BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Pemerintah daerah merupakan bagian dari organisasi publik. Dimana dalam menjalankan tugasnya, pemerintah daerah menjalankan fungsi – organisasi dalam pemberian pelayanan publik. Organisasi sebagai suatu proses perencanaan yang meliputi penyusunan, pengembangan dan pemeliharaan suatu struktur atau pola hubungan kerja dari orang- orang dalam suatu kerja kelompok dalam (Maniagasi, 2018). Organisasi juga dapat diartikan sebagai perserikatan orang- orang yang masing-masing diberi peran tertentu dalam suatu sistem kerja dan pembagian tugas-tugas (Soffer) (Maniagasi *et al.*, 2018).

Kapasitas organisasi merupakan bagian dari kajian administrasi publik. dimana teori dan konsep kapasitas organisasi ini erat kaitannya dengan peningkatan efisiensi, efektivitas, serta akuntabilitas organisasi publik. Dalam paradigma New Public Management (NPM), kapasitas organisasi menjadi perhatian utama, karena pendekatan ini menekankan pentingnya meningkatkan efisiensi dan efektivitas sektor publik melalui prinsip-prinsip yang diadopsi dari sektor swasta. NPM melihat kapasitas organisasi sebagai alat untuk memastikan bahwa lembaga publik mampu memenuhi tuntutan layanan yang lebih cepat, lebih murah, dan lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat (Pollit and Bouckaert, 2017).

Dalam paradigma governance (dan lebih lanjut good governance), kapasitas organisasi menjadi elemen kunci dalam memastikan adanya tata kelola yang baik. Good governance menekankan pentingnya transparansi, akuntabilitas, partisipasi, dan inklusivitas dalam pengelolaan organisasi publik. Untuk mencapai prinsip-prinsip tersebut, organisasi publik harus memiliki kapasitas yang memadai, baik dari sisi kelembagaan, sumber daya manusia, maupun pengelolaan kebijakan. Governance melihat pembangunan kapasitas sebagai upaya untuk memperkuat kemampuan organisasi dalam berkoordinasi dengan aktor-aktor lain di luar pemerintahan (seperti sektor swasta dan masyarakat sipil), memastikan keterlibatan masyarakat, serta menjaga keberlanjutan jangka panjang (United Nations, 2016).

Kajian pengembangan kapasitas secara umum disepakati pada wilayah individu dan organisasi, walaupun pada dimensi yang lebih luas mengalami sedikit perbedaan. Namun, jika diteliti secara seksama, konteks sistem (Brown and Duguid, 2001; Morison, 2011), lingkungan (OECD, 2008), Institusi (Grindle, 1997; Horton *et al.*, 2003) memilki orientasi yang sama yakni bagaimana dimensi individu dan organisasi dapatberinteraksi dengan lingkungan dalam mengembangkan system serta komunitas merupakan lingkungan organisasi dan organisasi tersebut. Bahkan pada dimensi reformasi institusi g menurut Dill (2000) memiliki fokus pada institusi dan sistem ıng bersifat makro (Dill, 2000). Konsep Grindle tersebut tidak ıng disebutkan Horton (2003) dengan konsep institusi nasional hi level mikro (individu dan kelompok) ataupin level meso *et al.*, 2003).

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Pada level mikro yang berfokus pada individu dan kelompok, pengembangan kapasitas diarahkan pada pemenuhan sumber daya profesional dan teknis (Grindle, 1997; Dill, 2000; Horton *et al.*, 2003). Gagasan ini diperkuat oleh (Klingner, 2015) yang menekankan bahwa proses profesionalisasi— yang dicirikan oleh keahlian yang tersertifikasi, kurikulum pendidikan dan pelatihan yang terstruktur, serta penerapan kode etik—dapat meningkatkan kapasitas organisasi publik. Aspek-aspek profesional seperti keterampilan, pelatihan, dan integritas etika ini kemudian menjadi kriteria kunci pada level individu, yang pada akhirnya berkontribusi langsung terhadap peningkatan kinerja individu dan efektivitas organisasi secara keseluruhan (Behrman, 2006).

Di level meso yakni organisasi, fokus pengembangan kapasitas pada sistem manajemen yang berusaha meningkatkan kinerja pada tugas dan fungsi yang spesifik (Grindle, 1997; Dill, 2000; Horton *et al.*, 2003). Di sisi lain, (Bardou *et al.*, 2003) fokus pada pencapaian efektivitas organisasi melalui tiga kategori yakni misi atau orientasi publik, kepemimpinan dan desain tugas atau lingkungan pekerjaan. Sedangkan pada level pengembangan kapasitas yang lebih luas yakni Makro terdiri dari beberapa pendapat. Sebagai contoh adalah level reformasi institusi atau institusi nasional yang memiliki fokus pada kajian institusi atau sistem yang ada (Grindle, 1997; Dill, 2000; Horton *et al.*, 2003). Selain itu menurut (Ulleberg *et al.*, 2009), hasil yang diharapkan dengan adanya penguatan kapasitas adalah penguatan individu, organisasi dan masyarakat, terbentuknya model pengembangan kapasitas dan program, dan terbangunnya sinergisitas pelaku dan kelembagaan.

Berdasarkan uraian tersebut, berikut ini disajikan dimensi atau level pengembangan kapasitas organisasi menurut para ahli:

Table 1. Dimensi kajian pengembangan kapasitas

Pendapat ahli	**Dimensi Kajian**		
	Mikro	**Meso**	**Makro**
(Grindle, 1997)	Individu	Organisasi	Reformasi institusi
(Brown and Duguid, 2001)	Individu, kelompok	Organisasi	Sistem
(Morison, 2011)	Individu	Organisasi	Sistem
(Banyan, 2007)	individu	Organisasi	Komunitas, pemerintah
(Horton *et al.*, 2003)	Individu, kelompok	Organisasi	Institusi nasional
(OECD, 2008)	Individu	Organisasi	Lingkungan
(Araya-Quesada *et al.*, 2010)	Individu, kelompok	Organisasi	Sistem

e, 1997; Brown and Duguid, 2001; Horton *et al.*, 2003; Banyan,)8; Araya-Quesada *et al.*, 2010; Morison, 2011), diolah penulis

ini menunjukkan bahwa dimensi dari pengembangan kapasitas ımun memiliki titik temu dan kesamaan. Pada dasarnya kapasitas rupakan kajian yang tidak bisa dilepaskan dari konteks sember

Optimized using
trial version
www.balesio.com

daya manusia dan lingkungan organisasi. Mengingat orientasi peningkatan kemampuan merupakan bentuk dari tanggung jawab pemberi layanan terhadap penerima layanan, maka kapasitas organisasi juga harus dipahami di semua level baik individu, oganisasi dan sistem yang didukung oleh jaringan kerja yang memiliki kepentingan terhadap pelayanan pendidikan anak berkebutuhan khusus, yang membutuhkan respon beragam sesuai dengan kondisi yang dimiliki.

Dalam perkembangannya, konsep kapasitas organisasi memiliki banyak sudut pandang menurut para ahli. Ada yang menjelaskan bahwa makna kapasitas hanya sebagai masalah akuisisi sumber daya atau dana (Kushner and Poole, 1996). Pendapat lain menjelaskan bahwa kapasitas mencakup setiap kualitas yang dapat menghambat atau mempromosikan keberhasilan dalam mencapai tujuan organisasi (Chaskin, 2001). Di sisi lain, kapasitas organisasi terkadang didefinisikan sebagai kualitas internal organisasi, yang terdiri dari sumber daya manusia dan modal (Brinkerhoff, 2005) dan pada pendapat lain dianggap sebagai konsep dengan dimensibaik internal maupun eksternal, misalnya dukungan keuangan eksternal, jaringan hubungan yang mendukung, sumber pelatihan, dan dukungan politik (Forbes, Hill and Lynn, 2006).

Konsep kapasitas organisasi dalam perkembangannya ditandai oleh beragam perspektif dari para ahli. Spektrum pemahaman mengenai konsep ini sangat luas, mulai dari definisi yang sempit, seperti yang diungkapkan (Kushner and Poole, 1996) yang menyamakannya dengan akuisisi sumber daya atau dana, hingga cakupan yang lebih luas. (Chaskin, 2001) misalnya, mendefinisikan kapasitas sebagai segala factor, baik yang bersifat penghambat maupun pendorong yang mempengaruhi pencapaian tujuan organisasi. Sementara itu, (Brinkerhoff, 2005) memusatkan perhatian pada aspek internal dengan menyatakan bahwa kapasitas organisasi merupakan kualitas internal yang terdiri dari sumber daya manusia dan modal. Di sisi lain, (Forbes, Hill and Lynn, 2006) memperluas pandangan ini dengan memasukkan dimensi eksternal, seperti dukungan keuangan, jejaring kolaborasi, akses pelatihan, dan legitimasi politik.

Pengembangan kapasitas organisasi bersifat multidimensional dan dapat dikategorikan ke dalam beberapa fungsi. (Eisinger, 2002) mengidentifikasi elemen-elemen kunci kapasitas organisasi sosial, yang meliputi sumber daya, kepemimpinan, kompetensi staf, serta kelembagaan dan relasi eksternal. Sementara itu, (Ingraham, Joyce and Donahue, 2003) memetakan kapasitas organisasi pemerintah ke dalam empat subsistem manajemen: keuangan, sumber daya manusia, modal, dan teknologi informasi.

(Horton *et al.*, 2003) menyederhanakan konsep ini dengan mengelompokkannya ke dalam tiga ranah: sumber daya, pengetahuan, dan proses. Lebih lanjut, mereka membedakan antara kapasitas sumber daya dasar (seperti staf, infrastruktur, teknologi, dan pembiayaan) dan kapasitas manajemen (seperti [illegible]egis, manajemen program, dan jejaring kolaborasi).

[illegible] and Gazley, 2008) menjelaskan bahwa kapasitas organisasi [illegible](1) infrastruktur organisasi, (2) sumber daya manusia, (3) sumber [illegible] sistem manajemen dan (4) karakteristik politik dan permintaan [illegible]ngan eksternal. Beberapa factor di atas sebagai sintesis dan cara [illegible]n pemahaman variabel-variabel pengembangan kapasitas

Optimized using
trial version
www.balesio.com

organisasi secara lebih operasional. (Christensen and Gazley, 2008) menjelaskan bahwa terdapat kesulitan dalam mendefinisikan pengembangan kapasitas organisasi terletak pada beberapa kualitas pemahaman baik sebagai input atau sumber daya dan proses. Pendapat ini diperkuat oleh (Sowa, Selden and Sandfort, 2004) yang menerangkan bahwa kapasitas terbaik dilihat sebagai konsep yang terdiri dari struktur dan proses.

Dari beberapa pendapat diatas, peneliti mencoba untuk menghubungan factor-faktor yang menjadi acuan dalam pengukuran kapasitas organisasi dengan level aktivitas organisasi menurut (Thompson, 2003). Beberapa faktor yang telah disebutkan oleh beberapa ahli di atas seperti (Eisinger, 2002; Horton *et al.*, 2003; Christensen and Gazley, 2008) secara konsep dapat di kelompokkan ke dalam tiga level aktivitas organisasi sebagaimana yang dikemukakan oleh (Thompson, 2003) yakni level teknis, level manajerial dan level institusi. Ketiga pendapat di atas dijadikan sebagai rujukan dalam menetapkan faktor-faktor yang akan dianalisis lebih jauh dalam penelitian ini. Tabel berikut akan menjelaskan secara singkat terkait analisa tersebut.

Table 2. Klasifikasi Kapasitas Organisasi berdasarkan Level Aktivitas

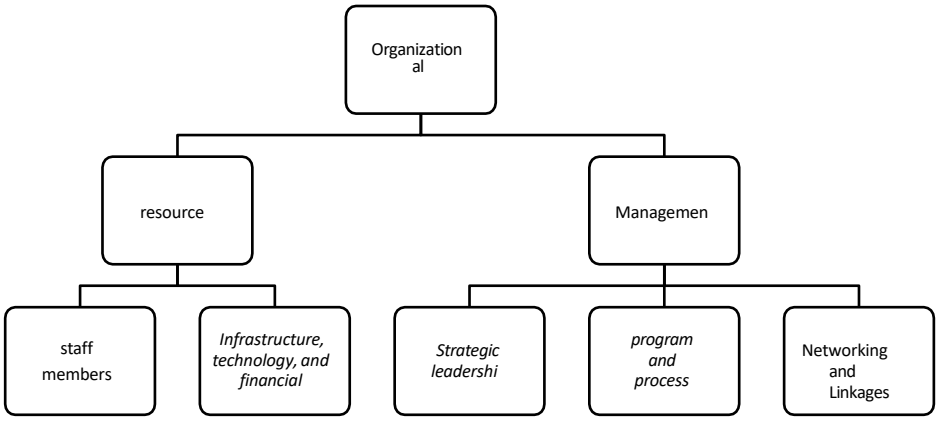
Level aktivitas	(Eisinger, 2002)	(Horton *et al.*, 2003)	(Christensen and Gazley, 2008)
teknis	Sumber daya, keterampilan dan kecukupan staf	Staff, infrastruktur, teknologi dan pembiayaan	Sumberdaya manusia, infrastruktur, Keuangan dan kondisi eksternal
Manajerial	Kepemimpinanyang efektif	Kepemimpinan strategis, programdan proses manajemen	Sistem manajemen
Institusional	Kelembagaan dan hubungan eksternal	Jejaring danketerkaitan	Karakteristik politik, permintaan pasar

Sumber : (Eisinger, 2002; Horton *et al.*, 2003; Christensen and Gazley, 2008)

Tabel ini menunjukkan bahwa secara umum beberapa teori yang membahas terkait aktivitas dalam klasifikasi kapasitas organisasi terbagi menjadi 3 level aktivitas yakni teknis, manajerial dan institusional. Ketiga hal ini menjadi instrument penting dalam pengukuran kapasitas organisasi.

Kapasitas organisasi merujuk pada kompetensi suatu organisasi dalam asalahan dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang men fundamental dalam keberlangsungan organisasi. Dalam daerah, teori yang dikemukakan oleh (Horton *et al.*, 2003) dinilai sebut mengelompokkan kapasitas organisasi ke dalam dua yakni kapasitas sumber daya dan kapasitas manajemen, rasikan pada gambar berikut:

Optimized using
trial version
www.balesio.com



Sumber : (Horton *et al.*, 2003)

Gambar 1. Teori Kapasitas Organisasi

Gambar tersebut menunjukkan bahwa secara keseluruhan kapasitas organisasi bergantung pada resources (sumber daya manusia, sumber daya fisik, keuangan, dan teknologi) serta pada management (kepemimpinan, program dan manajemen proses, dan jaringan kerjasama dan hubungan dengan pihak lain.

a. Sumber Daya Manusia (staff members/personel), merupakan faktor utama penggerak dari aktivitas organisasi untuk mencapai tujuan organisasi. SDM meliputi kualitas, kualifikasi, kuantitas dalam menangani berbagai kendala/permasalahan dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
b. Infrastruktur, Teknologi, dan Sumber Daya Keuangan (*infrastructure, technology, and financial resources*), merupakan segala sarana dan prasarana yang dipergunakan untuk menunjang kelancaran proses kegiatan, serta anggaran yangdibutuhkan.
c. Kepemimpinan Strategis (*Strategic leadership*), kepemimpinan dalam organisasi memegang peranan yang sangat penting dalam mengarahkan tujuan organisasi. Hal ini mengacu pada pada atasan untuk mengarahkan organisasi melalui visi, misi yang jelas, mampu bekerjasama dengan pegawai, serta memberikan informasi yang diperlukan untuk mewujudkan visi dan misi.
d. Program dan Manajemen Proses (*program and process management*), yaitu mekanisme yang menunjukkan bahwa para pegawai baik secara individu maupun kelompok dalam organisasi dapat melaksanakan pekerjaan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Program dapat dilihat dari hasil kinerja organisasi dalam menjalankan program yang ditetapkan dalam pengelolaan di Dinas terkait. Sedangkan manajemen proses menyangkut organisasi mendukung program yang ditetapkan. Manajemen t dilihat dari problem solving dan monitoring and evaluation.

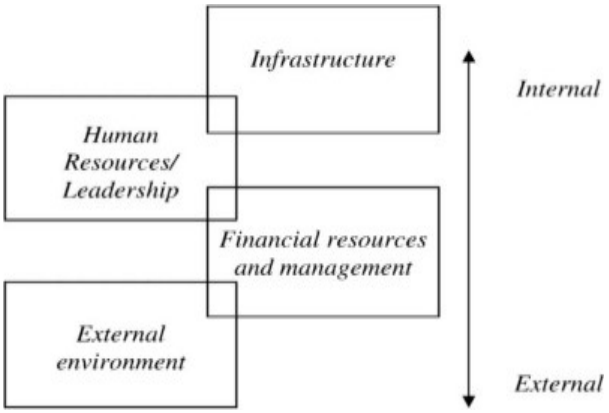
ama dan Hubungan dengan pihak lain (Networking and Linkages), npuan organisasi untuk berinteraksi dan bekerja sama dengan tu dengan stakeholder dan mitra.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Christensen dan Gazley (2008) menjelaskan bahwa terdapat kesulitan dalam mendefinisikan pengembangan kapasitas organisasi terletak pada beberapa kualitas pemahaman baik sebagai input atau sumber daya dan proses. Pendapat ini diperkuat oleh Sowa et al. (2004) yang menerangkan bahwa kapasitas terbaik dilihat sebagai konsep yang terdiri dari struktur dan proses.

Adapun konsep kapasitas organisasi yang dikemukakan oleh Christensen dan Gazley (2008) sebagai berikut :

Gambar 2. Dimensi material dan spasial kapasitas organisasi



Sumber : Christensen & Gazley,2008

Dalam teori ini dijelaskan bahwa kapasitas organisasi sebagai fungsi dari (1) infrastruktur organisasi, (2) sumber daya manusia, (3) sumber daya keuangan dan sistem manajemen dan (4) karakteristik politik dan permintaan pasar sebagai lingkungan eksternal. Beberapa faktor di atas sebagai sintesis dan cara untuk memudahkan pemahaman variabel-variabel pengembangan kapasitas organisasi secara lebih operasional.

Adapun sebagaimana dikemukakan oleh Christensen & Gazley (2008) bahwa yang dimaksud indikator masing – masing yakni sebagai berikut

1) Infrastruktur dalam konteks kapasitas organisasi merujuk pada fasilitas fisik dan sistem pendukung yang memungkinkan organisasi menjalankan fungsinya secara efektif. Infrastruktur yang memadai mendukung efisiensi operasional, komunikasi, serta kelangsungan layanan yang diberikan organisasi.
2) Sumber daya keuangan dan sistem manajemen dalam konteks kapasitas organisasi mengacu pada kemampuan organisasi dalam memperoleh, mengelola, dan mber daya keuangan secara efektif untuk mencapai tujuan dan ıjutan operasionalnya.

nanusia dalam konteks kapasitas organisasi merujuk pada nisasi dalam mengelola, mengembangkan, dan mempertahankan ıg kompeten untuk mencapai tujuan organisasi. Sumber daya erkualitas menjadi salah satu faktor kunci dalam meningkatkan nerja organisasi.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

4) lingkungan eksternal dalam konteks kapasitas organisasi merujuk pada faktor-faktor di luar organisasi yang dapat mempengaruhi kemampuan organisasi dalam mencapai tujuannya. Faktor eksternal ini menciptakan peluang dan hambatan yang berpengaruh terhadap efektivitas organisasi

Kapasitas pemerintah daerah masih bersifat variatif, bahkan menjadipenyebab kurang optimalnya penanganan masalah di daerah. Penelitian (Rahman, Febrian and Wijaya, 2023) menemukan bahwa masih relatif tingginya kasus kekerasan terhadap anak diKabupaten Rokan Hilir disebabkan karena belum terpenuhinya kapasitas pemerintah daerah Kabupaten Rokan Hilir dalam melaksanakan perlindungan anak yang dilihat dari dimensi kapasitas sumber daya manusia, kapasitas finansial, kapasitas organisasi, dan kapasitas jaringan. Temuan ini sejalan dengan penelitian (Oktavia and Nurasa, 2024) yang menunjukkan bahwa belum optimalnya kapasitas organisasi yang terlihat dari kurangnya sarana dan prasarana yang ada sehingga pelayanan publik yang diberikan masih belum efektif dan efisien, sumber daya manusia masih belum memahami tugas pokok dan tugasnya, belum mampu menyelesaikan tugasnya tepat waktu serta kurangnya transparansi dan lemahnya komunikasi dengan warga mengenai program pembangunan di Desa Mekarsari sehingga terjadi kesalahpahaman dalam rencana pembangunan yang dilakukan di Desa. Hal yang tidak jauh beda juga berdasarkan temuan pada penelitian (Odelia, 2018) dimana peningkatan kapasitas organisasi melalui sistem informasi manajemen rumah sakit masih mempunyai kendala pada aspek sarana dan prasarana. Oleh sebab itu, perlu adanya peningkatan kapasitas organisasi dalam mengupayakan penerapan sistem informasi manajemen rumah sakit agar dapat berjalan secara optimal.

