

## ANALISIS IMPLEMENTASI INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI KOTA CILEGON

**Tita Rosita<sup>1\*</sup>, Nur Rizky Ramadhani<sup>2</sup>, Ratih Purnamasari<sup>3</sup>**

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Maju<sup>1,2,3</sup>

*\*Corresponding Author : [titarositasyawaludin@gmail.com](mailto:titarositasyawaludin@gmail.com)*

### ABSTRAK

Integrasi pelayanan kesehatan primer merupakan pendekatan baru yang digunakan untuk mengatasi kelemahan struktural dalam pelayanan kesehatan primer yang terlihat pada saat pandemi COVID-19 dan karena masih banyak masyarakat yang memandang puskesmas hanya sebagai tempat untuk perawatan kuratif dan rehabilitatif, tanpa menyadari peran pentingnya dalam pencegahan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan desain deskriptif melalui studi kasus. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan informan dari Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan, Kader dan Stakeholder lintas sektor serta melalui analisis dokumen sekunder. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon telah meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, meskipun masih terdapat beberapa tantangan. Tantangan utama meliputi keterbatasan SDM, sarana prasarana, koordinasi antar sektor, adaptasi/respon masyarakat, dan teknologi informasi. Kesiapan infrastruktur dan SDM kesehatan belum sepenuhnya optimal, terutama di tingkat Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Posyandu. Faktor pendukung seperti kebijakan, dukungan pimpinan, dan anggaran juga belum sepenuhnya memadai, meskipun telah ada upaya koordinasi dan kolaborasi dengan pihak industri melalui program CSR. Rekomendasi yang diberikan mencakup penyusunan kebijakan yang lebih jelas, peningkatan koordinasi antar sektor, pengembangan kapasitas SDM melalui pelatihan, adopsi teknologi informasi yang lebih terintegrasi, dan peningkatan partisipasi masyarakat. Dengan demikian diharapkan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon dapat lebih efektif dan berkelanjutan, serta mampu meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui layanan kesehatan yang lebih dekat dan terjangkau.

**Kata kunci** : implementasi, integrasi, layanan kesehatan primer

### ABSTRACT

*Primary health care integration is a new approach used to overcome structural weaknesses in primary health care seen during the COVID-19 pandemic and because many people still view puskesmas only as a place for curative and rehabilitative care, without realizing its important role in prevention. This study aims to analyze the implementation of primary health care integration in Cilegon City. The research method used is qualitative with a descriptive design through a case study. Data were collected through in-depth interviews with informants from the Health Office, Head of Puskesmas, Health Workers, Cadres and cross-sector stakeholders as well as through secondary document analysis. The results showed that the implementation of primary health care integration in Cilegon City has improved access and quality of health services, although there are still some challenges. The main challenges include limited human resources, infrastructure, inter-sectoral coordination, community adaptation/response, and information technology. The readiness of health infrastructure and human resources is not yet fully optimal, especially at the auxiliary health center (Pustu) and Posyandu levels. Supporting factors such as policy, leadership support, and budget are also not fully adequate, although there have been efforts to coordinate and collaborate with industry through CSR programs. Recommendations include the formulation of policies that are, improving coordination between sectors, developing human resource capacity through training, adopting more integrated information technology, and increasing community participation. Thus, it is expected that the integration of primary health care services in Cilegon City can be more effective and sustainable, and be able to improve the quality of life of the community through closer and more affordable health services.*

**Keywords** : implementation, integration, primary health care

## PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan primer merupakan pilar utama untuk membangun sistem kesehatan yang kokoh, sebagai upaya untuk mencapai cakupan kesehatan universal (UHC) dan mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs). (Barkley et al., 2020; Organization, 2024) Pelayanan kesehatan primer yang direkomendasikan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) merupakan langkah reformasi dengan strategi utamanya meliputi integrasi pelayanan kesehatan primer perorangan dan masyarakat, pemberdayaan individu dan masyarakat, serta kebijakan dan aksi multisektoral, hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan, mengurangi ketimpangan dan memenuhi kebutuhan populasi yang terus berkembang. (M. K. R. Indonesia, 2023; Pourat et al., 2022) Pada trend global dan nasional menunjukkan semakin besarnya perhatian terhadap integrasi pelayanan kesehatan primer sebagai langkah strategis untuk meningkatkan efisiensi dan aksesibilitas pelayanan kesehatan. (Topp et al., 2018) Kelemahan struktural dalam pelayanan kesehatan primer terlihat pada saat pandemi COVID-19, terutama bagi populasi yang rentan dan termarginalisasi. (Alegre et al., 2024)

Pandemi COVID-19 juga menjadi momen yang sangat penting di Amerika Serikat untuk menguji berbagai pendekatan integrasi dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. (Veenema et al., 2023) Sebagai contoh, Filipina telah mengeluarkan undang-undang cakupan kesehatan universal pada tahun 2019 untuk membangun sistem kesehatan berdasarkan layanan primer yang terintegrasi. (de Claro et al., 2024; Lava et al., 2024) Maka secara global, integrasi pelayanan kesehatan primer telah diakui sebagai salah satu strategi yang efektif untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, terutama di negara-negara dengan sumber daya terbatas. (Chotchoungchatchai et al., 2020)

Dalam upaya mengoptimalkan pelayanan kesehatan primer di Indonesia, kita masih menghadapi berbagai hambatan dan tantangan. Beberapa di antaranya adalah sebaran layanan kesehatan yang belum merata dan kurangnya kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) di sektor kesehatan. Selain itu, akses terhadap pelayanan kesehatan primer masih sulit dijangkau di berbagai daerah, terutama di wilayah pelosok. Masih banyak masyarakat yang memandang puskesmas hanya sebagai tempat untuk perawatan kuratif dan rehabilitatif, tanpa menyadari peran pentingnya dalam pencegahan. Di samping itu, terdapat keterbatasan dalam pengelolaan teknologi serta sarana dan prasarana yang belum mencukupi. (Espinosa-González & Normand, 2019). Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan primer belum cukup kuat dalam merespons masalah kesehatan. Pada awalnya implementasi pelayanan kesehatan primer di Indonesia belum memiliki manajemen yang menyeluruh seperti halnya yang terjadi di Kota Cilegon. (Hendrawan et al., 2021) Sebelumnya pelayanan kesehatan primer diselenggarakan masih secara terpisah-pisah, berbasis program-program dan belum terintegrasi yang menyebabkan kurangnya koordinasi antar pelayanan kesehatan dan menghambat deteksi dini sehingga seringkali mengurangi efisiensi dan aksesibilitas pelayanan kesehatan. (Indriyati et al., 2023; Moloi et al., 2023) (Dudley & Garner, 2011)

