

**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN
PENGUATAN SISTEM KESEHATAN INDONESIA:
STUDI KASUS PROGRAM *STRENGTHENING OF PRIMARY
HEALTHCARE IN INDONESIA* (SOPHI)
PADA KEMENTERIAN KESEHATAN**

Disusun Oleh

NAMA : KUNTO ARIAWAN
NPM : 2441021010
PROGRAM STUDI : ADMINISTRASI PEMBANGUNAN NEGARA
KONSENTRASI : MANAJEMEN KEBIJAKAN PUBLIK

**POLITEKNIK
STIA LAN
J A K A R T A**



**LEMBAGA ADMINISTRASI NEGARA
POLITEKNIK STIA LAN JAKARTA
PROGRAM MAGISTER TERAPAN
TAHUN 2025**

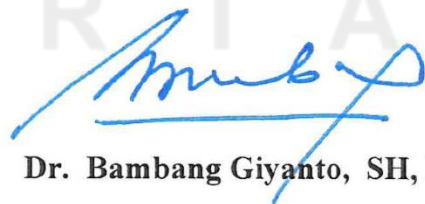
**PROGRAM STUDI APN MAGISTER TERAPAN
POLITEKNIK STIA LAN JAKARTA**

LEMBAR PERSETUJUAN TESIS

Nama : Kunto Ariawan
NPM : 2441021010
Jurusan : Administrasi Publik
Program Studi : Administrasi Pembangunan Negara
Konsentrasi : Manajemen Kebijakan Publik
Judul Tesis (Bahasa Indonesia) : Analisis Implementasi Kebijakan Penguatan Sistem Kesehatan Indonesia: Studi Kasus Program SOPHI pada Kementerian Kesehatan
Judul Tesis (Bahasa Inggris) : *Implementation Analysis of Indonesia's Health System Strengthening Policy: a Case Study the SOPHI Program at Ministry of Health*

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan Pembimbing Tesis

Pembimbing



Dr. Bambang Giyanto, SH, M.Pd

**PROGRAM STUDI APN MAGISTER TERAPAN
POLITEKNIK STIA LAN JAKARTA**

LEMBAR PENGESAHAN

Nama : Kunto Ariawan
NPM : 2441021010
Jurusan : Administrasi Publik
Program Studi : Administrasi Pembangunan Negara
Konsentrasi : Manajemen Kebijakan Publik
Judul Tesis : Analisis Implementasi Kebijakan Penguatan Sistem Kesehatan
Indonesia: Studi Kasus Program SOPHI pada Kementerian
Kesehatan

Telah mempertahankan tesis di hadapan penguji tesis Program Magister
Terapan Administrasi Pembangunan Negara, Politeknik STIA LAN Jakarta,
Lembaga Administrasi Negara, pada:

Hari : Senin
Tanggal : 1 Desember 2025
Pukul : 09.00 -10.30 WIB

TELAH DINYATAKAN LULUS

PENGUJI TESIS:

Ketua Sidang : Dr. Neneng Sri Rahayu, M.Si
Sekretaris : Dr. R. N. Afsdy Saksono, M.Sc
Anggota : Dr. Mala Sondang Silitonga, MA
Pembimbing : Dr. Bambang Giyanto, M.Pd

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

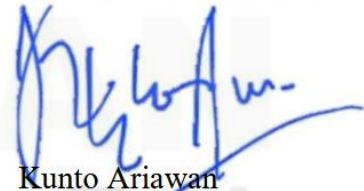
Nama : Kunto Ariawan
NPM : 2441021010
Jurusan : Administrasi Publik
Program Studi : Administrasi Pembangunan Negara
Konsentrasi : Manajemen Kebijakan Publik

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan Tesis yang telah saya buat ini dengan judul “Analisis Implementasi Kebijakan Penguatan Sistem Kesehatan Indonesia: Studi Kasus Program SOPHI pada Kementerian Kesehatan” merupakan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila dikemudian hari penulisan Tesis ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan atau ketentuan yang berlaku di Politeknik STIA LAN Jakarta.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak ada paksaan.

Jakarta, 19 Desember 2025




Kunto Ariawan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga tesis dengan judul “*Analisis Implementasi Kebijakan Penguatan Sistem Kesehatan Indonesia: Studi Kasus Program SOPHI pada Kementerian Kesehatan*” ini dapat diselesaikan dengan baik. Tesis ini merupakan bagian dari upaya akademik sekaligus kontribusi praktis penulis dalam mendukung penguatan tata kelola program penguatan sistem kesehatan di Indonesia.

Terselesaikannya tesis ini tidak terlepas dari bantuan, dukungan, dan doa dari berbagai pihak. Dengan segala kerendahan hati, penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada:

1. **Dr. Bambang Giyanto, SH, M.Pd**, selaku pembimbing utama, yang dengan penuh kesabaran, ketegasan, dan keikhlasan telah memberikan arahan, masukan kritis, serta bimbingan ilmiah pada setiap tahap penelitian hingga penyusunan akhir tesis ini.
2. **Pimpinan dan Staf Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas**, atas kesempatan, dukungan, serta kerja sama yang diberikan, khususnya dalam penyediaan data dan informasi yang menjadi bagian penting dari penelitian ini.
3. **Para Dosen dan seluruh Staf Tenaga Kependidikan**, yang telah memberikan ilmu, teladan, serta dukungan administratif selama masa studi, sehingga memperkaya perspektif dan kapasitas akademik penulis.
4. **Rekan-rekan MKP angkatan 2024**, atas kebersamaan, diskusi, pertukaran gagasan, serta dukungan moral yang senantiasa menguatkan sepanjang proses perkuliahan dan penyusunan tesis ini.
5. **Istri tercinta**, atas doa, kesabaran, pengertian, dan dukungan tanpa henti. Kehadiran dan semangat yang diberikan menjadi sumber kekuatan utama dalam menyelesaikan penelitian ini.

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat nyata, khususnya sebagai masukan bagi perbaikan pelaksanaan Program SOPHI di Kementerian Kesehatan dan bagi penguatan kebijakan sistem kesehatan di Indonesia secara lebih luas.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk penyempurnaan di masa mendatang. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya kepada kita semua.

Jakarta, Desember 2025
Peneliti

Kunto Ariawan

ABSTRAK

Analisis Implementasi Kebijakan Penguatan Sistem Kesehatan Indonesia: Studi Kasus Program SOPHI pada Kementerian Kesehatan

Kunto Ariawan, Bambang Giyanto

kunto.ariawan@gmail.com

Politeknik STIA LAN Jakarta

Program *Strengthening of Primary Healthcare in Indonesia* (SOPHI) merupakan inisiatif Kementerian Kesehatan untuk memperkuat layanan kesehatan primer dan mempercepat Universal Health Coverage dengan mengatasi kekurangan alat kesehatan. Saat ini, hanya 61,07% Puskesmas yang memenuhi standar kelengkapan peralatan. Temuan lapangan menunjukkan risiko ketidaktepatan sasaran dan duplikasi: 45% Puskesmas sampel menerima alat yang tidak mereka usulkan, sementara 69% mengajukan alat yang sebenarnya sudah tersedia, menandakan ketidaksesuaian antara perencanaan dan kebutuhan riil. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan ketidaktepatan perencanaan pengusulan alkes pada Program SOPHI untuk kemudian merumuskan strategi perbaikannya. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan studi kasus kualitatif di empat layanan kesehatan primer. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan informan kunci yang dipilih secara purposive berdasarkan temuan KPK (Kementerian Kesehatan, KPK, Dinas Kesehatan kabupaten/kota, serta Puskesmas di DKI Jakarta, Kabupaten Garut, Kota Jambi, dan Kabupaten Muaro Jambi). Data sekunder diperoleh dari telaah dokumen dan literatur. Analisis dilakukan menggunakan kerangka implementasi George C. Edwards III, dengan hasil penelitian berikut faktor-faktor yang menyebabkan ketidaktepatan perencanaan: (1) komunikasi yang terbatas, tidak langsung, dan tidak konsisten antara pemerintah pusat dan daerah; (2) keterbatasan dan rendahnya kompetensi sumber daya manusia, ketidakakuratan dan ketidakterkinian data ASPAK, keterbatasan anggaran verifikasi, serta ketidaksiapan infrastruktur Puskesmas; (3) disposisi pelaksana yang ditandai dengan orientasi mengusulkan sebanyak mungkin, rendahnya integritas dan kedisiplinan dalam pemutakhiran data, serta ketiadaan insentif; dan (4) struktur birokrasi yang terfragmentasi, lemahnya koordinasi antarunit, serta prosedur dan SOP yang sering berubah. Strategi perbaikan yang direkomendasikan meliputi penataan mekanisme komunikasi dan koordinasi pusat-daerah, penguatan kapasitas dan peran pengelola data ASPAK, penegakan validasi data berjenjang, pemberian insentif dan sanksi bagi pelaksana, serta penataan ulang prosedur perencanaan agar stabil, terintegrasi, dan berbasis kebutuhan riil Puskesmas.