Bidang kesehatan merupakan salah satu sektor yang membutuhkan kapasitas pemerintah yang kompeten dan kapabel. Hal ini dikarenakan kompleksitas masalah dan tingginya permintaan layanan oleh masyarakat. Salah satu upaya pemerintah dalam perbaikan layanan yakni penguatan pada pelayanan dasar.

Konsep Pelayanan Kesehatan Primer (Primary Health Care/PHC) pertama kali diperkenalkan secara global dalam Konferensi Internasional tentang Primary Health Care tahun 1978, yang menghasilkan Deklarasi Alma-Ata di Kazakhstan (WHO, 1978). Empat dekade setelah deklarasi bersejarah tersebut, kemajuan dan relevansi PHC dikukuhkan kembali melalui Konferensi Global yang melahirkan Deklarasi Astana pada tahun 2018. Deklarasi Astana menegaskan bahwa penguatan pelayanan kesehatan primer merupakan pendekatan yang paling inklusif, efektif, dan efisien untuk memajukan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Lebih lanjut, deklarasi ini menempatkan PHC sebagai fondasi utama untuk mewujudkan cakupan kesehatan semesta (universal health coverage) dan tujuan pembangunan berkelanjutan atau *sustainable development goals* (SDGs) (Walraven, 2019).

alth Care (PHC) ini merupakan strategi yang diterapkan di erbagai negara di dunia telah menerapkan strategi penguatan n primer yang menunjukkan hasil positif, diantaranya :

eo pada tahun 2019 diaporkan bahwa negara Kuba memulai endekatan "*basic health team*" yang setiap timnya mengampu 80-ejak tahun 1984. Tim awalnya terdiri dari satu orang dokter dan

Optimized using
trial version
www.balesio.com

satu perawat, kemudian bertambah dengan tenaga kesehatan masyarakat. Tim tersebut melakukan kunjungan rumah tidak hanya menunggu orang yang sakit datang ke klinik sebab kondisi medis tertentu dapat ditemukan sebelum menjadi parah. Disamping itu, mereka juga melakukan kunjungan rumah untuk mengingatkan minum obat, berolahraga dan memantau pola makan keluarga. Kunjungan dilakukan setidaknya dua kali sebulan baik pada kondisi keluarga sehat maupun sakit. Pendekatan ini tidak sepenuhnya diterima oleh masyarakat, beberapa keluarga merasa terganggu privasinya dengan adanya kunjungan rumah. Data dan informasi yang diperoleh dari kunjungan rumahdikumpulkan untuk selanjutnya dipaparkan dalam *local meeting* bersama kelompok komunitas, maupun pada konferensi tingkat lokal, regional sampai nasional (Pineo, 2019).

b) Negara India, mulai menetapkan *The National Health Policy* pada tahun 2017 yangmerekomendasikan penguatan PHC dan berkomitmen mengalokasikan dua pertiga anggaran kesehatan pada PHC. Pada tahun 2018, India menerapkan program Ayushman Bharat yang terdiri dari dua komponen yang saling melengkapi yaitu komponen skema asuransi bagi individu miskin dan rentan untuk memperoleh pelayanan sekunder dan tersier, serta *Health and Wellness Centres* (HWCs) untuk memberikan *Comprehensive Primary Health Care* (cPHC). HWCs merupakan transformasi *Sub Health Centres* dan *Primary Health Centres* yang telah ada dan Pemerintah mentargetkan tersedia
150.000 HCW's pada tahun 2022 (Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2018). Tingkat *Sub Health Center* mencakup populasi 3000-5000 penduduk. sumber daya yang disiapkan di tingkat ini adalah tim yang terdiri dari setidaknya tiga pemberi layanan, satu orang *mid- level provider*, dua *multi- purpose worker*. Menurut WHO, *mid-level health providers* (MLPs) adalah tenaga kesehatan dari hasil pendidikan 2-3 tahun dan memiliki kewenangan untuk melakukan diagnosis, penanganan penyakit serta pelayanan promotif dan preventif. Sebelumnya, India lebih berfokus pada cakupan kesehatan ibu dan anak serta penyakit menular tertentu, namun inisiatif Ayushman Bharat untuk cPHC dilakukan berdasarkan transisi epidemiologis yang terjadi (Ved *et al.*, 2019).

c) Negara Thailand. *Primary Health Care* telah diterapkan di Thailand selama empat dekade melalui jejaring pusat kesehatan dan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan esensial serta upaya promotif dan preventif dengan melibatkan sukarelawan kesehatan di desa (*village health volunteers*/VHVs) (PHCPI, 2018b). Tugas VHVs meliputi serangkaian upaya kesehatan masyarakat, termasuk melalui kunjungan rumah antara lain untuk melakukan edukasi kesehatan, surveilans dan pencegahan demam berdarah, kesehatan ibu dan anak, penyakit tidak menular, perawatan lansia, serta melakukan rujukan [illegible]gkat interpersonal, VHVs membantu individu dalam keluarga [illegible] masalah kesehatan melalui konseling. Disamping itu, VHVs juga [illegible] gumpulan data terkait insidens dan tren penyakit untuk kemudian [illegible]bagai dasar VHVs bersama petugas kesehatan setempat [illegible]ioritas dan melaksanakan program sesuai kebutuhan komunitas [illegible]015).

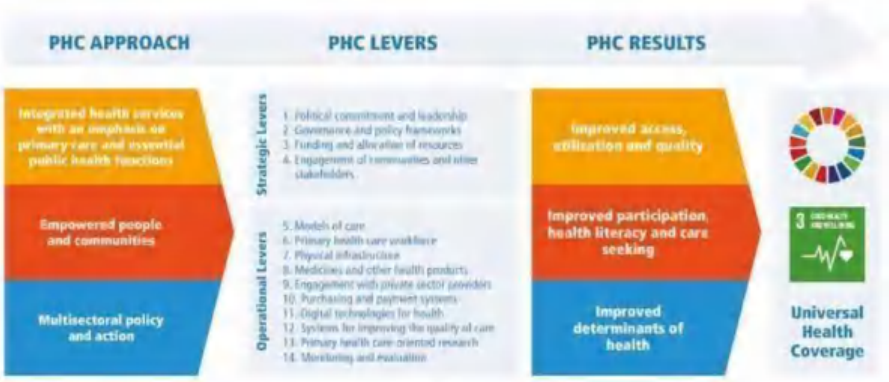
Optimized using
trial version
www.balesio.com

Implementasi Pelayanan Kesehatan Primer mengutamakan peningkatan kegiatan promotif dan preventif yang diperkuat oleh inovasi serta penerapan teknologi. Sejalan dengan hal tersebut, Badan Kesehatan Dunia (WHO) menganjurkan pendekatan Primary Health Care (PHC) yang dilaksanakan melalui tiga strategi inti, meliputi: integrasi layanan kesehatan pada tingkat individu dan masyarakat, pemberdayaan perorangan dan komunitas, serta penerapan kebijakan dan aksi yang melibatkan berbagai sektor. Integrasi layanan primer adalah proses penyatuan berbagai layanan kesehatan dasar agar dapat bekerja secara sinergis, meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan kepada pasien. Konsep ini bertujuan untuk menyatukan berbagaikomponen layanan kesehatan—termasuk dokter umum, spesialis, laboratorium, dan layanan farmasi—sehingga informasi pasien dapat dikelola dan diakses dengan lebih baik. Dalam implementasinya, integrasi ini membutuhkan dukungan dari teknologi seperti Electronic Medical Records (EMR) serta kolaborasi lintas sektor kesehatan (WHO, 2018).

Strategi global pelayanan kesehatan kini mengedepankan pendekatan yang berpusat pada individu (people-centred) dan terintegrasi guna mewujudkan layanan kesehatan yang komprehensif, responsif, dan terjangkau bagi beragam kebutuhan masyarakat. Pendekatan ini bertujuan untuk membekali setiap orang dengan pengetahuan dan dukungan yang memadai agar dapat mengambil keputusan serta berpartisipasi secara aktif dalam perawatan kesehatannya sendiri.

Dalam dokumen *Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision Into Action*, (WHO, 2020) mengemukakan teori perubahan PHC yang memuat tiga komponen PHC sebagai pendekatan, 14 pengungkit. Hasil yang dapat diwujudkan melalui PHC yaitu perbaikan akses, utilisasi dan kualitas; perbaikan partisipasi, literasi kesehatan dan perilaku pencarian layanan; perbaikan determinan kesehatan untuk mencapai SDGs dan UHC. Tiga komponen PHC yang saling terkait, seperti pada gambar berikut (WHO, 2020)

:



Sumber : (WHO, 2020)

ambar 3. Teori Perubahan Primary Health Care

ngungkit terdiri dari pengungkit strategis serta pengungkit anaan aksi dan intervensi pada pengungkit operasional saja tidak mewujudkan PHC tanpa pengungkit strategis. Pengungkit itmen politik dan kepemimpinan, kerangka kerja tata kelola dan

Optimized using
trial version
www.balesio.com

kebijakan, pendanaan dan alokasi sumber daya, serta pelibatan komunitas dan pemangku kepentingan lainnya. Sementara pengungkit operasional adalah model pelayanan, tenaga pelaksana layanan kesehatan primer, infrastruktur fisik, obat dan produk kesehatan lainnya, keterlibatan penyedia layanan sektor swasta, sistem pembelian dan pembayaran, teknologi digital, sistem untuk perbaikan kualitas layanan, penelitianberorientasi layanan kesehatan primer serta pemantauan dan evaluasi (WHO, 2020).

Di Indonesia, penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Puskesmas yang saat ini berjumlah 10.374 dengan 27.768 Puskesmas Pembantu bersama fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya dan 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 untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2022b).

Dalam Perpres Nomor 72 Tahun 2012 dimuat bahwa Sistem Kesehatan Nasional (SKN) disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, pemberian pelayanan kesehatan berkualitas yang berpihak kepada kepentingan dan harapan rakyat, kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, kepemimpinan, serta profesionalisme dalam pembangunan kesehatan. Salah satu subsistem dalam SKN adalah subsistem upaya kesehatan yang didefinisikan sebagai pengelolaan upaya kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, paripurna, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pelayanan kesehatan sendiri disebutkan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan, kualitas, dan bermanfaat (Presiden RI, 2012).

Salah satu agenda pembangunan Indonesia sebagaimana tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun
2020-2024 adalah meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing. Arah kebijakan dalam mewujudkannyaantara lain adalah dengan meningkatkan
an menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan
ın dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan
an preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi.
kesehatan sebagai salah satu strategi mencakup penguatan
an dasar yang antara lain difokuskan pada penguatan fungsi
gannya dalam upaya kesehatan masyarakat yang berkualitas dan

Optimized using
trial version
www.balesio.com

didukung peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, serta pembiayaan; optimalisasi penguatan pelayanan kesehatan dasar melalui pendekatan keluarga; revitalisasi posyandu dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat lainnya (Presiden Republik Indonesia, 2020).

Dalam dokumen Perubahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 disebutkan bahwa pandemi COVID-19 menegaskan kembali pentingnya agenda revitalisasi pelayanan kesehatan primer / *Primary Health Care* (PHC) yang tercantum dalam Deklarasi Astana. Sistem PHC yang tangguh akan memungkinkan sistem kesehatan suatu negara dengan cepat merespons pandemi dan bencana. Pelayanan kesehatan primer menjadi satu dari enam pilar transformasi kesehatan. Transformasi pelayanan kesehatan primer menuju penguatan dan peningkatan pelayanan yang lebih berkualitas merupakan strategi Kemenkes hingga tahun 2024. Sistem pelayanan kesehatan primer memiliki unsur penting yaitu pemberdayaan masyarakat melalui upaya peningkatan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalambidang kesehatan. Sistem ini juga harus memiliki kapasitas yang memadai dalam memberikan layanan primer (dasar) bagi masyarakat untuk membentuk perilaku hidup sehat, mencegah kejadian kesakitan dan mengurangi beban sistem rujukan yang membutuhkan pembiayaan yang sangat besar (Kemenkes RI, 2022a).

Penelitian *Foresight* untuk Menata Masa Depan Layanan Kesehatan Primer Indonesia menyebutkan bahwa dalam konteks Indonesia definisi yang paling mendekati dengan konsep PHC merupakan definisi Puskesmas berdasarkan Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, yaitu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upayakesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upayapromotif dan preventif di wilayah kerjanya. Dalam Permenkes tersebut disebutkan UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Adapun UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan. Puskesmas memiliki wewenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif serta menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait Puskesmas dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja untuk pemenuhan pelayanan kesehatan berdasarkan kebutuhan dan kondisimasyarakat. Berdasarkan karakteristik wilayah kerja, Puskesmas dikategorikan menjadi Puskesmas kawasan perkotaan, perdesaan, terpencil dan sangat terpencil yang ditetapkan oleh kepala daerah. [illegible]an Puskesmas diberikan terhadap kebutuhan dan permasalahan [illegible]an masyarakat di wilayah tersebut (Kemenkes RI, 2019).

[illegible]Puskesmas berdasarkan kawasan kerja menuntut penyesuaian [illegible] berbeda. Di kawasan perkotaan, prioritas diberikan pada UKM, [illegible]at diselenggarakan oleh Puskesmas maupun fasilitas kesehatan [illegible]wasan perdesaan, pelaksanaan UKM melibatkan partisipasi

Optimized using
trial version
www.balesio.com

masyarakat yang lebih besar, sedangkan UKP disediakan oleh Puskesmas dan fasilitas kesehatan masyarakat. Sementara itu, di kawasan terpencil dan sangat terpencil, pelayanan UKM dan UKP ditingkatkan dengan penambahan kompetensi dan kewenangan khusus bagi tenaga kesehatan, mengintegrasikan kearifan lokal, serta menerapkan model layanan bergerak atau sistem gugus pulau/klaster untuk menjangkau masyarakat. Secara keseluruhan, optimalisasi jejaring dan pendekatan layanan yang kontekstual menjadi kunci bagi setiap kawasan (Kemenkes RI, 2019).

Transformasi pelayanan kesehatan primer sebagai pilar pertama transformasi sistem kesehatan dilaksanakan melalui edukasi penduduk, pencegahan primer, pencegahan sekunder dan peningkatan kapasitas dan kapabilitas pelayanan kesehatan primer. Pilar transformasi pelayanan kesehatan primer mengacu pada strategi global pelayanan kesehatan yang berfokus padapendekatan siklus hidup (*people- centred*) secara terintegrasi untuk mewujudkanpelayanan kesehatan yang lebih komprehensif, responsif, dan terjangkau. Transformasi pelayanan kesehatan primer bertujuan untuk terwujudnya kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas, dengan sasaran strategis (Kemenkes RI, 2023) :

1) menguatnya promotif preventif di FKTP melalui Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan pendekatan keluarga
2) terpenuhinya sarana, prasarana, obat, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer
3) menguatnya tata kelola manajemen pelayanan kesehatan kolaborasi publik-swasta dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC).

Adapun fokus dari transformasi pelayanan kesehatan primer terdiri dari tiga hal (Kemenkes RI, 2023):

1) Menggunakan pendekatan siklus hidup sebagai dasar integrasi layanan dan penguatan upaya promotif-preventif.
2) Mendekatkan akses layanan dengan memperluas jejaring hingga tingkat desa/dusun untuk meningkatkan cakupan promosi, pencegahan, dan ketahanan terhadap pandemi.
3) Memperkuat sistem Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui penerapan dashboard pemantauan kondisi kesehatan per desa.

Adapun langkah implementasi integrasi layanan primer dilakukan melalui beberapa tahapan (Kemenkes RI, 2023) :

a. Infrastruktur Teknologi: Membangun sistem teknologi informasi yang dapat mendukung pengelolaan data pasien secara elektronik, seperti sistem Electronic Medical Records (EMR). Hal ini memungkinkan semua data pasien tersedia & dapat diakses secara real-time oleh tenaga kesehatan yang terlibat.
b. Pengembangan SDM: Melatih tenaga kesehatan untuk menggunakan sistem
ısi, baik di tingkat dokter, perawat, maupun staf administrasi. termasuk pemahaman tentang penggunaan EMR, protokol munikasi lintas fasilitas kesehatan.
arlembaga: Menyelaraskan kebijakan antara berbagai pemangku perti Kementerian Kesehatan, lembaga asuransi, rumah sakit, dan at bekerja dalam satu sistem yang sama.
ndar Nasional: Menetapkan standar nasional untuk format data

Optimized using
trial version
www.balesio.com

kesehatan dan alur layanan, termasuk penyamaan terminologi medis dan format rekam medis digital.

Penerapan integrasi layanan primer ini mulai diterapkan semua kabupaten/kota di Indonesia. Namun demikian capaian kualitas layanan masih rendah, dimana capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2023 masih rendah dari target 100%. Adapun secara detail sebagaimana tabel berikut :

Meningkat Menurun

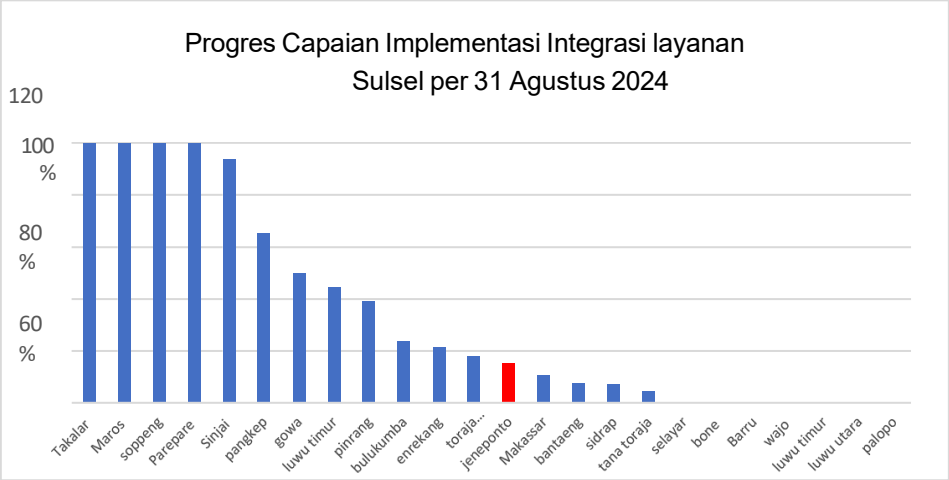
No	Indikator SPM	Capaian (%) 2020	2021	2022	2023	2024
1	Pelayanan kesehatan ibu hamil	84,51	82,54	75,83	83,27	**86,6**
2	Pelayanan kesehatan ibu bersalin	84,29	83,65	76,29	84,38	**89**
3	Pelayanan kesehatan bayi baru lahir	87,54	83,36	78,03	85,65	**95,4**
4	Pelayanan kesehatan balita	87,54	79,07	71,98	82,57	**97,8**
5	Pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar	62,26	60,47	72,33	84,12	**22,2**
6	Pelayanan kesehatan usia produktif	49,56	52,07	61,38	75,09	**52,4**
7	Pelayanan kesehatan usia lanjut	60,20	62,85	68,44	80,80	**78,2**
8	Pelayanan kesehatan penderita hipertensi	48,22	49,53	59,69	73,89	**40,3**
9	Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus	72,12	71,86	73,56	84,63	**88**
10	Pelayanan kesehatan ODGJ berat	77,20	76,55	72,94	83,20	**93,1**
11	Persentase orang terduga Tuberkulosis	61,52	58,33	68,56	81,14	**108**
12	Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (HIV)	62,80	63,19	69,26	80,98	**87,3**

Sumber: Sekber SPM, Ditjen Bangda, Kementerian Dalam Negeri, 2025

Gambar 4. Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2025

Data ini menunjukkan masih banyaknya layanan yang perlu dibenahi. Rendahnya layanan ini juga terjadi diberbagai kabupaten salah satunya yakni kabupaten Jeneponto. Sebagai salah satu kabupaten dengan jumlah penduduk sebanyak 418,969 jiwa (BPS, 2024) serta kompleksitas masalah kesehatan maka pemerintah daerah melalui dinas kesehatan menerbitkan SK KADINKES tentang Penyelenggaraan ILP di Pusat Kesehatan Masyarakat Kab. Jeneponto Tahun 2024. Selanjutnya untuk optimalisasi pelaksanaannya maka dibentuklah tim melalui SK KADINKES No:400.7.2.3/2400/DINKES tentang Penetapan Tim Kerja ILP Dinas Kesehatan Kab. Jeneponto Tahun 2024. Walaupun demikian, penyelenggaraan ILP di Kabupaten Jeneponto belum berjalan optimal.

