

Evaluasi Implementasi Integrasi Layanan Primer di UPTD Puskesmas Karang Kitri Kota Bekasi: Pendekatan Input, Proses, Output

Imas Nurhasanah^{1*}, Cicilia Windiyaningsih², Anna Sunita³

^{1,2}Ilmu Administrasi Publik, Universitas Sumatera Utara, Jl. Dr. T. Mansyur No. 9, Kec. Medan Baru, Kota Medan, Sumatera Utara
roadmapfasyankes.2023@gmail.com

Abstract

Primary Care Integration (ILP) is a health service transformation that shifts program-based services toward integrated care based on clusters and life cycles. This study aimed to evaluate the implementation of ILP at Karang Kitri Public Health Center, Bekasi City, in 2026 using the Input–Process–Output (IPO) framework. A descriptive qualitative design was employed. Data were collected through in-depth interviews, observations, and document reviews involving 11 purposively selected informants. Data credibility was strengthened through source triangulation, technique triangulation, and member checking. The results showed that input fulfillment was 82.35% for Man, 54.5% for Money, 80% for Method, 88.89% for Material, and 100% for Machine. All assessed process and output indicators reached 100%. However, gaps remained in human-resource adequacy, budget flexibility, facilities, device distribution, network stability, and the PWS dashboard. Strengthening ILP implementation requires human-resource fulfillment, facility maintenance, competency development, and an integrated dashboard based on electronic medical record data.

Keywords: Primary Care Integration; Implementation Evaluation; Input–Process–Output; Public Health Center; Qualitative Research

Abstrak

Integrasi Layanan Primer (ILP) merupakan transformasi pelayanan kesehatan yang mengubah pendekatan berbasis program menjadi pelayanan terintegrasi berdasarkan klaster dan siklus hidup. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi implementasi ILP di UPTD Puskesmas Karang Kitri Kota Bekasi Tahun 2026 menggunakan kerangka Input–Process–Output. Penelitian menggunakan desain kualitatif deskriptif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen terhadap 11 informan yang dipilih secara purposive. Keabsahan data diperkuat melalui triangulasi sumber, triangulasi teknik, dan member check. Hasil menunjukkan keterpenuhan input Man sebesar 82,35%, Money 54,5%, Method 80%, Material 88,89%, dan Machine 100%. Seluruh indikator proses dan output mencapai 100%. Namun, masih ditemukan kesenjangan pada kecukupan SDM, fleksibilitas anggaran, sarana, pemerataan perangkat, stabilitas jaringan, dan dashboard PWS. Penguatan implementasi diperlukan melalui pemenuhan SDM, pemeliharaan sarana, penguatan kompetensi, dan pengembangan dashboard berbasis data RME.

Kata kunci: Integrasi Layanan Primer; Evaluasi Implementasi; Input–Process–Output; Puskesmas; Penelitian Kualitatif

Copyright (c) 2026 Imas Nurhasanah, Cicilia Windiyaningsih, Anna Sunita

✉Corresponding author: Imas Nurhasanah

Email Address: roadmapfasyankes.2023@gmail.com (Jl. Dr. T. Mansyur No. 9, Kota Medan, Sumatera Utara)

Received 02 September 2026, Accepted 12 Oktober 2026, Published 19 Oktober 2026

PENDAHULUAN

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan garda terdepan pelayanan kesehatan primer. Transformasi pelayanan kesehatan di Indonesia mendorong penerapan Integrasi Layanan Primer (ILP), yaitu penataan pelayanan dari pendekatan berbasis program menuju pelayanan yang terintegrasi berdasarkan siklus hidup, dengan penguatan promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif, rehabilitatif, dan paliatif (Kemenkes RI, 2023; WHO, 2024). ILP juga menekankan keterhubungan Puskesmas dengan jejaring pelayanan, pemberdayaan masyarakat, digitalisasi, dan pemantauan wilayah.

Kota Bekasi merupakan wilayah perkotaan dengan kepadatan penduduk tinggi dan kebutuhan pelayanan yang kompleks. Data capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kota Bekasi periode 2023–2025 dalam tesis menunjukkan belum ada indikator yang mencapai 100%, antara lain pelayanan ibu hamil 97%, persalinan oleh tenaga kesehatan 98%, bayi baru lahir 98%, balita 74%, dan usia pendidikan dasar 34%. Kondisi tersebut memperlihatkan perlunya penguatan pelayanan yang mampu menjangkau seluruh kelompok usia secara terpadu.

