

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**5.1 Penyajian Data****5.1.1 Implementasi Permenkes Nomor 43 tahun 2016**

Implementasi SPM seharusnya memperkuat sisi promotif dan preventif sehingga diharapkan akan ber-*impact* pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Langkah-langkah yang harus dilakukan untuk implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan, yaitu: (a) *mapping* kemampuan Kabupaten/Kota: sarana, prasarana, alat, tenaga dan uang/biaya; (b) strategi pencapaian SPM dengan pengintegrasian dan sinkronisasi target capaian SPM bidang kesehatan ke dalam dokumen perencanaan; dan (c) pembinaan dan pengawasan dengan koordinasi implementasi SPM bidang kesehatan tingkat provinsi oleh Gubernur. Namun dalam indikator capaiannya belum mencerminkan upaya preventif dan promotif, karena masih memakai data capaian seberapa banyak sasaran yang menerima pelayanan kuratif, dengan nilai target capaian tertinggi adalah 100% ini artinya capaian yang dinilai terbaik justru kelompok sasaran yang berhasil diobati sebanyak-banyaknya.

Sesuai dengan UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah, indikator capaian SPM tingkat Kabupaten/Kota diatur dalam 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan sedangkan untuk tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota termuat dalam Permendagri 32/2017 tentang Penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2018. Dimana arah kebijakan pembangunan daerah berpedoman pada SPM, dalam penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) Tahun

2018, Gubernur dan Bupati/Walikota menggunakan target dan capaian SPM bidang kesehatan sebagai acuannya. Perencanaan capaian SPM untuk tingkat Provinsi: 1) Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi, dan 2) Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi. Sedangkan untuk tingkat Kabupaten/Kota, terdiri dari 12 (dua belas) jenis pelayanan dasar, yaitu: pelayanan kesehatan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, balita, usia pendidikan dasar, usia produktif, usia lanjut, penderita hipertensi, penderita diabetes melitus, orang dengan gangguan jiwa berat, orang terduga tuberculosi dan orang dengan resiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

Berpedoman pada kebijakan tersebut, maka dalam penelitian ini menggali tentang aspek komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi dalam pencapaian tujuan kebijakan tersebut di lingkup Biro Pemotda Dan Kerjasama Dan Kerjasama, dalam upaya penerapan SPM bidang kesehatan. Sebagaimana dikatakan oleh (WP, 58 th), salah seorang informan di Biro Pemotda Dan Kerjasama, sebagai berikut:

“Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah melalui Biro Biro Pemotda Dan Kerjasama dalam rangka pencapaian SPM bidang kesehatan masih belum optimal. Selain SPM bidang kesehatan baru menjadi indikator SPM provinsi mulai tahun 2014, karena dulu adalah target dari Kab/Kota. Dan untuk pembinaan dan pengawasan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, kemudian dilaporkan ke kami. Memang belum banyak tindakan dari kami untuk SPM yang bukan indikator provinsi, selain memberikan pelatihan untuk semua bidang SPM (15 bidang) dengan pendanaan dari Pusat (APBN) untuk seluruh Kab/Kota dan OPD pengampu SPM dan menerima laporannya”. (Wawancara, Juli 2017).

Mengacu pada arahan kebijakan di tingkat nasional dan juga implementasi kebijakan SPM bidang kesehatan, seharusnya Biro Pemotda Dan Kerjasama juga melakukan pembinaan dan pengawasan melalui instansi

koordinator SPM bidang kesehatan di tingkat Provinsi yaitu Dinas Kesehatan, sehingga dapat diketahui dan dianalisa aspek yang menjadi penghambat dalam upaya penurunan AKI dan AKB. Kemudian dapat diambil tindakan, yaitu peningkatan kualitas pelayanan dan data tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak. Kemudian dalam lingkup penataan sistem keuangan daerah, disajikan data tentang perencanaan dan penganggaran daerah, pengadaan barang dan jasa, pendapatan daerah, dan penatausahaan keuangan daerah. Sehingga sesuai dengan tujuan kebijakannya yaitu untuk memberikan kemudahan pada pemerintah daerah dalam menyusun perencanaan pencapaian SPM bidang kesehatan.

Implementasi SPM bidang kesehatan melalui Permenkes 43/2016 adalah implementasi yang bersifat *top-down*, dimana kebijakan SPM kesehatan ini adalah Program Strategis Nasional dan ditetapkan oleh pejabat Pemerintah Pusat, yaitu Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan. Mengasumsikan bahwa apa yang sudah diputuskan adalah alternatif terbaik, dan agar mencapai target SPM maka kontrol administrasi dalam pengimplementasian adalah mutlak. Implementasi dapat berhasil tergantung pada keterkaitan antara berbagai pihak sesuai hirarki birokrasi: (1) Pemerintah Pusat dalam hal ini adalah Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan, (2) Pemerintah Provinsi dalam hal ini OPD Provinsi pengampu SPM (Biro Pemotda, Dinas Kesehatan, Bappeda Provinsi Jawa Tengah), (3) Pemerintah Kabupaten/Kota dalam hal ini Setda dan Dinas Kesehatan, (4) DPRD Provinsi/Kabupaten/Kota, serta (5) Pihak lainnya yang membantu proses penerapan dan pencapaian SPM kesehatan, misalnya lembaga swadaya masyarakat, lembaga kerjasama internasional dan lain-lain yang terlibat dalam implementasi.

Urgensi dan mekanisme terkait monitoring dan evaluasi penerapan dan pencapaian SPM di daerah telah diatur dalam peraturan perundangan terkait SPM. Dalam pasal 15, Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan SPM disebutkan bahwa: 1) Pemerintah melaksanakan monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM oleh Pemerintahan Daerah dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat, 2) Pemerintah Pusat melakukan monitoring dan evaluasi untuk pemerintahan daerah provinsi, dan 3) Gubernur sebagai wakil pemerintah di daerah melakukan monitoring dan evaluasi untuk pemerintahan kabupaten/kota. Dimana mekanisme pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja penerapan dan pencapaian SPM dilakukan mengikuti tahapan dan tata cara pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan daerah.

Pembinaan dan pengawasan yang selama ini dilakukan oleh Biro Pemotda adalah dengan fasilitasi dan pendampingan dan monitoring evaluasi ke 35 Kab/Kota. Disampaikan oleh (WP, 58 th) pada saat monev, Biro Pemotda akan berkunjung ke Setda Kab/Kota, dimana Bagian yang ditunjuk sebagai koordinator SPM akan mengumpulkan semua OPD di wilayahnya untuk melaporkan dan berkonsultasi dengan Biro Pemotda yang didampingi oleh LPPSP selaku konsultan SPM Provinsi Jateng. Setiap tahun Biro Pemotda juga mengadakan Rakor khusus untuk penyusunan Laporan tahunan SPM, hal ini ditujukan untuk menyamakan persepsi mengenai capaian isi laporan dan sekaligus untuk evaluasi dan pembinaan ke daerah

Untuk pembinaan dan pengawasan pemerintah Pusat selama ini dilaksanakan Kementerian Dalam Negeri, saat ini ada perubahan, dimana sebelum terbit UU 23/2014, koordinator pelaksanaan SPM adalah Direktorat

Jenderal Otonomi Daerah, kemudian sekarang menjadi tanggung jawab Ditjen Pembangunan Daerah pada Bidang Perencanaan belum ditunjuk bidang khusus pengkoordinasian SPM, sehingga membutuhkan penyesuaian di segala aspek. Disampaikan oleh Ibu (SS, 56th) bahwa waktu diampu Ditjen Otda, pembinaan dan pengawasan SPM dibagi dalam 2 Unit Pemerintahan Daerah (UPD), termasuk juga urusan SPM. Yang menjadi permasalahan adalah, kedua UPD tersebut menggandeng 2 (dua) konsultan yang berbeda, sehingga membingungkan pelaksanaan SPM di daerah. Karena konsekuensinya, konsultan tersebut akan menggunakan metode berupa form template yang berbeda pula. Hal ini yang membebani daerah dengan banyaknya model form yang harus diisi, yang kadang-kadang data yang harus diisi adalah data yang sama. Tidak hanya sampai disitu, konsultannya pun beberapa kali berganti, sehingga pemerintah daerah, diundang dan mendapat sosialisasi lagi dengan model yang berbeda pula.

Sampai sekarang, Ditjen Bangda Kemendagri belum menerbitkan Peraturan Pemerintah terkait pelaksanaan SPM di daerah. Hal ini yang juga mempersulit koordinasi Biro Pemotha kepada OPD pengampu SPM, kata Bapak (WP, 58th). OPD pengampu SPM baik di tingkat Provinsi maupun Kab/Kota sesuai UU Pemerintahan Daerah terakhir adalah sama yaitu 6 urusan, ini sangat berbeda dibanding regulasi sebelumnya dimana Provinsi hanya mengampu 9 urusan SPM dan Kab/Kota mengampu 15 urusan SPM. Banyak perubahan yang terjadi, namun regulasi sampai saat ini belum jelas. Walaupun Kemendagri sudah menyampaikan bahwa pelaksanaan SPM sudah langsung jadi satu dengan mekanisme penganggaran di daerah sesuai yang tertuang dalam Permendagri 32/2017 tentang Penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Daerah

tahun 2018 dan Permendagri 33/2017 tentang Pedoman Penyusunan APBD tahun Anggaran 2018. Dimana SPM adalah dasar penyusunan anggaran tahun 2018. Sosialisasi kepada masyarakat mengenai SPM terdapat pada Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (ILPPD) yang dimuat pada media cetak.

5.1.1.1 Komunikasi pada Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

Variabel pertama yang mempengaruhi keberhasilan implementasi menurut Edward III adalah komunikasi. Komunikasi, menurutnya sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik. Implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan, memahami target dan tujuan kebijakan. Selain itu, kebijakan yang dikomunikasikan pun harus tepat, akurat, dan konsisten. Komunikasi (atau pentransmisian informasi) diperlukan agar para pembuat keputusan dan para implementor akan semakin konsisten dalam melaksanakan setiap kebijakan yang akan diterapkan dalam masyarakat.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada Sub Bagian Urpem dan SPM Biro Pemotda Setda Prov Jateng (WP, 58 th) selaku koordinator pelaksanaan SPM di Jawa Tengah, disampaikan bahwa pemahaman aparatur tentang SPM khususnya SPM kesehatan masih belum optimal:

“Setahu saya kurang optimalnya pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Jawa Tengah dikarenakan seluruh Kab/Kota belum memahami Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan sebagaimana dalam Permenkes 741/2008 maupun Permenkes terbaru yaitu Permenkes 46/2016. Pengampu SPM Bidang Kesehatan di tingkat propinsi adalah Dinkes Prov. Padahal kami sudah melakukan beberapa hal, diantaranya adalah :

- 1) Adanya kebijakan dari Pemerintah Provinsi Jawa Tengah untuk mengintegrasikan SPM kedalam dokumen perencanaan dan penganggaran pada program prioritas dalam RKPD;
- 2) Adanya konsultan dalam hal ini LPPSP yang mendampingi Provinsi Jawa Tengah dalam implementasi SPM dan ada juga konsultan yang ditunjuk langsung oleh Kemendagri untuk mendampingi seluruh provinsi di Indonesia;
- 3) Adanya Kebijakan dari Biro Pematda dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah untuk memberikan pelaporan kepada Dinas tentang target capaian SPM bidang kesehatan berdasarkan Permendagri 6/2007;
- 4) Fasilitasi dan pendampingan yang rutin kami laksanakan setiap tahunnya pada 3 (tiga) sampai dengan 4 (empat) Kab/Kota terbaik dan terjelek capaiannya sebagai bentuk pembinaan dan pengawasan dari Gubernur.

Kondisi ini seharusnya sudah cukup untuk menjadikan SPM kesehatan dapat terlaksana dengan baik”.

Sedangkan menurut informan (IS, 40 th) dari Dinas Kesehatan Provinsi Bagian Manajemen Informasi (MI), selaku pengumpul dan pengolah seluruh data kesehatan termasuk SPM di Jawa Tengah, mengatakan:

“Yang mempengaruhi terhambatnya pelaksanaan SPM terutama di pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah tingkat pemahaman yang belum sama antara pembuat kebijakan dan pelaksana di daerah tentang definisi operasional dan konsekuensi dari target yang telah ditentukan. Artinya mbak kalo penyebut dan pembilang harus mencapai target maka kegiatan yang kita laksanakan harus mendukung pencapaian target pada sasaran yang telah ditentukan (penyebut dan pembilang)”.

Sebatas itu saja, SPM kesehatan Ibu dan Anak dilaksanakan, seharusnya ditelusur lebih jauh akar permasalahannya, tidak hanya sekedar memenuhi target capaian indikatornya. Pemahaman tentang SPM tidak hanya harus dikuasai oleh instansi pengampu SPM saja, dibutuhkan pemahaman semua pihak dari Kepala Daerah hingga pelaksana dan penerima layanan di daerah. Di Bidang MI tersebut, hanya menerima laporan dari seluruh OPD bidang kesehatan Kab/Kota dan bidang-bidang baik laporan secara fisik maupun online. Dan selama ini belum ada mekanisme verifikasi, validasi apalagi sampai tahap analisis. Analisa masih pada taraf deskripsi saja, dimana menurut infroman IS,

seharusnya dari masing-masing yang melaporkan sudah dengan uraian analisisnya.

Pemahaman SPM kembali dikonfirmasi ke RS Tugu Provinsi Jawa Tengah, peneliti menanyakan kepada Kepala Seksi Perencanaan Dan Program Ibu (EN, 47 th), beliau menyatakan bahwa selama ini RS hanya melaporkan sesuai data yang diminta dari Dinas Kesehatan Kota Semarang. Untuk laporan SPM bukan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi, tapi ke Dinas kesehatan sesuai dengan lokus RS yang bersangkutan. SPM sendiri diungkapkan oleh beliau:

“SPM sesuai Permenkes 43/2016 kan tidak ada yang SPM RS mba. Jadi kami beserta tujuh RS Provinsi mempunyai SPM sendiri, yaitu SPM khusus RS. Untuk yang SPM Permenkes itu, kami hanya melaporkan sesuai yang data yang diminta dari Dinas Kesehatan Kota Semarang. Selanjutnya baru dari Dinas Kesehatan Kota nanti akan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi mba. Kami selalu melaporkan.”

Kemudian peneliti menanyakan apakah ada sosialisasi dari Dinas Kesehatan Provinsi selaku pembina RS provinsi, (EN, 47 th) menjawab “selama ini belum ada sosialisasi SPM dari Dinas Kesehatan Provinsi terkait penyusunan perencanaan SPM Kesehatan.” Hal ini terjadi karena kedudukan RS yang sejajar dengan Dinas Kesehatan Provinsi, yang hanya berkoordinasi saja, namun koordinasi pun belum berjalan dengan baik. Hampir bisa dikatakan bahwa koordinasi antara 2 institusi ini belum berjalan dengan lancar.

Padahal menurut Edward III terdapat tiga indikator yang dapat dipakai dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi yaitu:

- (a) Transmisi; penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali yang terjadi dalam penyaluran komunikasi adalah adanya salah pengertian (*miss communication*).

Peningkatan pemahaman bagi pelaksana SPM telah diamanatkan oleh Kementerian Dalam Negeri melalui surat edaran Nomor 100/1023/SJ yang dikeluarkan tanggal 26 Maret tahun 2012 tentang Percepatan Penerapan dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Di daerah. Dalam SE tersebut disebutkan bahwa setiap daerah wajib memberikan sosialisasi dalam rangka meningkatkan pemahaman pelaksana SPM. Berbagai kegiatan dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Subbag Urpem dan SPM dalam rangka meningkatkan pemahaman pelaksana SPM (WP, 58 th) menyampaikan bahwa:

“Semua OPD pengampu SPM termasuk Dinas Kesehatan di seluruh Kab/Kota mendapatkan berbagai kegiatan pelatihan, fasilitasi dan pendampingan baik dari Biro Pematda Setda Provinsi Jawa Tengah dan LPPSP (Pendamping dari Jateng). Fasilitasi dan pendampingan cukup intens dilakukan oleh LPPSP dari segi pemahaman SPM sampai ke cara menghitung kebutuhan biaya. Sampai dengan hari ini yang dipahami oleh OPD masih terjadi perbedaan persepsi pada Permenkes 43/2016 dan belum dipahami oleh semua bidang terutama yang menangani kesehatan ibu dan anak. Yang terakhir kami menyelenggarakan Rakor Evaluasi Laporan SPM Dan Sosialisasi SPM Berdasarkan UU 23/2014 Tentang Pemerintahan Daerah pada 30 – 31 Mei 2017 kemarin di Hotel Grand Edge Semarang”.

