IMPLEMENTASI DEKONSENTRASI BIDANG KESEHATAN MELALUI PROGRAM INTEGRASI LAYANAN PRIMER (ILP) DI KOTA MEDAN

Pasha Clara Ulyna Nadeak[1], Februati Trimurni[2]

[1,2]*Universitas Sumatera Utara*
E-mail : claranadeak04@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi dekonsentrasi bidang kesehatan melalui Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kota Medan sebagai bagian dari transformasi layanan kesehatan nasional. Penelitian menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif melalui teknik wawancara, observasi, dan dokumentasi, serta dianalisis menggunakan teori implementasi kebijakan George C. Edward III yang meliputi komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun seluruh puskesmas di Kota Medan telah menerapkan ILP dan komunikasi antarpemangku kepentingan berjalan cukup baik, masih terdapat kendala berupa perbedaan kapasitas daerah, kesenjangan pemahaman masyarakat, serta belum optimalnya mekanisme dekonsentrasi dalam menjamin keseragaman implementasi. Keberhasilan implementasi ILP lebih banyak didukung oleh kapasitas institusional daerah daripada efektivitas mekanisme dekonsentrasi, sehingga diperlukan penguatan pembiayaan berkelanjutan, integrasi sistem informasi, koordinasi kelembagaan, dan pengawasan berbasis kualitas agar implementasi ILP dapat berlangsung lebih efektif, merata, dan berkelanjutan.

Kata Kunci : *Dekonsentrasi, Implementasi Kebijakan, Integrasi Layanan Primer (ILP)*

ABSTRACT

This study examines the implementation of health sector deconcentration through the Integrated Primary Health Care (ILP) Program in Medan City as part of Indonesia's national health service transformation. Employing a descriptive qualitative approach, data were collected through interviews, observations, and documentation, and analyzed using George C. Edward III's policy implementation framework, which includes communication, resources, disposition, and bureaucratic structure. The findings indicate that although all community health centers (Puskesmas) in Medan have implemented the ILP Program and policy communication among stakeholders has generally been effective, challenges remain in the form of regional capacity disparities, limited public understanding of the new service model, and the suboptimal role of the deconcentration mechanism in ensuring uniform policy implementation. The study concludes that the success of the ILP Program has been driven more by the region's existing institutional capacity than by the effectiveness of the deconcentration mechanism itself. Therefore, strengthening sustainable financing, integrating health information systems, improving inter-institutional coordination, and enhancing quality-based supervision are essential to achieving more effective, equitable, and sustainable implementation of the ILP Program.

Keywords : *Decentralization, Policy Implementation, Primary Service Integration (ILP)*

PENDAHULUAN

Transformasi pelayanan kesehatan primer menjadi salah satu agenda strategis pemerintah Indonsia dalam menjawab meningkatnya beban penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Melalui Program Integrasi Layanan Primer (ILP) yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 2015 tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, pemerintah berupaya membangun sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi berdasarkan siklus hidup sehingga pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dapat diberikan secara berkesinambungan. Berbeda dengan program kesehatan daerah yang bersifat otonom, ILP merupakan kebijakan nasional yang menuntut keseragaman standar pelayanan di seluruh Indonesia. Sehingga mekanisme dekonsentrasi merupakan instrumen implementasi yang dipilih agar kebijakan yang dirumuskan di tingkat pusat dapat diterjemahkan secara relatif seragam oleh pemerintah daerah (World Healt Organization, 2023); Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Pemilihan mekanisme dekonsentrasi tidak dapat dilepaskan dari sistem ketatanegaraan Indonesia sebagai negara kesatuan yang menerapkan asas desentralisasi. Dekonsentrasi dijelaskan pula dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang mana dalam negara kesatuan, seluruh kewenangan pemerintahan pada hakikatnya berada pada pemerintah pusat, kemudian sebagai urusan dilimpahkan kepada permerintah daerah melalui berbagai bentuk hubungan pemerintahan. Salah satu bentuk tersebut adalah desentralisasi yang memberikan ruang bagi daerah untuk mengatur rumah tangganya sendiri. Akan tetapi, tidak semua urusan pemerintahan dapat diserahkan sepenuhnya kepada daerah. Program-program yang membutuhkan standar nasional, koordinasi lintas wilayah, dan pengawasan langsung tetap dilaksanakan melalui mekanisme dekonsentrasi, yaitu pelimpahan tugas administratif kepada pemerintah daerah tanpa mengalihkan tanggung jawab akhir dari pemerintah pusat (Rondinelli *et al*., 1983; Litvack, 1998).

