



Analisis Kesenjangan Kebijakan Integrasi Layanan Primer (ILP) Dalam Pelaksanaan Program Kesehatan Di Puskesmas Ampana Barat Kabupaten Tojo Una Una

Gap Analysis of the Primary Service Integration (ILP) Policy in the Implementation of Health Programs at the West Ampana Community Health Center (Puskesmas), Tojo Una-Una Regency

Asriani*, Muh. Ilyas Nur, Diana Mirja Togubu, Sitti Nurfaizah, Rahmawati

**Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana Universitas Tamalatea Makassar
asrianikurel3@gmail.com**

Abstract

Primary Care Integration (ILP) is a primary health care transformation policy aimed at integrating health services based on the life cycle approach. In its implementation at Ampana Barat Public Health Center, gaps are still found between the policy and actual conditions in the field, particularly in terms of resources, communication and coordination, and organizational support. This study aimed to analyze the gaps in the implementation of the ILP policy in health programs based on the aspects of resource availability, communication and coordination, disposition, and bureaucratic structure. This study employed a descriptive qualitative method with a case study design. Informants were selected using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews, observations, and document reviews. Data were analyzed inductively. The results showed that the most significant gap was found in resource availability. Communication and coordination among clusters were relatively good; however, socialization to staff and the community was not evenly conducted, and information system integration was not optimal. In terms of disposition, no significant gap was found, as leaders and health workers demonstrated support and commitment to ILP implementation. The bureaucratic structure was formally established, but challenges remained in SOP documentation and the integration of reporting applications. It can be concluded that the implementation of ILP at Ampana Barat Public Health Center has been carried out and has improved coordination and facilitated service delivery, but it has not yet been fully implemented in accordance with the policy. The gaps are mainly caused by limited resources, suboptimal communication and information system integration, and administrative constraints. The disposition of implementers serves as a supporting factor in ILP implementation.

Keywords: *Primary Care Integration, Policy Gap, Policy Implementation, Public Health Center, Primary Health Care.*

Abstrak

Integrasi Layanan Primer (ILP) merupakan kebijakan transformasi pelayanan kesehatan primer yang bertujuan mengintegrasikan pelayanan berdasarkan siklus hidup. Dalam pelaksanaannya di Puskesmas Ampana Barat masih ditemukan kesenjangan antara kebijakan dan kondisi di lapangan, terutama terkait sumber daya, komunikasi dan koordinasi, serta dukungan sistem organisasi. Penelitian ini bertujuan menganalisis kesenjangan implementasi kebijakan ILP dalam pelaksanaan program kesehatan berdasarkan aspek ketersediaan sumber daya, komunikasi dan koordinasi, disposisi, serta struktur birokrasi. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan desain studi kasus. Informan dipilih secara *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Analisis data yang digunakan bersifat induktif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesenjangan paling dominan terdapat pada ketersediaan sumber daya. Komunikasi dan koordinasi antarkluster cukup baik, tetapi sosialisasi kepada staf dan masyarakat belum merata serta integrasi sistem informasi belum optimal. Pada aspek disposisi, tidak ditemukan kesenjangan berarti karena pimpinan dan tenaga kesehatan mendukung dan berkomitmen terhadap penerapan ILP. Struktur birokrasi telah tersedia, namun masih





terdapat kendala dalam pendokumentasian SOP dan integrasi aplikasi pelaporan. Dapat disimpulkan bahwa implementasi ILP di Puskesmas Ampana Barat telah berjalan dan meningkatkan koordinasi serta kemudahan pelayanan, tetapi belum sepenuhnya sesuai kebijakan. Kesenjangan terutama disebabkan keterbatasan sumber daya, komunikasi dan sistem informasi yang belum optimal, serta kendala administratif. Disposisi pelaksana menjadi faktor pendukung dalam penerapan ILP.

Kata Kunci: Integrasi Layanan Primer, Kesenjangan Kebijakan, Implementasi Kebijakan, Puskesmas, Pelayanan Kesehatan Primer.