UPTD Puskesmas Karang Kitri merupakan salah satu Puskesmas awal yang melaksanakan ILP di Kota Bekasi sejak November 2024 dan menjadi bagian dari peluncuran ILP Kota Bekasi pada 25 April 2025. Puskesmas ini memiliki karakteristik perkotaan, wilayah kerja sekitar 444,15 hektare, 26 RW, 166 RT, dan 21.920 kepala keluarga dengan jumlah penduduk 66.824 jiwa. Sebagai Puskesmas PONED dengan pelayanan 24 jam, kebutuhan terhadap sumber daya, koordinasi, sarana, dan kesinambungan pelayanan relatif tinggi.

Hasil wawancara pendahuluan dalam tesis menunjukkan masih terdapat kendala pada integrasi antar-klaster, kesesuaian pelaksanaan dengan kebijakan, dan belum tersedianya evaluasi implementasi ILP secara menyeluruh. Literatur juga menunjukkan bahwa implementasi ILP masih menghadapi tantangan sumber daya manusia, anggaran, sarana-prasarana, koordinasi, serta sistem informasi (Nurusshohwah & Besral, 2025; Mait et al., 2025; Jannah et al., 2026). Karena itu, evaluasi diperlukan untuk melihat keterkaitan antara kesiapan input, proses pelaksanaan, dan output yang dihasilkan.

Penelitian ini menggunakan kerangka Input, Process, Output (IPO). Komponen input dianalisis melalui pendekatan 5M, yaitu Man, Money, Method, Material, dan Machine. Komponen proses meliputi perencanaan ILP, integrasi antar layanan, koordinasi tenaga kesehatan, serta pencatatan dan pelaporan elektronik. Komponen output meliputi terlaksananya alur pelayanan berbasis siklus hidup, integrasi antar layanan dan jejaring, serta integrasi data secara elektronik. Penelitian bertujuan mengevaluasi implementasi ILP di UPTD Puskesmas Karang Kitri Kota Bekasi Tahun 2026 serta mengidentifikasi aspek yang telah berjalan dan bagian yang masih memerlukan penguatan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif dengan kerangka analisis Input–Process–Output. Lokasi penelitian adalah UPTD Puskesmas Karang Kitri Kota Bekasi. Puskesmas ini merupakan Puskesmas perkotaan, PONED, beroperasi 24 jam, dengan wilayah kerja sekitar 444,15 hektare, 26 RW, 166 RT, 21.920 kepala keluarga, dan 66.824 penduduk. Informan dipilih menggunakan purposive sampling berdasarkan posisi, pengetahuan, pengalaman, dan keterlibatan dalam implementasi ILP. Sebanyak 11 informan terdiri dari 5 informan kunci (Kepala Puskesmas, Koordinator Tata Usaha/PJ klaster, Bendahara Barang, PIC Sistem Informasi, dan Bendahara Keuangan), 4 informan utama (dokter, perawat, bidan, dan petugas pendaftaran), serta 2 informan pendukung (pasien dan PJ ILP Dinas Kesehatan Kota Bekasi). Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam semi-terstruktur dan observasi; data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen berupa SK, SOP, dokumen

perencanaan dan anggaran, data SDM, sarana-prasarana, alat kesehatan, serta dokumen sistem informasi. Input dianalisis dengan pendekatan 5M: Man, Money, Method, Material, dan Machine. Process mencakup perencanaan ILP, integrasi antar layanan, koordinasi tenaga kesehatan, serta pencatatan dan pelaporan elektronik. Output mencakup alur pelayanan berbasis siklus hidup, integrasi layanan dan jejaring, serta integrasi data elektronik. Keabsahan data dilakukan melalui triangulasi sumber dan teknik serta member check. Analisis data dilakukan secara manual melalui transkripsi verbatim, reduksi data, pengelompokan/kategorisasi, penyajian data dalam matriks, dan penarikan serta verifikasi kesimpulan(Ahmad & Wilkins, 2025; Hall & Liebenberg, 2024; Shenton, 2004; Sugiyono, 2016; Morgan, 2024).

