

STUDI IMPEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN DASAR DI KOTA MAGELANG

Oleh : Aloysius Rengga

Abstract :

The aims of these research is to explore the content and contex of SPM (Minimal Standard of Public Services) in Health Sector; how does local government implement these policy and how does society response on SPM implementation. The results of these research shows that in term of policy content actually consistence with local regulation whereas local government support in implementing SPM by regulating the Jamkesda. Total budget of Jamkesda is 1,3 billion rupiah which is allocated for poor family who aren't covered by Jamkesmas. In the context dimensions shows that there is no resistance against SPM policy. Most stakeholders says that SPM in Health Sector actually could improve health status and by increasing the health status could impact on improving family welfare. While in term of implementing these policy, its reflect that most indicators of SPM could be attain, but in term of immunization and family planning still lack and need to improve the performance. Societal response against SPM is quiet significance where most of family stated the health service is appropriate and most of people claimed that the policy should be improved in all aspect not just in basic health services.

Keywords : *Implementation, Minimal Standard of Services, Health Services*

PENDAHULUAN

Proses desentralisasi telah mengakibatkan perubahan-perubahan mendasar dalam pelayanan kesehatan baik pada tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Dalam undang-undang UU. No.38 Tahun 2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Departemen Kesehatan bertanggung jawab secara menyeluruh untuk pengembangan kebijakan kesehatan nasional, norma-norma serta standar, kerjasama lintas sektor, maupun pemantauan dan evaluasi rencana kesehatan nasional. Dalam sistem kesehatan nasional disebutkan bahwa pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah masyarakat, pemerintah pusat, pemerintah provinsi maupun pemerintah kabupaten/kota. Dengan demikian dalam lingkungan pemerintah, antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah harus bekerja secara sinergis melaksanakan pembangunan kesehatan yang terencana, terpadu dan berkesinambungan dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pada dasarnya penetapan urusan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan mengacu pada kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan. Tujuan strategi pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan yang erat kaitannya dengan penetapan kewenangan wajib dan SPM (Standar Pelayanan Minimal) bidang kesehatan, adalah:

1. Terbangunnya komitmen antara pemerintah legislatif, masyarakat dan stakeholder lainnya guna kesinambungan pembangunan kesehatan.
2. Terlindunginya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin.
3. Terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan.

Permendagri 79 tahun 2007 tentang Pedoman dan Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal mengisyaratkan perlu adanya penyusunan dan penerapan SPM. Penyusunan dokumen ini dilaksanakan secara bertahap karena terkait dengan pelaksanaan pelayanan dasar bagi masyarakat. Sebagai penanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan yang dilaksanakan oleh perangkat daerah adalah Bupati / Walikota. Secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sedangkan pelaksanaannya adalah tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

Hasil pemantauan Dinas Kesehatan Kota Magelang (Dinas Kesehatan, Kota Magelang, 2009) menunjukkan bahwa pelayanan bidan di desa tidak didukung sepenuhnya oleh suatu sistem penunjang yang berfungsi, termasuk akses terhadap fasilitas rujukan dimana terdapat pelayanan kedaruratan obstetri selama 24 jam.

Lagi pula, kemampuan kader, dukun ataupun bidan di desa dalam pengenalan komplikasi secara cepat dan melakukan rujukannya masih terbatas. Peralatan esensial seperti persediaan alat kesehatan atau obat-obatan kadang-kadang telah kadaluwarsa, tidak disimpan dengan baik, atau kadang-kadang tidak ada sama sekali. Kondisi ini terjadi karena dua faktor kritis: *pertama*, sistem pengadaan dan pengadaan ulang yang berfungsi, dan *kedua*, adanya kebijakan pemerintah untuk memberikan kewenangan pada penolong persalinan yang telah dilatih secara profesional untuk menggunakan alat dan persediaan yang diperlukan. Tersedianya serta manajemen bahan-bahan, darah, dan peralatan medis khususnya merupakan masalah utama di rumah sakit kabupaten/kota dimana alat-alat esensial untuk melaksanakan PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif) sangat kurang di berbagai kabupaten/kota.

