

ANALISIS IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

Analysis of Health Minimum Services Standards Implementation in District/City

Harimat Hendarwan¹ Rosita¹ Oster Suriani¹

¹Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat,
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
Email: hahenda654@yahoo.com

Diterima: 10 September 2014 ; Direvisi: 10 Agustus 2015 ; Disetujui: 13 November 2015

ABSTRACT

Ministry of Health has set a Health Minimum Service Standards (HMSS) for District/City by Minister of Health Decree No. 741/Menkes/Per/VII/2008, which consist of 18 indicators. After three years of implementation, an analysis of the HMSS implementation has conducted. Using a cross-sectional study design, site selection is done purposively to represent Eastern, Central, and Western part of Indonesia. There were nine districts/cities of 9 provinces selected. The analysis showed that problems in the implementation of HMSS are: some indicators do not meet the SMART criteria, inconsistency between the title of indicators, operational definitions and formulas, wide gap in the coverage both within the district at different times and among districts/cities. Differences also occur at the operational level, including dissemination of HMSS, advocacy, monitoring and evaluation. It is recommended that the Ministry of Health should provide sufficient training, proper socialization of HMSS, set up a special unit to monitor and facilitate the implementation of HMSS. The existing MSS should be revised, no longer focusing on the achievement of the program but rather based on a form of health care provided. In addition, revision is necessary to gain consistency between definitions, operational definitions and formulas of HMSS indicators.

Keywords: Analysis, HMSS, revise

ABSTRAK

Kementerian Kesehatan telah menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota berdasarkan Permenkes Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 yang meliputi 18 indikator. Setelah 3 tahun diimplementasikan, dilakukan analisis terhadap implementasi SPM Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. Menggunakan desain studi potong lintang, pemilihan lokasi dilakukan secara purposif mewakili Kawasan Indonesia Timur, Tengah, dan Barat, dipilih 9 kabupaten/kota dari 9 provinsi. Hasil analisis menunjukkan adanya berbagai permasalahan di dalam implementasi SPM-BK antara lain beberapa indikator belum memenuhi kriteria SMART, inkonsistensi antara judul indikator, definisi operasional, dan rumus yang digunakan, adanya perbedaan tajam dalam pencapaian cakupan baik dalam satu kabupaten pada kurun waktu yang berbeda maupun di antara kabupaten/kota yang berbeda-beda. Perbedaan juga terjadi dalam tataran operasional, mencakup sosialisasi, advokasi, monitoring dan evaluasi. Disarankan agar sebaiknya Kementerian Kesehatan memberikan pelatihan dan sosialisasi yang cukup atas kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. Kementerian Kesehatan juga hendaknya menetapkan suatu unit yang secara khusus memantau pelaksanaan SPM BK sekaligus berperan sebagai fasilitator dan tempat berkonsultasi mengenai pelaksanaan SPM BK. Perlu dilakukan revisi SPM-BK Permenkes No. 741 Tahun 2008 dengan tidak lagi terfokus pada pencapaian target program tetapi lebih didasarkan pada bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan. Selain itu, perlu dilakukan revisi agar pengertian, definisi operasional, dan rumus dari indikator SPM-BK konsisten.

Kata kunci: Analisis, SPM-BK, revisi

PENDAHULUAN

Berdasarkan UU Nomor 23 tahun 2014, tentang Pemerintahan Daerah, pasal 18 disebutkan bahwa penyelenggara

pemerintahan daerah memprioritaskan pelaksanaan urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. pelaksanaan pelayanan dasar pada urusan

pemerintahan wajib yang berkaitan berkaitan dengan pelayanan dasar berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh pemerintah pusat. Peraturan Pemerintah no 65 Tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal (pasal 1 angka 6) menyatakan bahwa **“Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal”**. Pelayanan dasar merupakan **jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan”**. SPM merupakan kebutuhan dasar warga negara, yakni kebutuhan fisiologis yang apabila tidak terpenuhi akan mengakibatkan warga negara hidup tidak layak atau bahkan bisa meninggal secara sia-sia. Urusan wajib adalah urusan pemerintahan yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar warga negara yang penyelenggaraanya diwajibkan kepada daerah.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan alat untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat. PP No.65 Tahun 2005 menugaskan Menteri/pimpinan lembaga pemerintah non-departemen untuk menyusun SPM. Selanjutnya, Menteri yang bersangkutan juga harus menyusun petunjuk teknis yang ditetapkan sebagai Peraturan Menteri.

Kementerian Kesehatan menyikapi kebutuhan tersebut dengan menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota berdasarkan Permenkes No.741/Menkes/Per/VII/2008. Terdapat 18 indikator Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan. Telah disusun pula Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008.

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota (SPM-BK) merupakan tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan daerah kabupaten/kota. Dengan demikian, pemenuhan SPM menjadi suatu keharusan

untuk kabupaten/kota. Berdasarkan hal tersebut, perlu dilakukan analisis terhadap pelaksanaan pelayanan minimal bidang kesehatan di kabupaten/kota (SPM-BK).

BAHAN DAN CARA

Desain studi di dalam analisis ini adalah potong lintang. Studi dilakukan antara Bulan Juni – Desember 2011. Pemilihan lokasi dilakukan secara purposif, mewakili Indonesia Bagian Barat, Tengah dan Timur. Dipilih 9 kabupaten/kota, dimana masing-masing wilayah diwakili oleh 3 kabupaten/kota. Berdasarkan hal tersebut, maka terpilih kabupaten/kota lokasi analisis sebagai berikut :

- a. Indonesia Bagian Barat (Jawa – Sumatera), meliputi Kabupaten Batanghari (Provinsi Jambi), Kabupaten Lampung Selatan (Provinsi Lampung), dan Kota Kediri (Provinsi Jawa Timur).
- b. Indonesia Bagian Tengah (Kalimantan, Bali, NTB), meliputi : Kota Palangkaraya (Kalimantan Tengah), Kabupaten Jembrana (Provinsi Bali), dan Kabupaten Lombok Barat (Nusa Tenggara Barat).
- c. Indonesia Bagian Timur (Sulawesi, Maluku Utara, Maluku, NTT, Papua Barat, Papua), meliputi : Kabupaten Minahasa (Provinsi Sulawesi Utara), Kabupaten Bone Bolango (Provinsi Gorontalo), dan Kota Kupang (NTT).

