

**EFEKTIFITAS SURAT KEPUTUSAN WALI KOTA MALANG
NO 300 TAHUN 2003 TENTANG STANDART PELAYANAN MINIMAL
KESEHATAN DALAM PELAYANAN BIDANG KESEHATAN UNTUK
MEWUJUDKAN GOOD GOVERNANCE**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Sebagian Syarat-Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Kesarjanaan
Dalam Ilmu Hukum**

Oleh :
BENY DWI MAS'UD
NIM. 0510113043

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS HUKUM
MALANG
2009**

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**EFEKTIFITAS SURAT KEPUTUSAN WALI KOTA MALANG
NO 300 TAHUN 2003 TENTANG STANDART PELAYANAN MINIMAL
KESEHATAN DALAM PELAYANAN BIDANG KESEHATAN UNTUK
MEWUJUDKAN GOOD GOVERNANCE**

Oleh :

BENY DWI MAS'UD
NIM.0510113043

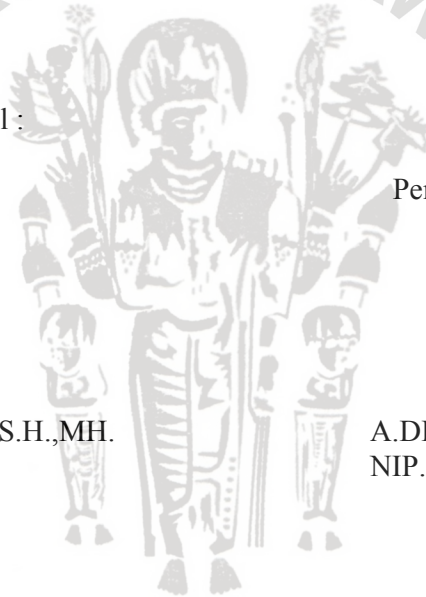
Disetujui pada tanggal :

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping

AGUS YULIANTO, S.H.,MH.
NIP. 131 573 915

A.DIMYATI, S.H., M.H.,
NIP. 130 531 837



Mengetahui
Ketua Bagian
Hukum Administrasi Negara

Agus Yulianto, S.H., M.H.
NIP. 131 573 915

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI

**EFEKTIFITAS SURAT KEPUTUSAN WALI KOTA MALANG
NO 300 TAHUN 2003 TENTANG STANDART PELAYANAN MINIMAL
KESEHATAN DALAM PELAYANAN BIDANG KESEHATAN UNTUK
MEWUJUDKAN GOOD GOVERNANCE**

Oleh :

**BENY DWI MAS'UD
NIM.0510113043**

Disahkan pada tanggal :

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping

AGUS YULIANTO, S.H.,MH.
NIP. 131 573 915

A.DIMYATI, S.H., M.H.
NIP. 130 531 837

Ketua Majelis Penguji

Ketua Bagian Hukum
Administrasi Negara

AGUS YULIANTO, S.H.,MH.
NIP. 131 573 915

AGUS YULIANTO, S.H.,M.H.
NIP. 131 573 915

Mengetahui,
Dekan

Herman Suryokumoro, S.H., M.H.
NIP. 131472741

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim,

Puji syukur alhamdulillah ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Efektifitas Surat Keputusan Wali Kota Malang No 300 Tahun 2003

Tentang Standart Pelayanan Minimal Kesehatan Dalam Pelayanan Bidang

Kesehatan Untuk Mewujudkan Good Governance” Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana Strata (S-1) pada Jurusan Ilmu

Hukum, Fakultas Hukum (Universitas Brawijaya Malang).

Penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1.) Bapak Herman Suryokumoro, S.H., M.Hum. selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Brawijaya.

2.) Bapak Agus Yulianto, S.H., M.H. selaku Pembimbing Utama dan Ketua Bagian Administrasi Negara atas pengarahan selama pembuatan skripsi ini.

3) Bapak A.Dimyati, S.H., M.H. selaku Pembimbing Pendamping yang senantiasa meluangkan waktu memberikan masukan, motivasi, saran dan kritikan sampai penelitian ini diselesaikan.

4) Segenap dosen dan karyawan Fakultas Hukum (Universitas Brawijaya),

5) Pemerintah Kota Malang dalam hal ini Dinas Kesehatan yang telah memberikan kemudahan bagi penulis dalam melaksanakan penelitian.

6) Ibu Kepala Puskesmas dan segenap perangkat Puskesmas Pandanwangi yang telah banyak membantu sejak tahap awal pelaksanaan penelitian hingga penulisan laporan akhir.

7) Kedua orangtuaku yakni Ummi Hj Zainab dan Abahku H.Kamarudin selaku orang tua penulis yang telah berjasa membentuk kepribadian penulis dan memberi semangat serta inspirasi.

8) Istriku tercinta Vina Khoirina yang senantiasa memberikan do'a serta penuh pengertian, memberikan dorongan dan semangat secara terus menerus demi selesainya studi.

9) Saudara-saudaraku Hj.Istiana,Tri Novi Wahyuni, Fitria Anugrah Pratiwi yang selalu memberikan doa kasih dan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.

10) Keluargaku: Abah Imam, Ayah Mertua H. M. Asy'ari Khalim, Ibu Mertua Rodifah, Paman H.Dangken, Paman H.Humaidi dan Bibi Hj. Rokiah yang telah memberi dukungan dan bantuan baik materi maupun non materi.

11) Karibku Agni,Alfen,Imam,Brotong,Beo,Ahmed,Andra,Dewi,Faruk, Sahabat Sekaligus keluarga di Malang. yang telah menemani selama penulisan skripsi serta memberikan motivasi, saran dan informasi hingga terselesaikannya skripsi ini.

Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, sekali lagi penulis mengucapkan terimakasih yang tiada terhingga, semoga segala bantuan yang diberikan akan mendapat imbalan berlipat dari ALLAH. SWT. Penulis yakin skripsi ini masih sangat jauh dari kata sempurna, sehingga masukan dan kritik akan selalu penulis harapkan untuk memperbaiki skripsi ini.

Malang, 29 Oktober 2009

Penulis

ABSTRAKSI

BENY DWI MAS'UD, Hukum Administrasi Negara, Fakultas Hukum Universitas Brawijaya, Agustus 2009 *Efektifitas Surat Keputusan Wali Kota Malang No 300 Tahun 2003 Tentang Standart Pelayanan Minimal Kesehatan Dalam Pelayanan Bidang Kesehatan Untuk Mewujudkan Good Governance* Agus Yulianto, S.H., M.H.; A.Dimyati, S.H., M.H.

Otonomi daerah, telah menyerahkan bidang kesehatan sebagai salah satu kewenangan wajib yang harus dipenuhi oleh Daerah, tidak terkecuali pemerintah Kota Malang. Pelaksanaan kewenangan wajib pemerintah daerah, khususnya di bidang kesehatan adalah suatu bentuk pemenuhan hak masyarakat atas pelayanan kesehatan yang baik. Karena salah satu tugas yang dilakukan dalam administrasi negara adalah menyelenggarakan pelayanan umum kepada masyarakatnya.

Dalam rangka memenuhi kewajiban pelayanan umum bidang kesehatan yang berkualitas, maka pemerintah Kota Malang melalui Surat Keputusan Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, menetapkan Standar Pelayanan Minimal dalam pelayanan bidang kesehatan, yang relevan dengan prinsip-prinsip Good Governance Partisipasi Masyarakat, Tegaknya Supremasi Hukum, Transparansi, Peduli pada Stakeholder, Berorientasi pada Konsensus Tata pemerintahan yang baik, Kesetaraan, Efektifitas dan Efisiensi, Akuntabilitas, Visi Strategis Para pemimpin dan masyarakat.

Permasalahan yang ditemukan oleh penulis di lapangan adalah ditemukannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota, yang menjadikan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 menjadi bukan satu-satunya Standar Pelayanan Kesehatan yang berlaku di lapangan.

Melihat kondisi ini menarik untuk mengkaji efektivitas pelaksanaan Surat Keputusan walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan dilapangan?, maka kajian dilakukan dengan mendasarkan pada 3 aspek kajian yakni kajian substansi, yang mana substansi Surat Keputusan Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan akan dibandingkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota, yang menjadikan Surat Keputusan Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan bukan satu-satunya Standar pelayanan Minimal Kesehatan yang berlaku di lapangan. Yang kedua adalah kajian Struktural, dengan membandingkan pelaksanaan Surat Keputusan Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan mulai dari tingkatan Dinas kesehatan Kota Malang hingga tingkat UPT (Unit Pelaksana Teknis) Puskesmas di Kecamatan Blimbing tempatnya di kelurahan Pandanwangi. Dan yang terakhir adalah kajian kultural dengan melibatkan masyarakat pasien puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang sebagai objek penelitian. Rumusan masalah

yang menjadi fokus kajian adalah tentang Bagaimana efektivitas pelaksanaan SK Walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan)?, yang kedua Kendala apa yang menghalangi efektivitas pelaksanaan SK Walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan)?, dan yang terakhir adalah Bagaimana solusi untuk menunjang efektifitas pelaksanaan SK walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan)?.

Lokasi penelitian dilakukan di Dinas kesehatan Kota Malang dan UPT Puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang.

Dalam penelitian ini, menggunakan jenis penelitian empiris, dengan pendekatan yuridis sosiologis, yakni penelitian yang mengkaji pada norma-norma hukum dan teori-teori yang berkaitan dengan tema yang diteliti. Penulis memilih lokasi penelitian di Kota Malang dengan pertimbangan Kota Malang sebagai kota terbesar kedua di Jawa Timur setelah Surabaya, dengan jumlah penduduk yang terus mengalami peningkatan, baik penduduk asli maupun pendatang, karena Malang adalah salah satu kota tujuan pendidikan bahkan di seluruh Indonesia, yang jelas membutuhkan pelayanan kesehatan yang prima dan tetap terjangkau oleh masyarakat. Jenis dan sumber data adalah, data primer yang diperoleh dari lapangan berupa wawancara dengan pihak-pihak yang terkait dengan tema yang diteliti serta data sekunder yakni dari studi kepustakaan. Kemudian, seluruh data yang ada dianalisa menggunakan teknik diskriptif analisis yaitu dengan cara mengungkapkan suatu masalah, keadaan atau peristiwa apa adanya dan menyandarkan pada logika dalam bentuk uraian kalimat. Dimana peneliti mendeskripsikan dan menganalisis data-data yang diperoleh di lapangan kemudian ditarik kesimpulan sesuai dengan permasalahan yang dikaji.

Berdasar hasil penelitian penulis menyimpulkan, bahwa ternyata Surat Keputusan walikota Malang no. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan berjalan tidak efektif di lapangan karena adanya kendala yang dihadapi dalam penegakan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan adalah, yang pertama minimnya pemahaman UPTD Puskesmas terhadap keberadaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan, yang kedua. Kelemahan substansial SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan pada capaian kerjanya yang kurang realistis dan berdasar, serta kurangnya sosialisasi oleh Dinas Kesehatan Kota Malang tentang keberadaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan baik pada satuan kerja yang ada di bawahnya maupun pada masyarakat, serta diberlakukannya Keputusan Menteri Kesehatan RI 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Abstraksi	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Lampiran	x
Bab I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
E. Sistematika Penulisan	10
Bab II KAJIAN PUSTAKA	
A. Kajian Umum Tentang Pemerintah Daerah	
1. Kajian Mengenai otonomi Daerah	12
B. Kajian Umum Mengenai Teori Efektivitas Hukum	13
C. Kajian Umum Mengenai Tata Urutan Perundang- Undangan	15
D. Kajian Umum Mengenai Good Governance	18
Bab III METODE PENELITIAN	
A. Metode Pendekatan	21
B. Lokasi Penelitian	21
C. Populasi dan Sampel	21
D. Bahan Penelitian	22
E. Jenis Pengumpulan Data	22
F. Teknik Analisis Data	23
Bab IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	24
B. Dasar, Posisi dan Tujuan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	25
1. Keberadaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kota Malang	25
2. Tujuan SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan	26
3. Asumsi yuridis kewajiban pemda menetapkan Standar Pelayanan Minimal	27
4. Dasar Hukum SK Walikota Malang No.300 Tahun 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan	32

5.	Dasar Hukum Keputusan Menteri Kesehatan RI 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota	33
6.	Prinsip Standar Pelayanan Minimal	35
C.	Efektivitas Pelaksanaan SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.	
1.	Kajian substansi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota	36
2.	Kajian Struktur Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan SK Walikota malang No 300 tahun 2003 Tentang standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	41
3.	Kajian Kultural Efektivitas Sk. Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	51
D.	Kajian Good Governance dalam Pengelolaan Kesehatan Melalui Pemberlakuan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	55
Bab V	PENUTUP	
A.	Kesimpulan	62
B.	Saran	64
	Daftar Pustaka	xi

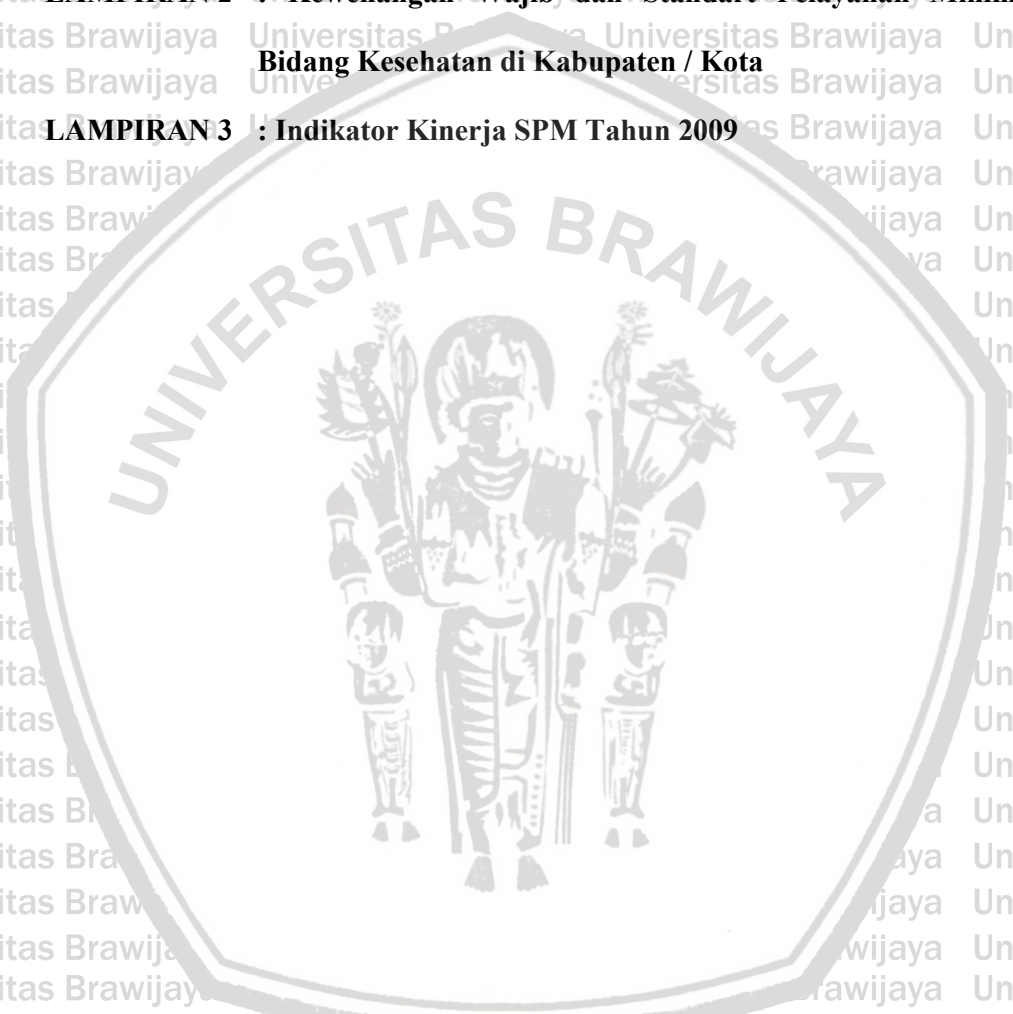
Lampiran

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 : Target dan Pencapaian Indikator SPM Kota Malang Tahun 2008