Korespondensi Penulis: Asriani

I. PENDAHULUAN

Pada tingkat kabupaten, khususnya di Kabupaten Tojo Una-Una, pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Tojo Una-Una telah mulai mendorong pelaksanaan ILP sebagai bagian dari upaya transformasi pelayanan kesehatan primer. Sebanyak 16 Puskesmas yang tersebar di wilayah daratan dan kepulauan menjadi sasaran penerapan ILP dengan tujuan meningkatkan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan (Dinkes Kab.Touna, 2024).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten menunjukkan bahwa dari total 16 Puskesmas yang berada di wilayah kerja, hanya 3 Puskesmas yang telah melaksanakan ILP atau sekitar 18,75% dari target pelaksanaan sebesar 100% yang telah ditetapkan. Kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian besar Puskesmas di Kabupaten Tojo Una-Una belum melaksanakan kebijakan ILP secara penuh sesuai dengan petunjuk teknis (Juknis) yang berlaku. Selain itu, pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten juga telah melakukan sosialisasi kebijakan ILP baik di tingkat kabupaten maupun tingkat Puskesmas untuk meningkatkan pemahaman dan kesiapan tenaga kesehatan dalam pelaksanaannya.

Nilai IKM Puskesmas Ampana Barat selama tiga tahun terakhir menunjukkan adanya penurunan yang perlu mendapat perhatian. Jika pada tahun 2023 dan 2024 nilai IKM masuk kategori sangat baik, maka pada tahun 2025 nilainya turun ke kategori baik. Masalah yang muncul pun bergeser, dari penanganan pengaduan pada tahun-tahun sebelumnya menjadi kualitas sarana dan prasarana pada tahun 2025. Ini menandakan bahwa pelayanan belum berjalan secara stabil dan konsisten dari waktu ke waktu.

Data SKM Puskesmas Ampana Barat tahun 2023 hingga 2025 menggambarkan bahwa kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan mengalami tren yang tidak stabil. Meskipun sempat membaik pada tahun 2024, penurunan yang terjadi hampir di seluruh aspek pelayanan pada tahun 2025 menjadi sinyal yang tidak bisa diabaikan. Penurunan ini tidak berdiri sendiri, melainkan mencerminkan adanya kesenjangan yang nyata antara kebijakan Integrasi Layanan Primer (ILP) sebagaimana dirancang oleh pemerintah dengan realitas pelaksanaannya di tingkat Puskesmas.

Adanya kesenjangan ini apabila tidak segera diatasi, maka tujuan dari kebijakan ILP untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat tidak akan tercapai secara optimal.

II. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif yaitu penelitian yang bertujuan untuk memahami berbagai fenomena yang dialami oleh subjek penelitian, seperti perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan aspek lainnya secara menyeluruh. Pemahaman tersebut dijelaskan secara deskriptif dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada kondisi alamiah tertentu dengan menggunakan berbagai metode ilmiah sebagai pendukung penelitian (Fiantika et al., 2022).

Desain penelitian yang digunakan yaitu metode studi kasus (*case study*) dimana peneliti mencoba untuk memahami permasalahan secara mendalam tentang kesenjangan antara implementasi kebijakan ILP dan pelaksanaan program dilapangan dalam konteks spesifik (Fiantika et al., 2022). Lokasi penelitian di Puskesmas Ampana Barat, Kelurahan Ampana, Kecamatan Ampana Kota, Kabupaten Tojo Una Una, Provinsi Sulawesi Tengah. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni s/d Juli 2026.

Pemilihan informan dilakukan melalui teknik *purposive sampling*, dimana informan dipilih berdasarkan kriteria tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian. Informan dibagi menjadi informan kunci, informan utama dan informan pendukung yang telah diseleksi oleh peneliti. Informan kunci yaitu Kepala Puskesmas. Informan utama yaitu Pelaksana program. Informan pendukung yaitu masyarakat dan atau pasien yang datang berkunjung di Puskesmas.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada 11 Juni–31 Juli 2026 dengan pendekatan kualitatif untuk menggambarkan kesenjangan implementasi kebijakan Integrasi Layanan Primer (ILP) dalam pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas Ampana Barat. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, focus group discussion (FGD), dan dokumentasi. Wawancara melibatkan satu informan kunci, satu informan utama, dan dua informan pendukung, sedangkan FGD melibatkan 13 pelaksana program dari berbagai klaster.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi ILP di Puskesmas Ampana Barat telah berjalan dan secara umum diterima oleh pelaksana, tetapi belum sepenuhnya optimal karena masih terdapat kesenjangan pada aspek sumber daya, komunikasi dan koordinasi, serta struktur birokrasi. Sebaliknya, aspek disposisi pelaksana menunjukkan kondisi yang relatif baik karena terdapat dukungan, komitmen, dan kemauan tenaga kesehatan untuk menjalankan perubahan sistem pelayanan berbasis siklus hidup dan klaster.