Dekonsentrasi pada dasarnya berbeda dengan desentralisasi. Apabila desentralisasi memberikan ruang keputusan (*decision space*) yang relatif luas kepada pemerintah daerah dalam menentukan kebijakan sesuai karakteristik lokal, maka dekonsentrasi justru menempatkan pemerintah daerah sebagai pelaksana kebijakan pemerintah pusat. Ruang diskresi pemerintah daerah menjadi lebih terbatas karena orientasi utama dekonsentrasi adalah menjaga konsistensi implementasi kebijakan nasional. Pada konteks ILP, pemerintah provinsi berperan sebagai wakil pemerintah pusat yang bertugas melakukan pembinaan, koordinasi, monitoring, dan pengawasan terhadap pemerintah kabupaten/kota sehingga implementasi kebijakan diharapkan tetap berada dalam koridor tujuan nasional.

Hubungan tersebut menunjukkan bahwa implementasi ILP tidak hanya merupakan persoalan teknis pelayanan kesehatan, melainkan juga persoalan hubungan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pada praktiknya, hubungan pemerintah pusat dan daerah umumnya meliputi tiga aspek utama, yaitu hubungan kewenangan, hubungan keuangan, dan hubungan pengawasan (Sugianto, 2023: 65). Meskipun demikian, hubungan tersebut tidak selalu berjalan linear karena dalam praktiknya sering terjadi tarik-menarik kepentingan antara pemerintah pusat yang berorientasi pada keseragaman kebijakan dan pemerintah daerah yang harus menyesuaikan kebijakan dengan kondisi lokal (Said, 2015).

Persoalan yang muncul dalam mekanisme tersebut adalah **ketidakefektifan dekonsentrasi dalam menjamin keseragaman implementasi kebijakan**. Secara normatif pemerintah pusat telah menetapkan pedoman teknis yang sama bagi seluruh daerah, namun

implementasi ILP masih menunjukkan variasi dalam pembentukan klaster layanan, mekanisme skrining kesehatan, maupun penerapan alur pelayanan di puskesmas. Fenomena tersebut menunjukkan bahwa keseragaman regulasi tidak selalu menghasilkan keseragaman implementasi. Dengan kata lain, dekonsentrasi belum sepenuhnya mampu menjalankan fungsi utamanya sebagai instrumen penyelaras kebijakan nasional (Kasmad, 2018; Nurusshohwah & Besral, 2025).

Masalah selanjutnya berkaitan dengan **perbedaan kapasitas pemerintah daerah dalam menerjemahkan kebijakan**. Meskipun pemerintah pusat memberikan pedoman yang sama, setiap daerah memiliki kondisi sumber daya manusia, fasilitas kesehatan, kemampuan organisasi, serta kapasitas fiskal yang berbeda. Perbedaan tersebut menyebabkan titik awal implementasi ILP di masing-masing daerah tidak sama. Daerah dengan sumber daya yang lebih baik cenderung mampu menerapkan ILP sesuai pedoman, sedangkan daerah dengan kapasitas terbatas lebih banyak menyesuaikan implementasi dengan kondisi yang dimiliki. Akibatnya, proses dekonsentrasi menghasilkan variasi implementasi yang cukup besar meskipun substansi kebijakannya sama (Jannah *et al*., 2026; Rondinelli, 1983).

Selain itu, **perbedaan kepentingan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah**. Pemerintah pusat menempatkan ILP sebagai program prioritas nasional dalam transformasi pelayanan kesehatan, sedangkan pemerintah daerah sering kali menghadapi kebutuhan pembangunan lain yang dinilai lebih mendesak sesuai karakteristik wilayahnya. Kondisi tersebut menciptakan tarik-menarik kepentingan dalam proses implementasi kebijakan. Di satu sisi pemerintah daerah harus memenuhi target nasional, namun di sisi lain mereka juga harus mempertimbangkan keterbatasan anggaran, kebutuhan masyarakat lokal, dan prioritas pembangunan daerah. Fenomena ini menunjukkan bahwa hubungan pusat dan daerah dalam dekonsentrasi tidak hanya berkaitan dengan pelimpahan tugas administratif, tetapi juga menyangkut dinamika kewenangan, pengawasan, dan kepentingan antarpemerintahan (Elsye, 2021; Sugianto, 2023).

Ketiga persoalan tersebut menunjukkan bahwa implementasi dekonsentrasi tidak cukup dipahami hanya sebagai hubungan kelembagaan antara pemerintah pusat dan daerah, tetapi juga sebagai proses implementasi kebijakan. Menurut Edwards III, keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel utama, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi (Edwards III dalam Jumroh & Pratama, 2021). Keempat variabel tersebut menjadi relevan dalam pelaksanaan Program Integrasi Layanan Primer (ILP) karena menentukan bagaimana kebijakan yang dirumuskan pemerintah pusat dapat dipahami, didukung oleh sumber daya yang memadai, dilaksanakan dengan komitmen yang kuat, serta dikoordinasikan melalui struktur birokrasi yang efektif hingga ke tingkat puskesmas.