Berdasarkan kajian terhadap data sekunder terutama dari hasil laporan tahunan puskesmas serta data dari Profil Kesehatan Kota Magelang tahun 2009, maka dapat disimpulkan bahwa capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kota Magelang secara keseluruhan telah mencapai target yang diharapkan meskipun ada beberapa indikator perlu dilakukan upaya pengembangan. Hasil perhitungan terhadap capaian Standar Pelayanan Minimal terutama pada kategori pelayanan dasar menunjukkan bahwa cakupan K4 (Kunjungan Kehamilan ke 4) sudah hampir mendekati target SPM yaitu 94,06%, hal ini menunjukkan bahwa kunjungan ibu hamil dalam pemeriksaan kehamilan sudah cukup baik atau kesadaran ibu hamil dalam pemeriksaan kehamilan telah berjalan dengan sempurna. Ada beberapa persoalan yang perlu mendapat perhatian antara capaian imunisasi yaitu masih sebesar 80%, pelayanan anak balita sebesar 66,28%, penjangkauan kesehatan anak sekolah Sekolah Dasar, penemuan dan penanganan penyakit serta pelayanan pada penduduk miskin. Capaian SPM ini perlu ditingkatkan karena merupakan pelayanan dasar yang harus diperhatikan oleh pemerintah daerah Kota Magelang.

Data pelayanan kesehatan dasar Kota Magelang tahun 2009 menunjukkan bahwa belum semua komponen pelayanan dasar dapat dicapai antara lain:

- Kunjungan pemeriksaan kehamilan seharusnya 100%. Kenyataannya baru mencapai 94,87%
- Pelayanan nifas (setelah melahirkan) seharusnya 100%. Kenyataannya baru mencapai 90,87%

- Pemeriksaan bayi seharusnya 100%, kenyataannya baru mencapai 92,25%
- Persalinan oleh nakes seharusnya 100% , kenyataannya baru mencapai 90,79%
- Pelayanan anak balita seharusnya 100, kenyataan masih tercapai sekitar 66,28%

Secara umum, pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal yang tidak merata sangat erat hubungannya dengan kemiskinan, pendidikan wanita dan pembangunan sosial. Kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu adalah lebih besar dari pada kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan lainnya seperti kesehatan anak dan imunisasi. Kaum ibu yang miskin dan tidak berpendidikan mengalami kesulitan khusus dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena keterbatasan biaya untuk pelayanan kesehatan khususnya tindakan bedah serta biaya transportasi. Dalam kasus-kasus tertentu faktor budaya dan stigma sosial menambah kesulitan untuk menggunakan pelayanan. Pelayanan kesehatan maternal berkualitas tidak akan terjangkau bilamana kaum ibu harus membayar untuk pelayanan serta obat esensial, dan bilamana mereka harus menanggung biaya terselubung yang besar karena harus meninggalkan pekerjaan dan tidak mendapat upah, kehilangan waktu untuk melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti menyediakan makanan, perawatan anak dan sebagainya.

Dalam rangka upaya perbaikan dan peningkatan kualitas pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar dan diorientasikan untuk semakin meningkatkan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau, maka masalah ini penting dan perlu diteliti guna mengetahui secara mendalam tentang implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang telah dijalankan oleh Pemerintah Kota Magelang dalam menjamin hak memperoleh pelayanan kesehatan dasar.

PEMBAHASAN

Penelitian ini pada dasarnya ingin mengkaji beberapa aspek yang terkait dengan pelaksanaan kebijakan SPM Bidang Kesehatan Dasar di Kota Magelang, secara rinci tujuan penelitian ini adalah:

1. Mengkaji isi dan konteks kebijakan SPM (Standar Pelayanan Minimal) yang telah diimplementasikan oleh Pemerintah Kota Magelang
2. Mengkaji SPM (Standar Pelayanan Minimal) bidang kesehatan yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kota Magelang
3. Mengkaji tanggapan masyarakat terhadap

pelaksanaan SPM (Standar Pelayanan Minimal) di Kota Magelang

1. Kebijakan publik

Definisi kebijakan publik dari Dye (Wahab, 1991) adalah *whatever governments choose to do or not to do*. Yang artinya bahwa apapun kegiatan yang dilakukan maupun tidak dilakukan oleh pemerintah baik eksplisit maupun implisit. Interpretasi dari kebijakan tersebut harus dimaknai dengan dua hal penting antara lain:

1. Bahwa kebijakan haruslah dilakukan oleh badan pemerintah
2. Kebijakan tersebut mengandung pilihan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah

Kebijakan publik diarahkan untuk memecahkan masalah publik untuk memenuhi kepentingan dan penyelenggaraan urusan-urusan publik. Kebijakan public sejauh mungkin diupayakan berada dalam rel kebijakan yang terarah pada kepentingan publik yang sebesar-besarnya. Kebijakan publik memang masuk dalam ranah kepentingan di dalamnya. Nilai-nilai rasional yang dikembangkan dalam analisis kebijakan publik sejauh mungkin didekatkan kepada kepentingan publik. Sampai titik ini memang diperlukan komitmen aktor politik untuk memperjuangkan nilai-nilai kepentingan publik.

