

Konvergensi Lintas-Sektor dan Integrasi Layanan Kesehatan dan Non-Kesehatan di Kampung Keluarga Berkualitas: Analisis Komparatif untuk Pengambilan Kebijakan

Cross-Sector Convergence and Integration of Health and Non-Health Service Performance in Quality Family Villages: A Comparative Analysis for Policy Making

Risma Apriliana¹, Nurholis Majid², Dimas Wicaksono³, Ari Wulan Sari⁴, Yusna Afrilda⁵, Fransiska Meyanti⁶, Redemtus Alfredo Sani Fenat⁷

^{1, 2, 3, 6} Data Narya Amerta Semesta, Indonesia

^{4, 7} Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Indonesia

⁵ Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN, Indonesia

Penulis Korespondensi

Ari Wulan Sari
ariwulansari@gmail.com

Histori Artikel

Diajukan: 21 Oktober 2025
Revisi Akhir: 28 Desember 2025
Disetujui: 28 Desember 2025
Terbit: 31 Desember 2025

Abstrak

Kampung Keluarga Berkualitas (Kampung KB) merupakan program pemerintah Indonesia yang mengintegrasikan layanan dasar di tingkat desa/kelurahan yang bertujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pendekatan keluarga. Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2022 menekankan supaya Kampung KB terus dioptimalisasi melalui penggunaan data keluarga, perubahan perilaku di tingkat keluarga hingga masyarakat, peningkatan akses layanan dasar (kesehatan dan non-kesehatan), serta penataan keluarga secara terpadu. Konvergensi lintas sektor dan Integrasi layanan yang terstruktur dan terkoordinasi merupakan prasyarat utama keberhasilan Kampung KB dengan keluaran layanan kunci serta indikator keluarga (iBangga). Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan implementasi konvergensi lintas sektor dan integrasi layanan kesehatan dan non-kesehatan di beberapa Kampung KB berstatus “berkelanjutan” dan berstatus “berkembang”. Penelitian ini menarik diulas, sebab, masih terbatasnya penelitian sejenis yang dilakukan antar Kampung KB, sehingga hasil penelitian ini bisa menjadi pertimbangan para pengambil kebijakan tentang prasyarat kontekstual yang memungkinkan replikasi praktik efektif antar kampung. Pelaksanaan penelitian dilakukan pada November 2023-Juli 2024 dengan metode pengumpulan data campuran yaitu wawancara mendalam, FGD, dan studi literatur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa konvergensi lintas sektor dan integrasi layanan kesehatan dan non-kesehatan di Kampung KB “berkelanjutan” lebih konsisten dibanding Kampung KB “berkembang”, dengan tiga kanal utama: penataan lingkungan dasar, perlindungan sosial, dan pemberdayaan ekonomi. Variasi antar kampung dipengaruhi oleh kapasitas pelaksana, kualitas koordinasi lintas sektor, dan kedewasaan ekosistem data. Dengan demikian, penguatan Kampung KB melalui tata kelola berjenjang, alur rujukan terpadu, dan interoperabilitas data merupakan strategi kunci yang menjadi prasyarat fundamental bagi terwujudnya layanan desa yang holistik dan berkelanjutan guna memperkuat kesejahteraan keluarga.

Kata Kunci

Konvergensi Lintas Sektor; Integrasi Layanan; Kampung Keluarga Berkualitas; Tata Kelola Desa; Pembangunan Keluarga

Abstract

Kampung Keluarga Berkualitas (Kampung KB) is an Indonesian government initiative that integrates essential services at the village and sub-district level, aiming to enhance community welfare through a family-centered approach. Presidential Instruction No. 3 of 2022 emphasizes the ongoing optimization of Kampung KB by leveraging family data, promoting behavioural change at both family and community levels, improving access to basic services (health and non-health), and implementing integrated family management. Structured and coordinated cross-sectoral convergence and integration of services (health and non-health) are fundamental prerequisites for the success of Kampung KB, with key service outputs and family indicators (iBangga) as benchmarks. This study aimed to illustrate the implementation of cross-sectoral convergence and integration of health and non-health services in several Kampung KBs categorized as “sustainable” and “developing.” Notably, there is a scarcity of comparative research across Kampung KBs, making these findings valuable for policymakers considering the contextual prerequisites for replicating effective practices between villages. The research was conducted from November 2023 to July 2024 using a mixed-methods approach, including in-depth interviews, focus group discussions, and literature review. The results revealed that cross-sectoral convergence and service integration in “sustainable” Kampung KBs are more consistent than in “developing”

ones, with three main channels: basic environmental management, social protection, and economic empowerment. Variations between villages are influenced by implementer capacity, the quality of cross-sectoral coordination, and the maturity of data ecosystems. Therefore, strengthening Kampung KB through tiered governance, integrated referral pathways, and data interoperability is a key strategy and a fundamental prerequisite for realizing holistic and sustainable village services to improve family welfare.

Keywords

Cross-Sector Convergence; Service Integration; Quality Family Village; Local Governance; Family Development

1. Pendahuluan

Penguatan pembangunan desa sering dipandang sebagai prasyarat kemajuan nasional, sebab desa berperan sebagai pusat produksi pangan, pengikat jejaring sosial, sekaligus pintu awal akses layanan dasar bagi keluarga. Pengalaman lintas negara memperlihatkan bahwa ketika kewenangan, pendanaan, dan orkestrasi layanan dasar benar-benar didorong hingga ke tingkat desa, hal itu berimplikasi pada perbaikan praktik kesehatan keluarga, meningkatnya investasi dalam pendidikan, serta penguatan ketahanan ekonomi rumah tangga (Atun, 2012; Bitton *et al.*, 2017).

