

EVALUASI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN GUNUNGGKIDUL

Mohammad Khozin

Sinergi Visi Utama Konsultan Yogyakarta

Email: ozin_siin@yahoo.com

ABSTRACT

Minimum service standard policy applied since 2002 are based on the Minimum Service Standard (SPM) arranged in circular Minister of Home Affairs No. 100/756/OTDA/2002, then set up further in Government Regulation No. 65 2005 edge various obstacles both at internal level bureaucracy nor the external environment. This research tries to answer how far the implementation of the policy of Minimum Service Standards could improve the quality of health service?. The public service is an activity that is performed by a person or a group of people with a materially factors through the system, specific procedures and methods in order to attempt to satisfy the interests of others in accordance with his authority. The research method used is a qualitative method by combining data analysis of primary dan data secondary. Standard service for a minimum of Gunungkidul Regency field can be accomplished with either. This can be seen from a comparison of the data from the indicator one year sections that have been compiled. But of the many indicators of the performance of service sections that have been set, still there are some indicators that are not obvious targeting.

Keyword: *Public services, minimum standard of public services, health service*

ABSTRAK

Kebijakan SPM dilaksanakan sejak 2002 didasarkan pada Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA/2002 yang kemudian diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah No. 65/2005 menimbulkan berbagai macam tantangan, baik dari internal birokrasi maupun lingkungan eksternal birokrasi. Penelitian ini mencoba untuk menjawab sejauhmana implementasi kebijakan SPM dapat memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan Publik adalah suatu aktivitas yang dilaksanakan oleh perorangan atau kelompok dengan faktor yang didasarkan pada sistem, prosedur yang spesifik, dan metode dalam tatanan untuk memuaskan kepentingan lainnya sesuai dengan kewenangan yang dimiliki. Metode dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan mengkombinasikan data primer dan sekunder. SPM di Kabupaten Gunungkidul dalam bidang kesehatan telah dilaksanakan, ini dapat dilihat dari perbandingan data dari indikator dalam setahun yang telah ditentukan, walaupun ada beberapa indikator kinerja belum memenuhi target.

Kata Kunci: *Pelayanan publik, Standar Pelayanan Minimal, Pelayanan kesehatan*

PENDAHULUAN

Dalam satu dekade terakhir ini bangsa Indonesia sedang berupaya memperbaiki kinerja pemerintahannya. Berbagai agenda reformasi birokrasi pada berbagai sektor dilakukan untuk dapat mewujudkan "good government". Salah satu upaya konkrit untuk mewujudkan "good government" di Indonesia adalah dengan diberlakukannya otonomi daerah pada 1999. Otonomi daerah merupakan pelimpahan sebagian wewenang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan yang bersifat lokal atas prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dan potensi lokal untuk memecahkan berbagai masalah dan pemberian pelayanan masyarakat setempat untuk mensejahterakan masyarakat. Dimana, dalam pelaksanaan pemberian pelayanannya, pemerintah harus berdasarkan pada standar pelayanan yang telah ditetapkan. Dengan demikian, akan terjadi kesamaan standar dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintah daerah kepada masyarakat Indonesia.

Ketentuan tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) diatur dalam surat edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA/2002, kemudian diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah No. 65/2005. Ketentuan tentang SPM yang harus dipenuhi oleh pemerintah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan publik. Pemahaman SPM secara memadai merupakan hal yang signifikan berkaitan dengan hak-hak konstitusional perorangan maupun kelompok masyarakat yang harus mereka peroleh dan wajib dipenuhi oleh pemerintah, berupa tersedianya pelayanan publik (pelayanan dasar) yang harus dilaksanakan oleh pemerintah kepada masyarakat. Di jajaran birokrasi pemerintah sendiri pengertian SPM masih sering dikacaukan dengan standar persyaratan teknis, standar kerja dan standar pelayanan prima.

Dengan adanya otonomi daerah yang ditandai dengan disahkannya Undang-Undang No. 22/1999 yang selanjutnya diperbaharui dengan Undang-Undang No.32/2004, ternyata makin memperlonggar kewenangan daerah dalam berbagai bidang. Hal ini mengakibatkan pelaksanaan kewenangan antardaerah yang satu berbeda dengan daerah yang lain. Wacana ini menuntut pemerintah pusat tetap harus memperhatikan hak-hak masyarakat Indonesia secara keseluruhan, sehingga untuk menjamin hal itu, pemerintah pusat membuat kebijakan mengenai Standar Pelayanan Minimal.

Dalam Pasal 10 ayat (1) Undang-Undang No. 32/2004 disebutkan Pemerintahan

Daerah menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya.. Kemudian Pasal 11 ayat (3) menyebutkan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintah daerah berdasarkan kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas urusan wajib dan urusan pilihan. Luasnya cakupan pelayanan dasar, sebagaimana urusan wajib yang menjadi kewenangan daerah. Sehingga perlu adanya pengaturan standar pelayanan, paling tidak dalam kategori minimal dengan berpedoman pada standar yang ditetapkan. Tujuannya adalah untuk mengukur tingkat kualitas pelayanan jasa, pelayanan barang dan/atau pelayanan usaha yang diberikan pemerintah dan/atau pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. SPM merupakan tolok ukur untuk menilai kinerja penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat di bidang pemerintahan umum, pendidikan, kesehatan, fasilitas umum dan layanan publik lainnya. Penerapan SPM membutuhkan aturan normatif dan memiliki kekuatan hukum yang jelas dan kuat. Sehingga dapat diimplementasikan dengan baik. Selain itu perlu juga dilakukan evaluasi serta monitoring untuk mengetahui seberapa jauh keberhasilan dari kebijakan SPM ini.

Penerapan SPM di lingkungan instansi pemerintah daerah secara kelembagaan di monitor dan dikendalikan melalui gubernur sebagai wakil pemerintah di daerah (dekonsentrasi). Banyaknya keluhan dari masyarakat mengindikasikan sistem monitoring pemerintah terhadap penerapan SPM ini belum efektif. Monitoring dan evaluasi ini seharusnya melibatkan juga pihak eksternal pemerintah yang independen. Dengan demikian, jika ditemukan adanya penyimpangan dari SPM maka dapat diambil sanksi. Meskipun kewajiban penyusunan rencana target pencapaian SPM bagi pemerintah daerah di seluruh kabupaten ataupun kota di seluruh Indonesia sudah lama diserukan, namun belum semua pemerintah daerah memenuhi kewajibannya tersebut. Selain mereka belum paham sepenuhnya tentang konsep SPM ini, mereka juga memiliki kendala dalam penyusunannya, seperti penentuan indikator maupun masalah dana. Hanya saja beberapa daerah sudah mulai menyusunnya. Meskipun belum semua bidang dapat disusun Standar Pelayanan Minimalnya. Salah satunya adalah pemerintah daerah Kabupaten Gunungkidul. Kabupaten yang berada di wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) ini dalam penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakatnya telah berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal yang diterbitkan oleh kementerian terkait di pemerintah pusat. Wilayah

ini menarik sebagai obyek kajian karena wilayah ini memiliki kendala geografis yang cukup sulit untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Namun demikian, pelayanan kepada masyarakat harus tetap dilaksanakan sesuai dengan SPM yang sudah ditetapkan. Selain itu, karena kajian ini diawali pada awal 2007 yang merupakan masa rekonstruksi pasca bencana gempa bumi yang melanda wilayah Propinsi DIY dan memporakporandakan berbagai fasilitas umum termasuk didalamnya adalah Puskesmas dan wilayah Kabupaten Gunungkidul adalah wilayah yang relatif tidak parah, termasuk Puskesmas yang menjadi salah satu obyek dari kajian ini juga tidak mengalami kerusakan sebagaimana di Kabupaten Bantul, Kota Yogyakarta, Kabupaten Sleman, maupun Kabupaten Kulonprogo. Karena hal ini dapat berpengaruh pada penilaian masyarakat dalam proses pengumpulan data yang berkaitan dengan kualitas pelayanan Puskesmas yang salah satu indikator penilaiannya adalah bangunan fisik Puskesmas. Beberapa bidang yang telah tersedia Standar Pelayanan Minimalnya, perlu kiranya untuk dilakukan evaluasi untuk dapat mengetahui apakah standar pelayanan minimal ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Untuk itu menarik kiranya jika ada studi yang mengukur kinerja pemerintah daerah dalam melayani masyarakatnya. Agar pembahasan dalam kajian ini lebih fokus, maka pembahasan dibatasi hanya pada bidang kesehatan saja. Dengan demikian dapat lebih tajam dalam membahasnya. Diharapkan kajian ini dapat menjawab pertanyaan yang selama ini berkembang pada sebagian masyarakat tentang apakah SPM bidang pelayanan kesehatan dasar di lingkungan Pemerintah Kabupaten Gunungkidul dapat tercapai? Seberapa jauh penerapan kebijakan SPM bidang kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan?