LAMPIRAN 2 : Kewenangan Wajib dan Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota

LAMPIRAN 3 : Indikator Kinerja SPM Tahun 2009



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

PP no 25 tahun 2000 Tentang Kewenangan Pemerintah Dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom telah mengatur tentang bidang kewenangan yang menjadi kewenangan otonom daerah meliputi bidang kesehatan, bidang kelautan, bidang pertambangan dan energi, bidang kehutanan dan perkebunan, bidang perindustrian dan perdagangan, bidang perkoperasian, bidang penanaman modal, bidang ketenagakerjaan, bidang kesehatan, bidang pendidikan dan kebudayaan, bidang sosial penataan ruang, bidang pemukiman, bidang pekerjaan umum, bidang perhubungan, bidang politik dalam negeri dan administrasi, bidang pengembangan otonomi daerah, bidang perimbangan keuangan, dan yang terakhir adalah bidang hukum dan perundang-undangan. Dengan kemungkinan kerjasama dan pembagian kewenangan dengan Kota/Kabupaten yang juga merupakan daerah otonom.

Keberadaan PP no 25 tahun 2000 sebagai dasar hukum pembagian kekuasaan, memperkuat posisi UU otonomi daerah no 32 tahun 2004. Dimana Pemerintah daerah memiliki kewenangan kecuali mengenai politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal nasional, dan agama (pasal 10 ayat 3 UU no 32 tahun 2004). Mengenai kewenangan daerah terutama kewenangan untuk pemerintahan daerah kabupaten/kota, telah ditetapkan lebih lanjut dalam UU Otonomi Daerah.

Secara khusus baik dalam PP no. 25 tahun 2000 maupun dalam UU no 32 tahun 2004 pasal 14, telah ditetapkan mengenai penanganan bidang Kesehatan menjadi salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan daerah untuk kabupaten atau kota, bentuk kewenangan yang dimaksudkan menurut pasal 3 ayat 5 PP no 25 tahun 2000, meliputi :

- a. Penetapan pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan.
- b. Pengelolaan dan pemberian izin sarana dan prasarana kesehatan khusus seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, dan rumah sakit kanker.
- c. Sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi.
- d. Surveilans epidemiologi serta penanggulangan wabah penyakit dan kejadian luar biasa.
- e. Penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga kesehatan tertentu antar Kabupaten/Kota serta penyelenggaraan pendidikan tenaga dan pelatihan kesehatan.

dipertegas lagi dengan UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 dan Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1998 mengamanatkan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata harus makin ditingkatkan. Upaya memperluas jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat telah diwujudkan dengan dibangunnya Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas yang tersebar diseluruh pelosok tanah air. Dimana Puskesmas merupakan unit fungsional terdepan yang mandiri dalam pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya¹.

Pembangunan fisik saja tidaklah cukup. Pelaksanaan kewenangan wajib pemerintah daerah, khususnya di bidang kesehatan adalah suatu bentuk pemenuhan hak masyarakat atas pelayanan kesehatan yang baik. Karena salah satu tugas yang dilakukan dalam administrasi negara adalah menyelenggarakan pelayanan umum kepada masyarakatnya.

Pelayanan terhadap barang publik (*publikgoods*) dilakukan oleh pemerintah. Sebagaimana fungsinya pemerintah melakukan pelayanan yang berkaitan dengan kepentingan umum. Negara yang dijalankan melalui pemerintahannya mempunyai misinya tersendiri yaitu menciptakan masyarakat yang lebih baik dari sekarang. Hal tersebut merupakan *raison d'etre* atau alasan satu-satunya bagi eksistensi negara adalah kepentingan umum dengan orientasi kepentingan umum, maka tugas pemerintah diperluas untuk memberikan jaminan terhadap pengupayaan terwujudnya kesejahteraan umum dengan *descetionary power dan freies ermessen*².

¹ *Efektifitas Pelayanan Kesehatan Pada Masyarakat*, UPT. Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Malang, tahun 2002.

² MEMBANGUN BUDAYA BIROKRASI UNTUK GOOD GOVERNANCE, Sofian Effendi, disampaikan dalam Lokakarya Nasional Reformasi Birokrasi Diselenggarakan Kantor Menteri Negara PAN 22 September 2005.

Dan untuk memberikan pelayanan yang baik dan berkualitas, maka prinsip-prinsip Good Governance mutlak diwujudkan baik dalam konsep maupun praktek pelayanan, dengan komponen utama konsepsi Good Governance yakni partisipasi masyarakat, tegaknya supremasi hukum, transparansi, kepedulian pada stakeholders terkait, orientasi pada konsensus tata pemerintahan yang baik, kesetaraan semua warga masyarakat, efektifitas dan efisiensi proses, akuntabilitas para pengambil keputusan di pemerintah, dan terakhir visi strategis para pemimpin yang didukung dengan masyarakat yang memiliki perspektif yang luas dan jauh kedepan atas tata pemerintahan yang baik. Hal ini senada dengan semangat dasar Otonomi Daerah, yakni memaksimalkan pelayanan publik, maka penanganan di bidang kesehatan mengisyaratkan terwujudnya profesionalitas dalam proses pemenuhan hak masyarakat atas akses pelayanan kesehatan. Sehingga dalam konsep pelayanan publik yang memenuhi standar Good Governance, keterbukaan, pertanggung jawaban yang didukung oleh peran aktif masyarakat penting adanya.

Mengingat pentingnya hal ini, terutama dalam pelayanan bidang kesehatan pemerintah Kota Malang melalui Peraturan Daerah Kota Malang Nomor 7 Tahun 2005 Tentang Pengaturan Pelayanan Kesehatan, mencoba menterjemahkan prinsip-prinsip Good Governance, seperti tersebut diatas menjadi suatu bentuk regulasi tentang pengaturan pelayanan kesehatan di Kota Malang khususnya.

Sementara sebelum keluarnya Peraturan Daerah Kota Malang Nomor 7 Tahun 2005, telah dikeluarkan Surat Keputusan Walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan), menetapkan Keputusan Walikota Malang Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang meliputi beberapa penetapan sebagai berikut :

PERTAMA : Menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Sebagaimana Tercantum Dalam Lampiran Ke I Dan II Keputusan ini

KEDUA : Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam diktum PERTAMA keputusan ini terdiri dari :

1. Kewenangan Wajib Bidang Kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal;
2. Jenis-Jenis Pelayanan;
3. Indikator Kinerja dan Nilai Capaian;

KETIGA : hal-hal yang belum cukup diatur dalam Keputusan ini, akan diatur lebih lanjut dengan Keputusan tersendiri.

KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Dengan adanya ketersediaan fasilitas dan tenaga pelayanan kesehatan Kota Malang sebagai komponen pelayanan publik, yang harus dibarengi dengan profesionalitas, sehingga untuk menunjang profesionalitas pelayanan kesehatan. Wali Kota Malang sebagai eksekutif yang memiliki kewenangan dalam membuat produk hukum mengeluarkan SK Walikota Malang no 300 tahun 2003 tentang SPM Kesehatan.

Khusus untuk pelayanan kesehatan, isu responsivitas menjadi arah kebijakan pelayanan yang dominan selama 2007. Sebanyak 40,3 persen dari total 67 inovasi kabupaten dan kota berada pada jalur tersebut. Sementara itu, upaya-upaya efisiensi menempati posisi kedua dengan total jumlah inovasi 25,4 persen³.

³ *Banyak Daerah Makin Responsif*, Indopos Online, Selasa, 15 Apr 2008. Diakses pada tanggal 23 Juni 2009

SK Walikota Malang no 300 tahun 2003 tentang SPM Kesehatan merupakan upaya mewujudkan pelayanan publik yang professional sebagai cerminan cita-cita Good Governance yang ingin diwujudkan oleh Pemerintah Kota Malang. Namun berdasar penelitian awal yang telah dilakukan, SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 bukan satu-satunya Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang berlaku, karena pada tanggal 10 Oktober 2003 dikeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota. Yang secara substansial memiliki perbedaan, terutama dalam penetapan target capaian pelayanan kesehatan.

Berlakunya 2 Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang berbeda di Lapangan, memunculkan asumsi tentang efektifitas pemberlakuan hukumnya. Karena kedua SPM (Standar Pelayanan Minimal) ini telah ditetapkan menjadi produk hukum dengan tingkatan yang berbeda. Yang pertama setingkat Surat Keputusan Walikota, dan yang lain setingkat Keputusan Menteri (Kepmen). Perbenturan pelaksanaan jelas akan terjadi di lapangan. Lex Superior derogate Lex Inferiori jelas akan melemahkan posisi SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003. Namun sampai tahun ini, belum ada pencabutan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003.

Penulis melihat, keberadaan SK Walikota Malang no 300 tahun 2003 yang mengatur tentang SPM Kesehatan, menarik untuk dikaji lebih lanjut, terutama tentang efektifitas pelaksanaannya pada proses pelayanan publik di bidang kesehatan dalam rangka mewujudkan Good Governance di Kota Malang. Mengingat juga Kota Malang sebagai kota terbesar kedua di Jawa Timur setelah Surabaya, dengan jumlah penduduk yang terus mengalami peningkatan, baik penduduk asli maupun pendatang, karena Malang adalah

salah satu kota tujuan pendidikan bahkan di seluruh Indonesia, yang jelas membutuhkan pelayanan kesehatan yang prima dan tetap terjangkau oleh masyarakat.

Kajian tentang efektifitas pelaksanaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, dilakukan dalam ranah penelitian empiris. Dengan menggunakan beberapa parameter kajian efektifitas (substansi, struktur dan kultur) yang mempengaruhi pelaksanaan termasuk pula perbandingan dengan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kabupaten/Kota yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI.

Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, dilaksanakan oleh Dinas kesehatan yang kemudian di break down (diteruskan) hingga Unit Pelaksana Teknis terkecil seperti Puskesmas. Sehingga penelitian ini nantinya akan difokuskan pada pola koordinasi pada penerapan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan mulai dari Dinas Kesehatan Kota Malang, hingga tingkat Puskesmas. Dengan mengambil sampel salah satu Puskesmas yang berada di Wilayah Kecamatan Blimbing Kota Malang, yakni Puskesmas Pandanwangi.

Fokus kajian atas efektifitas pelaksanaan Surat Keputusan Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan. Meliputi kajian Substansi, dengan membandingkan isi dari SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kabupaten/Kota. Kajian tentang Struktural pelaksanaan dilakukan dengan meneliti lembaga pelaksana pelayanan bidang kesehatan seperti Dinas kesehatan dan Puskesmas. Dengan mengkaji pola koordinasi pada pelaksanaan SK Walikota Malang no. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

Kajian kultural, dengan meneliti peran serta aktif masyarakat dalam melakukan pengawasan dan memberikan saran atas pelaksanaan pelayanan kesehatan terutama yang dilaksanakan di Puskesmas.

Kajian-kajian diatas, kemudian akan dikorelasikan dengan prinsip-prinsip Good Governance sebagai patokan pengelolaan birokrasi yang baik, terutama dalam menjalankan fungsi pelayanan umum bidang kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan konsep yang telah diuraikan diatas, maka penulis mengangkat suatu masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimana efektifitas pelaksanaan SK Walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan)?
2. Kendala apa yang menghalangi efektifitas pelaksanaan SK Walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan) ?
3. Bagaimana solusi untuk menunjang efektifitas pelaksanaan SK walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan)?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Untuk menguji efektifitas SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan) di lapangan, dalam rangka mewujudkan good governance khususnya pada instansi yang berwenang melakukan pelayanan kesehatan di Kota Malang.
2. Untuk menemukan dan menganalisa segala permasalahan yang menghalangi efektifitas pelaksanaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan) dan memperoleh gambaran solusi yang dapat ditawarkan.
3. Untuk memperoleh solusi yang dapat menunjang efektifitas pelaksanaan SK walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan) di puskesmas Pandanwangi kecamatan Blimbing Kota Malang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritik

Manfaat teoritik suatu penelitian adalah apabila hasil penelitian akan menghasilkan sebuah pendapat baru atau hasil penerapan hukum.⁴ Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan keilmuan di bidang hukum, khususnya Hukum Administrasi Negara yang berkaitan dengan kajian efektifitas peraturan daerah, dalam hal ini SK Walikota Malang No 300 Tahun 2003 Tentang SPM Kesehatan dalam proses pelayanan bidang kesehatan untuk mewujudkan Good Governance.

2. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Mahasiswa (Civitas Akademika)

- 1) Memberikan gambaran (*Diskripsi*) serta analisis di bidang Hukum Administrasi Negara tentang efektifitas berlakunya hukum, terutama peraturan daerah di era otonomi.
- 2) Memantapkan peran Mahasiswa sebagai *Agent of Change dan Social Control* sehingga mampu memberikan kontribusi pemikiran guna perbaikan tata hukum di Indonesia

b. Bagi Pemerintah

Memberikan analisis sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi dan penilaian mengenai efektifitas berlakunya SK Walikota Malang No 300 Tahun 2003 tentang SPM Kesehatan, sebagai standart pelayanan minimal bidang kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Sehingga diperoleh solusi untuk perbaikan hukum di masa yang akan datang (*Ius Constituendum*).

⁴ Fakultas Hukum Universitas Brawijaya, 2005, **Pedoman Penulisan (Tugas Akhir, Makalah, kuliah Kerja Lapang, program Pemberdayaan Masyarakat)**, Malang

c. Bagi Masyarakat

- 1) Penulisan dibidang ilmu hukum ini diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan serta partisipasi masyarakat tentang maksimalisasi pelayanan publik yang menjadi kewajiban pemerintah terutama pelayanan publik di bidang kesehatan.
- 2) Memberikan informasi kepada masyarakat bahwa setiap warga negara mempunyai hak dan kesempatan yang sama di dalam pemerintahan .

d. Bagi LSM/NGO/Pusat Pengembangan Otonomi Daerah.