Kajian mengenai dekonsentrasi bidang kesehatan sebenarnya telah banyak dilakukan, namun sebagian besar masih berfokus pada aspek pengelolaan dana. Putro, Ristrina, dan Tumaji (2020) menunjukkan bahwa implementasi dana dekonsentrasi masih didominasi pendekatan *top-down*, sedangkan Prahima (2022) mengidentifikasi komunikasi, sumber daya, dan tumpang tindih kewenangan sebagai kendala utama implementasi. Sementara itu, Shintawati *et al*. (2023) menilai efektivitas pengelolaan dana dekonsentrasi belum optimal akibat lemahnya koordinasi dan kapasitas aparatur. Meskipun demikian, penelitian-penelitian tersebut belum mengkaji bagaimana mekanisme dekonsentrasi memengaruhi implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) melalui hubungan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah pada tingkat pelaksana.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi dekonsentrasi bidang kesehatan melalui Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kota Medan

dengan memadukan dua perspektif analitis. Perspektif hubungan pemerintah pusat dan daerah digunakan untuk menjelaskan pola kewenangan, pengawasan, dan interaksi antarpemerintahan dalam pelaksanaan ILP, sedangkan model implementasi kebijakan Edwards III digunakan untuk menganalisis pengaruh komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi terhadap keberhasilan implementasi dekonsentrasi. Pendekatan tersebut diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai pelaksanaan dekonsentrasi dalam mendukung transformasi pelayanan kesehatan primer di Indonesia.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif untuk menganalisis implementasi dekonsentrasi bidang kesehatan melalui Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kota Medan. Data penelitian terdiri atas data primer yang diperoleh melalui observasi dan wawancara mendalam terhadap informan yang dipilih secara *purposive sampling*, meliputi pejabat Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, Dinas Kesehatan Kota Medan, penanggung jawab ILP di puskesmas, dan masyarakat penerima layanan kesehatan, serta data sekunder yang diperoleh melalui studi dokumentasi dan studi kepustakaan. Analisis data dilakukan menggunakan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi, sedangkan keabsahan data diuji melalui triangulasi sumber dan triangulasi teknik untuk meningkatkan kredibilitas hasil penelitian.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hubungan Pusat dan Daerah Dalam Konteks Program Integrasi Layanan Primer (ILP)

Implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kota Medan menunjukkan bahwa mekanisme dekonsentrasi menjadi instrumen pemerintah pusat untuk memastikan kebijakan transformasi pelayanan kesehatan primer dapat dilaksanakan secara seragam di daerah. Hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan tidak hanya dipahami sebagai pelimpahan tugas administratif, tetapi juga mencakup **hubungan kewenangan, hubungan keuangan, dan hubungan pengawasan** (Sugianto, 2023). Ketiga aspek tersebut menjadi dasar dalam melihat bagaimana pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan, pemerintah provinsi sebagai wakil pemerintah pusat, serta pemerintah kabupaten/kota menjalankan peran masing-masing dalam pelaksanaan ILP.

Dari aspek **hubungan kewenangan**, penelitian menunjukkan bahwa pemerintah pusat tetap memegang kewenangan strategis dalam menetapkan kebijakan, norma, standar, prosedur, dan kriteria pelaksanaan ILP, sedangkan pemerintah daerah berperan melaksanakan kebijakan sesuai tugas yang telah ditetapkan. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara menjalankan fungsi pembinaan dan koordinasi kepada Dinas Kesehatan Kota Medan, sementara Dinas Kesehatan Kota Medan bertanggung jawab mengimplementasikan kebijakan tersebut melalui puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan primer. Meskipun urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan konkuren, pelaksanaan ILP tetap memperlihatkan karakteristik dekonsentrasi karena ruang diskresi pemerintah daerah berada dalam koridor kebijakan yang telah ditetapkan pemerintah pusat.

Pada aspek **hubungan keuangan**, implementasi ILP didukung melalui pembiayaan yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) melalui mekanisme dana

dekonsentrasi yang disalurkan kepada pemerintah provinsi, kemudian didukung oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sesuai kebutuhan pelaksanaan di daerah. Berdasarkan sisi besaran, total dana dekonsentrasi Kementerian Kesehatan sebesar Rp 320,9 miliar yang didistribusikan kepada 38 provinsi di seluruh Indonesia. Untuk Provinsi Sumatera Utara, alokasi yang ditetapkan adalah sebesar Rp 13,06 miliar, yang menempati posisi ketiga terbesar secara nasional setelah Jawa Timur dan Jawa Tengah.

