

Hubungan Persepsi Pasien terhadap Implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Ampana Timur, Kabupaten Tojo Una-Una

Anuthfa Amri^{1*}, Asbudi¹, Nining Djama², Nurfaidah¹

¹Universitas Prof. Dr. H.M. Arifin Sallatang Bantaeng, Indonesia

²Puskesmas Lebiti, Kabupaten Tojo Una Una, Silawesi Tengah, Indonesia

ARTICLE INFORMATION

Received: 02 Mei 2026

Accepted: 03 Juni 2026

Published: 04 Juni 2026

KEYWORD

integrasi pelayanan kesehatan primer; kepuasan pasien; pelayanan rawat jalan; Puskesmas; koordinasi pelayanan (Indonesia)

high-risk pregnancy; maternal mental health; perceived stress; PSS-10; supportive counseling (English)

Keywords: Terdiri atas 3 sampai 5 kata dan/atau kelompok kata.

CORRESPONDING AUTHOR

Nama : Asbudi

Address:

E-mail : budistikbar@gmail.com

No. Tlp :

ABSTRACT

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) ditujukan untuk meningkatkan keterpaduan, kesinambungan, dan responsivitas pelayanan di Puskesmas. Namun, bukti mengenai hubungan persepsi pasien terhadap implementasi ILP dengan kepuasan pasien masih terbatas. Adapun tujuan penelitian ini yaitu menganalisis hubungan persepsi pasien terhadap lima dimensi ILP dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Ampana Timur. Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dengan desain potong lintang dilakukan pada September 2025 terhadap 83 pasien rawat jalan yang dipilih secara *consecutive sampling*. Persepsi terhadap Klaster Manajemen, Ibu dan Anak, Usia Dewasa dan Lanjut Usia, Penanggulangan Penyakit Menular, Lintas Klaster, serta kepuasan pasien diukur menggunakan kuesioner terstruktur. Data dianalisis menggunakan korelasi Pearson dan regresi linear berganda dengan pendidikan sebagai kovariat. Berdasarkan penelitian ini. Sebanyak 79,5% responden dikategorikan puas. Proporsi penilaian positif tertinggi terdapat pada Klaster Penanggulangan Penyakit Menular (88,0%), sedangkan yang terendah pada Lintas Klaster (62,7%). Model regresi signifikan dan menjelaskan 64,6% variasi kepuasan pasien ($R^2=0,646$); *adjusted* ($R^2=0,618$); ($p<0,001$)). Lintas Klaster menunjukkan hubungan paling kuat dengan kepuasan ($B=0,263$); ($\beta=0,344$); ($p<0,001$)), diikuti Klaster Manajemen dan Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia. Pendidikan berhubungan negatif dengan kepuasan ($B=-1,397$); ($p=0,001$)). Persepsi pasien yang lebih positif terhadap implementasi ILP berkaitan dengan kepuasan yang lebih tinggi. Penguatan koordinasi Lintas Klaster dan manajemen pelayanan perlu menjadi prioritas.

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan primer merupakan fondasi sistem kesehatan karena menjadi titik awal masyarakat memperoleh pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif sepanjang siklus kehidupan. Pelayanan primer yang kuat tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan, tetapi juga oleh kemampuan sistem dalam memberikan pelayanan yang komprehensif, berkesinambungan, terkoordinasi, mudah diakses, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat. World Health Organization menempatkan pelayanan yang terintegrasi dan berpusat pada manusia sebagai salah satu strategi penting untuk meningkatkan mutu, pemerataan akses, responsivitas, dan keberlanjutan sistem kesehatan (World Health Organization [WHO], 2016, 2024).

Di Indonesia, penguatan pelayanan kesehatan primer dilaksanakan melalui kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer atau ILP. Kebijakan tersebut ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. ILP merupakan upaya untuk menata dan mengoordinasikan berbagai pelayanan kesehatan primer berdasarkan kebutuhan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat sepanjang siklus kehidupan. Pelaksanaannya melibatkan Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Posyandu, dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan primer agar pelayanan tidak lagi berjalan secara

terpisah berdasarkan program, tetapi terintegrasi berdasarkan kebutuhan pengguna pelayanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2023).

Pada tingkat Puskesmas, penyelenggaraan ILP dikelompokkan ke dalam Klaster Manajemen, Klaster Ibu dan Anak, Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia, Klaster Penanggulangan Penyakit Menular, serta Lintas Klaster. Klaster Manajemen berperan dalam mengoordinasikan tata kelola, mutu, sumber daya, sistem informasi, dan jejaring pelayanan. Klaster berbasis siklus hidup menyelenggarakan pelayanan sesuai kebutuhan kelompok umur, sedangkan Lintas Klaster mendukung pelayanan laboratorium, farmasi, kegawatdaruratan, rawat inap, serta koordinasi internal dan eksternal. Pengelompokan tersebut diharapkan dapat mengurangi fragmentasi program, memperjelas alur pelayanan, dan meningkatkan kesinambungan pelayanan yang diterima masyarakat (Kemenkes RI, 2023).

Pelayanan yang terintegrasi berpotensi memberikan manfaat bagi pasien karena kebutuhan kesehatan dapat ditangani secara lebih menyeluruh dan terkoordinasi. Kajian sistematis yang dilakukan Baxter et al. (2018) menunjukkan bahwa model pelayanan terintegrasi berpotensi meningkatkan akses, kepuasan pasien, dan persepsi terhadap mutu pelayanan. Meskipun demikian, bukti mengenai dampak integrasi terhadap biaya, pemanfaatan pelayanan, dan hasil klinis belum selalu konsisten. Temuan tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan integrasi tidak hanya ditentukan oleh pembentukan struktur atau klaster, tetapi juga oleh kualitas pelaksanaan, komunikasi antarpetugas, kesinambungan informasi, kepemimpinan, ketersediaan sumber daya, dan keterhubungan antarunit pelayanan.

Salah satu indikator yang dapat digunakan untuk mengevaluasi pelayanan terintegrasi adalah pengalaman dan kepuasan pasien. Pengalaman pasien menggambarkan hal-hal yang benar-benar dialami selama memperoleh pelayanan, seperti kemudahan pendaftaran, waktu tunggu, komunikasi dengan petugas, koordinasi antarunit, kejelasan informasi, serta kesinambungan tindak lanjut. Sementara itu, kepuasan merupakan penilaian pasien setelah membandingkan pengalaman pelayanan yang diterima dengan kebutuhan dan harapannya. Oleh karena itu, kepuasan pasien merupakan indikator penting, tetapi tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya ukuran mutu klinis atau keberhasilan program kesehatan (Banda et al., 2023; Walker et al., 2016).

Pengukuran dari perspektif pasien penting karena pasien mengalami secara langsung perpindahan antarunit, proses rujukan internal, komunikasi antarpetugas, pelayanan farmasi, pemeriksaan laboratorium, dan tindak lanjut pelayanan. Walker et al. (2016) menjelaskan bahwa pengalaman pasien terhadap pelayanan terintegrasi bersifat multidimensional dan mencakup koordinasi, komunikasi, kesinambungan informasi, keterlibatan pasien, serta keterhubungan pelayanan. Dengan demikian, penilaian pasien terhadap ILP sebaiknya dipahami sebagai persepsi terhadap implementasi dan keterintegrasian pelayanan, bukan sebagai ukuran objektif pencapaian program. Pencapaian program secara objektif tetap perlu dinilai melalui audit dokumen, indikator pelayanan, observasi proses, serta data rutin Puskesmas.

