



ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN INTEGRASI LAYANAN PRIMER DAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DALAM PENANGGULANGAN STUNTING

Farialice Yachquiline Tatogo
Universitas Cenderawasih
Email: farialicetatogo12345@gmail.com

Diterima: 21/07/2026; Direvisi: 05/08/2026; Diterbitkan: 30/08/2026

ABSTRAK

Stunting masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Paniai yang dipengaruhi oleh keterbatasan akses layanan kesehatan, kondisi geografis, serta rendahnya pengetahuan gizi masyarakat. Pemerintah menerapkan kebijakan Integrasi Layanan Primer (ILP) dan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) untuk memperkuat layanan kesehatan dasar yang terintegrasi dan berbasis keluarga, namun implementasinya masih menghadapi berbagai kendala di lapangan. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi kebijakan ILP dan PIS-PK dalam penanggulangan stunting di Kabupaten Paniai berdasarkan teori implementasi kebijakan George C. Edward III, yang meliputi aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Penelitian menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus, melibatkan informan dari unsur Dinas Kesehatan, tenaga kesehatan Puskesmas Enarotali dan Puskesmas Epouto, kader posyandu, tokoh masyarakat, serta ibu balita, yang dipilih melalui *purposive* dan *snowball sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, kemudian dianalisis secara interaktif kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan secara umum telah berjalan cukup baik: sosialisasi dan koordinasi berjalan berjenjang, sumber daya manusia dan sarana tersedia meski masih terbatas, pelaksana program menunjukkan komitmen dan motivasi yang tinggi, serta struktur organisasi dan sistem pengawasan telah tertata dengan jelas. Meski demikian, kondisi geografis, keterbatasan transportasi, dan rendahnya partisipasi masyarakat masih menjadi tantangan yang menghambat optimalnya penurunan angka stunting di wilayah ini.

Kata kunci: *implementasi kebijakan; ILP; PIS-PK; stunting*

ABSTRACT

Stunting remains a significant public health problem in Paniai Regency, shaped by limited access to health services, challenging geographical conditions, and low community nutritional knowledge. To address this, the government has implemented the Primary Health Care Integration (ILP) policy and the Indonesia Healthy Program with a Family Approach (PIS-PK) to strengthen integrated, family-based basic health services, although their implementation still faces various field challenges. This study aimed to analyze the implementation of the ILP and PIS-PK policies in stunting prevention in Paniai Regency based on George C. Edward III's policy implementation theory, covering the aspects of communication, resources, disposition, and bureaucratic structure. A descriptive qualitative method with a case study approach was used, involving informants from the District Health Office, health workers at Enarotali and Epouto Community Health Centers, health cadres, community leaders, and mothers of toddlers, selected through *purposive* and *snowball sampling*. Data were collected through in-depth interviews, observation, and documentation, then analyzed using an interactive qualitative approach. The findings show that policy implementation has generally run fairly well: socialization and coordination proceed in a tiered manner, human resources and facilities are available though still limited, implementers demonstrate strong commitment and motivation, and the organizational structure and oversight system are clearly arranged. Nevertheless, geographical conditions, limited transportation, and low community participation remain challenges that hinder optimal progress in reducing stunting rates in this region.

Keywords: *policy implementation; ILP; PIS-PK; stunting*

PENDAHULUAN

Stunting merupakan masalah gizi kronis yang masih menjadi perhatian global karena berdampak terhadap kualitas sumber daya manusia di masa depan. Kegagalan pertumbuhan pada masa balita tidak hanya meningkatkan risiko gangguan perkembangan fisik dan kognitif, tetapi juga menurunkan produktivitas serta menimbulkan kerugian ekonomi jangka panjang, terutama pada daerah dengan prevalensi tinggi seperti Nusa Tenggara Timur (Tahil et al., 2026). *Stunting* merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak akibat kekurangan gizi kronis yang terutama terjadi selama 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Kondisi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor langsung seperti asupan gizi yang tidak adekuat dan penyakit infeksi, maupun faktor tidak langsung seperti sanitasi, kondisi sosial ekonomi, pendidikan, dan akses terhadap pelayanan kesehatan (Mulyani et al., 2025; Shofiyulloh & Wasil, 2024). Selain itu, masih terdapat kesenjangan prevalensi *stunting* antara wilayah pedesaan dan perkotaan yang dipengaruhi oleh karakteristik demografi, pendidikan ibu, status ekonomi, serta aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan (Astari et al., 2023).