Responden di setiap kabupaten/kota antara lain adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Pengelola Sistem Informasi Kesehatan (SIK) SPM Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Bidang dan seksi terkait di Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas terpilih (1 puskesmas di setiap kabupaten/kota).

Kuesioner yang digunakan terdiri dari 3 jenis, yakni : Kuesioner Daftar Isian Assesmen, Kuesioner Wawancara Mendalam (kualitatif), dan *check list*. Analisis secara deskriptif dilakukan untuk menggambarkan rincian pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota.

HASIL

Fluktuasi pencapaian indikator SPM-BK

Dari hasil analisis terhadap pencapaian tahunan indikator SPM dari tahun 2008 - 2010, terlihat adanya beberapa pencapaian indikator yang memerlukan

penelaahan lebih lanjut, misalnya peningkatan ataupun penurunan yang tajam dari beberapa indikator tertentu, seperti yang terlihat pada pencapaian SPM-BK Kabupaten Jemberana tahun 2008 – 2010 (Tabel 1).

Tabel 1. Kecenderungan pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Jemberana, Tahun 2008 - 2010

No	INDIKATOR SPM	TAHUN		
		2008	2009	2010
1	Kunjungan ibu hamil K4	86,4	81,0	100,0
2	Komplikasi kebidanan yang ditangani	15,7	32,5	30,8
3	Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	98,7	94,8	90,9
4	Pelayanan nifas	99,0	98,7	99,1
5	Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	17,8	29,4	101,5
6	Kunjungan bayi	98,7	97,7	99,8
7	Desa/kelurahan UCI	98,0	100,0	96,1
8	Pelayanan anak balita	100,0	100,0	67,1
9	Pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	100,0	100,0	0,0
10	Balita Gizi buruk mendapat perawatan	100,0	100,0	100,0
11	Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat	85,7	94,9	25,7
12	Peserta KB aktif	87,0	88,6	100,0
13	Penemuan dan penanganan penderita penyakit Acute Flaccid Paralysis (AFP)	100,0	100,0	0,0
14	Penemuan dan penanganan penderita penyakit – Penemuan penderita pneumonia balita	0,3	0,4	100,0
15	Penemuan dan penanganan penderita penyakit – Penemuan pasien baru Tb BTA positif	92,5	72,9	100,0
16	Penemuan dan penanganan penderita penyakit – penderita DBD yang ditangani	100,0	100,0	100,0
17	Penemuan dan penanganan penderita penyakit – penemuan penderita diare	100,0	100,0	100,0
18	Pelayanan kesehatan Dasar pasien masyarakat miskin	100,0	59,2	100,0
19	Pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	89,9	25,0	100,0
20	Pelayanan gawat darurat level I yang harus diberikan sarkes (RS) di Kabupaten/kota	58,8	0,2	90,0
21	Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	100,0	100,0	100,0
22	Desa Siaga Aktif	3,9	100,0	100,0

Terlepas dari bagaimana proses pencatatan dan pelaporan SPM-BK, secara umum masih terdapat beberapa indikator SPM yang belum mencapai target sesuai dengan yang ditetapkan dalam Permenkes 741/Menkes/Per/VII/2008. Perbandingan antar kabupaten/kota juga menunjukkan

adanya fluktuasi pencapaian antar kabupaten/kota, seperti yang terjadi pada pencapaian indikator SPM-BK Kabupaten Minahasa, Lombok Utara, dan Jemberana pada tahun 2010 (Tabel 2).

Tabel 2. Cakupan pencapaian target Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Minahasa, Lombok Utara, dan Jember tahun 2010

No	INDIKATOR SPM	Pencapaian Kabupaten/Kota		
		Minahasa	Lobar	Jember
1	Kunjungan ibu hamil K4	93,6	90,0	100,0
2	Komplikasi kebidanan yang ditangani	25,7	88,0	30,8
3	Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	91,1	86,0	90,9
4	Pelayanan nifas	77,4	86,0	99,1
5	Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	71,7	100,0	101,5
6	Kunjungan bayi	85,3	100,0	99,8
7	Desa/kelurahan UCI	92,4	100,0	96,1
8	Pelayanan anak balita	56,9	50,0	67,1
9	Pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	91,5	100,0	0,0
10	Balita Gizi buruk mendapat perawatan	100,0	100,0	100,0
11	Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat	-	0,0	25,7
12	Peserta KB aktif	77,7	100	100,0
13	Penemuan dan penanganan penderita penyakit <i>Acute Flaccid Paralysis</i> (AFP)	-	< 2	0,0
14	Penemuan dan penanganan penderita penyakit – Penemuan penderita pneumonia balita	100,0	100,0	100,0
15	Penemuan dan penanganan penderita penyakit – Penemuan pasien baru Tb BTA positif	96,7	50,0	100,0
16	Penemuan dan penanganan penderita penyakit – penderita DBD yang ditangani	100,0	100,0	100,0
17	Penemuan dan penanganan penderita penyakit – penemuan penderita diare	58,9	100,0	100,0
18	Pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin	-	100,0	100,0
19	Pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	-	0,0	100,0
20	Pelayanan gawat darurat level I yang harus diberikan sarkes (RS) di Kabupaten/kota	-	0,0	100,0
21	Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	100,0	100,0	100,0
22	Desa Siaga Aktif	30,8	50,0	100,0

Sosialisasi, advokasi, dan pelatihan SPM-BK

Sebagian besar kabupaten/kota telah melakukan sosialisasi dan advokasi mengenai SPM-BK. Sosialisasi dapat berupa sosialisasi yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan atau provinsi kepada kabupaten/kota atau sosialisasi internal yang dilakukan oleh staf dinas kesehatan yang telah memiliki pemahaman mengenai SPM Bidang Kesehatan kepada staf dinas kesehatan lainnya atau staf puskesmas.