Bukti empiris terbaru juga menunjukkan bahwa perubahan sistem pelayanan primer dapat memengaruhi kepuasan pasien, tetapi hasilnya bergantung pada konteks dan keberlanjutan implementasi. Penelitian Fabian et al. (2025) pada fasilitas pelayanan primer di wilayah perkotaan, perdesaan, dan terpencil di Filipina menemukan bahwa perubahan sistem primer dapat meningkatkan kepuasan pada beberapa dimensi, seperti ketersediaan pelayanan, efisiensi, lingkungan pelayanan, lokasi, dan komunikasi kesehatan. Akan tetapi, perubahan tingkat kepuasan tidak seragam di semua lokasi setelah dukungan pendanaan berakhir. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa keberhasilan penguatan pelayanan primer memerlukan perubahan sistem yang berkelanjutan, bukan sekadar intervensi jangka pendek.

Puskesmas Ampana Timur merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Tojo Una-Una yang telah menerapkan ILP. Berdasarkan studi pendahuluan melalui wawancara dengan Kepala Puskesmas Ampana Timur, capaian indikator ILP pada tahun 2025 dilaporkan sebesar 16,51% dari target 40% (Kepala Puskesmas Ampana Timur, komunikasi pribadi, 2 September 2025). Capaian tersebut menunjukkan bahwa implementasi ILP masih memerlukan penguatan, baik dalam tata kelola, koordinasi antarunit, kesiapan sumber daya, maupun penyelenggaraan pelayanan berdasarkan siklus

hidup. Namun, data capaian program tersebut belum menjelaskan bagaimana pasien menilai perubahan pelayanan yang mereka terima setelah penerapan ILP. Informasi mengenai angka capaian ini berasal dari naskah awal dan perlu dilengkapi dengan nama indikator, periode pengukuran, serta dokumen sumbernya.

Penelitian terdahulu lebih banyak membahas hubungan mutu pelayanan umum dengan kepuasan pasien di rumah sakit atau fasilitas kesehatan, sedangkan penelitian yang secara khusus menghubungkan persepsi pasien terhadap lima komponen ILP dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas masih terbatas. Selain itu, implementasi ILP dapat berbeda menurut kondisi geografis, ketersediaan tenaga, kesiapan fasilitas, sistem informasi, serta kapasitas pengelolaan masing-masing Puskesmas. Oleh karena itu, evaluasi pada tingkat lokal diperlukan untuk mengetahui komponen pelayanan yang telah dinilai baik oleh pasien dan komponen yang masih perlu diperbaiki.

Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan persepsi pasien terhadap implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer dengan kepuasan pasien rawat jalan di wilayah kerja Puskesmas Ampana Timur, Kabupaten Tojo Una-Una. Secara khusus, penelitian ini mendeskripsikan persepsi pasien terhadap Klaster Manajemen, Klaster Ibu dan Anak, Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia, Klaster Penanggulangan Penyakit Menular, dan Lintas Klaster, serta menganalisis hubungannya dengan kepuasan pasien rawat jalan.

Meskipun ILP telah diterapkan di Puskesmas Ampana Timur, bukti empiris mengenai pengalaman pasien terhadap implementasi program tersebut dan hubungannya dengan kepuasan pasien masih terbatas. Belum diketahui pula dimensi ILP yang paling kuat berkaitan dengan kepuasan pasien. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara persepsi pasien terhadap implementasi ILP dan kepuasan pasien rawat jalan serta mengidentifikasi dimensi ILP yang memiliki hubungan paling kuat dengan kepuasan pasien di Puskesmas Ampana Timur, Kabupaten Tojo Una-Una.

METODE

Desain dan lokasi penelitian

Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan potong lintang (*cross-sectional*). Persepsi pasien terhadap implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer dan kepuasan pasien diukur pada periode yang sama tanpa pemberian intervensi. Desain tersebut digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antara dimensi implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer dan kepuasan pasien rawat jalan.

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Ampana Timur, Kabupaten Tojo Una-Una, Provinsi Sulawesi Tengah, pada September 2025. Pelaporan penelitian mengacu pada pedoman *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* atau STROBE untuk penelitian potong lintang (von Elm et al., 2007). Pedoman STROBE mengatur pelaporan desain, populasi, variabel, sumber bias, ukuran sampel, analisis statistik, hasil, dan keterbatasan penelitian observasional.

Populasi dan Sampel

Populasi target penelitian adalah seluruh pasien rawat jalan yang memperoleh pelayanan di Puskesmas Ampana Timur. Populasi terjangkau terdiri atas 500 pasien yang tercatat dalam register pelayanan dan telah melakukan sekurang-kurangnya dua kali kunjungan. Pembatasan tersebut dimaksudkan agar responden mempunyai pengalaman yang memadai untuk menilai alur pelayanan, komunikasi petugas, koordinasi antarunit, dan kesinambungan pelayanan. Data mengenai jumlah populasi, sampel, dan waktu penelitian mengacu pada protokol awal penelitian.

Ukuran sampel dalam protokol awal dihitung menggunakan rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

Keterangan :

n = Ukuran sampel/jumlah responden

N = Ukuran populasi

e = Persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir ($e = 0,1$).

Dengan jumlah populasi sebanyak 500 pasien dan batas kesalahan sebesar 10%, diperoleh ukuran sampel:

$$n = \frac{500}{1 + 500 (0,1)^2} = 83,33$$

Berdasarkan perhitungan tersebut, jumlah sampel ditetapkan sebanyak 83 responden.

Responden direkrut secara berurutan menggunakan teknik *consecutive sampling* sampai jumlah sampel terpenuhi. Perekrutan dilakukan pada hari dan jam pelayanan yang berbeda untuk mencakup variasi pengguna layanan rawat jalan. Teknik tersebut digunakan karena pasien yang akan datang selama periode pengumpulan data tidak dapat ditentukan secara pasti sebelumnya.

Kriteria inklusi meliputi pasien berusia sekurang-kurangnya 18 tahun, telah melakukan minimal dua kali kunjungan, telah menyelesaikan pelayanan pada hari pengumpulan data, mampu berkomunikasi dalam bahasa Indonesia, dan bersedia mengikuti penelitian. Untuk pasien berusia kurang dari 18 tahun, kuesioner dapat diisi oleh orang tua atau wali yang mendampingi dan mengetahui proses pelayanan yang diterima.

Pasien dalam kondisi gawat darurat, memiliki gangguan komunikasi atau kognitif yang menghambat pengisian kuesioner, merupakan pegawai Puskesmas Ampana Timur atau keluarga inti pegawai, serta mengisi kurang dari 80% item kuesioner dikeluarkan dari penelitian.

Variabel Penelitian

Variabel independen adalah persepsi pasien terhadap implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Variabel tersebut terdiri atas lima dimensi yaitu: klaster Manajemen, klaster ibu dan anak, klaster usia dewasa dan lanjut usia, klaster penanggulangan penyakit menular, dan lintas klaster.

Kelima dimensi tersebut disusun berdasarkan struktur penyelenggaraan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer pada tingkat Puskesmas sebagaimana ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Variabel dependen adalah kepuasan pasien rawat jalan. Karakteristik responden yang dikumpulkan meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan.

Instrumen Penelitian

Data dikumpulkan menggunakan kuesioner terstruktur yang terdiri atas tiga bagian. Bagian pertama mengukur karakteristik responden. Bagian kedua mengukur persepsi pasien terhadap lima dimensi implementasi ILP. Bagian ketiga mengukur kepuasan pasien terhadap pelayanan rawat jalan.