HASIL DAN DISKUSI

Tabel 1. Keterpenuhan Komponen Input Implementasi ILP

Komponen input	Indikator/temuan utama	Keterpenuhan
Man	14 dari 17 jenis tenaga tersedia; kekurangan terutama apoteker, perawat dan analis laboratorium; terdapat rangkap tugas dan pelatihan ILP belum merata.	82,35%
Money	Anggaran tersedia melalui APBD, JKN/BLUD dan BOK; belum seluruh kebutuhan operasional, evaluasi bersama kader, pengembangan, dan kebutuhan tambahan memiliki alokasi yang memadai/fleksibel.	54,5%
Method	SK, SOP, alur pelayanan, kerja sama jejaring dan SOP RME tersedia; belum ada dokumentasi pelatihan Clinical Pathway dan SOP/pedoman PWS.	80%
Material	Ruang klaster dan sebagian besar sarana/alkes tersedia; masih ada ruang yang belum tersedia, alat rusak, penggunaan bergantian dan cakupan kalibrasi rendah.	88,89%
Machine	RME digunakan di seluruh klaster dan pencatatan/pelaporan elektronik tersedia; masih ada ketidakmerataan perangkat dan gangguan jaringan/server.	100%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi ILP di UPTD Puskesmas Karang Kitri telah memiliki fondasi input yang relatif kuat, tetapi tingkat keterpenuhan tidak seragam. Kesenjangan paling terlihat pada Money, sedangkan Machine menunjukkan keterpenuhan seluruh indikator yang dinilai. Temuan ini perlu dibaca dengan membedakan antara ketersediaan struktural dan kesiapan fungsional. Dalam kerangka IPO, input yang tersedia merupakan prasyarat proses, tetapi belum otomatis menjamin proses berlangsung tanpa hambatan (Gozan et al., 2024).

Pada aspek Man, 14 dari 17 jenis tenaga tersedia (82,35%). Kekurangan terutama terdapat pada apoteker, perawat, dan analis laboratorium, disertai rangkap tugas pada sejumlah petugas. Kondisi ini menunjukkan bahwa kecukupan SDM tidak cukup dinilai dari jumlah jenis profesi, tetapi juga dari distribusi, beban kerja, kebutuhan pelayanan 24 jam, dan kompetensi ILP. Temuan ini sejalan dengan literatur yang menempatkan keterbatasan SDM dan beban kerja sebagai tantangan berulang dalam implementasi ILP (Nurusshohwah & Besral, 2025; Mait et al., 2025; Rahmawati et al., 2025).

Kemampuan bekerja lintas profesi juga penting karena integrasi menuntut koordinasi dan kolaborasi antarpelaksana (WHO, 2010; Mulvale et al., 2016).

Pada aspek Money, keterpenuhan 54,5% menunjukkan bahwa masalah utama bukan ketiadaan anggaran, melainkan kecukupan dan fleksibilitas. Pembiayaan melalui APBD, JKN/BLUD, dan BOK telah memungkinkan pelayanan berjalan, tetapi kebutuhan tambahan seperti pengembangan ILP, evaluasi bersama kader, kalibrasi dan kebutuhan operasional tertentu harus diprioritaskan sesuai pagu. Temuan ini konsisten dengan pandangan Edward (1980) bahwa sumber daya merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Dengan demikian, penganggaran ILP perlu semakin berbasis kebutuhan dan target pelayanan.

Pada aspek Method, keterpenuhan 80% menunjukkan bahwa fondasi regulasi relatif kuat. SK, SOP, alur pelayanan, kerja sama jejaring, dan SOP RME telah tersedia serta digunakan. Namun, belum tersedianya dokumentasi pelatihan Clinical Pathway dan pedoman PWS menunjukkan adanya jarak antara kesiapan normatif dan kesiapan operasional. Pedoman dan standar kerja perlu diikuti kompetensi pelaksana serta mekanisme monitoring agar kebijakan dapat diterjemahkan secara konsisten ke dalam praktik (Kementrian Kesehatan RI, 2023; Kementrian Kesehatan RI, 2024).