KERANGKA TEORITIK

1. Pelayanan Publik

Menurut H.A.S Moenir (1995), pelayanan publik merupakan upaya yang dapat memberikan manfaat bagi pihak lain dan dapat ditawarkan untuk digunakan dengan membayar kompensasi penggunaan. Pelayanan publik adalah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor materiil melalui sistem, prosedur dan metode tertentu dalam rangka usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya.

Pelayanan publik dapat dilakukan oleh perorangan, badan usaha, dan negara dalam hal ini baik pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun badan usaha milik pemerintah. Sebagai produk yang sifatnya *intangible*, maka aktifitas pelayanan publik tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Dalam ilmu ekonomi kita mengenal dua macam barang, yaitu; barang-barang individual (*private goods*) atau barang-barang swasta (*public goods*). Contoh dari barang-barang individual adalah beras, pakaian, kendaraan, dan alat-alat rumah tangga. Sedangkan contoh dari barang-barang publik adalah jalan umum, jaringan listrik, pelabuhan, air bersih, dan lain sebagainya. (Nurmandi, 1996).

Pelayanan publik di Indonesia banyak dikenal dengan sifatnya yang terlalu birokratis. Sehingga tidak jarang sering mendapatkan keluhan dari masyarakat. Hal ini bisa terjadi tak lain karena birokrasi kurang memperhatikan kepentingan masyarakat dalam melayani. Paradigma yang dipergunakan para pengelola pelayanan publik cenderung lebih bersifat direktif yang hanya memperhatikan/mengutamakan kepentingan birokrasi sendiri. Sedangkan masyarakat sebagai pengguna mau tidak mau harus tunduk pada birokrasi. Seharusnya pelayanan publik dikelola dengan paradigma yang lebih memfokuskan diri kepada kepentingan masyarakat.

Sejalan dengan perkembangan manajemen pemerintahan negara dalam upaya mewujudkan pelayanan prima dan berkualitas, paradigma pelayanan publik berkembang dengan fokus pengelolaan yang berorientasi kepuasan pelanggan yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut: *Pertama*, lebih memfokuskan diri kepada fungsi pengaturan melalui berbagai kebijakan yang memfasilitasi berkembangnya kondisi yang kondusif bagi kegiatan pelayanan. *Kedua*, memfokuskan diri pada pemberdayaan masyarakat, sehingga masyarakat mempunyai rasa memiliki yang tinggi terhadap fasilitas pelayanan. *Ketiga*, menerapkan sistem kompetensi dalam hal penyediaan pelayanan publik tertentu, sehingga masyarakat memperoleh pelayanan yang berkualitas. *Keempat*, fokus pada pencapaian visi, misi, tujuan dan sasaran yang berorientasi pada hasil (*outcomes*). *Kelima*, mengutamakan keinginan masyarakat. *Keenam*, pada hal tertentu, pemerintah juga berperan untuk memperoleh masukan dari pelayanan yang dilaksanakan. *Ketujuh*, mengutamakan antisipasi terhadap permasalahan pelayanan. *Kedelapan*, lebih mengutamakan desentralisasi dalam pelaksanaan pelayanan. *Sembilan*, menerapkan sistem pasar dalam memberikan pelayanan. (Lembaga Administrasi Negara).

Di Indonesia upaya menerapkan pelayanan berkualitas dilakukan melalui konsep pelayanan prima. Konsep ini dijabarkan dalam berbagai sistem seperti pelayanan satu atap atau pelayanan satu pintu. Perubahan kebijakan dan peraturan perundang-undangan dalam penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan daerah juga tidak lepas dari upaya untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan. Perubahan tersebut juga didasari pergeseran paradigma dari sentralistis ke desentralisasi dalam upaya meningkatkan efisiensi, mutu dan efektivitas pelayanan.

2. Standar Pelayanan Publik

Adanya otonomi daerah belum tentu menjamin pelayanan akan menjadi lebih baik. Namun, pemerintah harus lebih tegas dalam membuat kebijakan berkaitan dengan pelayanan kepada masyarakat. Salah satunya adalah dengan membuat standar pelayanan publik. Setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan. Menurut Keputusan MENPAN No. 63/2004, standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:

a. **Prosedur pelayanan**

Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan.

b. **Waktu penyelesaian**

Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan, termasuk pengaduan

c. **Biaya pelayanan**

Tarif pelayanan termasuk rinciannya ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan

d. **Produk pelayanan**

Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan

e. **Sarana dan prasarana**

Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh

penyelenggara pelayanan

f. Kompetensi petugas pemberi pelayanan

Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan (Ratminto & Atik Septik; 2005)

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian evaluatif yang berusaha untuk mengkaji implementasi SPM di Dinas Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah metode survey, observasi, dan wawancara mendalam. Metode survey ditujukan kepada masyarakat yang merasakan implementasi SPM. Sedangkan wawancara ditujukan kepada Kepala Dinas, Kepala Bidang, Kepala Seksi, staf di Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul. Teknis analisis data yang digunakan adalah perpaduan antara kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif akan digunakan untuk melihat persepsi masyarakat terhadap implementasi dan dipadukan dengan analisis deskriptif untuk ditarik sebuah kesimpulan.

HASIL DAN ANALISIS

1. Dinamika Penyelenggaraan Kebijakan SPM di Kabupaten Gunungkidul

Untuk mengetahui bagaimana dinamika pelaksanaan kebijakan SPM di level Puskesmas diperlukan lebih banyak data primer yang dapat digali dari manajemen Puskesmas, terutama para Kepala Puskesmas. Diawali dengan penggalian informasi mengenai pengetahuan mereka terhadap kebijakan SPM. Ketiga Kepala Puskesmas menyatakan mengenal dengan baik apa itu SPM. Menurut salah satu dari ketiga responden utama ini SPM bidang kesehatan disusun dengan melibatkan seluruh Puskesmas dan Dinas Kesehatan. Namun ada salah satu dari mereka yang tidak dapat memberikan informasi yang cukup tentang proses penyusunan SPM karena tidak terlibat pada proses penyusunannya. Puskesmas ternyata memiliki peran penting dalam penyusunan SPM bidang kesehatan, terutama pelayanan dasar. Pada saat SPM di susun menurut kepala Puskesmas Panggang II mereka diminta menentukan indikator-indikator pelayanannya dan kemudian menentukan target capaian yang

akan dicapai pertahun. Sebab mereka adalah pelakunya, jadi harus hadir dalam penyusunan dokumen ini terutama dalam penentuan capaian indikator layanan. Tak jarang mereka harus tawar-menawar dengan para *stakeholder* lain yang datang pada penyusunan dokumen tersebut.

Kemudian bagaimana dalam implementasinya? Banyak fenomena menarik pada bagian yang satu ini, kebijakan SPM yang pada saat itu termasuk merupakan hal yang baru memunculkan banyak wacana, pencampuradukan pemahaman antara Standar Pelayanan Minimal dengan Standar Pelayanan Teknis menjadi salah satu wacana yang cukup panjang di kalangan pelaku kebijakan, terutama di Puskesmas. Maklum SPM adalah barang baru dalam dunia pelayanan birokrasi, sehingga membutuhkan waktu dan sosialisasi yang cukup. Namun di kalangan Puskesmas Kabupaten Gunungkidul hal ini tidak begitu menjadi masalah, karena banyaknya kegiatan sosialisasi yang dilakukan pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten membuat para birokrat pelaku layanan mudah dan cepat memahami apa itu SPM dan bisa membedakan antara SPT dan SPM. Dalam implementasi SPM Puskesmas memiliki peranan penting, hal ini mengingat Puskesmas adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar atau *basic six* yang langsung berhubungan dengan masyarakat. Keterangan dari para kepala Puskesmas yang menjadi sampel dalam penelitian ini didapatkan informasi bahwa mereka mengaku dilibatkan dalam SPM ini, meskipun harus beberapa kali hadir dalam forum di tingkat kabupaten, mereka aktif berpartisipasi didalamnya. Seperti yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Panggang II berikut ini:

"Kami memang dilibatkan dalam penyusunan dokumen tersebut, terutama dalam menentukan target capaian kinerja. Pemerintah Kabupaten memang harus melibatkan kami, sebab yang akan melaksanakan adalah kami. Jadi jangan sampai target yang dipatok terlalu berlebihan dan tidak sesuai dengan kemampuan kami ini." (Wawancara dengan Kepala Puskesmas Panggang II- 26 September 2007).

