Journal of Aafiyah Health Research (JAHR) 2025. Vol. 6, No. 2. Page 345-358
https://doi.org/10.52103/jahr.v6i2.2140
P-ISSN: 2722-4929, E-ISSN: 2722-4945

JOURNAL OF AAFIYAH HEALTH RESEARCH (JAHR)

Publisher: *Postgraduate Program, Universitas Muslim Indonesia*
Journal Homepage:
http://pascaumi.ac.id/index.php/jahr/index

Original Article

Analisis Implementasi Kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Prime di Puskesmas Lanrisang Kabupaten Pinrang

Rahmawati, *Yusriani, Arni Rizqiani Rusydi

Program Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Muslim Indonesia, Makassar, Indonesia

Article History
Received: 12 May 2025
Revised: 27 May 2025
Accepted: 08 June 2025

Keywords: Integrasi Pelayanan Primer; Klaster; Digitalisasi; Kunjungan Rumah; Kebijakan Kesehatan

Corresponding Author:
E-mail:
yusriani.yusriani@umi.ac.id
Address: Jalan. Urip Sumeharjo, No. 5, 90231, Makassar, South Sulawesi, Indonesia

ABSTRAK

Latar Belakang: Pelaksanaan transformasi layanan primer melalui kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) merupakan upaya strategis Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan cakupan layanan berbasis siklus hidup secara komprehensif dan berkesinambungan hingga ke tingkat desa dan dusun.
Tujuan: Untuk menganalisis implementasi kebijakan ILP di Puskesmas Lanrisang, Kabupaten Pinrang, sebagai puskesmas lokus perluasan ILP tahun 2024.
Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Data diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi lapangan, dan telaah dokumen. Analisis dilakukan berdasarkan tiga komponen implementasi: input, proses, dan output, dengan mengacu pada Petunjuk Teknis PMK No. 2015 Tahun 2023 tentang Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.
Hasil: Pelaksanaan ILP di Puskesmas Lanrisang belum sepenuhnya berjalan optimal. Pada aspek input, ketersediaan sarana prasarana, pendanaan serta infrastruktur sebagian besar sudah memadai, namun distribusi SDM terutama dokter belum merata pada seluruh klaster. Dari aspek proses, pelaksanaan pelayanan berbasis klaster telah dilakukan sesuai SOP, namun pada Klaster 3 ditemukan ketidaksesuaian dalam sasaran layanan. Pendekatan jejaring di Pustu dan Posyandu telah berjalan baik sesuai juknis, tetapi kunjungan rumah masih dilaksanakan oleh tim dari inovasi puskesmas, bukan oleh kader bersama petugas pustu sebagaimana diatur dalam KMK NO. HK.01.07/MENKES/2015/2023. Sementara itu, penguatan digitalisasi telah berjalan baik di tingkat puskesmas pada proses pelayanan namun belum sepenuhnya berjalan optimal pada pencatatan dan pelaporan secara digitalisasi di Pustu sehingga masih menggunakan pencatatan manual. Dari sisi output, ketersediaan layanan cukup lengkap, namun pemanfaatannya belum optimal, tercermin dari penurunan kunjungan dalam beberapa bulan terakhir.
Kesimpulan: Implementasi ILP di Puskesmas Lanrisang menunjukkan kemajuan, namun belum sepenuhnya sesuai dengan juknis. Diperlukan penguatan pemahaman tim pelaksana, pemerataan tenaga kesehatan, serta percepatan digitalisasi di seluruh jejaring pelayanan agar integrasi pelayanan primer dapat berjalan efektif dan berkelanjutan.

ABSTRACT

Background: The implementation of primary care transformation through the Primary Health Care Integration (ILP) policy is a strategic effort of the Ministry of Health in increasing the coverage of life cycle-based services comprehensively and continuously to the village and hamlet levels.
Objective: To the implementation of ILP policy in Puskesmas Lanrisang, Pinrang Regency, as the locus of ILP expansion in 2024.
Method: This research used a qualitative approach with a case study design. Data were obtained through in-depth interviews, field observations, and document review. Analysis was conducted based on three components of implementation: inputs, processes, and outputs, with reference to the Technical Guidelines of PMK No. 2015 Year 2023 on Primary Health Care Integration.
Results: The implementation of ILP at Lanrisang Health Center has not fully run optimally. In the input aspect, the availability of infrastructure, funding and infrastructure is mostly adequate, but the distribution of human resources, especially doctors, is not evenly distributed throughout the cluster. From the process aspect, the implementation of cluster-based services has been carried out according to the SOP, but in Cluster 3 there are discrepancies in service targets. The network approach in Pustu and Posyandu has worked well according to the technical guidelines, but home visits are still carried out by the puskesmas innovation team, not by cadres together with pustu officers as stipulated in KMK NO. HK.01.07/MENKES/2015/2023. Meanwhile, the strengthening of digitalization has been running well at the puskesmas level in the service process, but it has not been fully optimized in the recording and reporting of digitalization at Pustu so that they still use manual recording. In terms of output, the availability of services is quite complete, but utilization is not optimal, reflected in the decline in visits in recent months.
Conclusion: The implementation of ILP at Lanrisang Health Center shows progress, but not yet fully in accordance with the technical guidelines. Strengthening the understanding of the implementation team, equitable distribution of health workers, and accelerating digitization in all service networks are needed so that primary care integration can run effectively and sustainably.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

PENDAHULUAN

Pelayanan Kesehatan Primer atau Primary Health Care (PHC) merupakan pendekatan yang mencakup seluruh masyarakat yang bertujuan untuk memastikan tingkat kesehatan dan kesejahteraan sedini mungkin dengan berfokus pada kebutuhan masyarakat (sebagai individu, keluarga, dan masyarakat), mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit hingga pengobatan, rehabilitasi dan perawatan paliatif, dan sedekat mungkin dengan lingkungan masyarakat sehari-hari (WHO and the UNICEF 2018). Di Asia Tenggara, Thailand telah konsisten menerapkan PHC selama empat dekade melalui jejaring pusat kesehatan dan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan esensial, upaya promotif dan preventif serta melibatkan sukarelawan kesehatan di desa (Putri, 2023).

Di Indonesia, penguatan pelayanan kesehatan primer untuk mencapai UHC juga menghadapi tantangan tersendiri. Pasalnya, capaian standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan tahun 2022 masih rendah dan tidak ada yang mencapai target 100%. Terjadi perubahan pola penyakit di mana penyakit kronis yang sebagian besar dapat dicegah menjadi penyebab utama kematian dan beban fiskal, termasuk penyakit kardiovaskuler, kanker, stroke, dan gagal ginjal. Selain itu, beban kesehatan di Indonesia masih cukup tinggi dengan sebagian besar kasus kematian yang terjadi disebabkan oleh penyakit atau kondisi yang dapat dicegah (Kementerian Kesehatan, 2023).

Berdasarkan Institut Evaluasi Metrik Kesehatan (2019) Penyebab Kematian Utama per Kelompok Usia menunjukkan mulai dari bayi, anak-anak, remaja, usia produktif, hingga lansia. Berbagai permasalahan ini mengindikasikan bahwa pelayanan kesehatan primer belum sepenuhnya optimal dalam menyelaraskan pelayanan dengan berbagai kebutuhan kesehatan pada setiap siklus hidup. Di Indonesia, definisi yang paling mendekati dengan konsep PHC adalah Puskesmas. Tata kelola pelayanan kesehatan primer di Puskesmas diselenggarakan secara terintegrasi melalui sistem klaster. klaster yang menyelenggarakan pelayanan manajemen, klaster yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan ibu dan anak, klaster yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dewasa dan lanjut usia, klaster yang menyelenggarakan pelayanan penanggulangan penyakit menular dan kesehatan lingkungan; dan klaster yang menyelenggarakan dukungan pelayanan lintas klaster. Pelaksanaan pelayanan pada klaster dilaksanakan secara inklusif agar dapat diakses oleh semua kelompok secara mandiri, termasuk kelompok disabilitas dan lanjut usia. (PMK no 19 tahun 2024).

