



**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN  
MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN DALAM  
MEWUJUDKAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT  
(Studi Penerapan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang  
Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada SPM  
Bidang Kesehatan di Kabupaten Berau Tahun 2020-2021)**

**SKRIPSI**

**Disusun untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum**

**Oleh**

**ANNISA NURDAYANTI**

**16.0201.0083**

**PROGRAM STUDI ILMU HUKUM  
FAKULTAS HUKUM  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

**2022**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia dan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupan secara layak, sehingga kesehatan merupakan bagian penting dari kesejahteraan masyarakat. Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Selain itu setiap individu juga bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan merupakan tanggung jawab setiap warga negara. 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, tetapi harus ada pihak lain yang secara khusus memproduksi dan menyediakannya, maka penyediaan barang/jasa bidang kesehatan mutlak memerlukan keterlibatan pemerintah untuk menjamin dan menyediakan barang/jasa kesehatan bagi warga negara. Seiring berjalannya waktu pelayanan kesehatan semakin hari semakin dibutuhkan karena saat ini Indonesia menghadapi beban ganda penyakit, di satu sisi terjadi peningkatan jumlah penyakit tidak menular, namun disisi lain kematian akibat penyakit menular juga masih tinggi. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan bagian dari sistem

pembiayaan kesehatan untuk memperkuat Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat, hal ini merupakan salah satu upaya untuk mendukung capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.

Sejak era reformasi urusan pemerintahan secara bertahap diserahkan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah (Pemda), hal ini sesuai dengan Pasal 18 ayat (6) amandemen Undang-Undang Dasar 1945 yang menyatakan bahwa pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya. Selanjutnya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah merupakan pengganti Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang mengatur tentang pembagian urusan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, salah satu dari enam urusan bersama (*concurrent*) yang bersifat wajib dan terkait dengan pelayanan dasar adalah urusan kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan menyatakan bahwa kondisi kemampuan sumber daya Pemerintah Daerah di seluruh Indonesia tidak sama dalam melaksanakan urusan pemerintahan konkuren tersebut, maka pelaksanaan urusan tersebut diatur dengan SPM untuk memastikan ketersediaan layanan tersebut bagi seluruh warga negara. SPM sekurang-kurangnya mempunyai dua fungsi, yaitu memfasilitasi Pemerintah Daerah untuk melakukan pelayanan publik yang tepat bagi masyarakat dan sebagai instrumen bagi masyarakat dalam

melakukan kontrol terhadap kinerja pemerintah dalam pelayanan publik bidang kesehatan.

SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar minimal yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara.

Kebijakan mengenai SPM mengalami perubahan dengan ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, sebagai pelaksanaan ketentuan Pasal 18 ayat (3) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Dengan kebijakan ini SPM Bidang Kesehatan mengalami perubahan yang cukup mendasar dari SPM sebelumnya sebagaimana ditetapkan dengan Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal.

Pada SPM yang lalu pencapaian target-target SPM lebih merupakan kinerja program kesehatan, maka pada SPM yang sekarang pencapaian target-target tersebut lebih diarahkan kepada kinerja Pemerintah Daerah, menjadi penilaian kinerja daerah dalam memberikan pelayanan dasar kepada warga negara. Selanjutnya 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*. Pasal 298 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah juga mengamanatkan pada Pemerintah Daerah untuk 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 DAK.

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang memuat dua belas jenis pelayanan dasar yang harus dilakukan pemerintah kabupaten/kota, yaitu:

- 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 (TB); dan 12) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus/HIV*). SPM ini diperuntukkan bagi kabupaten/kota sebagai penyelenggara atau penyedia layanan dan fokus pada dua belas

pelayanan kesehatan dasar, yang kemudian disebut SPM Bidang Kesehatan dengan dua belas pernyataan standar yang ditargetkan harus mencapai 100% setiap tahunnya.