Melihat masalah tersebut menegaskan betapa pentingnya integrasi pelayanan kesehatan primer yang diperlukan oleh masyarakat di setiap tahap kehidupan termasuk pencegahan, perbaikan, pengobatan, pemulihan dan perawatan paliatif agar dapat diakses dengan baik oleh seluruh masyarakat. Itulah sebabnya integrasi menjadi begitu penting dalam menyelenggarakan upaya kesehatan yang berkualitas, aman, efektif, merata dan terjangkau bagi masyarakat yang merupakan bagian dari tanggung jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Lokal, untuk melibatkan Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Posyandu dan seluruh layanan kesehatan primer lainnya. (M. K. R. Indonesia, 2023; Keuangan, 2024) Pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan primer di Indonesia dilaksanakan berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dimana dalam jangka panjang, integrasi ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian dan morbiditas, meningkatkan harapan hidup, dan memperkuat

sistem kesehatan nasional secara keseluruhan.(Atika, 2023) Kota Cilegon sebagai kota industri dan jalur wisata memerlukan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan terintegrasi untuk menata dan mengkoordinasikan berbagai layanan kesehatan primer yang berfokus meningkatkan akses layanan sampai ke tingkat kelurahan termasuk memperkuat promosi dan pencegahan melalui deteksi dan screening penyakit dan melakukan pemantauan situasi kesehatan sampai tingkat kelurahan melalui penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) hal ini selaras dengan ditetapkannya surat keputusan Wali Kota Cilegon Nomor 400.72.2/Kep.278-Dinkes/2024 tentang Penetapan Penyelenggaraan Integrasi pelayanan kesehatan primer pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Pusat Kesehatan Masyarakat se-Kota Cilegon menuntut Puskesmas yang ada di Kota Cilegon melaksanakan integrasi pelayanan kesehatan primer dengan segala keterbatasannya.(M. K. R. Indonesia, 2023).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa integrasi pelayanan kesehatan primer dapat meningkatkan cakupan, mutu layanan, dan akses masyarakat, serta memperkuat PWS, meskipun menghadapi berbagai kendala seperti keterbatasan aplikasi dan pelaksanaan yang belum sesuai pedoman (Indriyati et al., 2023). Tantangan lain juga meliputi masalah logistik dan inkonsistensi sistem klaster. Selain itu, manajemen sumber daya dan infrastruktur Posyandu masih terkendala oleh kekurangan tenaga medis, peralatan, dan ruang layanan (Aprianto & Zuchri, 2021). Di Kota Cilegon, integrasi layanan primer mulai diterapkan pada 2024 dan terus berkembang secara bertahap sesuai kebijakan pusat dan daerah. Meskipun terbatas, integrasi ini diharapkan mampu meningkatkan efisiensi, aksesibilitas, dan mutu layanan melalui kesiapan sistem, tenaga kesehatan, serta logistik, yang menjadi faktor penting dalam keberhasilannya (Indriyati et al., 2023; Topp et al., 2018). Tinjauan literatur menunjukkan bahwa implementasi dan dampak integrasi di berbagai wilayah menunjukkan hasil berbeda, dipengaruhi oleh faktor seperti pandangan dan pengalaman tenaga kesehatan (Moloi et al., 2023).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon.

## METODE

Metodologi penelitian yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif untuk mendapatkan pemahaman dan fenomena tentang implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer di kota Cilegon.(Sugiyono, 2020) Penentuan responden untuk pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive*. *Purposive sampling* adalah metode pemilihan sampel sumber data yang dilakukan berdasarkan pertimbangan tertentu. Teknik ini digunakan untuk memilih individu atau kelompok yang dianggap paling memahami topik yang diteliti, atau yang memiliki otoritas dalam bidang tersebut. Dengan cara ini, peneliti dapat lebih mudah mengeksplorasi objek atau situasi sosial yang menjadi fokus penelitian. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam dengan informan dari Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan di Puskesmas, Kader Kesehatan dan Lintas Sektor yang memiliki pengalaman tentang integrasi pelayanan kesehatan primer. Proses pengumpulan data dilaksanakan melalui pendekatan triangulasi, yang menggabungkan beberapa metode menggunakan cara triangulasi sumber atau dokumen yang telah ada sehingga dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya bias. Analisis data bersifat induktif, dengan fokus utama pada makna yang terkandung dalam data, ketimbang pada generalisasi. Proses analisis data yang diperoleh meliputi pengumpulan data, reduksi data, penyajian data sehingga didapatkan kesimpulan penelitian yang lebih menekankan pada makna daripada generalisasi.

## HASIL

Dalam penelitian ini, dari 9 (sembilan) Puskesmas yang ada di Kota Cilegon penentuan Puskesmas yang akan diteliti dipilih berdasarkan hasil penelitian diperoleh melalui wawancara mendalam, analisis dokumen dan observasi. Jumlah informan yang terlibat sebanyak 14 orang, yang dipilih secara purposive sampling sesuai dengan tujuan penelitian. Berikut data karakteristik informan yang diteliti.

**Tabel 1. Deskripsi Informan**

Jenis Informan	Jumlah	Deskripsi
Dinas Kesehatan Kota	2	Kepala Bidang, dan Sub Koordinator program integrasi kesehatan.
Kepala Puskesmas	2	Kepala Puskesmas dari dua wilayah di Kota Cilegon.
Tenaga Kesehatan	2	Dokter, perawat, dan /atau bidan di Puskesmas.
Kader Kesehatan	4	Kader Posyandu aktif
Stakeholder Lintas Sektor	4	Camat dan Lurah dari dua wilayah di Kota Cilegon.

**Tabel 2. Data Karakteristik Informan Penelitian**

Informan	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Pendidikan	Lama (tahun)	Bekerja	Kode
Kabid Dinkes	P	45	S2	2		D 1.1
Sub Kor Yankes	P	45	S2	2		D 1.2
Kapus Ciwandan	L	45	S1	2		P 1.1
Kapus Grogol	L	43	S1	1		P 2.1
Nakes/PJ ILP Ciwandan	P	42	S1	16		P 1.2
Nakes/PJ Klaster 2	P	36	S1	4		P 2.2
Kader Ciwandan	P	35	SMA	14		K 1.1
Kader Ciwandan	P	41	SMK	20		K 1.2
Kader Grogol	P	39	SMK	14		K 2.1
Kader Grogol	P	36	SMK	4		K 2.2
Camat Ciwandan	L	45	S2	5		L 1.1
Camat Grogol	L	54	S2	3		L 2.1
Lurah Randakari /Ciwandan	L	53	S1	2		L 1.2
Lurah Gerem/Grogol	L	43	S1	3		L 2.2

Selanjutnya, hasil penelitian ini menyajikan Analisis implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer menggunakan teori implementasi dari Van Meter dan Van Horn dan teori Donabedian yang mencakup aspek kesiapan infrastruktur dan SDM, faktor pendukung, mekanisme koordinasi, peran stakeholder, dan hambatan dari integrasi pelayanan kesehatan primer. Data diperoleh melalui metode pengumpulan informasi yang meliputi wawancara dan observasi. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan dengan berbagai informan, termasuk Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan, Kader, dan Lintas Sektor, berikut adalah temuan penelitian terkait implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon.

### Kesiapan Infrastruktur dan Sumber Daya Manusia Kesehatan

#### Kesiapan Infrastruktur

Berikut data kesiapan infrastruktur dalam mendukung integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon dilihat dari tarikan data nilai kumulatif ASPAK baik versi tampilan ASPAK sebelum ILP maupun versi tampilan ASPAK setelah ILP.

Kemudian dari hasil wawancara yang didapatkan, kesiapan fasilitas dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer di Puskesmas sudah berjalan sesuai apa adanya termasuk sarana dan prasaranaanya baik di Puskesmas, Pustu maupun Posyandu. Didapatkan pula masih ada Puskesmas yang belum memiliki Puskesmas Pembantu (Pustu) namun memiliki upaya

pelayanan kesehatan tingkat Kelurahan dengan nomenklatur lain seperti Poskesdes misalnya. Sebagian informan mengungkapkan bahwa kesiapan sarana prasarana, seperti alat kesehatan, komputer, ruangan termasuk teknologi informasi untuk pelayanan sangat dibutuhkan terutama dirasakan di tingkat pustu yang masih minim.