Tabel 1. Alokasi Dana Dekonsentrasi Kementerian Kesehatan Tahun 2024

No.	Provinsi	Total Alokasi (Rp)	Keterangan
1.	Jawa Timur	15.288.231.570	*Tertinggi Nasional*
2.	Jawa Tengah	13.552.385.600	
3.	Sumatera Utara	13.064.142.200	*Provinsi Lokus Penelitian*
4.	Jawa Barat	12.889.765.200	
5.	Sulawesi Selatan	11.829.807.200	
...	...	...	
38.	Papua Pegunungan	6.424.011.000	*Terendah Nasional*

Sumber: Permenkes No 2 Tahun 2024 (diolah oleh peneliti, 2026)

Tabel diatas menunjukkan bahwa besarnya alokasi dana dekonsentrasi yang diterima oleh Sumatera Utara menjadi salah satu sumber daya yang mendukung pelaksanaan Program ILP, khususnya untuk kegiatan sosialisasi, pendampingan, pelatihan tenaga kesehatan, serta monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi kepada 33 kabupaten/kota di wilayahnya.

Selain aspek pembiayaan, **hubungan pengawasan** juga dilaksanakan secara berjenjang melalui kegiatan pembinaan, monitoring, evaluasi, dan pelaporan yang dilakukan oleh pemerintah pusat kepada pemerintah provinsi, kemudian diteruskan kepada pemerintah kabupaten/kota dan puskesmas. Temuan ini menunjukkan bahwa mekanisme dekonsentrasi dalam implementasi ILP tidak hanya menitikberatkan pada pembagian kewenangan, tetapi juga pada sistem pengawasan yang berkesinambungan untuk memastikan pelaksanaan program tetap sesuai dengan standar nasional yang telah ditetapkan.

Implementasi Dekonsentrasi Melalui Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kota Medan

Implementasi dekonsentrasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kota Medan menunjukkan bahwa keberhasilan pelaksanaan kebijakan tidak hanya ditentukan oleh kejelasan pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, tetapi juga oleh bagaimana kebijakan tersebut dipahami, diterima, dan dijalankan oleh setiap tingkatan pelaksana. Dalam perspektif Edwards III, implementasi kebijakan merupakan proses yang dipengaruhi oleh komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi yang saling berkaitan (Edwards III dalam Subianto, 2020). Berdasarkan hasil penelitian, keempat unsur tersebut tidak bekerja secara terpisah, melainkan saling memengaruhi sepanjang proses implementasi ILP, mulai dari tingkat Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, Dinas Kesehatan Kota Medan, hingga puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer.

Proses implementasi ILP diawali melalui penyampaian kebijakan secara berjenjang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah melalui mekanisme dekonsentrasi. Kementerian Kesehatan menetapkan pedoman pelaksanaan, kemudian Dinas Kesehatan Provinsi

menerjemahkannya melalui sosialisasi, pembinaan, serta monitoring kepada pemerintah kabupaten/kota sebelum diteruskan kepada puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme komunikasi tersebut pada dasarnya telah berjalan secara konsisten. Seluruh informan menyatakan bahwa petunjuk teknis yang diberikan pemerintah pusat cukup jelas dan tidak mengalami perubahan substansial sejak awal implementasi sehingga memudahkan pelaksana dalam memahami arah kebijakan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa dari sisi komunikasi, proses transmisi kebijakan relatif tidak menjadi hambatan utama dalam implementasi ILP. Sebaliknya, tantangan justru muncul ketika setiap daerah harus menerjemahkan pedoman yang sama ke dalam kondisi organisasi yang berbeda-beda.

Pemahaman aparatur terhadap substansi ILP juga berkembang secara bertahap seiring proses pembelajaran organisasi. Pada tingkat Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, aparatur tidak mengalami kesulitan yang berarti karena konsep integrasi pelayanan sebenarnya telah dikenal melalui berbagai program sebelumnya, seperti Posyandu, sehingga ILP dipandang sebagai penyempurnaan sistem pelayanan yang telah berjalan. Budaya kerja yang saling mendukung antaraparatur turut mempercepat proses internalisasi kebijakan, terutama ketika terdapat pegawai yang belum memahami mekanisme pelaporan, monitoring, maupun pembinaan kepada kabupaten/kota. Sebaliknya, pada tingkat Dinas Kesehatan Kota Medan ditemukan bahwa pemahaman terhadap substansi program sudah cukup baik, tetapi belum sepenuhnya diikuti oleh kesamaan persepsi mengenai pembagian peran antarbidang dalam pengelolaan ILP. Ambiguitas mengenai unit yang menjadi koordinator utama berpotensi memengaruhi efektivitas koordinasi internal meskipun tidak menghambat pelaksanaan program secara keseluruhan. Kondisi yang berbeda terlihat pada tingkat puskesmas sebagai pelaksana teknis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tantangan utama tenaga kesehatan bukan lagi memahami konsep ILP, melainkan membiasakan diri dengan perubahan pola kerja berbasis klaster. Para tenaga kesehatan telah mampu menjelaskan alur pelayanan baru, menyusun struktur organisasi sesuai pedoman, dan mengomunikasikan perubahan tersebut kepada masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa proses implementasi telah melewati fase pemahaman konseptual dan memasuki tahap rutinisasi pelayanan. Dengan demikian, persoalan implementasi tidak lagi berkaitan dengan kurangnya informasi, tetapi lebih kepada kemampuan organisasi membangun kebiasaan kerja baru yang sesuai dengan desain kebijakan pemerintah pusat.