Di Indonesia, penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Puskesmas yang saat ini berjumlah 10.374 Puskesmas dengan 27.768 Puskesmas Pembantu (Pusdatin, 2022) bersama fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Keberadaan berbagai UKBM sebagai jejaring Puskesmas, seperti Poskesdes (42.051) dan Posyandu (301.068, Komdat Kesmas 2022), Posyandu Lansia (109.415, Komdat Kesmas 2022), Posyandu Remaja (18.300, Komdat Kesmas 2022), Posbindu (79.099, SIPTM 2022) menunjukkan belum terintegrasinya pemberdayaan masyarakat di tingkat desa/kelurahan. Di sisi lain, masih terdapat 18.193 desa/kelurahan yang tidak memiliki fasilitas kesehatan dalam bentuk Pustu/Poskesdes/ Posyandu (laporan daerah per tanggal 20 Desember 2022) untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Fokus utama dalam transformasi atau integrasi layanan primer (TLP/ILP) yaitu: 1) Pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan siklus hidup dengan penguatan promosi dan pencegahan agar penduduk Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan primer berkualitas; 2) Mendekatkan layanan kesehatan melalui jejaring hingga tingkat desa dan dusun dengan target tersedianya sekitar 300 ribu unit penyedia pelayanan kesehatan primer dengan fasilitas dan SDM terstandarisasi; 3) Memperkuat PWS melalui dashboard situasi kesehatan per desa agar 100% wilayah dan kondisi kesehatan penduduk termonitor secara berkala (Kementerian Kesehatan 2022).

Melalui integrasi pelayanan kesehatan di atas, diharapkan Puskesmas memiliki sistem pencatatan dan pelaporan satu pintu yaitu melalui PWS. Disamping itu, dalam pola integrasi pelayanan kesehatan, kegiatan dalam dan luar gedung Puskesmas harus berjalan berkesinambungan. Klaster pelayanan dalam Puskesmas melakukan input data penyakit yang ditangani pada dashboard PWS yang selanjutnya dilakukan analisis terhadap beban penyakit (morbiditas) dan capaian pelayanan/program. Jika ditemukan perubahan atau gap maka akan dilakukan notifikasi kepada Posyandu di tingkat desa untuk selanjutnya diberikan tindak lanjut intervensi.

Pada tahun 2022, telah dilakukan uji coba ILP pada 9 lokus terpilih, yaitu di KabupatenOgan Ilir (Sumatera Selatan), Kabupaten Garut (Jawa Barat), Kota Surabaya (Jawa Timur), Kabupaten Sumbawa Barat (NTB), Kabupaten Timor Tengah Selatan (NTT), Kabupaten Banjar (Kalimantan Selatan), Kabupaten Maros (Sulawesi Selatan), Kota Tual (Maluku), dan Kabupaten Keerom (Papua). Hasilnya, terdapat peningkatan

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

kunjungan masyarakat ke puskesmas, pustu, dan posyandu di setiap lokus. Selain itu, kunjungan rumah oleh kader telah dilakukan ke lebih dari 90% sasaran pada 7 dari 9 lokus uji coba. Kunjungan kader ini berhasil mengidentifikasi adanya missing sevice, non compliance, dan danger sign yang ada di setiap rumah (Kementerian Kesehatan, 2023). Hal ini mengindikasikan bahwa upaya promotif dan preventif yang diperkuat melalui skema baru ILP berhasil meningkatkan kesadaran individu, keluarga, dan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Analisis kebijakan ILP yang dilakukan oleh Putri (2023) pada lokus uji coba ILP menemukan bahwa terdapat peningkatan durasi pelayanan skrining di seluruh lokasi, serta tersedianya akses pelayanan kesehatan di tingkat desa melalui pemenuhan sumber daya termasuk bidan, perawat, dan kader. Dari hasil uji coba, daerah dinilai siap untuk mereplikasi kebijakan tersebut, tetapi membutuhkan arahan regulasi yang lebih jelas.

Pada tahun 2023 pemerintah tengah melakukan perluasan (scale up) Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) melalui penyusunan regulasi, pemenuhan infrastruktur, sarana prasarana, dan sumber daya manusia, serta melakukan pendampingan juga monitoring dan evaluasi pelaksanaan ILP. Harapannya, kebijakan ini dapat diimplementasikan secara komprehensif dan berkelanjutan di setiap daerah untuk mendukung transformasi layanan kesehatan primer. Untuk mencapai target tersebut, diperlukan penguatan pada setiap level organisasi kesehatan. Mulai dari penyusunan kebijakan dan pengalokasian sumber daya di pemerintah pusat dan daerah, hingga pelaksanaannya di unit pelayanan kesehatan puskesmas, pustu, posyandu, dan kader kesehatan.

Perluasan Pelaksanaan ILP juga dilaksanakan di Kabupaten Pinrang dengan Jumlah Fasilitas Pelayanan Primer sebanyak 18 Puskesmas, terdiri dari 1 Puskesmas kawasan perkotaan dan 17 Puskesmas kawasan pedesaan yang tersebar di 12 kecamatan, 69 Desa dan 40 Kelurahan. Jumlah posyandu yang aktif sebanyak 381 Posyandu, Puskesmas Pembantu (Pustu) sebanyak 48 dan poskesdes 74 serta jumlah kader sebanyak 1914 orang, serta kader dengan siklus hidup sebanyak 160 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang, 2024). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang, yang sedang melakukan perluasan ILP pada 18 Puskesmas di wilayahnya. Pada awal tahun 2024 pelaksanaan ILP difokuskan pada Puskesmas Lanrisang yang menjadi pilot project ILP di Kabupaten Pinrang. Penetapan lokus ini didasarkan pada penilaian akreditasi paripurna yang di capai Puskesmas Lanrisang, adanya keberhasilan inovasi yang dapat mendukung pelaksanaan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di puskesmas Lanrisang dan berdasarkan hasil mapping USAID dan Kementrian Kesehatan.

Kemampuan setiap daerah untuk mengimplementasikan suatu kebijakan bergantung pada sejumlah faktor, termasuk infrastruktur yang tersedia, SDM yang memadai, dukungan finansial, serta tingkat keterlibatan dan kesiapan masyarakat setempat. Kondisi ini menimbulkan adanya kebutuhan untuk menganalisis penerapan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di Puskesmas. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk menganalisis bagaimana Implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Puskesmas Lanrisang Kabupaten Pinrang sebagai bahan evaluasi sehingga bisa memberikan pelayanan terbaik dan meningkatkan kinerja fasilitas kesehatan pelayanan Kesehatan Primer.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Lanrisang dan 1 unit posyandu dan pustu di wilayah kerja Puskesmas dan waktu pelaksanaan pada bulan April - Mei 2025. Penelitian ini menggunakan metode purposive sampling untuk memilih informan sebagai sumber data primer. Instrumen penelitian yang digunakan berupa pedoman wawancara, alat tulis, Alat rekam, dan data sekunder. Data primer didapatkan melalui wawancara mendalam terhadap informan. Data sekunder diperoleh melalui kajian kepustakaan dan telaah dokumen yang berkaitan dengan topik penelitian, seperti Data Dinas Kesehatan, Profil Puskesmas, regulasi atau peraturan perundang-undangan, petunjuk teknis, profil kesehatan wilayah setempat, dan literatur pendukung lainnya yang menjadi referensi. Analisis data dilakukan berdasarkan tiga komponen implementasi: input, proses, dan output, dengan mengacu pada Petunjuk Teknis PMK No. 2015 Tahun 2023 tentang Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

HASIL

Komponen Input

Sumber Daya Manusia

Pada aspek ini, penilaian Sumber Daya Manusia dari segi jumlah dan kecukupan, strategi pembagian tugas dan tanggung jawab, serta tingkat kompetensi dan pemahaman SDM, khususnya mengenai penyesuaian terhadap ILP. Pada pelayanan di dalam gedung, puskesmas Lanrisang telah memenuhi sembilan jenis tenaga kesehatan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 tahun 2024 tentang Puskesmas, yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medis, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian. Berdasarkan wawancara dengan beberapa Informan tentang Sumber Daya Manusia dalam pelaksanaan ILP di Puskesmas Lanrisang sebagai berikut:

> *"Terkait jumlah SDM di Puskesmas untuk pelaksanaan ILP di Puskesmas Lanrisang menurut saya sudah bisa untuk melaksanakan ILP meskipun ada beberapa yang masih kurang seperti tenaga dokter karena tenaga dokter ada yang pindah dan belum ada pengganti ." (Hj. N, 48 tahun, Informan pendukung)"*

Hal serupa di sampaikan oleh informan biasa sebagai berikut:

> *"seringki kewalahan karena sejak diterapkan ILP kan banyak teman perawat dan Bidan yang di tempatkan Pustu. Dokter juga kewalahan karena harus pindah-pindah klaster, jadi kami kekurangan tenaga untuk pelayanan di Puskesmas" (PH 32 tahun, Informan biasa")*