Namun demikian dalam proses penyusunan SPM tersebut memang tidak harus kepala Puskesmas yang harus datang langsung. Seperti yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas Ponjong 1, pada waktu penyusunan SPM 2003 lalu, Kepala Puskesmas Ponjong ini mempercayakan pada salah satu dokternya untuk mewakili dirinya dengan alasan bahwa pejabat fungsional lebih bisa menguasai prosedur kerja, sehingga dia akan lebih tahu bagaimana capaian kerja bisa dicapai. Meskipun demikian, personil yang

mewakili pada proses penyusunan SPM tersebut tetap melaporkan dan berdiskusi dengan personil lainnya di Puskesmas.

Setelah melalui proses yang cukup panjang, dokumen SPM disahkan sebagai sebuah produk hukum daerah yang memiliki kekuatan. Target atau capaian kinerja yang tertuang dalam dokumen SPM sebetulnya sudah boleh dibilang standar dan bahkan mudah untuk dicapai, meskipun demikian pengawasan dalam implementasi kebijakan ini harus diawasi. Puskesmas selaku agen utama penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat memiliki tanggungjawab yang cukup berat dalam implementasi SPM ini.

Kebijakan SPM yang ada hanya merupakan alat untuk dapat menggiring kinerja pelayanan agar pelayanan bisa menjadi lebih baik. Menurut pendapat Kepala Puskesmas Panggang II tanggungjawab Puskesmas sebetulnya hanya menyelenggarakan pelayanan seperti apa yang sudah ditugaskannya. Dengan adanya kebijakan SPM ini, maka Puskesmas harus mencapai target yang sudah ditetapkan, meski pada kebijakan tersebut adalah target minimal. Kepala Puskesmas Wonosari I berpendapat, menurutnya target yang ditetapkan pada kebijakan SPM ini sangat minimal sekali, jauh dari standar ISO yang sebetulnya bisa kita capai, meskipun bertahap.

Memang yang terjadi di lapangan adalah demikian, tidak hanya di Puskesmas Wonosari I saja, di Puskesmas Panggang II dalam penerapan SPM target yang dicapai bisa melebihi dari apa yang sudah ditetapkan oleh pemerintah. Hal ini dilihat dalam laporan tahunan mengenai capaian indikator SPM yang diterbitkan Dinas Kesehatan setempat yang menunjukkan hasil yang memuaskan.

Tabel Capaian Indikator SPM

No.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR SPM	PELAKSANAAN		
			2004	2005	2006
1	Penerbitan Perijinan kerja/praktek tenaga kesehatan	Waktu yang diperlukan 6 hari kerja	4 hari	Sekarang ditangani KTSP	Sekarang ditangani KTSP
2	Penerbitan Perijinan sarana kesehatan	Waktu yang diperlukan : - Rumah sakit umum 12 hari kerja -sarana kesehatan lainnya (termasuk praktek berkelompok) 12 hari kerja	8 hari		
3	Penerbitan Perijinan Apotek dan Toko Obat	Waktu yang diperlukan 6 hari kerja	4 hari		
4	A. Penyelenggaraan Kesehatan Dasar				
	a. Pelayanan kesehatan ibu hamil dan bayi lahir	<ul style="list-style-type: none"> • 80% ibu hamil terlayani K-4 • 90% Neonatal terlayani KN-2 • 80% persalinan oleh nakes 	58,85 62,4% 60,5%	74,6% 79,6% 74,5%	80,7% 76,3% 78,5%
	b. Pelayanan kesehatan bayi dan anak pra sekolah	<ul style="list-style-type: none"> • 75% bayi dilayani deteksi tumbuh kembang (DTKB) oleh Nakes 4 kali pertahun • 75% Anak Balita DTKB 2kali/tahun 	- 20,37%	82,54% 40,28%	84,2% 38,24%
	c. Pelayanan kesehatan anak usia sekolah	<ul style="list-style-type: none"> • 100% murid SD dan setingkat SD (Kelas I) diperiksa kesehatan umum dan gigi 1 x pertahun • 80% anak SD dan setingkat SD memperoleh PMT 	100% 100%	100% diknas	100% Diknas
	d. Pelayanan kesehatan usia subur	<ul style="list-style-type: none"> • 70% peserta aktif KB dilayani 	79,98%	81,78%	82,04%
	e. Pelayanan kesehatan usia lanjut	<ul style="list-style-type: none"> • 25% usia lanjut 60 tahun keatas mendapat pelayanan kesehatan 	19,23%	23,58%	72,80%
	f. Pelayanan Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> • 80% Bayi telah menerima imunisasi dasar lengkap 	93,09%	71,10%	92,2%
	g. Pelayanan kesehatan indera	<ul style="list-style-type: none"> • 20% penderita katarak pada Gakin dioperasi. • 10% penderita kelainan Refraksi murid SD pada Gakin 			
	h. Pelayanan kesehatan jiwa	<ul style="list-style-type: none"> • 10% kasus gangguan jiwa yang dideteksi di sarana pelayanan kesehatan umum dilayani 	-	100%	100%
	i. Pelayanan pengobatan dan perawatan kesehatan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • 15% penduduk memperoleh pelayanan rawat jalan di sarana kesehatan 	31,95%	35,94%	32,53%

		<ul style="list-style-type: none"> • 1,5% penduduk memperoleh pelayanan rawat inap yang prima 	5,33%	6,31%	6,40%
		<ul style="list-style-type: none"> • 40% keluarga rawan (Resiko tinggi) memperoleh kunjungan rumah oleh petugas kesehatan <ul style="list-style-type: none"> - Bayi/balita dengan gizi buruk - keluarga ada yang menderita penyakit khusus (TBC, Anemia, KEK) - Ibu hamil yang menderita Resti 	0,018%	1,21% TBC: 0,027%	1,18%
	B. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Rujukan				
	a. Pelayanan kesehatan rujukan	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya pelayanan kesehatan dasar (Kebidanan, bedah, penyakit dalam, anak) 	100%	100%	100%
		<ul style="list-style-type: none"> • Hunian rawat inap (BOR) mencapai 70% 	55,2%	50,7%	102,8%
		<ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya pelayanan gawat darurat dan penanggulangan bencana 100% 	100%	100%	100%
	C. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Penunjang				
	- Pelayanan laboratorium klinik dan kesehatan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedia Laboratorium dengan kemampuan memberikan layanan pemeriksaan laboratorium klinik sederhana. • Tersedianya laboratorium RSUD dengan kemampuan memberikan pelayanan pemeriksaan laboratorium terbatas • Tersedianya laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan memberikan pelayanan pemeriksaan laboratorium kesehatan masyarakat parameter terbatas 	100%	100%	100%
			100%	100%	100%
			100%	100%	100%
5	Penyelenggaraan upaya dan Promosi Kesehatan Masyarakat.				
	a. Penyuluhan perilaku sehat	<ul style="list-style-type: none"> - 60% Desa Sehat Strata III dan atau IV - 70% penduduk berperilaku sehat 	61,25%	62,50%	62,50%
			29,23%	78,39%	78,39%
	b. Promosi kesehatan untuk pemberdayaan masyarakat dalam upaya kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - 15% Posyandu mandiri - 50% Posyandu Madya - Organisasi Kemasyarakatan tercakup program promosi kesehatan 	12,10% 35,68%	10,23% 37,54%	10,2% 37,5%
6	a. Penyelenggaraan Penyelidikan Epidemiologi dan penanggulangan KLB.	<ul style="list-style-type: none"> • 100% Desa/Kelurahan KLB dilakukan penyelidikan epidemiologi • 100% kasus ditanggulangi 	100%	100%	100%
				100%	100%