Temuan tersebut memperlihatkan bahwa komunikasi yang baik belum tentu menghasilkan implementasi yang sepenuhnya seragam. Edwards III menegaskan bahwa komunikasi hanya akan efektif apabila didukung oleh sumber daya dan kapasitas organisasi yang memadai. Dalam penelitian ini, kondisi tersebut tampak ketika pemerintah provinsi telah berhasil menyampaikan kebijakan secara konsisten kepada pemerintah kabupaten/kota, namun tetap menghadapi keterbatasan dalam memastikan seluruh daerah mengimplementasikan ILP dengan kualitas yang sama. Situasi ini dipengaruhi oleh variasi kemampuan organisasi, ketersediaan tenaga kesehatan, dan kesiapan kelembagaan pada masing-masing daerah. Dengan kata lain, keberhasilan komunikasi menjadi prasyarat implementasi, tetapi belum cukup untuk menjamin tercapainya keseragaman pelaksanaan kebijakan.

Selain dipengaruhi oleh pemahaman terhadap kebijakan, implementasi ILP juga sangat ditentukan oleh sikap aparatur sebagai pelaksana kebijakan. Penelitian menunjukkan bahwa pada seluruh tingkatan organisasi tidak ditemukan resistensi yang berarti terhadap pelaksanaan ILP. Aparatur Dinas Kesehatan Provinsi menerima perannya sebagai wakil pemerintah pusat yang bertanggung jawab melakukan pembinaan dan pengawasan, sedangkan Dinas Kesehatan Kota

Medan maupun puskesmas menunjukkan komitmen untuk melaksanakan reformasi pelayanan sesuai arahan pemerintah pusat. Akan tetapi, penerimaan tersebut lebih banyak didorong oleh kesadaran terhadap kewajiban struktural sebagai aparatur pemerintah daripada keyakinan yang sepenuhnya bersifat intrinsik terhadap nilai kebijakan. Pernyataan informan bahwa program "mau tidak mau harus dilaksanakan" menggambarkan adanya kepatuhan birokratis yang kuat sebagai konsekuensi hubungan hierarkis dalam mekanisme dekonsentrasi.

Menariknya, disposisi pelaksana mengalami perkembangan yang cukup signifikan sejak awal implementasi. Pada fase awal tahun 2023, sebagian pemerintah kabupaten/kota dan puskesmas masih menunjukkan kebingungan dalam menyesuaikan perubahan sistem pelayanan berbasis klaster. Namun, melalui pembinaan, monitoring, dan evaluasi yang dilakukan secara berkelanjutan oleh pemerintah provinsi, respons tersebut berangsur berubah menjadi lebih adaptif. Kota Medan bahkan mampu melaksanakan peluncuran ILP secara serentak pada seluruh puskesmas, sesuatu yang tidak banyak dilakukan oleh daerah lain yang umumnya memilih transisi secara bertahap. Perubahan ini menunjukkan bahwa disposisi pelaksana bukan merupakan faktor yang bersifat statis, tetapi dapat berkembang melalui proses pendampingan dan penguatan kapasitas organisasi.

Temuan ini juga berbeda dengan hasil penelitian Prahima (2022) yang masih menemukan bahwa lemahnya komunikasi antarpelaksana menjadi salah satu penyebab utama hambatan implementasi dana dekonsentrasi. Dalam konteks ILP di Kota Medan, komunikasi justru relatif telah berjalan baik, sedangkan tantangan bergeser pada proses adaptasi organisasi terhadap perubahan sistem pelayanan. Selama proses tersebut, terlihat bahwa keberhasilan implementasi ILP tidak hanya bergantung pada kepatuhan terhadap instruksi pemerintah pusat, tetapi juga pada kemampuan setiap organisasi membangun kapasitas internalnya. Budaya saling belajar di tingkat provinsi, kesiapan Dinas Kesehatan Kota Medan dalam melakukan pelatihan manajemen, serta kemampuan tenaga kesehatan di puskesmas menyesuaikan prosedur pelayanan menjadi faktor yang memperkuat implementasi kebijakan. Sebaliknya, ketika masih terdapat ambiguitas mengenai pembagian tugas atau keterbatasan instrumen yang dimiliki pemerintah provinsi dalam mengawal pelaksanaan program, proses implementasi menjadi kurang optimal. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi dekonsentrasi bukan sekadar persoalan kepatuhan terhadap kebijakan, tetapi merupakan proses organisasi yang memerlukan keseimbangan antara komunikasi yang efektif, sikap pelaksana yang positif, serta kapasitas kelembagaan yang memadai agar tujuan transformasi pelayanan kesehatan primer dapat tercapai secara konsisten.

