



**PELAKSANAAN KEBIJAKAN STANDAR
PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN KABUPATEN
MAGELANG TAHUN 2017-2019 DALAM
MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT
SKRIPSI**

disusun untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum

Oleh

RIZKI WARDANI

16.0201.0015

PROGRAM STUDI ILMU HUKUM

FAKULTAS HUKUM

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2020

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi dengan judul "PELAKSANAAN KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2017 -2019 DALAM MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT", disusun oleh RIZKI WARDANI (NPM.16.0201.0015) telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Sidang Ujian Skripsi Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Magelang, pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 13 Agustus 2020

Mengetahui,

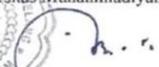
Pembimbing I Pembimbing II


Dr. Dyah Adriantini Sintha Dewi, SH., M.Hum
NIDN. 0003106711


Habib Muhsin S., SH., M.Hum
NIDN. 0629117301

Mengetahui,

Dekan Fakultas Hukum
Universitas Muhammadiyah Magelang


Dr. Dyah Adriantini Sintha Dewi, SH., M.Hum.
NIP.196710031992032001

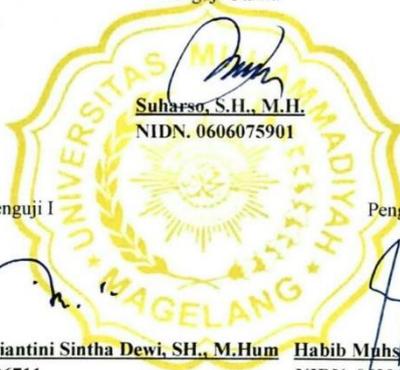
PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "PELAKSANAAN KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2017-2019 DALAM MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT", disusun oleh **RIZKI WARDANI (NPM. 16.0201.0015)**, telah dipertahankan dihadapan Sidang Ujian Skripsi Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Magelang, pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 19 Agustus 2020

Penguji Utama



Suharsa, S.H., M.H.
NIDN. 0606075901

Penguji I

Penguji II

Dr. Dyah Adriantini Sintha Dewi, SH., M.Hum
NIDN. 0003106711

Habib Muhsin S., SH., M.Hum
NIDN. 0629117301

HALAMAN PENGESEHATAN ORISINILITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rizki Wardani

NIM : 16.0201.0015

menyatakan bahwa skripsi yang berjudul "PELAKSANAAN KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2017-2019 DALAM MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT" adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila dikemudian hari diketahui adanya plagiasi maka saya siap mempertanggungjawabkan secara hukum.

Magelang, 19 Agustus 2020
Yang Menyatakan,



Rizki Wardani
NPM. 16.0201.0015

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai Civitas Akademik Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Rizki Wardani**
Nim : **16.0201.0015**
Program Studi : **Ilmu Hukum (S1)**
Fakultas : **Hukum**

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right)** atas skripsi saya yang berjudul :

**PELAKSANAAN KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2017-2019 DALAM
MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT**

Beserta pangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : **MAGELANG**

Pada tanggal : **19 Agustus 2020**

g menyatakan,



Rizki Wardani
NPM. 16.0201.0015

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirobbil'alamin segala puji hanya kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **PELAKSANAAN KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2017-2019 DALAM MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT** Selama menyusun skripsi ini, penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dikarenakan terbatasnya pengalaman maupun penguasaan ilmu hukum, namun demikian berkat bantuan, bimbingan serta petunjuk dari berbagai pihak sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

Tiada kata maupun ungkapan yang dapat penulis pilih kecuali rasa hormat dan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Dr. Dyah Adriantini Sintha Dewi, S.H.,M.Hum selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Magelang
2. Puji Sulistyaningsih,S.H.,M.H selaku Wakil Dekan Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Magelang
3. Chrisna Bagus Edhita Praja, S.H.,M.H selaku Kepala Program Studi Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Magelang
4. Habib Muhsin Syafingi, S.H, M.Hum dan Dr. Dyah Adriantini Sintha Dewi, S.H.,M.Hum Dosen Pembimbing dalam penulisan skripsi ini
5. Suharso, S.H., MH selaku Dosen reviewer
6. Seluruh Dosen dan Staff Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Magelang

7. Vidya Nirmala, S.KM, M.Kes selaku Kepala Sub bagian Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang menjadi responden narasumber
8. Kedua orang tua saya yang telah membesarkan saya
9. Adik saya Isnaini Wulandari, Ahmad Dino Prakoso, Fais Niko Indra Wiirawan serta Keluargaku tercinta yang selalu memberi dukungan dan doa
10. Seluruh sahabatku Desti, Reliska, Siti, Feri, Rekan-rekan seperjuangan Skripsi Hukum Tata Negara, dan teman-teman Fakultas Hukum Angkatan 16 yang selalu memberi semangat dan arahan
11. Serta semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu, yang telah memberikan motivasi dan bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.

Akhirnya dengan segala keterbatasan, kekurangan yang ada pada penyusun, dengan ketulusan hati yang ikhlas dan ridhonya dengan ini memohon kritik dan saran yang konstruktif/membangun demi sempurnanya penulisan ini. Semoga skripsi ini bermanfaat untuk kita semua.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Magelang, 7 Agustus 2020
Penulis

RIZKI WARDANI
NPM. 16.0201.0015

ABSTRAK

Wardani, Rizki. 2020. *Pelaksanaan kebijakan standar pelayanan minimal kesehatan kabupaten magelang tahun 2017 -2019 dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat*. Skripsi Bagian Hukum Tata Negara, Program Studi Ilmu Hukum, Universitas Muhammadiyah Magelang. Pembimbing I : Dr. Syah Adriantini Sintha Dewi, S.H. M.Hum, Pembimbing II : Habib Muhsin Syafingi, S.H. M.Hum

Kata Kunci : Implementasi; Pemenuhan; SPM

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan yang wajib diperoleh setiap warga secara minimal. SPM bidang Kesehatan mencakup 2 jenis dan mutu layanan dasar SPM Kesehatan di Daerah Provinsi dan 12 jenis mutu layanan dasar SPM Kesehatan di Daerah Kabupaten/Kota. Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan Pemerintah ternyata belum sepenuhnya dapat di Implementasikan oleh hampir semua Daerah Indonesia, termasuk di Kabupaten Magelang. Belum semua Indikator dari SPM dapat tercapai target yang telah ditetapkan.

Penelitian ini berangkat dari permasalahan pokok yaitu Mengapa Kinerja SPM Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2017-2019 dengan 12 indikator, belum dapat memenuhi target 100% setiap tahunnya dan bagaimana solusi dari pemerintah daerah dalam upaya pemenuhan SPM Kesehatan Kabupaten Magelang dalam mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat. Penelitian ini menggunakan Metode Penelitian dengan pendekatan kasus dan undang-undang dengan Jenis penelitian Normatif. Sumber data berasal dari primer (wawancara), sekunder (undang-undang). Teknik pengambilan data diambil secara Kepustakaan, wawancara. Analisis data yang digunakan adalah pengumpulan data, reduksi data, Display data dan kesimpulan. Lokasi penelitian yang diambil dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.

Dalam Implementasi Pelaksanaan Kebijakan SPM Kesehatan peneliti menggunakan Teori Edward III yaitu dilihat dari Aspek Komunikasi, Aspek Sumber Daya, Aspek Disposisi, dan Aspek Struktur Birokrasi. Alasan Kinerja SPM Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2017-2019 dengan 12 Indikator belum dapat terpenuhi 100% setiap tahunnya dipengaruhi oleh kurangnya Aspek Disposisi (komitmen) dari Pelaksana SPM Kesehatan dan Kurangnya Aspek Sumber Daya (SDM, Anggaran, fasilitas). Dari Permasalahan yang ada pemerintah daerah memiliki solusi dalam Upaya Pemenuhan SPM Kesehatan. solusi pertama yaitu dengan menyusun Tim tingkat SPM Dinas Kesehatan, Analisa SPM, Penyusunan SPM Coasting, Advokasi Lintas Sektor. Konsep Kesejahteraan dalam penelitian ini diukur dari Indikator Angka Harapan Hidup. Dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Magelang, Angka Harapan Hidup di Kabupaten Magelang baik laki-laki maupun perempuan mengalami peningkatan setiap tahunnya.

ABSTRACT

Wardani, Rizki. 2020. Implementation of health service standard policy for magelang district in 2017-2019 in realizing community welfare. Thesis Department of Constitutional Law, Law Studies Program, University of Muhammadiyah Magelang. Advisor I: Dr. Syah Adriantini Sintha Dewi, S.H. M. Hum, Advisor II: Habib Muhsin Syafingi, S.H. M.Hum

Keywords: Implementation; Fulfillment; SPM

Minimum Service Standards are provisions regarding the type and quality of basic services that must be filled in by every citizen at a minimum. Minimum Service Standards in the health sector includes 2 types and basic services for Minimum Service Standards health in the Provincial Region and 12 types of basic quality for the MSS for Health in the Regency / City. The minimum service standards that have been set by the government have not yet been implemented by almost all regions of Indonesia, including in Magelang District. Not all indicators from SPM can reach the targets that have been set.

This research departs from the main problem, namely why the performance of Minimum Service Standards Health in Magelang Regency in 2017-2019 with 12 indicators, has not been able to meet the target of 100% each year and how the solutions of the local government in fulfilling Minimum Service Standards Health in Magelang Regency in realizing Community Welfare. This study uses a research method with a case and law approach with the type of normative research. Sources of data come from primary (interviews), secondary (law). The data collection technique was taken from literature, interviews. Data analysis used is data, data reduction, and data reports. The location of research taken in this study is the Magelang District Health Office.