Terkait jumlah dan kecukupan SDM di Pustu dan posyandu, semua informan berpendapat bahwa ketersediaan kader saat ini telah mencukupi kebutuhan di posyandu. Kader juga dinilai kooperatif dan memahami tanggung jawabnya masing-masing, serta memiliki inisiatif untuk saling membantu satu sama lain. Selain itu, setiap posyandu dan pelaksanaan kunjungan rumah setidaknya memiliki satu kader yang memahami penggunaan teknologi. Untuk saat ini, tidak ada tantangan dari aspek SDM di posyandu dalam penerapan ILP, seperti dalam kutipan berikut:

> *" kami di Pustu Ada 2 petugas 1 perawat dan 1 bidan untuk pelayanan Pustu dan Posyandu dan Kader sebanyak 5 orang tiap dusunnya yang cukup aktif juga, dan mereka sudah mengikuti pelatihan yang sudah di adakan oleh kerjsama Puskesmas dan dan Pemerintah Desa". (S, 35 tahun, Informan biasa)".*

Hasil telaah dokumen terkait jumlah dan jenis SDMK di Puskesmas, diketahui bahwa secara umum ketersediaan tenaga kesehatan telah mendekati standar yang ditetapkan dalam pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP). Dari 15 jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan, sebagian besar telah tersedia sesuai dengan kebutuhan, meskipun masih terdapat beberapa jenis tenaga kurang dari kebutuhan. Dari hasil telaah dokumen pada profil Puskesmas Lanrisang tercatat bahwa kebutuhan, seperti bidan yang berjumlah 10 orang dari standar 6–8 orang dan tenaga perawat vokasi/Ners telah tersedia sesuai kebutuhan, hal ini berbeda dengan pernyataan informan pada wawancara yang menyaatakan bahwa terjadi kekurangan tenaga perawat dan bidan, hal ini terjadi karena jumlah Perawat dan Bidan yang tercatat di profiul Puskesmas sudah termasuk Perawat dan Bidan yangt di tempatkan di Pustu.

Namun demikian, terdapat pula kesenjangan tenaga kesehatan pada beberapa jenis SDMK yang berpotensi menghambat optimalisasi layanan. Kesenjangan paling signifikan terlihat pada tenaga dokter. Saat ini hanya tersedia 2 orang dokter umum dari kebutuhan 3–4 orang, dan tidak terdapat dokter dengan kompetensi khusus dalam kedokteran keluarga layanan primer (kekurangan satu orang). Hal ini menunjukkan adanya kekurangan tenaga dokter baik secara jumlah maupun kompetensi yang dibutuhkan dalam implementasi ILP. Hal ini di dukung dari hasil observasi hal ini di peneliti, pada pelayanan di klaster 2 dan 3, dapat terlihat dokter melayani pasien pada dua klaster pelayanan sekaligus, yakni Klaster 2 (Ibu dan Anak) dan Klaster 3 (Usia dewasa dan Lansia), berdasarkan observasi pada tenaga perawat dan bidan klaster 2 dan 3 masih mampu mencover pelayanan tetapi hal yang berbeda pada lintas klaster dimana perawat dan Bidan khusunya di Rawat inap dan PONED telihat sibuk melakukan pelayanan.

Pendanaan

Pada aspek ini melihat sumber pendanaan yang digunakan dalam penerapan ILP di Puskesmas Lanrisang baik dalam gedung maupun di luar gedung puskesmas. Di tingkat dinas kesehatan, sumber pembiayaan untuk mendukung penerapan ILP berasal dari APBD dan DAU Pusat.. Seperti kutipan wawancara dengan informan berikut:

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

"Dukungan Anggaran dari Dinas Kesehatan berasal dari APBD dan DAU Pusat untuk kegiatan orientasi penyelenggaraan ILP, pembinaan ILP di Puskesmas dan Pemantauan Pelaporan SIP (Hj.N, 48 Tahun, Informan Pendukung)

Pernyataan Informan diatas sesuai dengan pernyataan informan kunci berikut :

"Saya tidak tau kalau masalah anggaran dari dinas kesehatan khusus ILP ini, cuman banyak kegiatan juga dari dinas kesehatan seperti kegiatan launching ILP sama sosialisasi tentang ILP mungkin anggarannya kesitu, kalau dari Puskesmas ya jelas dari BOK sama BLUD". (Drg BY, 48 Tahun, Informan Kunci)

Berdasarkan hasil telaah dokumen pada Daftar Pengguna Anggaran Satuan Kerja Pemerintah Daerah (DPA – SKPD) Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang, rincian menu kegiatan yang didanai melalui Dana Alokasi Umum (DAU), terlihat bahwa anggaran telah dialokasikan secara spesifik untuk mendukung berbagai aspek pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) di tingkat Puskesmas. Total anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan-kegiatan strategis ini tersebar di beberapa bidang, yaitu Yankes Primer, Yankes Rujukan, Promosi Kesehatan (Promkes), dan Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (P2P). Secara keseluruhan, alokasi anggaran menunjukkan adanya komitmen untuk mendukung implementasi ILP dari berbagai aspek, mulai dari peningkatan kapasitas SDM, koordinasi lintas sektor, digitalisasi sistem informasi, hingga pemberdayaan masyaraka

Sarana dan prasarana

Aspek sarana dan prasarana meniliai ketersediaan jenis ruangan, alat kesehatan, perbekalan kesehatan, fasilitas pendukung yang di gunakan Puskesmas, Pustu dan Posyandu dalam penerapan ILP di Puskesmas Lanrisang. Kelengkapan sarana dan prasara di Puskesmas Lanrisang di jelaskan oleh beberapa informan berikut :

" Pemenuhan Alkes di Puskesmas untuk alat yang nilai besarnya seperti USG, alat Laboratorium akan diadakan oleh dinas kesehatan tapi alkes yang nilainya biasanya di bawah 5 juta kadang masih menggunakan dana BLUD Puskesmas, jadi saya rasa dari segi sarana dan prasarana cukup memadai untuk pelaksanaan ILP (Hj. N, 48 thn informan pendukung)"

Ketesediaan obat-obatan dan BMHP di Puskesmas Lanrisang diungkapkan oleh informan dalam wawancara berikut: *"Obat-obatan yang masuk dalam formularium nasional dan didukung oleh BPJS sudah mencukupi. Namun, ada beberapa jenis obat tambahan atau bahan penunjang yang belum tersedia, jadi kami biasanya memanfaatkan dana BLUD Secara keseluruhan, kami merasa cukup siap. Hanya saja memang perlu ada perencanaan pengadaan yang lebih fleksibel, terutama untuk kegiatan skrining massal sepeti pada program CKG atau kunjungan rumah "Buser Desa" (MR, 39 tahun,Informan biasa)*

Berdasarkan hasil observasi peneliti pada klaster 3 ruang pemeriksaan dan ruang skrining masih dalam satu ruangan yang sama yang seharusnya terpisah berdasarkan standar pada PMK no 19 tahun 2024, dari observasi di ruangan klaster 2, 3 dan lintas klaster alkes yang digunakan untuk pelayanan cukup memadai dan masih telihat baru.

Infrastruktur

Pada aspek infrastruktur menilai ketersediaan dan kondisi bangunan Puskesmas, Pustu dan Posyandu. Informan menjelaskan bahwa kesiapan puskesmas dari segi infrastruktur sudah cukup baik. seperti dijelaskan pada kutipan wawancara berikut:

"Puskesmas Lanrisang baru saja selesai direhab pada tahun 2024, jadi secara fisik bangunannya masih sangat baru, banyak ruangan yang tersedia Karena itu, saat program ILP dijalankan, Puskesmas Lanrisang tidak mengalami kendala berarti untuk menyesuaikan dengan standar ILP. Misalnya pemisahan ruang pelayanan untuk KIA, berubah menjadi Klaster 2, ruangan skrining tanpa perlu renovasi tambahan ILP (Hj. N, 48 tahun, Informan Pendukung)"

Infrastruktur tidak hanya di lihat gedung Puskesmas Induk saja tetapi juga Pustu dan Posyandu seabgai jaringan Puskesmas. Bangunan Pustu/Poskesdes yang tesedia saat ini berjumlah 7 yang tersebar di 7 Kelurahan/desa. Menurut informan ada beberapa bangunan yang mengalami kerusakan. Seperti kutipan dalam wawancara mendalam dengan informan sebagai berikut:

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

"Untuk infrastruktur/bangunan pelayanan di Pustu dan Posyandu, yang kami pantau dari Aplikasi ASPAK dan tinjauan langsung ke lokasi ada beberapa pustu dan poskesdes yang sudah rusak dan sudah kami usulkan untuk rehab fasyankes 2026. (Hj. N, 48 tahun, Informan pendukung)".

