Journal of Innovative and Creativity
Journal Homepage: https://joecy.org/index.php/joecy
e-mail: journaljoecy@gmail.com

Faculty of Education
University of Pahlawan Tuanku Tambusai
ISSN 2776-771X (Online)
ISSN 2962-570X (Printed)
6 (2) 2026, Page: 44267-44277

Analisis Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer oleh Kader Posyandu di Lapangan Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Bunga Mayang Tahun 2026

Rina Seftiana[1], Nani Sari Murni[2], Lilis Suryani[3]

[1,2,3] **Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada, Palembang, Indonesia**

Corresponding Author: Seftianarina04@gmail.com, syauqi0809@gmail.com, lilisbdk.ms67@gmail.com

Published: Agustus , 2026

ABSTRACT

Integrasi Layanan Primer (ILP) merupakan kebijakan transformasi pelayanan kesehatan primer yang menyatukan berbagai layanan kesehatan dasar sepanjang siklus hidup dalam satu alur pelayanan posyandu. Keberhasilan implementasinya di tingkat komunitas sangat bergantung pada kader posyandu sebagai pelaksana utama di lapangan. Penelitian ini bertujuan menganalisis secara mendalam pelaksanaan ILP oleh kader posyandu di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bunga Mayang, meliputi alur dan kesesuaian pelayanan, tingkat pemahaman-peran-kapasitas kader, kendala yang dihadapi, faktor pendukung dan penghambat, serta strategi penguatannya. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif-analitis. Informan dipilih secara purposive dan berjumlah 22 orang, terdiri atas 16 informan utama (kader posyandu) dan 6 informan pendukung (bidan desa, perawat desa, koordinator posyandu, petugas promosi kesehatan, ibu kepala desa, dan kaur pembangunan). Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen, kemudian dianalisis menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña dengan triangulasi sumber dan teknik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan ILP telah berjalan dan mulai diarahkan pada pelayanan satu kunjungan untuk seluruh kelompok sasaran, namun pemahaman kader terhadap konsep ILP masih bervariasi dan belum merata. Kapasitas kader cukup baik pada pelayanan dasar, tetapi masih terbatas pada pencatatan, penyuluhan, dan skrining lintas siklus hidup. Kendala utama meliputi keterbatasan sarana dan prasarana, kompleksitas sistem pencatatan, keterbatasan jumlah kader, beban kerja tinggi, serta ketidaktepatan insentif. Faktor pendukung utama adalah kerja sama antar-kader, pembinaan puskesmas, dukungan pemerintah desa, dan partisipasi masyarakat, sedangkan faktor penghambat meliputi keterbatasan fasilitas dan rendahnya pemerataan pelatihan. Strategi penguatan yang direkomendasikan meliputi peningkatan kapasitas kader secara terstruktur, penguatan dukungan sistem pelayanan kesehatan, penyederhanaan administrasi, pemberdayaan masyarakat, penguatan dukungan lintas sektor, serta peningkatan motivasi dan kesejahteraan kader. Penelitian ini merekomendasikan penguatan ILP secara komprehensif dan berkelanjutan melalui kolaborasi puskesmas, pemerintah desa, dan masyarakat.

Keywords: integrasi layanan primer; kader posyandu; pelayanan kesehatan primer; pelayanan kesehatan berbasis masyarakat; penelitian kualitatif

© The Author(s). 2021 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Atibution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan primer (primary health care) menjadi dasar utama dalam strategi kesehatan nasional dan global karena berperan langsung dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara berkelanjutan. Sejak Deklarasi Alma-Ata tahun 1978 hingga diperkuat kembali melalui Declaration of Astana tahun 2018, layanan kesehatan primer diposisikan sebagai strategi kunci untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC) dengan menekankan pelayanan promotif dan preventif yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat sepanjang siklus hidup. World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa sistem kesehatan yang kuat harus dibangun dari layanan

primer yang terintegrasi, berkesinambungan, dan berbasis komunitas, dengan keterlibatan aktif masyarakat sebagai subjek utama pelayanan kesehatan (WHO, 2018; WHO, 2020).

Komitmen terhadap penguatan pelayanan kesehatan primer di Indonesia diwujudkan melalui agenda transformasi sistem kesehatan yang diinisiasi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Salah satu pilar penting dalam transformasi tersebut adalah penerapan Integrasi Layanan Primer (ILP) yang bertujuan mengintegrasikan berbagai program pelayanan kesehatan dasar—mulai dari kesehatan ibu dan anak, gizi, imunisasi, kesehatan remaja, pengendalian penyakit tidak menular, hingga pelayanan lanjut usia dalam satu alur pelayanan yang komprehensif, terkoordinasi, dan berfokus pada kebutuhan individu serta keluarga sepanjang siklus hidup. Melalui ILP, pendekatan layanan tidak lagi bersifat sektoral dan terfragmentasi, melainkan diharapkan mengha silkan pelayanan yang lebih optimal, efisien, dan berkelanjutan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Posyandu memegang peran penting sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan primer berbasis masyarakat dan menjadi pintu masuk pelaksanaan ILP di tingkat desa. Kader posyandu, sebagai tenaga sukarela yang berasal dari dan untuk masyarakat, memegang peranan kunci dalam menjalankan berbagai aktivitas layanan, mulai dari penimbangan dan pemantauan pertumbuhan balita, skrining gizi, edukasi kesehatan, pencatatan dan pelaporan, hingga deteksi dini risiko penyakit tidak menular pada kelompok usia dewasa dan lansia. Keberhasilan pelaksanaan ILP di lapangan sangat bergantung pada kapasitas, pemahaman, serta dukungan sistem yang diterima oleh kader posyandu. Namun demikian, berbagai laporan dan hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi ILP di tingkat posyandu belum sepenuhnya berjalan optimal. Laporan Direktorat Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Kemenkes RI (2023) mengungkapkan masih terdapat kendala dalam aspek pemahaman konsep ILP oleh kader, ketersediaan sarana pendukung, sistem pencatatan dan pelaporan, serta koordinasi lintas program di tingkat puskesmas dan desa.