Di Indonesia, percepatan penurunan *stunting* menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan nasional. Berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024, prevalensi *stunting* nasional mengalami penurunan menjadi 19,8%. Meskipun angka tersebut telah berada di bawah ambang batas yang ditetapkan oleh World Health Organization (WHO), pemerintah tetap menargetkan penurunan prevalensi secara berkelanjutan melalui penguatan pelayanan kesehatan dasar yang lebih terintegrasi (Hermawati et al., 2025). Salah satu strategi yang diterapkan adalah Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), yang menekankan pelayanan kesehatan secara proaktif melalui kunjungan keluarga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan sejak dini, termasuk faktor risiko *stunting* (Masyiyah et al., 2021). Program ini diperkuat melalui kebijakan Integrasi Layanan Primer (ILP) yang bertujuan mengintegrasikan pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif sehingga pelayanan kesehatan primer menjadi lebih efektif, komprehensif, dan berpusat pada kebutuhan masyarakat (Nurusshohwah & Besral, 2025). Implementasi integrasi pelayanan juga dipandang mampu meningkatkan koordinasi pelayanan kesehatan serta efisiensi pemanfaatan sumber daya di tingkat puskesmas (Amir et al., 2024).

Keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik tidak hanya ditentukan oleh kualitas perumusan kebijakan, tetapi juga oleh proses implementasinya. Salah satu model implementasi kebijakan yang banyak digunakan adalah model George C. Edward III, yang menyatakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu komunikasi (*communication*), sumber daya (*resources*), disposisi atau komitmen pelaksana (*disposition*), dan struktur birokrasi (*bureaucratic structure*). Komunikasi yang jelas dan konsisten akan meningkatkan pemahaman pelaksana terhadap tujuan kebijakan, sementara ketersediaan sumber daya manusia, anggaran, sarana, dan prasarana menentukan kemampuan pelaksana dalam menjalankan program. Selain itu, disposisi pelaksana yang ditunjukkan melalui komitmen, sikap, dan motivasi menjadi faktor penting dalam mendukung keberhasilan implementasi kebijakan. Di sisi lain, struktur birokrasi yang jelas, didukung dengan pembagian tugas, *standard operating procedure* (SOP), serta mekanisme koordinasi dan pengawasan yang baik akan meningkatkan efektivitas pelaksanaan kebijakan. Oleh karena itu, model Edward III menjadi kerangka analisis yang relevan untuk mengevaluasi implementasi kebijakan ILP dan PIS-PK dalam penanggulangan *stunting*, karena mampu menjelaskan faktor-faktor yang mendukung maupun menghambat pelaksanaan kebijakan di tingkat pelayanan kesehatan primer.

Wilayah pegunungan Papua merupakan salah satu kawasan yang masih menghadapi prevalensi *stunting* cukup tinggi akibat keterbatasan akses pelayanan kesehatan, kondisi geografis yang sulit, serta kesenjangan pembangunan antarwilayah (Shofiyulloh & Wasil, 2024). Hambatan geografis menyebabkan distribusi tenaga kesehatan, logistik, dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan belum optimal (Cahya et al., 2023). Di Kabupaten Paniai, kondisi tersebut diperparah oleh keterbatasan infrastruktur transportasi sehingga pelaksanaan program kesehatan, termasuk intervensi gizi dan pelayanan kesehatan ibu dan anak, belum dapat menjangkau seluruh masyarakat secara optimal (Tambaip & Tjilen, 2023). Di sisi lain, pelaksanaan PIS-PK di berbagai daerah masih menghadapi berbagai kendala berupa keterbatasan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta pencatatan dan pelaporan program yang belum optimal (Nia & Ika, 2022). Implementasi ILP juga masih menghadapi tantangan berupa keterbatasan fasilitas pendukung dan koordinasi lintas program yang belum berjalan secara maksimal (Nurusshohwah & Besral, 2025). Meskipun demikian, berbagai penelitian menunjukkan bahwa pendekatan berbasis keluarga mampu meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan gizi anak (Paramita et al., 2023), sedangkan intervensi gizi sensitif yang terintegrasi lintas sektor berkontribusi terhadap percepatan penurunan prevalensi *stunting* (Sari et al., 2023).

Kebijakan ILP dan PIS-PK telah diterapkan di beberapa puskesmas di Kabupaten Paniai, termasuk Puskesmas Enarotali, Puskesmas Pugo, dan Puskesmas Epouto. Namun, implementasinya masih menghadapi berbagai tantangan, seperti belum meratanya sosialisasi kebijakan, keterbatasan jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan, keterbatasan sarana pendukung, anggaran operasional yang belum memadai, serta koordinasi lintas unit kerja yang belum berjalan secara konsisten. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan tidak hanya dipengaruhi oleh keberadaan program, tetapi juga oleh efektivitas komunikasi, kecukupan sumber daya, komitmen pelaksana, serta struktur birokrasi sebagaimana dijelaskan dalam model implementasi kebijakan George C. Edward III.