In the implementation of the implementation of the Minimum Health Service Standard Policy, the researcher used Edward III's theory, namely the aspects of communication, resource aspects, disposition aspects, and bureaucratic structure aspects. Magelang District Health Minimum Service Standards for 2017-2019 with 12 indicators cannot be fulfilled 100% each year based on the reasons for the Disposal Aspects (commitments) of the Implementers of Health Minimum Service Standards and Lack of Resource Aspects (Human Resources, Budget, Facilities). From the existing problems, the local government has a solution in the Efforts to Fulfill Minimum Health Service Standards. The first solution is to formulate a Health Service Minimum Service Standards Team, Analysis of Minimum Service Standards, Formulation of Coasting Minimum Service Standards, Cross-Sector Advocacy. The concept of welfare in this study is measured from the Life Expectancy Indicator. From the Central Statistics Agency of Magelang Regency, the Life Expectancy Rate in Magelang Regency for both men and women has increased every year.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN ORISINALITAS	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
BAB I PENDAHULUAN	12
1.1. Latar Belakang.....	12
1.2. Identifikasi Masalah.....	17
1.3. Pembatasan Masalah.....	18
1.4. Rumusan Masalah.....	18
1.5. Tujuan Penelitian	18
1.6. Manfaat Penelitian	19
BAB II TINJAUAN UMUM TENTANG KEBIJAKAN SPM KESEHATAN DALAM MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT	21
2.1. Penelitian Terdahulu	21
2.2. Landasan Teori	24
2.2.1. Teori Implementasi Kebijakan.....	24
2.2.2. Pelayanan publik.....	33
2.2.3. Jasa Pelayanan Kesehatan	35
2.2.4. Standar Pelayanan Minimal	37
2.2.4.1. Sejarah SPM	37
2.2.4.2. Dasar Standar Pelayanan Minimal	39
2.2.4.3. Pengaturan SPM.....	39
2.2.4.4. Lingkup SPM.....	41

2.2.5.	Standar Pelayanan Minimal Kesehatan	41
2.2.6.	Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.....	42
2.2.7.	Permenkes Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.....	44
2.2.8.	Kesejahteraan Masyarakat.....	58
2.2.8.1.	Konsep Kesejahteraan	58
2.2.8.2.	Indikator Kesejahteraan.....	60
2.2.8.3.	Indikator Angka harapan hidup.....	60
2.4.	Kerangka Berfikir	66
BAB III METODE PENELITIAN		67
3.1.	Jenis Penelitian.....	67
3.2.	Pendekatan Penelitian.....	67
3.3.	Fokus Penelitian	68
3.4.	Lokasi Penelitian	68
3.5.	Sumber Data.....	69
3.6.	Teknik pengambilan Data	70
3.7.	Teknik Analisa Data	70
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		98
5.1.	Kesimpulan	98
5.2.	Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA		100

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Menurut UU Nomor 25 tahun 2009, Pelayanan publik (*public service*) adalah kegiatan pemerintah sebagai penyelenggara atas penyediaan produk barang, jasa dan / atau pelayanan administratif kepada masyarakat yang meliputi : pendidikan, pengajaran, pekerjaan dan usaha, tempat tinggal, komunikasi dan informasi, lingkungan hidup, kesehatan, jaminan sosial, energi, perbankan, perhubungan, sumber daya alam, pariwisata, dan sektor strategis lainnya. Pelayanan Publik dilihat dari Aspek Hukum adalah Kewajiban yang diberikan oleh konstitusi kepada pemerintah untuk memenuhi hak-hak dasar warga negara atau penduduk atau masyarakat dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Untuk memenuhi hak-hak dasar warga negara atau masyarakat yang kondisi kemampuan sumber daya pemerintah daerah diseluruh Indonesia tidak sama, pelaksanaannya diatur dengan standar pelayanan minimal. Karena Salah satu tujuan pengaturan standar pelayanan minimal ini adalah terjaminnya pelayanan dasar yang menjadi hak setiap warga negara yang ada di Indonesia yang harus dipenuhi.

Menurut PP No.02 Tahun 2018, Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Urusan pemerintahan wajib adalah urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua daerah yang dipimpin kepala Daerah sebagai

unsur penyelenggara urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah. Dalam Negara Kesatuan pemerintah daerah berada langsung di bawah Pemerintah Pusat. Pemerintah pusat merupakan penyelenggara pemerintahan bangsa Indonesia. Dalam menjalankan tugasnya, pemerintah pusat diharapkan mampu mewujudkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan pembukaan UU RI 1945 Alinea 4, yang intinya berisi tujuan Negara Republik Indonesia yaitu perlindungan, kesejahteraan, pencerdasan, dan perdamaian yang berdasar kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, lalu disusun dalam UUD RI 1945 yang berkedaulatan rakyat dengan berdasar pada Pancasila.

Menurut PP No.65 tahun 2005 SPM disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar sesuai dengan peraturan perundang-undangan . Artinya, SPM ditetapkan secara Nasional oleh pemerintah dan diberlakukan untuk seluruh daerah, Dengan begitu Standar Pelayanan Minimal diseluruh Indonesia harus sama. Maka penerapan SPM di daerah wajib melakukan penerapan SPM sebagai dasar melayani masyarakat. Menurut PP No.2 tahun 2018, Urusan Pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang selanjutnya menjadi jenis SPM terdiri atas :

1. Standar pelayanan minimal pendidikan
2. Standar pelayanan minimal kesehatan
3. Standar pelayanan minimal pekerjaan umum
4. Standar pelayanan minimal perumahan rakyat
5. Standar pelayanan minimal ketenteraman

6. Standar pelayanan minimal ketertiban umum dan perlindungan masyarakat, dan
7. Standar pelayanan minimal sosial.

Salah satu Jenis SPM adalah SPM kesehatan. Kesehatan adalah suatu kebutuhan dasar/pokok bagi Manusia yang merupakan Modal untuk menjalani kehidupannya. Namun dalam pemenuhannya tidak dapat dilakukan sendiri, karena karakteristik dari barang dan jasa kesehatan tidak dapat diusahakan/diproduksi sendiri secara langsung oleh masing-masing warga negara, melainkan harus ada campur tangan dari pemerintah. Dalam Permenkes Nomor 43 Tahun 2016, menjadi acuan pemerintah daerah kab/kota dalam penyediaan dan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Peraturan ini juga sebagai instrumen bagi masyarakat dalam melakukan kontrol terhadap kinerja pemerintah di bidang pelayanan publik bidang kesehatan.

Permenkes No.43 tahun 2016 hanya dipakai untuk melaksanan SPM Kesehatan tahun 2017-2018. Pada tahun 2019 peraturan tersebut sudah tidak dipakai lagi dan diganti dengan Permenkes No.4 tahun 2019. Adapun yang membedakanya pada permenkes No.43 tahun 2016 diperuntukan hanya untuk Kab/Kota sebagai penyelenggara atau penyedia layanan dengan 12 indikator kinerja SPM bidang kesehatan yang harus terpenuhi 100% setiap tahunnya. 12 Indikator SPM Kesehatan tersebut adalah :

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil
2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin
3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir

4. Pelayanan kesehatan balita
5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut
8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi
9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus
10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat
11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis
12. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus).

Sedangkan pada Permenkes No.4 tahun 2019, ditambahkan SPM Kesehatan Daerah Provinsi dengan 2 indikator yaitu :

1. Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi
2. Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi

Meskipun kewajiban penyusunan rencana target pencapaian SPM bagi pemerintah daerah provinsi dan Kab/Kota diseluruh Indonesia sudah ada kebijakan yang mengatur. Namun kenyataanya belum semua pemerintahan di Indonesia memenuhi kewajibanya. Salah satunya adalah pemerintah daerah kabupaten Magelang. Dalam kenyataanya, daerah Kabupaten Magelang dari 12 indikator kinerja SPM kesehatan belum ada yang memenuhi target 100% setiap

tahunya. Berdasar hasil telaah buku capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dapat dilihat laporan Capaian SPM Kesehatan Kabupaten Magelang tahun 2017-2019 pada tabel berikut :

Tabel 1.1

Laporan Capaian SPM Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2017-2019

NO.	Indikator Kinerja SPM Kesehatan	Target 100%		
		2017	2018	2019
1.	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil	89,94%	90,53%	93,83%
2.	Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin	99,95%	99,97%	99,52%
3.	Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir	96,74%	98,89%	99,27%
4.	Pelayanan Kesehatan Balita	65,10%	38,21%	88,35%
5.	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar	100,00%	98,41%	87,47%
6.	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif	53,33%	0,42%	27,04%
7.	Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut	31,44%	44,87%	58,65%
8.	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi	30,74%	39,37%	13,25%
9.	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus	3,21%	31,22%	62,47%
10.	pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat	42,58%	42,58%	99,54%
11.	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Terduga TB	90,00%	83,04%	40,99%
12.	Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Terinfeksi HIV	101,89%	100,00%	69,39%

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Jawa Tengah

Wilayah ini menarik penulis untuk dijadikan sebagai obyek penelitian karena pelaksanaan Kinerja Standar Pelayanan bidang Kesehatan Kabupaten Magelang dari tahun 2017,2018 dan 2019, dengan 12 indikator, belum berjalan maksimal. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor inilah yang menurut penulis perlu

kiranya untuk dilakukan evaluasi untuk dapat mengetahui alasan ketidak tercapainya indikator kinerja SPM Kesehatan, hambatan apa yang menyebabkan tidak terpenuhinya, dan solusi terbaik untuk menyelesaikan permasalahan tersebut. Untuk itu menarik kiranya jika ada studi yang meneliti hal ini guna membantu memperbaiki pengaturan SPM agar dapat dilaksanakan sesuai Peraturan Perundang-undangan untuk Mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat.

Agar pembahasan dalam penelitian ini lebih fokus maka pembahasan masalah dibatasi hanya pada SPM kesehatan Kabupaten Magelang. Dengan demikian diharapkan penulis dapat lebih tajam dalam pembahasannya.

1.2. Identifikasi Masalah

Permasalahan penelitian yang penulis ajukan ini dapat diidentifikasi permasalahannya sebagai berikut :

Dalam Permenkes No.4 tahun 2019 menyebutkan “Capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan harus 100% (seratus persen) setiap tahunnya”. Namun dalam prakteknya Pemerintah daerah belum dapat menjalankan pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar SPM kesehatan dengan maksimal. Mengakibatkan penerapan SPM di Kabupaten Magelang belum efektif, pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap Warga secara Minimal jadi terhambat dan mengakibatkan belum dapat terpenuhinya target Indikator SPM Kesehatan setiap Indikator harus 100% setiap tahunnya.

1.3.Pembatasan Masalah

Agar penelitian ini dapat dilakukan lebih fokus, sempurna, dan mendalam maka penulis memandang permasalahan penelitian yang diangkat perlu dibatasi variabelnya. Oleh sebab itu, penulis membatasi diri hanya berkaitan dengan belum terpenuhi target 100% Indikator SPM Kesehatan Kabupaten Magelang di tahun 2017-2019.

1.4. Rumusan Masalah

Berdasarkan Masalah penelitian yang telah diuraikan, dirumuskan rumusan masalah sebagai berikut :

1. Mengapa Kinerja SPM Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2017-2019 dengan 12 indikator, belum dapat memenuhi target 100% setiap tahunnya ?
2. Bagaimana solusi dari pemerintah daerah dalam upaya pemenuhan SPM Kesehatan Kabupaten Magelang dalam mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat ?