Berbagai studi empiris turut menguatkan gambaran tersebut. Nurrizka et al. (2021) menunjukkan bahwa kinerja kader posyandu dipengaruhi secara signifikan oleh tingkat pengetahuan, pelatihan, supervisi, dan dukungan sistem pelayanan kesehatan. Wulandari dan Arifin (2022) melaporkan bahwa meskipun sebagian kader telah mengetahui konsep dasar ILP, pelaksanaan di lapangan masih terbatas pada kegiatan rutin lama seperti penimbangan balita, sementara layanan skrining penyakit tidak menular dan pencatatan terintegrasi belum berjalan konsisten. Secara global, tinjauan sistematis terhadap peran community health workers (CHWs) menunjukkan bahwa beban kerja yang tinggi, kurangnya insentif, dan minimnya dukungan struktural menjadi faktor utama yang menghambat efektivitas pelaksanaan layanan kesehatan primer berbasis komunitas (Perry & Zulliger, 2018; Kok et al., 2015).

Kajian terdahulu mengenai kader posyandu sebagian besar masih berfokus pada aspek spesifik dan parsial misalnya pelaksanaan peran kader dalam layanan kesehatan ibu dan anak (Nurrizka et al., 2021), kesiapan kader terhadap ILP tanpa menggali proses pelaksanaan aktual (Wulandari & Arifin, 2022), atau tingkat pengetahuan kader tanpa menelaah dinamika implementasi dan konteks lokal (Suryani et al., 2020). Penelitian internasional seperti Kok et al. (2015) dan Perry dan Zulliger (2018) memberikan gambaran luas tentang tantangan CHWs, namun belum secara spesifik membahas konteks kebijakan ILP di Indonesia. Berdasarkan tinjauan tersebut, teridentifikasi research gap berupa masih terbatasnya penelitian yang menganalisis secara mendalam pelaksanaan ILP oleh kader posyandu di lapangan sebagai sebuah proses implementasi kebijakan, khususnya dengan pendekatan kualitatif yang menggali pengalaman, persepsi, dan realitas kerja kader dalam konteks lokal.

Penelitian ini hadir untuk mengisi kekosongan tersebut dengan menawarkan perspektif yang lebih mendalam dan kontekstual mengenai pelaksanaan ILP oleh kader posyandu di lapangan. Kebaruan (novelty) penelitian ini terletak pada fokusnya terhadap implementasi aktual ILP pasca-transformasi sistem kesehatan, pendekatan kualitatif yang menempatkan kader sebagai aktor utama kebijakan, serta konteks lapangan yang mencerminkan dinamika nyata pelayanan kesehatan primer di tingkat komunitas. Penelitian ini bertujuan untuk: (1) mengkaji pelaksanaan ILP oleh kader posyandu meliputi alur pelayanan, jenis layanan, dan kesesuaiannya dengan pedoman; (2) memperoleh informasi mendalam tentang tingkat pemahaman, peran, dan kapasitas kader; (3) mengidentifikasi dan menganalisis kendala teknis, manajerial, maupun sistemik yang dihadapi kader; (4) mengidentifikasi

faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan ILP; serta (5) merumuskan strategi aplikatif untuk memperkuat pelaksanaan ILP oleh kader posyandu di tingkat komunitas.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif-analitis untuk memahami secara mendalam pelaksanaan ILP oleh kader posyandu di lapangan, termasuk bagaimana proses pelaksanaan berlangsung, bagaimana kader memaknai perannya, serta faktor kontekstual yang memengaruhi praktik pelayanan kesehatan primer berbasis komunitas (Creswell & Poth, 2018; Sandelowski, 2010). Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bunga Mayang, Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur, Provinsi Sumatera Selatan, yang mencakup delapan desa binaan dengan 13 posyandu aktif pada tahun 2026.

Informan dipilih secara purposive sampling dengan total 22 orang, terdiri atas 16 informan utama (kader posyandu aktif minimal satu tahun terakhir dan terlibat langsung dalam pelaksanaan ILP) dan 6 informan pendukung yang meliputi bidan desa, perawat desa, koordinator posyandu, petugas promosi kesehatan, ibu kepala desa, dan kaur pembangunan desa. Kriteria inklusi informan utama meliputi keaktifan sebagai kader minimal satu tahun, keterlibatan langsung dalam kegiatan posyandu berbasis ILP, kesediaan menjadi informan, dan kemampuan menyampaikan informasi secara lisan dengan baik. Kriteria eksklusi meliputi kader yang tidak aktif dalam enam bulan terakhir atau tidak bersedia mengikuti wawancara secara penuh. Penentuan jumlah informan didasarkan pada prinsip kejenuhan data (data saturation) (Guest et al., 2006).