Aspek Material mencapai 88,89%. Ruang kluster dan sebagian besar sarana tersedia, tetapi masih ditemukan ruang tertentu yang belum tersedia, alat rusak, penggunaan alat secara bergantian, serta cakupan kalibrasi yang rendah. Temuan ini menegaskan bahwa evaluasi sarana tidak cukup dengan kategori “ada/tidak ada”. Kesiapan fungsional mencakup kondisi alat, jumlah yang sesuai beban pelayanan, pemeliharaan, dan kalibrasi. Kondisi tersebut juga menunjukkan keterkaitan Material dengan Money karena keterbatasan pembiayaan dapat memengaruhi pemeliharaan, perbaikan, dan penggantian alat.

Aspek Machine mencapai 100% pada indikator yang dinilai karena RME digunakan di seluruh kluster, pencatatan elektronik tersedia, dan data tersimpan dalam sistem. RME juga mendukung pertukaran informasi pasien dan mempercepat proses pelayanan. Namun, observasi menunjukkan perangkat belum merata, beberapa komputer mengalami perlambatan, dan gangguan jaringan/server masih terjadi. Temuan ini sejalan dengan penelitian mengenai RME yang menunjukkan bahwa manfaat sistem dipengaruhi kesiapan teknologi, organisasi, dan operasional (Kruse et al., 2018; Lisnawati et al., 2025; Kurniawan & Madjakusumah, 2025).

Seluruh indikator proses memperoleh keterpenuhan 100%, tetapi temuan kualitatif menunjukkan beberapa ruang penguatan. Perencanaan ILP telah dilakukan melalui pendekatan bottom-up dari PJ kluster menuju tim manajemen, dengan target mengacu pada capaian kegiatan sebelumnya dan SPM Dinas Kesehatan. Jadwal disusun oleh kluster dan diintegrasikan oleh Tata Usaha ketika terjadi tumpang tindih kegiatan. Pola ini menunjukkan bahwa ILP telah diterjemahkan menjadi pengaturan operasional, bukan hanya dokumen perencanaan.

Kelemahan proses perencanaan terutama terdapat pada pemanfaatan PWS. Data PWS masih dianalisis secara terpisah menurut program karena belum tersedia dashboard terintegrasi. Hal ini

penting karena ILP menekankan pelayanan berbasis wilayah dan siklus hidup. Ketersediaan data yang terintegrasi diperlukan agar perencanaan dapat menghubungkan sasaran, masalah kesehatan, kegiatan, dan tindak lanjut secara lebih cepat.

Integrasi antar layanan telah berjalan melalui rujukan internal lintas klaster, penggunaan e-Puskesmas/RME, komunikasi antarprofesi, dan pertukaran informasi pasien. Koordinasi formal dan informal saling melengkapi. Hambatan lebih banyak berupa gangguan jaringan/server dan kemungkinan human error ketika pertukaran informasi masih dilakukan secara person-to-person. Temuan ini sejalan dengan konsep continuity and care coordination yang menekankan keterhubungan informasi dan koordinasi antarunit pelayanan (Khatri et al., 2023).

Koordinasi tenaga kesehatan juga telah berlangsung melalui rapat klaster, lokakarya mini bulanan, rapat triwulan, supervisi, evaluasi, serta koordinasi lintas sektor dan jejaring. Tantangan utamanya adalah banyaknya agenda rapat dan pembagian SDM ketika pelayanan dalam dan luar gedung berlangsung bersamaan. Dengan demikian, indikator formal terpenuhi, tetapi efektivitas koordinasi tetap bergantung pada pengaturan waktu dan kecukupan tenaga.

Pencatatan dan pelaporan elektronik telah berjalan real-time dan berbasis NIK. Data digunakan dalam evaluasi capaian program pada lokakarya mini. Saat sistem mengalami gangguan, petugas menggunakan pencatatan manual sementara dan melakukan input ulang. Temuan ini menunjukkan bahwa digitalisasi telah menjadi bagian dari proses pelayanan, tetapi keberlanjutan proses masih membutuhkan mekanisme backup dan prosedur kontinjensi yang lebih kuat.