1.5.Tujuan Penelitian

Adapun tujuan yang ingin dicapai oleh Penulis dalam penelitian ini adalah tidak lebih dari permasalahan yang telah di paparkan yaitu :

1. Tujuan Obyektif:
 - a. Untuk mengetahui mengapa Pemenuhan SPM Kesehatan di Kabupaten Magelang di Tahun 2017-2019 belum terpenuhi.
 - b. Untuk mengetahui Faktor penghambat pelaksanaan Kebijakan SPM Kesehatan Kabupaten Magelang

- c. Untuk mengetahui bagaimana solusi dari Pemerintah daerah Kabupaten Magelang dalam menangani belum terpenuhinya SPM Kesehatan Kabupaten Magelang di Tahun 2017-2019.
 - d. Untuk mengetahui wujud Kesejahteraan Masyarakat dari Indikator Angka Harapan Hidup
2. Tujuan Subjektif:
- a. Dapat memperoleh data dan informasi sebagai bahan utama untuk menyusun proposal penulisan penelitian hukum yang digunakan dalam memenuhi persyaratan yang diwajibkan dalam meraih gelar kesarjanaan di bidang Ilmu Hukum pada Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Magelang
 - b. Menambah, memperluas, mengembangkan pengetahuan dan pengalaman Penulis serta pemahaman aspek hukum di dalam teori dan praktek lapangan hukum, khususnya dalam bidang hukum pidana.
 - c. Memberi gambaran dan sumbangan pemikiran bagi ilmu hukum

1.6. Manfaat Penelitian

Penelitian terkait pengaturan SPM diharapkan dapat memberikan manfaat dalam bentuk pemikiran secara teoritis yaitu menambah wawasan dan memperluas ilmu pengetahuan khususnya dibidang pelayanan dasar. Selain itu juga untuk menambah konsep baru sebagai bahan rujukan untuk pembangunan pengaturan dan penerapan standar pelayanan minimal.

Secara praktis hasil penelitian ini dijadikan sebagai sumbangan pikiran bagi semua pihak khususnya Pemerintah Daerah dalam menerapkan SPM. Selain itu

dalam rangka memperbaiki peraturan SPM diseluruh bidang diperlukan suatu kajian yang komprehensif dan melibatkan seluruh pihak yang terkait seperti Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat selaku pengguna. Oleh karena itu, dengan mengkaji permasalahan dan menganalisis berbagai faktor yang mendukung dan menghambat pelaksanaan SPM diharapkan ada gambaran mengenai apa yang seharusnya dilakukan dalam rangka mencari solusi atas permasalahan yang ditemukan.

BAB II

TINJAUAN UMUM TENTANG KEBIJAKAN SPM KESEHATAN DALAM MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT

2.1. Penelitian Terdahulu

Proposal skripsi ini tidak terlepas dari hasil penelitian-penelitian terdahulu yang pernah dilakukan sebagai bahan perbandingan dan kajian. Adapun hasil-hasil penelitian yang dijadikan acuan tidak terlepas dari topik penelitian yaitu mengenai Jenis Indikator Pelayanan.

1. (Rengga, 2012) Penelitian mengambil Judul Studi Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Dasar Di Kota Magelang. Pada penelitian tersebut hanya meneliti 5 indikator jenis pelayanan Kesehatan. Data pelayanan kesehatan dasar Kota Magelang tahun 2009 menunjukkan bahwa belum semua komponen pelayanan dasar dapat dicapai antara lain:

- Kunjungan pemeriksaan kehamilan seharusnya 100%.
Kenyataannya baru mencapai 94,87%
- Pelayanan nifas (setelah melahirkan) seharusnya 100%.
Kenyataannya baru mencapai 90,87%
- Pemeriksaan bayi seharusnya 100%, kenyataannya baru mencapai 92,25%
- Persalinan oleh nakes seharusnya 100% , kenyataannya baru mencapai 90,79%
- Pelayanan anak balita seharusnya 100, kenyataan masih tercapai sekitar 66,28%

Perbedaan Penelitian saya dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian saya sudah berdasar pada Permenkes No.43 Tahun 2016 dengan 12 Jenis Indikator Pelayanan Dasar Kesehatan sedangkan penelitian Rengga berdasar pada Permendagri No.79 tahun 2007 tentang Pedoman dan Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.

2. (Purwanto, 2009) Melakukan penelitian tentang Evaluasi Implementasi Kebijakan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul. Hasil penelitian menunjukkan bahwa SPM Pemerintah Kab. Gunung kidul dalam Bidang kesehatan telah dilaksanakan. Hal ini dapat dilihat dari perbandingan data dari indikator dalam setahun yang telah ditentukan. Walaupun masih ada beberapa indikator kinerja belum memenuhi target.

Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti tentang Kebijakan SPM Kesehatan. Perbedaan dengan penelitian saya terletak pada daerah penelitiannya dan Jenis penelitiannya, yaitu kualitatif dan kuantitatif dengan metode penelitian deskriptif. Sedangkan metode penelitian yang saya gunakan adalah kualitatif.

3. (Firdaini Armita & Dr.dr.Dwi Handono S, 2018) Meneliti tentang Implementasi permenkes No.43 Tahun 2016 tentang SPM bidang kesehatan di Dinas Kesehatan Kab. Sumbawa Barat. Dengan Mendeskripsikan penerimaan Dinas Kesehatan mengimplementasikan Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten Sumbawa Barat. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif menggunakan riset implementasi.

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian saya, terkait pada Indikator Standar Pelayanan Minimalnya. Pada penelitian Firdaini Armita hanya memfokuskan pada pembahasan 3 indikator SPM Kesehatan saja, yaitu pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat, indikator pelayanan kesehatan ibu hamil dan indikator pelayanan kesehatan orang dengan Tuberkulosis (TB) di Kabupaten Sumbawa Barat. Sedangkan penelitian saya membahas 12 jenis capaian Indikator kinerja SPM Kesehatan sesuai dengan Permenkes No.43 Tahun 2016 yaitu Pelayanan kesehatan ibu hamil, Pelayanan kesehatan ibu bersalin, Pelayanan kesehatan bayi baru lahir, Pelayanan kesehatan balita, Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar, Pelayanan kesehatan pada usia produktif, Pelayanan kesehatan pada usia lanjut, Pelayanan kesehatan penderita hipertensi, Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus, Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat, Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis, dan Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus).

4. (M. Rifa'i, 2016) Melakukan penelitian tentang Implementasi tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Garawangi Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa standar pelayanan minimal kesehatan yang dilaksanakan oleh puskesmas Garawangi Kabupaten Kuningan merupakan perwujudan dari kebijakan pemerintah pusat guna melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Perbedaan dengan penelitian saya terletak pada tujuan penelitian yaitu terletak di unit analisis, penelitian tersebut diangkat di tingkat puskesmas sedangkan penelitian saya berada ditingkat daerah Kabupaten.

5. (Kurniawan, 2011) Penelitian ini berangkat dari permasalahan pokok yaitu bagaimana pengaturan SPM di instansi Pemerintah Pusat dan instansi Pemerintah Daerah, dan efektivitas pengaturan tersebut di daerah otonom, serta faktor-faktor apa yang mendorong dan menghambat efektivitas pengaturan SPM di daerah otonom. Jawaban atas permasalahan penelitian ini dilakukan secara yuridis-normatif menelaah data sekunder yang menggunakan alat pengumpulan data secara studi kepustakaan.

Peberdaan penelitian saya dengan penelitian sebelumnya adalah, penelitian saya mengangkat permasalahan tentang Pelaksanaan Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di tingkat kabupaten dan bagaimana upaya dari pemerintah dalam mengatasi permasalahan tersebut. Jawaban atas permasalahan penelitian saya dilakukan secara Yuridis Normatif dengan menelaah data sekunder dan primer.

2.2. Landasan Teori

2.2.1. Teori Implementasi Kebijakan

1. Teori George Edward III

George C. Edward III berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu: (Widodo, 2011)

- a) Komunikasi, Komunikasi merupakan proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan. Sementara itu, komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian

informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (*policy makers*) kepada pelaksana kebijakan (*policy implementors*).

- b) Sumberdaya, meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Indikator sumber-sumber daya terdiri dari : SDM, anggaran, informasi, kewenangan dan fasilitas.
- c) Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh pelaksana seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila pelaksana memiliki disposisi yang baik, maka pelaksana tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika pelaksana memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.
- d) Struktur Birokrasi, Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Aspek dari struktur organisasi adalah Standard Operating Procedure (SOP) dan fragmentasi. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

2. Teori Marilee S. Grindel

Keberhasilan implementasi menurut Merilee S. Grindle di pengaruhi oleh dua variabel besar, yakni : (Rahmi, 2014)

a) Variabel isi kebijakan (*content of policy*) ini mencakup :

- Se jauh mana kepentingan kelompok sasaran atau target groups termuat dalam isi kebijakan.
- Jenis manfaat yang diterima oleh target group
- Se jauh mana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan. Suatu program yang bertujuan mengubah sikap dan perilaku kelompok sasaran relatif lebih sulit diimplementasikan daripada program yang sekedar memberikan bantuan kredit atau bantuan beras kepada kelompok masyarakat miskin.
- Apakah letak sebuah program sudah tepat.
- Apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementornya dengan rinci.
- Apakah sebuah program didukung oleh sumberdaya yang memadai.

b) Variabel lingkungan implementasi (*context of implementation*)

kebijakan mencakup :

- Seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan.
- Karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa.
- Tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran.

3. Teori Daniel A. Mazmania dan Paul A. Sabatier

Menurut Mazmanian dan Sabatier, ada tiga kelompok variabel yang memengaruhi keberhasilan implementasi, yakni : (Rahmi, 2014).

a) Karakteristik dari masalah (*tractability of the problems*) :

- Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan.
- Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran.
- Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi.
- Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan.

b) Karakteristik kebijakan/undang-undang (*ability of statute to structure implementation*) :

- Kejelasan isi kebijakan. Ini berarti semakin jelas dan rinci isi sebuah kebijakan akan mudah diimplementasikan karena implementor mudah memahami dan menterjemahkan dalam tindakan nyata.
- Seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis.
- Besarnya alokasi sumberdaya finansial terhadap kebijakan tersebut.
- Seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana.
- Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana.
- Tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan.

- Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan.

c) Variabel lingkungan (*nonstatutory variables affecting implementation*) :

- Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi.
- Dukungan publik terhadap sebuah kebijakan.
- Sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*).
- Tingkat komitmen dan keterampilan dari aparat dan implementor.

6. Teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn

Model pendekatan top-down yang dirumuskan oleh van Metter & van Horn disebut dengan istilah *A Model of The Policy Implementation*. Ada enam variabel, menurut van Metter & van Horn, yang mempengaruhi kinerja implementasi kebijakan publik: (Agustino, 2016)

a) Ukuran dan Tujuan Kebijakan.

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika-dan-hanya-jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosio-kultur yang mengada di tingkat pelaksana kebijakan. Ketika ukuran kebijakan atau tujuan kebijakan terlalu ideal (bahkan terlalu utopis) untuk dilaksanakan di tingkat warga, maka akan sulit merealisasikan kebijakan publik hingga titik yang dapat dikatakan berhasil.

b) Sumber daya.

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi. Ketika kompetensi dan kapabilitas dari sumber-sumber daya itu nihil, maka kinerja kebijakan publik sangat sulit untuk diharapkan.