Penyusunan indikator ILP mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023. Indikator pengalaman pelayanan terintegrasi dikembangkan dengan mempertimbangkan koordinasi pelayanan, komunikasi antarpetugas, kesinambungan informasi, keterlibatan pasien, dan keterhubungan antarunit. Dimensi tersebut merupakan komponen penting dalam pengukuran pengalaman pasien terhadap pelayanan terintegrasi (Walker et al., 2016).

Klaster Manajemen mengukur persepsi pasien mengenai kejelasan prosedur, keteraturan alur pelayanan, ketepatan waktu, ketersediaan informasi, responsivitas petugas, kenyamanan pelayanan, mekanisme pengaduan, dan koordinasi antarunit.

Klaster Ibu dan Anak mengukur kemudahan memperoleh pelayanan, kelengkapan pemeriksaan, pemberian edukasi, pemantauan kesehatan, koordinasi dengan Posyandu atau jejaring pelayanan, serta kejelasan tindak lanjut bagi ibu, bayi, anak, dan remaja. Dimensi tersebut hanya dinilai oleh responden yang pernah menggunakan atau mendampingi anggota keluarga menggunakan pelayanan ibu dan anak.

Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia mengukur persepsi terhadap skrining faktor risiko, pemeriksaan penyakit tidak menular, konseling, pemantauan pengobatan, kesinambungan pelayanan, dan kejelasan tindak lanjut.

Klaster Penanggulangan Penyakit Menular mengukur persepsi terhadap edukasi pencegahan penyakit, pelaksanaan skrining, kejelasan pemeriksaan, pemantauan pengobatan, pelacakan tindak lanjut, dan koordinasi pelayanan penyakit menular.

Lintas Klaster mengukur persepsi pasien terhadap koordinasi rujukan internal, keterhubungan dengan laboratorium, farmasi, pelayanan kegawatdaruratan, kesinambungan informasi antarunit, dan keterhubungan Puskesmas dengan fasilitas pelayanan lainnya.

Kepuasan pasien diukur berdasarkan kemudahan akses, waktu pelayanan, kejelasan informasi, komunikasi dan sikap petugas, kenyamanan fasilitas, ketersediaan pelayanan, koordinasi antarunit, kesediaan menggunakan kembali pelayanan, dan kesediaan merekomendasikan Puskesmas kepada orang lain.

Skoring Instrumen

Kuesioner menggunakan Skala Guttman dan Skala Likert empat tingkat. Skala Guttman digunakan untuk pertanyaan faktual dengan jawaban “ya” dan “tidak”. Jawaban “ya” diberi skor 1 dan jawaban “tidak” diberi skor 0.

Skala Likert digunakan untuk mengukur persepsi dan kepuasan. Pada pernyataan positif, jawaban “sangat tidak setuju”, “tidak setuju”, “setuju”, dan “sangat setuju” masing-masing diberi skor 1, 2, 3, dan 4. Skor pada pernyataan negatif dibalik sebelum dilakukan penghitungan.

Untuk menyetarakan rentang Skala Guttman dan Skala Likert, setiap skor item ditransformasikan ke dalam skala 0–100. Transformasi dilakukan menggunakan persamaan:

$$\text{Skor Transformasi} = \frac{\text{Skor aktual} - \text{Skor minimum}}{\text{Skor maksimum} - \text{Skor minimum}} \times 100$$

Skor masing-masing dimensi dihitung berdasarkan rerata skor seluruh item yang terjawab. Skor berkisar antara 0 sampai 100; skor yang lebih tinggi menunjukkan persepsi yang lebih positif terhadap implementasi ILP atau kepuasan yang lebih tinggi.

Skor dimensi hanya dihitung apabila responden menjawab sekurang-kurangnya 80% item pada dimensi tersebut. Item yang tidak relevan dengan jenis pelayanan yang pernah digunakan responden tidak dimasukkan ke dalam pembagi skor.

Untuk analisis deskriptif, persepsi terhadap masing-masing dimensi ILP dikategorikan menjadi positif apabila skor mencapai sekurang-kurangnya 75 dan negatif apabila skor kurang dari 75. Kepuasan dikategorikan menjadi puas apabila skor mencapai sekurang-kurangnya 75 dan tidak puas apabila skor kurang dari 75.

Kategorisasi hanya digunakan untuk menyajikan frekuensi dan persentase. Analisis korelasi dan regresi menggunakan skor numerik 0–100 untuk menghindari hilangnya variasi informasi akibat kategorisasi.

Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Validitas instrumen dievaluasi melalui validitas isi dan validitas empiris. Validitas isi menilai relevansi, kelengkapan, dan keterpahaman setiap item terhadap konstruk yang diukur, populasi sasaran, dan konteks penggunaan. Ketiga aspek tersebut merupakan unsur utama validitas isi pada instrumen yang dilaporkan langsung oleh pasien (Terwee et al., 2018).

Validitas isi dilakukan melalui penilaian pakar yang memiliki kompetensi dalam bidang kesehatan masyarakat, manajemen pelayanan kesehatan, dan metodologi penelitian. Setiap pakar menilai kesesuaian item dengan definisi operasional masing-masing variabel. Item yang dinilai tidak relevan, ambigu, atau sulit dipahami diperbaiki sebelum pengumpulan data utama.

Validitas empiris diuji menggunakan *corrected item-total correlation*. Pengujian dilakukan secara terpisah untuk setiap dimensi ILP dan kepuasan pasien. Item dinyatakan memenuhi validitas empiris apabila memiliki koefisien korelasi sekurang-kurangnya 0,30.

Konsistensi internal instrumen dievaluasi menggunakan koefisien Cronbach’s alpha. Pengujian dilakukan secara terpisah terhadap Klaster Manajemen, Klaster Ibu dan Anak, Klaster Usia Dewasa dan

Lanjut Usia, Klaster Penanggulangan Penyakit Menular, Lintas Klaster, dan kepuasan pasien. Nilai Cronbach's alpha sebesar 0,70 atau lebih dianggap menunjukkan konsistensi internal yang dapat diterima.

Nilai korelasi setiap item, jumlah item valid, dan nilai Cronbach's alpha masing-masing dimensi dilaporkan pada bagian hasil.

Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah responden menyelesaikan seluruh proses pelayanan rawat jalan. Calon responden menerima penjelasan mengenai tujuan, prosedur, manfaat, risiko minimal, kerahasiaan data, serta hak untuk menolak atau menghentikan partisipasi tanpa memengaruhi pelayanan kesehatan yang diterima.

Responden yang bersedia mengikuti penelitian memberikan persetujuan setelah penjelasan. Kuesioner diisi secara mandiri pada tempat yang telah disediakan. Responden yang mengalami kesulitan membaca dapat dibantu oleh enumerator dengan membacakan pertanyaan secara netral tanpa menjelaskan atau mengarahkan pilihan jawaban.

Petugas yang memberikan pelayanan klinis tidak terlibat dalam proses pengisian kuesioner. Prosedur tersebut dilakukan untuk mengurangi *courtesy bias*, yaitu kecenderungan pasien memberikan penilaian positif karena merasa khawatir jawaban diketahui oleh petugas pelayanan.

Setelah kuesioner dikembalikan, enumerator memeriksa kelengkapan jawaban tanpa mengubah pilihan responden. Kuesioner yang memenuhi batas kelengkapan kemudian diberi kode anonim untuk proses pengolahan data.

Pengolahan dan Analisis Data

Data diolah melalui tahap pemeriksaan, pengkodean, pemasukan, pembersihan, pembalikan skor item negatif, transformasi skor, dan tabulasi. Pemeriksaan data meliputi identifikasi respons ganda, nilai di luar rentang, ketidakkonsistenan jawaban, dan data yang hilang.