Pada komponen output, seluruh indikator alur pelayanan berbasis siklus hidup, integrasi layanan dan jejaring, serta integrasi data elektronik mencapai 100%. Alur pelayanan berbasis klaster telah diterapkan di dalam gedung, pasien dapat diarahkan sesuai kebutuhan, dan rujukan internal antarklaster telah berjalan. Dari perspektif pengguna layanan, alur dinilai lebih jelas dan terintegrasi. Namun, pelaksanaan pelayanan luar gedung/Posyandu dan pengisian skrining tertentu belum sepenuhnya optimal. Respons masyarakat terhadap alur yang lebih komprehensif juga beragam, terutama ketika proses dianggap lebih lama.

Integrasi antar layanan dan jejaring terlihat melalui hubungan kerja lintas klaster, komunikasi antarprofesi, rujukan internal, penggunaan informasi pasien, dan kerja sama dengan jejaring. Temuan bahwa sekat “ego program” berkurang menunjukkan perubahan budaya kerja sebagai bagian penting dari implementasi. Penelitian di Puskesmas Gamping 1 juga menunjukkan bahwa pembagian klaster dan layanan berbasis siklus hidup dapat berjalan bersamaan dengan kebutuhan penyesuaian organisasi dan beban kerja (Putri & Budi, 2025).

Integrasi data elektronik telah memberikan manfaat berupa pengurangan pencatatan berulang, akses informasi pasien lintas layanan, dan dukungan terhadap evaluasi. Meskipun demikian, output integrasi data belum mencapai tingkat analitik lintas program karena dashboard PWS belum terintegrasi. Kruse et al. (2018) menekankan bahwa rekam medis elektronik dapat mendukung population health ketika data dapat digunakan untuk pemantauan dan pengambilan keputusan. Dengan

demikian, tantangan berikutnya bukan sekadar membuat data tersedia secara elektronik, tetapi meningkatkan kemampuan sistem untuk mengolah data menjadi informasi wilayah yang dapat digunakan secara real-time.

Secara keseluruhan, pola temuan menunjukkan hubungan antara input, proses, dan output. Regulasi, struktur klaster, kepemimpinan, koordinasi, dan RME yang telah tersedia mendukung proses pelayanan terintegrasi dan menghasilkan output alur pelayanan berbasis siklus hidup serta integrasi antar layanan. Sebaliknya, keterbatasan kecukupan SDM, anggaran, sarana fungsional, pemerataan perangkat, dan stabilitas jaringan menjadi faktor yang membatasi optimalisasi proses dan keberlanjutan output.

Temuan yang konsisten pada tiga komponen adalah belum terwujudnya dashboard PWS/analitik lintas program. Pada input, isu tersebut tampak sebagai keterbatasan sistem informasi; pada proses, sebagai keterbatasan analisis situasi dalam perencanaan; dan pada output, sebagai belum optimalnya pemanfaatan data untuk pemantauan wilayah. Temuan ini memperlihatkan bahwa penguatan sistem analitik dapat menjadi salah satu titik intervensi yang menghubungkan perbaikan input, proses, dan output secara bersamaan.

Penelitian ini memiliki keterbatasan karena menggunakan studi kasus tunggal sehingga temuan tidak dimaksudkan untuk digeneralisasi secara statistik ke seluruh Puskesmas. Pengumpulan data juga dilakukan pada periode tertentu sehingga belum menangkap seluruh perubahan kebijakan, anggaran, atau personel di luar periode penelitian. Selain itu, sebagian karakteristik demografis informan tidak terdokumentasi lengkap. Oleh karena itu, penerapan temuan pada Puskesmas lain perlu mempertimbangkan kesesuaian karakteristik wilayah, sumber daya, dan tingkat kematangan implementasi.