Tetapi di luar sumber daya manusia, sumber-sumber daya lain yang perlu diperhitungkan juga ialah sumber daya finansial dan waktu. Ini karena mau-tidak-mau ketika sumber daya manusia yang kompeten dan kapabel telah tersedia sedangkan kucuran dana melalui anggaran tidak tersedia, maka akan timbul masalah untuk merealisasikan apa yang hendak dituju oleh tujuan kebijakan. Demikian pula halnya dengan sumber daya waktu. Saat sumber daya manusia giat bekerja dan kucuran dana berjalan dengan baik, tetapi terbentur dengan masalah waktu yang terlalu ketat, maka hal ini pun dapat menjadi penyebab ketidakberhasilan suatu implementasi kebijakan.

c) Karakteristik Agen Pelaksana.

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat pengimplementasian kebijakan publik. Hal ini sangat penting

karena kinerja implementasi kebijakan (publik) akan sangat banyak dipengaruhi oleh ciri-ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksanaannya. Misalnya, implementasi kebijakan publik yang berusaha untuk merubah perilaku manusia secara radikal, maka agen pelaksana proyek itu haruslah berkarakteristik tegas, keras, dan ketat dalam melaksanakan aturan sesuai dengan sanksi hukum yang telah ditetapkan.

Selain itu, cakupan atau luas wilayah implementasi kebijakan perlu diperhitungkan manakala hendak menentukan agen pelaksana. Semakin luas cakupan implementasi kebijakan, maka seharusnya semakin besar pula agen yang dilibatkan.

d) Sikap atau Kecenderungan (Disposition) Para Pelaksana.

Sikap penerimaan atau penolakan dari (agen) pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan yang akan implementor laksanakan adalah kebijakan “dari atas” (top down) yang sangat mungkin para pengambil keputusannya tidak pernah mengetahui (bahkan tidak mampu menyentuh)

kebutuhan, keinginan, atau permasalahan yang warga ingin selesaikan.

e) Komunikasi Antar-Organisasi dan Aktivitas Pelaksana.

Koordinasi merupakan mekanisme sekaligus syarat utama dalam menentukan keberhasilan pelaksanaan kebijakan, Semakin baik koordinasi dan komunikasi di antara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahankesalahan akan sangat kecil terjadi; dan begitu pula sebaliknya.

f) Lingkungan Ekonomi, Sosial, dan Politik.

Hal terakhir yang perlu juga diperhatikan guna menilai kinerja implementasi publik dalam perspektif yang ditawarkan oleh van Metter & van Horn adalah sejauhmana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan. Lingkungan yang dimaksud termasuk lingkungan sosial, ekonomi, dan politik. Dan lingkungan yang tidak kondusif dapat menjadi biang keladi dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Oleh sebab itu, upaya untuk mengimplementasikan kebijakan harus pula memperhatikan kekondusifan kondisi lingkungan eksternal.

7. Teori G. Shabbir Cheema dan Dennis A. Rondinelli (1983)

Terdapat kerangka konseptual yang dapat digunakan untuk analisis implementasi program-program pemerintah yang bersifat desentralistis. Ada empat kelompok variabel yang dapat

memengaruhi kinerja dan dampak suatu program, yakni:
(Subarsono, 2005)

- a) Kondisi lingkungan;
- b) Hubungan antar organisasi;
- c) Sumberdaya organisasi untuk implementasi program
- d) Karakteristik dan kemampuan agen pelaksana.

Secara umum faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan hampir sama antar pakar yang satu dengan yang lainnya. Namun dalam penelitian ini diperlukan pembatasan yaitu hanya dipilih faktor yang diyakini memberikan pengaruh besar pada pelaksanaan kebijakan dibidang SPM yaitu Teorinya George Edward III.

George C. Edward III berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu:

- a) Komunikasi, Komunikasi merupakan proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan. Sementara itu, komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (policy makers) kepada pelaksana kebijakan (*policy implementors*) (Widodo, 2011)
- b) Sumberdaya, meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Indikator sumber-sumber daya terdiri dari : SDM, anggaran, informasi, kewenangan dan fasilitas.

- c) Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh pelaksana seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila pelaksana memiliki disposisi yang baik, maka pelaksana tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika pelaksana memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.
- d) Struktur Birokrasi, Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Aspek dari struktur organisasi adalah Standard Operating Procedure (SOP) dan fragmentasi. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

2.2.2. Pelayanan publik

istilah publik berasal dari Bahasa Inggris *public* yang berarti umum, masyarakat, Negara. Kata publik sebenarnya sudah diterima menjadi Bahasa Indonesia Baku menjadi publik yang berarti umum, orang banyak, ramai. Inu dan kawan-kawan (dalam Sinambela dkk 2006:5) mendefinisikan publik adalah sejumlah manusia yang memiliki kebersamaan berpikir, perasaan, harapan, sikap dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai-nilai norma yang merasa memiliki. Oleh karena itu, Sinambela dan kawan-kawan mengartikan pelayanan publik sebagai

kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap sejumlah manusia yang memiliki setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik.

Menurut UU Nomor 25 tahun 2009, Pelayanan publik (*public service*) adalah kegiatan pemerintah sebagai penyelenggara atas penyediaan produk barang, jasa dan / atau pelayanan administratif kepada masyarakat yang meliputi : pendidikan, pengajaran, pekerjaan dan usaha, tempat tinggal, komunikasi dan informasi, lingkungan hidup, kesehatan, jaminan sosial, energi, perbankan, perhubungan, sumber daya alam, pariwisata, dan sektor strategis lainnya. Pelayanan Publik dilihat dari Aspek Hukum adalah Kewajiban yang diberikan oleh konstitusi kepada pemerintah untuk memenuhi hak-hak dasar warga negara atau penduduk atau masyarakat dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Pelayanan merupakan tugas utama yang hakiki dari sosok aparatur, sebagai abdi negara dan abdi masyarakat. Tugas ini telah jelas terdapat dalam pembukaan UUD 1945 alinea keempat, yang meliputi 4 (empat) aspek pelayanan pokok aparatur terhadap masyarakat, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial selain itu diperjelas lagi dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63 tahun 2003 yang menguraikan pedoman umum penyelenggaraan pelayanan publik.

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63 Tahun 2003 hakekat dari pelayanan adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat. Konsep ini dijabarkan dalam berbagai sistem seperti pelayanan satu atap, dan pelayanan satu pintu. Perubahan kebijakan peraturan perundang-undangan dalam penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan daerah juga tidak terlepas dari upaya untuk meningkatkan efisiensi, mutu dan efektivitas pelayanan. Selain itu, adanya keharusan setiap instansi pemerintah untuk menyusun rencana strategiknya masing-masing, juga merupakan salah satu upaya untuk mendorong terwujudnya akuntabilitas pelayanan dan terjadinya revitalisasi fungsi pelayanan aparatur pemerintahan.

2.2.3. Jasa Pelayanan Kesehatan

Jasa pelayanan kesehatan adalah Pelayanan yang menyediakan barang-barang dan jasa kesehatan. Kesehatan diatur dalam UU RI Nomor 36 tahun 2009. Dalam Pasal 1 disebutkan “kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis”.

Undang-Undang tentang kesehatan menyebutkan bahwa penyedia jasa layanan kesehatan antara lain meliputi balai pengobatan, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, posyandu, praktek dokter, praktek dokter gigi, praktek dokter spesialis, praktek bidan, toko obat dan lain sebagainya.

Berdasar Permenkes No.43 tahun 2016, Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia dan merupakan modal setiap warga negara dan setiap bangsa dalam mencapai tujuannya dan mencapai kemakmuran. Seseorang tidak bisa memenuhi seluruh kebutuhan hidupnya jika dia berada dalam kondisi tidak sehat. Sehingga kesehatan merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak.

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Sebagai suatu kebutuhan dasar, setiap individu bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan adalah tanggung jawab setiap warganegara. Meskipun upaya untuk memenuhi kebutuhan bidang kesehatan melekat pada setiap warga negara, namun mengingat karakteristik barang/jasa kesehatan tidak dapat diusahakan/diproduksi sendiri secara langsung oleh masing-masing warga negara, melainkan harus ada pihak lain yang secara khusus memproduksi dan menyediakannya yaitu Pemerintah.

2.2.4. Standar Pelayanan Minimal

2.2.4.1. Sejarah SPM

Menurut PP No.2 tahun 2018, Standar Pelayanan Minimal, adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal. Dalam ketentuan UU Nomor 23 Tahun 2014 disebutkan bahwa “urusan wajib adalah urusan yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah daerah”. Dalam penjelasan umum UU tersebut dinyatakan bahwa “...urusan wajib yang terkait dengan pelayanan dasar ditentukan standar pelayanan minimal untuk menjamin hak konstitusional masyarakat”. Berdasarkan pada ketentuan UU Pemerintahan tersebut, maka konsepsi urusan wajib pemerintahan dilaksanakan dalam rangka pemenuhan hak konstitusional warga negara (Syafingi, 2017).

Setelah diundangkan UU Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah, lingkup SPM mengalami penyempitan dari semua urusan wajib daerah menjadi hanya bagi urusan wajib yang terkait dengan kebutuhan dasar (Syafingi, 2017). Ruang lingkup SPM ini meliputi 6 bidang, yaitu pendidikan, kesehatan, pekerjaan umum dan tata ruang, Perumahan dan Permukiman, ketentraman, ketertiban umum dan perlindungan masyarakat dan urusan sosial.

Standar Pelayanan Minimal adalah persyaratan tipe dan kualitas pelayanan dasar yang harus disediakan oleh Pemerintah Daerah dan bisa diakses oleh semua penduduk. Pemerintah Pusat juga diwajibkan untuk menyediakan dukungan, finansial atau teknis, kepada Pemerintah daerah

dalam menyediakan layanan tersebut. Oleh karena itu, ada keseimbangan di antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Standar Pelayanan Minimal diharapkan menjadi pedoman dan pertimbangan untuk semua Pemerintah Daerah dan tetap mempertahankan keunikan dari setiap daerah, serta sebagai indikator peningkatan kesejahteraan sosial masyarakat (Kurniawan, 2011).

Standar Pelayanan Minimal memiliki nilai yang sangat strategis baik bagi Pemerintah (daerah) maupun bagi masyarakat (konsumen). Adapun nilai strategis tersebut yaitu : pertama, bagi pemerintah Daerah SPM dapat dijadikan sebagai tolak ukur (*benchmark*) dalam penentuan biaya yang diperlukan untuk membiayai penyediaan pelayanan. Kedua, bagi masyarakat SPM dapat dijadikan sebagai acuan mengenai kualitas dan kuantitas suatu pelayanan publik yang disediakan oleh Pemerintah (Daerah) (Oentarto, 2004).