Kata Kunci: Puskesmas, Layanan Kesehatan Primer, SOPHI, Kementerian Kesehatan

ABSTRACT

Implementation Analysis of Indonesia's Health System Strengthening Policy: a Case Study the SOPHI Program

Kunto Ariawan, Bambang Giyanto

kunto.ariawan@gmail.com

Politeknik STIA LAN Jakarta

The Strengthening of Primary Healthcare in Indonesia (SOPHI) program is a Ministry of Health initiative to reinforce primary care and accelerate Universal Health Coverage by addressing shortages of medical equipment. Currently, only 61.07% of Community Health Centers (Puskesmas) meet the standard equipment set. Field evidence indicates targeting and duplication risks: 45% of sampled Puskesmas received equipment they had not requested, while 69% requested items already available, signaling a misalignment between planning and actual needs. This study aims to analyze and identify the factors that lead to formulate improvement strategies. This study uses a qualitative case study conducted across four primary healthcare facilities. Primary data were collected through in-depth interviews with key informants purposively selected based on KPK findings (Ministry of Health, KPK, provincial/district health offices, and Puskesmas in DKI Jakarta, Garut, Jambi City, and Muaro Jambi). Secondary data came from document and literature reviews. The analysis was conducted using George C. Edwards III's policy implementation framework. The findings indicate that inaccuracies in planning were caused by several key factors: (1) limited, indirect, and inconsistent communication between the central and local governments; (2) limited availability and low competency of human resources, inaccurate and outdated ASPAK data, insufficient budget for field verification, and inadequate supporting infrastructure at Puskesmas; (3) implementers' dispositions characterized by an orientation to propose as many items as possible, low integrity and discipline in data updating and validation, and the absence of incentives; and (4) a fragmented bureaucratic structure, weak inter-unit coordination, and frequently changing procedures and standard operating procedures (SOP). The recommended improvement strategies include restructuring central-local communication and coordination mechanisms, strengthening the capacity and role of ASPAK data managers, enforcing tiered data validation, introducing incentives and sanctions for implementers, and reorganizing planning procedures to ensure greater stability, integration, and alignment with the actual needs of Puskesmas

Keyword: Puskesmas, Primary Healthcare, SOPHI, Ministry of Health

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN TESIS	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
 BAB I. PERMASALAHAN PENELITIAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Identifikasi Masalah	10
C. Rumusan Masalah	12
D. Tujuan Penelitian	12
E. Manfaat Penelitian	12
 BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Penelitian Terdahulu	14
B. Tinjauan Kebijakan	20
C. Tinjauan Teoritis	34
D. Kerangka Berfikir	51
 BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	
A. Pendekatan Penelitian	54
B. Pengumpulan Data	55
C. Teknik Pengolahan Data	57
 BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum	60
1. Latar Belakang Program	60
2. Tujuan dan Ruang Lingkup Program	61
3. Komponen Utama dan Standara Program	63
4. Pelaksana Program	65
B. Hasil Penelitian dan Pembahasan	69
1. Faktor Penyebab Perencanaan Kebutuhan Alkes tidak Sesuai Kebutuhan	69

2. Strategi untuk Memperbaiki Perencanaan Kebutuhan Alkes	89
C. Keterbatasan Penelitian	121
BAB V. SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	122
B. Saran	128
DAFTAR PUSTAKA	115
LAMPIRAN	

**POLITEKNIK
STIA LAN
J A K A R T A**

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Tujuan dan Sasaran RPJMN Kemenkes 2020-2024	3
Tabel 1.2.	Rerata Ketersediaan Alkes di Puskesmas berdasarkan Rifaskes 2019 ...	4
Tabel 1.3.	Daftar Pengadaan Alkes Batch 1 (2024)	5
Tabel 2.1.	Matrix Hasil Penelitian Terdahulu	15
Tabel 2.2.	Matrix Pemetaan Literatur	19
Tabel 2.3.	Alur Pengusulan Bantuan Pemerintah dalam Program SOPHI	31
Tabel 2.4.	Bagan Perbandingan Juknis 2024 dan 2025	32
Tabel 2.5.	Indikator Keberhasilan Program Sophi	48
Tabel 3.1.	Daftar Informan dan Dasar Pemilihannya	56
Tabel 4.1.	Rangkuman Hasil Penelitian Program SOPHI	89
Tabel 4.2.	Rangkuman Strategi Perbaikan Program SOPHI	104

POLITEKNIK
STIA LAN
J A K A R T A

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Rincian Index UHC per Layanan	2
Gambar 1.2.	Alur Proses Pengusulan Alat Kesehatan	6
Gambar 1.3.	Tangkapan Layar Google Drive Pengusulan Alkes	7
Gambar 1.4.	Tangkapan Gambar Hasil Desk Verifikasi	8
Gambar 2.1.	Bagan Keterkaitan antara Subsistem SKN	26
Gambar 2.2.	Deepening Democracy awal Kebijakan Publik yang Baik	40
Gambar 2.3.	Faktor Penentu Keberhasilan Kebijakan Publik	42
Gambar 2.4.	Pendukung Pendekatan Teori Implementasi (Pulzl, 2007)	44
Gambar 2.5.	Peta Model Implementasi, Nugroho (2011)	46
Gambar 2.6.	Kerangka Berfikir	53
Gambar 3.1.	Tahapan Pengolahan dan Analisis Data	57

POLITEKNIK
STIA LAN
J A K A R T A

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Instrumen Penelitian	1
Lampiran 2. Transkrip Wawancara Informan-1	3
Lampiran 3. Transkrip Wawancara Informan-2	18
Lampiran 4. Transkrip Wawancara Informan-3	34
Lampiran 5. Transkrip Wawancara Informan-4	45
Lampiran 6. Transkrip Wawancara Informan-5	60
Lampiran 7. Transkrip Wawancara Informan-6	68
Lampiran 8. Transkrip Wawancara Informan-7	77
Lampiran 9. Transkrip Wawancara Informan-8	84
Lampiran 10. Transkrip Wawancara Informan-9	94
Lampiran 11. Transkrip Wawancara Informan-10	108
Lampiran 12. Telaah Dokumen 1	111
Lampiran 13. Telaah Dokumen 2	112
Lampiran 14. Telaah Dokumen 3	114
Lampiran 15. Telaah Dokumen 4	117
Lampiran 16. Telaah Dokumen 5	118

BAB I

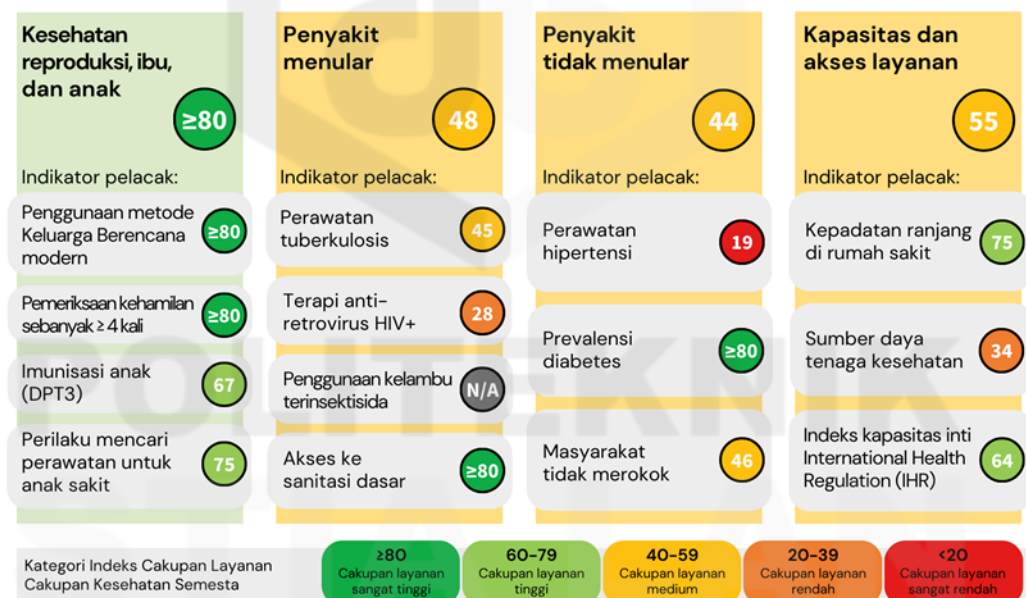
PERMASALAHAN PENELITIAN

A. Latar Belakang Masalah

Salah satu visi Presiden Joko Widodo untuk periode 2019-2024 adalah mewujudkan "Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong Royong." Visi ini diterjemahkan ke dalam 8 (delapan) misi, salah satunya adalah meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Indonesia. Untuk mencapai SDM yang berkualitas, diperlukan peningkatan kualitas pendidikan dan kualitas kesehatan masyarakat. Salah satu kebijakan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, menurut Ward (2017), adalah dengan memberikan akses layanan kesehatan yang merata terhadap semua orang terutama pada daerah-daerah yang kurang terlayani yaitu salah satunya dengan memperbanyak jangkauan layanan kesehatan primer. Kerangka kebijakan yang kuat dibidang pelayanan kesehatan primer atau kesehatan dasar dapat mendorong tercapainya cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage* (UHC). Dari hasil penelitiannya, Ward (2017), menyatakan bahwa semakin baiknya akses masyarakat kepada fasilitas kesehatan primer dapat mengurangi beban pada layanan kesehatan tingkat lanjutan/rujukan sehingga dapat mencegah perkembangan penyakit di tingkat komunitas.

Di Indonesia, seperti yang disampaikan Erinaputri et al., (2023), bahwa tulang punggung layanan kesehatan primer dilaksanakan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Oleh karena itu Puskesmas memiliki peran strategis dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) dengan menyediakan layanan kesehatan yang mencakup seluruh aspek kesehatan dasar di masyarakat, seperti pelayanan kuratif, promotif preventif dan rehabilitatif. Puskesmas juga diharapkan mampu mengurangi beban rujukan ke rumah sakit dengan menyediakan layanan kesehatan dasar yang berkualitas dan merata, dengan mengedepankan fungsi promotif dan preventif, sehingga beban pembiayaan di sektor kesehatan menjadi lebih efisien. Sayangnya berdasarkan laporan dari World Health Organization (2023), perkembangan Index *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia masih sangat lambat. Pada tahun 2000 Index UHC Indonesia adalah 29 point (skala

10-100). Terakhir pada tahun 2021 naik menjadi 55 Point. Artinya selama 21 tahun kenaikan Index UHC di Indonesia hanya sekitar 26 point atau rata-rata hanya 1,24/tahun. Sehingga untuk mencapai target Index UHC yang telah ditetapkan oleh WHO yaitu minimal 80 point, dibutuhkan waktu 20 tahun. Sebagai gambaran, Indeks ini memotret indikator cakupan layanan penting pada pusat layanan kesehatan primer yaitu layanan di bidang kesehatan reproduksi, ibu, dan anak (KIA); pengendalian penyakit menular; pengendalian penyakit tidak menular; serta kapasitas dan akses layanan. Untuk keempat cakupan layanan tersebut, di Indonesia hanya KIA yang masuk dalam kategori “cakupan layanan sangat tinggi”, sedangkan tiga wilayah lainnya masuk dalam kategori “cakupan layanan sedang”.



Gambar 1.1. Rincian Index UHC per Layanan

Dalam rangka upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat melalui pemerataan layanan kesehatan primer, Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Menteri No. 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Peraturan ini mencakup lima tujuan strategis yang kemudian dijabarkan menjadi delapan sasaran strategis untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia. Dimana salah satu sasaran strategisnya adalah meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar (primer). Berikut adalah uraian lengkap dari sasaran-sasaran tersebut.