Salah satu bentuk nyata dari advokasi yang dilakukan kepada

pemerintah daerah adalah terbitnya Peraturan Daerah dan atau Peraturan Bupati/Walikota terkait implementasi SPM-BK, seperti di Kabupaten Batanghari dengan terbitnya Peraturan Bupati Batanghari Nomor 57 tahun 2011 tanggal 14 September 2011 tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Batanghari. Bentuk lain adalah apa yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolango dengan menyampaikan perencanaan kebutuhan program anggaran yang disusun berdasarkan SPM.

Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Barat belum menerbitkan Peraturan Daerah maupun SK Bupati

untuk mendukung implementasi SPM Bidang Kesehatan. Akan tetapi ada Peraturan Gubernur Nusa Tenggara No. 3 Tahun 2011 yang mendukung implementasi SPM Bidang Kesehatan. Dalam hal pelatihan mengenai SPM Bidang Kesehatan, sebagian kabupaten/kota seperti Palangkaraya, Bone Bolango, Batanghari, dan Jembrana telah memiliki staf yang pernah dilatih Sistem Informasi Kesehatan (SIK) SPM-BK yang dilakukan oleh Pusat Data dan Informasi Kesehatan (Pusdatin) Kementerian Kesehatan. Selain itu, ada pula beberapa kabupaten/kota yang telah menerima pelatihan mengenai *costing* SPM-BK. Staf pengelola SIK SPM tersebut ditetapkan melalui Surat Keputusan (SK) dan telah menerima honor dari Pusat sebagai pengelola SIK SPM-BK kabupaten/kota. Belum ada staf yang pernah mendapatkan pelatihan terkait SPM di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa dan Lombok Barat, baik pelatihan SIK SPM, substansi SPM, maupun *costing* SPM.

Keberadaan Buku Pedoman Pelaksanaan SPM-BK

Umumnya kabupaten/kota yang menjadi lokasi analisa telah memiliki Buku Permenkes No. 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota dan Buku Kepmenkes No. 828/Menkes/SK/IX/2008 yang merupakan petunjuk teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. Hanya Kabupaten Jembrana yang tidak memiliki buku ataupun salinan Kepmenkes No. 828 tahun 2008. Ketidakterdapatnya petunjuk teknis membuka peluang terjadinya kesalahan dalam pengisian pencapaian indikator SPM-BK. Di beberapa daerah, keberadaan dari kedua buku tersebut diperoleh dengan cara mengunduh (*down load*) dari internet.

Pelaporan, monitoring dan evaluasi serta umpan balik pencapaian SPM-BK

Pengelola SIK SPM-BK Kabupaten/Kota menerima input pencapaian setiap indikator SPM-BK dan kemudian

mengkompilasi menjadi laporan. Sebagian besar Dinas Kesehatan telah memberikan laporan mengenai pencapaian SPM-BK Kabupaten/Kota ke Pusat. Namun, jarang atau bahkan belum pernah menerima umpan balik yang diberikan oleh Pusat maupun oleh provinsi, sehingga dinas kesehatan tidak mengetahui kesalahan dan ketidaksesuaian yang terjadi terkait dengan data yang diberikan.

Sebagian dinas kesehatan kabupaten/ kota belum pernah melakukan monitoring dan evaluasi khusus mengenai pencapaian SPM-BK. Umumnya dinas kesehatan kabupaten/kota juga belum pernah melakukan bimbingan teknis ke puskesmas dan sarana kesehatan lain terkait pencapaian dan implementasi SPM-BK. Bimbingan teknis yang dilakukan oleh dinas kesehatan bersifat umum, tidak secara khusus mengenai pencapaian SPM-BK.

Alokasi sumber daya untuk mendukung implementasi SPM-BK kabupaten/kota

Umumnya dinas kesehatan kabupaten/kota ternyata tidak mengalokasikan sumber daya secara khusus untuk mendukung implementasi SPM-BK. Hal ini disebabkan karena masih terbatasnya anggaran untuk kesehatan di setiap kabupaten/kota. Dukungan sumber daya langsung ditujukan pada program kesehatan secara keseluruhan.

Konflik kebijakan

Adanya Program Jaminan Persalinan (Jampersal) dengan nilai penggantian klaim Rp 350.000,00 dianggap tidak sebanding dengan nilai yang diberikan oleh Jaminan Kesehatan Jembrana yang sebesar Rp 500.000,00. Tenaga kesehatan, khususnya bidan, menjadi enggan untuk mengikuti program Jampersal. Biaya persalinan pada Bidan Praktek Swasta (BPS) di Kabupaten Jembrana rata-rata sebesar Rp 750.000,00. Kondisi ini dapat mempersulit ibu bersalin dari keluarga miskin untuk memanfaatkan persalinan gratis. Hal tersebut dapat menyebabkan ibu meminta pertolongan persalinan pada dukun bayi dan swasta. Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) juga

memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan

Beberapa permasalahan dalam pengisian cakupan indikator SPM-BK

Ketidakjelasan dan inkonsistensi definisi operasional beberapa indikator SPM-BK banyak dikeluhkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Inkonsistensi terlihat pada ketidaksesuaian antara pengertian, rumus perhitungan, dan definisi numerator (penyebut) dan denominator (pembilang) dari indikator-indikator tersebut. Berikut adalah beberapa catatan mengenai permasalahan seputar implementasi SPM BK.

1. Perhitungan sasaran indikator Kesehatan Ibu dan Anak dalam SPM- BK

Populasi bayi digunakan sebagai acuan dalam menentukan sasaran ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, komplikasi kebidanan, dan komplikasi neonatus, dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

- Sasaran ibu hamil : $1,1 \times$ populasi bayi
- Sasaran ibu melahirkan : $1,05 \times$ populasi bayi
- Sasaran ibu nifas : $1,05 \times$ populasi bayi
- Sasaran neonatus komplikasi : $15\% \times$ populasi bayi

Jumlah sasaran ini juga sekaligus menjadi denominator untuk perhitungan pencapaian beberapa indikator SPM yang terkait dengan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Di dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM-BK) disebutkan bahwa populasi bayi dapat diestimasi menggunakan *Crude Birth Rate* (CBR).