7.	b. Pencegahan dan Pemberantasan penyakit menular	• 0% angka kesakitan polio				
		• 85% kesembuhan penderita TBC paru BTA	97,74%	86,07%	64,02%	
		• 50% penurunan jumlah kasus malaria	-	Dari 27 ke 3	Dari 3 Ke 17	
		• Kurang dari 1% prevalensi kusta/10.000 penduduk	0,0265	0,2249	0,235	
		• 85% penemuan Pneumonia balita	100%	100%	100%	
		• 10% prevalensi sifilis dan gonore di kalangan kelompok resiko tinggi	dari Ke 239	Dari 239 Ke 124	Dari 124 Ke 107	
		• 50% penurunan jumlah kasus DBD • 50% penurunan jumlah kasus diare balita	53	73	63	
7.	a. Pengawasan kualitas lingkungan	• 50% tempat-tempat umum (TTU) memenuhi standartd	72,93%	58,61%	58,61%	
		• 50% Tempat pengolahan makanan (TPM) memenuhi standard	74,55%	38,14	38,14	
		• 50% keluarga menghuni rumah sehat	29,32%	-	-	
			-	87,80%	87,80%	
8.	b. Pengendalian vector	• 70% sediaan air bebas jentik nyamuk	-	87,80%	87,80%	
		8. Penyediaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar	• 100% ketersediaan jenis obat sesuai Standar Pelayanan Kesehatan Dasar	98,61%	90,00%	90,00%
			• 75% ketersediaan jumlah obat sesuai Standar Pelayanan Kesehatan Dasar	98,61%	88,02%	88,02%
9.	Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Narkotika, Psikotropika dan Zat Aditif lainnya yang berbasis masyarakat	• 15% Sarana Pelayanan Kesehatan Umum melaksanakan Upaya Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan (P3) NAPZA	2,01%	10,03%	10,03%	
10	1. Pemantauan Pertumbuhan Balita	• 70% Balita ditimbang (D/S)	83,19%	77,78%	77,78%	
		• 85% Balita diatas Garis Merah	98,36%	98,38%	98,38%	
	2. Pemberian Suplemen Gizi	• 100% Balita mendapat Kapsul Vit A 2x setahun	99,19%	98,20%	98,20%	
		• 80% Ibu hamil mendapat Tablet Fe	-	76,34%	76,34%	
• 100% wanita usia subur dan murid SD/setingkat SD di daerah Endemik Berat mendapat kapsul Yodium		-	70,78%	70,78%		
3. Pelayanan Gizi	• 100% pemberian makanan pendampingASI pada bayi gizi kurang dari keluarga miskin	-	100,00%	100,00%		
	• 100% balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai standard	100,00%	100,00%	100,00%		
4. Penyuluhan Gizi Seimbang	4. Penyuluhan Gizi Seimbang	• 40% ibu menyusui tercakup program penyuluhan ASI eksklusif	-	28,29%	28,29%	
		• 60% rumah Tangga tercakup program penyuluhan garam beryodium yang memenuhi syarat	-	-	-	

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa pencapaian kinerja dari indikator-indikator yang telah ditentukan dari tahun ke tahun selalu meningkat dengan angka capaian yang lebih tinggi dari angka yang sudah ditetapkan, sepertinya memang target yang mudah untuk dicapai. Tidak semua pelayanan kesehatan yang disebutkan dalam dokumen SPM menjadi tanggungjawab Puskesmas, Puskesmas hanya menangani basic six saja atau hanya pada masalah pelayanan kesehatan dasar saja. Namun demikian puskesmas tetap menjadi ujung tombak keberhasilan pelayanan kesehatan di setiap daerah. Karena pada kenyataannya masalah diluar *basic six* pun juga tertangani oleh Puskesmas.

Padahal pelayanan kesehatan dasar atau *basic six* yang harus ditangani puskesmas sudah cukup banyak. Itu pun tidak hanya yang berkaitan dengan pengobatan saja, tapi juga termasuk masalah kesehatan lainnya yang berhubungan dengan masyarakat, yang kadang melibatkan sektor lain. Padahal Puskesmas dibebani oleh pemerintah daerah yang dalam hal ini Dinas Kesehatan untuk mencapai target-target yang telah ditetapkan dalam dokumen SPM.

Lalu bagaimana Puskesmas berbagai tugas dengan sektor lain dalam upaya mencapai target tersebut? Kepala Puskesmas pada ketiga obyek penelitian menyampaikan bahwa selama ini mereka bekerjasama dengan banyak pihak terutama untuk program-program yang lintas sektoral. Kepala Puskesmas Panggang II mengaku melakukan kegiatan rutin pertemuan dengan para kepala desa dan kader desa 3 bulanan, selain itu puskesmas juga aktif dalam kegiatan - kegiatan yang diagendakan oleh kecamatan. Hal ini dilakukan sebagai upaya melibatkan sektor lain diluar Puskesmas untuk dapat berperan dalam pencapaian keberhasilan target kinerja yang sudah ditetapkan dalam SPM.

Bahkan, di Puskesmas ini didirikan BPP (Badan Penyantun Puskesmas) sebagai wadah bagi *stakeholder* Puskesmas untuk melakukan intervensi program pelayanan kesehatan. BPP ini beranggotakan tokoh masyarakat setempat, pejabat di kelurahan, karang taruna, tokoh agama dengan melibatkan mereka dalam kegiatan dan program-programnya Kepala Puskesmas merasa beban pencapaian target dapat lebih mudah. Paling tidak Puskesmas akan lebih mudah mengajak BPP untuk lebih memperdulikan kesehatan dan diharapkan bisa ikut membantu melakukan promosi

kesehatan. Sayangnya lembaga ini hanya ada di wilayah kerja Puskesmas Panggang II, di Puskesmas lain belum ada yang mendirikan lembaga ini. Hal yang unik lagi adalah upaya Puskesmas menurunkan angka resiko kematian ibu melahirkan dengan merangkul para dukun beranak yang ada di wilayahnya untuk tetap terlibat dalam proses melahirkan dan bukan mengambil lahan mereka.

Di wilayah Puskesmas Panggang II para dukun beranak dibina dan diajak bekerjasama dengan Puskesmas. Ada pertemuan rutin bagi para dukun ini yang dilakukan 3 bulan sekali. Mereka mendapatkan bimbingan mulai dari bagaimana melakukan perawatan kehamilan sampai upaya merujuk para ibu hamil untuk melahirkan dengan bantuan tenaga medis. Para dukun ini tidak merasa kehilangan lahannya lantaran ibu hamil yang mereka rawat tidak melahirkan dengan menggunakan jasanya, melainkan dengan tenaga medis di Puskesmas, karena Puskesmas Panggang II mensiasatinya dengan memberikan insentif bagi mereka yang merujuk kelahiran ke Puskesmas. Lalu bagaimana dengan upaya dari Puskesmas Ponjong I dan Wonosari I? Kepala Puskesmas Wonosari I mengungkapkan bahwa ada beberapa kerjasama dengan lintas sektoral yang mereka kerjakan, seperti; program gizi, desa siaga, Posyandu dan pembinaan kader. Sedangkan di Puskesmas Ponjong I, menyelenggarakan pertemuan lintas sektoral sebulan sekali dengan *stakeholder*, seperti; Camat dan Kades. Tapi sayangnya mereka kadang tidak datang, padahal pertemuan ini sangat penting sekali untuk membahas berbagai hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Di Puskesmas Wonosari I, Kepala Puskesmas di wilayah Kota Wonosari menyampaikan bahwa angka-angka tersebut sebetulnya mudah untuk dicapai. Namun, ada yang menjadikan pelayanan menjadi kurang maksimal, sebab *reward* yang diberikan kepada para SDM-nya masih sangat rendah, sehingga tidak dapat memacu untuk dapat berbuat lebih dari hanya sekedar mengejar angka. Secara Psikologis dalam melayani masyarakat tidak bisa meningkat. Karena kunci dalam keberhasilan pelayanan adalah *reward* yang jelas bagi pelayanannya. Selain itu masalah anggaran juga menjadi penghambat bagi terselenggaranya pelayanan kepada masyarakat. Model penganggaran yang sering lambat mencairnya (kerja dulu, dana belakangan) merupakan penyakit lama birokrasi yang selalu menghadangnya. Demikian juga hambatan yang diutarakan oleh

Kepala Puskesmas Panggang II, lambatnya pencairan dana dan prosedur birokrasi yang berbelit sering menjadikan beberapa program pelayanan kepada masyarakat tertunda. Apalagi untuk program - program yang sifatnya lintas sektoral dengan melibatkan SKPD lain, maka hal ini sangat tergantung sekali pada anggaran yang belum cair. Berbeda lagi dengan kondisi di Puskesmas Ponjong I, menurut kepala Puskesmas bahwa kondisi Puskesmasnya kini bisa lebih baik karena ada program ISO sehingga beberapa hambatan yang ada dapat diatasinya. Kondisi sebelum ikut program ISO sangat menyedihkan, untuk mencapai target SPM yang sudah ditetapkan oleh pemerintah daerah tidak ditunjang oleh SDM yang memadai. Penempatan SDM yang tidak sesuai dengan *job description*-nya, standar kompetensi SDM bidan, perawat yang tidak sesuai kompetensinya,

"Selain itu masih ada contoh lain tidak memadainya SDM untuk menunjang pencapaian kinerja kami, misalnya pada bagian Farmasi, Obat (yang Handel bukan orang yang berkompeten dan tidak menguasai dibidangnya) terus masalah Rekam Medic (hanya dipegang oleh lulusan SMP) dan intinya SDM belum sesuai dengan Tupoksi dan Anggapan orang - orang diluar kesehatan (masyarakat) merasa bahwa kesehatan seakan cuma tanggung jawab/ urusan Puskesmas saja padahal kalau kita tahu masyarakat juga harus ikut andil." (Wawancara, 10 Oktober 2007)

Hambatan - hambatan internal yang di alami oleh Puskesmas Ponjong I dapat teratasi dengan adanya bersertifikasi ISO 9001-2000. Untuk mendapatkan sertifikat ISO 9001-2000, Puskesmas harus melengkapi dirinya dengan berbagai persyaratannya. Bagaimanapun juga hambatan- hambatan tersebut harus dihadapi, karena tugas Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kepada masyarakat harus memberikan pelayanan yang terbaik. Sebab selain tanggungjawab melayani, Puskesmas juga memiliki kewajiban untuk mencapai angka-angka absolut capaian kinerja yang sudah ditetapkan dalam dokumen SPM.