Tabel 1.1. Tujuan dan Sasaran RPJMN Kemenkes 2020-2024

Tujuan Strategis	Sasaran Strategis
1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	1. Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan	2. Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar (primer) dan rujukan
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan Kesehatan masyarakat	3. Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan Kesehatan masyarakat
4. Peningkatan sumber daya Kesehatan	4. Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan 5. Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar 6. Terjaminnya pembiayaan kesehatan
5. Peningkatan tata Kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif	7. Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih 8. Meningkatnya efektivitas pengelolaan litbangkes dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan

Salah satu Indikator keberhasilan sasaran strategis nomor 2 (dua) diatas adalah memperluas cakupan layanan primer dengan output 1 (satu) kecamatan memiliki minimal 1 (satu) Puskesmas yang sesuai dengan standar layanan.

Merujuk pada data yang dirilis oleh Badan Pusat Statistik dalam websitenya, per Februari 2024, Indonesia memiliki 7.288 Kecamatan. Sedangkan menurut data Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2024 Jumlah Puskesmas di Indonesia sebanyak 10.429 Puskesmas. Sehingga secara fisik/bangunan target satu kecamatan minimal satu puskesmas telah terpenuhi. Tantangan untuk meningkatkan kualitas layanan primer di Puskesmas bukan hanya masalah keberadaan bangunan, namun juga terkait dengan ketersediaan SDM Kesehatan, sarana prasarana kesehatan, alat kesehatan yang sesuai standar dan ketersediaan obat-obatan. Terkait dengan permasalahan kelengkapan alat kesehatan, sebenarnya Menteri Kesehatan, pada

tanggal 3 Juni 2024 telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1047/2024 tentang Standar Peralatan dalam Rangka Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer pada Pusat Kesehatan Masyarakat, Unit Pelayanan Kesehatan di Desa/Kelurahan, dan Pos Pelayanan terpadu. Namun menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan dalam Laporan Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) Tahun 2019, menyatakan bahwa rata-rata baru 61,07% Puskesmas yang peralatan kesehatannya telah sesuai dengan standar. Masih terdapat sekitar 38,93% Puskesmas yang peralatan kesehatannya belum lengkap.

Tabel 1.2. Rerata Ketersediaan Alkes di Puskesmas berdasarkan Rifaskes 2019

No.	Ketersediaan Alat Kesehatan	Jumlah Puskesmas	Rerata Ketersediaan Alat	Rerata Alat yg Digunakan
1	Poli Umum	9.831	59,73%	57,58%
2	Poli Gigi	9.831	72,42%	68,40%
3	Poli KIA	9.831	72,05%	70,12%
4	Laboratorium	9.831	46,12%	43,44%
5	PONED	9.831	67,02%	62,91%
6	Layanan Diagnosa 155 Penyakit	9.821	49,10%	47,21%
7	Alkes Tambahan:			
	a. Mesin Rontgen	9.831	2,00%	83,30%
	b. Mesin Anastesi	9.831	1,00%	75,00%
	c. Infus Kit	9.831	58,80%	96,40%

Padahal keberhasilan implementasi UHC sangat bergantung pada ketersediaan sumber daya manusia yang kompeten dan infrastruktur yang memadai di Puskesmas. Upaya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penyediaan fasilitas yang layak, serta pembaharuan infrastruktur sangat diperlukan (Erinaputri et al., 2023). Erinaputri juga menyoroti bahwa salah satu tantangan dalam mencapai UHC di Indonesia adalah adanya kesenjangan kualitas layanan antara Puskesmas yang satu dengan yang lain, yang disebabkan oleh perbedaan kapasitas sumber daya manusia dan infrastruktur.

Untuk mengatasi hal tersebut, salah satu inisiatif strategis yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2023 adalah Program *Strengthening of Primary Healthcare in Indonesia* (SOPHI). Program SOPHI merupakan salah satu

bagian dari Program *Indonesian Health System Strengthening* (<https://ihss.kemkes.go.id/>) yang bertujuan menyediakan dukungan sarana prasarana kesehatan di tingkat layanan dasar. Secara khusus, SOPHI bertujuan menyediakan alat kesehatan bagi fasilitas pelayanan kesehatan primer seperti Posyandu, Pustu, dan Puskesmas, dengan fokus menutup kesenjangan ketersediaan alat kesehatan di seluruh Indonesia. Lebih dalam lagi, Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (Ditjen Kesmas) Kementerian Kesehatan menjelaskan bahwa SOPHI bertujuan untuk meningkatkan kapasitas infrastruktur dan peralatan medis dengan sasaran program pada 10.180 Puskesmas, 54.777 Puskesmas Pembantu, dan 337.228 Posyandu. Program ini mencakup pengadaan alat kesehatan, pemeliharaan peralatan, serta pembangunan dan renovasi sarana dan prasarana. Bantuan alat kesehatan yang akan diberikan mencakup peralatan untuk pemeriksaan ibu dan anak, peralatan kegawatdaruratan maternal, neonatal, obstetrik ginekologi, alat imunisasi, peralatan layanan umum dan rawat inap, peralatan gigi dan mulut, layanan lansia, serta laboratorium tingkat 1 (satu).

Pembiayaan untuk pembelian peralatan kesehatan ini berasal dari pinjaman luar negeri sebesar USD 1,59 miliar (Rp 23,8 triliun). Pinjaman tersebut berasal dari World Bank sebesar USD 711 juta (44,8%), sebesar USD 520 juta (32,8%) berasal dari Asian Infrastructure Investment Bank (AIIB), dan sebesar USD 355 juta (22,4%) berasal dari Asian Development Bank (ADB).

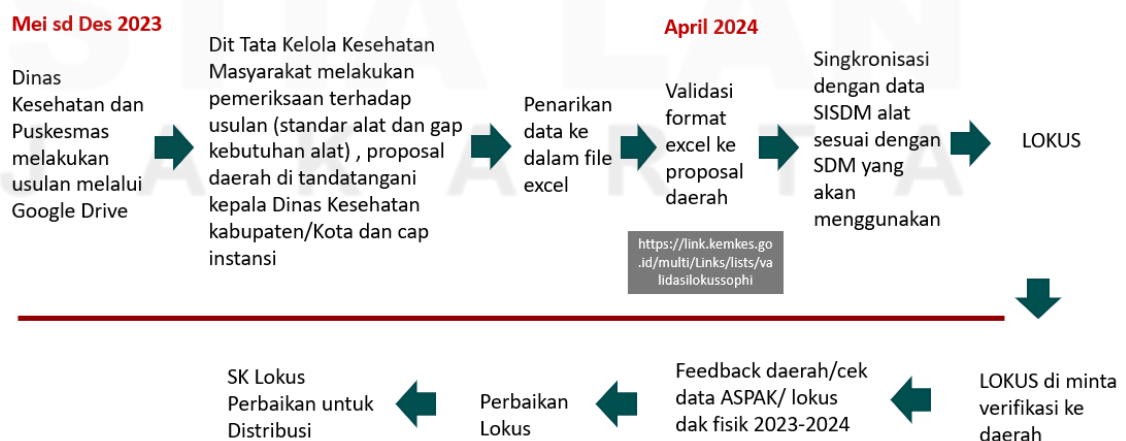
Pada tahap pertama (tahun 2024), Berdasarkan paparan Dirjen Kesmas, Kementerian Kesehatan akan memprioritaskan pembelian 30 jenis alat kesehatan dari total 196 alat yang dibutuhkan. Berikut adalah rincian dari 30 alat tersebut:

Tabel 1.3. Daftar Pengadaan Alkes Batch 1 (2024)

No	Nama Alkes	No	Nama Alkes	No	Nama Alkes
1	Hematologi Analyzer	11	Tabung Oksigen 1m3 dan regulator	21	Pipet mikro/ Micropipette 5-50, 100-200, 500-1000 ul
2	Meja instrumen	12	Infusion pump	22	Rotator plate untuk spesimen manusia
3	Tempat Tidur Periksa	13	Boks bayi	23	Kursi roda standar

No	Nama Alkes	No	Nama Alkes	No	Nama Alkes
4	Doppler	14	Diagnostic spirometer	24	Nebulizer
5	Stand Lamp	15	X-ray film viewer	25	Autoklaf (Sterilisator Uap Bertekanan Tinggi, Autoclave)
6	Infant radiant warmer	16	Skeler ultrasonic	26	Brankar (Stretcher, Manual Patient Transfer Device)
7	Meja Periksa Ginekologi dan kursi pemeriksa	17	Dental chair	27	Oxygen Tank 6m3
8	Infant T Piece Resuscitator dengan katup peep	18	Elektrokardiograf (EKG)	28	Laringoskop
9	Inkubator bayi/ Inkubator neonates/ Neonatal incubator	19	Urine analyzer	29	Electrocautery
10	Laringoskop neonatus bilah lurus	20	Mikroskop binokuler	30	Patient Bed

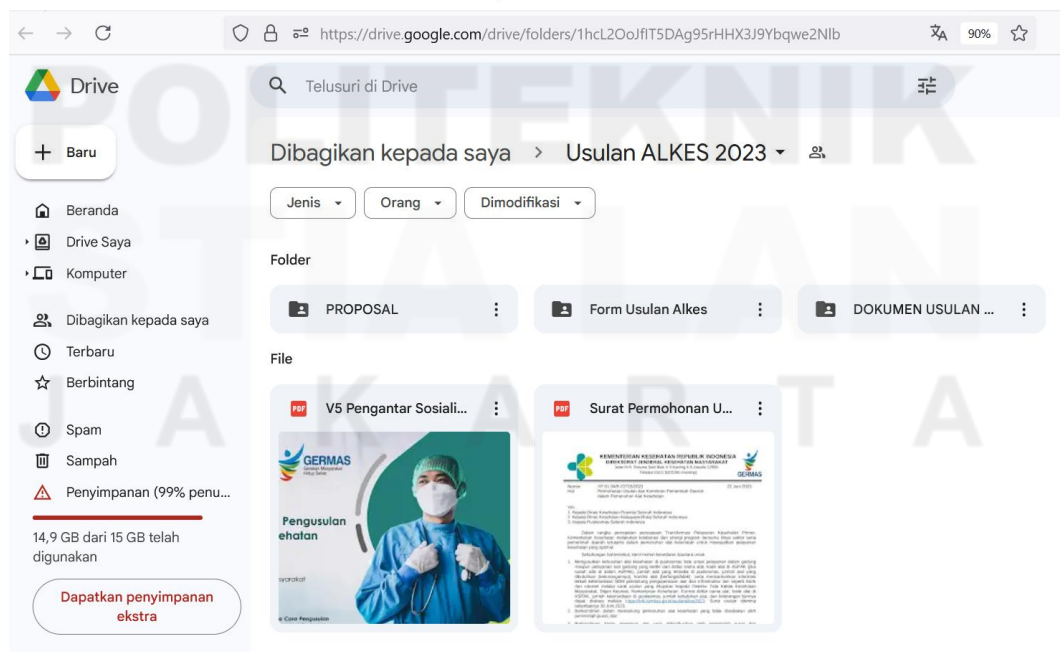
Sekretaris Ditjen Kesmas Kementerian Kesehatan juga menyampaikan bahwa tahap perencanaan program SOPHI dimulai sejak Mei 2023 dengan rincian sebagaimana dijelaskan dalam bagan dibawah ini.