Dinas Kesehatan Kabupaten Jembrana tidak menggunakan *Crude Birth Rate* (CBR) sebagai dasar penetapan sasaran bayi, namun menggunakan

swasta.

rata-rata jumlah bayi yang dimunisasi DPT-I selama 3 tahun berturut-turut. Hal ini disebabkan penetapan dengan menggunakan CBR dianggap akan menghasilkan jumlah proyeksi sasaran yang lebih besar daripada seharusnya. Kendati demikian, dinas kesehatan telah menghitung CBR untuk Kabupaten Jembrana pada tahun 2011 sebesar 1,3 %. Terdapat kesamaan jumlah sasaran antara Program KIA dan Gizi.

Selanjutnya, Dinas Kesehatan Kabupaten Jembrana mendistribusikan jumlah sasaran tersebut ke seluruh puskesmas berdasarkan perhitungan rata-rata cakupan imunisasi DPT- I di masing-masing puskesmas sebagaimana halnya di tingkat kabupaten. Berbeda dengan Kabupaten Jembrana, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat menggunakan penetapan sasaran SPM berdasarkan angka proyeksi dengan CBR. Diketahui CBR untuk Kabupaten Lombok Barat adalah 2,37 %.

2. Indikator 1 : Cakupan kunjungan ibu hamil K4

Dalam Permenkes No. 828 tahun 2008 disebutkan bahwa ibu hamil K4 adalah ibu yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 (empat) kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan. Selain itu, kunjungan ibu hamil sesuai standar adalah pelayanan yang mencakup 7 T, yaitu: timbang dan ukur tinggi badan; ukur tekanan darah; skrining status imunisasi tetanus; ukur tinggi fundus uteri; pemberian tablet besi; temu wicara; dan tes laboratorium sederhana atau atas indikasi.

Kota Kediri mengalami kesulitan untuk memenuhi persyaratan 7T sesuai Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Kabupaten/Kota. Diakui oleh beberapa dinas kesehatan, sebagian besar puskesmas melaporkan cakupan kunjungan ibu hamil ke empat (K4) dengan standar 6 T (tanpa tes laboratorium sederhana). Selain itu, Kunjungan pertama ibu hamil (K1) yang dilaporkan adalah K1 Akses yang tidak membatasi kunjungan pada triwulan I kehamilan saja. Kendati demikian, Puskesmas Dangin Kabupaten Jemberana menyebutkan sudah melaporkan cakupan kunjungan ibu hamil berdasarkan standar 7 T dan menggunakan K1 Murni, artinya benar-benar memperhitungkan kunjungan ibu hamil pada trimester I. Sedangkan semua puskesmas di Kabupaten Lombok Barat, sudah menggunakan standar 7 T.

3. Indikator 2 : Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani

Perhitungan yang digunakan untuk menilai cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani adalah jumlah komplikasi kebidanan yang mendapat penanganan definitif di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibanding jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan di wilayah tersebut pada kurun waktu yang sama. Penanganan definitif diartikan sebagai penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan. Perlu penjelasan lebih lanjut mengenai maksud penanganan terakhir tersebut beserta contohnya, mengingat kemampuan setiap puskesmas dalam penanganan komplikasi kebidanan berbeda. Diharapkan terdapat mekanisme yang mengatur agar tidak terjadi pencatatan ganda (*double counting*) atas ibu yang mengalami rujukan dari suatu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

4. Indikator 3 : Cakupan pelayanan nifas

Definisi operasional indikator ini adalah pelayanan kepada ibu dan neonatal pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan sesuai standar. Pelayanan nifas sesuai standar adalah pelayanan kepada ibu nifas sedikitnya 3 kali yaitu pada 6 jam

pasca persalinan sampai dengan 3 hari; pada minggu ke-2; dan pada minggu ke-6. Pelayanan tersebut termasuk pemberian vitamin A sebanyak 2 kali serta persiapan dan/atau pemasangan KB pasca persalinan.

Dalam pelaksanaan pelayanan nifas dilakukan juga pelayanan neonatus sesuai standar sedikitnya 3 kali yaitu pada 6-24 jam setelah lahir; pada usia 3-7 hari dan 28 hari setelah kelahiran yang dilakukan di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah.

Berdasarkan hal tersebut, terdapat perbedaan waktu antara pelayanan nifas dengan pelayanan neonatus. Pelayanan nifas ke-2 yang dilaksanakan pada minggu ke-2 setelah bersalin, tidak bersamaan dengan pelayanan neonatus ke-2 yang dilaksanakan pada saat bayi berusia 3-7 hari. Demikian pula halnya dengan pelayanan nifas ke-3 yang dilaksanakan pada minggu ke-6 pasca bersalin, tidak bersamaan dengan pelayanan neonatus ke-3 yang dilaksanakan pada saat bayi berusia 28 hari. Hal ini mempersulit pencatatan.

5. Indikator 5 : Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani

Di dalam definisi operasional disebutkan bahwa cakupan komplikasi neonatus yang ditangani adalah neonatus dengan komplikasi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan. Cara perhitungannya adalah dengan membandingkan jumlah neonatus dengan komplikasi yang tertangani dan jumlah seluruh neonatus dengan komplikasi yang ada.

Batasan mengenai ditangani sesuai standar tidak tertulis secara jelas di dalam petunjuk teknis SPM-BK. Selain itu kata "ditangani" dan "tertangani" juga memiliki konotasi berbeda. Kata "ditangani" mengisyaratkan bahwa neonatus komplikasi tersebut telah mendapatkan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih tanpa melihat hasilnya (output). Sedangkan kata "tertangani" mengasumsikan bahwa neonatus komplikasi telah tuntas ditangani

sampai sembuh. Dengan demikian apabila neonatus tersebut dirujuk oleh puskesmas, maka hal tersebut termasuk ke dalam kategori “ditangani” dan belum “tertangani”.

