi di seluruh Puskesmas Kabupaten Kuningan.	Faktor eksternal penetapan target	Penghambat lintas klaster: metodologi sasaran

3. Penyajian Data (*Data Display*)

a. Faktor Pendukung

Beberapa faktor pendukung utama yang teridentifikasi adalah: Pertama, jumlah SDM yang besar (86 tenaga) memungkinkan pendistribusian tugas yang fleksibel, pembentukan tim entry data khusus, dan pelaksanaan kegiatan secara bersamaan di berbagai lokasi. Kedua, adanya komitmen kolektif yang dibangun melalui pertemuan rutin, *sharing*, dan pendekatan kepemimpinan partisipatif. Ketiga, dukungan teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan berupa pembinaan rutin, supervisi kegiatan lapangan, dan bantuan alat pemeriksaan laboratorium. Keempat, kolaborasi lintas sektor (desa, kecamatan, kader) yang memungkinkan mobilisasi sasaran. Kelima, lokasi Puskesmas Darma yang memiliki Pustu di dekat desa-desa terpencil, serta tersedianya dokter desa dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat untuk Desa Cimenga.

b. Faktor Penghambat

Faktor penghambat utama yang teridentifikasi mencakup: Pertama, target SPM berbasis data estimasi yang tidak proporsional dengan kapasitas SDM dan populasi riil, menghasilkan angka sasaran yang lebih tinggi dari kondisi aktual. PJ Klaster Manajemen memberikan analogi bahwa Puskesmas Darma dengan populasi besar harus menanggung sasaran yang jauh lebih banyak dibanding puskesmas lain, sehingga secara persentase selalu kalah meski secara absolut melayani lebih banyak orang. Kedua, proliferasi aplikasi pelaporan yang tidak terintegrasi menimbulkan beban administratif berlapis. Ketiga, keterbatasan gedung yang terfragmentasi di tiga bangunan terpisah menghambat efisiensi alur pelayanan berbasis klaster. Keempat, belum optimalnya dukungan masyarakat dan pemerintah desa dalam menggerakkan sasaran ke fasilitas kesehatan. Kelima, tidak adanya honorarium kader dari Puskesmas atau Dinas Kesehatan yang berpotensi melemahkan motivasi kader di lapangan. Keenam, belum adanya keseragaman implementasi ILP antar Puskesmas di Kabupaten Kuningan, yang menyulitkan benchmarking dan standardisasi.

4. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Berdasarkan hasil pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan triangulasi, dapat disimpulkan bahwa implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas Darma didukung oleh komitmen pelaksana, koordinasi, dan ketersediaan sarana pendukung. Di sisi lain, implementasi masih menghadapi berbagai hambatan, meliputi keterbatasan sumber daya, aspek administratif dan

operasional, serta metode penetapan sasaran Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang masih berbasis estimasi sehingga memengaruhi pencapaian indikator pelayanan.

5.5 Pembahasan Hasil Penelitian

5.5.1 Pelaksanaan Manajemen ILP pada Tiga Klaster Terpilih

Tujuan khusus pertama penelitian ini adalah menggambarkan pelaksanaan manajemen ILP pada Klaster Manajemen, Klaster KIA, serta Klaster Usia Dewasa dan Lansia. Untuk menganalisis pelaksanaan tersebut secara menyeluruh, temuan dibahas melalui keempat dimensi teori implementasi kebijakan George C. Edward III, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

Dari dimensi komunikasi, temuan penelitian sejalan dengan pendapat Edwards III (1980) yang menyatakan bahwa keberhasilan penyampaian kebijakan ditentukan oleh tiga hal utama: kejelasan informasi, konsistensi pesan, dan kelancaran alur penyampaian. Di Puskesmas Darma, komunikasi berlangsung di tiga tingkatan: dari pusat ke Puskesmas, antar bagian di dalam Puskesmas, dan dari Puskesmas ke masyarakat dan pihak luar. Ketika data dari berbagai sumber dibandingkan, ditemukan perbedaan antara pandangan pimpinan dan pengalaman petugas di lapangan. Kepala Puskesmas menilai seluruh staf sudah memahami ILP, namun Pelaksana KIA mengakui masih ada kesalahan pemahaman teknis. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Rahmawati et al. (2025) tentang implementasi ILP di Puskesmas Lanrisang Kabupaten Pinrang yang menemukan bahwa komunikasi dalam organisasi berjenjang seperti Puskesmas rentan mengalami kesenjangan pemahaman antar tingkatan staf, terutama ketika mekanisme

