



**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR KENDALA DI DALAM
PENYELENGGARAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG
KESEHATAN DI UPT PUSKESMAS PALENGAAN PADA DINAS
KESEHATAN KABUPATEN PAMEKASAN**

Disusun Oleh:

Aan Subekti

NIM. 165020300111044

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Meraih
Derajat Sarjana Ekonomi*



JURUSAN AKUNTANSI FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2021



**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR KENDALA DI DALAM
PENYELENGGARAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG
KESEHATAN DI UPT PUSKESMAS PALENGAAN PADA DINAS
KESEHATAN KABUPATEN PAMEKASAN**

Disusun Oleh:

Aan Subekti

NIM. 165020300111044

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Meraih
Derajat Sarjana Ekonomi*



JURUSAN AKUNTANSI FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2021

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Skripsi dengan judul:

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR KENDALA DI DALAM
PENYELENGGARAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG
KESEHATAN DI UPT PUSKESMAS PALENGKAAN PADA DINAS
KESEHATAN KABUPATEN PAMEKASAN**

Yang disusun oleh:

Nama : Aan Subekti

NIM : 165020300111044

Fakultas : Ekonomi dan Bisnis

Jurusan : Akuntansi

Bidang Kajian : Akuntansi Sektor Publik

Disetujui untuk digunakan dalam ujian komprehensif.

Malang, 01 Maret 2021

Dosen Pembimbing

Helmy Adam, MSA., Ak., CPMA.



KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas kasih, sayang dan rahmat serta karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan penelitian dan skripsi yang berjudul: **“ANALISIS FAKTOR-FAKTOR KENDALA DI DALAM PENYELENGGARAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI UPT PUSKESMAS PALENGAAN PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PAMEKASAN”**. Skripsi ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan dalam meraih derajat sarjana Ekonomi program Strata satu (S-1) Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya.

Selama penelitian dan penyusunan laporan penelitian dalam skripsi ini, penulis tidak luput dari kendala. Kendala tersebut dapat diatasi oleh penulis berkat adanya bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT selaku Tuhan semesta alam yang telah memberikan saya nikmat yang sangat luar biasa sampai nanti.
2. Orang Tua saya selaku orang yang telah memberikan saya kasih, sayang, pelajaran dan seluruhnya kepada saya.
3. Keluarga besar saya selaku orang yang memberikan dukungan maupun pelajaran hidup.
4. Bapak Helmy Adam, MSA., Ak., CPMA. selaku dosen pembimbing yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing serta memberikan saran dalam menyelesaikan laporan skripsi ini.



5. Bapak Prof. Dr. Ir. Nuhfil Hanani AR., MS. selaku Rektor Universitas Brawijaya Malang
6. Bapak Drs. Nurkholis, M.Bus.(Acc)., Ak., Ph.D selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya Malang
7. Bapak Dr. Roekhudin, Ak. selaku Ketua Jurusan Akuntansi Universitas Brawijaya Malang
8. Ibu Dr. Dra. Erwin Saraswati, M.Acc. selaku dosen penguji 1 (satu) yang sudah banyak membantu memberikan kritik dan saran terhadap perbaikan skripsi saya.
9. Ibu Dedy Pusposari, SE., M.Si., Ak. selaku dosen penguji 2 (dua) yang sudah banyak membantu memberikan masukan di dalam perbaikan skripsi saya.
10. Teman-teman saya semuanya, baik yang dekat dengan saya maupun yang memusuhi saya sehingga saya mendapatkan banyak pelajaran hidup.

**ABSTRAK****ANALISIS FAKTOR-FAKTOR KENDALA DI DALAM
PENYELENGGARAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG
KESEHATAN DI UPT PUSKESMAS PALENGAAN PADA DINAS
KESEHATAN KABUPATEN PAMEKASAN**

Oleh:

Aan Subekti**165020300111044****Dosen Pembimbing : Helmy Adam, MSA., Ak., CPMA.**

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui kendala penyelenggaraan pelayanan dasar kesehatan dengan ukuran pencapaian target SPM kesehatan yang dilaksanakan oleh unit pelaksana teknis (UPT) Puskesmas pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan. SPM merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan Pemerintah wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. SPM ini berorientasi pada perwujudan kesejahteraan masyarakat sebagai salah satu tujuan dirikannya Negara. Objek penelitian ini adalah penyelenggaraan pelayanan dasar pada Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan yang dilaksanakan oleh unit pelaksana teknis (UPT) Puskesmas Palengaan pada Dinas kesehatan Kabupaten Pamekasan. Dalam penelitian ini menggunakan metode penulisan deskriptif kualitatif. Metode pengumpulan data penelitian ini menggunakan teknik wawancara, observasi, dan dokumentasi. Metode analisis penelitian ini menggunakan konsep dari Miles and Huberman yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan dan verifikasi data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan Sumber Daya Manusia, banyaknya tugas rangkap pada Puskesmas, masyarakat yang tertutup, hubungan lintas sektor yang tidak optimal, dan keterbatasan anggaran menjadi kendala di dalam proses pelayanan kesehatan.

Kata kunci: SPM, Pelayanan Kesehatan, Sumber daya



ABSTRACT

AN ANALYSIS OF THE CONSTRAINTS OF THE HEALTH MINIMUM SERVICE STANDARD IMPLEMENTATION BY THE TECHNICAL IMPLEMENTATION UNIT (UPT) OF PUSKESMAS (PUBLIC HEALTH CENTER) OF PALENGAAN IN THE PUBLIC HEALTH OFFICE OF PAMEKASAN REGENCY

By:

Aan Subekti

165020300111044

Supervisor : Helmy Adam, MSA., Ak., CPMA.

This study aims to determine the constraints of the minimum health service implementation measured by the achievement target of the health Minimum Service Standards (MSS) by the UPT (technical implementation unit) of Puskesmas (Public Health Center) of Palengaan of Pamekasan District Health Office. MSS is a provision of the type and quality of minimum services the Government is obliged to guarantee to every citizen. It is oriented towards the realization of community welfare as one of the goals of establishing a nation. The object of this study is the implementation of basic services based on MSS in the health sector by UPT of Puskesmas Palengaan of Pamekasan District Health Office. This study applies a qualitative descriptive where the data are collected through interview, observation, and documentation and analyzed using the concept of Miles and Huberman covering data reduction, data presentation, drawing conclusions and data verification. The results indicate that the lack of human resources, the large number of multiple tasks at the Puskesmas, closed communities, non-optimal cross-sectoral relationships, and budget constraints are of the constraints in the health service process.

Keywords: MSS, Health Service, Resource



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
-----------------------------	----------

DAFTAR ISI	ii
-------------------------	-----------

DAFTAR TABEL	iii
---------------------------	------------

ABSTRAKSI	iv
------------------------	-----------

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
---------------------------------	---

1.2 Rumusan Masalah.....	8
--------------------------	---

1.3 Tujuan Penelitian.....	8
----------------------------	---

1.4 Manfaat Penelitian.....	9
-----------------------------	---

1.5 Sistematika Pembahasan.....	10
---------------------------------	----

BAB II TELAAH PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka.....	12
-------------------------	----

2.1.1 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.....	12
---	----

2.2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).....	16
---	----

2.3.1 Kesehatan Masyarakat.....	18
---------------------------------	----

2.4.1 Pelayanan Kesehatan.....	20
--------------------------------	----

2.5.1 Teori Biaya (<i>costing</i>).....	22
---	----



2.6.1	Pembiayaan Kesehatan.....	24
2.7.1	Ekonomi Kesehatan	26
2.8.1	Klasifikasi Urusan Pemerintah	28
2.2	Penelitian Terdahulu.....	31
2.3	Kerangka Pemikiran.....	38
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		
3.1	Jenis Penelitian	42
3.2	Objek Penelitian.....	42
3.3	Sumber Data	44
3.4	Metode Pengumpulan Data	45
3.5	Metode Analisis Data.....	47
BAB IV ANALISIS DATA		
4.1	Gambaran Umum UPT Puskesmas Palengaan.....	52
4.1.1	Profil UPT Puskesmas Palengaan.....	52
4.2.1	Visi dan Misi	53
4.3.1	Struktur Organisasi.....	54
4.4.1	Upaya Pelayanan Kesehatan.....	55
4.2	Hasil dan Pembahasan	59
4.2.1	Kondisi sumber daya manusia	59
4.2.2	Tugas Rangkap Tenaga Puskesmas	62
4.2.3	Sarana dan Prasarana Kesehatan	65
4.2.4	Keterbukaan Masyarakat	68



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Capaian SPM Puskesmas Palengaan tahun 2018 dan 2019 Sesuai Permenkes 43 tahun 2016	3
Tabel 4.1 Kondisi sumber daya manusia yang dimiliki Puskesmas Palengaan	60
Tabel 4.2 kebutuhan SDM berdasarkan analisis beban kinerja UPT Puskesmas Palengaan tahun 2020	62
Tabel 4.3 Kondisi Tugas rangkap SDM UPT Puskesmas Palengaan	63
Tabel 4.4 Daftar Sarana dan Prasarana Puskesmas	65
Tabel 4.5 Daftar UPT Puskesmas Kabupaten Pamekasan	71
Tabel 4.6 Proyeksi Pendapatan Puskesmas Pakong Tahun 2021	72
Tabel 4.7 Hasil <i>Costing</i> Pelayanan Dasar Standar Pelayanan Minimal Puskesmas Palengaan Tahun 2021	73



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagan Kerangka Pemikiran..... 41

Gambar 3.1 : Model Analisis Data Interaktif Miles dan Humberman..... 50

Gambar 4.1 Struktur Organisasi UPT Puskesmas Palengaan 55

Gambar 4.2 : Metode/langkah *Costing* SPM..... 75

Gambar 4.3: Penentuan Pemakaian Standar Harga Barang dan Jasa 81



Bab I

Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Standar Pelayanan Minimal atau disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan Pemerintah wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal (UU Nomor 2 tahun 2018). Menurut Hendrawan (2014: 368), Standar Pelayanan Minimal merupakan kebutuhan dasar warga negara, yakni kebutuhan fisiologis yang jika tidak terpenuhi maka akan mengakibatkan warga negara hidup tidak layak atau bahkan bisa meninggal secara sia-sia. Penerapan SPM pada pelayanan dasar juga berarti penentuan jenis dan mutu pelayanan dasar dari penyelenggara pelayanan dasar yang didapatkan oleh setiap Warga Negara secara minimal dalam rangka melayani, dan menyejahterakan masyarakat. Selain itu SPM diselenggarakan untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan penyelenggara kepada warga negara. Dengan adanya SPM pada bidang kesehatan, diharapkan pelayanan dasar kesehatan menjadi merata ke seluruh wilayah Negara Indonesia yang luas dimana terdiri ribuan pulau dan keadilan dapat terwujud karena SPM mempertimbangkan kemampuan daerah masing-masing dimana kemampuan setiap daerah yang berbeda-beda sesuai dengan karakteristik wilayah yang dimiliki. Artinya, SPM ini berorientasi pada perwujudan kesejahteraan masyarakat sebagai salah satu tujuan didirikannya Negara. Menurut Oentarto (2004:173), Standar Pelayanan Minimal memiliki nilai



yang sangat strategis baik bagi pemerintah daerah maupun bagi masyarakat. Bagi pemerintah daerah, SPM dapat menjadi tolak ukur dalam penentuan biaya yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan dasar pada SPM. Dan bagi masyarakat, SPM dapat menjadi acuan kualitas dan kuantitas suatu pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah daerah.

Salah satu bentuk penerapan SPM di dalam pemerintahan adalah penerapan pelayanan kesehatan pada SPM kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas sebagai unit fasilitas kesehatan tingkat pertama pemerintah daerah kabupaten/kota. Puskesmas adalah sebuah kesatuan organisasi fungsional yang berlaku sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat (Depkes RI 1991). Puskesmas yang menjadi bentuk pelayanan kesehatan mengambil peranan penting dalam mewujudkan program-program kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah. Puskesmas mengemban tugas dalam melaksanakan pelayanan dasar kesehatan dengan SPM kesehatan sebagai rujukannya, karena Puskesmas sebagai bagian dari Pemerintah Daerah yang harus memenuhi hak-hak konstitusional masyarakat.

Di dalam memberikan pelayanan dasar kesehatan Pemerintah Daerah menerapkan SPM pada pelayanan dasar kesehatan (UU No. 23 Tahun 2014 Pasal (18)), Sehingga Pemerintah Daerah dapat memenuhi kebutuhan pelayanan dasar kesehatan secara menyeluruh dengan mencapai target indikator kinerja SPM sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Kesehatan yaitu dinyatakan bahwa capaian indikator kinerja SPM harus sebesar 100% (seratus



persen). Hal tersebut dapat berarti bahwa jika capaian indikator SPM kesehatan dibawah 100% (seratus persen) maka pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat dapat dikatakan tidak merata dan optimal. Pemerintah Daerah Kabupaten Pamekasan telah menyelenggarakan pelayanan dasar kesehatan dengan SPM kesehatan sebagai acuan di dalam pelaksanaannya. Dari hasil penelitian, Laporan SPM dari tahun ke tahun telah disusun oleh Puskesmas Palengaan, akan tetapi dari data yang telah diperoleh peneliti menunjukkan bahwa penyelenggaraan pelayanan dasar kesehatan kepada masyarakat belum optimal, hal ini disimpulkan dari laporan capaian indikator kinerja SPM yang tidak mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 100% (seratus persen). Berikut merupakan salah satu data Puskesmas pada tahun sebelumnya yang menunjukkan capaian indikator kinerja SPM yang tidak tercapai.

Tabel 1.1
Capaian SPM Puskesmas Palengaan tahun 2018 dan 2019 Sesuai Permenkes
43 tahun 2016

NO	URAIAN	SATUAN	2018	2019
1	Persentase ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar	%	81,9	86
2	Persentase ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar	%	88,3	90
3	Persentase Pelayanan bayi baru lahir sesuai	%	91,5	96



	standar		
4	Persentase Pelayanan Balita sesuai standar	%	99,2 80
5	Persentase Skrining Kesehatan Anak Usia Pendidikan Dasar sesuai standar	%	100 100
6	Persentase Skrining Kesehatan Warga Usia Produktif sesuai standar	%	1,2 27
7	Persentase skrining kesehatan lansia sesuai standar	%	99,9 87
8	Persentase pelayanan penderita hipertensi sesuai standar	%	64,2 13
9	Persentase pelayanan penderita Diabetes Mellitus sesuai standar	%	21 100
10	Persentase pelayanan gangguan jiwa (ODGJ) berat sesuai standar	%	100 59
11	Persentase pelayanan penderita TB sesuai standar	%	100 50
12	Persentase pemeriksaan HIV pada orang berisiko terinfeksi HIV sesuai standar	%	23,6 51

Dari data tersebut dapat dijelaskan bahwa sebagian besar indikator SPM bidang kesehatan yang telah diterapkan oleh UPT Puskesmas Pegatenan tidak mencapai target yang telah ditentukan sebesar 100% (seratus persen), walaupun dari tahun 2018 ke tahun 2019 terdapat peningkatan pencapaian target, akan tetapi



capaian tersebut masih belum sesuai dengan target, bahkan ada beberapa indikator kinerja SPM yang menurun. Selanjutnya pada tahun 2019, hanya ada dua indikator kinerja SPM bidang kesehatan yang telah mencapai target yang telah ditetapkan, yaitu Persentase Skrining Kesehatan Anak Usia Pendidikan Dasar sesuai standar, dan Persentase pelayanan penderita Diabetes Melitus sesuai standar. Kondisi tersebut juga berlaku untuk UPT Puskesmas yang lainnya pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan. Masalah ini tentu perlu mendapatkan perhatian lebih dari Pemerintah Daerah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Karena kesehatan merupakan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Eliana dan Sumiati, 2016: 2). Pencapaian SPM merupakan cerminan penyelenggaraan pelayanan dasar kesehatan, artinya jika target SPM kesehatan tidak tercapai dapat diartikan bahwa pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Pemerintah Daerah Kabupaten Pamekasan tidak optimal dan akan berakibat pada kesehatan masyarakat menurun baik secara langsung maupun tidak langsung.

Di dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada SPM kesehatan tentunya membutuhkan suatu biaya yang telah dikalkulasi dan dialokasikan dengan efektif, efisien, dan ekonomis. Disisi lain, Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan telah mengalokasikan biaya berkaitan dengan hal tersebut, akan tetapi pencapaian target indikator kinerja SPM kesehatan dari tahun ke tahun masih belum memenuhi target yang telah ditentukan atau belum tercapai karena anggaran yang terbatas sehingga pengalokasian biaya untuk penyelenggaraan



SPM juga terbatas. Akan tetapi diharapkan masalah keterbatasan anggaran tidak menjadi masalah utama dalam penyelenggaraan pelayanan dasar berdasarkan SPM kesehatan.

Setelah peneliti melakukan observasi di lapangan, peneliti menemukan beberapa masalah sehingga hal tersebut menjadi masalah dalam pemenuhan target indikator kinerja SPM bidang kesehatan, baik faktor-faktor secara internal Puskesmas maupun eksternal Puskesmas, beberapa tenaga medis yang bertugas di Puskesmas seperti dokter yang bertugas masih kurang jika dibandingkan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Selain itu, adanya tugas rangkap yang di pegang oleh beberapa bidan dan perawat seperti ada beberapa bidan yang memegang tugas sebagai tenaga kesehatan juga bertugas sebagai tugas struktural Puskesmas.