6. Indikator 7 : Cakupan desa/kelurahan *Universal Child Immunization (UCI)*

Dalam pengertian disebutkan bahwa imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 4 dosis Hepatitis B, dan 1 dosis Campak. Sedangkan imunisasi pada ibu hamil dan WUS meliputi 2 dosis TT. Imunisasi untuk anak sekolah tingkat dasar meliputi 1 dosis DT, 1 dosis campak, dan 2 dosis TT.

Pengertian ini berbeda dengan definisi operasional, dimana disebutkan bahwa yang dimaksud dengan cakupan desa/kelurahan *Universal Child Immunization (UCI)* adalah desa/kelurahan yang $\geq 80\%$ jumlah bayinya sudah mendapat imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun.

7. Indikator 8 : Cakupan pelayanan anak Balita

Cakupan pelayanan anak balita meliputi pengukuran berat badan per tinggi/panjang badan (D/S), pemantauan perkembangan, dan suplementasi vitamin A. Kabupaten Jembrana memiliki data pengukuran berat badan per tinggi/panjang badan, pemantauan perkembangan, dan pemberian vitamin A, namun data tersebut masih berupa data terpisah dan belum dikompositkan.

Perlu konsistensi antara pengertian, definisi operasional, dan rumus perhitungan indikator cakupan pelayanan anak balita. Perhitungan yang digunakan adalah jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibanding jumlah seluruh bayi lahir hidup di wilayah tersebut dalam kurun waktu yang sama.

Indikator ini seharusnya merupakan perhitungan komposit yang memuat data

berat badan per tinggi/panjang badan (D/S), pemantauan perkembangan, dan suplementasi vitamin A. Di beberapa daerah, terdapat data mengenai pengukuran berat badan per tinggi/panjang badan, pemantauan perkembangan, dan pemberian vitamin A, namun data tersebut masih berupa data terpisah dan belum dikompositkan.

Hal ini tidak terlepas dari perhitungan yang lebih terfokus pada pencatatan pelayanan pemantauan pertumbuhan yang di dalam pengertian disebutkan sebagai pengukuran berat badan per tinggi/panjang badan (BB/TB) dan pengukuran berat badan per umur (BB/U). Pemantauan perkembangan meliputi penilaian perkembangan gerak kasar, gerak halus, bicara, dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian, pemeriksaan daya dengar dan daya lihat.

8. Indikator 9 : Cakupan pemberian Makanan Pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin

Pembilang dan penyebut pada indikator ini terkait dengan jumlah anak usia 6-24 bulan keluarga miskin. Permasalahannya adalah tidak ada data waktu yang sama mengenai jumlah sasaran anak usia 6-24 bulan keluarga miskin di beberapa kabupaten/kota yang menyebabkan indikator ini tidak dapat dinilai.

Pada tahun 2008 dan 2009, Dinas Kesehatan Kabupaten Jembrana menetapkan sasaran berdasarkan jumlah anak usia 6-24 bulan keluarga miskin yang mendapat MP ASI sehingga otomatis cakupannya menjadi 100%. Pada tahun 2010, tidak ada program MP ASI di Kabupaten Jembrana, sehingga pencapaiannya menjadi 0% (Tabel 1).

Di beberapa kabupaten/kota, cakupan MP ASI pada anak 6-24 bulan keluarga miskin tidak dapat dicapai karena pengadaannya tergantung dari pusat, dan daerah tidak mampu menyediakan anggaran serta sulit memilah masyarakat yang miskin dan tidak miskin sehingga pada pelaksanaannya MP ASI diberikan pada masyarakat miskin dan tidak miskin.

9. Indikator 11 : Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat

Di dalam Permenkes No. 828 tahun 2008, disebutkan bahwa penyebut indikator penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat adalah jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Hal ini berbeda dengan rumus yang digunakan dimana di dalam rumus tersebut tidak hanya murid kelas 1 SD dan setingkat yang menjadi dasar perhitungan pembilang dan penyebutnya, tetapi jumlah seluruh siswa SD dan setingkat.

Definisi operasional indikator penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat berbeda dengan penjelasan pada penyebutnya, pembagiannya seharusnya siswa SD kelas 1.

10. Indikator 13 : Penetapan sasaran penemuan dan penanganan penderita penyakit

Khusus untuk indikator penderita DBD yang ditangani, rumus yang digunakan adalah jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai SOP di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun dibanding dengan jumlah penderita DBD yang ditemukan di satu wilayah dalam kurun waktu yang sama.

Ada kesulitan menghitung penyebut "jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai SOP", yaitu cara mengetahui penderita DBD yang ditangani sesuai dengan SOP dan mencatatnya sebagai satu satuan hitung.

Selain itu di dalam petunjuk teknis juga disebutkan bahwa penanganan sesuai standar adalah penanganan penderita DBD yang didiagnosis dan diobati/dirawat sesuai standar kemudian ditindaklanjuti dengan Penanganan Fokus (PF) yang meliputi penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan seperlunya. Hal ini menimbulkan kerancuan tentang cara mencatat satu satuan penderita yang ditangani sesuai SOP.

11. Indikator 14 : Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin

Dalam Kepmenkes No. 828/Menkes/SK/IX/2008 disebutkan bahwa target cakupan pelayanan dasar pasien masyarakat miskin pada tahun 2015 adalah 100%. Di dalam definisi operasional juga disebutkan bahwa cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin adalah jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata pertama di satu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu tertentu. Rumus yang digunakan adalah jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata 1 dibagi dengan jumlah seluruh masyarakat miskin di kabupaten/kota. Definisi, target, dan rumus tersebut menimbulkan pengertian bahwa untuk mencapai target 100%, maka seluruh masyarakat miskin di kabupaten/kota diharapkan berobat ke sarana pelayanan kesehatan dasar. Ini merupakan suatu hal yang sangat sulit tercapai.