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (in-depth interview), observasi langsung kegiatan posyandu, dan telaah dokumen terkait pelaksanaan ILP. Analisis data menggunakan model analisis interaktif yang dikemukakan oleh Miles, Huberman, dan Saldaña (2014), meliputi tiga tahap utama: (1) reduksi data, yaitu proses menyeleksi, mengelompokkan, dan menyederhanakan data mentah hasil wawancara, observasi, dan dokumen, termasuk pemberian kode (coding) terhadap unit makna agar data sejenis dapat dikelompokkan secara sistematis; (2) penyajian data dalam bentuk narasi deskriptif yang dilengkapi kutipan langsung informan untuk memperkuat keaslian dan kedalaman temuan; serta (3) penarikan kesimpulan dan verifikasi, yang dilakukan melalui refleksi mendalam dengan membandingkan temuan antarsumber data secara berkelanjutan.

Keabsahan dan kredibilitas data dijaga melalui triangulasi sumber, yaitu membandingkan dan mengonfirmasi data dari kader posyandu sebagai informan utama dengan petugas puskesmas dan aparat desa sebagai informan pendukung, serta triangulasi teknik dengan membandingkan hasil wawancara mendalam, observasi langsung, dan penelaahan dokumen (Denzin, 2012). Penerapan triangulasi bertujuan agar temuan penelitian tidak bergantung pada satu sumber atau satu metode saja sehingga potensi bias dapat ditekan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Lokasi Penelitia

UPTD Puskesmas Bunga Mayang merupakan salah satu dari 22 puskesmas di Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur, Provinsi Sumatera Selatan, yang dibangun pada tahun 2008 dan mulai beroperasi pada tahun 2009. Wilayah kerjanya mencakup delapan desa (Peracak, Tunas Peracak, Negeri Ratu Baru, Negeri Ratu, Sabahlioh, Tulang Bawang, Sukabaru, dan Baturaja Bungin) dengan total penduduk 16.127 jiwa pada tahun 2026. Wilayah kerja puskesmas didukung oleh 13 posyandu aktif yang tersebar di seluruh desa, dengan dukungan 82 tenaga kesehatan yang terdiri atas dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga laboratorium, dan tenaga administrasi kesehatan.

Pelaksanaan ILP di wilayah kerja ini didukung oleh keterlibatan tenaga kesehatan, kader posyandu, dan bidan desa, dengan kegiatan yang mencakup pelayanan kesehatan ibu dan anak, remaja, dewasa, pemantauan tumbuh kembang balita, imunisasi, pelayanan kesehatan lansia, skrining kesehatan, dan edukasi kesehatan yang dilakukan secara terpadu. Sarana pendukung pelayanan terdiri atas empat klaster pelayanan (Klaster 1: Pendaftaran dan Skrining Awal; Klaster 2: Kesehatan Ibu dan Anak; Klaster 3: Dewasa dan Lansia; Klaster 4: Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan) serta lintas klaster laboratorium. Secara umum, masyarakat di wilayah kerja cukup mendukung pelaksanaan

program kesehatan, ditunjukkan oleh cakupan imunisasi dasar lengkap, kunjungan ibu hamil, dan persalinan oleh tenaga kesehatan yang tinggi, serta persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang mencapai 98,7% pada tahun 2026.

Karakteristik Informan

Penelitian ini melibatkan 22 informan yang dipilih secara purposive berdasarkan keterlibatan langsung dalam pelaksanaan ILP, terdiri atas 16 informan utama (kader posyandu aktif) dan 6 informan pendukung (bidan desa, perawat desa, koordinator posyandu, petugas promosi kesehatan, ibu kepala desa, dan kaur pembangunan). Sebagian besar informan berjenis kelamin perempuan dengan rentang usia dewasa produktif (28–54 tahun) dan latar belakang pendidikan yang bervariasi, mulai dari SD hingga sarjana, dengan masa kerja sebagai kader/petugas antara 2–20 tahun. Ringkasan karakteristik informan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian (n = 22)

Karakteristik	Kategori	Jumlah / Keterangan
Jenis kelamin	Perempuan	19 orang
	Laki-laki	3 orang
Usia	28–54 tahun	Rentang usia dewasa produktif
Pendidikan	SD–SMP	5 orang
	SMA/SMK sederajat	13 orang
	D3/S1 (profesi kesehatan)	4 orang
Lama menjadi kader/menjabat	2–20 tahun	Mayoritas 2–5 tahun
Status informan	Informan utama (kader posyandu)	16 orang
	Informan pendukung (bidan desa, perawat, koordinator posyandu, petugas promkes, ibu kepala desa, kaur pembangunan)	6 orang

Sumber: Data primer diolah, 2026.

Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer oleh Kader Posyandu

Hasil wawancara menunjukkan bahwa pemahaman kader posyandu (informan utama) mengenai ILP masih bervariasi. Sebagian besar kader memahami ILP secara sederhana sebagai pelayanan posyandu yang digabungkan dalam satu kegiatan, tetapi mengaku belum memahami konsep secara mendalam.

"Kalau menurut saya, Integrasi Layanan Primer itu pelayanan posyandu yang digabung jadi satu, jadi dalam satu kegiatan itu semua sasaran seperti balita, ibu hamil, sampai lansia bisa dilayani. Tapi kalau penjelasan yang lebih lengkap, saya masih belum terlalu paham" (Informan In, kader posyandu)

"Tidak tau dan belum paham dengan Integrasi Layanan Primer" (Informan P, kader posyandu)

Berbeda dengan informan utama, informan pendukung seperti bidan desa, perawat desa, koordinator posyandu, dan petugas promosi kesehatan menunjukkan pemahaman yang relatif lebih baik dan mampu menjelaskan kembali prinsip ILP secara lebih sistematis.