- 1) Penulisan di bidang hukum ini di harapkan mampu memberikan informasi dan kontribusi bagi kalangan LSM, Non Government Organization (NGO), maupun Pusat Pengembangan Otonomi Daerah. Sehingga dapat berpartisipasi sebagai lembaga yang mampu memberikan kontrol sosial khususnya dalam hal optimalisasi pelayanan publik.
- 2) Memberikan gambaran, perbandingan dan analisis terhadap kondisi perpolitikan di Indonesia sehingga diperoleh solusi untuk melakukan pembaruan dan perbaikan hukum di masa yang akan datang.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penelitian ini, sistematika penulisan yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

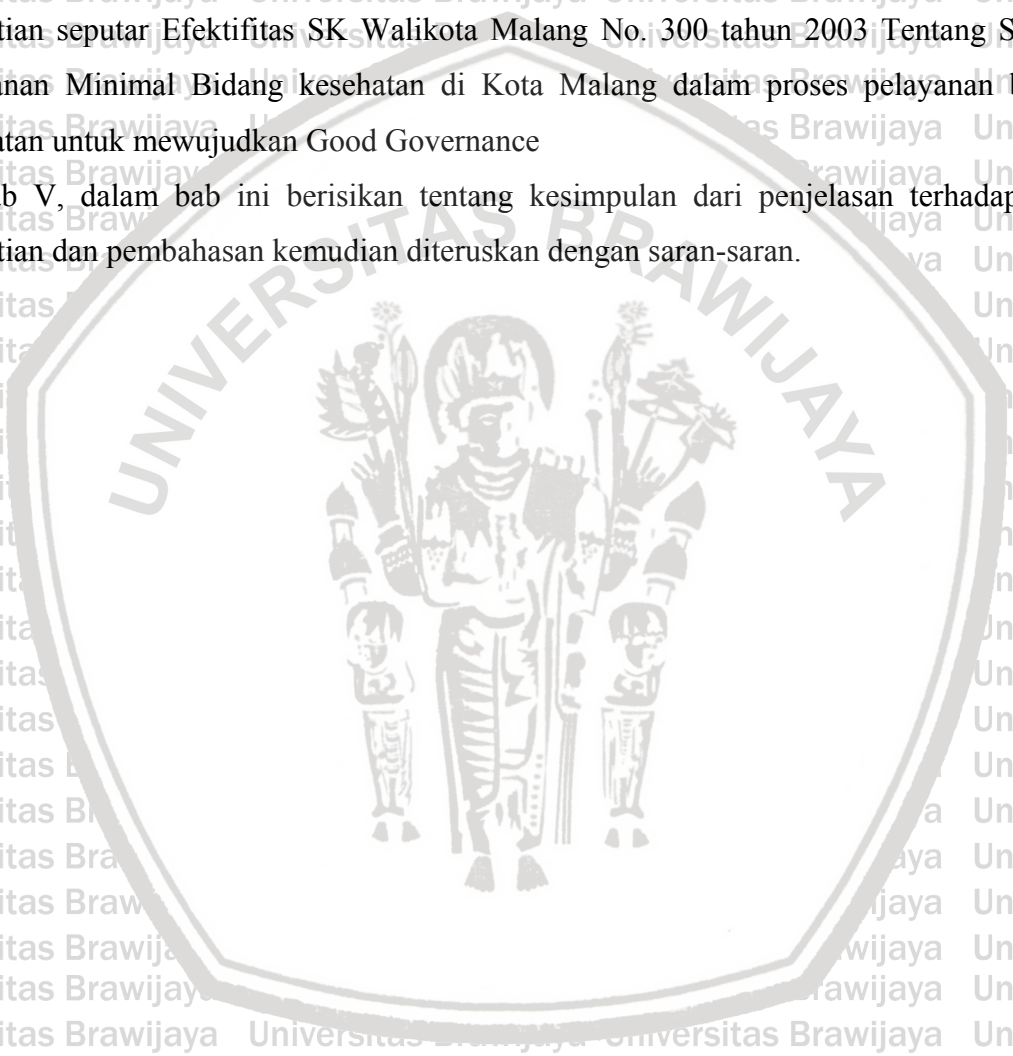
Bab I, adalah merupakan bab pendahuluan yang berisi uraian tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, kegunaan penelitian, metode penelitian dan yang terakhir adalah sistematika pembahasan.

Bab II, adalah merupakan bab yang membahas mengenai istilah, pengertian serta teori terkait dengan judul penelitian Efektifitas SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kota Malang dalam proses pelayanan bidang kesehatan untuk mewujudkan Good Governance.

Bab III, adalah Metode Penelitian yang dipakai dalam penelitian tentang Efektifitas SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kota Malang dalam proses pelayanan bidang kesehatan untuk mewujudkan Good Governance.

Bab IV tentang Hasil Penelitian dan Pembahasan, yang membahas tentang hasil penelitian seputar Efektifitas SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kota Malang dalam proses pelayanan bidang kesehatan untuk mewujudkan Good Governance

Bab V, dalam bab ini berisikan tentang kesimpulan dari penjelasan terhadap hasil penelitian dan pembahasan kemudian diteruskan dengan saran-saran.



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

a. Kajian Umum Mengenai Otonomi Daerah

Keberadaan suatu pemerintah daerah tidak terlepas dari adanya otonomi daerah.

Otonomi daerah merupakan Hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan⁵.

Pemerintah daerah diatur didalam pasal 18 UUD 1945 yang semula hanya terdiri dari satu pasal berubah menjadi 3 pasal, yaitu pasal 18 yang terdiri dari 7 ayat, pasal 18 A yang terdiri dari 2 ayat dan pasal 18 B yang terdiri dari 2 ayat. Sejalan dengan perubahan pasal 18 tersebut, tampak sejumlah paradigma dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah.

Paradigma yang dimaksud adalah:⁶

a. Pemerintah daerah disusun dan dijalankan berdasarkan otonomi dan tugas pembantuan. Dimasa depan tidak ada lagi pemerintahan dekonsentrasi dalam pemerintahan daerah

b. Pemerintahan daerah disusun dan dijalankan atas dasar otonomi seluas-luasnya.

Semua fungsi pemerintahan di bidang administrasi Negara (administratief regelen en bestuur) dijalankan oleh pemerintah daerah, kecuali yang ditentukan sebagai urusan pusat

⁵ Ketentuan Umum pasal 1 poin 1 UU No.32 tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah

⁶ Juanda, hukum pemerintahan daerah, alumni, bandung, hlm 9

- c. Pemerintahan daerah disusun dan dijalankan atas dasar keragaman daerah. Urusan rumah tangga tidak perlu seragam. Perbedaan harus dimungkinkan baik atas dasar kultural, sosial, ekonomi, geografi dan lain sebagainya
- d. Pemerintahan daerah disusun dan dijalankan dengan mengakui dan menghormati kesatuan masyarakat hukum adat dan berbagai hak tradisionalnya. Satuan pemerintahan asli dan hak-hak masyarakat asli atas air dan lain-lain wajib dihormati untuk sebesar-besarnya kemakmuran dan kesejahteraan rakyat setempat
- e. Pemerintah daerah dapat disusun dan dijalankan berdasarkan sifat atau keadaan khusus atau istimewa tertentu.
- f. Anggota DPRD dipilih langsung dalam suatu pemilihan umum. Dimasa depan tidak ada lagi anggota DPRD (begitu juga DPR) yang diangkat
- g. Hubungan pusat dan daerah dilaksanakan secara selaras dan adil.

b. Kajian Umum Mengenai Teori Efektifitas Hukum

Soerjono Soekanto menyatakan bahwa untuk dapat terlaksananya suatu peraturan perundang-undangan secara efektif, itu dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu sebagai berikut:

- a. Faktor hukumnya sendiri.
- b. Faktor penegak hukum, yakni pihak-pihak yang membentuk maupun menerapkan hukum.
- c. Faktor sarana atau pasilitas yang mendukung penegak hukum.
- d. Faktor masyarakat, yakni lingkungan dimana hukum tersebut berlaku atau diterapkan.
- e. Faktor kebudayaan, yakni sebagai hasil karya, cipta dan rasa yang didasarkan pada karsa manusia di dalam pergaulan hidup.

Abddurahman senada dengan Soerjono Soekanto (1985:3) mengemukakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi keefektifan berlakunya undang-undang atau peraturan yaitu:

- a. Faktor peraturan hukumnya sendiri baik yang menyangkut sistem peraturannya dalam arti sinkronisasi antara peraturan yang satu dengan yang lainnya, peraturan yang mendukung pelaksanaan peraturan yang bersangkutan dan substansi atau isi dari peraturan tersebut.
- b. Faktor pelaksana dan penegak hukum yang disertai tugas untuk melaksanakan peraturan tersebut.
- c. Faktor sarana dan prasarana yang mencakup berbagai fasilitas yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan peraturan tersebut.
- d. Faktor masyarakat dan budaya setempat banyak mempengaruhi pelaksanaan undang-undang atau peraturan yang bersangkutan.

Faktor-faktor tersebut diatas saling berkaitan erat satu sama lain, sebab merupakan esensi dari penegakan hukum, juga merupakan tolak ukur dari efektifitas berlakunya undang-undang atau peraturan.

Keempat faktor tersebut dapat dikaji berdasarkan Teori Sistem Hukum dari Lawrence M. Friedman. menyatakan bahwa sebagai suatu sistem hukum dari sistem kemasyarakatan, maka hukum mencakup tiga komponen yaitu:

1. *legal substance* (substansi hukum); merupakan aturan-aturan, norma-norma dan pola perilaku nyata manusia yang berada dalam sistem itu termasuk produk yang dihasilkan oleh orang yang berada di dalam sistem hukum itu, mencakup keputusan yang mereka keluarkan atau aturan baru yang mereka susun.

2. *legal structure* (struktur hukum); merupakan kerangka, bagian yang tetap bertahan, bagian yang memberikan semacam bentuk dan batasan terhadap keseluruhan instansi-instansi penegak hukum. Di Indonesia yang merupakan struktur dari sistem hukum antara lain; institusi atau penegak hukum seperti advokat, polisi, jaksa dan hakim.
3. *legal culture* (budaya hukum); merupakan suasana pikiran system dan kekuatan yang menentukan bagaimana hukum itu digunakan, dihindari atau disalahgunakan oleh masyarakat. Dari ketiga komponen-komponen dalam sistem yang saling mempengaruhi satu sama lainnya tersebut, maka dapat dikaji bagaimana bekerjanya hukum dalam praktek sehari-hari. Hukum merupakan budaya masyarakat, oleh karena itu tidak mungkin mengkaji hukum secara satu atau dua sistem hukum saja, tanpa memperhatikan kekuatan-kekuatan sistem yang ada dalam masyarakat. Dengan demikian teori sistem hukum ini menganalisa masalah masalah terhadap penerapan substansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum⁷.

c. Kajian Umum Mengenai Tata Urutan Perundang-Undangan

Sejak tahun 1966 sampai dengan sekarang telah dilakukan perubahan atas hierarki (tata urutan) peraturan perundang-undangan di Indonesia. Pada tahun 1996, dengan Ketetapan MPR No. XX/MPR/1966 Lampiran 2, disebutkan bahwa hierarki peraturan perundang-undangan Indonesia adalah:

1. Undang-undang Dasar 1945
2. Ketetapan MPR

⁷ PENANGGULANGAN PELACURAN DITINJAU DARI PERSPEKTIF HUKUM DAN GENDER, Ni Putu Sawitri Nandari. Online book.go.id. diakses pada 24 Juni 2009

- 3. Undang-undang atau Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang
- 4. Peraturan Pemerintah
- 5. Keputusan Presiden
- 6. Peraturan-peraturan pelaksanaannya, seperti:
 - Peraturan Menteri
 - Instruksi Menteri
 - Dan lain-lainnya

Pada tahun 1999, dengan dorongan yang besar dari berbagai daerah di Indonesia untuk mendapatkan otonomi yang lebih luas serta semakin kuatnya ancaman disintegrasi bangsa, pemerintah mulai mengubah konsep otonomi daerah. Maka lahirlah Undang-undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (telah diganti dengan UU No. 32 Tahun 2004) dan Undang-undang No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah (telah diganti dengan UU No. 33 Tahun 2004). Perubahan ini tentu saja berimbang pada tuntutan perubahan terhadap tata urutan peraturan perundang-undangan di Indonesia. Karena itulah, dibuat Ketetapan MPR No. III/MPR/2000 Tentang Sumber Hukum dan Tata Urutan Peraturan Perundang. Kalau selama ini Peraturan Daerah (Perda) tidak dimasukkan dalam tata urutan peraturan perundang-undangan, setelah lahirnya Ketetapan MPR No. II Tahun 2000, Perda ditempatkan dalam tata urutan tersebut setelah Keputusan Presiden.

Lengkapya, tata urutan peraturan perundang-undangan di Indonesia setelah tahun 2000 adalah sebagai berikut:

1. Undang-undang Dasar 1945
2. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat
3. Undang-undang
4. Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang
5. Peraturan Pemerintah
6. Keputusan Presiden
7. Peraturan Daerah

Pada tanggal 24 Mei 2004 lalu, DPR telah menyetujui RUU Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (PPP) menjadi UU No. 10 Tahun 2004, yang berlaku efektif pada bulan November 2004. Keberadaan undang-undang ini sekaligus menggantikan pengaturan tata urutan peraturan perundang-undangan yang ada dalam Ketetapan MPR No. III Tahun

2000.

Tata urutan peraturan perundang-undangan dalam UU PPP ini diatur dalam Pasal 7 sebagai berikut.

1. Undang-undang Dasar 1945
2. Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang
3. Peraturan Pemerintah
4. Peraturan Presiden
5. Peraturan Daerah, yang meliputi:

- Peraturan Daerah Provinsi

- Peraturan Daerah Kabupaten/Kota

- Peraturan Desa⁸

d. Kajian Umum Mengenai Good Governance (GG)

Kunci utama memahami good governance adalah pemahaman atas prinsip-prinsip di dalamnya. Bertolak dari prinsip-prinsip ini akan didapatkan tolak ukur kinerja suatu pemerintahan. Baik-buruknya pemerintahan bisa dinilai bila ia telah bersinggungan dengan semua unsur prinsip-prinsip good governance. Menyadari pentingnya masalah ini, prinsip-prinsip good governance diurai satu persatu sebagaimana tertera di bawah ini:

1. Partisipasi Masyarakat Semua warga masyarakat mempunyai suara dalam pengambilan keputusan, baik secara langsung maupun melalui lembaga-lembaga perwakilan sah yang mewakili kepentingan mereka. Partisipasi menyeluruh tersebut dibangun berdasarkan kebebasan berkumpul dan mengungkapkan pendapat, serta kapasitas untuk berpartisipasi secara konstruktif.
2. Tegaknya Supremasi Hukum Kerangka hukum harus adil dan diberlakukan tanpa pandang bulu, termasuk di dalamnya hukum-hukum yang menyangkut hak asasi manusia.
3. Transparansi. Transparansi dibangun atas dasar arus informasi yang bebas. Seluruh proses pemerintahan, lembaga-lembaga dan informasi perlu dapat diakses oleh pihak-pihak

⁸ Hierarki Peraturan Perundang-Undangan, Erni Setyowati, PSHK, Parlemen.net 2007. Diakses pada 12 Mei 2009

yang berkepentingan, dan informasi yang tersedia harus memadai agar dapat dimengerti dan dipantau.