2. Good Governance dalam Pelayanan Publik

Secara konseptual pengertian kata baik (*good*) dalam istilah pemerintahan yang baik (*good-governance*) mengandung dua pemahaman. Nilai yang menjunjung tinggi keinginan / kehendak rakyat, dan nilai-nilai yang dapat meningkatkan kemampuan rakyat dalam pencapaian tujuan (nasional) kemandirian, pembangunan dan berkelanjutan dan keadilan sosial. Adapun kajian yang mengkaitkan antara *Good Governance* dalam pelayanan public (Santosa: 2004) menjelaskan aspek fungsional dari pemerintah yang efektif dan efisien dalam pelaksanaan tugasnya untuk mencapai tujuan tersebut. Selanjutnya, Lembaga Administrasi Negara mengemukakan bahwa *Good Governance* berorientasi pada:

1. Orientasi ideal Negara yang diarahkan pada pencapaian tujuan nasional
2. Pemerintah yang berfungsi secara ideal, yaitu secara efektif, efisien dalam melakukan upaya mencapai tujuan nasional

Lembaga Administrasi Negara (2000) menyimpulkan bahwa wujud *Good Governance* adalah penyelenggaraan pemerintahan negara yang solid dan bertanggung jawab serta efisien dan

efektif, dengan menjaga sinergi interaksi yang konstruktif diantara domain-domain negara, sektor swasta dan masyarakat.

3. Faktor-Faktor Terkait dengan Implementasi Kebijakan

Konsep implementasi menurut kamus Webster dalam Abdul Wahab (1991:51) merumuskan secara pendek bahwa *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out*; (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu), *to give practical effect to* (menimbulkan dampak / akibat terhadap sesuatu).

Kalau pandangan ini kita ikuti, maka impementasi kebijakan dapat dipandang sebagai suatu proses melaksanakan keputusan, kebijakan (biasanya dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan peradilan, perintah eksekutif atau dekrit presiden). Abdul Wahab (1991:61) mengatakan studi implementasi kebijakan publik baru mulai diperhatikan oleh para ahli administrasi Negara di Amerika Serikat dan Inggris awal 1970-an karena belum berhasilnya berbagai kebijakan pemerintah dalam mewujudkan reformasi kehidupan sosial.

Meter dan Horn (dalam Samodra Wibawa, 1994:15) mendefinisikan bahwa implementasi kebijakan sebagai tindakan yang dilakukan oleh pemerintah baik secara individu maupun kelompok yang bermaksud untuk mencapai tujuan sebagaimana telah dirumuskan dalam kebijakan. Kegiatan impementasi ini baru dapat dilaksanakan setelah kebijakan mendapatkan pengesahan dari legislatif termasuk alokasi sumber daya. Definisi tersebut dapat dipahami bahwa implementasi kebijakan diawali dari tahap penyusunan program, yang menurut Mazmanian dan Sabatier (dalam Samodra Wibawa, 1994:16) harus melalui beberapa langkah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi masalah
2. Menetapkan tujuan yang akan dicapai
3. Merancang struktur proses implementasi

Impementasi kebijakan sebagai keputusan politik dari para pembuat kebijakan yang tidak lepas dari pengaruh lingkungan. Grindle (dalam Samodra Wibawa 1994) mengungkapkan bahwa pada dasarnya impementasi kebijakan publik ditentukan oleh dua variable variabel konten dan konteks. Variabel konten suatu kebijakan yang berpengaruh terhadap implementasi. Sedangkan variable konteks meliputi lingkungan dari kebijakan politik dan administrasi dengan kebijakan publik tersebut.

Adapun yang menjadi ide dasar dari pemikiran tersebut adalah bahwa setelah kebijakan

ditransformasikan menjadi program aksi maupun proyek individual dan biaya yang telah disediakan, maka implementasi kebijakan dilakukan, tetapi ini tidak berjalan mulus, tergantung dari program itu yang dapat dilihat pada isi dan konteks kebijakannya.

a. *Isi kebijakan mencakup*

1. Kepentingan yang mempengaruhi
2. Manfaat yang akan dihasilkan
3. Derajat perubahan yang diinginkan
4. Kedudukan pembuat kebijakan
5. Siapa pelaksana program
6. Sumber daya yang dikerahkan

b. *Konteks kebijakan mencakup*

1. Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat
2. Karakteristik lembaga penguasa
3. Kepatuhan dan daya tanggap

Hasil kajian terhadap Dokumen Perencanaan Pembangunan Kesehatan Tahun 2005-2025 maka arah kebijakan yang akan diambil adalah pembangunan penduduk yang sehat. Untuk mencapai sasaran tersebut, kebijakan pembangunan kesehatan terutama diarahkan pada:

- (1) peningkatan jumlah jaringan dan kualitas sarana dan prasarana kesehatan;
- (2) peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan;
- (3) pengembangan sistem jaminan kesehatan terutama bagi penduduk miskin;
- (4) peningkatan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat;
- (5) peningkatan pendidikan kesehatan pada masyarakat sejak usia dini;
- (6) pemerataan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar dan sebaran tenaga kesehatan.