Kepala Puskesmas Panggang II menerapkan strategi pencapaian angka absolut dengan menyelenggarakan berbagai program-program yang lebih bersifat promotif dan melibatkan masyarakat langsung. Diantaranya adalah program desa siaga, KIA, K4. Pembukaan kelas hamil, penyuluhan, senam hamil (sebulan sekali) dan kalau ada uang diselenggarakan acara minum susu bersama. Hal lain yang bersifat kemitraan juga dilakukan untuk menekan angka resiko tinggi melahirkan bagi ibu hamil dengan merangkul para dukun bayi untuk turut serta dalam perwujudan Desa Siaga serta

memberikan *reward* untuk dukun beranak kalau mau merujuk ke Puskesmas, menyelenggarakan pelatihan untuk para dukun beranak sampai pemilihan dukun teladan yang diselenggarakan sekali dalam setahun. Upaya lainnya adalah dengan melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan dengan membentuk lembaga Badan Penyantun Puskesmas yang beranggotakan para *stakeholder* di lingkungan Puskesmas Panggang II seperti camat, kepala desa, kepala sekolah, RT/RW, serta tokoh agama..

Di Puskesmas Wonosari I ternyata ada beberapa upaya yang sama dilakukan, Program pembinaan kepada para dukun beranak aktif dilakukan untuk menekan jumlah kegagalan ibu melahirkan. Sedangkan upaya lainnya tidak banyak dilakukan, yang penting bagi Puskesmas adalah meningkatkan kepuasan pelayanan kepada masyarakat. Kalau masyarakat puas, pastinya angka absolut juga akan tercapai. Jadi selama ini Puskesmas Wonosari I lebih memaksimalkan pada penyediaan sarana dan prasarana penunjang kegiatan pelayanan kepada masyarakat. Demikian juga yang dilakukan oleh Puskesmas Ponjong I bermitra dengan para dukun dan masyarakat ternyata cukup efektif dijadikan upaya untuk dapat mencapai target kinerja.

2. Pengawasan (Monitoring dan Evaluasi)

Kegiatan monitoring dan evaluasi implementasi sebuah kegiatan akan lebih baik jika dilakukan oleh dua pihak, yaitu; internal maupun pihak eksternal. Keduanya tentunya memiliki batasan-batasan dan wilayah yang harus diawasi. Kemudian bagaimanakah pengawasan pada kebijakan SPM ini dilakukan di level Puskesmas? Menurut Kepala Puskesmas Panggang II pengawasan penyelenggaraan kebijakan SPM di Puskesmas diserahkan sepenuhnya kepada masyarakat. Intinya SPM adalah upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat, sehingga jika masyarakat merasakan ada yang tidak sesuai dapat melakukan *komplain* langsung baik kepadanya maupun kepada Puskesmas. Sedangkan pada tataran internal, SPM dievaluasi oleh Dinas Kesehatan 2 kali dalam setahun. Untuk mempermudah masyarakat menyampaikan hasil pengawasannya, pihak Puskesmas menyediakan kotak saran. Khusus di Puskesmas Ponjong I mereka punya mekanisme audit terhadap internal mereka sendiri yang dilakukan oleh Tim ISO 9001-2000.

Selain melakukan pengawasan dengan melibatkan masyarakat, pihak Puskesmas juga melakukan pengukuran terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diselenggarakannya. Hal ini untuk mengukur apakah pelayanan yang dilakukan oleh Pihak Puskesmas makin membaik atau tidak. Seperti yang dilakukan oleh ketiga Puskesmas dalam penelitian ini, mereka melakukan pengukuran secara rutin untuk mengetahui kepuasan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Masing-masing Puskesmas melakukan survey kepuasan. Dari ketiganya yang paling intens melakukan adalah Puskesmas Ponjong I, sebab semenjak Puskesmasnya mendapatkan sertifikat ISO 9001-2000, diwajibkan melakukan survey kepuasan pelanggan 4 bulanan.

Berbeda lagi yang dilakukan Puskesmas Panggang II, selain melakukan survey kepuasan pelanggan, aktif juga melakukan pengecekan terhadap angka cakupan kerja (tinggi rendahnya), apakah sudah tercapai apa belum. Menyerap aspirasi dari masyarakat pun dilakukan melalui Badan Penyantun Puskesmas dan turun ke Dusun Siaga. Dengan demikian, diharapkan Puskesmas akan mendapatkan banyak masukan dari masyarakat.

Hasil pengamatan diketahui bahwa upaya dari ketiga Puskesmas untuk melakukan pengukuran kinerja sudah bagus. Namun, kegiatan survey yang dilakukan masih dikelola sendiri oleh penyelenggara pelayanan, sehingga keobyektifannya masih dipertanyakan. Seperti keraguan yang diungkapkan oleh salah seorang personil di Puskesmas Ponjong I berikut ini.

"Aku juga sanksi mas, setiap dilakukan survey pasti hasilnya bagus, bagus, dan bagus terus. Apakah memang demikian atau karena masyarakat tidak obyektif dalam menjawab ya?" (Wawancara, 25 Agustus 2007).

Kebijakan SPM telah dituangkan dalam Surat Keputusan Bupati. Sehingga Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang telah disusun SPM wajib memenuhi standar ini. Bila dalam implementasinya terjadi penyimpangan SPM ini, maka Puskesmas dapat dituntut oleh masyarakat. Seperti yang diungkapkan oleh kepala Puskesmas Panggang II berikut ini.

"Jika terjadi penyimpangan terhadap SPM mungkinkah Pemerintah Daerah dalam hal ini Puskesmas akan dituntut oleh masyarakat. Jangan salah, meskipun masyarakat tidak pernah tahu dan bahkan mungkin tidak kenal apa itu SPM, tapi masyarakat mengetahui apa hak dan kewajiban mereka dalam pelayanan kesehatan. Dokumen SPM memang tidak pernah kami pampang dipapan pengumuman Puskesmas, namun karena SPM

memuat pelayanan kesehatan yang notabene sangat mendasar sekali sehingga tidak begitu jauh dengan yang ada dipemikiran masyarakat luas. Kaitannya dengan penyimpangan atau tidak terpenuhinya standar, kepala Puskesmas ini mengaku pada 2003 lalu pernah mendapatkan surat kaleng yang berisi tentang komplain akan pelayanan yang diselenggarakan oleh Puskesmasnya. Tuntutan dari masyarakat yang sering dilakukan adalah meminta fogging karena takut dengan demam berdarah. Selain itu masih juga banyak komplain yang masuk melalui forum BPP". (Wawancara, 26 September 2007).

Demikian juga pendapat dari Puskesmas Wonosari I dan Ponjong I, pada intinya masyarakat sekarang sudah semakin cerdas, sehingga pemerintah harus terus meningkatkan kualitas pelayanannya. Ditambahkan Kepala Puskesmas Ponjong I, mulai 2007 ini tiap-tiap unit pelayanan di Puskesmas melakukan pengecekan penilaian kerja berdasarkan SPM yang kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan untuk direkap mengenai apa dan berapa persen target yang sudah bisa dicapai Puskesmas berdasarkan SPM. Namun, dalam implementasinya tetap mengalami kendala, seperti; keterbatasan SDM dan juga sarana prasarana lainnya seperti komputer. Hasil observasi ditemukan di papan pengumuman maupun disudut manapun di Puskesmas tidak ada sedikitpun poster maupun *flyer* yang berusaha mengenalkan apa itu SPM kepada masyarakat, apalagi sampai memaparkan dokumennya. Sehingga menjadi salah satu kelemahan dalam implementasi SPM. Janji pemerintah untuk memberikan pelayanan dengan standar yang minimal pun tidak pernah dikomunikasikan kepada masyarakat. Padahal jika dokumen ini bisa dipublikasikan dengan bahasa yang mudah difahami masyarakat, maka efektivitas kebijakan SPM dapat tercapai dengan baik.