Di Kerala, India, desentralisasi perencanaan melalui *People's Planning Campaign* memperkuat peran *local self-government* dalam memelihara fasilitas kesehatan primer, mendorong inovasi program berbasis komunitas serta meningkatkan akuntabilitas layanan. Namun, masih ditemukan variasi pemanfaatan anggaran lintas proyek dan tantangan kapasitas pelaksana di tingkat lokal (Benson & Rajesh, 2011; Elamon *et al.*, 2004; Sankar *et al.*, 2024).

Di Ethiopia, *Health Extension Program*, platform tenaga kesehatan berbasis desa dengan kunjungan rumah dan rumah tangga model terbukti menunjukkan hubungan dosis-respons. Artinya semakin tinggi intensitas program, semakin besar pula peluang keluarga untuk melakukan kunjungan antenatal, menyiapkan persalinan, melakukan kunjungan nifas, serta memulai pemberian ASI dini (Karim *et al.*, 2013). Temuan ini menegaskan bahwa orkestrasi layanan primer di tingkat desa berdampak langsung pada perilaku kesehatan keluarga (Karim *et al.*, 2013). Pola ini tipikal integrasi layanan primer berbasis komunitas yang memerlukan tata kelola dan kapabilitas organisasi yang selaras (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; World Health Organization, 2019).

Di Tiongkok, arsitektur *Rural Revitalization* dan kebijakan pengentasan kemiskinan bertarget terbukti meningkatkan investasi pendidikan rumah tangga serta memperbaiki indikator kesejahteraan keluarga. Ulasan sistematis terbaru menempatkan revitalisasi pedesaan sebagai kerangka integratif bagi ketahanan pangan sekaligus pengentasan kemiskinan, meskipun kesenjangan layanan kesehatan pedesaan masih menjadi agenda perbaikan (Wang & Zheng, 2024).

Temuan ini sejalan dengan bukti lintas-negara bahwa strategi layanan primer berbasis keluarga berdampak luas pada perilaku kesehatan dan pendidikan (Macinko & Harris, 2015).

Pemerintah Indonesia telah lama mengembangkan pendekatan desa sebagai wahana layanan yang bermanfaat langsung bagi keluarga. Program Desa dan Kelurahan Siaga atau Desa dan Kelurahan Siaga Aktif berlandaskan Kepmenkes No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 (Kementerian Kesehatan, 2025). Seiring itu, Desa dan Kelurahan Ramah Perempuan dan Peduli Anak (DRPPA/KRPPA) digagas Kementerian PPPA sejak 2021 sebagai kerangka tata kelola desa berperspektif gender dan hak anak, dengan perluasan implementasi yang meluas secara cepat (Purnamasari & Erdianto, 2021; Kementerian PPPA, 2023). Pada ranah penyakit menular prioritas, Kementerian Kesehatan mendorong Program Desa dan Kelurahan Siaga TBC sebagai strategi komunitas menuju Eliminasi TBC 2030, termasuk replikasi praktik Desa Bebas TBC dan model kolaborasi lintas-aktor (Kementerian Kesehatan, 2025). Keragaman kebijakan ini menunjukkan bahwa desa kini diposisikan sebagai titik temu lintas sektor (integrasi dan konvergensi) yang bukan hanya untuk penyediaan layanan esensial, tetapi juga perlindungan sosial dan penguatan fungsi keluarga. Kerangka operasional integrasi dan konvergensi ditegaskan melalui Perpres No. 72 Tahun 2021, Inpres No. 3 Tahun 2022, dan Peraturan BKKBN No. 20 Tahun 2023.

Secara konseptual empiris, pembangunan desa menopang kualitas keluarga melalui tiga kanal utama. Pertama, penyediaan layanan esensial yang lebih dekat dan terintegrasi, seperti layanan kesehatan ibu anak, gizi, pendidikan, identitas hukum, serta perlindungan perempuan dan anak. Kedua, reduksi kerentanan ekonomi melalui penurunan biaya transaksi dan biaya kesehatan, serta penciptaan peluang ekonomi lokal. Ketiga, penguatan modal sosial berupa jejaring dan kepercayaan yang memperlancar rujukan dan dukungan lintas-aktor. Bukti dari negara Kerala (perbaikan layanan dan inovasi *local self-governments*), Ethiopia (perubahan perilaku kesehatan berbasis intensitas program), dan Tiongkok (investasi pendidikan rumah tangga pasca intervensi anti-kemiskinan) menunjukkan landasan kuat bagi klaim ini (Elamon *et al.*, 2004; Karim *et al.*, 2013).

Program Kampung Keluarga Berkualitas (Kampung KB) kemudian hadir sebagai artikulasi nasional dari pendekatan berbasis desa dengan fokus langsung pada keluarga. Secara historis, nomenklatur Kampung Keluarga Berencana diubah menjadi Kampung Keluarga Berkualitas melalui Surat Edaran Kemendagri tanggal 15 April 2020 untuk memperluas cakupan lintas program. Instruksi Presiden No. 3 Tahun 2022 menegaskan optimalisasi penyelenggaraan Kampung KB melalui penyediaan data keluarga dan dokumen kependudukan, perubahan perilaku, peningkatan cakupan layanan dan rujukan, serta penataan lingkungan keluarga dengan prinsip terintegrasi dan konvergen. Kerangka operasional diperkuat melalui Perpres No. 72 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Penurunan Stunting, Peraturan BKKBN No. 20 Tahun 2023 tentang penyelenggaraan Kampung KB, serta pengarusutamaan *data-to-action* melalui Rumah DataKu (Portal Kampung KB).