Gambar 1.2.. Alur Proses Pengusulan Alat Kesehatan

Dalam rangka untuk mendata kebutuhan alat kesehatan di Puskesmas, pada tanggal 22 Juni 2023, Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat mengirimkan surat nomor YP.01.04/B.I/2725/2023 kepada Kepala Dinas

Propinsi/Kota/Kabupaten dan Kepala Puskesmas seluruh Indonesia tentang Permohonan Usulan dan Komitmen Pemerintah Daerah dalam Pemenuhan Alat Kesehatan. Dalam surat tersebut meminta kepada tertuju surat untuk mengusulkan alat-alat kesehatan melalui *google drive* dengan link pengusulan <https://link.kemkes.go.id/usulanalkes2023> paling lambat tanggal 30 Juni 2023. Selain pengusulan alat-alat kesehatan tersebut, tertuju surat juga diminta untuk berkomitmen dalam menerima alat yang akan didistribusikan oleh pemerintah pusat serta menyediakan biaya operasional dan biaya pemeliharaan alat tersebut. Dari usulan yang telah disampaikan, pada tanggal 21 September 2023, Sekretaris Ditjen Kesmas melalui surat nomor: KS.02.03/B.I/3970/2023, mengundang Dinas Kota/Kabupaten untuk melaksanakan desk verifikasi usulan alat kesehatan proyek SOPHI dengan melibatkan Asosiasi Dinas Kesehatan (Adinkes). Karena keterbatasan tenaga dan biaya, *desk* verifikasi yang dilakukan lebih menekankan pada aspek administratif, seperti kebenaran pengisian formulir usulan dan kelengkapan dokumen pendukung.



Gambar 1.3.. Tangkapan Layar Google Drive Pengusulan Alkes

Kementerian Kesehatan dalam upaya untuk memastikan bahwa usulan tersebut benar-benar mencerminkan kebutuhan faktual di Puskesmas, mensyaratkan adanya Surat Pernyataan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan. Surat ini menyatakan bahwa Kepala Dinas Kesehatan telah melakukan

verifikasi dan pemutakhiran data sarana, prasarana, dan alat kesehatan di Aplikasi Sarana Prasarana Kesehatan (ASPAK).

Dari hasil *desk* verifikasi, Ditjen Kesmas telah menetapkan nama-nama Puskesmas dan jenis alat kesehatan yang akan diterima sebagaimana link berikut: https://lookerstudio.google.com/reporting/05d0886a-68fa-45d2-b790-23bd8ac612a1/page/p_b1n2g2axgd.



Gambar 1.4. Tangkapan Gambar Hasil Desk Verifikasi (Agustus 2024)

Meskipun tujuan program SOPHI sangat strategis, implementasinya di lapangan menghadapi berbagai tantangan. Kajian yang dilakukan oleh Direktorat Monitoring, KPK (2024), dengan sampling 30 Puskesmas di 11 Kabupaten/Kota pada 6 Propinsi, menemukan adanya ketidaksesuaian antara perencanaan kebutuhan dan realisasi bantuan alat kesehatan di Puskesmas. Banyak Puskesmas yang mengusulkan alat kesehatan yang sebenarnya sudah mereka miliki dalam jumlah standar yang mencukupi, namun tetap diusulkan untuk mendapat bantuan (tercatat 69% puskesmas sampel mengajukan alat yang telah dimiliki). Sebaliknya, sebagian fasilitas kesehatan justru menerima alat kesehatan yang tidak sesuai kebutuhan atau tidak pernah mereka usulkan, menunjukkan alokasi bantuan yang kurang tepat sasaran (45% puskesmas sampel menerima alat yang tidak diusulkan). Permasalahan ini antara lain dipicu oleh strategi pengusulan “sebanyak-banyaknya” oleh pengelola Puskesmas dengan asumsi tidak semua usulan akan dipenuhi,

sehingga terjadi duplikasi usulan terhadap alat yang sebenarnya sudah tersedia. Di sisi lain, terdapat pula kasus duplikasi pemberian alat kesehatan, sekitar 31% Puskesmas sampel tercatat sudah pernah mendapatkan alat yang sama dari sumber lain (bantuan pemerintah daerah atau pendanaan BLUD) sebelum menerima bantuan SOPHI. Kondisi ini menunjukkan bahwa proses perencanaan dan koordinasi kebutuhan alat kesehatan belum berjalan optimal, berpotensi menyebabkan bantuan yang tumpang tindih dan tidak tepat guna.

Faktor pendukung perencanaan turut menjadi kendala dalam implementasi SOPHI. Pendataan kebutuhan alat kesehatan melalui sistem informasi Kemenkes masih belum akurat. Aplikasi ASPAK (Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan) yang dirancang untuk memetakan inventaris alat kesehatan tidak dimanfaatkan sepenuhnya sesuai fungsinya. Seluruh Puskesmas sampel dalam kajian KPK tidak mencatatkan jumlah maupun kondisi alat kesehatan secara benar di dalam sistem ASPAK. Akibatnya, data yang digunakan untuk merencanakan distribusi bantuan tidak mencerminkan kondisi riil di lapangan. Sebagai contoh, tim KPK menemukan ketidaksesuaian antara data ASPAK dan kenyataan di beberapa Puskesmas: ada alat yang di aplikasi tercatat tidak ada, padahal saat kunjungan lapangan alat tersebut sebenarnya tersedia. Ketidakakuratan data inventaris ini menghambat Kementerian Kesehatan dalam menentukan prioritas bantuan secara tepat.

Selain masalah pendataan, kesiapan fasilitas di Puskesmas penerima bantuan juga menjadi isu krusial. Banyak Puskesmas terutama di daerah terpencil belum memiliki infrastruktur pendukung memadai untuk mengoperasikan peralatan medis yang diberikan. KPK melaporkan sekitar 45% Puskesmas sampel tidak siap menerima bantuan alat kesehatan karena keterbatasan sarana dan prasarana seperti listrik dan ruang. Alat kesehatan canggih membutuhkan pasokan listrik stabil dan ruang instalasi sesuai standar; tanpa prasyarat tersebut, alat yang diterima berisiko tidak dapat digunakan optimal. Kondisi ini berdampak pada layanan kesehatan: Puskesmas yang tidak siap mengoperasikan alat yang diberikan akan mengalami hambatan dalam menyediakan layanan kesehatan, sehingga kualitas pelayanan menjadi tidak optimal.

Terakhir, mekanisme penyaluran dan pengadaan alat kesehatan dalam program SOPHI menimbulkan potensi inefisiensi. Kebijakan Kemenkes yang memberikan paket peralatan (satu set berisi beberapa item) kepada Puskesmas, termasuk alat-alat bernilai relatif kecil, ternyata kurang efisien dan ekonomis. Pemberian bantuan dalam bentuk set berisiko mengakibatkan pemborosan, karena tidak semua alat dalam satu paket dibutuhkan oleh fasilitas penerima. Misalnya, untuk mendapatkan satu alat yang dibutuhkan (seperti infantometer untuk layanan kesehatan ibu-anak), Puskesmas terpaksa menerima satu paket peralatan antropometri yang berisi beberapa alat lain yang mungkin sudah dimiliki atau tidak diperlukan. Selain itu, rencana pengadaan terpusat untuk alat kesehatan bernilai rendah (di bawah Rp5 juta) dinilai tidak efisien. Biaya distribusi alat-alat kecil ke ribuan Puskesmas di seluruh Indonesia sangat tinggi; di banyak kasus, ongkos kirim ke Puskesmas terpencil justru lebih mahal daripada harga unit alat kesehatan itu sendiri. Konsep sentralisasi pengadaan ini, alih-alih menghemat anggaran, berpotensi menimbulkan inefisiensi biaya distribusi dan seharusnya dapat dioptimalkan dengan melibatkan pendanaan lokal.

Beragam permasalahan di atas menunjukkan adanya celah dalam implementasi kebijakan penguatan sistem kesehatan melalui Program SOPHI. Apabila dibiarkan, kondisi ini dapat mengakibatkan pemborosan sumber daya dan sasaran kebijakan yang tidak tercapai. Bantuan alat kesehatan yang tidak tepat guna, tidak tepat jumlah, dan tidak tepat sasaran akan menyebabkan standar fasilitas pelayanan kesehatan primer yang diharapkan tidak terpenuhi. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk menganalisis implementasi kebijakan SOPHI ini secara mendalam, mengidentifikasi akar masalah dalam perencanaannya, serta memberikan masukan perbaikan agar tujuan penguatan sistem kesehatan dapat terwujud.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian dan data dalam latar belakang, beberapa permasalahan dapat diidentifikasi terkait obyek penelitian ini, yaitu:

1. Ketidaksesuaian bantuan dengan kebutuhan lapangan.

Bantuan alat kesehatan yang disalurkan tidak selalu sesuai dengan kebutuhan riil Puskesmas; tercatat 45% Puskesmas sampel menerima alat kesehatan yang tidak pernah mereka usulkan sebelumnya, bahkan beberapa di antaranya menerima item yang sebenarnya tidak dibutuhkan di fasilitas tersebut (karena sudah dimiliki atau bukan prioritas layanan).

2. Duplikasi dalam pengusulan dan pemberian alat kesehatan.

Banyak Puskesmas mengusulkan alat yang sudah dimiliki dalam jumlah cukup, dengan harapan mendapatkan lebih banyak bantuan (69% Puskesmas sampel mengajukan permintaan atas alat yang sebenarnya telah tersedia sesuai standar). Selain itu, 31% Puskesmas sampel telah memperoleh alat serupa dari sumber lain (bantuan pemerintah daerah/BLUD) sebelum menerima dari SOPHI, sehingga terjadi duplikasi pengadaan yang mencerminkan koordinasi perencanaan belum optimal.