Upaya menampung keluhan masyarakat yang tersedia masih relatif standar dan tidak berbeda jauh dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan pada umumnya. Sampai sekarang media yang disediakan adalah kotak saran dan keluhan, selain itu juga disediakan nomor telepon pengaduan, tetapi belum dioptimalkan oleh masyarakat. Apalagi untuk menyampaikan penyimpangan ataupun target kebijakan yang belum tercapai. Meskipun demikian, ternyata ketiga kepala Puskesmas berpendapat bahwa Standar Pelayanan Minimal tetap sangat diperlukan untuk menjaga kualitas pelayanan.

"Karena dengan adanya standar, kami tidak bisa bekerja seenaknya sendiri. Semuanya ditentukan standarnya, minimal harus seperti yang sudah ditargetkan pada dokumen SPM" (Wawancara dengan Kepala Puskesmas Panggang II, 26 September 2007)

SPM diperlukan sebagai upaya meningkatkan kualitas pelayanan kepada pelanggan. Sayangnya SPM tidak sedetail program ISO. Instruksi kerja dan prosedur kerja di dalam SPM untuk mencapai target tidak diatur lebih detail. Persepsi bahwa SPM tetap diperlukan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat, Kepala Puskesmas Panggang II dan Ponjong I tetap yakin bahwa kebijakan SPM ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan adanya SPM bisa memotivasi bagi Puskesmas untuk mencapai target yang ditetapkan. Terlebih pada Puskesmas Ponjong I, Puskesmas ini sudah berusaha lebih dari melaksanakan kebijakan SPM, bahkan berusaha lebih dari itu. Dengan disertifikasinya pelayanan dengan ISO, maka komitmen dalam menyelenggarakan pelayanan sudah optimal. Namun hal ini juga harus dibarengi *reward* yang jelas. Jika pelayanan bisa meningkat kualitasnya, maka retribusi pelayanan baru bisa dinaikkan. Pastinya ini menjadi harapan bagi siapapun yang memiliki prestasi.

Kunci sukses implementasi kebijakan adalah adanya evaluasi dan monitoring. Dengan demikian implementator kebijakan akan mengetahui apa kekurangan dan apa hambatan yang dialaminya. Menurut Kepala Puskesmas, masih banyak yang harus dibenahi dari kebijakan SPM ini. Setiap tahun sebaiknya dilakukan evaluasi. Karena ada beberapa variabel yang bagi puskesmas masih sulit untuk dipahami dalam merealisasikannya. Selain itu, dukungan data yang valid dalam merumuskan kebijakan SPM sangat penting sekali.

Oleh karena itu, penyelenggaraan kebijakan SPM pada level Puskesmas sudah dapat dilaksanakan dengan baik. Bahkan target-target yang sudah ditetapkan dapat dengan mudah untuk dicapai, mengingat angka capaiannya tidak terlalu tinggi dan sesuai dengan kemampuan mereka. Apalagi bagi Puskesmas yang sudah bersertifikasi ISO 9001-2000.

3. Implementasi Pelaksanaan SPM

Kebijakan SPM bidang kesehatan ini dalam implementasinya pada awalnya butuh waktu yang cukup untuk mengenalkan kebijakan ini kepada semua kalangan. Terlebih sebelumnya tidak pernah ada standar yang diterapkan oleh pemerintah. Namun sekarang mereka dituntut dapat melayani masyarakat dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, meskipun masih dalam tataran minimal.

"SPM di Kabupaten Gunungkidul memang boleh dibilang sudah terimplementasikan. Namun, awalnya susah juga, sebab perlu pengenalan yang intens kepada semua kalangan di Dinas Kesehatan, terutama kepada para *stakeholder* dan Puskesmas. Setelah tahu apa itu SPM dan apa tujuannya, menjadi relatif mudah dalam mengimplementasikannya". (Hasil wawancara dengan Bagian Perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, 10 Februari 2008)

Untuk Pemerintah Kabupaten Gunungkidul sendiri, menurut salah satu narasumber menyatakan bahwa Pemerintah Kabupaten Gunungkidul belum memiliki arah, mau kemana dan sistem yang ada belum diarahkan pada pencapaian tujuan tertentu sesuai dengan visinya. Jadi penerapan kebijakan SPM masih sebatas memenuhi kewajiban Peraturan Pemerintah saja. Padahal hasilnya akan luar biasa, jika kebijakan ini bisa diarahkan dengan sistem yang lebih jelas. SPM secara garis besar berisi mengenai indikator-indikator capaian yang telah ditetapkan. Tugas dari pemerintah adalah melayani masyarakat dengan berpedoman pada kebijakan ini dengan harapan indikator-indikator yang telah ditetapkan dapat tercapai. Namun, bagaimana dengan pencapaian indikator pelayanan kesehatan di Kabupaten Gunungkidul?

Menurut hasil wawancara dengan bagian perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, indikator-indikator yang telah ditetapkan ini dapat tercapai meskipun belum bisa mencapai angka absolut 100%, tapi paling tidak dari target angka yang sudah ditetapkan dapat dicapainya. Bahkan pada jenis pelayanan tertentu bisa lebih.

Dengan pembiayaan yang di *backup* APBD dan didampingi DAK dan DAU, kebijakan SPM di Kabupaten Gunungkidul dapat diimplementasikan. Meskipun terjadi penyusutan sekitar 10% dari anggaran yang diajukan ke Tim Anggaran Pemerintah Daerah, namun harus disyukuri oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, sebab dana pendamping dari DAU dan DAK selalu naik dari tahun ke tahun. Selain itu *Costing* bukanlah satu-satunya penentu keberhasilan pelaksanaan SPM, karena masih ada *Method, Man, Material and Mechine* yang akan menjadi penentu keberhasilan implementasi kebijakan ini.

Pemerintah Kabupaten Gunungkidul dalam mengimplementasi melibatkan birokrasi. Pada level Dinas Kesehatan pemegang tanggung jawab kendali murni berada pada kepala dinas kesehatan, kemudian dia di *backup* oleh beberapa bidang yang bertanggungjawab terhadap bidang tersebut. Untuk level selanjutnya kendali

Puskesmas yang melakukan *direct service* kepada masyarakat. Dimana, penyelenggaraan sepenuhnya dipegang oleh kepala Puskesmas dengan dibantu para stafnya. Masing-masing level memiliki tugas masing-masing yang telah ditentukan. Dinas memiliki peranan sebagai fasilitator dan Puskesmas pelaksana pelayanan kepada masyarakat.

Dalam implementasi SPM, Dinas memerlukan data pelayanan yang telah dilakukan oleh Puskesmas, dan dinas menjadi fasilitator dan pembuat kebijakan. Namun, pekerjaan mencatat masih dipandang bukanlah pekerjaan bagi Puskesmas. Puskesmas beranggapan bahwa pekerjaannya adalah melayani masyarakat, mengobatinya jika ada yang sakit. Pekerjaan catat mencatat bukanlah pekerjaan orang medis. Hal ini terbukti dari banyaknya data yang banyak tidak tercatat dan tercecer, bahkan dari 29 Puskesmas yang ada di Kabupaten Gunungkidul hanya ada 2 puskesmas yang aktif dan rapi datanya. Padahal mekanisme *reward* sudah diterapkan bagi Puskesmas yang cepat menyerahkan laporan datanya. Namun, karena rendahnya komitmen, maka data yang masuk tetap terlambat.

Banyaknya level birokrasi yang terlibat dalam implementasi kebijakan ini, menjadikan koordinasi antar level mutlak harus dilakukan, apalagi kondisi geografis dan jarak yang tidak dekat, sehingga menjadi salah satu faktor menghambat dalam implementasi. Selama ini koordinasi yang dilakukan oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan adalah dengan menyelenggarakan rapat koordinasi bulanan. Mengenai mekanismenya setiap bulannya Dinas Kesehatan mengundang Puskesmas dalam rapat dinas rutin, kemudian setiap bulannya juga Puskesmas mengundang Dinas Kesehatan untuk berkoordinasi dalam rapat forum komunikasi semua Puskesmas yang ada di Kabupaten Gunungkidul. Selain koordinasi, untuk mencapai capaian indikator kinerja yang sudah ditetapkan ada perumusan pembagian beban kerja pada masing-masing level.

