



Analisis Implementasi E-SAKIP untuk Efisiensi Perencanaan Pembangunan Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sukabumi

Saprudin¹, Hani Sadih^{2*}, Lukmanudi Ar Rasyid³, Jon Yuweldri Putra⁴,
Mohamad Nur Hidayat⁵, Iin Solihin⁶, Dik Dik Wiranto⁷

1-7Program Studi Magister Administrasi Publik, Universitas Djuanda, 16720

ARTICLE INFO

Article history:

Received 13/08/2026

Revised 31/08/2026

Accepted 02/09/2026

Abstract

The implementation of Primary Health Care Integration (Integrasi Layanan Primer/ILP) requires performance management systems that can connect planning, budgeting, implementation, and monitoring. This study analyzes E-SAKIP-related performance documents and the Revised 2025 Performance Agreement were used to support planning and the implementation of ILP at UPTD Puskesmas Cicurug, Sukabumi Regency. A descriptive single-case study with a sequential explanatory mixed-methods design was used. The quantitative stage calculated achievement gaps from monthly service, while the qualitative stage analyzed performance-accountability documents to interpret the observed patterns. The operational 12 basic health service categories. Eight indicators reached or exceeded the 100% target, one approached the target at 99.92%, and five remained below target. The largest gap occurred in TB treatment coverage, which reached 71.28% of the target. Cadre training covered five of eight service areas (62.5%), while digital readiness was assessed at 75%. Leadership and internal cross-program coordination appeared comparatively strong, whereas external communication, community human-resource development, and cross-sector TB coordination required strengthening. The findings do not establish causal effects, but they indicate that E-SAKIP is most useful when performance data are translated into targeted budgeting, cadre development, referral coordination, and routine feedback. Evidence base for linking performance accountability, ILP implementation, and gap-based management.

Keywords: E-SAKIP, Actuating, Primary Health Care Integration, Minimum Service Standards, Puskesmas, Performance-Based Budgeting.

Abstrak

Implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP) membutuhkan sistem manajemen kinerja yang mampu menghubungkan perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan pemantauan pada tingkat pelayanan kesehatan primer. Penelitian ini menganalisis pemanfaatan dokumen kinerja terkait E-SAKIP dan Perjanjian Kinerja Perubahan Tahun 2025 dalam mendukung perencanaan serta pelaksanaan ILP di UPTD Puskesmas Cicurug, Kabupaten Sukabumi. Penelitian menggunakan studi kasus tunggal deskriptif dengan desain mixed-methods sequential explanatory. Tahap kuantitatif menghitung kesenjangan capaian berdasarkan data kinerja layanan bulanan, sedangkan tahap kualitatif menganalisis dokumen akuntabilitas kinerja untuk menafsirkan pola capaian tersebut. Dataset operasional 12 jenis pelayanan dasar bidang kesehatan. delapan indikator mencapai atau melampaui target 100%, satu indikator mendekati target 99,92%, dan lima indikator belum mencapai target. Kesenjangan terbesar terdapat pada cakupan TB diobati yang hanya mencapai

71,28% dari target. Pelatihan kader baru mencakup lima dari delapan wilayah pelayanan (62,5%), sedangkan kesiapan digital berada pada 75%. Kepemimpinan dan koordinasi lintas program internal relatif kuat; komunikasi eksternal; pengembangan SDM komunitas; dan koordinasi lintas sektor untuk TB memerlukan penguatan. Temuan ini tidak membuktikan hubungan sebab-akibat, tetapi mengindikasikan bahwa E-SAKIP paling bermanfaat ketika data kinerja diterjemahkan menjadi penganggaran yang tepat sasaran, pengembangan kader, koordinasi rujukan, dan umpan balik rutin. Studi ini memberikan basis empiris kontekstual untuk menghubungkan akuntabilitas kinerja, implementasi ILP, dan pengelolaan berbasis kesenjangan.

Kata kunci: E-SAKIP, *Actuating*, Integrasi Layanan Primer, Standar Pelayanan Minimal, Puskesmas, Penganggaran Berbasis Kinerja.

^{*}Penulis Korespondensi

E-mail : nisadihde78@gmail.com

PENDAHULUAN

Transformasi sistem kesehatan Indonesia menempatkan fasilitas kesehatan tingkat pertama, khususnya Puskesmas, sebagai simpul utama pelayanan berbasis siklus hidup. Integrasi Layanan Primer (ILP) mendorong pergeseran dari pengelolaan program yang terpisah menuju klaster layanan yang lebih terkoordinasi, dengan dukungan Puskesmas Pembantu, Posyandu, pemerintah desa, serta sistem informasi kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Pergeseran ini bukan hanya perubahan teknis pelayanan. Ia juga menuntut agar target, anggaran, sumber daya manusia, pelaksanaan, dan evaluasi bergerak dalam satu siklus manajemen kinerja.

Dalam kerangka manajemen, fungsi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan (*actuating*), dan pengendalian saling melengkapi (Terry, 1960; Armstrong, 2022). *Actuating* menjelaskan bagaimana target yang telah direncanakan diterjemahkan menjadi tindakan melalui kepemimpinan, komunikasi, motivasi, koordinasi, serta pembinaan sumber daya manusia.

Dalam konteks layanan primer modern, teknologi digital tidak diposisikan sebagai dimensi teoretis keenam, melainkan sebagai faktor kontekstual yang dapat memperkuat

atau membatasi pelaksanaan lima dimensi tersebut. Perbedaan ini penting agar perluasan kerangka analisis tidak diklaim sebagai perubahan terhadap teori Terry tanpa justifikasi teoretis yang memadai.

E-SAKIP menyediakan konteks penting bagi analisis tersebut karena sistem ini menghubungkan perencanaan strategis, perjanjian kinerja, pengukuran, pengelolaan data, pelaporan, serta evaluasi kinerja.

Studi tentang SAKIP di sektor kesehatan menunjukkan bahwa sistem akuntabilitas dapat membantu penetapan prioritas dan pengambilan keputusan, tetapi manfaatnya bergantung pada kualitas koordinasi, kapasitas SDM, kepemimpinan, infrastruktur, dan penggunaan data dalam proses manajerial (Rizal et al., 2021; Handayani & Syahril, 2024). Dengan kata lain, keberadaan aplikasi saja tidak cukup. Data harus dipakai untuk menggerakkan organisasi.