Berdasarkan hasil telaah dokumen pada catatan aplikasi ASPAK Infrastruktur pelayanan kesehatan di tingkat kelurahan/desa di wilayah kerja Puskesmas Lanrisang masih belum memadai, terutama terkait kondisi fisik bangunan dan ketersediaan posyandu permanen. Dari tujuh wilayah kelurahan/desa, enam di antaranya memiliki Poskesdes atau Pustu yang berada dalam kondisi rusak, dan hanya 1 Pustu dengan kondisi baik. Sedangkan Untuk fasilitas posyandu, masih ada 6 unit posyandu yang belum memiliki bangunan pemanen.

Secara umum, infrastruktur di Puskesmas induk Lanrisang dinilai cukup memadai untuk mendukung pelaksanaan ILP. Rehabilitasi bangunan yang dilakukan pada tahun 2024 menghasilkan gedung baru dengan banyak ruangan yang dapat disesuaikan untuk mendukung pembagian layanan berdasarkan klaster. Namun, kesiapan infrastruktur belum merata hingga ke tingkat jaringan layanan, yaitu Pustu/Poskesdes dan Posyandu. Demikian pula, dari 21 posyandu yang tersebar, masih terdapat enam yang belum memiliki bangunan permanen. Akibatnya, kegiatan pelayanan ILP, terutama untuk kelompok usia dewasa dan lansia, sering kali harus dilakukan di bawah rumah warga yang berada di dekat lokasi posyandu.

Tata Kelola dan Kebijakan

Analisis pada aspek tata kelola dan kebijakan berfokus pada bentuk dukungan dan kerja sama secara vertikal dan horizontal di setiap tingkatan, serta regulasi/kebijakan yang mendasari penerapan ILP. Banyaknya regulasi yang yang mendukung pelaksananaan ILP mulai dari tingkat pusat hingga tingkat daerah seperti dalam wawancara berikut:

"Banyak regulasi mengenai ILP mulai dari tingkat pusat dengan mengeluarkan juknis tentang ILP, PMK tentang puskesmas terbaru yang menegaskan pelayanan berbentuk klaster, di daerah SK Bupati, Dinkes, Puskesmas dan Pemerintah Desa" (Hj. N, 48 tahun, Informan pendukung)

Dari hasil identifikasi dokumen Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) di wilayah kerja Puskesmas Lanrisang didukung oleh berbagai kebijakan yang dikeluarkan mulai dari tingkat pusat, kabupaten/kota, hingga level puskesmas dan desa/kelurahan. Kebijakan tersebut menjadi kerangka hukum dan pedoman pelaksanaan yang mengatur peran dan fungsi masing-masing institusi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan primer yang terintegrasi. Pelaksanaan ILP di Puskesmas Lanrisang menunjukkan bahwa aspek tata kelola dan kebijakan telah memiliki landasan yang kuat, baik secara vertikal maupun horizontal. Dari hasil analisis, terlihat bahwa dukungan kebijakan mulai dari tingkat pusat hingga desa, menciptakan struktur regulatif yang jelas dan berjenjang. Lebih lanjut, dukungan kebijakan juga menjangkau hingga tingkat kecamatan dan desa, ditandai dengan adanya SK Camat dan SK Kepala Desa yang menetapkan tim kerja ILP di Pustu dan Posyandu, serta penanggung jawab penyelenggaraan ILP di tingkat lokal. Penempatan tenaga kesehatan dan kader juga telah diatur secara formal melalui SK puskesmas dan desa.

Teknologi Digital

Penggunaaan teknologi digital dalam penerapan ILP di Puskesmas Lanrisang di nilai dari aplikasi apa saja yang di gunakan dalam pelaksanaan kegiatan ILP di Puskesmas Lanrisang Baik dalam gedung puskesmas maupun pelayanan diluar gedung seperti pustu, posyandu dan Kunjungan rumah. Kondisi penggunaan aplikasi di sampaikan oleh informan biasa dalam wawancara berikut :

"Aplikasi khusus ILP dari pusat untuk pencatatan dan pelaporan dalam gedung Puskesmas dan Pustu namanya Aplikasi Satu Data Kesehatan (ASDK) tapi dari bulan januari aplikasinya maintenance jadi saya printkan saja format yang ada di dalam apilkasi baru mereka isii secara manual, ini saya kasi lihatki format yang digunakan di masing-masing kalster" (NH 50 tahun, Informan Biasa)

Sebagai kesimpulan untuk Penerapan teknologi digital dalam mendukung pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas Lanrisang menunjukkan bahwa Puskesmas Lanrisang telah terpapar oleh sejumlah aplikasi yang digunakan untuk pencatatan dan pelaporan, antara lain SIMPUS/RME, ASDK (Aplikasi Satu Data Kesehatan), ASIK, ASPAK, KOBOTOOLBOX, dan CKG. Pelayanan di dalam gedung puskesmas didukung oleh penggunaan RME, yang sudah sesuai dengan amanat Permenkes No. 24 Tahun 2022 mengenai kewajiban pemanfaatan rekam medis elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, aplikasi nasional seperti ASIK

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

dan ASDK juga digunakan untuk pencatatan layanan dan pelaporan berbasis klaster. ASPAK digunakan secara khusus untuk pendataan alat kesehatan dan sarana prasarana.

Komponen Proses

Pelayanan berbasis klaster

Pada aspek ini menilai bagaimana proses pelayanan Integrasi Kesehatan Primer (ILP) di berbagai Klaster di Puskesmas Lanrisang:

1) Klaster Manajemen

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, dengan informan, kegiatan yang di laksanakan pada klaster 1 Manajemen di Puskesmas Lanrisang sebagai berikut : *" Di klaster 1 ini namanya saja klater manajemen jadi segala manajemen puskesmas kami yang koordinir disini dari manajemen puskesmas untuk perencanaan, pembuatan Renstra, pelaksanaan Lokmin, manajemen jejaring, manajemen informasi semua disini kecuali manajemen obat dan BMHP di kelola di lintas Klaster dibagian Kefarmasian" (Hj. N, 50 tahun, Informan pendukung)"*

2) Klaster Ibu dan Anak

Pada klaster ini, lingkup pelayanan diberikan pada kelompok ibu hamil, bersalin, dan nifas; bayi, balita, dan anak pra sekolah; anak usia sekolah dan remaja. Pelayanan di klaster 2 dijelaskan oleh Informan dalam wawancara berikut: *"Klaster 2 ini kan sakupannya luas, pelayanan setiap usia dilkukan di ruangan berbeda, ibu hamil tersendiri, ada ruangan imunisasi dan MTBS, Remaja diruangan klaster 3, ruangan imunisasi untuk bayi baru lahir dan balita dan Nifas berada di gedung PONED, jadi nanti di klaster ini baru kita arahkan keruangan mana pasiennya. (RH, 56 tahun PJ Klaster 2)*

3) Klaster Usia Dewasa dan Lansia

Klaster ini memiliki 2 kelompok sasaran intervensi yaitu usia dewasa (18–59 tahun) dan lanjut usia (≥ 60 tahun ke atas). Pelaksanaan Klaster 3 dillaksanan sesuai dengan SOP yang telah dibuat seperti yang diungkapkan petugas klaster 3 berikut: *"Proses pelayanan sesuai SOP, Setelah indentifikasi Pasien kemudian anamnese, tatalaksana pengobatan, skrining kemudian ke lintas sektor sesuai kebutuhan (PH, 32 Tahun, Informan Biasa)"*

4) Klaster Penanggulangan Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan.