Optimized using
trial version
www.balesio.com



Sumber : Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat Kemenkes, 2024

Gambar 5. Progres Implementasi ILP di Sulsel

Data ini menunjukkan bahwa capaian implementasi Integrasi layanan primer di Kabupaten Jeneponto masih tergolong rendah yakni 80%. Capaian ini masih lebih rendah dari capaian provinsi Sulsel yakni 95%. Rendahnya capaian ini disebabkan berbagai hal. Berdasarkan observasi awal, peneliti menemukan beberapa masalah diantaranya :

1) Pertama, keterbatasan sumber daya manusia, dimana masih adanya beberapa Puskesmas yang belum memenuhi standar ketenagaan (berdasarkan Permenkes Nomor 43 Tahun 2019), terutama untuk tenaga : Gizi, farmasi, dan beberapa tenaga penunjang dukungan manajemen seperti tenaga sistem informasi kesehatan, tenaga ketatausahaan, dan tenaga administrasi keuangan. Adapun jumlah kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan perhitungan Analisis Beban Kerja (ABK Kes) Dinas Kesehatan K abupaten Jeneponto tahun 2025 ditemukan perlunya penambahan tenaga kesehatan disejumlah fasilitas kesehatan dengan total kebutuhan sebanyak 3.485 orang. Adapun rincian kebutuhan sebagai berikut :

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Table 3. Tabel kondisi eksisting ketersediaan tenaga kesehatan pada sarana fasilitas layanan kesehatan di Kabupaten Jeneponto

No	Sarana	Jumlah Kebutuhan	Jumlah Tenaga yang tersedia	Gap
1	Pusk. Bangkala	162	163	-1
2	Pusk. Kapita	123	85	-38
3	Pusk. Buludoang	89	82	-7
4	Pusk. Barana	116	90	-26
5	Pusk. Tamalatea	165	124	-41
6	Pusk. Bontoramba	194	84	-110
7	Pusk. Binamu	168	70	-98
8	Pusk. Bontosunggu Kota	95	72	-23
9	Pusk. Binamu Kota	116	97	-19
10	Pusk. Bululoe	103	90	-13
11	Pusk. Bontomatene	104	86	-18
12	Pusk. Togo-Togo	138	72	-66
13	Pusk. Arungkeke	146	77	-69
14	Pusk. Tino	97	57	-40
15	Pusk. Tarowang	138	59	-79
16	Pusk. Tolo	79	157	78
17	Pusk. Rumbia	113	53	-60
18	Pusk. Tompobulu	96	53	-43
19	Pusk. Bulusibatang	137	57	-80
20	Pusk. Embo	142	84	-58
21	RSUD Lanto Dg Pasewang	575	886	311
22	RS Rumbia	185	110	-75
23	Dinas Kesehatan	204	183	-26
	TOTAL	**3.485**	**2.886**	**-620**

Sumber : Laporan rencana kebutuhan dan rekomendasi pemenuhan tenaga Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto tahun 2025

2) Keterbatasan Infrastruktur Kesehatan dan Keuangan dimana dalam pelaksanan ILP, hanya 4 dari 20 Puskesmas yang mampu menerapkan ILP. Selain itu, Aplikasi dan Jaringan internet yang tidak stabil serta anggaran yang masih bergantung pada dana alokasi umum (transfer pusat) dikarenakan keterbatasan anggaran APBD.
3) Kepemimpinan Strategis yang belum optimal ditandai dengan sosialisasi ILP yang belum berjalan secara maksimal sehingga meningkatnya waktu tunggu pelayanan di Puskesmas serta belum dilaksanakan screening kesehatan di tingkat Pustu dan Posyandu.

ram dan Manajemen Proses yang masih menjadi kendala pada sarana di puskesmas seperti kekurangan alat kesehatan, jaringan tersedianya alat dan BMHP untuk layanan screening.

Kerjasama dan Hubungan dengan pihak lain belum dioptimalkan saikan berbagai keterbatasan yang dimiliki pemerintah daerah.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Pada penelitian ini terdapat 4 topik penelitian yang akan dianalisis dan diteliti yang meliputi :

1) Topik pertama adalah kapasitas sumber daya *(resource)* dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer. Topik ini membahas tentang ketersediaan sumber daya manusia baik secara kualitas maupun kuantitas, infrastruktur, teknologi dan sumber daya keuangan dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer.
2) Topik kedua adalah kapasitas manajemen dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer. Topik ini membahas kepemimpinan strategis, program dan manajemen proses, serta kemitraan dan kerjasama dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer.
3) Topik ketiga adalah kapasitas lingkungan eksternal dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer. Topik ini membahas *relationships* (partisipasi publik) dan regulatory/statutory environment (kolaborasi lintas sektor dan integrasi kebijakan pemerintah) dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer.
4) Model yang efektif kapasitas organisasi pemerintah kabupaten Jeneponto dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer

Penyelenggaraan pelayanan publik di daerah sangat bergantung pada kapasitas organisasi pemerintah daerah itu sendiri. Kabupaten Jeneponto merupakan salah satu daerah dengan pendapatan dan Indeks Pembangunan Manusia yang masih tergolong rendah, sehingga menghadapi tantangan besar dalam mengintegrasikan layanan kesehatan primer secara efektif di semua fasilitas kesehatan. Studi-studi terkini secara global menunjukkan bahwa tren keberhasilan integrasi layanan primer sangat dipengaruhi oleh sejauh mana organisasi mampu beradaptasi dengan pendekatan terintegrasi yang berbasis kolaborasi lintas sektor dan responsif terhadap kebutuhan komunitas.

Oleh karena itu, untuk memahami secara menyeluruh kapasitas organisasi dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto, perlu dilakukan kajian yang mencakup dimensi konseptual, empiris, dan kontekstual. Pertama, penilaian terhadap kapasitas sumber daya organisasi, seperti tenaga kesehatan, infrastruktur, teknologi, dan dukungan pembiayaan, menjadi hal mendasar untuk mengetahui kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menjalankan layanan yang terintegrasi secara efektif. Kedua, perlu dikaji pula kapasitas manajemen organisasi, terutama terkait kepemimpinan strategis, sistem koordinasi, serta mekanisme perencanaan dan pengelolaan program yang menjadi motor penggerak dalam proses integrasi layanan. Ketiga, tidak kalah penting adalah peninjauan terhadap kapasitas lingkungan eksternal, yang meliputi sejauh mana kolaborasi lintas sektor, integrasi kebijakan antar tingkat pemerintahan, serta peran dalam mendukung penguatan pelayanan kesehatan primer rkelanjutan.

endekatan menyeluruh tersebut, penelitian ini diharapkan dapat ran yang utuh mengenai kondisi eksisting, tantangan dan peluang kapasitas organisasi untuk mewujudkan integrasi pelayanan Kabupaten Jeneponto yang adaptif, merata, dan berkelanjutan.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan uraian pernyataan masalah yang diturunkan menjadi pertanyaan masalah penelitian yang jawabannya melalui penelitian. Adapun rumusan masalah yang terkait dengan *organizational capacity* dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan primer di Kabupaten Jeneponto berdasarkan topik yang telah diuraian pada latar belakang masalah adalah :

1. Bagaimana kapasitas sumber daya *(resource)* terdiri dari sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, & keuangan dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto ?
2. Bagaimana kapasitas manajemen terdiri dari kepemimpinan strategis serta program dan managemen proses dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto ?
3. Bagaimana kapasitas lingkungan eksternal yang terdiri dari integrasi kebijakan pemerintah, partisipasi publik dan kolaborasi lintas sektor dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto ?
4. Bagaimana model rekomendasi kapasiatas organisasi yang efektif dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah :

1. Menjelaskan dan menganalisis kapasitas sumber daya *(resource)* terdiri dari sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, & keuangan dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto.
2. Menjelaskan dan menganalisis kapasitas manajemen terdiri dari kepemimpinan strategis serta program dan managemen proses dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto.
3. Menjelaskan dan menganalisis kapasitas lingkungan eksternal yang terdiri dari integrasi kebijakan pemerintah, partisipasi publik dan kolaborasi lintas sektor dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto.
4. Merekomendasikan model kapasiatas organisasi yang efektif dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto.

1.3.2 Tujuan khusus

us pada penelitian ini berdasarkan topik penelitian yaitu :

dan menganalisis kondisi eksisting, hambatan dan upaya pasitas sumber daya *(resource)* terdiri dari sumber daya manusia, knologi dan sumber daya keuangan dalam penyelenggaraan anan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto.

dan menganalisis kondisi eksisting, hambatan dan upaya pasitas manajemen terdiri dari kepemimpinan strategis, program

Optimized using
trial version
www.balesio.com

dan managemen proses dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto.

3. Menjelaskan dan menganalisis kondisi eksisting, hambatan dan upaya peningkatan lingkungan eksternal terdiri dari *relationships* (partisipasi publik) dan regulatory/statutory environment (kolaborasi dan integrasi kebijakan pemerintah) dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto.
4. Merekomendasikan model kapasiatas organisasi yang efektif dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1. Bagi masyarakat

a) Meningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan
Integrasi PHC yang lebih baik akan memastikan layanan kesehatan lebih terkoordinasi dan mudah diakses oleh masyarakat, terutama di wilayah pedesaan dan daerah terpencil. Masyarakat bisa mendapatkan layanan yang lebih komprehensif dan tepat waktu, termasuk layanan preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

b) Meningkatan kesehatan masyarakat
Dengan peningkatan kapasitas organisasi maka layanan kesehatan primer akan lebih terintegrasi sehingga dapat mengurangi angka kesakitan, meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, serta memperbaiki hasil kesehatan secara umum.

1.4.2. Bagi fasilitas kesehatan

a) Mengoptimalisasi sumber daya
Fasilitas kesehatan dapat mengelola sumber daya (SDM, dana, dan peralatan) secara lebih efisien. Dengan kapasitas organisasi yang lebih baik, fasilitas kesehatan dapat memastikan pelayanan yang tepat dan merata sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

b) Pengembangan Kapasitas SDM
Temuan penelitian dapat mengidentifikasi kebutuhan pelatihan bagi tenaga kesehatan sehingga mereka lebih siap dalam mengimplementasikan kebijakan integrasi layanan kesehatan primer.

c) Meningkatan efektivitas layanan
Fasilitas kesehatan dapat memperkuat kerjasama lintas sektor (misalnya, antara rumah sakit, puskesmas, dan klinik) untuk menghadapi tantangan kesehatan di komunitas. Ini juga mendukung keberlanjutan program kesehatan di tingkat primer.

d) Akreditasi dan Standar Kualitas
ı ini dapat membantu fasilitas kesehatan meningkatkan standar ıan dan mendukung upaya akreditasi, sehingga dapat eputasi dan kepercayaan masyarakat.
endidikan
ı Kurikulum Kesehatan Masyarakat
dikan bisa menggunakan temuan dari penelitian ini untuk urikulum terkait dengan manajemen kesehatan dan layanan

Optimized using
trial version
www.balesio.com

kesehatan primer. Ini akan memastikan mahasiswa memiliki pemahaman yang up-to-date dan relevan dengan tantangan di lapangan.

b) Peningkatan penelitian lanjutan
Penelitian ini menyediakan basis data yang kuat untuk kajian lanjutan di bidang manajemen organisasi, kebijakan kesehatan, dan implementasi integrasi layanan kesehatan primer.

c) Kolaborasi akademis dengan sektor kesehatan
Penelitian ini bisa menjadi dasar bagi kolaborasi antara universitas dan fasilitas kesehatan untuk mengembangkan program yang lebih aplikatif dan berbasis bukti dalam penyelenggaraan integrasi layanan kesehatan.

1.5 Relevansi penelitian terdahulu

Kebaruan atau novelti dari penelitian ini terletak pada kajian mendalam dam komprehensif mengenai peran kapasitas organisasi dalam penyelenggaraan integrasi ILP di Indonesia. Beberapa penelitian terdahulu yang memperkuat pernyataan tersebut yaitu :

Table 4. Sintesa hasil penelitian terdahulu

Penulis	Fokus / Konteks Penelitian	Metode	Temuan Utama	Research Gap
(Rahman, Febrian and Wijaya, 2023)	Kapasitas pemerintah daerah dalam perlindungan anak di Kabupaten Rokan Hilir.	Kualitatif	Tingginya kasus anak disebabkan oleh belum terpenuhinya kapasitas pemerintah daerah, khususnya pada dimensi SDM, keuangan, organisasi, dan jaringan.	Perlu dilakukan studi mendalam untuk mengidetifikasi kondisi eksisting dan mengevaluasi kapasitas organisasi
(Oktavia and Nurasa, 2024)	Kapasitas organisasi pemerintahan desa dalam pelayanan publik	Kualitatif	Kapasitas organisasi desa belum optimal ditandai dengan sarpras terbatas, SDM yang kurang kompeten, serta transparansi dan komunikasi yang lemah sehingga menimbulkan kesalahpahaman program.	Potensi pengembangan model peningkatan kapasitas SDM dan manajemen untuk penguatan organisasi desa.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

(Odelia, 2018)	Pengembangan kapasitas organisasi melalui SIMRS untuk mutu pelayanan rumah sakit	Kualitatif	Penerapan SIMRS masih terkendala pada aspek sarana dan prasarana, sehingga diperlukan peningkatan kapasitas organisasi untuk mengoptimalkannya.	Perlunya kajian mendalam tentang kaitan sarpras dengan kinerja SIMRS, strategi pembiayaan inovatif, dan analisis faktor non-teknis seperti budaya organisasi.
(Nwobodo *et al.*, 2022)	Kapasitas lembaga kesehatan primer dalam mengelola fasilitas PHC di Nigeria Tenggara	Kuantitatif	Tidak satupun dari 5 lembaga yang mencapai skor kapasitas organisasi di atas 50%. Area bermasalah utama meliputi mobilisasi sumber daya, manajemen SDM, dan pemberian layanan.	Ditemukan lemahnya perencanaan strategis, sistem manajemen pengetahuan, dan mekanisme akuntabilitas di lembaga kesehatan.
(Ibrahim and Gambo, 2019)	Faktor penguatan kapasitas organisasi yang mempengaruhi administrasi layanan PHC di Nigeria.	Kuantitatif	Penguatan kapasitas organisasi terbukti memengaruhi efektivitas administrasi layanan kesehatan, meskipun faktor penganggaran dan pembiayaan memiliki pengaruh yang lebih lemah.	Studi belum mengakomodasi faktor eksternal seperti keterlibatan masyarakat dan kondisi sosio-ekonomi dalam analisis.
(Fineide, Haug and Bjørkquist, 2021)	Integrasi antara layanan kesehatan spesialis dan primer dari perspektif [illegible]erintah [illegible].	Kualitatif	Proses integrasi terhambat oleh kurangnya kolaborasi dengan dokter umum dan koordinasi antar layanan, yang mengakibatkan alur rujukan pasien yang tidak efektif.	Cakupan responden yang terbatas pada dokter umum dan layanan spesialis, sehingga diperlukan penelitian lebih mendalam tentang dinamika perpindahan pasien.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

(Bywood, Brown and Oliver-	Tantangan dan mekani sme integras i	Review	Tantangan integrasi meliputi fragmentasi struktur, ketidakselarasa n kebijakan,	Diidentifikasi faktor pendukung kunci seperti tata kelola
Baxter, 2013)	organisasi untuk layanan kesehatan terpadu.		dan sistem IT yang terpisah.	yang baik, regulasi, dan infrastruktur pendukung untuk memfasilitasi integrasi.
(Ugrinov, Gavrilović and Markov, 2015)	Organisasi dan fungsi layanan kesehatan primer dalam mencapai "Kesehatan untuk Semua".	Mix Methods	Strategi promosi kesehatan memerlukan reorientasi sistem ke arah pencegahan dan kerjasama multisektoral dengan dukungan politik yang kuat.	Diperlukan organisasi layanan kesehatan primer yang lebih baik dengan fokus pada efisiensi, aksesibilitas, dan kualitas melalui perubahan praktik kerja, pembiayaan, dan pelatihan tenaga kesehatan.
(Corrigan and McNeill, 2009)	Pengembangan kapasitas organisasi sebagai fondasi reformasi sistem kesehatan.	Review	Peningkatan kapasitas organisasi dalam hal manajemen, sumber daya, dan strategi diperlukan untuk memberikan layanan yang lebih efektif dan efisien. Perubahan struktur dan kebijakan dapat mendukung pengembangan sistem pembiayaan yang terkoordinasi.	Diperlukan sistem infrastruktur yang standar untuk pengukuran dan pelaporan kinerja, serta mengatasi ketidakmerataan kualitas layanan, rendahnya pemanfaatan layanan, dan hambatan akses.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

(Báscolo and Nacional de Rosario Rosario, 2010)	Tata kelola organisasi layanan kesehatan berbasis PHC di Amerika Latin.	Essay	Pendekatan tata kelola yang berbeda dapat diterapkan untuk memfasilitasi inovasi dalam sistem layanan kesehatan primer yang terintegrasi.	Terbatasnya bukti empiris tentang efektivitas tata kelola dalam praktik, serta kurangnya eksplorasi perspektif pemangku kepentingan dalam pengembangan model tata kelola.

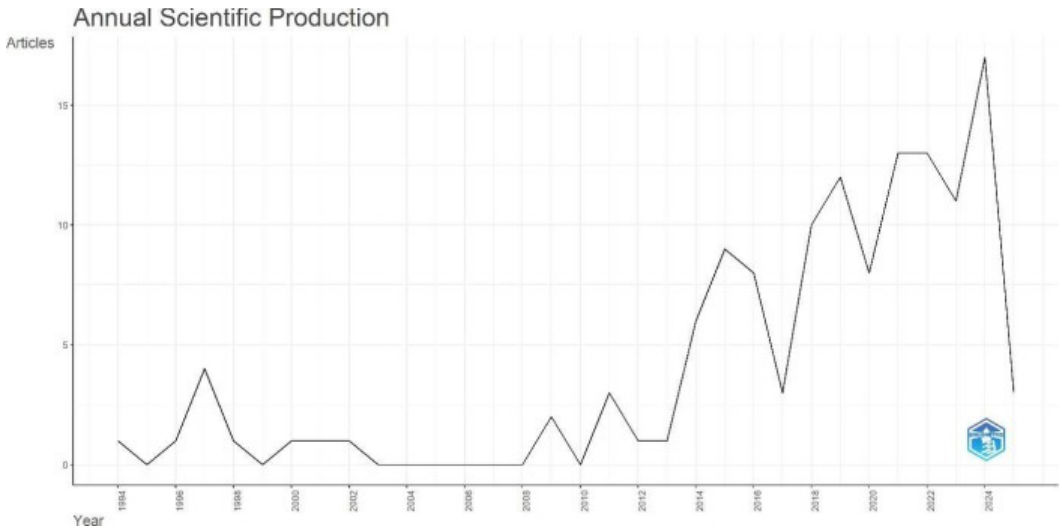
Hasil pencarian artikel menggunakan kata kunci di database scopus diperoleh 130 artikel dalam rentang tahun 1994 – April 2025. Tidak ditemukan artikel yang duplikat. Hasil clusteriasi terhadap kata kunci ditunjukkan pada tabel berikut:

Gambar 6. Ringkasan temuan utama

Trend publikasi

Gambar 1 menunjukkan hasil pencarian database Scopus berdasarkan kata kunci. Gambar tersebut menunjukkan bahwa publikasi dengan topik “primary healthcare integration” dimulai pada tahun 1994 dan terus berlanjut hingga April 2025, dengan 130 artikel dari 93 sumber. Tingkat pertumbuhan tahunan rata-rata dokumen yang dipublikasikan adalah 3,61%, yang menunjukkan tren kenaikan yang relatif stabil selama periode 1994 hingga April 2025 (Aria and Cuccurullo, 2017).

Optimized using
trial version
www.balesio.com



Gambar 7. Trend publikasi 1994 - April 2025

Trend sitasi

Figure 1 menunjukkan bahwa usia rata-rata dokumen dalam database Scopus adalah sekitar 7,18 tahun, mengindikasikan bahwa banyak artikel yang relatif baru. Dari 130 dokumen, setiap artikel menerima rata-rata sekitar 13,81 kutipan, yang mengindikasikan bahwa literatur ini sering dirujuk. Jumlah total referensi yang disitir dalam semua dokumen yang dianalisis adalah 4.359 referensi (Aria and Cuccurullo, 2017).