Dalam lanskap tersebut, konvergensi tidak lagi dimaknai sekadar keberadaan kegiatan yang berjalan bersamaan, melainkan menuntut penyelarasan tujuan, jalur rujukan terpadu (misalnya KUA–Puskesmas–BKKBN untuk layanan pranikah/KB), serta interoperabilitas data lintas instansi kesehatan dan non kesehatan. Sebagai contoh pembuatan Akta Kelahiran, Kartu Identitas Anak, dan pemutakhiran Kartu Keluarga seharusnya dilakukan saat terjadi kelahiran. Pemutakhiran data seharusnya juga terjadi di Rumah DataKu. Implementasi kebijakan multi sektor sebagaimana dimandatkan Perpres No. 72 Tahun 2021 di tingkat daerah menunjukkan manfaat nyata namun juga mengemukakan variasi capaian akibat perbedaan kapasitas SDM, mutu koordinasi, dan kedewasaan ekosistem data (Mbengu *et al.*, 2024; Kosassy *et al.*, 2024). Dengan kata lain, tantangan utama Kampung KB bukan sekadar ketersediaan program, melainkan derajat keterpaduan dan kualitas eksekusi di tingkat desa/kelurahan.

Berdasarkan landasan tersebut, naskah ini bertujuan untuk menggambarkan bagaimana pembangunan berbasis desa melalui skema Kampung KB dapat mengintegrasikan layanan kesehatan dan non-kesehatan pada tingkat keluarga; menilai keterkaitan bentuk konvergensi–integrasi dengan keluaran layanan kunci serta indikator keluarga; dan menjelaskan prasyarat

kontekstual yang memungkinkan replikasi praktik efektif antar kampung.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*) dengan pendekatan metode campuran kualitatif dan kuantitatif (*mixed-methods*) (Damschroder *et al.*, 2009) untuk memperoleh gambaran mengenai praktik konvergensi di tingkat desa dan kelurahan yang lebih utuh pada periode 1 November 2023–30 Juli 2024. Kajian ini dilakukan di empat Kampung KB di Provinsi Jawa Tengah, yaitu: Kampung KB Sumurboto di Kelurahan Sumurboto, Kecamatan Banyumanik, Kota Semarang dan Kampung KB Ardi Raharja di Desa Pulosaren, Kecamatan Kepil, Kabupaten Wonosobo yang berstatus “berkembang” serta Kampung KB Asri Sejahtera di Kelurahan Kandri, Kecamatan Gunungpati, Kota Semarang, dan Kampung KB Wisata Asri di Desa Kalimendong, Kecamatan Leksono, Kabupaten Wonosobo yang berstatus “berkelanjutan”. Keempat kampung ini terpilih berdasarkan penilaian capaian kinerja Program Kampung KB yang dinilai bagus secara nasional oleh BKKBN serta berdasarkan hasil konsultasi dengan pemangku kepentingan nasional dan daerah (Pemerintah Daerah dan OPD yang mengurus Program Kampung KB). Selain itu, penelitian tentang implementasi integrasi dan konvergensi layanan kesehatan dan non kesehatan di beberapa kampung yang berbeda status kinerja program Kampung KB masih terbatas jumlahnya.

Tabel 1. Lokasi Penelitian

Klasifikasi Kampung KB	Kampung
Berkembang	a) Kampung KB “Sumurboto” di Kelurahan Sumurboto, Kota Semarang
	b) Kampung KB “Ardi Raharja” di Desa Pulosaren, Kab. Wonosobo
Berkelanjutan	a) Kampung KB “Asri Sejahtera” di Kelurahan Kandri, Kota Semarang
	b) Kampung KB “Wisata Asri” di Desa Kalimendong, Kab. Wonosobo

Sumber: Hasil Kesepakatan antara Peneliti dan Pemerintah Daerah.

Data kualitatif diperoleh melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD) dengan aktor kunci layanan kesehatan dan non-kesehatan, antara

lain pemerintah desa/kelurahan, kader, PLKB, pengelola program gizi-KIA/KB/PTM di puskesmas, penyuluh KUA, perangkat Disdukcapil, tokoh masyarakat, serta perwakilan keluarga. Data kuantitatif bersumber dari Rumah DataKu, monitoring rutin Kampung KB, profil kampung, dan perangkat daerah terkait. Seluruh data kuantitatif kemudian diturunkan menjadi indikator Keluarga Berkualitas dan Indeks Pembangunan Keluarga (iBangga). Untuk mendukung proses pengumpulan data, enam enumerator (termasuk dua koordinator wilayah) direkrut dan dilatih mengenai metodologi, etik penelitian, instrumen FGD/IDI, manajemen data, serta prosedur informed consent.

Dalam konteks program BKKBN, Kampung KB berstatus “Berkelanjutan” merupakan kampung yang telah melaksanakan kegiatan integratif lintas sektor secara mandiri dan berkesinambungan, dengan capaian indikator keluarga berkualitas yang stabil atau meningkat serta dampak yang dapat dialami oleh masyarakat langsung. Sedangkan Kampung KB berstatus “Berkembang” masih berada pada tahap penguatan kelembagaan dan partisipasi masyarakat, dengan kegiatan lintas sektor yang belum sepenuhnya optimal sehingga dampaknya belum dialami secara optimal oleh masyarakat.

Analisis kuantitatif dilakukan secara deskriptif komparatif antar kampung dan per dimensi indikator. Selanjutnya, dibangun skor komposit konvergensi yang mencakup lima domain yaitu Koordinasi lintas sektor, Alur rujukan, Interoperabilitas data, Umpan balik, dan Peran kader. Analisis kualitatif dilakukan dengan pendekatan tematik melalui coding induktif–deduktif, double coding pada sebagian transkrip, serta member checking terbatas untuk menjaga kredibilitas temuan penelitian. Hasil dari kedua metode analisis ini kemudian diintegrasikan dalam matriks “konvergensi sebagai keluaran layanan/indikator keluarga” guna menelusuri mekanisme konteks spesifik yang mendukung atau menghambat integrasi lintas sektor.