Peneliti menanyakan kepada Bagian Kesehatan Keluarga Dan Gizi dengan (RS, 46 th) Dinas Kesehatan Provinsi tentang bagaimana sosialisasi yang dilaksanakan Dinas Kesehatan Provinsi untuk menurunkan AKI dan AKB yang berpedoman pada indikator dalam Permenkes 43/2016 terutama indikator nomor 1 sampai dengan 4. Jawabannya sama dengan Bagian MI, bahwa sosialisasi masih sebatas dari Kemenkes dan dari Biro Pematda, belum ada sosialisasi yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan sendiri terkait SPM, karena memang semua indikator ditangani oleh masing-masing bidang, dan belum ada unit khusus untuk mengkoordinasikan semua data terkait capaian SPM bidang kesehatan. Selanjutnya peneliti berusaha

menggali informasi ke beberapa Puskesmas di Kab/Kota, untuk menanyakan apakah sudah mendapatkan sosialisasi dari Dinas Kesehatan Provinsi terkait pelaksanaan Permenkes 43/2016. Diperoleh informasi dari tiga puskesmas di tiga Kab/Kota via telepon yaitu Kabupaten Pati, Brebes dan Boyolali, bahwa belum ada sosialisasi dari Dinkes Provinsi. Sehingga puskesmas sebagai ujung tombak pelaksanaan SPM kesehatan masih dengan pemahaman bahwa target capaian SPM harus 100% setiap tahun, tanpa mengetahui bahwa capaian tersebut harus disesuaikan dengan kemampuan daerah yaitu dengan pentahapan atau memilih sesuai kemampuan pada jenis pelayanan, mutu pelayanan, sasaran, dan lokus tertentu. Mereka menyatakan sangat berat jika harus mencapai target tersebut.

Penulis juga menanyakan ke bagian MI (IS, 40 th), tentang pentahapan pencapaian target SPM kesehatan, dijawab “berat mba target SPM yang baru ini, karena harus mencapai 100% setiap tahun”, penulis menjelaskan bahwa target tersebut bisa disesuaikan dengan kemampuan daerah, sehingga penulis dan informan membaca bersama-sama isi dari Permenkes 43/2016, namun informan tetap pada pemahamannya tentang target 100% yang memberatkan tersebut. Informan menjawab lagi, bahwa “di Kab/Kota taunya juga itu mba, harus 100% capaiannya”, sesuai dengan hasil penelusuran peneliti di atas.

Sesuai dengan SE Mendagri Nomor 100/1023/SJ pada 26 Maret 2012, Gubernur dan Bupati/Walikota dalam rangka percepatan penerapan dan pencapaian SPM, diharapkan yang pertama yaitu melakukan sosialisasi kepada seluruh jajaran DPRD dan OPD serta pemangku kepentingan terkait kebijakan penerapan SPM di dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah.

Dari hasil wawancara dengan Kasubbag Urpem dan SPM, diperoleh data bahwa selama ini untuk sosialisasi kepada DPRD bersamaan dengan proses penyusunan APBD, karena pada saat tersebut juga akan memberikan argumen dan negosiasi agar kegiatan terkait SPM dapat diprioritaskan dan dipertahankan. Untuk sosialisasi khusus kepada wakil rakyat tersebut memang belum pernah diadakan. Bahkan untuk pemangku kepentingan dan untuk Kepala Daerah berdasarkan pengalaman informan, juga hanya sebatas menjalankan surat atau perintah dari Pusat yang berupa regulasi. Sosialisasi yang dilaksanakan oleh Kemendagri atau Kementerian pengampu SPM untuk para pemangku kepentingan dan kebijakan, biasanya dihadiri paling tinggi setingkat Kepala Bagian atau Kepala Bidang di tiap daerah. Sedangkan untuk pelaksanaan pengkoordinasian SPM Di Prov Jateng sendiri, terletak hanya pada level sub bagian setingkat eselon IV atau tingkat pengawas saja. Padahal dilihat dari tupoksi dalam Pergub 54/2016 tentang SOTK Setda Prov Jateng, tugas dari Subbag Urusan Pemerintahan Dan SPM mencakup seluruh wilayah Jawa Tengah yaitu 36 Kab/Kota. Sehingga menyulitkan Kasubbag untuk mengkoordinasikan seluruh pelaksanaan SPM, jika kurang mendapat perhatian dari eselon II, yaitu Kepala Biro dan Asisten Pemerintahan. Ditambah proses mutasi yang begitu cepat di dalam birokrasi menjadikan pemahaman optimal terkait SPM menjadi sulit.

Peneliti menanyakan kepada (WP, 58 th), bagaimana Biro Pemotda Dan Kerjasama mengkoordinasikannya dengan RS Provinsi, diketahui bahwa selama ini sama sekali belum ada koordinasi dengan RS terkait SPM Kesehatan, disamping SPM Kesehatan juga baru masuk menjadi SPM

Provinsi, karena dulu SPM Kab/Kota juga beliau yang belum memahami bagaimana mengkoordinasikan pelaksanaan SPM, karena beliau pejabat baru di Subbag Urpem dan SPM. Pihak RS pun, ibu (EN, 47 th), menyatakan selama ini tidak ada koordinasi dari Biro Pemotda Dan Kerjasama terkait SPM. SPM RS disusun sendiri oleh tujuh RS, dan belum melibatkan Biro Pemotda Dan Kerjasama. Walaupun ada satu RS yang sampai sekarang masih ada temuan dari BPK terkait SPM Kesehatan. namun ini SPM yang bukan Permenkes 741/2008 maupun Permenkes 43/2016, tapi SPM nya RS sendiri.

- (b) Kejelasan; Peneliti menelusuri penerapan SPM di Biro Pemotda yaitu dengan mewawancarai Kasubbag Urpem dan SPM yang lama, sekarang menjabat sebagai Kasubbag Tata Usaha (TU) biro (Ibu SS, 56 th). Dari beliau dapat diperoleh informasi lebih mendalam. Disampaikan beliau bahwa penerapan SPM di Jawa Tengah sudah dikoordinasikan dan dilaksanakan sejak tahun 2013, karena sejak diamanatkan dalam PP tahun 2005 dan Permendagri di tahun 2007, indikator SPM untuk daerah baru ditetapkan di tahun 2012 melalui Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 100/1023/SJ tentang Percepatan Pelaksanaan Penerapan dan Pencapaian SPM di Daerah, yang isinya adalah peraturan-peraturan Menteri yang mengampu bidang SPM, dimana peraturan tersebut sebenarnya sudah ditetapkan diantara tahun 2008 sampai dengan tahun 2011. Dikoordinir menjadi satu dan dibagi antara pemerintah provinsi dan kab/kota oleh Mendagri di tahun 2012. Sosialisasi dari Mendagri sudah mulai diterima pemerintah daerah sekitar tahun 2010 sesuai dengan penempatan Ibu SS di Subbag Urpem dan SPM. Ibu (SS, 56 th) menyampaikan bahwa sejak tahun 2012, Biro Pemotda

telah melaksanakan beberapa rakor dan pelatihan untuk mensosialisasikan dan mengkoordinasikan SPM ke Kab/Kota, baik dengan anggaran daerah maupun dari Pusat. Dengan mengundang semua dinas pengampu SPM di seluruh Kab/Kota secara simultan. Dari pembentukan tim koordinator SPM, pemahaman indikator, cara pengisian, penghitungan capaian, penghitungan anggaran sampai dengan pelaporan. Perhatian dari Pusat pun tak henti dalam memberikan pemahaman, pembinaan dan pengawasan sampai dengan evaluasi. Biro Pemotda juga selalu berkoordinasi dengan semua dinas pengampu SPM di provinsi, beserta Bappeda, Inspektorat dan Biro Hukum.

Masih terdapat ketidak jelasan tentang SPM Kesehatan karena ternyata RS punya SPM sendiri yang disusun sendiri. Padahal seharusnya SPM yang dilaksanakandi RS adalahSPM untuk mendukung SPM dari Permenkes bukan menyusun sendiri. Koordinasi yangbelum berjalan dengan baik, mengakibatkan salhsatu RS salah membuat target capaian sehingga terkena temuan dari BPK. Peneliti kembali menanyakan kepada Bapak (WP, 58 th), mengenai temuan BPK tentang SPM Kesehatan, tapi beliau justru tidak tahu menahu. Karena SPM nya berbedadengan SPM dari Permenkes, tapi SPM yang disepakati antar 7 rumah sakit Provinsi.

- (c) Konsistensi; perintah yang diberikan dalam melaksanakan suatu komunikasi haruslah konsisten dan jelas untuk diterapkan atau dijalankan. Karena jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan. Seperti hasil wawancara tentang tingkat pemahaman dalam penyusunan kebijakan (program dan kegiatan)

untuk pencapaian target SPM Provinsi dan Kab/Kota dari Biro Pemotda, dengan (SS, 56 th) selaku Kasubbag TU Biro Pemotda, bahwa :

“Pemahaman penyusunan kebijakan dalam hal ini program dan kegiatan belum sepenuhnya sesuai dengan nama kegiatan yang tercantum dalam buku penjelasan SPM. Biro Pemotda selama ini masih sebatas sebagai pelaksana program dan kegiatan dari Pusat yaitu Kemendagri. Selama saya di subbag Urpem dan SPM belum bisa leluasa membuat suatu terobosan untuk bisa lebih memahamkan OPD Provinsi pengampu SPM dan Kab/Kota. Selain menurut saya, pemahaman pimpinan tentang SPM sendiri masih kurang begitu pula para Kepala Daerah Kab/Kota. Contohnya ya mba, yang mengkoordinir SPM di daerah saja berbeda-beda ada yang di Bagian Organisasi karena tidak semua Kab/Kota memiliki Bagian Otonomi Daerah, ada yang di Bappeda katanya biar mudah dimasukkan ke perencanaan, ada yang di Badan Penanaman Modal dan ada juga yang di Bagian Otda Dan Kerjasama Setda Kab/Kota. Dan yang di dinas-dinas itu, biasanya yang ditunjuk ngurus SPM itu bagian Perencanaan dan Program, yang kerjanya sendiri sudah banyak. Mungkin akan lebih gampang kalo koordinator SPM di Setda, jadi akan lebih nurut kalo disuruh bikin laporan dan ngumpulin, tapi kalo sama-sama di dinas, biasanya agak susah”.

Begitu kompleksnya permasalahan yang disampaikan SS, dari Biro Pemotda sendiri selaku koordinator SPM begitu pula pelaksana SPM di Kab/Kota. Dimana yang paling utama menurut (SS, 56 th) adalah pemahaman pemimpin itu sendiri mengenai SPM, seberapa penting SPM bagi pimpinan sehingga harus mendapat perhatian. Sebenarnya semua bisa dikoordinasikan jika dari awal ditunjuk 1 unit tertentu baik di provinsi maupun di Kab/Kota untuk mengawal penerapan dan pencapaian SPM. Disini terlihat bahwa para pemimpin belum sepenuhnya memahami urgensi dari pelayanan minimal pada urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang harus disediakan oleh pemerintah untuk masyarakat.

Peneliti menanyakan kepada Ibu (SS, 56 th) tentang SPM RS, dijawab bahwa “dulu memang 7 RS menyusun SPM RS sendiri, tapi memang waktu itu karena belum tahu bagaimana melaksanakan SPM kesehatan, jadi RS akhirnya membuat sendiri, padahal seharusnya bukan seperti itu.

Kemendagri juga kurang jelas dalam sosialisasinya.” Penyampaian informasi mengenai isi kebijakan yang tidak jelas, dan tidak konsisten bahkan tidak ada koordinasi antara institusi fungsi teknis dan koordinasi memang berakibat fatal. Disisi lain SPM tersebut tidak tercapai, karena salah dalam mencantumkan pada dokumen perencanaan, selanjutnya justru menjadi temuan dari tim audit, padahal OPD sudah mengakomodir dalam dokumen perencanaannya.

Peneliti menggali informasi ke Dinas Kesehatan Provinsi, Ibu (IS, 40 th) menjawab bahwa selama ini Dinas Kesehatan Provinsi hanya menerima laporan SPM Kesehatan dari Kab/Kota, karena RS provinsi sudah masuk dalam laporan Kab/Kota tersebut. Dari pihak RS (EN, 47 th) juga menyatakan bahwa SPM RS ada sendiri dan beda dengan yang dari Permenkes tersebut. Sosialisasi yang kurang menjadikan informasi yang salah, padahal dalam isi Permenkes 43/2016, semua pihak yang terkait dengan urusan kesehatan harus melaksanakan SPM sesuai dengan kewenangannya masing-masing, bukan justru menyusun SPM sendiri. Namun ada kekurangan pemahaman juga dari pihak pemeriksa yang ternyata juga belum memahami SPM kesehatan itu sendiri. Semua komponen dalam pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan, baik institusi dalam fungsi koordinasi maupun teknis ternyata masih kurang mendapatkan sosialisasi tentang Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan sehingga sama sekali tidak memahami isi kebijakan. Implementor belum sepenuhnya memahami isi kebijakan, salah menginterpretasikan tujuan kebijakan, sehingga menyebabkan berbagai masalah dalam proses implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan.

5.1.1.2 Sumber daya pada proses Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

SPM merupakan hak minimal yang harus disediakan oleh Pemda untuk warganya, maka target SPM harus 100% setiap tahunnya. Untuk itu dalam penetapan indikator SPM, Kementerian/Lembaga Pemerintahan Non Kementerian, menginstruksikan agar melakukan pentahapan pada jenis pelayanan, mutu pelayanan dan/atau sasaran/lokus tertentu. Sehingga perlu langkah pemetaan kemampuan Kab/Kota dalam pencapaian target SPM bidang kesehatan. Sesuai dengan Permendagri 79/2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian SPM, bahwa analisis kemampuan dan potensi daerah disusun berdasarkan data, statistik dan informasi yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Data statistik: data teknis, sarana dan prasarana fisik, personil, alokasi anggaran untuk pelaksanaan SPM dimaksud. Sedangkan informasi yang secara tidak langsung terkait dengan penerapan SPM tertentu adalah yang menunjang pelaksanaan SPM secara keseluruhan: kondisi geografis, kondisi demografis, pendapatan, sarana prasarana umum dan sosial.

Potensi daerah adalah ketersediaan sumber daya yang dimiliki baik yang telah dieksploitasi maupun yang belum dieksploitasi yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pencapaian SPM. Sementara, kemampuan daerah adalah kemampuan keuangan daerah, dan seluruh komponen di dalamnya seperti PAD dan dana perimbangan, yang dapat digunakan dalam membiayai pencapaian SPM. Analisis Kemampuan dan Potensi Daerah dilakukan menggunakan instrumen evaluasi penyelenggaraan Pemerintahan Daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pemetaan yang telah dilakukan Biro Pematda Dan Kerjasama adalah dilihat dari hasil Laporan Tahunan SPM dan Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah. Dari laporan tersebut dapat diketahui kemampuan masing-masing Kab/Kota. Tapi ketika peneliti menanyakan kepada Kasubbag Urpem dan SPM, apakah ada dokumen yang bisa menggambarkan mapping tersebut, dijawab bahwa belum ada dokumen khusus tentang mapping dimaksud. Karena semua sudah ada dalam masing-masing laporan Kab/Kota. Mapping yang sudah dilakukan adalah tentang capaian SPM ke-35 Kab/Kota, dapat dilihat bahwa capaian SPM terbaik biasanya diraih oleh Kota yang sudah memberikan prioritas terhadap SPM. Dan beberapa yang mempunyai capaian terburuk adalah Kabupaten. Dinilai oleh Biro Pematda Dan Kerjasama hal tersebut terkait dengan penganggaran.