UPTD Puskesmas Cicurug merupakan kasus yang relevan karena mulai menerapkan ILP secara bertahap sejak April 2025 dan melayani satu kelurahan serta tujuh desa. Perjanjian Kinerja Perubahan Tahun 2025 memuat lebih dari 25 indikator kinerja dan pagu anggaran meningkat dari Rp6.670.271.656 menjadi Rp7.030.050.052. Pada capaian layanan, data tahun 2025 memperlihatkan perbedaan yang tajam: beberapa indikator mencapai

atau melampaui target, sedangkan cakupan TB diobati hanya mencapai 71,28%. Disparitas ini menjadi titik masuk untuk menilai apakah proses pergerakan telah terhubung dengan data kinerja dan prioritas anggaran. Penelitian terdahulu masih menyisakan tiga celah. Pertama, studi mengenai fungsi *actuating* di Puskesmas lebih sering bertumpu pada persepsi atau wawancara, belum menggabungkan dokumen akuntabilitas dan capaian layanan secara sistematis.

Kedua, kajian kesiapan ILP belum banyak menghubungkan kesiapan implementasi dengan pola kesenjangan indikator secara terukur. Ketiga, pembahasan pembiayaan dan BLUD belum selalu dipertemukan dengan pertanyaan tentang bagaimana anggaran digunakan untuk menutup kesenjangan kinerja. Karena itu, penelitian ini menggunakan dokumen Perjanjian Kinerja, E-SAKIP, realisasi SPM, dan data anggaran sebagai satu rangkaian bukti.

Penelitian ini tidak dimaksudkan untuk menguji dampak kausal E-SAKIP atau ILP. Tujuannya adalah: (1) memetakan pelaksanaan lima dimensi *actuating* dalam implementasi ILP berdasarkan bukti dokumen kinerja; (2) mengidentifikasi indikator dan dimensi yang menunjukkan kesenjangan paling besar; serta (3) merumuskan implikasi manajerial untuk penganggaran berbasis kinerja, pengembangan kader, komunikasi eksternal, koordinasi lintas sektor, dan penguatan penggunaan data.

Pertanyaan penelitian yang diajukan adalah: bagaimana pola pelaksanaan *actuating* berkaitan dengan capaian indikator layanan, dan area manajerial apa yang perlu diprioritaskan untuk dalam mengatasi kesenjangan?

Secara konseptual, penelitian

ini mempertahankan lima dimensi *actuating* Terry sebagai kerangka utama. E-SAKIP, kesiapan digital, anggaran, dan karakteristik sasaran layanan diperlakukan sebagai konteks yang memengaruhi kemampuan organisasi untuk menerjemahkan target menjadi tindakan. Dengan posisi tersebut, kontribusi studi ini bersifat empiris dan aplikatif: menunjukkan cara membaca dokumen kinerja secara terpadu untuk menghasilkan prioritas intervensi, bukan mengklaim penemuan dimensi teoretis baru.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan studi kasus tunggal deskriptif dengan desain *mixed-methods sequential explanatory*. Desain ini dipilih karena penelitian terlebih dahulu perlu memetakan besaran kesenjangan secara kuantitatif, kemudian menjelaskan pola tersebut melalui analisis isi dokumen kinerja.

Pendekatan ini sesuai untuk kasus yang terikat pada satu organisasi, satu wilayah layanan, dan satu periode implementasi, serta tidak ditujukan untuk generalisasi statistik (Yin, 2018; Creswell & Plano Clark, 2018).

Lokasi penelitian adalah UPTD Puskesmas Cicurug, Kecamatan Cicurug, Kabupaten Sukabumi, Jawa Barat. Periode analisis mencakup Januari–Desember 2025.

Unit analisis dokumen terdiri atas: (1) satu dokumen Perjanjian Kinerja Perubahan UPTD Puskesmas Cicurug Tahun 2025; (2) satu paket dokumen E-SAKIP bidang kesehatan, termasuk dokumen perencanaan, pengukuran, dan evaluasi yang tersedia; (3) 12 laporan realisasi bulanan SPM yang memuat sasaran, realisasi, persentase capaian, dan status kesenjangan; serta (4) regulasi dan artikel ilmiah yang digunakan untuk membaca konteks

kebijakan dan temuan. Dokumen dimasukkan apabila resmi, berada dalam periode penelitian, berkaitan langsung dengan target/capaian layanan atau pelaksanaan ILP, dan memuat informasi yang dapat ditelusuri. Data kuantitatif diekstraksi ke dalam matriks yang memuat nama indikator, sasaran, realisasi, persentase capaian, *gap* terhadap target 100%, dan status capaian. *Gap* dihitung dengan rumus: **gap = 100% – persentase realisasi**. Nilai negatif menunjukkan capaian melampaui target. Analisis dilakukan secara deskriptif dengan membandingkan indikator berbasis fasilitas dan indikator yang memerlukan jejaring komunitas.

Data kualitatif dianalisis menggunakan analisis isi deduktif. Lembar pengodean Memuat lima dimensi *actuating* Terry: kepemimpinan, komunikasi, motivasi, koordinasi, dan pengembangan SDM. E-SAKIP, kesiapan digital, anggaran, dan karakteristik sasaran dicatat sebagai faktor kontekstual.

Setiap bukti dokumen diberi kode berdasarkan tindakan, aktor, target, sumber daya, mekanisme pemantauan, dan hasil yang dilaporkan. Tahap integrasi dilakukan setelah analisis kuantitatif: indikator dengan *gap* terbesar dipetakan kembali ke bukti kualitatif yang mungkin berkaitan, tanpa menyimpulkan hubungan sebab-akibat.

Validasi dilakukan melalui triangulasi sumber antara Perjanjian Kinerja, dokumen E-SAKIP, laporan SPM bulanan, dan rincian anggaran. Perhitungan capaian diperiksa ulang dengan membandingkan sasaran, realisasi absolut, dan persentase yang tercantum dalam dokumen.

Konsistensi pengodean dijaga melalui *codebook*, pemeriksaan berulang terhadap unit teks, dan

pencatatan jejak analisis. Data disajikan pada tingkat agregat organisasi; penelitian tidak menampilkan identitas pasien atau data pribadi penerima layanan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pola Capaian Indikator Layanan UPTD Puskesmas Cicurug Tahun 2025

Dataset operasional memuat 14 indikator yang berasal dari 12 jenis pelayanan dasar bidang kesehatan. Delapan indikator mencapai atau melampaui target 100%, satu indikator berada sangat dekat dengan target, dan lima indikator belum mencapai target.

Dengan demikian, capaian tidak merata: layanan yang lebih mudah dimobilisasi melalui kunjungan fasilitas atau skrining terpusat cenderung lebih tinggi, sedangkan layanan yang membutuhkan penjangkauan, pelacakan, kepatuhan jangka panjang, dan dukungan komunitas menunjukkan *gap* lebih besar. Pola ini merupakan asosiasi deskriptif dari data kasus, bukan bukti bahwa satu dimensi *actuating* menjadi penyebab tunggal capaian.