Aspek reproduksi dan verifikasi penelitian dijamin melalui penyusunan paket replikasi yang mencakup kamus data, data set teranonimisasi, serta skrip analisis bertanda versi. Penelitian juga mematuhi prosedur etik dan perizinan, termasuk persetujuan etik dari BRIN, persetujuan Kesbangpol Kemendagri, dukungan

Kemenko PMK, izin pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota), serta persetujuan tertulis (*informed consent*) dari seluruh partisipan. Semua data disimpan secara terenkripsi untuk menjaga kerahasiaan. Keterbatasan utama penelitian terletak pada durasi pelaksanaan serta heterogenitas kualitas dan ketersediaan data antar-lokus. Oleh karena itu, penekanan diberikan pada komparasi deskriptif yang transparan, triangulasi sumber dan metode, serta analisis sensitivitas terhadap definisi indikator maupun prosedur data cleaning.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Hasil

Konvergensi dinilai pada lima domain yang terdokumentasi dalam laporan, yaitu koordinasi lintas-sektor, alur rujukan, interoperabilitas data, umpan balik berbasis indikator, dan peran kader. Keempat lokus memiliki kerangka koordinasi (regulasi dan struktur kelembagaan), namun intensitas praktiknya bervariasi. Alur rujukan hadir dalam bentuk SOP/diagram alir dan register rujukan pada seluruh lokus. Interoperabilitas data telah berjalan melalui pemanfaatan platform (misalnya Rumah DataKu/iBangga), meski ritme pemutakhiran dan konsolidasi lintas-sektor belum seragam. Umpan balik tampak melalui forum indikator dan penetapan tindak lanjut, namun verifikasi penutupan aksi belum konsisten. Peran kader menonjol sebagai pelaksana harian (pendataan, promosi, rujukan, pemantauan) dengan dukungan supervisi/pelatihan.

Skor tiap sub indikator (lima domain) dinilai 0–2 dalam horizon ≥ 3 bulan dan ditetapkan melalui triangulasi bukti yang menggabungkan FGD, wawancara mendalam, dan hasil observasi lapangan, serta penelusuran dokumen dan jejak implementasi (SK/SOP, notula ber-PIC, register/kolom penutupan, log pemutakhiran). 0 bila instrumen tidak ada/tidak dipakai; 1 bila ada namun parsial/tidak konsisten; 2 bila lengkap dan rutin dengan bukti terverifikasi. Untuk bukti asimetris (umumnya rutin tetapi ada deviasi minor terdokumentasi), diperkenankan 1,5. Setiap penilaian disertai catatan audit singkat (tanggal, sumber, kutipan/halaman). Skor domain adalah rata-rata tiga sub-indikator dan dilaporkan pada satu desimal.

Tabel 2. Skor konvergensi Domain Koordinasi

Kampung/Lokus	Regulasi	Struktur	Praktik	Skor
Sumurboto, Kota Semarang (berkelanjutan)	2	2	2	2
Kandri, Kota Semarang (berkembang)	2	1,5	1,3	1,6
Kalimendong, Kab. Wonosobo (berkelanjutan)	2	2	2	2
Pulosaren, Kab. Wonosobo (berkembang)	2	1,5	1	1,5

Dua lokus berstatus “berkelanjutan” mencapai skor 2,0 karena memiliki regulasi yang rinci, struktur koordinasi yang aktif dengan jadwal rapat yang teratur dan notulen, serta praktik yang menerjemahkan keputusan menjadi rencana aksi dengan penanggung jawab, batas waktu, target/output, serta status penyelesaian beserta bukti dukung. Pada lokus berstatus “berkembang”, regulasi sudah kuat, tetapi struktur belum berjalan teratur dan tindak lanjut praktik belum konsisten (tercermin pada nilai 1–1,5), sehingga rata-rata domain lebih rendah. Temuan ini menegaskan bahwa regulasi tanpa struktur yang berjalan dan tindak lanjut yang disiplin belum memadai untuk mencapai koordinasi lintas sektor yang matang.

Tabel 3. Skor konvergensi Domain Alur Rujukan

Kampung	SOP	Rujukan	Umpan Balik	Skor
Sumurboto, Kota Semarang (berkelanjutan)	1	1	1	1
Kandri, Kota Semarang (berkembang)	1	1	1	1
Kalimendong, Kab. Wonosobo (berkelanjutan)	1	1	1	1
Pulosaren, Kab. Wonosobo (berkembang)	1	1	1	1

Keempat lokus memiliki SOP dan register, namun disiplin closed loop masih setara “ada, tetapi belum konsisten,” sehingga seluruhnya berada di 1.

Tabel 4. Skor konvergensi Domain Interoperabilitas Data

Kampung	ID keluarga	Pemutakhiran	Penggunaan	Skor
Sumurboto, Kota Semarang (berkelanjutan)	2	1,5	0,7	1,4
Kandri, Kota Semarang (berkembang)	1	1	1	1
Kalimendong, Kab. Wonosobo (berkelanjutan)	1	1	1	1
Pulosaren, Kab. Wonosobo (berkembang)	1	0,5	0,5	0,7

Tabel 4 menunjukkan Interoperabilitas Data di Kampung KB “Sumurboto” relatif lebih matang (ID Keluarga dan Pemutakhiran lebih rutin) tetapi Konsolidasi lintas-sektor belum merata. Sedangkan Interoperabilitas Data di Kampung KB Pulosaren masih sporadis pada Pemutakhiran dan Sinkronisasi, sehingga terendah.

Tabel 5. Skor konvergensi Domain Umpan Balik

Kampung	Indikator	Rencana Tindak Lanjut	Verifikasi	Skor
Sumurboto, Kota Semarang (berkelanjutan)	1,5	1	1,5	1,3
Kandri, Kota Semarang (berkembang)	1	0,5	0,5	0,7
Kalimendong, Kab. Wonosobo (berkelanjutan)	1,5	1	1,5	1,3
Pulosaren, Kab. Wonosobo (berkembang)	1	0,5	0,5	0,7

Tabel 5 menunjukkan lokus berstatus “berkelanjutan” sudah menjalankan Forum dan Rencana Tindak Lanjut, tetapi Verifikasi belum konsisten di semua lokus. Lokus berstatus “berkembang” perlu menegaskan Rencana Tindak Lanjut dan melakukan Verifikasi.