3. Ketidakakuratan data kebutuhan (ASPAK).

Sistem pendataan elektronik Kemenkes (ASPAK) belum digunakan secara efektif dalam perencanaan SOPHI. Seluruh Puskesmas sampel tidak memperbarui data jumlah dan kondisi alat kesehatan di aplikasi ASPAK sesuai kondisi nyata. Data inventaris yang tidak akurat ini menyebabkan perencanaan kebutuhan menjadi keliru, sehingga alokasi bantuan bisa tidak tepat sasaran (misalnya, alat yang sudah ada justru diusulkan/diberikan lagi, sementara kekurangan nyata tidak terdeteksi).

4. Ketidaksiapan sarana prasarana Puskesmas.

Sebagian Puskesmas belum siap secara infrastruktur untuk mengoperasikan alat kesehatan yang diberikan. Keterbatasan listrik dan ruang di fasilitas penerima menyebabkan alat yang diterima tidak dapat dipasang atau difungsikan optimal (45% Puskesmas sampel tidak memiliki sarpras memadai untuk bantuan alat). Hal ini menghambat pemanfaatan alat kesehatan dan mengurangi efektifitas program di tingkat layanan.

5. Ketidakefisienan mekanisme pengadaan dan distribusi.

Pola pengadaan terpusat dan pemberian alat dalam bentuk paket (set) pada Program SOPHI menimbulkan inefisiensi. Pengadaan terpusat untuk alat bernilai $\leq$ Rp5 juta kurang ekonomis karena biaya distribusi ke daerah terpencil dapat melebihi harga alatnya. Demikian pula, pemberian satu paket peralatan utuh ke Puskesmas berpotensi mubazir apabila tidak semua item dalam paket tersebut dibutuhkan oleh penerima. Kedua hal ini menunjukkan bahwa strategi penyaluran saat ini perlu dievaluasi agar lebih efisien dan tepat guna.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini dapat disusun sebagai berikut::

1. Mengapa perencanaan pemenuhan alat kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam Program SOPHI tidak sesuai kebutuhan?
2. Bagaimana strategi untuk memperbaiki perencanaan pemenuhan alat kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam Program SOPHI agar sesuai kebutuhan?

D. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan perencanaan pemenuhan alat kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam Program SOPHI tidak sesuai kebutuhan.
2. Merumuskan strategi untuk memperbaiki perencanaan pemenuhan alat kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam Program SOPHI agar sesuai kebutuhan.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini terdiri dari dua manfaat yaitu:

1. Manfaat praktis:
 - a. Memberikan masukan kepada Kementerian Kesehatan dan pemangku kepentingan terkait dalam merumuskan perbaikan kebijakan dan tata

kelola perencanaan bantuan sarana kesehatan secara lebih tepat sasaran dan efisien.

- b. Rekomendasi yang dihasilkan dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam perumusan kebijakan penguatan sistem kesehatan di masa mendatang, terutama dalam menyusun kebijakan bantuan alat kesehatan yang berbasis pada kebutuhan riil dan kesiapan fasilitas layanan.

2. Manfaat akademik:

Penelitian ini berkontribusi terhadap pengembangan kajian implementasi kebijakan publik, khususnya dalam konteks perencanaan kebutuhan sarana prasarana kesehatan di tingkat layanan primer. Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi akademik bagi studi-studi selanjutnya yang mengkaji efektivitas program intervensi pemerintah dalam sektor kesehatan.

POLITEKNIK
STIA LAN
J A K A R T A

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Pada penelitian ini telah dilakukan analisis terhadap perencanaan kebutuhan alat kesehatan pada Puskesmas dalam Program Strengthening of Primary Healthcare in Indonesia (SOPHI). Berdasarkan temuan dan hasil analisis dapat diambil simpulan penelitian sebagai berikut:

1. Faktor-Faktor yang menyebabkan perencanaan kebutuhan alat kesehatan dalam Program SOPHI tidak sesuai kebutuhan terdiri dari empat faktor sebagai berikut:
 - a. **Faktor Komunikasi:** Kelemahan faktor komunikasi dalam perencanaan Program SOPHI tercermin dari aliran informasi yang tidak menjangkau langsung pelaksana di lapangan, mekanisme komunikasi yang tidak jelas, serta pola komunikasi yang berubah-ubah dan tidak konsisten. Kondisi ini berkontribusi pada ketidaktepatan pemberian alat kesehatan dan munculnya duplikasi usulan. Oleh karena itu, penguatan tata kelola komunikasi menjadi sangat penting agar implementasi kebijakan berjalan selaras dengan desain yang telah ditetapkan.
 - b. **Faktor Sumber Daya:** Kelemahan pada faktor sumber daya menimbulkan dampak berlapis. Kekurangan SDM serta keterbatasan kemampuan teknis berujung pada kesalahan dalam penyusunan usulan. Validitas data yang rendah menyebabkan penyaluran alkes tidak tepat sasaran dan memicu duplikasi. Di sisi lain, minimnya anggaran operasional melemahkan kualitas verifikasi dan pengawasan saat penerimaan alkes, sehingga potensi alat ganda atau tidak terpakai kerap luput terdeteksi. Kondisi infrastruktur yang belum memadai juga membuat sebagian bantuan alkes tidak dapat dimanfaatkan secara optimal.
 - c. **Faktor Sikap Pelaksana (Disposisi):** Secara keseluruhan, temuan-temuan pada Faktor Sikap Pelaksana (Disposisi) mengindikasikan bahwa sikap pelaksana dalam pengusulan dan pendataan alat kesehatan masih bermasalah. Hal ini tampak dari orientasi oportunistik untuk mengajukan sebanyak mungkin usulan meski tidak selalu sesuai kebutuhan, praktik manipulasi data

ASPAK demi mendapatkan bantuan, kedisiplinan yang rendah dalam memperbarui dan memvalidasi data, serta ketiadaan insentif dan dukungan struktural yang mendorong pelaksana bekerja sekadar memenuhi kewajiban administratif. Rangkaian kondisi tersebut berujung pada usulan alkes yang tidak akurat, tumpang tindih, dan tidak mencerminkan kebutuhan nyata fasilitas kesehatan, sehingga meningkatkan risiko pemborosan, salah sasaran alokasi, dan menurunnya efektivitas program penguatan layanan primer.

d. Faktor Struktur Birokrasi: Secara struktural, kelemahan pada faktor birokrasi tampak dari adanya gap kelembagaan yang cukup mendasar. Ketidadaan garis komando langsung antara Kemenkes dan Dinas Kesehatan memicu fragmentasi kewenangan dan membuka ruang ketidaksesuaian antara alokasi dari pusat dan kesiapan di daerah. Di saat yang sama, koordinasi antarunit berjalan lemah karena struktur organisasi pusat dan daerah tidak sepenuhnya selaras, sehingga rawan menimbulkan miskomunikasi lintas bidang. Kondisi ini diperburuk oleh perubahan SOP/prosedur yang kerap terjadi berulang dan di tengah proses, sehingga menciptakan ketidakpastian, penyesuaian mendadak, serta praktik implementasi yang tidak konsisten. Secara keseluruhan, kombinasi faktor tersebut menyebabkan aliran informasi tidak utuh, verifikasi lapangan tidak optimal, dan banyak kebutuhan alkes yang tidak terakomodasi dengan benar atau justru diusulkan tidak sesuai kondisi, sehingga efektivitas program bantuan alkes menjadi jauh dari optimal.

2. Berdasarkan faktor-faktor yang menyebabkan perencanaan kebutuhan alat kesehatan di Puskesmas dalam Program SOPHI tidak sesuai kebutuhan, dirumuskan beberapa strategi untuk memperbaiki perencanaan kebutuhan alat kesehatan agar sesuai dengan kebutuhan sebagai berikut:

a. Faktor Komunikasi

- 1) Strategi perbaikan pada aspek jangkauan komunikasi diarahkan untuk memastikan bahwa informasi terkait Program SOPHI dapat mengalir secara utuh hingga tingkat pelaksana di Puskesmas. Upaya ini dilakukan melalui pembangunan jalur komunikasi yang memungkinkan instruksi dari Kemenkes diterima langsung oleh fasilitas kesehatan, tidak hanya

bergantung pada Dinas Kesehatan sebagai perantara. Selain itu, peningkatan frekuensi sosialisasi dengan mengombinasikan berbagai metode, baik daring, luring, maupun pendampingan langsung, diperlukan agar pesan program lebih mudah dipahami oleh daerah. Penyediaan infrastruktur komunikasi bagi wilayah terpencil juga menjadi bagian penting agar tidak ada Puskesmas yang tertinggal dalam menerima informasi program.

- 2) Kejelasan komunikasi diperkuat melalui penyusunan Pedoman Tunggal Program yang menjadi rujukan resmi bagi seluruh pihak terkait. Pedoman ini memastikan bahwa tata cara pengusulan, verifikasi, serta prosedur pelaksanaan dapat dipahami dengan standar yang sama di seluruh daerah. Selain itu, pengembangan portal komunikasi terpadu memberi kanal tunggal bagi penyampaian informasi, pembaruan kebijakan, dan akses dokumen program SOPHI. Standarisasi media dan cara pengusulan juga dimaksudkan untuk menghilangkan variasi interpretasi di daerah, sehingga proses komunikasi lebih terarah dan tidak menimbulkan kebingungan teknis.
- 3) Untuk menjaga konsistensi komunikasi, strategi yang ditempuh mencakup penetapan kalender komunikasi tahunan Program SOPHI. Kalender ini memberikan kejelasan mengenai waktu sosialisasi, pengumpulan data, klarifikasi, serta ruang revisi sehingga daerah tidak lagi menerima permintaan informasi secara mendadak. Pembentukan Helpdesk Nasional dengan standar layanan (SLA) turut memastikan bahwa pertanyaan dan kendala teknis daerah dapat dijawab secara cepat dan terstruktur. Dengan adanya mekanisme komunikasi yang stabil dan mudah diakses, proses implementasi program menjadi lebih tertib, tidak reaktif, serta meminimalkan risiko terjadinya miskomunikasi yang dapat berdampak pada ketidaktepatan usulan maupun distribusi alkes.

b. Faktor Sumber Daya

- 1) Perbaikan pada aspek sumber daya manusia diarahkan untuk memastikan bahwa pengelolaan ASPAK dan aset Puskesmas dilakukan oleh tenaga

yang kompeten dan memiliki tanggung jawab yang jelas. Langkah ini mencakup penetapan SDM khusus sebagai pengelola ASPAK di Puskesmas, sehingga tugas pencatatan dan pembaruan data tidak lagi menjadi beban tambahan bagi petugas layanan. Selain itu, dilakukan standarisasi kompetensi dan sertifikasi teknis untuk memastikan setiap pengelola memiliki keterampilan yang memadai dalam mengoperasikan sistem. Penguatan peran SDM verifikator di Dinas Kesehatan juga menjadi kunci untuk memastikan kualitas data yang masuk dapat diverifikasi secara berjenjang sebelum digunakan sebagai dasar perencanaan.