Pada klaster penanggulangan penyakit menular, yang meliputi kegiatan-kegiatan pencegahan, kewaspadaan dini, dan respon, serta pengawasan kualitas lingkungan. Di puskesmas lanrisang pelayanan yang tersedia pada klaster 4 ini adalah Pelayanan Survailance dan Kesling yang meliputi Kegiatan PE (penyelidikan epidemiologi dan pemeriksaan TB). Dari hasil wawancara dengan penanggungjawab klaster 4 tentang pelaksanaan kegiatan di klaster 4 sebagai berikut: *"Di klaster 4 untuk penyakit menular dan kesehatan lingkungan, jadi pasien dengan penyakit menular yang ditemukan di Posyandu, pustu dan pemeriksaan di Klaster 2 dan 3 puskesmas akan di teruskan di klaster 4 untuk kami periksa dan lakukan tatacara pengobatan sesuai SOP " (AA, 50 tahun, Informan Biasa)*

5) Lintas Klaster

Pelayanan pada klaster ini meliputi pelayanan laboratorium, farmasi, kegawatdaruratan medis, dan rawat inap. Penanggung jawab lintas klaster menjelaskan pelayan di lintas klaster berikut. *"Di lintas klaster pelayanan rawat inap, pelayanan gigi dan mulut, Laboratorium dan Farmasi untuk pelayanannya sama saja dengan pelayanan sebelum sebelum ILP. (MR, 39 tahun Infotman biasa)*

Secara umum pelayanan berbasis klaster di Puskesmas Lanrisang telah berjalan cukup baik meskipun belum sepenuhnya sesuai dengan Petunjuk Teknis KMK No. 2105 Tahun 2023. Pada Klaster 1 Manajemen, hampir seluruh aspek manajerial telah diterapkan dengan baik, kecuali manajemen farmasi dan BMHP yang masih ditangani oleh lintas klaster. Klaster 2 Ibu dan Anak menunjukkan pelaksanaan alur pelayanan yang sesuai, namun distribusi ruangan pelayanan masih tersebar dan remaja justru dilayani di klaster lain karena keterbatasan dokter. Di Klaster 3 Dewasa dan Lansia, terjadi penyimpangan sasaran pelayanan karena anak dan remaja turut dilayani akibat keterbatasan tenaga medis. Klaster 4 Penyakit Menular dan Kesling telah menjalankan layanan surveilans dan respons penyakit menular sesuai SOP. Sementara itu, Layanan Lintas Klaster seperti laboratorium, farmasi, dan rawat inap masih berjalan seperti pola sebelum ILP diterapkan. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun struktur

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

klaster sudah diterapkan, integrasi penuh sesuai juknis masih memerlukan penyesuaian, khususnya dalam penempatan sasaran layanan.

Penguatan digitalisasi

Aspek ini menilai bagaimana puskesmas Lanrisang dan jejaringnya menggunakan digitalisasi dalam mendukung pelaksanaan ILP. Digitalisasi dalam pelayanan di dalam gedung puskesmas di ungkapkan oleh informan dalam wawancara berikut:

> *"Pada pelayanan di puskesamas Saat ini kami sudah menerapkan digitalisasi menggunakan RME, mulai dari pendaftaran, pemeriksaan dokter pemberian terapi dan pemriksaan laboratorium, meskipun begitu pencatatan rekam medis tetap menggunakan RM konvensional tapi nantinya semua akan terintegrasi ke SIMPUS. (dgr. BY, 48 tahun Informan Kunci)*

Berdasarkan hasil observasi peneliti pada proses pengambilan data jumlah kunjungan di wilayah kerja Puskesmas Lanrisang, Pustu dan Posyandu, ditemukan adanya ketimpangan dalam penerapan digitalisasi di berbagai titik layanan. Data kunjungan dari Puskesmas telah terdokumentasi dengan baik melalui dashboard aplikasi Rekam Medis Elektronik (RME)/SIMPUS, sehingga memudahkan petugas dalam memantau, merekapitulasi, dan melaporkan kegiatan pelayanan, jumlah pelaksanaan kunjungan rumah dapat dilihat melalui dashboard aplikasi KOBOTOOLBOX. Hal ini menunjukkan bahwa penguatan digitalisasi di tingkat Puskesmas telah berjalan cukup baik dan mulai mendukung efektivitas manajemen data pelayanan.

Sedangkan kondisi tersebut belum tercermin pada pelayanan di tingkat Pustu. Dalam pengambilan data jumlah kunjungan di lokasi tersebut, petugas masih mengandalkan pencatatan manual melalui buku register. Data masih harus dikumpulkan secara fisik dan diinput ulang apabila dibutuhkan dalam pelaporan tingkat Puskesmas. Puskesmas Lanrisang telah mulai memanfaatkan digitalisasi dalam mendukung pelaksanaan ILP, terutama pada pelayanan di Puskesmas melalui penggunaan RME, SIMPUS, dan dashboard aplikasi seperti Kobotoolbox. Sistem ini telah mempermudah pencatatan, pemantauan, dan pelaporan pelayanan kesehatan. Namun, penerapan digitalisasi belum sepenuhnya optimal, karena sistem RME masih berbasis poli, bukan klaster, serta belum terintegrasi penuh dengan SATU SEHAT dan aplikasi lainnya di jejaring seperti Pustu dan Posyandu. Di tingkat Pustu, meskipun telah ada aplikasi untuk pencatatan dan pelaporan tetapi karena danya sistem eror mengakibatkan pencatatan masih dilakukan secara manual, sehingga menghambat kelancaran pelaporan dan menghambat pemantau wilayah Setempat (PWS) berbasis digital.

Komponen Output

Ketersediaan Layanan berdasarkan siklus hidup

Variabel ini melihat adanya ketersediaan paket layanan yang mampu Puskesmas Lanrisang dan jejaringya berikan pada pada mayarakat. Ketersediaan layanan tesebut di jelaskan dalam wawancara dengan kepala Puskesmas berikut :

> *"Paket layanan di setiap klaster ada skrining sesuai usia, pengobatan dan edukasi, kalau semua skrining mau di lakukan butuh waktu lama jadi di berikan skrining sesuai kondisi pasien" ((Hj. NH, 50 tahun, Informan biasa)*

Secara keselurahan ketersediaaan pelayanan di Puskesmas, Pustu dan Posyandu di ungkapakan oleh Informan Kunci Berikut :

> *" ILP kan intinya pelayanan semua usia, jadi di Puskesmas, Pustu dan Posyandu semua memberikan pelayanan semua siklus usia dalam satu tempat yang ada skrining, pemeiksaan laboratorium dan pengobatan (dgr. BY, 48 tahun Informan Kunci)*

Berdasarkan pengamatan terhadap hasil skrining kesehatan pada Klaster 2 menunjukkan hasil pelayanan yang cukup baik pada trimester 1, hasil 0 pada pemeriksaan jantung bawaan di pemeriksaan pada tabel ketersediaan menunjukkan bahwa pelayanan tersebut tetap dilaksanakan namun hasil tidak ditemukan adanya penyakit jantung bawaan, sedangkan di klater 3 Meskipun berbagai paket layanan skrining telah tersedia sesuai dengan juknis pelaksanaan ILP, namun pada pelaksanaannya belum sepenuhnya berjalan optimal hal ini terlihat dari hasil beberapa jenis skrining menunjukkan angka pelaksanaan yang rendah, terutama pada paket skrining penyakit jantung, skrining kanker paru. Penyakit ini merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

mortalitas di masyarakat, sehingga deteksi dini sangat penting untuk mencegah komplikasi dan menurunkan risiko kematian.

Pemanfaatan layanan

Berdasarkan data kunjungan masyarakat ke Puskesmas Lanrisang dari tujuh desa/kelurahan selama bulan Januari hingga April, diperoleh hasil kunjungan ke Puskesmas pada bulan ke-2 pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP), tercatat adanya peningkatan jumlah kunjungan masyarakat ke fasilitas layanan kesehatan. Kenaikan ini menunjukkan adanya respon positif masyarakat terhadap pelaksanaan ILP, yang kemungkinan besar disebabkan oleh masih tingginya antusiasme serta promosi awal kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas dan jejaringnya. Namun, pada bulan ke-3 dan ke-4, data menunjukkan adanya penurunan jumlah kunjungan ke Puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga kesehatan dan kader, penurunan ini disebabkan karena dilaksanakannya kegiatan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dan kader sebagai bagian dari pelaksanaan ILP.