Pembangunan kesehatan memprioritaskan upaya promotif dan preventif yang dipadukan secara seimbang dengan upaya kuratif dan rehabilitatif. Perhatian khusus diberikan kepada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, daerah tertinggal dan kawasan Agropolitan, dengan memperhatikan kesetaraan gender.

Secara makro hasil capaian dari pelaksanaan SPM ini telah membawa dampak yang cukup berarti. Hal ini terlihat dari data statistik yang ada dimana angka kematian ibu dapat ditekan dari angka 89 permil menjadi 48 permil pada tahun 2009. Disamping itu, penurunan juga terjadi pada penurunan angka kematian anak, penurunan angka kesakitan serta indikator kesehatan lainnya.

Hasil pemantauan Dinas Kesehatan Kota Magelang (Dinas Kesehatan, Kota Magelang, 2009) menunjukkan bahwa pelayanan bidan di

desa tidak didukung sepenuhnya oleh suatu sistem penunjang yang berfungsi, termasuk akses terhadap fasilitas rujukan dimana terdapat pelayanan kedaruratan obstetri selama 24 jam. Lagi pula, kemampuan kader, dukun ataupun bidan di desa dalam pengenalan komplikasi secara cepat dan melakukan rujukannya masih terbatas.

Peralatan esensial seperti persediaan alat kesehatan atau obat-obatan kadang-kadang telah kadaluwarsa, tidak disimpan dengan baik, atau kadang-kadang tidak ada sama sekali. Kondisi ini terjadi karena dua faktor kritis: *pertama*, sistem pengadaan dan pengadaan ulang yang berfungsi, dan *kedua*, adanya kebijakan pemerintah untuk memberikan kewenangan pada penolong persalinan yang telah dilatih secara profesional untuk menggunakan alat dan persediaan yang diperlukan. Tersedianya serta manajemen bahan-bahan, darah, dan peralatan medis khususnya merupakan masalah utama di rumah sakit kabupaten/kota dimana alat-alat esensial untuk melaksanakan PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif) sangat kurang di berbagai kabupaten/kota. Walaupun terdapat fasilitas *Safe Motherhood*, Rumah Sakit Kabupaten mungkin tidak memiliki fasilitas penyimpanan darah. Tidak semua bank darah melakukan tes HIV dan Hepatitis B, sehingga dengan demikian dapat terjadi penularan melalui transfusi darah. Di semua tingkat pelayanan terdapat kekurangan sumberdaya manusia yang signifikan.

Menurut laporan Dinas Kesehatan Kota Magelang (2009) maka rumah sakit kota tidak memiliki dokter spesialis kebidanan dan kandungan, maupun dokter spesialis lainnya seperti dokter spesialis anestesi. Disamping itu, beberapa fakta menunjukkan bahwa walaupun dokter umum, bidan dan bidan di desa telah memperoleh pelatihan, namun kompetensi dan keterampilan mereka dalam pelayanan maternal dan neonatal dasar, terutama manajemen aktif persalinan Kelas III dan pelayanan kedaruratan obstetri masih kurang memadai. Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Permendagri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan SPM dan Penerapannya, serta sambil menunggu waktu diterbitkannya Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Pembagian Urusan yang mengacu dari Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, sebagai revisi Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Pembagian Kewenangan antara Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, yang mengacu dari Undang-

Undang Nomor 22 Tahun 1999.

Dalam integrasi perencanaan dan penganggaran pada pengelolaan keuangan daerah, khususnya dalam APBD, bahwa penyelenggaraan pemerintahan daerah berdasarkan atas Urusan Wajib dan Urusan Pilihan. Hal ini sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Namun dalam Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004, belum terlihat jelas pembagian urusan yang akan dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, kecuali hanya beberapa urusan yang bersifat lintas kabupaten/kota yang akan dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi, sedangkan yang lain masih belum ada kejelasan. Sementara dalam Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 dan Permendagri Nomor 6 Tahun 2007 dijelaskan bahwa Pemerintah wajib menyusun SPM dan penerapannya dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah. SPM tersebut disusun oleh Pemerintah berdasarkan Urusan Wajib yang merupakan pelayanan dasar, yang merupakan bagian dari pelayanan publik. Sedangkan Rancangan Permendagri selanjutnya yang telah dipersiapkan penyusunannya adalah Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Berdasarkan Analisis Kemampuan dan Potensi Daerah.