Pelaksanaan pencapaian SPM kesehatan dari setiap jenis pelayanan pada tahun berjalan disampaikan oleh Kasubag Urpem dan SPM juga Kasubbag KesgaGizi sudah didukung oleh alokasi anggaran yang berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Provinsi Jawa Tengah di masing-masing instansi dan dari APBN daam hal ini Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan. Sama halnya dengan penganggaran SPM kesehatan di Kab/Kota, semua pendanaannya berasal dari APBD Kab/Kota dan APBN.

- a) Staf: Biro Pematda Dan Kerjasama, disampaikan Kasubbag TU Biro, untuk menganalisa laporan yang bersifat teknis dari semua bidang SPM belum bisa dilakukan di Biro Pematda Dan Kerjasama, karena keterbatasan keahlian dan jumlah SDM. Dimana saat ini hanya ada 2 staf di Subbag Urpem Dan SPM, ini artinya masih sangat kurang untuk mengkoordinasikan penerapan SPM se-Jawa Tengah. Diharapkan ketika laporan masuk dari

Kab/Kota dan OPD pengampu SPM sudah dengan analisa, sehingga Biro Pemotha Dan Kerjasama melanjutkan dengan kompilasi dan membuat kesimpulan tentang capaian SPM kesehatan Jawa Tengah. Sedangkan untuk personil tenaga ahli pada fungsi teknis yaitu tenaga medis dan paramedis (dokter, perawat, ahli gizi, fisioterai, dan lain-lain) rasio tenaga kesehatan masih dibawah standar sehingga tenaga medis di Jawa Tengah tahun 2015 masih belum mencukupi.

Penambahan jumlah staf dan implementor saja tidak cukup, tetapi diperlukan juga kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabel) dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri. Diperlukan pembagian tugas yang tepat yang disesuaikan dengan jumlah personil yang ada. (SS, 56 th) selaku TU Biro menambahkan:

“Yang selalu diagendakan oleh subbag Urpem dan SPM setahu saya sampai saat ini adalah di akhir tahun saat penyusunan Laporan SPM, kami bersurat kepada semua Dinas pengampu SPM dan Kab/Kota untuk mengumpulkan Laporan SPM baik berupa uraian maupun data capaian, selain itu juga harus diunggah di spm web dari Kemendagri. Untuk dapat mengisi semua template dalam spm web, kami juga mengadakan pelatihan, tapi ya itu mba kendalanya adalah personil yang mereka kirim selalu berganti-ganti, jadi harus ngajari lagi. Kalau ditanya, kenapa ganti personil, katanya yang dulu sudah mutasi, promosi, pindah atau sekolah. Bahkan ada yang menjawab, saya ngga tau kenapa saya yang dapat disposisi. Akhirnya SPM seperti jalan ditempat, karena tidak ada perhatian serius dari semua pihak, pokoknya sudah masuk di renstra, pokoknya sudah melaporkan, pokoknya harus tercapai. Baru sebatas itu pemahamannya mba, menurut saya.”

Dinas Kesehatan Provinsi sendiri sangat kekurangan staf yang khusus mengampu SPM Kesehatan seperti halnya Biro Pemotha Dan Kerjasama yang hanya memiliki 2 Staf, bagaimana bisa mengkoordinasikan semua pelaksanaan SPM. Dinas Kesehatan (IS, 40 th) menyampaikan bahwa semua data SPM diampu juga oleh Staf MI, yang juga mengampu data

kesehatan yang lain. Begitu pula di RS Provinsi, semua data hanya dimintakan ke masing-masing bidang, kemudian diberikan ke bagian Perencanaan dan Program untuk selanjutnya diteruskan ke Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk dilaporkan (EN, 47 th). Tidak ada staf khusus di bagian Perencanaan dan program yang mengampu khusus data dan koordinator pencapaian SPM kesehatan. Semua staf bersama-sama mengampu semua jenis substansi data, dan hanya ada staf saja di RS bagian Perencanaan dan program yang mengurus semua jenis data termasuk SPM.

- b) Informasi: Sosialisasi terbitnya Permenkes ini belum optimal, terbukti dari hasil wawancara dengan Kepala Biro (HS, 56 th) dan Kasubbag Urpem dan SPM (WP, 58 th) yang menyatakan “belum mengetahui terbitnya kebijakan SPM kesehatan, dan walaupun sudah terbit mbak, akan dihapus kalau PP tentang SPM sudah terbit, sekitar akhir tahun 2017 ini”. Ini menandakan bahwa dari pemerintah pusat sendiri belum bisa memberikan kejelasan kepada daerah. Sedangkan untuk mengetahui hasil capaian SPM secara nasional, seluruh pelaporan SPM dilakukan secara online. Metode online ini untuk memangkas alur yang terlalu panjang di seluruh Indonesia, disamping laporan secara fisik masih tetap harus dilakukan. Luasnya wilayah di Jawa Tengah, bila kurang tepat dalam hal koordinasi akan mempersulit tujuan yaitu menurunkan AKI dan AKB. Sehingga dibutuhkan media informasi yang adekuat agar bisa menjangkau seluruh wilayah. Untuk penanganan terkait AKI dan AKB yaitu kesehatan Ibu dan Anak, dilakukan oleh Bagian KesgaGizi. Peneliti mewawancarai bagian KesgaGizi dengan (RS, 46 th), di

dapatkan informasi yang sama dengan Bagian MI dan tiga Puskesmas di tiga Kabupaten sebagaimana tersebut di atas, yaitu sebagai berikut:

“Untuk hal terkait dengan kesehatan ibu dan anak, kami telah menerbitkan Peraturan Gubernur Nomor 17 tahun 2016 tentang Kesehatan Ibu dan Anak di Provinsi Jawa Tengah mbak, untuk menurunkan AKI dan AKB. Terkait SPM kesehatan, kami sudah memerintahkan ke seluruh Dinas Kesehatan di Kab/Kota untuk mencapai target SPM nya 100%, ini yang berat mba, masak harus tercapai 100% semua?”

Belum ada sosialisasi mengenai Permenkes 43/2016, RS, 46 th mengatakan bahwa “mengenai SPM belum ada sosialisasi dari kami, hanya kalau ada Dinkes Kab/Kota yang berkoordinasi ke sini, kami perintahkan untuk mencapai target SPM kesehatan 100%”. Pergub Kesehatan Ibu dan Anak tersebut juga belum disosialisasikan ke Kab/Kota, sesuai penelusuran peneliti ke pada tiga Puskesmas di tiga Kabupaten. Jadi semua regulasi penyampaian informasinya kepada kelompok sasaran masih sangat kurang. Walaupun semua pihak bisa mengakses Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum Provinsi Jawa Tengah melalui web www.jatengprov.go.id, namun jika tidak disosialisasikan, dikhawatirkan Kab/Kota terlambat mengetahui informasi tentang pelayanan kesehatan Ibu dan Anak. Termasuk RS Tugu, (EN, 47 th) menyampaikan bahwa belum ada informasi tentang Permenkes 43/2016 baik dari Dinas Kesehatan Provinsi maupun dari Kota Semarang juga dari Biro Pemotda Dan Kerjasama. Semua informasi terkait SPM kesehatan RS hanya menyediakan data sesuai permintaan Dinas Kesehatan Kota.

- c) Wewenang: Pengintegrasian indikator SPM dalam dokumen perencanaan dan pengalokasian anggaran SPM oleh Gubernur, menandakan kewenangan sangat menentukan keberhasilan proses implementasi

kebijakan. Pembentukan Tim Percepatan Penerapan Dan Pencapaian SPM Bidang Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah dan, oleh Sekretaris Daerah Provinsi Jawa Tengah dan Tim Teknis melibatkan Pejabat Struktural dan Staf masing-masing bidang sesuai dengan jenis pelayanan dasar SPM di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Permasalahan yang dihadapi disampaikan oleh Kasubag Urpem dan SPM (WP, 56 th), bahwa saat ini masih belum sinkron koordinator SPM di Setda Kab/Kota, karena sebagian besar koordinator SPM ada di Bagian Organisasi.

Hal ini yang seringkali menyebabkan masalah ketika dibutuhkan koordinasi seperti contoh ketika pengiriman surat atau undangan ke Kab/Kota disposisinya bisa saja jatuh ke bagian yang tidak tepat. Sehingga pada saat menghadiri pelatihan dan rapat tidak menutup kemungkinan terjadi salah menugaskan dan dihadiri oleh personil yang berbeda-beda. Akan tidak menjadi masalah ketika hasil pelatihan dan rapat bisa dikomunikasikan dengan baik, namun yang terjadi tidak ada tindak lanjut yang berkesinambungan. Jadi harus ada unit tertentu yang ditunjuk untuk mencapai target SPM, siapapun personil yang ditunjuk bisa memberikan informasi ke unit tersebut agar informasi tetap berkelanjutan dan pada akhirnya pelayanan dasar bidang kesehatan bisa tercapai dengan optimal.

Pengintegrasian SPM dalam dokumen perencanaan daerah dimulai pada waktu penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Strategis (Renstra) OPD sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana

Pembangunan Daerah. Sejak diamanatkan dalam PP 65/2005 tentang SPM, Pemprov Jateng telah mengintegrasikan SPM dalam dokumen perencanaannya:

- i. RPJPD 2005 – 2025, amanat pelayanan dasar tercantum pada misi ke 3, huruf c dan pada tahap ke II RPJPD;
- ii. RPJMD 2008 – 2013, SPM tidak tercantum pada misi Kepala Daerah, namun muncul pada indikator capaian Program Prioritas Bidang Kesehatan;
- iii. RPJMD 2013 – 2018, amanat SPM tercantum pada program prioritas bidang kesehatan. Dan pada RPJMD 2013 – 2018 (Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2014 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 – 2018), SPM dicantumkan dengan jelas pada misi ke 6, strategi nomor 8, arah kebijakan nomor 10 di tahun 2015, masuk dalam 11 program unggulan, tahap II RPJMD, sebagai indikator kinerja pemerintah daerah dan menjadi indikator rencana program prioritas Provinsi Jawa Tengah.
- iv. Renstra dan RKPD: seluruh urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar masuk dalam Restra Biro Pematda dan untuk masing-masing bidang sudah termuat pada Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

Permasalahan lain yang dihadapi setelah pembentukan Tim Penerapan Pencapaian SPM, adalah tindak lanjut di OPD teknis masing-masing sesuai wewenang Kepala Dinas. Di Dinas Kesehatan sampai saat ini sejak dibentuk tim pada tahun 2013 belum dibentuk unit khusus yang mampu penerapan pencapaian SPM kesehatan Jawa Tengah. Dimana

semua laporan dari tiap bidang sesuai jenis pelayanan dan dari Kab/Kota masuk ke Bidang MI. Tidak hanya pelaporan mengenai SPM, semua data kesehatan masuk ke bidang ini, sehingga belum ada tindakan lanjutan untuk memverifikasi dan menganalisa data SPM kesehatan yang masuk. Bagian MI kesulitan melaksanakan hal tersebut, karena tidak hanya laporan SPM yang masuk.

Peneliti kembali menanyakan bagaimana untuk rencana penganggaran tahun depan, apakah sudah menjadi prioritas. Karena sebenarnya semua pedoman untuk penganggaran tahun 2018 sudah diatur dalam lampiran Permendagri Nomor 32 tahun 2017 tentang Penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2008, dimana semua anggaran harus berpedoman dan memprioritaskan pada pencapaian SPM. Dan untuk SPM kesehatan baik Provinsi dan Kab/Kota semua sudah tercantum dan terbagi dalam lampiran tersebut, SPM untuk Kab/Kota pun sudah sesuai dengan Permenkes 43/2016. Kemudian (WP, 58 th) menyampaikan bahwa rencana tahun 2018 masih sama yaitu (1) kegiatan fasilitasi dan pendampingan SPM di Kab/Kota dengan bekerjasama dengan LPPSP sebagai konsultan. Kasubbag Urpem dan SPM berencana akan (2) membagi 6 (enam) urusan SPM agar lebih terorganisir dalam pembinaan dan pengawasannya, dimana satu staf masing-masing akan mengampu 2 (dua) urusan SPM, yang akan bertanggung jawab pada keseluruhan kegiatan dan keberhasilan SPM dimaksud. (3) Subbag Urpem dan SPM akan memperbaharui Tim Percepatan Penerapan Pencapaian SPM, yang disesuaikan dengan kondisi terbaru yaitu berpedoman pada UU 23/2014

tentang Pemerintahan Daerah. (4) Menyusun Peraturan Gubernur Rencana Aksi Pencapaian SPM Provinsi Jawa Tengah.

Untuk rencana anggaran tahun 2018 sesuai dengan RKA Tahun 2018 Program Peyelenggaraan Pemerintahan Umum, Kegiatan Koordinasi Percepatan Pencapaian SPM, Subbag Urpem dan SPM telah menentukan 4 (empat) rencana sub kegiatan, yaitu: 1) pembangunan jaringan sistem pelaporan pelaksanaan SPM Provinsi Jawa Tengah, 2) Pelaksanaan Bimbingan Teknis penggunaan aplikasi SPM, 3) Monitoring dan evaluasi penggunaan aplikasi sistem pelaporan dan 4) Penyusunan Laporan SPM Tahun 2018. Kegiatan tersebut membutuhkan anggaran kurang lebih sebesar delapan ratus juta rupiah.

Dinas Kesehatan dan RS Provinsi melalui Kepala Institusinya masing-masing sudah mengakomodir dalam dokumen perencanaannya, hanya saja berdasarkan hasil wawancara, dokumentasi dan observasi peneliti, masih terdapat salah pemahaman dalam menerapkan SPM Kesehatan. Ibu (EN, 47 th) menceritakan bahwa justru 7 RS Provinsi menyusun SPM sendiri khusus RS. Sedangkan Dinas Kesehatan Provinsi dalam mensosialisasikan ke Kab/Kota masih belum sesuai dengan isi kebijakan, yaitu dengan menginstruksikan bahwa capaian harus 100%, padahal dalam pencapaiannya bisa dilakukan pentahapan sesuai kemampuan Kab/Kota baik dari segi jumlah sasaran maupun dari segi jenis pelayanan yang akan dicapai. Sesuai yang disampaikan (IS, 40 th) dan (RS, 46 th) dari Dinas Kesehatan Provinsi, bahwa berat untuk mencapai 100% tiap tahun dengan jumlah sasaran yang besar, padahal sebenarnya bisa dilakukan pemilahan dan pentahapan.

d) Fasilitas: semua sarana dan prasarana sudah tersedia baik di tingkat Provinsi maupun Kab/Kota, baik di Biro Pematda Dan Kerjasama selaku koordinator maupun Dinas Kesehatan dan RS Provinsi selaku dinas teknis pelaksana kebijakan. Kendala di Kab/Kota disampaikan oleh informan (IS, 40 th) bidang MI, bahwa masih banyak personil di yang belum menguasai komputer dan paham internet, ketika sarpras sudah tersedia, sumber daya manusia yang belum bisa menyesuaikan dengan kondisi saat ini. Disebutkan dalam Permenkes 43/2016 bahwa, Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target SPM. Namun rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk di Jawa Tengah pada tahun 2015 sebesar 0,78 dan masih dibawah target 1 puskesmas tiap 30.000 penduduk. Padahal tahun 2015 terdapat sebanyak 875 Puskesmas yang terdiri atas 318 Puskesmas Perawatan dan 557 Puskesmas Non Perawatan. Disamping itu masih ada Puskesmas Pembantu sebanyak 1.850 buah, dan jumlah tersebut belum memenuhi standar cakupan pelayanan SPM bidang kesehatan.