Tabel 1. Rekapitulasi capaian indikator SPM UPTD Puskesmas Cicurug Tahun 2025

No.	Indikator	Sasaran	Realisasi	Capaian (%)	Gap (%)	Status
1	Ibu hamil	1.626	1.553	95,5	4,49	Belum tercapai
2	Ibu bersalin	1.619	1.470	90,8	9,20	Belum tercapai
3	Bayi baru lahir	1.606	1.453	90,4	9,53	Belum tercapai
4	Balita	6.549	8.411	128,43	-28,43	Melampaui target
5	Anak usia dikdas	14.826	14.826	100,00	0,00	Tercapai

No.	Indikator	Sasaran	Realisasi	Capaian (%)	Gap (%)	Status
6	Usia produktif (skrining)	71.334	71.334	100,00	0,0	Tercapai
7	Lansia	12.852	12.908	100,44	-0,44	Melampaui target
8	Hipertensi	8.116	8.116	100,00	0,0	Tercapai
9	Diabetes mellitus	1.804	1.806	100,11	-0,11	Melampaui target
10	ODGJ	150	163	108,67	-8,67	Melampaui target
11	ODMK	889	760	85,49	14,51	Belum tercapai
12	TB terduga	1.293	1.292	99,92	0,08	Mendekati target
13	TB diobati	397	283	71,28	28,72	Belum tercapai
14	HIV (deteksi dini)	2.167	2.376	109,64	-9,64	Melampaui target

Sumber: Data realisasi SPM UPTD Puskesmas Cicurug Tahun 2025,

Lima indikator yang belum mencapai target terdiri atas ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ODMK, dan TB diobati. Empat indikator pertama berada pada rentang 85,49%–95,51%, sedangkan TB diobati menjadi pencilan dengan capaian 71,28%. TB terduga berada pada 99,92% sehingga lebih tepat disebut mendekati target, bukan dimasukkan ke kelompok gagal mencapai target secara substantif. Koreksi klasifikasi ini penting agar ringkasan hasil tidak mencampur indikator yang hanya berbeda 0,08 poin dengan indikator yang memiliki gap 28,72 poin.

Kepemimpinan dan pencapaian target

Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa kepemimpinan dalam konteks implementasi ILP tidak

hanya dapat dilihat dari kemampuan menetapkan target, tetapi juga dari kemampuan menghubungkan target tersebut dengan mekanisme kerja harian.

Perjanjian Kinerja Perubahan menjadi instrumen penting karena memberikan arah yang lebih konkret bagi pelaksana. Ketika target layanan diterjemahkan ke dalam indikator, pembagian tugas, dan agenda pemantauan, proses *actuating* memperoleh dasar yang lebih jelas. Dengan demikian, kekuatan kepemimpinan di Puskesmas Cicurug terutama terlihat pada tahap memberikan arah, menyusun prioritas, dan menyesuaikan sumber daya terhadap kebutuhan organisasi. Keberhasilan kepemimpinan pada tingkat dokumen belum otomatis menunjukkan bahwa seluruh target telah menjadi perilaku kerja yang konsisten. Kesenjangan TB diobati sebesar 28,72 poin memperlihatkan adanya ruang antara keputusan manajerial dan hasil layanan yang memerlukan tindakan berulang.

Pada layanan seperti TB, pemimpin tidak cukup hanya menetapkan target, tetapi perlu memastikan bahwa setiap kasus memiliki penanggung jawab, jadwal tindak lanjut, jalur komunikasi, dan mekanisme eskalasi ketika terjadi hambatan. Dalam perspektif administrasi publik, hal tersebut merupakan bentuk kepemimpinan operasional yang menghubungkan akuntabilitas organisasi dengan kebutuhan warga.

Kepemimpinan yang efektif tahap berikutnya diarahkan pada penguatan *review* berbasis masalah. Setiap indikator yang berada di bawah target sebaiknya dibahas bukan hanya sebagai angka capaian, tetapi sebagai

masalah manajemen yang memiliki penyebab, aktor, sumber daya, dan batas waktu penyelesaian. Pola tersebut akan membuat E-SAKIP lebih berfungsi sebagai alat pengambilan keputusan dibandingkan sekadar instrumen pelaporan.

Dokumen Perjanjian Kinerja Perubahan menunjukkan bahwa kepemimpinan telah menerjemahkan kebijakan ILP ke dalam lebih dari 25 indikator dan target triwulanan. Implementasi dimulai pada April 2025 dan pagu anggaran meningkat Rp359.778.396, atau sekitar 5,4%, dari Rp6.670.271.656 menjadi Rp7.030.050.052. Penambahan pos Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat sebesar Rp310.736.672 memperlihatkan adanya penyesuaian anggaran terhadap kebutuhan program.

Bukti tersebut mengindikasikan kepemimpinan yang responsif pada tingkat perencanaan dan pengambilan keputusan. Namun, dokumen tidak cukup untuk menyatakan bahwa kepemimpinan secara langsung menghasilkan capaian indikator.

Dalam kerangka Terry, temuan ini mengonfirmasi bahwa kepemimpinan menyediakan arah dan keputusan sumber daya, tetapi efektivitas *actuating* tetap bergantung pada komunikasi, koordinasi, kompetensi pelaksana, dan kondisi sasaran. Di Cicurug, masalah utama tampak bukan ketiadaan arah strategis, melainkan penerjemahan arah tersebut pada layanan berbasis komunitas dan layanan TB yang memerlukan tindak lanjut berulang.

Komunikasi internal dan eksternal

Temuan tersebut menunjukkan bahwa komunikasi dalam implementasi ILP mempunyai

dua karakter yang berbeda. Komunikasi internal relatif lebih mudah dikendalikan karena berlangsung dalam struktur organisasi yang memiliki kewenangan, pembagian tugas, forum koordinasi, dan jalur pelaporan yang lebih jelas.

Sementara itu, komunikasi eksternal berlangsung pada ruang yang lebih kompleks karena melibatkan kader, pemerintah desa, keluarga, pasien, fasilitas rujukan, serta masyarakat dengan tingkat pengetahuan dan kemampuan yang berbeda. Perbedaan karakter tersebut penting dalam menjelaskan mengapa capaian indikator tertentu belum seragam meskipun kerangka internal organisasi telah tersedia.