Jumlah tenaga kesehatan berdasarkan jenis ketenagaan, dapat diuraikan sebagai berikut: Tenaga Medis 187, Perawat dan Bidan 986, Farmasi 76, Ahli Gizi 26, Teknis Medis 101, Sanitasi 20 dan Kesehatan Masyarakat 22. Jenis tenaga kesehatan yang ada tersebut apabila dilihat persebarannya menurut unit kerja dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Tenaga Medis yang ada di : Puskesmas 15,51%, RS 75,94%, Sarkes Lain 5,35% dan Dinas Kesehatan 3,21%.
2. Perawat dan Bidan di : Puskesmas 7,20%, RS 90,06%, Sarkes lain 2,03%, dan Dinas Kesehatan 0,71%.

3. Tenaga Farmasi di : Puskesmas 6,99%, RS 5,56%, Sarkes lain 6,25%, Diknakes 3,23%, dan Dinas Kesehatan 12,90%.
4. Ahli Gizi di : Puskesmas 11,54%, RS 84,62%, Sarkes lain 0%, dan Dinas Kesehatan 3,85%.
5. Teknisi Medis di : Puskesmas 7,92%, RS 85,15%, Sarkes lain 3,96%, dan Dinas Kesehatan 2,97%.
6. Sanitasi di Puskesmas 55,00%, RS 30,00%, Sarkes lain 5,00%, dan Dinas Kesehatan 10,00%.

Anggaran untuk pembiayaan Pembangunan di bidang kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Magelang pada tahun 2009 terdiri dari berbagai sumber, yaitu : APBD Kota sebesar Rp. 15.024.887.000,-, APBD Provinsi sebesar Rp. 44.997.500,-. Selain dana APBD pembiayaan kesehatan mendapat alokasi dari anggaran APBN yang terdiri dari Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp. 3.935.800.000,-. Askeskin sebesar Rp. 8.225.000,- dan Dekonsentrasi sebesar Rp. 1.693.889.568,- sedangkan sumber dana dari pinjaman atau hibah luar negeri sebesar Rp. 59.135.000,- dan sumber pemerintah lain sebesar Rp. 365.452.000,- jadi total anggaran pembiayaan di Kota Magelang pada tahun 2009 sebesar Rp. 21.132.416.068,-. Bila dibandingkan dengan anggaran total APD Kota Magelang pada tahun 2009, anggaran kesehatan hanya mencapai 4,65%.

Hasil capaian indikator kinerja Standart pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan pada lima tahun terakhir menunjukkan adanya penurunan cakupan kunjungan ibu hamil, hal ini menunjukkan bahwa sebgaiian besar masyarakat mengalami penurunan dalam jumlah kunjungan kehamilan. Meskipun demikian secara umu pelaksanaan SPM bidang kesehatan dasar dapat berjalan dengan baik kecuali pada indicator yang terkait dengan pelaksanaan keluarga berencana serta cakupan imunisasi dan pelaksanaan pelayanan bagi penduduk miskin. Secara spesifik hasil pelaksanaan SPM di Kota Magelang dapat dilihat pada table dibawah ini :

Capaian Indikator Kinerja SPM Bidang Kesehatan (2005-2009)

Indikator SPM	Tahun					
	2005	2006	2007	2008	2009	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Dasar :						
1	<i>Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi</i>					
	Persentase cakupan kunjungan ibu hamil	91,28%	95,71%	94,06 %	92,90 %	87,53 %
	Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	88,01%	90,33%	95,15 %	87,95 %	78,23 %
	Persentase ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk	100%	100%	98,67 %	61,09 %	55,93 %
	Persentase cakupan kunjungan neonates	98,57%	99,33%	98,25 %	99,06 %	82,70 %
	Persentase cakupan kunjungan bayi			94,71 %	97,31 %	72,13 %
	Persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani	100%	100%	100%	100%	100%
2	<i>Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah dan Usia Sekolah</i>					
	Persentase cakupan deteksi tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah		67,92%	42,21 %	63,32 %	43,29 %
	Persentase cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS atau dokter kecil)	97,89%	97,37%	97,65 %	97,55 %	98,13 %
	Persentase cakupan pelayanan kesehatan remaja	77,79%	68,41%	52,62 %	41,73 %	54,91 %
3	<i>Pelayanan Keluarga Berencana</i>					
	Persentase cakupan peserta aktif KB	76,70%	3,68%	79,05 %	76,55 %	76,91 %
4	<i>Pelayanan Imunisasi</i>					
	Persentase Kelurahan UCI	100%	100%	100%	100%	76,91 %
5	<i>Pelayanan Pengobatan / Perawatan</i>					
	Persentase cakupan rawat jalan	305,02%	225,02%	318,79%	303,61%	134,92%
	Persentase cakupan rawat inap	19,16%	22,84%	16,38 %	20,19 %	9,64 %