Table 5. 10 jurnal teratas dengan jumlah kutipan terbanyak

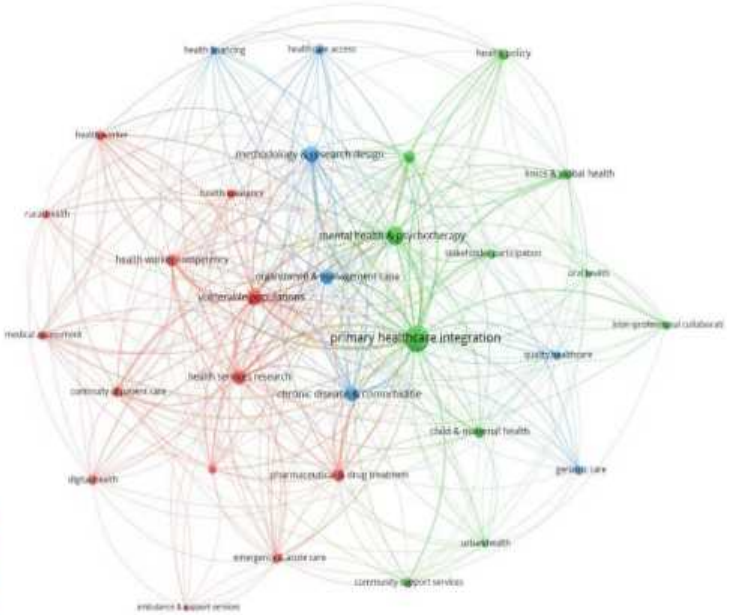
Nama Jurnal	Dokumen	Sitasi
JAMA - Journal of the American Medical Association	1	274
Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM	3	121
BMC Family Practice	2	114
Medical Journal of Australia	1	110
BMC Health Services Research	3	70
Reproductive Health	2	63
Harm Reduction Journal	1	61
Frontiers in Psychiatry	2	54
	1	47
Internal Medicine	2	46

is “Keyword Plus" dan "Author Keywords” menunjukkan bahwa
ncare integration” merupakan tema utama dalam publikasi ilmiah
gan layanan kesehatan primer. Dalam “Keyword Plus,” istilah

Optimized using
trial version
www.balesio.com

seperti "primary healthcare, human, male, female, and adult" muncul secara dominan, yang mengindikasikan bahwa penelitian tentang integrasi layanan primer sering melibatkan karakteristik populasi sebagai variabel penting. Bersamaan dengan itu, istilah-istilah seperti "article, United States" dan primary medical care" memperkuat fokus pada studi klinis dan kebijakan sistem kesehatan, terutama dalam konteks negara maju. Sementara itu, "Author Keywords" mengungkapkan dimensi yang lebih spesifik dan kontekstual, seperti "mental health & psychotherapy, vulnerable populations, chronic disease & comorbidities," dan "organization & management capacity". Temuan ini menunjukkan bahwa fokus keilmuan melampaui kerangka kerja sistemik dan mencakup populasi yang terpinggirkan, strategi pencegahan-promosi, dan kesiapan sumber daya manusia dan penyedia layanan kesehatan. Frasa seperti "health worker competency" dan "methodology and research design" semakin menekankan perlunya sumber daya manusia yang kuat dan teknik ilmiah yang sistematis untuk mendukung upaya integrasi.

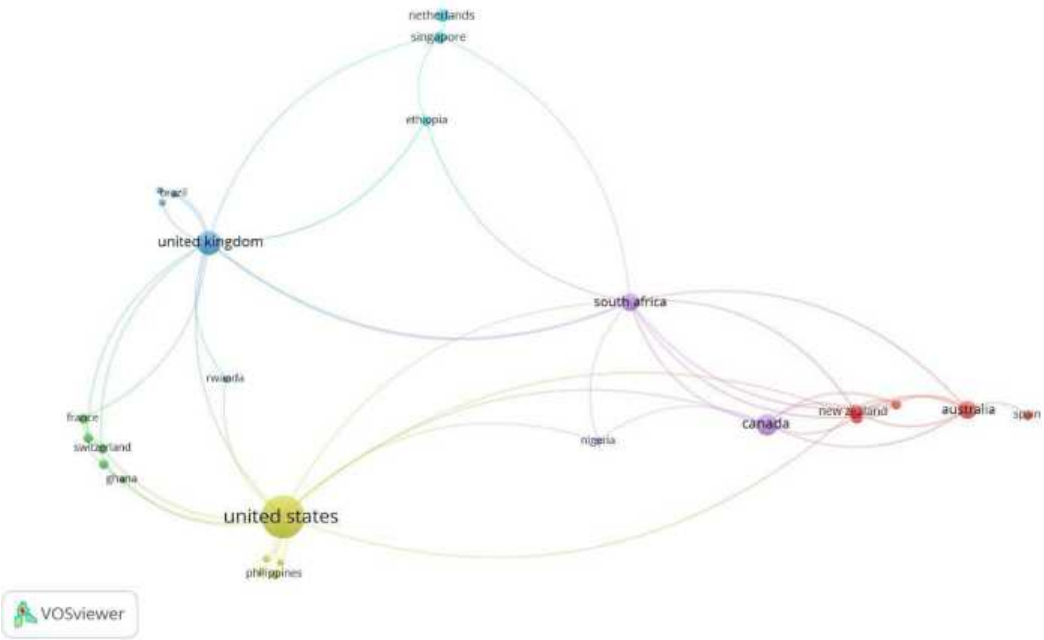
Secara kolektif, pemetaan istilah ini menunjukkan bahwa integrasi layanan kesehatan primer merupakan agenda penelitian yang dinamis dengan pendekatan holistik dan multidisiplin (Bywood, Brown and Oliver-Baxter, 2013b). Fokusnya tidak hanya pada efisiensi sistem, tetapi juga pada daya tanggap terhadap kebutuhan populasi rentan, pengembangan kapasitas organisasi, dan penerapan strategi berbasis bukti (Evans *et al.*, 2016). Temuan-temuan ini mencerminkan arah pengembangan layanan kesehatan primer global, yang menekankan pada inklusivitas, integrasi, dan keberlanjutan sistem layanan kesehatan (Bywood, Brown and Oliver-Baxter, 2013b; Guerrero, Aarons and Palinkas, 2014).



Gambar 8. Keyword Co-occurrence netwrok

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Amerika Serikat memiliki kontribusi paling signifikan dalam hal publikasi, yang didominasi oleh publikasi satu negara (SCP), yang mencerminkan kapasitas penelitian nasional yang kuat. Amerika Serikat juga cukup kuat dalam kolaborasi lintas negara (MCP). Kanada juga menempati posisi penting, dengan menunjukkan proporsi yang lebih tinggi dalam publikasi lintas negara (MCP), yang mengindikasikan keterlibatan aktif dalam kolaborasi internasional yang terkait dengan integrasi layanan kesehatan primer. Negara-negara lain seperti Inggris, Belanda, Afrika Selatan, Spanyol, dan Filipina juga berkontribusi melalui SCP dan MCP. Sementara itu, negara-negara berkembang seperti India, Bangladesh, Nigeria, Pakistan, Ethiopia, dan Zimbabwe hanya terlibat dalam MCP, yang mengindikasikan peran mereka sebagai mitra kolaborasi penelitian global. Negara-negara dengan dominasi SCP cenderung memiliki kapasitas penelitian lokal yang mapan, sementara dominasi MCP menunjukkan ketergantungan pada kemitraan internasional dalam produksi pengetahuan (Aria and Cuccurullo, 2017).



Gambar 9. Country Co-authorship network

Studi-studi terdahulu menyotori pentingnya penguatan kapasitas sumber daya, manajemen dan lingkungan eksternal dalam integrasi layanan kesehatan primer. hulu telah sesuai dengan teori kapasitas organisasi yang (Horton et al., 2003; Christensen and Gazley, 2008). Namun, *ch gap* yang diperoleh bahwa studi yang dilakukan masih perlu ıendalam terkait kontribusi kapasitas organisasi dalam pelayan utamanya keterlibatan pihak eksternal seperti masyarakat dan ıl inilah yang mendasari penelitian ini dilakukan.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Penelitian ini akan mengkaji secara komprehensif tentang kapasitas organisasi (Horton et al., 2003; Christensen and Gazley, 2008), sejauh mana kapasitas pemerintah daerah dalam hal sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi serta anggaran, kepemimpinan strategis, program dan manajemen proses, *relationships* (partisipasi publik) dan *regulatory/statutory environment* (kolaborasi dan integrasi kebijakan pemerintah) dalam menjalankan tugas pemerintah pusat yang mewajibkan pelaksanaan integrasi layanan primer.

Analisis ini juga akan dikombinasikan dengan konsep *Primary Health Care* (PHC) sehingga dapat dianalisis sejauh mana kondisi existing kapasitas pemerintah daerah dalam menjalankan integrasi layanan primer secara mandiri maupun yang masih membutuhkan pembinaan khusus. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi original dalam pengembangan kajian kebijakan nasional, khususnya dalam memastikan kapasitas organisasi pemerintah daerah mampu mengimplementasikan kebijakan dan program pemerintah pusat yang bersifat wajib.

Berdasarkan analisis ini, arah penelitian ke depan perlu difokuskan pada pengembangan kebijakan berbasis bukti yang memperkuat integrasi layanan primer. Model kapasitas organisasi yang adaptif dan kontekstual perlu dikembangkan untuk mengatasi tantangan lokal, seperti keterbatasan anggaran, kekurangan tenaga kesehatan, dan kesenjangan geografis (Guerrero, Aarons and Palinkas, 2014; David, Brandon and Valerie, 2020; Leon and Xu, 2023). Selain itu, transformasi digital dalam sistem kesehatan perlu dieksplorasi lebih lanjut untuk memahami dampaknya terhadap efektivitas layanan dan efisiensi organisasi kesehatan, khususnya dalam konteks negara dengan infrastruktur terbatas (Osipov and Skryl, 2021). Keterlibatan stakeholder juga memegang peranan penting dalam mewujudkan impementasi integrasi layanan kesehatan primer, khususnya di tingkat lokal dan nasional (Druetz, 2018).

Analisis bibliometrik terhadap publikasi mengenai integrasi layanan kesehatan primer menunjukkan bahwa dominasi literatur masih terkonsentrasi di negara-negara maju, khususnya Amerika Serikat, baik dari segi jumlah publikasi maupun tingkat sitasi dan dengan kolaborasi global yang terbatas. Meski terdapat tren peningkatan kontribusi dari negara-negara lain, masih terlihat kesenjangan dalam produksi dan kepemimpinan ilmiah, terutama dari negara berkembang. Kesenjangan penelitian utama mencakup kurangnya studi empiris yang mengevaluasi efektivitas strategi integrasi, keterbatasan penelitian berbasis kebijakan yang menghubungkan kapasitas organisasi dengan keberhasilan integrasi, serta minimnya kajian mengenai model pembiayaan dan sumber daya manusia. Temuan ini menekankan perlunya reformasi kebijakan yang berorientasi pada penguatan kapasitas organisasi kesehatan, ektor, serta pemanfaatan teknologi digital dalam mendukung Arah penelitian ke depan sebaiknya difokuskan pada del kapasitas organisasi yang adaptif, serta eksplorasi peran dan keterlibatan lintas sektor dalam meningkatkan efisiensi dan primer. Dengan pendekatan muliti disiplin dan berbasis bukti, layanan kesehatan primer di berbagai konteks negara menjadi rkelanjutan, khususnya di negara berkembang

Optimized using
trial version
www.balesio.com

1.6 Ruang lingkup penelitian

Organization capacity pada hakikatnya mengandung dua elemen pokok yang saling berkaitan yaitu kapasitas sumber daya, manajemen, dan linkungan eksternal dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Dalam konteks ini, kapasitas organisasi dimaknai sebagai kemampuan yang dimiliki oleh pemerintah daerah dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto.

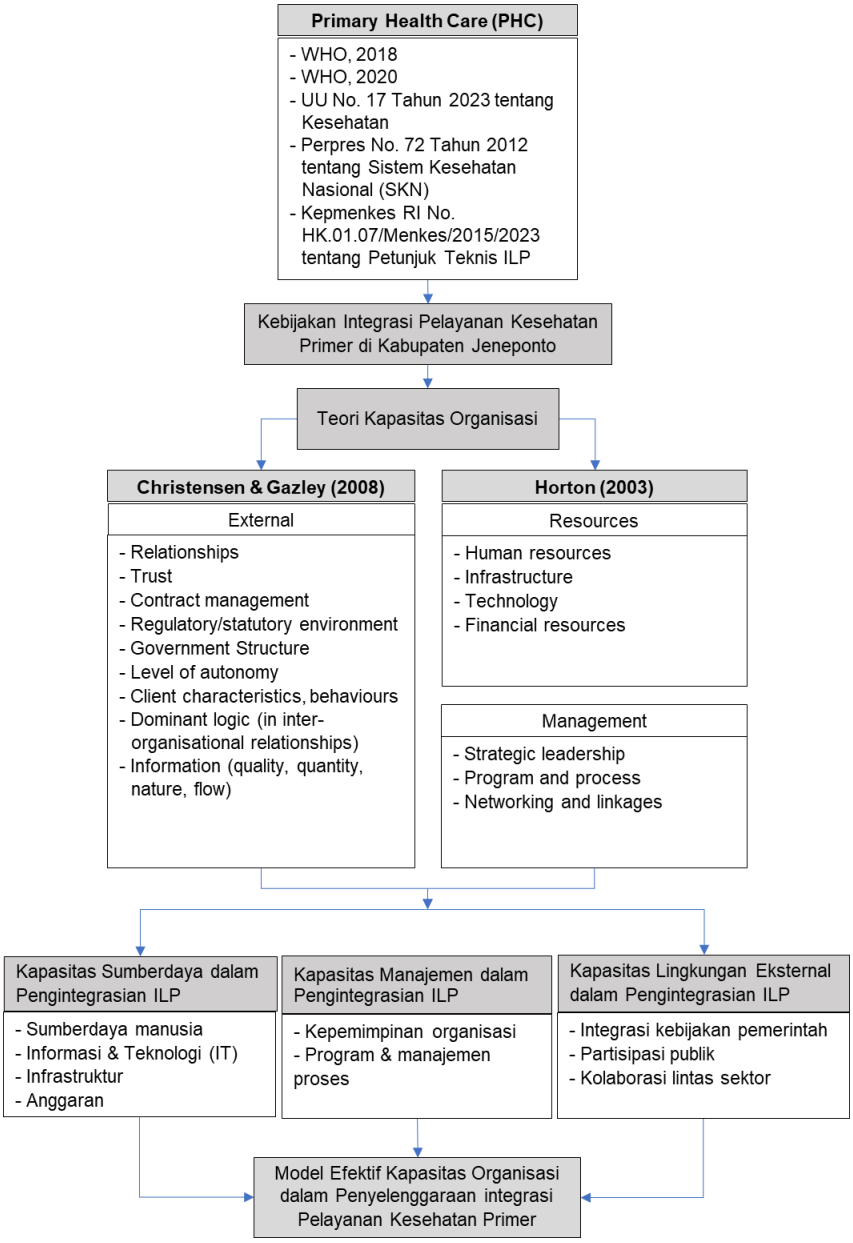
1.6.1 Kerangka teori penelitian

Penelitian ini akan dikembangkan dari berbagai gabungan teori kapasitas organisasi (Eisinger, 2002; Horton *et al.*, 2003; Thompson, 2003; Christensen and Gazley, 2008) maupun teori pengembangan kapasitas (Grindle, 1997; Brown and Duguid, 2001; Horton *et al.*, 2003; OECD, 2008; Araya-Quesada *et al.*, 2010; Morison, 2011). Adapun teori yang berkaitan dengan integrasi layanan primer mengacu pada teori perubahan *Primary Health Care* dan konsep *Primary Health Care* (PHC) yang dikemukakan oleh WHO dan Kemenkes RI (WHO, 1978, 2018; Kemenkes RI, 2023).

Oleh sebab itu, untuk konteks penelitian kapasitas organisasi dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto akan merujuk pada modifikasi teori kapasitas organisasi (Horton *et al.*, 2003) yang terdiri dari 6 dimensi utama yakni sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, anggaran, kepemimpinan, program dan proses manajemen; serta 2 dimensi utama yang diadopsi dari teori kapasitas organisasi (Christensen and Gazley, 2008) yaitu *relationships* (partisipasi publik) dan regulatory/statutory environment (kolaborasi dan integrasi kebijakan pemerintah).

Sementara teori integrasi pelayanan kesehatan primer mengacu pada kebijakan pemerintah UU no.17 tahun 2023 tentang Kesehatan (Presiden RI, 2023), Perpres No 72 Tahun 2012 sistem Kesehatan Nasional (Presiden RI, 2012) serta Keputusan Menkes RI No.HK.01.07/Menkes/2015/2023 tentang petunjuk teknis penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer (Kemenkes RI, 2023).

Optimized using
trial version
www.balesio.com



Sumber : Modifikasi teori kapasitas organisasi (Horton *et al.*, 2003; Christensen and Gazley, 2008), Primary Health Care (WHO, 2018, 2020), Undang Undang Kesehatan (Presiden RI, 2023), Sistem Kesehatan Nasional (Presiden RI, 2012) elenggaraan Primary Health Care di Indonesia (Kemenkes RI, 2023)

penelitian kapasitas organinasi dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer

Optimized using
trial version
www.balesio.com

1.7 Metode Penelitian

1.7.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dengan pendekatan studi kasus (Creswell, 2007). Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji lebih mendalam dan memperoleh pemahaman menyeluruh mengenai kondisi eksisting, hambatan, dan upaya peningkatan kapasitas sumber daya *(resource)* dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto yang terdiri dari kapasitas sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, keuangan, kepemimpinan strategis serta program dan manajemen proses, *relationships* (partisipasi publik) dan regulatory/statutory environment (kolaborasi dan integrasi kebijakan pemerintah). Pendekatan studi kasus ditujukan untuk mengkaji fenomena dan mengamati secara langsung penerapan pengintegrasian layanan di tingkat organisasi, sehingga dapat menganalisis masalah atau dinamika yang muncul, dengan menggunakan teori kapasitas organisasi yang dikemukakan oleh (Horton *et al.*, 2003; Christensen and Gazley, 2008) dan teori pelayanan kesehatan primer (Presiden RI, 2012, 2023; WHO, 2018, 2020; Kemenkes RI, 2023) sebagai kerangka kerja untuk menganalisis dan menginterpretasikan data. Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Jeneponto pada stakeholder yang terlibat dengan penyelenggaraan integrasi layanan kesehatan primer. Pengumpulan data memanfaatkan berbagai sumber termasuk data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam dengan 28 informan kunci yang dipilih melalui purposive sampling yang terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD), Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Jeneponto, Kepala Badan Kepegawaian dan Pengembangan SDM (BKPSDM), kepala puskesmas, tenaga kesehatan puskesmas, tenaga kesehatan pustu, kepala desa, serta observasi lapangan langsung dan data sekunder dari dokumen terpublikasi seperti peraturan pemerintah, laporan tahunan, rencana strategis, evaluasi program, dan artikel ilmiah yang relevan. Analisis data menggunakan analisis tematik dengan pendekatan deduktif menggunakan software NVivo untuk memfasilitasi coding, analisis tema, dan visualisasi data kualitatif yang kompleks, dengan mengikuti sepuluh tahap sistematis: transkripsi data, pembacaan awal seluruh data, pengkodean data berdasarkan tema yang telah ditentukan (sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, dan pembiayaan), organisasi dan kategorisasi data, filtering dan organisasi data menggunakan fitur Query, analisis tematik dan identifikasi pola, visualisasi model, interpretasi dan penarikan kesimpulan, pelaporan temuan, dan verifikasi temuan melalui triangulasi metodologis dengan membandingkan hasil analisis NVivo dengan catatan observasi lapangan dan temuan review dokumen (Friese, 2019; Jackson and Bazeley, 2019). Validitas data dijamin melalui empat kriteria: kredibilitas melalui observasi berkepanjangan, observasi berkelanjutan, triangulasi, diskusi teman checking, analisis kasus negatif, dan pengecekan kecukupan rabilitas memastikan hasil penelitian dapat diterapkan pada situasi ilitas melalui proses audit oleh pembimbing dan penguji; dan uk menilai kualitas hasil penelitian melalui verifikasi objektif dengan rlibat (Saryono and Anggraeni, 2010).