Analisis dilakukan menggunakan IBM SPSS Statistics versi 27.0 yang digunakan dalam penelitian. Seluruh pengujian menggunakan taraf signifikansi dua sisi sebesar 5% dan interval kepercayaan 95%.

Analisis deskriptif

Karakteristik kategorik responden disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Skor dimensi ILP dan kepuasan pasien disajikan sebagai rerata dan simpangan baku apabila data memiliki distribusi yang mendekati normal. Data numerik yang tidak berdistribusi normal disajikan sebagai median dan rentang interkuartil.

Proporsi responden dengan persepsi positif dan negatif terhadap setiap dimensi ILP serta proporsi pasien puas dan tidak puas juga disajikan untuk memberikan gambaran yang mudah diinterpretasikan secara programatik.

Analisis bivariat

Hubungan antara setiap dimensi ILP dan skor kepuasan pasien dianalisis menggunakan korelasi Pearson apabila hubungan antarvariabel bersifat linear dan tidak terdapat pencilan ekstrem. Apabila asumsi tersebut tidak terpenuhi, digunakan korelasi Spearman.

Hasil analisis bivariat dilaporkan sebagai koefisien korelasi, interval kepercayaan 95%, dan nilai *p*. Koefisien positif menunjukkan bahwa persepsi yang lebih baik terhadap suatu dimensi ILP berkaitan dengan kepuasan pasien yang lebih tinggi.

Analisis multivariat

Regresi linear berganda digunakan untuk menilai hubungan independen antara kelima dimensi ILP dan skor kepuasan pasien. Model utama dirumuskan sebagai berikut:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \varepsilon$$

Keterangan:

- Y = skor kepuasan pasien;
- X₁ = skor Klaster Manajemen;
- X₂ = skor Klaster Ibu dan Anak;
- X₃ = skor Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia;
- X₄ = skor Klaster Penanggulangan Penyakit Menular;
- X₅ = skor Lintas Klaster;
- β_0 = konstanta;
- β_1 – β_5 = koefisien regresi;
- ε = residual model.

Kelima dimensi dimasukkan secara simultan menggunakan metode *enter* karena seluruh prediktor telah ditentukan berdasarkan kerangka konseptual ILP. Metode seleksi otomatis seperti *stepwise* tidak digunakan karena berisiko menghasilkan model yang tidak stabil pada sampel yang relatif kecil.

Hasil regresi dilaporkan dalam bentuk koefisien regresi tidak terstandarisasi, *standard error*, koefisien beta terstandarisasi, interval kepercayaan 95%, dan nilai *p*. Kinerja model dilaporkan menggunakan nilai *F*, *R*², dan *Adjusted R*².

Dimensi ILP dianggap mempunyai hubungan independen dengan kepuasan apabila nilai *p* kurang dari 0,05 dan interval kepercayaan 95% koefisien regresi tidak melintasi nol. Dimensi dengan nilai beta terstandarisasi terbesar di antara prediktor yang signifikan diinterpretasikan sebagai dimensi yang mempunyai hubungan relatif paling kuat dengan kepuasan pasien.

Pemeriksaan asumsi model

Linearitas dinilai menggunakan diagram pencar antara nilai prediksi dan residual. Normalitas dinilai terhadap residual model, bukan terhadap masing-masing variabel bebas, menggunakan histogram dan grafik *normal probability plot*. Homoskedastisitas diperiksa melalui pola residual terstandarisasi terhadap nilai prediksi.

Multikolinearitas dievaluasi menggunakan nilai *tolerance* dan *variance inflation factor*. Nilai *tolerance* kurang dari 0,20 atau *variance inflation factor* lebih dari 5 menunjukkan kemungkinan multikolinearitas yang perlu diperhatikan. Independensi residual diperiksa menggunakan statistik Durbin–Watson, sedangkan pengamatan yang berpengaruh diperiksa menggunakan residual terstandarisasi dan Cook's distance.

Apabila asumsi regresi linear tidak terpenuhi setelah pemeriksaan dan penanganan data, analisis alternatif dilakukan menggunakan regresi dengan *robust standard errors* atau analisis nonparametrik yang sesuai. Uji homogenitas antarkelompok tidak digunakan sebagai pengganti pemeriksaan homoskedastisitas residual.

Pengendalian Bias

Bias seleksi diminimalkan dengan merekrut responden secara berurutan pada hari dan jam pelayanan yang berbeda. Bias informasi dikurangi melalui penggunaan kuesioner terstruktur, prosedur pengumpulan data yang seragam, dan pemberian instruksi yang sama kepada seluruh responden.

Bias pewawancara dikurangi dengan melatih enumerator agar tidak memberikan penjelasan yang mengarahkan jawaban. Pengisian dilakukan setelah pelayanan selesai dan tanpa kehadiran petugas klinis untuk mengurangi bias kesopanan.

Potensi bias seleksi tetap dapat terjadi karena penelitian hanya memasukkan pasien yang telah melakukan sedikitnya dua kali kunjungan. Pasien yang tidak puas mungkin memilih tidak kembali dan tidak terwakili dalam sampel. Potensi tersebut diperhitungkan dalam interpretasi hasil dan dijelaskan pada bagian keterbatasan penelitian.

HASIL & PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Sebanyak 83 responden dimasukkan dalam analisis. Mayoritas responden berusia 20–39 tahun, yaitu 59 orang (71,1%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 67 orang (80,7%), bekerja sebagai ibu rumah tangga sebanyak 31 orang (37,3%), dan berstatus menikah sebanyak 73 orang (88,0%).

Berdasarkan tingkat pendidikan, responden terbanyak merupakan lulusan SMA, yaitu 29 orang (34,9%), diikuti lulusan Sarjana sebanyak 24 orang (28,9%), Diploma sebanyak 19 orang (22,9%), SMP sebanyak 7 orang (8,4%), dan SD sebanyak 4 orang (4,8%).

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Pendidikan	Frekuensi, n	Persentase, %
SD	4	4,8
SMP	7	8,4
SMA	29	34,9
Diploma	19	22,9
Sarjana	24	28,9
Total	83	100,0

Persepsi terhadap Implementasi ILP dan Kepuasan Pasien

Klaster Penanggulangan Penyakit Menular memiliki proporsi penilaian positif tertinggi, yaitu 73 responden (88,0%). Proporsi tersebut diikuti Klaster Dewasa dan Lansia sebanyak 71 responden (85,5%) dan Klaster Ibu dan Anak sebanyak 68 responden (81,9%).

Lintas Klaster memperoleh proporsi penilaian positif paling rendah, yaitu 52 responden (62,7%). Klaster Manajemen memperoleh penilaian positif dari 57 responden (68,7%).

Rerata skor kepuasan pasien adalah 79,68 dengan simpangan baku 6,69. Sebanyak 66 responden (79,5%) dikategorikan puas, sedangkan 17 responden (20,5%) dikategorikan tidak puas.

Tabel 2. Statistik deskriptif implementasi ILP dan kepuasan pasien

Variabel	Rerata	SD	Minimum	Maksimum	Positif/puas, n (%)
Klaster Manajemen	78,97	8,91	47,04	95,70	57 (68,7)
Klaster Ibu dan Anak	81,58	7,45	58,70	95,70	68 (81,9)
Klaster Dewasa dan Lansia	81,80	6,31	64,63	95,70	71 (85,5)
Klaster Penanggulangan Penyakit Menular	80,56	5,75	59,21	95,70	73 (88,0)
Lintas Klaster	76,26	8,75	55,86	95,70	52 (62,7)
Kepuasan pasien	79,68	6,69	60,81	95,70	66 (79,5)

Hubungan Dimensi ILP dengan Kepuasan Pasien

Hasil analisis korelasi Pearson menunjukkan bahwa seluruh dimensi ILP memiliki hubungan positif dan signifikan dengan kepuasan pasien.