Standar Pelayanan Minimal adalah persyaratan tipe dan kualitas pelayanan dasar yang harus disediakan oleh Pemerintah Daerah dan bisa diakses masyarakat. Di sisi lain, pemerintah pusat diwajibkan untuk menyediakan dukungan, finansial atau teknis kepada Pemerintah Daerah dalam menyediakan layanan tersebut. Oleh karena itu, ada keseimbangan diantara Pemerintah Pusat dan Daerah. Standar Pelayanan Minimal diharapkan menjadi pedoman dan pertimbangan untuk semua Pemerintah Daerah dan tetap mempertahankan keunikan disetiap daerah. Serta sebagai indikator Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat.

2.2.4.2.Dasar Standar Pelayanan Minimal

Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal menggantikan Peraturan Pemerintah sebelumnya Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan **Standar Pelayanan Minimal**.

2.2.4.3.Pengaturan SPM

Pemerintah Daerah menerapkan SPM sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri/Kepala LPNK. SPM tersebut menjadi salah satu acuan bagi Pemerintahan Daerah untuk menyusun perencanaan dan penganggaran penyelenggaraan Pemerintahan Daerah. Selanjutnya Pemerintah Daerah menyusun rencana pencapaian SPM yang dituangkan dalam RPJMD dan Renstra SKPD. Sementara, rencana pencapaian SPM serta realisasinya diinformasikan kepada masyarakat sesuai peraturan perundang-undangan.

Rencana pencapaian SPM yang disusun Pemerintah Daerah harus memuat target tahunan pencapaian SPM dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM sesuai dengan Peraturan Menteri/Kepala LPNK. Target tahunan pencapaian SPM tersebut dituangkan ke dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Rencana Kerja Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renja SKPD), Kebijakan Umum Anggaran (KUA), Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD) sesuai klasifikasi belanja daerah dengan mempertimbangkan kemampuan daerah otonom.

Standar pelayanan minimal sebagai sebuah kebijakan memiliki kedudukan yang kuat dan bersifat spesifik karena bersifat mengikat seluruh penyelenggara negara dan masyarakat baik secara individual dan kelompok. Sebagai sebuah kebijakan standar pelayanan minimal didukung oleh peraturan perundang-undangan yang merupakan dasar hukum pemberlakuannya dan memiliki arti yang spesifik sesuai dengan pemaknaan istilah yang digunakan sesuai dasar hukumnya (Kurniawan I. , 2011).

Dalam pasal 2 PP No.2 Tahun 2018 disebutkan “SPM ditetapkan dan diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan, keterukuran, dan ketepatan sasaran”. Standar Pelayanan minimal diselenggarakan dan diterapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota sesuai dengan Standar Teknis yang ditetapkan oleh masing-masing kementerian.

Penerapan SPM dilakukan dengan tahapan :

- a) Pengumpulan data
- b) Penghitungan kebutuhan pemenuhan pelayanan dasar
- c) Penyusunan rencana pemenuhan pelayanan dasar
- d) Pelaksanaan pemenuhan pelayanan dasar

2.2.4.4. Lingkup SPM

Menurut PP No.65 tahun 2005, SPM disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Artinya, SPM ditetapkan secara Nasional oleh pemerintah dan diberlakukan untuk seluruh daerah, Dengan begitu Standar Pelayanan Minimal diseluruh Indonesia harus sama. Maka penerapan SPM di daerah wajib melakukan penerapan SPM sebagai dasar melayani masyarakat. PP No.2 tahun 2018 mengatur Urusan Pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang selanjutnya menjadi jenis SPM terdiri atas :

1. SPM pendidikan
2. SPM kesehatan
3. SPM pekerjaan umum
4. SPM perumahan rakyat
5. SPM ketenteraman
6. SPM ketertiban umum dan perlindungan masyarakat, dan
7. SPM sosial.

2.2.5. Standar Pelayanan Minimal Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan Pelayanan Kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. SPM Kesehatan memiliki dasar yang kuat dan tidak dapat ditawar-tawar lagi penerapannya di daerah. Setiap Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota

menyelenggarakan Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan. Menurut Permenkes RI No.43 Tahun 2016 Terdapat 12 Indikator Standar Pelayanan Kesehatan : Pelayanan kesehatan ibu Hamil, Pelayanan kesehatan ibu bersalin, Pelayanan kesehatan ibu baru lahir, Pelayanan kesehatan balita, Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar, Pelayanan kesehatan pada usia produktif, Pelayanan kesehatan pada usia lanjut, Pelayanan kesehatan penderita hipertensi, Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus, Pelayanan kesehatan ODGJ, Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis, Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi virus HIV.

2.2.6. Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan

Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan ini sedikit merubah prinsip cara kerja pembangunan kesehatan ditingkat kabupaten/kota. Pada pertimbangan menyebutkan bahwa urusan pemerintahan yang dibagi habis antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota sebagai penyelenggara atau penyedia layanan dan fokus pada 12 pelayanan kesehatan dasar yang kemudian disebut SPM bidang kesehatan dengan 12 pernyataan standar yang ditargetkan harus dipenuhi 100% setiap tahunnya. Pada prinsipnya setiap sasaran populasi harus tercatat berdasarkan data nama dan alamat jenis layanan yang diberikan serta waktu yang diharuskan setiap sasaran mendapatkan layanan.

Dari Peremenkes No.43 Tahun 2016, diharapkan seluruh elemen dapat bersatu untuk bersama-sama menuju pencapaian target-target SPM Kesehatan, termasuk didalamnya adalah Pemenuhan Sumber Daya manusia Kesehatan terutama di level puskesmas sesuai Permenkes No.75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target SPM.

Standar pelayanan minimal bidang kesehatan dengan konsep baru ini mengalami perubahan yang cukup mendasar dari konsep SPM Bidang Kesehatan sebelumnya. Pada SPM sebelumnya pencapaian target-target SPM lebih merupakan kinerja program kesehatan dan penanggung jawabnya adalah setingkat SKPD kesehatan. Sedangkan pada SPM baru ini pencapaian target-target tersebut lebih diarahkan pada kinerja pemerintah daerah dan penanggung jawabnya adalah Bupati/Walikota. Pencapaian target SPM bidang kesehatan bersama-sama dengan program prioritas lainnya menjadi indikator apakah kinerja kepala daerah dinilai baik atau tidak sebagaimana telah diatur dalam UU Nomor 2 Tahun 2014 tentang pemerintah daerah, maka ada konsekuensi tertentu atas tercapai atau tidaknya indikator-indikator tersebut. SPM Kesehatan ini adalah bagian dari strategi Nasional. Setiap daerah wajib dimasukkan dalam setiap rencana strateginya dan wajib mengkseskusinya. Pada pasal 68 UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang pemerintah daerah disebutkan bahwa kepala daerah yang tidak melaksanakan program strategis nasional akan dikenakan

sanksi administratif, diberhentikan sementara selama 3 (tiga) bulan, sampai dengan diberhentikanya sebagai kepala daerah.

2.2.7. Permenkes Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dinyatakan dicabut dan tidak berlaku pada tanggal 31 Januari 2019 seiring diberlakukannya Permenkes No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal. Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib menerapkan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan. Hal yang baru di Permenkes No.04 Tahun 2019 adalah terkait jenis layanan dan mutu. SPM Kesehatan terdiri atas SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kab/Kota. Yang termasuk Jenis Layanan dan Mutu daerah Provinsi adalah :

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 SPM Kesehatan dengan 12 Jenis Layanan dan Mutu Daerah Kab/Kota yaitu :

1) Pelayanan kesehatan ibu hamil

- a. pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh Bidan dan atau Dokter dan atau Dokter Spesialis Kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Register (STR).
- b. Yang disebut dengan standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu :
 1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan;
 2. Ukur tekanan darah;
 3. Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA);
 4. Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri);
 5. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ);
 6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan;

7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
8. Tes laboratorium: tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi); yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan.
9. Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan;
10. Temu wicara (konseling)

2) Pelayanan kesehatan ibu bersalin

- a. Pelayanan persalinan sesuai standar adalah persalinan yang dilakukan oleh Bidan dan atau Dokter dan atau Dokter Spesialis Kebidanan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan Pemerintah maupun Swasta yang memiliki Surat Tanda Register (STR) baik persalinan normal dan atau persalinan dengan komplikasi.
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi Polindes, Poskesdes, Puskesmas, bidan praktek swasta, klinik pratama, klinik utama, klinik bersalin, balai kesehatan ibu dan anak, rumah sakit pemerintah maupun swasta. Standar pelayanan persalinan normal mengikuti acuan asuhan persalinan normal yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan. Masa

Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual. Adapun untuk persalinan dengan komplikasi mengikuti acuan dari Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Rujukan.

3) Pelayanan kesehatan bayi baru lahir

- a. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan pada bayi usia 0-28 hari dan mengacu kepada Pelayanan Neonatal Esensial sesuai yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, dilakukan oleh Bidan dan atau perawat dan atau Dokter dan atau Dokter Spesialis Anak yang memiliki Surat Tanda Register (STR).
- b. Pelayanan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Bidan praktek swasta, klinik pratama, klinik utama, klinik bersalin, balai kesehatan ibu dan anak, rumah sakit pemerintah maupun swasta), Posyandu dan atau kunjungan rumah.

4) Pelayanan kesehatan balita

- a. Pelayanan kesehatan balita sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anak berusia 0-59 bulan dan dilakukan oleh Bidan dan atau Perawat dan atau

Dokter/DLP dan atau Dokter Spesialis Anak yang memiliki Surat Tanda Register (STR) dan diberikan di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta, dan UKBM.

b. Pelayanan kesehatan, meliputi :

1. Penimbangan minimal 8 kali setahun, pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali setahun
2. Pemberian kapsul vitamin A 2 kali setahun.
3. Pemberian imunisasi dasar lengkap.

5) Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar

a. Pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar adalah penjangkauan kesehatan yang diberikan kepada anak usia pendidikan dasar, minimal satu kali pada kelas 1 dan kelas 7 yang dilakukan oleh Puskesmas.

b. Standar pelayanan penjangkauan kesehatan adalah pelayanan yang meliputi :

1. Penilaian status gizi (tinggi badan, berat badan, tanda klinis anemia);
2. Penilaian tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi dan napas);
3. Penilaian kesehatan gigi dan mulut;
4. Penilaian ketajaman indera penglihatan dengan poster snellen;
5. Penilaian ketajaman indera pendengaran dengan garpu tala;

6. Semua anak usia pendidikan dasar di wilayah kabupaten/kota adalah semua peserta didik kelas 1 dan kelas 7 di satuan pendidikan dasar yang berada di wilayah kabupaten/kota.

6) Pelayanan kesehatan pada usia produktif

a. Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun sesuai standar adalah:

- Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun diberikan sesuai kewenangannya oleh : Dokter, Bidan, Perawat, Nutrisionis/Tenaga Gizi, Petugas Pelaksana Posbindu PTM terlatih
- Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun dilakukan di Puskesmas dan jaringannya (Posbindu PTM) serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan pemerintah daerah.
- Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun minimal dilakukan satu tahun sekali.

b. Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun meliputi:

- Deteksi kemungkinan obesitas dilakukan dengan memeriksa tinggi badan dan berat badan serta lingkar perut.
- Deteksi hipertensi dengan memeriksa tekanan darah sebagai pencegahan primer.