Tabel 6. Skor konvergensi Domain Peran Kader

Kampung	Aktivitas	Supervisi	Pendataan	Skor
Sumurboto, Kota Semarang (berkelanjutan)	2	1,5	1,5	1,7

Kandri, Kota Semarang (berkembang)	1	1,5	1,5	1,3
Kalimendong, Kab. Wonosobo (berkelanjutan)	2	1,5	1,5	1,7
Pulosaren – Kab. Wonosobo (berkembang)	1	1,5	1,5	1,3

Di dua lokus berstatus “berkelanjutan”, terlihat Peran Kader yang ajeg dan berjejaring dengan Supervisi serta Pendataan yang cukup. Sedangkan di lokus berstatus “berkembang”, Aktivitas dasar Kader telah berjalan namun belum merata ataupun tercatat dengan lengkap (Tabel 6).

Tabel 7. Skor domain konvergensi (0–2) per kampung

Kampung	Koordinasi	Alur rujukan	Interoperabilitas data	Umpan Balik	Peran kader	Komposit
Sumurboto, Kota Semarang (berkelanjutan)	2,0	1,0	1,4	1,3	1,7	1,48
Kandri, Kota Semarang (berkembang)	1,6	1,0	1,0	0,7	1,3	1,12
Kalimendong, Kab. Wonosobo (berkelanjutan)	2,0	1,0	1,0	1,3	1,7	1,40
Pulosaren, Kab. Wonosobo (berkembang)	1,5	1,0	0,7	0,7	1,3	1,04

Tabel 7 merangkum skor per domain (skala 0–2) dan skor komposit (rata-rata sederhana). Kampung KB Sumurboto dan Kalimendong (keduanya berstatus berkelanjutan) menunjukkan skor koordinasi lebih tinggi, sementara Kampung KB Kandri dan Pulosaren (berstatus berkembang) tertahan oleh variasi pada interoperabilitas data dan umpan balik. Secara keseluruhan, selisih komposit lintas lokus terutama dijelaskan oleh dua domain terakhir tersebut, bukan oleh keberadaan dokumen rujukan yang relatif merata.

Tabel 8 menyajikan skor iBangga per kampung pada tiga dimensi - Ketenteraman, Kemandirian, dan Kebahagiaan - serta dua angka komposit. Skor tiap dimensi diperoleh dari rata-rata sederhana sub-indikator pada grafik radar (0–100). Dari tiga skor dimensi ini dihitung dua komposit: komposit setara (33/33/34) dan komposit kemandirian-sentral (35/40/25), yang

memberi bobot lebih besar pada dimensi Kemandirian sebagai penekanan kebijakan; bobot dinormalisasi apabila ada dimensi yang belum tersedia. Seluruh nilai dilaporkan pada skala 0–100 (pembulatan satu desimal).

Tabel 8. Capaian Indikator iBangga

Kampung	Ketenteraman	Kemandirian	Kebahagiaan	Komposit Setara (33/33/34)	Komposit Kemandirian-sentral (35/40/25)
Sumurboto, Kota Semarang (berkelanjutan)	97,8	91,1	88,3	92,4	92,7
Kandri, Kota Semarang (berkembang)	97,2	81,1	91,3	89,9	89,3
Kalimendong, Kab. Wonosobo (berkelanjutan)	91,7	91,6	83	88,8	89,5
Pulosaren, Kab. Wonosobo (berkembang)	93,4	74,7	71,5	79,9	80,4

Penggabungan hasil konvergensi (Tabel 2) dengan keluaran keluarga (Tabel 3) menghasilkan tiga simpulan. Pertama, landasan koordinasi yang kuat—ditandai dengan regulasi, struktur, dan praktik lintas-aktor—berkorelasi dengan konsistensi pelaksanaan di tingkat kampung. Kedua, interoperabilitas data yang tertib serta mekanisme umpan balik yang terverifikasi menjadi pembeda utama kedewasaan implementasi; dua domain ini berkaitan dengan perbedaan skor komposit iBangga antar lokus. Ketiga, peran kader yang ajeg berfungsi sebagai penghubung operasional antara rujukan, pemantauan, dan penggunaan data pada tingkat rumah tangga, sehingga menopang kestabilan capaian keluarga.

Selanjutnya, penggabungan pembacaan lima domain dengan keluaran keluarga menghasilkan tiga simpulan empiris. Pertama, keberadaan regulasi dan struktur kelembagaan yang aktif, disertai praktik koordinasi, berkaitan dengan konsistensi pelaksanaan di tingkat kampung (tercermin pada skor koordinasi yang lebih tinggi di lokus berkelanjutan). Kedua, pemanfaatan data dalam forum pengambilan keputusan dan umpan balik yang terdokumentasi memperkuat keterlacakan antara kegiatan dan keluaran keluarga; variasi pada dua domain ini menjelaskan selisih skor komposit lintas lokus. Ketiga,

peran kader sebagai penggerak harian menjembatani pelaksanaan rujukan dan pemantauan berbasis bukti pada tingkat rumah tangga, sehingga menopang kestabilan capaian keluarga.

Kualitas serta ketercukupan data kuantitatif berbeda antar lokus, khususnya untuk menaksir kontribusi tiap intervensi secara presisi. Oleh karena itu, hasil kuantitatif diperkuat dengan narasi kualitatif dan komparasi deskriptif. Rekomendasi teknis yang muncul ialah penguatan pengukuran rutin di tingkat desa yang meliputi standarisasi indikator, frekuensi pemutakhiran, dan verifikasi penutupan tindak lanjut, agar evaluasi kausal yang lebih tajam dapat dilakukan pada periode berikut.