konfirmasi dua arah tidak berjalan optimal. Ketidakjelasan teknis dalam pelaksanaan Posyandu ILP merupakan contoh nyata dari panduan kebijakan yang tidak cukup rinci untuk diterapkan di lapangan. Kondisi serupa ditemukan oleh Nurossohwah & Besral (2025) yang menyimpulkan bahwa keberhasilan ILP sangat ditentukan oleh perencanaan yang matang dan strategi komunikasi yang efektif, serta dipengaruhi oleh faktor kepemimpinan. Penggunaan FGD, pra-lokbul, dan lokbul mencerminkan pendekatan komunikasi yang melibatkan semua pihak secara aktif, yang sejalan dengan penelitian Endrawati et al. (2025) yang mencatat bahwa penyampaian informasi ILP secara langsung dan interaktif terbukti lebih efektif dalam meningkatkan pemahaman petugas.

Dari dimensi sumber daya, Edwards III (1980) menempatkan sumber daya sebagai faktor penentu kedua yang mencakup tenaga manusia, anggaran, dan informasi. Temuan penelitian ini memperlihatkan gambaran yang bertolak belakang: secara jumlah tenaga dinilai mencukupi, namun dari sisi pembagian tugas dan kemampuan teknis tertentu masih ada kekurangan. Kekurangan tenaga yang terjadi saat kegiatan berlangsung di beberapa tempat secara bersamaan sejalan dengan temuan Nurossohwah & Besral (2025) yang menyatakan bahwa tantangan utama implementasi ILP berkaitan dengan ketidakseimbangan tenaga kesehatan dan beban kerja yang tinggi. Kondisi gedung yang tersebar di beberapa bangunan merupakan hambatan infrastruktur yang nyata, dan kondisi fasilitas fisik yang tidak sesuai secara langsung memengaruhi kemampuan Puskesmas untuk menjalankan sistem klaster yang terintegrasi, sebagaimana ditemukan juga oleh Indriyati et al. (2023) dalam evaluasi *pilot project* transformasi layanan primer. Terbatasnya

tenaga yang memahami teknologi informasi di tengah tuntutan sistem digital yang semakin banyak juga merupakan kekurangan mendasar. Aisyah et al. (2025) menemukan bahwa setiap tenaga kesehatan di Puskesmas rata-rata mengelola hingga enam sistem informasi kesehatan yang berbeda untuk keperluan pelaporan, dan 74,3% Puskesmas hanya menerima pelatihan pada tahap awal implementasi sistem saja.

Temuan penelitian ini juga memiliki kesesuaian dengan penelitian Dhynianti et al. (2025) yang mengevaluasi kesiapan Puskesmas dalam implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa kurang dari setengah Puskesmas yang diteliti telah berada pada kondisi siap untuk mengimplementasikan ILP, dengan kekurangan yang paling menonjol terdapat pada aspek sumber daya manusia, infrastruktur, dan proses kebijakan. Temuan tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan masih adanya keterbatasan tenaga pada kondisi tertentu, kendala infrastruktur berupa bangunan pelayanan yang terpisah, serta kebutuhan peningkatan kapasitas dalam penggunaan sistem informasi pendukung pelaksanaan ILP.

Dari dimensi disposisi, Edwards III (1980) menjelaskan bahwa disposisi adalah kecenderungan petugas pelaksana untuk mendukung atau menolak sebuah kebijakan. Temuan penelitian ini menggambarkan perjalanan perubahan sikap yang dimulai dari penolakan awal, lalu berangsur berubah menjadi penerimaan. Penolakan awal yang lebih banyak disebabkan oleh rasa tidak terbiasa, bukan karena tidak setuju secara prinsip, sesuai dengan temuan Rahmawati et al. (2025) yang menyebutkan bahwa perubahan sistem kerja berbasis klaster memerlukan

waktu penyesuaian bagi petugas yang sebelumnya sudah terbiasa dengan sistem pelayanan lama. Pendekatan kepemimpinan yang memadukan cara persuasif, pendekatan normatif, dan pemberian dorongan berupa uang transportasi merupakan strategi yang terbukti efektif dalam mengelola perubahan. Penelitian Nurossohwah & Besral (2025) menegaskan bahwa peningkatan kompetensi kepemimpinan merupakan salah satu kunci keberhasilan implementasi ILP. Kelelahan akibat beban administratif multi-aplikasi merupakan sinyal serius bagi kebijakan nasional, karena studi Aisyah et al. (2025) menemukan bahwa kondisi ini secara nyata menyedot waktu dan energi petugas yang seharusnya dapat digunakan untuk pelayanan langsung kepada masyarakat.