Seharusnya yang digunakan sebagai denominator adalah jumlah masyarakat miskin yang sakit. Penentuan sasaran jumlah masyarakat miskin yang sakit dapat dihitung berdasarkan proyeksi angka kesakitan dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan dasar oleh masyarakat miskin pada satu kurun waktu tertentu.

12. Indikator 15 : Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin

Dalam Kepmenkes No. 828/Menkes/SK/IX/2008 disebutkan bahwa target cakupan pelayanan rujukan pasien masyarakat miskin pada tahun 2015 adalah 100%. Di dalam definisi operasional juga disebutkan bahwa cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin adalah jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata dua dan tiga pada kurun waktu tertentu (lama dan baru). Rumus yang digunakan adalah jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata 2 dan strata 3 dibanding jumlah seluruh masyarakat miskin di kabupaten/kota.

Definisi, target, dan rumus tersebut menimbulkan pengertian bahwa untuk mencapai target 100% maka seluruh

masyarakat miskin di kabupaten/kota diharapkan berobat ke sarana pelayanan kesehatan strata 2 dan strata 3. Ini merupakan suatu hal yang sangat sulit dicapai. Seharusnya yang digunakan sebagai denominator adalah jumlah masyarakat miskin yang sakit dan memerlukan pelayanan sarana pelayanan kesehatan strata 2 dan 3 (dirujuk). Penentuan sasaran jumlah masyarakat miskin yang sakit dapat dihitung berdasarkan proyeksi angka kesakitan, angka rujukan dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan strata 2 dan 3 oleh masyarakat miskin pada satu kurun waktu tertentu.

13. Indikator 16 : Cakupan pelayanan gawat darurat level I yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota

Terdapat ketidaksesuaian/inkonsistensi antara pengertian, definisi operasional, rumus, pembilang dan penyebut, serta contoh perhitungan di dalam Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Di dalam pengertian disebutkan bahwa yang dimaksud dengan gawat darurat level I adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki dokter umum *on site* 24 jam dengan kualifikasi GELS dan/atau ATLS + ACLS, serta memiliki alat transportasi dan komunikasi.

Di dalam definisi operasional disebutkan bahwa indikator ini adalah untuk pelayanan gawat darurat level I yang harus diberikan oleh sarana kesehatan (RS) di kabupaten/kota. Rumus perhitungan yang digunakan adalah pelayanan gawat darurat level I dibagi dengan jumlah RS kabupaten/kota. Dijelaskan pada contoh perhitungan:

Jumlah sarana kesehatan yang ada di suatu wilayah adalah 3 RS, 10 puskesmas, dan 17 RB (30 sarana kesehatan). Jumlah sarana kesehatan yang mempunyai pelayanan gawat darurat adalah 2 RS, 5 puskesmas, 8 RS (20 sarana kesehatan). Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat = $20/30 \times 100\% = 66,6\%$.

Dari hal diatas terlihat jelas adanya inkonsistensi dalam aplikasi indikator ini. Terdapat ketidakjelasan tentang sarana kesehatan, hanya RS saja atau seluruh sarana kesehatan yang terdapat di kabupaten/kota tersebut.

14. Indikator 18 : Cakupan desa siaga aktif

Perhitungan indikator cakupan desa siaga aktif ini ditetapkan dengan perhitungan jumlah desa siaga yang aktif dibagi dengan jumlah desa siaga yang dibentuk.

Perhitungan ini menimbulkan kerancuan. Hal ini dapat dilihat berdasarkan ilustrasi sebagai berikut:

Kabupaten A:

- Terdapat 100 desa/kelurahan
- Terdapat 10 desa siaga
- Terdapat 3 desa siaga aktif

Maka cakupan desa aktif untuk Kabupaten A berdasarkan rumus diatas menjadi : $3/10 \times 100\% = 30\%$.

Kabupaten B:

- Terdapat 100 desa/kelurahan
- Terdapat 2 desa siaga
- Terdapat 2 desa siaga aktif

Maka cakupan desa aktif untuk Kabupaten A berdasarkan rumus diatas menjadi : $2/2 \times 100\% = 100\%$. Kabupaten A seharusnya dinilai lebih baik daripada Kabupaten B karena Kabupaten A memiliki cakupan yang lebih baik (jumlah desa siaga dan desa siaga aktif lebih banyak), namun perhitungan berdasarkan rumus yang ditetapkan menyebabkan Kabupaten B memiliki pencapaian yang lebih baik.

PEMBAHASAN

Standar Pelayanan Minimal (SPM) terkait dengan bagaimana setiap penduduk dapat memperoleh pelayanan dasar tertentu yang dijamin oleh Pemerintah. Konsep ini tidak terlepas dengan bagaimana pelayanan tersebut didistribusikan secara berkeadilan (ekuitas, *equity*). Dalam ranah pelayanan kesehatan, ekuitas merupakan keadilan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada dua

atau lebih kelompok (Sari, 2013). Salah satu aspek yang berpengaruh dalam ekuitas pelayanan kesehatan adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, yang meliputi keberadaan pelayanan kesehatan, akses geografis, ekonomi, dan sosial.

Bentuk nyata dari Standar Pelayanan Minimal (SPM), khususnya di bidang kesehatan masih menjadi diskusi yang hangat, terkait dengan bervariasinya persepsi mengenai hal tersebut. Menurut Suwandi (2013), terdapat beberapa miskonsepsi tentang SPM antara lain SPM dianggap sebagai target kinerja dan muatannya lebih menggambarkan program-program beserta target yang harus dicapai oleh pemerintah daerah dalam kurun waktu tertentu, SPM dipandang sebagai *Technical Quality Standar*, SPM sebagai *Standar Operating Procedure (SOP)*, dan SPM sebagai Standar Mutu.