- Deteksi kemungkinan diabetes melitus menggunakan tes cepat gula darah.
- Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku
- Pemeriksaan ketajaman penglihatan
- Pemeriksaan ketajaman pendengaran
- Deteksi dini kanker dilakukan melalui pemeriksaan payudara klinis dan pemeriksaan IVA khusus untuk wanita usia 30–59 tahun.
- Pengunjung yang ditemukan menderita kelainan wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menanganinya.

7) Pelayanan kesehatan pada usia lanjut

- a. Pelayanan skrining kesehatan warga negara usia 60 tahun ke atas sesuai standar adalah : Dilakukan sesuai kewenangan oleh : Dokter, Bidan, Perawat, Nutrisionis/Tenaga Gizi, Kader Posyandu lansia/Posbindu
- b. Pelayanan skrining kesehatan diberikan di Puskesmas dan jaringannya, fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, maupun pada kelompok lansia, bekerja sama dengan pemerintah daerah.
- c. Pelayanan skrining kesehatan minimal dilakukan sekali setahun.
- d. Lingkup skrining adalah sebagai berikut :
 - (1) Deteksi hipertensi dengan mengukur tekanan darah

- (2) Deteksi diabetes melitus dengan pemeriksaan kadar gula darah
 - (3) Deteksi kadar kolesterol dalam darah
 - (4) Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku, termasuk kepikunan menggunakan Mini Cog atau Mini Mental Status Examination (MMSE)/Test Mental Mini atau Abreviated Mental Test (AMT) dan Geriatric Depression Scale (GDS).
- e. Pengunjung yang ditemukan memiliki faktor risiko wajib dilakukan intervensi secara dini
 - f. Pengunjung yang ditemukan menderita penyakit wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menanganinya
- 8) Pelayanan kesehatan penderita hipertensia
- a. Sasaran adalah penduduk usia 15 tahun ke atas
 - b. Penderita hipertensi esensial atau hipertensi tanpa komplikasi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar; dan upaya promosi kesehatan melalui modifikasi gaya hidup di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
 - c. Penderita hipertensi dengan komplikasi (jantung, stroke dan penyakit ginjal kronis, diabetes melitus) perlu dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut

(FKTL) yang mempunyai kompetensi untuk penanganan komplikasi.

d. Standar pelayanan kesehatan penderita hipertensi adalah:

1. Mengikuti Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter di FKTP.
2. Pelayanan kesehatan sesuai standar diberikan kepada penderita Hipertensi di FKTP.
3. Pelayanan kesehatan hipertensi sesuai standar meliputi: pemeriksaan dan monitoring tekanan darah, edukasi, pengaturan diet seimbang, aktifitas fisik, dan pengelolaan farmakologis.
4. Pelayanan kesehatan berstandar ini dilakukan untuk mempertahankan tekanan darah pada $>140/90$ mmHg untuk usia di bawah 60 th dan $<150/90$ mmHg untuk penderita 60 tahun ke atas dan untuk mencegah terjadinya komplikasi jantung, stroke, diabetes melitus dan penyakit ginjal kronis.
5. Selama menjalani pelayanan kesehatan sesuai standar, jika tekanan darah penderita hipertensi tidak bisa dipertahankan sebagaimana dimaksud pada poin sebelumnya atau mengalami

komplikasi, maka penderita perlu dirujuk ke FKTL yang berkompeten.

- 9) Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus.
 - a. Sasaran indikator ini adalah penyandang DM di wilayah kerja kabupaten/kota.
 - b. Penduduk yang ditemukan menderita DM atau penyandang DM memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar dan upaya promotif dan preventif di FKTP.
 - c. Penduduk yang ditemukan menderita DM atau penyandang DM dengan komplikasi perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan untuk penanganan selanjutnya.
 - d. Pelayanan kesehatan penyandang DM diberikan sesuai kewenangannya oleh : a) Dokter/DLP b) Perawat c) Nutrisionis/Tenaga Gizi
 - e. Pelayanan kesehatan diberikan kepada penyandang DM di FKTP sesuai standar meliputi 4 (empat) pilar penatalaksanaan sebagai berikut: a) Edukasi b) Aktifitas fisik c) Terapi nutrisi medis d) Intervensi farmakologis
 - f. Setiap penyandang DM yang mendapatkan pelayanan sesuai standar termasuk pemeriksaan HbA1C.

- g. Bagi penyandang DM yang belum menjadi peserta JKN diwajibkan menjadi peserta JKN.

10) Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat

Pelayanan kesehatan jiwa pada ODGJ berat adalah:

- a. Pelayanan promotif preventif yang bertujuan meningkatkan kesehatan jiwa ODGJ berat (psikotik) dan mencegah terjadinya kekambuhan dan pemasungan.
- b. Pelayanan kesehatan jiwa pada ODGJ berat diberikan oleh perawat dan dokter Puskesmas di wilayah kerjanya.
- c. Pelayanan kesehatan jiwa pada ODGJ berat meliputi:
 - 1. Edukasi dan evaluasi tentang: tanda dan gejala gangguan jiwa, kepatuhan minum obat dan informasi lain terkait obat, mencegah tindakan pemasungan, kebersihan diri, sosialisasi, kegiatan rumah tangga dan aktivitas bekerja sederhana, dan/atau
 - 2. Tindakan kebersihan diri ODGJ berat
- d. Dalam melakukan pelayanan promotif preventif diperlukan penyediaan materi KIE dan Buku Kerja sederhana.

11) Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis

- a. Pelayanan Tuberkulosis Sesuai Standar adalah pelayanan kesehatan diberikan kepada seluruh orang dengan TB yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya di FKTP (puskesmas dan jaringannya) dan di FKTL baik pemerintah maupun swasta
- b. Pelayanan yang diberikan sesuai Pedoman Penanggulangan TB yang berlaku antara lain :
 1. Penegakan diagnosis TB dilakukan secara bakteriologis dan klinis serta dapat didukung dengan pemeriksaan penunjang lainnya.
 2. Dilakukan pemeriksaan pemantauan kemajuan pengobatan pada akhir pengobatan intensif, bulan ke 5 dan akhir pengobatan. Pengobatan dengan menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dengan panduan OAT standar.
- c. Gejala Utama TB adalah batuk selama 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, berkeringat malam hari tanpa aktifitas fisik dan badan meriang lebih dari satu bulan.

- d. Kegiatan Promotif dan preventif antara lain penemuan kasus secara dini, penemuan kasus secara aktif, pemberian KIE untuk pencegahan penularan dengan penerapan etika batuk, pengendalian faktor risiko dan pemberian obat pencegahan
- e. Prinsip pelayanan TB adalah penemuan orang dengan TB sedini mungkin, ditatalaksana sesuai standar sekaligus pemantauan hingga sembuh atau “TOSS TB” (Temukan, Obati Sampai Sembuh).

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

- a. Pelayanan Kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil, pasien TB, pasien infeksi menular seksual (IMS), waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan, dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya dan diberikan di FKTP (Puskesmas dan Jaringannya) dan FKTL baik pemerintah maupun swasta serta di lapas/rutan narkotika.

b. Pelayanan Kesehatan meliputi:

1. Upaya pencegahan pada orang yang memiliki risiko terinfeksi HIV
2. Pemeriksaan HIV ditawarkan secara aktif oleh petugas kesehatan bagi orang yang berisiko dimulai dengan:
 - pemberian informasi terkait HIV-AIDS
 - pemeriksaan HIV menggunakan tes cepat HIV dengan menggunakan alat tes sesuai standar nasional yang telah ditetapkan
 - orang dengan hasil pemeriksaan HIV positif harus dirujuk ke fasilitas yang mampu menangani untuk mendapatkan pengobatan ARV dan konseling tentang HIV dan AIDS bagi orang dengan HIV (ODHA) dan pasangannya
 - orang dengan infeksi menular seksual (IMS), waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan dengan hasil pemeriksaan HIV negatif harus dilakukan pemeriksaan ulang minimal setelah tiga (3) bulan, enam (6) bulan dan 12 bulan dari pemeriksaan yang pertama.

Dalam Permenkes Nomor 04 tahun 2019 juga diatur mengenai Petunjuk Teknis, Standar SDM, dan Standar Barang Jasa. Selanjutnya peraturan ini sebagai bahan Pemerintah Pusat dalam perumusan kebijakan nasional, pemberian insentif, disinsentif dan sanksi administrasi Kepala Daerah. Dalam rangka penerapan SPM Bidang Kesehatan disusun Standar Teknis Penerapan SPM yang menjelaskan langkah operasional pencapaian SPM Bidang Kesehatan di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota sebagai acuan bagi pemerintah daerah dengan memperhatikan potensi dan kemampuan daerah.

SPM juga akan berfungsi sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan *Performance Based Budgeting*. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 mengamanatkan pada Pemerintah Daerah untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintahan wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM. Pengalokasian Dana Alokasi Khusus (DAK) ke daerah akan berdasar pada kebutuhan daerah untuk pencapaian target-target SPM. Daerah dengan kemampuan sumber daya yang kurang akan menjadi prioritas dalam pengalokasian Dana Alokasi Khusus.

2.2.8. Kesejahteraan Masyarakat

2.2.8.1. Konsep Kesejahteraan

kesejahteraan sosial merupakan suatu kondisi atau keadaan sejahtera, baik fisik, mental maupun sosial, dan tidak hanya perbaikan terhadap penyakit sosial tertentu saja (Yusuf, 2014). Undang-undang

Nomor 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial menyebutkan kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.

Menurut Suharto (2006), kesejahteraan sosial sedikitnya mengandung empat makna :

- 1) Kesejahteraan sosial sebagai kondisi sejahtera (*well-being*). Pengertian ini biasanya menunjuk pada istilah kesejahteraan sosial (*social welfare*) sebagai kondisi terpenuhinya kebutuhan materi dan nonmaterial. Midgley mendefinisikan kesejahteraan sosial sebagai *a condition or state of human well-being*. Kondisi sejahtera terjadi apabila kehidupan manusia aman dan bahagia karena kebutuhan dasar akan gizi, kesehatan, pendidikan, tempat tinggal dan pendapatan dapat dipenuhi, serta manakala manusia memperoleh perlindungan dari risiko-risiko utama yang mengancam kehidupannya.
- 2) Kesejahteraan sosial sebagai pelayanan sosial. Pelayanan sosial umumnya mencakup lima bentuk, yakni jaminan sosial (*social security*), pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan dan pelayanan sosial personal (*personal social services*).
- 3) Kesejahteraan sosial sebagai tunjangan sosial, khususnya diberikan kepada orang miskin.

- 4) Kesejahteraan sosial sebagai proses atau usaha terencana yang dilakukan oleh perorangan, lembaga-lembaga sosial, masyarakat maupun badan-badan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kehidupan dan menyelenggarakan pelayanan sosial.