Dari dimensi struktur birokrasi, Edwards III (1980) mengenali dua hal penting, yaitu Standar Prosedur Operasional (SOP) dan terpecah-pecahnya kewenangan. Temuan penelitian menunjukkan gambaran yang bertolak belakang: SOP tersedia sangat lengkap namun belum dijalankan secara konsisten, sementara koordinasi formal sudah terstruktur namun sistem pelaporannya terpecah-pecah. Tersedianya SOP dalam jumlah besar menunjukkan upaya pengaturan yang serius, namun penyimpanan SOP hanya dalam bentuk file digital tanpa tampilan yang mudah dilihat di ruang pelayanan berpotensi membuat SOP kurang digunakan dalam pekerjaan sehari-hari, sebagaimana dicatat juga oleh Indriyani et al. (2025). Belum adanya SK resmi untuk Penanggung Jawab Klaster merupakan temuan yang kritis, karena ketika penunjukan penanggung jawab masih dilakukan secara lisan, akuntabilitas menjadi lemah. Penelitian Triananda (2024) menunjukkan bahwa salah satu kunci kesiapan pelaksanaan ILP adalah tersedianya SK penetapan klaster

yang ditandatangani resmi oleh Kepala Puskesmas. Fragmentasi aplikasi pelaporan yang tidak terintegrasi juga merupakan masalah nyata secara nasional, sebagaimana dikonfirmasi oleh Aisyah et al. (2025) dan Nurossohwah & Besral (2025), dan usulan "satu pintu pelaporan" dari PJ Klaster Manajemen merupakan solusi tepat yang perlu dijadikan rekomendasi kebijakan ke tingkat lebih tinggi.

5.5.2 Capaian Indikator Program SPM di Puskesmas Darma

Tujuan khusus kedua penelitian ini adalah menggambarkan capaian indikator program SPM, khususnya pada pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, dan lansia. Data capaian SPM tahun 2025 menunjukkan bahwa enam dari tujuh indikator yang diteliti belum mencapai target 100%. Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan (LAKIP) tahun 2023 mencatat bahwa capaian SPM secara nasional baru mencapai 82,12% dari target 100%, yang menunjukkan bahwa tantangan pencapaian target SPM bukan merupakan persoalan yang unik terjadi di Puskesmas Darma saja, melainkan merupakan tantangan sistemik yang dihadapi hampir seluruh Puskesmas di Indonesia (Kemenkes RI, 2023).

Pada indikator pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar, capaian Puskesmas Darma telah mencapai 100%. Hasil wawancara menunjukkan bahwa pencapaian optimal ini didukung oleh perbedaan mekanisme perhitungan dibandingkan indikator SPM lainnya: program ini menggunakan siklus tahun ajaran sekolah sebagai acuan, sehingga pendataan sasaran dapat dilakukan secara terstruktur dan menyeluruh sejak awal periode. Selain itu, pelaksanaan melalui mekanisme penjangkauan kesehatan sekolah memudahkan penjangkauan sasaran secara kolektif dan terorganisir, berbeda dengan kelompok usia produktif dan lansia

yang tersebar di masyarakat serta membutuhkan upaya penjangkauan aktif melalui kegiatan luar gedung. Koordinasi lintas sektor dengan pihak sekolah yang berjalan baik turut menjadi faktor pendukung. Temuan ini memperkuat pandangan bahwa pengorganisasian sasaran yang terstruktur merupakan faktor determinan capaian SPM, tidak hanya ditentukan oleh kapasitas layanan klinis semata.

Capaian Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil yang baru mencapai 68,75% perlu mendapat perhatian lebih karena berkaitan langsung dengan keselamatan ibu dan bayi. Penelitian Jannah et al. (2025) tentang determinan pemanfaatan ILP Klaster II di Aceh menemukan bahwa pengetahuan merupakan faktor dominan dalam pemanfaatan layanan KIA ($OR=3,36$), yang berarti upaya peningkatan pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan perlu terus diperkuat. Penambahan standar pemeriksaan menjadi 12T yang mencakup USG dan skrining kesehatan jiwa merupakan langkah yang baik untuk meningkatkan mutu pelayanan, meskipun hasilnya belum tentu langsung terlihat pada kenaikan angka cakupan dalam waktu dekat.

Rendahnya capaian secara persentase tidak sepenuhnya mencerminkan buruknya kinerja pelayanan, melainkan dipengaruhi oleh metode penetapan sasaran yang menggunakan data estimasi dari BPS yang tidak selalu mencerminkan jumlah penduduk yang sebenarnya berdomisili di wilayah kerja Puskesmas. Kondisi ini perlu mendapat perhatian dari pembuat kebijakan di tingkat kabupaten dan nasional agar penetapan sasaran SPM dapat lebih proporsional dan berbasis data riil kependudukan.