**Tabel 3. Data Kesiapan Infrastruktur**

Nama Puskesmas	Kelengkapan								Kumulatif	
	Sarana		Prasarana		Alkes					
	Sblm klaster	Stlh klaster	Sblm klaster	Stlh klaster	Sblm klaster	Stlh klaster	Sblm klaster	Stlh klaster		
Puskesmas Ciwandan	100	100	51,85	51,85	75,47	57,74	85,37	78,28		
Puskesmas Grogol	100	81,25	61,11	61,11	70,97	56,63	84,5	69,39		

Informasi ini didapatkan dari sesi tanya jawab:

“...Teknologi informasi tadi ya bahwa harus ada terintegrasi antara teknologi yang ada di puskesmas dengan aplikasi-aplikasi yang tentunya dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan...”(Informan D 1.1)

“...Kita perlu untuk merencanakan mulai dari sarana prasarana dan ini kita sudah berkoordinasi dengan tim dari sarpras bahwa ini untuk diajukan pustu-pustu yang harus dilakukan rehab itu sudah diajukan dengan dana DAK kemarin kemudian pengadaan alat-alatnya juga kita sudah berkoordinasi dengan bagian sarpras juga Idealnya itu kan pustu harus standarnya seperti apa...” (Informan D 1.2)

“...Untuk fasilitas di Puskesmas ini sudah berjalan ya, dengan sesuai apa adanya ya. untungnya kalau di ILP ini tidak terlalu banyak menuntut hal-halnya yang harus seperti ini, harus seperti itu, harus bisa menyesuaikan saja...” (Informan P 1.1)

“Kalau untuk sarana prasarana sendiri dari sisi gedung sebenarnya sudah memenuhi tinggal mungkin dari isi kesiapan nanti ... seperti laptop atau komputernya yang mungkin nanti juga kita bisa usulkan juga nanti ...sistem informasi memang kita gunakan untuk pencatatan data pasien ya memonitor program kesehatan dan mempermudah juga untuk rujukan hantar layanan (Informan P 2.1)

### Kesiapan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Berikut data kesiapan Sumber Daya Manusia (SDM) dalam mendukung integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon berdasarkan jenis dan jumlah karyawan yang ada di Puskesmas yang dibandingkan dengan standar minimal ketenagaan di Puskesmas dengan Permenkes No 19 Tahun 2024 sudah terpenuhi.

**Tabel 4. Kesiapan SDM**

Profesi	Standar 19/2024	PMK	Puskesmas Ciwandan	Puskesmas Grogol
Dokter	3-4	3	2	
Dokter Gigi	1-2	3	3	
Perawat	7-9	21	14	
Bidan	6-8	23	19	
Promkes/SKM	2	1	2	
Epidemiologi/SKM	2	1	-	
Sanitarian/SKM	1	1	2	
Nutrisionis	2	2	2	
Apoteker	2	1	1	
Asisten Apoteker	-	2	2	
ATLM	2-3	2	2	
Psikolog Klinis	1	-	-	
Fisioterapis	1	-	-	

Terapis Gigi dan Mulut	1	2	-
Perekam Medis	-	1	1
Pembimbing Kesja	-	1	-
Tenaga Sistem Infokes	1	-	-
Tenaga Administrasi Keuangan	1	-	-
Tenaga Ketatausahaan	3	4	-
Pekarya	3	10	8
<b>Jumlah</b>	<b>40-47</b>	<b>78</b>	<b>58</b>

Namun dari hasil wawancara didapatkan, beberapa informan mengungkapkan bahwa menekankan pentingnya kesiapan SDM melalui pelatihan khusus untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan. Seluruh Puskesmas di Kota Cilegon telah mengikuti pelatihan MOOC Care Pathway, dan sebagian juga telah mengikuti pelatihan ILP dari bidang SDMK. Koordinasi dilakukan baik di tingkat internal Puskesmas, Dinas Kesehatan, maupun lintas sektor dan program. Tenaga kesehatan juga dinilai konsisten dalam melakukan screening dan pelayanan sesuai klaster.

### Faktor Pendukung

Di dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer ada faktor-faktor pendukung yang mempengaruhi keberhasilan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon, meliputi :

### Kebijakan

Dari hasil wawancara informan menyatakan Informan menyatakan bahwa regulasi dari Kementerian Kesehatan masih terlambat dan belum sepenuhnya mengatur detail pelaksanaan ILP, baik untuk Puskesmas maupun lintas sektor. Belum ada panduan teknis yang rinci, seperti aturan kader ke lapangan dan formularium obat untuk Pustu. Meskipun sudah ada Permenkes dan SK dari Walikota serta Dinas Kesehatan sebagai dasar hukum, sinkronisasi antar level pemerintahan masih diperlukan. Keterbatasan regulasi ini membuat pelaksanaan di lapangan belum optimal, sehingga beberapa inisiatif seperti penyusunan formularium dilakukan mandiri di daerah.

### Dukungan Pimpinan

Dari hasil wawancara didapatkan beberapa informan mengatakan bahwa dukungan dan keterlibatan pimpinan, mulai dari Kepala Daerah, Kepala OPD, hingga Kepala Puskesmas, sangat berperan penting dalam keberhasilan implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. Dukungan ini juga datang dari lintas sektor seperti Camat dan Lurah yang memberikan support penuh.

### Anggaran

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa anggaran untuk kegiatan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon sudah ada namun nilainya masih kecil. Berikut data tabel terkait nilai anggaran kegiatan yang mendukung pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan primer di Puskesmas yang bersumber dari DAK NF tahun 2024 di Puskesmas dalam bentuk kegiatan pendampingan sedangkan untuk anggaran kegiatan integrasi pelayanan kesehatan primer itu sendiri yang bersumber dari APBD belum ada.

**Tabel 5. Kesiapan SDM**

Nama Puskesmas	Jumlah Anggaran ILP (Rp.)	Sumber Dana
UPTD Puskesmas Ciwandan	6.693.000,-	BOK NF
UPTD Puskesmas Grogol	8.077.000,-	BOK NF

Sedangkan dari hasil wawancara dengan beberapa informan mengatakan belum semua institusi mengalokasikan anggaran khusus untuk pelaksanaan kegiatan implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer padahal anggaran sangat mempengaruhi keberhasilan integrasi pelayanan kesehatan primer namun pihak Kecamatan dan Kelurahan tetap berupaya berkoordinasi dan berkolaborasi dengan pihak industri lewat bantuan *CSR (Corporate Social Responsibility)*. Informasi ini didapat dari hasil sesi tanya jawab :

“...Dukungan dari pimpinan ini yang mempengaruhi terkait dengan keberhasilan dari implementasi kemudian tentunya anggaran...” (Informan D 1.1)

“...Untuk APBD sendiri sebenarnya ini tidak ada khusus ILP gitu loh mbak tapi sepertinya sudah masuk ke teman-teman pemegang program di Kota Cilegon...” (Informan D 1.2)

“...Berkaitan dengan alokasi anggaran, kami di tingkat kecamatan memang belum menyediakan. tetapi kami bisa berkoordinasi dan berkolaborasi dengan industri yang tentunya nanti akan mensupport kebutuhan yang ada di ILP ini...” (Informan L 1.1)

“...Terkait anggaran kalau tidak salah kayaknya belum ada, tapi tetap walaupun tidak ada juga ya tetap saya komunikasi dan berhubungan dengan pihak puskesmas, bagaimana kita mencari dari CSR lah kebetulan karena di Kecamatan gerogol banyak industri juga...” (Informan L 2.1)

“...Alokasi anggaran khusus untuk kegiatan ILP belum ada...”(Informan L 1.2)

“...Pengalokasian anggaran ini kita sesuaikan dengan usulan-usulan yang ada melalui forum-forum yang kami laksanakan diantaranya melalui Musrenbangkel...” (Informan L 2.2)

## Mekanisme Koordinasi

Dari hasil wawancara beberapa informan mengatakan bahwa Koordinasi antara Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan lintas sektor berjalan baik dengan berbagai mekanisme, seperti rapat rutin internal dan eksternal (bulanan atau triwulan), lokakarya mini, serta koordinasi melalui grup WhatsApp dan laporan bulanan. Dinas Kesehatan juga berkolaborasi dengan OPD terkait (DP3AP2KB, Bapeda, Pemerintahan) melalui launching, sosialisasi, dan pendampingan, termasuk dukungan dari USAID Momentum. Di tingkat Puskesmas dan masyarakat, koordinasi dilakukan lewat penyuluhan, kunjungan rumah, dan media sosial. Meskipun koordinasi sudah berjalan, informan menilai perlu evaluasi rutin agar implementasi lebih optimal.