2.2.8.2. Indikator Kesejahteraan

Untuk melihat sejauh mana keberhasilan pembangunan dan kesejahteraan manusia, UNDP (*United Nations Development Program*) telah menerbitkan suatu indikator yaitu Indeks Pembangunan Manusia (IPM) untuk mengukur kesuksesan pembangunan dan kesejahteraan suatu negara. IPM adalah suatu tolak ukur angka kesejahteraan suatu daerah atau negara yang dilihat berdasarkan tiga dimensi yaitu: angka harapan hidup pada waktu lahir (*life expectancy at birth*), angka melek huruf (*literacy rate*) dan rata-rata lama sekolah (*mean years of schooling*), dan kemampuan daya beli (*purchasing power parity*). Indikator angka harapan hidup mengukur kesehatan, indikator angka melek huruf penduduk dewasa dan rata-rata lama sekolah mengukur pendidikan dan terakhir indikator daya beli mengukur standar hidup (Devani, 2016).

2.2.8.3. Indikator Angka harapan hidup

Salah satu Indikator Kesejahteraan suatu Negara adalah Indikator angka harapan hidup. Indikator Angka Harapan Hidup yaitu umur anak yang baru lahir secara rata-rata yang akan hidup sampai tahun tertentu. Angka harapan hidup merupakan standar suatu negara maupun daerah untuk mengukur keberhasilan pemerintah dalam meningkatkan kesehatan

masyarakat. Kesehatan merupakan indikator penting dalam peningkatan sumber daya manusia (Adhitya wardana, 2018). Perkembangan angka harapan hidup di Indonesia merupakan pemenuhan program kesehatan masyarakat Indonesia. Pemenuhan angka harapan hidup dapat menjadi acuan Pemerintah Daerah untuk menyamai angka harapan hidup di Indonesia.

Dengan memasukan informasi mengenai angka kelahiran dan kematian per tahun diharapkan akan mencerminkan rata-rata lama hidup sekaligus hidup sehat masyarakat. Daerah yang sudah memiliki data kematian lengkap (data kematian menurut umur dan jenis kelamin) dapat menggunakan metode langsung dalam menghasilkan angka harapan hidup (Lembaga Demografi FE UI 2014). Namun, Sehubungan dengan sulitnya mendapatkan informasi orang yang meninggal pada kurun waktu tertentu, maka untuk menghitung angka harapan hidup digunakan metode tidak langsung.

Cara tidak langsung adalah dengan menggunakan informasi tertentu yang tidak berhubungan dengan data kematian menggunakan metode William Brass. Pada tahun 1964, untuk pertama kalinya Brass memperkenalkan suatu metode tidak langsung yang kemudian dikembangkan oleh beberapa ahli kependudukan. Willian Brass adalah orang pertama kali yang menemukan bahwa proporsi anak yang meninggal pada setiap kelompok umur wanita, saat dikalikan dengan suatu faktor yang bergantung dengan pola mortalitas akan menghasilkan sebuah

nilai yakni probabilitas kematian sejak lahir hingga sebelum umur x tahun ($q(X)$) yang sesuai.

2.2.9. Dasar Hukum

1. Undang-undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
2. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayan Publik
3. UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
4. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal
6. Peremenkes Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
7. Permenkes Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
8. Undang-undang Nomor 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial

2.3. Landasan Konseptual

Berdasarkan kerangka teori tersebut di atas peneliti menyusun kerangka konseptual. Teori Implementasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah Teori dari George C. Edward III yang berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu Komunikasi, Sumberdaya, Disposisi, dan Struktur Birokrasi. Peneliti menganalisis dan mengimplementasikan Teori dari Edward III dengan Pelaksanaan SPM Kesehatan Kabupaten Magelang.

Konsep Kesehatan dalam penelitian ini adalah bahwa kesehatan adalah suatu kebutuhan dasar/pokok bagi Manusia yang merupakan Modal untuk menjalani kehidupannya. Kesehatan masuk dalam pelayanan publik berupa jasa, pelayanan jasa yaitu Pelayanan yang menyediakan barang-barang dan Jasa Kesehatan. Namun dalam pemenuhannya tidak dapat dilakukan sendiri, karena karakteristik dari barang dan jasa kesehatan tidak dapat diusahakan/diproduksi sendiri secara langsung oleh masing-masing warga negara, melainkan harus ada campur tangan dari pemerintah. Untuk pemenuhan barang dan jasa tersebut yang kondisi kemampuan sumber daya pemerintah daerah di Indonesia tidak sama, pelaksanaannya diatur dengan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan. Dalam penelitian ini hanya konsep pada SPM Kesehatan yang diatur dalam Permenkes No.43 tahun 2016 dan Permenkes No.4 tahun 2019. Karena fokus penelitian daerahnya lingkup Kabupaten Magelang sebagai penyelenggara atau penyedia layanan, peneliti

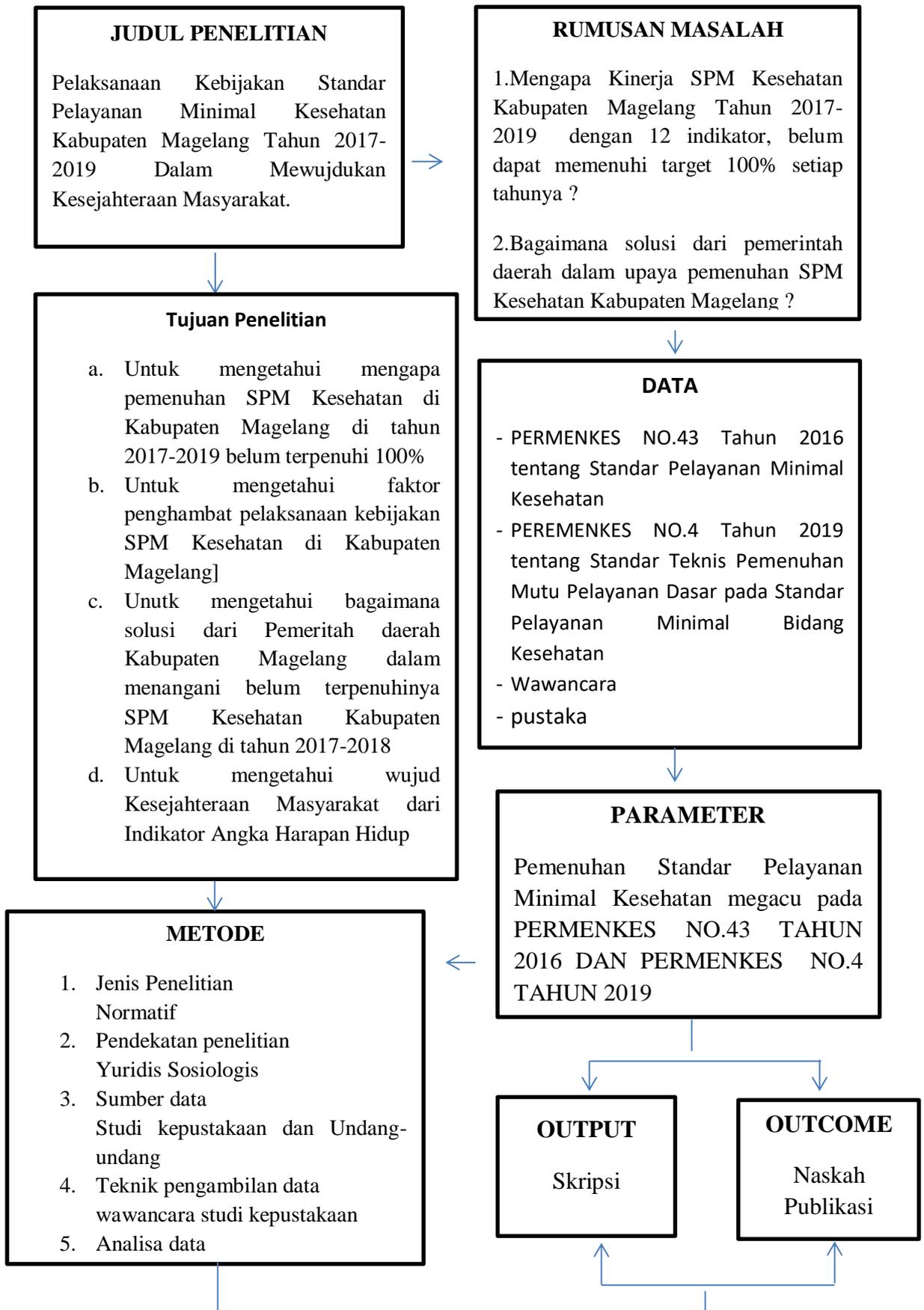
hanya meneliti pada 12 Indikator jenis dan mutu capaian Kinerja SPM bidang Kesehatan yang harus terpenuhi 100% setiap tahunnya, yang meliputi :

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
4. Pelayanan kesehatan balita;
5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
9. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
10. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
11. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
12. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus).

Konsep Kesejahteraan dalam penelitian ini diukur dari Indikator Angka Harapan Hidup. Salah satu Indikator Kesejahteraan suatu Negara adalah Indikator Angka Harapan Hidup. Indikator Angka Harapan Hidup yaitu umur

anak yang baru lahir secara rata-rata yang akan hidup sampai tahun tertentu. Perkembangan angka harapan hidup di Indonesia merupakan pemenuhan program kesehatan masyarakat Indonesia. Pemenuhan angka harapan hidup dapat menjadi acuan Pemerintah Daerah untuk menyamai angka harapan hidup di Indonesia. Dengan memasukan informasi mengenai angka kelahiran dan kematian per tahun diharapkan akan mencerminkan rata-rata lama hidup sekaligus hidup sehat masyarakat.

2.4. Kerangka Berfikir



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Normatif. Menurut Johnny Ibrahim, penelitian hukum normatif adalah suatu prosedur penelitian ilmiah untuk menemukan kebenaran berdasarkan logika keilmuan dari sisi normatifnya. Sisi normatif di sini tidak sebatas pada peraturan perundang-undangan saja. Penelitian hukum berupaya menemukan kebenaran koherensi yaitu apakah aturan hukum sesuai dengan norma hukum dan apakah norma hukum yang berisi mengenai kewajiban dan sanksi tersebut sesuai dengan prinsip hukum dan tindakan seseorang sesuai dengan norma hukum. Dalam hal ini adalah ketentuan PERMENKES No.43 tahun 2016 dan Permenkes No.4 tahun 2019 mengenai pemenuhan standar pelayanan minimak bidang kesehatan harus 100% setiap tahunnya.