- 2) Pada aspek sistem informasi, perbaikan diarahkan untuk meningkatkan validitas, reliabilitas, dan keamanan data ASPAK sebagai satu-satunya rujukan perencanaan alat kesehatan. Penguatan fitur dan keamanan sistem diperlukan untuk mencegah manipulasi data serta memastikan akurasi informasi yang dikelola daerah. Selain itu, pemanfaatan analitik juga diperkenalkan sebagai alat untuk mendeteksi duplikasi atau anomali dalam pengusulan alkes, sehingga proses verifikasi dapat berlangsung lebih cepat dan tepat. Dengan sistem yang lebih kuat dan terintegrasi, risiko data yang tidak mutakhir atau tidak sesuai kondisi lapangan dapat diminimalisir.
- 3) Keterbatasan anggaran menjadi salah satu penyebab lemahnya pengawasan verifikasi lapangan serta proses penerimaan alkes. Untuk itu, strategi perbaikan menekankan perlunya alokasi anggaran khusus yang secara spesifik diperuntukkan bagi kegiatan verifikasi kebutuhan alat kesehatan dan supervisi distribusi. Dukungan pendanaan ini penting agar daerah memiliki kapasitas untuk melakukan pengecekan kondisi riil sebelum dan sesudah bantuan diterima. Selain mengandalkan dana operasional yang ada, pemerintah juga didorong untuk mengeksplorasi mekanisme pembiayaan alternatif guna memperkuat kesinambungan aktivitas verifikasi dan pengawasan.
- 4) Dalam aspek infrastruktur, strategi perbaikan menekankan pentingnya penilaian kesiapan fasilitas kesehatan sebelum alkes direncanakan untuk diberikan. Langkah ini mencakup evaluasi kondisi ruang pelayanan, daya

listrik, serta utilitas pendukung yang menjadi prasyarat pemanfaatan alkes secara optimal. Data infrastruktur seperti denah ruangan, foto, kapasitas listrik, dan status kesiapan kemudian diintegrasikan ke dalam modul ASPAK sehingga mampu memberikan gambaran komprehensif mengenai kondisi masing-masing Puskesmas. Selain itu, sinkronisasi perencanaan sarana prasarana daerah dengan Program SOPHI menjadi penting agar investasi alkes yang diberikan pusat tidak terhambat oleh infrastruktur yang belum memadai.

c. Faktor Sikap Pelaksana (Disposisi)

- 1) Perbaikan pada aspek motivasi pelaksana diarahkan untuk mengubah orientasi dari pola pikir oportunistik—yang mendorong pengusulan alkes sebanyak mungkin—menuju pendekatan berbasis kebutuhan riil. Upaya ini dilakukan melalui penyelenggaraan edukasi ulang mengenai filosofi Program SOPHI melalui reorientation workshop bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan, sehingga pelaksana memahami bahwa pengusulan alkes harus mempertimbangkan fungsi layanan, beban kasus, serta kesiapan infrastruktur. Selain itu, pemberian insentif berbasis kinerja yang mengaitkan ketepatan usulan dengan kondisi lapangan juga menjadi cara untuk mendorong perilaku yang lebih akurat, selektif, dan bertanggung jawab dalam proses pengusulan.
- 2) Untuk mengatasi praktik ketidakjujuran dalam pengelolaan data ASPAK, strategi perbaikan difokuskan pada penguatan sistem pengawasan dan akuntabilitas. Mekanisme audit trail dan deteksi manipulasi data diperkuat agar setiap perubahan data dapat ditelusuri dengan jelas. Selain itu, penerapan validasi berlapis menjadi bagian penting untuk memastikan bahwa informasi yang diinput benar-benar mencerminkan kondisi di lapangan. Penegakan sanksi administratif terhadap manipulasi data juga diperlukan sebagai langkah pembinaan sekaligus deterrent effect agar pelaksana menjaga integritas dalam pengelolaan data aset dan pengusulan alkes.

- 3) Kedisiplinan pelaksana dalam memperbarui dan memvalidasi data menjadi komponen krusial dalam memastikan perencanaan alkes yang akurat. Untuk meningkatkan perilaku ini, strategi perbaikan meliputi penyusunan jadwal tetap pembaruan data serta penyediaan sistem pengingat otomatis guna membantu pelaksana menjalankan kewajibannya secara rutin. Dengan adanya mekanisme yang lebih sistematis dan terjadwal, proses pembaruan data ASPAK dapat berlangsung lebih konsisten, mengurangi risiko informasi kadaluwarsa, dan memperkuat dasar pengambilan keputusan terkait pengadaan dan distribusi alkes.
- 4) Keterbatasan insentif dan dukungan struktural sering kali membuat pelaksana menjalankan tugas pendataan dan pengusulan alkes hanya sebagai kewajiban administratif tanpa orientasi kualitas. Untuk memperbaiki situasi ini, diperlukan pemberian insentif finansial maupun non-finansial bagi petugas ASPAK, sehingga beban tambahan yang mereka tanggung dapat diimbangi dengan penghargaan yang layak. Selain itu, penguatan dukungan teknis dan supervisi dari Dinas Kesehatan sangat penting untuk memastikan pelaksana memahami standar yang harus dipenuhi. Dorongan agar pimpinan daerah berperan aktif dalam menjamin integritas data juga menjadi elemen kunci, sehingga pelaksana merasa didukung secara struktural dalam menjaga akurasi dan kejujuran pendataan.

d. Faktor Struktur Birokrasi

- 1) Ketidadaan jalur komando langsung antara Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan menimbulkan fragmentasi kewenangan yang berdampak pada ketidakterpaduan implementasi program. Untuk menjembatani celah struktural ini, strategi perbaikan dilakukan melalui pembentukan Joint Steering Mechanism antara Kemenkes dan Kemendagri. Mekanisme bersama ini berfungsi sebagai wadah penyelarasan arah kebijakan, harmonisasi instruksi kepada pemerintah daerah, sekaligus memperjelas peran masing-masing tingkatan dalam siklus perencanaan dan pengusulan alkes. Dengan adanya mekanisme koordinasi formal lintas kementerian,

pemerintah daerah memperoleh rujukan yang lebih kuat dan konsisten dalam melaksanakan Program SOPHI..

- 2) Lemahnya koordinasi antarunit kerja, baik di tingkat pusat maupun daerah, sering menyebabkan ketidaksinkronan pemahaman dan implementasi kebijakan. Untuk mengatasinya, ditetapkan Mirror Coordination Structure antara Kemenkes dan Dinas Kesehatan, yaitu penyelarasan struktur peran dan fungsi unit-unit terkait sehingga jalur koordinasi menjadi lebih jelas dan paralel. Dengan struktur koordinasi yang lebih simetris, proses perencanaan, verifikasi, dan pengusulan alkes dapat melibatkan unit fungsional yang relevan secara tepat, sehingga kemungkinan miskomunikasi lintas bidang dapat diminimalkan. Upaya ini membantu memastikan bahwa seluruh aktor bekerja pada peran yang selaras dalam rantai implementasi program.
- 3) Sering berubahnya SOP dan prosedur di tengah proses pengusulan telah menjadi salah satu sumber ketidakpastian bagi daerah. Untuk menata ulang stabilitas kebijakan implementasi, strategi utama adalah penetapan Fixed SOP Cycle, yaitu SOP pengusulan alkes harus dirilis maksimal pada bulan Januari dan berlaku hingga Desember. Pendekatan ini memberikan kepastian bagi daerah dalam menyusun rencana kebutuhan serta meminimalkan risiko penyesuaian mendadak yang dapat menimbulkan kesalahan atau keterlambatan. Dengan stabilitas prosedur yang terjaga sepanjang tahun, implementasi program menjadi lebih konsisten, terprediksi, dan mudah diikuti oleh seluruh pelaksana.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian implementasi Program Strengthening of Primary Healthcare in Indonesia (SOPHI) pada Bab sebelumnya, maka disusun beberapa saran perbaikan yang ditujukan kepada para pemangku kepentingan utama. Saran ini diarahkan untuk memperkuat efektivitas perencanaan kebutuhan, pengusulan alat kesehatan, koordinasi lintas tingkat pemerintahan, serta peningkatan kesiapan infrastruktur dan kapasitas sumber daya manusia di fasilitas layanan primer. Saran

pada bab ini dibagi berdasarkan instansi terkait agar lebih mudah dimonitor dan ditindaklanjuti sesuai mandat dan kewenangannya:

1. Saran untuk Kementerian Kesehatan

a. Menguatkan komunikasi dan koordinasi program SOPHI

Kemenkes perlu menetapkan satu aplikasi resmi sebagai *single source of truth* untuk pengusulan alkes dan menghentikan penggunaan format alternatif yang menimbulkan kebingungan di daerah. Kemenkes juga perlu menyusun Kalender Komunikasi Program SOPHI yang menetapkan jadwal sosialisasi, pengumpulan data, klarifikasi, dan revisi informasi, serta memastikan bahwa perubahan instruksi tidak dilakukan di tengah proses. Untuk mengurangi beban komunikasi daerah, diperlukan pengoperasian helpdesk resmi dengan standar waktu respon yang jelas serta penyusunan FAQ berkala.

b. Menata struktur koordinasi dan memperkuat kepastian SOP

Kemenkes disarankan menetapkan *mirror coordination structure* antara unit-unit di pusat dengan bidang-bidang terkait di Dinas Kesehatan agar jalur komunikasi lebih jelas dan sinkron. Kemenkes juga perlu menerapkan *fixed SOP cycle*, yaitu SOP pengusulan alkes ditetapkan di awal tahun dan tidak berubah hingga akhir tahun, kecuali dalam keadaan khusus yang diatur secara eksplisit. Setiap perubahan SOP harus disertai dengan *Transition Guidance* untuk memastikan daerah dapat menyesuaikan proses tanpa gangguan implementasi.

c. Mengembangkan instrumen teknis dan pengelolaan data infrastruktur

Kemenkes perlu mengembangkan instrumen penilaian kesiapan infrastruktur yang mencakup kondisi ruang pelayanan, instalasi listrik, dan utilitas lain sebagai prasyarat pengusulan alkes. Instrumen ini perlu terintegrasi dalam modul ASPAK yang diperluas untuk menyertakan denah ruangan, foto, kapasitas listrik, dan status kesiapan ruang. Selain itu, Kemenkes perlu menyusun panduan teknis yang mengaitkan jenis alkes dengan kebutuhan infrastruktur minimal agar perencanaan daerah lebih akurat dan sesuai kapasitas layanan.