Pada bulan ke 3 Tahun 2025 kunjungan rumah di laksanakan kembali oleh Tim inovasi Buser untuk pelayanan baik berupa skrining maupun pengobatan dimana dalam tim ini terdiri dari semua klaster sehingga mencakup palayanan semua usia seperti dalam wawacara dengan informan berikut : *"Awal penerapan ILP banyak yang bekunjung tapi Setelah 3 bulan pelaksanaan ILP di posyandu tenyata pasien yang datang periksa itu-itu saja akhirnya sasaran tidak tercapai jadi kami aktifkan kembali inovasi, pelayanan dengan kunjungan rumah. Pada saat Kunjungan rumah oleh Tim Buser Desa pasien mulai bekurang ke Puskesmas, Pustu dan Posyandu karena pada Buser Desa semua Tim dari Klaster turun melakukan pelayanan skrining, pengobatan dan edukasi di kunjungan rumah." (Drg.BY, 48 tahun Informan Kunci)*

Jumlah Kunjungan Di Pustu

Kegiatan kunjungan rumah yang dilaksanakan secara aktif oleh petugas kesehatan dan kader bertujuan untuk menjangkau masyarakat langsung di lingkungan tempat tinggal mereka. Sasaran dari kegiatan ini bukan hanya kelompok masyarakat yang memiliki hambatan untuk datang langsung ke fasilitas layanan, seperti lansia, ibu hamil risiko tinggi, pasien dengan keterbatasan mobilitas serta masyarakat yang memiliki kesibukan dalam pekerjaan dimana mayoritas penduduk adalah petani dan nelayan tetapi semua masyarakat di wilayah keja Puskesmas Lanrisang. Penurunan jumlah masyarakat ke pustu untuk memanfaatkan pelayanan di pustu juga di ungkapkan oleh informan biasa berikut: *"Pada saat Kunjungan rumah oleh Tim Buser Desa pasien mulai bekurang ke Pustu dan Posyandu karena pada Buser Desa semua Tim dari Klaster 2,3,4 dan lintas klaster turun melakukan pelayanan skrining, pengobatan dan edukasi" (RA, 37 tahun, Petugas Pustu).*

Jumlah Kunjungan di Posyandu

Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan jumlah kunjungan masyarakat ke posyandu pada bulan kedua dan ketiga pelaksanaan program Integrasi Layanan Primer (ILP), yakni pada bulan Februari dan Maret. Berdasarkan wawancara dengan kader posyandu dan petugas puskesmas, diketahui bahwa salah satu faktor yang memengaruhi rendahnya tingkat kunjungan adalah tidak dilaksanakannya pemberian makanan tambahan (PMT) berupa pemberian telur serta distribusi vitamin selama dua bulan tersebut. Pemberian PMT berupa telur dan vitamin terbukti menjadi daya tarik tersendiri bagi masyarakat untuk datang ke posyandu. Ketika intervensi tersebut tidak dilakukan, antusiasme masyarakat untuk hadir pun menurun. Berikut penuturan kader dalam wawancara terkait pemanfaatan layanan di Posyandu :

> *"Yang datang ke posyandu itu-itu saja bu, paling ibu-ibu yang memang sudah biasa datang. Kalau tidak ada pembagian makanan tambahan, biasanya sepi. Tapi kalau ada telur atau vitamin, baru ramai yang datang, bulan januari sampai maret pemberian PMT berupa bubur, mereka kurang suka.(SW, 40 tahun, Informan pendukung)*

Jumlah Kunjungan rumah Hingga April 2025

Berdasarkan data yang diperoleh, total jumlah penduduk di tujuh desa/kelurahan yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Lanrisang adalah 20.266 jiwa. Dari jumlah tersebut, sebanyak 6.973 kunjungan rumah telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, yang berarti cakupan rata-rata kunjungan rumah mencapai 34% dari total

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

populasi sasaran pada triwulan I. Secara keseluruhan, data ini menunjukkan bahwa implementasi kunjungan rumah sebagai bagian dari strategi ILP telah berjalan cukup baik dalam menyasar pelayanan hingga ke tingkat dusun.

PEMBAHASAN

Input

Sumber daya Manusia

Dari hasil penelitian di Puskesmas Lanrisang terdapat gap dalam jumlah SDMK, khususnya dokter untuk pelayanan klaster, dimana 1 orang dokter yang melayani Klaster 2 dan 3 akibat kekosongan dokter di klaster 2 sehingga waktu pelayanan betambah karena dokter atau petugas harus mobile dalam melakukan pelayanan. Dalam konsep ILP, tenaga dokter di rawat jalan yang dulunya hanya bertugas di ruang pemeriksaan umum berubah menjadi Klaster 2 dan 3 di Puskesmas.. tidak terpenuhinya standar SDM khususnya dokter di Puskesmas Lanrisang sesuai dengan Permenkes Nomor 19 Tahun 2024 tentang Puskesmas memuat standar 3-4 orang dokter di Puskesmas Rawat Inap pada daerah tidak terpencil (Kemenkes RI, 2024). Pada penelitian Putri A (2023) Di Puskesmas Niki-Niki yang merupakan rawat inap di kawasan sangat terpencil dan memberikan pelayanan PONED, juga hanya tersedia 1 orang dokter PNS yang juga merupakan Kepala Puskesmas yang mengakibatkan pelayanan jadi terhambat dan lama.

Di Puskesmas Lanrisang Permasalahan Kekurangan SDM di Puskesmas atau pelayanan dalam gedung puskesmas juga terjadi pada tenaga perawat dan bidan, hal ini disebabkan oleh Distribusi SDM khususnya Peawat dan Bidan yang ditempatkan di Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Poskesdes, sehingga jumlah tenaga di induk Puskesmas menjadi tidak mencukupi. Hal ini dilakukan untuk memenuhi standar SDM sesuai PMK no 2015 tahun 2023 tentang ILP yang ada di pustu yaitu setiap pustu di wilayah kerjanya menempatkan 1 perawat dan 1 bidan. Dengan penerapan ILP, cakupan dan kedalaman layanan meningkat. Kekurangan tenaga menyebabkan beban kerja berlipat ganda bagi tenaga yang ada, berisiko menurunkan mutu layanan.

Pendanaan

Hasil penelitian di puskesmas Lanrisang dan jejaringya dari segi Pendanan pada implementasi ILP bersumber dari dana APBN (DAU dan BOK), APBD, dana BLUD Puskesmas dan dukungan lintas sektor yaitu dari Pemerintah desa. Pendanaan tersebut digunakan untuk biaya sosialisasi, pelatihan untuk peningkatan kapasitas SDMK dan Kader, biaya operasional pelayanan seperti pembelian obat-obatan dan BMHP serta perbekalan kesehatan lainnya sebagaimana di sebutkan dalam juknis KMK no 2015 tahun 2023 bahwa anggaran untuk penerapan ILP bisa bersumber pada Pendapatan Puskesmas (BLUD), APBN (DAK dan BOK), APBD dan. Anggaran lain (bantuan hibah), dukungan anggaran Lintas Sektor.

Penelitian oleh Rahmaningsih (2024) yang menyatakan Kesiapan dukungan anggaran untuk penerapan ILP di Puskesmas Pamulang telah dialokasikan dengan baik sesuai kebutuhan. Namun, petunjuk teknis penggunaan DAK yang belum diturunkan menjadi hambatan bagi puskesmas karena tidak dapat memulai pelaksanaan ILP, khususnya untuk pelayanan di luar gedung, seperti kegiatan pelatihan kader, kunjungan rumah, dan pemberian makanan tambahan.

Pendanaan merupakan komponen krusial dalam menjamin keberhasilan pelaksanaan program Integrasi Layanan Primer (ILP), mengingat kompleksitas kegiatan yang harus dilaksanakan secara menyeluruh di seluruh siklus hidup dan pada berbagai titik layanan, baik di dalam gedung Puskesmas maupun melalui jejaring seperti Pustu dan Posyandu. Dalam konteks ini, ketersediaan anggaran tidak hanya diperlukan untuk membiayai operasional layanan, tetapi juga untuk mendukung kegiatan sosialisasi program, pelatihan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan kader, penyediaan logistik dan alat kesehatan, serta penguatan kegiatan promotif dan preventif di masyarakat.

Sumber Pendanaan di Puskesmas Lanrisang dan Jejaringnya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendanaan ILP di Puskesmas Lanrisang bersumber dari berbagai sumber, yaitu Dana Alokasi Umum (DAU), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas, serta dukungan dari pemerintah desa. Sumber dan bentuk pendanaan tersebut telah sejalan dengan ketentuan dalam Petunjuk Teknis (Juknis) KMK No. 2015 Tahun 2023 yang menyebutkan bahwa anggaran untuk pelaksanaan ILP dapat bersumber dari

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

pendapatan Puskesmas (BLUD), APBN (melalui Dana Alokasi Khusus [DAK] dan BOK), APBD, bantuan hibah, serta dukungan lintas sektor, termasuk dana desa. Model pendanaan yang pluralistik ini menunjukkan bahwa secara struktural, ILP dirancang untuk mendapat dukungan lintas sumber dan lintas tingkat pemerintahan.