4. Peduli pada Stakeholder Lembaga-lembaga dan seluruh proses pemerintahan harus berusaha melayani semua pihak yang berkepentingan.

5. Berorientasi pada Konsensus Tata pemerintahan yang baik menjembatani kepentingan-kepentingan yang berbeda demi terbangunnya suatu konsensus menyeluruh dalam hal apa yang terbaik bagi kelompok-kelompok masyarakat, dan bila mungkin, konsensus dalam hal kebijakan-kebijakan dan prosedur-prosedur.

6. Kesetaraan Semua warga masyarakat mempunyai kesempatan memperbaiki atau mempertahankan kesejahteraan mereka.

7. Efektifitas dan Efisiensi Proses-proses pemerintahan dan lembaga-lembaga membuahkan hasil sesuai kebutuhan warga masyarakat dan dengan menggunakan sumber-sumber daya yang ada seoptimal mungkin.

8. Akuntabilitas Para pengambil keputusan di pemerintah, sektor swasta dan organisasi-organisasi masyarakat bertanggung jawab baik kepada masyarakat maupun kepada lembaga-lembaga yang berkepentingan. Bentuk pertanggung jawaban tersebut berbeda satu dengan lainnya tergantung dari jenis organisasi yang bersangkutan.

9. Visi Strategis Para pemimpin dan masyarakat memiliki perspektif yang luas dan jauh ke depan atas tata pemerintahan yang baik dan pembangunan manusia, serta kepekaan akan apa saja yang dibutuhkan untuk mewujudkan perkembangan tersebut. Selain itu mereka

juga harus memiliki pemahaman atas kompleksitas kesejarahan, budaya dan sosial yang menjadi dasar bagi perspektif tersebut⁹.



⁹ Copyright 1999 - 2006 Masyarakat Transparansi Indonesia *The Indonesian Society for Transparency*

BAB III

METODE PENELITIAN

a. Metode Pendekatan

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan Yuridis sosiologis, karena penelitian ini bermaksud mengungkapkan permasalahan-permasalahan yang ada di balik pelaksanaan dan penegakan hukum.

Dari sisi sifatnya, penelitian ini termasuk penelitian yang bersifat Deskriptif Analisis yang menjelaskan sifat-sifat suatu individu, keadaan, gejala atau kelompok tertentu, atau untuk menentukan penyebaran suatu gejala, atau untuk menentukan ada tidaknya hubungan antara suatu gejala dengan gejala lain dalam masyarakat.

b. Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini lokasi yang diambil adalah Puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang. Lokasi penelitian ini diambil karena, puskesmas ini bertindak sebagai pelaksana kewajiban pelayanan kesehatan kepada masyarakat, terutama masyarakat Kecamatan Blimbing Kota Malang. Sehingga penelitian yang dilakukan di puskesmas ini diharapkan akan dapat merepresentasikan kualitas pelayanan publik bidang kesehatan dengan diterapkannya SK Walikota Malang no 300 tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, di Kecamatan Blimbing pada khususnya dan Kota Malang pada umumnya.

c. Populasi dan Sampel

Dalam penelitian ini, ada beberapa subyek penelitian yang menjadi sumber informasi :

- a. Jajaran staf Dinas Kesehatan Kota Malang.
- b. Kepala Puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang selaku kepala instansi yang akan menjadi objek utama penelitian.

c. Masyarakat, dalam hal ini adalah masyarakat pengguna jasa Puskesmas.

d. Bahan Penelitian

Data dalam penelitian ini, peneliti mengumpulkan data yang berupa:

Data primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari sumber pertama.

Data sekunder, antara lain mencakup dokumen-dokumen resmi, buku-buku, hasil-hasil penelitian yang berwujud laporan dan sebagainya.

e. Jenis Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan oleh peneliti dalam penelitian ini diperoleh melalui instrumen penelitian yang berupa:

1. Wawancara, yaitu situasi peran antar-pribadi bertatap-muka (*face-to-face*), ketika seseorang (pewawancara) mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang dirancang untuk memperoleh jawaban-jawaban yang relevan dengan masalah penelitian kepada seseorang. Pihak yang direncanakan untuk diwawancara yaitu Kepala Puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang dalam hal ini, serta anggota masyarakat baik secara langsung maupun tidak, atau dengan pihak yang telah ditunjuk oleh mereka sebagai penggantinya.
2. Studi dokumen, dalam penelitian hukum meliputi studi bahan-bahan hukum yang terdiri dari bahan hukum primer (peraturan perundang-undangan, peraturan pemerintah, keputusan presiden), bahan hukum sekunder (hasil penelitian, pendapat pakar hukum), dan bahan hukum tersier (kamus, ensiklopedia).
3. Pengamatan, menurut Guba dan Lincoln :
 - a. Teknik pengamatan ini didasarkan atas pengamatan secara langsung

b. Teknik pengamatan juga memungkinkan peneliti melihat dan mengamati sendiri, kemudian mencatat perilaku dan kejadian sebagaimana yang terjadi pada keadaan sebenarnya.

c. Pengamatan memungkinkan peneliti mencatat peristiwa dalam situasi yang berkaitan dengan pengetahuan proporsional maupun pengetahuan yang langsung diperoleh dari data.

f. Analisis Data

Setelah data terkumpul, kemudian dianalisis secara kualitatif, yakni dengan memperhatikan mutu yang diperoleh dari hasil *interview*, observasi, dan studi dokumentasi.

Juga akan dianalisis secara deskriptif analitis, artinya data-data yang terkumpul akan dihubungkan antara pengetahuan teoritis dengan keadaan yang ada di lokasi penelitian. Data-data yang diperoleh tadi kemudian dianalisis dan ditarik sebuah kesimpulan (*conclusion*) secara sistematis dan logis.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Secara umum dalam meneliti efektifitas SK Wali Kota Malang No 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Dalam Pelayanan Bidang Kesehatan Untuk Mewujudkan Good Governance, dilakukan di instansi yang memiliki kewenangan pelaksanaan pelayanan public bidang kesehatan di Kota Malang, mulai dari tingkat kota yakni Dinas Kesehatan Kota Malang, hingga ke tingkat UPT (Unit Pelayanan Publik tingkat) paling dasar yakni PUSKESMAS (Pusat kesehatan Masyarakat), dalam hal ini adalah Puskesmas yang terletak di Kecamatan blimbing Kota Malang yakni Puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang.

Secara khusus, berikut gambaran umum tentang Kecamatan Blimbing yang penulis pilih sebagai Lokasi penelitian :

Jumlah Penduduk : 171. 051 jiwa

Tingkat Kepadatan Penduduk : 9.626 jiwa/km²

Jumlah Kelurahan : 11 Kelurahan (Arjosari, Balarjosari, Blimbing, Bunulrejo, Jodipan,

Kesatrian, Pandanwangi, Polehan, Polowijen, Purwodadi, Purwantoro)

Jumlah Puskesmas : 3 Puskesmas (Cisadea, Kendalkerep, Pandanwangi)

Rasio Perbandingan Jenis Kelamin : 98,1%

B. Dasar, Posisi dan Tujuan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

B.1. Keberadaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kota Malang

Pemerintah Kota Malang menyadari dalam era Otonomi Daerah telah dilaksanakan penyerahan kewenangan dari Pemerintah Pusat ke daerah termasuk bidang Kesehatan, untuk itu dituntut untuk melaksanakan pelayanan bidang kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang akan ditetapkan oleh Pemerintah.

Dengan belum ditetapkannya Standar Pelayanan Minimal oleh Pemerintah, maka untuk melaksanakan Standar Pelayanan Masyarakat di bidang Kesehatan, Pemerintah Kota Malang menyusun Pedoman Pelaksanaan Standar Pelayanan Bidang Kesehatan di Kota Malang, dengan bentuk Surat Keputusan Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Pada 10 Oktober 2003 ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota, yang kemudian ditindaklanjuti dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1091/MENKES/SK/X/2004 Tanggal 1 Oktober 2004 Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan kabupaten/Kota.

4 tahun kemudian, pada tahun 2008 dikeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dengan kelengkapan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota berupa Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/MENKES/SK/IX/2008. sehingga sampai sekarang SPM Kesehatan yang berlaku di Kota Malang secara yuridis bukan hanya yang dikeluarkan oleh Walikota Malang dalam wujud SK Walikota.

Kedua SPM tandingan yang dikeluarkan oleh Menteri kesehatan RI, ini akan menjadi bahan perbandingan dalam penelitian ini.

B.2. Tujuan Standar Pelayanan Minimal (SPM)

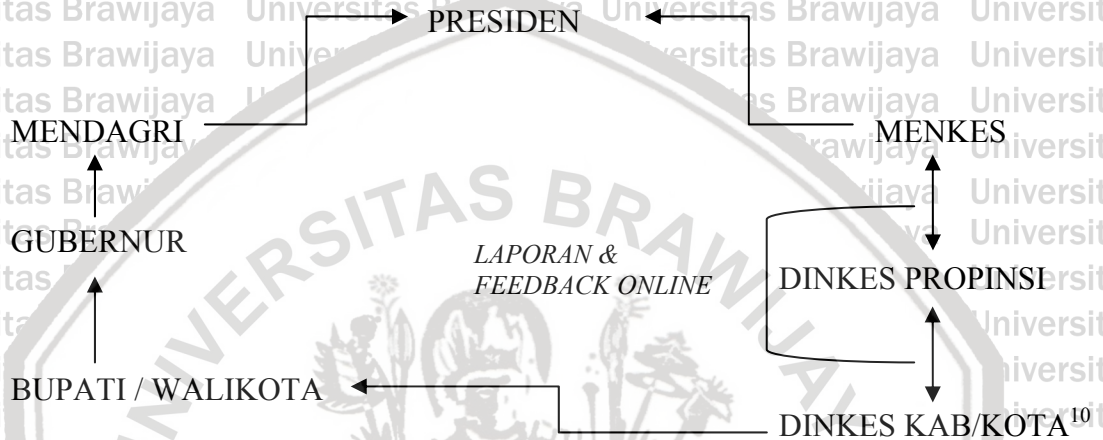
B.2.1 Tujuan SK Walikota Malang No 300 Tahun 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Dalam pelaksanaan pelayanan kepada masyarakat secara optimal tetap dilandasi oleh indikator kinerja yang merupakan standar minimal dalam memberikan pelayanan kepada publik untuk memberikan layanan yang memuaskan kepada masyarakat dengan didasarkan pada Standar pelayanan Minimal. Penetapan Standar pelayanan Minimal tersebut bertujuan:

- a. Masyarakat akan terjamin dalam penerimaan pelayanan publik dari pemerintah kabupaten/kota;
- b. Untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan pelayanan publik;
- c. Sebagai landasan dalam pertimbangan keuangan yang adil dan transparan;
- d. Sebagai dasar untuk menentukan anggaran kinerja berbasis manajemen kinerja;
- e. Dapat membantu penilaian kinerja atau LPJ Kepala Daerah yang lebih akurat dan terukur;
- f. Sebagai alat untuk meningkatkan akuntabilitas pemerintah daerah terhadap masyarakat;
- g. Merangsang transparansi dan partisipasi masyarakat dalam kegiatan pembangunan daerah;
- h. Sebagai argumen dalam peningkatan pajak dan redistribusi daerah, karena masyarakat dapat melihat keterkaitan pembiayaan dengan pemberian pelayanan;

- i. Dapat merangsang rasionalisasi kelembagaan pemerintah daerah yang berkorelasi dengan pelayanan publik;
- j. Dapat menentukan jumlah kualifikasi pegawai yang diperlukan.

ALUR PELAPORAN SPM



B.2.2 Asumsi Yuridis Kewajiban Pemda Menetapkan Standar Pelayanan Minimal

Pada pasal 11 UU Pemerintahan Daerah no. 22 Tahun 1999 telah diatur mengenai kewenangan daerah yakni (Kesehatan, Pekerjaan Umum, Pendidikan dan kebudayaan, Pertanian, Perhubungan, Perindustrian dan Perdagangan, Penanaman Modal, Lingkungan Hidup, Pertanahan, Koperasi dan Tenaga Kerja), dalam bentuk kewenangan penyelenggaraan dalam penelitian ini lebih khusus tentang penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan di daerah.

Penjelasan pasal 3 ayat 2 Peraturan pemerintah No, 25 tahun 2000, menetapkan bahwa Pemda wajib menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM), yang berfungsi sebagai pedoman pelaksanaan wajib pelayanan. Ditetapkan berdasar keputusan Gubernur, yang berfungsi :

1. Menjamin dan mendukung pelaksanaan wajib (pelayanan) oleh daerah
2. Akuntabilitas daerah kepada pemerintah
3. Instrument pembinaan dan pengawasan bagian pemerintah provinsi kepada pemerintah Kabupaten atau Kota

Ketiga hal diatas menjadi konsep dasar tujuan Standar pelayanan Minimal yang dikeluarkan oleh Pemda, berdasar Surat Edaran mendagri No. 100/756/Otoda pada tanggal 8 juli 2002.

Permasalahan diatas penting untuk diejawantahkan dalam bentuk Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan, dalam era otonomi daerah perimbangan keuangan menjadi instrument penting ketika membicarakan permasalahan anggaran terutama antara daerah dengan pusat. Hasil penelitian terdahulu mengenai penganggaran kesehatan antara pusat dan daerah menunjukkan hasil sebagai berikut :

1. Biaya Kesehatan Total dan per Kapita per Tahun,

Secara umum terlihat bahwa anggaran kesehatan terjadi kenaikan sejak desentralisasi (tahun 2000) kecuali Kabupaten Timor Tengah Utara yang mengalami sedikit penurunan (Tabel 1). Kabupaten Kutai merupakan daerah dengan alokasi biaya kesehatan tertinggi, yaitu sekitar US\$ 6,8 per kapita per tahun, nilai ini kira-kira sudah melebihi dari US\$ 5 per kapita per tahun yang disarankan oleh Bank Dunia. Tapi ditempat lain terlihat sangat kecil, misalnya anggaran kota Malang US\$ 50 sen per kapita, Probolinggo US\$ 1 per kapita. Jika diurai lebih lanjut, kenaikan komponen anggaran kesehatan APBD bukan

¹⁰ INFORMASI DAN EVALUASI SPM BIDANG KESEHATAN KAB./KOTA PROP. JAWA TIMUR

pada komponen DIP (anggaran pembangunan) melainkan DIK (anggaran rutin), itupun yang naik adalah komponen gaji. Fenomena ini ditemukan hampir disemua kabupaten.