Alat: bidang kesehatan membutuhkan peralatan yang khusus dan kompleks hal ini juga menambah beban penganggaran, karena hampir seluruh peralatan kesehatan berupa bahan habis pakai terutama di RS dan Puskesmas. Masih banyak di daerah, terutama yang hanya terjangkau oleh Puskesmas Pembantu, Polindes atau bahkan hanya posyandu belum bisa terpenuhi dalam hal peralatan, terutama peralatan untuk kesehatan ibu dan bayi. Hal ini juga terkait dengan pengadaan peralatan tersebut yang harus sesuai dengan mekanisme penganggaran di Dinas Kesehatan Kab/Kota dan dropping peralatan dimaksud.

Uang/pembiayaan/pendanaan/pengggaran: Pengintegrasian SPM dalam perencanaan dan penganggaran akan memastikan prioritas dan komitmen pemerintah Provinsi Jawa Tengah dalam mengalokasikan belanja langsung terutama untuk pelayanan dasar. Selama ini seperti disampaikan Kasubag Urpem dan SPM, terdapat kesalahpahaman di daerah mengenai pendanaan SPM, dimana setelah disusun perencanaan khusus pencapaian SPM dengan *e-costing*, dibutuhkan penganggaran yang sangat tinggi, dan bagi daerah itu adalah beban. Sedangkan pembiayaan pelayanan dasar itu sendiri yang dimaksud oleh pusat adalah bahwa semua penganggaran harus mengacu dan memprioritaskan urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Tidak harus ada pembiayaan khusus untuk mencapai target SPM karena untuk mencapai targetnya bisa dengan program dan kegiatan yang bisa mengungkit capaian SPM yang sudah tercantum dalam dokumen perencanaan masing-masing Kab/Kota.

Pengalokasian anggaran untuk Biro Pemotha Dan Kerjasama sendiri dalam melaksanakan tugasnya mengkoordinasikan pelaksanaan SPM di Jawa Tengah, masih sangat kurang menurut Kasubbag Urpem Dan SPM. Sehingga Subbag SPM kesulitan dalam menyusun perencanaan berupa program dan kegiatan yang handal dan inovatif. Beberapa program kegiatan yang direncanakan masih seputar Rakor dan sosialisasi yang dirasa sudah kurang efektif untuk memberikan pemahaman SPM ke daerah. Kegiatan pendampingan ke OPD dan Kab/Kota yang efektif, membutuhkan anggaran yang besar, sehingga hanya bisa dilakukan pada 3 Kab/Kota saja setiap tahunnya.

Sedangkan pembiayaan secara kuratif pada pelayanan kesehatan terutama RS, (EN, 47 th) menyatakan bahwa sampai sekarang masih mengalami kendala terkait dengan pembiayaan melalui asuransi yaitu BPJS selaku penyelenggara asuransi kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Bagaimanapun juga sistem pembiayaan tersebut akan mempengaruhi capaian cakupan pelayanan kesehatan dan kematian ibu dan bayi. Masalah kesehatan ini melibatkan banyak pihak dalam penyelenggaraannya, karena tidak hanya masalah pencegahan dan pengobatannya, namun sampai purna pada masalah pembiayaan.

Pemetaan sumber daya belum dilaksanakan dan didokumentasikan dengan baik oleh Biro Pematda Dan Kerjasama, Dinas Kesehatan dan RS Provinsi Jawa Tengah. Semua laporan mengenai data-data sudah ada di tiap laporan Kab/Kota, hanya belum terintegrasi dan disusun dengan terstruktur sehingga mudah untuk dijadikan pedoman kondisi awal, terkait pencapaian SPM khususnya bidang kesehatan.

5.1.1.3 Disposisi pada proses Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

Variabel ketiga yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan adalah disposisi. Hal-hal penting yang perlu dicermati pada variabel disposisi, menurut Goerge C.Edward III (dalam Agustino, 2008:152-154), adalah :

- (a) Pengangkatan birokrat; Pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan. Seperti halnya yang disampaikan oleh (WP, 58 th) di Subbag Urpem dan SPM Biro Pematda Setda Prov Jateng, beliau

menyatakan bahwa selain beliau baru dilantik di Subbag Urpem dan SPM pada tahun 2016 dan menangani SPM, diakui bahwa masih belum memahami dan masih harus belajar, ditambah lagi dengan adanya perubahan undang-undang pemerintahan daerah. Subbag Urpem dan SPM adalah pelaksana dari seluruh pengalihan kewenangan dan urusan berikut perubahan Personil, Pendanaan, Prasarana dan Dokumen (P3D). Hal ini yang membuat semakin berat beban kerjanya, sejak kepindahannya ke subbag ini. Disebutkan juga bahwa pada akhir tahun 2016, terjadi perubahan kelembagaan di seluruh Indonesia, yang mengubah semua struktur dan juga pejabatnya. Termasuk Biro Pemotda yang digabung antara Biro Otda & KS dan Tata Pemerintahan, dengan kepala Biro yang juga baru. Pada saat peneliti mewawancarai Kepala Biro Pemotda (HS, 56 th), beliau menyampaikan “Saya juga baru disini mba, belum bisa banyak menyampaikan hal mengenai SPM kesehatan. Tapi semua hal mengenai SPM sudah masuk ke perencanaan, jadi pasti semua akan terlaksana dengan baik oleh Dinas Kesehatan”.

Sementara berdasarkan pernyataan diatas diketahui bahwa kemampuan atau pemahaman koordinator dan pelaksana SPM sangat mempengaruhi pencapaian target SPM. Hal ini diperkuat dengan informan dari Subbag Urpem dan SPM Biro Pemotda Setda Prov Jateng (SH, 24 th) yang belum ada satu tahun ditempatkan di subbag ini, menyatakan bahwa masih banyak Kab/Kota yang belum memahami SPM sehingga belum mampu menyajikan data dengan baik terkait dengan indikator SPM. Sehingga penulis, berasumsi bahwa penanganan SPM khususnya bidang kesehatan di Jawa Tengah sedang dalam masa transisi baik secara

kelembagaan, maupun secara substansi, dimana adanya perubahan dari SPM itu sendiri, dari Permenkes lama ke Permenkes baru, tingkat provinsi selain 12 (dua belas) indikator dalam Permenkes 43/2016 juga ada tambahan 2 indikator terkait penanganan bencana dan kejadian luar biasa. Ada banyak penyesuaian yang harus dilakukan, berkaca pada capaian SPM sebelumnya yang masih belum optimal, dibutuhkan kerja keras dimulai dari pemahaman SPM kesehatan itu sendiri. Apalagi berhubungan dengan AKI dan AKB yang sangat membutuhkan penanganan segera.

Untuk instansi teknisnya sendiri, yaitu Dinas Kesehatan dan RS Provinsi juga mengalami hal serupa, selain ditunjuk pejabat baru, ada perubahan kelembagaan yang mendasar sejak tahun 2016, dimana secara kelembagaan RS menjadi UPTD dari Dinas Kesehatan, hal ini sesuai disampaikan EN, 47 th bahwa sampai saat ini RS masih beroperasi seperti biasa, belum bersedia melaksanakan PP 18/2016 tentang Perangkat Daerah karena sangat tidak mungkin sebuah RS menjadi UPTD Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan sendiri IS, 40 th menyampaikan bahwa hal ini semakin memperparah pelaksanaan koordinasi antar 2 institusi ini. Biro Pemotha Dan Kerjasamasendiri WP, 58 th menyampaikan bahwa pada saat pengaturan kelembagaan ada dua kekuatan besar yang sama-sama mempertahankan pendapatnya masing-masing, yaitu RS dan Dinas Kesehatan Provinsi. Sehingga untuk sementara saat ini semua masih berjalan sesuai regulasi sebelumnya, dan hal ini makin memperparah jalannya koordinasi termasuk tentang pelaksanaan SPM Kesehatan di Jawa Tengah.

- (b) Insentif; Edward menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan

memanipulasi insentif. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan perintah dengan baik. Terdapat wacana beberapa tahun lalu, disampaikan oleh Kepala Bagian Otonomi Daerah Biro Pemotha Dan Kerjasama (HR, 45 th), bahwa jika ada daerah yang bisa melaksanakan SPM dengan baik walaupun SPM belum tercapai dan bisa menunjukkan dengan data dalam hal ini data kesenjangan baik dari pendanaan dan kendala yang lain, akan diberikan pendanaan langsung dari pusat melalui APBN melalui mekanisme Dana Alokasi Khusus (DAK). Namun pada kenyataannya, daerah malah justru berusaha mencapai dengan susah payah, dan yang mencapai target tidak mendapatkan penghargaan apapun, begitu pula daerah yang capaiannya buruk tidak mendapatkan janji pendanaan tersebut dan juga tidak mendapat sanksi sesuai yang diamanatkan dalam PP 65/2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan SPM, pada pasal 18 dan 19. Termuat juga dalam Permenkes 43/2016, bahwa kebijakan ini memiliki mekanisme *reward* dan *punishment*.

Mengenai *reward* dan *punishment* ini, baik Dinas Kesehatan maupun RS Provinsi kurang memberikan perhatian, karena selama ini hal tersebut belum pernah direalisasikan oleh Pemerintah Pusat. Dinas Kesehatan sebagaimana disampaikan FH, 36 th, untuk penghargaan khusus SPM Kesehatan belum pernah ada, begitu pula untuk sanksi. Semua menjadi satu dengan LPPD yang kemudian menjadi hasil penyelenggaraan pemerintah daerah. RS provinsi sendiri, Ibu EN, 47 th menyampaikan hal yang sama belum ada penghargaan berupa insentif yang diterima RS dan sanksi terkait

pencapaian SPM, yaitu satu temuan dan BPK mengenai capaian SPM RS atas SPM yang disusun sendiri oleh 7 RS Provinsi Jawa Tengah.

5.1.1.4 Struktur birokrasi pada proses Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

Sesuai dengan SE Mendagri Nomor 100/1023/SJ pada 26 Maret 2012, Gubernur dan Bupati/Walikota dalam rangka percepatan penerapan dan pencapaian SPM, diperintahkan bahwa dalam pembentukan Tim Percepatan Pelaksanaan dan Pencapaian SPM di daerah harus ditentukan juga tugas dan fungsinya, yaitu mengkoordinasikan seluruh OPD terkait dengan penerapan dan pencapaian SPM. Hal ini yang belum tersurat dengan jelas dalam SK Tim Koordinasi Penerapan Pelaksanaan dan Pencapaian SPM melalui Keputusan Gubernur Nomor 128/10 Tahun 2013, sehingga sampai saat ini hal inilah yang menjadi salah satu penyebab belum sinkronnya data capaian cakupan kesehatan ibu dan anak dengan data AKI dan AKB. Bisa jadi ada data yang belum valid. Ini salah satu bentuk belum pahamnya daerah dalam memahami surat edaran dari pemerintah pusat.

Dalam Tim tersebut yang menjadi anggotanya bukan hanya OPD pengampu SPM saja, didukung oleh Bappeda dan Biro Hukum Setda Prov Jateng. Anggota tim terdiri dari 17 OPD, yaitu: Inspektorat, Bappeda, BP3AKB, BKP, BPMD, Dinas CipKaTaRu, BLH, Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, Dinas Kebudayaan Dan Pariwisata, Dinas Hubkominfo, Dinas Pendidikan, Dinas Bina Marga, Dinas Nakertransduk, Satpol PP, BPBD, Biro Hukum dan Biro Otdaker. Kemudian ditunjuk koordinator untuk masing-masing bidang SPM, misal untuk SPM Pemerintahan Dalam Negeri itu membutuhkan data dari 3 OPD, yaitu

Satpol PP, BPBD dan Pemadam Kebakaran, maka ditunjuk Satpol PP sebagai koordinator untuk pelaporan dan bertanggung jawab untuk mengisi semua target capaian, demikian juga untuk SPM yang mempunyai permasalahan serupa. Hal tersebut sesuai dengan berita acara “Rapat Koordinasi Dalam Rangka Pertemuan Monitoring Dan Evaluasi Penerapan SPM di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013 di Semarang pada 17 Oktober 2013. Dengan kesimpulan sebagai berikut :

1. Seluruh Kabupaten/Kota akan menyampaikan laporan dalam bentuk soft copy dan hard copy ke Biro Otonomi Daerah dan Kerjasama Setda Prov. Jawa Tengah paling Lambat tanggal 30 Oktober 2013.
Yaitu : 1. Database, 2. Profil Dasar, 3. Laporan Semester 1, 4.Perkada, 5. SK tim Koordinasi;
2. Melaporkan kepada Bupati/Walikota cq. Sekda agar dilakukan pertemuan sebelum Monev untuk memperlancar pengisian data;
3. Bagi yang membutuhkan fasilitator dapat menghubungi Biro Otda dan Kerjasama Setda Prov. Jateng;
4. Tim Provinsi akan melakukan monitoring ke Kabupaten/Kota;
5. Kabupaten/Kota memfasilitasi pertemuan tim dengan masing-masing OPD yang membidangi SPM dan dihadiri oleh Pimpinan setingkat pengambil kebijakan (Sekretaris Daerah).

Peneliti menanyakan bagaimana Biro Pemoetda berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk pencapaian SPM sesuai Permenkes 43/2016 kepada WP selaku Kasubag Urpem dan SPM (WP, 58 th), dikatakan:

“Sampai saat ini, saya belum berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan khusus untuk pencapaian SPM Kesehatan mba, karena kan PP tentang SPM belum terbit sampai sekarang, jadi saya belum bisa berbuat banyak. Saya juga baru tahu mengenai Permenkes 43/2016 ini mba. Mungkin nanti akan saya adakan rapat khusus untuk Dinas yang telah mempunyai pedoman pelaksanaan SPM dari Kementerian masing-masing.”

Penerapan dan pencapaian SPM di daerah merupakan upaya mensinergikan pencapaian SPM setiap urusan wajib yang bersifat pelayanan dasar yang dilaksanakan OPD pengampu. Gubernur dan Bupati/Walikota bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan dasar yang sudah

ditetapkan SPM-nya oleh Kementerian/Lembaga. Penyelenggaraan pelayanan dasar sesuai SPM secara operasional dikoordinasikan dan dilaksanakan oleh instansi yang bertanggung jawab sesuai dengan urusannya masing-masing.

Dua karakteristik, menurut Edward III, yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi/organisasi kearah yang lebih baik, yaitu dengan melakukan :

(a) *Standar Operating Procedures* (SOPs); adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai (atau pelaksana kebijakan/ administrator/ birokrat) untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya setiap hari sesuai dengan standar yang ditetapkan atau standar minimum yang dibutuhkan. Sedangkan hasil di lapangan : Koordinasi penyusunan rencana pencapaian SPM merupakan tidak terpisahkan dari mekanisme pengendalian pembangunan daerah. Kepala Daerah dapat menunjuk dan menugaskan pejabat eselon II (setingkat Asisten) untuk melakukan koordinasi penyusunan rencana pencapaian SPM yang melibatkan OPD terkait. Mekanisme koordinasi diatur dalam surat keputusan Kepala Daerah. Pejabat pelaksana koordinasi bertugas memastikan penyusunan dan penerapan SPM di masing-masing OPD serta melakukan monitoring dan evaluasi pencapaian SPM. Untuk memastikan integrasi SPM dalam perencanaan dan penganggaran tahunan, pelaksana koordinasi menjalin komunikasi dengan tim penyusun RKPD dan Renja OPD serta Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD). Data dan informasi merupakan unsur penting untuk memastikan penerapan dan pencapaian SPM di daerah. Dalam penyusunan rencana pencapaian SPM perlu dikumpulkan data dan informasi pencapaian SPM yang akurat, relevan dan dapat dipertanggungjawabkan. Data dan

informasi yang dikumpulkan, diolah dan dikompilasi menjadi profil pelayanan dasar di daerah.