Temuan Studi Sebelumnya: Tantangan dan Praktik Baik

Temuan ini diperkuat oleh sejumlah studi terdahulu yang menyoroti pentingnya kejelasan, kesinambungan, dan sinergi pendanaan dalam mendukung keberhasilan implementasi ILP. Rahmaningsih (2024) dalam penelitiannya di Puskesmas Pamulang mengungkap bahwa meskipun secara umum alokasi dana telah tersedia sesuai kebutuhan, belum turunnya petunjuk teknis penggunaan Dana Alokasi Khusus (DAK) menjadi penghambat dalam pelaksanaan ILP, terutama pada kegiatan yang berada di luar gedung seperti pelatihan kader, kunjungan rumah, dan pemberian makanan tambahan. Hal ini menunjukkan bahwa ketersediaan dana tanpa kepastian aturan pelaksana dapat menjadi kendala serius bagi puskesmas. Sementara itu, Rakhmawati Agustina (2025) dalam penelitiannya mengenai pelaksanaan PMT-P di Kabupaten Minahasa Utara menggarisbawahi pentingnya sinergi dana desa dengan BOK. Program PMT-P dilakukan dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat, di mana pelaksanaan kegiatan disesuaikan dengan potensi lokal. Dana desa dimanfaatkan untuk mendukung penyediaan makanan utama, sementara dana BOK digunakan untuk penyediaan kudapan. Integrasi ini terbukti meningkatkan kualitas intervensi gizi dan memperkuat penerimaan masyarakat terhadap layanan kesehatan berbasis komunitas.

Sarana dan Prasarana

Di Puskesmas Lanrisang, pengelolaan sarana dan prasarana menunjukkan adanya pembagian tanggung jawab pengadaan berdasarkan nilai dan jenis kebutuhan, yang turut memengaruhi efektivitas layanan kesehatan primer. Dari wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kab. Pinrang menyatakan bahwa alat kesehatan dengan nilai anggaran besar (seperti USG, autoklaf, atau alat laboratorium) disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang, baik melalui pengadaan langsung maupun distribusi dari program pemerintah pusat. Sementara itu, alat-alat kesehatan dengan nilai di bawah Rp 5 juta dapat dibeli secara mandiri oleh pihak Puskesmas menggunakan dana Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Skema ini memberikan fleksibilitas kepada Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan operasional harian secara lebih cepat dan efisien.

Dari hasil wawancara dengan penanggung jawab pustu di puskesmas lanrisang yang menyatakan bahwa kelengkapan sarana dan prasarana di Pustu yang di sediakan Oleh Puskemas dan Dinas Kesehatan cukup memadai selain itu alat pemeriksaan seperti alat pemeriksaan seperti alat periksa gula darah dam Hb, kolesterol dan asam urat, Pemberian makanan tambahan juga di siapkan oleh pemerintah Desa. Hal serupa Pada penlitian Rachmaningsih (2024) di Puskemas Pamulang Kota Tangerang selatan tidak ada kendala dari segi sarana prasarana alat kesehatan pada pelayanan di luar gedung puskesmas karena pengadaan alat kesehatan akan diajukan ke puskesmas atau dinas kesehatan dan tenaga kesehatan yang berkunjung ke posyandu juga akan membawa alat sendiri untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. Selain itu Posyandu juga selalu menyiapkan makanan tambahan, tablet tambah darah, dan beberapa vitamin yang tersedia sesuai jadwal posyandu.

Tata Kelola dan Kebijakan

Dukungan tata kelola tidak terlepas dari bentuk keterlibatan dan kerja sama antar organisasi secara vertikal maupun horizontal. Secara vertikal, Puskesmas Lanrisang dalam penerapan ILP di wilayahnya mendapatkan dukungan dari dinas kesehatan dalam mempersiapkan pelaksanaan ILP melalui sosialisasi, pendampingan, dan orientasi ILP, serta memfasilitasi pemenuhan sarana prasarana. Dukungan ini beriringan dengan proses pendampingan puskesmas ke posyandu melalui pelatihan dan pembinaan kader. Secara horizontal, dinas kesehatan bekerja sama dengan lintas program dan lintas sektor bersama organisasi perangkat daerah (OPD) lainnya yang terlibat di dalam tim kerja ILP tingkat kota. Sementara itu, puskesmas melakukan advokasi ke kelurahan untuk memperoleh dukungan anggaran bagi posyandu, seperti pemenuhan alat dan perbekalan kesehatan, pemberian makanan tambahan, serta membantu puskesmas dalam pengelolaan kader.

Penelitian Putri A (2023) menemukan bahwa Tingkat Daerah Di Kabupaten Sumbawa Barat juga telah menetapkan kebijakan di tingkatnya masing-masing untuk mendukung pelaksanaan ILP dan proses replikasinya di desa lain di wilayahnya. Keberhasilan perencanaan ILP di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya sangat bergantung pada kolaborasi antar sektor. Kerjasama antara sektor kesehatan dengansektor lain seperti pendidikan

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

sosial dan ekonomiakan memperkuat upaya integrasi sektor lain seperti pendidikan, sosial, dan ekonomi akan memperkuat upaya integrasilayanan primer. Dalam konteks ini, pendekatan multisektoral menjadi kunci untukmenciptakan sinergi yang efektif dalam pelaksanaan program-program kesehatan. Misalnya, kolaborasi dengan sektor pendidikan dapat meningkatkan kesadaranmasyarakat tentang pentingnya kesehatan melalui program edukasi yang terintegrasi.Selain itu, kerjasama dengan sektor sosial dapat membantu dalam mengidentifikasikelompok rentan yang membutuhkan perhatian khusus dalam layanan kesehatan.Dengan demikian, semua pihak dapat berkontribusi untuk mencapai tujuan bersamadalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

Proses

Pelayanan Berbasis klaster

Berdasarkan observasi dan wawancara dengan tenaga kesehatan di Puskesmas Lanrisang, ditemukan adanya ketidaksesuaian dalam implementasi pelayanan kesehatan berbasis klaster di klaster 2 dan 3 sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Integrasi Layanan Primer (ILP) KMK no 2015 tahun 2023, pelayanan anak usia lebih dari 5 tahun hingga remaja seharusnya dilaksanakan pada Klaster 2, yang memang dirancang untuk melayani kelompok usia anak dan remaja. Namun, dalam pelaksanaan di Puskesmas Lanrisang , pelayanan untuk kelompok usia tersebut justru diberikan di Klaster 3, yang sesuai juknis seharusnya fokus pada pelayanan usia dewasa. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun alur pelayanan sudah cukup baik namun sasaran pelayanannya mengikuti sistem klaster atau berdasarkan siklus hidup belum dilksanakan dengan secara tepat oleh petugas pelayanan, Sedangkan untuk pelayanan di Klaster 4 dan Lintas Klaster telah dilkasanakan sesuai ketentuan pada petunjuk teknis ILP.

Pendekatan jejaring

Pendekatan jejaring Puskesmas dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) berdasarkan KMK No. 2015 Tahun 2023 adalah upaya untuk mengintegrasikan seluruh pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan jejaringnya, termasuk Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Posyandu, untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan terpadu berdasarkan siklus hidup (Kementrian Kesehatan, 2023). Pada Penelitian Rachmaningsih (2023) pada pendekatan jejaring ini puskesmas di Kota Tangerang Selatan tidak mengembangkan pustu karena akses masyarakat yang tidak begitu sulit terhadap pelayanan kesehatan. Meskipun Puskesmas Pamulang tidak memenuhi persyaratan pustu dalam ILP, tetapi puskesmas berkomitmen untuk menguatkan kapasitas kader dalam pelayanan posyandu dan kunjungan rumah. Hal ini menujukkan adanya penyesuaian yang dilakukan oleh Puskesmas Pamulang untuk menerapkan ILP sesuai kebutuhan.

Hasil penelitian Pelaksanaan kunjungan rumah sebagai bagian pendekatan jejaring puskesmas dari penerapan ILP di puskesmas Lanrisang menunjukkan bahwa pelaksanaan kunjungan rumah di Puskesmas Lanrisang saat ini belum sepenuhnya sejalan dengan konsep yang tertuang dalam Petunjuk Teknis pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP). Dalam implementasinya di lapangan, kunjungan rumah justru dilakukan oleh tim dari Inovasi “Buser Desa‘’ dari Puskesmas, yang terdiri dari dokter, perawat, tenaga laboratorium, tenaga kefarmasian, serta petugas surveilans, namun tetap melibatkan kader. Pendekatan ini lebih kearah model kunjungan terpadu yang berorientasi pada pelayanan menyeluruh secara langsung.

Hasil penelitian Rachmaningsih (2024) kunjungan rumah rutin dilakukan setiap bulannya. kader akan mendatangi sasaran yang berhalangan hadir pada kegiatan posyandu atau mendapat arahan langsung dari puskesmas untuk mengunjungi sasaran tertentu, Kader juga bertugas untuk menemani petugas kesehatan saat melakukan ngider sehat. petugas mendatangi rumah warga yang sudah menjadi target sasaran dan bisa juga disesuaikan dengan permintaan dari kader.