2. Biaya Kesehatan untuk Penduduk Miskin

Data yang dikumpulkan bersumber dari dana JPS dari tahun ke tahun, yaitu melalui Dinas Kesehatan dan rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa biaya kesehatan keluarga miskin (gakin) berkisar antara US\$ 18 sampai dengan US\$ 69. Terlihat bahwa biaya gakin lebih tinggi dari per kapita, tetapi per gakin berfluktuasi

3. Proporsi APBD untuk Anggaran Kesehatan

Berdasarkan anjuran Menteri Kesehatan, proporsi anggaran kesehatan terhadap keseluruhan APBD diharapkan adalah 15%. Jika anjuran tersebut diterapkan maka untuk kabupaten Kutai dengan APBD sebesar Rp 1,6 trilyun, 15% itu berarti Rp 200 milyar, dan bila dihitung per kapita relatif besar. Jika daerah Bone yang miskin, dihitung 15% dari APBD, sedangkan 93%nya adalah untuk rutin (belanja pegawai), maka tinggal 7% untuk pelayanan kesehatan. Jadi disini tidak bisa dilihat prosentase, yang penting dilihat adalah angka berdasarkan per kapita atau sesuai kebutuhan daerah terhadap pembiayaan kesehatan. Prosentase tinggi belum tentu paling tinggi alokasi dalam rupiahnya. Contoh Kota Malang persentase anggaran kesehatan terhadap APBD sebesar 14,1% atau setara Rp 5.800,- per kapita, sedangkan Kabupaten Kutai hanya 1,2% setara dengan Rp 42.000 per kapita. Hal ini sangat tergantung dari besar kecilnya APBD daerah dan jumlah penduduk.

Dengan demikian, kebijakan untuk besaran anggaran kesehatan tidak bisa berdasarkan prosentase, tapi diharapkan akan dilakukan perhitungan health account di masing-masing kabupaten dengan melakukan costing kebutuhan anggaran.

4. Proporsi Pusat dan Daerah

Setelah otonomi daerah, peranan APBD terhadap pembiayaan kesehatan di daerah lebih besar dibandingkan APBN. Besarnya APBD ini karena pusat sudah melimpahkan anggaran APBN ke dalam Dana Alokasi Umum (DAU). Perubahan proporsi ini terlihat jelas pada tahun 2001, karena tahun ini merupakan awal desentralisasi. Hanya saja walaupun substansi biayanya sama dari Pemerintah Pusat, tetapi otoritas ada di kabupaten

5. Biaya Kesehatan Langsung

Pengertian Biaya Langsung (direct cost) adalah biaya kesehatan yang langsung digunakan oleh masyarakat seperti makanan, obat dan pegawai yang kontak dengan masyarakat. Berdasarkan itu dihitung biaya tersebut (makanan, obat dan gaji) sebagai pendekatan direct cost. Obat dan makanan sangat jelas dinikmati langsung oleh masyarakat.

Sedangkan gaji diasumsikan jumlah pegawai yang melayani langsung masyarakat baik dalam gedung maupun luar gedung sebesar 75%. Dengan kata lain. 75% gaji diasumsikan dalam rangka melayani pasien dalam rangka melaksanakan publikhealth program. Jika dijumlahkan dengan biaya obat dan makanan, dan dibagi dengan jumlah penduduk, hasilnya menunjukkan biaya langsung per kapita ternyata kecil sekali tetapi ada kecenderungan naik pada tahun 2002.

6. Biaya Untuk Sektor Fisik Kesehatan

Salah satu pertanyaan yang ingin dijawab adalah apakah desentralisasi meneruskan penyakit lama yang berorientasi kepada fisik. Disini dicoba dilihat total anggaran di kabupaten tersebut, kemudian digabung dengan anggaran untuk kontruksi. Kontruksi ini termasuk kontruksi bangunan, alat dan kendaraan. Kemudian dihitung berapa persen total anggaran kontruksi fisik ini terhadap total. Salah satu contoh adalah Kota Malang, sebelum otonomi daerah sebanyak 61, tapi kemudian turun drastis. Sedangkan Probolinggo berfluktuasi. Secara umum daerah-daerah tidak menunjukkan suatu trend, yang dilihat adalah ada suatu expenditure untuk suatu konstruksi secara insidental pada tahun-tahun tertentu terlihat besar, tetapi tahun selanjutnya kecil lagi. Kesimpulannya adalah kecurigaan terhadap daerah akan dominan konstruksi fisik kesehatan sangat tidak beralasan karena rata-rata proporsi anggaran kesehatan fisik sektor kesehatan sebesar 10 – 15% merupakan angka yang cukup toleransi.

7. Biaya Kesehatan Antar Program

Biaya kesehatan antar program agak sulit untuk dipilah, misalnya program yang bersifat promotif, preventif dan kuratif. Pendekatan yang digunakan adalah memeilah anggaran di masing-masing sub dinas kabupaten, Misalnya Bengkulu memiliki sub dinas pelayanan kesehatan, kesehatan keluarga, pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan permukiman. Pada tahun 1998 di kota Bengkulu, 58% dana terserap ke Kesehatan Keluarga, 31% untuk Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Permukiman (P2MPLP).

8. Anggaran Yang Terintegrasi

Berdasarkan observasi dan wawancara di lapangan, proses perencanaan manajemen biaya kesehatan masih terfragmentasi. Jika anggaran pembangunan diusulkan oleh Sub Dinas, sedangkan rutinnya oleh Tata Usaha. Dalam pengusulan anggaran pembangunan terlihat masih ada ego program, atau bahkan ego subdin. Selain itu, pengalaman dalam mengumpulkan data terkesan juga terfragmentasi.

9. Realisasi anggaran

Dalam era desentralisasi administrasi dan prosedur perencanaan dirasakan cukup mudah karena dilakukan di daerah, dan SPM-pun dikeluarkan oleh Pemda dan tidak lagi oleh KPKN. Tapi yang menarik adalah waktu pelaksanaan anggaran sama saja. Dalam era sentralisasi, anggaran dimulai bulan April, tetapi umumnya realisasi pada bulan Juli atau Agustus. Dalam era desentralisasi, waktu pelaksanaan anggaran kira-kira harus mampu menghabiskan anggaran satu tahun dalam setengah tahun¹¹.

B.3. Dasar Hukum

B.3.1. Dasar Hukum SK Walikota Malang NO 300 Tahun 2003 Tentang Standar

Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Dasar Hukum Penyelenggaraan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan

Minimal adalah sebagai berikut :

- a. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
- b. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah;

¹¹ PEMBIAYAAN PEMBANGUNAN KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA DALAM ERA DESENTRALISASI arum@Bappenas.GO.ID, diakses 20 Juni 2009

c. Undang-Undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah;

d. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (KKN);

e. Peraturan Pemerintah Nomor 30 Tahun 1980 tentang Peraturan Disiplin Pegawai Negeri Sipil;

f. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi;

g. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai daerah otonom;

h. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 130-67 Tahun 2002 tentang Pengakuan Kewenangan Kabupaten dan Kota;

i. Peraturan Daerah Kota Malang Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi Dinas sebagai unsur Pelaksana Pemerintah Daerah.

B.3.2. Dasar Hukum Keputusan Menteri Kesehatan RI 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);

2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah Dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2000 tentang Pengelolaan Dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 202, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4022);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2000 tentang Laporan Pertanggungjawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 209, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4027);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan Dan Pengawasan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 41 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4090);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Daerah;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah;
10. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggungjawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara Penyusunan APBD;
11. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2001 tentang Pengawasan Represif Kebijakan daerah

B.4. Prinsip Dasar Standar Pelayanan Minimal

Berdasarkan Pasal 11 Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah, Bidang Kesehatan merupakan salah satu bidang kewenangan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota, makna dari kewenangan ini adalah Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bertanggungjawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan bidang kesehatan.

Pada penjelasan pasal 3 ayat 2 Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 menyatakan bahwa pelaksanaan kewenangan wajib merupakan pelayanan minimal pada bidang-bidang sebagaimana dimaksud dalam pasal 11 ayat 2 Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 termasuk bidang Kesehatan.

Guna menjamin pelaksanaan kewenangan wajib, maka perlu disusun Standar Pelayanan Minimal dengan berdasarkan pada Prinsip dasar sebagai berikut :

- a. Menjamin Akses dan Kualitas Pelayanan Dasar kepada masyarakat;
- b. Diberlakukan untuk seluruh kabupaten/Kota;
- c. Merupakan Indikator Kinerja dan bukan Standar teknis;
- d. Bersifat dinamis;
- e. Ditetapkan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan dasar pada Kewenangan Wajib.

C. Efektifitas Pelaksanaan SK Walikota Malang No 300 Tahun 2003 Tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan) Di Puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang?

Mengkaji efektifitas hukum, tidak akan lepas dari 3 parameter dasar, yang oleh

M. Friedman dirumuskan menjadi Substansi, Struktur dan Kultur. Maka dalam penelitian ini pula yang kajian utamanya tentang Efektifitas SK Walikota Malang No 300 Tahun 2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, penulis akan membahas menggunakan 3 parameter Friedmen yang ditambahkan dengan hal-hal lain yang mendukung.

Yang kedua, karena di lapangan, penulis menemukan ternyata SK Walikota Malang no. 300 tahun 2003 bukan satu-satunya SPM Kesehatan yang berlaku, maka kajian akan dilakukan dengan membandingkan kedua SPM (yang berasal dari SK Walikota dan Menteri kedehatan), terutama dalam kajian substansi.

C.1 Kajian Substansi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan SK Walikota Malang No 300 tahun 2003 Tentang standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota

1. Perbandingan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dalam Sk Walikota malang No. 300 Tahun 2003 dan SK Menkes nomor : 1457/MENKES/SK/X/2003

a. Pengaturan Kewenangan Wajib

Dalam SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, didefinisikan tentang kewenangan wajib yang dimiliki oleh pemerintah daerah selaku pelaksana pelayanan kesehatan. Bahkan kewenangan wajib inilah yang kemudian didefinisikan sebagai Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan. sementara dalam SK Menkes nomor : 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten/Kota, tidak diatur atau disinggung mengenai kewenangan wajib.

Diaturinya kewenangan wajib dalam SPM Kesehatan versi SK Walikota wajar karena, SK Walikota Malang NO. 300 tahun 2003 tentang SPM Kesehatan, didasarkan pada pembidangan kewenangan daerah berdasar UU Pemerintahan Daerah yang memposisikan pembangunan kesehatan dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat di daerahnya, menjadi kewenangan wajib daerah. Artinya, SPM Kesehatan versi Walikota Malang ini diadakan berlandaskan pada otonomi daerah, dengan desentralisasi wewenang sebagai prinsip. Dalam kondisi yang demikian, maka dapat diasumsikan pelayanan kesehatan telah menjadi domain kewajiban daerah baik secara sebagian maupun keseluruhan.

Kewenangan wajib tidak diatur dalam SPM Kesehatan versi Menteri Kesehatan, karena dasar kewenangannya bersumber pada sentralisasi kewenangan. Artinya apa yang dilakukan daerah bukan mutlak domain kewenangan daerah (otonomi daerah). bisa diasumsikan bahwa pelayanan yang dilakukan oleh daerah, mirip atau termasuk juga kedalam konsep *Medebewind* atau *Tugas pembantuan*, dimana pemerintah daerah merupakan kepanjangan tangan pemerintah pusat. SPM Kesehatan yang berlaku nasional, merupakan bentuk sentralisasi kewenangan pelayanan. Asumsinya adalah, SPM Kesehatan daerah dibuat berdasar, wacana atas kebutuhan daerah dengan kewenangan daerah yang

diperoleh dari otonomi daerah. Sementara SPM nasional, dibuat berdasar wacana dan pertimbangan kebutuhan pembangunan kesehatan nasional, daerah hanya menjalankan saja apa yang menjadi ketetapan nasional.

Perbedaan ini terjadi karena, sebenarnya otonomi mempunyai makna kebebasan atau kemandirian (*zelfstandigheid*). Tetapi bukan kemerdekaan (*onafhankelijkheid*). Kebebasan yang terbatas atau kemandirian itu adalah wujud pemberain kesempatan yang harus dipertanggungjawabkan¹².

Ditinjau dari pertimbangan pemberian otonomi atau tugas pembantuan kepada kota, desa, atau daerah yaitu dalam rangka melaksanakan dasar kedaulatan rakyat dan keperluan setempat yang berlainan.¹³

b. Standar Pelayanan Minimal

Dalam SK Walikota Malang No 300 tahun 2003, tidak semua kewenangan yang ada, di standar pelayanan minimal-kan namun hanya pelayanan yang menyangkut pelayanan hajat hidup orang banyak. Untuk menetapkan standar pelayanan minimal pendekatan yang dilakukan adalah dengan memperhatikan :

1. Kewenangan yang wajib dilaksanakan oleh kabupaten/kota;
2. Indikator yang menjadi ukuran keberhasilan pembangunan kesehatan merupakan indikator untuk mengukur keberhasilan penyelenggaraan kewenangan yang diserahkan kepada daerah;
3. Indikator program dengan memperhitungkan input, proses dan output;

¹² Ateng Syafrudin, *Pasang Surut Otonomi Daerah*, Orasi Diesnatalis Unpar, Bandung, 1983, hlm. 18.

¹³ Moh Hatta, *Ke Arah Indonesia Merdeka (1932) dalam kumpulan karangan*, Jilid I, Bulan Bintang, Jakarta 1976, Hlm,39

4. Komitmen global, nasional dan regional;
5. Situasi dan kondisi daerah.

Kemudian secara umum indikator keberhasilan pembangunan kesehatan yang digunakan

terdiri dari :

1. Umur Harapan Hidup (UHH);
2. Angka Kematian Bayi (AKB);
3. Angka Kematian Ibu (AKI);
4. Angka Kematian Balita (AKBA);
5. Status Gizi Masyarakat;
6. Angka kesakitan dan kematian penyakit menular antara lain : (Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), Tuberkolosis, HIV/AIDS, Infeksi Saluran Pernafasan, Diare, Kusta serta penyakit-penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB/Wabah).

Indikator diatas, tidak digunakan dalam SPM Kesehatan Kabupaten/Kota SK Menkes nomor : 1457/MENKES/SK/X/2003. Menurut narasumber Dwi Wijono Kepala Bagian perencanaan Dinas Kesehatan kota Malang, hal ini karena indikator yang tersebut diatas adalah parameter umum yang sebenarnya tidak perlu diatur dengan terlalu rigid. Parameter ke-5 dan-6 misalnya yakni status gizi masyarakat yang meningkat dengan diikuti oleh angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) penyakit menular menurun, maka secara otomatis UHH, AKB, AKI, dan AKBA akan menurun sebagai konsekuensi logis.

Sehingga di lapangan 6 parameter ini, dianggap tidak terlalu efektif dan efisien.