## Peran Stakeholder

Stakeholder di tingkat Kecamatan dan Kelurahan sangat mendukung pelaksanaan integrasi pelayanan kesehatan primer, terutama dalam memfasilitasi sarana-prasarana, memberikan dukungan kebijakan seperti penetapan SK Kader, serta memfasilitasi koordinasi antar sektor. Mereka juga berperan penting dalam pemberdayaan masyarakat, khususnya Posyandu sebagai Lembaga Kemasyarakatan Kelurahan (LKK), dan meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pelayanan kesehatan primer. Namun, pelaksanaan di lapangan dinilai masih kurang mendetail, terutama terkait peran lintas sektor yang fokus pada kader, yang banyak bergerak di lapangan. Para informan menekankan bahwa keberhasilan integrasi membutuhkan sinergi dan dukungan dari berbagai OPD dan lintas sektor, karena Puskesmas tidak dapat bekerja sendiri.

## Hambatan

Dalam pelaksanaannya integrasi pelayanan kesehatan primer tidak mudah dilaksanakan. Beberapa tantangan dan kendala yang dihadapi dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. adalah sebagai berikut:

## Keterbatasan SDM

Beberapa informan menyatakan bahwa keterbatasan SDM menjadi tantangan utama,

terutama kebutuhan tenaga medis yang harus disiapkan dengan matang agar pelayanan maksimal. Kepala Puskesmas perlu memisahkan tenaga antara Puskesmas dan Pustu, sehingga satu tenaga kesehatan tidak hanya menangani satu layanan, tapi bisa beberapa layanan atau program sekaligus. Namun, pemisahan ini justru menyebabkan kekurangan tenaga di lapangan. Informan juga berharap Dinas Kesehatan dapat memenuhi kebutuhan SDM sesuai standar agar proses implementasi berjalan lancar dan merata di seluruh Puskesmas di Kota Cilegon.

### **Sarana Prasarana**

Beberapa informan dari Puskesmas menyatakan bahwa keterbatasan sarana dan prasarana di Puskesmas maupun Pustu menjadi hambatan utama. Kendala meliputi belum adanya Pustu di beberapa Puskesmas karena perbedaan nomenklatur seperti Poskesdes dan masalah dokumen status kepemilikan. Selain itu, fasilitas seperti komputer dan alat kesehatan masih kurang memadai, terutama di tingkat Pustu. Solusi sementara yang dilakukan adalah memanfaatkan bangunan yang ada. Proses hibah untuk perubahan status Poskesdes menjadi Pustu juga masih dalam tahap penelusuran.

### **Koordinasi**

Informan menyatakan bahwa koordinasi antara internal Dinas Kesehatan, lintas OPD, dan stakeholder Kecamatan serta Kelurahan sudah berjalan, namun masih menghadapi hambatan. Tantangan utama adalah kurangnya sinkronisasi yang jelas antara program-program yang ada dengan integrasi pelayanan kesehatan primer (ILP), sehingga belum berjalan secara beriringan. Pemahaman lintas program dan OPD terkait tentang konsep ILP yang berfokus pada siklus hidup masih terbatas dan belum detail, sehingga pola pikir masih berbasis program terpisah. Oleh karena itu, koordinasi dan pemahaman antar stakeholder perlu ditingkatkan agar implementasi ILP lebih efektif.

### **Adaptasi/Respon Masyarakat**

Beberapa informan menyatakan bahwa adaptasi masyarakat dan tenaga kesehatan menjadi hambatan karena ILP masih merupakan sistem baru yang belum sepenuhnya dipahami dan terbiasa oleh keduanya. Pada awal implementasi, pasien sering bingung dengan alur pelayanan yang berubah-ubah dan banyaknya screening yang dilakukan, sehingga menimbulkan pertanyaan dan keluhan. Selain itu, komunikasi antara petugas dan masyarakat kadang kurang lancar, dan kesadaran masyarakat akan pentingnya pelayanan kesehatan komprehensif masih perlu ditingkatkan.

### **Teknologi Informasi**

Dari hasil wawancara beberapa informan mengatakan bahwa Sistem informasi dengan Rekam Medis Elektronik (RME) sudah diterapkan di Puskesmas, namun belum maksimal. Tantangan utama adalah banyaknya aplikasi dari Kementerian Kesehatan yang belum terintegrasi, menyebabkan tenaga kesehatan harus melakukan input data berulang pada aplikasi berbeda. Selain itu, kendala jaringan internet di Pustu, terutama di daerah perbukitan, menyebabkan pelaporan masih dilakukan manual. Hal ini memperberat pekerjaan teknis di lapangan dan memerlukan sinkronisasi antar aplikasi. Berdasarkan wawancara dengan berbagai pihak, implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di Kota Cilegon menunjukkan kemajuan signifikan, namun progresnya berbeda di tiap Puskesmas. Berbagai hambatan dan tantangan masih perlu diselesaikan agar implementasi berjalan lebih optimal.

## **PEMBAHASAN**

Selanjutnya peneliti akan menyajikan analisis temuan dari hasil penelitian integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon dan keterkaitannya dengan teori Van Meter dan

Van Horn serta teori Donabedian. Selain itu, peneliti juga akan membahas implikasi temuan terhadap praktik dan penelitian sebelumnya. Temuan utama menunjukkan bahwa integrasi pelayanan kesehatan primer telah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, meskipun masih terdapat beberapa tantangan, seperti keterbatasan infrastruktur dan Sumber Daya Manusia (SDM), sarana prasarana, koordinasi, adaptasi/respon masyarakat, dan teknologi informasi. Tujuan awal penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilannya. Temuan penelitian ini menjawab pertanyaan tersebut dengan menunjukkan bahwa kesiapan infrastruktur dan SDM Kesehatan, faktor pendukung, mekanisme koordinasi, peran stakeholder, dan hambatan merupakan faktor kunci dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. Hasil ini sejalan dengan tujuan penelitian yang diuraikan dalam bagian Pendahuluan.

### **Kesiapan Infrastruktur dan Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer merupakan langkah strategis untuk meningkatkan aksesibilitas, kualitas, dan efisiensi pelayanan kesehatan. Namun, keberhasilan implementasi ini sangat bergantung pada kesiapan infrastruktur dan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan.