Pada aspek sumber daya, kesenjangan terutama ditemukan pada ketersediaan dan distribusi tenaga kesehatan, sarana prasarana, BMHP, pembiayaan, serta sistem informasi. Jumlah tenaga di dalam gedung Puskesmas dinilai relatif mencukupi, tetapi tenaga kesehatan di desa, khususnya bidan dan perawat, masih terbatas sehingga sebagian harus diperbantukan ke Puskesmas induk. Kondisi tersebut berdampak pada keterbatasan pelayanan di tingkat desa dan meningkatnya beban kerja petugas di Puskesmas. Selain itu, pelatihan dan sosialisasi ILP belum diterima secara merata oleh seluruh tenaga kesehatan.

Keterbatasan juga ditemukan pada sarana dan prasarana. Ruang pelayanan di Puskesmas dinilai sempit untuk menampung pelayanan berbasis klaster, sedangkan beberapa Pustu dan Poskesdes mengalami kerusakan sehingga pelayanan di desa tidak dapat berjalan secara optimal. Pada aspek digitalisasi, penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) telah membantu pencatatan, pelaporan, dan pencarian data pasien, tetapi jaringan internet belum stabil dan integrasi RME antar-klaster belum sepenuhnya berjalan. Kondisi tersebut menyebabkan sebagian proses koordinasi masih dilakukan secara manual melalui telepon atau WhatsApp.

Keterbatasan BMHP dan pembiayaan menjadi salah satu kesenjangan paling nyata. Ketersediaan BMHP belum mampu memenuhi kebutuhan skrining kesehatan secara menyeluruh sehingga petugas harus memprioritaskan pemeriksaan tertentu, terutama bagi pasien yang memiliki gejala. Sumber pembiayaan Puskesmas berasal dari DAU, BOK, dan JKN, tetapi masing-masing memiliki peruntukan tertentu sehingga fleksibilitas anggaran untuk memenuhi kebutuhan operasional ILP masih terbatas.

Pada aspek komunikasi dan koordinasi, koordinasi internal antarklaster relatif telah berjalan melalui pralokakarya mini dan lokakarya mini bulanan. Pembagian informasi juga dilakukan secara berjenjang dari pimpinan kepada penanggung jawab klaster dan kemudian kepada pelaksana. Namun, sosialisasi kepada seluruh staf belum merata dan sosialisasi kepada masyarakat mengenai paket pelayanan ILP masih terbatas. Akibatnya, sebagian masyarakat belum memahami tujuan dan manfaat skrining yang dilakukan sehingga skrining yang membutuhkan waktu lebih lama berpotensi menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien.

Pada aspek disposisi pelaksana, tidak ditemukan kesenjangan yang berarti. Seluruh staf menunjukkan penerimaan terhadap kebijakan ILP dan tidak terdapat penolakan terhadap perubahan

sistem pelayanan. Komitmen pimpinan juga terlihat melalui evaluasi kinerja klaster, pembahasan masalah dalam pralokmin dan lokmin, serta pemberian solusi terhadap permasalahan yang muncul. Tenaga kesehatan juga menunjukkan kemampuan beradaptasi dengan bersedia menjalankan tugas lintas fungsi dan meningkatkan kemampuan dalam penggunaan RME.

Sementara itu, struktur birokrasi secara formal telah tersedia, ditandai dengan adanya struktur organisasi, SK pembagian klaster, pembagian tugas, dan SOP pelayanan. Alur pelayanan juga telah disesuaikan berdasarkan usia dan siklus hidup sejak proses pendaftaran. Namun, masih terdapat kendala dalam pendokumentasian dan akses terhadap SOP serta banyaknya aplikasi pelaporan yang belum terintegrasi. Dengan demikian, kesenjangan struktur birokrasi lebih bersifat administratif dan teknis daripada kelembagaan atau legalitas.