Cakupan pelatihan kader sebesar 62,5% menjadi bukti bahwa transfer informasi ILP belum sepenuhnya menjangkau seluruh wilayah pelayanan. Tiga wilayah yang belum mendapatkan pelatihan formal bukan berarti otomatis memiliki kinerja yang rendah, tetapi kondisi tersebut menunjukkan adanya risiko ketidaksamaan pemahaman dan praktik di lapangan. Dalam pelaksanaan pelayanan berbasis siklus hidup, kader merupakan salah satu penghubung antara fasilitas kesehatan dan masyarakat. Karena itu, komunikasi eksternal perlu dirancang sebagai proses berkelanjutan yang mencakup penyampaian informasi, klarifikasi tugas, supervisi, umpan balik, dan pemecahan masalah.

Dari perspektif manajemen kinerja, komunikasi juga harus menghasilkan informasi yang dapat ditindaklanjuti. Misalnya, apabila suatu wilayah memiliki sasaran ibu hamil yang belum terjangkau, maka

informasi tersebut harus segera diteruskan kepada petugas dan kader yang bertanggung jawab, kemudian diterjemahkan menjadi daftar sasaran, jadwal kunjungan, serta pemantauan hasil. Dengan pola seperti itu, komunikasi tidak berhenti pada sosialisasi, tetapi menjadi bagian dari siklus *actuating*. Penguatan komunikasi juga perlu memperhatikan media yang digunakan, kemampuan digital kader, dan karakteristik masyarakat sehingga pesan pelayanan dapat diterima dan digunakan secara efektif. Komunikasi internal tampak dari sosialisasi ILP kepada tenaga kesehatan dan pengelompokan program ke dalam klaster serta target kinerja. Sebaliknya, komunikasi eksternal belum merata. Pelatihan kader baru menjangkau lima dari delapan wilayah pelayanan, atau 62,5%, sehingga tiga wilayah belum memperoleh transfer pengetahuan ILP secara formal.

Kesenjangan ini beririsan secara deskriptif dengan rendahnya capaian indikator yang membutuhkan jejaring komunitas, yaitu ibu hamil 95,51%, ibu bersalin 90,80%, dan bayi baru lahir 90,47%. Temuan tersebut sejalan dengan literatur yang menempatkan pelatihan, supervisi, integrasi kader, dan komunikasi dengan komunitas sebagai faktor penting dalam layanan TB dan layanan primer (Arshad et al., 2014; Dam et al., 2022). Meski demikian, karena penelitian ini tidak mengukur kualitas komunikasi atau membandingkan wilayah secara eksperimental, kesimpulannya dibatasi pada indikasi hubungan kontekstual, bukan efek komunikasi yang terisolasi.

Motivasi dan pengembangan SDM

Konteks Puskesmas, motivasi tidak berarti pemberian penghargaan material. Motivasi dapat dibangun melalui kejelasan peran, pengakuan terhadap kontribusi, kesempatan meningkatkan kompetensi, umpan balik terhadap hasil kerja, serta dukungan pimpinan ketika pelaksana menghadapi hambatan. Penggunaan data kinerja secara rutin dapat memperkuat motivasi karena tenaga kesehatan dan kader dapat melihat hubungan antara aktivitas yang dilakukan dengan perubahan capaian layanan. Sebaliknya, apabila data hanya digunakan untuk pelaporan administratif, manfaat motivasionalnya menjadi terbatas.

Cakupan pelatihan kader yang baru mencapai lima dari delapan wilayah menunjukkan bahwa pengembangan SDM komunitas masih menjadi agenda penting. Keterbatasan dukungan Dana Desa sebagaimana tercermin dalam dokumen juga menunjukkan bahwa pengembangan kapasitas kader membutuhkan koordinasi pembiayaan antarsumber. Puskesmas perlu memastikan bahwa kebutuhan kompetensi yang ditetapkan sesuai dengan tugas kader, terutama untuk kegiatan penjangkauan, pelacakan, edukasi, pemantauan kepatuhan, dan komunikasi risiko. Pendekatan tersebut lebih strategis daripada sekadar mengejar jumlah peserta pelatihan.

Pada indikator TB diobati, kebutuhan SDM juga bersifat kontinu. Keberhasilan pengobatan tidak berhenti ketika pasien ditemukan, tetapi membutuhkan pemantauan dan dukungan agar pengobatan dapat diselesaikan. Pengembangan SDM perlu dikaitkan dengan indikator

proses, seperti jumlah kasus yang telah dikunjungi, proporsi pasien yang memperoleh tindak lanjut, ketepatan waktu pelaporan, dan keberhasilan komunikasi dengan keluarga. Dengan memasukkan indikator proses ke dalam pemantauan, manajemen dapat mendeteksi hambatan sebelum tercermin sebagai gap capaian akhir.

Pada tingkat internal, penataan klaster dan penggunaan ASN Digital berpotensi memperjelas peran ASN, memudahkan pemantauan, serta menyediakan umpan balik kinerja.

Untuk tingkat komunitas, cakupan pelatihan kader 62,5% menunjukkan bahwa investasi pengembangan kapasitas sudah berjalan tetapi belum merata. Ketergantungan pada dukungan Dana Desa juga membuat keberlanjutan pelatihan dan insentif kader tidak sepenuhnya berada dalam kendali Puskesmas.

Kesenjangan kompetensi paling relevan terlihat pada ODMK 85,49% dan TB diobati 71,28%. Penanganan ODMK memerlukan layanan lintas sektor dan dukungan sosial, sedangkan TB diobati menuntut investigasi kontak, edukasi, pemantauan kepatuhan obat, serta pelacakan pasien. Bukti global menunjukkan bahwa kader lebih efektif ketika memperoleh pelatihan komprehensif, supervisi berkelanjutan, dukungan layak, dan integrasi formal dengan sistem layanan primer (Dam et al., 2022; Ong'ang'o et al., 2014). Karena itu, rekomendasi SDM perlu lebih spesifik daripada sekadar menambah jumlah pelatihan: modul harus disesuaikan dengan tugas, supervisi harus terjadwal, dan indikator kompetensi harus dipantau.

Koordinasi lintas program dan lintas sektor

Perbedaan capaian antara indikator yang dapat dikendalikan di dalam fasilitas dengan indikator yang memerlukan jejaring menunjukkan pentingnya membedakan koordinasi administratif dan koordinasi pelayanan. Koordinasi administratif berhubungan dengan pembagian tugas, jadwal, pelaporan, dan forum internal. Koordinasi pelayanan memiliki tuntutan yang lebih tinggi karena memerlukan pertukaran informasi dari berbagai pihak terkait dan kesinambungan tindakan di luar organisasi. Pada kasus TB, misalnya, keberhasilan pengobatan membutuhkan keterhubungan antara penemuan kasus, pengobatan, pemantauan kepatuhan, keluarga, kader, dan fasilitas rujukan.