#### **Kesiapan Infrastruktur**

Penelitian sebelumnya oleh Ahista dkk (2023) mengonfirmasi bahwa minimnya sarana dan prasarana, termasuk alat kesehatan, semakin memperburuk kondisi terutama di wilayah terpencil. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian yang menunjukkan kesiapan infrastruktur di Puskesmas Ciwandan sudah lebih baik dibandingkan dengan Puskesmas Grogol. Puskesmas Ciwandan memanfaatkan gedung Puskesmas atau Pustu yang ada dengan segala keterbatasannya, sementara Puskesmas Grogol hanya memiliki unit pelayanan kesehatan dengan nomenklatur Poskesdes, bukan Puskesmas Pembantu (Pustu). Berdasarkan Pedoman Puskesmas Pembantu dari Kementerian Kesehatan, proses standarisasi dan pembangunan Pustu menjadi salah satu tujuan untuk memperkuat pelayanan kesehatan di tingkat kelurahan. Upaya ini dilakukan dengan menyesuaikan dan menyeragamkan nomenklatur Poskesdes, Polindes, atau POD menjadi Pustu, serta memastikan Pustu dapat memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan. Langkah ini diharapkan dapat membuat layanan kesehatan lebih efektif, terintegrasi, dan merata di seluruh desa dan kelurahan di Indonesia.

Kesiapan sarana, prasarana, dan alat kesehatan termasuk teknologi informasi juga terus diupayakan, meskipun sarana di tingkat Pustu masih tergolong minim. Aplikasi ASPAK milik Kemenkes mencatat penambahan ruangan standar diikuti dengan penambahan standar alat kesehatan sesuai ruangan tersebut, sehingga mempengaruhi nilai sarana dan prasarana. Nilai kumulatif ASPAK Puskesmas Ciwandan masih lebih tinggi dibandingkan Puskesmas Grogol. Selain itu, sesuai Permenkes 24 Tahun 2022, setiap fasilitas kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis elektronik (RME), sehingga teknologi informasi menjadi faktor pendukung penting dalam pencatatan dan pelaporan integrasi pelayanan kesehatan primer. Namun, masih terdapat tantangan berupa sistem informasi yang belum terintegrasi dengan baik dan keterampilan tenaga kesehatan yang terbatas, sehingga menyebabkan penginputan data berulang dan mengurangi efisiensi.

Hal ini sesuai dengan teori Van Meter dan Van Horn (1975) yang menyatakan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk sistem informasi dan sumber daya yang tersedia. Infrastruktur yang tidak memadai termasuk kekurangan sumber daya fisik, berdampak pada rendahnya kapasitas implementasi kebijakan. Laporan WHO (2024) juga menegaskan bahwa daerah dengan infrastruktur lebih baik cenderung memiliki sistem kesehatan yang lebih efisien dan terkoordinasi. Oleh karena itu, peningkatan investasi

pada infrastruktur fisik dan non-fisik, pemenuhan alat kesehatan, serta kesiapan teknologi informasi sangat penting untuk meningkatkan kapasitas implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer secara signifikan.

### **Kesiapan SDM**

Pada hasil penelitian sebelumnya oleh Laeli (2024) dan Ahista dkk (2023) juga mendukung temuan ini, dengan menunjukkan bahwa integrasi pelayanan kesehatan primer memerlukan pendekatan holistik yang mencakup peningkatan infrastruktur dan pengembangan SDM secara bersamaan hal ini sejalan dengan temuan penelitian mengindikasikan bahwa dengan adanya perubahan layanan integrasi pelayanan kesehatan primer yang dulunya masih berbasis program berubah menjadi integrasi pelayanan kesehatan primer ditandai dengan sistem klasterisasi baik di tingkat Puskesmas maupun di Pustu selain infrastruktur, kesiapan SDM dari segi jumlah maupun kompetensinya juga memegang peran krusial dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. Jika dilihat dari jumlah SDM di Puskesmas yang diteliti semua Puskesmas sudah memenuhi standar minimal ketenagaan berdasarkan Permenkes 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat, namun jumlah SDM Puskesmas yang lebih sedikit berdampak pada lambatnya progress implementasi integrasi pelayanan primer karena Kepala Puskesmas harus menyiapkan Tenaga Kesehatan minimal 1 Perawat dan 1 Bidan ditambah dengan 2 orang kader yang bertugas di Pustu terpisah dari Puskesmas yang menyebabkan kurangnya tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas sesuai jumlah Pustu atau jaringan pelayanan kesehatan tingkat kelurahan yang dimiliki oleh Puskesmas tersebut, semakin banyak Pustu yang dimiliki oleh Puskesmas semakin banyak pula tenaga kesehatan dan kader yang dibutuhkan tentunya.

Selain itu, beban kerja yang tinggi dan kesenjangan kompetensi tenaga kesehatan dalam melaksanakan integrasi pelayanan kesehatan primer dengan sistem klasterisasi menuntut tenaga kesehatan yang sebelumnya hanya menguasai satu atau dua program yang menjadi tanggung jawabnya sekarang harus mampu memahami dan melayani seluruh ruang lingkup yang ada di dalam klaster yang menjadi tugasnya. Berdasarkan teori Van Meter dan Van Horn menekankan pentingnya karakteristik dan sikap implementor dalam menentukan keberhasilan suatu kebijakan. Dalam hal ini, tenaga kesehatan sebagai implementor memerlukan pelatihan yang memadai untuk dapat menjalankan peran mereka secara efektif. Dalam penelitian ini, teori Van Meter dan Van Horn ini membantu mengidentifikasi bahwa kesiapan infrastruktur dan SDM merupakan dua variabel kunci yang saling terkait.

Keterbatasan infrastruktur seperti sarana prasarana, alat kesehatan, komputer dan ruangan untuk pelayanan sangat dibutuhkan. Hal ini dirasakan terutama di tingkat pustu keterbatasan infrastruktur dapat memperburuk kinerja SDM, sementara SDM yang tidak terlatih dapat menghambat pemanfaatan infrastruktur yang ada. Oleh karena itu, implikasi kebijakan yang dapat diambil adalah perlunya pendekatan terpadu yang memastikan ketersediaan infrastruktur yang memadai dan peningkatan kapasitas SDM secara simultan. Selain itu untuk mengatasi keterbatasan SDM di Puskesmas perlu dilakukan analisis beban kerja dan redistribusi tenaga kesehatan, pelatihan dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan kader juga, diperlukan untuk memastikan mereka dapat melaksanakan tugas dengan efektif.

### **Faktor Pendukung**

Implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer memerlukan dukungan dari berbagai faktor eksternal dan internal, termasuk kebijakan, dukungan pimpinan, dan anggaran. Faktor-faktor ini saling terkait dan berperan penting dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi keberhasilan integrasi. Berdasarkan temuan penelitian, faktor pendukung ini memiliki implikasi yang signifikan terhadap kapasitas implementasi.

### **Kebijakan**

Penelitian menunjukkan bahwa kebijakan merupakan faktor penting dalam memberikan arah dan pedoman integrasi pelayanan kesehatan primer. Regulasi seperti Permenkes, pedoman teknis, dan SOP sangat memengaruhi keberhasilan implementasi. Namun, terdapat tantangan konsistensi kebijakan, misalnya adanya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/2015/2023 yang terbit sebelum Permenkes Nomor 19 Tahun 2024, sehingga membingungkan pelaksana di Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Selain itu, regulasi lama dan standar akreditasi yang belum direvisi juga belum sepenuhnya mendukung integrasi layanan. Hal ini sesuai dengan temuan Claro (2023) bahwa inisiatif kebijakan nasional dan respons daerah sangat menentukan desain layanan yang sesuai konteks lokal. Teori Van Meter dan Van Horn (1975) juga menyatakan bahwa kejelasan tujuan dan standar kebijakan penting untuk keberhasilan implementasi. Kebijakan yang jelas, konsisten, dan tersosialisasi baik menjadi fondasi utama untuk meningkatkan pemahaman, komitmen, dan efektivitas integrasi pelayanan kesehatan primer.