3.2. Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan merupakan alat untuk menjawab, memecahkan atau menyelesaikan permasalahan penelitian. Terdapat beberapa pendekatan yang dikenal dalam penelitian, yaitu pendekatan undang-undang (*statute approach*), pendekatan kasus (*case approach*), pendekatan sejarah (*history approach*), pendekatan komparatif (*comparative approach*), dan pendekatan konseptual (*conceptual approach*). (Marzuki, 2009)

Dalam penelitian ini menggunakan pendekatan secara kasus dan pendekatan perundang-undang. Pendekatan kasus (*case approach*) yakni

pendekatan dengan merujuk pada belum terpenuhinya target SPM Kesehatan Kab.Magelang yaitu 100% pada 12 Indikator setiap tahunnya. Sedangkan dari pendekatan perundang-undangan karena yang akan diteliti adalah aturan hukum yang menjadi fokus sekaligus tema dalam penelitian. Pendekatan perundang-undangan (*statue approach*), dilakukan dengan menelaah perundang-undangan yang berkaitan dengan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan yang menjadi pembahasan dalam penelitian ini.

3.3. Fokus Penelitian

Fokus penelitian merupakan suatu pembatas penelitian dalam hal pengkajian permasalahan. Berdasarkan rumusan masalah penelitian yang telah dijelaskan, maka fokus penelitian ini yaitu Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan di Kabupaten Magelang tahun 2017-2019.

3.4. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat dimana peneliti melakukan kegiatan penelitiannya. Dalam rangka mengumpulkan dan memperoleh data serta informasi yang dibutuhkan. Lokasi penelitian ini terletak di Kabupaten Magelang. Peneliti memilih lokasi tersebut karena Kabupaten Magelang masuk dalam 3 daerah terendah dalam pemenuhan Target Indikator SPM Kesehatan Kabupaten/Kota di Tahun 2018 dan 2019 dari 35 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah. Penelitian difokuskan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. Penulis memilih lokasi penelitian tersebut karena Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang adalah unsur pelaksana otonomi daerah di bidang kesehatan. Dinas Kesehatan yang memiliki tugas merumuskan kebijakan bidang kesehatan, menyelenggarakan urusan pemerintah dan

pelayanan bidang kesehatan, pembinaan dan fasilitasi bidang kesehatan. Bidang kesehatan tersebut yang salah satunya adalah tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.

3.5. Sumber Data

Pengumpulan data merupakan tindakan awal yang dilakukan sebelum melakukan analisis lebih jauh. Sumber data yang dimaksud dikategorikan dalam 2 jenis sumber data, yaitu :

a. Bahan hukum primer

Menurut (Hasan, 2002) data primer ialah data yang diperoleh atau dikumpulkan langsung di lapangan oleh peneliti. Data primer di dapat dari sumber informan yaitu individu atau perseorangan seperti hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti. Data primer ini antara lain catatan informasi hasil dari wawancara dengan Vidya Nirmala, S.KM, M.Kes selaku Kepala Sub Bagian Program Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.

b. Bahan Hukum Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada (Hasan, 2002: 58). Data ini digunakan untuk mendukung informasi primer yang telah diperoleh yaitu dari bahan pustaka, literatur, penelitian terdahulu, buku, kamus, Undang-undang, dan lain sebagainya.

3.6. Teknik pengambilan Data

Teknik yang digunakan oleh peneliti dalam pengumpulan data tersebut adalah melalui studi kepustakaan, baik yang ada dalam literatur maupun yang ada dalam Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku. Kemudian dilakukan teknik pengumpulan data melalui wawancara dengan Vidya Nirmala, S.KM, M.Kes selaku Kepala Sub Bagian Program Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang guna memperoleh gambaran mengenai pokok permasalahan yang dihadapi.

3.7. Teknik Analisa Data

Dalam melaksanakan analisis data, peneliti mengacu pada beberapa tahapan yang dijelaskan Miles dan Huberman, antara lain:

- a. Pengumpulan informasi melalui wawancara terhadap *key informant* atau responden yang kapabel yang bisa memberikan informasi secara akurat mengenai data penelitian. Informasi diperoleh dari responden yang berwenang di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang yaitu Vidya Nirmala, S.KM, M.Kes (Kepala Sub Bagian Program)
- b. Reduksi data (*data Reduction*) yaitu proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan lapangan selama meneliti.
- c. Penyajian data (*data display*) yaitu kegiatan sekumpulan informasi dalam bentuk naratif, grafik jaringan, tabel dan bagan yang bertujuan untuk mempertajam pemahaman penelitian terhadap informasi yang dipilih kemudian disajikan dalam tabel ataupun uraian penjelasan.

- d. Pada tahap akhir adalah penarikan kesimpulan (*verification*), yang mencari arti pola-pola penjelasan, konfigurasi yang mungkin, alur sebab-akibat dan proposisi. Penarikan kesimpulan dilakukan secara cermat dengan melakukan verifikasi berupa tinjauan ulang pada catatan lapangan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan data, penulis memperoleh kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian mengenai Pelaksanaan Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Tahun 2017-2019 Dalam Mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat, sebagai berikut :

1. Alasan Kinerja SPM Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2017-2019 dengan 12 Indikator belum dapat terpenuhi 100% setiap tahunnya dipengaruhi oleh kurangnya Aspek Disposisi (wujud komitmen) dari Pelaksana SPM Kesehatan, Kurangnya Aspek Sumber Daya (Sumber Daya Manusia, Anggaran, fasilitas), dan Aspek Struktur Birokrasi yang belum efektif.
2. Solusi dari Pemerintah daerah dalam upaya pemenuhan SPM Kesehatan Kabupaten Magelang untuk mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat adalah dengan Pertama menyusun Tim SPM Kesehatan tingkat Dinas Kesehatan. setelah Tim SPM Kesehatan disusun, Tim tersebut menganalisa kegiatan SPM pada tahun-tahun sebelumnya. Selanjutnya Penyusunan SPM Coasting. Setelah SPM Casting berhasil dibuat, Dinas Kesehatan melakukan Advokasi Lintas Sektor. Yaitu Kegiatan dari Dinas Kesehatan untuk meyakinkan Bupati, Bappeda sebagai para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan sedemikian rupa sehingga mereka memberikan dukungan baik kebijakan, fasilitas dan dana terhadap program yang akan dilaksanakan.

3. Indikator Kesejahteraan

Konsep Kesejahteraan dalam penelitian ini diukur dari Indikator Angka Harapan Hidup. Dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Magelang, Angka Harapan Hidup di Kabupaten Magelang baik laki-laki maupun perempuan mengalami peningkatan setiap tahunnya.

5.2. Saran

1. Perlunya peningkatan kualitas dan kuantitas dari SDM
2. Diharapkan ditahun 2020 Dinas Kesehatan sudah menerapkan SPM Coasting dengan baik. Sehingga penghitungan pembiayaan dan Open data anggaran menjadi lebih spesifik dan efisien.
3. Diharapkan kedepanya seluruh Puskesmas Di Kabupaten Magelang memiliki Ruang Rawat Inap.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku

Adhitya wardana, A. M. (2018). *Indikator Kesehatan, Sosial dan Angka Harapan Hidup*. Sukabumi: Budhi Mulia.

Agustino, L. (2016). *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta .

Arikunto, s. (2002). prosedur penelitian. Dalam *suatu pendekatan praktek* (hal. 75). Jakarta: Rineka Cipta.

Hasan, M. I. (2002). Pokok-pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya. Jakarta: Ghalia Indonesia..

Notoatmodjo, S. (2003). Pengembangan Sumber Daya Manusia. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Oentarto. (2004). *Menggagas Format Otonomi Daerah Masa Depan*. Jakarta: Samitra Media Utama.

Sinambela, L. d. (2006). *Reformasi Pelayanan Publik : Teori, Kebijakan, dan Implementasi*. Jakarta: Bumi Aksara.

Subarsono, A. G. (2005). *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

waluyo, B. (2002). Penelitian Hukum dalam praktek. Jakarta: Sinar Grafika.

Wardana, A. (2018). *Indikator Kesehatan, Sosial dan Angka Harapan Hidup*.

Sukabumi: Budhi Mulia.

Widodo, J. (2011). *Analisis Kebijakan Publik : Konsep dan Aplikasi Analisis*

Proses. Malang: Bayu Media.

Wahab, V. M. (2006). *Analisis Kebijakan Publik*. Arena Kami.

B. Undang-Undang

Undang-undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63 Tahun 2003 tentang

Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayan Publik

UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah

Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal

Peremenkes Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang

Kesehatan

Permenkes Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu

Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Undang-undang Nomor 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial

Peraturan Menteri Hukum dan HAM RI No.43 tahun 2016 Tentaang Kriteria

Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia

C. Jurnal/Tesis

- Chalid. (2014). Pengaruh tingkat kemiskinan, tingkat pembangunan, upah minimum kab/jota dan laju pertumbuhan ekonomi terhadap indeks pembangunan manusia di provinsi Riau. *Jurnal Ekonomi Universitas Riau*.
- Firdaini Armita, P. T., & Dr.dr.Dwi Handono S, M. (2018). Implementasi Permenkes No.43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Di Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa Barat. *Repository Gadjah Mada*.
- Kurniawan. (2011). Efektivitas Pengaturan Standar Pelayanan Minimal Dalam Perspektif Desentralisasi Di Indonesia.
- M. Rifa'i, U. M. (2016). Implementasi Kebijakan Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Puskesmas Garawangi Kabupaten Kunungan Provinsi Jawa Barat. *JURNAL POLITIK PEMERINTAH*.
- Mulawarman, I. (Jakarta). PELAYANAN PUBLIK DI ERA DESENTRALIASASI DAN OTONOMI DAERAH : DINAMIKA DAN PROBLEMATIKA. *Lembaga Administrasi Negara*.
- Purwanto, M. K. (2009). Evaluasi Implementasi Kebijakan SPM Bidang Kesehatan (Studi Kasus Penerapan SPM Bidang Kesehatan pada Pemerintah Kabupaten Gunungkidul. *Repository Universitas Gadjah Mada*.
- Rahmi, S. S. (2014). Implementasi Kebijakan Publik.
- Rengga, A. (2012). Studi Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Dasar Di Kota Magelang .

Sari, D. A. (2016). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesejahteraan Masyarakat Di Kota Bandarlampung.

Suparyo, Y. (2010). Lima Langkah Melakukan Advokasi.

Syafingi, H. (2017). Konstitusionalitas Standar Pelayanan Minimal. *Jurnal Hukum Novelty*.

Yusuf, N. C. (2014). Pengaruh Tingkat Kemiskinan, Tingkat Pengangguran, Upah MinimumKabupaten/Kota, dan Laju Perubahan Ekonomi Terhadap Indeks Pembangunan Manusia Di Provinsi Riau. *Jurnal Ekonomi Universitas Riau*.

D. Wawancara

Vidya Nirmala, S. M. (2020, Agustus Rabu). (R. Wardani, Pewawancara)

Vidya Nirmala, S. M. (2020, juli Jum'at). (R. Wardani, Pewawancara)

E. Web

Sharma, R. (1997). *An Introduction to Advocacy : Training Guide*. SARA, Support for Alsis and Research in Africa.