2. Saran untuk Kementerian Dalam Negeri

a. Memperkuat regulasi dan pembinaan pemerintah daerah

Kemendagri perlu menerbitkan regulasi atau surat edaran yang memperjelas kewajiban pemerintah daerah dalam mendukung pelaksanaan SOPHI, termasuk dukungan perencanaan, penganggaran, dan penguatan tata kelola kesehatan daerah. Kemendagri juga perlu memastikan sinkronisasi struktur dan fungsi Dinas Kesehatan agar mampu mengikuti alur koordinasi program SOPHI yang ditetapkan Kemenkes.

b. Mendorong integrasi SOPHI ke dalam dokumen perencanaan daerah

Kemendagri perlu mengarahkan pemerintah daerah untuk memasukkan kebutuhan pendukung SOPHI ke dalam RPJMD, RKPD, Renstra SKPD, dan dokumen perencanaan lainnya. Dukungan terhadap layanan primer dapat dijadikan indikator kinerja kepala daerah dan SKPD kesehatan sehingga pelaksanaannya memiliki implikasi langsung terhadap penilaian kinerja daerah.

3. Saran untuk Dinas Kesehatan (Kabupaten/Kota)

a. Menata ulang struktur internal dan alur koordinasi

Dinas Kesehatan perlu memastikan bahwa seluruh bidang yang relevan—Kesmas, Yankes, SDK, dan Perencanaan—terlibat pada setiap tahapan SOPHI, mulai dari pendataan kebutuhan hingga verifikasi usulan. Struktur koordinasi internal perlu dirumuskan secara jelas dan selaras dengan jalur komunikasi Kemenkes, serta ditunjuk pejabat penanggung jawab yang menjadi penghubung utama antara pusat dan fasilitas kesehatan.

b. Memperkuat pengelolaan data dan verifikasi usulan

Dinas Kesehatan perlu memastikan pembaruan data ASPAK oleh seluruh Puskesmas dilakukan secara rutin dan terjadwal. Selain itu, Dinas perlu melakukan verifikasi kelayakan terhadap seluruh usulan alkes, termasuk kesiapan ruang, kapasitas listrik, kebutuhan riil, serta mengidentifikasi potensi duplikasi di tingkat daerah. Verifikasi ini menjadi titik kontrol penting untuk menjamin efektivitas distribusi bantuan alkes.

- c. Mengintegrasikan kebutuhan SOPHI dalam perencanaan daerah
Dinas Kesehatan perlu menyusun daftar kebutuhan sarpras pendukung SOPHI berdasarkan penilaian lapangan dan menyampaikannya kepada Bappeda agar masuk ke dalam prioritas pembangunan daerah. Kebutuhan seperti pembangunan atau renovasi ruang dan peningkatan kapasitas utilitas harus dikomunikasikan secara sistematis agar tidak terjadi mismatch antara alkes yang diterima dengan kemampuan operasional fasilitas.
- 4. Saran untuk Inspektorat Daerah (Kabupaten/Kota)
 - a. Melaksanakan pengawasan berbasis risiko pada implementasi SOPHI
Inspektorat perlu menyusun peta risiko yang mengidentifikasi titik rawan dalam proses perencanaan dan pengusulan alkes, seperti integritas data, kelengkapan kebutuhan, dan kesesuaian dengan kondisi infrastruktur. Risiko-risiko ini harus masuk dalam program audit berbasis risiko sehingga pengawasan terhadap SOPHI lebih sistematis dan berorientasi pencegahan.
 - b. Mendorong perbaikan tata kelola melalui rekomendasi sistemik
Inspektorat perlu melakukan review kepatuhan SOP sejak tahap awal, termasuk mengevaluasi kualitas data ASPAK dan proses verifikasi oleh Dinas Kesehatan. Temuan pemeriksaan harus disertai rekomendasi perbaikan yang bersifat sistemik dan dilengkapi mekanisme tindak lanjut yang terukur. Dengan demikian, pengawasan tidak hanya bersifat memeriksa, tetapi juga memperbaiki tata kelola secara berkelanjutan.
- 5. Saran untuk Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Kabupaten/Kota)
 - a. Mengintegrasikan kebutuhan sarpras SOPHI dalam perencanaan daerah
Bappeda perlu mengintegrasikan kebutuhan sarana dan prasarana pendukung SOPHI ke dalam dokumen perencanaan daerah seperti RKPD dan Renja SKPD. Alokasi anggaran harus disesuaikan agar kebutuhan infrastruktur yang menjadi prasyarat pengoperasian alkes dapat terpenuhi secara tepat waktu dan efektif.
 - b. Memperkuat koordinasi lintas sektor untuk mendukung layanan primer

Bappeda perlu memfasilitasi koordinasi antara Dinas Kesehatan, dinas pekerjaan umum, dan BPKAD untuk memastikan keterpaduan antara pengadaan alkes, pembangunan sarpras, dan pembiayaan daerah. Menjadikan penguatan layanan primer sebagai prioritas pembangunan daerah akan mendorong konsistensi kebijakan dan mengurangi hambatan implementasi SOPHI.

6. Saran untuk Puskesmas

a. Meningkatkan kualitas pendataan dan pemutakhiran ASPAK

Puskesmas perlu menetapkan petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan dan akurasi data ASPAK serta memastikan pembaruan dilakukan sesuai ketentuan. Dokumentasi pendukung seperti foto ruangan dan denah harus dikelola dengan baik untuk memperkuat validitas data yang menjadi basis perencanaan alkes.

b. Melakukan penilaian kesiapan infrastruktur sebelum mengusulkan alkes

Puskesmas perlu melakukan penilaian kesiapan internal, meliputi kondisi ruang pelayanan dan kapasitas listrik, sebelum mengusulkan alkes tertentu. Keterbatasan sarpras perlu disampaikan kepada Dinas Kesehatan untuk diusulkan secara terstruktur dalam perencanaan daerah.

c. Memperkuat kepatuhan terhadap SOP dan koordinasi dengan Dinas Kesehatan

Puskesmas perlu menerapkan SOP pengusulan alkes secara konsisten dan menyusun kebutuhan berdasarkan data riil dan kapasitas layanan. Dalam hal terdapat hambatan implementasi atau perubahan panduan, Puskesmas perlu berkoordinasi aktif dengan Dinas Kesehatan dan memberikan umpan balik tertulis agar proses perbaikan dapat berlangsung secara sistematis.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., Susiloretni, K. A., Soewondo, P., Ahmad, S. A., Kurniawan, M., Hidayat, B., Pardede, D., Mundiharno, ... Khusun, H. (2019). Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Anderson, J. E. (2003). *Public Policymaking: an Introduction* (J. Woy, K. Meisenheimer, T. Lobato, A. Mason, & L. Frost, Eds.; Fifth). Houghton Mifflin Company.
- Anggara, S. (2014). *Kebijakan Publik*. CV. Pustaka Setia Bandung. <https://digilib.uinsgd.ac.id/11004/1/8.%20Buku%20Kebijakan%20Publik.pdf>
- Arimbi, E. G. R. (2022). *Peran Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur dalam Implementasi ASPAK Puskesmas di Jawa Timur*. <https://repository.unair.ac.id/132684/>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, K. K. (2019). *Laporan Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019 - Puskesmas*. <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/4390/>
- Badan Pusat Statistik. (2023). *Jumlah Kecamatan di Indonesia Tahun 2023*. <https://www.bps.go.id/id/statistics-table/3/S3pkSVdHdG1iVU50TXlzdINYY3pZVzFVV1haVlFUMDkjMw==/jumlah-kecamatan-menurut-provinsi--2023.html>
- Black, R. E., Taylor, C. E., Arole, S., Bang, A., Bhutta, Z. A., Chowdhury, A. M. R., Kirkwood, B. R., Kureshy, N., Lanata, C. F., Phillips, J. F., Taylor, M., Victora, C. G., Zhu, Z., & Perry, H. B. (2017). Comprehensive Review of the Evidence Regarding the Effectiveness of Community-Based Primary Healthcare in Improving Maternal, Neonatal and Child Health: 8. Summary and Recommendations of the Expert panel. *Journal of Global Health*, 7(1). <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010908>
- Bovens, M., Hart, P. 't, & Peters B. Guy. (2001). *Success and Failure in Public Governance: A Comparative Analysis*. Edward Elgar Publishing Limited.
- Bowman, & M, A. O. (2005). Policy Implementation. In J. Rabin (Ed.), *Taylor & Francis Group*. Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.1081/E-EPAP120011068>
- Compton, M. E., & Hart, P. 'T. (2019). How to See Great Policy Successes. In M. E. Compton & P. 'T Hart (Eds.), *Success and Failure in Public Governance*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.4337/9781843762850>
- Creswell John W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3rd ed.). SAGE Publications, Inc.
- Creswell John W, & Creswell J. David. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Dey, S., & Chattopadhyay, S. (2018). Assessment of Quality of Primary Healthcare Facilities in West Bengal. *International Journal of Research in Geography*, 4(2), 22–23. <https://doi.org/10.20431/2454-8685.0402003>
- Direktorat Monitoring, K. (2024). *Kajian Mitigasi Risiko Korupsi dalam Program Peningkatan Layanan Kesehatan: Sihren, Sophi dan Inpuls di Kementerian Kesehatan*. <https://cms.kpk.go.id/storage/7314/Laporan-Kajian-SISOIN-2024.pdf>

Dunn, W. N. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik* (M. Darwin, Ed.; S. Wibawa, D. Asitadani, A. Heruanto Hadna, & E. Agus Purwanto, Trans.; 5th ed.). Gadjah Mada University Press.