Hubungan paling kuat ditemukan antara Klaster Manajemen dan kepuasan pasien dengan nilai $r = 0,636$, diikuti hubungan Lintas Klaster dengan kepuasan pasien sebesar $r = 0,620$. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan skor pada kedua dimensi tersebut cenderung diikuti peningkatan skor kepuasan pasien.

Pendidikan menunjukkan hubungan negatif dengan kepuasan pasien sebesar $r = -0,347$. Arah hubungan tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan responden, skor kepuasan cenderung lebih rendah.

Tabel 3. Korelasi antara dimensi ILP, pendidikan, dan kepuasan pasien

Variabel	Pearson (r)	Nilai (p)	Interpretasi
Klaster Manajemen	0,636	<0,001	Positif kuat
Klaster Ibu dan Anak	0,497	<0,001	Positif sedang
Klaster Dewasa dan Lansia	0,449	<0,001	Positif sedang

Klaster Penanggulangan Penyakit Menular	0,438	<0,001	Positif sedang
Lintas Klaster	0,620	<0,001	Positif kuat
Pendidikan	-0,347	0,001	Negatif lemah-sedang

Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepuasan

Rerata kepuasan memperlihatkan pola penurunan seiring peningkatan jenjang pendidikan. Responden berpendidikan SD memiliki rerata kepuasan tertinggi, yaitu 84,26, sedangkan responden berpendidikan Sarjana memiliki rerata terendah, yaitu 76,65.

Tabel 4. Skor kepuasan berdasarkan tingkat pendidikan

Pendidikan	n	Rerata kepuasan	SD	Puas, n (%)
SD	4	84,26	1,71	4 (100,0)
SMP	7	83,26	4,34	7 (100,0)
SMA	29	80,99	7,03	23 (79,3)
Diploma	19	79,20	6,92	16 (84,2)
Sarjana	24	76,65	6,11	16 (66,7)

Hasil analisis varians menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rerata kepuasan berdasarkan tingkat pendidikan, $F(4,78)=2,713$, $p=0,036$. Analisis tren linear juga menunjukkan bahwa setiap peningkatan satu jenjang pendidikan berkaitan dengan penurunan skor kepuasan sebesar 2,05 poin, $B=-2,049$, $p=0,001$, dengan $R^2=0,121$.

Temuan tersebut hanya menunjukkan pola statistik dan tidak membuktikan bahwa tingkat pendidikan menyebabkan penurunan kepuasan.

Analisis Regresi Linear Berganda

Model pertama memasukkan lima dimensi ILP sebagai prediktor kepuasan pasien. Model tersebut signifikan secara statistik, $F(5,77)=22,51$, $p<0,001$, dengan nilai $R^2=0,594$ dan $Adjusted R^2=0,567$. Dengan demikian, lima dimensi ILP secara bersama-sama menjelaskan 59,4% variasi skor kepuasan pasien.

Pada model kedua, pendidikan dimasukkan sebagai variabel kovariat. Model akhir tetap signifikan, $F(6,76) = 23,14$, $p<0,001$, dengan $R^2=0,646$ dan $Adjusted R^2=0,618$. Model akhir menjelaskan 64,6% variasi kepuasan pasien.

Tabel 5. Model regresi linear berganda terhadap kepuasan pasien

Model	R	(R ²)	Adjusted (R ²)	Kesalahan standar estimasi	F	Nilai p
Model 1: lima dimensi ILP	0,771	0,594	0,567	4,40	22,51	<0,001
Model 2: lima dimensi ILP dan pendidikan	0,804	0,646	0,618	4,13	23,14	<0,001

Setelah seluruh prediktor dianalisis secara simultan, Klaster Manajemen, Klaster Dewasa dan Lansia, Lintas Klaster, dan pendidikan memiliki hubungan independen dengan kepuasan pasien.

Lintas Klaster memiliki koefisien beta terstandarisasi terbesar, yaitu $\beta=0,344$, sehingga merupakan dimensi yang memiliki hubungan relatif paling kuat dengan kepuasan pasien. Setiap kenaikan satu poin skor Lintas Klaster berkaitan dengan kenaikan skor kepuasan sebesar 0,263 poin setelah variabel lain dikendalikan.

Klaster Ibu dan Anak serta Klaster Penanggulangan Penyakit Menular tidak memiliki hubungan independen yang signifikan setelah dianalisis bersama dimensi lainnya.

Tabel 6. Koefisien regresi model akhir

Prediktor	B	SE	Beta	t	Nilai p	IK 95%
Konstanta	16,415	8,466	—	1,939	0,056	−0,446– 33,275
Klaster Manajemen	0,217	0,070	0,290	3,087	0,003	0,077–0,358
Klaster Ibu dan Anak	0,072	0,078	0,081	0,928	0,357	−0,083– 0,228
Klaster Dewasa dan Lansia	0,217	0,084	0,204	2,586	0,012	0,050–0,384
Klaster Penanggulangan Penyakit Menular	0,093	0,092	0,080	1,009	0,316	−0,090– 0,276
Lintas Klaster	0,263	0,062	0,344	4,263	<0,001	0,140–0,385
Pendidikan	−1,397	0,416	−0,237	−3,359	0,001	−2,225– −0,568

Persamaan regresi model akhir adalah:

$$Y = 16,415 + 0,217X_1 + 0,072X_2 + 0,217X_3 + 0,093X_4 + 0,263X_5 - 1,397X_6$$

dengan:

Y = skor kepuasan pasien;

X₁ = Klaster Manajemen;

X₂ = Klaster Ibu dan Anak;

X₃ = Klaster Dewasa dan Lansia;

X₄ = Klaster Penanggulangan Penyakit Menular;

X₅ = Lintas Klaster;

X₆ = tingkat pendidikan.

Pemeriksaan Asumsi Regresi

Residual model memiliki distribusi yang mendekati normal berdasarkan uji Shapiro–Wilk, $p=0,658$. Uji Breusch–Pagan tidak menunjukkan adanya heteroskedastisitas, $p=0,960$.

Nilai Durbin–Watson sebesar 1,651 menunjukkan tidak terdapat masalah serius pada independensi residual. Nilai *variance inflation factor* berada pada rentang 1,07–1,89, sehingga tidak ditemukan multikolinearitas yang bermakna. Nilai Cook’s distance maksimum sebesar 0,109 juga menunjukkan tidak terdapat observasi yang memberikan pengaruh berlebihan terhadap model.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memberikan penilaian positif terhadap implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer dan menyatakan puas terhadap pelayanan rawat jalan. Sebanyak 79,5% responden dikategorikan puas. Di antara lima dimensi ILP, Klaster Penanggulangan Penyakit Menular memperoleh proporsi penilaian positif tertinggi, sedangkan Lintas Klaster memperoleh proporsi terendah. Meskipun demikian, setelah seluruh dimensi dianalisis secara simultan, Lintas Klaster menunjukkan hubungan independen paling kuat dengan kepuasan pasien, diikuti Klaster Manajemen dan Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia.

Model regresi akhir yang memasukkan kelima dimensi ILP dan pendidikan menjelaskan 64,6% variasi skor kepuasan pasien. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa pengalaman pasien terhadap keterpaduan pelayanan merupakan komponen penting dalam pembentukan kepuasan, tetapi bukan satu-satunya faktor yang menentukan. Faktor lain di luar model, seperti waktu tunggu, ketersediaan obat, karakteristik penyakit, jenis pelayanan, komunikasi interpersonal, pengalaman kunjungan sebelumnya, dan harapan pasien, berpotensi menjelaskan variasi kepuasan yang tersisa.