- c. Penetapan Persentase Capaian keberhasilan SPM Kesehatan

Selain enam indikator yang ditentukan diatas, instrumen penting pencapaian SPM kesehatan yang lain adalah prosentase pencapaian yang ditetapkan pada setiap jenis kewenangan yang ditetapkan oleh kedua SPM.

Membandingkan penetapan presentase capaian keberhasilan SPM Kesehatan pada kedua SPM Kesehatan. Penulis menemukan bahwa, terdapat perbedaan pada penetapan presentase capaian keberhasilan SPM Kesehatan pada kedua SPM, dimana pada SPM Kesehatan yang dikeluarkan oleh Walikota Malang menetapkan nilai indikator kinerja berupa prosentase hanya tunggal (satu) tanpa menjelaskan lebih detail kapan (target) prosentase nilai ini harus terpenuhi. Sementara dalam SPM yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan RI ditetapkan prosentase bersamaan dengan ditetapkan tahun prosentase itu harus terpenuhi. Contoh pada prosentase cakupan kunjungan ibu hamil K4 pada jenis pelayanan kesehatan ibu dan bayi, dalam kewenangan wajib penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar, ditetapkan pada 2005 target sebesar 78 % dan pada 2010 target sebesar 95 %.

Terdapat kelemahan secara substansial pada SK Walikota Malang No 300 tahun 2003 melihat pada kejadian diatas. Penulis melihat adanya inkonsistensi atau ketidaksesuaian substansi pengaturan SPM dengan kesimpulan yang tertuang dalam BAB

IV. KESIMPULAN DAN SARAN pada peraturan sama, dimana disimpulkan bahwa “pelaksanaan Standar pelayanan Minimal dapat dilakukan secara bertahap-tahap disesuaikan dengan prioritas kebutuhan pemerintah Kabupaten/Kota”. Artinya dalam pelaksanaan SPM ada upaya pembangunan yang berkesinambungan atau berkelanjutan, dimana penentuan target tahunan penting adanya.

Pelaksanaan di lapangan menjadi sulit, contohnya ketika SPM Kesehatan versi Kota Malang ini menetapkan angka 95 % pada indikator kerja prosentase cakupan kunjungan ibu hamil, di jenis pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir dalam kewenangan wajib

penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan dasar. Menimbulkan beberapa pertanyaan tentang angka 95 % ini apakah harus dipenuhi pada tahun itu juga ?, kemudian angka ini diperoleh dari mana ?, apakah pada tahun selanjutnya angka akan tetap sama ?, karena jika memang harus dipenuhi tahun itu juga apakah angka ini realistis ?, atau jika memang pada tahun berikutnya angka ini akan berubah, kenapa sampai tahun 2008 SK Walikota Malang no. 300 tahun 2003 tidak pernah diperbaharui ?, atau jika kemudian yang diharapkan adalah SK Walikota Malang ini hanya untuk mengisi kekosongan hukum yang kemudian dilanjutkan dengan SPM versi Menteri Kesehatan, kenapa tidak diatur dalam SPM maupun peraturan yang lain ?.

C.2 Kajian Struktur Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan SK Walikota

malang No 300 tahun 2003 Tentang standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Beranjak pada kajian efektifitas yang kedua, yakni kajian struktur. Struktur yang dimaksud adalah lembaga pelaksana SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yakni mulai dari Dinas Kesehatan Kota Malang, hingga ke tingkat Unit Pelaksana Teknis yakni Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas dan berbagai unit kesehatan pendukung lainnya.

1. Pelaksanaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Malang.

Penelitian dilakukan dengan melakukan wawancara dan penggalan data pada staf Dinas Kesehatan Kota Malang, bagian P2PL (Program Pemberantasan penyakit dan Penyehatan Lingkungan), Keuangan, Yankes (Pelayanan Kesehatan), Sungram (Penyusunan Program).

TUPOKSI DINAS KESEHATAN KOTA MALANG

Tugas Pokok

Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok melaksanakan kewenangan daerah di bidang kesehatan sesuai dengan kebijakan Kepala Daerah

Fungsi

1. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan;
2. Penyusunan dan pelaksanaan rencana strategis dan rencana kerja tahunan di bidang kesehatan;
3. Pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang dibutuhkan masyarakat;
4. Pelaksanaan pencegahan pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan serta pengendalian serta pengendalian penyakit menular;
5. Pelaksanaan pelayanan dan penyuluhan kesehatan keluarga dan kesehatan masyarakat;
6. Pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan obat dan Narkotika, psikotropika dan zat-zat Adiktif (Napza);
7. Pelaksanaan jaminan sosial kesehatan, nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi;

8. Pelaksanaan akreditasi sarana dan prasarana kesehatan;
9. Pelaksanaan pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan;
10. Pelaksanaan pengembangan dan penerapan teknologi kesehatan dan standar etika penelitian kesehatan;
11. Pemberian akreditasi dan atau pertimbangan teknis perijinan dibidang pelayanan kesehatan.
12. Pengembangan sistem pembiayaan kesehatan melalui jaminan pemeliharaan keserhatan masyarakat;
13. Pengadaan dan pengelolaan obat pelayanan kesehatan dasar;
14. Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang pelayanan kesehatan;
15. Pemberdayaan dan peningkatan kinerja Unit Pelayanan Teknis Daerah (UPTD);
16. Pengelolaan administrasi umum meliputi penyusunan program, ketatalaksanaan, ketatausahaan, keuangan, kepegawaian, rumah tangga, perlengkapan, kehumasan dan perpustakaan serta kearsipan;
17. Evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas dan fungsi;
18. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya¹⁴.

¹⁴ Dinkes Kota Malang, GO. ID

Dari hasil wawancara dengan narasumber (kepala bagian Sungram, Dwi Wijono) diperoleh keterangan mengenai keberadaan dua Standar Pelayanan Minimal yang dikeluarkan oleh Walikota Malang dan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan RI. Kedua SPM bidang kesehatan ini keluar pada saat yang hampir bersamaan, SK Walikota Malang no 300 tahun 2003 keluar lebih dulu sebelum SPM Kesehatan yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan RI.

Dua SPM Kesehatan ini berlaku secara bersamaan, sampai hari ini belum ada pencabutan terhadap SK Walikota Malang no. 300 tahun 2003, tetapi juga belum ada pembaruan terhadap peraturan ini. Sementara SPM Kesehatan yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan RI telah mengalami pembaruan pada tahun 2008 dengan ditetapkannya PERATURAN MENTERI KESEHATAN RI NOMOR 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA.

Karena kedua SPM Kesehatan, telah menetapkan capaian keberhasilan SPM dalam bentuk prosentase, maka mekanisme pelaporan adalah konsekuensi lanjutan pasca ditetapkan dan diberlakukannya SPM Kesehatan baik yang dikeluarkan oleh Walikota Malang, maupun yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan RI.

Dinas Kesehatan Kota Malang membuat laporan SPMs Kesehatan per triwulan (tigabulan) dan pertahun, yang diserahkan langsung pada Dinas Kesehatan Provinsi, yang kemudian ditindaklanjuti menjadi laporan provinsi dan dilaporkan pada Kementerian Kesehatan sebagai bahan menyusun Laporan SPM tingkat nasional. Sementara laporan ke pemerintah Kota Malang tidak disampaikan secara khusus mengenai laporan pencapaian

SPM Kesehatan. Artinya tidak ada mekanisme formal khusus pelaporan SPM Kesehatan ke tingkat kota, laporan disampaikan dalam bentuk LKPPJ untuk menyusun KKL atau Kerangka Kerja Logis¹⁵.

Hal ini menjadi salah satu indikasi kelemahan struktur penegakan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 pada tingkatan Dinas Kesehatan Kota Malang, yang disebabkan oleh :

1. Ketidakjelasan tentang SPM mana yang berlaku sah di lapangan
2. Kurangnya sosialisasi SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan
3. Tidak dilaksanakannya mekanisme formal pelaporan khusus pada capaian kerja SPM Kesehatan versi SK Walikota Malang.

2. Kajian Efektifitas Pelaksanaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Tingkatan Puskesmas.

Pusat Kesehatan masyarakat sebagai garda terdepan pelaksanaan pelayanan publik bidang kesehatan. Sebagai cerminan tepat pelaksanaan SK Walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang SPM Kesehatan di lapangan.

SPM Kesehatan telah menetapkan berbagai capaian keberhasilan yang disesuaikan dengan kewenangan wajib pelayanan di bidang kesehatan. Jika Dinas Kesehatan Kota Malang, secara praktek ternyata tidak melaksanakan SPM Kesehatan yang dibuat berdasar SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003, bukan berarti penelitian terhadap efektifitas pelaksanaan peraturan ini harus dihentikan pada tingkatan Puskesmas. Karena, penelitian tentang efektifitas SK Walikota Malang No 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan

¹⁵ Hasil wawancara dengan Kepala Bagian Penyusunan Program Dinas kesehatan Kota Malang, Dwi Wijono, Tanggal 21 Juni 2009.

Minimal Bidang kesehatan, harus dilaksanakan secara menyeluruh. Fenomena yang ditunjukkan oleh Dinas Kesehatan Kota Malang, adalah fenomena praktikal, dimana asumsi sementara kelemahan ada pada struktural dan substansi, walaupun UPTD Puskesmas ada dibawah Dinas Kesehatan Kota Malang. Belum tentu Puskesmas tidak menjalankan substansi SPM Kesehatan, atau jika kemungkinan terburuk SK Walikota malang no 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal tidak dilaksanakan di tingkat Puskesmas, maka penulis bisa mengurai mata rantai efektifitas pelaksanaan peraturan ini di lapangan.

Efektifitas Sk Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang.

Berdasar hasil wawancara dengan kepala puskesmas dan bagian terkait dalam struktur kelembagaan Puskesmas Pandanwangi, diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Pengetahuan tentang keberadaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan?

Dari hasil wawancara, secara garis besar ketiga Puskesmas sebenarnya tidak memiliki pemahaman tentang keberadaan spm kesehatan secara khusus. Namun ketiga narasumber memahami tentang substansi kewenangan wajib bidang kesehatan, yang menjadi tugas pokok pelayanan yang dilakukan di Puskesmas, baik yang ditentukan dalam SPM Kesehatan Kota Malang, maupun yang berdasar pada SPM Menteri Kesehatan.

Endang Sulistyorini staf Tata Usaha Puskesmas Pandanwangi mengatakan bahwa, Puskesmas mengetahui adanya SPM Kesehatan. Dan ketika ditanya tentang SPM Manakah yang dilaksanakan di Puskesmas Cisadea, beliau menjawab ketiganya dilaksanakan bersama-sama. Padahal substansi dan status ketiga SPM ini berbeda, misalnya yang menjadi fokus kajian dalam penelitian ini adalah SPM yang dibuat berdasar SK Walikota Malang, sementara kedua SPM yang lain berdasar SK

Menteri, yang secara hukum akan berlaku *Lex Posterior Derogate Lex Inferiori*.

Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya puskesmas tidak memahami SPM bidang Kesehatan, selain yang disampaikan dalam bentuk format laporan baik bulanan maupun tahunan, dan disampaikan dalam forum evaluasi tahunan antara Dinkes dan Puskesmas.

2. Apakah Dinas Kesehatan Kota Malang, atau Pemerintah Kota Malang, pernah melakukan sosialisasi tentang SPM Kesehatan ? terutama SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan ?

Ternyata Dinas Kesehatan Kota Malang, tidak pernah melakukan sosialisasi tentang keberadaan kedua SPM Kesehatan. Tetapi ada mekanisme pelaporan dari Puskesmas pada Dinas, terkait dengan masing-masing capaian kewenangan wajib bidang kesehatan. Artinya walaupun ada mekanisme pelaporan, tetapi Puskesmas tidak memaknainya atau memahami sebagai suatu bentuk pelaksanaan SPM kesehatan.

Lebih lanjut lagi, dikatakan oleh tata usaha puskesmas format laporan dari tahun-ketahun yang disampaikan oleh Puskesmas pada Dinkes sama, dan tidak pernah ada perubahan. Yang ada hanyalah perubahan target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan kota Malang, perubahan target ini dilakukan perprogram pertahun oleh dinas, yang disampaikan dalam proses evaluasi perbulan di Dinas Kesehatan Kota Malang.

3. Apakah puskesmas memiliki Kotak Saran ?

Makna dari pertanyaan ini adalah, melihat bentuk partisipasi masyarakat dalam tingkatan yang paling sederhana, yaitu memberikan kritik dan saran pada proses pelayanan yang diberikan oleh masing-masing puskesmas.

Pihak puskesmas ini mengaku memiliki kotak saran, dan memang kotak saran yang dimaksud ada di masing-masing puskesmas. Namun partisipasi masyarakat, dinilai kurang dalam memaksimalkan fungsi kotak saran yang ada. Hal ini dibuktikan dengan minimnya saran dan keluhan yang masuk ke kotak saran yang telah disediakan.

Kepala Puskesmas Pandanwangi mengakui bahwa, memang tidak ada anjuran untuk mengisi kotak saran sebagai wujud partisipasi masyarakat, dalam melakukan evaluasi pelayanan publik bidang kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas, selain itu. Kinerja puskesmas didukung oleh keberadaan Kelurahan Siaga, yang memiliki pos kesehatan di masing-masing kelurahan, sehingga komplain biasanya akan disampaikan oleh masyarakat langsung melalui keberadaan Kelurahan Siaga, yang akan ditindaklanjuti dengan pelaporan pada Puskesmas terkait.

4. Bagaimana mekanisme penyusunan anggaran puskesmas Pandanwangi ?

Salah satu tujuan yang termaktub dalam SPM Kesehatan SK Walikota Malang NO. 300 Tahun 2003 adalah untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan pelayanan publik, dan sebagai dasar untuk menentukan anggaran kinerja berbasis manajemen kerja.

Penulis mengasumsikan bahwa, penyusunan anggaran pelayanan publik bidang kesehatan yang ideal seharusnya melibatkan hingga tingkan Unit Pelaksana Teknis seperti Puskesmas dalam proses penyusunannya, hingga dapat diperoleh perhitungan yang benar-benar berdasar manajemen kerja yang efektif dan riil.

Namun diperoleh keterangan bahwa penyusunan anggaran semata ditentukan oleh dinas, Puskesmas bisa mengajukan kebutuhan sewaktu-waktu,

tetapi tetap menunggu persetujuan dinas yang didasarkan pada ketersediaan anggaran pada tahun itu.

Lebih khusus lagi, terkait dengan Program Pemberantasan Penyakit atau P2PTB, Puskesmas dibebankan untuk mengadakan penyuluhan atau Promosi Kesehatan, Pendataan, PSM dan lain-lain yang kesemuanya dibebankan pada anggaran Puskesmas yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kota Malang sebesar Rp. 700.000,00 (tujuh ratus ribu rupiah) per bulan. Sehingga tidak ada biaya khusus atau biaya tambahan yang disediakan atau dianggarkan oleh dinas untuk tugas-tugas pelayanan kesehatan diluar pelayanan rutin yang dilakukan oleh Puskesmas.