Optimized using
trial version
www.balesio.com

1.7.2 Fokus Penelitian

1) Kapasitas sumber daya *(resource)* terdiri dari : (a) sumber daya manusia dalam konteks pelayanan kesehatan primer merujuk pada keseluruhan tenaga medis dan tenaga kesehatan dan non-kesehatan yang terlibat langsung dalam pemberian layanan mulai diagnosis, pengobatan, hingga promosi kesehatan. Sumber daya manusia mencakup Dokter umum, perawat, bidan, ahli gizi dan staf ahli administrasi yang memiliki kompetensi, etika dan jumlah yang memadai untuk memenuhi kebutuhan integrasi pelayanan kesehatan primer.
   (b) Infrastruktur adalah seluruh fasilitas fisik dan sarana pendukung yang berfungsi sebagai tempat dilaksanakannya pelayanan kesehatan primer yang mencakup bangunan puskesmas yang tediri dari ruang pemeriksaan, ruang tunggu yang memadai dan terawat serta tersedianya bahan medis habis pakai dan obat untuk menunjang kelancaran opersional. (c) Teknologi adalah seluruh alat, sistem dan inovasi yang digunakan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan primer yang mencakup sistem informas puskesmas (SIMPUS), Rekam Medis Elektronik (RME). Penggunaan teknologi yang tepat dapat mempercepat diagnosis, meningkatkan akurasi data dan memperluas jangkauan. (d) Keuangan adalah alokasi dana finansial yang di rencanakan dan dialokasikan untuk membuayai seluru opersional layanan kesehatan primer ini mencakup pengadaan obat dan BMHP serta alat kesehatan, pemelihraan infrastruktud dan pengembangan teknologi, ketersediaan anggaran yang cukup, transparan dan terdistribusi secara tepat, memastikan keberlanjutan dan peningkatan kualitas layanan secara keseluruhan.
2) Kapasitas manajemen terdiri dari : (a) kepemimpinan strategis adalah kemampuan pimpinan dalam pelayanan kesehatan primer untuk untuk menetapkan visi dan prioritas pelayanan kesehatan primer, mengkoordinasikan sumber daya lintas sektor serta mengarahkan proses transformasi organisasi menuju pelayanan kesehatan primer yang terintegrasi,
   (b) Program dan managemen proses adalah rangkaian kegiatan yang terencana meliputi desain rencana, manajemen sumber daya pembiayaan, sistem informasi kualiatas dan pemantauan yang memastikan layanan kesehatan primer menyatu dengan tindakan pencegahan, promotif, kuratif dan rehabilitatif.
3) Kapasitas lingkungan eksternal yang terdiri dari : (a) Integrasi kebijakan pemerintah adalah derajat keselarasan dan koordinasi antar kebijakan, regulasi dan program lintas lembaga pemerintah yang mendukung tujuan pelayanan kesehatan primer yang terintegrasi (b) partisipasi publik adalah tingkat keterlibatan masyarakat, organisasi lokal, dan kelompok oengguna lam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi layanan c) kolaborasi lintas sektor adalah kemampuan membangun dan ankan kemitraan dengan aktor non pemerintah (NGO) untuk sumber daya, inovasi dan dukungan teknis
   komendasi kapasiatas organisasi yang efektif dalam araan integrasi pelayanan kesehatan primer adalah kemampuan

Optimized using
trial version
www.balesio.com

kelembagaan dinas kesehatan, puskesmas dan pustu untuk mengelola fungsi manajerial, sumber daya, koordinasi lintas sektor, serta inovasi kebijakan dan layanan secara adaftif dan berkelanjutan dalam mendukung integrasi pelayanan kesehatan primer.

1.7.3 Informan Penelitian

Adapun informan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Table 6. Informan penelitian

No	Informan	Peran	Jumlah
1	DPRD Kabupaten Jeneponto	Perencanaan, pengawasan, advokasi dan evaluasi ILP	1 orang
2	Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto	Perencanaan, implementasi, pengawasan, advokasi dan evaluasi ILP	1 orang
3	Kepala Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (PPKAD) Jeneponto	Perencanaan dan persetujuan anggaran	1 orang
4	Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Jeneponto	Perencanaan, pengawasan, advokasi dan evaluasi ILP	1 orang
5	Kepala Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia (BKPSDM) Kabupaten Jeneponto	Perencanaan dan persetujuan SDM	1 orang
6	Bagian Hukum Pemda Jeneponto	Perencanaan regulasi, pembinaan dan perlindungan hukum, pengawasan regulasi.	1 orang
7	Kepala Puskesmas Penyelenggara ILP	Perencanaan, implementasi, pengawasan, evaluasi ILP di puskesmas	4 orang
8	Tenaga kesehatan puskesmas	Implementasi ILP	4 orang
9	Tenaga kesehatan pustu	Implementasi ILP	4 orang
10	Kader Posyandu	Implementasi ILP	4 orang
11	Kepala desa	Implementasi, advokasi, pemberdayaan masyarakat	4 orang
	GO dibidang ıtan	Implementasi, pendampingan dan edukasi, fasilitator, advokasi, pemberdayaan masyarakat	1 orang
	Jumlah		**27 orang**

Optimized using
trial version
www.balesio.com

1.7.4 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Jeneponto pada stakeholder yang terlibat dengan penyelenggaraan integrasi layanan kesehatan primer.

1.7.5 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari - Juni 2025, berlokasi di Kabupaten Jeneponto

1.7.6 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara mendalam *(indepth interview)*

   Instrumen yang digunakan berupa daftar pertanyaan sesuai tujuan penelitian. Wawancara semi-terstruktur dilakukan dengan informan kunci untuk menggali pandangan, pengalaman, dan wawasan mereka mengenai kondisi eksisting, hambatan, dan upaya untuk meningkatkan kapasitas lingkungan eksternal dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer.

2. Observasi

   Observasi lapangan dilakukan untuk melihat dinamika yang terjadi dalam penerapan kebijakan tersebut dan mengidentifikasi kendala yang tidak terlihat dalam wawancara.

3. Studi dokumen

   Telaah dan analisis dokumen atau sumber lain yang sudah diterbitkan seperti peraturan pemerintah, laporan tahunan, rencana strategis, evaluasi program serta artikel ilmiah, atau basis data yang relevan dengan topik penelitian.

1.7.7 Analisis Data

Data yang diperoleh dari wawancara, observasi, dan studi dokumen akan dianalisis menggunakan analisis tematik. Proses analisis data akan dilakukan dengan pendekatan deduktif. Pendekatan deduktif digunakan untuk mengelompokkan data sesuai dengan kategori teori yang sudah ditentukan.

Data hasil wawancara didianalisis menggunakan bantuan software Nvivo untuk memfasilitasi coding, analisis tema, serta visualisasi data kualitatif yang kompleks sehingga diperoleh kesimpulan informasi. Dengan NVivo, pengelolaan dan analisis data menjadi lebih efisien, pengodean data lebih mudah dan dapat menemukan pola-pola tertentu dalam data. NVivo memiliki kemampuan untuk menghasilkan model konseptual yang menunjukkan hubungan antar variabel. Model ini akan memperlihatkan bagaimana kapasitas lingkungan eksternal seperti *relationships* (partisipasi publik) dan regulatory/statutory environment (kolaborasi dan integrasi kebijakan pemerintah) alam mempengaruhi pengintegrasian pelayanan kesehatan primer. /ivo juga memungkinkan peneliti untuk memvisualisasikan data : model jaringan yang menggambarkan hubungan antar variabel elevan dengan penelitian (Friese, 2019; Jackson and Bazeley, n tahapan analisis data yaitu:

Optimized using
trial version
www.balesio.com

1) Transkripsi data

   Transkripsi seluruh hasil wawancara, catatan lapangan hasil observasi dan telaah dokumen. Proses transkripsi ini akan dilakukan secara verbatim untuk memastikan bahwa informasi yang terkandung dalam wawancara dapat dipahami dengan baik dan tidak ada yang terlewat. Seluruh transkrip data kemudian disiapkan dalam format word.

2) Pembacaan awal terhadap seluruh data

   Ditujukan untuk memperoleh gambaran umum mengenai tema-tema yang muncul. Dalam tahap ini, peneliti akan membaca secara menyeluruh transkrip wawancara, catatan observasi, dan dokumen untuk mengenali pola atau isu utama yang berkaitan dengan variabel yang diteliti. Setelah data dipastikan lengkap maka selanjutnya trankstip data hasil wawancara kemudian diimport ke Nvivo. Sementara hasil observasi dan telaah dokumen yang relevan akan dianalisis secara teepisah untuk kebutuhan triangulasi data dalam memberikan konteks dan mendukung hasil wawancara.

3) Pengkodean data. Pada tahap ini, peneliti akan melakukan pengodean data secara deduktif berdasarkan tema-tema utama yang berkaitan dengan kapasitas lingkungan eksternal sesuai teori (Horton *et al.*, 2003; Christensen and Gazley, 2008). Pengkodean manual dilakukan menggunakan Nvivo, dengan melabeli node terdiri dari *relationships* (partisipasi publik) dan *regulatory/statutory environment* (kolaborasi dan integrasi kebijakan pemerintah). Node ini akan digunakan untuk mengorganisasi data dalam bentuk yang lebih sistematis, sehingga memudahkan analisis lebih lanjut.

4) Pengorganisasian dan kategorisasi data

   Memasukkan data ke dalam node yang telah dilabeli *relationships* (partisipasi publik) dan *regulatory/statutory environment* (kolaborasi dan integrasi kebijakan pemerintah).

5) Penyaringan dan pengorganisasian data.

   Fitur Query di NVivo digunakan untuk mencari pola atau hubungan antar tema dalam data. Misalnya, mencari bagian teks yang mengandung kata kunci tertentu, atau melakukan query coding untuk melihat bagaimana tema tertentu muncul di seluruh dataset. Penggunaan set data Nvivo memungkinkan untuk membuat set data yang terdiri dari data yang relevan dengan tema untuk mempermudah analisis.

6) Analisis tematik dan identifikasi pola. Pencarian tema. Setelah data dikodekan, peneliti akan mengidentifikasi tema-tema utama yang muncul
de yang telah dibuat. Analisis tematik digunakan untuk melihat
ola umum dalam data. Dengan menghubungkan node dan tema
bih besar, maka diidentifikasi hubungan antara ide, konsep, atau
h yang muncul dari data yang telah terkode.
sasi model. Membuat model konseptual atau diagram yang
ambarkan hubungan antara tema-tema atau faktor-faktor yang
dalam analisis. Visualisasi digunakan untuk menyajikan temuan

Optimized using
trial version
www.balesio.com

analisis dengan cara yang mudah dipahami. Pada tahap ini, akan divisualisasikan bagaimana tema-tema kapasitas lingkungan ekternal seperti *relationships* (partisipasi publik) dan *regulatory/statutory environment* (kolaborasi dan integrasi kebijakan pemerintah) mempengaruhi pengintegrasian pelayanan kesehatan primer, berdasarkan kata-kata atau frasa yang sering muncul dalam data.

8) Interpretasi dan penarikan kesimpulan. Dalam tahap ini, peneliti akan menyusun temuan-temuan berdasarkan tema-tema yang telah diidentifikasi dan menghubungkannya dengan tujuan penelitian. Peneliti akan menjelaskan kondisi eksisting, hambatan, dan upaya untuk meningkatkan kapasitas lingkungan eksternal dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer. Selain itu, dilakukan pengembangan teori atau model berdasarkan temuan penelitian dalam menjelaskan fenomena yang sedang diteliti.

9) Pelaporan temuan

   Mendokumentasikan seluruh proses analisis, mulai dari pengodean hingga temuan dan visualisasi. Laporan ini digunakan untuk menulis bagian hasil penelitian dalam naskah akademik atau laporan penelitian.

10) Verifikasi temuan. Untuk memastikan kredibilitas temuan, peneliti akan melakukan triangulasi data. Jenis triangulasi data yang digunakan adalah triangulasi metode, yaitu membandingkan dan memferivikasi hasil analisis data NVivo dengan temuan catatan lapangan dari hasil observasi, dan telaah dokumen untuk melihat konsistensi temuan. Triangulasi ini akan membantu memastikan validitas dan keakuratan hasil analisis.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Table 7. Kapasitas organisasi berdasarkan topik penelitian

Topik penelitian	Variabel	Sumber data	Teknik pengumpulan data	Analisis data	Desain Penelitian	Kesimpulan
Topik 1 : Kapasitas sumber daya *(resource)* dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto	▪ Sumber daya manusia ▪ Infrastruktur ▪ Teknologi ▪ Anggaran	Kualitatif	Wawancara mendalam *(indepth interview)*	Nvivo	Kualitatif	Eksplorasi kondisi eksisting, hambatan, dan upaya meningkatkan kapasitas sumber daya
Topik 2 : Kapasitas manajemen dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto	▪ Kepemimpinan strategis ▪ Program & manajemen proses	Kualitatif	Wawancara mendalam *(indepth interview)*	Nvivo	Kualitatif	Eksplorasi kondisi eksisting, hambatan, dan upaya meningkatkan kapasitas manajemen
Topik 3 : Kapasitas lingkungan eksternal dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto	▪ Relationship (partisipasi publik) ▪ Regulatory/statutory environment (kolaborasi & integrasi kebijakan pemerintah)	Kualitatif	Wawancara mendalam *(indepth interview)*	Nvivo	Kualitatif	Eksplorasi kondisi eksisting, hambatan, dan upaya meningkatkan kapasitas lingkungan eksternal

Optimized using
trial version
www.balesio.com

BAB II
KAPASITAS SUMBER DAYA *(RESOURCE)* PEMERINTAH DAERAH DALAM PENYELENGGARAAN INTEGRASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI KABUPATEN JENEPONTO

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji kondisi eksisting, hambatan, dan strategi peningkatan kapasitas sumber daya dalam penyelenggaraan integrasi layanan kesehatan primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto. Fokus penelitian mencakup empat variabel utama, yaitu sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, dan pembiayaan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus (Creswell, 2007). Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap 20 informan kunci yang dipilih secara purposive, terdiri dari pemangku kebijakan, tenaga kesehatan puskesmas dan pustu, serta kepala desa. Data juga diperoleh dari observasi lapangan dan dokumen sekunder. Analisis data dilakukan dengan analisis tematik deduktif menggunakan perangkat lunak NVivo, yang melibatkan proses pengkodean, kategorisasi, visualisasi data, serta triangulasi untuk menjamin validitas temuan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keterbatasan SDM, lemahnya sistem informasi, kurangnya infrastruktur penunjang, dan keterbatasan anggaran merupakan hambatan utama dalam implementasi ILP. Strategi peningkatan yang diidentifikasi mencakup rekrutmen dan pengembangan SDM, optimalisasi digitalisasi layanan, integrasi perencanaan infrastruktur ke dalam dokumen daerah, serta diversifikasi sumber pembiayaan kesehatan. Studi ini menegaskan pentingnya penguatan kapasitas organisasi melalui tata kelola SDM, teknologi, infrastruktur, dan anggaran yang terintegrasi untuk mewujudkan keberlanjutan ILP di tingkat lokal. Temuan ini relevan untuk daerah dengan keterbatasan sumber daya dalam memperkuat sistem pelayanan kesehatan primer.

Kata kunci: Integrasi layanan primer, kapasitas sumber daya, infrastruktur kesehatan, digitalisasi kesehatan, pembiayaan kesehatan

2.1 Pendahuluan

Integrasi pelayanan kesehatan primer merupakan salah satu pilar utama dalam sistem kesehatan yang berorientasi pada penyediaan layanan yang lebih efisien, terjangkau, dan merata. Di Indonesia, konsep ini telah diperkenalkan sebagai bagian dari transformasi sistem kesehatan, dengan tujuan untuk memperbaiki aksesibilitas, kualitas, dan efektivitas layanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat, terutama yang tinggal di daerah terpencil dan kurang terlayani. Di Kabupaten Jeneponto, integrasi pelayanan kesehatan primer menghadapi berbagai tantangan terkait dengan kapasitas sumber daya yang tersedia. Sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, dan pembiayaan menjadi faktor utama dalam menentukan [illegible]lenggaraan layanan kesehatan yang terintegrasi dan berkelanjutan. [illegible]n kapasitas sumber daya di Kabupaten Jeneponto menjadi salah [illegible]esar dalam mewujudkan integrasi pelayanan kesehatan primer [illegible]gai daerah yang sebagian besar terdiri dari wilayah pedesaan, [illegible]mi kesulitan dalam menyediakan sumber daya yang memadai [illegible] kelancaran operasional fasilitas kesehatan. Hal ini sangat

Optimized using
trial version
www.balesio.com

dipengaruhi oleh rendahnya jumlah tenaga kesehatan, keterbatasan infrastruktur, serta kurangnya akses terhadap teknologi dan pembiayaan yang memadai.

Menurut Christensen dan Gazley (2008), kapasitas organisasi dalam sektor publik tidak hanya ditentukan oleh kemampuan internal seperti sumber daya manusia dan manajemen, tetapi juga oleh kekuatan hubungan eksternal dan lingkungan kelembagaan yang mengelilinginya. Kapasitas organisasi, dalam pandangan ini, merupakan hasil dari interaksi antara sumber daya internal dan konteks eksternal yang membentuk kemampuan suatu entitas untuk mencapai tujuan publik. Gazley menekankan bahwa kapasitas publik mencakup empat dimensi utama, yaitu kapasitas struktural, kapasitas jaringan (*relational capacity*), kapasitas politik (*political capacity*), dan kapasitas adaptif (*adaptive capacity*). Keempat dimensi ini penting untuk memastikan organisasi publik mampu beradaptasi dengan perubahan kebijakan, tuntutan masyarakat, dan dinamika lingkungan eksternal yang kompleks.

Dalam konteks pemerintahan daerah, kapasitas jaringan dan kapasitas adaptif menjadi sangat relevan. Kapasitas jaringan menggambarkan kemampuan organisasi untuk membangun kolaborasi lintas sektor dengan aktor lain, seperti lembaga swasta, organisasi masyarakat, dan lembaga donor. Kolaborasi ini tidak hanya memperluas sumber daya, tetapi juga memperkuat legitimasi program di mata publik. Sementara itu, kapasitas adaptif berhubungan dengan kemampuan pemerintah daerah untuk belajar dari pengalaman, menyesuaikan strategi kebijakan, dan merespons perubahan lingkungan sosial, ekonomi, maupun politik. Dengan kata lain, kapasitas organisasi yang kuat tidak dapat berdiri sendiri, tetapi membutuhkan dukungan ekosistem kolaboratif yang saling menguntungkan antara pemerintah dan para pemangku kepentingan.

Dalam penelitian ini, teori Gazley (2008) digunakan untuk memahami bagaimana kapasitas organisasi pemerintah daerah khususnya di Kabupaten Jeneponto, terbentuk melalui interaksi antara sumber daya internal dan eksternal. Pendekatan ini memungkinkan analisis yang lebih komprehensif terhadap integrasi layanan ILP, karena keberhasilannya tidak hanya bergantung pada ketersediaan sumber daya manusia, infrastruktur, dan pembiayaan, tetapi juga pada sejauh mana pemerintah daerah mampu membangun jejaring kolaboratif dan menyesuaikan diri dengan dinamika kebijakan nasional serta kebutuhan masyarakat lokal.

Ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai merupakan salah satu aspek kritis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Di Kabupaten Jeneponto, terutama di wilayah pedesaan, kurangnya jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya menjadi tantangan yang terus muncul. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto menunjukkan bahwa meskipun terdapat 20 Puskesmas yang melayani 56 Puskesmas Pembantu (Pustu) dan 57 Poskesdes, banyak fasilitas kesehatan di daerah terpencil yang kekurangan tenaga kesehatan yang memadai, baik dari sisi [illegible]itas. Sebagai contoh, banyak Puskesmas yang hanya memiliki satu [illegible]bahkan tidak memiliki dokter sama sekali, sementara kebutuhan [illegible]p layanan medis dasar sangat tinggi. Penelitian yang dilakukan [illegible]n Rensburg-Bonthuyzen, 2015) mengungkapkan bahwa daerah-[illegible]ring kali kesulitan menarik tenaga kesehatan profesional karena [illegible] dan minimnya fasilitas penunjang. Hal ini memperburuk

Optimized using
trial version
www.balesio.com

kesenjangan akses layanan kesehatan, yang mana di Kabupaten Jeneponto, masalah ini semakin nyata di daerah pedesaan yang jauh dari pusat pemerintahan.