Disampaikan oleh staf Subbag Urpem dan SPM (SE, 24 th) juga staf dari Subbag KesgaGizi Dinkes (RS, 48 th), bahwa pelaporan seperti mengulang-ulang saja isi data untuk laporan, banyak form yang harus diisi dari beberapa Kementerian, data yang diminta juga hampir sama, jadinya tumpang tindih. Permasalahan lain adalah, dari beberapa data yang masuk, dengan meminta data yang sama, hasilnya bisa berbeda untuk masing-masing laporan. Misalnya dicontohkan oleh Ibu (FH, 36 th) staf Bagian MI Dinkes, bahwa sama-sama meminta data jumlah balita, namun hasilnya yang ditulis oleh bidang dan Kab/Kota berbeda antara data untuk Laporan SPM dan data untuk penyusunan profil kesehatan. Beberapa upaya sudah dilakukan oleh pemerintah Provinsi melalui instansi teknis untuk mengadakan Rakor pada saat pengumpulan data, agar hal-hal tersebut diatas bisa lebih diminimalisir, dan tidak hanya sekedar mengumpulkan data. RS pun selalu rutin sesuai penyampaian ibu EN, 47 th, selama ini lepaorkan data capaian SPM sesuai yang diminta oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang. Semua kegiatan tersebut adalah hal rutin yang selama ini belum ada SOPnya. Kecuali untuk RS, SOP nya semua tentang keperawatan medis, sedangkan khusus untuk SPM belum ada. Begitu pula di Dinas Kesehatan provinsi dan Biro Pemotda Dan Kerjasama.

Hal yang sama, dihadapi oleh Biro Pemotda pada saat OPD pengampu SPM dan Kab/Kota menyampaikan hasil laporan capaian SPM kesehatan. Laporan tersebut hanya memuat angka-angka capaian dan prosentase dan tidak disertai narasi yang menerangkan angka-angka

dimaksud. Subbag Urpem dan SPM merasa kesulitan, ketika harus mengkompilasi laporan SPM Jawa Tengah jika harus menarasikan semua laporan tersebut, dimana semua adalah laporan yang bersifat sangat teknis. Rakor penyusunan laporan sudah selalu diadakan, pedoman penyusunan laporan juga sudah disampaikan, tapi sekali lagi ketika laporan dikirim, masih belum ada perubahan yang berarti. Salah satu faktor penyebabnya adalah seperti disebutkan sebelumnya yaitu masalah personil yang berganti-ganti dan fungsi koordinator SPM di daerah hanya tugas tambahan saja, sehingga kurang mendapat perhatian.

Laporan Semester 1 merupakan hasil monitoring dan evaluasi paling lambat pada bulan Juni, yang memuat kondisi aktual perkembangan penerapan SPM terutama dalam hal pelaksanaan sosialisasi, perhitungan anggaran dan penerapan SPM dalam perencanaan dan anggaran daerah. Subtansi laporan ini mencakup: sinergitas penerapan SPM dalam dokumen Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) dan dokumen Kebijakan Umum Anggaran (KUA) didukung dengan upaya dan langkah-langkah yang telah dilakukan oleh daerah. Laporan Semester 2 disampaikan paling lambat akhir Desember, menyampaikan laporan tahunan kinerja penerapan dan pencapaian SPM. Laporan ini merupakan bahan dalam penyusunan LPPD bagi daerah dan dalam rangka penyusunan kebijakan nasional lebih lanjut oleh pemerintah. Dalam pelaksanaannya, laporan semester 1 masih banyak yang mundur sampai dengan akhir tahun, dan laporan semester 2 atau laporan tahunan, bisa dikumpulkan sampai awal tahun berikutnya kata staf Subbag Urpem dan SPM, (SH, 24 th). Hal ini terjadi dikarenakan pada

waktu-waktu tersebut, OPD dan daerah juga dibebani laporan lain yang juga menuntut ketepatan waktu pengumpulannya.

Belum adanya SOP yang ditetapkan oleh Biro Pemotda Dan Kerjasama, Dinas Kesehatan dan RS Provinsi, terbukti menyulitkan dalam pembinaan dan pelaporan implementasi SPM Bidang Kesehatan. sehingga kedepannya harus disusun standar operasional dan harus dilaksanakan dengan baik oleh semua pihak. Semua SOP yang disusun instansi pengampu SPM harus saling menyesuaikan dengan SOP SPM yang disusun oleh Biro Pemotda Dan Kerjasama, sehingga terjadi sinergi pada seluruh pelaksanaan dan pencapaian target SPM di Provinsi Jawa Tengah.

- (b) *Fragmentasi*; adalah upaya penyebaran tanggung jawab kegiatan-kegiatan atau aktivitas-aktivitas pegawai diantara beberapa unit kerja. Pembentukan Tim Koordinasi Percepatan Penerapan dan Pencapaian SPM di Daerah bertujuan untuk mengkoordinasikan dan mensinergikan langkah-langkah dan kegiatan yang dilaksanakan OPD pengampu SPM, OPD Pengelola Keuangan Daerah, Bappeda dan pemangku kepentingan lainnya dalam penerapan dan pencapaian SPM. Tim Koordinasi ini memiliki tugas untuk mengkoordinasikan pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan dasar OPD pengampu SPM. Tim Koordinasi Penerapan dan Pencapaian SPM di Daerah dibagi menjadi 2 (dua) struktur utama sebagai berikut: 1) fungsi koordinasi dan 2) fungsi teknis. Struktur koordinasi memiliki tugas untuk mengkoordinasikan penerapan dan pencapaian SPM di daerah termasuk penyusunan laporan pencapaian. Struktur koordinasi dalam Tim sekurang-kurangnya terdiri dari unsur: 1) Sekretariat Daerah dalam hal ini Bagian Organisasi/Pemerintahan/ Otonomi Daerah sesuai dengan tugas pokok dan

fungsi yang diuraikan dalam Perda mengenai SOTK, 2) Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) sesuai dengan tupoksinya koordinasi perencanaan pembangunan daerah, 3) OPD Pengelola Keuangan Daerah, 4) Inspektorat. Struktur teknis dibentuk di masing-masing OPD pengampu SPM dan sekurang-kurangnya terdiri dari: 1) Kepala Dinas/OPD, 2) Sub. Bagian Perencanaan/ Program, 3) Sub-Dinas terkait dalam pengampu layanan sektor yang bertanggung jawab pada indikator SPM.

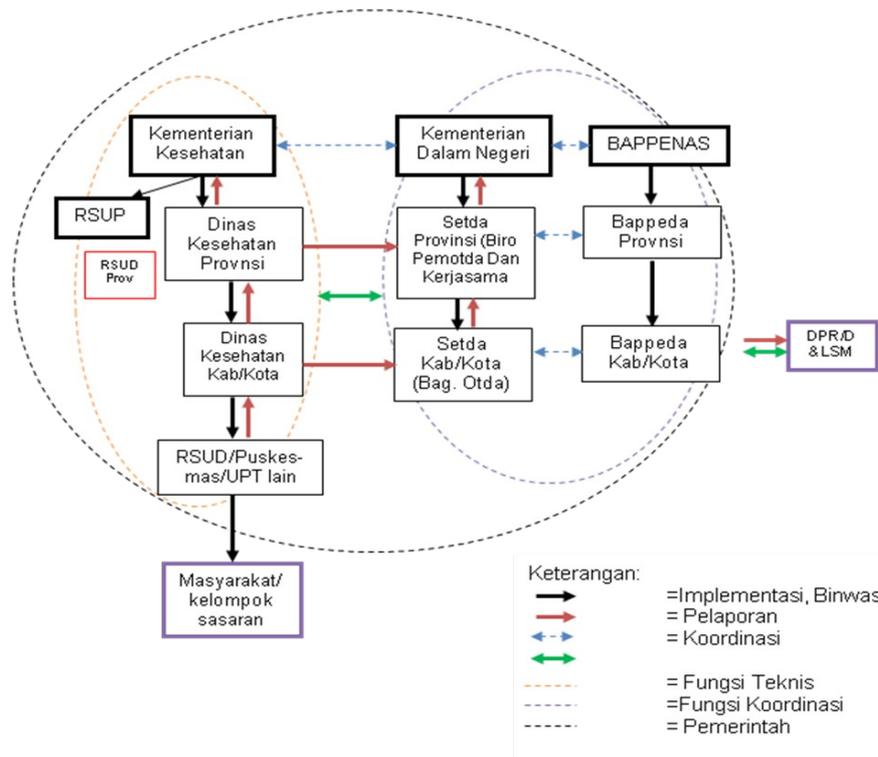
Sesuai dengan informasi dari Kasubag TU Biro Pemotda (SS, 56 th) disampaikan bahwa Pemprov Jateng pada tahun 2013 telah membentuk Tim Koordinasi Penerapan Pelaksanaan dan Pencapaian SPM dan Tim Teknis melalui Keputusan Gubernur Nomor 128/10 Tahun 2013. Susunan keanggotaan Tim Teknis OPD terdiri dari: unit kerja di lingkungan OPD dan lembaga/organisasi nonpemerintah yang terkait SPM pelayanan dasar. Tim Teknis OPD memiliki tugas dan tanggung jawab dalam menyiapkan data dan informasi serta menyusun secara teknis profil pelayanan dasar dan rencana penerapan dan pencapaian SPM untuk pelayanan dasar yang menjadi urusan wajib OPD tersebut. Tim Teknis OPD menyusun rencana kerja dan proses yang akan dilakukan, kerangka acuan pelaksanaan kegiatan, memastikan keterlibatan pemangku kepentingan dan menjaga konsistensi dan komitmen para pihak dalam proses. Dalam pelaksanaan tugasnya Tim Koordinasi Penerapan dan Pencapaian SPM menyusun rencana kerja penerapan dan pencapaian SPM di daerah yang disepakati semua pihak yang terlibat. Rencana kegiatan tim koordinasi penerapan disusun kedalam agenda kerja yang dijadikan sebagai panduan kerja mulai dari persiapan hingga disusunnya rencana penerapan dan pencapaian SPM di daerah.

Namun fragmentasi juga dapat mengakibatkan pandangan yang sempit pada lembaga birokras, sehingga menimbulkan dua kerugian bagi implementasi. Pertama, terpecah-pecahnya bidang yang menangani SPM kesehatan sesuai dengan sifat lembaganya. Kedua, institusi yang kurang fleksibel dalam misinya, seperti Rumah Sakit (EN, 47 th) menyampaikan bahwa badan ini akan mempertahankan esensinya, karena ego nya dan akhirnya sampai saat ini belum bersedia melaksanakan kebijakan yang baru dalam pengaturan kewenangan urusan kesehatan yang sudah mengalami perubahan. Dimana RS adalah UPTD dari Dinas Kesehatan. sedangkan Dinas Kesehatan Provinsi sendiri menurut IS, 40 th cenderung tetap melaksanakan kegiatan sesuai kelembagaan sebelumnya, dan belum sepenuhnya melaksanakan fungsinya sebagai pembina dan pengawas di seluruh RS milik Provinsi. Belum ada jalan tengah mengenai hal ini, selain tetap melaksanakan tugas dan fungsinya seperti sebelum terbitnya PP 18/2016 tentang Perangkat Daerah.

Belum ada koordinasi yang optimal terkait adanya fragmentasi ini, pada saat penyusunan kelembagaan yang difasilitasi oleh Biro Pemotha Dan Kerjasama selaku koordinator pelaksanaan pengalihan kewenangan di daerah, kedua belah pihak tetap pada pendirian masing-masing, RS tetap belum bersedia menjadi UPTD Dinas Kesehatan Provinsi. Dinas Kesehatan Provinsi sendiri hanya menerima dan tetap berkegiatan seperti biasa. Belum ada upaya lagi terkait hal ini.

Diperoleh hasil penelitian proses implementasi Permenkes 43//2016 tentang SPM Bidang Kesehatan pada Biro Pemotha dan Kerjasama dalam

bentuk bagan alir disesuaikan dengan fungsi koordinasi dan teknisnya, adalah sebagai berikut:



Gambar 5.1 **Bagan Alir Proses Implementasi SPM Bidang Kesehatan**

Semua hal tersebut juga sudah dibahas dalam rapat dalam rangka FGD pelaksanaan SPM Kesehatan di Biro Pemotda Dan Kerjasama, bersama dengan Dinas Kesehatan, RS Provinsi, Biro Hukum, Bappeda, Inspektorat dan Badan Pengelola Keuangan Dan Aset Daerah Provinsi pada hari Senin tanggal 24 Juli 2017 Di Setda Prov. Jateng Gd. A Lt 11, Ruang Rapat Biro Pemotda Dan Kerjasama. Penyajian data proses implementasi Permenkes 43//2016 tentang SPM Bidang Kesehatan pada Biro Pemotda dan Kerjasama Setda Provinsi Jawa Tengah, adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 **Penyajian Data Implementasi SPM Bidang Kesehatan di Biro Pemotda Dan Kerjasama Setda Prov Jateng**

Fokus	Sumber data	Hasil
Komunikasi pada penerapan pencapaian SPM Bidang Kesehatan dan kebijakan pelaksanaan urusan pemerintahan bidang kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wawancara : Biro Pemotda & Kerjasama, Dinas Kesehatan Provinsi dan RS Tugu; 2. Observasi; dan 3. Dokumen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi dan pelatihan belum bisa meningkatkan pengetahuan dan pemahaman baik SDM pada struktur fungsi koordinasi maupun struktur fungsi teknis; 2. Adanya perbedaan unit atau koordinator Pecepatan pencapaian SPM antar Kab/Kota dan antara Provinsi dan Kab/Kota.
Sumber daya Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk pencapaian target-target SPM Bidang Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wawancara : Biro Pemotda & Kerjasama, Dinas Kesehatan Provinsi dan RS Tugu; 2. Observasi; dan 3. Dokumen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas SDM/personil dan jumlah belum seluruhnya memadai dan selalu berganti-ganti baik pada struktur fungsi koordinasi (Biro Pemotda Dan Kerjasama) maupun fungsi teknis (Dinas Kesehatan dan RS Provinsi) maupun struktur fungsi teknis; 2. Pembangunan dan informasi belum merata; 3. Alat Kesehatan untuk menunjang pelayanan kesehatan Ibu dan Anak masih sangat kurang; 4. Alokasi anggaran Kesehatan masih dibawah 10%.
Disposisi dalam penerapan pencapaian SPM Bidang Kesehatan Provinsi Jawa Tengah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wawancara : Biro Pemotda & Kerjasama, Dinas Kesehatan Provinsi dan RS Tugu; 2. Observasi; dan 3. Dokumen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengangkatan dan penempatan birokrat, belum disesuaikan dengan standar kompetensi teknisnya; 2. <i>Reward dan punishment</i> sesuai amanat PP 65/2005 tidak dijalankan atas prestasi pencapaian SPM.
Struktur birokrasi	1. Wawancara :	1. Tim Penerapan

<p>penerapan pencapaian SPM Bidang Kesehatan Provinsi Jawa Tengah</p>	<p>Biro Pemotda & Kerjasama, Dinas Kesehatan Provinsi dan RS Tugu; 2. Observasi; dan 3. Dokumen.</p>	<p>Pencapaian SPM belum bekerja sesuai tupoksi: Belum ada tindak lanjut dari penyusunan Tim SPM, yaitu pembetulan unit pengampu SPM pada Dinas Kesehatan; 2. Belum ada SOP, yang mengatur tentang pelaporan SPM, kinerja staf pengampu SPM dan pengkoordinasian SPM di tingkat Provinsi; 3. Belum ada kerjasama yang sinergi antara lembaga fungsi koordinasi (Biro Pemotda Dan Kerjasama) dan fungsi teknis (Dinas Kesehatan dan RS Provinsi).</p>
---	--	--

5.1.2 Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Permenkes 43/2016

Dalam uraian di bawah ini disajikan faktor pendukung dan penghambat yang ditemukan peneliti dari hasil wawancara dan observasi, penelusuran dokumen yang ada maupun dari hasil FGD pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Biro Pemotda Dan Kerjasama.

a) Pendukung

- 1) Indikator SPM sudah masuk dalam dokumen perencanaan dari tingkat pemerintah provinsi sampai dengan OPD koordinator dan pengampu SPM Kesehatan (RPJMD, Renstra dan RKA). Hal ini sesuai dengan penyampaian Kepala Biro Pemotda Dan Kerjasama Bapak SH, 56 th, dan hasil observasi dan pengamatan dokumen oleh peneliti.
- 2) UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah pada pasal 298 yang menyebutkan bahwa pedoman penyusunan APBD adalah pencapaian

SPM. Hal ini berdasarkan hasil observasi dan pengamatan dokumen oleh peneliti;

- 3) Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor 32 tahun 2017 tentang Penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2018, menyebutkan bahwa program prioritas 2018 adalah pencapaian target SPM. Hal ini berdasarkan hasil observasi dan pengamatan dokumen oleh

peneliti;

- 4) *Reward* dan *punishment* sesuai dengan Lampiran pada Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan. sesuai dengan yang juga disampaikan Kepala Biro Pemotda Dan Kerjasama Bapak SH, 56 th bahwa akan ada insentif untuk daerah yang pencapaian SPM nya sesuai dengan target, namun sampai saat ini belum pernah terealisasi. Pernyataan ini dikuatkan dengan pernyataan Dinas Kesehatan sebagaimana disampaikan FH, 36 th, untuk penghargaan khusus SPM Kesehatan belum pernah ada, begitu pula untuk sanksi. Begitu pula dari RS Provinsi Ibu EN, 47 th menyampaikan hal yang sama belum ada penghargaan berupa insentif yang diterima RS dan sanksi terkait pencapaian SPM, yaitu satu temuan dan BPK mengenai capaian SPM

RS atas SPM yang disusun sendiri oleh 7 RS Provinsi Jawa Tengah

b) **Penghambat**

Berdasarkan wawancara dengan Kasubbag Urpem dan SPM (WP, 58 th):

“Setahu saya kurang optimalnya pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Jawa Tengah dikarenakan seluruh Kab/Kota belum memahami Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan sebagaimana dalam Permenkes 741/2008 maupun Permenkes terbaru yaitu Permenkes 46/2016. Pengampu SPM Bidang Kesehatan di tingkat provinsi adalah Dinkes Provinsi.”