### **Dukungan Pimpinan**

Temuan penelitian menunjukkan bahwa dukungan pimpinan, baik Kepala Daerah, Kepala OPD, maupun Kepala Puskesmas, sangat memengaruhi keberhasilan implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer, terutama dalam hal motivasi dan kinerja tenaga kesehatan. Namun, dukungan yang kurang optimal, terutama dalam alokasi sumber daya dan pengambilan keputusan strategis, dapat menghambat program. Hal ini sejalan dengan penelitian Nisa (2022) yang menyatakan bahwa keberhasilan program integrasi perlu didukung peningkatan tenaga medis, ketersediaan alat kesehatan, dan perbaikan fasilitas Posyandu, serta dukungan pemerintah desa dan Puskesmas (Aprianto & Zuchri, 2021). Teori Van Meter dan Van Horn juga menekankan pentingnya kepemimpinan dengan visi dan komitmen tinggi untuk memobilisasi sumber daya, memotivasi staf, dan mengatasi resistensi, sehingga mendorong implementasi integrasi layanan kesehatan primer yang efektif.

### **Anggaran**

Temuan penelitian yang menunjukkan bahwa belum semua institusi mengalokasikan anggaran khusus untuk pelaksanaan kegiatan implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer padahal anggaran sangat mempengaruhi keberhasilan integrasi pelayanan kesehatan primer. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa keterbatasan anggaran sering kali menjadi hambatan utama, terutama dalam hal pengadaan teknologi informasi, pelatihan SDM, dan peningkatan infrastruktur. Di sisi lain, daerah dengan alokasi anggaran yang cukup cenderung memiliki kapasitas implementasi yang lebih baik dan teori Van Meter dan Van Horn yang menyoroti pentingnya sumber daya finansial sebagai salah satu faktor penentu keberhasilan implementasi kebijakan. Keterbatasan anggaran dapat menghambat penyediaan infrastruktur dan pelatihan SDM, yang pada gilirannya mempengaruhi kualitas integrasi layanan. Ketersediaan anggaran yang memadai merupakan prasyarat penting dalam mendukung implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. Peningkatan alokasi anggaran, terutama untuk program-program prioritas seperti pengembangan teknologi informasi dan pelatihan SDM, akan secara signifikan meningkatkan kapasitas implementasi.

### **Mekanisme Koordinasi**

Berdasarkan temuan penelitian, mekanisme koordinasi telah dilakukan dengan baik oleh Dinas Kesehatan, Puskesmas dan stakeholder Kecamatan dan Kelurahan lokus penelitian di Kota Cilegon dengan berbagai metode namun masih menghadapi beberapa tantangan, seperti kurangnya pemahaman lintas sektor, kurangnya komunikasi antar unit, dan ketiadaan sistem

informasi yang terintegrasi. Untuk meningkatkan efektivitas koordinasi, diperlukan upaya yang lebih intensif dalam hal sosialisasi, pelatihan, dan penyediaan dukungan teknis. Selain itu, sistem pelaporan yang terintegrasi juga perlu dikembangkan untuk memastikan semua stakeholder dapat berkoordinasi dengan lebih efektif hal ini sejalan dengan pernyataan penelitian sebelumnya bahwa koordinasi bahwa Teori Van Meter dan Van Horn (1975) menyoroti bahwa keberhasilan implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh mekanisme koordinasi dan komunikasi antar aktor yang terlibat. Mekanisme koordinasi merupakan elemen kritis dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. Koordinasi yang efektif memastikan bahwa berbagai unit layanan, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan dapat bekerja secara sinergis untuk mencapai tujuan bersama, yaitu meningkatkan akses, kualitas, dan efisiensi pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan koordinasi dan komunikasi melalui pertemuan rutin dan sosialisasi yang lebih intensif dan menjadi bagian dari evaluasi pelaksanaan.

### **Peran Stakeholder**

Berdasarkan temuan penelitian, untuk mencapai keberhasilan integrasi pelayanan kesehatan primer peran stakeholder di Kecamatan dan Kelurahan sangat penting, dalam memfasilitasi sarana prasarana dan penunjang yang berkaitan dengan integrasi pelayanan primer, memberikan dukungan kebijakan seperti penetapan SK Kader, memfasilitasi koordinasi antar sektor dari berbagai kepentingan dan berkontribusi dalam rangka meningkatkan kesadaran masyarakat dalam pentingnya pelayanan kesehatan hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya Goodwin dkk (2023) didapatkan temuan yang menyetujui bahwa berbagai pemangku kepentingan, seperti pihak swasta, berbagai tingkat pemerintahan, sektor lainnya, serta anggota masyarakat, dapat berperan aktif dalam upaya integrasi pelayanan kesehatan (Veenema et al., 2023) dan menurut teori Van Meter dan Van Horn (1975) menyoroti bahwa keberhasilan implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh dukungan dan partisipasi stakeholder di berbagai tingkat pemerintahan.

Menurut teori ini, stakeholder kecamatan dan kelurahan dapat berperan sebagai fasilitator koordinasi antara pemangku kepentingan, mobilisator sumber daya untuk mendukung integrasi pelayanan kesehatan primer dan agen sosialisasi yang menyebarluaskan informasi tentang manfaat dan pentingnya integrasi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer tidak hanya melibatkan institusi kesehatan, tetapi juga memerlukan dukungan aktif dari berbagai pemangku kepentingan, termasuk stakeholder di tingkat kecamatan dan kelurahan. Stakeholder ini memegang peran krusial dalam memfasilitasi koordinasi, sosialisasi, dan mobilisasi sumber daya untuk mendukung keberhasilan integrasi pelayanan kesehatan primer.

### **Hambatan**

Implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer merupakan upaya strategis untuk meningkatkan kualitas, aksesibilitas, dan efisiensi sistem kesehatan. Namun, dalam praktiknya, terdapat berbagai hambatan yang menghalangi pencapaian tujuan tersebut. Berdasarkan temuan penelitian, hambatan-hambatan ini dapat dikategorikan ke dalam beberapa aspek, seperti keterbatasan SDM, sarana dan prasarana, koordinasi, adaptasi/respon masyarakat dan teknologi informasi.

### **Keterbatasan Sumber Daya Manusia**

Pada penelitian sebelumnya oleh Laeli (2024) menunjukkan bahwa upaya pengoptimalan pelayanan kesehatan primer di Indonesia masih dihadapkan pada berbagai hambatan dan tantangan. Salah satunya adalah tidak meratanya distribusi dan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan. Oleh karena itu keterbatasan SDM dan sarana prasarana menjadi tantangan

utama dalam implementasi ILP. Keterbatasan SDM, baik dari segi kuantitas maupun kualitas, menjadi salah satu hambatan utama dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. Temuan penelitian menunjukkan bahwa keterbatasan SDM menjadi tantangan utama dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer karena harus memisahkan tenaga yang ada di Puskesmas dengan di Pustu sehingga mengurangi jumlah tenaga yang ada di Puskesmas. Tenaga kesehatan sering kali tidak memiliki kompetensi yang memadai untuk menjalankan layanan terintegrasi, seperti kemampuan kolaborasi antar disiplin dan pemahaman tentang konsep integrasi.

Selain itu, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, terutama di daerah terpencil, memperparah masalah ini. Teori Van Meter dan Van Horn menekankan pentingnya karakteristik dan kapasitas implementor dalam keberhasilan implementasi kebijakan. Keterbatasan SDM dapat dikategorikan sebagai kekurangan dalam kapasitas implementor, yang berdampak pada rendahnya kualitas layanan. Peneliti berasumsi bahwa peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan dan rekrutmen tenaga kesehatan yang merata, akan meningkatkan motivasi dan kinerja tenaga kesehatan, sehingga mendukung implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer.