Pencapaian target-target SPM Bidang Kesehatan tidak terlepas dari kerangka kerja perencanaan nasional berdasarkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Hal ini berarti pencapaian target SPM harus terintegrasi dalam dokumen-dokumen perencanaan, seperti Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)/Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan dokumen-dokumen perencanaan turunannya. SPM dan program prioritas nasional lainnya sebagaimana tercantum dalam RPJMN dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan (Renstra Kemenkes), harus dituangkan dalam RPJMD dan Rencana Strategis Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD) Kesehatan, sehingga mendapatkan kerangka pendanaan yang tepat/akurat untuk memperkuat implementasinya.

Berdasarkan hasil telaah dokumen SPM Bidang Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Berau, dapat dilihat pada laporan Realisasi Pencapaian SPM Bidang Kesehatan Tahun 2020 dan 2021 pada tabel berikut :

**Tabel 1.1.**  
**Realisasi Pencapaian SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau**  
**Tahun 2020 dan 2021**

No.	Jenis Layanan Dasar	Indikator Kinerja			Target SPM (%)
		Indikator	Realisasi Capaian SPM Tahun 2020 (%)	Realisasi Capaian SPM Tahun 2021 (%)	
1.	Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil	Cakupan K4	75,76	84,07	100
2.	Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin	Cakupan Persalinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	96,96	95,96	100
3.	Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir	Cakupan PKN	92,31	106,88	100
4.	Pelayanan Kesehatan Balita	Cakupan Pelayanan Anak Balita	36,21	37,13	100
5.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar	Cakupan Pelayanan Kesehatan anak kelas 1 s/d kelas 9 di sekolah dan usia 7 s/d 15 tahun di luar sekolah	32,10	53,56	100
6.	Pelayanan Kesehatan pada	Cakupan Penduduk Usia	55,94	21,32	100

No.	Jenis Layanan Dasar	Indikator Kinerja			Target SPM (%)
		Indikator	Realisasi Capaian SPM Tahun 2020 (%)	Realisasi Capaian SPM Tahun 2021 (%)	
	Usia Produktif	15 - 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar			
7.	Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut	Cakupan Penduduk Usia Lanjut mendapatkan Skrining Kesehatan sesuai standar	43,44	60,13	100
8.	Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi	Cakupan Penderita Hipertensi mendapatkan pelayanan sesuai standar	50,85	18,03	100
9.	Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus	Cakupan Penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai Standar	132,77	33,39	100
10.	Pelayanan Kesehatan Orang	Cakupan ODGJ yang	88,17	82,42	100



No.	Jenis Layanan Dasar	Indikator Kinerja			Target SPM (%)
		Indikator	Realisasi Capaian SPM Tahun 2020 (%)	Realisasi Capaian SPM Tahun 2021 (%)	
	Dengan Gangguan Jiwa Berat	mendapatkan Pelayanan Sesuai Standar			
11.	Pelayanan Kesehatan Orang dengan TB	Cakupan Orang dengan TB mendapatkan Pelayanan TB sesuai standar	44,04	43,37	100
12.	Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko terinfeksi HIV	Cakupan orang berisiko terinfeksi HIV/AIDS mendapatkan Pemeriksaan Sesuai Standar	56,17	66,92	100

Berdasarkan indikator-indikator tersebut di atas, maka dapat menggambarkan adanya target pemenuhan yang jelas bagi masing-masing indikator baik menyangkut jumlah % pemenuhannya maupun target waktunya. Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 pada tanggal 31 Januari 2019, sebagai pengganti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Ketertarikan untuk melakukan penelitian SPM Bidang Kesehatan didorong oleh fakta bahwa penerapan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Berau belum terpenuhi secara optimal.

Implementasi kebijakan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Berau dalam penelitian ini akan dianalisis menggunakan Teori Implementasi Kebijakan menurut George C. Edward III. George C. Edward III melihat empat isu pokok yang perlu mendapat perhatian agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu komunikasi (*communication*), sumber daya (*source*), disposisi (*disposition or attitudes*), dan struktur birokrasi (*bureaucratic structures*). Bagi peneliti, aspek tersebut perlu dievaluasi untuk mengetahui berbagai faktor yang memengaruhinya. Faktor-faktor inilah yang akan diidentifikasi untuk kemudian diteliti guna membantu memperbaiki pengaturan SPM agar dapat dilaksanakan sesuai peraturan perundang-undangan untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