Belum tercapainya target layanan usia produktif (71,65%) merupakan tantangan mendasar yang terjadi secara luas. Zakia (2024) dalam tinjauan literatur sistematis menemukan bahwa rendahnya partisipasi kelompok usia produktif secara konsisten muncul sebagai tantangan dalam berbagai studi implementasi ILP di Indonesia. Inovasi layanan jemput bola seperti program Sidia Tanpa Sidini merupakan jawaban yang tepat atas hambatan ini, karena membawa pelayanan langsung ke tempat di mana masyarakat berada, bukan menunggu mereka datang ke Puskesmas.

5.5.3 Gambaran Pelaksanaan ILP dalam Mendukung Capaian Program SPM di Puskesmas Darma

Tujuan khusus ketiga penelitian ini adalah menelaah gambaran pelaksanaan ILP dalam mendukung capaian program SPM di Puskesmas Darma. Kontribusi ILP terhadap capaian SPM yang dilaporkan oleh pemegang program SPM bersifat memudahkan, yaitu mempermudah pemilahan data berdasarkan kelompok usia sehingga pengambilan data menjadi lebih efisien. Temuan ini sesuai dengan hasil penelitian Indriyati et al. (2023) yang menyimpulkan bahwa meskipun pelaksanaan ILP memberikan dampak positif terhadap cakupan layanan, pelaksanaannya masih menghadapi berbagai kendala terkait sumber daya manusia, infrastruktur, dan pemanfaatan sistem pendukung layanan.

Kontribusi ILP pada SPM yang bersifat fasilitatif dan belum kausal langsung ini perlu dipahami dalam konteks bahwa ILP merupakan transformasi sistem yang masih dalam tahap adaptasi. Sukirman et al. (2025) dalam penelitiannya di Puskesmas Tanjungsari Sumedang menemukan bahwa implementasi ILP memiliki

pengaruh terhadap peningkatan kualitas layanan kesehatan dengan kontribusi sebesar 34,8%, yang menunjukkan bahwa seiring berjalannya waktu dan semakin matangnya adaptasi, pengaruh ILP terhadap kinerja pelayanan dapat semakin menguat.

Data estimasi sasaran yang terlalu tinggi menjadi temuan penting dalam penelitian ini dan termasuk ke dalam aspek sumber daya, khususnya pada komponen data dan sistem informasi kesehatan. Perbedaan antara estimasi sasaran dengan kondisi riil di lapangan menyebabkan capaian indikator SPM terlihat rendah meskipun pelayanan telah dilaksanakan secara optimal. Temuan ini juga berkaitan dengan struktur birokrasi karena berhubungan dengan mekanisme pelaporan dan validasi data program, sehingga memengaruhi akurasi pengukuran capaian pelayanan kesehatan.

Pentingnya pelayanan yang terintegrasi juga ditunjukkan oleh Santoso et al. (2025) yang menyoroti bahwa pengelolaan masalah kesehatan masih sering dilakukan secara terpisah antarbidang pelayanan, sehingga diperlukan pendekatan yang lebih terintegrasi untuk mengoptimalkan upaya pencegahan dan pengelolaan kesehatan. Temuan tersebut sejalan dengan konsep dasar ILP yang berupaya mengurangi fragmentasi pelayanan melalui pengorganisasian layanan yang lebih terkoordinasi. Dalam konteks penelitian ini, keberadaan sistem pelayanan yang lebih terintegrasi mendukung proses pengelolaan data dan pelaksanaan program, meskipun capaian SPM tetap dipengaruhi oleh berbagai faktor lain di luar implementasi ILP.

Mengacu pada kerangka teori Edwards III (1980), keempat faktor pelaksanaan saling memengaruhi satu sama lain dan secara bersama-sama berkontribusi terhadap gambaran pelaksanaan ILP dalam mendukung capaian program SPM. Kualitas komunikasi memengaruhi sikap staf, yang pada gilirannya memengaruhi konsistensi penerapan SOP dan kualitas pelayanan. Ketersediaan sumber daya memengaruhi kapasitas setiap klaster dalam menjangkau sasaran SPM. Struktur birokrasi yang terfragmentasi melalui sistem pelaporan multi-aplikasi menghambat efisiensi pemantauan capaian SPM secara real-time. Dengan demikian, penguatan pada setiap dimensi implementasi ILP secara langsung berpotensi memperkuat kontribusinya terhadap capaian SPM.