"Integrasi Layanan Primer adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan secara terpadu dalam satu kunjungan, dimana semua sasaran seperti ibu hamil, balita, remaja, usia produktif, dan lansia dilayani dalam satu alur pelayanan yang sama" (Informan Ws, bidan desa)

Mengenai alur pelayanan, informan utama menjelaskan bahwa masyarakat pada umumnya melalui tahapan pendaftaran, penimbangan, pengukuran, pencatatan, hingga pelayanan kesehatan dan penyuluhan mengikuti sistem lima meja. Namun, pelaksanaannya di lapangan kerap tidak berjalan sesuai urutan, terutama saat masyarakat datang secara bersamaan.

"Kalau alurnya, masyarakat datang ke pendaftaran dulu, lalu penimbangan, pengukuran, pencatatan, terus pelayanan kesehatan. Tapi di lapangan sering tidak sesuai urutan, karena masyarakat datangnya serempak, jadi kadang kami bingung mengatur alurnya" (Informan Mu, kader posyandu)

Terkait kesesuaian antara konsep ILP dan praktik di lapangan, mayoritas informan menyampaikan adanya kesenjangan, dengan konsep yang dinilai lebih rapi secara teori dibandingkan kondisi riil di lapangan yang harus menyesuaikan dengan keterbatasan tempat, jumlah masyarakat yang datang, dan keterbatasan waktu.

"Ada, di teori terlihat mudah dan teratur, tapi di lapangan jadi sulit karena banyak kendala seperti tempat, jumlah masyarakat, dan keterbatasan waktu" (Informan R1, kader posyandu)

Tingkat Pemahaman, Peran, dan Kapasitas Kader Posyandu

Sebagian besar informan utama pertama kali mengetahui ILP melalui sosialisasi, pembinaan, atau arahan dari bidan desa maupun puskesmas. Tingkat pemahaman kader terhadap tujuan dan prinsip ILP bervariasi sebagian sudah mulai paham meski belum mendalam, sementara sebagian lainnya masih bingung atau bahkan belum memahami konsep tersebut sama sekali.

"Pemahaman saya masih sangat terbatas, bahkan belum memahami konsep ILP secara jelas" (Informan D, kader posyandu)

"Sudah cukup memahami, terutama tujuan Integrasi Layanan Primer" (Informan Ws, bidan desa)

Dari aspek peran, kader posyandu menjalankan fungsi yang beragam, mulai dari membantu pelayanan, mengatur alur masyarakat, melakukan pencatatan, penimbangan dan pengukuran, hingga menjadi penghubung antara masyarakat dan tenaga kesehatan. Informan pendukung menegaskan bahwa kader merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di lapangan.

"Sebagai ujung tombak pelayanan di lapangan" (Informan En, perawat desa)

Terkait pelatihan, sebagian kader menyatakan pernah mendapatkan pembekalan terkait ILP, namun frekuensinya masih jarang dan belum menjangkau seluruh kader secara merata; beberapa informan bahkan menyatakan belum pernah sama sekali mengikuti pelatihan khusus. Dari sisi kapasitas, kemampuan kader dinilai cukup memadai untuk pelayanan dasar, tetapi masih memerlukan peningkatan terutama pada keterampilan pencatatan, penyuluhan, dan pemahaman alur pelayanan terintegrasi.

"Kader baru perlu banyak pelatihan supaya bisa mengikuti alur Integrasi Layanan Primer" (Informan Sn, kader posyandu)

"Cukup, tetapi masih perlu peningkatan terutama dalam komunikasi dan penyuluhan" (Informan Ovs, petugas promosi kesehatan)

Kendala dalam Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer

Kendala yang dihadapi kader posyandu bersifat multidimensional, mencakup aspek teknis, manajerial, dan sistemik. Dari aspek teknis, kader menghadapi keterbatasan sarana dan prasarana seperti ruang pelayanan yang sempit, keterbatasan alat kesehatan (misalnya alat cek gula darah, kolesterol, dan asam urat yang tidak selalu tersedia), serta fasilitas pendukung yang belum memadai. *"Kendala dari jumlah kader, kader sering diganti-ganti oleh ibu kepala desa. Jadi yang baru belum paham, sementara yang lama harus mulai dari awal lagi mengajarinya. Sarana prasarana sangat kurang, tempat sudah tidak layak, meja dan kursi juga terbatas" (Informan Sn, kader posyandu)*

Dari aspek manajerial, kendala terkait pengaturan alur pelayanan, pembagian tugas antar-kader, dan beban kerja yang tinggi juga banyak disampaikan informan, terutama ketika jumlah kader tidak sebanding dengan jumlah sasaran yang dilayani. Sistem pencatatan dan administrasi pelayanan turut menjadi beban tersendiri, karena format pencatatan dirasakan cukup banyak dan rumit sehingga memperlambat proses pelayanan.

Pada aspek sistemik, kendala meliputi keterbatasan dukungan anggaran, pemerataan pelatihan kader yang belum optimal, variasi tingkat partisipasi masyarakat, serta ketidaktepatan waktu pemberian insentif kader yang turut memengaruhi semangat kerja. Meskipun demikian, koordinasi antara kader dan petugas puskesmas secara umum dinilai sudah berjalan cukup lancar, meski masih memerlukan peningkatan agar pelaksanaan ILP dapat lebih optimal.

Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer

Faktor Pendukung

Faktor pendukung utama yang teridentifikasi meliputi: (1) adanya pembinaan, pelatihan, dan pendampingan dari puskesmas; (2) kerja sama dan kekompakan antar-kader; (3) dukungan pemerintah desa dalam bentuk fasilitas, anggaran, dan kegiatan pemberian makanan tambahan; serta (4) partisipasi masyarakat dalam kegiatan posyandu yang secara umum dinilai cukup baik meskipun belum merata di seluruh kelompok sasaran.

"Kader itu sangat penting, karena mereka yang langsung melayani masyarakat di lapangan" (Informan J, ibu kepala desa)

Faktor Penghambat

Faktor penghambat yang paling banyak disampaikan informan meliputi tingginya beban tugas kader, keterbatasan sarana dan prasarana pelayanan, kurangnya pemahaman sebagian kader terhadap konsep ILP, serta partisipasi masyarakat yang belum merata. Faktor yang dinilai paling menentukan keberhasilan ILP adalah peran aktif kader serta konsistensi dukungan dan pembinaan dari puskesmas. *"Faktor utama yang menentukan keberhasilan Integrasi Layanan Primer adalah peningkatan kapasitas kader dan konsistensi pembinaan" (Informan Pi, koordinator posyandu)*

Strategi dan Aplikatif Penguatan Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer

Informan utama, informan pendukung dari puskesmas, dan aparat desa memiliki harapan yang relatif sejalan mengenai langkah perbaikan pelaksanaan ILP, yaitu peningkatan pelatihan kader secara berkelanjutan, penyederhanaan alur pelayanan dan sistem pencatatan, penyediaan sarana dan prasarana yang lebih memadai, serta penguatan koordinasi lintas pihak (kader, puskesmas, dan pemerintah desa). Dukungan yang paling banyak diharapkan kader adalah pelatihan berkelanjutan, pendampingan rutin dari puskesmas, ketersediaan sarana dan alat yang memadai, dukungan anggaran, serta perhatian terhadap kesejahteraan kader.

"Pelayanan terintegrasi, sarana lengkap, kader terlatih, dan masyarakat aktif" (Informan Ws, bidan desa gambaran posyandu ideal berbasis ILP)

Discussion

Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer oleh Kader Posyandu

Based on the results of hypothesis testing, it is found that the organizational culture variable has Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan ILP di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bunga Mayang pada dasarnya telah berjalan dan mulai diterapkan dalam kegiatan posyandu, ditandai dengan upaya pengintegrasian pelayanan bagi balita, ibu hamil, remaja, usia produktif, dan lansia dalam satu kegiatan pelayanan terpadu. Temuan ini sejalan dengan teori pelayanan kesehatan primer yang menempatkan integrasi pelayanan sebagai pendekatan untuk mengurangi fragmentasi serta

meningkatkan kesinambungan pelayanan sepanjang siklus hidup masyarakat (WHO, 2018; WHO, 2020).

Namun demikian, pemahaman kader terhadap konsep, tujuan, dan mekanisme ILP masih bervariasi dan belum merata, yang mengindikasikan adanya kesenjangan antara kebijakan dan implementasi di tingkat lapangan. Dalam perspektif teori implementasi kebijakan Edwards III (1980), komunikasi kebijakan, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi merupakan faktor penentu keberhasilan implementasi suatu program; ketika pelaksana belum memahami secara jelas tujuan dan mekanisme kebijakan, implementasi cenderung berjalan kurang optimal. Temuan ini sejalan dengan Setyoningrum, Liyanovitasari, dan Aryanti (2025) yang menyatakan bahwa pemahaman kader menjadi hambatan utama pelaksanaan ILP di tingkat desa, serta Wulandari dan Arifin (2022) yang menemukan bahwa sebagian kader masih memahami posyandu hanya sebagai pelayanan balita dan ibu hamil tanpa memahami konsep pelayanan lintas siklus hidup secara utuh.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa pelaksanaan ILP masih menghadapi hambatan teknis, manajerial, dan sistemik termasuk keterbatasan sarana dan prasarana, tingginya beban pencatatan administrasi, antrean masyarakat yang banyak, keterbatasan jumlah kader, dan keterlambatan insentif. Dalam kerangka teori Donabedian (1988), kualitas pelayanan kesehatan ditentukan oleh komponen struktur, proses, dan outcome; keterbatasan sarana, fasilitas, dan sumber daya manusia yang ditemukan menunjukkan bahwa komponen struktur pelayanan belum sepenuhnya mendukung proses pelaksanaan ILP secara optimal. Temuan ini sejalan dengan Siswati et al. (2025) yang menyebutkan keterbatasan logistik, fasilitas, pendanaan, dan pelatihan lanjutan sebagai hambatan utama ILP, serta Perry dan Zulliger (2018) yang menegaskan bahwa beban kerja tinggi dan minimnya insentif menghambat efektivitas community health workers.

Di sisi lain, faktor pendukung seperti pembinaan puskesmas, kerja sama antar-kader, dukungan bidan desa, keterlibatan pemerintah desa, dan partisipasi masyarakat menunjukkan bahwa keberhasilan ILP tidak hanya bergantung pada kemampuan individu kader, tetapi juga pada kualitas kerja sama sosial dan dukungan lintas sektor—sejalan dengan teori penguatan sistem kesehatan (health system strengthening) serta temuan Susanti, Wulandari, dan Pratiwi (2024) bahwa pemberdayaan kader dan partisipasi masyarakat meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan primer berbasis komunitas.