Output

Ketersediaan Layanan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Lanrisang dan jejaringnya telah menyediakan paket layanan kesehatan primer sesuai dengan Juknis KMK 2015 Tahun 2023. Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas Lanrisang didasarkan pada Petunjuk Teknis Pelaksanaan ILP sebagaimana tercantum dalam Permenkes Nomor 5 Tahun 2023. Dalam konteks ini, ketersediaan paket layanan pada Klaster 2 dan Klaster 3

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

dirancang untuk mendukung pelaksanaan skrining kesehatan yang komprehensif bagi kelompok sasaran sesuai siklus hidup.

Berdasarkan hasil pengamatan terhadap pelaksanaan pelayanan pada Klaster 2, ditemukan Seluruh paket layanan yang tersedia telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan dalam juknis ILP. Sedangkan Klaster 3 yang menyasar kelompok usia dewasa dan lansia, pelaksanaan layanan skrining belum menunjukkan hasil yang optimal. Meskipun berbagai paket layanan skrining telah tersedia sesuai dengan juknis ILP, pelaksanaannya belum sepenuhnya berjalan dengan baik. Beberapa jenis skrining, seperti skrining penyakit jantung dan skrining kanker paru, menunjukkan angka pelaksanaan yang rendah. Padahal, kedua jenis penyakit tersebut merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas di masyarakat. Deteksi dini terhadap penyakit-penyakit tersebut menjadi sangat penting untuk mencegah komplikasi dan menurunkan risiko kematian.

Pemanfaatan Layanan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan sIntegrasi Layanan Primer (ILP) pada Puskesmas Lanrisang dan jejaring menghadapi tantangan dalam mencapai target cakupan pelayanan terutama di Posyandu. Kepala Puskesmas menyampaikan bahwa kunjungan masyarakat ke Posyandu cenderung stagnan dan didominasi oleh individu yang sama dari waktu ke waktu, sehingga capaian program, khususnya pada indikator siklus hidup, belum optimal. Sebagai respon terhadap permasalahan ini, Puskesmas mengaktifkan kembali inovasi lokal yang telah dikembangkan pada masa program PIS-PK, yaitu program "Buser Desa" (Buru Sergap Desa). Program ini mengadopsi pendekatan jemput bola, yakni pemberian layanan kesehatan secara langsung melalui kunjungan rumah ke rumah oleh petugas kesehatan. Strategi ini terbukti membantu menjangkau sasaran yang belum terlayani, seperti lansia, ibu hamil yang enggan datang ke Posyandu, atau keluarga dengan keterbatasan mobilitas dan akses.

Sementara itu, dari sisi pelaksana lapangan, khususnya petugas Pustu, pelaksanaan Posyandu berbasis ILP dinilai mengalami peningkatan dibandingkan dengan sebelum penerapan ILP. Hal ini dikarenakan dalam Posyandu ILP tersedia lebih banyak layanan, termasuk skrining kesehatan, layanan gizi, imunisasi, pemeiksaan laboratorium sederhana (PCOT), serta edukasi. Adanya integrasi ini membuat Posyandu menjadi lebih menarik dan lebih komprehensif bagi masyarakat, meskipun belum semua sasaran menjangkau layanan tersebut. Hal serupa pada penelitian Andriani (2023) Jumlah pasien yang datang ke Posyandu meningkat pada Bulan ke 1 dan 2 sejak mulai pilot project, namun menurun di bulan ke-3 dan ke 4. Pada bulan pertama, masyarakat sangat antusias melakukan skrining dengan pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan laboratorium sederhana (gula darah, kolesterol, asam urat, kadar haemoglobin). Pada penelitian Putri A (2023) Secara umum terjadi peningkatan utilisasi layanan terutama ditemukan di Posyandu Prima (Pustu). Dari dokumen laporan proses pendampingan ILP ditunjukkan peningkatan baik di tingkat Puskesmas, Posyandu Prima (Pustu) dan Posyandu pada keempat lokasi penelitian.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa implementasi ILP di Puskesmas Lanrisang menunjukkan kemajuan, namun belum sepenuhnya sesuai dengan juknis. Diperlukan penguatan pemahaman tim pelaksana, pemerataan tenaga kesehatan, serta percepatan digitalisasi di seluruh jejaring pelayanan agar integrasi pelayanan primer dapat berjalan efektif dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

Ahista, Ajeng Tria and Sabrina Aprilia. 2024. “Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Primer Berdasarkan Undang- Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023” (December). https://www.researchgate.net/publication/387056429

Alfian, Afan And Yuanita Wulandari. 2024. Pemanfaatan Aplikasi Satu Data Kesehatan (ASDK) Untuk Implementasi Pencatatan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) Di Kabupaten Nganjuk. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surabaya, Indonesia. https://journal.um-surabaya.ac.id/IAHS/article/view/25855

Akbar, D L, and Budiyanto Budiyanto. 2020. “Konsep Kesehatan Dalam Al-Qur’an Dan Hadis.” Al-Bayan: Jurnal Ilmu Al-Qur’an Dan Hadist 3(2):157–73. https://doi.org/10.35132/albayan.v4i2.90

Ayuningtyas, D. (2019a). Analisis Kebijakan Kesehatan : Prinsip dan Aplikasi (1 ed., Vol. 2). Rajawali Pers.

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license

Hamdi, M. (2014). Kebijakan Publik : Proses, Analisis dan Patisipasi (R. Sikumbang, Ed.; 2 ed.). Ghalia Indonesia.

Indriyati, L Akhmad dan Eva Sulistyowati. 2023. "Evaluasi Program Pilot Project Transformasi Layanan Primer Di Puskesmas Telaga Bauntung Kabupaten Banjar Tahun 2022." Jurnal Kebijakan Pembangunan 1 https://doi.org/10.47441/jkp.v18i1.311

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2023. "KMK RI No HK.01.7/Menkes/2015/2023/ Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer." Kemenkes RI 1–19. http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2024. "Pedoman Kerja Klaster 1 Manajemen.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2024. "Pedoman Kerja Klaster 2 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2024. "Pedoman Kerja Klaster 3. Pelayanan Usia Dewasa dan Lanjut Usia.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2024. "Pedoman Kerja Klaster 4. Penanggulangan Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2024. "Pedoman Kerja Puskesmas Lintas Klaster.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2024. "Pedoman Kerja Puskesmas Pembantu Dan Puskesmas Pembantu Desa.

Mait, Tesya Oktavia. 2025. "Evaluasi Kesiapan Promkes Dalam Impelementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) Di Puskesmas." 5(1):133–40.

Nugrahaeni, A. (2023). "Integrasi Pelayanan Kesehatan-Primer Peran dari Pemerintah dan Sektor Swasta". Kebijakan Kesehatan Indonesia.

Peraturan Menteri Kesehatan. 2024. "PMK N0 19 Tahun 2024 Tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat."

Purwanto, E. A., & Sulistyastuti, D. R. (2012). "Implementasi Kebijakan Publik": konsep dan aplikasinya di Indonesia. Gava Media

Putri, Aditia. 2023. "Analisis Kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer Di Puskesmas Pada Lokasi Intervensi Awal Dengan Pendekatan Realist Evaluation." Universitas Indonesia. https://lib.fkm.ui.ac.id/detail?id=136338

Rachmaningsih, Firda Safitri. 2024. "Analisis Kesiapan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) Di Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan." (April). https://lib.fkm.ui.ac.id/detail?id=137339&lokasi=lokal

Tyas, Sriatmi, & Patria. (2020). "Kebijakan Kesehatan: Implementasi sKebijakan Kesehatan". Undip Press.

Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023. Kesehatan. 08 Agustus 2023. Lembar Negara Tahun 2023 Nomor 105. Tambahan Lembaran Negara Nomor 6887.

Yoto, Mohamad, Malik . 2024. "Implementasi Posyandu Pada Era Transformasi Layanan Primer Di Kabupaten Kediri 1." 6(1):279–84. https://ojs.cahayamandalika.com/index.php/jml/article/view/3975/3126

WHO & UNICEF. (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. https://iris.who.int/handle/10665/337641

WHO & UNICEF. (2022). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210

Zaini, Renta Yulfa. 2024. "Analisis Implementasi Kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Lain Di Kabupaten Kendal Jawa Tengah"." Universitas Indonesia. https://lib.fkm.ui.ac.id/detail?id=137761&lokasi=lokal

Zulfahman, Syafrani, S., Kamal, Y., Yunita, J., & Sambudi, D. (2021). Evaluasi Implementasi Manajemen Puskesmas Terakreditasi Utama di Kabupaten Kampar Tahun 2020. Jurnal Kesehatan Komunitas, 6(3), 393–402. https://doi.org/10.25311/keskom.vol6.iss3.636

The Author(s). This Open Access article is distributed under a creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license