Dengan adanya kekurangan jumlah tenaga kesehatan tentunya akan berdampak pada pelayanan yang diberikan sehingga pelayanan yang diberikan tidak maksimal. Selain itu, fasilitas pelayanan kesehatan kurang memadai seperti; tidak berfungsinya beberapa ruang dikarenakan rusak, sehingga menghambat proses pelayanan kesehatan. Selain itu juga terdapat beberapa kesalahan dalam perencanaan mulai dari kesalahan dalam penentuan sasaran SPM, kesalahan perhitungan biaya dalam penyelenggaraan pelayanan dasar berdasarkan SPM. Hal tersebut terjadi karena kekurangan di dalam hal SDM baik secara kualitas maupun kuantitas. Selain itu juga terdapat kendala dalam berkoordinasi antar staf hubungan struktural yang kurang harmonis sehingga menghambat dalam proses pelayanan kesehatan. Kemudian juga terdapat kendala eksternal seperti masyarakat yang tertutup atau menutupi akan masalah kesehatan yang dihadapi



sehingga menghambat pendataan prevalensi dan pelayanan kesehatan yang tepat.

Lalu koordinasi lintas sektor yang sulit dalam keperluan menentukan angka prevalensi dalam beberapa indikator kinerja SPM kesehatan. Disisi lain walau terdapat berbagai masalah, akan tetapi diharapkan masalah keterbatasan anggaran bukan menjadi masalah utama karena walaupun anggaran ada, jika terdapat kurangnya / tidak ada tenaga Puskesmas ataupun keterbatasan sarana dan prasarana, maka Puskesmas tidak akan mencapai target indikator kinerja SPM kesehatan yang telah ditetapkan.

Berbagai penelitian terdahulu berkaitan dengan penerapan SPM Bidang Kesehatan telah dilakukan. Hagi Aldo Pera (2018) menyatakan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Arosuka Kabupaten Solok menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, belum berjalan dengan baik. Hal ini dapat disimpulkan dari kurangnya tenaga medis sehingga pelayanan yang dilakukan tidak optimal, dan masih banyaknya sarana dan prasarana yang kurang dalam menunjang terlaksananya pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sementara faktor yang menghambat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan adalah tenaga medis yang masih kurang dan permasalahan sarana dan prasarana yang belum sesuai dengan standar pelayanan minimal kesehatan bidang kesehatan. Selain itu, Hendarwan H., Rosita, Suriani O. (2014) menyimpulkan bahwa ada berbagai permasalahan di dalam implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dari berbagai daerah, yakni beberapa indikator belum memenuhi kriteria, inkonsistensi antara judul indikator, definisi operasional, dan rumus yang



digunakan, adanya perbedaan tajam dalam pencapaian cakupan indikator, selain itu umumnya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ternyata tidak mengalokasikan sumber daya secara khusus untuk mendukung implementasi SPM, namun dukungan sumber daya dialokasikan pada program kesehatan secara langsung dan keseluruhan, sehingga tidak ada anggaran prioritas khusus pada SPM Bidang Kesehatan.

Target indikator-indikator SPM yang telah ditetapkan pada UPT Puskesmas masih belum terpenuhi, padahal target SPM yang telah ditentukan merupakan sebuah ukuran minimal pelayanan kesehatan yang harus dicapai oleh UPT Puskesmas, hal tersebut dapat berarti bahwa pelayanan kesehatan harus mencapai seluruh masyarakat untuk menciptakan masyarakat sehat. Maka berangkat dari latar belakang yang telah dipaparkan penulis, maka penulis ingin mengetahui penyebab rendahnya presentase pencapaian indikator kinerja SPM Kesehatan pada UPT Puskesmas Palengaan sehingga penulis tertarik untuk mengangkat penelitian berjudul **“Analisis Faktor-Faktor Kendala di Dalam Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di UPT Puskesmas Palengaan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka diambil rumusan masalah sebagai berikut:



1. Apa faktor yang menyebabkan indikator kinerja SPM kesehatan tidak mencapai target yang telah ditentukan pada UPT Puskesmas Palengaan?

2. Bagaimana perhitungan biaya secara riil yang diperlukan oleh UPT Puskesmas Palengaan di Kabupaten Pamekasan di dalam memenuhi kebutuhan pencapaian indikator kinerja SPM Bidang Kesehatan?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Menjelaskan faktor yang menyebabkan indikator kinerja SPM kesehatan tidak mencapai target yang telah ditentukan di UPT Puskesmas Palengaan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan.

2. Menjelaskan perhitungan biaya secara riil yang diperlukan oleh UPT Puskesmas Palengaan di Kabupaten Pamekasan di dalam memenuhi kebutuhan pencapaian indikator kinerja SPM Bidang Kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis dan manfaat secara praktis, yaitu sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Bagi peneliti, penelitian ini diharapkan dapat memperluas wawasan dan pengetahuan serta memberikan kontribusi pada pengembangan teori atas dasar bukti empiris, sehingga dapat dibandingkan kajian ilmu secara teori dengan penerapannya secara realita praktik di lapangan, terutama yang berkaitan dengan perhitungan pembiayaan dalam penyelenggaraan standar pelayanan minimal bidang kesehatan selain itu hasil dari penelitian ini



diharapkan bisa menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya. Selain itu juga memberikan manfaat praktis bagi mahasiswa Fakultas Ekonomi dan Bisnis untuk digunakan sebagai bahan masukan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang akuntansi sektor publik mengenai standar pelayanan minimal bidang kesehatan.

2. Manfaat Praktis

Memberikan manfaat praktis bagi pemerintah daerah dalam menganalisis dan mengevaluasi perhitungan pembiayaan dalam penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan guna meningkatkan mutu pelayanan dasar. Selain itu diharapkan juga menjadikan masyarakat lebih bersikap proaktif dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan publik yang dilakukan pemerintah daerah melalui kesadaran diri, berani bersuara dalam upaya pembenahan agar lebih baik seperti saran ataupun masukan.

1.5 Sistematika Penulisan

Penelitian ini disusun secara sistematis dalam lima bab yang terdiri atas pendahuluan, telaah pustaka, metode penelitian, hasil dan pembahasan, serta penutup yang berisi kesimpulan dan saran.

BAB 1 PENDAHULUAN

Pada bab ini berisi uraian-uraian atau penjelasan mengenai isu-isu permasalahan dan alasan-alasan mengapa penelitian implementasi standar pelayanan minimal pada sektor publik layak untuk diteliti dan ditemukan solusinya.

BAB 2 TELAAH PUSTAKA



Bab ini berisi tentang landasan teori yang digunakan oleh peneliti dalam melakukan penelitiannya. Selain itu, pada bab ini juga memuat penjelasan mengenai Standar Pelayanan Minimal.

BAB 3 METODE PENELITIAN

Pada bab ini memuat metode penelitian yang digunakan oleh peneliti untuk menemukan solusi atas masalah implementasi standar pelayanan minimal pada sektor publik. Bab ini juga memuat ruang lingkup, metode pengumpulan data, dan metode analisis yang digunakan dalam penelitian. Peneliti melakukan penelitian penelitian dengan pendekatan kualitatif deskriptif.

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini, jawaban atas rumusan masalah yang diajukan untuk penelitian ini termuat. Bab ini memuat penjelasan mengenai implementasi standar pelayanan minimal pada dinas kesehatan Kabupaten Pamekasan.

BAB 5 PENUTUP

Bab terakhir memuat kesimpulan berdasarkan uraian hasil dan pembahasan penelitian. Bab ini juga memuat keterbatasan penelitian ini dan saran-saran yang dapat menjadi pertimbangan serta arahan bagi dinas kesehatan Kabupaten dan penelitian berikutnya.



BAB II

TELAAH PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Dalam kajian pustaka ini akan dijelaskan mengenai konsep, teori, proposisi dan hasil penelitian sebelumnya yang mendasari dalam perhitungan biaya penyelenggaraan SPM bidang kesehatan, kebijakan pelayanan dasar, SPM, dan hal-hal yang sangat erat kaitannya dengan judul yang diteliti, sehingga dapat ditarik benang merah dengan memberikan landasan ilmiah tentang perumusan metodologi dan masalah. Kajian pustaka ini penulis ambil dari beberapa referensi yang berkaitan dengan judul penelitian.

2.1.1 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Hasil monitoring dan evaluasi Kemendagri (2020) disimpulkan bahwa terdapat permasalahan di dalam penerapan dan pelaksanaan SPM bidang kesehatan dengan perencanaan SPM menjadi masalah utama bagi daerah di Indonesia sebesar 36% lalu disusul dari permasalahan lainnya, yaitu pendanaan sebesar 26%, koordinasi sebesar 24% dan permasalahan lainnya sebesar 14%. Hal ini tentu menjadi masalah yang patut diperhatikan oleh daerah demi peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Schroeder (dikutip oleh Ariyadi, Purjanto, Krishnajaya, & Taufiq, 2010, hal. 1) menyatakan bahwa dengan ada standar dalam pelayanan publik akan memberikan manfaat antara lain: mengurangi variasi proses, memenuhi persyaratan profesi, dan dasar untuk mengukur mutu, lalu Moss, Barrach & Reason (dikutip oleh



Ariyadi, Purjanto, Krishnajaya, & Taufiq, 2010, hal. 1) menyatakan bahwa dengan adanya standar akan menjamin keselamatan pasien dan petugas penyedia pelayanan kesehatan. Pemerintah dalam pelayanan kesehatan telah menerapkan SPM sebagai media pemenuhan mutu pelayanan dasar kesehatan sehingga terwujud keadilan bagi setiap warga Negara. Penerapan SPM harus mencapai target seratus persen (100%) sesuai dengan Permenkes No. 4 Tahun 2019.

Pada Puskesmas, ada 2 (dua) Jenis SPM yaitu SPM Kesehatan dan SPM (Puskesmas) BLUD:

1. SPM Kesehatan, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019, adalah:

a. Standar Pelayanan Minimal, yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

b. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar Warga Negara.

c. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap Warga Negara secara minimal.

d. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai standar teknis agar hidup secara layak.



e. Urusan Pemerintahan Wajib adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua Daerah.

2. SPM BLUD, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 adalah Standar pelayanan minimal memuat Batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. SPM BLUD ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah.

Pasal 2 berbunyi “SPM ditetapkan dan diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan, keterukuran, dan ketepatan sasaran”

Kemudian dijelaskan juga di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Minimal Pelayanan Bidang Kesehatan pada pasal (1) bahwa:

1. Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib menerapkan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan.

2. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu



Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

Jenis SPM menurut Pasal (2) sebagai berikut:

1. SPM Kesehatan terdiri atas SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota.

3. Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri atas:

a. Pelayanan kesehatan ibu hamil;

b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;

c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir ;

d. Pelayanan kesehatan balita;

e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;

f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;

g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;

h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;

i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;

j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;

k. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan



1. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/ preventif.

Pasal (4) berbunyi “Capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan harus 100% (seratuspersen).

Surjadi (2012:69), menjelaskan Standar Pelayanan Minimal merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi atau penerima pelayanan. Sementara itu, Standar Pelayanan Minimal merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik sebagai pedoman yang wajib ditaati dan dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan, dan menjadi pedoman bagi penerima pelayanan dalam proses pengajuan permohonan, serta sebagai alat kontrol masyarakat dan/atau penerima layanan atas kinerja penyelenggara layanan (Hardiyansyah, 2011:28).

Dapat disimpulkan bahwa SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar kesehatan yang secara minimal didapatkan oleh setiap Warga Negara Indonesia yang wajib diselenggarakan oleh Pemerintah, serta SPM sebagai instrument tolak ukur kinerja daerah sehingga dapat dilakukan peningkatan pelayanan melalui evaluasi dan pembenahan strategi penerapan SPM.

2.1.2 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)



Puskesmas merupakan fasilitas yang dibangun oleh pemerintah dengan tujuan membangun kesehatan nasional melalui pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Direktorat kesehatan dan gizi masyarakat (2018), menyimpulkan bahwa Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan paling strategis dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia. Hal ini dikarenakan puskesmas merupakan satu-satunya unit pelayanan yang output kegiatannya sekaligus berkaitan dengan indikator-indikator program prioritas, pelayanan kesehatan terdepan yang melakukan kebijakan paradigm sehat secara riil dilapangan, instrumen pemerataan pelayanan kesehatan sehingga mewujudkan keadilan, instrument untuk mengurangi jarak derajat kesehatan antar wilayah, dan berperan mengurangi atau mencegah kenaikan biaya kesehatan karena pelayanan puskesmas yang bersifat “intervensi hulu”. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (PMK No 75 Tahun 2014, pasal (1)). Kemudian, Azwar (1996), mendefinisikan puskesmas sebagai suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pengembangan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh terpadu yang berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu. Dengan program upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya



kesehatan perseorangan (UKP) yang dimiliki oleh puskesmas yang dilaksanakan pada wilayah kerja puskesmas, selain itu Puskesmas juga dapat menjadi wahana pendidikan bagi tenaga kesehatan.

Dapat disimpulkan dari bahwa puskesmas unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif demi pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas merupakan ujung tombak pemerintah dalam upaya penerapan SPM yang merata, karena puskesmas merupakan fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau oleh masyarakat pedesaan maupun perkotaan. Puskesmas harus menghitung biaya penyelenggaraan SPM secara ekonomis, efektif dan efisien. SPM dapat dipenuhi dengan pelayan prima dari puskesmas, baik dari segi keuangan maupun segi pelayanan.

2.1.3 Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat merupakan awal terciptanya kesehatan nasional. Dengan terciptanya kesehatan yang dimulai dari Puskesmas sebagai unit terkecil dari sebuah negara, maka diharapkan tercipta kesehatan nasional yang menyeluruh. Kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha perorganisasian masyarakat (AMA, 1948). Sementara itu, WHO mendefinisikan kesehatan masyarakat (*public health*) sebagai ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental dan efisiensi melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk (a) Meningkatkan sanitasi lingkungan; (b) Mengendalikan infeksi menular; (c) Pendidikan secara



individual dalam hal kebersihan perorangan; (d) Mengorganisasikan pelayanan medis dan keperawatan untuk diagnosis dini dan terapi pencegahan penyakit dan pengembangan perlengkapan sosial yang akan memastikan setiap individu dalam komunitas sebuah standar hidup yang memadai untuk pemeliharaan kesehatan. Kesehatan masyarakat juga didefinisikan sebagai kombinasi antara teori (ilmu) dan praktek (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). (Eliana dan Sumiati, 2016:3)

Menurut definisi yang dikemukakan tersebut, Kesehatan masyarakat dapat disimpulkan sebagai ilmu dan seni menjaga, mengusahakan dan meningkatkan kesehatan masyarakat serta mengatasi penyakit dengan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat guna kepentingan kesehatan hidup secara luas. SPM merupakan salah satu instrumen dalam usaha kesehatan masyarakat. Dengan diterapkannya SPM, maka dapat mendorong kesehatan masyarakat lebih terkontrol dan lebih mudah dievaluasi secara sistematis.

Menurut Menurut Eliana dan Sumiati (2016:3), tujuan kesehatan masyarakat secara umum adalah meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan secara mandiri. Sedangkan tujuan khususnya adalah meningkatkan individu, keluarga kelompok, dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat sakit, mengatasi masalah kesehatan, dan juga tertangani kelompok keluarga rawan, kelompok khusus dan kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan. Singkatnya, tujuan kesehatan



masyarakat adalah meningkatkan derajat kesehatan perorangan maupun kelompok masyarakat melalui upaya Promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

2.1.4 Pelayanan Kesehatan

Kesehatan merupakan hal yang penting bagi manusia sehingga kesehatan harus terjaga dengan diupayakan salah satunya dengan pelayanan kesehatan.

Dengan kesehatan, manusia dapat melakukan segala aktivitasnya. Pelayanan kesehatan diselenggarakan dan dipenuhi oleh pihak pemerintah maupun swasta dengan spesifikasi tenaga kesehatan tertentu sehingga upaya kesehatan yang bersifat lanjutan tidak dapat dilakukan oleh individu sendiri. Pelayanan Kesehatan sangat dibutuhkan oleh masyarakat yang sedang sakit. Pelayanan Kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat (Depkes RI, 2009). Selain itu, Pelayanan Kesehatan juga didefinisikan sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat (Notoatmojo).

Menurut Hodgetts dan Casio, secara umum terdapat 2 jenis pelayanan dasar, Yakni:

1. Pelayanan kedokteran, yaitu pelayanan kesehatan yang ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri atau secara bersama-sama dalam satu organisasi dengan tujuan untuk menyembuhkan penyakit



dan memulihkan kesehatan, serta sasaran utamanya perseorangan dan keluarga.

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat, yakni pelayanan kesehatan yang ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama dalam suatu organisasi dengan tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dengan sasaran utamanya kelompok dan masyarakat.