Tingkat Pemahaman, Peran, dan Kapasitas Kader Posyandu

Tingkat pemahaman, peran, dan kapasitas kader merupakan komponen yang sangat menentukan keberhasilan ILP di tingkat komunitas. Kader tidak hanya berfungsi sebagai pelaksana teknis, tetapi juga sebagai penghubung antara masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan primer. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kader secara umum memiliki pemahaman dasar mengenai ILP, namun pemahaman teknis pelaksanaan, prinsip integrasi layanan, dan mekanisme pencatatan masih bervariasi mengindikasikan bahwa proses sosialisasi dan internalisasi kebijakan belum sepenuhnya merata, sejalan dengan Nurrizka et al. (2021) yang menemukan bahwa tingkat pengetahuan kader berpengaruh signifikan terhadap kualitas pelaksanaan pelayanan posyandu.

Dari aspek peran, kader posyandu menjalankan fungsi yang luas dan kompleks mencakup kegiatan promotif, preventif, edukatif, deteksi dini, hingga pendampingan masyarakat—yang menempatkan kader sebagai aktor sentral dalam teori community health workers (CHWs) dan pemberdayaan masyarakat. Dari aspek kapasitas, keterbatasan pada pencatatan, penyampaian penyuluhan, dan penggunaan media edukasi sebagian besar disebabkan oleh belum meratanya pelatihan dan minimnya supervisi berkelanjutan. Dalam teori capacity building (Morgan, 2006), peningkatan kapasitas sumber daya manusia memerlukan proses pendidikan, pelatihan, pendampingan, dan supervisi yang berkesinambungan; tanpa hal tersebut, kualitas implementasi program akan sulit berkembang secara optimal. Temuan ini sejalan dengan Siswati et al. (2025) yang menegaskan bahwa pelatihan dan pendampingan berkelanjutan meningkatkan kesiapan dan kinerja kader, namun perlu diiringi dukungan sistem pelayanan kesehatan yang memadai.

Kendala yang Dihadapi Kader Posyandu

Kendala dalam pelaksanaan ILP bersifat multidimensional, meliputi keterbatasan sarana dan prasarana, tempat pelayanan yang sempit, tingginya beban administrasi dan pencatatan, keterbatasan alat kesehatan, keterbatasan jumlah kader, serta ketidaktepatan insentif. Dalam perspektif Edwards

III (1980), keterbatasan sumber daya manusia, fasilitas, anggaran, dan sarana pendukung menyebabkan implementasi kebijakan berjalan tidak optimal meskipun pedoman telah dirancang dengan baik. Dalam kerangka Model Donabedian (1988), keterbatasan struktur pelayanan fasilitas dan alat kesehatan akan memengaruhi kualitas proses pelayanan yang diterima masyarakat, sejalan dengan temuan Siswati et al. (2025) mengenai keterbatasan logistik dan fasilitas sebagai hambatan utama ILP di tingkat posyandu.

Sistem pencatatan dan administrasi pelayanan menjadi kendala yang cukup dominan karena format kartu bantu dianggap rumit dan memperlambat pelayanan. Dalam teori sistem informasi kesehatan, sistem pencatatan yang terlalu kompleks dan tidak sesuai kapasitas pelaksana lapangan dapat menurunkan efektivitas pelayanan kesehatan (Lippeveld et al., 2000; WHO, 2021), sehingga sistem pencatatan idealnya disusun secara sederhana dan mudah dipahami kader. Selain itu, keterbatasan jumlah kader dibandingkan beban pelayanan yang meningkat sejalan dengan teori beban kerja (workload theory) yang menyatakan bahwa ketidakseimbangan antara jumlah pelaksana dan volume pekerjaan dapat menurunkan kualitas pelayanan dan motivasi kerja (Bowling, 2014; Marquis & Huston, 2017). Faktor insentif yang tidak rutin turut memengaruhi motivasi kader, sejalan dengan teori motivasi Herzberg (Herzberg et al., 2017; Franco et al., 2018) yang menempatkan penghargaan dan kesejahteraan kerja sebagai faktor penting kepuasan dan motivasi kerja.

Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer

Faktor pendukung utama ILP adalah kerja sama dan kekompakan antar-kader, yang dalam perspektif teori modal sosial (social capital theory) (Putnam, 2000; Coleman, 1988) merupakan modal sosial penting yang meningkatkan efektivitas pelaksanaan program berbasis komunitas. Dukungan tenaga kesehatan puskesmas dan bidan desa melalui pembinaan, supervisi, dan pendampingan juga menjadi faktor pendukung penting, sejalan dengan teori strengthening health system (WHO, 2021; Kruk et al., 2021) yang menekankan pentingnya dukungan sistem kesehatan yang kuat bagi pelaksana di tingkat komunitas. Partisipasi masyarakat dan dukungan pemerintah desa turut menjadi faktor pendukung yang relevan dengan teori promosi kesehatan (Nutbeam & Muscat, 2021) dan teori governance kesehatan masyarakat (Frenk & Moon, 2019; WHO, 2021) yang menekankan pentingnya kolaborasi lintas sektor.