Selanjutnya berdasarkan observasi dan dokumentasi, faktor penghambatnya adalah sebagai berikut:

- 1) Belum optimalnya koordinasi dalam rangka implementasi Permenkes 43/2016, karena pelaksanaan SPM diserahkan pada level struktur palingrendah yaitu eselon IV. Sehingga menyulitkan Kasubbag Urpem dan SPM melaksanakan tupoksinya dengan leluasa, karena belum pahamnya pimpinan level di atasnya tentang urgensi SPM bidang kesehatan.
- 2) Adanya perbedaan pendapat atas definisi operasional antar lembaga pelaksana SPM kesehatan, yang menyebabkan Dinas Kesehatan Kab/Kota kesulitan untuk mencapai target SPM;
- 3) Kemampuan pelaksana SPM menjadi penentu dalam keberhasilan. Berdasarkan hasil penelitian seluruh pengampu SPM dari perencana sampai pelaksana belum memiliki kemampuan dan pemahaman yang baik tentang Permenkes 43/2016 beserta juklak dan juknisnya;
- 4) Mutasi, promosi dan disposisi aparatur pada implementor dan pelaksana SPM bidang kesehatan;
- 5) Tim Penerapan dan Pencapaian SPM belum bekerja secara optimal sesuai amanat Surat Keputusan Gubernur, belum ada tindak lanjut di level OPD fungsi teknis yaitu Dinas Kesehatan.
- 6) Belum ada SOP mengenai mekanisme verifikasi dan analisa terhadap data dan laporan SPM yang masuk baik ke Dinas Kesehatan maupun ke Biro Pemotda Dan Kerjasama Setda Prov Jateng serta penyampaian pelaporan SPM yang sering terlambat.
- 7) Terbatasnya sumber daya anggaran sektor kesehatan, belum mencapai 10% dari total APBD Provinsi Jawa Tengah. Termasuk kecilnya porsi anggaran pengkoordinasian SPM karena hanya pada level "pengawas".
- 8) Adanya instrumen (laporan fisik dan online) dari Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan yang masih mengalami perubahan dan belum ada sosialisasi.

5.2 Analisis Data

5.2.1 Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

Kebijakan ini cakupannya luas dan menghendaki perubahan yang relatif besar, tentu cara implementasi dan tingkat kesulitannya akan berbeda dengan kebijakan yang lebih sederhana. Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan ini adalah kebijakan yang cakupannya untuk seluruh wilayah di Indonesia dan menghendaki perubahan yang sangat signifikan, yaitu peningkatan derajat kesehatan yang salah satunya dapat dilihat dari penurunan AKI dan AKB. Untuk dapat melaksanakan kebijakan sampai dengan berhasil, birokrasi bertanggung jawab atas pelaksanaan. Dilihat hasil implementasi pada lokasi penelitian belum berhasil dalam pelaksanaannya.

Penyelenggaraan urusan kesehatan berkaitan erat dengan kewenangan dan fungsi yang dijalankan oleh daerah. Kemampuan daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) dalam mengidentifikasi kewenangan dan fungsi daerah akan sangat mempengaruhi kemampuan dalam penyusunan perencanaan pencapaian SPM bidang kesehatan. Dengan pertimbangan adanya beberapa tingkatan pemerintahan di Indonesia, maka pihak yang sangat mendesak membutuhkan perencanaan pencapaian SPM adalah Pemerintah Kabupaten/Kota. Hal ini didasarkan pada beberapa pertimbangan, yaitu UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah yang menempatkan otonomi daerah secara utuh pada daerah Kabupaten/Kota. Konsekuensinya, Pemerintah Kabupaten/Kota mempunyai kewenangan dan keleluasaan untuk membentuk dan melaksanakan kebijakan menurut prakarsa dan aspirasi masyarakatnya.

Implementasi SPM bidang kesehatan melalui Permenkes 43/2016 adalah implementasi yang bersifat *top-down*. Sesuai dengan model implementasi George C Edward III, salah satu karakteristik model *top down* adalah kebijakan

yang memuat petunjuk yang jelas: standar, target dan aturan baku, seperti halnya Permenkes 43/2016. Tujuannya untuk memberikan kemudahan kepada daerah dalam menghitung target dan capaian SPM bidang kesehatan. Namun, karena standar dan target pada Permenkes 43/2016 yang terlalu detail tetapi justru bersifat sangat kuratif, sehingga dalam pemenuhan datanya mengalami kesulitan. Implementasi model *top down* bisa dikatakan berhasil jika ada kesesuaian antara tujuan dan hasil kebijakan. Tujuan kebijakan adalah peningkatan derajat kesehatan melalui upaya preventif dan promotif dengan Puskesmas sebagai ujung tombaknya. Namun standar dan target yang harus dicapai justru data tentang jumlah masyarakat yang sudah sakit dan dapat diobati.

Dengan demikian implementasi adalah proses interaksi antara penentuan tujuan dan tindakan untuk mencapai tujuan tersebut belum sinkron. Hal ini yang menyebabkan SPM kesehatan sulit menurunkan angka kematian dan kesakitan, karena tolok ukurnya bukan upaya promotif kepada ibu hamil, tapi cakupan pelayanan oleh tenaga kesehatan. seharusnya seberapa besar upaya peningkatan pengetahuan ibu hamil dan keluarganya mengenai pentingnya menjaga kesehatan ibu dan bayi. Sehingga implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan, bisa dikatakan masih belum mencapai tujuannya, karena belum memberikan kemudahan bagi daerah untuk membuat perencanaan pencapaian target SPM bidang kesehatan di Kab/Kota. Karena semua program dan kegiatan yang disusun dalam pemenuhan standar dan target jadi tergiring ke ranah kuratif bukan preventif dan promotif. Sehingga dapat dikatakan bahwa Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan adalah *bad policy*. Menurut Maarse (1987), keberhasilan suatu kebijakan ditentukan oleh

isi dari kebijakan yang harus dilaksanakan dimana isi yang tidak jelas, tidak konsisten dan samar akan membingungkan para pelaksana di lapangan sehingga interpretasinya akan berbeda. Lanjut Aminullah dalam (Muhammadi, 2001: 371– 372): bahwa kebijakan adalah suatu upaya atau tindakan untuk mempengaruhi sistem pencapaian tujuan yang diinginkan, upaya dan tindakan dimaksud bersifat strategis yaitu berjangka panjang dan menyeluruh.

Implementasi kebijakan model *top-down* membutuhkan implementor yang paham atas isi kebijakan sebagaimana disyaratkan oleh Edward III dalam model implementasinya. Sementara pemahaman atas isi kebijakan pada lokasi penelitian masih sangat kurang, baik dari level eselon II sampai dengan eselon IV dan juga stafnya. Kesalahan menginterpretasikan tujuan kebijakan akan menyebabkan berbagai masalah dalam proses implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan. Biro Pemotda Dan Kerjasama masih belum memahami isi kebijakan, bahkan masih kurang menggali informasi tentang penerapan SPM setelah terbitnya UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah. Biro Pemotda Dan Kerjasama telah menunjuk Subbag Urusan Pemerintahan Dan SPM untuk mengkoordinasikan pengalihan kewenangan dan SPM. Saat ini masih mengutamakan proses pengalihan kewenangan. Model *top down* akan efektif jika tujuan dan sasaran dirumuskan dengan jelas dan dipahami dengan baik, kelembagaan yang baik sehingga tercipta konsistensi antara kebijakan level atas dengan perturan di bawahnya. Hal ini yang belum terlaksana dengan baik di lokasi penelitian.

Kondisi implementor sangat kompleks, kebijakannya sendiri juga sangat kompleks, sehingga mempengaruhi banyak sektor dan melibatkan organisasi, aktor, dan level birokrasi dengan tujuan, kepentingan dan sumber daya yang

berbeda-beda. Masih tingginya ego sektoral juga menghambat implementasi kebijakan. Semua pihak yang terlibat masih bekerja terkotak-kotak sesuai wilayah tupoksinya, belum bisa terkoordinasi dengan baik, sehingga terkesan berjalan sendri-sendiri sesuai dengan kelembagaan di atasnya. Dinas Kesehatan hanya berkoordinasi dengan Kementerian teknis dan jalur teknis dibawahnya saja. Biro Pemotda Dan Kerjasama juga hanya berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri dan Setda di Kab/Kota. Dimana semua lebih mementingkan target dan tujuan masing-masing.

Pemerintah Pusat belum bisa memberikan pengawasan yang ketat, sedangkan pengawasannya hanya melalui laporan hasil capaian. Pelaporan hasil capaian implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan ini mengikuti alur birokrasi institusi pelaksana. UPTD Dinas Kesehatan Kab/Kota melaporkan hasil capaian SPM kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota, sesuai dengan alur implementasinya. Selanjutnya dari Dinas Kesehatan Kab/Kota melaporkan ke Bupati/Walikota, Dinas Kesehatan Provinsi, Gubernur melalui Biro Pemotda Dan Kerjasama, dan Kementerian Dalam Negeri. Dinas Kesehatan Provinsi melaporkan ke Gubernur melalui Biro Pemotda Dan Kerjasama dan Kementerian Kesehatan. Biro Pemotda Dan Kerjasama melaporkan kepada Kementerian Dalam Negeri. Alur implementasi dan evaluasinya sesuai dengan hirarki birokrasi tersebut diatas.

Faktor ketidakberhasilan implementasi Permenkes 43/2016 yang dikoordinasikan oleh Biro Pemotda & Kerjasama akan diidentifikasi menggunakan model faktor determinan penentu keberhasilan implementasi sesuai dengan model Edward III yang bersifat *topdown*, dengan menggunakan faktor sebagai berikut:

5.2.1.1 Komunikasi pada Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

Edward III yang mengungkapkan bahwa komunikasi adalah faktor penentu keberhasilan implementasi kebijakan, dimana sebelum pembuat kebijakan dan pemimpin mengkomunikasikan tujuan dan target kebijakan, mereka harus memahami terlebih dahulu, sehingga tercapai komunikasi yang menuju pada persamaan persepsi atas konten dan konteks Permenkes 43/2016. Sesuai hasil di lokasi penelitian, didapatkan kenyataan bahwa pimpinan dari level eselon II sampai dengan IV belum sepenuhnya memahami konten dan konteks Permenkes 43/2016 tentang SPM Kesehatan. Konten dari Permenkes itu sendiri juga tidak konsisten antara tujuan penerapan SPM dengan indikator yang ditetapkan sebagai tolok ukur pelaksanaan SPM di daerah. Tujuan program kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan yang harus diraih dengan upaya promotif dan preventif, tapi justru dalam indikator capaiannya diperoleh dari data yang bersifat sangat kuratif. Sehingga dalam dokumen perencanaannya menjadi salah arah, yaitu semua program dan kegiatan yang bersifat kuratif. Dimana informasi harus tepat, akurat dan konsisten dari Pusat sampai dengan di tingkat Puskesmas di Kab/Kota. Penjelasan lebih jauh mengenai komunikasi untuk pemahaman substansi SPM kesehatan menurut Edward III, dengan memperhatikan beberapa aspek, yaitu:

- a. Transmisi: Sebuah kebijakan yang akan diimplementasikan harus disalurkan pada pejabat yang akan melaksanakannya yaitu Kepala Daerah, Sekda, Asisten, DPRD, Kepala Biro Pemotha Dan Kerjasama, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bappeda, Inspektur, Direktur RS, dan Kepala Badan Pengelola Aset Daerah. Seringkali masalah transmisi terjadi manakala pelaksana tidak menyetujui kebijakan (disposisi) tersebut dengan

mendistorsikan perintah kebijakan atau bahkan menutup komunikasi yang diperlukan. Masalah transmisi juga terjadi manakala kebijakan yang akan diimplementasikan harus melalui struktur birokrasi yang berlapis atau karena tidak tersedianya saluran komunikasi yang memadai (sumberdaya). Bahkan biasanya, disposisi diteruskan ke level pelaksana, sehingga pada akhirnya level bawah saja yang agak paham, dan pejabat di atasnya hanya sedikit paham. Hal ini juga akibat dari penentuan unit pengampu SPM yang hanya pada level pengawas (eselon IV), masih menempuh jarak birokrasi yang panjang untuk dapat memahami pada tiga level di atasnya. Sehingga pengkoordinasian pelaksanaan SPM belum mendapatkan prioritas dalam pencapaian indikatornya. Walaupun sudah tercantum dalam dokumen perencanaan dan bahkan termasuk dalam Program Strategis Nasional, tetapi mengapa unit yang ditunjuk justru pada level paling rendah. Berdasarkan temuan di lokasi penelitian, dapat diketahui kesulitan yang dihadapi Subbag Urpem dan SPM dalam mengkoordinasikan dengan OPD pengampu SPM level Provinsi dan dengan Pemerintah Kab/Kota;

- b. Kejelasan: Kejelasan tujuan dan cara yang akan digunakan dalam sebuah kebijakan merupakan hal yang mutlak agar dapat diimplementasikan sebagaimana yang telah diputuskan. Namun hal tersebut tidak selalu terjadi. Bahkan ketika tujuan dan cara sudah dicantumkan dengan jelas dan detail, tidak serta merta menjamin kebijakan tersebut akan dapat terlaksana dengan sukses. Perhitungan kebutuhan SPM kesehatan yang detail dan rumit justru mempersulit aparatur pelaksana dan aparatur di lapangan serta menghasilkan proyeksi anggaran yang besar, dan akhirnya membuat kebijakan ini dilaksanakan sebisanya. Ditemukan di lapangan bahwa

penghitungan capaian indikator dalam Permenkes tentang SPM kesehatan baik yang lama maupun yang baru, semuanya memuat perhitungan yang bersifat kuratif, padahal tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan, yang harus dititikberatkan seharusnya adalah upaya promotif. Sehingga bentuk kegiatan untuk dapat mencapai indikator tersebut juga upaya promotif, karena ujung tombaknya adalah Puskesmas yang mempunyai tugas utama yaitu upaya promotif di masyarakat. Antara angka pembilang dan penyebut dalam indikatornya seharusnya bukan lagi jumlah sasaran yang menerima pelayanan setelah mengalami sakit atau yang berhasil diobati, seharusnya seberapa banyak yang berhasil dipertahankan kondisi kesehatannya. Pada akhirnya, program dan kegiatan yang disusun dalam perencanaan pun akan mengikuti, yaitu semua upaya yang bersifat pencegahan dan promotif. Dari semua hasil di lokasi penelitian, bisa dikatakan bahwa masih ada kesalahan dalam menetapkan indikator dalam capaian SPM Kesehatan, yang selanjutnya mempengaruhi penentuan program dan kegiatan dalam dokumen perencanaan di daerah, sehingga sulit untuk dilaksanakan dan pada akhirnya tidak mencapai tujuan dari SPM kesehatan itu sendiri, dikarenakan kebijakan Permenkes 43/2016 itu sendiri yang *bad policy*;

- c. Konsistensi: Implementasi yang efektif selain membutuhkan komunikasi yang jelas, juga yang konsisten. Proses transmisi yang baik namun dengan perintah yang tidak konsisten akan menyebabkan membingungkan pelaksana. Banyak hal yang bisa menyebabkan arah kebijakan menjadi tidak konsisten, diantaranya karena: 1). Kompleksitas kebijakan SPM kesehatan yang dilaksanakan; 2). Kesulitan UPTD (RS, Balai Kesehatan dan

Puskesmas) memulai implementasi sebuah kebijakan baru karena semua harus terintegrasi dengan perencanaan; 3). Kebijakan memiliki beragam tujuan dan sasaran, atau kadang karena bertentangan dengan kebijakan yang lain; 4). Banyaknya pengaruh berbagai kelompok kepentingan atas isu kesehatan ibu dan anak. Belum sinkronnya pengampu SPM antara Provinsi dan Kab/Kota juga pada masing-masing OPD, sangat menyulitkan tersampainya informasi mengenai Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan dengan jelas, benar dan satu pemahaman. Belum adanya payung hukum penunjukan satu unit khusus yang bertanggungjawab atas pelaksanaan dan pencapaian SPM Kesehatan pada lembaga fungsi koordinasi dan fungsi teknis baik di tingkat Provinsi maupun di Kab/Kota. Dinas Kesehatan yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan urusan kesehatan, belum bisa mengkomunikasikan kepada jajaran dibawahnya karena keterbatasan informasi dari Kementerian Kesehatan, karena sosialisasi tentang Permenkes 43/2016 ini juga belum pernah diterima di lokasi penelitian.