5.5.4 Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi ILP

Tujuan khusus keempat penelitian ini adalah menggambarkan faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi ILP pada pencapaian program SPM. Dari sisi faktor pendukung, komitmen dan kepemimpinan aktif Kepala Puskesmas terbukti menjadi faktor kunci yang mempercepat adaptasi staf terhadap sistem baru. Penelitian Nurossohwah & Besral (2025) menegaskan bahwa peningkatan kompetensi kepemimpinan merupakan salah satu kunci keberhasilan implementasi ILP, karena gaya kepemimpinan langsung memengaruhi kecepatan dan kualitas adaptasi staf terhadap sistem baru. Mekanisme koordinasi internal yang terstruktur melalui FGD, pralokbul, dan lokbul juga terbukti efektif sebagai sarana berbagi informasi dan menyelesaikan miskomunikasi teknis secara cepat.

Temuan penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Setiaasih et al. (2025) yang menunjukkan bahwa antusiasme, kolaborasi, dan komitmen tenaga kesehatan

merupakan faktor pendorong dalam implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Di sisi lain, penelitian tersebut juga mengidentifikasi keterbatasan sumber daya manusia, fasilitas, sinkronisasi data, dan pelaporan digital sebagai hambatan yang masih dihadapi dalam implementasi. Temuan tersebut memiliki kesesuaian dengan hasil penelitian ini, di mana komitmen pelaksana dan mekanisme koordinasi menjadi faktor pendukung pelaksanaan ILP, sementara berbagai kendala pada aspek sarana, data, dan pelaporan masih menjadi tantangan dalam implementasinya.

Dari sisi faktor penghambat, target SPM berbasis data estimasi yang tidak proporsional merupakan tantangan struktural yang melampaui kendali Puskesmas. Kondisi ini diperparah oleh proliferasi aplikasi pelaporan yang tidak terintegrasi. Aisyah et al., (2025) mengidentifikasi adanya fragmentasi besar dalam sistem informasi kesehatan di Puskesmas Indonesia, di mana setiap petugas harus mengelola berbagai sistem yang tidak saling terhubung sehingga terjadi pengulangan pekerjaan dan tidak konsistennya data. Tidak adanya honorarium kader dari jalur resmi Puskesmas atau Dinas Kesehatan, dengan mengandalkan Dana Desa yang jumlahnya tidak pasti, juga merupakan kelemahan mendasar dalam pembiayaan ILP, sebagaimana disimpulkan oleh Zakia (2024) bahwa implementasi ILP secara nasional masih menghadapi berbagai hambatan pada aspek keberlanjutan pembiayaan program. Belum tersedianya SK formal Penanggung Jawab Klaster semakin melemahkan akuntabilitas pelaksanaan, dan kondisi gedung yang terfragmentasi di tiga bangunan terpisah merupakan hambatan infrastruktur yang tidak dapat diselesaikan oleh Puskesmas sendiri.

5.6 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan deskriptif kualitatif untuk memahami dan menggambarkan secara mendalam proses implementasi ILP di Puskesmas Darma serta kaitannya dengan pencapaian SPM. Karena dilakukan di satu lokasi dengan tujuan menggali kedalaman informasi, hasil penelitian ini tidak dirancang untuk digeneralisasi ke seluruh Puskesmas yang menjalankan ILP. Temuan ini lebih tepat dipahami sebagai gambaran mendalam dari satu konteks tertentu yang dapat menjadi bahan perbandingan bagi Puskesmas lain dengan kondisi serupa. Selain itu, penelitian ini memiliki keterbatasan karena hanya berfokus pada tiga klaster pelayanan, yaitu Klaster 1 (Manajemen), Klaster 2 (KIA), dan Klaster 3 (Usia Dewasa dan Lansia), sehingga belum menggambarkan implementasi ILP secara menyeluruh pada seluruh klaster pelayanan di Puskesmas Darma.

Selain itu, keterbatasan penelitian ini juga terletak pada pemilihan informan. Informan yang mewakili Kepala Puskesmas tidak diwawancarai secara langsung, melainkan diwakili oleh pemegang program SPM yang juga terlibat dalam pelatihan awal implementasi ILP. Informan tersebut dipandang memiliki pengetahuan dan pengalaman yang relevan terkait pelaksanaan ILP di Puskesmas Darma, sehingga dianggap dapat mewakili perspektif manajerial. Namun demikian, kondisi ini tetap berpotensi membatasi keberagaman sudut pandang, khususnya dalam menggambarkan secara utuh peran kepemimpinan dalam implementasi ILP.