Meskipun komunikasi dan penerimaan aparatur terhadap Program ILP menunjukkan kondisi yang relatif baik, implementasi kebijakan pada akhirnya sangat bergantung pada kapasitas sumber daya yang dimiliki oleh organisasi pelaksana. Edwards III menempatkan sumber daya sebagai faktor yang menentukan apakah kebijakan yang telah dipahami dapat benar-benar diwujudkan dalam tindakan. Dalam konteks implementasi dekonsentrasi ILP, hasil penelitian menunjukkan bahwa persoalan sumber daya tidak semata-mata berkaitan dengan jumlah tenaga kesehatan atau ketersediaan fasilitas, tetapi juga menyangkut kemampuan institusi dalam mengelola perubahan sistem pelayanan. Kota Medan memiliki keuntungan berupa kapasitas kelembagaan yang relatif lebih baik dibandingkan banyak daerah lain, sehingga proses transisi menuju pelayanan berbasis klaster dapat dilakukan secara serentak pada seluruh puskesmas. Namun demikian, keberhasilan tersebut tidak berarti seluruh tantangan implementasi telah terselesaikan karena peningkatan kapasitas organisasi harus terus mengikuti dinamika perubahan sistem pelayanan yang berlangsung secara berkelanjutan.

Temuan yang paling menarik justru muncul pada aspek pembiayaan implementasi. Secara konseptual, ILP dilaksanakan melalui mekanisme dekonsentrasi yang identik dengan dukungan pendanaan dari pemerintah pusat. Akan tetapi, penelitian menemukan bahwa pada saat penelitian dilakukan, dana dekonsentrasi yang sebelumnya digunakan untuk mendukung implementasi ILP tidak lagi tersedia dan fungsi pembinaan serta pengawasan dialihkan menggunakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Perubahan tersebut menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara desain kebijakan dengan dukungan sumber daya yang diberikan kepada pemerintah provinsi. Di satu sisi, pemerintah provinsi tetap dibebani tanggung jawab untuk memastikan implementasi ILP berjalan sesuai standar nasional, tetapi di sisi lain instrumen pendanaan yang semula menjadi penopang pelaksanaan fungsi dekonsentrasi telah dihentikan. Kondisi ini memperlihatkan bahwa persoalan implementasi tidak selalu disebabkan oleh lemahnya pelaksana, melainkan juga dipengaruhi oleh perubahan kebijakan pendanaan dari pemerintah pusat yang berdampak langsung terhadap kapasitas pembinaan di daerah.

Berkurangnya dukungan pendanaan tersebut pada akhirnya berimplikasi terhadap kemampuan pemerintah provinsi menjalankan fungsi dekonsentrasi secara optimal. Dalam praktiknya, pembinaan, supervisi, dan monitoring tetap dilaksanakan, tetapi harus disesuaikan dengan ketersediaan anggaran yang ada. Situasi ini menciptakan paradoks dalam implementasi kebijakan. Pemerintah pusat tetap menuntut agar standar pelayanan ILP diterapkan secara seragam di seluruh daerah, sementara pemerintah provinsi harus menjalankan fungsi pengawasan dengan instrumen yang lebih terbatas dibandingkan pada fase awal implementasi. Temuan ini memperkuat pandangan Edwards III bahwa sumber daya tidak hanya dipahami sebagai ketersediaan personel atau anggaran, tetapi juga mencakup kemampuan organisasi untuk mempertahankan kapasitas implementasi ketika terjadi perubahan dalam lingkungan kebijakan. Dengan demikian, efektivitas dekonsentrasi tidak hanya ditentukan oleh kejelasan pelimpahan tugas, tetapi juga oleh konsistensi dukungan sumber daya dari pemerintah pusat kepada pelaksana di daerah.