Koordinasi yang dibutuhkan bukan hanya rapat rutin. Koordinasi efektif harus menghasilkan keputusan operasional: siapa yang bertanggung jawab, kapan tindakan dilakukan, informasi apa yang harus diteruskan, dan kepada siapa masalah dinaikkan apabila tidak terselesaikan. Mekanisme tersebut dapat dituangkan dalam protokol sederhana yang mudah digunakan oleh petugas dan kader. Dengan demikian, koordinasi menjadi mekanisme actuating yang mengubah target organisasi menjadi tindakan bersama.

Temuan indikator hipertensi, diabetes mellitus, ODGJ, dan HIV yang mencapai atau melampaui target memperlihatkan bahwa alur kerja dan pemantauan relatif terstruktur, organisasi mampu menjaga capaian tinggi. Sebaliknya, indikator TB diobati memerlukan jejaring yang lebih panjang sehingga membutuhkan koordinasi yang lebih intensif. Hal ini

memperkuat argumen bahwa desain manajemen kinerja tidak dapat diseragamkan untuk semua indikator. Semakin tinggi ketergantungan indikator pada pihak eksternal, semakin penting mekanisme koordinasi, umpan balik, dan eskalasi terstruktur.

Pada ILP 14 indikator operasional ke dalam satu rangkaian Perjanjian Kinerja menunjukkan koordinasi internal yang cukup terstruktur. Indikator hipertensi, diabetes mellitus, ODGJ, dan HIV yang mencapai atau melampaui 100% juga memperlihatkan bahwa layanan dengan alur kerja internal dan pemantauan fasilitas relatif lebih mudah dikendalikan. Hal ini mendukung pandangan bahwa ILP dapat memperkuat koordinasi horizontal ketika target dan tanggung jawab dipetakan dengan jelas.

Kondisinya berbeda pada TB diobati. Indikator ini memerlukan koordinasi Puskesmas, rumah sakit atau fasilitas rujukan, kader, pasien, dan keluarga dalam jangka waktu yang lebih panjang. Gap 28,72 poin mengindikasikan perlunya protokol lintas sektor yang lebih operasional, termasuk daftar pasien yang perlu ditindaklanjuti, penanggung jawab, batas waktu umpan balik, dan mekanisme eskalasi. Literatur tentang layanan TB berbasis komunitas menunjukkan bahwa integrasi kader, supervisi, dan kesinambungan hubungan antara fasilitas dan komunitas merupakan unsur penting untuk menjaga keberlanjutan pengobatan (Wright et al., 2015; Aliphanah et al., 2018).

E-SAKIP dan kesiapan digital sebagai faktor pendukung aktuating

Kesiapan digital sebesar 75% dapat dipahami sebagai kapasitas pendukung, bukan sebagai hasil akhir transformasi organisasi. Nilai tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar kebutuhan dasar pengelolaan informasi telah tersedia, tetapi masih terdapat ruang 25% yang perlu diidentifikasi secara spesifik. Tanpa identifikasi tersebut, angka kesiapan digital akan sulit diterjemahkan menjadi rencana perbaikan. Manajemen perlu membedakan apakah kesenjangan berasal dari perangkat, konektivitas, integrasi antarsistem, keterampilan pengguna, kualitas data, atau beban administratif.

Dalam perspektif E-SAKIP, kualitas digitalisasi ditentukan oleh sejauh mana data dapat digunakan pada saat keputusan dibuat. Data bulanan SPM memiliki nilai manajerial apabila mampu menunjukkan indikator yang mulai menurun, wilayah yang tertinggal, dan jenis intervensi yang perlu segera dilakukan. Oleh sebab itu, pemanfaatan dashboard atau sistem pelaporan sebaiknya disertai forum review berkala. Hasil *review* kemudian diterjemahkan menjadi keputusan yang memiliki penanggung jawab dan tenggat waktu.

Kondisi ini juga menunjukkan bahwa transformasi digital tidak dapat dipisahkan dari kompetensi manusia. Sistem yang baik tetap membutuhkan pengguna yang memahami indikator, mampu memeriksa kualitas data, dan mengetahui tindakan yang harus dilakukan setelah menemukan kesenjangan. Dengan demikian, penguatan digitalisasi perlu berjalan bersamaan dengan pelatihan pengguna, penyederhanaan alur kerja,

dan pembagian tanggung jawab yang jelas.

Kesiapan digital Puskesmas mencapai 75% berdasarkan ketersediaan integrasi pelaporan SPM, JKN, data kependudukan, manajemen ASN, dan pemantauan kinerja. Ketersediaan data bulanan yang terstruktur membantu organisasi melihat gap secara lebih cepat dibandingkan pelaporan manual. Temuan ini sejalan dengan kajian sistem pengukuran kinerja layanan primer yang menekankan pentingnya kesesuaian antara sistem, konteks lokal, pelatihan, dan alur kerja (de Melo Santos et al., 2025; Werang et al., 2025).

Posisi kesiapan 75% tidak boleh dibaca sebagai jaminan otomatis atas perbaikan kinerja. Kajian tentang dashboard dan audit feedback menunjukkan bahwa teknologi lebih bermanfaat ketika menjadi bagian dari intervensi yang lebih luas, disertai umpan balik, kepemilikan manajerial, dan tindakan tindak lanjut (Meier et al., 2025). Karena itu, digitalisasi dalam penelitian ini ditempatkan sebagai faktor pendukung *actuating*, bukan dimensi keenam teori Terry. Gap digital 25% perlu diurai lebih lanjut menjadi masalah perangkat, konektivitas, interoperabilitas, literasi digital, atau beban kerja pengguna.

Kesesuaian anggaran dengan kesenjangan kinerja

Temuan mengenai kesesuaian anggaran memberikan implikasi penting bagi hubungan antara SAKIP dan perencanaan pembangunan daerah. Besarnya pagu tidak dengan sendirinya menunjukkan efisiensi. Efisiensi lebih tepat dinilai dari kemampuan organisasi mengarahkan

sumber daya pada kebutuhan yang paling penting dan menghasilkan perbaikan yang dapat dipantau. Alokasi tersebut dapat tetap dibutuhkan untuk mempertahankan kualitas layanan, sehingga keputusan anggaran tidak dapat didasarkan pada capaian indikator semata.