Berdasarkan telaah penelitian terdahulu, sebagian besar penelitian masih berfokus pada evaluasi implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga atau Integrasi Layanan Primer secara terpisah, maupun pada faktor-faktor penyebab *stunting*. Penelitian yang mengkaji implementasi kedua kebijakan tersebut secara terpadu menggunakan model implementasi kebijakan George C. Edward III, khususnya pada wilayah dengan karakteristik geografis yang sulit seperti Kabupaten Paniai, masih sangat terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini memiliki kebaruan (*novelty*) dengan menganalisis implementasi kebijakan ILP dan PIS-PK secara terintegrasi berdasarkan empat dimensi model Edward III, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai faktor pendukung dan penghambat implementasi kebijakan sekaligus menjadi masukan bagi pemerintah daerah dan pengelola layanan kesehatan dalam meningkatkan efektivitas program percepatan penurunan *stunting* di Kabupaten Paniai.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*), yang bertujuan mengeksplorasi dan memahami secara mendalam makna yang diberikan oleh individu atau kelompok terhadap suatu masalah sosial (Rasyid, 2022). Penelitian ini menganalisis implementasi kebijakan ILP dan PIS-PK dalam penanggulangan *stunting* di Kabupaten Paniai berdasarkan model Edward III yang meliputi komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

Penelitian berlokasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Paniai, Provinsi Papua Tengah, dengan fokus pada dua puskesmas yang telah menjalankan program ILP dan PIS-PK, yaitu Puskesmas Enarotali (dengan Posyandu Timuda) dan Puskesmas Epouto (dengan Posyandu Wotai), beserta lingkungan masyarakat sasaran program. Penelitian dilaksanakan pada bulan April 2026.

Informan penelitian dipilih menggunakan teknik *non-probability sampling*, yaitu *purposive sampling* berdasarkan kriteria keterlibatan langsung dalam pelaksanaan program ILP dan PIS-PK serta pengalaman terkait penanganan stunting, dilengkapi dengan *snowball sampling* untuk menjangkau informan tambahan yang relevan (Sugiyono, 2023; Moleong, 2021). Informan terdiri atas tiga kategori, sebagaimana disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Kategori dan Jumlah Informan Penelitian

Kategori Informan	Kode	Jabatan/Unsur	Jumlah
Informan Kunci	In-1	Pengelola program stunting Dinas Kesehatan	2
Informan Utama	In-2 s.d. In-6	Kepala Puskesmas, Dokter, Bidan, Perawat, Ahli Gizi	10
Informan Pendukung	In-7 s.d. In-10	Kader posyandu, ibu balita, tokoh masyarakat	8
Total			20

Data dikumpulkan melalui tiga teknik utama, yaitu wawancara mendalam (*in-depth interview*) semi terstruktur dengan seluruh kategori informan, observasi langsung terhadap pelaksanaan layanan ILP dan kegiatan PIS-PK di puskesmas dan posyandu, serta dokumentasi berupa laporan program stunting, profil kesehatan, data prevalensi, dan dokumen kebijakan terkait (Creswell & Creswell, 2021; Yin, 2022; Sugiyono, 2023). Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber, teknik, dan waktu (Moleong, 2021).

Analisis data dilakukan secara interaktif melalui tiga tahap, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi, mengacu pada model analisis interaktif Miles dan Huberman. Reduksi data dilakukan dengan merangkum, mengelompokkan, dan memfokuskan hasil wawancara pada aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi sesuai kerangka Edward III. Penyajian data dilakukan dengan mengelompokkan temuan berdasarkan keempat aspek tersebut, sebelum ditarik kesimpulan yang diverifikasi melalui triangulasi.

Keabsahan data (*trustworthiness*) diperiksa melalui empat kriteria, yaitu *credibility* (verifikasi tema kepada informan), *dependability* (konsistensi data antarwaktu), *confirmability* (audit trial oleh pembimbing), dan *transferability* (kemungkinan hasil dimaknai pada konteks lain) (Sugiyono, 2023). Penelitian ini juga menerapkan prinsip etika penelitian, meliputi penghormatan terhadap harkat dan martabat manusia melalui *informed consent*, penghormatan privasi dan kerahasiaan identitas informan (*anonymity*), keadilan dan keterbukaan prosedur penelitian, serta upaya meminimalkan risiko dan memaksimalkan manfaat bagi informan dan masyarakat Kabupaten Paniai.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Berdasarkan hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi terhadap 20 informan, temuan penelitian dikelompokkan ke dalam empat aspek implementasi kebijakan sesuai model Edward III, sebagaimana dirangkum pada Tabel 2.