Menurut Azwar (1994:48-49), secara umum stratifikasi pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health servise*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*Secondary health servise*) adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap dan dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*Tertiary health servise*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan dibutuhkan tenaga-tenaga subspecialis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Cara pemenuhan kebutuhan dan tuntunan masyarakat akan kesehatan salah satunya adalah dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Terdapat 9



(sembilan) syarat penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik, yaitu tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), berkesinambungan (*countinues*), terpadu (*integrated*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), bermutu (*quality*), tercapai (*accessible*), dan terjangkau (*affordable*). (Azwar Azrul, 1999)

Dari pengertian para ahli tentang pelayanan kesehatan, dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang di dalamnya mengandung upaya-upaya yang diselenggarakan sendiri maupun bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

Pelayanan kesehatan yang bermutu dibutuhkan di dalam penyelenggaraannya, Andriani (2017), menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di Puskesmas Tigo Baleh Bukittinggi. Artinya, kepuasan pasien yang dilayani oleh penyelenggara pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh mutu pelayanan kesehatan. Sehingga di dalam pelayanan kesehatan pada SPM kesehatan, wajib menyelenggarakan SPM kesehatan secara serius.

2.1.5 Teori Biaya (*costing*)

Biaya merupakan unsur terpenting di dalam pelaksanaan SPM. Tanpa adanya biaya maka SPM tidak akan terlaksana. Maka dari itu biaya harus diperhitungkan pada saat penyusunan rencana kerja anggaran SKPD. Dalam pengalokasian biaya



penyelenggaraan SPM, biaya harus diperhitungkan secara ekonomis, efektif dan efisien. Biaya adalah kas atau nilai setara kas yang dikorbankan untuk barang atau jasa yang diharapkan memberi manfaat pada saat ini atau di masa mendatang bagi organisasi (Simamora, 2002:36). Sementara itu biaya juga didefinisikan sebagai harga perolehan yang dikorbankan atau digunakan dalam rangka memperoleh penghasilan atau *revenue* yang akan dipakai sebagai pengurang penghasilan (Supriyono, 2000:16). Menurut Mulyadi (2001:8) mengungkapkan bahwa biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi, sedang terjadi atau yang kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu.

Di dalam lingkup organisasi terdapat perbedaan antara biaya (*cost*) dan pengeluaran (*expense*) (Heryana, 2019:1). Perbedaan utama dari keduanya adalah biaya tidak terkait dengan pendapatan, sementara pengeluaran terkait dengan pendapatan organisasi. Sementara persamaannya adalah biaya dan pengeluaran sama-sama mengorbankan sejumlah sumberdaya. Di lingkup pemerintahan yang dimana organisasinya disebut sebagai organisasi nirlaba, yaitu suatu organisasi yang tidak mencari laba, maka sebutan biaya adalah yang paling tepat.

Selanjutnya, Heryana (2019:4-5) menyatakan klasifikasi biaya jika di telusuri dengan menggunakan pendekatan *system*, sebuah unit pelayanan kesehatan ditransformasi dari sumberdaya (*input*) menjadi jasa/produk (*output*), dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Biaya yang berkaitan dengan pengambilan keputusan dalam proses pelayanan, yaitu (1) *outlay cost*; dan (2) *opportunity cost*



- b. Biaya yang berkaitan dengan penggunaan/pembelian sumberdaya secara langsung dan tidak langsung, yaitu (1) *direct cost*; (2) *indirect cost*
- c. Biaya yang berkaitan dengan proses transformasi input menjadi output, yaitu (1) *prime cost*; (2) *conversion cost*
- d. Biaya yang berkaitan dengan jumlah output/jasa yang dihasilkan, yaitu (1) *variable cost*; (2) *fixed cost*
- e. Biaya yang berkaitan dengan realisasi dari kegiatan berdasarkan bukti transaksi yang dilakukan, yakni (1) *actual cost*; (2) *budget cost*

Biaya diartikan sebagai pengorbanan sumber daya ekonomis atau nilai ekuivalen kas yang telah terjadi, sedang terjadi, maupun yang akan terjadi di masa mendatang untuk mendapatkan barang atau jasa yang diharapkan memberi manfaat sekarang maupun masa mendatang. Sehingga dengan dikeluarkannya pengorbanan maka seharusnya biaya harus dihitung dan dianggarkan secara ekonomis, efektif dan efisien.

2.1.6 Pembiayaan Kesehatan

Pada tahun 2020-2024 arah kebijakan yang tertuang di dalam rencana pembangunan jangka menengah negara (RPJMN) bidang kesehatan fokus pada peningkatan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dengan didorong peningkatan upaya promotif dan preventif, dan didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi (Komaryani, 2020). Maka dari itu pembiayaan kesehatan menjadi hal yang juga penting.



Komaryani (202), menyatakan bahwa belanja kesehatan di Indonesia masih rendah, hal ini dibuktikan dengan belanja kesehatan sebesar 3,1% dari PDB dengan proporsi belanja upaya promotif dan preventif sebesar 12,3% (2018). Dalam pemberian pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan. Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Setyawan, 2018). Jika dibedah lebih lanjut, ada 2 perspektif biaya kesehatan yang dapat dijabarkan, yakni sebagai berikut:

1. Penyedia pelayanan kesehatan, biaya kesehatan merupakan besar dana yang harus disediakan guna menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Fokus biaya kesehatan yang diselenggarakan oleh penyedia seperti biaya tenaga kesehatan, peralatan dan perlengkapan medis, dan program-program kesehatan. Pelaku utama dari penyedia pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan pihak swasta.
2. Pemakai jasa pelayanan, biaya kesehatan adalah besar dana yang dikonsumsi dalam rangka upaya penanganan kesehatan baik bersifat pribadi maupun kelompok yang memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan. Besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan (Azwar, 1999)

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung



penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (PP No. 72 Tahun 2012). Sementara tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah menyediakan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya (UU No 36 Tahun 2009). Biaya kesehatan merupakan unsur yang harus mendapat perhatian lebih. Dengan biaya kesehatan yang terencana secara ekonomis, efektif dan efisien, maka biaya kesehatan semakin meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pembiayaan kesehatan harus disediakan oleh Kabupaten/Kota untuk memenuhi mutu Standar Pelayanan Minimal sesuai dengan siklus hidup manusia. Sesuai dengan UU No. 23 Tahun 2014 (pasal 298 ayat (1)), bahwa belanja daerah diprioritaskan untuk mendanai urusan pemerintah wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan Standar Pelayanan Minimal.

2.1.7 Ekonomi Kesehatan

Ekonomi kesehatan sebagai penerapan teori, konsep, dan teknik ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan (Mills dan Gilson, 1999). Sementara itu, PPEKI (1989) mendefinisikan lebih eksplisi ekonomi kesehatan sebagai penerapan ilmu ekonomi dalam upaya kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.



Dapat disimpulkan bahwa ilmu ekonomi kesehatan merupakan pengembangan ilmu ekonomi melalui diterapkannya prinsip-prinsip dan ilmu ekonomi pada upaya kesehatan dan sektor perawatan kesehatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal. Ekonomi kesehatan sangat berhubungan dengan bagaimana pengelolaan sumber daya pada upaya kesehatan, Munadhir (2020: 9), menyatakan bahwa ekonomi kesehatan berkaitan dengan hal-hal berikut:

1. Alokasi sumber daya diantara berbagai upaya kesehatan.
2. Jumlah sumber daya yang dipergunakan dalam upaya kesehatan.
3. Pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai pelayanan kesehatan.
4. Efisiensi pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya.
5. Dampak upaya pencegahan, pengobatan dan pemulihan kesehatan pada individu dan masyarakat.

Munadhir (2020: 9), menyatakan bahwa secara umum ekonomi kesehatan akan berkonsentrasi pada industri kesehatan. Terdapat 4 (empat) bidang yang tercakup di dalam ekonomi kesehatan, yakni sebagai berikut:

1. Peraturan
2. Perencanaan
3. Pemeliharaan kesehatan atau organisasi
4. Analisis *Cost* dan *Benefit*

Ilmu ekonomi berperan di dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan upaya pelayanan kesehatan dengan menyangkut penggunaan



sumber daya yang terbatas. Sehingga diharapkan penerapan ilmu ekonomi pada bidang kesehatan dapat mencapai Optimalisasi, efektivitas dan efisiensi dalam penggunaan sumber daya yang terbatas. Dengan adanya Penerapan SPM bidang kesehatan, tentu ekonomi kesehatan diperlukan dalam mempertimbangkan strategi yang akan digunakan dalam mencapai SPM yang optimal sesuai sumber daya yang terbatas.

2.1.8 Klasifikasi Urusan Pemerintah

Pemerintah bertanggungjawab di dalam upaya kemakmuran warga negaranya melalui pemenuhan kebutuhan dasar, maka hal tersebut adalah urusan pemerintah.

Di Indonesia pemerintahan terdiri dari pemerintahan pusat sebagai pusat pemerintahan dan pemerintah daerah sebagai pengatur urusan pada tingkat daerah berdasarkan wilayah kewenangannya. Said (2015), menyimpulkan bahwa konsep pembagian kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah dalam negara kesatuan republik Indonesia dalam rangka otonomi seluas-luasnya berdasarkan UUD NRI 1945 adalah negara sebagai negara hukum yang berdasarkan sistem konstitusi maka setiap tindakan hukum mengenai konsep hubungan kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah harus dibangun melalui perundang-undangan, sehingga kewenangan memiliki sebuah keabsahan (legitimasi), maka legitimasi terhadap kewenangan tersebut memiliki kekuatan legitimasi. Hubungan dan pembagian urusan pemerintah daerah diatur oleh pemerintah dalam UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah pada pasal (9), Klasifikasi urusan pemerintah sebagai berikut:



1. Urusan Pemerintahan terdiri atas urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren, dan urusan pemerintahan umum.

2. Urusan pemerintahan absolut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat.

3. Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang dibagikan antara Pemerintah Pusat dan Daerah provinsi dan Daerah kabupaten/kota.

4. Urusan pemerintahan konkuren yang diserahkan ke Daerah menjadi dasar pelaksanaan Otonomi Daerah.

5. Urusan pemerintahan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden sebagai kepala pemerintahan.

Pasal 11 berbunyi:

1. Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana di maksud dalam Pasal 9 ayat (3) yang menjadi kewenangan Daerah terdiri atas Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan.

2. Urusan Pemerintahan Wajib sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Urusan Pemerintahan yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar dan Urusan Pemerintahan yang tidak berkaitan dengan Pelayanan Dasar.



3. Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah Urusan Pemerintahan Wajib yang sebagian substansinya merupakan Pelayanan Dasar.

Jenis-jenis pelayanan dasar menurut Pasal 12 yakni:

1. Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) meliputi:

- a. pendidikan;
- b. kesehatan;
- c. pekerjaan umum dan penataan ruang;
- d. perumahan rakyat dan kawasan permukiman;
- e. ketenteraman, ketertiban umum, dan perlindungan masyarakat;
- dan
- f. sosial.

4. Berdasarkan prinsip sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kriteria Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah kabupaten/kota adalah:

- a. Urusan Pemerintahan yang lokasinya dalam Daerah kabupaten/kota;
- b. Urusan Pemerintahan yang penggunaannya dalam Daerah kabupaten/kota;



c. Urusan Pemerintahan yang manfaat atau dampak negatifnya hanya dalam Daerah kabupaten/kota; dan/atau

d. Urusan Pemerintahan yang penggunaan sumber dayanya lebih efisien apabila dilakukan oleh Daerah kabupaten/kota.

Tony Dwi Susanto (2018), menyatakan bahwa setiap Kota/Kabupaten memiliki 24 urusan wajib, yaitu yang terdiri dari 6 pelayanan dasar dan 18 non pelayanan dasar. Pelayanan dasar terdiri dari (1) pendidikan; (2) kesehatan; (3) pekerjaan umum dan enataan ruang; (4) perumahan rakyat dan kawasan pemukiman; (5) ketentraman, ketertiban, dan perlindungan masyarakat; dan sosial. Sedangkan non pelayanan dasar terdiri dari (1) tenaga kerja; (2) pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak; (3) pangan; (4) pertahanan; (5) lingkungan hidup; (6) administrasi kependudukan dan pencatatan sipil; (7) pemberdayaan masyarakat dan desa; (8) pengendalian penduduk dan keluarga berencana; (9) perhubungan; (10) komunikasi dan informatika; (11) koperasi, usaha kecil dan menengah; (12) penanaman modal; (13) kepemudaan dan olah raga; (14) statistik; (15) persandian; (16) kebudayaan; (17) perpustakaan; (18) dan kearsipan.

Penyelenggaraan SPM bidang kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintah yang menurut peraturan perundang-undangan merupakan urusan konkuren pemerintah. Urusan konkuren merupakan urusan bersama dengan pembagian antara urusan pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah



daerah dan menjadi dasar pelaksanaan otonomi daerah. Maka dari itu SPM harus terlaksana dan tercapai sesuai dengan target yang telah ditentukan.

2.2 Penelitian Terdahulu

Penelitian ini mengangkat topik mengenai perhitungan biaya penyelenggaraan SPM bidang kesehatan pada SKPD Dinas kesehatan di Kabupaten Pamekasan.

Penelitian ini merupakan pengembangan dari penelitian sebelumnya yang fokus pada perhitungan biayanya. Penelitian terdahulu menyinggung topik yang akan dikaji oleh peneliti. Penelitian terdahulu juga secara langsung terkait dengan topik yang diteliti oleh peneliti. Hal ini tentunya akan sangat membantu dan memberi makna dan arah kepada kajian peneliti. Dengan membandingkan penelitian terdahulu dengan topik yang diambil oleh peneliti yaitu berkenaan dengan pemenuhan standar pelayanan minimal bidang kesehatan, dapat ditarik “benang merah”, sebuah posisi yang menghubungkan antara penelitian terdahulu dengan penelitian sekarang, baik dari segi arah penelitian, kajian keilmuan, pembaharuan di bidang penelitian tentang pemenuhan standar pelayanan minimal bidang kesehatan maupun originalitas penelitian. Tujuan utama dari pencantuman penelitian terdahulu adalah mengetahui originalitas penelitian terbaru, menyempurnakan penelitian terdahulu, serta menentukan arah penelitian yang sedang dilakukan. Berikut beberapa catatan penelitian terdahulu yang berhubungan langsung maupun tidak langsung dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang pemenuhan mutu standar pelayanan minimal bidang kesehatan.



Pera (2018) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Arosuka Kabupaten Solok menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, belum berjalan dengan baik. Hal ini dapat disimpulkan dari kurangnya tenaga medis sehingga pelayanan yang dilakukan tidak optimal, dan masih banyaknya sarana dan prasarana yang kurang dalam menunjang terlaksananya pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sementara faktor yang menghambat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan adalah tenaga medis yang masih kurang dan permasalahan sarana dan prasarana yang belum sesuai dengan standar pelayanan minimal kesehatan bidang kesehatan. Persamaan penelitian ditulis oleh Hagi Aldo Pera dengan penelitian penulis adalah keduanya sama-sama mengangkat topik berkenaan dengan SPM bidang kesehatan. Tetapi di dalam penelitian ini mengambil fokus ke implementasi pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, sementara penelitian penulis lebih fokus pada perhitungan biaya penyelenggaraan SPM yang sesuai dengan aturan terbaru yaitu Permenkes Nomor 4 tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Mufflihah (2010) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa Implementasi Permenkes Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan minimal bidang kesehatan di Puskesmas Kibin Kabupaten Serang masih belum sepenuhnya baik, dalam arti masih terdapat kekurangan. Faktor yang menyebabkannya adalah tenaga medis masih kurang di puskesmas Kibin, serta



belum tercapainya target indikator standar pelayanan minimal yang diterapkan sehingga mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat belum maksimal.

Penelitian dari Anan Muflifah HS berfokus kepada tingkat implementasi SPM yang sesuai dengan Permenkes Nomor 741/Menkes/PER/VII/2008 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan, sementara penelitian penulis berfokus pada perhitungan biaya penyelenggaraan SPM yang sesuai dengan aturan terbaru yaitu Permenkes Nomor 4 tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Inayati (2017) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan ibu hamil di puskesmas Jatirogo Kecamatan Jatirogo Kabupaten Pamekasan sudah menerapkan standar pelayanan minimal (SPM) berdasarkan Peraturan menteri kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2016

Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan dengan baik. Hal ini dibuktikan dengan adanya peningkatan kunjungan ibu hamil setiap bulannya.

Adanya peningkatan ini tentunya menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan masyarakat tinggi terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Jatirogo

Kecamatan Jatirogo Kabupaten Pamekasan. Penelitian yang ditulis oleh Anifa

Rully Inayati berfokus kepada penerapan SPM yang spesifik, yaitu penerapan standar pelayanan minimal (SPM) kesehatan ibu hamil di puskesmas Jatirogo

Kecamatan Jatirogo Kabupaten Pamekasan. Sementara Penelitian penulis ini berfokus kepada perhitungan biaya penyelenggaraan SPM yang sesuai dengan

aturan terbaru yaitu Permenkes Nomor 4 tahun 2019 Tentang Standar Teknis



Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Kuzairi (2018) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa implementasi kebijakan SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso belum optimal. Hal yang mempengaruhi mengapa implementasi kebijakan SPM belum optimal adalah komunikasi yang kurang, hubungan bagian struktural sebagai pemberi pelayanan administrasi dan bagian fungsional sebagai pemberi pelayanan media yang tidak harmonis. Kedua terdapat kekurangan pada tenaga medis baik dari segi jumlah maupun kualitas pada beberapa jenis pelayanan di rumah sakit. Selanjutnya terdapat kekurangan dana untuk kebutuhan pelaksanaan kegiatan pelatihan bagi sumber daya manusia (SDM) di rumah sakit. Selain itu sarana dan prasarana yang kurang memadai juga mempengaruhi dalam penerapan SPM, khususnya pada peralatan penunjang medis. Ketiga, kurangnya koordinasi antar bagian di rumah sakit sehingga struktur birokrasi belum kondusif yang dimana juga berpengaruh terhadap kinerja rumah sakit. Keempat, disposisi atau sikap pelaksana kebijakan yang cenderung tidak disiplin. Kelima, munculnya ego sektoral dari individu karena latar belakang pendidikan sehingga seringkali menghambat dalam penerapan implementasi kebijakan SPM RSUD. Sementara penelitian terbaru yang dilakukan oleh penulis ini berfokus kepada perhitungan biaya penyelenggaraan SPM.