3.2. Pembahasan

Temuan menunjukkan bahwa lokus berstatus “berkelanjutan” memiliki kinerja lebih baik pada koordinasi, alur rujukan, interoperabilitas data, umpan balik, dan peran kader dibanding lokus berstatus “berkembang”. Koordinasi yang ditopang regulasi dan struktur rapat membuat peran lintas aktor jelas, mengurangi tumpang tindih, dan menstabilkan proses operasional; pola ini sejalan dengan bukti bahwa arsitektur kolaboratif di tingkat lokal berasosiasi dengan konsistensi layanan publik (Nurjannah & Susanti, 2018; Yuliana *et al.*, 2022). Interoperabilitas data dan umpan balik muncul sebagai pembeda utama kedewasaan implementasi. Ketika data diperbarui, dipakai dalam forum keputusan, dan tindak lanjutnya diverifikasi, maka kesenjangan antara kegiatan dan keluaran keluarga akan menyempit, sebagaimana ditunjukkan literatur sistem informasi dan mutu layanan (Abouzahr & Boerma, 2005; Kruk *et al.*, 2018). Peran kader berfungsi sebagai jembatan eksekusi harian - pendataan, promosi, rujukan, dan pemantauan - dengan bukti internasional bahwa kader yang tersupervisi meningkatkan keterhubungan rumah tangga ke layanan (Perry *et al.*, 2014).

Konvergensi pada lima domain di atas merupakan syarat yang diperlukan bagi integrasi layanan. Integrasi yang dimaksud di sini adalah keterkaitan fungsional antara layanan kesehatan (misalnya posyandu, puskesmas, KB/KIA) dan non-kesehatan (misalnya administrasi kependudukan, pendidikan, bantuan sosial,

pemberdayaan ekonomi) pada tingkat keluarga. Koordinasi menyediakan tata peran; alur rujukan memastikan keluarga tidak terputus di titik layanan; interoperabilitas data menjadikan identitas rumah tangga konsisten dan progres kasus terlacak; umpan balik menutup siklus keputusan-aksi; dan kader memastikan eksekusi harian. Pola mekanisme ini konsisten dengan pengalaman internasional tentang desentralisasi dan layanan berbasis komunitas, di mana tata kelola berjenjang dan *data-to-action* menjadi penentu integrasi yang efektif (Elamon *et al.*, 2004; Karim *et al.*, 2013).

Hasil menunjukkan komposit iBangga pada lokus berstatus “berkelanjutan” lebih tinggi dibanding lokus berstatus “berkembang”, terutama didorong oleh dimensi Kemandirian. Dimensi ini mencakup prasyarat ekonomi dan akses (aset, hunian layak, sekolah, kesehatan) yang secara teoritis memungkinkan Ketentraman dan Kebahagiaan. Bukti eksperimental dan kuasi-eksperimental di Indonesia menegaskan bahwa intervensi pada kapabilitas ekonomi dan kepatuhan syarat kesehatan dan pendidikan (misalnya PKH) maka akan meningkatkan pemanfaatan layanan preventif dan capaian sekolah dalam horizon menengah (Cahyadi *et al.*, 2020). Dengan demikian, ketika konvergensi menopang integrasi layanan yang menyentuh faktor-faktor kemandirian, keluaran keluarga cenderung lebih stabil. Variasi kecil pada Ketenteraman - terkadang tinggi pada lokus berstatus “berkembang” - dapat dijelaskan oleh modal sosial lokal yang kuat; namun tanpa data yang mampu saling bertukar (*interoperable*) dan umpan balik yang disiplin, maka peningkatan kemandirian dan kebahagiaan cenderung tidak merata.

Temuan ini konsisten dengan literatur nasional tentang pentingnya kapasitas kelembagaan lokal dan partisipasi komunitas untuk menjaga kinerja layanan (Nurjannah & Susanti, 2018; Yuliana *et al.*, 2022). Secara internasional, temuan ini juga sejalan dengan kajian desentralisasi Kerala tentang akuntabilitas layanan (Elamon *et al.*, 2004), serta bukti dari Health Extension Program di Ethiopia tentang peran pekerja komunitas dan rujukan terhadap praktik ibu-anak (Karim *et al.*, 2013). Kontribusi studi ini menautkan langsung lima domain konvergensi ke status integrasi lintas sektor dan menunjukkan hubungannya dengan keluaran keluarga

(iBangga) pada konteks kampung/kelurahan di Indonesia.

Pertama, tegaskan tata kelola berjenjang antara desa/kelurahan, puskesmas/OPD, dan kabupaten/kota melalui mandat peran, ritme pertemuan, dan notula keputusan yang operasional. Kedua, standarkan alur rujukan tertutup di titik layanan kunci, lengkap dengan register dan kolom penutupan. Ketiga, percepat interoperabilitas data: penyatuan identitas keluarga/rumah tangga, ritme pemutakhiran baku, dan pengarusutamaan data dalam forum keputusan sehingga umpan balik dapat diverifikasi. Keempat, institusionalisasikan supervisi kader dan pelatihan tematik agar fungsi penghubung layanan pada tingkat rumah tangga berjalan ajeg.

Pembacaan kausal masih terbatas oleh heterogenitas dokumentasi proses dan horizon data yang belum panjang. Arah penguatan: (i) standardisasi indikator proses lintas-lokus (misalnya umpan balik, alur rujukan dan ketepatan waktu pemutakhiran), (ii) uji sensitivitas bobot pada komposit iBangga (setara dan kemandirian-sentral) sebagaimana praktik indikator komposit, serta (iii) rancangan kuasi-eksperimental saat data longitudinal tersedia untuk mengkuantifikasi kontribusi tiap domain konvergensi terhadap integrasi dan keluaran keluarga.