Secara keseluruhan, penerapan ILP memberikan beberapa manfaat, antara lain pelayanan yang lebih terstruktur berdasarkan siklus hidup, koordinasi antarklaster yang lebih baik, pencatatan dan pelaporan yang lebih terarah melalui RME, serta persepsi masyarakat bahwa pelayanan lebih mudah dan cepat dibandingkan sistem sebelumnya. Namun, manfaat tersebut belum sepenuhnya optimal karena masih dipengaruhi oleh keterbatasan tenaga, ruang pelayanan, BMHP, jaringan internet, pembiayaan, serta sosialisasi kepada masyarakat.

2. Pembahasan

Kesenjangan Implementasi ILP Berdasarkan Aspek Sumber Daya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber daya merupakan aspek yang paling dominan dalam menimbulkan kesenjangan implementasi ILP di Puskesmas Ampana Barat. Kesenjangan tersebut meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana, BMHP, pembiayaan, dan sistem informasi. Kondisi ini sesuai dengan konsep implementasi kebijakan George C. Edward III yang menempatkan sumber daya sebagai salah satu faktor penting dalam menentukan keberhasilan implementasi kebijakan.

Permasalahan SDM tidak hanya berkaitan dengan jumlah tenaga, tetapi juga distribusinya antara Puskesmas dan jejaring pelayanan desa. Tenaga kesehatan desa yang seharusnya mendukung pelayanan di desa harus diperbantukan ke Puskesmas induk karena kebutuhan tenaga pada beberapa klaster. Kondisi ini menunjukkan bahwa ketersediaan tenaga secara kuantitatif belum tentu menunjukkan kecukupan apabila distribusinya tidak sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Selain itu, belum meratanya pelatihan ILP menunjukkan perlunya peningkatan kapasitas secara berkelanjutan agar seluruh petugas memiliki pemahaman dan kompetensi yang relatif sama.

Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Yulis Indriyani et al. (2025) yang menunjukkan bahwa implementasi ILP masih menghadapi permasalahan SDM dan sarana prasarana. Hal serupa juga dilaporkan dalam systematic review Jannah et al. (2026), yang menemukan bahwa keterbatasan SDM terlatih, sarana prasarana, dan anggaran masih menjadi hambatan implementasi ILP di berbagai daerah.

Keterbatasan fasilitas fisik juga menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara konsep pelayanan berbasis klaster dengan kapasitas bangunan Puskesmas. Ruang yang sempit menyebabkan petugas harus menyesuaikan penempatan meja dan aktivitas pelayanan. Pada tingkat desa, kerusakan Pustu dan Poskesdes menyebabkan sebagian tenaga kesehatan kembali ke Puskesmas induk sehingga jejaring pelayanan primer belum dapat berfungsi secara optimal.

Keterbatasan BMHP dan anggaran bahkan berdampak langsung terhadap pelaksanaan skrining. Idealnya, skrining dapat dilakukan secara komprehensif sebagai bagian dari upaya deteksi dini, tetapi keterbatasan BMHP menyebabkan petugas harus menentukan prioritas pelayanan. Dengan demikian, terdapat hubungan antara keterbatasan sumber daya dengan munculnya kesenjangan antara kebijakan ILP yang direncanakan dan praktik pelayanan di lapangan.

Kesenjangan Komunikasi dan Koordinasi. Pada aspek komunikasi, penelitian menunjukkan bahwa komunikasi internal relatif baik, tetapi komunikasi eksternal dan integrasi informasi masih belum optimal. Koordinasi antarklaster telah dilakukan melalui pralokmin dan lokmin sehingga permasalahan dan capaian program dapat dibahas secara bersama. Kondisi tersebut menunjukkan

bahwa mekanisme komunikasi internal telah membantu memperkuat koordinasi setelah penerapan ILP.