### **Sarana dan Prasarana**

Pada penelitian sebelumnya Ahista dkk (2024) menyatakan bahwa minimnya sarana dan prasarana, termasuk alat kesehatan, semakin memperburuk kondisi, terutama di wilayah yang terpencil hal ini sejalan dengan temuan penelitian ini yang menunjukkan bahwa keterbatasan sarana dan prasarana baik di Puskesmas maupun di Pustu menjadi hambatan dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer.(P. P. R. Indonesia, 2023) Seperti Puskesmas yang belum memiliki Pustu dikarenakan nomenklatur yang berbeda seperti Poskesdes dan terkait dokumen status kepemilikannya yang masih menjadi kendala ditambah sarana prasarana seperti komputer dan alat kesehatan yang masih belum memadai, terutama di tingkat Pustu. Keterbatasan sarana dan prasarana dapat menghambat penyediaan layanan yang berkualitas dan terintegrasi. Investasi dalam pembangunan dan perbaikan sarana dan prasarana, terutama di daerah terpencil, akan meningkatkan kapasitas fasilitas kesehatan dalam menyediakan layanan terintegrasi.

### **Koordinasi**

Koordinasi yang lemah antar unit layanan, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan menjadi hambatan serius dalam implementasi integrasi pelayanan Kesehatan primer. Teori Van Meter dan Van Horn menekankan pentingnya mekanisme koordinasi dan komunikasi dalam implementasi kebijakan. Koordinasi yang efektif memerlukan kejelasan tujuan, pembagian peran yang jelas, dan dukungan teknologi informasi. Ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa koordinasi yang tidak berjalan dengan baik dapat menghambat pembagian informasi yang tepat waktu, mengakibatkan alokasi sumber daya yang tidak efisien, serta mengurangi respons yang efektif terhadap ancaman kesehatan.(de Claro et al., 2024) Menurut peneliti pengembangan sistem informasi terintegrasi, penyusunan pedoman koordinasi yang jelas, dan peningkatan kolaborasi antar disiplin akan meningkatkan efektivitas koordinasi dalam implementasi ILP.

### **Adaptasi/Respon Masyarakat**

Pada penelitian sebelumnya Rosnah (2022) mengatakan bahwa dalam pelayanan kesehatan, sering kali muncul prasangka negatif terhadap inovasi atau hal-hal baru yang diperkenalkan, baik itu dari masyarakat umum maupun sejumlah individu. Sikap semacam ini sering kali menjadi penghalang dalam pelaksanaan program-program pemerintah hal ini sejalan dengan temuan penelitian yang menunjukkan bahwa adaptasi/respon masyarakat masih

menjadi hambatan dikarenakan integrasi pelayanan kesehatan primer merupakan suatu hal baru yang belum sepenuhnya dipahami oleh masyarakat dan belum terbiasa dilakukan oleh masyarakat. sehingga enggan memanfaatkannya. Berdasarkan Teori Van Meter dan Van Horn menyoroti pentingnya dukungan dan partisipasi masyarakat dalam implementasi kebijakan. Respons masyarakat yang positif dapat meningkatkan adopsi dan keberlanjutan layanan terintegrasi. Adaptasi/respons masyarakat terhadap layanan terintegrasi sering kali menjadi tantangan, program edukasi dan sosialisasi yang intensif, serta pendekatan yang sensitif terhadap budaya lokal, akan meningkatkan adaptasi dan respons masyarakat terhadap layanan terintegrasi

### **Teknologi Informasi**

Keterbatasan teknologi informasi, seperti kurangnya sistem informasi terintegrasi dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menggunakan teknologi, menjadi hambatan signifikan dalam implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. Temuan penelitian menunjukkan bahwa banyaknya aplikasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang belum terintegrasi merupakan suatu tantangan tersendiri untuk Puskesmas seperti pustu masih mengandalkan sistem manual, yang rentan terhadap kesalahan dan inefisiensi. Implikasi Teori Van Meter dan Van Horn menekankan pentingnya sumber daya teknis dalam implementasi kebijakan. Teknologi informasi yang memadai dapat memfasilitasi aliran informasi dan koordinasi antar unit layanan. Peneliti berpendapat bahwa Investasi dalam teknologi informasi, disertai dengan pelatihan tenaga kesehatan, akan meningkatkan kapasitas implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer.

Temuan penelitian faktor-faktor hambatan ini sejalan dengan hasil penelitian penelitian sebelumnya Mulyani dkk (2023) yang menyatakan bahwa salah satu tantangan utama dalam integrasi pelayanan kesehatan primer adalah adanya resistensi terhadap perubahan. Selain itu, keterbatasan anggaran dan sumber daya manusia juga menjadi kendala yang signifikan. Jumlah tenaga kesehatan yang tidak memadai, ditambah dengan distribusi yang tidak merata, dapat menghambat pelaksanaan integrasi secara efektif.

### **Input (Struktur)**

Implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer di Kota Cilegon dimulai sejak tahun 2024, dengan puskesmas Ciwandan dipilih menjadi pilot project. Puskesmas COE dampingan dari USAID Momentum. Proses implementasi melibatkan persiapan sumber daya manusia (SDM), pelatihan tenaga kesehatan, penyesuaian infrastruktur dan faktor pendukung lainnya seperti anggaran dan teknologi informasi. Kota Cilegon sudah melaksanakan proses tersebut meskipun demikian, masih terdapat kendala dalam hal keterbatasan SDM dan sarana prasarana, terutama di tingkat pustu dan posyandu.

### **Proses**

Integrasi pelayanan kesehatan primer mengubah sistem pelayanan kesehatan dari berbasis program menjadi berbasis klaster, di mana layanan diberikan berdasarkan siklus hidup (mulai dari bayi, remaja, dewasa, hingga lansia). Informan menyatakan bahwa perubahan ini membutuhkan adaptasi dari tenaga kesehatan dan masyarakat. Meskipun awalnya menimbulkan kebingungan, pelayanan secara bertahap mulai berjalan dengan baik didukung dengan sinkronisasi kebijakan baik dari Pusat sampai ke Daerah.

### **Output (*outcome*)**

#### **Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan**

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa dengan adanya integrasi pelayanan kesehatan primer, akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin dekat, terutama dengan

beroperasinya pustu setiap hari dan melengkapi layanan yang ada di pustu di tingkat kelurahan. Hal ini membuat masyarakat tidak perlu lagi jauh-jauh ke puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar.

### **Peningkatan Deteksi Dini Penyakit**

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa screening kesehatan yang dilakukan melalui integrasi pelayanan kesehatan primer telah membantu mendeteksi penyakit lebih dini, Hal ini memungkinkan penanganan yang lebih cepat dan efektif.

### **Respon Masyarakat**

Meskipun awalnya masyarakat merasa bingung dengan perubahan sistem pelayanan, namun secara bertahap mereka mulai memahami dan merespon positif. Hasil temuan penelitian menyatakan bahwa masyarakat semakin terbuka terhadap pelayanan kesehatan yang terintegrasi, terutama setelah melihat manfaat yang dirasakan. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan merupakan outcome yang diharapkan dari implementasi integrasi pelayanan kesehatan primer. Hasil wawancara menunjukkan bahwa akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin dekat dan deteksi dini penyakit semakin meningkat. Namun, masih terdapat tantangan dalam hal partisipasi masyarakat dan kualitas pelayanan. Hal ini menunjukkan perlunya evaluasi dan monitoring yang lebih intensif untuk memastikan kualitas pelayanan dapat terus ditingkatkan.