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Magelang, 2005-2009

Secara umum tanggapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar sangat positif. Hasil wawancara dengan beberapa masyarakat pengguna layanan kesehatan di Puskesmas ternyata cukup puas. Bagi masyarakat yang mempunyai kartu Jamkesmas maka semua pelayanan diberikan secara gratis.

" sampai sekarang saat ini saya belum pernah membayar kalau berobat ke puskesmas. Di puskesmas saya melihat kegiatan sangat beragam dari imunisasi untuk anak-anak, ibu hamil serta makanan tambahan selalu diberikan dalam sebulan sekali. Saya kira masyarakat sangat senang dengan adanya Jamkesmas, mereka yang tidak punya kartu jamkesmas dapat menggunakan SKM (surat keterangan miskin)... " (Hasil wawancara dengan Ibu Anik Sumaini desa Magersari Kota Magelang)

Hasil wawancara dengan Ibu Wiji Lestari.

" pelayanan kunjungan ibu hamil selama ini dilakukan dengan baik, kami dilayani setiap selasa. Kalau ada komplikasi biasanya dirujuk ke rumah sakit dan tenaga kesehatan samapi Semarang hanya ada bidan dan dokter umum. Pelayanan lainnya yang diberikan adalah imunisasi, makanan tambahan serta pemberian buku UKS.."

Secara umum, pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal yang tidak merata sangat erat hubungannya dengan kemiskinan, pendidikan wanita dan pembangunan sosial. Kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu adalah lebih besar dari pada kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan lainnya seperti kesehatan anak dan imunisasi. Kaum ibu yang miskin dan tidak berpendidikan mengalami

kesulitan khusus dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena keterbatasan biaya untuk pelayanan kesehatan khususnya tindakan bedah serta biaya transportasi. Dalam kasus-kasus tertentu faktor budaya dan stigma sosial menambah kesulitan untuk menggunakan pelayanan. Pelayanan kesehatan maternal berkualitas tidak akan terjangkau bilamana kaum ibu harus membayar untuk pelayanan serta obat esensial, dan bilamana mereka harus menanggung biaya terselubung yang besar karena harus meninggalkan pekerjaan dan tidak mendapat upah, kehilangan waktu untuk melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti menyediakan makanan, perawatan anak dan sebagainya.

Laporan program kesehatan ibu menunjukkan bahwa persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 1 x cukup tinggi, namun persentase yang mengunjungi klinik antenatal 4 x sesuai standar nasional adalah lebih rendah. Laporan menunjukkan pula bahwa ibu hamil menganggap mutu pelayanan rendah. Persentase ibu hamil yang tidak mendapatkan dua dosis tetanus toksoid dan dosis penuh 90 tablet besi adalah signifikan. Lebih dari 65% dari semua persalinan ditolong tenaga kesehatan terampil, sedangkan target nasional adalah 85%. Kira-kira 65% dari semua persalinan terjadi di rumah, sedangkan persalinan pada fasilitas kesehatan masih rendah. Kelompok dengan fertilitas tinggi, terutama yang berusia kurang dari 20 tahun, merupakan proporsi yang signifikan dari wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi. Meskipun telah diupayakan untuk meningkatkan cakupan pelayanan KB, namun penggunaan kontrasepsi masih tetap rendah.

Penyelenggaraan sistem rujukan dan penyediaan transportasi yang sebaik-baiknya untuk ibu dan bayi baru lahir dengan komplikasi hanya efektif jika benar-benar dirasakan adanya kebutuhan untuk rujukan dan kaum ibu dengan keluarganya bersedia memanfaatkan pelayanan tersebut. Pengetahuan ibu-ibu dan keluarga, termasuk suami tentang tanda-tanda bahaya yang menunjukkan adanya kebutuhan rujukan sangat kurang. Lagi pula, terdapat indikasi bahwa masyarakat kurang berhasil membantu kaum ibu untuk dapat memanfaatkan sistem rujukan, seperti membantu dalam penyediaan dana untuk biaya pelayanan, pemanfaatan teknologi komunikasi seperti telpon dan/atau radiogram diberbagai tingkat sistem pelayanan, serta pengaturan sistem transportasi yang berfungsi dengan baik.