4. Kesimpulan

Penelitian ini menegaskan bahwa konvergensi lintas sektor yang dipahami sebagai penyelarasan tujuan, standarisasi alur rujukan terpadu, dan interoperabilitas data antar aktor merupakan penggerak utama efektivitas integrasi layanan di Kampung Keluarga Berkualitas. Integrasi yang berjalan melalui jejaring KUA–Puskesmas–BKKBN (hulu/pranikah–KB–kespro) serta jembatan layanan kependudukan (Disdukcapil di titik layanan) terbukti memperpendek jarak keluarga ke layanan esensial dan memperkuat *data-to-action* pada level desa dan kelurahan.

Di masa mendatang, diperlukan penguatan fungsi koordinasi dan mekanisme tim lintas dinas di tingkat kabupaten/kota untuk memastikan keberlanjutan konvergensi, standarisasi indikator, dan konsistensi pemanfaatan data antar-sektor.

Secara empiris, Kampung KB yang memiliki tingkat konvergensi lebih matang terbukti menunjukkan hasil yang lebih konsisten. Hal ini terlihat dari semakin luasnya cakupan layanan dasar, berfungsinya sistem rujukan secara menyeluruh, dan menguatnya faktor pendukung kesejahteraan keluarga. Ketiga aspek tersebut tercermin dalam dimensi Indeks Pembangunan Keluarga (iBangga), yaitu ketenteraman, kemandirian, dan kebahagiaan. Dengan kata lain, konvergensi yang berperan sebagai mekanisme penggerak dan pelaksanaan yang terintegrasi akan meningkatkan capaian indikator keluarga (iBangga). Ketika salah satu unsur dari koordinasi, sistem rujukan, atau pengelolaan data melemah, maka capaian iBangga juga cenderung berfluktuasi antarwilayah.

Temuan ini sejalan dengan Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Penyelenggaraan Kampung Keluarga Berkualitas, yang menekankan pentingnya penggunaan data keluarga, perubahan perilaku, peningkatan akses layanan dasar, serta penataan lingkungan keluarga secara terpadu. Dengan demikian, kebijakan tersebut menjadi dasar penguatan temuan penelitian ini sekaligus memberikan legitimasi bagi pelaksanaan program secara berkelanjutan di tingkat daerah dan desa.

Variasi capaian antar Kampung KB baik yang berstatus “berkelanjutan” maupun “berkembang”, terutama dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kapasitas pelaksana, kualitas koordinasi lintas sektor dan kedewasaan ekosistem data (kualitas, frekuensi pemutakhiran, dan umpan-balik). Keterbatasan data kuantitatif yang heterogen tidak membatalkan tesis utama; tetapi justru menandai agenda perbaikan untuk memastikan *line of sight* (kegiatan→keluaran keluarga) dapat dibuktikan secara lebih presisi).

Sebagai implikasi praktis, penguatan Kampung KB perlu difokuskan pada tiga simpul utama konvergensi: (1) tata kelola, dengan orkestrasi yang jelas dari desa hingga kabupaten untuk memastikan koordinasi yang tidak sekadar seremonial; (2) penyelenggaraan layanan, yang mengutamakan standar alur rujukan terpadu, terutama dalam layanan kesehatan ibu-anak, keluarga berencana, dan identitas kependudukan; dan (3) data, dengan memperkuat interoperabilitas data antara Rumah DataKu dan indikator keluarga (iBangga),

sehingga memungkinkan pengukuran dan evaluasi berbasis bukti yang lebih presisi.

Dengan penguatan ketiga simpul utama konvergensi (tata kelola, layanan, dan data) maka diharapkan dapat mengoptimalkan pencapaian tujuan pembangunan desa yang berfokus pada keluarga, dengan dampak positif yang lebih merata dan berkelanjutan. Integrasi yang terstruktur dan terkoordinasi akan memfasilitasi peningkatan kesejahteraan keluarga melalui penyediaan layanan esensial yang lebih dekat dan terjangkau, serta penguatan ketahanan ekonomi dan sosial di tingkat rumah tangga.

Oleh karena itu, implementasi kebijakan Kampung Keluarga Berkualitas perlu disertai dengan upaya memperkuat kapasitas kelembagaan lokal dan standarisasi pengukuran agar hasil pembangunan keluarga dapat lebih optimal. Diperlukan pula penyempurnaan petunjuk teknis (juknis) untuk memperjelas posisi Kampung KB sebagai bagian dari sistem pembangunan desa, bukan program yang berdiri terpisah. Selain itu, perlu peningkatan pemahaman bersama di antara para pelaksana mengenai konsep konvergensi lintas sektor, agar tidak dipersempit hanya sebagai koordinasi antar instansi, tetapi dipahami sebagai proses penyelarasan tujuan dan integrasi layanan secara nyata di lapangan. Konsep tersebut juga perlu diterjemahkan ke dalam langkah-langkah teknis operasional seperti penataan alur rujukan terpadu, pembagian peran antar dinas, serta pemanfaatan data keluarga secara terintegrasi. Dengan demikian, penyuluh pelaksanaan Kampung KB akan semakin konsisten, terarah, dan memberikan dampak nyata bagi peningkatan kesejahteraan keluarga.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, serta Friedrich-Ebert-Stiftung Indonesia selaku pihak yang menopang pembiayaan dan memfasilitasi koordinasi lintas-sektor selama penelitian ini. Apresiasi yang setinggi-tingginya juga disampaikan kepada Pemerintah Kota Semarang dan Pemerintah Kabupaten Wonosobo, khususnya perangkat daerah yang membidangi pengendalian penduduk dan keluarga berencana di lingkungan Pemkot Semarang (sering disebut DP3A/Daldu KB) dan di lingkungan Pemkab Wonosobo (umumnya DP3AP2KB atau sebutan setara) atas dukungan koordinasi, data, dan akses lapangan. Ucapan terima kasih kami tujukan pula kepada pemerintah desa/kelurahan di lokasi studi, Penyuluh KB/PLKB dan kader, jajaran puskesmas, para informan kunci, dan enumerator yang telah berkontribusi besar dalam kelancaran penelitian. Segala kekeliruan atau kekurangan dalam naskah ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis.