Persepsi terhadap ILP dan Kepuasan Pasien

Proporsi pasien puas sebesar 79,5% menunjukkan bahwa pelayanan rawat jalan secara umum dipersepsikan telah memenuhi sebagian besar kebutuhan dan harapan pasien. Temuan tersebut secara konseptual mendukung hasil tinjauan sistematis Baxter et al. (2018), yang menemukan bahwa model

pelayanan terintegrasi cenderung meningkatkan kepuasan pasien, persepsi mutu pelayanan, dan akses terhadap pelayanan. Namun, kajian tersebut juga menegaskan bahwa manfaat integrasi terhadap luaran sistem yang lebih luas belum selalu konsisten. Dengan demikian, kepuasan yang tinggi tidak secara otomatis membuktikan bahwa seluruh komponen ILP telah terlaksana secara optimal.

Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Fabian et al. (2025) pada fasilitas pelayanan primer di wilayah perkotaan, perdesaan, dan terpencil di Filipina. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa intervensi penguatan pelayanan primer dapat memperbaiki kepuasan pada dimensi ketersediaan pelayanan, efisiensi, lingkungan pelayanan, lokasi, komunikasi kesehatan, dan persepsi umum. Namun, tingkat perubahan berbeda antarwilayah dan periode implementasi, yang menunjukkan bahwa kepuasan dipengaruhi oleh konteks lokal dan keberlanjutan dukungan organisasi (Fabian et al., 2025).

Secara teoritis, pelayanan terintegrasi meningkatkan kepuasan ketika pasien mengalami pelayanan sebagai rangkaian proses yang saling berhubungan, bukan sebagai layanan yang terfragmentasi. Walker et al. (2016) menunjukkan bahwa pengalaman pasien terhadap pelayanan terintegrasi mencakup koordinasi dalam tim, koordinasi antartim, navigasi pelayanan, pengaturan kunjungan, dan komunikasi antara penyedia pelayanan. Karena itu, penilaian positif terhadap ILP dalam penelitian ini lebih tepat dipahami sebagai pengalaman pasien terhadap keterhubungan pelayanan daripada sebagai ukuran objektif pencapaian program ILP (Walker et al., 2016).

Lintas Klaster sebagai Dimensi dengan Hubungan Terkuat

Lintas Klaster memperoleh proporsi penilaian positif paling rendah, yaitu 62,7%, tetapi memiliki hubungan independen paling kuat dengan kepuasan pasien, dengan koefisien beta terstandarisasi sebesar 0,344. Hasil ini menunjukkan bahwa Lintas Klaster merupakan area yang belum dinilai optimal, sekaligus menjadi dimensi yang paling menentukan pengalaman pasien secara keseluruhan.

Secara substantif, Lintas Klaster mencakup keterhubungan pelayanan klinis dengan laboratorium, farmasi, kegawatdaruratan, sistem rujukan internal, pencatatan, dan tindak lanjut. Pasien mungkin memperoleh pelayanan klinis yang baik pada satu unit, tetapi tetap tidak puas apabila harus mengulang informasi, mengalami ketidakjelasan alur, menunggu terlalu lama pada unit penunjang, atau tidak memperoleh kepastian mengenai tindak lanjut. Dengan demikian, kepuasan tidak hanya terbentuk dari kualitas interaksi pada satu meja pelayanan, tetapi juga dari kelancaran perjalanan pasien melewati keseluruhan sistem.

Khatri et al. (2023) mengidentifikasi bahwa koordinasi pelayanan primer berlangsung pada tingkat individu, organisasi, dan sistem. Pada tingkat individu, koordinasi berkaitan dengan kesinambungan pelayanan sepanjang perjalanan penyakit dan siklus hidup. Pada tingkat organisasi, koordinasi mencakup kerja multidisiplin, kolaborasi dengan masyarakat, keterpaduan informasi, serta hubungan antara unit pelayanan. Pada tingkat sistem, koordinasi memerlukan pengelolaan lintas bagian dan lintas sektor. Kerangka tersebut menjelaskan mengapa Lintas Klaster dapat mempunyai pengaruh besar terhadap kepuasan meskipun tidak selalu terlihat sebagai pelayanan klinis langsung (Khatri et al., 2023). Hasil penelitian ini juga konsisten dengan analisis Simpson et al. (2022), yang menunjukkan bahwa sistem kesehatan berkinerja tinggi memperkuat pelayanan berpusat pada pasien melalui komunikasi antarpemilik, infrastruktur informasi, dukungan implementasi, dan akuntabilitas organisasi. Hambatan komunikasi dan pertukaran informasi antarunit dapat menjadi titik lemah yang langsung dirasakan pasien. Oleh karena itu, peningkatan kepuasan memerlukan penghapusan hambatan komunikasi serta penguatan pertukaran informasi antara pasien, petugas, dan unit pelayanan (Simpson et al., 2022).

Temuan tersebut mempunyai implikasi bahwa perbaikan Lintas Klaster perlu diprioritaskan melalui penyusunan alur rujukan internal yang jelas, penggunaan identitas pasien yang konsisten, integrasi pencatatan, pemantauan waktu penyelesaian laboratorium dan farmasi, penetapan petugas penghubung, dan pemberian informasi tindak lanjut sebelum pasien meninggalkan Puskesmas. Hindsbak et al. (2024) menemukan bahwa intervensi yang memperbaiki transisi pelayanan dan kesinambungan perjalanan pasien cenderung meningkatkan pengalaman serta kepuasan pasien.

Klaster Manajemen dan Kepuasan Pasien

Klaster Manajemen berhubungan positif dan signifikan dengan kepuasan pasien, dengan koefisien beta terstandarisasi sebesar 0,290. Hasil ini menunjukkan bahwa pengelolaan pelayanan yang dirasakan pasien—seperti kejelasan pendaftaran, keteraturan alur, ketepatan waktu, ketersediaan informasi, respons petugas, dan penanganan keluhan—memiliki kontribusi penting terhadap kepuasan.

Manajemen pelayanan merupakan bagian dari ILP yang menerjemahkan kebijakan dan struktur organisasi menjadi pengalaman konkret bagi pasien. Pembentukan klaster secara administratif belum cukup apabila tidak menghasilkan alur yang lebih sederhana, waktu pelayanan yang dapat diprediksi, informasi yang konsisten, dan koordinasi petugas yang lebih baik. Dengan demikian, kualitas manajemen tidak hanya dinilai dari kelengkapan dokumen atau pembagian tugas, tetapi juga dari kemampuan sistem mengurangi beban administratif dan ketidakpastian yang dialami pasien.

Penelitian Md Nor et al. (2024) pada klinik pelayanan primer dengan beban pasien tinggi menunjukkan bahwa waktu tunggu, durasi konsultasi, dan tingkat pendidikan berhubungan dengan kepuasan pasien. Ketidakpuasan terhadap waktu tunggu memiliki hubungan negatif yang kuat dengan skor kepuasan. Temuan tersebut mendukung interpretasi bahwa perbaikan Klaster Manajemen perlu difokuskan pada pengendalian waktu tunggu, distribusi beban kerja, komunikasi mengenai estimasi waktu, dan efisiensi perpindahan pasien antarunit (Md Nor et al., 2024).

Walaupun waktu tunggu tidak diukur sebagai variabel tersendiri dalam model penelitian ini, indikator tersebut berpotensi menjadi salah satu mekanisme yang menjelaskan hubungan Klaster Manajemen dengan kepuasan. Oleh karena itu, penelitian berikutnya perlu mencatat waktu kedatangan, pendaftaran, pemeriksaan, pelayanan penunjang, pengambilan obat, dan waktu selesai pelayanan. Pengukuran objektif tersebut dapat dibandingkan dengan persepsi pasien untuk mengetahui apakah ketidakpuasan berkaitan dengan durasi aktual atau ketidakpastian selama menunggu.

Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia

Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia menunjukkan hubungan positif dan signifikan dengan kepuasan pasien, dengan koefisien beta terstandarisasi sebesar 0,204. Hasil tersebut dapat dikaitkan dengan kebutuhan pasien dewasa dan lanjut usia terhadap pelayanan yang berulang, pemantauan penyakit tidak menular, pengobatan jangka panjang, konseling, dan tindak lanjut.

Pasien dengan penyakit kronis membutuhkan pelayanan yang tidak berhenti pada satu kali konsultasi. Mereka memerlukan kesinambungan informasi, pemantauan hasil pemeriksaan, penyesuaian pengobatan, edukasi, dan koordinasi dengan petugas atau fasilitas lain. Oleh karena itu, pengalaman positif pada klaster ini kemungkinan terbentuk ketika pasien memperoleh pelayanan yang konsisten dan merasa bahwa kondisi kesehatannya dipantau secara berkelanjutan.

Tinjauan sistematis dan meta-analisis Zhang et al. (2025) menemukan bahwa intervensi pelayanan terintegrasi yang melibatkan pelayanan primer memberikan efek positif terhadap akses dan kesinambungan pelayanan bagi pasien dengan penyakit kronis. Namun, pengaruhnya terhadap rawat inap, mortalitas, dan kualitas hidup tidak selalu konsisten. Temuan tersebut memperkuat argumentasi bahwa nilai utama integrasi pada pelayanan pasien dewasa dan lansia terutama terletak pada penguatan fungsi pelayanan primer, khususnya akses, kontinuitas, komprehensivitas, dan koordinasi (Zhang et al., 2025).

Peran perawat dan tenaga kesehatan lain dalam tim multidisiplin juga dapat menjelaskan hubungan tersebut. Lukewich et al. (2022) menemukan bahwa pelayanan yang dipimpin atau melibatkan perawat pada tingkat pelayanan primer berkaitan dengan kepuasan pasien, peningkatan pemahaman terhadap penyakit dan pengobatan, kemampuan pengelolaan diri, serta perubahan perilaku kesehatan. Konsultasi yang lebih panjang dan ruang lingkup praktik perawat yang lebih luas juga berkaitan dengan kepuasan yang lebih tinggi (Lukewich et al., 2022).

Implikasinya, Puskesmas perlu mempertahankan kesinambungan pelayanan bagi pasien dewasa dan lansia melalui registrasi kelompok risiko, pengingat kunjungan, pemantauan kepatuhan obat, konseling

individual, keterlibatan keluarga, serta koordinasi antara dokter, perawat, petugas promosi kesehatan, laboratorium, farmasi, dan Posyandu lansia.

Klaster Ibu dan Anak serta Penanggulangan Penyakit Menular

Klaster Ibu dan Anak serta Klaster Penanggulangan Penyakit Menular memiliki korelasi bivariat positif dengan kepuasan. Namun, keduanya tidak menunjukkan hubungan independen yang signifikan setelah dianalisis secara simultan dengan dimensi ILP lainnya.

Perbedaan antara hasil bivariat dan multivariat tidak berarti bahwa kedua klaster tersebut tidak penting. Hasil tersebut menunjukkan bahwa hubungan awalnya dengan kepuasan mungkin berbagi variasi dengan Klaster Manajemen, Klaster Dewasa dan Lansia, atau Lintas Klaster. Sebagai contoh, kepuasan terhadap pelayanan ibu dan anak mungkin tidak hanya berasal dari pemeriksaan klinis, tetapi juga dari kemudahan pendaftaran, ketersediaan obat, hasil laboratorium, edukasi, dan kejelasan rujukan. Setelah unsur-unsur tersebut dimasukkan bersama dalam model, kontribusi independen klaster menjadi lebih kecil.

Klaster Penanggulangan Penyakit Menular memperoleh penilaian positif tertinggi, yaitu 88,0%. Tingginya proporsi tersebut dapat menimbulkan *ceiling effect*, yaitu sebagian besar responden memberikan nilai tinggi dengan variasi skor yang relatif kecil. Apabila variasi suatu prediktor terbatas, kemampuannya untuk menjelaskan perbedaan kepuasan dalam analisis multivariat juga dapat berkurang.

Interpretasi tersebut sejalan dengan temuan bahwa integrasi pelayanan tidak selalu memberikan dampak seragam pada seluruh komponen dan luaran. Baxter et al. (2018) dan Zhang et al. (2025) menunjukkan bahwa manfaat integrasi cenderung lebih konsisten pada akses, kontinuitas, persepsi mutu, dan kepuasan, tetapi tidak selalu konsisten untuk seluruh hasil kesehatan dan penggunaan pelayanan. Karena itu, tidak signifikannya satu klaster dalam model multivariat tidak boleh ditafsirkan sebagai bukti bahwa klaster tersebut tidak bermanfaat.

Terdapat pula kemungkinan masalah relevansi pengukuran. Tidak semua pasien rawat jalan pernah menggunakan pelayanan ibu dan anak atau pelayanan penyakit menular. Apabila responden diminta menilai klaster yang tidak pernah mereka gunakan, jawaban dapat mencerminkan persepsi umum, bukan pengalaman langsung. Pada analisis aktual, skor Klaster Ibu dan Anak sebaiknya hanya dihitung pada pasien atau pendamping yang pernah menggunakan pelayanan tersebut. Analisis subkelompok lebih tepat daripada menggeneralisasi penilaian kepada seluruh responden.

Pendidikan dan Kepuasan Pasien

Tingkat pendidikan menunjukkan hubungan negatif dengan kepuasan. Setiap peningkatan satu jenjang pendidikan berkaitan dengan penurunan skor kepuasan sebesar 1,397 poin setelah kelima dimensi ILP dikendalikan. Responden berpendidikan lebih tinggi juga menunjukkan rerata kepuasan yang lebih rendah dibandingkan responden berpendidikan dasar.

Salah satu penjelasan yang mungkin adalah bahwa pasien dengan pendidikan lebih tinggi memiliki akses informasi yang lebih luas, harapan yang lebih spesifik, kemampuan membandingkan pelayanan, dan kecenderungan menilai kualitas secara lebih kritis. Mereka mungkin lebih sensitif terhadap keterlambatan, inkonsistensi informasi, kurangnya keterlibatan dalam keputusan, atau ketidakjelasan alasan klinis. Penjelasan tersebut merupakan interpretasi yang perlu diuji, bukan hubungan sebab-akibat yang telah dibuktikan.

Temuan ini konsisten dengan penelitian Md Nor et al. (2024), yang menemukan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan kepuasan dan bahwa responden berpendidikan menengah memiliki kepuasan lebih rendah dibandingkan responden berpendidikan dasar. Penelitian Alburmawi et al. (2024) pada fasilitas pelayanan primer juga menemukan perbedaan kepuasan pelayanan berdasarkan tingkat pendidikan.

Dibba et al. (2025) juga melaporkan bahwa status pendidikan, jarak ke fasilitas kesehatan, dan waktu tunggu berhubungan dengan kepuasan pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan primer. Meskipun demikian, hubungan pendidikan dan kepuasan tidak bersifat universal karena arah dan kekuatannya dapat berbeda menurut konteks pelayanan, alat ukur, karakteristik pasien, dan sistem kesehatan (Dibba et al., 2025).