Hariyadi, Hendrartini, Budiarto (2015) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa biaya program KIA tidak cukup untuk melaksanakan kegiatan program KIA dan terdapat kekurangan biaya jauh melebihi biaya program KIA yang



tersedia, serta terjadi ketergantungan pembiayaan program KIA terhadap pemerintah pusat sebesar 75%. Sehingga efektifitas kinerja pembiayaan program

KIA terhadap sasaran dan tujuan program yang telah ditetapkan tidak terwujud.

Jurnal yang ditulis oleh Mustaqim Hariyadi, Julita Hendrartini, M. Arief Budiarto pada tahun 2015 mengambil fokus analisis pembiayaan pada program kesehatan ibu dan anak (KIA) berdasarkan SPM, hamper saa dengan penelitian penulis, sama-sama mengambil fokus pembiayaan kesehatan, namun penelitian M. Arief Bidiarto lebih spesifik pada program KIA, sementara penelitian penulis lebih menyeluruh.

Rengga (2009) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa secara keseluruhan hasil dari pelaksanaan SPM telah cukup baik namun ada beberapa hal yang perlu ditingkatkan. Hal ini dapat disimpulkan dari penekanan angka kematian ibu dan anak yang cukup signifikan dari tahun ke-tahun. Sementara itu pelayanan kesehatan kepada masyarakat juga sangat positif. Penelitian oleh Aloysius Rengga pada tahun 2009 fokus pada pengkajian isi dan konteks kebijakan SPM yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kota Magelang, hal ini tentunya bereda dengan penelitian penulis yang melakukan perhitungan pembiayaan penyelenggaraan SPM kesehatan.

Darmini, Subanda, & Purnami (2020) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa bahwa implementasi SPM bidang kesehatan pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Buleleng cukup baik. Hal ini dapat dibuktikan dengan capaian indikator pelayanan yang makin tahun makin meningkat dan pencapaian melebihi target yang telah ditentukan. Namun masih



terdapat beberapa kekurangan di dalam pelayanan kepada masyarakat. Seperti ketidaklengkapan data akibat egoism puskesmas yang menganggap pekerjaan catat mencatat bukanlah pekerjaan mereka, mereka hanya menganggap tugas mereka adalah memberikan pelayanan medis. Hal ini tentu berbeda dengan penelitian penulis mengenai perhitungan biaya penyelenggaraan SPM Kesehatan walaupun tetap berhubungan secara tidak langsung.

Khozin (2010) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa implementasi SPM berjalan dengan baik, hal ini dapat dilihat dari pencapaian kinerja dari indikator-indikator yang telah ditentukan dari tahun ke tahun selalumeningkat dengan angkacapaian yang lebih tinggi dari angka yang sudah ditetapkan. Penelitian yang dilakukan oleh Mohammad Khozin pada tahun 2010 berfokus pada evaluasi implementasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. Sementara penelitian penulis berfokus kepada perhitungan biaya penyelenggaraan SPM kesehatan.

Sitorus & Nurwahyuni (2017) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa APBD Kota Serang dari tahun 2014-2016 diiringi dengan peningkatan anggaran kesehatan. Kedua, Sumber pembiayaan kesehatan di Kota Serang sebagian besar berasal dari APBD, dimana komponen Pendapatan Asli Daerah (PAD) lebih kecil dari pada dana perimbangan. Ketiga, Pembiayaan kesehatan berdasarkan program lebih banyak digunakan untuk program penguatan sistem kesehatan lalu disusul untuk program kesehatan individu, dan kemudian untuk program kesehatan masyarakat. Penelitian yang dilakukan oleh Estherlina Sitorus dan Atik Nurwahyuni pada tahun 2017 berfokus menganalisis Pembiayaan Kesehatan



Bersumber Pemerintah di Kota Serang Tahun 2014-2016. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi tentang pembiayaan kesehatan berdasarkan sumber dan pemanfaatan dana yang berasal dari pemerintah di Kota Serang tahun 2014-2016, dan komitmen dari pemerintah Daerah Kota Serang terhadap pembiayaan kesehatannya. Penelitian penulis sama yang dimana mengambil topik pembiayaan kesehatan. Namun ada perbedaan yang dimana penelitian ini hanya berfokus untuk menganalisis aliran pembiayaan sementara di dalam penelitian penulis berfokus pada perhitungan biaya penyelenggaraan SPM kesehatan yang ekonomis, efektif dan efisien.

Harmana & Adisasmito (2006) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak tahun 2006 adalah : Komitmen Daerah, kemampuan Advokesma, Kemampuan perencanaan, Prioritas Masalah Kesehatan, pemilihan Intervensi Program, Dana Perimbangan, Lain-lain Pendapatan Daerah yang Sah, Informasi Alur Pembiayaan, dan Keseimbangan antara Mata Anggaran. Sedangkan faktor PAD tidak mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah di Kabupaten Pontianak.

Penelitian yang dilakukan oleh Tisa Harmana dan Wilku B. Adisasmito pada tahun 2006 berfokus menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah bersumber Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2006. Hal ini tentu berbeda dengan penelitian penulis yang mengambil fokus perhitungan biaya penyelenggaraan SPM kesehatan.

2.3 Kerangka Pemikiran



Pemerintah Daerah di Indonesia dituntut untuk lebih mandiri mengelola daerahnya sebagai daerah otonom dimana pemerintah daerah diberi kewenangan mengurus dan mengatur semua urusan pemerintahan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, termasuk Pemerintah Kabupaten Pamekasan. Penyelenggaraan SPM kesehatan merupakan salah satu urusan yang dilakukan oleh pemerintah daerah dengan kewenangan yang dimiliki untuk mengurus dan mengatur penyelenggaraan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Adapun penyelenggaraan SPM kesehatan adalah suatu yang harus dilaksanakan demi mewujudkan pemerataan dan kesejahteraan masyarakatnya. Sementara itu di dalam mewujudkannya diperlukan biaya yang tidak sedikit, dan diperlukan perencanaan yang matang agar alokasi biaya dapat merata dan cukup.

Pelayanan dasar kesehatan sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia untuk menciptakan masyarakat yang sehat secara fisik, mental, sosial, dan ekonomi. Direktorat kesehatan gizi dan masyarakat (2018) menjelaskan bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini dihadapkan pada beberapa tantangan. Pertama transisi epidemiologi yang ditandai dengan meningkatnya penyakit tidak menular, dan beberapa penyakit menular yang belum teratasi secara optimal. Kedua akses dan mutu pelayanan primer masih menjadi masalah di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan. Ketiga beberapa target MDGs tidak tercapai seperti penurunan kematian ibu, *stunting*, dan *case detection rate* TBC, dan sementara itu target-target kesehatan yang baru muncul.



SPM menjadi salah satu instrumen dalam menjawab tantangan yang terdapat di Indonesia sebagai upaya preventif dan promotif guna menekan dampak laju transisi penyakit serta upaya kuratif dan rehabilitatif lainnya. Untuk itu SPM kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah harus merata, optimal, efektif dan efisien. Maka dari itu pengidentifikasian masalah yang menyebabkan ketidakcapaian target indikator kinerja SPM kesehatan perlu rasanya dilakukan. Pembiayaan merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam perencanaan pemenuhan mutu SPM kesehatan sesuai kebutuhan riil dengan memperhatikan sumber dana agar tidak terjadi duplikasi anggaran, maka *costing* SPM kesehatan perlu dilakukan dalam hal ini. Keberhasilan pada metode *costing* SPM kesehatan merupakan kunci penganggaran yang wajar dan sehat dengan memperhatikan berbagai faktor seperti sasaran penerima layanan dasar kesehatan, standarisasi barang dan jasa, dan perencanaan kegiatan pelayanan dasar di lapangan dalam setahun. Selain itu, yang terjadi di lapangan, seringkali penerapan SPM kesehatan tidak mencapai target yang telah ditentukan, sehingga kendala yang terjadi dilapangan perlu ditelusuri dan dilakukan pemecahan masalah, termasuk pada pemerintahan Kabupaten Pamekasan. Hal ini tentunya perlu mendapat perhatian lebih dari penyelenggara maupun pemerintah.

Pengalokasian biaya penyelenggaraan SPM telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan dari tahun ke tahun, namun pada kenyataannya SPM tidak juga mencapai target yang telah ditentukan, sehingga peneliti mencoba memproyeksikan kebutuhan yang diperlukan dalam pencapaian target indikator kinerja SPM kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan. Sehingga

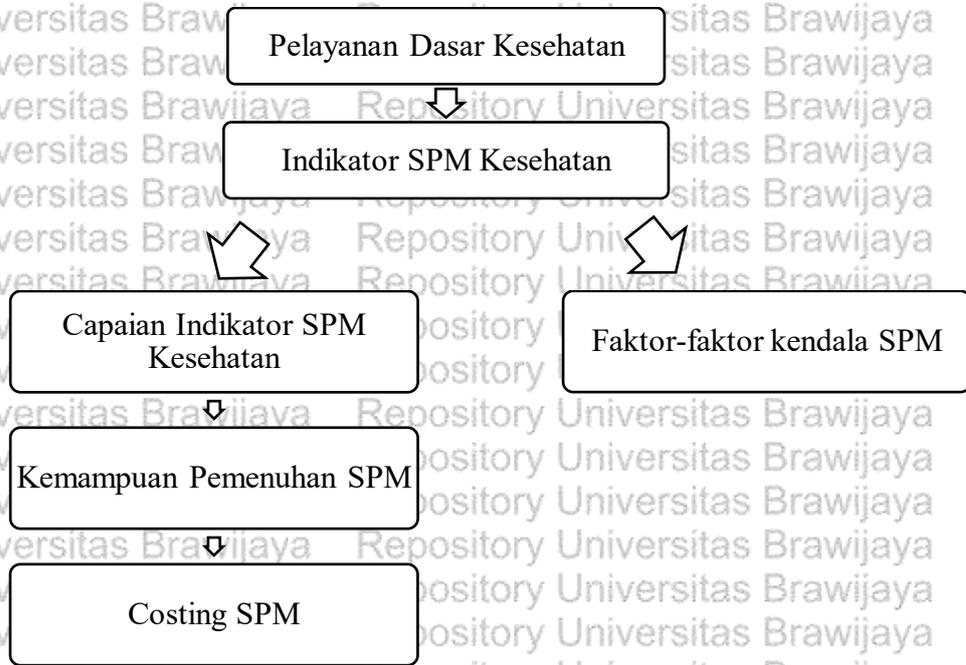


besar harapannya hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam perencanaan biaya. Hal yang paling utama adalah perlu diketahui seberapa besar kemampuan Penyelenggara dalam penerapan SPM kesehatan. Sehingga dapat diketahui apakah terdapat kendala dari beberapa variabel yang mempengaruhi penerapan SPM kesehatan. Salah satunya adalah kemampuan pendanaan terhadap biaya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan SPM. Oleh sebab itu perlu ditekankan lagi bahwasanya *costing* SPM merupakan langkah krusial pada penerapan SPM kesehatan.

Sebagaimana yang telah penulis sajikan tadi, maka hal ini yang dijadi-kandasar penulis dalam membuat suatu kerangka pemikiran untuk pengambilan judul penelitian.



Untuk lebih jelasnya berikut bagan kerangka pemikiran:



Gambar 2.1
Bagan Kerangka Pemikiran



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Menurut Sugiyono (2014), jenis penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu, dan penelitian itu didasarkan pada ciri-ciri keilmuan yang rasional, empiris, dan sistematis. Berdasarkan rumusan masalah yang hendak diteliti, metode yang sesuai dengan penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif deskriptif.

Menurut Sugiyono (2011), Penelitian bersifat kualitatif memiliki beberapa karakteristik yaitu dilakukan pada kondisi yang ilmiah, yang menekankan pada proses, analisis data secara induktif, serta lebih menekankan pada makna. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan kualitatif agar peneliti dapat memperoleh informasi secara mendalam dan mendetail mengenai implementasi dan biaya penyelenggaraan standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan, Sehingga peneliti bisa menghasilkan data deskriptif sebagai acuan dalam penelitian skripsi ini untuk menghasilkan sebuah perbaikan mutu pelayanan dasar bidang kesehatan.

3.2 Objek Penelitian

Objek penelitian pada dasarnya merupakan topik permasalahan yang sedang dikaji di dalam penelitian. Dengan penentuan objek yang jelas maka diharapkan arah penelitian lebih jelas dan mudah dipahami oleh pembaca. Menurut Sugiyono (2011), objek penelitian adalah "Suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang,



objek atau kegiatan yang mempunyai variable tertentu yang ditetapkan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan". Sementara itu, menurut Supriati (2012:38)

menjelaskan bahwa objek penelitian merupakan variable yang sedang diteliti pada wilayah penelitian dilaksanakan. Maka di dalam penelitian ini yang menjadi objek penelitian adalah faktor faktor kendala dalam penyelenggaraan pelayanan dasar berdasar SPM Kesehatan pada Dinas kesehatan Kabupaten Pamekasan khususnya pada UPT Puskesmas Palengaan yang dilaksanakan pada bulan Agustus-Oktober 2020.

Kabupaten Pamekasan merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Timur yang terletak di sebelah barat Kabupaten Sumenep dan sebelah Timur Kabupaten Sampang, dan berbatasan langsung dengan Selat Madura di sebelah Selatan dan Laut Jawa di sebelah Utara (BPS Kab. Pamekasan). Pada Tahun 2020 Pemerintah Kabupaten Pamekasan Memiliki UPT Puskesmas sebanyak 21 Puskesmas yang pada tahun sebelumnya sebanyak 20 Puskesmas (Jawa Pos, 2020). Di dalam penelitian ini, Peneliti mengambil UPT Puskesmas Palengaan sebagai sampel di dalam penelitian ini dengan menganalisis faktor-faktor kendala dalam penyelenggaraan SPM Kesehatan sebagai variable yang diteliti. Peneliti mengambil UPT Puskesmas Palengaan daripada 20 (dua puluh) Puskesmas lainnya sebagai sampel penelitian karena UPT Puskesmas Palengaan memiliki capaian indikator kinerja SPM kesehatan yang relative cukup rendah dibandingkan lainnya, Dengan pencapaian indikator kinerja SPM sebanyak 2 (dua) indikator yang mencapai angka 100% (seratus persen) yaitu indikator Persentase Skrining Kesehatan Anak Usia Pendidikan Dasar sesuai standar dan



Persentase pelayanan penderita Diabetes Melitus sesuai standar, dan 10 (sepuluh) indikator kinerja SPM yang belum mencapai target sebesar 100% (seratus persen)

dan dapat dikatakan relatif cukup rendah, yaitu

Persentase ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar, Persentase ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar, Persentase

Pelayanan bayi baru lahir sesuai standar, Persentase Pelayanan Balita sesuai standar, Persentase Skrining Kesehatan Warga Usia Produktif sesuai standar,

Persentase skrining kesehatan lansia sesuai standar, Persentase pelayanan penderita hipertensi sesuai standar, Persentase pelayanan gangguan jiwa (ODGJ)

berat sesuai standar, Persentase pelayanan penderita TB sesuai standar, dan Persentase pemeriksaan HIV pada orang berisiko terinfeksi HIV sesuai standar.

Dengan melakukan penelitian tersebut pada UPT Puskesmas Palengaan diharapkan hasil penelitian dapat mewakili permasalahan daripada Puskesmas

lainnya dikarenakan peneliti mengambil sampel dengan kondisi yang memiliki masalah yang kompleks dengan melihat capaian indikator kinerja SPM kesehatan

pada tahun sebelumnya, serta dapat meyakinkan dan dapat digunakan sebagai acuan perencanaan serta pengambilan keputusan dalam pelaksanaan pelayanan

dasar pada SPM kesehatan.

3.3 Sumber Data

Dalam penelitian ini menggunakan jenis sumber data primer dan data sekunder, dijelaskan sebagai berikut:

a. Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti melalui objek yang diteliti. Menurut Sugiyono (2013:225), data primer adalah



sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data ini merupakan data yang bersumber langsung dari wawancara, survey atau observasi. Peneliti menggunakan sumber data primer untuk mengetahui secara langsung implementasi perhitungan pembiayaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan.