## **1.2. Identifikasi Masalah**

Permasalahan penelitian yang penulis ajukan dapat diidentifikasi sebagai berikut :

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan bahwa SPM Bidang Kesehatan merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar minimal bidang kesehatan yang merupakan urusan yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dalam pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis layanan dasar dengan target harus 100% (seratus persen) setiap tahunnya. Namun

dalam praktiknya, Pemerintah Daerah belum mencapai pemenuhan mutu pelayanan pada masing-masing indikator. Hal tersebut mengakibatkan penerapan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Berau belum terpenuhi 100% setiap tahunnya, sehingga pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap warga mengalami hambatan.

### **1.3. Pembatasan Masalah**

Penelitian yang baik adalah penelitian yang terfokus pada permasalahan yang diangkat. Oleh sebab itu, pembatasan masalah penelitian berkaitan dengan belum terpenuhinya 100% indikator SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Berau tahun 2020-2021.

### **1.4. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian masalah penelitian di atas, dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana implementasi kebijakan penerapan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020 dan 2021?
2. Bagaimana penyelesaian faktor penghambat dalam penerapan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020 dan 2021?

### **1.5. Tujuan Penelitian**

Secara umum penelitian ini dilakukan sebagai upaya peneliti untuk pengembangan ilmu hukum terkait dengan paradigma *science as a process* (ilmu sebagai proses). Berdasarkan paradigma tersebut, ilmu tidak bersifat final dalam penggaliannya atas kebenaran pada objek bidangnya masing-masing, dan secara khusus ditujukan untuk:

1. Mengetahui implementasi kebijakan penerapan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020 dan 2021.
2. Mengetahui faktor penghambat pemenuhan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020 dan 2021.
3. Mengetahui kontribusi faktor komunikasi kebijakan dalam mewujudkan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020 dan 2021.
4. Mengetahui peranan sumber daya dalam mewujudkan keberhasilan implementasi kebijakan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020 dan 2021.
5. Mengetahui disposisi/komitmen pejabat pelaksana dalam melaksanakan kebijakan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020 dan 2021.

#### **1.6. Manfaat Penelitian**

Penelitian terkait pengaturan SPM Bidang Kesehatan diharapkan dapat memberikan manfaat teoritis, yaitu menambah wawasan dan memperluas ilmu pengetahuan, khususnya bidang pelayanan dasar. Selain itu, untuk menambah konsep baru sebagai bahan rujukan pengaturan serta penerapan standar pelayanan minimal.

Secara praktis, hasil penelitian ini dijadikan sebagai masukan pemikiran bagi seluruh pihak, khususnya Pemerintah Daerah Kabupaten Berau dalam pemenuhan SPM Bidang Kesehatan. Kemudian dalam rangka memperbaiki peraturan SPM Bidang Kesehatan di seluruh bidang, diperlukan suatu kajian komprehensif yang melibatkan seluruh pihak terkait,

seperti Pemerintah Daerah dan masyarakat Kabupaten Berau. Oleh sebab itu, dengan mengkaji permasalahan dan menganalisis berbagai faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan, diharapkan memperoleh gambaran mengenai apa yang seharusnya dilakukan sebagai solusi atas permasalahan yang dialami.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Penelitian Terdahulu**

Penelitian terdahulu adalah hasil penelitian yang dilakukan peneliti sebelumnya dengan meneliti permasalahan yang sama dengan penelitian penulis. Penelitian terdahulu diharapkan dapat menjadi acuan penulis untuk menggambarkan kerangka pemikiran. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan terkait dengan Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, yaitu sebagai berikut :

1. (Rengga, 2012) dengan judul Studi Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Dasar di Kota Magelang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dalam hal isi dan konteks kebijakan SPM konsistensi dengan Peraturan Daerah sedangkan Pemerintah mendukung pelaksanaan SPM dengan regulasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Dimensi konteks menunjukkan bahwa tidak ada perlawanan terhadap kebijakan SPM. Secara umum tanggapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar sangat positif. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti tentang kebijakan SPM Bidang Kesehatan. Perbedaannya terletak pada dasar pengaturan, dalam analisis ini berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
2. (Siriyei dan Wulandari, 2013) dengan judul Faktor Determinan Rendahnya Pencapaian Cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang

Kesehatan di Puskesmas Mojo Kota Surabaya. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor input dan proses yang menjadi determinan rendahnya pencapaian SPM Bidang Kesehatan di Puskesmas Mojo Kota Surabaya, yaitu faktor pelatihan, beban kerja, dan proses perencanaan. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti tentang kebijakan SPM Bidang Kesehatan. Perbedaannya terletak pada tujuan penelitian, yaitu untuk menganalisis faktor determinan rendahnya pencapaian cakupan SPM di Puskesmas Mojo Kota Surabaya.

3. Hendarwan *et al* (2015) dengan judul Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya berbagai permasalahan dalam implementasi SPM Bidang Kesehatan di masing-masing kabupaten/kota, antara lain beberapa indikator belum memenuhi kriteria *Specific, Measurable, Achievable, Realistic, dan Time-bound* (SMART), inkonsistensi antara judul indikator, definisi operasional, dan rumus yang digunakan, adanya perbedaan tajam dalam pencapaian cakupan, baik dalam satu kabupaten pada kurun waktu yang berbeda maupun antar kabupaten/kota yang berbeda-beda. Perbedaan juga terjadi dalam tataran operasional, mencakup sosialisasi, advokasi, monitoring dan evaluasi. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti tentang kebijakan SPM Bidang Kesehatan. Perbedaannya terletak pada desain studi dalam analisis ini menggunakan potong lintang.

4. Rifa'i *et al* (2016) dengan judul Implementasi Kebijakan tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Garawangi Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa SPM Bidang Kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Garawangi Kabupaten Kuningan merupakan perwujudan dari kebijakan Pemerintah Pusat guna melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti tentang kebijakan SPM Bidang Kesehatan. Perbedaannya terletak pada tujuan penelitian, yaitu menggambarkan mengenai dinamika produktivitas, linearitas dan efisiensi.
5. (Armita, 2018) dengan judul Implementasi Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa Barat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa faktor penghambat penerimaan untuk implementasi Permenkes Nomor 43 Tahun 2016 dilihat dari komponen beban, komponen isu etik, komponen koherensi intervensi, dan komponen kemungkinan biaya, sehingga perlu adanya perhatian dari berbagai sektor untuk perbaikan implementasi kebijakan SPM. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah meneliti tentang kebijakan SPM Bidang Kesehatan. Perbedaannya terletak pada dasar pengaturan, dalam analisis ini berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.



## **2.2. Landasan Teori**

### **2.2.1. Kebijakan Publik**

Definisi pelayanan publik dalam Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Ditekankan bahwasannya dalam definisi pelayanan publik terdapat peran penting beberapa aktor dan bukan aktor tunggal pengambilan keputusan. Kebijakan publik merupakan aksi kolektif dari beberapa aktor. Kebijakan publik didapatkan dari proses yang cukup rumit, mengingat bahwa terdapat beragam keputusan yang dihasilkan oleh beberapa aktor yang tersebar di seluruh organisasi pemerintah dalam tingkatan yang berbeda (Kay, 2006).

Selanjutnya, tahap-tahap dalam proses pembuatan kebijakan, antara lain: 1) Penyusunan Agenda, menempatkan masalah pada agenda publik; 2) Formulasi Kebijakan, merumuskan alternatif kebijakan untuk pemecahan masalah; 3) Adopsi Kebijakan, alternatif kebijakan yang diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antar direktur lembaga atau keputusan peradilan; 4) Implementasi Kebijakan, kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni

dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia; 5) Penilaian Evaluasi Kebijakan, melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah mampu memecahkan masalah (Dunn, 2000).