Di sisi lain, keterbatasan sumber daya tersebut tidak secara otomatis menurunkan komitmen aparatur dalam melaksanakan kebijakan. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa aparatur pada seluruh tingkatan pemerintahan tetap menunjukkan sikap yang mendukung implementasi ILP. Bahkan di tingkat puskesmas, komitmen tersebut tidak berhenti pada pelaksanaan prosedur pelayanan, tetapi juga tercermin melalui upaya aktif tenaga kesehatan dalam mengedukasi masyarakat mengenai perubahan alur pelayanan berbasis klaster. Kesediaan petugas untuk terus memberikan penjelasan kepada masyarakat menunjukkan bahwa implementasi ILP dipahami bukan sekadar sebagai pemenuhan target administratif, melainkan sebagai proses perubahan perilaku pelayanan yang memerlukan keterlibatan langsung tenaga kesehatan. Penilaian positif masyarakat terhadap sikap petugas semakin memperkuat bahwa komitmen implementor telah diterjemahkan ke dalam kualitas pelayanan yang dirasakan oleh penerima manfaat.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa disposisi pelaksana menjadi modal penting dalam menjaga keberlanjutan implementasi ketika organisasi menghadapi keterbatasan sumber daya. Namun, komitmen aparatur tidak dapat dipandang sebagai faktor yang mampu menggantikan kebutuhan terhadap dukungan kelembagaan. Beban kerja yang meningkat akibat perubahan sistem pelayanan, kebutuhan edukasi masyarakat yang dilakukan secara terus-menerus, serta tuntutan untuk mempertahankan kualitas layanan menunjukkan bahwa komitmen individu memiliki batas tertentu apabila tidak diimbangi oleh dukungan organisasi. Oleh karena itu, keberhasilan implementasi ILP di Kota Medan lebih tepat dipahami sebagai hasil interaksi antara sikap positif aparatur dengan kapasitas kelembagaan yang telah dibangun melalui proses pembinaan dan

koordinasi, bukan semata-mata karena adanya kepatuhan terhadap instruksi pemerintah pusat. Temuan ini sekaligus melengkapi penelitian Putro, Ristrina, dan Tumaji (2020) yang lebih menitikberatkan pada aspek tata kelola dana dekonsentrasi, karena penelitian ini memperlihatkan bahwa komitmen implementor tetap dapat terjaga meskipun dukungan anggaran mengalami perubahan.

Aspek lain yang turut memperkuat implementasi dekonsentrasi ILP adalah struktur birokrasi yang menjadi wadah koordinasi antarpelaksana. Penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan ILP telah didukung oleh petunjuk teknis, standar operasional prosedur (SOP), pembagian tugas, serta mekanisme monitoring dan evaluasi yang relatif jelas. Keberadaan SOP memberikan acuan yang sama bagi pemerintah provinsi, pemerintah kota, maupun puskesmas dalam menjalankan perubahan sistem pelayanan berbasis klaster sehingga mengurangi risiko terjadinya perbedaan interpretasi di lapangan. Dalam perspektif Edwards III, keberadaan SOP memiliki fungsi penting karena menerjemahkan kebijakan yang bersifat normatif menjadi prosedur operasional yang dapat diterapkan secara konsisten oleh seluruh pelaksana.

Meskipun demikian, struktur birokrasi yang telah tersusun dengan baik belum sepenuhnya mampu menghilangkan persoalan koordinasi dalam implementasi dekonsentrasi. Penelitian menemukan bahwa pemerintah provinsi tetap dibatasi oleh konstruksi kewenangan yang mengharuskannya melakukan pembinaan melalui pemerintah kabupaten/kota dan tidak dapat melakukan intervensi langsung kepada puskesmas. Dalam kondisi daerah yang memiliki kapasitas kelembagaan baik seperti Kota Medan, mekanisme tersebut tidak menjadi hambatan yang berarti. Akan tetapi, pada daerah dengan kapasitas yang lebih rendah, jalur birokrasi yang berlapis berpotensi memperlambat proses pembinaan dan penyelesaian masalah di lapangan. Temuan ini menunjukkan bahwa efektivitas struktur birokrasi tidak hanya ditentukan oleh kejelasan prosedur, tetapi juga oleh kemampuan sistem birokrasi menciptakan koordinasi yang responsif terhadap kebutuhan implementasi kebijakan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Shintawati *et al*. (2023) yang menekankan pentingnya koordinasi antarlembaga dalam meningkatkan efektivitas penyelenggaraan dekonsentrasi bidang kesehatan.