- b. Data Sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber yang sudah ada. Menurut Sugiyon (2013:225), sumber data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen. Datanya meliputi dokumen-dokumen perusahaan berupa sejarah perkembangan perusahaan, struktur organisasi, dan lain-lain yang berhubungan dengan penelitian. Data sekunder di dalam penelitian ini adalah berupa Laporan SPM, buku standar harga barang dan jasa Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan. Selain itu peneliti juga menggunakan sumber data sekunder dari beberapa undang-undang terkait dengan standar harga pelayanan kesehatan dan peraturan terkait pelaksanaan standar pelayanan minimal lainnya.

3.4 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data di dalam penelitian merupakan kunci untuk mendapatkan data yang valid dan berbobot. Menurut Sugiyono (2013), metode pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama penelitian adalah mendapatkan data. Peneliti menggunakan beberapa



metode di dalam pengumpulan data. Dalam penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan adalah :

1. Wawancara

Menurut Esterberg (2002) di dalam Sugiyono (2013), wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui Tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Sementara itu menurut Susan Stainback (1988) di dalam Sugiyono (2013) menyatakan bahwa dengan wawancara, maka peneliti akan mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang patisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi, dimana hal-hal tersebut tidak bisa ditemukan melalui observasi. Dalam menggunakan metode ini, peneliti fokus melakukan wawancara mendalam dengan Bagian terkait urusan *costing* penyelenggaraan standar pelayanan minimal yaitu dengan bagian perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan guna mendapatkan informasi dan data terkait teknis perhitungan pembiayaan yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan serta hal lainnya. Wawancara dilakukan dengan Bapak Adi sebagai bagian perencanaan, serta Kelompok kerja SPM (Standar Pelayanan Minimal) di UPT Puskesmas Palengaan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan.

2. Observasi

Observasi merupakan kegiatan penguatan penelitian terhadap suatu objek (Sugiono, 2015: 204). Jika dilihat dari proses pelaksanaan pengumpulan data, observasi dibedakan menjadi observasi partisipan dan non-partisipan. Jenis observasi yang dilakukan oleh peneliti adalah observasi partisipan, dimana



peneliti memilih hal-hal yang diamati dan mencatat hal-hal yang berkaitan dengan penelitian. Observasi dilapangan dilakukan oleh peneliti dengan mengamati proses pelayanan dasar kesehatan, dan ikut andil di dalam proses penyusunan dokumen Rencana Strategis, Laporan SPM, dan Tata Kelola serta bertanya kepada langsung kepada para staf yang bersangkutan ikut andil pada UPT Puskesmas.

3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah pengambilan data yang diproses melalui dokumen-dokumen. Menurut Sugiyono (2013:240) dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar atau karya-karya monumental dari seseorang. Metode dokumentasi ini dipakai untuk mengumpulkan data dari sumber-sumber dokumen yang mungkin mendukung ataupun bahkan yang berlawanan dengan hasil wawancara (Harsono, 2008:165). Metode dokumentasi dilakukan untuk melengkapi data yang diperoleh dengan wawancara dan observasi. Bodgan di dalam Sugiyono (2013) menyatakan bahwa di sebagian besar tradisi penelitian kualitatif, frase dokumen pribadi digunakan secara luas untuk merujuk kepada setiap narasi orang pertama yang dihasilkan oleh individu yang mendiskripsikan dirinya, tindakannya, pengalaman dan keyakinannya. Hasil penelitian yang didapatkan dari wawancara akan lebih kredibel jika didukung dengan sejarah pribadi kehidupan di masa kecil, di sekolah, di tempat kerja, di masyarakat, dan autobiografi. Sumber data dokumen dalam penelitian ini yang diperoleh dari lapangan berupa arsip, Laporan kinerja SPM, dan buku-buku serta kebijakan pemerintah daerah kabupaten Pamekasan yang berhubungan dengan penelitian.



3.5 Metode Analisis Data

Metode analisis data diperlukan dalam penelitian untuk memperoleh kesimpulan dari data yang sedang dikumpulkan. Menurut Sugiyono (2013:244), analisis data merupakan proses mencari dan menyusun data secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain. Sedangkan menurut Bogdan dalam Sugiono (2013) mengemukakan bahwa analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lainnya sehingga dapat dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Miles dan Huberman (1984), mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya jenuh. Tolak ukur kejenuhan ditandai dengan adanya data yang sudah tidak bisa diperoleh lagi. Di dalam penelitian ini metode analisis data menggunakan konsep dari Miles and Huberman di dalam Sugiyono (2013:246), yang mengemukakan bahwa terdapat 3 langkah yang terjadi secara bersamaan dalam analisis data, yaitu reduksi data (*data reduction*), penyajian data (*display data*), serta penarikan kesimpulan dan verifikasi data (*conclusion drawing/verification*).

1. Reduksi Data



Reduksi data dilakukan peneliti sepanjang peneliti melakukan penelitian. Reduksi data diperlukan di dalam penelitian karena jumlah data yang banyak, kompleks, dan rumit. Untuk itu perlu dilakukan analisis data melalui reduksi data. Menurut Miles dan Huberman (1992:16), reduksi data merupakan proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan lapangan. Kegiatan reduksi data berlangsung secara terus-menerus, guna mencapai hasil yang optimal. Dalam tahap reduksi data peneliti mengumpulkan data dari proses pengumpulan data yang dilakukan secara terus menerus kemudian menganalisis data-data relevan dengan penelitian dan dengan analisis berbasis teori terkait.

2. Penyajian data

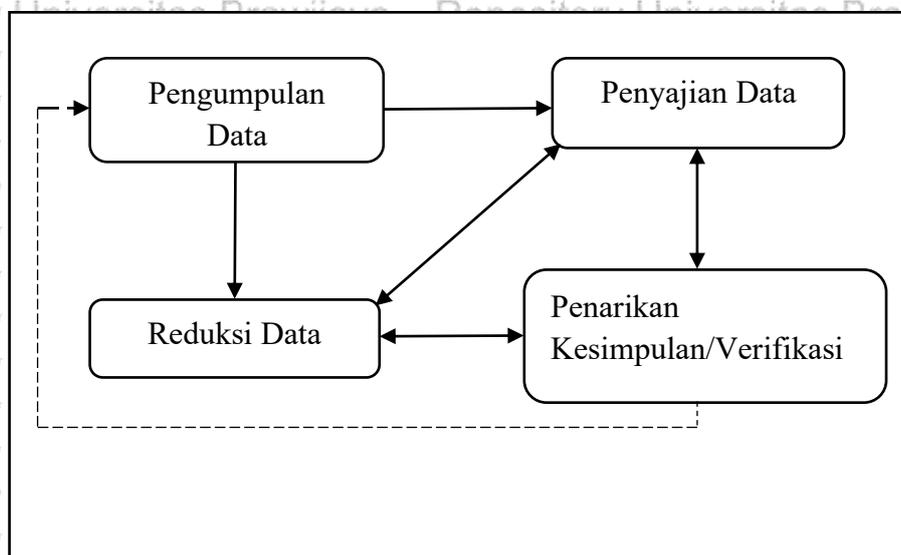
Menurut Miles dan Huberman (1984) di dalam sugiyono (2013:249), dengan mendisplaykan data, maka peneliti akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya, berdasarkan apa yang telah difahami tersebut. Miles dan Humberman (1984) membatasi suatu “penyajian” sebagai kesimpulan informasi yang tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Pada tahap ini diarahkan agar data hasil reduksi terorganisir, tersusun dalam pola hubungan, sehingga mudah dipahami. Selain itu, menurut Miles dan Humberman (1984) Di dalam penyajian data, yang paling sering digunakan di dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif. Pada langkah ini peneliti berusaha menyusun data yang relevan sehingga menjadi data yang bisa dilakukan langkah selanjutnya dan



memiliki makna tertentu dengan penyajian teks yang bersifat naratif maupun tabel data.

3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Tahap terakhir dari model analisis data Miles and Huberman adalah melakukan penarikan kesimpulan dan verifikasi atas hasil data yang telah disajikan. Menurut Sugiyono (2013:252) mengatakan di dalam penelitian, kesimpulan awal hanya bersifat sementara dan akan berubah seiring dilakukan pendalaman atas penelitian yang dilakukan setelah menemukan bukti-bukti dalam rangka pengumpulan data berikutnya, akan tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten pada saat peneliti mendapatkan kembali mendapatkan data di lapangan, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel. Dengan mengkonfirmasi makna setiap data yang diperoleh, diharapkan peneliti memperoleh informasi yang dapat digunakan untuk mendukung tercapainya tujuan penelitian. Secara skematis proses analisis data menggunakan model analisis data interaktif Miles dan Humberman adalah sebagai berikut:





Gambar 3.1 : Model Analisis Data Interaktif Miles dan Humberman

Analisis data dilakukan pada saat peneliti sedang melakukan pengumpulan data, dan pada saat peneliti selesai melakukan pengumpulan data dalam periode tertentu. Artinya peneliti melakukan analisis setiap waktu pada setiap kegiatan yang berhubungan dengan penelitian. Selanjutnya, di dalam setiap langkah kegiatan penelitian menurut model interaktif analisis data Miles dan Humberman, peneliti setelah mendapatkan data, peneliti mereduksi data lalu melakukan penyajian data ataupun peneliti dapat langsung menyajikan data tanpa reduksi, tetapi dengan pertimbangan data yang dirasa cukup. Jika setelah dipertimbangkan bahwa penyajian data dirasa kurang ataupun berlebih, maka peneliti dapat kembali ke tahap reduksi dan menyajikan data kembali. Kemudian peneliti melakukan penarikan kesimpulan dan verifikasi. Jika setelah diverifikasi data dirasa belum mnecapai titik jenuh atas pertimbangan perolehan data yang terbaru, maka peneliti dapat melakukan reduksi data kembali maupun penyajian data kembali.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum UPT Puskesmas Palengaan

4.1.1 Profil UPT Puskesmas Palengaan

Unit Pelaksana Teknis (UPT) Pusat Kesehatan Masyarakat (PKM) UPT Puskesmas Palengaan terletak di Jalan Raya Palengaan. UPT Puskesmas Palengaan berjarak 17 km dari pusat Kabupaten Pamekasan dan ditetapkan sebagai puskesmas Rawat Inap yang terletak di kawasan Kawasan Pedesaan dengan nomor izin operasional 440/582/432.412/2016 tentang izin operasional yang ditetapkan oleh pemerintah daerah dan otoritas perizinan. Wilayah kerja UPT Puskesmas Palengaan meliputi 12 Desa di Wilayah Kecamatan Palengaan. Selain itu, puskesmas juga didukung dengan jaringan dalam kendali puskesmas sebanyak 5 Pustu, 2 Ponkesdes, 17 Polindes, 85 Posyandu Balita, 20 Posyandu Lansia, dan jejaring di wilayah kerja puskesmas yang terdiri dari 1 BPM, 1 DPM, 2 PPM, dengan batas - batas antara lain :



- Sebelah Utara : Kecamatan Pagentenan

- Sebelah Selatan : Kecamatan Proppo

- Sebelah Timur : Kecamatan Larangan

- Sebelah Barat : Kabupaten Sampang

Saat ini Puskesmas Palengaan dikepalai oleh Bapak Sarwo Edy Wibowo, S Kesehatan, MM. Beliau menjabat sejak 20 Mei 2020 sampai saat ini. Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Puskesmas Palengaan memiliki moto “KEPUASAN ANDA ADALAH KEBAHAGIAN KAMI” dan Tata Nilai sebagai landasan dalam memberikan pelayanan kesehatan, yaitu “PUSPA” sebagai berikut:

1. Profesional : Selalu memberikan pelayanan sesuai SOP
2. Unggul : Selalu bekerja untuk hasil terbaik
3. Simpatik : Selalu menerapkan 5 S dalam pelayanan
(Senyum,Sapa,Salam,Sopan,Santun)
4. Partisipatif : Selalu melibatkan masyarakat dan pengguna layanan dalam perencanaan perbaikan mutu puskesmas
5. Amanah : Selalu menjaga kepercayaan pasien,tidak membedakan status sosial pasien



4.1.2 Visi dan Misi

Berikut merupakan visi dan misi Puskesmas Palengaan:

Visi : “terwujudnya masyarakat Palengaan yang mandiri untuk hidup sehat 2025”

Misi :

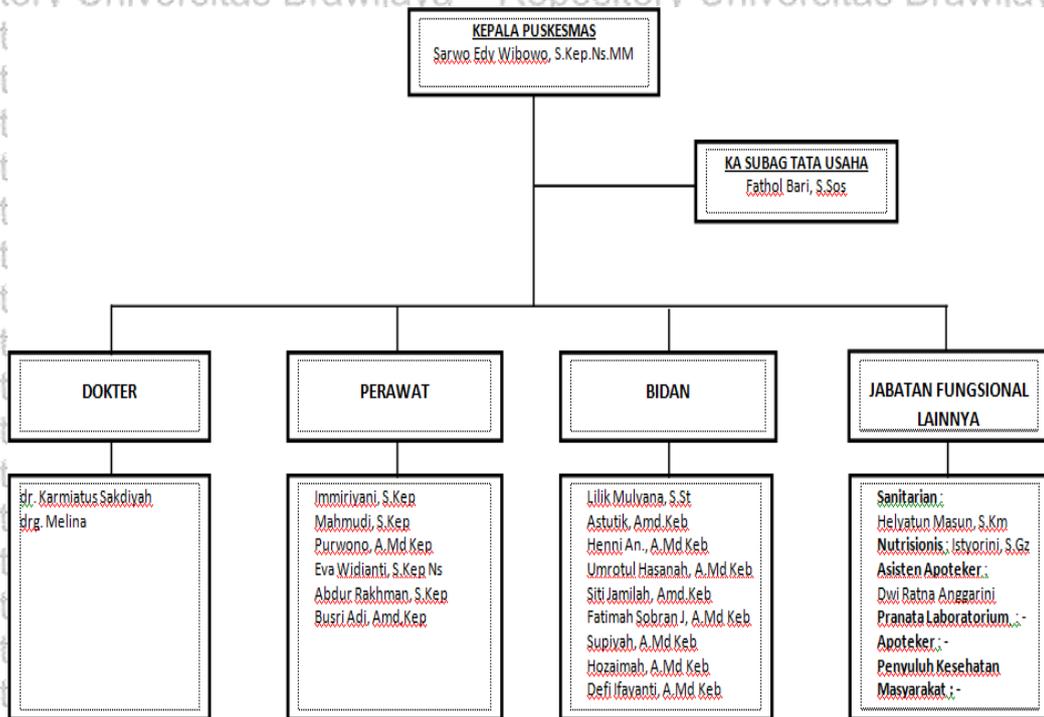
1. Meningkatkan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi perorangan, keluarga dan masyarakat
3. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungan
4. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang memenuhi standar, bermutu, merata, dan terjangkau

4.1.3 Struktur Organisasi

Struktur organisasi adalah bagan yang menggambarkan tata hubungan kerja antar bagian dan garis kewenangan, tanggungjawab dan komunikasi dalam menyelenggarakan pelayanan dan penunjang pelayanan.

UPT Puskesmas Palengaan merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan yang bertanggungjawab menyelenggarakan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat tingkat pertama di wilayah kerja Puskesmas Palengaan Kecamatan Palengaan, dimana tata kerjanya diatur melalui Peraturan Bupati Pamekasan Nomor 9 Tahun 2017 Tentang Pembentukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Daerah dan Badan Daerah Kabupaten Pamekasan yang

ditindaklanjuti dengan Surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan Nomor 061.1/881/432.302/2017 Tanggal 31 Mei 2017 Tentang Struktur Organisasi Unit Pelaksana Teknis (UPT).