5.2.1.2 Sumber daya pada proses Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

Pemetaan terkait ketersediaan sumber daya menurut Edward III, demi tercapainya tujuan kebijakan ini membuktikan bahwa semua hal yang menyangkut sumber daya harus dapat terpenuhi dengan baik, jika belum semua terpenuhi maka akan menghambat implementasi kebijakan tentang SPM bidang kesehatan. *Mapping* untuk mengetahui kemampuan masing-masing daerah ini menurut peneliti sesuai dengan pendapat Nakamura & Smallwood dalam kategori implementor atau lingkungan kedua, dimana implementor dalam hal ini

aparatur di daerah pelaksana SPM kesehatan bisa melakukan negosiasi, tawar-menawar, menyaring dan mengajukan agar dalam implementasi SPM kesehatan bisa disesuaikan dengan kemampuan daerah. Mengingat hasil capaian SPM pada tahun sebelumnya, dimana semua harus melakukan perhitungan dengan *e-costing*, ternyata diperoleh angka kebutuhan anggaran yang besar, dan tidak bisa dipenuhi oleh daerah. Ditambah lagi target pencapaian yang semuanya harus 100%. Sehingga dengan Permenkes 43/2016 ini, dalam pelaksanaannya dapat menyesuaikan kemampuan daerah dengan pentahapan pada jenis pelayanan, mutu pelayanan dan/atau sasaran/lokus tertentu yang ditentukan sendiri oleh daerah.

Hogwood dan Gunn, juga mengungkapkan keharusan ketersediaan waktu dan sumberdaya yang cukup dan perpaduan yang pas untuk melaksanakan program. Saat ini daerah diberi keleluasaan dalam menentukan target/sasaran capaian dan waktu capaian, disesuaikan dengan masa jabatan Kepala Daerah, sehingga bisa disesuaikan dengan kemampuan sumber daya di daerah. Edward III memaparkan lebih jelas bahwa kemampuan dalam menerapkan kebijakan dibutuhkan sumber daya, yaitu:

- a. *staf*, dimana masih sangat kurang staf di Subbag Urpem dan SPM Biro Pemotda Dan Kerjasama baik dari segi kualitas maupun kuantitas (hanya ada 1 staf teknis) dan adanya *turn over* aparatur yang sangat dinamis. Hal ini adalah hambatan utama bagi pelaksanaan SPM di daerah, ketika sudah ada personil khusus yang ahli dalam bidang SPM, kemudian dimutasi, promosi atau melanjutkan pendidikan, tidak ada personil lain yang bisa menggantikan tugasnya. Namun jika ada personil yang ahli dalam SPM dan tetap harus megampu SPM, juga akan mengurangi hak aparatur tersebut, misalnya

untuk melanjutkan pendidikan dan promosi ke jabatan lebih tinggi. Jika pemerintah memang serius dalam pemenuhan kebutuhan dasar rakyatnya melalui pemenuhan urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar, seharusnya dibuat tenaga fungsional khusus pengampu SPM baik dari tingkat pusat sampai dengan di Kab/Kota dengan jenjang karir dan angka kredit yang jelas dan juga gaji yang tinggi;

- b. *informasi*, Informasi yang terkait dengan bagaimana melaksanakan kebijakan tersebut (Juklak-Juknis) serta, data yang terkait dengan kebijakan yang akan dilaksanakan. Dalam Permenkes 43/2016 sudah tercantum dengan jelas seperti halnya Juklak dan Juknis, namun masih belum sesuai dengan tujuan dari program kesehatan itu sendiri yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang seharusnya dicapai dengan usaha-usaha yang bersifat promotif dan preventif sampai dengan pada perhitungan capaian indikatornya. Sosialisasi kebijakan SPM kesehatan juga belum dilaksanakan oleh pembuat kebijakan, terbukti di lokasi penelitian masing-masing implementor memahami isi kebijakan dengan persepsi yang berbeda bahkan salah memahami isi kebijakan, seperti yang dipahami Dinas Kesehatan dan Puskesmas;
- c. *kewenangan*, hal ini yang belum digunakan secara maksimal oleh Biro Pemotha Dan Kerjasama selaku koordinator pelaksanaan SPM, karena pengampu SPM hanya sebatas pada level eselon IV, yang dalam pengambilan keputusannya sangat ditentukan oleh pejabat di atasnya. Ketika SPM menurut eselon II belum menjadi prioritas dalam pelaksanaan penyelenggaraan tugasnya, maka pengkoordinasian SPM juga akan terhambat, seperti yang ditemukandi lokasi penelitian. Sehingga selama ini

Subbag Urpem dan Pemerintahan mendapati kesulitan dalam melakukan inovasi untuk pencapaian target indikator SPM; dan

- d. *fasilitas*, belum tersedia dengan cukup pembiayaan sektor kesehatan, dimana anggaran kesehatan yang sangat besar digunakan untuk mendanai sarana, prasarana dan peralatan kesehatan juga jaringan internet baik pada instansi dengan fungsi teknis (Dinas Kesehatan, RS Provinsi, Balai Pelayanan Kesehatan Provinsi) dan instansi dengan fungsi koordinasi, yaitu Biro Pemotha & Kerjasama. Alokasi anggaran pada Subbag Urpem dan SPM juga masih relatif kecil untuk mengkoordinasikan seluruh pelaksanaan SPM se-Jawa Tengah, hal ini menyesuaikan struktur dalam organisasi Sekretariat Daerah, dimana SPM hanya diampu pada level subbag. Sumber daya sesuai dengan amanat Permenkes 43/2016 tentang SPM bidang kesehatan adalah seperti tersebut dibawah ini:

- (1) Sarana dan prasarana: semua sudah tersedia baik di tingkat Provinsi maupun Kab/Kota, baik di Sekretariat Daerah selaku koordinator maupun Dinas Kesehatan selaku dinas teknis pelaksana kebijakan. Masih rendahnya rasio puskesmas terhadap 30.000 penduduk di Jawa Tengah pada tahun 2015 sebesar 0,78 dan masih dibawah target 1 puskesmas tiap 30.000 penduduk. Hal ini sesuai pendapat para ahli tersebut diatas, dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan SPM kesehatan.
- (2) Alat: bidang kesehatan membutuhkan peralatan yang khusus dan kompleks hal ini juga menambah beban penganggaran, karena hampir seluruh peralatan kesehatan berupa bahan habis pakai.

(3) Tenaga/personil: sudah terbentuk Tim Koordinasi Penerapan pencapaian SPM, permasalahan baru yang dihadapi adalah belum ada tindak lanjut di masing-masing OPD terkait tugas dan fungsi Tim tersebut. Sesuai pendapat Nugroho (2017: 167), SPM dapat dilaksanakan dengan mudah apabila dibentuk semacam gugus kerja khusus di bidang pelayanan minimum yang bertugas sebagai tim inti dalam perencanaan, pendampingan, dan pengendalian (termasuk audit). Tim ini dibentuk sekaligus dengan tugas memastikan bahwa pelayanan minimum dilaksanakan dengan optimal. Belum ada satu unit khusus di Dinas Kesehatan yang mengampu penerapan pencapaian SPM Kesehatan sebagai tindak lanjut pembentukan tim koordinasi penerapan SPM. Semua masih menjadi satu dengan kegiatan harian aparaturnya. Dinas Kesehatan sampai saat ini sejak dibentuk tim pada tahun 2013 belum dibentuk unit khusus yang mengampu penerapan pencapaian SPM kesehatan Jawa Tengah, hal tersebut menurut Van Mater & Van Horn merupakan salah satu penentu keberhasilan pelaksanaan kebijakan, yaitu pembentukan unit organisasi baru dan staf pelaksanaannya. Selain pendapat Nugroho dan Van Meter & Van Horn, sesuai F.W. Taylor dalam Hasibuan (2010: 150) bentuk unit ini disusun berdasarkan sifat dan macam pekerjaan yang harus dilakukan. Pada tipe organisasi ini, masalah pembagian kerja harus diperhatikan dengan sungguh-sungguh, pembagian kerja didasarkan pada "spesialisasi" yang sangat mendalam dan setiap pejabat hanya mengerjakan suatu tugas atau pekerjaan sesuai dengan spesialisasinya. Ciri-ciri unit fungsional adalah pembagian tugas secara tegas dan jelas dapat dibedakan, anggota tim akan menerima

perintah dari beberapa orang atasan, penempatan pejabat berdasarkan spesialisasinya, koordinasi menyeluruh biasanya hanya diperlukan pada tingkat atas, dan terdapat dua kelompok wewenang, yaitu koordinasi dan teknis. Kemudian menurut Lineberry (1978) dalam (Islamy, 2003: 39), juga menyebutkan pentingnya pembentukan unit pelaksana pada badan pelaksana yang mempunyai fungsi teknis. Sedangkan untuk personil tenaga ahli terkait tenaga medis dan paramedis (dokter, perawat, bidan, ahli gizi, fisioterai, dan lain-lain) rasionya masih dibawah standar sehingga tenaga medis di Jawa Tengah tahun 2015 masih belum mencukupi, hal ini belum memenuhi faktor penentu keberhasilan implementasi Permenkes 43/2016 menurut Edward III, yaitu ketersediaan personil baik administrasi maupun tenaga ahli dalam pencapaian target SPM kesehatan;

- (4) Kondisi geografis: Melihat komposisi Kabupaten jauh lebih banyak dari daerah perkotaan, ini menjadi masalah dalam hal keterjangkauan pelayanan kesehatan terutama pelayanan untuk ibu dan anak. Termasuk juga pengkoordinasian oleh Biro Pemotha dan Kerjasama selaku koordinator dan Dinas Kesehatan, yang harus menjangkau semua wilayah se-Jawa Tengah, yang harus didukung oleh anggaran yang besar pula. Kondisi geografis yang terpencil akan mempengaruhi koneksi internet yang saat ini menjadi hal yang pokok karena hampir seluruh pelaporan dilakukan secara online.
- (5) Uang/biaya/pendanaan/pengggaran, dengan terintegrasikannya SPM dalam dokumen perencanaan dan penganggaran akan memastikan prioritas dan komitmen pemerintah Provinsi Jawa Tengah dalam

mengalokasikan belanja langsung terutama untuk pelayanan dasar. Adanya wacana beberapa tahun lalu, bahwa daerah yang bisa melaksanakan SPM dengan baik walaupun SPM belum tercapai dan bisa menunjukkan dengan data dalam hal ini data kesenjangan baik dari pendanaan dan kendala yang lain, akan diberikan insentif berupa pendanaan langsung dari pusat melalui APBN dengan mekanisme Dana Alokasi Khusus (DAK), namun sampai saat ini belum pernah direalisasikan oleh Pemerintah Pusat. Hal ini juga merupakan hambatan dalam pelaksanaan SPM. Pembuat kebijakan sendiri tidak melaksanakan amanat kebijakan yang dibuatnya, sehingga daerah beranggapan bahwa pelaksanaan SPM boleh untuk tidak dilaksanakan dengan sungguh-sungguh.

Sesuai petunjuk teknis penganggaran SPM yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan, bahwa mekanisme perencanaan penganggaran pencapaian SPM kesehatan dilakukan untuk melihat kemampuan dan potensi daerah dalam pencapaian dan penerapan SPM kesehatan di provinsi dan Kabupaten/Kota. Adapun tahapan mekanisme perencanaan penganggaran SPM adalah sebagai berikut: a) Pemerintah daerah menyusun rincian kegiatan untuk masing-masing jenis pelayanan dalam rangka pencapaian SPM dengan mengacu pada indikator kinerja dan batas waktu pencapaian SPM yang telah ditetapkan oleh pemerintah. b) Pemerintah daerah menetapkan batas waktu dan target tahunan pencapaian SPM untuk daerahnya dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM secara nasional, kemampuan dan potensi daerahnya masing-masing.

5.2.1.3 Disposisi pada proses Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

Edward III menyatakan bahwa pelaksanaan implementasi ditentukan oleh disposisi, yaitu perekrutan pejabat dan insentif. Dimana insentif merupakan salah satu strategi agar implementasi kebijakan dapat berjalan sesuai tujuan kebijakan. Sehingga ketika *reward* atau insentif dari pemerintah pusat berupa DAK untuk daerah dengan kebutuhan SPM besar dan tidak dapat dipenuhi dengan anggaran daerah, dan mekanisme sanksi tidak dijalankan menjadikan daerah hanya sekedar melaporkan capaian SPM, karena tercapai atau tidak tercapai bahkan melaporkan atau tidak, hanya di data saja dan dikategorikan dalam pencapaian baik (hijau), cukup (kuning) dan kurang (merah), tidak pernah ada sanksi atau penghargaan. Daerah beranggapan, menjalankan atau menjalankan dengan sekedarnya tidak ada perbedaan, tidak ada sanksi. Hal ini juga merupakan salah satu hambatan utama tidak terlaksananya SPM di daerah.

Salah satu bentuk kepatuhan dalam implementasi SPM kesehatan adalah ketepatan waktu pelaporan SPM baik semesteran maupun tahunan, yang selama ini masih belum bisa tepat waktu. Sehingga akan menghambat mekanisme monitoring dan evaluasi struktur lembaga di atasnya dan lembaga pengampu binwas dan monev di Jawa Tengah. Keberhasilan implementasi seringkali menuntut dukungan, prosedur dan mekanisme kelembagaan yang memungkinkan struktur yang lebih tinggi mengontrol agar implementasi berjalan sesuai dengan tujuan dan standar yang telah ditetapkan. Selama ini yang terjadi, semua lembaga sudah disusun dalam struktur yang sistematis berikut dengan tugas dan fungsinya bahkan sampai dengan penanggung jawab dalam hal binwas dan monev. Namun kenyataannya banyak hal yang belum terlaksana

sesuai dengan amanat kebijakan, begitu pula fungsi binwas dan monevnya. Terbukti setelah semua berusaha meaksanakan sesuai tupoksi, sanksi atau *punishment* tidak dilaksanakan begitu juga untuk *rewardnya* dalam pencapaian SPM bidang kesehatan.