Secara keseluruhan, implementasi dekonsentrasi Program Integrasi Layanan Primer di Kota Medan memperlihatkan bahwa keempat variabel dalam model Edwards III saling berhubungan dan tidak dapat dipisahkan secara kaku. Komunikasi yang berjalan efektif membentuk pemahaman yang baik terhadap kebijakan, tetapi keberhasilannya bergantung pada kecukupan sumber daya organisasi. Di sisi lain, komitmen aparatur mampu menjaga keberlangsungan implementasi ketika organisasi menghadapi berbagai keterbatasan, sedangkan struktur birokrasi berfungsi memastikan koordinasi antarpemerintahan tetap berlangsung sesuai standar nasional. Dengan demikian, tantangan utama implementasi ILP bukan terletak pada satu variabel tertentu, melainkan pada kemampuan pemerintah pusat dan pemerintah daerah menjaga keseimbangan antara standar nasional yang seragam dengan kapasitas daerah yang beragam dalam kerangka mekanisme dekonsentrasi.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Kota Medan pada umumnya telah berjalan dengan baik melalui komunikasi kebijakan yang berlangsung secara konsisten dari pemerintah pusat hingga puskesmas, didukung oleh ketersediaan sumber daya, komitmen pelaksana, serta penerapan standar operasional yang mampu

mengarahkan perubahan pola pelayanan dari berbasis keluhan menjadi berbasis siklus hidup. Kondisi tersebut menjadikan pelaksanaan ILP di Kota Medan relatif lebih siap dibandingkan banyak daerah lain, terutama karena dukungan kapasitas fiskal dan kelembagaan yang telah dimiliki sebelumnya. Tetapi keberhasilan tersebut masih dihadapkan pada sejumlah persoalan struktural, seperti berkurangnya kapasitas pembinaan provinsi setelah penghentian pendanaan dekonsentrasi, terbatasnya kewenangan pemerintah provinsi dalam memastikan keseragaman implementasi, potensi fragmentasi koordinasi antarbidang di tingkat daerah, serta mekanisme pengawasan yang masih berorientasi pada pemenuhan administrasi. Artinya capaian implementasi ILP di Kota Medan tidak sepenuhnya merefleksikan efektivitas mekanisme dekonsentrasi, melainkan lebih dipengaruhi oleh kapasitas institusional daerah yang telah terbentuk, sehingga keberhasilan tersebut belum dapat digeneralisasi sebagai gambaran implementasi ILP di wilayah lain yang memiliki kondisi kelembagaan berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

Elsye, R. (2021). *Kebijakan pemerintah bagi pelindungan dan keselamatan masyarakat dari penularan Covid-19 di Indonesia*. *Jurnal Kebijakan Pemerintahan, 4*(2), 32–38.

Jannah, P. I., et al. (2026). *Implementasi Program Integrasi Layanan Primer (ILP) dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat di Indonesia – Systematic review*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (The Indonesian Journal of Health Service Management), 29*(00), 2–8.

Jumroh, & Pratama, M. Y. J. (2021). *Implementasi Pelayanan Publik: Teori dan Praktik*. Insan Cendekia Mandiri.

Kasmad, R. (2018). *Studi Implementasi Kebijakan Publik*. Makassar: Kedai Aksara.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023, August 31). *Tiga fokus integrasi layanan kesehatan primer*. https://www.kemkes.go.id/id/tiga-fokus-integrasi-layanan-kesehatan-primer

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 2015 Tahun 2023 tentang *Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer*.

Litvack, J., Ahmad, J., & Bird, R. (1998). *Rethinking decentralization in developing countries*. Washington, D.C.: The World Bank.

Nurusshohwah, R., & Besral. (2025). *Tantangan implementasi integrasi layanan primer di puskesmas: Studi literatur review*. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat, 9*(3), 8140–8149.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2024 tentang *Pedoman Penyelenggaraan Dekonsentrasi Kementerian Kesehatan Tahun Anggaran 2024*.

Prahima, P. (2022). *Kebijakan Dana Dekonsentrasi: Tanggung Jawab Pemerintah Daerah Mewujudkan Pembangunan Kesehatan Nasional*. *Public Service and Governance Journal, 3*(2), 66–77.

Putro, G., Ristrini, & Tumaji, T. (2020). *Utilization of deconcentration health funds in planning, budgeting, and implementation in Indonesia*. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 14*(2), 2294–2300.

Rondinelli, D. A., et al. (1983). *Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experience*. Washington, D.C.: The World Bank.

Said, A. R. A. (2015). *Pembagian kewenangan pemerintah pusat-pemerintah daerah dalam otonomi seluas-luasnya menurut UUD 1945*. *Fiat Justisia: Jurnal Ilmu Hukum, 9*(4).

Shintawati, E. N., Goo, F., Shofaturrahmah, P. D., & Muksin, A. (2023). *Efektivitas Pengelolaan Dana Dekonsentrasi Sektor Kesehatan di Provinsi Banten*. *Jurnal Syntax Admiration, 4*(7), 1025–1033.

Subianto, A. (2020). *Kebijakan publik: Tinjauan perencanaan, implementasi dan evaluasi*.

Sugianto, B., et al. (2023). *Reorientasi kewenangan gubernur menuju otonomi berkeadilan*. Tangguh Denara Jaya.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang *Pemerintahan Daerah*.