Kondisi semacam ini mengakibatkan keterlambatan pertama dan kedua, yaitu terlambat mengenali tanda-tanda bahaya dan terlambat

dirujuk ke Rumah Sakit, yang bersama terlambat ketiga yaitu untuk memperoleh pelayanan komplikasi yang adekuat dapat mengakibatkan kematian ibu yang tidak perlu terjadi.

PENUTUP

Hasil penelitian tentang pelaksanaan SPM di Kota Magelang dapat disimpulkan bahwa :

1. Secara makro hasil capaian dari pelaksanaan SPM ini telah membawa dampak yang cukup berarti. Hal ini terlihat dari data statistik yang ada dimana angka kematian ibu dapat ditekan dari angka 89 permil menjadi 48 permil pada tahun 2009. Disamping itu, penurunan juga terjadi pada penurunan angka kematian anak, penurunan angka kesakitan serta indikator kesehatan lainnya
2. Angka kematian Ibu Maternal (MMR) yaitu jumlah kematian ibu maternal per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2009 di Kota Magelang tidak terdapat kematian ibu bersalin, adapun tahun 2006 terdapat 2 kematian ibu maternal (MMR 89,49) sedangkan pada tahun 2005 tidak terdapat kematian ibu bersalin.
3. Angka Kematian Bayi (IMR) yaitu jumlah kematian bayi (usia 0 - < 1 th) dalam 1 tahun per 1.000 Kelahiran Hidup (KH). Pada tahun 2009 tercatat 3 (IMR = 1,3) kematian bayi di wilayah Puskesmas Magelang Utara. Angka Kematian Bayi di Kota Magelang pada tahun 2006 dan tahun 2005 tercatat terdapat 4 bayi mati atau (IMR = 1,79) dan (IMR sebesar 1,85).
4. Angka Kematian Balita (CMR) yaitu jumlah kematian usia 1 -4 tahu per 1.000 jumlah penduduk tengah tahun. Di Kota Magelang pada tahun 2009 tidak tercatat kematian balita, sedangkan pada tahun 2006 terdapat 1 kematian balita di wilayah Puskesmas Kerkopan (CMR 0,45) dan pada tahun 2005 di Kota Magelang tidak tercatat kematian balita.
5. Pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi di Kota Magelang pada tahun 2009 salah satunya ditandai dengan cakupan kunjungan ibu hamil / K4 di Puskesmas sebanyak 2.459 (94,87%) bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya cakupan kunjungan terhadap ibu hamil mengalami penurunan. Cakupan kunjungan ibu hamil pada tahun 2006 sebanyak 2.478 orang (95,71%). Sedangkan ibu nifas pada tahun 2009 yang mendapat pelayanan nifas sebanyak 2.247 orang (90,79%)

6. Secara umum tanggapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar sangat positif. Hasil wawancara dengan beberapa masyarakat pengguna layanan kesehatan di Puskesmas ternyata cukup puas. Bagi masyarakat yang mempunyai kartu Jamkesmas maka semua pelayanan diberikan secara gratis.

Dari hasil tersebut dapat direkomendasikan

1. Perlu ditingkatkan dukungan anggaran daerah dalam pelaksanaan SPM, karena hingga saat ini masih banyak masyarakat miskin yang belum mendapatkan layanan Jamkesmas. Penduduk yang saat ini memegang kartu Jamkesmas hanya sekitar 70% dan sisanya belum mendapatkan layanan kesehatan dari pemerintah.
2. Upaya monitoring penyediaan obat-obat terutama di puskesmas harus secara kontinyu dilaksanakan karena selama ini ada kesan bahwa puskesmas hanya menyediakan obat generic dan sangat terbatas karena adanya keterlambatan dropping obat-obatan.
3. Pendataan penduduk miskin harus tepat karena selama ini puskesmas mengalami kesulitan untuk mengcover semua layanan, identifikasi penduduk miskin sebaiknya diserahkan pada pihak desa sehingga data kemiskinan lebih akurat.