Tabel 2. Ringkasan Temuan Penelitian Berdasarkan Aspek Implementasi Kebijakan (Model Edward III)

Aspek	Sub-Tema	Temuan Utama	Sumber Informan
Komunikasi	Sosialisasi kebijakan	Dilakukan berjenjang dari Dinas Kesehatan ke puskesmas, kader, hingga masyarakat melalui rapat koordinasi, pelatihan, supervisi, dan posyandu	In-1 s.d. In-10
	Kejelasan petunjuk teknis	Juknis tersedia dan dipahami tenaga kesehatan serta kader melalui sosialisasi dan pembinaan rutin	In-1 s.d. In-16
	Koordinasi lintas unit	Berjalan rutin melalui rapat, supervisi, monitoring, dan komunikasi langsung antara Dinkes, puskesmas, kader, dan pemerintah kampung	In-1 s.d. In-22
	Kendala penyampaian informasi	Kondisi geografis, keterbatasan jaringan komunikasi, transportasi, dan rendahnya partisipasi masyarakat dalam posyandu	In-1 s.d. In-20
Sumber Daya	Ketersediaan tenaga kesehatan	Tersedia namun jumlah terbatas dengan beban kerja tinggi	In-1 s.d. In-10
	Anggaran program	Tersedia dari BOK dan DAK, namun perlu tambahan untuk operasional lapangan	In-1, In-11–In-16
	Sarana dan prasarana	Alat antropometri, buku KIA, dan media penyuluhan tersedia; kendala pada transportasi dan distribusi logistik	In-1 s.d. In-16
Disposisi	Pelatihan tenaga pelaksana	Dilaksanakan berkala dan meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan kader	In-1 s.d. In-20
	Komitmen pemerintah daerah	Tinggi, tercermin dari kebijakan, pendanaan, dan koordinasi lintas sektor	In-1 s.d. In-22
	Sikap tenaga kesehatan	Positif dan mendukung program karena dinilai bermanfaat langsung bagi masyarakat	In-1, In-3, In-4
	Motivasi pelaksana	Tinggi, didorong keinginan menurunkan stunting, meski dipengaruhi beban kerja dan kondisi geografis	In-1 s.d. In-20
Struktur Birokrasi	Struktur organisasi dan pembagian tugas	Jelas dan berjenjang antara Dinkes, puskesmas, tenaga kesehatan, dan kader	In-1 s.d. In-22

SOP dan juknis	Tersedia dan diterapkan sebagai pedoman pelayanan	In-1 s.d. In-16
Monitoring dan evaluasi	Rutin melalui supervisi lapangan, pelaporan, dan rapat evaluasi berjenjang	In-1 s.d. In-22

(Sumber: Hasil Wawancara dan Observasi, 2026)

Aspek Komunikasi

Sosialisasi kebijakan ILP dan PIS-PK dilaksanakan secara berjenjang mulai dari Dinas Kesehatan Kabupaten Paniai kepada puskesmas, tenaga kesehatan, kader posyandu, hingga masyarakat, melalui rapat koordinasi, pelatihan, workshop, supervisi, penyuluhan, dan kegiatan posyandu. Pengelola Program Dinas Kesehatan menyatakan bahwa sosialisasi dilakukan melalui rapat koordinasi, workshop, pelatihan, dan supervisi kepada seluruh puskesmas (I-1), yang kemudian diteruskan oleh kepala puskesmas dan staf kepada seluruh tenaga kesehatan melalui pertemuan koordinasi, briefing, dan rapat staf (I-2 s.d. I-10). Kader posyandu turut memperoleh informasi melalui pembinaan dan pelatihan yang kemudian mereka teruskan kepada ibu balita (I-11 s.d. I-16), sementara ibu balita dan tokoh masyarakat pada umumnya memperoleh informasi melalui kegiatan posyandu (I-17 s.d. I-22). Petunjuk teknis pelaksanaan program dinilai sudah jelas dan mudah dipahami, dan koordinasi antara Dinas Kesehatan, puskesmas, kader, serta pemerintah kampung berjalan melalui rapat, supervisi, monitoring, dan komunikasi langsung. Meskipun demikian, informan menyampaikan bahwa kondisi geografis, keterbatasan jaringan komunikasi dan transportasi, jarak antar kampung, serta rendahnya partisipasi sebagian masyarakat dalam posyandu masih menjadi kendala dalam penyampaian informasi program secara merata.