Dengan demikian, semakin jelas pembagian tugasnya, sehingga target kinerja dapat dengan ringan dicapai. Pada dokumen SPM bidang kesehatan, terdapat banyak pelayanan-pelayanan yang merupakan turunan dari kewenangan. Hal ini tampak jelas mana tugas yang harus dikerjakan pada level dinas dan mana tugas yang harus dikerjakan Puskesmas dan ataupun yang harus dikerjakan oleh kedua-duanya secara bersamaan. Meskipun ada pembagian tugas, namun bukan berarti harus berjalan sendiri-sendiri,

Dinas Kesehatan dan Puskesmas tetap harus bergandengan tangan agar target yang telah ditetapkan pada dokumen SPM dapat tercapai. Untuk itu mekanisme selama ini yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan untuk mengkoordinasikan hal ini adalah dengan menunjuk seorang programer yang bertugas berhubungan dengan Puskesmas untuk menyampaikan dan selalu memonitor target yang sudah tercapai. Dinas Kesehatan melalui programer inilah mendistribusikan target dan meminta laporan Puskesmas. Pemeliharaan kesehatan masyarakat bukan hanya tanggungjawab dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas saja, melainkan juga multi sektor. Dinas Kesehatan dan Puskesmas hanya sebagai *leading* sektor yang memiliki kewenangan membuat kebijakan.

Adapun pihak-pihak yang selama ini mendukung penyelenggaraan program-program pemeliharaan kesehatan masyarakat, adalah; camat, Kades, kader, dan *stakeholder* lainnya. Peran serta dalam implementasi kebijakan SPM di Dinas Kesehatan banyak melibatkan para camat dan kades di Kabupaten Gunungkidul. Peran sertanya lebih banyak pada himbauan dan menggerakkan masyarakat untuk aktif dan turut serta mensukseskan program-program kesehatan. Selain itu, camat dan lurah sering menjadi penyalur aspirasi masyarakat tentang pelayanan kesehatan serta pengawasan penjagaan kesehatan lingkungan. Contoh yang selama ini adalah lurah selalu menjadi tempat masyarakat mengadu ketika mereka meresahkan akan bahaya demam berdarah.

Oleh karena itu, menyampaikan aspirasi permintaan *foging* dilakukan diwilayahnya. Tanpa ada laporan dari masyarakat kepada lurah, pastinya Dinas Kesehatan tidak akan pernah tahu bahwa ada keresahan dari masyarakat. Selain itu yang tidak kalah pentingnya adalah peran para kader kesehatan yang ada pada setiap desa yang aktif membantu pelaksanaan program-program pelayanan kesehatan yang dilakukan di desa.

Pada umumnya, implementasi SPM melibatkan banyak pihak dengan biaya yang tidak sedikit. Hasil wawancara dengan Bagian Perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul didapatkan beberapa informasi:

- a. Terlambatnya turunnya dana. Tadinya semua pihak merasa lega dengan munculnya kebijakan baru mengenai sistem penganggaran pada APBN dan APBD kita (Kepmendagri 29/2002). Dengan sistem penganggaran yang berbasis pada kinerja, diharapkan anggaran akan lebih efektif dan efisien. Namun ternyata harapan itu belum bisa terwujud. Sebab tradisi lama masih juga

terjadi, yaitu sering terlambatnya anggaran cair. Padahal program harus segera dilaksanakan. Apakah mungkin pelayanan kepada masyarakat juga ditangguhkan menunggu anggaran turun, atau dinas harus menalangi terlebih dahulu. Inilah masalah klasik yang masih menggerogoti sistem pelayanan di negeri ini.

- b. Rendahnya komitmen SDM di Puskesmas pada tugas non medis. Pekerjaan catat mencatat bukan pekerjaan medis, pekerjaan medis adalah mengobati pasien. Jadi harus ada kerjasama dan komitmen yang baik antarPuskesmas dengan Dinas Kesehatan, selain itu sistem kesehatan di daerah juga belum disepakati sehingga masih sering membingungkan, selalu berganti-ganti struktur maupun sistem keuangan yang juga sering berubah-ubah.

Dinas Kesehatan menyampaikan bahwa ada lima hal yang dapat menentukan keberhasilan pelaksanaan kebijakan SPM, yaitu; *money, methode, man, material and mechine*. Ada beberapa teknik yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, diantaranya adalah :

- a. Melakukan desiminasian angka capaian tahun sebelumnya. CD dan Profile kesehatan tahun sebelumnya selalu diserahkan ke Puskesmas untuk dijadikan tolok ukur dalam pelaksanaan pelayanan tahun berjalan dan diharapkan ada *feedback* nya.
- b. Melakukan evaluasi kembali pembagian tugas-tugas kepada masing-masing level, jika ada yang belum bisa mencapai harus diambil kebijakan dan bagi yang sudah tentunya harus ditingkatkan.

Hasil dan analisa pencapaian program kesehatan tahun 2007 (data tahun 2006). Data dari BPS Kabupaten Gunungkidul, rata-rata angka harapan hidup penduduk Gunungkidul adalah 70,53 tahun. Masih tinggi dibandingkan dengan angka rata-rata Nasional yang 68 tahun. Hal ini menandakan bahwa, meskipun banyak kendala hidup di Gunungkidul, ternyata mampu bertahan hidup dan berumur panjang. Beberapa faktor yang mempengaruhi panjang umur penduduk di Gunungkidul antara lain kesederhanaan hidup, tidak ada faktor stress, dan relatif tidak banyak persaingan, disamping pola hidup kekeluargaan yang tinggi. Angka kematian bayi baru lahir (Neonalis) sudah berhasil melampaui rata-rata nasional yaitu, 47 per kelahiran hidup, hal ini menandakan bahwa program upaya kesehatan Bayi, Anak, dan Balita cukup berhasil. Demikian pula

pada upaya kesehatan ibu Hamil, Melahirkan, dan ibu nifas. Angka kematian ibu pada tahun 2006 ada 8 kasus, oleh karena eklamsia, pendarahan persalinan dan kelahiran, walaupun demikian masih ada kematian bayi karena tetanus neonatorum sebanyak 1 kasus. Angka kematian kasar adalah cukup baik yaitu 3,38 per 1000 penduduk, artinya sudah melampaui rata-rata kematian Nasional yang 7 per 1000 penduduk. Angka kematian pada golongan semua umur sebesar 7,98%. Angka kematian bayi absolute sebesar 63 bayi atau sebesar kurang dari 1 persen kelahiran. Hal ini menandakan adanya keberhasilan upaya kesehatan dan penanganan bayi baru lahir, neonotus, dan bayi.

Status Gizi. Kasus KEP, KEK masih banyak di jumpai, dan dari kategori status gizi masyarakat Gunungkidul masih tergolong rendah. Angka gizi buruk masih diatas standar nasional yaitu 1,25% yang seharusnya kurang dari 1 persen. KEK WUS 35,6% diatas rata-rata nasional yang seharusnya 20%. Kasus Anemia pada ibu hamil masih cukup tinggi yang seharusnya kurang dari 30%, pada tahun 2005 ternyata ada 11,3%, Sedangkan kecamatan rawan gizi sebanyak 6 kecamatan, bebas rawan gizi sebanyak 10 kecamatan, dan 2 kecamatan dinyatakan aman.

Sumber Daya Kesehatan. Total tenaga kesehatan yang ada di kabupaten Gunungkidul, proporsi tenaga medis sebesar 14,87%, proporsi tenaga paramedis (bidan, perawat dan teknis medis) sebesar 66,91% dan proporsi tenaga lainnya sebesar 18,22%. Proporsi yang demikian, terutama di Puskesmas masih dirasakan kekurangan, meskipun pada 2005 ada rekrutment PNS medik dan paramedis. Namun setelah dicermati, pendaftar adalah dokter dan paramedis PTT dan tenaga honorer, sehingga tidak menambah jumlah.

Upaya Kesehatan Ibu dan Anak, cakupan K1 dan K4 cukup berhasil, namun dalam cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan hanya tercatat 78,50%. Kemungkinan hal tersebut dikarenakan kurangnya dokumentasi persalinan dan pelacakan kasus yang dibawah 70%. Sedangkan pertolongan persalinan dilakukan oleh bidan sebesar 68,05%, oleh dukun sebesar 20,55%, oleh dokter 9,32%, oleh paramedis sebesar 0,79% dan lainnya sebesar 1,79%. Bila dibandingkan tahun 2005, terjadi kenaikan imunisasi BCG, DPT1, Campak, Polio dan Imunisasi Hepatitis B. Cakupan Desa UCI di Gunungkidul sebesar 66,675. Deteksi tumbuh kembang pada bayi 84,2, balita sebesar 35,62% dan pra sekolah 2,63%. Program perbaikan gizi dengan cara pemberian Vitamin A, Fe, dan

kapsul yodium. Dari semua sasaran pemberian perbaikan gizi masih dibawah target. Desa dengan rawan yodium masih cukup tinggi, ditunjukkan oleh cakupan desa dengan garam beryodium baik sebesar 73,05%. Sedangkan rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium baru 51,71%. Pelayanan Pengobatan/Perawatan, angka kunjungan rawat jalan Puskesmas cukup tinggi. Hal ini, menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kesadaran masyarakat dalam kepedulian terhadap kesehatan. Untuk pemanfaatan rawat inap puskesmas masih sangat rendah karena tingkat hunian rawat inap puskesmas rata-rata hanya 29%. Namun, masih ada beberapa Puskesmas yang tidak optimal kinerjanya, bahkan ada yang mati suri. Angka kunjungan rawat jalan di RSUD Wonosari cukup tinggi, begitu pula dengan kunjungan rawat inap mengalami peningkatan yang cukup fantastis di 2006, karena adanya *over utilization* RSUD akibat gempa.

Pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan. Demam Berdarah Dengue (DBD) Terjadi penurunan kasus DBD dari 2004, hal ini menandakan intensifnya penanganan DBD, serta peningkatan kesadaran masyarakat untuk PHBS dan pemberantasan sarang nyamuk. Faktor lain yang mempengaruhi adalah musim kemarau yang panjang, sehingga sedikit air tergenang. Pada 2005, ada satu kematian akibat DBD. Malaria selama 2005, hanya ada satu tersangka kasus malaria terlacak, dan itupun karena yang bersangkutan berasal dari pulau sumatera yang pulang ke Gunungkidul. Dari hasil pelacakan lanjut negatif malaria. Diare terjadi KLB diare akibat keracunan makanan, meskipun demikian tidak ada kasus kematian akibat diare. Secara umum ada peningkatan kasus diare dibandingkan 2004. Hal ini menandakan di masyarakat walau sudah ada peningkatan kesadaran dalam pola makan dan cara yang bersih dan sehat, namun belum membudaya. Sedangkan kusta ada 2 kasus baru kusta dan tingkat RFT sebesar 100%, artinya dapat terlacak dan ada penanganan lanjut. Sampai saat ini terus dipantau dan diikuti perkembangannya. Angka TBC paru masih cukup tinggi, ada 320 kasus TBC, 189 diantaranya dinyatakan Positif TB. Hal ini menandakan Gunungkidul masih belum bebas dari endemik TB. Kepatuhan penderita dalam minum obat TB (PKTB) masih juga rendah, karena proses yang panjang, dan jumlah obat yang banyak, sedangkan status gizi penderita juga masih kurang. Penyakit yang dapat dicegah dengan Immunisasi (PD3I), ada 1 suspect Diphteri, 1 kasus kematian akibat tetanus Neonaturum.

Hal ini menandakan masih ada baksil - baksil penyakit yang bebas di masyarakat akibat penanganan pasca kelahiran bayi yang kurang bersih dan higienis.

Peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, cukup meningkat pesat. Perhatian *stakeholder* pada pembangunan kesehatan cukup aktif mulai dari Lokmin, Musrenbang sampai penetapan peraturan daerah. Jejaring kesehatan di masyarakat, seperti; kader kesehatan dan Posyandu, Poskesdes/Polindes, serta peranserta masyarakat dalam bidang kesehatan perlu dilestarikan.

Uraian diatas dapat kita simpulkan bahwa pada level inipun optimis bahwa target SPM dapat dicapai dengan baik, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Kuncinya adalah pada koordinasi antar unsur terkait dalam urusan pelayanan kesehatan. Adapun kendalanya adalah lamanya pencairan menjadi salah satu faktor buruknya penyelenggaraan pelayanan kesehatan, selain itu rendahnya komitmen SDM Puskesmas pada pekerjaan yang berhubungan pada data, sehingga menghambat untuk diperolehnya data untuk segera mengambil kebijakan yang tepat. Harus disadari bahwa masing-masing level memiliki tugas masing-masing yang telah ditentukan. Dinas memiliki peranan sebagai fasilitator dan Puskesmas pelaksana pelayanan kepada masyarakat. Dalam implementasi SPM, keduanya saling membutuhkan dan ketergantungan. Dinas memerlukan data pelayanan yang telah dilakukan oleh Puskesmas, dan Dinas menjadi fasilitator dan pembuat kebijakan. Dengan saling menyadarinya tugas dan peran masing-masing diharapkan pencapaian tujuan dapat dengan mudah untuk dilakukan.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

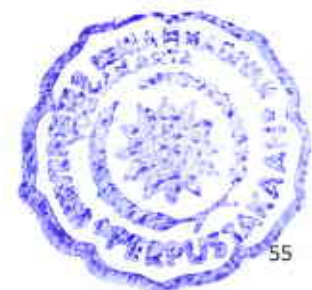
1. Bahwa pada dasarnya SPM bidang kesehatan di Kabupaten Gunungkidul dapat tercapai dengan baik. Hal ini bisa dilihat dari perbandingan data capaian indikator dari tahun ketahun yang telah dikompilasikan. Namun, dari sekian banyak indikator capaian kinerja pelayanan yang telah ditetapkan, tetap saja ada beberapa indikator yang tidak jelas angka capaiannya, yaitu; penerbitan perijinan sarana kesehatan, penerbitan perijinan apotek dan toko obat, pelayanan operasi pada penderita katarak keluarga miskin dan pengawasan kualitas

lingkungan rumah tangga, Pada pelayanan-pelayanan tersebut tidak didapatkan data yang akurat, sehingga menjadikan tanda tanya terhadap capaian indikator kinerja pelayanannya. Khusus untuk pelayanan kesehatan dasar yang ditangani oleh Puskesmas, kelemahan utama dari tidak terukurnya capaian kinerja ini disebabkan karena egoisme Puskesmas yang hanya menganggap pekerjaan mencatat bukanlah pekerjaannya, sebab tugasnya adalah memberikan pelayanan medis.

2. Kebijakan SPM diyakini dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, meskipun baru meng-cover secara umum saja dan dapat dilihat hasilnya dari capaian indikator pelayanan yang semakin meningkat dan hampir sebagian besar melampaui angka yang telah ditetapkan.

SARAN

Mengingat terlalu rendahnya angka capaian kinerja yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Gunungkidul, maka perlu dikaji ulang angka capaian kinerja layanan yang telah ditetapkan yang diukti dengan ketersediaan anggaran yang cukup. Ketidaktahuan masyarakat terhadap SPM ini bisa jadi disebabkan oleh kurangnya sosialisasi yang dilakukan oleh pembuat kebijakan. Karena sifatnya yang luas, menjadikan masyarakat kesulitan untuk memahaminya. Untuk itu, dokumen ini perlu dibuatkan turunannya yang berupa SPT yang merupakan satu kesatuan dengan dokumen SPM. Perlu dilakukan sosialisasi yang lebih intens kepada masyarakat dengan membuat poster berupa ajakan untuk ikut serta meningkatkan capaian kinerja pada bidang-bidang yang masih rendah capaian kerjanya. Perlu penyamaan persepsi antara Pemerintah dengan kalangan tertentu bahwa SPM bukan standar pelayanan teknis, tapi merupakan dokumen yang meng-cover standar pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat sebagai kewajiban pemerintah atas dilimpahkannya wewenang tersebut. Karena pada dasarnya masyarakat harus dilindungi dan mendapatkan hak pelayanan yang sama dari Negara. Untuk itu SPM dan SPT harus merupakan 1 paket kebijakan.



DAFTAR PUSTAKA

- Atik & Ratminto. 2005. *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
- Depdagri. 2006. *Pedoman Pelayanan Bagi Pemerintah Daerah Bidang Pelayanan Publik*. Jakarta. Depdagri
- Dunn, William. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Kepmen Kesehatan. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1091/MenKes/SK/X/2004 Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI.
- Kepmen Kesehatan. 2003. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1457/MenKes/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI.
- LAN. 2003. *Penyusunan Standar Pelayanan Publik*. Jakarta. Lembaga Administrasi Negara.
- Mahmudi. 2005. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta. UPP, AMP, YKPN.
- Moenir. 1995. *Manajemen Pelayanan Umum*. Jakarta. Bina Aksara.
- Morgan, Colin dan Stephen Murgantroyd. *Total Quality Management in The Publik Sector, Great Britain : Colin Morgan and Murgan Troyd Associaties*
- Nurmandi, Achmad. 2006. *Manajemen Perkotaan*. Yogyakarta. Sinergi Publishing.
- Nurmandi, Achmad. 1996. "Publik Service dalam Pelayanan Publik Perkotaan di Indonesia". *Laporan Penelitian, Jurusan Ilmu Pemerintahan Fisipol UMY*.
- Sukarwo dkk. 2006. *Pelayanan Publik dari Dominasi ke Partisipasi*. Surabaya. Airlangga University Press.
- Suprpto, J. *Penjelasan Tingkat Kepuasan Pelayanan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Suwandi, Made. 2002. "Standar Pelayanan Minimal, Pelayanan Publik oleh Pemerintah Daerah, Vol II No.2 Nopember.
- Winarno. Budi. 2002. *Teori dan Proses Kebijakan*. Yogyakarta. Media Pressindo.