Gambar 4.1 Struktur Organisasi UPT Puskesmas Palenganan

4.1.4 Upaya Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Bupati Pamekasan Nomor 9 Tahun 2017 Tentang Pembentukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Daerah dan Badan Daerayang ditindaklanjuti dengan Surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan Nomor



061.1/881/432.302/2017 Tentang Struktur Organisasi Unit Pelaksana, maka rincian tanggung jawab puskesmas adalah sebagai berikut:

A. Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial

1. Upaya Promosi Kesehatan
2. Upaya Kesehatan Lingkungan
3. Upaya Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana
 - Keluarga Berencana
 - Kesehatan Reproduksi
4. Upaya Gizi
5. Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
 - Pencegahan dan Pengendalian Tuberkulosis
 - Pencegahan dan Pengendalian Kusta
 - Imunisasi
 - Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue
 - Pencegahan dan Pengendalian Malaria - Rabies
 - Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS
 - Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
 - Surveilans
 - Pencegahan dan Pengendalian ISPA/Diare
6. Usaha Kesehatan Sekolah



B. Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan

1. Pencegahan dan Pengendalian Hepatitis
2. Kesehatan Usia Lanjut
3. Kesehatan Jiwa
4. Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat
5. Usaha Kesehatan Sekolah
6. Pengobatan Tradisional Komplementer
7. Kesehatan Kerja dan Olah Raga
8. Kesehatan Indera
9. Kesehatan Matra /Haji
10. Tim Reaksi Cepat
11. Pengawasan Obat & Makmin

C. Upaya Kesehatan Perorangan, Laboratorium, dan Kefarmasian

1. Pelayanan anak dan Imunisasi
2. Pelayanan KB, Ibu dan persalinan
3. Pelayanan Laboratorium



4. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut

5. Pelayanan Rawat inap

6. Pelayanan UGD

7. Pelayanan gizi

8. Pelayanan umum

9. Pelayanan kefarmasian

D. Jaringan Pelayanan dan Jejaring Puskesmas

1. Pelayanan Pondok Kesehatan Desa

2. Pelayanan Pondok Persalinan Desa

3. Penanggungjawab jejaringan puskesmas

4. Pelayanan Puskesmas Pembantu

5. Pelayanan Puskesmas Keliling

E. Ketatausahaan

1. Urusan Rumah Tangga

2. Urusan Kepegawaian

3. Urusan Keuangan

4. Urusan Sistem Informasi

F. Mutu



Sumber daya manusia merupakan sumber daya yang dimiliki oleh puskesmas berupa manusia pada suatu organisasi dengan tujuan memenuhi kebutuhannya baik pada jumlah maupun kualitas yang paling menguntungkan sehingga organisasi dapat mencapai tujuan secara efisien, efektif, dan ekonomis. Organisasi modern menempatkan karyawan pada posisi terhormat yaitu sebagai aset berharga (*brainware*) sehingga perlu dikelola dengan baik mulai penerimaan, selama aktif bekerja maupun setelah purna tugas. Berikut kondisi sumber daya manusia (SDM) puskesmas:

Tabel 4.1 Kondisi sumber daya manusia yang dimiliki Puskesmas Palengaan

No	Jenis Tenaga	Jumlah Eksisting	Status		
			PNS/CPNS	Kontrak	PTT Magang
Tenaga yang tetap di Puskesmas Palengaan					
Tenaga Kesehatan					
1	Dokter Umum	1	1		
2	Dokter Gigi	1	1		
3	Perawat	13	6	7	▲
4	Bidan	14	9	5	▲
5	Tenaga Promkes dan Ilmu Perilaku	2	0	2	▲
6	Tenaga Sanitasi Lingkungan	2	1	1	▲
7	Nutrisionis	1	1		
8	Tenaga Apoteker dan/ tenagateknis kefarmasian	1	1		
9	Ahli Teknologi laboratorium Medik	1	0	1	▲
10	Perekam Medis	1		1	▲
Tenaga Non-Kesehatan					
11	Kepala Puskesmas	1	1		
12	Ka Subbag TU	1	1		
13	Tenaga Sistem Informasi Kesehatan	0	0		
14	Tenaga Administrasi Keuangan	2	1	1	▲
15	Tenaga Ketatausahaan	7	3	4	▲
16	Pekarya	3	3		
17	Pramu Kebersihan	2		2	
18	Petugas Keamanan	3		3	
19	Pengemudi	1		1	
Jumlah Pegawai Puskesmas Palengaan		57	29	28	0



Dari tabel diatas terdapat jenis tenaga UPT Puskesmas Palengaan terdiri dari 29 tenaga PNS , 6 tenaga Kontrak Daerah, 18 tenaga Kontrak Non Kapitasi dan 4 tenaga Kontrak BOK. Selain tabel diatas Puskesmas Palengaan memiliki tenaga sukarelawan sebanyak 26 pegawai yang terdiri dari 10 tenaga perawat, 9 tenaga bidan. 1 tenaga pengemudi, 1 tenaga kebersihan, 1 perawat gigi dan 4 tenaga administrasi umum dengan wilayah kerja terdiri dari 12 desa. Di tahun 2020 ini Puskesmas Palengaan akan menjadi 2 puskesmas dan kebutuhan ketenagaan akan dihitung per puskesmas.

Berdasarkan tabel 4.1 kondisi SDM Puskesmas Palengaan, Puskesmas Palengaan mengalami kekurangan SDM dalam mengoperasikan Puskesmas. Berdasarkan Analisis Beban Kerja dapat diketahui bahwa tenaga di Upt Puskesmas Palengaan masih belum memenuhi standar. Penyebab tidak terpenuhinya standar ketenagaan sesuai Permenkes 43 tahun 2019 dikarenakan masih kurangnya tenaga sebanyak 56 orang yang terdiri dari 1 tenaga dokter, 19tenaga perawat, 16 tenaga bidan, 1 tenaga nutrisisionis, 1tenaga apoteker, 2tenaga analis kesehatan, 1tenaga perekammedis, 1Tenaga Sistem Informasi Kesehatan, 9 Tenaga Ketatausahaan/Administrasi, 2 Pramü Kebersihan, 1 Petugas Keamanan dan 2 tenaga Pengemudi. Berikut tabel kekurangan SDM berdasarkan analisis beban kinerja:

Tabel 4.2 kebutuhan SDM berdasarkan analisis beban kinerja UPT Puskesmas Palangaan tahun 2020

No	Jenis Tenaga	Jumlah Eksisting	Status					Standar Kebutuhan	Perhitungan Analisis beban kerja	Jumlah Kebutuhan Pegawai	Kurang/ Lebih
			PNS/ CPNS	Kontrak	PTT	Magang					
Tenaga yang tetap di Puskesmas Palangaan											
Tenaga Kesehatan											
1	Dokter Umum	1	1				2	2	2	-1	
2	Dokter Gigi	1	1				1	1	1	0	
3	Perawat	13	6	7			8	32	32	-19	
4	Bidan	14	9	5			7	30	30	-16	
5	Tenaga Promkes dan Ilmu Perilaku	2	0	2			1	2	2	0	
6	Tenaga Sanitasi Lingkungan	2	1	1			1	2	2	0	
7	Nutrisionis	1	1				2	2	2	-1	
8	Tenaga Apoteker dan/ tenagateknis kefarmasian	1	1				1	2	2	-1	
9	Ahli Teknologi laboratorium Medik	1	0	1			1	3	3	-2	
10	Perekam Medis	1		1				2	2	-1	
Tenaga Non-Kesehatan											
11	Kepala Puskesmas	1	1					1	1	0	
12	Ka Subbag TU	1	1					1	1	0	
13	Tenaga Sistem Informasi Kesehatan	0	0				1	1	1	-1	
14	Tenaga Administrasi Keuangan	2	1	1			1	2	2	0	
15	Tenaga Ketatausahaan	7	3	4			1	16	16	-9	
16	Pekarya	3	3				1	3	3	0	
17	Pramu Kebersihan	2		2				6	4	-2	
18	Petugas Keamanan	3		3				7	4	-1	
19	Pengemudi	1		1				4	3	-2	
Jumlah Pegawai Puskesmas Palangaan		57	29	28	0		28		113	-56	

Perhitungan Kekurangan Tenaga Puskesmas berdasarkan Analisis beban kinerja (ABK) dihitung sesuai dengan ketentuan Permenkes 43 tahun 2019. Dengan kondisi Tenaga Puskesmas Palangaan yang kekurangan, hal tersebut tentunya menjadi kendala utama dalam pencapaian target kinerja SPM Kesehatan yang berimplikasi pada petugas pelayanan kesehatan dalam memberikan Pelayanan Kesehatan yang efektif dan efisien di lapangan. Seperti keterbatasan jumlah



dokter dan petugas laboratorium, sehingga hal tersebut menghambat proses pelaksanaan pelayanan kesehatan terutama dalam pelaksanaan program UKM.

4.2.2 Tugas Rangkap Tenaga Puskesmas

Berikut merupakan kondisi tugas rangkap yang terjadi di UPT Puskesmas Palengaan:



Tabel 4.3 Kondisi Tugas rangkap SDM UPT Puskesmas Palengaan

Jenis Tugas/Fungsi	Jenis Tenaga	Pendidikan	Jumlah	Keterangan
Kepala Puskesmas	Umum	S2 Magister Manajemen	1	
PJ Manajemen Mutu	Dokter	S1 Kedokteran	1	Tugas Rangkap
Unit Administrasi: Kasubag Tata Usaha	Umum	S1 Administrasi	1	
SIP			0	
Kepegawalan			0	
Rumah Tangga	Pekarya	SMA	3	
Administrasi Umum	Administrasi	SMA	2	
	Administrasi	S1 Hukum	1	
Administrasi Keuangan	Administrasi	S1 Akuntansi	1	
	Administrasi	D3 Kebidanan	1	
JKN	Bidan	D4 Kebidanan	1	Tugas Rangkap
BOK	Umum	Pekarya	1	Tugas Rangkap
PAD	Umum	S1 Akuntansi	1	
Upaya Kesehatan Masyarakat: UKM Esensial				
PJ UKM Esensial dan Perkesmas	Nutrisi	S1 Gizi	1	Tugas Rangkap
Promkes	Kesmas	S1 Kesehatan Masyarakat	2	
Kes. Lingkungan	Sanitarian	S1 Kesehatan Masyarakat	2	
KIA	Bidan	D3 Kebidanan	1	Tugas Rangkap
KB	Bidan	D3 Kebidanan	1	Tugas Rangkap
Perbaikan Gizi	Nutrisi	S1 Gizi	1	Tugas Rangkap
P2P	Perawat	S1 Keperawatan	1	
Perkesmas	Perawat	D3 Keperawatan	1	Tugas Rangkap
UKM Pengembangan				
PJ UKM Pengembangan	Nutrisi	S1 Gizi	1	Tugas Rangkap
Kes. Jiwa	Perawat	S1 Keperawatan	1	
Kes. Gigi Masyarakat	Dokter	S1 Kedokteran Gigi	1	Tugas Rangkap
Kes. Tradisional	Perawat	D3 Keperawatan	1	Tugas Rangkap
Kes. Olahraga dan Kerja	Sanitarian	S1 Kesehatan Masyarakat	1	Tugas Rangkap
Kes. Indera	Perawat	D3 Keperawatan	1	
Kes. Lansia	Bidan	D3 Kebidanan	1	Tugas Rangkap
Kes. Remaja	Bidan	D3 Kebidanan	1	Tugas Rangkap
UKP				
PJ UKP	Dokter Gigi	S1 Kedokteran Gigi	1	Tugas Rangkap
Pemeriksaan Umum	Perawat	S1 Keperawatan	1	
	Dokter	S1 Kedokteran	1	
		D3 Keperawatan	1	
Loket	Umum	S1 Akuntansi	1	
Rekam Medis	Umum	SMA	1	
		D4 Kebidanan	1	
Kes. Glut	Dokter	S1 Kedokteran Gigi	1	
KIA	Bidan	D3 Kebidanan	4	
KB	Bidan	D3 Kebidanan	1	
Gawat Darurat	Perawat	D3 Keperawatan	3	1 Tugas Rangkap
Gizi	Nutrisi	S1 Gizi	1	
Persalinan	Bidan	D3 Kebidanan	1	
Rawat Inap	Perawat	D3 Keperawatan	3	
Kefarmasian	Umum	Sekolah Menengah Umum	1	
Laboratorium		D3 Analis Kesehatan	1	
Jaringan & Jejaring				
PJ Jaringan & Jejaring	Bidan	D3 Kebidanan	1	Tugas Rangkap
Puskesmas Pembantu	Perawat	D3 Keperawatan	2	
Puskesmas Keliling		SMA	1	
Ponkesdes	Perawat	D3 Keperawatan	1	
Bidan Desa	Bidan	D3 Kebidanan	9	
Jejaring Fasyankes	Bidan	D3 Kebidanan	1	Tugas Rangkap
Lain-Lain				
Pramu Kebersihan	Pramu Kebersihan	SMA	2	
Petugas Keamanan	Petugas Keamanan	SMA	3	
Pengemudi	Pengemudi	SMA	1	



Berdasarkan data pada tabel 4.3 kualifikasi SDM Puskesmas Palengaan terdiri dari PNS 55,26% dan Kontrak 42,10%. Pegawai PNS dalam jangka waktu 5 tahun ke depan yang akan memasuki purna tugas sebesar 11,9%. Atas kondisi tersebut, maka diperlukan perencanaan pemenuhan kebutuhan pegawai PNS Puskesmas untuk menyeimbangkan beban kerja pegawai dimana hal tersebut mengakibatkan penumpukan tugas pada beberapa SDM pada Puskesmas Palengaan. Sementara itu, pegawai Kontrak adalah tenaga kontrak daerah, kontrak non kapitasi, dan kontrakBOK.

Dari Tabel 4.3 dapat diketahui bahwa sumber daya manusia di Puskesmas Palengaan mempunyai 18 tugas rangkap. Atas 18 tugas rangkap tersebut dirangkap oleh 10 orang. Atas kondisi tersebut Puskesmas Palengaan sangat membutuhkan tambahan tenaga 1 dokter umum, 19 perawat, 16 bidan, 1 nutrisionis, 1 tenaga apoteker dan/ tenaga teknis kefarmasian, 2 ahli teknologi laboratorium medik, 1 perekam medis, 1 tenaga sistem informasi kesehatan, 9 tenaga ketatausahaan, 2 pramu kebersihan, 1 petugas keamanan, dan 2 pengemudi untuk mengurangi beban rangkaptugas.

Dari hasil wawancara dengan beberapa petugas, SDM yang ada masih banyakyang merangkap tugas dalam memegang program sehingga terjadi tugas rangkap pada saat pelayanan kesehatan dilakukan, dimana 1 petugas tenaga kesehatan melakukan dua tugas atau lebih untuk meng-cover tugas yang kosong karena kekurangan tenaga. Seperti yang sering terjadi beberapa tugas Bidan Desa yang semula tugasnya melakukan pelayanan Kesehatan Ibu dan anak pada satu desa, disisi lain ada tugas yang lain untuk melakukan pelayanan Kesehatan Ibu



dan anak di Puskesmas Palengaan, hanya dilaksanakan oleh satu Tenaga kesehatan Bidan. Hal tersebut mengakibatkan tidak maksimalnya pelayanan yang dilakukan yang seharusnya, sehingga capaian indikator SPM Kesehatan rendah atau tidak mencapai target karena terjadi ketidak efisiensi waktu, biaya, dan tempat.

4.2.3 Sarana dan Prasarana Kesehatan

Berikut merupakan Sarana dan Prasarana yang dimiliki UPT Puskesmas Palengaan:

Tabel 4.4 Daftar Sarana dan Prasarana Puskesmas

No	Kelompok Sarana	APBD II	APBD I	APBN	Pinjam Pakai	TOTAL	KET
1	Tanah (m ²)						
	Puskesmas Induk	705	-	-	-	705	Milik Daerah
	Pustu Rek Kerrek	296	-	-	-	296	Milik Daerah
	Pustu Potoan Laok	-	-	-	240	240	Milik pribadi
	Pustu Larangan Badung	-	-	-	334	334	Milik pribadi
	Pustu Banyu Pelle	505	-	-	-	505	Milik Daerah
	Pustu Palengaan Daya	295	-	-	-	295	Milik Daerah
	Polindes Larangan Badung I	-	-	-	775	775	Milik pribadi
	Polindes Larangan Badung II	-	-	-	850	850	Milik pribadi
	Polindes Akkor	-	-	-	840	840	Milik pribadi
	Polindes Angsanah	-	-	-	900	900	Milik pribadi
	Polindes Potoan Daya	-	-	-	334	334	Milik pribadi



Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya

Repository	Polindes Banyu Pelle	-	-	-	690	690	Milik pribadi
Repository	Polindes Palengaan Daya I	-	-	-	288	288	Milik pribadi
Repository	Polindes Palengaan Daya II	-	-	-	300	300	Milik pribadi
Repository	Polindes Palengaan Daya III	-	-	-	100	100	Milik pribadi
Repository	Polindes Palengaan Daya IV	-	-	-	276	276	Milik pribadi
Repository	Ponkesdes Panaan	-	-	-	760	760	Milik pribadi
Repository	Ponkesdes Rombuh	-	-	-	243	243	Milik pribadi
Repository	2 Gedung dan Bangunan (m²)						
Repository	Puskesmas Palengaan	685	-	-	-	685	Kondisi baik
Repository	Pustu Rek Kerrek	84	-	-	-	84	Kondisi baik
Repository	Pustu Potoan Laok	-	-	-	180	180	Kondisi baik
Repository	Pustu Larangan Badung	-	-	-	119	119	Kondisi baik
Repository	Pustu Banyu Pelle	165	-	-	-	165	Kondisi baik
Repository	Pustu Palengaan Daya	251	-	-	-	251	Kondisi baik
Repository	Polindes Larangan Badung I	-	-	-	70	70	Kondisi baik
Repository	Polindes Larangan Badung II	-	-	-	530	530	Kondisi baik
Repository	Polindes Akkor	-	-	-	210	210	Kondisi baik
Repository	Polindes Angsanah	-	-	-	120	120	Kondisi baik
Repository	Polindes Potoan Daya	-	-	-	119	119	Kondisi baik
Repository	Polindes Kacok	-	-	-	120	120	Kondisi baik
Repository	Polindes Rek Kerrek I	-	-	-	153	153	Kondisi baik
Repository	Polindes Rek Kerrek II	-	-	-	220	220	Kondisi baik
Repository	Polindes Rek Kerrek III	-	-	-	135	135	Kondisi baik
Repository	Polindes Rek Kerrek IV	-	-	-	100	100	Kondisi baik
Repository	Polindes Palengaan Laok I	-	-	-	63	63	Kondisi baik
Repository	Polindes Palengaan Laok II	-	-	-	135	135	Kondisi baik
Repository	Polindes Banyu Pelle	-	-	-	120	120	Kondisi baik
Repository	Polindes Palengaan Daya I	-	-	-	108	108	Kondisi baik

Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya

Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya

Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya
Repository Universitas Brawijaya



Repository Universitas Brawijaya		Repository Universitas Brawijaya		Repository Universitas Brawijaya		Repository Universitas Brawijaya	
3	Peralatan dan Mesin (Jenis)						
	Alat Angkuran	-	12	-	-	12	10 motor dan 2 mobil
	Alat Kantor dan Rumah Tangga	-	493	-	-	493	
	Alat Kedokteran	-	439	-	-	439	
	Alat Laboratorium	-	48	-	-	48	
	Alat Studio	-	10	-	-	10	
	Alat Keamanan	-	4	-	-	4	Cctv
4	Jalan, Irigasi, dan Jaringan (m ²)						
	Jaringan Transmisi Tegangan Dibawah 100 KVA	-	1	-	-	1	Jaringan internet
	Jaringan Telepon Di atas Tanah Lain-lain	-	1	-	-	1	Jaringan telepon
	Instalasi air buangan domestik kapasitas kecil	-	1	-	-	1	IPAL
	Instalasi Pengamanan Penangkal petir	-	1	-	-	1	Alat Penangkal Petir
	Buku	-	-	-	-	-	
	Lukisan	-	-	-	-	-	
	Lambang Garuda	-	1	-	-	1	

Berdasarkan Tabel 4.6, sesuai dengan hasil wawancara peneliti dan observasi lapangan, Dari semua jaringan Puskesmas Palengaan, 4 berstatus milik daerah dan 21 milik pribadi. Bangunan 1 Puskesmas, 5 Pustu, 17 Polindes dan 2 Ponkesdes dalam keadaan terawat dan layak untuk menjalankan pelayanan yang optimal.