Aspek Sumber Daya

Tenaga kesehatan untuk mendukung implementasi ILP dan PIS-PK telah tersedia di Puskesmas Enarotali dan Puskesmas Epouto, namun sebagian besar informan menyatakan jumlahnya masih terbatas dibandingkan luas wilayah kerja, sehingga beban kerja tenaga kesehatan cukup tinggi. Pembiayaan program bersumber dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Dana Alokasi Khusus (DAK), yang dinilai telah mendukung pelaksanaan kegiatan namun masih memerlukan tambahan untuk operasional lapangan, transportasi, dan supervisi di wilayah sulit dijangkau. Sarana dan prasarana seperti alat antropometri, buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dan media penyuluhan pada umumnya telah tersedia, meskipun keterbatasan kendaraan operasional dan keterlambatan distribusi logistik masih ditemukan. Pelatihan bagi tenaga kesehatan dan kader dilaksanakan secara berkala mencakup materi ILP, PIS-PK, pengukuran status gizi balita, dan penyuluhan kesehatan, yang dinilai informan turut membantu meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Aspek Disposisi

Pemerintah daerah menunjukkan komitmen yang kuat dalam mendukung implementasi ILP dan PIS-PK melalui kebijakan, pendanaan, pembinaan, serta koordinasi lintas sektor. Tenaga kesehatan di kedua puskesmas menyatakan berkomitmen menjalankan program sesuai target karena dipandang sebagai program prioritas yang memberi manfaat langsung bagi masyarakat. Sikap tenaga kesehatan terhadap program secara umum positif, karena dianggap mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, dan motivasi pelaksana tergolong tinggi karena didorong keinginan menurunkan angka stunting, meskipun motivasi

tersebut masih dipengaruhi beban kerja tinggi, kondisi geografis yang sulit, dan keterbatasan partisipasi masyarakat.

Aspek Struktur Birokrasi

Struktur organisasi program stunting telah terbentuk secara berjenjang dari Dinas Kesehatan, puskesmas, tenaga kesehatan, hingga kader posyandu dengan pembagian tugas yang jelas sesuai tugas pokok dan fungsi masing-masing. Standar Operasional Prosedur (SOP) dan petunjuk teknis pelaksanaan program telah tersedia dan diterapkan sebagai acuan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, pemantauan pertumbuhan balita, kunjungan keluarga, serta pencatatan dan pelaporan. Sistem monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara rutin melalui supervisi lapangan, pelaporan kegiatan, dan rapat evaluasi berjenjang mulai dari puskesmas hingga Dinas Kesehatan, yang didukung pula oleh pelaporan rutin dari kader posyandu dan partisipasi masyarakat serta pemerintah kampung dalam proses evaluasi di tingkat lokal.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek komunikasi dalam implementasi ILP dan PIS-PK di Kabupaten Paniai telah berjalan cukup baik, dengan proses sosialisasi yang melibatkan seluruh aktor mulai dari Dinas Kesehatan hingga masyarakat. Menurut teori implementasi kebijakan Edward III (1980), komunikasi yang efektif mencakup tiga unsur utama, yaitu *transmission*, *clarity*, dan *consistency*. Proses sosialisasi secara berjenjang pada penelitian ini menunjukkan bahwa aspek *transmission* informasi telah berjalan dengan baik melalui koordinasi antara Dinas Kesehatan, puskesmas, tenaga kesehatan, kader posyandu, dan masyarakat. Temuan ini sejalan dengan penelitian Indriyati et al. (2023) yang menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi transformasi layanan primer dipengaruhi oleh sosialisasi yang berkesinambungan, koordinasi antarpelaksana, dan pembinaan yang dilakukan secara rutin. Hasil penelitian ini juga didukung oleh Masyiyah et al. (2021) yang menyatakan bahwa keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga sangat dipengaruhi oleh komunikasi yang dilakukan melalui pelatihan, koordinasi, dan kunjungan keluarga sehingga mampu meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap program kesehatan. Kejelasan petunjuk teknis yang ditemukan dalam penelitian ini turut memperkuat efektivitas implementasi kebijakan, sebagaimana dijelaskan oleh Amir et al. (2024) bahwa integrasi layanan primer membutuhkan koordinasi dan komunikasi yang baik antarpelaksana pelayanan kesehatan. Selain itu, Nurushshohwah dan Besral (2025) menegaskan bahwa implementasi Integrasi Layanan Primer memerlukan pedoman operasional yang jelas agar seluruh pelaksana memiliki pemahaman yang sama terhadap tujuan dan mekanisme pelaksanaan program. Meskipun demikian, hambatan berupa kondisi geografis, keterbatasan jaringan komunikasi, serta transportasi yang sulit masih menjadi kendala dalam penyampaian informasi kepada masyarakat. Temuan ini konsisten dengan penelitian Cahya et al. (2023) yang menyatakan bahwa hambatan geografis di wilayah terpencil memengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, serta didukung oleh Tambaip dan Tjilen (2023) yang menjelaskan bahwa karakteristik wilayah Papua masih menjadi tantangan dalam implementasi kebijakan kesehatan. Keterlibatan kader posyandu dan tokoh masyarakat dalam penelitian ini menjadi strategi penting untuk memperluas jangkauan informasi sehingga masyarakat tetap memperoleh pelayanan dan edukasi kesehatan meskipun berada di wilayah yang sulit dijangkau.