Pendekatan yang lebih tepat adalah menggunakan matriks prioritas yang menggabungkan besarnya gap, jumlah sasaran, tingkat risiko, kompleksitas intervensi, dan kebutuhan kesinambungan pelayanan. Dengan matriks tersebut, indikator TB diobati dan ODMK yang memiliki gap relatif besar dapat memperoleh perhatian tambahan tanpa mengabaikan layanan lain yang sudah mencapai target. Prinsipnya bukan melakukan pemotongan otomatis pada program berkinerja tinggi, melainkan memastikan bahwa tambahan sumber daya mempunyai alasan manajerial yang jelas.

Penggunaan E-SAKIP dalam proses anggaran juga perlu diarahkan pada tahap sebelum dan sesudah penganggaran. Sebelum anggaran ditetapkan, data kinerja digunakan untuk menyusun prioritas. Setelah anggaran berjalan, data digunakan untuk memeriksa apakah kegiatan yang dibiayai benar-benar bergerak menuju perbaikan indikator. Siklus tersebut akan memperkuat keterkaitan antara akuntabilitas kinerja, penganggaran berbasis kinerja, dan pelaksanaan ILP.

Pagu perubahan sebesar Rp7.030.050.052 menunjukkan komitmen pendanaan yang cukup besar. Pos Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD mencapai sekitar Rp4,76 miliar atau 67,7% dari total pencapaian pagu. Pengelolaan Pelayanan Gizi Masyarakat

memperoleh sekitar Rp996,13 juta dan selaras dengan capaian balita 128,43%. Sebaliknya, alokasi yang terkait TB sekitar Rp41,7 juta dan ODMK sekitar Rp31,4 juta relatif kecil dibandingkan besarnya gap kedua indikator tersebut.

Pola ini menunjukkan bahwa penganggaran belum sepenuhnya mengikuti prioritas berbasis gap. Temuan ini bukan berarti anggaran gizi harus dikurangi secara otomatis, tetapi menunjukkan perlunya aturan keputusan yang menggabungkan capaian, jumlah sasaran, tingkat risiko, dan kebutuhan intervensi. E-SAKIP dapat berfungsi lebih strategis bila data gap dipakai dalam forum review anggaran, bukan hanya untuk pelaporan. Rekomendasi ini konsisten dengan literatur SAKIP yang menekankan prioritas program, koordinasi, dan kapasitas organisasi sebagai syarat agar sistem akuntabilitas menghasilkan perbaikan kinerja (Rizal et al., 2021; Handayani & Syahrial, 2024).

Integrasi temuan dan implikasi manajerial

Jika seluruh temuan dibaca sebagai satu kesatuan, terlihat bahwa persoalan utama bukan terletak pada ketiadaan instrumen manajemen, melainkan pada konsistensi penerjemahan informasi menjadi tindakan. Puskesmas telah memiliki target, dokumen kinerja, data bulanan, dukungan digital, dan struktur koordinasi internal. Tantangannya adalah memastikan seluruh instrumen tersebut membentuk satu siklus yang utuh: data dikumpulkan, gap dianalisis, penyebab dipetakan, sumber daya diarahkan, tindakan dilakukan, kemudian hasilnya diperiksa kembali.

Dari sisi administrasi publik, kondisi tersebut menunjukkan

pentingnya pendekatan performance governance. Akuntabilitas tidak berhenti pada pertanggungjawaban administratif, tetapi diarahkan untuk meningkatkan kualitas keputusan publik. Dalam konteks Puskesmas, ukuran keberhasilan E-SAKIP bukan hanya kelengkapan dokumen, tetapi kemampuan sistem membantu pimpinan menentukan layanan mana yang membutuhkan intervensi, siapa pelaksana yang harus bergerak, sumber daya apa yang diperlukan, dan kapan hasil harus diperiksa.

Prioritas pertama adalah TB diobati karena memiliki gap terbesar. Prioritas kedua adalah pemerataan kapasitas kader karena pelatihan baru mencapai 62,5% wilayah. Prioritas ketiga adalah ODMK dan layanan ibu-bayi yang masih berada di bawah target. Prioritas keempat adalah penyelesaian gap digital 25%. Urutan tersebut dapat menjadi dasar penyusunan rencana tindak lanjut yang lebih terukur. Setiap prioritas sebaiknya mempunyai indikator proses dan indikator hasil agar organisasi tidak menunggu sampai akhir tahun untuk mengetahui apakah intervensi berjalan.

Dengan demikian, E-SAKIP dapat diposisikan sebagai instrumen pembelajaran organisasi. Ketika satu indikator tidak mencapai target, organisasi tidak hanya mencari siapa yang belum mencapai target, tetapi memeriksa apakah target realistis, apakah sumber daya memadai, apakah koordinasi berjalan, apakah data berkualitas, dan apakah strategi pelaksanaan sesuai karakteristik sasaran. Pendekatan ini lebih konstruktif dan sesuai dengan prinsip perbaikan berkelanjutan dalam manajemen kinerja.

Tabel 2. Ringkasan Temuan

Masalah prioritas	Bukti kasus	Implikasi tindakan	Indikator tindak lanjut
Cakupan TB diobati rendah	71,28 %; gap 28,72 poin	Buat protokol pelacakan pasien dan koordinasi Puskesmas–rujukan–kader; kombinasikan edukasi, kunjungan, dan pengingat digital sesuai kapasitas pasien.	Proporsi pasien terdaftar yang ditindaklanjuti tepat waktu; capaian TB diobati per bulan.
Kapasitas kader belum merata	Pelatihan mencakup 5 dari 8 wilayah (62,5%).	Tuntaskan pelatihan tiga wilayah; tetapkan modul, supervisi, dan mekanisme pembiayaan bersama BOK–Dana Desa.	Cakupan wilayah terlatih 100%; persentase kader lulus uji kompetensi.
Kesenjangan ODMK	Capaian 85,49 %; gap 14,51 poin.	Bangun jejaring lintas sektor untuk dukungan sosial, rujukan, dan kunjungan tindak lanjut.	Waktu respons rujukan; proporsi kasus dengan rencana tindak lanjut.
Kesiapan digital belum penuh	Kesiapan digital 75%; gap 25%.	Identifikasi komponen gap dan prioritaskan konektivitas, interoperabilitas, literasi, atau perangkat sesuai temuan audit.	Kelengkapan data bulanan; waktu dari input ke review; persentase wilayah terhubung.
Alokasi belum sepenuhnya berbasis gap	TB dan ODMK memiliki gap besar dengan alokasi relatif kecil.	Masukkan matriks gap–anggaran ke review perencanaan 2026 dan dokumentasikan alasan setiap realokasi.	Proporsi anggaran prioritas yang terkait indikator ber-gap tinggi; perubahan capaian setelah intervensi.