Sebaliknya, faktor penghambat meliputi keterbatasan sarana dan prasarana, kompleksitas administrasi pelayanan, keterbatasan kapasitas dan jumlah kader, kurang optimalnya kesejahteraan kader, serta partisipasi masyarakat dan dukungan pemerintah desa yang belum merata. Faktor-faktor ini saling berkaitan dan menegaskan bahwa keberhasilan ILP sangat dipengaruhi oleh kemampuan sistem pelayanan kesehatan dalam memperkuat faktor pendukung sekaligus mengurangi faktor penghambat secara berkelanjutan.

Strategi Penguatan Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer

Berdasarkan temuan penelitian, strategi penguatan ILP perlu dilakukan secara komprehensif dan terpadu, mencakup beberapa pendekatan berikut.

Peningkatan Kapasitas dan Kompetensi Kader

Strategi ini mencakup pelatihan rutin dan berjenjang terkait ILP, simulasi praktik pelayanan terpadu, pendampingan langsung oleh petugas puskesmas, penyediaan modul dan media edukasi sederhana, serta evaluasi berkala terhadap kemampuan kader. Dalam teori capacity building (Morgan, 2006; Siswati et al., 2025), pendekatan ini relevan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan teknis kader secara berkelanjutan.

Penguatan Dukungan Sistem Pelayanan Kesehatan

Strategi ini meliputi penyediaan fasilitas posyandu yang lebih representatif, pengadaan alat kesehatan sesuai kebutuhan pelayanan lintas siklus hidup, penyediaan media edukasi, penyederhanaan sistem pencatatan dan pelaporan, serta penguatan supervisi dan monitoring puskesmas secara berkala (WHO, 2021; Kruk et al., 2021; Lippeveld et al., 2000).

Penguatan Peran Puskesmas dan Supervisi Pelayanan

Strategi ini mencakup peningkatan frekuensi supervisi dan pembinaan kader, pendampingan langsung pada posyandu dengan capaian rendah, penyediaan forum evaluasi rutin, penguatan koordinasi lintas program, serta pemberian umpan balik terhadap hasil pelayanan kader. Pendekatan

supportive supervision (Marquez & Kean, 2018; Hill et al., 2020) dinilai mampu meningkatkan motivasi, kemampuan, dan rasa percaya diri kader.

Pemberdayaan dan Partisipasi Masyarakat

Strategi ini meliputi penyuluhan kesehatan berbasis kebutuhan masyarakat, kunjungan rumah bagi sasaran yang tidak aktif, pelibatan tokoh masyarakat dan tokoh agama, pemberian penghargaan bagi masyarakat yang aktif, serta pengembangan kegiatan posyandu yang lebih menarik dan inovatif (WHO, 2021; Susanti et al., 2024).

Penguatan Dukungan Pemerintah Desa dan Lintas Sektor

Strategi ini mencakup pengalokasian dana desa untuk kegiatan posyandu, pembentukan forum koordinasi kesehatan desa, pelibatan PKK dan organisasi desa, dukungan insentif kader, serta pengembangan program kesehatan berbasis kebutuhan lokal (Frenk & Moon, 2019; WHO, 2021).

Penguatan Motivasi dan Kesejahteraan Kader

Strategi ini meliputi pemberian insentif kader secara rutin dan tepat waktu, penghargaan bagi kader aktif dan berprestasi, penguatan dukungan sosial dan emosional, pelibatan kader dalam pengambilan keputusan program, serta pengembangan kegiatan peningkatan kapasitas yang bersifat apresiatif dan partisipatif, sejalan dengan teori motivasi Herzberg (Herzberg et al., 2017; Franco et al., 2018).

Secara keseluruhan, keenam strategi tersebut tidak dapat dilaksanakan secara parsial, melainkan harus dilakukan secara terpadu melalui kolaborasi puskesmas, pemerintah desa, kader, dan masyarakat agar pelaksanaan ILP dapat berjalan lebih optimal, efektif, dan berkelanjutan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat berbasis komunitas.

KESIMPULAN

Pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) oleh kader posyandu di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bunga Mayang telah berjalan sebagai bagian dari transformasi pelayanan kesehatan primer berbasis masyarakat, namun masih berada pada tahap adaptasi dan belum sepenuhnya optimal sesuai pedoman yang ditetapkan. Tingkat pemahaman kader terhadap konsep ILP masih bervariasi, sementara kader pada dasarnya telah menjalankan tanggung jawab pelayanan dasar dengan cukup baik meskipun kapasitas teknisnya masih dipengaruhi oleh keterbatasan pelatihan dan pendampingan berkelanjutan. Kendala utama yang dihadapi meliputi keterbatasan pemahaman dan keterampilan kader, kesulitan pencatatan dan pelaporan, serta keterbatasan sarana, prasarana, alat kesehatan, dan logistik pelayanan. Faktor pendukung utama mencakup dukungan puskesmas, dukungan pemerintah desa, semangat pengabdian kader, dan partisipasi masyarakat, sedangkan faktor penghambat meliputi keterbatasan fasilitas, kurangnya pemerataan pelatihan, rendahnya pemahaman sebagian masyarakat, dan keterbatasan sistem administrasi. Strategi penguatan yang direkomendasikan berfokus pada peningkatan kapasitas kader secara terstruktur dan berkelanjutan, penguatan supervisi puskesmas, penyediaan sarana dan prasarana yang memadai, penyederhanaan sistem pencatatan dan pelaporan, serta penguatan koordinasi lintas program dan lintas sektor.