Pada aspek sumber daya, Edward III (1980) menjelaskan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya manusia, anggaran, sarana

dan prasarana, serta kapasitas pelaksana. Penelitian ini menunjukkan bahwa tenaga kesehatan telah tersedia, namun jumlahnya masih belum sebanding dengan luas wilayah kerja dan kondisi geografis Kabupaten Paniai sehingga beban kerja tenaga kesehatan menjadi cukup tinggi. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Arianti et al. (2024) yang menyatakan bahwa keterbatasan jumlah dan distribusi tenaga kesehatan masih menjadi permasalahan di berbagai wilayah kerja puskesmas. Selain itu, Nursshohwah dan Besral (2025) menjelaskan bahwa salah satu tantangan utama implementasi Integrasi Layanan Primer adalah keterbatasan sumber daya manusia yang berdampak pada efektivitas pelayanan. Dari aspek pembiayaan, penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan anggaran melalui Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) telah membantu pelaksanaan program, meskipun masih diperlukan tambahan biaya operasional terutama untuk kegiatan lapangan di wilayah yang sulit dijangkau. Temuan tersebut sejalan dengan hasil penelitian Indriyati et al. (2023) yang menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi transformasi layanan primer sangat dipengaruhi oleh kecukupan dukungan pembiayaan operasional. Ketersediaan sarana seperti alat antropometri, buku KIA, dan media penyuluhan telah mendukung pelaksanaan program, namun keterbatasan kendaraan operasional dan distribusi logistik masih menjadi kendala. Kondisi ini sesuai dengan penelitian Cahya et al. (2023) yang menjelaskan bahwa hambatan transportasi menjadi salah satu faktor yang memengaruhi akses pelayanan kesehatan di daerah terpencil, serta diperkuat oleh Tambaip dan Tjilen (2023) yang menyebutkan bahwa tantangan geografis Papua berdampak terhadap pemerataan pelayanan kesehatan. Di sisi lain, pelatihan yang diberikan secara berkala kepada tenaga kesehatan dan kader dinilai mampu meningkatkan kapasitas pelaksana dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Temuan ini sejalan dengan Masyiyah et al. (2021) yang menekankan pentingnya peningkatan kapasitas sumber daya manusia dalam mendukung keberlanjutan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, serta Paramita et al. (2023) yang menunjukkan bahwa pemberdayaan kader dan masyarakat berkontribusi terhadap peningkatan kualitas edukasi kesehatan dan gizi.

Pada aspek disposisi, Edward III (1980) menegaskan bahwa komitmen, sikap, dan motivasi pelaksana merupakan faktor yang sangat menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemerintah daerah, tenaga kesehatan, dan kader memiliki komitmen yang tinggi dalam melaksanakan program ILP dan PIS-PK. Komitmen tersebut tercermin dari dukungan kebijakan, koordinasi lintas sektor, serta pelaksanaan kegiatan secara berkesinambungan. Temuan ini sejalan dengan penelitian Tambaip dan Tjilen (2023) yang menjelaskan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan sangat dipengaruhi oleh dukungan pemerintah daerah dalam penyediaan kebijakan dan koordinasi pelaksanaan program. Selain itu, Amir et al. (2024) menyatakan bahwa komitmen pimpinan puskesmas dan tenaga kesehatan merupakan faktor penting dalam mendukung keberhasilan integrasi layanan primer. Sikap positif tenaga kesehatan terhadap program menunjukkan adanya penerimaan yang baik terhadap kebijakan pemerintah sehingga pelaksanaan program dapat berlangsung secara optimal. Meskipun demikian, motivasi pelaksana masih dipengaruhi oleh beban kerja yang tinggi, kondisi geografis yang sulit, serta rendahnya partisipasi sebagian masyarakat. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan tidak hanya bergantung pada sikap pelaksana, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang mendukung pelaksanaan program.

Pada aspek struktur birokrasi, Edward III (1980) menyatakan bahwa struktur organisasi yang jelas, ketersediaan *standard operating procedure* (SOP), serta mekanisme pengawasan yang efektif merupakan komponen penting dalam implementasi kebijakan. Penelitian ini