Daftar Pustaka

- Bungin, Burhan (2003), *Analisa Data Penelitian Kualitatif: Pemahaman Filosofis dan Metodologis Kearah Pengusaan Model Aplikasi*, Yayasan Obor Indonesia, Yogyakarta.
- Denhardt, Robert B, 1999, *Public Administration: An Action Orientation*, Third Edition, Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers
- Denzin, Roland, 2001, *Qualitative Research : Theory and Methodology*, Second Edition. McMillan Press, New York.
- Dwiyanto, (2009), *Kebijakan Publik berbasis ynamic Policy*, Penerbit Ghalia, Cetakan I, Bandung.
- Dwiyanto, Agus, dkk, 2003, *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*, Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada
- Hardjosoekarto, Sudarsono, 1997, "Pelayanan Prima Sektor Swasta dalam Mendukung Daya Saing: Model Alternatif bagi Sektor Publik", *Bisnis & Birokrasi*, Vol. III, No.1, April
- Islami, M. Irfan (2006), *Metode Penelitian Kualitatif, Materi Kegiatan Pelatihan Penelitian Kualitatif di Bidang Adminsitrasi Publik*, FIA- UNIBRAW, Malang.
- Kasim, Azhar, 2001, "Perubahan Pendekatan Ilmu Administrasi Publik dan Implikasinya terhadap Studi Kebijakan", *Bisnis & Birokrasi*, Vol. IX, No.3, September
- Keban, Yeremias T. (2008), *Enam Dimensi Strategis Adminsitrasi Publik: Konsep, Teori dan Isu*, Yayasan Obor Indonesia, Yogyakarta.
- Linden, Russell M, 1994, *Seamless Government: A Practical Guide to Re-Engineering in the Public Sector*, San Fransisco: Jossey-Bass Publishers *Service Reforms: Issues of Accountability and Public Law*, London: Pinter
- Malo, Mannase (2001), *Metode Penelitian Kualitatif*, Pusat Antar Universitas, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Indonesia.
- Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln (2009), *Hanbook of Qualitative Research*, Oxford, Press.
- Putra, Fadillah, (2009), *Senjakala Good Governance*, Yayasan Obor Indonesia, Yogyakarta.
- Salomo, Roy, 2002, "E-Government: Suatu Inovasi dalam Kerangka Good Governance", *Bisnis & Birokrasi*, Vol. X, No.2, Mei
- Santoso, Purwo, Hasrul Hanif dan Rachmad Gustomy (Editor), 2004, *Menembus Ortodoksi Kajian Kebijakan Publik*, Yogyakarta: FISIPOLUGM
- Sedamaryanti, (2004), *Good Governance (keperintahan Yang Baik)*, Yayasan Obor Indonesia, Yogyakarta.
- Sugiyono, (2005), *Memahami Penelitian Kualitatif*, Yayasan Obor Indonesia, Yogyakarta.
- Tamin, Feisal, 2002, "Pengembangan SDM Aparatur dalam Meningkatkan Kinerja Birokrasi", *Bisnis & Birokrasi*, Vol. X, No.2, Mei
- Toha, Miftah, 2004, *Birokrasi dan Politik di*

- Indonesia, Jakarta: RajaGrafindo Persada
- Wibawa, Samodra, 1994, *Peluang Penerapan New Public Management untuk Kabupaten di Indonesia*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Yudhoyono, S. B. dkk, 2002, *Good Governance dan Otonomi Daerah: Menyongsong AFTA Tahun 2003*, Yogyakarta: Prosumen (PKPEK) dan Forkoma MAPUGM
- Wahab SA, 1991, *Analisis Kebijakan, Dari Formulasi Ke Impelementasi Kebijakan Negara*; Penerbit Bumi Aksara, Jakarta,.
- Pemerintah Kota Magelang, (2009), *Capaian SPM Kota Magelang pada tahun 2007*, Dinas Kesehatan Kota Magelang.
- Pemerintah Kota Magelang, (2009), *Laporan Akhir Kajian Perencanaan Pengembangan Standar Pelayanan Minimal Kota Magelang*, Bappeda Kota Magelang.
- Pemerintah Kota Magelang, (2009), *Laporan Pelaksanaan SPM pada Tingkat Puskesmas*, Dinas Kesehatan Kota Magelang.
- Pemerintah Kota Magelang, (2009), *Profil Kesehatan Kota Magelang*, Dinas Kesehatan Kota Magelang.
- Magister Administrasi Publik Universitas Diponegoro, (2009), *Pedoman Penyusunan Thesis*, MAP-UNDIP, Semarang.
- PUSTAKALEMBAGA**
- BAPPENAS, 2002, *Public Good Governance: Sebuah Paparan Singkat*, Jakarta: Sekretariat Pengembangan Public Good Governance BAPPENAS.