5. Apakah Puskesmas dilibatkan dalam penyusunan anggaran kesehatan, baik oleh Dinas Kesehatan Kota Malang, maupun Pemerintah Kota Malang ?

Senada dengan maksud dan tujuan pertanyaan diatas, maka pertanyaan bermaksud untuk melihat bagaimana efektifitas penyusunan anggaran pelayanan publikbidang kesehatan, yang parameteranya adalah dilibatkannya unit pelaksana teknis terkecil seperti puskesmas dalam penyusunan anggaran yang berbasis manajemen kerja.

Puskesmas mengaku tidak dilibatkan dalam penyusunan anggaran kesehatan secara foirmal dalam satu forum. Hanya saja, tiap puskesmas berhak mengajukan permintaan kepada dinas terkait dengan kebutuhan operasional mesing-masing puskesmas, yang kemudian ditindaklanjuti oleh dinas dalam bentuk penganggaran dana kesehatan yang diajukan lagi pada mekanisme penganggaran tingkat Kota Malang.

Menambahkan keterangan dari Dinas Kesehatan Kota Malang, bahwa tiap tribulan dan pertahun, masing-masing UPTD termasuk puskesmas memberikan

laporan. Namun laporan ini berbeda dengan program. Padahal salah satu tujuan dilaksanakannya SPM (dalam SK Walikota Malang NO. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan), adalah sebagai dasar untuk menentukan anggaran kinerja berbasis manajemen kinerja.

Anggaran yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kota Malang untuk anggaran operasional masing-masing puskesmas adalah Rp. 700.000,00 (tujuh ratus ribu rupiah) perbulan. Retribusi yang dibebankan kepada pasien setiap kali pengobatan sebesar Rp. 3.000,00 (tiga ribu rupiah) dikembalikan utuh ke Dinas Pendapatan Kota Malang, sebelumnya Puskesmas memperoleh bagian sebesar 25 % dari keseluruhan retribusi yang dibayarkan masyarakat. Namun sekarang semua dikembalikan pada Dinas Pendapatan Kota Malang. Kepala Puskesmas misalnya, berharap pada SK Gubernur Jawa Timur tahun 2010 tentang Kesehatan Gratis, yang diharapkan menjadi celah dilibatkannya Puskesmas dalam proses penyusunan anggaran pelayanan publik bidang kesehatan.

6. Apakah ada prioritas pelayanan kesehatan di Puskesmas Pandanwangi ? dan atas dasar apa penetapan prioritas pelayanan kesehatan di Pandanwangi ?

Ada, prioritas pelayanan didasarkan pada 10 tingkat penyakit terbanyak, dan laporan dari masing-masing kelurahan, yang kemudian ditetapkan dalam bentuk Rencana Kerja Tahunan.

Dapat disimpulkan secara umum, bahwa SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, tidak dilaksanakan secara formal di tingkat Puskesmas. Namun secara substansial, apa yang diamanatkan oleh SPM sebagai

kewenangan wajib, benar-benar dilaksanakan sebagai tugas pokok pelayanan bidang kesehatan di masing-masing puskesmas¹⁶.

Penulis melihat, bahwa SPM Kesehatan secara umum hanya menjadi konsumsi atau dipahami sampai tingkatan Dinas Kesehatan saja. Hal ini disebabkan karena, Dinas tidak pernah menyikapi SPM dengan melakukan sosialisasi pada tingkatan puskesmas.

Pemahaman tentang keberadaan SPM Kesehatan, hanyalah konsumsi tingkatan Kota dalam hal ini adalah Dinas, karena capaian yang dimaksudkanpun adalah capaian keberhasilan pada tingkatan Kota Malang.

C.3. Kajian Kultural Efektifitas SK. Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Kajian terakhir tentang efektifitas, adalah dengan mengkaji sisi kultural sebagai pendorong terlaksananya hukum. kultural yang dimaksud adalah. Tingkat pemahaman dan peran serta masyarakat dalam pelaksanaan pelayanan publik bidang kesehatan. Karena memang masyarakat tidak memahami substansi SK Walikota Malang no. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, maka peran serta masyarakat ditentukan dari proses pengawasan yang dilakukan dalam pelayanan publik bidang kesehatan, seperti memaksimalkan fungsi kotak saran yang disediakan baik di Puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kota Malang, dengan sadar membantu upaya-upaya pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan (P2PL), maupun dengan sadar melakukan deteksi dini keberadaan penyakit yang ada di lingkungannya, kemudian dengan

¹⁶ Hasil wawancara dengan staf Tata Usaha Puskesmas Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang, Endang Sulistyorini.

aktif mengajukan permohonan penanggulangan penyakit, atau paling tidak memohon diadakannya sosialisasi atau penyuluhan tentang upaya penanggulangan penyakit.

Pola perilaku kultural masyarakat dilakukan dengan penyebaran angket pada pasien Puskesmas dalam 3 hari yang berbeda, kemudian secara global penulis persamakan perilakunya, karena memang melihat kondisi penerapan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 yang ternyata bukan satu-satunya Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang berlaku di Kota Malang, maka sebenarnya tanggung jawab ada pada Dinas Kesehatan Kota Malang. Dengan demikian perilaku pasien atau masyarakat dapat disamaratakan.

Secara umum kuesioner disebarikan pada 10 pasien yang kebetulan sedang berobat di Puskesmas selama 3 hari berturut-turut (tanggal 2, 3 dan 4 Juni 2009) , sehingga total ada 30 orang dengan hasil sebagai berikut.

1. Apakah saudara mengetahui bahwa pelayanan bidang kesehatan memiliki Standar Pelayanan Minimal (SPM)?

Hasil : 25 orang menjawab tidak tahu

5 orang menjawab tahu

2. Apakah saudara pernah menggunakan kotak saran ?

Hasil : 20 orang menjawab tidak pernah

10 orang menjawab pernah

3. Apakah tiap kali anda atau keluarga sakit selalu ke Puskesmas, dan alasan anda untuk masing-masing jawaban?

Hasil : 15 orang menjawab selalu, dengan kebanyakan alasan biaya yang lebih

murah (10 orang) 5 orang ditambahkan jawabannya karena lebih dekat dengan rumah sehingga mudah dijangkau.

13 orang menjawab tidak selalu, karena biasanya pergi langsung ke dokter praktek atau langsung ke Rumah Sakit, dengan alasan pelayanan lebih baik.

2 orang tidak menjawab, dan tanpa alasan.

4. Apakah anda atau orang-orang di lingkungan anda pernah dengan kesadaran sendiri mengajukan permohonan penyuluhan atau program pemberantasan penyakit baik pada Kepala Desa/Kelurahan, Puskesmas maupun langsung pada Dinas Kesehatan Kota Malang ?

Hasil : 20 orang menjawab tidak pernah

6 orang menjawab pernah, beberapa jawaban untuk pengadaan foging demam berdarah

4 orang tidak menjawab atau tidak tahu.

5. Apakah anda tahu kemana uang dari hasil biaya berobat saudara akan diserahkan ?

Hasil : 25 orang menjawab tidak tahu

5 orang menjawab Dinas Pendapatan Kota Malang

3 orang menjawab masuk ke kas Puskesmas

2 orang menjawab masuk ke kas Dinas Kesehatan kota Malang

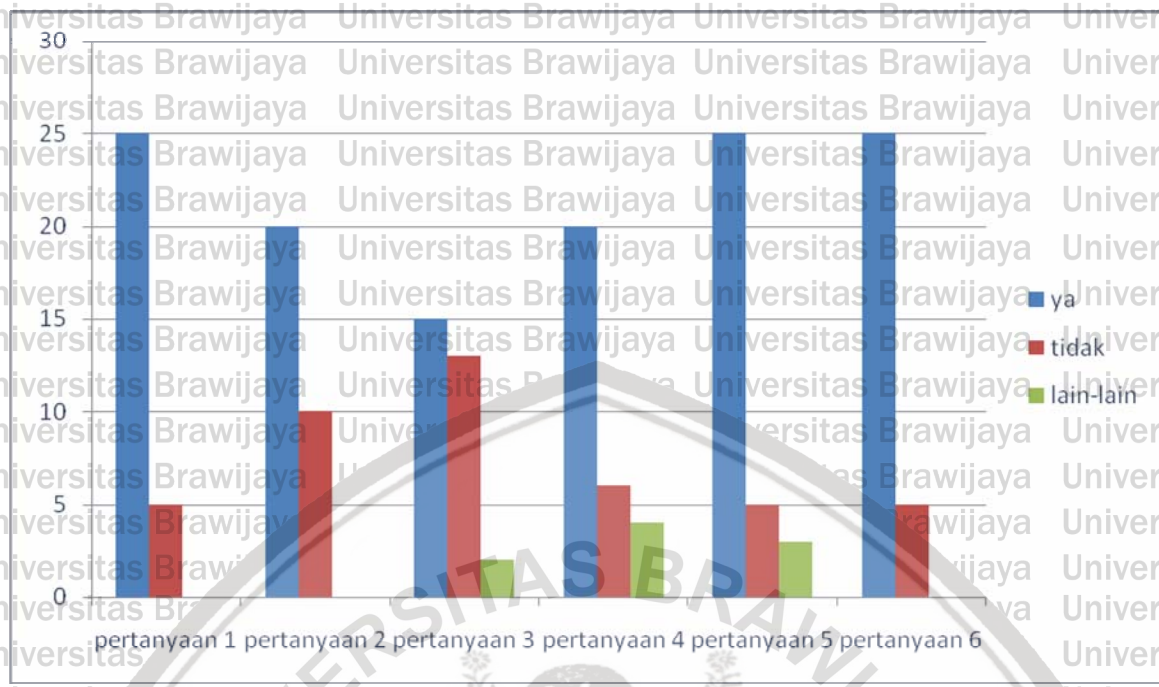
6. Apakah anda merasa puas dengan pelayanan puskesmas ?

Hasil : 25 orang menjawab puas

5 orang menjawab kurang puas, dengan beberapa alasan seperti pelayanan yang kurang cepat atau kurang ramah hingga kekurang manjuran hasil pemeriksaan¹⁷.

Tabel 1 (Hasil Poling pasien Puskesmas Pandanwangi)

¹⁷ Hasil kuesioner yang dibagikan pada 30 pasien puskesmas Pandanwangi sejak tanggal 25-27 Juni 2009.



Dari hasil kuesioner yang diberikan pada pasien atau masyarakat, sebagai suatu bentuk pegamatan kultural yang mempengaruhi efektifitas pelaksanaan SK Walikota Malang no. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan. Maka dapat ditarik kesimpulan umum dalam kajian kultural sebagai berikut :

1. Pengetahuan masyarakat pada keberadaan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan sendiri rendah, khususnya tentang keberadaan SK Walikota Malang no. 300 tahun 2003, yang keberadaannya ternyata tidak disosialisasikan hingga ke masyarakat. Padahal masyarakat adalah elemen penting yang bias dimanfaatkan untuk melakukan pengawasan terhadap proses pelaksanaan pelayanan publik bidang kesehatan, jika diorganisir dengan baik terutama dengan terlebih dahulu diinformasikan tentang keberadaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
2. Cukup rendahnya kesadaran masyarakat untuk memaksimalkan peran kotak saran, dengan hasil 20 orang menjawab tidak pernah menggunakan kotak saran dan 10 orang menjawab pernah, menunjukkan rendahnya tingkat partisipasi masyarakat

untuk turut serta melaksanakan pengawasan terhadap kinerja pelayanan publikbidang kesehatan. Peran sentral kotak saran sebagai sarana penghubung antara pengguna jasa kesehatan dengan pelaku atau pelaksana tugas dan kewajiban pelayanan bidang kesehatan, tidak harus selalu berisi keluhan karena kotak saran dapat diisi dengan pujian atau penilaian terhadap hasil kinerja maupun saran yang membangun pengembangan lanjutan dari proses pelayanan publikbidang kesehatan.

3. Puskesmas sebagai pusat layanan utama kebutuhan masyarakat bidang kesehatan yang dekat, murah dan berkualitas. Ternyata menunjukkan angka yang tinggi. 15 orang dari 30 responden menjawab selalu memilih puskesmas ketika butuh penanganan bidang kesehatan dengan sebageian besar alasan Puskesmas lebih dekat, murah dan cepat, dengan tingkat kepuasan pada pelayanan puskesmas tinggi (mencapai 25 orang).

4. Permasalahan terpenting yang akan mempengaruhi proses penegakan hukum dilihat dari sisi kultur adalah pada sisi pemahaman masyarakat tentang keberadaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yang Nampak bahwa penyusunan substansi SPM kurang memperhatikan peran serta dan keberadaan masyarakat, selaku pengguna jasa pelayanan publik bidang kesehatan yang sebenarnya bisa dimanfaatkan sebagai responden mengukur ketepatan kinerja pelayanan bidang kesehatan, secara efektif difokuskan pada keberadaan Puskesmas misalnya sebagai Unit Pelaksana Teknis pelayanan publik bidang kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat.

D. Kajian Good Governance dalam Pengelolaan Kesehatan Melalui Pemberlakuan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Penerapan prinsip good Governance mengindikasikan diperlukannya suatu “grand strategy” dalam penataan birokrasi secara sistemik, yang mempertimbangkan bukan saja keseluruhan kondisi internal birokrasi tetapi juga permasalahan dan tantangan strategy yang dihadapi lingkungannya. Dalam konteks perubahan internal tersebut, reformasi birokrasi nasional perlu diarahkan pada (1) penyesuaian visi, misi, dan strategi; (2) perampingan organisasi dan penyederhanaan tata kerja, (3) pemantapan sistem manajemen, dan (4) peningkatan kompetensi sumber daya manusia; secara keseluruhan semua itu disesuaikan dengan nilai dan prinsip Good Governance, dan tantangan lingkungan strategik yang dihadapi.

Birokrasi Pemerintah Pusat dan Daerah (organisasi, manajemen dan SDMnya) perlu memiliki visi, misi, strategi, agenda kebijakan, kompetensi, dan komitmen pembangunan dan pelayanan yang jelas dilandasi dan tegas terfokus pada permasalahan yang mendesak perlu di atasi, dan terarah pada perwujudan cita-cita dan tujuan bangsa bernegara. Dengan visi, misi, strategi yang didasarkan pada paradigma pembangunan dan agenda kebijakan yang tepat, didukung dengan sistem manajemen yang berorientasi pada penerapan nilai dan prinsip Good Governance, disertai kompetensi dan komitmen yang kuat dalam keseluruhan tatanan organisasinya yang tersusun secara tepat disertai pelimpahan kewenangan yang seimbang, pemerintah akan dapat mencapai kinerja yang optimal dalam menghadapi berbagai permasalahan dan tantangan dalam penyelenggaraan negara dan pembangunan bangsa. Selain itu, tantangan lingkungan strategik mengharuskan pula pilihan-pilihan kritis terhadap paradigma pembangunan yang harus dipilih sebagai landasaan strategi dan

kebijakan pembangunan bangsa. Hal ini juga mensyaratkan manajemen pemerintahan yang “canggih“ dan kompetensi SDM yang teruji.