Bagi UPTD Puskesmas Bunga Mayang, disarankan untuk menyusun alur pelayanan ILP yang lebih sistematis dan seragam di setiap posyandu, melakukan monitoring dan evaluasi berkala, meningkatkan program pelatihan kader secara terstruktur dan berbasis kebutuhan lapangan, serta melakukan pendampingan dan supervisi rutin kepada kader.

Bagi Puskesmas dan pemerintah desa, disarankan untuk meningkatkan ketersediaan sarana, prasarana, alat kesehatan sederhana, dan media edukasi, menyederhanakan sistem pencatatan dan pelaporan, memperkuat dukungan anggaran operasional posyandu, serta memperkuat pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan promotif dan preventif berbasis komunitas.

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melakukan penelitian dengan cakupan yang lebih luas terkait efektivitas pelaksanaan ILP di berbagai wilayah, termasuk mengkaji hubungan antara kapasitas kader, dukungan sistem pelayanan kesehatan, dan tingkat keberhasilan pelayanan kesehatan primer berbasis komunitas, serta mengidentifikasi model pembinaan kader yang paling efektif untuk mendukung keberlanjutan implementasi ILP..

REFERENCES

Ayanian, J.Z. & Markel, H. (2016) 'Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality', The New England Journal of Medicine, 375(3), pp. 205–207.

Bowling, A. (2014) Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services. 4th edn. Maidenhead: Open University Press.

Coleman, J.S. (1988) 'Social Capital in the Creation of Human Capital', American Journal of Sociology, 94, pp. S95–S120.

Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2018) Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. 4th edn. Thousand Oaks: Sage Publications.

Denzin, N.K. (2012) 'Triangulation 2.0', Journal of Mixed Methods Research, 6(2), pp. 80–88.

Donabedian, A. (1988) 'The Quality of Care: How Can It Be Assessed?', JAMA, 260(12), pp. 1743–1748.

Edwards III, G.C. (1980) Implementing Public Policy. Washington DC: Congressional Quarterly Press.

Franco, L.M., Bennett, S. & Kanfer, R. (2018) 'Health Sector Reform and Public Sector Health Worker Motivation', Social Science & Medicine, 54(8), pp. 1255–1266.

Frenk, J. & Moon, S. (2019) 'Governance Challenges in Global Health', The New England Journal of Medicine, 368(10), pp. 936–942.

Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (2021) Health Behavior: Theory, Research, and Practice. 6th edn. San Francisco: Jossey-Bass.

Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006) 'How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability', Field Methods, 18(1), pp. 59–82.

Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B.B. (2017) The Motivation to Work. New York: Routledge.

Hill, Z., Dumbaugh, M., Benton, L. et al. (2020) 'Supervising Community Health Workers in Low-Income Countries', Global Health Action, 7(1), pp. 1–13.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023) Pedoman Integrasi Layanan Primer. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kok, M.C., Dieleman, M., Taegtmeyer, M. et al. (2015) 'Which Intervention Design Factors Influence Performance of Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries?', Health Policy and Planning, 30(9), pp. 1207–1227.

Kruk, M.E., Gage, A.D., Arsenault, C. et al. (2021) 'High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era', The Lancet Global Health, 6(11), pp. e1196–e1252.

Lippeveld, T., Sauerborn, R. & Bodart, C. (2000) Design and Implementation of Health Information Systems. Geneva: World Health Organization.

Marquez, L. & Kean, L. (2018) Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems. Washington DC: USAID.

Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2017) Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application. 9th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Miles, M.B., Huberman, A.M. & Saldaña, J. (2014) Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook. 3rd edn. Thousand Oaks: Sage Publications.

Morgan, D.L. (2006) Focus Groups as Qualitative Research. 2nd edn. Thousand Oaks: Sage Publications.

Nugroho, R. (2021) Public Policy: Dinamika Kebijakan Publik, Analisis Kebijakan Publik dan Manajemen Politik Kebijakan Publik. Jakarta: Elex Media Komputindo.

Nurrizka, R.H. et al. (2021) 'Pengetahuan dan Kinerja Kader Posyandu dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak', Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia.

Nutbeam, D. & Muscat, D.M. (2021) Health Promotion Glossary 2021. Geneva: World Health Organization.

Perry, H.B. & Zulliger, R. (2018) 'How Effective Are Community Health Workers?', Annual Review of Public Health.

Putnam, R.D. (2000) Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster.

Setyoningrum, A., Liyanovitasari & Aryanti, R. (2025) 'Pemahaman Kader terhadap Integrasi Layanan Primer di Tingkat Desa', Jurnal Promosi Kesehatan.
Siswati, T. et al. (2025) 'Hambatan Implementasi Integrasi Layanan Primer di Posyandu', Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia.
Suryani, L. et al. (2020) 'Tingkat Pengetahuan Kader Posyandu tentang Program Kesehatan', Jurnal Kesehatan Masyarakat.
Susanti, R., Wulandari, D. & Pratiwi, A. (2024) 'Pemberdayaan Kader dan Partisipasi Masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan Primer Berbasis Komunitas', Jurnal Kesehatan Masyarakat.
World Health Organization (2018) Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO.
World Health Organization (2020) Primary Health Care: Closing the Gap Between Public Health and Primary Care Through Integration. Geneva: WHO.
World Health Organization (2021) Health System Strengthening Glossary. Geneva: WHO.
Wulandari, S. & Arifin, Z. (2022) 'Kesiapan Kader Posyandu terhadap Integrasi Layanan Primer', Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat.