

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Integrasi Layanan Primer (ILP)

2.1.1 Pengertian Integrasi Layanan Primer (ILP)

Integrasi Layanan Primer (ILP) merupakan bagian dari transformasi sistem kesehatan, khususnya pada pilar pertama yaitu transformasi layanan primer yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat. ILP dikembangkan sebagai strategi untuk memperkuat pelayanan kesehatan dasar melalui integrasi layanan di tingkat fasilitas kesehatan primer, yaitu Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dalam satu sistem yang terkoordinasi (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Pelaksanaan ILP menekankan pada pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan dengan pendekatan siklus hidup. Artinya, pelayanan tidak hanya diberikan pada kelompok tertentu, tetapi mencakup seluruh tahapan kehidupan manusia mulai dari ibu hamil, bayi, balita, usia sekolah, remaja, usia produktif, hingga lanjut usia. Selain itu, pelayanan yang diberikan mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif secara terpadu sesuai dengan kebutuhan kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

2.1.2 Tujuan dan Fokus Integrasi Layanan Primer (ILP)

Tujuan utama dari ILP adalah meningkatkan kualitas dan pemerataan pelayanan kesehatan primer agar lebih mudah diakses oleh masyarakat serta

mampu menjawab kebutuhan kesehatan secara menyeluruh. ILP juga bertujuan untuk mencegah masalah kesehatan sejak dini melalui penguatan upaya promotif dan preventif, sehingga dapat menurunkan beban pembiayaan kesehatan di masa mendatang (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Dalam implementasinya, terdapat tiga fokus utama ILP. Pertama, penerapan pendekatan siklus hidup sebagai dasar integrasi pelayanan kesehatan. Kedua, mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui penguatan jejaring layanan hingga tingkat desa dan dusun, termasuk melalui Pustu dan Posyandu. Ketiga, memperkuat sistem pemantauan wilayah setempat melalui pemanfaatan teknologi digital dan dashboard kesehatan untuk meningkatkan efektivitas pengawasan dan pengambilan keputusan (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

2.1.3 Pendekatan Klaster dalam ILP

ILP membawa perubahan paradigma dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas, yaitu dari pendekatan berbasis program menjadi pendekatan berbasis klaster layanan. Dalam pendekatan sebelumnya, pelayanan kesehatan cenderung dilaksanakan secara terpisah berdasarkan program-program tertentu. Namun, melalui ILP, pelayanan dikelompokkan berdasarkan kebutuhan siklus hidup sehingga lebih terintegrasi dan komprehensif (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Pendekatan klaster ini memungkinkan seluruh program kesehatan berkontribusi secara bersama dalam satu paket pelayanan yang sesuai dengan kelompok sasaran. Dengan demikian, masyarakat yang datang ke fasilitas kesehatan akan mendapatkan pelayanan yang menyeluruh sesuai dengan kebutuhan

kesehatannya, bukan hanya berdasarkan satu jenis program tertentu (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

2.1.4 Jejaring Pelayanan dalam ILP

Pelaksanaan ILP tidak hanya berfokus pada Puskesmas sebagai fasilitas utama, tetapi juga melibatkan jejaring pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat, yaitu Pustu dan Posyandu. Pustu berperan sebagai unit pelayanan kesehatan di tingkat desa atau kelurahan yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk seluruh siklus hidup serta memperkuat kegiatan pemberdayaan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Sementara itu, Posyandu mengalami revitalisasi fungsi dari yang sebelumnya berfokus pada bayi dan balita menjadi melayani seluruh kelompok umur. Posyandu memberikan pelayanan kesehatan dasar seperti penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, dan pemeriksaan tekanan darah, serta didukung oleh kader yang telah mendapatkan pelatihan keterampilan dasar dan melakukan kunjungan rumah (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Melalui penguatan jejaring ini, pelayanan kesehatan menjadi lebih dekat dengan masyarakat sehingga diharapkan dapat meningkatkan akses layanan serta efektivitas pemantauan kesehatan di wilayah setempat.

2.1.5 Dukungan Sistem dan Kebijakan dalam Implementasi ILP

Untuk mendukung implementasi ILP, Kementerian Kesehatan telah menyusun pedoman kerja terbaru bagi Puskesmas dan Pustu yang disesuaikan dengan kondisi kesehatan masyarakat saat ini. Pedoman tersebut mencakup

pengelompokan layanan ke dalam beberapa klaster, yaitu klaster manajemen, klaster kesehatan ibu dan anak, klaster kesehatan dewasa dan lanjut usia, klaster penanggulangan penyakit menular dan kesehatan lingkungan, serta lintas klaster (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Selain itu, implementasi ILP juga didukung oleh keterlibatan berbagai pihak melalui Konsorsium Pelayanan Kesehatan Primer yang terdiri dari unsur pemerintah, lembaga internasional, sektor swasta, dan institusi pendidikan. Konsorsium ini berperan dalam memberikan dukungan teknis, berbagi pengetahuan, serta membantu proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi implementasi ILP di berbagai daerah (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan per 21 Oktober 2024, sebanyak 3.729 atau 91,5% Puskesmas di Indonesia telah melaksanakan ILP. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi ILP telah berjalan secara luas sebagai bagian dari transformasi sistem pelayanan kesehatan primer di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

2.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan

2.2.1 Pengertian Standar Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan kewajiban pemerintah dan berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Dalam konteks kesehatan, SPM merupakan tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang harus diselenggarakan oleh pemerintah daerah guna memenuhi hak dasar masyarakat atas pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024, SPM kesehatan merupakan ukuran pencapaian yang harus dipenuhi dalam penyelenggaraan urusan kesehatan yang menjadi kewenangan pemerintah kabupaten/kota. SPM digunakan sebagai acuan dalam perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi kinerja pelayanan kesehatan di tingkat daerah.

SPM kesehatan memiliki beberapa karakteristik utama, yaitu bersifat sederhana, konkret, mudah diukur, serta terbuka untuk diketahui oleh masyarakat. Selain itu, SPM merupakan pelayanan esensial yang berdampak langsung terhadap kesejahteraan masyarakat dan ditetapkan berdasarkan kebutuhan dasar pelayanan kesehatan yang wajib dipenuhi oleh pemerintah daerah. Dengan demikian, SPM juga berfungsi sebagai alat untuk mengukur akuntabilitas kinerja pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

2.2.2 Dasar Hukum SPM Kesehatan

Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan didasarkan pada berbagai regulasi yang mengatur kewajiban pemerintah dalam menyediakan pelayanan dasar kepada masyarakat. Dasar hukum tersebut antara lain meliputi Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang menetapkan kesehatan sebagai urusan wajib pelayanan dasar, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.

Secara teknis, pelaksanaan SPM kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar

Pelayanan Minimal Kesehatan, yang menggantikan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019. Peraturan ini menegaskan kewajiban pemerintah daerah untuk memenuhi indikator pelayanan kesehatan dasar sebagai bentuk tanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Dengan adanya dasar hukum tersebut, SPM kesehatan memiliki kekuatan normatif sebagai instrumen kebijakan nasional yang mengikat dan menjadi acuan dalam menilai kinerja pelayanan kesehatan di daerah, khususnya pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas.

2.2.3 Indikator SPM Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan merupakan tolok ukur jenis dan mutu pelayanan dasar yang wajib diberikan kepada masyarakat. SPM kesehatan terdiri dari 12 indikator pelayanan dasar yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah melalui fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Adapun 12 indikator SPM kesehatan meliputi:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil
2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin
3. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir
4. Pelayanan Kesehatan Balita
5. Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar
6. Pelayanan Kesehatan pada Usia Produktif
7. Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut
8. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi
9. Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus

10. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat
11. Pelayanan Kesehatan bagi Orang Terduga Tuberkulosis
12. Pelayanan Kesehatan bagi Orang dengan Risiko Terinfeksi HIV

Setiap indikator SPM memiliki target nasional sebesar 100%, yang berarti seluruh sasaran harus memperoleh pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan. Namun, capaian SPM di tingkat nasional masih belum sepenuhnya mencapai target tersebut. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2023, rata-rata capaian SPM kabupaten/kota mencapai 82%, dengan capaian tertinggi pada pelayanan bayi baru lahir sebesar 86%, sedangkan pelayanan pada usia produktif dan penderita hipertensi masih relatif lebih rendah, masing-masing sebesar 75% dan 73% (Humas BKPK, 2024).

Kedua belas indikator ini menjadi dasar utama dalam mengukur kinerja pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar serta menjadi acuan dalam evaluasi efektivitas program kesehatan di tingkat Puskesmas.

2.2.4 Pentingnya Capaian SPM dalam Pelayanan Kesehatan

Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) memiliki peran penting dalam menjamin terpenuhinya hak masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas, merata, dan terjangkau. SPM menjadi tolok ukur kinerja pemerintah daerah dalam menyelenggarakan pelayanan publik di bidang kesehatan serta sebagai alat untuk memastikan akuntabilitas dan transparansi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Selain itu, SPM juga berfungsi sebagai instrumen evaluasi untuk menilai sejauh mana pelayanan kesehatan yang diberikan telah memenuhi standar yang

ditetapkan. Dengan adanya SPM, pemerintah dapat mengidentifikasi kesenjangan pelayanan, meningkatkan efektivitas program kesehatan, serta memastikan bahwa seluruh masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dasar sesuai dengan kebutuhan.

Dalam konteks penelitian ini, capaian SPM menjadi indikator penting untuk menilai kinerja pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas, khususnya dalam melihat efektivitas implementasi kebijakan kesehatan yang diterapkan.

2.2.5 Keterkaitan SPM dengan Integrasi Layanan Primer (ILP)

Dalam kerangka transformasi pelayanan kesehatan, Integrasi Layanan Primer (ILP) merupakan strategi yang dirancang untuk meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan melalui pendekatan pelayanan yang terintegrasi dan berbasis siklus hidup. Implementasi ILP di Puskesmas diharapkan mampu meningkatkan efektivitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan melalui penguatan koordinasi, efisiensi sumber daya, serta pelayanan yang lebih komprehensif.

Sejalan dengan hal tersebut, capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat digunakan sebagai indikator outcome untuk menilai keberhasilan implementasi ILP. Pendekatan berbasis klaster dalam ILP memungkinkan pelayanan kesehatan diberikan secara terintegrasi sesuai kebutuhan masyarakat, sehingga berpotensi meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan pada setiap indikator SPM.

Dengan demikian, hubungan antara ILP dan SPM bersifat saling berkaitan, di mana implementasi ILP sebagai bentuk intervensi sistem pelayanan kesehatan diharapkan dapat memberikan dampak terhadap peningkatan capaian indikator SPM. Oleh karena itu, analisis terhadap implementasi ILP dan kaitannya dengan

capaian SPM menjadi penting untuk menilai efektivitas kebijakan dalam meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan primer di tingkat Puskesmas.

2.3 Model Implementasi Kebijakan Publik

2.3.1 Pengertian Kebijakan Publik

Kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang bertujuan untuk mencapai tujuan tertentu guna menyelesaikan masalah publik atau memenuhi kepentingan publik. Kebijakan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu umumnya diatur dalam ketentuan atau peraturan yang dibuat oleh pemerintah, sehingga bersifat mengikat dan memaksa bagi seluruh warga negara. Dengan demikian, kebijakan publik menjadi alat utama pemerintah dalam mengarahkan tindakan kolektif untuk mencapai tujuan pembangunan dan kesejahteraan publik (Rantung, 2024).

Selain itu, Meutia (2017) menjelaskan bahwa proses kebijakan publik mencakup lima tahap utama, yaitu: (1) penyusunan agenda, yang melibatkan proses identifikasi masalah publik yang memerlukan perhatian pemerintah; (2) formulasi kebijakan, yang merupakan tahap merumuskan Solusi alternatif untuk masalah; (3) adopsi kebijakan, yang merupakan proses pengambilan keputusan mengenai alternatif kebijakan yang akan diimplementasikan; (4) implementasi kebijakan, yaitu tahap pelaksanaan keputusan yang telah diambil melalui lembaga atau mekanisme yang relevan; dan (5) evaluasi kebijakan, yaitu proses penilaian sejauh mana kebijakan yang telah diimplementasikan mencapai tujuannya.

Dalam konteks penelitian ini, kebijakan penerapan sistem kluster di Puskesmas Kabupaten Kuningan merupakan hasil dari tahapan formulasi dan

implementasi kebijakan publik yang dicanangkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Puskesmas. Kebijakan ini berfungsi sebagai alat pemerintah untuk mengatasi masalah layanan kesehatan yang terfragmentasi, meningkatkan efektivitas tata kelola, serta mendorong pemerataan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di tingkat fasilitas kesehatan primer. Dengan demikian, sistem kluster dapat dipandang sebagai wujud konkret dari pelaksanaan kebijakan publik di bidang kesehatan yang menekankan integrasi, koordinasi lintas program, dan peningkatan efisiensi pelayanan.

2.3.2 Model Implementasi Kebijakan Menurut Teori George C. Edward III

Menurut George C. Edward III (dalam Pramono, 2020), keberhasilan implementasi kebijakan publik dipengaruhi oleh empat variabel utama, yaitu komunikasi (*communication*), sumber daya (*resources*), disposisi (*disposition*), dan struktur birokrasi (*bureaucratic structure*). Keempat variabel tersebut saling berkaitan dan menentukan sejauh mana suatu kebijakan dapat dilaksanakan secara efektif sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

Model ini menekankan bahwa implementasi kebijakan tidak hanya bergantung pada isi kebijakan itu sendiri, tetapi juga pada bagaimana kebijakan tersebut dikomunikasikan, didukung oleh sumber daya yang memadai, diterima oleh pelaksana, serta didukung oleh struktur organisasi yang sesuai. Oleh karena itu, keberhasilan implementasi kebijakan merupakan hasil dari interaksi yang sinergis antara keempat variabel tersebut dalam konteks organisasi dan lingkungan pelaksana kebijakan.

2.3.3 Variabel Implementasi Kebijakan Menurut Teori George C. Edward III

1. Komunikasi (*Communication*)

Komunikasi merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan karena menentukan sejauh mana informasi kebijakan dapat dipahami oleh pelaksana. Edward III menyatakan bahwa implementasi yang efektif hanya dapat terjadi apabila para pelaksana mengetahui dengan jelas apa yang harus dilakukan. Komunikasi kebijakan harus disampaikan secara tepat, akurat, dan konsisten agar tidak menimbulkan kesalahpahaman dalam pelaksanaan di lapangan.

Keberhasilan komunikasi dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu transmisi (penyampaian informasi yang tepat kepada pelaksana), kejelasan (informasi tidak ambigu dan mudah dipahami), serta konsistensi (tidak adanya perubahan instruksi yang membingungkan). Dalam konteks implementasi ILP, komunikasi menjadi kunci dalam proses sosialisasi kebijakan, pemahaman sistem klaster, serta koordinasi antar tenaga kesehatan di Puskesmas.

2. Sumber Daya (*Resources*)

Sumber daya merupakan faktor yang menentukan kemampuan pelaksana dalam menjalankan kebijakan. Tanpa sumber daya yang memadai, implementasi kebijakan tidak akan berjalan secara optimal meskipun komunikasi telah dilakukan dengan baik. Edward III mengelompokkan sumber daya ke dalam beberapa aspek, yaitu sumber daya manusia (staf), informasi, wewenang, dan fasilitas.

Ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten, informasi yang jelas mengenai pelaksanaan kebijakan, kewenangan yang mendukung, serta sarana dan prasarana yang memadai sangat menentukan keberhasilan implementasi. Dalam pelaksanaan ILP di Puskesmas, keterbatasan sumber daya seperti SDM, fasilitas, dan dukungan anggaran sering menjadi kendala utama dalam mencapai target pelayanan, termasuk capaian indikator SPM.

3. Disposisi (*Disposition*)

Disposisi atau sikap pelaksana kebijakan merupakan faktor penting yang berkaitan dengan kemauan dan komitmen dalam menjalankan kebijakan. Meskipun pelaksana telah memahami kebijakan dan memiliki sumber daya yang cukup, implementasi tidak akan berjalan efektif apabila tidak didukung oleh sikap yang positif.

Edward III menekankan bahwa pemilihan pelaksana yang memiliki komitmen terhadap kebijakan serta pemberian insentif yang tepat dapat meningkatkan kinerja implementasi. Dalam konteks ILP, sikap tenaga kesehatan terhadap perubahan sistem dari program ke kluster sangat mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan, terutama dalam hal penerimaan terhadap perubahan, kerja sama tim, dan adaptasi terhadap sistem baru.

4. Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*)

Struktur birokrasi berkaitan dengan bagaimana organisasi diatur dalam melaksanakan kebijakan. Struktur yang tidak efektif dapat menghambat implementasi meskipun faktor lain telah terpenuhi. Edward III menekankan

dua aspek penting dalam struktur birokrasi, yaitu Standard Operating Procedure (SOP) dan fragmentasi organisasi.

SOP yang jelas akan memudahkan pelaksana dalam menjalankan tugas sesuai standar yang ditetapkan, sedangkan pembagian tugas (fragmentasi) yang tepat akan meningkatkan koordinasi antar unit kerja. Dalam implementasi ILP, perubahan sistem berbasis klaster menuntut adanya penyesuaian struktur organisasi dan mekanisme koordinasi di Puskesmas agar pelayanan dapat berjalan secara terintegrasi dan efisien.

2.3.4 Hubungan Antar Variabel dalam Implementasi Kebijakan

Keempat variabel dalam model Edward III saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Komunikasi yang baik akan mempermudah pemahaman pelaksana terhadap kebijakan, sehingga mempengaruhi disposisi atau sikap mereka dalam menjalankan kebijakan. Selain itu, kejelasan komunikasi juga membantu dalam menentukan kebutuhan sumber daya yang diperlukan dalam implementasi.

Struktur birokrasi yang jelas melalui SOP dan pembagian tugas yang tepat akan mendukung efektivitas komunikasi serta penggunaan sumber daya secara optimal. Sebaliknya, struktur yang kompleks dan terfragmentasi tanpa koordinasi yang baik dapat menyebabkan distorsi komunikasi dan menurunkan efektivitas implementasi. Oleh karena itu, keberhasilan implementasi kebijakan sangat bergantung pada sinergi antara komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

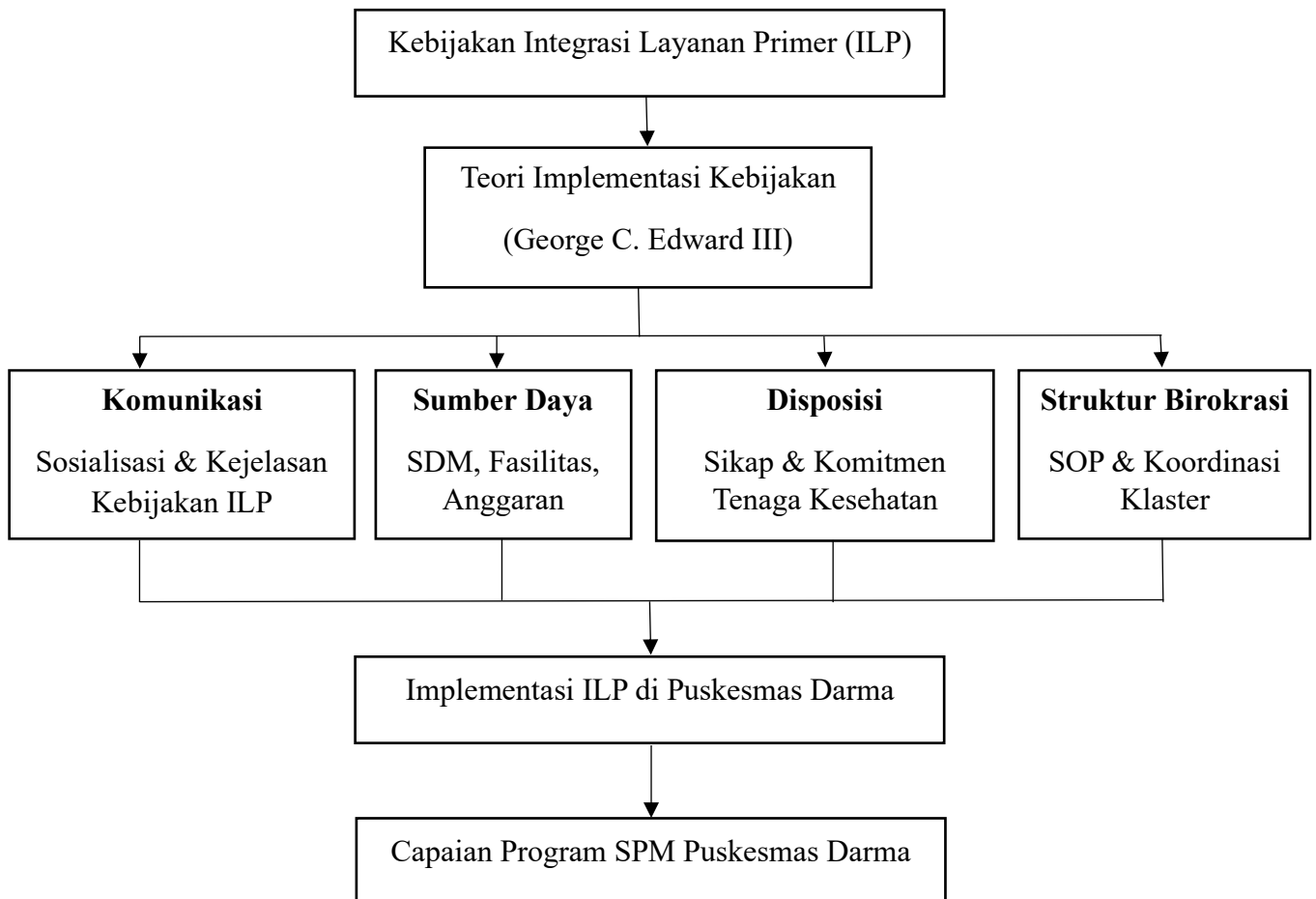
2.3.5 Relevansi Teori dengan Penelitian

Model implementasi kebijakan George C. Edward III relevan digunakan dalam penelitian ini karena mampu menjelaskan secara komprehensif faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas. Keempat variabel dalam model ini sejalan dengan fokus penelitian, yaitu menganalisis bagaimana kebijakan ILP diimplementasikan dalam sistem manajemen berbasis klaster.

Variabel komunikasi berkaitan dengan proses sosialisasi dan penyampaian kebijakan ILP kepada tenaga kesehatan. Variabel sumber daya berhubungan dengan ketersediaan tenaga kesehatan, fasilitas, serta dukungan anggaran dalam pelaksanaan ILP. Variabel disposisi mencerminkan sikap dan kesiapan tenaga kesehatan dalam menerima perubahan sistem pelayanan. Sementara itu, variabel struktur birokrasi berkaitan dengan perubahan organisasi dan mekanisme koordinasi dalam sistem klaster di Puskesmas.

Dengan menggunakan model ini, penelitian dapat menganalisis secara lebih mendalam bagaimana implementasi ILP berjalan serta bagaimana faktor-faktor tersebut berkontribusi terhadap pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Puskesmas Darma Kabupaten Kuningan.

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi Penulis Berdasarkan Teori George C. Edward III