Penataan Organisasi dan Tata Kerja. Penataan organisasi pemerintah baik pusat maupun daerah didasarkan pada visi, misi, sasaran, strategi, agenda kebijakan, program, dan kinerja kegiatan yang terencana; dan diarahkan pada terbangunnya sosok birokrasi yang ramping, desentralistik, efisien, efektif, bertanggung jawaban, terbuka, dan aksesif; serta terjalin dengan jelas satu sama lain sebagai satu kesatuan birokrasi nasional.

Seiring dengan itu, penyederhanaan tata kerja dalam hubungan intra dan antar aparatur, serta antara aparatur dan masyarakat dikembangkan terarah pada penerapan pelayanan prima yang efektif, dan mendorong peningkatan produktivitas kegiatan pelayanan aparatur dan masyarakat.

Pemantapan Sistem Manajemen. Dengan makin meningkatnya dinamika masyarakat dalam penyelenggaraan negara dan pembangunan bangsa, pengembangan sistem manajemen pemerintahan diprioritaskan pada revitalisasi pelaksanaan fungsi-fungsi pengelolaan kebijakan dan pelayanan publik yang kondusif, transparan, dan akuntabel, disertai dukungan sistem informatika yang sudah terarah pada pengembangan e-government. Peran birokrasi lebih difokuskan sebagai agen pembaharuan, sebagai motivator dan fasilitator bagi tumbuh dan berkembangnya swakarsa dan swadaya serta meningkatnya kompetensi masyarakat dan dunia usaha. Dengan demikian, dunia usaha dan masyarakat dapat menjadi bagian dari masyarakat yang terus belajar (learning community), mengacu kepada terwujudnya birokrasi yang berdaya saing tinggi.

Peningkatan Kompetensi SDM Aparatur. Mengantisipasi tantangan global, pembinaan sumber daya manusia aparatur negara perlu mengacu pada standar kompetensi

internasional (world class). Sosok aparatur masa depan penampilannya harus profesional sekaligus taat hukum, rasional, inovatif, memiliki integritas yang tinggi serta menjunjung tinggi etika administrasi publik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Peningkatan profesionalisme aparatur harus ditunjang dengan integritas yang tinggi, dengan mengupayakan terlembagakannya karakteristik sebagai berikut:

- a. Mempunyai komitmen yang tinggi terhadap perjuangan mencapai cita-cita dan tujuan bernegara,
- b. Memiliki kompetensi yang dipersyaratkan dalam mengemban tugas pengelolaan pelayanan dan kebijakan publik,
- c. Berkemampuan melaksanakan tugas dengan terampil, kreatif, dan inovatif,
- d. Disiplin dalam bekerja berdasarkan sifat dan etika profesional,
- e. Memiliki daya tanggap dan sikap bertanggung gugat (akuntabilitas),
- f. Memiliki derajat otonomi yang penuh rasa tanggung jawab dalam membuat dan melaksanakan berbagai keputusan sesuai kewenangan, dan
- g. Memaksimalkan efisiensi, kualitas, dan produktivitas.

Sementara itu, untuk mengaktualisasikan potensi masyarakat, dan untuk mengatasi berbagai permasalahan dan kendala yang dihadapi bangsa, perlu dijamin perkembangannya kreativitas dan oto-aktivitas masyarakat bangsa yang terarah pada pemberdayaan, peningkatan kesejahteraan masyarakat, serta ketahanan dan daya saing perekonomian bangsa. Dalam rangka itu, reformasi sistem birokrasi dalam penyelenggaraan negara dan pembangunan baik di pusat maupun di daerah-daerah, juga perlu diperhatikan antara lain prinsip-prinsip pelayanan, pemberdayaan, partisipasi, kemitraan, desentralisasi, transparansi, konsistensi kebijakan, kepastian hukum, dan akuntabilitas.

Dalam rangka peningkatan kehidupan demokrasi, pemberdayaan, perluasan partisipasi, peningkatan pembangunan daerah dan pemberian pelayanan guna meningkatkan kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat di daerah, sekaligus juga terpeliharanya kesatuan dan persatuan bangsa, negara, dan tanah air, diperlukan pengembangan sistem dan kebijakan penyelenggaraan otonomi daerah yang mantap, berfokus pada desentralisasi kewenangan tertentu dalam pengelolaan kebijakan dan penyelenggaraan tugas pelayanan pemerintah kepada masyarakat, berdasarkan pedoman berisikan norma, standar, dan prosedur nasional. Pedoman nasional dalam pengelolaan kebijakan yang berorientasi pada meningkatnya kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat daerah tersebut harus dapat memperlancar aparatur daerah dalam melakukan pengelolaan kebijakan dan pelayanan prima kepada masyarakat di daerah.

Pemberdayaan masyarakat menyentuh nilai-nilai kemanusiaan dan pengakuan terhadap hak dan kewajiban masyarakat dalam negara hukum yang demokratis. Hidupnya demokrasi dalam suatu negara bangsa, dicerminkan oleh adanya pengakuan dan penghormatan negara atas hak dan kewajiban warga negara, termasuk kebebasan untuk menentukan pilihan dan mengekspresikan diri secara rasional sebagai wujud rasa tanggung jawabnya dalam penyelenggaraan negara dan pembangunan bangsa, serta terbukanya peluang untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan pembangunan. Dalam upaya memberdayakan masyarakat dalam memikul tanggung jawab pembangunan, reformasi birokrasi pemerintah perlu diarahkan antara lain pada :

- a. pengurangan hambatan dan kendala-kendala bagi kreativitas dan partisipasi masyarakat,
- b. perluasan akses pelayanan untuk menunjang berbagai kegiatan sosial ekonomi masyarakat, dan

- c. pengembangan program untuk lebih meningkatkan kemampuan dan memberikan kesempatan kepada masyarakat berperan aktif dalam memanfaatkan dan mendayaguna-kan sumber daya produktif yang tersedia sehingga memiliki nilai tambah tinggi guna mening-katkan kesejahteraan mereka.

Upaya pemberdayaan masyarakat memerlukan semangat untuk melayani masyarakat ("a spirit to serve public"), dan menjadi mitra masyarakat ("partner of society"); atau melakukan kerja sama dengan masyarakat ("co production"). Dalam pada itu pelayanan mempunyai makna pengabdian atau pengelolaan pemberian bantuan yang mengutamakan efisiensi dan keberhasilan bangsa dalam membangun, yang dimanifestasikan antara lain dalam perilaku "melayani, bukan dilayani", "mendorong, bukan menghambat", "mempermudah, bukan mempersulit", "sederhana, bukan berbelit-belit", "terbuka untuk setiap orang, bukan hanya untuk segelintir orang". Makna administrasi publik sebagai wahana penyelenggaraan pemerintahan negara, yang esensinya "melayani publik", harus benar-benar dihayati para penyelenggara pemerintahan negara¹⁸.

Pemberlakuan Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan, dengan tujuan diantaranya :

- a. Masyarakat akan terjamin dalam penerimaan pelayanan publik dari pemerintah kabupaten/kota;
- b. Untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan pelayanan publik;
- c. Sebagai landasan dalam pertimbangan keuangan yang adil dan transparan;

¹⁸ REFORMASI BIROKRASI, PERWUJUDAN GOOD GOVERNANCE, DAN PEMBANGUNAN MASYARAKAT MADANI Oleh : Mustopadidjaja AR. Disampaikan Pada Silaknas ICMI 2001, Bertema "Mobilitas Sumber Daya Untuk Pemberdayaan Masyarakat Madani Dan Percepatan Perwujudan Good Governance".

- d. Sebagai dasar untuk menentukan anggaran kinerja berbasis manajemen kinerja,
- e. Dapat membantu penilaian kinerja atau LPJ Kepala Daerah yang lebih akurat dan terukur;
- f. Sebagai alat untuk meningkatkan akuntabilitas pemerintah daerah terhadap masyarakat;
- g. Merangsang transparansi dan partisipasi masyarakat dalam kegiatan pembangunan daerah;
- h. Sebagai argumen dalam peningkatan pajak dan redistribusi daerah, karena masyarakat dapat melihat keterkaitan pembiayaan dengan pemberian pelayanan;
- i. Dapat merangsang rasionalisasi kelembagaan pemerintah daerah yang berkorelasi dengan pelayanan publik;
- j. Dapat menentukan jumlah kualifikasi pegawai yang diperlukan.

Merupakan upaya konkrit perwujudan prinsip Good Governance dalam pelayanan public bidang kesehatan. Penerapan Standar artinya, menerapkan perlakuan yang sama, menerapkan target yang sama dan seragam pada keseluruhan pelaksana teknis pelayanan kesehatan, yang implikasinya diharapkan pada perbaikan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan juga di seluruh tingkatan pelaksana teknis pelayanan kesehatan.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasar hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka penulis dapat menemukan beberapa kesimpulan yang sesuai dengan rumusan masalah yang telah ditetapkan sebagai berikut :

1. Secara formal Surat Keputusan Walikota Malang No.300 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan berlaku di lapangan, namun tidak efektif berlakunya disebabkan beberapa hal yang mempengaruhi, yakni :

- a. Dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota, sehingga terjadi pemberlakuan Standar Ganda di lapngan yang mengalahkan posisi SK Walikota Malang No. 300 Tahun 2003 secara praktek.

- b. Secara substansial SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 memiliki kelemahan, pada indicator capaian yang tidak jelas kapan harus dicapai, dan darimana angka prosentase target capaian diperoleh. Sehingga pelaksana di lapangan mengalami kesulitan merealisasi target yang ditetapkan

- c. Secara struktural, pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan ternyata masih terbatas hingga Dinas Kesehatan Kota Malang saja, hal ini dibuktikan dengan pengetahuan Unit Pelaksana Teknis tingkat Puskesmas yang rendah terhadap keberadaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan,

maupun pada keberadaan Dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota. Yang kedua, dalam proses penyusunan anggaran UPTD Puskesmas tidak pernah dilibatkan, padahal salah satu tujuan keberadaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan adalah untuk menyusun anggaran kerja berbasis manajemen kerja, yang asumsinya hanya bisa diketahui oleh unit pelaksana teknis yang setiap hari memberikan pelayanan dan tahu berapa kebutuhan yang diperlukan. Yang ketiga, setelah dikeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota tidak pernah ada mekanisme pelaporan hasil kerja hingga saat ini.

d. Secara kultural, masyarakat belum didorong aktif baik melakukan pengawasan maupun membantu jalannya praktek pelayanan kesehatan, sehingga masyarakat pengguna jasa kesehatan bersikap pasif terhadap keberadaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan pada khususnya maupun secara keseluruhan praktek pelayanan kesehatan pada umumnya.

2. Kendala yang dihadapi dalam penegakan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan adalah, yang pertama minimnya pemahaman UPTD Puskesmas terhadap keberadaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan, yang kedua. Kelemahan substansial SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003

tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan pada capaian kerjanya yang kurang realistis dan berdasar, serta kurangnya sosialisasi oleh Dinas Kesehatan Kota Malang tentang keberadaan SK Walikota Malang No. 300 tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan baik pada satuan kerja yang ada di bawahnya maupun pada masyarakat, serta diberlakukannya Keputusan Menteri Kesehatan RI 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan di Kabupaten/Kota.

B. SARAN

Agar penelitian ini bermanfaat, maka berdasar kesimpulan yang diperoleh penulis dapat menyarankan beberapa hal sebagai berikut :

1. Keberadaan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan, menyimpan potensi kemamanfaatan besar untuk meningkatkan kualitas pelayanan bidang kesehatan, namun jika disosialisasikan dengan baik dan tidak ada penumpukan Standar Pelayanan Minimal, dan memang lebih tepat kalau Standar Pelayanan Minimal Kesehatan ditetapkan nasional oleh Menteri Kesatan, bukan oleh kota karena sebagian besar sebenarnya masih berupa Tugas Pembantuan dan dalam rangka pemerataan pembangunan.
2. Memberikan ruang lebih pada masyarakat untuk membantu pelaksanaan pemenuhan pelayanan kesehatan, seperti dengan diadakannya Program Pelayanan Kesehatan Bersama Masyarakat.
3. Melibatkan UPTD Puskesmas dalam proses penyusunan anggaran kebutuhan tahunan, agar diperoleh besaran anggaran yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

Jhon Chairil, *Good Corporate Governance*, 2004, Liberty, Jakarta.

Juanda, 2003, *Hukum Pemerintahan Daerah*, Alumni, Bandung.

Kuntjoro Purbopranoto, 1978, *Beberapa Catatan Hukum Tata Pemerintahan dan Peradilan Administrasi Negara*, Alumni, Bandung.

Mohamad Hatta, *Kearah Indonesia Merdeka*, 1976, Bulan Bintang, Jakarta.

Philipus Hadjon, 1991, *Pengantar Hukum Administrasi Indonesia*, KSHIB.

Jurnal dan Makalah

Banyak Daerah Makin Responsif, Indopos Online, selasa 15 April 2008

Efektivitas Pelayanan Kesehatan Pada masyarakat, UPT. Perpustakaan Universitas muhamadiyah Malang, Tahun 2002.

Hierarki Peraturan perundang-undangan, Erni setyowati, PSHK_Parlemen.net. 2007.

Penanggulangan Pelacuran Ditinjau dari Perspektif Hukum dan Gender, Ni Putu Sawitri Dewi. Online book.go.id.

Pasang Surut Otonomi Daerah, Ateng Syarifudin, disampaikan dalam Orasi Diesnatalis Unpar, Bandung, 1983.

Reformasi Birokrasi, Perwujudan Good Governance dan Pembangunan Masyarakat Madani Masyarakat Madani Mustopadidjaja Ar, disampaikan dalam Silaknas ICMi 2001

Peraturan Perundang-Undangan

UUD Negara Republik Indonesia 1945

UU No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

UU No 10 Tahun 2004 tentang Tata Urutan Perundang-Undangan

PP No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi

sebagai Daerah Otonom

SK Walikota Malang No 300 Tahun 2003 tentang Standart Pelayanan Minimal

Kesehatan



**SURAT PERNYATAAN
KEASLIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama : BENY DWI MAS'UD

NIM : 0510113043

Tempat, Tanggal Lahir : Bangkalan, 8 November 1987

Alamat : Jl. Pelabuhan No. 85 T.Bumi, Bangkalan

Program Kekhususan : Hukum Administrasi Negara

Menyatakan bahwa dalam penulisan laporan skripsi ini adalah asli karya penulis, tidak ada karya/data orang lain yang telah dipublikasikan, juga bukan karya orang lain dalam rangka mendapatkan gelar kesarjanaan di perguruan tinggi, selain yang diacu dalam kutipan dan atau dalam daftar pustaka.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, jika kemudian hari terbukti karya ini merupakan karya orang lain baik yang dipublikasikan maupun dalam rangka memperoleh gelar kesarjanaan di perguruan tinggi, saya sanggup dicabut gelar kesarjanaan saya.

Malang, 20 Nopember 2009

Yang menyatakan,

BENY DWI MAS'UD

NIM. 0510113043