Tabel 2. Keterpeneuhan Komponen Proses dan Output

Komponen	Hasil utama	Keterpeneuhan
Process – Perencanaan	Target/sasaran, jadwal, pembagian klaster, keterlibatan petugas, pembagian tugas, dan monitoring tersedia. Kelemahan: dashboard PWS lintas program belum terintegrasi.	100%
Process – Integrasi layanan	Rujukan internal lintas klaster, pertukaran informasi pasien, komunikasi lintas profesi dan dokumentasi integrasi berjalan; kendala terutama jaringan/server dan human error.	100%
Process – Koordinasi	Rapat klaster, lokakarya mini, koordinasi lintas program, supervisi, evaluasi, lintas sektor dan jejaring berjalan; penyesuaian jadwal dan keterbatasan SDM masih menjadi kendala.	100%
Process – Pencatatan elektronik	Pencatatan RME real-time, validasi berbasis NIK, rekap dan pemanfaatan data untuk evaluasi berjalan; saat gangguan sistem diperlukan pencatatan manual sementara.	100%
Output – Alur siklus hidup	Alur berbasis klaster berjalan dan rujukan internal tersedia; pelayanan luar gedung/Posyandu dan pengisian skrining belum sepenuhnya optimal.	100%

Output – Integrasi layanan & jejaring	Integrasi lintas klaster dan jejaring berjalan, didukung koordinasi dan RME; monitoring hubungan jejaring dan pertukaran informasi masih perlu diperkuat.	100%
Output – Integrasi data elektronik	RME mendukung kesinambungan informasi dan efisiensi; integrasi analitik melalui dashboard PWS lintas program belum terwujud.	100%

KESIMPULAN

Implementasi ILP di UPTD Puskesmas Karang Kitri Kota Bekasi Tahun 2026 telah berjalan dengan fondasi regulasi, struktur klaster, perencanaan, koordinasi, dan RME yang mendukung pelayanan terintegrasi. Keterpenuhan input adalah Man 82,35%, Money 54,5%, Method 80%, Material 88,89%, dan Machine 100%, sedangkan indikator proses dan output mencapai 100%. Namun, masih terdapat kesenjangan SDM, fleksibilitas anggaran, pemeliharaan dan kalibrasi alat, pemerataan perangkat, stabilitas jaringan, dokumentasi kompetensi, serta dashboard PWS.

Saran diarahkan pada pemenuhan dan redistribusi SDM, penganggaran berbasis kebutuhan, pemeliharaan preventif dan kalibrasi, penguatan kompetensi ILP, pemerataan perangkat dan jaringan cadangan, backup RME, serta pengembangan dashboard PWS terintegrasi untuk analisis lintas program.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Universitas Respati Indonesia, Dinas Kesehatan Kota Bekasi, UPTD Puskesmas Karang Kitri, seluruh informan penelitian, Keluarga dan seluruh civitas akademik, serta seluruh yang telah mendukung dalam pelaksanaan penelitian ini.

REFERENSI

- Ahmad M, Wilkins S. Purposive sampling in qualitative research: a framework for the entire journey. *Qual Quant.* 2025;59(2):1461-1479. doi:10.1007/s11135-024-02022-5
- Edward III GC. *Implementing Public Policy.* Congressional Quarterly Press; 1980.
- Gozan M, Renanto, Nurcahyo R, Abdurrahman MA, Misran E. Input Process Output (IPO) framework for engineering higher education accreditation in Indonesia. *Int J Eng Educ.* 2024;40(2):344-357.
- Hall S, Liebenberg L. Qualitative description as an introductory method to qualitative research for master's-level students and research trainees. *Int J Qual Methods.* 2024;23. doi:10.1177/16094069241242264
- Jannah PI, Eliana D, Anindya FL, Trisasri R, Awaludin. Implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat di Indonesia – systematic review. *Manaj Pelayanan Kesehatan.* 2026;29.
- Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. 2023. p. 1-195.

- Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2025/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. 2023.
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat. 2024.
- Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23. doi:10.1186/s12913-023-09718-8
- Kruse CS, Stein A, Thomas H, Kaur H. The use of Electronic Health Records to Support Population Health: a systematic review of the literature. *J Med Syst.* 2018;42(11). doi:10.1007/s10916-018-1075-6
- Kurniawan W, Madjakusumah DG. Kesiapan implementasi rekam medis elektronik di Puskesmas Cigugur Tengah dengan pendekatan DOQ-IT. 2025;7(24):71-81.
- Lisnawati S, Karmanto B, Ismail M, Khasanah L. Analysis of the implementation of E-Puskesmas electronic medical records integrated with the Satusehat application at Puskesmas Kesunean Cirebon City. 2025;4(1):145-156.
- Mait TO, Rosyidah R, Sulistyawati S. Evaluasi kesiapan Promkes dalam implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas. *J Penelitian Inovatif.* 2025;5(1):133-140. doi:10.54082/jupin.1029
- Morgan H. Using triangulation and crystallization to make qualitative studies trustworthy and rigorous. *Qual Rep.* 2024;29(7):1844-1856. doi:10.46743/2160-3715/2024.6071
- Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1). doi:10.1186/s12875-016-0492-1
- Nurusshohwah, Besral. Tantangan implementasi Integrasi Layanan Primer di Puskesmas: studi literatur review. *PREPOTIF: J Kesehatan Masyarakat.* 2025.
- Putri SA, Budi SC. Implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di Puskesmas Gamping 1. 2025.
- Rahmawati, Yusriani, Rusydi AR. Analisis implementasi kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Prime di Puskesmas Lanrisang Kabupaten Pinrang. *Postgraduate Program in Public Health, Universitas Muslim Indonesia.* 2025;6.
- Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Educ Inf.* 2004;22(2):63-75. doi:10.3233/EFI-2004-22201
- Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D.* Bandung: Alfabeta; 2016.
- WHO. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health.* 2010;39 (Suppl 1):196-197.
- WHO. *Implementing the primary health care approach: a primer.* 2024.

- Ahmad M, Wilkins S. Purposive sampling in qualitative research: a framework for the entire journey. *Qual Quant.* 2025;59(2):1461-1479. doi:10.1007/s11135-024-02022-5
- Edward III GC. *Implementing Public Policy*. Congressional Quarterly Press; 1980.
- Gozan M, Renanto, Nurcahyo R, Abdurrahman MA, Misran E. Input Process Output (IPO) framework for engineering higher education accreditation in Indonesia. *Int J Eng Educ.* 2024;40(2):344-357.
- Hall S, Liebenberg L. Qualitative description as an introductory method to qualitative research for master's-level students and research trainees. *Int J Qual Methods.* 2024;23. doi:10.1177/16094069241242264
- Jannah PI, Eliana D, Anindya FL, Trisasri R, Awaludin. Implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat di Indonesia – systematic review. *Manaj Pelayanan Kesehatan.* 2026;29.
- Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat. 2023. p. 1-195.
- Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2025/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. 2023.
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat. 2024.
- Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23. doi:10.1186/s12913-023-09718-8
- Kruse CS, Stein A, Thomas H, Kaur H. The use of Electronic Health Records to Support Population Health: a systematic review of the literature. *J Med Syst.* 2018;42(11). doi:10.1007/s10916-018-1075-6
- Kurniawan W, Madjakusumah DG. Kesiapan implementasi rekam medis elektronik di Puskesmas Cigugur Tengah dengan pendekatan DOQ-IT. 2025;7(24):71-81.
- Lisnawati S, Karmanto B, Ismail M, Khasanah L. Analysis of the implementation of E-Puskesmas electronic medical records integrated with the Satusehat application at Puskesmas Kesunean Cirebon City. 2025;4(1):145-156.
- Mait TO, Rosyidah R, Sulistyawati S. Evaluasi kesiapan Promkes dalam implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas. *J Penelitian Inovatif.* 2025;5(1):133-140. doi:10.54082/jupin.1029
- Morgan H. Using triangulation and crystallization to make qualitative studies trustworthy and rigorous. *Qual Rep.* 2024;29(7):1844-1856. doi:10.46743/2160-3715/2024.6071
- Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. “Gearing Up” to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1).

doi:10.1186/s12875-016-0492-1

Nurusshohwah, Besral. Tantangan implementasi Integrasi Layanan Primer di Puskesmas: studi literatur review. PREPOTIF: J Kesehatan Masyarakat. 2025.

Putri SA, Budi SC. Implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di Puskesmas Gamping 1. 2025.

Rahmawati, Yusriani, Rusydi AR. Analisis implementasi kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Prime di Puskesmas Lanrisang Kabupaten Pinrang. Postgraduate Program in Public Health, Universitas Muslim Indonesia. 2025;6.

Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Educ Inf. 2004;22(2):63-75. doi:10.3233/EFI-2004-22201

Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2016.

WHO. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. J Allied Health. 2010;39 (Suppl 1):196-197.

WHO. Implementing the primary health care approach: a primer. 2024.