Pembahasan mengenai Standar Pelayanan Minimal seringkali dikaitkan dengan pelayanan kesehatan esensial. Dalam beberapa referensi, pelayanan kesehatan esensial dihubungkan dengan paket manfaat untuk jaminan kesehatan. Kendati demikian konsep ini dapat pula digunakan untuk memilah apa sebenarnya yang seharusnya menjadi standar pelayanan kesehatan minimal dalam konsep SPM-BK.

Tidak ada satupun negara yang mampu menyediakan pelayanan kesehatan yang mampu memenuhi seluruh kebutuhan populasi, sehingga dibutuhkan kriteria mengenai pelayanan apa yang harus disediakan. Terdapat 2 kriteria utama yang menjadi pertimbangan yakni beban akibat penyakit tertentu (termasuk cedera, faktor risiko) dan efektivitas-biaya (*cost-effectiveness*) dari intervensi yang dilakukan. Dikarenakan gambaran epidemiologi tiap wilayah berbeda-beda, maka diperlukan rancangan yang bersifat nasional dalam bentuk minimal pelayanan yang harus diberikan dengan mempertimbangkan efektifitas, pemecahan masalah kesehatan utama, serta jaminan terhadap akses pelayanan secara universal (Bobadilla JL, 1994).

Pelaksanaan pelayanan kesehatan esensial harus didukung dengan keberadaan sumber daya, sarana, dan obat-obatan yang memadai. Pengalaman Malawi misalnya, pelaksanaan pelayanan kesehatan esensial terkendala oleh keterbatasan sumber daya manusia, minimnya pelatihan dan juga ketersediaan obat-obatan vital di pelayanan kesehatan (Mueller *et.al.*, 2011).

Kruk *et.al.* (2009), menyebutkan pelayanan imunisasi terintegrasi, pengobatan malaria, diare, dan infeksi saluran pernafasan akut sebagai pelayanan kesehatan esensial yang merupakan bagian dari upaya menurunkan kematian anak. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih yang profesional (dokter, bidan, dan perawat), akses terhadap pelayanan kegawatdaruratan kebidanan termasuk seksio sesaria merupakan pelayanan kesehatan esensial yang dianggap efektif untuk menurunkan angka kematian ibu.

Referensi lain mengklasifikasikan beberapa jenis pelayanan kesehatan esensial, meliputi kesehatan reproduksi (termasuk *safe motherhood* : pelayanan kebidanan esensial, pelayanan antenatal dan post natal), kesehatan anak (tata laksana Infeksi Saluran Pernafasan Akut, diare, penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, kesehatan remaja) yang diplikasikan melalui pendekatan manajemen terpadu anak sakit, pengendalian penyakit menular (tuberkulosis, lepra, filariasis, kala azar dan penyakit lainnya), penatalaksanaan kuratif terbatas (difokuskan pada pertolongan pertama untuk trauma, kegawatdaruratan medis dan bedah, asma, penyakit-penyakit kulit, mata, gigi, dan infeksi telinga), serta upaya-upaya komunikasi perubahan perilaku (Ensor, 2002). Penting juga dipertimbangkan bahwa pelayanan kesehatan esensial tersebut memiliki daya ungkit yang besar terhadap peningkatan status kesehatan masyarakat paling rentan (perempuan, anak-anak, dan orang miskin).

Pelayanan kesehatan esensial bisa saja merupakan pelayanan kesehatan primer, sekunder, tersier, ataupun pelayanan kegawatdaruratan. Pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan kesehatan kontak pertama antara pasien dan penyedia

pelayanan. Pelayanan kesehatan sekunder bersifat konsultatif, dimaksudkan untuk membantu penyedia pelayanan kesehatan primer dalam memecahkan masalah diagnosa dan terapi (Starfield, 1994).

Fluktuasi di dalam pencapaian terlihat dari pencapaian beberapa indikator SPM-BK dari tahun ke tahun. Pada beberapa kasus, fluktuasi angka yang ditampilkan juga terlihat cukup fantastis. Kondisi ini menimbulkan keraguan terhadap kualitas dan validitas data. Untuk menjawab hal tersebut diperlukan analisis kualitatif yang memadai, sehingga dapat diperoleh informasi yang dapat menerangkan fenomena-fenomena yang ditampilkan oleh angka-angka pencapaian SPM BK.

Data yang valid sangat diperlukan untuk menentukan prioritas masalah kesehatan, khususnya terkait data mortalitas, yang menjadi salah satu dasar penetapan jenis pelayanan kesehatan esensial. Diperlukan pengembangan metode yang relatif murah untuk mengumpulkan informasi dasar mengenai determinan utama status kesehatan. Otopsi verbal dan pengembangan *Sample Registration System* menjadi alternatif untuk memperoleh data yang valid terkait mortalitas penduduk (Bobadilla, 1998).

Keberhasilan suatu program kesehatan, khususnya program kesehatan masyarakat antara lain tergantung pada komunikasi informasi yang akurat dan komitmen untuk mempertahankan sumber daya dalam rangka mendukung efektifitas program (Frieden, 2013). Minimnya sosialisasi internal yang dilakukan di dinas kesehatan, baik di lingkungan pemegang program di dinas kesehatan maupun jajaran puskesmas membuat pemahaman mengenai SPM-BK ini hanya terbatas pada orang-orang tertentu saja. Ketika orang-orang tersebut yang semula juga mengelola SIK SPM kemudian mengalami mutasi kepegawaian maka pengelola SIK SPM yang baru tidak memiliki pemahaman yang sama seperti halnya pendahulunya.

Minimnya sosialisasi menjadi masalah yang serius yang menyebabkan tidak semua staf yang berkepentingan, khususnya

pemegang program di dinas kesehatan memahami betul bagaimana pengisian indikator SPM-BK. Kondisi ini menyebabkan terjadinya kerancuan pada level Pusat, ketika data mengenai SPM-BK sudah terkumpul, yang diakibatkan tidak samanya pemahaman seluruh dinas kesehatan kabupaten/kota mengenai indikator-indikator SPM-BK.

Indikator kesehatan yang baik, hendaknya memenuhi kondisi metodologi *Specific, Measurable, Achievable, Realistic* dan *Time-bound* yang disingkat SMART (Van Herten, 2001). Beberapa indikator SPM-BK terindikasi tidak memenuhi persyaratan tersebut. Tidak seragamnya pemahaman dinas kesehatan kabupaten/kota mengenai indikator SPM BK juga tidak terlepas dari tidak jelasnya definisi operasional yang dijabarkan untuk menerangkan indikator dimaksud.

Sosialisasi dan advokasi kepada Pemerintah Daerah mengenai SPM-BK secara umum masih belum optimal dilakukan, padahal sesuai dengan amanatnya, pencapaian SPM-BK ini akan menjadi dasar penilaian kinerja kabupaten/kota di dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat. Ini juga yang diarahkan menjadi dasar bagi Laporan Pertanggungjawaban Bupati/Walikota.

Kurangnya monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota terkait pelaksanaan SPM-BK merupakan suatu indikasi dari kurangnya perhatian terhadap pencapaian indikator SPM-BK. Demikian juga dengan minimnya umpan balik (*feed back*) yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan atas laporan yang disampaikan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. Di tingkat Kementerian Kesehatan, secara definitif tidak jelas siapa/unit mana yang memiliki tugas sebagai koordinator pengawasan pelaksanaan pencapaian indikator SPM-BK. Hal ini menyebabkan daerah kebingungan kepada siapa harus berkonsultasi apabila mengalami kesulitan di dalam pelaksanaan SPM-BK, termasuk dalam hal pencatatan dan pelaporan kegiatan terkait. Tidak terlihat peran provinsi secara signifikan di dalam upaya pencapaian SPM-BK Kabupaten/Kota.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM-BK) Kabupaten/Kota di masing-masing kabupaten/kota menunjukkan adanya perbedaan pencapaian, baik dalam hal cakupan maupun di dalam pemahaman mengenai definisi operasional dan pengertian yang terkandung di dalam setiap indikator SPM-BK. Perbedaan juga terjadi dalam tataran operasional, dimana ada kabupaten/kota yang sudah menerapkannya di dalam suatu payung hukum tertentu di tingkat daerah, melakukan advokasi, menyusun rancangan anggaran berbasis SPM, maupun kabupaten/kota yang belum banyak bersikap terkait implementasi SPM-BK.

Berbagai kesulitan yang dihadapi di dalam implementasi SPM-BK antara lain adanya definisi operasional yang belum jelas, pelatihan dan sosialisasi yang minim, kurangnya monitoring dan evaluasi, serta tidak adanya catatan yang adekuat mengenai pencapaian beberapa indikator SPM-BK.

Saran

Sebaiknya Kementerian Kesehatan memberikan pelatihan dan sosialisasi yang cukup atas kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. Kementerian Kesehatan hendaknya menetapkan suatu unit di dalam Kementerian Kesehatan yang secara khusus memantau pelaksanaan SPM BK sekaligus berperan sebagai fasilitator dan tempat berkonsultasi mengenai pelaksanaan SPM BK. Selain itu, dirasakan perlu untuk mengalokasikan peran yang lebih besar kepada dinas kesehatan provinsi dalam ikut melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan SPM-BK Kabupaten/Kota.

Perlu dilakukan revisi SPM-BK Permenkes 741 tahun 2008 dengan tidak lagi berfokus pada pencapaian target program tetapi lebih didasarkan pada bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan. Selain itu, perlu dilakukan revisi dan konsistensi antara pengertian, definisi operasional, dan rumus dari indikator SPM-BK

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada dr. Krisnajaya, MS, dr. Bambang Sardjono, MPH (Staf Ahli Menteri Kesehatan Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi, Kementerian Kesehatan), Prof.dr. Budi Sampurna, SH, DFM, SpF(K), Sp.KP, Asril Rusli, SH, MH (Kepala Biro Hukum dan Organisasi Kementerian Kesehatan) beserta staf, Dr. Anwar Musadad, SKM, M.Kes (Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan), seluruh Unit Utama Kementerian Kesehatan terkait, atas segala dukungan yang diberikan sehingga analisis ini dapat dilaksanakan dan tulisan ini dapat dibuat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, Saxenian H. (1994). Design, content and financing of an essential national package of health services, *Bulletin of the World Health Organization*, 72 (4): 653-662
- Bobadilla, JL. (1998). Searching for Essential Health Services in Low-and Middle-Income Countries, a Review of Recent Studies on Health Priorities, Washington DC
- Ensor, T, Dave-Sen, P, Ali, L, Hossain, A, Begum, SA, Moral, H. (2002). Do essential packages benefit the poor ?, pre liminary evidence from Bangladesh, *Health Policy and Planning*, 17(3): 247 – 256.
- Frieden TR. (2013). Six Components Necessary for Effective Public Health Program Implementation, *American Journal of Public Health*: January 2014, Vol. 104, No. 1, pp. 17-22.
- Kruk, ME, Prescott MR, de Pinho H, Galea S. (2009). Are doctors and nurses associated with coverage of essential health services in developing countries?, *A cross-sectional study*, *Human Resources for Health* 7.1 : 27
- Mueller, D. H., Lungu, D., Acharya, A., & Palmer, N. (2011). Constraints to implementing the essential health package in Malawi. *PLoS one*, 6(6), e20741.
- Sari IN, Pudjiraharjo WJ. (2013). Ekuitas dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan, *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* Vol. 1 No. 1.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential?. *The Lancet* 344.8930 (1994): 1129-1133.
- Suwandi, M, Khairi, H, Suryanto, BA, Djunadi, P. (2013). Konsep Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, Laporan AIPHSS.
- Van Herten, LM. (2001). Health targets: navigating in health policy, PhD Thesis, Faculty of Medicine University of Amsterdam

PERATURAN

Undang Undang Nomor 23 tahun 2014, tentang Pemerintahan Daerah
Peraturan Pemerintah RI Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Nomor 65 Tahun 2005.

Permenkes RI Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Kepmenkes RI Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008.