Dye, T. R., Columbus, B., New, I., San, Y., Cape, F. A., Dubai, T., Madrid, L., Munich, M., Montréal, P., Delhi, T., São, M. C., Sydney, P., Kong, H., Singapore, S., & Tokyo, T. (2017). *Understanding Public Policy Fifteenth Edition* (A. Dodge, Ed.; 15th ed.). Pearson Education Inc. www.pearsoned.com/permissions/.

Edwards III, G. C. (1980). *Implementing public policy* (R. L. Peabody, Ed.). Congressional Quarterly Press.

Erinaputri, N., Listiani, R., Pramudyawardani, F. D., & Novita Dwi Istanti. (2023). Peran Puskesmas Untuk Mencapai Universal Health Coverage di Indonesia: Literature Review. *Jurnal Medika Nusantara*, 1(2), 190–199. <https://doi.org/10.59680/medika.v1i2.310>

Fuad, A., Sitaresmi, M. N., Putri, S. S. M., & Puspandari, D. A. (2018). Financial Source Options for Telemedicine Program within Universal Health Coverage Era in Indonesia. *International Conference on Bioinformatics, Biotechnology, and Biomedical Engineering (BioMIC)*.

Fuadah Syukriani, Y. (2020). Academic Health System in West Java in Strengthening Primary Health Care. In *Journal of Midwifery* (Vol. 5, Issue 2). <http://jom.>

Gaventa, J. (2006). *Triumph, Deficit, or Contestation? Deepening the “Deepening Democracy” Debate*. the Institute of Development Studies. www.ids.ac.uk/ids/bookshop

Hill, M., & Hupe, P. (2002). *Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice*. Sage Publications.

Hogwood, B. W., & Gunn, L. A. (1984). *Policy Analysis for the Real World*. Oxford University Press.

Juanita. (2002). Peran Asuransi Kesehatan dalam Benchmarking Rumah Sakit dalam Menghadapi Krisis Ekonomi. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Universitas Sumatera Utara*, 1–1. https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=Peran+Asuransi+Kesehatan+dalam+Benchmarking+Rumah+Sakit+dalam+Menghadapi+Krisis+Ekonomi&btnG=

Kementerian Kesehatan. (2023). *Indonesia Health Systems Strengthening Project*. <https://ihss.kemkes.go.id/>

Kementerian Kesehatan. (2024). *Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan*. https://sisdmk.kemkes.go.id/persentase_puskesmas_9_jenis

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1047/2024 tentang Standar Peralatan dalam Rangka Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer pada Pusat Kesehatan Masyarakat, Unit Pelayanan Kesehatan di Desa/Kelurahan, dan Pos Pelayanan terpadu (2024).

Khan, A. R., & Khandaker, S. (2016). A Critical Insight into Policy Implementation and Implementation Performance. *VIEŠOJI POLITIKA IR ADMINISTRATIVAS*, 15(4), 538–548. <https://doi.org/10.13165/VPA-16-15-4-02>

Kruk, M. E., Porignon, D., Rockers, P. C., & Van Lerberghe, W. (2010). The Contribution of Primary Care to Health and Health systems in Low- and Middle-Income Countries: A Critical

Review of Major Primarycare Initiatives. *Social Science and Medicine*, 70(6), 904–911. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.025>

Kurniawan, J., & Salomo, R. V. (2021). Analysis of Policy Implementation on The Duties and Functions of the Cabinet Secretariat (Case Study: Function of Policy Recommendation). *Publik (Jurnal Ilmu Administrasi)*, 10(1), 78. <https://doi.org/10.31314/pjia.10.1.78-95.2021>

Leon, P. de, & Leon, L. de. (2002). What Ever Happened to Policy Implementation? An Alternative Approach. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 12 (4), 467–492. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a003544>

Lester, J. P., & Stewart Joseph. (2000). *Public Policy: An Evolutionary Approach* (C. Baxter, Ed.; 2nd ed.). Wadsworth/Thomson Learning.

Maeda, A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N., & Reich, M. R. (2014). Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies. In *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0297-3>

Mahendhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review. In K. Hort & W. Patcharanarumol (Eds.), *Health Systems in Transition* (Vol. 7, Issue 1). Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.

Masefield, S. C., Msosa, A., & Grugel, J. (2020). Challenges to Effective Governance in a Low Income Healthcare System: a Qualitative Study of Stakeholder Perceptions in Malawi. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06002-x>

Mazmanian, D. A., & Sabatier, P. A. (1983). *Implementation and Public Policy*. University Press of Amerika. Lanham. New York. London. <http://www.des.ucdavis.edu/Faculty/Sabatier/mazmaniansabatier.pdf>

Mboi, N. (2015). Indonesia: On the Way to Universal Healthcare. *Health Systems and Reform*, 1(2), :91-97. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1020642>

McConnell, A. (2010). Policy Success, Policy Failure and Grey Areas In-Between. *Journal of Public Policy*, 30(3), 345–362. <https://doi.org/10.1017/S0143814X10000152>

Mufiz, A. (2014). *Pengantar Administrasi Publik* (S. Nurhayati, Ed.; 2nd ed.). Universitas Terbuka, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. <https://repository.ut.ac.id/4590/1/MAPU5101-M1.pdf>

Mugambwa, J., Nabeta, N., Ngoma, M., Rudaheranwa, N., Kaberuka, W., & Munene, J. C. (2018). Policy Implementation: Conceptual Foundations, Accumulated Wisdom and New Directions. *Journal of Public Administration and Governance*, 8(3), 211. <https://doi.org/10.5296/jpag.v8i3.13609>

Nugroho, R. (2011). *Public Policy for The Delevoping Countries*. Pustaka Pelajar & Institute for Policy Reform.

Nugroho, R. (2017). *Public Policy: Dinamika Kebijakan Publik, Analisis Kebijakan Publik dan Manajemen Kebijakan Publik* (6th ed.). PT. Elex Media Komputindo.

- Odhus, C. O., Kapanga, R. R., & Oele, E. (2024). Barriers to and Enablers of Quality Improvement in Primary Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLOS Global Public Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002756>
- Payyappallimana, U. (2010). Role of Traditional Medicine in Primary Healthcare: An Overview of Perspective and Challenges. *Journal of Immunodeficiency & Disorders*, 01 (01). <https://doi.org/10.4172/2324-853X.1000e101>
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, Pub. L. No. Nomor 21 Tahun 2020 (2020).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan, Pub. L. No. Nomor 31 Tahun 2018 (2018). www.peraturan.go.id
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional, Pub. L. No. Nomor 72 Tahun 2012 (2012). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/41327/perpres-no-72-tahun-2012>
- Pisani, E., Kok, M. O., & Nugroho, K. (2017). Indonesia's Road to Universal Health Coverage: A Political journey. *Health Policy and Planning*, 32(2), 267–276. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw120>
- Prasad, M., Manjunath, C., Murthy, A., Sampath, A., Jaiswal, S., & Mohapatra, A. (2019). Integration of Oral Health into Primary Health Care: a Systematic Review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(6), 1838. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_286_19
- Pulzl, H., & Treib, O. (2007). *Handbook Of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods* (F. Fischer, G. J. Miller, & M. S. Sidney, Eds.). CRC Press Taylor & Francis Group. <https://www.proquest.com/books/handbook-public-policy-analysis/docview/2131807541/se-2>
- Putri, A. K., Gustriawanto, N., Rahapsari, S., Sholikhah, A. R., Prabaswara, S., Kusumawardhani, A. C., & Kristina, S. A. (2021). Exploring the Perceived Challenges and Support Needs of Indonesian Mental Health Stakeholders: a Qualitative Study. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00504-9>
- Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., Takemi, K., & Evans, T. G. (2016). Moving Towards Universal Health Coverage: Lessons from 11 Country Studies. *The Lancet*, 387(10020), 811–816. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2)
- Sarwar, M. R., Saqib, A., Iftikhar, S., & Sadiq, T. (2018). Antimicrobial use by WHO Methodology at Primary Healthcare Centers: a Cross Sectional Study in Punjab, Pakistan. *BMC Infectious Diseases*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3407-z>
- Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. (2023). *Surat Nomor No. YP.01.04/B.I/2725/2023*. <https://link.kemkes.go.id/usulanalkes2023>.
- Setyawan, F. E. B. (2018). Sistem Pembiayaan Kesehatan. *Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang*, 11(Saintika Medika). <https://doi.org/10.22219/sm.v11i2.4206>
- Sheng, Y. K. (2009). *What is Good Governance*. www.unescap.org/pdd
- Smith, K. B., & Larimer, C. W. (2018). *The Public Policy Theory Primer* (3th ed.). Routledge.

Soewondo, P., Ferrario, A., & Levenus Tahapary, D. (2013). Challenges in Diabetes Management in Indonesia: a Literature Review. *Globalization and Health*, 9:63. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-63>

Solihah, G. M., Sundoro, T., & Purnomo, P. S. (2022). Pengaruh Sarana Prasarana dan Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul Yogyakarta. *Kajian Ekonomi Dan Bisnis*, 17(1), 21–27. <https://doi.org/10.51277/keb.v17i1.111>

Srnita. (2016). Strategi Menihalkan Korupsi di Sektor Pendidikan dan Kesehatan. *Jurnal Kajian Politik dan Masalah Pembangunan*, 12.2, 1891–1902. <https://journal.unas.ac.id/politik/article/view/179>

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945, Pub. L. No. UUD Negara Republik Indonesia 1945 (1945). <https://jdih.bapeten.go.id/unggah/dokumen/peraturan/4-full.pdf>

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025, Pub. L. No. Nomor 17 Tahun 2007 (2005). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/39830>

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Pub. L. No. 17 Tahun 2023 (2023). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2001 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 Tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi, Pub. L. No. Nomor 20 Tahun 2001 (2001). <https://peraturan.go.id/files/uu20-2001.pdf>

UNODC. (2020). *Knowledge tools for academics and professionals: Corruption and Good Governance*. https://grace.unodc.org/grace/uploads/documents/academics/Anti-Corruption_Module_2_Corruption_and_Good_Governance.pdf

Ward, K. (2017). *Primary Healthcare and Family Medicine*. Academic Pages.

World Health Organization. (2005). *Fifty-Eighth World Health Assembly Geneva, 16-25 May 2005 Resolutions And Decisions Annex Geneva 2005*.

World Health Organization. (2018). *Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*.

World Health Organization. (2023). *Tracking Universal Health Coverage 2023: Global Monitoring Report*. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development /.