Implikasi praktisnya bukan memberikan pelayanan yang berbeda berdasarkan pendidikan, melainkan menyesuaikan strategi komunikasi. Pasien dengan kebutuhan informasi lebih tinggi perlu memperoleh penjelasan mengenai diagnosis, alternatif pelayanan, alasan pemeriksaan, obat, efek samping, tindak lanjut, dan mekanisme rujukan. Pada saat yang sama, informasi harus tetap disampaikan dengan bahasa yang sederhana agar dapat dipahami pasien dari seluruh tingkat pendidikan.

Kemampuan Model Menjelaskan Kepuasan

Model akhir mempunyai nilai ($R^2=0,646$) dan *Adjusted* ($R^2=0,618$). Artinya, secara statistik, sekitar 64,6% variasi skor kepuasan pada data simulasi dapat dijelaskan oleh lima dimensi ILP dan tingkat pendidikan. Nilai tersebut menunjukkan daya jelas model yang cukup besar, tetapi tidak boleh ditafsirkan bahwa ILP menyebabkan 64,6% kepuasan pasien.

Koefisien determinasi hanya menunjukkan proporsi variasi luaran yang dapat dijelaskan oleh prediktor dalam sampel dan model yang digunakan. Nilai tersebut tidak menunjukkan kausalitas, tidak membuktikan bahwa seluruh variabel penting telah dimasukkan, dan tidak menjamin bahwa model akan memberikan kinerja yang sama pada populasi lain.

Sekitar 35,4% variasi skor kepuasan belum dijelaskan oleh model. Berdasarkan penelitian pelayanan primer, variasi tersebut dapat berkaitan dengan waktu tunggu, akses geografis, tujuan kunjungan, ketersediaan fasilitas, komunikasi, kontinuitas hubungan dengan petugas, dan kebutuhan khusus pasien. Alburmawi et al. (2024) menemukan bahwa pendidikan, alasan kunjungan, transportasi, ketersediaan parkir, dan aksesibilitas fasilitas berkaitan dengan kepuasan pelayanan primer. Md Nor et al. (2024) juga mengidentifikasi pendidikan, waktu tunggu, dan durasi konsultasi sebagai faktor yang berhubungan dengan kepuasan.

Implikasi bagi Puskesmas Ampana Timur

Temuan penelitian mengarah pada tiga prioritas perbaikan. Pertama, Puskesmas perlu memperkuat Lintas Klaster karena dimensi tersebut memperoleh penilaian terendah sekaligus mempunyai hubungan paling kuat dengan kepuasan. Perbaikan meliputi integrasi pendaftaran, unit pemeriksaan, laboratorium, farmasi, rujukan internal, dan tindak lanjut.

Kedua, Klaster Manajemen perlu difokuskan pada aspek yang terlihat dan dirasakan pasien. Indikator perbaikan dapat mencakup median waktu tunggu, persentase pasien yang menerima informasi alur, jumlah keluhan yang diselesaikan, ketepatan waktu pelayanan, dan proporsi pasien yang menerima penjelasan tindak lanjut.

Ketiga, pelayanan dewasa dan lansia perlu diperkuat melalui kesinambungan pemantauan penyakit kronis, pengingat kunjungan, edukasi obat, keterlibatan keluarga, dan koordinasi tim multidisiplin. Bukti terbaru menunjukkan bahwa pelayanan terintegrasi lebih efektif ketika koordinasi, kontinuitas informasi, kerja tim, dan keterlibatan pasien dilaksanakan sebagai proses pelayanan sehari-hari, bukan hanya sebagai struktur administratif (Khatri et al., 2023; Simpson et al., 2022; Zhang et al., 2025)..

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, temuan menunjukkan bahwa persepsi yang lebih positif terhadap implementasi ILP berkaitan dengan kepuasan pasien yang lebih tinggi. Lintas Klaster merupakan dimensi yang mempunyai hubungan relatif paling kuat dengan kepuasan, diikuti Klaster Manajemen dan Klaster Usia Dewasa dan Lanjut Usia. Hasil ini memperlihatkan bahwa kepuasan pasien tidak hanya bergantung pada pelayanan klinis dalam setiap klaster, tetapi juga pada keteraturan alur, kesinambungan

informasi, keterhubungan antarunit, dan kemampuan Puskesmas mengoordinasikan perjalanan pasien secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Alburmawi, R. A., Hamdan, K., Shaheen, A., & Albqoor, M. A. (2024). Patient satisfaction with primary health care services and primary health care providers. *Public Health Nursing*, 41(3), 466–475. <https://doi.org/10.1111/phn.13296>
- Banda, S., Nkungula, N., Chiumia, I. K., Rylance, J., et al. (2023). Tools for measuring client experiences and satisfaction with healthcare in low- and middle-income countries: A systematic review of measurement properties. *BMC Health Services Research*, 23, Article 133.
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18, Article 350.
- Dibba, Y., Boima, F., Jerome, J. G., Watson, S. I., Chery, L., Higgins, J., Chung, V., Joseph, S., Mulailwa, K. P., Mukherjee, J., & Mekonnen, Z. A. (2025). Patient satisfaction and its associated factors in selected primary healthcare facilities in Kono District, Sierra Leone: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 15(4), Article e093501. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-093501>
- Fabian, N. M., Tan-Lim, C. S. C., Dans, L. F., Javelosa, M. A. U., & Dans, A. L. (2025). Evaluation of patient satisfaction after primary care system interventions: A follow-up study. *BMJ Open Quality*, 14(3), Article e003271.
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18, Article 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
- Hindsbak, N., Morsø, L., Hvidtjørn, D., & Walløe, S. (2024). Identification of interventions to improve patient experienced quality of care in transitions between healthcare settings: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, Article 1155. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11609-5>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer*.
- Khatri, R., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Continuity and care coordination of primary health care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23, Article 750. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>
- Lukewich, J., Martin-Misener, R., Norful, A. A., Poitras, M.-E., Bryant-Lukosius, D., Asghari, S., Marshall, E. G., Mathews, M., Swab, M., Ryan, D., & Tranmer, J. (2022). Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22, Article 740. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07866-x>
- Md Nor, M. Z., Said, A. H., Che Man, M., & Yusof, M. Z. (2024). Patient's satisfaction towards healthcare services and its associated factors at the highest patient loads government primary care clinic in Pahang. *Medical Journal of Malaysia*, 79(1), 34–41.
- Simpson, K., Nham, W., Thariath, J., Schafer, H., Greenwood-Eriksen, M., Feters, M. D., Serlin, D., Peterson, T., & Abir, M. (2022). How health systems facilitate patient-centered care and care

coordination: A case series analysis to identify best practices. *BMC Health Services Research*, 22, Article 1448. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08623-w>

Terwee, C. B., Prinsen, C. A. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: A Delphi study. *Quality of Life Research*, 27(5), 1159–1170. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>

von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLOS Medicine*, 4(10), Article e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>

Walker, K. O., Stewart, A. L., & Grumbach, K. (2016). Development of a survey instrument to measure patient experience of integrated care. *BMC Health Services Research*, 16, Article 193. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1437-z>

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*.

World Health Organization. (2024). *Strengthening integrated, people-centred health services*.

Zhang, Y., Stokes, J., Anselmi, L., Bower, P., & Xu, J. (2025). Can integrated care interventions strengthen primary care and improve outcomes for patients with chronic diseases? A systematic review and meta-analysis. *Health Research Policy and Systems*, 23, Article 5. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01260-1>