Namun, sosialisasi kepada masyarakat belum dilakukan secara komprehensif. Informasi yang diterima masyarakat lebih banyak berkaitan dengan arah atau alur pelayanan, sedangkan penjelasan mengenai paket pelayanan dan tujuan skrining belum disampaikan secara memadai. Kondisi tersebut dapat menjelaskan mengapa sebagian pasien merasa pemeriksaan terlalu lama. Oleh karena itu, keberhasilan ILP tidak hanya membutuhkan komunikasi antarpetugas, tetapi juga komunikasi kepada masyarakat sebagai pengguna layanan.

Permasalahan lain terdapat pada integrasi sistem informasi. RME telah memberikan manfaat dalam pencatatan dan pelaporan, tetapi belum seluruh klaster terhubung sehingga koordinasi tertentu masih dilakukan melalui telepon atau WhatsApp. Kondisi ini menunjukkan bahwa digitalisasi pelayanan belum sepenuhnya diikuti oleh integrasi sistem informasi.

Disposisi Pelaksana dalam Implementasi ILP. Berbeda dengan sumber daya dan komunikasi, disposisi pelaksana bukan merupakan sumber kesenjangan utama. Tenaga kesehatan menunjukkan sikap positif dan menerima penerapan pelayanan berbasis siklus hidup. Tidak adanya penolakan terhadap kebijakan menunjukkan bahwa hambatan implementasi lebih banyak berasal dari keterbatasan teknis dan operasional daripada resistensi pelaksana.

Komitmen pimpinan juga berperan dalam mempertahankan keberlangsungan implementasi ILP melalui evaluasi kinerja klaster dan penyelesaian masalah secara bersama. Kemauan tenaga kesehatan untuk mempelajari dan menggunakan RME menunjukkan adanya kemampuan adaptasi terhadap perubahan sistem pelayanan. Dengan demikian, disposisi positif dapat menjadi kekuatan internal yang membantu Puskesmas mempertahankan pelaksanaan ILP meskipun masih menghadapi keterbatasan sumber daya.

Struktur Birokrasi dalam Implementasi ILP. Secara kelembagaan, implementasi ILP di Puskesmas Ampana Barat telah didukung oleh struktur organisasi dan SK pembagian klaster. Pembagian tugas dan alur pelayanan berdasarkan kelompok usia juga telah diterapkan. Hal ini menunjukkan bahwa secara formal Puskesmas telah melakukan penyesuaian organisasi untuk mendukung kebijakan ILP.

Namun, keberadaan struktur formal belum sepenuhnya menjamin efektivitas implementasi. SOP tiap klaster belum terdokumentasi dan terdistribusi secara optimal, sementara beberapa pelaksana bahkan tidak mengetahui kembali keberadaan dokumen SOP. Selain itu, penggunaan berbagai aplikasi yang belum terintegrasi menambah beban administrasi petugas. Kondisi ini menunjukkan bahwa penguatan struktur birokrasi perlu diarahkan tidak hanya pada pembentukan organisasi dan pembagian tugas, tetapi juga pada standarisasi dokumen, integrasi sistem informasi, dan penyederhanaan mekanisme pelaporan.

Sintesis Temuan. Berdasarkan keempat aspek implementasi kebijakan Edward III, dapat dipahami bahwa kesenjangan implementasi ILP di Puskesmas Ampana Barat terutama bersumber dari keterbatasan sumber daya, belum optimalnya komunikasi eksternal dan integrasi sistem informasi, serta persoalan teknis dalam struktur birokrasi. Sebaliknya, disposisi pelaksana merupakan faktor pendukung karena adanya komitmen pimpinan dan penerimaan tenaga kesehatan terhadap kebijakan ILP. Dengan demikian, optimalisasi ILP tidak cukup hanya melalui peningkatan pemahaman kebijakan, tetapi membutuhkan penguatan SDM, pemerataan pelatihan, perbaikan sarana dan prasarana, pemenuhan BMHP, fleksibilitas pembiayaan, penguatan jaringan dan integrasi RME, serta sosialisasi ILP kepada masyarakat. Temuan ini juga menunjukkan bahwa penerapan ILP telah memberikan perbaikan pada koordinasi, alur pelayanan, pencatatan, dan persepsi masyarakat terhadap kecepatan pelayanan, tetapi manfaat tersebut belum sepenuhnya optimal karena masih dipengaruhi oleh keterbatasan kapasitas operasional Puskesmas.