Infrastruktur yang memadai merupakan faktor penunjang utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer yang terintegrasi. Infrastruktur yang terbatas seperti Puskesmas yang tidak terawat, fasilitas medis yang kurang lengkap, serta akses transportasi yang sulit semakin membatasi kemampuan layanan kesehatan untuk menjangkau masyarakat, terutama di daerah terpencil. (Patel and Ladusingh, 2015) dalam studi mereka menekankan bahwa kualitas dan ketersediaan infrastruktur kesehatan mempengaruhi secara langsung akses dan efektivitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Di Kabupaten Jeneponto, meskipun ada beberapa upaya untuk meningkatkan kualitas fasilitas kesehatan, sebagian besar Puskesmas dan Poskesdes di daerah pedesaan masih menghadapi masalah keterbatasan fasilitas medis dan infrastruktur dasar. Keterbatasan ini menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi tidak optimal dan sulit untuk menjangkau masyarakat yang membutuhkan. Selain itu, akses transportasi yang buruk juga menjadi kendala bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan yang lebih besar.

Penggunaan teknologi dalam pelayanan kesehatan primer, seperti rekam medis elektronik, sistem rujukan online, dan telemedicine, berpotensi besar untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan. Namun, di Kabupaten Jeneponto, penerapan teknologi informasi kesehatan masih sangat terbatas. Meskipun teknologi kesehatan telah diperkenalkan di berbagai daerah di Indonesia, implementasinya di daerah pedesaan seperti Kabupaten Jeneponto masih terhambat oleh keterbatasan infrastruktur jaringan internet dan kurangnya keterampilan teknis di kalangan tenaga kesehatan (Al- Samarraie *et al.*, 2020). Teknologi informasi seperti sistem manajemen data pasien dan aplikasi untuk pengelolaan pelayanan kesehatan dapat mempercepat alur informasi dan meningkatkan koordinasi antar fasilitas kesehatan, yang sangat diperlukan dalam rangka integrasi pelayanan. Namun, adopsi teknologi ini membutuhkan dukungan yang luas, termasuk pelatihan tenaga kesehatan, pembenahan infrastruktur jaringan, serta pembiayaan yang cukup untuk mendukung implementasinya.

Pembiayaan yang memadai adalah kunci keberlanjutan dan kualitas pelayanan kesehatan. Di Kabupaten Jeneponto, anggaran kesehatan yang terbatas menjadi salah satu hambatan utama dalam memperbaiki kualitas dan distribusi layanan kesehatan. Penelitian (Liaropoulos and Goranitis, 2015) menunjukkan bahwa tanpa pembiayaan yang cukup, sulit bagi pemerintah daerah untuk memenuhi kebutuhan operasional fasilitas kesehatan dan menyelenggarakan program-program kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu solusi potensial untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan adalah melalui kemitraan publik-swasta. (Suchman, Hart and Montagu, 2018) dalam studi mereka mengungkapkan bahwa kemitraan semacam ini [illegible] pembiayaan dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Di [illegible]to, kerjasama antara sektor publik dan swasta, serta pemanfaatan [illegible]ktor kesehatan, dapat menjadi alternatif pembiayaan yang dapat [illegible]ntegrasi pelayanan kesehatan primer.

[illegible] mengatasi tantangan yang ada, Kabupaten Jeneponto perlu [illegible]strategi pengelolaan sumber daya yang lebih efisien dan

Optimized using
trial version
www.balesio.com

berkelanjutan untuk mendukung penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer. Peningkatan kapasitas sumber daya lokal, baik tenaga kesehatan maupun infrastruktur, menjadi langkah pertama yang krusial dalam memastikan integrasi pelayanan kesehatan primer berjalan dengan baik. Pengembangan dan pemberdayaan tenaga kesehatan lokal menjadi salah satu solusi yang dapat mengurangi ketergantungan pada tenaga medis dari luar daerah. Melibatkan tenaga kesehatan lokal melalui pelatihan dan pemberian insentif dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di daerah terpencil (Harnagea *et al.*, 2017).

Mengingat keterbatasan infrastruktur yang ada, peningkatan kualitas fasilitas kesehatan harus menjadi prioritas. (Horton *et al.*, 2003) menekankan bahwa pengelolaan sumber daya kesehatan yang baik memerlukan alokasi yang tepat untuk membangun dan memelihara infrastruktur yang memadai. Di Kabupaten Jeneponto, ini berarti melakukan renovasi dan pengembangan Puskesmas dan Poskesdes yang lebih representatif serta memperbaiki sarana transportasi untuk memudahkan akses ke fasilitas kesehatan.

Penerapan teknologi informasi dalam pelayanan kesehatan primer memiliki potensi besar untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan. Namun, pengadopsian teknologi di Jeneponto masih menghadapi banyak kendala. Penerapan teknologi informasi kesehatan, seperti rekam medis elektronik dan sistem rujukan online, dapat mempercepat proses pelayanan dan meminimalkan kesalahan medis (Prasetia *et al.*, 2024). Oleh karena itu, penelitian ini akan menyoroti langkah-langkah yang dapat diambil untuk mengatasi hambatan teknis dalam penerapan teknologi di Kabupaten Jeneponto, seperti peningkatan keterampilan tenaga kesehatan dan peningkatan kualitas jaringan internet.

Pembiayaan yang berkelanjutan sangat penting untuk menjaga kualitas dan keberlanjutan layanan kesehatan (Liaropoulos and Goranitis, 2015). (Brinkerhoff, 2004) menyatakan bahwa pengelolaan sumber daya publik yang baik harus mempertimbangkan efisiensi dan akuntabilitas dalam penggunaan dana. Oleh karena itu, penelitian ini akan mengkaji bagaimana anggaran kesehatan di Kabupaten Jeneponto dapat dialokasikan secara lebih efektif dan efisien, serta bagaimana kemitraan publik-swasta dan dana desa dapat menjadi sumber pembiayaan alternatif yang dapat meningkatkan ketersediaan sumber daya untuk pelayanan kesehatan.

Penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto menghadapi tantangan yang cukup besar akibat keterbatasan kapasitas sumber daya. Faktor-faktor seperti sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, dan pembiayaan merupakan komponen kunci yang perlu dikelola secara optimal agar integrasi pelayanan kesehatan primer dapat berjalan efektif.

2.2 Pertanyaan dan Tujuan Penelitian

ıkan mengkaji bagaimana kondisi kapasitas sumber daya yang mber daya manusia, infrastruktur, teknologi, dan keuangan dalam ian pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto?. Kajian mendeskripsikan kondisi eksisting, mengidentifikasi hambatan, strategi peningkatan kapasitas sumber daya tersebut.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

2.3 Kerangka Pikir

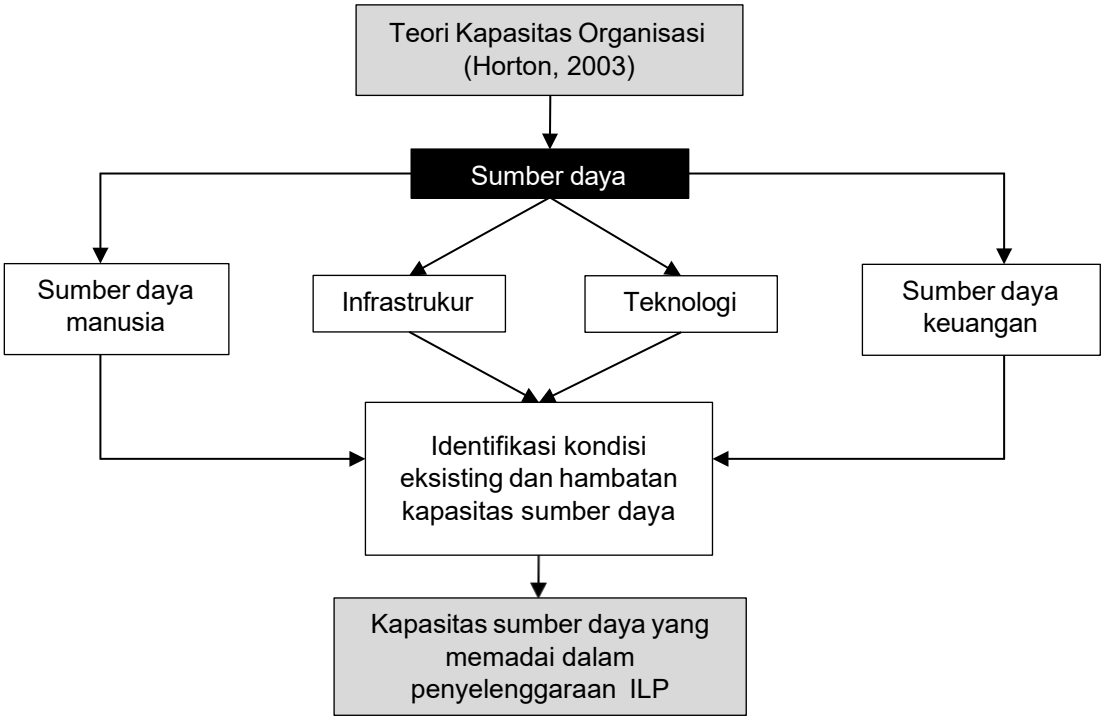
Kerangka pikir ini menggambarkan alur konseptual penelitian mengenai kapasitas organisasi dalam penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan primer (Primary Health Care) di Kabupaten Jeneponto. Landasan penelitian ini berangkat dari konsep Primary Health Care (PHC) yang menjadi pendekatan utama dalam pembangunan sistem kesehatan global sebagaimana diatur oleh (WHO, 2018, 2020) dan diperkuat dengan sejumlah regulasi nasional, antara lain seperti Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN), serta Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis ILP (Presiden RI, 2012, 2023; Kemenkes RI, 2023). Berbagai kebijakan tersebut menjadi dasar bagi pelaksanaan kebijakan integrasi pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto, yang berupaya mewujudkan layanan kesehatan yang lebih terkoordinasi, efisien, dan berorientasi pada masyarakat. Untuk menganalisis sejauh mana kebijakan ini dapat diimplementasikan secara efektif, penelitian ini menggunakan Teori Kapasitas Organisasi sebagai kerangka teoretis utama. Teori ini menekankan pentingnya kemampuan organisasi dalam mengelola sumber daya, proses manajemen, dan hubungan eksternal guna mencapai tujuan kebijakan secara optimal. Kerangka teori diadaptasi dari dua perspektif utama:

a. (Horton *et al.*, 2003) yang menekankan dua dimensi utama internal organisasi, yaitu resources dan management. Resources mencakup sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, dan keuangan yang menjadi pondasi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan primer. Management mencakup kepemimpinan strategis, tata kelola program dan proses, serta jejaring dan hubungan kerja sama yang menopang pelaksanaan integrasi layanan kesehatan.
b. (Christensen and Gazley, 2008) yang menyoroti faktor eksternal organisasi, meliputi hubungan antar lembaga, kepercayaan, manajemen kontrak, lingkungan regulasi, struktur pemerintahan, tingkat otonomi, karakteristik klien, serta logika dominan dalam hubungan antarorganisasi dan arus informasi. Faktor-faktor eksternal ini menggambarkan konteks dan jejaring kerja yang memengaruhi kemampuan organisasi dalam berkolaborasi dan beradaptasi.

Selanjutnya, studi bibliometrik digunakan untuk menentukan arah dan fokus penelitian dengan menelusuri tren ilmiah terkait kapasitas organisasi dan integrasi layanan primer. Analisis bibliometrik membantu mengidentifikasi kesenjangan penelitian (research gap) dan memperkuat relevansi teoretis penelitian ini. Tahapan akhir kerangka ini mengarah pada analisis kapasitas sumber daya dalam pengintegrasian ILP, yang meliputi empat komponen utama yaitu sumber daya manusia (SDM), informasi dan teknologi (IT), infrastruktur, dan anggaran.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Gambar 11. Kerangka Pikir Kapasitas Sumberdaya



Sumber : Teori kapasitas organisasi (Horton *et al.*, 2003)

2.4 Metode Peneitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dengan pendekatan studi kasus (Creswell, 2007). Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji lebih mendalam dan memperoleh pemahaman menyeluruh mengenai kondisi eksisting, hambatan, dan upaya peningkatan kapasitas sumber daya *(resource)* dalam pengintegrasian pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Jeneponto yang terdiri dari sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi dan keuangan.

Pendekatan studi kasus ditujukan untuk mengkaji fenomena dan mengamati secara langsung penerapan pengintegrasian layanan di tingkat organisasi, sehingga dapat menganalisis masalah atau dinamika yang muncul, dengan menggunakan teori kapasitas organisasi yang dikemukakan oleh (Horton *et al.*, 2003; Christensen and Gazley, 2008) dan teori pelayanan kesehatan primer (Presiden RI, 2012, 2023; WHO, 2018, 2020; Kemenkes RI, 2023) sebagai kerangka kerja untuk menganalisis dan n data. Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Jeneponto pada terlibat dengan penyelenggaraan integrasi layanan kesehatan n data memanfaatkan berbagai sumber termasuk data primer yang wancara mendalam dengan 20 informan kunci yang dipilih melalui g yang terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Dinas elolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD), Kepala Badan

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Jeneponto, Kepala Badan Kepegawaian dan Pengembangan SDM (BKPSDM), kepala puskesmas, tenaga kesehatan puskesmas, tenaga kesehatan pustu, kepala desa, serta observasi lapangan langsung dan data sekunder dari dokumen terpublikasi seperti peraturan pemerintah, laporan tahunan, rencana strategis, evaluasi program, dan artikel ilmiah yang relevan. Analisis data menggunakan analisis tematik dengan pendekatan deduktif menggunakan software NVivo untuk memfasilitasi coding, analisis tema, dan visualisasi data kualitatif yang kompleks, dengan mengikuti sepuluh tahap sistematis: transkripsi data, pembacaan awal seluruh data, pengkodean data berdasarkan tema yang telah ditentukan (sumber daya manusia, infrastruktur, teknologi, dan pembiayaan), organisasi dan kategorisasi data, filtering dan organisasi data menggunakan fitur Query, analisis tematik dan identifikasi pola, visualisasi model, interpretasi dan penarikan kesimpulan, pelaporan temuan, dan verifikasi temuan melalui triangulasi metodologis dengan membandingkan hasil analisis NVivo dengan catatan observasi lapangan dan temuan review dokumen (Friese, 2019; Jackson and Bazeley, 2019). Validitas data dijamin melalui empat kriteria: kredibilitas melalui observasi berkepanjangan, observasi berkelanjutan, triangulasi, diskusi teman sejawat, member checking, analisis kasus negatif, dan pengecekan kecukupan referensial; transferabilitas memastikan hasil penelitian dapat diterapkan pada situasi serupa; dependabilitas melalui proses audit oleh pembimbing dan penguji; dan konfirmabilitas untuk menilai kualitas hasil penelitian melalui verifikasi objektif dengan pihak yang tidak terlibat (Saryono and Anggraeni, 2010).

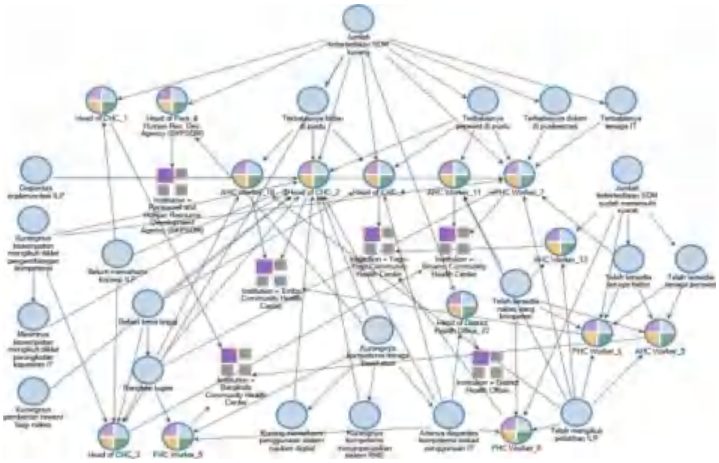
2.5 Hasil dan Pembahasan

a) Kapasitas sumberdaya manusia (SDM)

Berdasarkan olah data kualitatif menggunakan NVIVO, hasil penelitian menunjukkan bahwa kapasitas sumber daya manusia masih menjadi tantangan utama dalam penyelenggaraan integrasi layanan primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto. Kondisi eksisting memperlihatkan kekurangan SDM di tingkat puskesmas dan pustu, yang berimplikasi pada beban kerja ganda dan rangkap tugas bagi tenaga kesehatan. Situasi ini menyebabkan menurunnya efektivitas layanan karena keterbatasan tenaga yang tersedia tidak sebanding dengan luas cakupan pelayanan.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

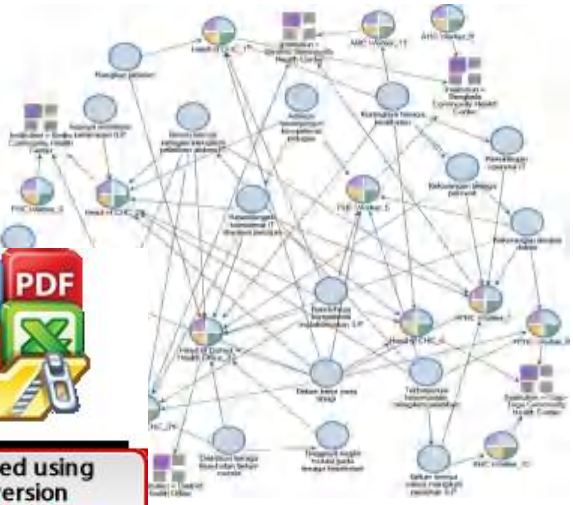
Gambar 12. Kondisi Eksisiting Kapasitas SDM dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



Keterangan:
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas), AHC Worker = Auxiliarry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan, Head of Pers. & Human Res. Dev. Agency = Kepala BKPSDM

Hambatan yang ditemukan meliputi distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, mutasi pegawai yang sering terjadi, serta minimnya dukungan regulasi yang dapat menjamin alokasi SDM berjalan lebih efektif dan berkelanjutan. Kondisi ini sejalan dengan temuan penelitian di berbagai daerah berkembang, yang menyebutkan bahwa distribusi tenaga kesehatan yang tidak seimbang antara wilayah perkotaan dan perdesaan menjadi salah satu faktor utama rendahnya kualitas layanan kesehatan primer (Rój, 2020).

Gambar 13. Hambatan kapasitas SDM dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



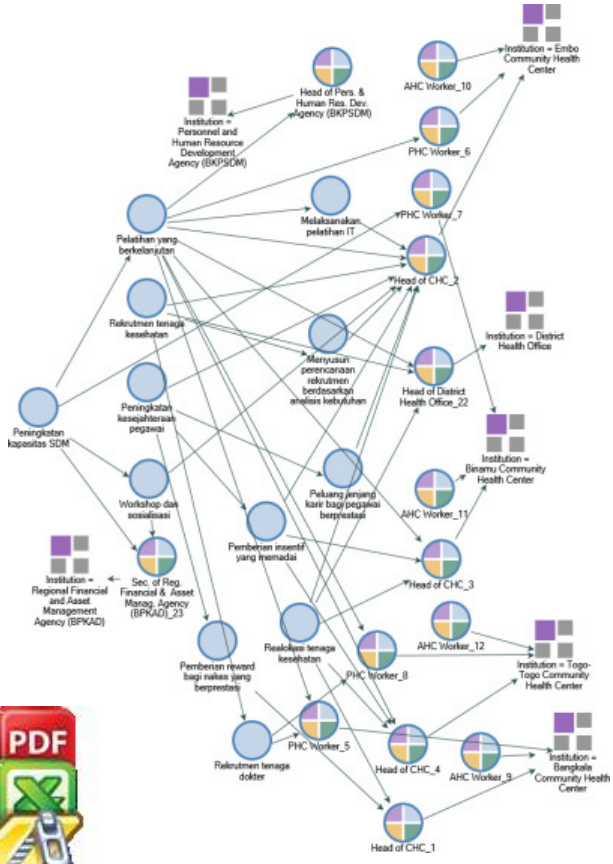
Keterangan :
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas), AHC Worker = Auxiliarry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan, Head of Pers. & Human Res. Dev. Agency = Kepala BKPSDM

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Selain jumlah, aspek kompetensi tenaga kesehatan juga menjadi permasalahan penting. Banyak tenaga kesehatan masih menghadapi keterbatasan dalam mengikuti pelatihan, sementara kompetensi digital belum merata, sehingga implementasi sistem informasi dan rekam medis elektronik tidak optimal. Penelitian lain menegaskan bahwa keterbatasan kompetensi digital tenaga kesehatan dapat memperlambat adopsi sistem kesehatan berbasis teknologi, terutama di negara berpendapatan menengah ke bawah (Mengestie *et al.*, 2023).