Berdasarkan analisis menggunakan teori Van Meter dan Van Horn serta teori Donabedian, dapat disimpulkan bahwa implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di Kota Cilegon telah menunjukkan kemajuan yang signifikan, terutama dalam hal peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Namun, masih terdapat beberapa tantangan yang perlu diatasi, seperti keterbatasan SDM, sarana prasarana, dan koordinasi antar sektor. Rekomendasi dari para informan diharapkan dapat menjadi masukan untuk meningkatkan efektivitas implementasi ILP ke depannya. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, antara lain keterbatasan waktu dan sumber daya yang menyebabkan penelitian hanya dilakukan di beberapa puskesmas dan pustu di Kota Cilegon. Selain itu, penelitian ini hanya menggunakan pendekatan kualitatif, sehingga generalisasi temuan penelitian perlu dilakukan dengan hati-hati.

## **KESIMPULAN**

Pelaksanaan Integrasi Layanan Kesehatan Primer (ILP) di wilayah Kota Cilegon menunjukkan hasil positif dalam memperluas jangkauan serta meningkatkan mutu layanan kesehatan, meskipun masih menghadapi sejumlah hambatan berarti seperti keterbatasan sarana fisik, tenaga pelaksana, serta sistem koordinasi antar pihak. Hasil ini sejalan dengan pandangan Van Meter dan Van Horn serta konsep Donabedian, yang menekankan pentingnya kesiapan prasarana dan tenaga profesional dalam keberhasilan implementasi kebijakan publik di bidang kesehatan. Temuan studi ini berpotensi dikembangkan lebih jauh melalui penyusunan model integrasi yang lebih menyeluruh, termasuk penguatan kapasitas tenaga medis secara berkelanjutan serta optimalisasi sistem informasi kesehatan yang saling terhubung. Untuk pengembangan ke depan, disarankan pelaksanaan riset jangka panjang yang menganalisis dampak ILP terhadap kondisi kesehatan masyarakat secara berkesinambungan, serta mengevaluasi keberhasilan strategi peningkatan keterlibatan masyarakat dalam program kesehatan. Penelitian lanjutan juga bisa menjajaki kemitraan dengan pihak swasta dan lembaga non-pemerintah guna memperkuat dukungan fasilitas dan tenaga dalam penerapan ILP. Melalui upaya tersebut, diharapkan integrasi layanan kesehatan dasar dapat berjalan secara maksimal dan memberikan dampak nyata bagi kesejahteraan masyarakat di Kota Cilegon.

**UCAPAN TERIMAKASIH**

Penulis mengucapkan terimakasih kepada Dinas Kesehatan Kota Cilegon, UPTD Puskesmas Ciwandan dan UPTD Puskesmas Grogol yang telah menyediakan data sehingga studi ini dapat dilaksanakan.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Alegre, J. C., Sharma, S., Cleghorn, F., & Avila, C. (2024). *Strengthening primary health care in low- and middle-income countries: furthering structural changes in the post-pandemic era*. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1270510>
- Aprianto, B., & Zuchri, F. N. (2021). Implementasi Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan di Fasilitas Kesehatan: A Literature Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(3), 160–166. <https://doi.org/10.31004/jkt.v2i3.2161>
- Atika, N. (2023). *Several Pillars Of Health Transformation In Indonesia: From Resilience Pharmaceutical Supply, Health Insurance, Primary Health Care, To Digital Health*. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 11(2), 183–185. <https://doi.org/10.20473/jaki.v11i2.2023.183-185>
- Barkley, S., Marten, R., Reynolds, T., Kelley, E., Dalil, S., Swaminathan, S., & Ghaffar, A. (2020). *Primary health care: realizing the vision*. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 727-727A. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.279943>
- Chotchoungchatchai, S., Marshall, A. I., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2020). Primary health care and sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 792–800. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.245613>
- de Claro, V., Lava, J. B., Bondoc, C., & Stan, L. (2024). The role of local health officers in advancing public health and primary care integration: lessons from the ongoing Universal Health Coverage reforms in the Philippines. *BMJ Global Health*, 9(1), e014118. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014118>
- Dudley, L., & Garner, P. (2011). Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003318.pub3>
- Espinosa-González, A. B., & Normand, C. (2019). Challenges in the implementation of primary health care reforms: a qualitative analysis of stakeholders' views in Turkey. *BMJ Open*, 9(7), e027492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027492>
- Hendrawan, D., Nurcahyo, C., & Afdal, A. (2021). Pelayanan Primer yang Berkualitas: Sebuah Tinjauan Literatur. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(1), 1–14. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v1i1.13>
- Indonesia, K. K. R. (2024). Pedoman Kerja Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Puskesmas Pembantu Desa. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://jdih.cilegon.go.id/produk/68bb4efc7931ac0d7fc7d591783cfa1a925d3795/17.pdf>
- Indonesia, M. K. R. (2023). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. <https://diskes.badungkab.go.id/storage/diskes/file/KMK%20Nomor%202015%20Tahun%202023%20tentang%20Petunjuk%20Teknis%20Integrasi%20Pelayanan%20Kesehatan%20Primer.pdf>
- Indonesia, P. P. R. (2023, August 8). *Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Direktorat Utama Pembinaan Dan Pengembangan Hukum Pemeriksaan

- Keuangan Negara Republik Indonesia. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>
- Indriyati, L., Wahyudin, A., & Sulistyowati, E. (2023). Evaluasi Program Pilot Project Transformasi Layanan Primer di Puskesmas Telaga Bauntung Kabupaten Banjar Tahun 2022. *Jurnal Kebijakan Pembangunan*, 18(1), 65–80. <https://doi.org/10.47441/jkp.v18i1.311>
- Keuangan, B. P. (2024, July 26). *Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Direktorat Utama Pembinaan Dan Pengembangan Hukum Pemeriksaan Keuangan Negara. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/294077/pp-no-28-tahun-2024>
- Lava, J. B., Claro, V. de, Quiñon, M. S., Labis, R., Marcelo, W., Lucero, M. A., Mendoza, O., & Stan, L. (2024). Integrating COVID-19 Vaccination in Primary Care Service Delivery: Insights From Implementation Research in the Philippines. *Global Health: Science and Practice*, 12(Supplement 1), e2300202. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00202>
- Moloi, H., Daniels, K., Brooke-Sumner, C., Cooper, S., Odendaal, W. A., Thorne, M., Akama, E., & Leon, N. (2023). *Healthcare workers' perceptions and experiences of primary healthcare integration: a scoping review of qualitative evidence*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013603.pub3>
- Organization, W. H. (2024). *Implementing the primary health care approach A primer*. World Health Organization, 1–503. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376777/9789240090583-eng.pdf?sequence=1>
- Pourat, N., Tieu, L., & Martinez, A. E. (2022). *Measuring Behavioral Health Integration in Primary Care*. *Population Health Management*, 25(6), 721–728. <https://doi.org/10.1089/pop.2022.0160>
- Sugiyono. (2020). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan Kombinasi (Mixed Methods)* (11th ed.). Alfabeta.
- Topp, S. M., Abimbola, S., Joshi, R., & Negin, J. (2018). *How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services—a systematic review*. *Health Policy and Planning*, 33(2), 298–312. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx169>
- Veenema, T. G., Toner, E., Waldhorn, R. E., Firestone, S. S., Kobokovich, A., Potter, C., Nagar, A., & Martin, E. (2023, May 12). *A Policy Analysis for the Integration of Primary Care, Public Health, and Community-Based Organizations in Public Health Emergencies: Interim Report*. The Johns Hopkins University. <https://centerforhealthsecurity.org/sites/default/files/2023-12/cmwf-interim-report-may-12-final.pdf>