Selain Edward III, Mazmanian Sabatier juga memberikan syarat yang harus terpenuhi agar Permenkes 43/2016 dapat terimplementasi dengan baik, yaitu tentang perekrutan dan pengangkatan pejabat pelaksana SPM kesehatan. Ini terlihat pada observasi peneliti, bahwa hal tersebut sangat berpengaruh terhadap proses implementasi SPM kesehatan di Jawa Tengah, dengan adanya perubahan struktur baik secara kelembagaan maupun aparatur, menjadikan hambatan dalam implementasinya. Perlu perhatian khusus, dimana ketika akan menempatkan pejabat pada struktur tertentu harus diperhatikan pula kemampuan dan keahlian pejabat tersebut pada jabatan yang akan ditempati, harus sesuai dengan standar kompetensi teknis jabatan yang akan ditempati. Harus dilaksanakan analisis beban kerja sesuai dengan posisi yang akan diisi oleh pejabat maupun staf dalam subbag pengampu pelaksanaan SPM. Dengan demikian hanya memerlukan penyesuaian tupoksi yang singkat, agar implementasi urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yaitu SPM kesehatan dapat tetap berjalan bahkan menjadi lebih baik.

Menurut peneliti, faktor disposisi dari Edward III juga mempengaruhi pemahaman aparatur atas Permenkes 43/2016, yaitu sikap dan komitmen pejabat di lokasi penelitian terhadap kebijakan atau program yang dilaksanakan belum yang memiliki kemauan kuat dan komitmen yang tinggi agar mampu mencapai tujuan kebijakan yang diharapkan, dengan kondisi yaitu pemahaman isi kebijakan yang masih sangat kurang, maka implementasi kebijakan SPM

kesehatan di lokasi penelitian berjalan tidak efektif. Selanjutnya adalah arahan dan tanggapan/respon pimpinan terutama pada level setingkat eselon II, hal ini meliputi bagaimana penerimaan, ketidak-berpihakan maupun penolakan pelaksana dalam menyikapi kebijaksanaan. Intensitas respon atau tanggapan pelaksana, karakter dari pelaksana akan mempengaruhi tindakan-tindakan pelaksana dalam mengimplementasikan Permenkes 43/2016 karena pelaksana adalah individu yang tidak mungkin bebas dari kepercayaan, aspirasi dan kepentingan pribadi yang ingin mereka capai.

5.2.1.4 Struktur birokrasi pada proses Implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan

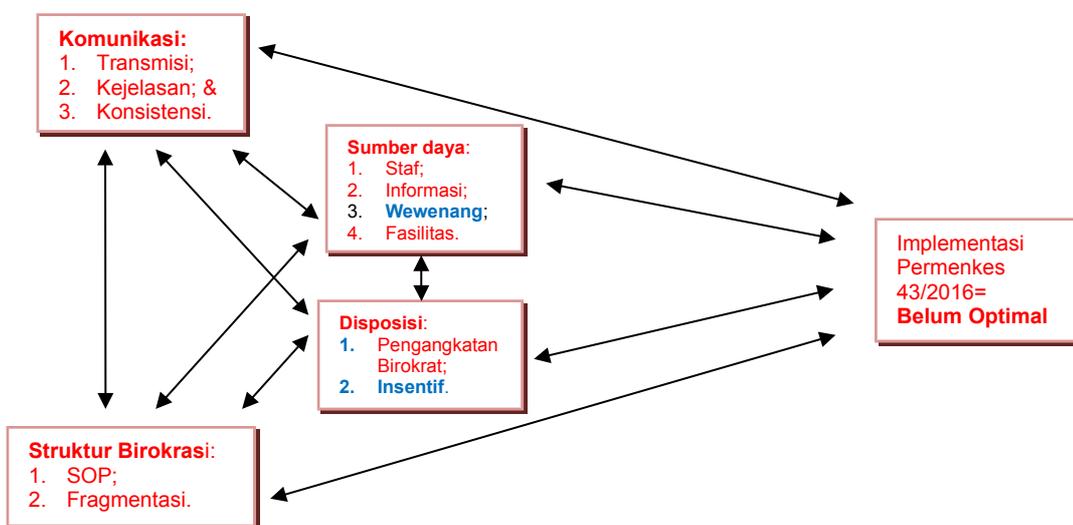
Setelah semua hal tersebut diatas dirumuskan, harus ada upaya lanjutan sesuai pendapat Edward III dan Van Mater & Van Horn, yaitu penyusunan SOP untuk memudahkan semua implementor dan pelaksana di Kab/Kota melaksanakan SPM kesehatan. Selama ini belum ada standar prosedur khusus pelaksanaan pencapaian SPM bidang kesehatan di Jawa Tengah baik di Biro Pemotda maupun di Dinas Kesehatan dan RS, semua mengikuti regulasi dari masing-masing Kementerian yang bersifat sangat teknis. Hal tersebut seharusnya tetap dibuat SOP nya, juga dalam hal yang bersifat non teknis yang terkait sumber daya dan pengadministrasian. Ketika semua pihak hanya menyesuaikan dengan regulasi masing-masing Kementerian teknis, hal yang paling dihindari adalah terjadinya fragmentasi atau ego sektoral yang terlihat. Saat ini yang terjadi di Biro Pemotda Dan Kerjasama, terjadi fragmentasi antara fungsi koordinasi dan fungsi teknis, koordinasi sama sekali tidak berjalan dengan baik. Badan-badan yang ada bertentangan satu sama lain, seperti kondisi

sekarang antara Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan yang sama-sama satu fungsi, yaitu fungsi teknis. Belum lagi dengan badan dalam fungsi koordinasi. Mereka mempertahankan fungsi-fungsi mereka dan menentang usaha-usaha yang memungkinkan mereka mengkoordinasikan kebijakan dengan badan yang melaksanakan program yang saling berhubungan.

Konsekuensi yang paling buruk dari fragmentasi birokrasi adalah justru menghambat koordinasi, karena tujuan masing-masing badan berbeda-beda, dan mereka mementingkan urusan masing-masing. Padahal, penyebaran wewenang secara *top down* dari pemerintah pusat yang berasal dari fungsi berbeda, yaitu Kemendagri dan Kemenkes, untuk melaksanakan kebijakan yang kompleks membutuhkan koordinasi. Pada umumnya, semakin besar koordinasi, apalagi urusan kesehatan, maka koordinasi yang diperlukan untuk melaksanakan juga pasti besar besar, sehingga menjadikan semakin berkurang kemungkinannya untuk berhasil dalam implementasinya. Sehingga, Edward III menjadikan fragmentasi dalam struktur birokrasi sebagai salah satu hal yang bisa menghambat implementasi.

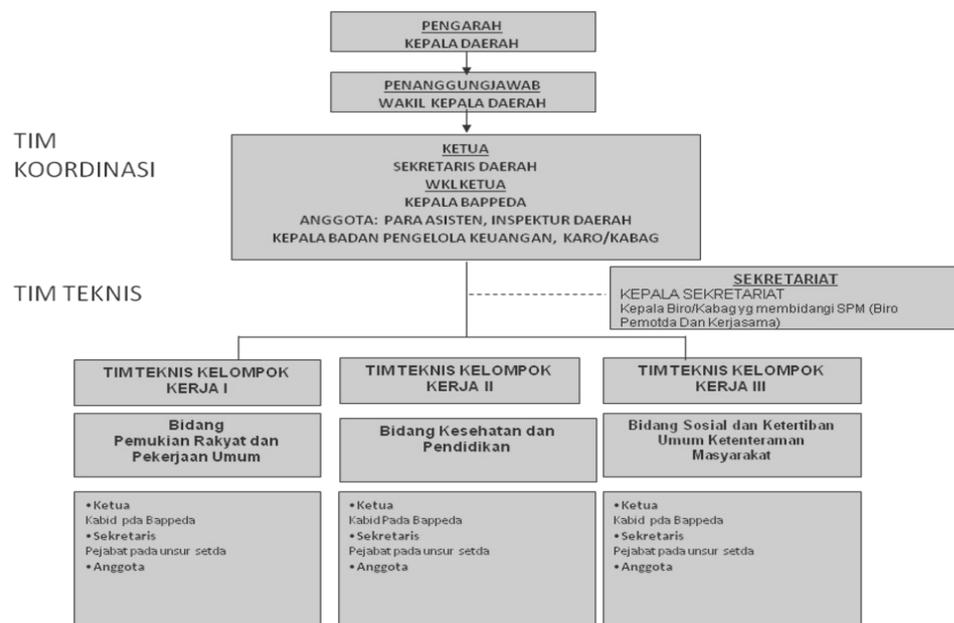
Pengampu SPM di Kemendagri sekarang adalah Ditjen Bangda, sebaiknya daerah juga menyesuaikan, untuk memudahkan pengkoordinasian pelaksanaan SPM. Sehingga sejak awal harus sudah disesuaikan dengan struktur kelembagaan dari Pusat, agar tidak terjadi perbedaan unit pengampu SPM di tiap daerah. Untuk Pemprov Jateng, seharusnya pengampu SPM dipindah ke Biro Bangda dan diampu setingkat eselon III (Kepala Bagian), sehingga pengkoordinasian pelaksanaan SPM mendapatkan kewenangan yang lebih besar, memudahkan pengkoordinasian ke OPD teknis dan Kab/Kota. Selanjutnya disusun mekanisme kerja yang dibentuk untuk mengelola

pelaksanaan sebuah kebijakan. Penyusunan SOP SPM yang mengatur tata aliran pekerjaan diantara para pelaksana, karena pelaksanaan SPM melibatkan lebih dari satu institusi. Namun jangan sampai terjadi fragmentasi manakala implementasi kebijakan memerlukan banyak program dan melibatkan banyak institusi untuk mencapai tujuannya. Sehingga SPM dapat berjalan sesuai dengan perencanaan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik, hasil analisis adalah:



Gambar 5.2 Hasil Analisis Proses Implementasi Permenkes 43/2016

Sesuai analisis data dengan menggunakan model Edward III, faktor yang paling dominan menyebabkan implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan belum berhasil dengan baik dikoordinasikan oleh Biro Pemotda & Kerjasama didominasi oleh faktor sumber daya. Sumber daya manusia atau personil pengampu SPM masih sangat kurang baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Struktur Organisasi pembentukan tim koordinasi dan tim teknis adalah sebagai berikut:



Gambar 5.3 **Struktur Organisasi Tim SPM**
Sumber: Kemendagri, 2012 (data diolah)

Selanjutnya adalah pengkomunikasian isi dari kebijakan itu sendiri. Apalagi diketahui bahwa kebijakan obyek penelitian masuk dalam kategori bad policy sehingga belum berhasil diimplementasikan di daerah. Kemudian yang terakhir adalah faktor struktur birokrasi dan disposisi, yaitu belum adanya penyusunan SOP khusus pelaksanaan SPM kesehatan, adanya fragmentasi antar fungsi koordinasi dan fungsi teknis, perekrutan dan penempatan pejabat yang belum sesuai kompetensi teknis yang dibutuhkan sebagai pengampu SPM dan adanya mekanisme sanksi dan insentif yang belum pernah direalisasikan oleh pemerintah pusat.

Islamy (1991), menjelaskan bahwa tugas dan kewajiban pejabat dan badan-badan pemerintah bukan hanya dalam perumusan kebijakan negara, tetapi juga dalam pelaksanaan kebijakan. Keduanya penting, tetapi dalam kenyataannya banyak pejabat dan badan-badan pemerintah lebih dominan peranannya dalam perumusan kebijakan, namun kurang dalam implementasi kebijakan, dan masih lemah sekali dalam menyebarkan kebijakan-kebijakan baru baik kepada

aparaturnya maupun kepada masyarakat. Hal tersebut menyebabkan kurang efektifnya pelaksanaan kebijakan. Buruknya proses komunikasi akan menjadi titik lemah dalam mencapai efektivitas pelaksanaan kebijaksanaan Negara.

5.2.2 Faktor Penghambat dan Pendukung

Berdasarkan data yang telah disajikan, terdapat dua faktor pendukung faktor pendukung proses implementasi Keberhasilan Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan di Biro Pemoatda Dan Kerjasama, yaitu:

- a. Kewenangan Gubernur dan Sekretaris Daerah Provinsi Jawa tengah yang sudah mengakomodir indikator SPM kesehatan ke dalam dokumen perencanaan, hal ini merupakan bentuk dukungan dalam melaksanakan Program Strategis Nasional;
- b. Adanya sanksi untuk daerah yang tidak melaksanakan dan tidak mencapai SPM, sesuai UU 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah pada pasal 68, diperkuat dengan adanya konsekuensi *reward* dan *punishment* sesuai lampiran Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan, diharapkan dapat menjadi pemacu pelaksanaan pencapaian SPM kesehatan di daerah. Berdasarkan faktor penentu keberhasilan implementasi kebijakan Edward III, diharapkan dengan adanya insentif bisa menjadikan Permenkes 43/2016 dapat berhasil dilaksanakan.

Selain faktor pendukung, terdapat pula lima faktor penghambat bagi proses implementasi Keberhasilan Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan di Biro Pemoatda Dan Kerjasama, sebagaimana dibahas dalam uraian di bawah ini:

- a. Kekurangan sumber daya: kewenangan, walaupun SPM sudah terakomodir dalam dokumen perencanaan, namun dalam penunjukan unit pengampu SPM

- masih belum sesuai, yaitu hanya pada level Pengawas (eselon IV), hal ini justru menjadi penghambat dalam pengkoordinasian pelaksanaan SPM, karena untuk pengambilan keputusan sangat tergantung pada keputusan pejabat di atasnya yang belum memahami urgensi SPM sebagai Program Strategis Nasional yang memiliki konsekuensi sanksi bagi Kepala Daerah. Kekurangan personil baik dari kualitas maupun kuantitas masih sangat kurang, sarana dan prasarana, peralatan termasuk alat kesehatan, dan anggaran. Sehingga menghambat pengkoordinasian SPM kesehatan pada Subbag Urpem dan SPM, dimana harus mengampu SPM se-Jawa Tengah;
- b. Lemahnya komunikasi antar instansi koordinator dan teknis pelaksana penerapan pencapaian SPM bidang kesehatan tidak, sehingga belum tercapai persamaan persepsi dalam implementasi Permenkes 43/2016 tentang SPM Bidang Kesehatan. komunikasi hanya pada saat diadakan rakor atau seminar saja, itupun personil yang ditunjuk selalu berganti-ganti;
 - c. Pengangkatan pejabat birokrasi yang belum sesuai dengan kemampuan profesionalnya yaitu standar kompetensi teknis penerapan dan pencapaian SPM, sehingga mempengaruhi dalam pengambilan keputusan dalam mengkoordinasikan pelaksanaan SPM Kesehatan;
 - d. Belum adanya SOP yang mengatur alur pengkoordinasian dan teknis pelaksanaan SPM bidang kesehatan yang mengatur mekanisme pelaksanaan pencapaian SPM Kesehatan secara keseluruhan termasuk dalam hal verifikasi dan validasi data SPM kesehatan;
 - e. Kebijakan SPM bidang kesehatan itu sendiri, yaitu penentuan indikator dan target capaian dalam Permenkes 43/2016 yang sulit untuk dipenuhi datanya , setelah dihitung membutuhkan anggaran yang besar, target yang terlalu tinggi, sehingga menyulitkan daerah dalam penentuan program dan kegiatan yang diintegrasikan ke dalam dokumen perencanaan. Dimana implementasi

SPM kesehatan seharusnya memperkuat sisi promotif dan preventif, sehingga diharapkan akan *ber-impact* pada penurunan jumlah kasus kuratif. Namun dalam penentuan data capaiannya justru mendukung sisi kuratif, yaitu dengan menuntut pemenuhan data seberapa banyak sasaran penerima pengobatan.