Implikasi utama penelitian ini adalah perlunya mengubah E-SAKIP

dari sistem dokumentasi menjadi siklus keputusan. Data harus dibahas rutin, diterjemahkan ke penanggung jawab dan anggaran, lalu diperiksa kembali melalui indikator antara. Untuk penelitian lanjutan, desain multi-kasus atau longitudinal diperlukan agar perubahan capaian dapat dibandingkan antar-Puskesmas dan hubungan kausal dapat diuji dengan lebih kuat.

Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, studi kasus tunggal membatasi transferabilitas temuan ke Puskesmas dengan konteks wilayah, sumber daya, dan struktur koordinasi yang berbeda. Kedua, data berasal dari dokumen resmi dan tidak dilengkapi wawancara mendalam dengan tenaga kesehatan, kader, pasien, atau mitra lintas sektor; oleh karena itu, penjelasan mengenai komunikasi, motivasi, dan kepatuhan masih bersifat inferensial. Ketiga, periode satu tahun merupakan fase awal implementasi ILP sehingga belum cukup untuk menilai kematangan sistem. Keempat, penelitian tidak menggunakan kelompok pembanding dan tidak mengestimasi efek E-SAKIP atau ILP. Penelitian ini dibaca dalam batas desain deskriptif belum mengacu pada faktor berhubungan dan keterkaitan.

KESIMPULAN

Secara keseluruhan, hasil penelitian memperlihatkan bahwa implementasi E-SAKIP di UPTD Puskesmas Cicurug telah memberikan kerangka yang mendukung keterhubungan antara perencanaan, target kinerja, pelaksanaan layanan, pengukuran, dan evaluasi. Namun, fungsi tersebut belum sepenuhnya menghasilkan capaian yang merata pada seluruh indikator. Dari 14

indikator operasional, delapan mencapai atau melampaui target, satu berada sangat dekat dengan target, dan lima belum mencapai target. Pola ini menunjukkan bahwa kapasitas manajemen organisasi relatif memadai, tetapi kemampuan menjangkau sasaran yang membutuhkan interaksi berulang dan dukungan komunitas masih perlu diperkuat.

Kesenjangan terbesar pada TB diobati sebesar 28,72 poin menjadi temuan yang paling penting bagi pengelolaan kinerja. Temuan tersebut tidak dapat langsung ditafsirkan sebagai akibat dari kelemahan satu faktor tertentu, tetapi menjadi sinyal bahwa layanan TB membutuhkan perhatian manajerial yang lebih intensif. Strategi tindak lanjut perlu mencakup penguatan pelacakan pasien, koordinasi dengan kader dan fasilitas rujukan, pemantauan kepatuhan, serta penggunaan data untuk memastikan kasus yang membutuhkan tindakan tidak terlewat. Pada saat yang sama, capaian ODMK sebesar 85,49% dan indikator ibu serta bayi yang berada pada kisaran 90,47%–95,51% menunjukkan bahwa layanan berbasis komunitas juga perlu mendapatkan perhatian.

Dari lima dimensi actuating Terry, kepemimpinan dan koordinasi internal relatif menjadi kekuatan, sedangkan komunikasi eksternal, pengembangan kapasitas kader, dan koordinasi lintas sektor merupakan area yang perlu diperkuat. Kesiapan digital 75% memberikan fondasi yang cukup mendukung pengambilan keputusan, tetapi manfaat digitalisasi baru optimal apabila data digunakan dalam forum review dan diterjemahkan menjadi tindakan.

Teknologi harus ditempatkan sebagai faktor pendukung, sementara manusia, kepemimpinan, komunikasi, koordinasi, dan pengembangan SDM tetap menjadi inti proses pergerakan.

Implikasi praktis penelitian adalah perlunya menjadikan E-SAKIP sebagai siklus keputusan berbasis gap. Puskesmas dapat menetapkan review kinerja secara berkala, menyusun matriks gap dan anggaran, menuntaskan pelatihan kader di tiga wilayah yang belum terjangkau, menyusun protokol koordinasi TB, serta memecah kesenjangan digital 25% menjadi target teknis yang terukur. Pendekatan tersebut diharapkan membuat penganggaran dan pergerakan organisasi lebih responsif terhadap kebutuhan pelayanan.

Penelitian ini menegaskan bahwa efektivitas E-SAKIP tidak ditentukan oleh keberadaan aplikasi atau kelengkapan dokumen, tetapi oleh kemampuan organisasi menggunakan informasi kinerja untuk mengarahkan tindakan. Dalam konteks ILP, E-SAKIP memiliki nilai strategis ketika mampu mempertemukan data, sumber daya manusia, anggaran, koordinasi, dan evaluasi dalam satu proses perbaikan berkelanjutan. Temuan ini tetap bersifat kontekstual dan tidak membuktikan hubungan sebab-akibat. Penelitian berikutnya dapat menggunakan desain multi kasus atau longitudinal untuk menguji apakah penguatan mekanisme actuating dan penggunaan E-SAKIP berbasis gap benar-benar diikuti peningkatan capaian layanan.

Implementasi E-SAKIP dan ILP di UPTD Puskesmas Cicurug pada 2025 menunjukkan kapasitas manajemen kinerja yang cukup

berfungsi, tetapi belum merata pada seluruh jenis layanan. Dari 14 indikator operasional, delapan mencapai atau melampaui target 100%, satu mendekati target, dan lima belum mencapai target. TB diobati merupakan kesenjangan terbesar dengan capaian 71,28%, disusul ODMK 85,49% serta indikator ibu dan bayi pada kisaran 90,47%–95,51%.

Kepemimpinan dan koordinasi internal tampak sebagai kekuatan, ditunjukkan oleh integrasi target dalam Perjanjian Kinerja dan penyesuaian anggaran. Sebaliknya, cakupan pelatihan kader 62,5%, komunikasi eksternal yang belum merata, dan kebutuhan koordinasi lintas sektor pada TB menjadi area penguatan. Kesiapan digital 75% mendukung ketersediaan data, tetapi manfaatnya bergantung pada integrasi dengan alur kerja, kompetensi pengguna, dan tindak lanjut manajerial.