Referensi

- Abouzahr, C., & Boerma, T. (2005). Policy and Practice Health information systems: the foundations of public health. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 83, Issue 8). [Google Scholar](#)
- Atun, R. (2012). Health systems, systems thinking and innovation. In *Health Policy and Planning* (Vol. 27, pp. IV4–IV8). Oxford University Press. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Benson, M., & Rajesh, T. K. (2011). Decentralisation and Interventions in Health Sector: A Critical Inquiry into the Experience of Local Self Governments in Kerala. [Google Scholar](#)
- Bitton, A., Ratcliffe, H. L., Veillard, J. H., Kress, D. H., Barkley, S., Kimball, M., Secci, F., Wong, E., Basu, L., Taylor, C., Bayona, J., Wang, H., Lagomarsino, G., & Hirschhorn, L. R. (2017). Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of General Internal Medicine*, 32(5), 566–571. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Cahyadi, N., Hanna, R., Olken, B. A., Prima, R. A., Satriawan, E., & Syamsulhakim, E. (2020). Cumulative Impacts of Conditional Cash Transfer Programs: Experimental Evidence from Indonesia. *American Economic Journal: Economic Policy*, 12(4), 88–110. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1). [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Elamon, J., Franke, R. W., & Ekbal, B. (2004). Decentralization of health services: The Kerala people's campaign. *International Journal of Health Services*, 34(4), 681–708. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177–2181. [Google Scholar](#)
- Karim, A. M., Admassu, K., Schellenberg, J., Alemu, H., Getachew, N., Ameha, A., Tadesse, L., & Betemariam, W. (2013). Effect of Ethiopia's Health Extension Program on Maternal and Newborn Health Care Practices in 101 Rural Districts: A Dose-Response Study. *PLoS ONE*, 8(6). [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Kementerian Kesehatan. (2025). Bekasi Jadi Model Eliminasi TBC Dengan Kampung Siaga. *Biro Komunikasi dan Informasi Publik, Kementerian Kesehatan*. Retrieved from <https://kemkes.go.id/id/bekasi-jadi-model-eliminasi-tbc-dengan-kampung-siaga>.
- Kementerian Kesehatan. (2025). Dorong Peningkatan Desa Siaga TB di Banten. *Biro Komunikasi dan Informasi Publik, Kementerian Kesehatan*. Retrieved from <https://kemkes.go.id/id/dorong-peningkatan-desa-siaga-tb-di-banten>.
- Kementerian PPPA. (2023). Perempuan Perintis, Penggerak Desa Ramah Perempuan dan Peduli Anak (DRPPA). *Biro Hukum dan Humas Kementerian PPPA*. Retrieved from <https://www.kemenpppa.go.id/index.php/siaran-pers/perempuan-perintis-penggerak-desa-ramah-perempuan-dan-peduli-anak-drppa>.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2, e12. [Google Scholar](#)
- Kosassy, S. O., Marwandizal, M., & Prisilia, P. (2024). Implementasi Peraturan Presiden No 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting Di Kabupaten Kepulauan Mentawai. *Jurnal Public Administration, Business and Rural Development Planning*, 6(1), 1–17. [Google Scholar](#)
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet global health*, 6(11), e1196–e1252. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Mbengu, Y. F., Meyners, D. Y., & Ermalinda, J. (2024). Pengaturan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan

- Penurunan Stunting Dan Implementasinya Di Kecamatan Maulafa Kota Kupang. *Petium Law Journal*, 2(1), 180-191. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Nurjannah, S. N., & Susanti, E. (2018). Implementasi Program Kampung Keluarga Berencana (Kb) di Kabupaten Kuningan Tahun 2018 (Studi Kuantitatif Dan Kualitatif). *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 9(2), 27-33. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- World Health Organization. (2019). Panduan penilaian dan alur layanan berbasis individu di layanan kesehatan primer. *World Health Organization*. Retrieved from [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/indonesia/icope-handbook_indo-\(002\).pdf?sfvrsn=7543c8f3_21](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/indonesia/icope-handbook_indo-(002).pdf?sfvrsn=7543c8f3_21).
- Perry, H. B., Zulliger, R., & Rogers, M. M. (2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health*, 35, 399-421. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Purnamasari, D. M., & Erdianto, K. (2021). Menteri PPPA Berharap Kepala Daerah Wujudkan Desa Ramah Perempuan dan Peduli Anak. *Kompas*. Retrieved from <https://nasional.kompas.com/read/2021/11/29/13275321/menteri-pppa-berharap-kepala-daerah-wujudkan-desa-ramah-perempuan-dan-peduli>.
- Sankar, D. H., Benny, G., Jaya, S., & Nambiar, D. (2024). National Rural Health Mission reforms in light of decentralised planning in Kerala, India: a realist analysis of data from three witness seminars. *BMC Public Health*, 24(1). [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Wang, S., & Zheng, L. (2024). The Impacts of the Poverty Alleviation Relocation Program (PARP) on Households' Education Investment: Evidence from a Quasi-Experiment in Rural China. *Sustainability (Switzerland)*, 16(10). [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Yuliana, Y., Permana, I., & Hidayat, M. T. (2022). Evaluasi Program Kampung Keluarga Berkualitas dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Masyarakat (Studi Kasus pada Kampung Keluarga Berkualitas Kunir Sejahtera di Desa Kedungjaya Kecamatan Kedawung Kabupaten Cirebon). *Journal of Syntax Literate*, 7(3). [Google Scholar](#)