Begitu juga dengan peralatan baik medis maupun non medis di setiap instalasi dalam keadaan baik dan dapat dipergunakan sesuai dengan fungsinya, akan tetapi ada instalasi yang belum mendapatkan fasilitas peralatan medis yang lengkap.

Kendaraan yang dimiliki Puskesmas Palengaan khususnya 2 Ambulance dapat dipergunakan dengan baik untuk kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat, 10 sepeda motor yang digunakan oleh pegawai Puskesmas untuk menjalankan tugas masing – masing.



Menurut hasil wawancara dengan beberapa Dokter dan bidan, ada instalasi yang belum mendapatkan fasilitas peralatan medis yang lengkap atau keterbatasan alat kesehatan, terutama peralatan kedokteran lanjutan yang lebih spesifik yang diperlukan dalam proses pelayanan kesehatan lanjutan, seperti Kurangnya peralatan pemeriksaan Mata, sehingga hal tersebut menjadi kendala dalam pelayanan kesehatan. Selain itu juga terdapat Jenis sarana dan prasarana berupa Peralatan dan mesin yang relatif sering mengalami kerusakan seperti alat kantor dan rumah tangga, alat kedokteran, dan alat laboratorium. Hal tersebut disebabkan dikarenakan pemeliharaan yang kurang teratur, dan faktor pemakaian.

Selain itu, juga terdapat masalah dari segi lahan dan tata ruang. Menurut kepala Puskesmas Palengaan, Puskesmas belum memiliki zona merah dan ruang PPI (pencegahan dan pengendalian infeksi) yang memadai, dikarenakan Puskesmas memiliki lahan yang sempit sehingga tidak memungkinkan untuk menambah lokasi dan unit baru.

4.2.4 Keterbukaan Masyarakat

Pelayanan Kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat (Depkes RI, 2009).

Dalam penelitian ini penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh Puskesmas Palengaan kepada masyarakat di wilayah Kecamatan Palegaan.

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang akurat dan benar kepada masyarakat diperlukan diagnosis penyakit yang tepat sehingga input dari



pelayanan kesehatan dapat menghasilkan output berupa kesehatan yang optimal.

Maka dari itu diperlukan kerjasama masyarakat/pasien untuk terbuka akan penyakit yang sedang dialami sehingga dapat dilakukan diagnosis yang mendalam dan pendataan serta penanganan pelayanan kesehatan yang tepat.

Menurut hasil wawancara dengan pelaku penyelenggara pelayanan kesehatan, yaitu beberapa Dokter dan perawat di Puskesmas Palengaan, terdapat masalah yang cukup krusial dalam hal diagnosis penyakit yang sedang dialami oleh pasien.

Cukup sering ditemukan kasus di lapangan dimana pasien tidak ingin diperiksa oleh dokter dan bersifat non-koperatif dengan tujuan menutupi penyakitnya. Hal tersebut dilakukan karena penyakit yang dialami oleh pasien cukup aneh dan tidak biasa sehingga pasien merasa terasingkan oleh lingkungan sekitar apabila penyakit tersebut diketahui oleh Dokter ataupun orang lain. Salah satu contoh yang terjadi dilapangan adalah diagnosis penyakit pada indikator kinerja SPM yaitu pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang melemahkan daya tahan tubuh manusia, dimana orang yang terindikasi gejala virus HIV akan merasakan keterasingan dan malu jika penyakit tersebut diketahui oleh orang lain, maka pasien memilih untuk tidak koperatif.

Dengan pola perilaku masyarakat atau pasien tersebut, tentu akan menghambat dan mempengaruhi proses pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Dan berimplikasi pada capaian target indikator kinerja SPM bidang kesehatan secara teknis penyusunan data yang nantinya akan disajikan di laporan keuangan.



4.2.5 Kurang Optimal Hubungan Lintas Sektor

Partisipasi lintas sektor diluar sektor kesehatan sangat berperan dalam mendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan secara optimal. Peran dan kerja sama lintas sektor diharapkan menjadikan upaya pelayanan kesehatan berjalan lancar dan merata. Menurut hasil wawancara dengan Pemegang program UKM Puskesmas Palengaan, pertemuan lintas sektor sudah dilaksanakan demi didapatkannya *update* informasi dan sinkronisasi data berkaitan dengan kesehatan akan tetapi pertemuan tidak berjalan secara konsisten dan berkesinambungan. Selain itu informan lain mengatakan bahwa rapat koordinasi lintas sektor telah dijadwalkan akan tetapi tidak terlaksana. Hal tersebut disebabkan karena berbagai tanggung jawab dibebankan pada Puskesmas dengan kondisi tugas rangkap. Untuk mengetahui partisipasi lintas sektor tentang ketelibatan dalam pelayanan kesehatan, dari hasil wawancara mendalam bahwa diperoleh informasi dari beberapa informan mengatakan terlibat sebatas kegiatan koordinasi masih dilakukan pada saat terjadi kejadian luar biasa (KLB)/genting.

4.2.6 Keterbatasan Anggaran

Di dalam keperluan pertimbangan dan perencanaan alokasi biaya penyelenggaraan SPM kesehatan tahun 2021 oleh Puskesmas Palengaan maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan, pertama perlu diperhatikan seberapa besar sumber dana yang diperoleh Puskesmas Palengaan melalui proyeksi pendapatan dengan melihat besaran pendapatan pada tahun-tahun sebelumnya.

Sehingga perlu disajikan data proyeksi yang didapat oleh peneliti. Berikut merupakan proyeksi pendapatan Puskesmas Palengaan pada tahun 2021:

Tabel 4.5 Daftar UPT Puskesmas Kabupaten Pamekasan

No	Puskesmas	Pendapatan			Jumlah Pendapatan
		Kapitasi	Non-Kapitasi	Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)	
1	Puskesmas Pakong	1,300,000,000.00	470,000,000.00	688,270,000.00	2,458,270,000.00
2	Puskesmas Pasean	2,138,908,200.00	341,000,000.00	788,968,000.00	3,268,876,200.00
3	Puskesmas Pegantenan	2,355,181,000.00	374,819,000.00	563,910,500.00	3,293,910,500.00
4	Puskesmas Tampojung Pregi	1,253,937,300.00	238,000,000.00	549,890,000.00	2,041,827,300.00
5	Puskesmas Waru	2,049,127,200.00	332,485,400.00	575,005,000.00	2,956,617,600.00
6	Puskesmas Kadur	2,544,480,000.00	611,272,000.00	712,333,000.00	3,868,085,000.00
7	Puskesmas Palengaan	2,565,000,000.00	309,690,000.00	1,217,783,500.00	4,092,473,500.00
8	Puskesmas Proppo	2,585,520,000.00	561,561,000.00	784,881,000.00	3,931,962,000.00
9	Puskesmas Sopaaah	1,928,880,000.00	249,700,000.00	763,395,400.00	2,941,975,400.00
10	Puskesmas Talang	607,446,000.00	180,000,000.00	504,055,000.00	1,291,501,000.00

Pada setiap tahunnya, Puskesmas Palengaan memperoleh sumber dana dalam operasional pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pendapatan yang terdiri dari 3 sumber dana, yaitu Pendapatan Kapitasi, Pendapatan Non-Kapitasi, dan BOK (bantuan operasional kesehatan). Pendapatan Kapitasi adalah pendapatan yang diperoleh dari besaran pembayaran per bulan yang dibayar dimuka kepada Puskesmas oleh BPJS berdasarkan jumlah peserta terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Pendapatan Non-Kapitasi adalah besaran pembayaran yang dibayarkan oleh BPJS kepada Puskesmas atas pelayanan rawat inap dan pelayanan lain yang dibayar berdasar pengajuan klaim dari Puskesmas. Lalu pendapatan BOK adalah Bantuan Biaya Operasional Kesehatan non gaji untuk Puskesmas dan jaringannya serta UKBM dalam menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Promotif dan Preventif KIA-KB, Gizi, Imunisasi, Kesehatan Lingkungan, Promosi Kesehatan, dan



Pengendalian Penyakit untuk mempercepat pencapaian tujuan MDGs(Suhandi S. T., 2011).

Proyeksi Pendapatan Puskesmas Palengaan pada Tahun 2021 sebesar Rp. 4,092,473,500.00. Berikut rincian Sumber Dana Pendapatan Puskesmas Palengaan:

Tabel 4.6

Proyeksi Pendapatan Puskesmas Pakong Tahun 2021

No	Rincian Sumber Dana	2021
1	Pendapatan Kapitasi	Rp 2,565,000,000
2	Pendapatan Non-Kapitasi	Rp 309,690,000
3	Pagu Dana BOK	Rp 1,217,783,500
Total		Rp 4,092,473,500

Proyeksi tersebut didapatkan dengan memperlakukan pendapatan selama 3 tahun kebelakang, yaitu pendaptan pada tahun 2017, 2018, dan 2019 sebagai *baseline* dalam menentukan prognosa pendapatan pada tahun 2020. Sementara itu, Pendapatan pada tahun 2020 tidak digunakan sebagai *baseline* dikarenakan penelitian berlangsung pada bulan September 2020 sehingga data yang didapatkan belum final. Oleh sebab itu, dilakukan prognosa pada tahun 2020. Setelah dilakukan pada kenaikan pendapatan dari tahun ke tahun, didapatkan kesimpulan bahwa proyeksi pendapatan pada tahun 2021 dinaikkan sebesar 10% dari tahun sebelumnya, yaitu tahun 2020.



Dari Pendapatan sebesar Rp 4,092,473,500.00, Keperluan Biaya Penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan Sebesar Rp. 2,243,022,344.00 atau 54.81% dari Pendapatan Puskesmas Palengaan. Dari prosentase tersebut relatif cukup besar bagi Puskesmas mengingat anggaran perlu dialokasikan ke dalam operasional Puskesmas Palengaan seperti belanja pegawai, belanja barang dan jasa, maupun belanja modal.

Di dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasar indikator kinerja SPM Kesehatan, dibutuhkan suatu biaya karena tanpa adanya biaya suatu kegiatan tidak dapat berjalan. Proyeksi kebutuhan biaya riil dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasar indikator kinerja SPM Kesehatan, yang dihitung melalui mekanisme perhitungan berdasarkan standar Permenkes No. 4 Tahun 2019 Tentang Standar Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Disajikan sebagai berikut:

Tabel 4.7

Hasil Costing Pelayanan Dasar Standar Pelayanan Minimal Puskesmas Palengaan

Tahun 2021

No	Indikator	Fraksi Alokasi	2021
1	Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar		120,075,732.00
2	Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar		475,173,000.00
3	Setiap bayi baru lahir (BBL) mendapatkan pelayanan kesehatan neonatal esensial sesuai standar		75,336,612.00
4	Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar		289,004,000.00
5	Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar		79,168,000.00

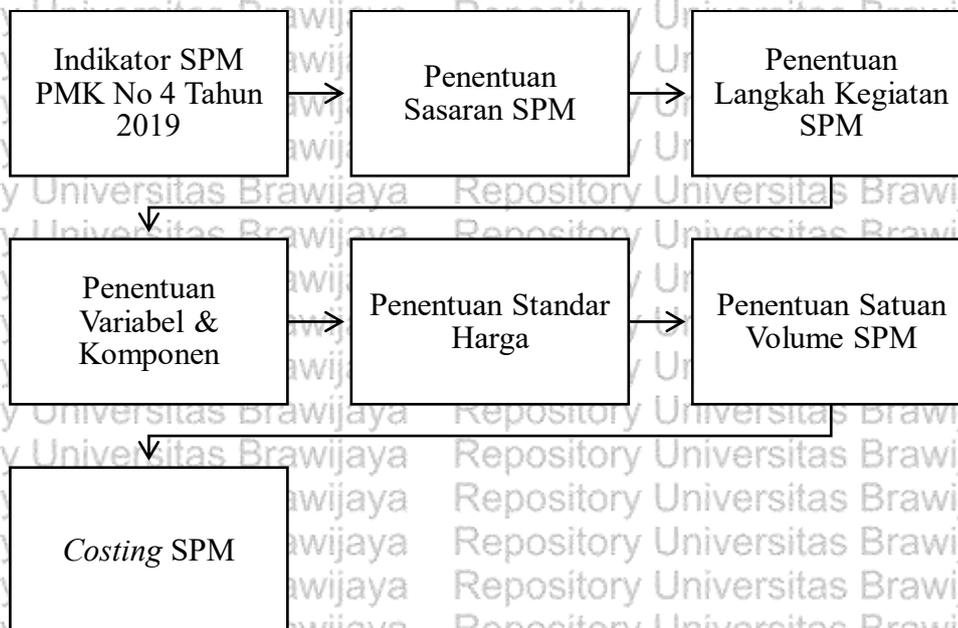


6	Setiap warga negara usia 15 tahun sampai 59 tahun mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	61,024,500.00
7	Setiap warga negara usia 60 tahun keatas mendapatkan pelayanan kesehatan usia lanjut sesuai standar	738,623,250.00
8	Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	21,655,000.00
9	Setiap penderita diabetes melitus (DM) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	51,023,750.00
10	Setiap orang dengan gangguan jiwa berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	77,972,500.00
11	Setiap orang terduga Tuberkulosis (TBC) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	88,046,500.00
12	Setiap orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar	165,919,500.00
Total		2,243,022,344.00

Rencana Strategis Puskesmas dibuat untuk jangka 5 (lima) tahunan dan diselaraskan dengan RPJMD Kabupaten. Sedangkan RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang merupakan penjabaran Renstra berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran Puskesmas. SPM digunakan sebagai acuan kerangka pembiayaan dalam Renstra khususnya dalam rangka penyediaan sumber daya dalam rangka pencapaian indikator kinerja output maupun mutu yang telah ditetapkan selama kurun waktu 5 (lima) tahun.

Pada awalnya, anggaran biaya untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasar indikator kinerja SPM kesehatan sudah ada dan sudah teralokasi yang dituangkan di dalam RBA (Rencana bisnis anggaran). Disisi lain, walaupun anggaran sudah ada, di dalam kenyataannya capaian indikator kinerja SPM

kesehatan yang telah dilaksanakan oleh Puskesmas Palengaan dari tahun sebelumnya masih rendah dan tidak mencapai target yang telah ditentukan. Oleh sebab itu peneliti mencoba memproyeksikan seberapa besar kebutuhan biaya riil dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasar indikator kinerja SPM Kesehatan, yang dihitung melalui mekanisme perhitungan berdasarkan standar Permenkes No. 4 Tahun 2019 Tentang Standar Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Sehingga hasil dari *Costing* biaya SPM kesehatan UPT Puskesmas Palengaan bisa menjadi ukuran dalam hal perencanaan pada tahun selanjutnya demi mewujudkan pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat. Berikut merupakan bagan metode/langkah *Costing* SPM yang digunakan oleh peneliti:



Gambar 4.2 : Metode/langkah *Costing* SPM

Indikator SPM sebagaimana yang telah tertuang di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 terdiri atas 12 indikator, yaitu sebagai berikut:



1. Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar.
2. Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar.
3. Setiap bayi baru lahir (BBL) mendapatkan pelayanan kesehatan neonatal esensial sesuai standar.
4. Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
5. Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
6. Setiap warga negara usia 15 tahun sampai 59 tahun mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
7. Setiap warga negara usia 60 tahun keatas mendapatkan pelayanan kesehatan usia lanjut sesuai standar.
8. Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
9. Setiap penderita diabetes melitus (DM) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
10. Setiap orang dengan gangguan jiwa berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
11. Setiap orang terduga Tuberkulosis (TBC) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.
12. Setiap orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.