menunjukkan bahwa struktur organisasi pelaksanaan program stunting telah tersusun secara berjenjang mulai dari Dinas Kesehatan, puskesmas, tenaga kesehatan, hingga kader posyandu dengan pembagian tugas yang jelas. Temuan ini sejalan dengan penelitian Sari et al. (2023) yang menunjukkan bahwa keberhasilan intervensi penurunan stunting memerlukan koordinasi lintas sektor dan pembagian peran yang jelas antarinstansi. Hasil penelitian ini juga didukung oleh Indriyati et al. (2023) yang menyatakan bahwa struktur organisasi yang jelas dan koordinasi yang baik menjadi faktor penting dalam implementasi transformasi layanan primer. Ketersediaan SOP dan petunjuk teknis yang diterapkan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak juga memperkuat pelaksanaan program. Temuan tersebut konsisten dengan penelitian Nurussuhwah dan Besral (2025) yang menegaskan bahwa implementasi Integrasi Layanan Primer memerlukan pedoman operasional yang jelas sebagai acuan bagi seluruh pelaksana program, serta didukung oleh Amir et al. (2024) yang menjelaskan bahwa kejelasan sistem kerja dan koordinasi meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan primer. Selain itu, sistem *monitoring* dan evaluasi yang dilakukan secara rutin melalui supervisi lapangan, pelaporan, dan rapat evaluasi berjenjang menunjukkan adanya mekanisme pengawasan yang berjalan dengan baik. Hasil ini sejalan dengan penelitian Indriyati et al. (2023) yang menegaskan pentingnya evaluasi berkala untuk memastikan keberhasilan implementasi transformasi layanan primer, serta didukung oleh Tambaip dan Tjilen (2023) yang menyatakan bahwa pengawasan dan evaluasi merupakan bagian penting dalam implementasi kebijakan kesehatan di Papua.

Secara keseluruhan, implementasi kebijakan Integrasi Layanan Primer dan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dalam penanggulangan stunting di Kabupaten Paniai telah menunjukkan pelaksanaan yang cukup baik pada aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi sesuai model implementasi kebijakan Edward III. Meskipun demikian, keberhasilan implementasi masih dipengaruhi oleh kondisi geografis, keterbatasan akses transportasi, distribusi sumber daya, serta partisipasi masyarakat yang belum merata. Oleh karena itu, diperlukan penguatan koordinasi lintas sektor, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan kader, pemerataan sarana pendukung, serta strategi pelayanan yang adaptif terhadap karakteristik wilayah Papua agar implementasi kebijakan dapat berlangsung lebih efektif, berkelanjutan, dan mampu mempercepat penurunan prevalensi stunting.

KESIMPULAN

Implementasi kebijakan Integrasi Layanan Primer (ILP) dan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dalam penanggulangan stunting di Kabupaten Paniai secara umum telah berjalan cukup baik ditinjau dari empat aspek model Edward III. Aspek komunikasi menunjukkan sosialisasi dan koordinasi yang berjenjang serta petunjuk teknis yang cukup jelas, meski masih terkendala kondisi geografis, keterbatasan jaringan dan transportasi, serta partisipasi masyarakat yang belum optimal. Aspek sumber daya menunjukkan ketersediaan tenaga kesehatan, anggaran, sarana prasarana, dan pelatihan yang cukup mendukung, namun masih terbatas dari segi jumlah tenaga, pendanaan operasional, dan distribusi logistik. Aspek disposisi menunjukkan komitmen, sikap, dan motivasi yang tinggi dari seluruh pelaksana program meskipun dipengaruhi berbagai keterbatasan lapangan. Aspek struktur birokrasi menunjukkan struktur organisasi yang jelas, SOP yang diterapkan, serta sistem monitoring dan evaluasi yang berjalan rutin. Secara keseluruhan, implementasi kebijakan telah mendukung upaya penurunan stunting di Kabupaten Paniai, namun penguatan pada aksesibilitas wilayah, pemerataan sumber daya, dan peningkatan partisipasi masyarakat masih diperlukan agar program dapat berjalan lebih optimal dan berkelanjutan. Penelitian