Untuk mengatasi hal tersebut, strategi peningkatan diarahkan pada rekrutmen dan re- alokasi SDM berbasis analisis kebutuhan, serta pemberian insentif dan reward guna menjaga motivasi tenaga kesehatan. Selain itu, diperlukan pelatihan berkelanjutan dan pengembangan kompetensi, termasuk peluang pengembangan karir yang dapat meningkatkan kesejahteraan pegawai. Strategi ini sejalan dengan kajian WHO yang menekankan pentingnya continuous professional development dan mekanisme penghargaan dalam memperkuat sistem layanan primer (Brennan *et al.*, 2017).

Gambar 14. Strategi Peningkatan Kapasitas SDM dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



Keterangan :
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas), AHC Worker = Auxiliarry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan, Head of Pers. & Human Res. Dev. Agency = Kepala BKPSDM, Sec. of Reg. Financial & Asset Manag. Agency = Sekretaris BPKAD

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Kondisi keterbatasan tenaga kesehatan di Jeneponto menunjukkan bahwa kapasitas organisasi belum sepenuhnya mampu memenuhi kebutuhan dasar layanan primer. Menurut Horton et al. (2003), kapasitas sumber daya manusia bukan sekadar jumlah tenaga yang tersedia, tetapi mencakup kemampuan organisasi untuk mengembangkan kompetensi, sistem insentif, dan mekanisme pembelajaran berkelanjutan. Fenomena mutasi pegawai yang sering terjadi tanpa analisis kebutuhan menunjukkan lemahnya *human resource planning* di tingkat daerah. Selain itu, kesenjangan kemampuan digital memperlihatkan bahwa strategi peningkatan kapasitas belum menyentuh aspek *knowledge management* yang menjadi pilar penting dalam teori Horton.

Dari perspektif Gazley (2008), situasi ini juga menggambarkan lemahnya relational capacity dan adaptive capacity, yakni kemampuan organisasi untuk membangun koordinasi lintas sektor dan menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan eksternal. Keterbatasan kolaborasi antara Dinas Kesehatan, BKPSDM, dan lembaga pendidikan kesehatan menyebabkan rekrutmen dan distribusi tenaga tidak terintegrasi. Akibatnya, tenaga kesehatan di puskesmas dan pustu bekerja di bawah tekanan beban kerja ganda dan minim dukungan profesional.

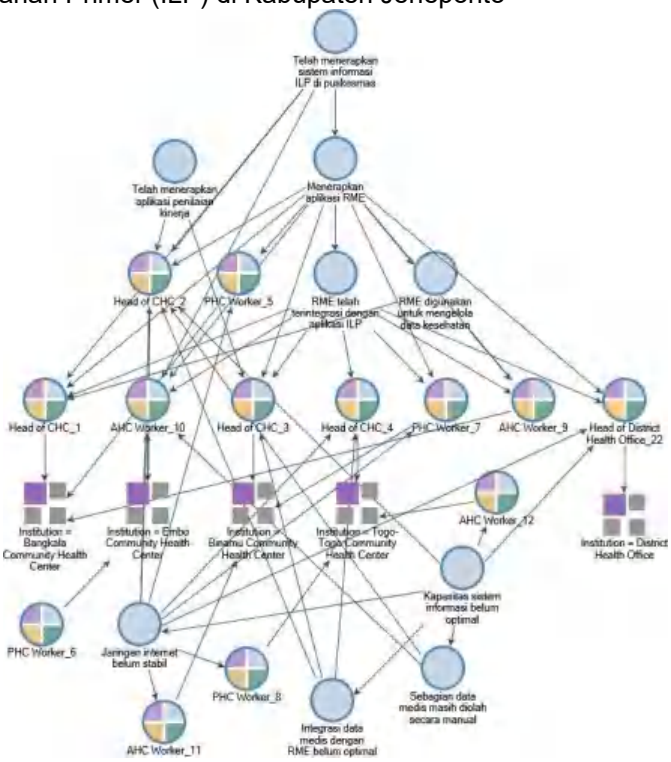
Dengan demikian, permasalahan SDM di Jeneponto tidak semata-mata teknis, tetapi bersifat struktural dan kelembagaan. Peningkatan kapasitas harus diarahkan pada pembentukan sistem manajemen SDM berbasis analisis kebutuhan dan kolaborasi lintas instansi. Reformasi tata kelola SDM melalui skema insentif, pelatihan terencana, dan mekanisme rotasi berbasis kinerja akan menjadi kunci bagi penguatan kapasitas organisasi dalam mendukung keberlanjutan integrasi layanan primer.

b) Kapasitas Informasi & Teknologi (IT)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam penyelenggaraan ILP, Kabupaten Jeneponto telah menerapkan sistem informasi dan digitalisasi layanan melalui Rekam Medis Elektronik (RME). Ini menjadi langkah penting dalam meningkatkan efisiensi pencatatan, akses data pasien, dan koordinasi antarunit layanan kesehatan primer.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Gambar 15. Kondisi Eksisiting Kapasitas IT dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



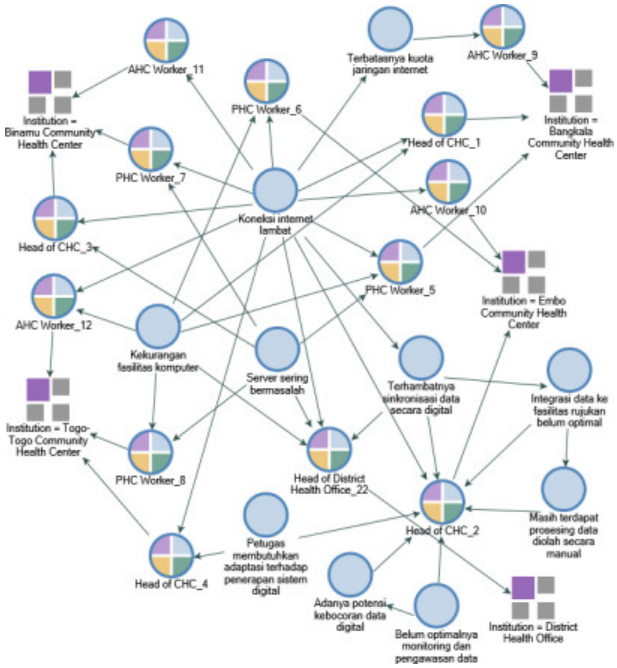
Keterangan:

- Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan
- Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas)
- PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas)
- AHC Worker = Auxiliarry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu)

Namun demikian, kondisi eksisting masih menghadapi masalah pada integrasi sistem informasi yang belum optimal, terutama karena keterbatasan jaringan internet dan infrastruktur teknologi. Hambatan yang paling sering ditemui adalah koneksi internet yang masih menggunakan paket terbatas di pustu, server yang sering bermasalah, serta kurangnya fasilitas komputer yang memadai di puskesmas dan pustu. Hambatan-hambatan ini menyebabkan sistem digital tidak dapat berjalan konsisten, sehingga proses pelayanan dan pencatatan data masih terganggu. Hal ini sesuai dengan temuan penelitian tentang digital health di negara berkembang, di mana keterbatasan infrastruktur IT menjadi salah satu hambatan utama dalam adopsi sistem informasi kesehatan (Agarwal *et al.*, 2010).

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Gambar 16. Hambatan Kapasitas IT dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



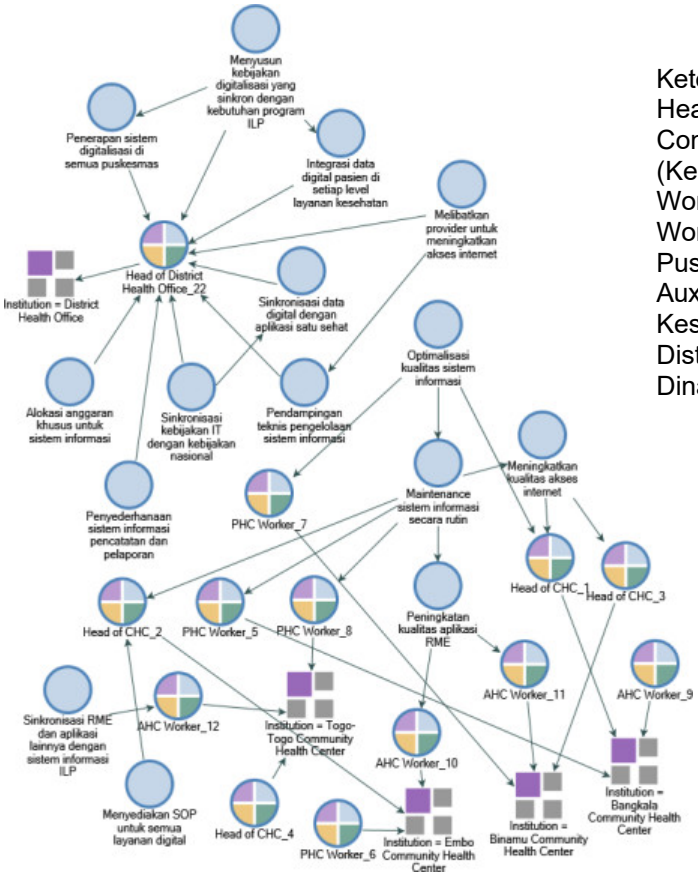
Keterangan : Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas), AHC Worker = Auxiliarry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan

Untuk mengatasi hambatan tersebut, strategi peningkatan diarahkan pada beberapa aspek kunci. Pertama, penguatan kebijakan digitalisasi melalui sinkronisasi sistem informasi agar implementasi RME lebih seragam. Kedua, optimalisasi infrastruktur, termasuk peningkatan kualitas jaringan internet, server, dan ketersediaan perangkat komputer. Ketiga, penyusunan SOP layanan digital agar ada standar kerja yang jelas dan dapat diterapkan oleh semua tenaga kesehatan. Keempat, penguatan kapasitas SDM melalui pendampingan teknis, yang penting mengingat masih terdapat tenaga kesehatan yang belum terbiasa dengan penggunaan sistem digital. Terakhir, pengalokasian anggaran khusus untuk pengembangan sistem informasi kesehatan, sehingga keberlanjutan program tidak hanya bergantung pada dukungan proyek jangka pendek. Strategi-strategi tersebut sejalan dengan studi internasional yang menegaskan bahwa transformasi digital dalam layanan kesehatan membutuhkan pendekatan multidimensi: memperkuat infrastruktur, meningkatkan kapasitas SDM, dan menjamin pendanaan yang berkelanjutan (Kraus *et al.*, 2021).

Dengan demikian, peningkatan kapasitas informasi dan teknologi di Jeneponto harus dipandang sebagai investasi jangka panjang yang berfokus pada kebijakan, penguatan infrastruktur, dan pengembangan SDM. Jika dilakukan secara konsisten, maka digitalisasi ILP akan lebih optimal mendukung integrasi pelayanan kesehatan primer.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Gambar 17. Strategi Peningkatan Kapasitas IT dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



Keterangan :
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas), AHC Worker = Auxiliarry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan

Pemanfaatan teknologi digital dalam layanan kesehatan primer di Jeneponto masih terbatas pada aspek administratif, belum mencapai fungsi strategis sebagai penggerak integrasi layanan. Menurut Horton (2003), kapasitas teknologi merupakan bagian dari kapasitas organisasi yang mendukung proses pembelajaran dan inovasi. Keterbatasan jaringan internet, sarana komputer, serta literasi digital tenaga kesehatan menunjukkan bahwa organisasi belum mengembangkan learning system yang mampu mempercepat adaptasi teknologi. Ketergantungan pada perangkat fisik tanpa peningkatan kompetensi pengguna menyebabkan digitalisasi tidak menghasilkan transformasi yang berarti.

Dalam kerangka Gazley (2008), kondisi ini mencerminkan rendahnya structural dan relational capacity, di mana infrastruktur digital tidak didukung oleh s lembaga dan jejaring informasi yang kuat. Implementasi RME Elektronik) yang belum terintegrasi antarunit menunjukkan bahwa ı secara sektoral, bukan sistemik. Padahal, kapasitas adaptif suatu olik ditentukan oleh kemampuannya membangun kemitraan nelakukan penyesuaian cepat terhadap dinamika kebijakan digital onal.

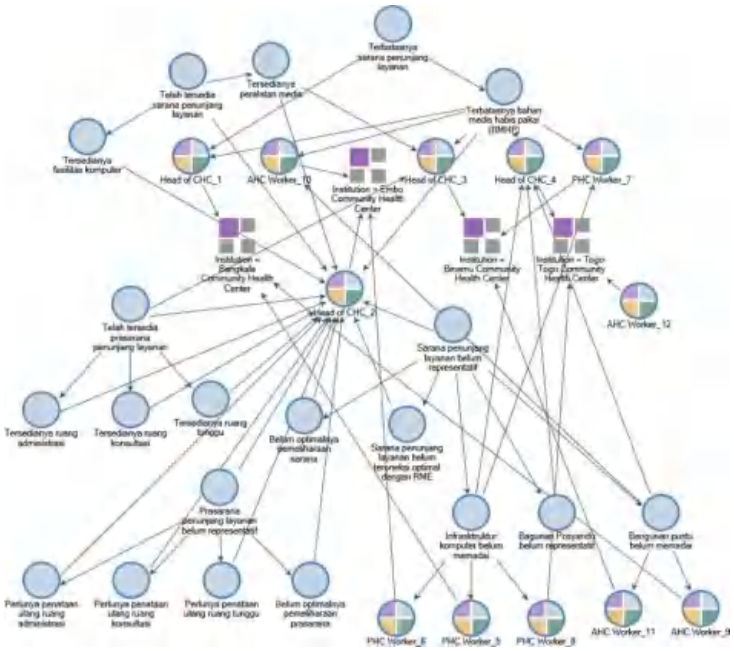
Optimized using
trial version
www.balesio.com

Oleh karena itu, peningkatan kapasitas IT di Jeneponto tidak hanya memerlukan investasi perangkat keras, tetapi juga penguatan kelembagaan digital. Pemerintah daerah perlu mengembangkan strategi digitalisasi yang terpadu antara Dinas Kesehatan dan Diskominfo, dengan dukungan pelatihan teknis, sistem keamanan data, dan monitoring berkelanjutan. Transformasi digital yang berbasis kolaborasi akan memperkuat kapasitas organisasi dalam mengelola layanan primer yang efisien, transparan, dan adaptif terhadap perubahan zaman.

c) Kapasitas Infrastruktur

Kondisi eksisting menunjukkan bahwa sarana penunjang layanan kesehatan di puskesmas, pustu, dan posyandu masih belum memadai. Kekurangan ini mencakup keterbatasan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), ruang pelayanan, serta kondisi bangunan yang belum sesuai standar. Selain itu, prasarana sistem informasi juga masih terbatas, sehingga menghambat optimalisasi digitalisasi layanan.

Gambar 18. Kondisi Eksisiting Kapasitas Infrastruktur dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



Keterangan :

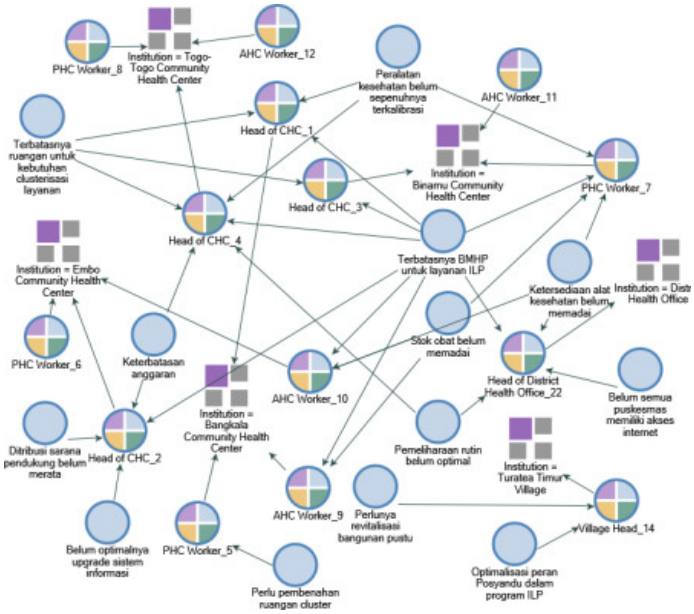
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas), AHC arry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu)

an utama yang dihadapi adalah keterbatasan anggaran, sehingga struktur belum merata di semua puskesmas. Selain itu, perbedaan ran antar puskesmas menimbulkan ketidakmerataan dalam arana penunjang. Hambatan lainnya adalah distribusi sarana ng tidak merata, sehingga ada puskesmas atau posyandu yang

Optimized using
trial version
www.balesio.com

memiliki fasilitas cukup, sementara lainnya masih jauh dari standar pelayanan minimal. Hal ini sejalan dengan temuan studi bahwa keterbatasan infrastruktur kesehatan di daerah tertinggal berdampak langsung pada rendahnya akses dan kualitas pelayanan primer (Kruk *et al.*, 2018).

Gambar 19. Hambatan Kapasitas Infrastruktur dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto

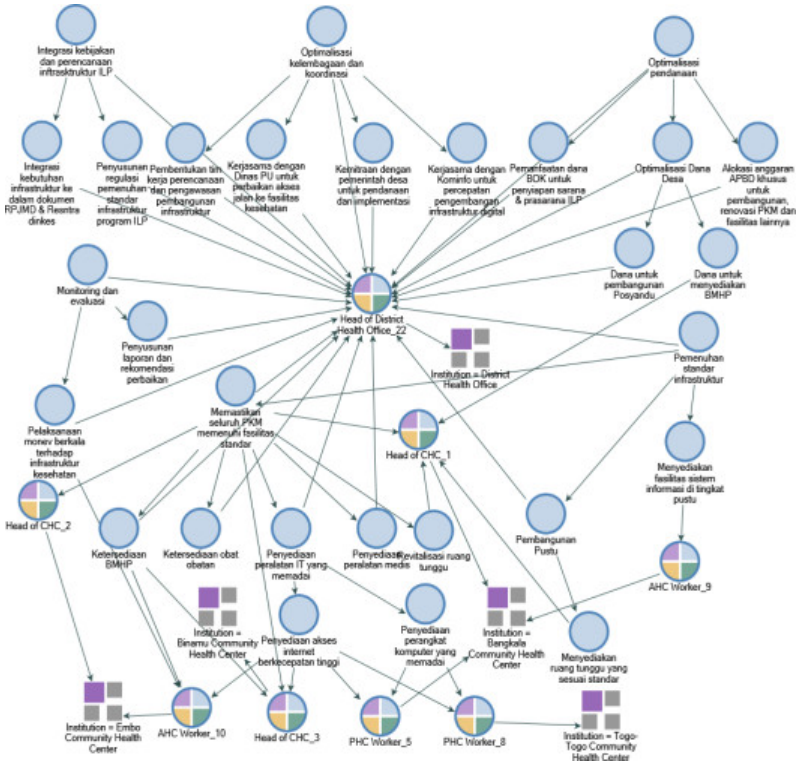


Keterangan :
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas), AHC Worker = Auxiliarry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan

Untuk mengatasi hambatan tersebut, strategi peningkatan diarahkan pada beberapa langkah. Pertama, integrasi perencanaan infrastruktur ILP ke dalam dokumen kebijakan daerah, sehingga penyediaan fasilitas kesehatan menjadi bagian dari rencana pembangunan jangka menengah daerah (RPJMD). Kedua, optimalisasi pendanaan dan kemitraan, misalnya melalui kolaborasi dengan pemerintah pusat, swasta, maupun lembaga donor. Ketiga, pemenuhan standar fasilitas kesehatan di seluruh puskesmas dan posyandu agar pelayanan lebih merata. Keempat, monitoring, evaluasi, dan regulasi pendukung untuk memastikan infrastruktur yang sudah dibangun dapat dimanfaatkan secara efektif dan berkelanjutan. Pendekatan ini selaras dengan literatur internasional yang menekankan bahwa penguatan infrastruktur kesehatan primer harus dilakukan secara sistematis melalui integrasi kebijakan, pendanaan berkelanjutan, serta pemantauan berkala (Baumgarten *et al.*, 2018). Dengan demikian, peningkatan ak hanya menyangkut pembangunan fisik, tetapi juga penguatan ar fasilitas yang tersedia benar-benar mendukung keberhasilan P di Jeneponto.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Gambar 20. Strategi Peningkatan Kapasitas Infrastruktur dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



Keterangan :
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), PHC Worker = Primary Health Care Worker (Tenaga Kesehatan Puskesmas), AHC Worker = Auxiliarry Health Care (Tenaga Kesehatan Pustu), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan

Keterbatasan sarana dan prasarana kesehatan di Jeneponto menunjukkan masih lemahnya structural capacity pemerintah daerah dalam mendukung integrasi layanan primer. Menurut Horton et al. (2003), kapasitas infrastruktur merupakan bagian dari kapasitas operasional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuan strategisnya. Ketidakmerataan fasilitas antar-puskesmas dan keterlambatan pemeliharaan sarana dasar menandakan lemahnya perencanaan jangka menengah dan minimnya integrasi antarperangkat daerah dalam penyediaan infrastruktur kesehatan. Dari sudut pandang Gazley (2008), kondisi ndikasikan rendahnya koordinasi lintas sektor yang semestinya etwork capacity. Ketiadaan forum koordinasi antara Dinas appeda, dan Dinas PUPR membuat kebijakan pembangunan esehatan tidak sinkron dengan kebutuhan lapangan. Hal ini n bahwa pembangunan fisik tidak dapat dipisahkan dari aspek tata tif yang berorientasi pada hasil pelayanan.