Barongko

Jurnal Ilmu Kesehatan

IV. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas Ampana Barat telah berjalan, tetapi belum optimal. Kesenjangan terbesar terdapat pada aspek sumber daya, terutama keterbatasan tenaga kesehatan, sarana-prasarana, BMHP, alat kesehatan, anggaran, serta perangkat dan jaringan digital. Komunikasi dan koordinasi internal relatif baik, namun sosialisasi kepada staf dan masyarakat serta integrasi sistem informasi masih perlu ditingkatkan. Sementara itu, disposisi pelaksana menjadi faktor pendukung melalui sikap positif, komitmen, dan kemampuan beradaptasi terhadap ILP. Struktur birokrasi secara formal telah tersedia, meskipun masih terdapat kendala dalam distribusi SOP dan penggunaan aplikasi pelaporan yang belum terintegrasi. Secara keseluruhan, implementasi ILP dinilai sebagian sudah sesuai, tetapi belum optimal, sehingga diperlukan penguatan sumber daya, komunikasi, sistem informasi, dan aspek administratif-teknis.

DAFTAR PUSTAKA

- Auliya, N. H., Andriani, H., Fardani, R. A., Ustiawaty, J., Utami, E. F., Sukmana, D. J., & Istiqomah, R. (2020). *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif* (Husnu Abadi, Ed.).
- Bungi, P. (2025, Agustus 28). *Lokakarya Mini Bulanan Lintas Program*. <https://pkm-bungi.pinrangkab.go.id/archives/1111>
- Dinkes Kab.Touna. (2024). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tojo Una Una Tahun 2024*.
- Fatmariyanti, Y., & Fauzi, A. (2023). *Kebijakan Publik Versi William Dunn : Analisis dan Implementasi*. 1(1), 1–9.
- Halim, A., & Turhindayani. (2014). *Analisis Implementasi Pengelolaan Barang Milik Daerah (Studi Pada Pemerintah Daerah Bangka Tengah)*.
- Jannah, P. I., Eliana, D., Anindya, F. L., Trisasri, R., Awaludin, Rahmat, & Rizki, K. (2026). *Implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat di Indonesia - Systemic Review*. 29, 2–8.
- Kemendes RI. (2024d). *Pedoman Kerja Puskesmas Lintas Klaster*.
- Kemendes RI. (2024e). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 6 Tahun 2024 tentang standar teknis pemenuhan standar pelayanan minimal kesehatan. *Kementrian Kesehatan*.
- Nabilah, H., & Wasir, R. (2025). Menutup Kesenjangan Kesehatan : Peningkatan Kesetaraan Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan. *Indonesian Jurnal of Health Science*, 5(3), 511–518.
- Puskesmas Cepogo. (2025). *Pelayanan Klaster 4*. <https://puskesmascepogo.boyolali.go.id/news/pelayanan-klaster-4>
- Ramdani, R. S., & Abdi, F. S. (2025). *Implementasi Kebijakan Penataan Pedagang Kreatif Lapangan di Pasar Masomba Kota Palu*. 1(2), 1–14.
- Sukirman, I., Asiwisastira, J., & Santosa, P. (2025). *Pengaruh Implementasi Integrasi Layanan Primer terhadap Kualitas Pelayanan Rawat Jalan di Klaster 3 Puskesmas Tanjungsari Sumedang*. 1(2), 146–151.
- Warman, Komariyah, L., & Kaltsum, K. F. U. (2023). Konsep Umum Evaluasi Kebijakan. *Jurnal Ilmu Manajemen dan Pendidikan*, 3, 25–32.
- Yulis Indriyani, Irawan, T., Risqiyanti, E., Juwita, I. M., & Fadilah, U. (2025). Kajian implementasi program integrasi layanan kesehatan primer di puskesmas Sokorejo Kota Pekalongan. *BEMAS: Jurnal Bermasyarakat*, 6(2), 362–369. <https://doi.org/10.37373/bemas.v6i2.1785>
- Zakia, R. M. (2024). *Analisis Implementasi Integrasi Layanan Kesehatan Primer di Indonesia: Tinjauan Literatur Sistematis*.