Dari hasil wawancara serta dokumentasi yang dilakukan oleh peneliti kepada Kepala Bagian Perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan, Bapak Adi



menyatakan bahwa sebelum dilakukan perhitungan kebutuhan barang dan jasa dalam rangka pemenuhan SPM kesehatan, langkah pertama yang dilakukan adalah dengan menentukan sasaran pelayanan dasar SPM kesehatan, yaitu masyarakat di dalam wilayah kerja Puskesmas sebagai penerima pelayanan dasar SPM kesehatan dengan mengacu pada kriteria-kriteria kondisi masyarakat sesuai dengan Indikator SPM.

UPT Puskesmas Palengaan dalam hal ini menetapkan sasaran SPM Kesehatan berdasarkan data valid, riil, dan akuntabel seperti laporan, sistem informasi, dan data rekam medik.

Dari hasil wawancara serta dokumentasi yang dilakukan oleh peneliti kepada Kepala Bagian Perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan, Bapak Adi menyatakan bahwa sebelum dilakukan perhitungan kebutuhan barang dan jasa dalam rangka pemenuhan SPM kesehatan, langkah pertama yang dilakukan adalah dengan menentukan sasaran pelayanan dasar SPM kesehatan, yaitu masyarakat di dalam wilayah kerja Puskesmas sebagai penerima pelayanan dasar SPM kesehatan dengan mengacu pada kriteria-kriteria kondisi masyarakat sesuai dengan Indikator SPM.

UPT Puskesmas Palengaan dalam hal ini menetapkan sasaran SPM Kesehatan berdasarkan data valid, riil, dan akuntabel seperti laporan, sistem informasi, dan data rekam medik. Berdasarkan data hasil wawancara peneliti, berikut merupakan metode penetapan sasaran kegiatan pelayanan dasar SPM Kesehatan yang diterapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan.



Setelah diketahui dengan jelas sasaran dari kegiatan pelayanan dasar SPM Kesehatan, maka hal selanjutnya adalah mengetahui bagaimana langkah kegiatan pada setiap indikator SPM dipenuhi, atau bagaimana teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar, sehingga dapat diketahui dan dapat direncanakan, dijalankan, serta dievaluasi secara baik. Selain itu, langkah kegiatan perlu diketahui agar *Cost Driver* dapat diidentifikasi secara detail sehingga proses perhitungan Biaya Penyelenggaraan SPM dapat mencerminkan hasil perhitungan riil dan wajar.

Cost Driver adalah faktor-faktor yang menyebabkan perubahan biaya aktivitas (Islahuzzaman,2011:43). *Cost Driver* merupakan pemicu biaya yang digunakan untuk membebankan biaya ke aktivitas yang terjadi. *Cost Driver* merupakan suatu landasan penting dalam perhitungan biaya berdasarkan aktivitas.

Dengan mengidentifikasi setiap pemicu biaya di dalam langkah kegiatan pelayanan dasar SPM Kesehatan, diharapkan dapat tercapainya efisiensi, efektivitas, dan ekonomis.

Pengadaan berperan penting dalam pelaksanaan pembangunan Nasional dalam peningkatan pelayanan publik yang ada dan pengembangan perekonomian Nasional dan Daerah khususnya di dalam *costing* SPM Bidang Kesehatan pada Pemerintahan kabupaten Pamekasan sehingga diharapkan dapat terciptanya masyarakat yang sehat sebagai pelaku ekonomi. Pengadaan barang dan jasa memerlukan sebuah standar harga satuan barang dan jasa yang wajar, valid, mutakhir, dan jujur. Oleh sebab itu di dalam kegiatan standarisasi harga barang dan jasa yang dilakukan oleh Pemerintah kabupaten Pamekasan harus mewujudkan hal tersebut secara optimal dan bertanggung jawab.



Pemerintah Kabupaten Pamekasan dalam hal tersebut telah menstandarisasi harga dari Barang dan Jasa yang nanti akan digunakan sebagai dasar di dalam perencanaan pengadaan di dalam penganggaran Pemerintah Kabupaten Pamekasan dengan mengeluarkan Buku Standar Satuan Harga Barang/Jasa Pemerintah Kabupaten Pamekasan Tahun Anggaran 2020. Di dalam buku tersebut secara lengkap dan gamblang disebutkan semua nama barang dan jasa yang berkaitan dengan pendukung operasional Kepemerintahan Kabupaten Pamekasan dan harga yang telah disusun oleh Pemerintah Kabupaten Pamekasan beserta penggolongan jenis barang sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 19 Tahun 2016 tentang Pengelolaan Barang Milik Daerah.

Di dalam *Costing* SPM yang dilakukan oleh peneliti, terdapat 2 sumber data yang digunakan oleh peneliti sebagai acuan harga satuan barang maupun jasa dengan dasar sumber informasi wawancara dengan bagian perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan. Pertama adalah Peraturan Daerah Kabupaten Pamekasan Nomor 15 Tahun 2012 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan yang menyediakan informasi harga Biaya Jasa Pelayanan Kesehatan Pemerintahan Kabupaten Pamekasan. Dan yang kedua adalah Buku Standar Satuan Barang/Jasa Pemerintah Kabupaten Pamekasan yang ditetapkan oleh Kepala Daerah yang memuat informasi harga satuan barang yang diperlukan dalam kegiatan Pemerintahan Kabupaten Pamekasan. Selain itu, terdapat sumber lain yang dipakai oleh Pemerintah Kabupaten Pamekasan jika tidak terdapat informasi harga di dalam buku tersebut, yaitu *E-Catalog*. Katalog Elektronik (*E-catalog*) adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis



dan harga Barang/Jasa tertentu dari berbagai Peyedia Barang/Jasa Pemerintah (Peraturan Kepala Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah No. 14 Tahun 2015 Tentang *E-Purchasing*).

Pemerintah Kabupaten Pamekasan menggunakan standar harga dengan menyusun Buku Standar Satuan Harga Barang/Jasa sebagai acuan harga barang/jasa dan menggunakan Katalog Elektronik di karenakan pada dasarnya terdaat perbedaan diantara keduanya. Buku Standar Satuan Harga Barang/Jasa merupakan buku yang disusun berdasarkan data harga riil dari hasil survei lapangan pada Kabupaten Pamekasan pada waktu tertentu, dengan harga naik mengikuti faktor faktor ekonomi pada Daerah Kabupaten Pamekasan, yaitu Nilai tukar (kurs), Peristiwa Besar (inflasi), Bahan Bakar Minyak (BB), Kebijakan Pemerintah, Keuangan Produk, dan *supply and demand*. Artinya, buku tersebut disusun dalam tingkat Kabupaten sesuai dengan kondisi riil yang ada. Sementara itu, menurut Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Nomor 11 Tahun 2018 Tentang Katalog Elektronik, Katalog Elektronik adalah sistem informasi elektronik yang memuat informasi berupa daftar, jenis, spesifikasi teknis, Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN), produk dalam negeri, Produk Standar Nasional Indonesia (SNI), produk industri hijau, negara asal, harga, penyedia, dan informasi lainnya terkait barang dan jasa. Berikut merupakan gambaran penentuan standar harga barang dan jasa yang dipakai oleh peneliti sebagai berikut:



Gambar 4.3: Penentuan Pemakaian Standar Harga Barang dan Jasa

Costing SPM merupakan proses perhitungan biaya dengan langkah kegiatan pelayanan dasar SPM Kesehatan sebagai pemicu biaya (*cost driver*). Maka dari itu untuk menentukan standar harga barang/jasa yang dipakai, diperlukan identifikasi uraian belanja pada setiap langkah kegiatan di dalam Indikator pelayanan dasar SPM Kesehatan. Berikut merupakan hasil dari identifikasi belanja barang/jasa di dalam langkah kegiatan yang diperlukan di dalam penentuan Standar Harga yang tepat guna perencanaan.

Costing Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan adalah penghitungan kebutuhan pembiayaan pelayanan kesehatan dasar untuk memenuhi jenis dan mutu pelayanan sesuai standar minimal bagi penerima layanan menurut siklus hidup manusia (KOMPAK). Perhitungan pembiayaan Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal memerhatikan berbagai sumber pembiayaan agar tidak terjadi duplikasi anggaran (Permenkes No. 4 Tahun 2019 Pasal (5)). Dengan memerhatikan sumber dana UPT puskesmas, yang terdiri dari dana Kapitasi,



dana Non-Kapitasi, dan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), maka diharapkan alokasi biaya penyelenggaraan pelayanan dasar tidak mencantumkan satu jenis belanja ke dalam dua alokasi dana atau pun lebih, sehingga pembiayaan tidak terjadi duplikasi anggaran.

Di dalam penelitian ini, peneliti melakukan perhitungan biaya penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Pada UPT Puskesmas Palengaan. Dalam Proses *Costing* Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, setelah diketahui langkah kegiatan di dalam setiap indikator, maka selanjutnya perlu diketahui volume barang dan jasa setiap langkah kegiatan yang diperlukan di dalam indikator SPM sehingga perhitungan biaya pada setiap indikator SPM Bidang didapatkan perhitungan riil dan wajar sesuai dengan kebutuhannya.

Dari Pendapatan sebesar Rp 4,092,473,500.00, Keperluan Biaya Penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan Sebesar Rp. 2,243,022,344.00 atau 54.81% dari Pendapatan Puskesmas Palengaan. Dengan melihat biaya yang diperlukan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada SPM kesehatan, sehingga dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam perencanaan dan penganggaran.



BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan yang sudah dilakukan dapat ditarik kesimpulan bahwa Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas Palengaan belum optimal yang dapat dilihat dari beberapa capaian masih rendah dan belum mencapai target SPM kesehatan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 yaitu dengan target sebesar 100% (seratus persen). Hal tersebut disebabkan oleh beberapa hal yaitu kekurangan Sumber Daya Manusia, banyaknya tugas rangkap pada Puskesmas, masyarakat yang tertutup, hubungan lintas sektor yang tidak optimal, dan keterbatasan anggaran sehingga hal tersebut menjadi kendala terutama di dalam proses pelayanan kesehatan.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini memiliki keterbatasan. Berdasarkan pada pengalaman langsung dalam proses penelitian oleh peneliti, ada beberapa keterbatasan yang dialami dan dapat menjadi beberapa sebab untuk diperhatikan bagi peneliti yang akan datang dalam menyempurnakan penelitiannya karena penelitian ini sendiri memiliki kekurangan yang perlu diperbaiki kedepannya. Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



1. Adanya keterbatasan kontak langsung dengan responden karena pandemik Covid-19.
2. Dalam proses pengambilan data, informasi yang diberikan responden melalui wawancara terkadang tidak menunjukkan pendapat responden yang sebenarnya, hal ini terjadi karena kadang perbedaan pemikiran, anggapan dan pemahaman yang berbeda tiap responden, juga faktor lain seperti faktor kejujuran.
3. Keterbatasan waktu penelitian yang hanya dilakukan selama 3 bulan.

Berdasarkan Hasil Penelitian dan Kesimpulan di atas, maka berikut merupakan saran yang dapat diajukan, sebagai berikut:

1. Sebagai Puskesmas yang memiliki fungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan, sudah seharusnya penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan diprioritaskan, baik dari Prioritas Anggaran, maupun Prioritas Pelaksanaan secara Teknis, agar secara minimal seluruh warga negara yang berkaitan mendapatkan pelayanan dasar kesehatan, selain itu SPM juga merupakan instrumen dalam membangun kesehatan Nasional secara menyeluruh.
2. Dilakukan pengelolaan SDM secara efektif dan efisien, dimana dilakukannya identifikasi lebih lanjut dan pembagian tugas secara jelas dan merata dengan kondisi SDM yang ada untuk tujuan efektifitas. Selain itu, perencanaan SDM yang matang dengan tujuan penghematan anggaran juga diperlukan untuk kedepan. Artinya didalam merekrut pegawai selain mempertimbangkan hasil analisis beban kinerja, juga diperlukan



melakukan pengamatan tugas-tugas secara riil lapangan untuk mempertimbangkan jumlah kebutuhan pegawai yang efisien.

3. Perlunya dilakukan klasifikasi dan identifikasi secara detail pada sarana dan prasarana berkaitan dengan informasi ketahanan, perawatan, dan umur ekonomis aset-aset untuk ditindaklanjuti dalam pemakaian dan perawatan yang benar dan aman melalui pembuatan SOP.

4. Perlunya pembuatan program-program inovasi untuk mendukung dalam mencapai target indikator kinerja SPM Kesehatan.

5. Sosialisasi harus dilakukan secara konsisten dan berkesinambungan baik oleh Kepala Puskesmas maupun pemerintah berkenaan dengan kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan agar pelaksana program dapat memahami secara menyeluruh dan melaksanakan pelayanan kesehatan pada indikator kinerja SPM Kesehatan secara maksimal sesuai dengan target yang hendak dicapai.



DAFTAR PUSTAKA

Eliana, Sumiati S. (2016). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta Selatan: Badan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan.

Ali B. P., Siahaan M. G. R., Solikha A. D., Wikanestri I., Ardhiantie, Entos, ...

Fitria A. (2017). Penguatan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas.

Jakarta Pusat: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputusan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas.

Notoatmojo S. (2003). *Ilmu dan seni kesehatan masyarakat*. Jakarta: Rineka Cita.

Ariyadi H., Purjanto A. K., Krishnajaya, Taufiq (n.d). Panduan penyusunan standar pelayanan minimum puskesmas untuk menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah. (n.d): Kementerian dalam negeri direktorat jenderal keuangan daerah.

Laksono D. A., Wasito B., Sopacua E., Maryani H., Handayani L., Ristrini, Suharmiati (2010). *Standar pelayanan minimal kesehatan*. Surabaya: Health Advocacy Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.

Munadhir (2017). *Ekonomi Kesehatan*. Makassar: (n.d).

Kemitraan Pemerintah Australia – Indonesia Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan (n.d). Model perhitungan pembiayaan Standar Pelayanan Minimal (terpenuhinya perhitungan pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis kepulauan dalam perencanaan anggaran daerah).

Diakses dari



<https://www.kompak.or.id/id/download/188/Keberhasilan%20Model%20Pembangunan%20-%20Costing%20SPM%20Kab%20Pangkep.pdf>.

Badan Pusat Statistika Kabupaten Pamekasan (2020). Kabupaten Pamekasan dalam angka. Pamekasan: Badan Pusat Statistika Kabupaten Pamekasan.

Said A. R. A. (2020). Pembagian kewenangan Pemerintah Pusat-Pemerintah Daerah dalam otonomi daerah seluas-luasnya menurut UUD 1945. *Jurnal ilmu hukum*. 9(4), 577-602.

Heryana, A. (2019). Konsep Biaya: Aplikasi pada Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Dokumen Pribadi

Siriyei I & Wulandari D. R. (2013). Faktor determinan rendahnya pencapaian cakupan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan di Puskesmas Mojo Kota Surabaya. *Jurnal administrasi kesehatan Indonesia*. 1(3). 244-251.

Sandiata B. S. (2013). Perlindungan hukum hak mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah. *Jurnal hukum administrasi*. 1(2). 187-194.

Yanuar Z. (2014). Implementasi *E-Costing* SPM kesehatan pada Puskesmas (studi kasus pada Puskesmas Ngrambe Kabupaten Ngawi). *Jurnal akuntansi*. 3(1).

Saputra R. D. & Suranto (2014). Implementasi Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan di RSUD Kota Baubau. *Jurnal ilmu pemerintahan dan kebijakan publik*. 1(2).



A. Rengga, "STUDI IMPEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN DASAR DI KOTA MAGELANG," FORUM, vol. 40, no. 1, pp. 12-20, Apr. 2012. [Online].

Hariyadi M., Hendrartini J., & Budiarto A. M. (2015). Analisis pembiayaan kesehatan program kesehatan ibu dan anak (KIA) berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Kabupaten Nunukan. *Jurnal kebijakan kesehatan Indonesia*. 4(3). 80-89.

Kushandajani (2004). Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan peningkatan pelayanan publik di era otonomi daerah. *Jurnal ilmu administrasi dan kebijakan publik*. 1(2). 280-289.

Setiaji B. (n.d). Analisis biaya (*Costing*) dalam peningkatan upaya kesehatan masyarakat (UKM). Diakses dari *website* pppkmi: <http://pppkmi.org/v1/index.php/unduh/category/1-bahan-seminar-p2kb-pppkmi?download=1:costing-promkes-bambang-setiaji>.

Primadi O. (n.d). Implementasi & penganggaran SPM kesehatan (fokus pada isu prioritas). Diakses dari *website* dinkes kalbarprov:<https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/IMPLEMENTASI-PENGANGGARAN-SPM-KESEHATAN-FOKUS-PADA-ISU-PRIORITAS.pdf>

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah. Diakses dari <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38685/uu-no-23-tahun-2014>.



Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah nomor 11 tahun 2018 tentang Katalog Elektronik. Diakses dari

<https://jdih.lkpp.go.id/regulation/peraturan-lkpp/peraturan-lkpp-nomor-11-tahun-2018>.

Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 100 tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Diakses dari

<https://www.kemendagri.go.id/arsip/detail/10596/permendagri-no-100-tahun-2018>.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Diakses dari

<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/113091/permenkes-no-43-tahun-2016>.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Diakses dari

<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Download/129900/Permenkes%20Nomor%2043%20Tahun%202019.pdf>.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal

Bidang Kesehatan. Diakses dari

<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/111713/permenkes-no-4-tahun-2019>.