selanjutnya disarankan menjangkau lebih banyak puskesmas dan wilayah untuk memperoleh gambaran implementasi yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, A., Sari, P., & Herwansyah. (2024). Defining the integration of primary health services: Perspectives from leaders of Puskesmas. *Jurnal Kesehatan*, 15(3), 370–374. <https://doi.org/10.26630/jk.v15i3.4721>
- Arianti, A. F., Tanjung, N. U., & Susilawati, S. (2024). Problematika terkait ketersediaan sumber daya manusia kesehatan wilayah kerja puskesmas di Provinsi Sumatera Utara. *Jurnal Kesehatan Komunitas (Journal of Community Health)*, 10(2), 392–398. <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol10.Iss2.1909>
- Astari, D. W., Sari, D. K., Hakim, D. R., Apriliani, F., Mufarikah, M., Hasanah, P. U., Septiani, S. A., & Hasyim, H. (2023). Disparitas stunting di wilayah pedesaan dan perkotaan: Systematic review. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 15(3), 1–15. <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp/article/view/1320>
- Azzahro, A., Fajria, N., Wicaksono, A. A., Rahmadani, D. A. P., Ananda, H. A., & Iqbal, N. M. (2025). Analisis implementasi kebijakan penanggulangan stunting berbasis layanan posyandu terpadu di Jakarta Timur. *Arus Jurnal Sosial dan Humaniora*, 5(3), 4540–4549. <https://doi.org/10.57250/ajsh.v5i3.1959>
- Cahya, R., Sulistiadi, W., Tu, N. F., & Trenggono, P. H. (2023). Dampak hambatan geografis dan strategi akses pelayanan kesehatan: Literature review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(5), 868–877. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i5.2935>
- Edwards III, G. C. (1980). *Implementing public policy* (Politics and Public Policy Series). Congressional Quarterly Press.
- Farhati, M. Z., Apriliyani, A., Hernawan, D., & Ramdani, F. T. (2024). Implementasi penanganan tindak lanjut temuan dan laporan dugaan pelanggaran pemilu oleh Badan Pengawas Pemilu. *Karimah Tauhid*, 3(7), 7903–7917. <https://doi.org/10.30997/karimahtauhid.v3i7.14271>
- Hermawati, L., Tsaqifah, N. A., Prameswari, Y. N., Fidusia, A. E., & Zulfa, H. A. (2025). Analisis deskriptif Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024: Prevalensi dan faktor determinan stunting pada balita di Provinsi Banten. *Jurnal Gizi Kerja dan Produktivitas*, 6(2). <https://jurnal.untirta.ac.id/index.php/JGKP/article/view/36646>
- Indriyati, L., Wahyudin, A., & Sulistyowati, E. (2023). Evaluasi program pilot project transformasi layanan primer di Puskesmas Telaga Bauntung Kabupaten Banjar tahun 2022. *Jurnal Kebijakan Pembangunan*, 18(1), 65–80. <https://doi.org/10.47441/jkp.v18i1.311>
- Mardhiah, H., Rahma, F. A., & Apriningsih, A. (2024). Asosiasi pola asuh gizi dan kesehatan dengan kasus balita stunting di area kerja Puskesmas Cikulur, Banten. *Jurnal Kesehatan Komunitas (Journal of Community Health)*, 10(2), 1759. <https://doi.org/10.25311/keskom.vol10.iss2.1759>
- Masyiyah, S., Roesdiyanto, & Mawarni, D. (2021). Kajian sustainabilitas Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). *Sport Science and Health*, 3(8), 603–614. <https://doi.org/10.17977/um062v3i82021p603-614>



- Mulyani, A. T., Khairinisa, M. A., Khatib, A., & Chaerunisaa, A. Y. (2025). Understanding stunting: Impact, causes, and strategy to accelerate stunting reduction—A narrative review. *Nutrients*, 17(9), 1493. <https://doi.org/10.3390/nu17091493>
- Nia, & Ika. (2022). Hambatan pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di puskesmas: Literature review. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.56338/pjkm.v12i1.2393>
- Ningsi, N. (2025). Determinan kejadian stunting pada anak di bawah lima tahun di Provinsi Sulawesi Tengah. *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 16(1), 1–18. <https://doi.org/10.46807/aspirasi.v16i1.4310>
- Nurushshohwah, A., & Besral, B. (2025). Tantangan implementasi integrasi layanan primer di puskesmas: Studi literatur review. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 8140–8149. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v9i3.52310>
- Paramita, F., Sulistyorini, A., Katmawanti, S., Septiani, S. T., Saputri, L. A., Ramadhani, S., Hasanah, A. M. A., & Wahyuni, O. S. (2023). Upaya meningkatkan gizi masyarakat melalui Program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). *PROMOTIF: Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*, 3(1), 63–72. <https://doi.org/10.17977/um075v3i12023p63-72>
- Sari, D., Nugraheni, S. A., & Rahfiludin, M. Z. (2023). Intervensi gizi sensitif dalam penurunan stunting: Studi kualitatif. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(9), 1878–1886. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i9.3798>
- Shofiyulloh, A. F., & Wasil, M. (2024). Determinan kesehatan, perlindungan sosial dan akses sanitasi dalam menurunkan prevalensi stunting di Indonesia. *JDEP (Jurnal Dinamika Ekonomi Pembangunan)*, 7(2), 69–79. <https://doi.org/10.33005/jdep.v7i2.467>
- Tahil, Y., Jutomo, L., Liufeto, M. O. L., & Picauly, I. (2026). Beban ekonomi akibat stunting pada anak di Nusa Tenggara Timur: Pendekatan sumber daya manusia retrospektif. *Jurnal Promotif Preventif*, 9(2), 215–229. <https://journal.unpacti.ac.id/index.php/JPP/article/view/2580>
- Tambaip, B., & Tjilen, A. P. (2023). Analisis kebijakan publik dalam derajat kesehatan di Papua. *Jurnal Kebijakan Publik*, 14(1), 101–110. <https://doi.org/10.31258/jkp.v14i1.8232>