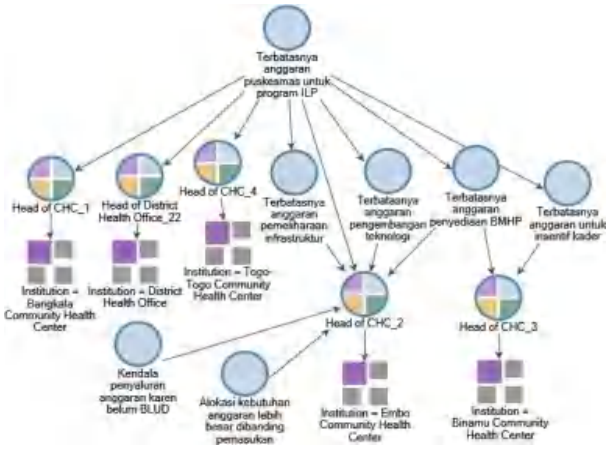
Optimized using
trial version
www.balesio.com

Dengan demikian, peningkatan kapasitas infrastruktur di Jeneponto harus diarahkan pada penguatan integrasi kebijakan pembangunan antarinstansi dan penerapan prinsip *shared responsibility*. Kolaborasi lintas sektor dalam perencanaan dan pendanaan akan meningkatkan efisiensi dan memastikan bahwa pembangunan infrastruktur benar-benar memperkuat pelayanan kesehatan primer, bukan sekadar memenuhi target fisik.

d) Kapasitas anggaran

Kondisi eksisting menunjukkan bahwa belum tersedia anggaran khusus untuk program ILP, sehingga pembiayaan masih mengandalkan anggaran umum kesehatan yang terbatas. Selain itu, status sebagian besar puskesmas di Jeneponto yang belum berbentuk BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) membuat pengelolaan anggaran menjadi kaku dan pencairan dana sering terlambat. Keterbatasan ini juga berdampak pada penyediaan sarana dan prasarana, sehingga program ILP hanya berjalan secara terbatas.

Gambar 21. Kondisi Eksisiting Kapasitas Anggaran dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto

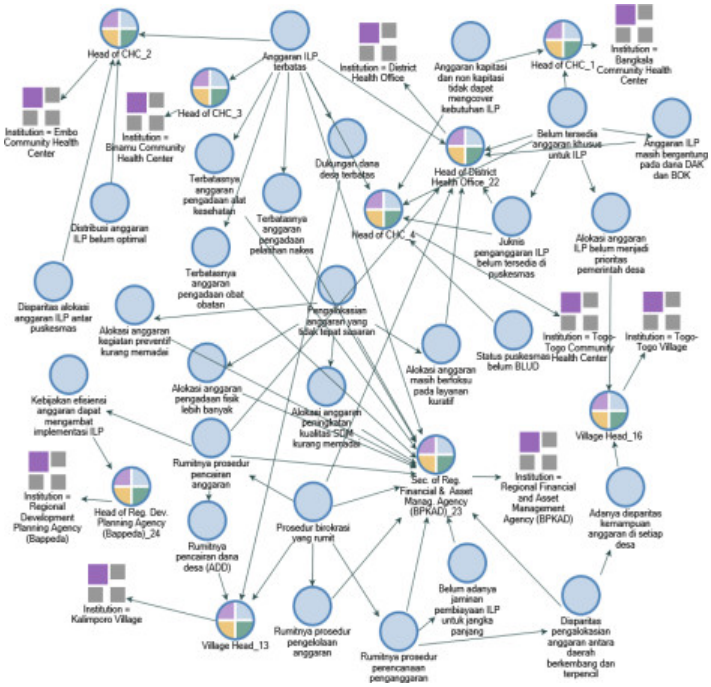


Keterangan :
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan

Hambatan yang muncul di antaranya adalah birokrasi anggaran yang rumit, mulai dari proses perencanaan hingga pencairan dana, serta kendala dalam memenuhi persyaratan pengajuan BLUD yang memerlukan regulasi dan standar tertentu. Selain itu, anggaran ILP masih sangat terbatas dan tidak mampu mencakup seluruh kebutuhan pelayanan primer. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian bahwa hambatan birokrasi dan keterbatasan pembiayaan merupakan tantangan utama dalam pembiayaan layanan kesehatan primer, khususnya di daerah dengan kapasitas fiskal rendah (Mon *et al.*, 2025).

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Gambar 22. Hambatan Kapasitas Anggaran dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



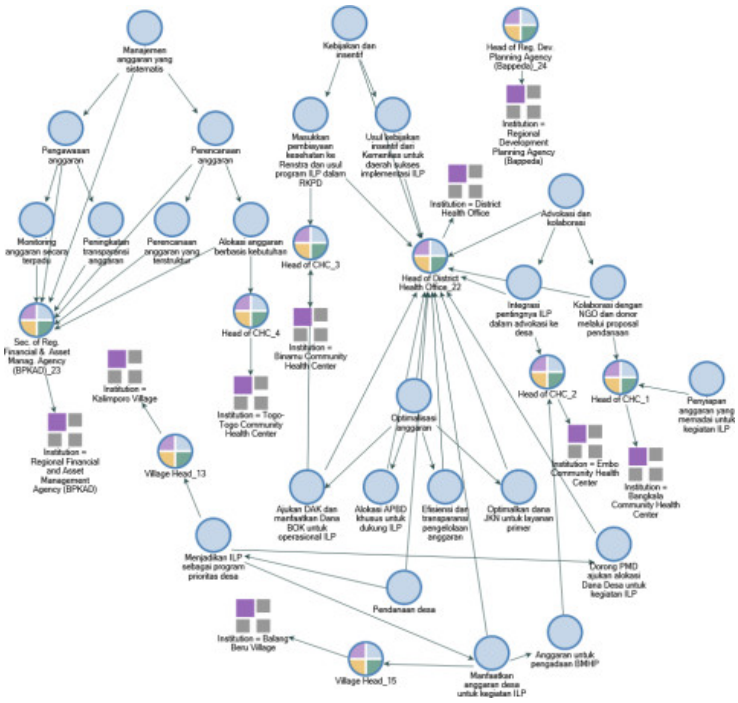
Keterangan :
Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan, Head of Reg. Dev. Planning Agency = Kepala Bappeda, Sec. of Reg. Financial & Asset Manag. Agency = Sekretaris BPKAD, Village Head = Kepala Desa/Lurah.

Untuk mengatasi hambatan tersebut, strategi peningkatan diarahkan pada beberapa aspek. Pertama, alokasi anggaran yang terstruktur dan berbasis kebutuhan, sehingga pendanaan lebih tepat sasaran. Kedua, perencanaan anggaran yang terintegrasi dalam dokumen perencanaan daerah (Renstra, RKPD) agar pembiayaan ILP memiliki payung hukum dan prioritas yang jelas. Ketiga, efisiensi, transparansi, dan monitoring anggaran perlu diperkuat untuk memastikan penggunaan dana lebih akuntabel. Selain itu, diversifikasi sumber pendanaan kesehatan, misalnya melalui kerjasama dengan sektor swasta, lembaga donor, atau pemanfaatan Dana Desa, juga menjadi strategi penting. Terakhir, kolaborasi dan advokasi pendanaan ILP antar pemangku kepentingan diharapkan dapat memperluas dukungan dan menjamin keberlanjutan program.

Pendekatan ini sejalan dengan literatur yang menekankan pentingnya diversifikasi pembiayaan dan tata kelola keuangan yang transparan untuk menjamin keberlanjutan layanan kesehatan primer (Hanson *et al.*, 2022). Dengan strategi tersebut, diharapkan hambatan birokrasi dan keterbatasan anggaran di at diatasi sehingga ILP dapat berjalan lebih optimal.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Gambar 23. Strategi Peningkatan Kapasitas Anggaran dalam penyelenggaraan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto



Keterangan : Head of CHC = Head of Community Health Centre (Kepala Puskesmas), Head of District Health Ofiice = Kepala Dinas Kesehatan, Sec. of Reg. Financial & Asset Manag. Agency = Sekretaris BPKAD, Head of Reg. Dev. Planning Agency = Kepala Bappeda, Village Head = Kepala Desa/Lurah.

Keterbatasan pembiayaan layanan kesehatan primer di Jeneponto menandakan lemahnya kapasitas fiskal dan politik pemerintah daerah dalam mendukung transformasi kesehatan. Menurut Horton (2003), kapasitas keuangan tidak hanya berkaitan dengan besaran dana, tetapi juga dengan kemampuan organisasi untuk mengalokasikan sumber daya secara efisien, transparan, dan akuntabel. Ketiadaan anggaran khusus ILP dan keterlambatan pencairan menunjukkan adanya kendala manajerial dalam proses perencanaan dan eksekusi keuangan publik.

Dalam kerangka Gazley (2008), kondisi ini mengindikasikan lemahnya *political* dan *network capacity* pemerintah daerah. Minimnya kolaborasi dengan sektor swasta, lembaga donor, dan masyarakat sipil membatasi peluang diversifikasi sumber pendanaan. Ketika penganggaran bersifat top-down dan tidak melibatkan pemangku kepentingan lintas sektor, maka keberlanjutan program kesehatan menjadi rentan terhadap perubahan prioritas politik daerah. Oleh karena itu, peningkatan kapasitas anggaran perlu diarahkan pada dua strategi utama: reformasi tata kelola fiskal dan penguatan kemitraan kolaboratif. Pemerintah daerah perlu memperkuat advokasi

li DPRD, mempercepat status BLUD bagi puskesmas, serta
ema pembiayaan campuran (public-private financing). Langkah ini
erluas ruang fiskal, tetapi juga meningkatkan legitimasi dan
am ILP sebagai prioritas pembangunan daerah.

el di atas saling terkait dan menjadi penentu keberhasilan ILP di
tasan SDM berdampak pada rendahnya pemanfaatan sistem
n infrastruktur menghambat optimalisasi layanan, sementara

Optimized using
trial version
www.balesio.com

hambatan anggaran menjadi akar persoalan yang memperlambat penyediaan SDM, sarana, dan teknologi. Oleh karena itu, strategi peningkatan harus dilakukan secara integratif melalui penguatan kapasitas tenaga kesehatan, digitalisasi layanan, perbaikan infrastruktur, dan reformasi tata kelola anggaran agar ILP dapat berkelanjutan dan memberikan pelayanan kesehatan primer yang merata dan berkualitas.

Table 8. Kapasitas sumberdaya dalam penyelenggaraan integrasi layanan kesehatan primer pada puskesmas dan pustu di Kabupaten Jeneponto

Kapasitas sumber daya	Kondisi eksisting	Hambatan	Strategi peningkatan
Sumber daya manusia	Kekurangan SDM di tingkat puskesmas dan pustu	▪ Distribusi tenaga kesehatan belum merata ▪ Mutasi pegawai ▪ Minimnya dukungan regulasi menyebabkan alokasi SDM tidak efektif	▪ Rekrutmen dan re-alokasi SDM berbasis analisis kebutuhan ▪ Insentif dan reward untuk tenaga kesehatan
	Beban kerja dan rangkap tugas		
	Kurangnya kompetensi tenaga kesehatan	Minimnya kesempatan mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi	▪ Pelatihan berkelanjutan dan pengembangan kompetensi ▪ Peluang jenjang karier untuk kesejahteraan pegawai
	Kompetensi sistem digital belum merata		
Informasi dan teknologi	Telah menerapkan sistem informasi dan digitalisasi layanan RME	Koneksi internet menggunakan paket terbatas, khususnya di pustu, Server sering bermasalah Kekurangan fasilitas komputer	▪ Penguatan kebijakan digitalisasi melalui sinkronisasi system Optimalisasi infrastruktur sistem informasi ▪ Penyusunan SOP layanan digital ▪ Penguatan kapasitas SDM melalui pendampingan teknis ▪ Pengalokasian anggaran khusus sistem informasi
	Integrasi sistem informasi belum optimal akibat masalah jaringan & infrastruktur IT		
	rana penunjang 'anan belum emadai, seperti MHP), ruang 'anan, serta ngunan stu/posyandu	▪ Keterbatasan anggaran ▪ Perbedaan alokasi anggaran antar puskesmas menimbulkan ketidakmerataan ▪ Distribusi sarana	▪ Integrasi perencanaan infrastruktur ILP ke dalam dokumen kebijakan ▪ Optimalisasi pendanaan dan kemitraan
	asarana sistem		

Optimized using
trial version
www.balesio.com

	informasi belum memadai	pendukung tidak merata	▪ Pemenuhan standar fasilitas kesehatan ▪ Monitoring, evaluasi, dan regulasi pendukung
Anggaran	Belum tersedia anggaran khusus untuk program ILP	Belum ada regulasi khusus untuk pembiayaan ILP	▪ Alokasi anggaran yang terstruktur dan berbasis kebutuhan ▪ Perencanaan anggaran harus terintegrasi ke dalam dokumen daerah (Renstra, RKPD) ▪ Efisiensi, transparansi, dan monitoring anggaran
	Status puskesmas belum BLUD menyebabkan birokrasi anggaran kaku dan pencairan lambat	Birokrasi anggaran yang rumit menjadi kendala memenuhi syarat pengajuan BLUD	
	Keterbatasan anggaran penyiapan sarana dan prasarana	Anggaran program ILP terbatas	▪ Diversifikasi sumber pendanaan kesehatan ▪ Kolaborasi dan advokasi pendanaan ILP

Sumber : Data Primer, 2025

Berdasarkan Tabel 8 dapat diketahui bahwa kapasitas sumber daya dalam penyelenggaraan integrasi layanan kesehatan primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto masih menghadapi berbagai kendala yang bersifat multidimensional. Pada aspek sumber daya manusia, permasalahan utama terletak pada kekurangan tenaga kesehatan di tingkat puskesmas dan pustu, distribusi yang tidak merata, serta keterbatasan kompetensi dan kesempatan pengembangan profesional. Dari sisi informasi dan teknologi, meskipun penerapan sistem digital seperti Rekam Medis Elektronik (RME) telah dimulai, namun keterbatasan jaringan internet, infrastruktur IT, serta minimnya kemampuan teknis tenaga kesehatan masih menjadi hambatan utama. Aspek infrastruktur menunjukkan ketidakmerataan kondisi sarana dan prasarana antar puskesmas akibat keterbatasan anggaran dan lemahnya integrasi perencanaan lintas instansi. Sementara itu, pada dimensi anggaran, belum adanya pos pembiayaan khusus untuk ILP dan status puskesmas yang sebagian besar belum BLUD menyebabkan birokrasi keuangan menjadi kaku dan tidak responsif terhadap kebutuhan operasional lapangan. Meskipun demikian, strategi peningkatan yang dirumuskan dalam penelitian ini menekankan pentingnya rekrutmen SDM berbasis kebutuhan, digitalisasi layanan yang terintegrasi, pembangunan infrastruktur formasi tata kelola anggaran yang transparan dan partisipatif. Hal pandangan Horton (2003) dan Gazley (2008) yang menegaskan organisasi publik dalam meningkatkan efektivitas layanan sangat sinergi antara kapasitas internal dan kemampuan beradaptasi an eksternal melalui kolaborasi lintas sektor dan inovasi berkelanjutan.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

2.6 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis, dapat disimpulkan bahwa kapasitas sumber daya pemerintah daerah dalam penyelenggaraan integrasi layanan kesehatan primer (ILP) di Kabupaten Jeneponto masih menghadapi tantangan yang kompleks pada empat dimensi utama: sumber daya manusia, informasi dan teknologi, infrastruktur, serta anggaran. Keempat dimensi tersebut saling berkaitan dan secara simultan menentukan efektivitas tata kelola layanan kesehatan primer di tingkat lokal. Dari perspektif Horton et al. (2003), kapasitas organisasi di Jeneponto masih didominasi oleh aspek struktural dan administratif, sementara dimensi manajerial dan adaptif belum berkembang optimal. Pengelolaan sumber daya manusia belum sepenuhnya berbasis kebutuhan dan kompetensi, digitalisasi layanan masih bersifat sektoral, pembangunan infrastruktur belum terintegrasi dengan perencanaan daerah, dan pengelolaan anggaran belum menunjukkan fleksibilitas fiskal yang mendukung keberlanjutan program kesehatan. Kondisi ini menegaskan bahwa peningkatan kapasitas organisasi tidak hanya bergantung pada penambahan sumber daya, tetapi juga pada kemampuan mengelola, mengoordinasikan, dan mengadaptasi sumber daya secara strategis.

Sementara itu, dalam kerangka Gazley (2008), hasil penelitian ini memperlihatkan lemahnya *relational*, *adaptive*, dan *political capacity* pemerintah daerah. Kolaborasi lintas sektor belum berjalan optimal, hubungan antarorganisasi belum membentuk jejaring yang sinergis, dan kapasitas politik dalam memperjuangkan prioritas kesehatan masih terbatas. Ketidakmampuan membangun kemitraan strategis dengan sektor swasta, lembaga donor, maupun masyarakat sipil membuat pemerintah daerah cenderung bekerja secara internalistik, padahal integrasi layanan kesehatan primer membutuhkan dukungan lintas aktor dan lintas sektor yang kuat.

Dengan demikian, penguatan kapasitas organisasi dalam konteks integrasi layanan kesehatan primer di Jeneponto harus diarahkan pada transformasi kelembagaan dari birokrasi yang reaktif menuju organisasi pembelajar (*learning organization*) yang kolaboratif, adaptif, dan berorientasi hasil. Upaya ini memerlukan komitmen politik yang konsisten, sinergi antarinstansi, inovasi digital yang berkelanjutan, serta partisipasi aktif masyarakat dan sektor swasta. Pendekatan ini diyakini mampu meningkatkan daya saing kelembagaan daerah dan memastikan keberlanjutan integrasi layanan kesehatan primer sebagai fondasi pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik dan berkeadilan.

2.7 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, disarankan agar Pemerintah Daerah Kabupaten Jeneponto memperkuat kapasitas organisasi dalam penyelenggaraan Integrasi P) melalui strategi yang menyeluruh pada empat aspek utama: sia, informasi dan teknologi, infrastruktur, serta anggaran.

k sumber daya manusia, perlu dilakukan rekrutmen berbasis pemerataan distribusi tenaga kesehatan, serta peningkatan rasi digital melalui pelatihan berkelanjutan. Pemberian insentif, karir yang jelas juga penting untuk meningkatkan motivasi dan hatan.

Optimized using
trial version
www.balesio.com

Pada aspek informasi dan teknologi, diperlukan penguatan kebijakan digitalisasi layanan, optimalisasi infrastruktur IT, serta penyusunan SOP digital untuk mendukung integrasi sistem informasi. Pengalokasian anggaran khusus dan peningkatan kapasitas SDM digital juga harus menjadi prioritas agar sistem informasi kesehatan dapat berjalan efektif dan berkelanjutan.

Pada aspek infrastruktur, disarankan agar pemerintah mengintegrasikan perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana ke dalam dokumen kebijakan daerah, memperkuat kemitraan pendanaan lintas sektor, serta memastikan pemenuhan standar fasilitas kesehatan. Monitoring, evaluasi, dan regulasi pendukung harus diperkuat untuk menjamin keberlanjutan dan pemerataan infrastruktur kesehatan.

Pada aspek anggaran, perlu disusun alokasi dana khusus ILP yang berbasis kebutuhan dan terintegrasi ke dalam dokumen perencanaan daerah seperti Renstra dan RKPD. Selain itu, perlu diterapkan prinsip efisiensi, transparansi, serta diversifikasi sumber pendanaan melalui kolaborasi lintas sektor dan advokasi kebijakan agar keberlanjutan pembiayaan ILP dapat terjamin.

Secara keseluruhan, penguatan keempat aspek tersebut perlu diarahkan pada peningkatan kapasitas organisasi dan tata kelola yang adaptif, agar pelaksanaan ILP di Kabupaten Jeneponto berjalan lebih efektif, merata, dan berkelanjutan.

Optimized using
trial version
www.balesio.com