Kontribusi studi ini bersifat kontekstual: memperlihatkan bahwa kerangka actuating Terry dapat digunakan untuk membaca hubungan antara target akuntabilitas, pelaksanaan ILP, dan kesenjangan SPM, dengan E-SAKIP serta digitalisasi sebagai faktor pendukung actuating. Secara praktis, prioritas berikutnya adalah menuntaskan pelatihan kader di tiga wilayah, menyusun protokol koordinasi TB, mengarahkan review anggaran 2026 berdasarkan gap, dan mengurai gap digital 25% menjadi target perbaikan yang terukur. Rekomendasi tersebut merupakan implikasi manajerial dari pola data, bukan bukti bahwa intervensi tertentu pasti menghasilkan perubahan capaian.

REFERENSI

- Alipanah, N., Jarlsberg, L., Miller, C., Linh, N. N., Falzon, D., Jaramillo, E., & Nahid, P. (2018). Adherence interventions and outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis of trials and observational studies. *PLoS Medicine*, 15(7), e1002595. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002595>
- Armstrong, M. (2022). *Armstrong's handbook of performance management: An evidence-based guide to delivering high performance* (7th ed.). Kogan Page.
- Arshad, A., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Das, J. K., Naqvi, I., & Bhutta, Z. A. (2014). Community based interventions for the prevention and control of tuberculosis. *Infectious Diseases of Poverty*, 3, 27. <https://doi.org/10.1186/2049-9957-3-27>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design* (4th ed.). SAGE Publications.
- Dam, T. A., Forse, R., Tran, P. M. T., Vo, L. N. Q., Codlin, A. J., Lan, N. T. P., & Creswell, J. (2022). What makes community health worker models for tuberculosis active case finding work? A cross-sectional study of TB REACH projects to identify success factors for increasing case notifications. *Human Resources for Health*, 20, 25. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00708-1>
- de Melo Santos, C. J., Barbosa, A. S., & Sant'Anna, A. M. O. (2025). Performance measurement systems in primary health care: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 25, 353. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12412-6>
- Handayani, M., & Syahrial, M. A.

- (2024). Leveraging digital transformation for performance management: A case study on E-SAKIP implementation in government institutions. *International Journal of Economics and Management Sciences*, 1(4), 138–157. <https://doi.org/10.61132/ijems.v1i4.237>
- Handoko, T. H. (2014). *Manajemen* (Edisi ke-2). BPFE Yogyakarta.
- Hasibuan, M. S. P. (2016). *Manajemen: Dasar, pengertian, dan masalah* (Edisi revisi). Bumi Aksara.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Pedoman implementasi integrasi layanan primer: Kluster layanan Puskesmas berbasis siklus hidup*.
- Meier, F. L., Jäger, L., Senn, O., Markun, S., & Burgstaller, J. M. (2025). Effectiveness of interactive dashboards as audit and feedback tools in primary care: A systematic review. *PLoS ONE*, 20(6), e0327350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327350>
- Melva, S., & Adriani, Z. (2023). Pengaruh kepemimpinan transformasional terhadap kinerja pegawai dengan komunikasi sebagai variabel intervening pada Puskesmas rawat jalan Kabupaten Batanghari. *Jurnal Manajemen Terapan dan Keuangan*, 12(3), 847–857. <https://doi.org/10.22437/mankeu.v12i03.25047>
- Meri, D., Efliani, D., & Fauzan, M. (2022). Fungsi manajemen kepala Puskesmas dan kinerja pegawai Puskesmas. *JKEP*, 7(2), 243–253. <https://doi.org/10.32668/jkep.v7i2.1045>
- Ndayishimiye, C., Lopes, H., & Middleton, J. (2023). A systematic scoping review of digital health technologies during COVID-19: A new normal in primary health care delivery. *Health and Technology*, 13, 273–284. <https://doi.org/10.1007/s12553-023-00725-7>
- Notoatmodjo, S. (2018). *Pengembangan sumber daya manusia* (Edisi ke-4). Rineka Cipta.
- Ong'ang'o, J. R., Mwachari, C., Kipruto, H., & Karanja, S. (2014). The effects on tuberculosis treatment adherence from utilising community health workers: A comparison of selected rural and urban settings in Kenya. *PLoS ONE*, 9(2), e88937. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088937>
- Pradipta, I. S., Forsman, L. D., Brummel, S. S., Hak, E., & van Boven, J. F. M. (2020). Interventions to improve medication adherence in tuberculosis patients: A systematic review of randomized controlled studies. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 30, 21. <https://doi.org/10.1038/s41533-020-0179-x>
- Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Sekretariat Negara RI.
- Ramadhani, S., Sutningsih, D., & Purnami, C. T. (2023). Kendala pelaksanaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan pada penderita hipertensi di Puskesmas: Literature review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 6(4), 553–560. <https://doi.org/10.56338/mppki.v>

- 6i4.3209
- Rizal, M., Askafi, E., & Supriyono, S. (2021). Implementation of the performance accountability system for government agencies (SAKIP) in realizing good governance at the Kediri city health office. *International Journal of Business, Economics and Management*, 4(1), 174–179. <https://doi.org/10.31295/ijbem.v4n1.1463>
- Siagian, S. P. (2014). *Manajemen sumber daya manusia* (Edisi ke-22). Bumi Aksara.
- Supriyati, S., Supriyatna, R., & Fitrie, R. (2024). Analisis implementasi kebijakan standar pelayanan minimal (SPM) penyakit hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Rimbo Tengah. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(3), 7116–7132. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i3.37193>
- Terry, G. R. (1960). *Principles of management* (3rd ed.). Richard D. Irwin.
- Werang, M. L. F., Rizki, M., Yolandasari, P., & Werang, N. P. L. (2025). Revitalizing Governance: How West Java's SAKIP Transformed Public Accountability Post-COVID-19. *Ilomata International Journal of Social Science*, 6(2), 520-534.
- Wibowo. (2016). *Manajemen kinerja* (Edisi ke-5). Rajawali Pers.
- Wiyanti, A., Daroini, S., & Muksin, A. (2023). Penerapan standar pelayanan kesehatan minimal di Puskesmas Cipaku Bogor. *Jurnal Syntax Admiration*, 4(7), 1034–1048. <https://doi.org/10.46799/jsa.v4i7.807>
- Wright, C. M., Westerkamp, L., Korver, S., Dobler, C. C., & Fox, G. J. (2015). Community-based directly observed therapy (DOT) versus clinic DOT for tuberculosis: A systematic review and meta-analysis of comparative effectiveness. *BMC Infectious Diseases*, 15, 210. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-0945-5>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.
- Zudi, M., Suryoputro, A., & Arso, S. P. (2021). Analisis implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Puskesmas Guntur I Kabupaten Demak. *JKM: Jurnal Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 8(2), 165–179. <https://doi.org/10.31596/jkm.v8i2>