#### **2.2.1.1. Teori Implementasi Kebijakan**

Implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan publik. Suatu program kebijakan harus segera diimplementasikan setelah penetapan undang-undang agar dapat melihat dampak dan tujuan dari program kebijakan tersebut. Lester dan Stewart menyatakan bahwa pelaksanaan undang-undang oleh aktor, organisasi dengan menggunakan prosedur dan teknik dalam menjalankan kebijakan untuk mencapai tujuan kebijakan atau program tersebut (Winarno, 2002). Implementasi dapat dipahami sebagai suatu proses, suatu keluaran (*output*) maupun sebagai suatu dampak (*outcome*).

Teori implementasi kebijakan dapat dikemukakan sebagai berikut (Syahrudin, 2018):

##### **1. Van Meter dan Van Horn**

Implementasi kebijakan merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam

keputusan kebijaksanaan. Beberapa variabel yang memengaruhi kebijakan publik adalah sebagai berikut:

a) Standar dan sasaran kebijakan

Setiap kebijakan harus mempunyai standar dan suatu sasaran kebijakan jelas dan terstruktur.

b) Sumber daya

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia adalah sumber daya terpenting dalam menentukan keberhasilan suatu proses implementasi. Tahap-tahap tertentu dari keseluruhan proses implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara politik. Apabila kompetensi dan kapabilitas dari sumber-sumber daya itu minim, maka kinerja kebijakan publik sulit diharapkan secara optimal.

c) Komunikasi antar organisasi

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat dalam implementasi kebijakan publik. Hal ini penting karena kinerja implementasi

kebijakan dipengaruhi oleh corak para agen pelaksana.

d) Karakteristik agen pelaksana

Koordinasi merupakan mekanisme yang tangguh dalam implementasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi dan arus komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam proses implementasi, maka semakin kecil kemungkinan terjadinya kesalahan yang dapat menimbulkan konflik, begitu pula sebaliknya.

e) Kecenderungan (*disposition*) pelaksana

Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana memengaruhi berhasil atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Di Indonesia, hal tersebut mungkin terjadi, mengingat proses kebijakan publik bukan hasil formulasi masyarakat setempat yang mengenal persoalan dan permasalahan yang dihadapi, tetapi kebijakan yang akan dilaksanakan semata-mata kebijakan yang lahir dari atas (*top-down*) yang cenderung bersifat general. Pada hal permasalahan yang dihadapi di satu daerah belum tentu sama dengan daerah lain.

f) Kondisi ekonomi, sosial, dan politik

Kinerja implementasi kebijakan publik pada variabel ini adalah sejauh mana lingkungan sosial, ekonomi, dan politik mendorong terciptanya keberhasilan kebijakan publik sesuai yang telah ditetapkan. Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik yang tidak kondusif, akan berpengaruh dan menjadi potensi kegagalan kinerja implementasi kebijakan publik.

2. Daniel Mazmanian dan Paul A. Sabatier

Teori implementasi oleh Mazmanian dan Sabatier terpusat pada hubungan antara keputusan-keputusan dengan pencapaiannya, formula dengan implementasinya, dan potensi hierarki dengan batas-batasnya, serta kesungguhan pelaksana untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam kebijakan tersebut. Implementasi kebijakan merupakan fungsi dari tiga variabel sebagai berikut:

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

1) Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan;

2) Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran.

Suatu program relatif lebih mudah

diimplementasikan apabila kelompok sasarannya homogen. Sebaliknya, apabila kelompok sasarannya heterogen, maka implementasi cenderung sulit, karena pemahaman setiap kelompok berbeda;

3) Proporsi sasaran terhadap total populasi. Sebuah program relatif sulit diimplementasikan apabila sasarannya mencakup semua populasi. Sebaliknya, sebuah program relatif lebih mudah diimplementasikan apabila jumlah kelompok sasaran tidak terlalu besar; dan

4) Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan. Sebuah program yang bertujuan memberikan pengetahuan atau bersifat kognitif, relatif mudah diimplementasikan daripada program yang bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku masyarakat.

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

1) Kejelasan isi kebijakan. Hal ini berarti semakin jelas dan rinci isi sebuah kebijakan, akan mudah diimplementasikan dalam tindakan nyata;

2) Seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis;

- 3) Besarnya alokasi sumber daya keuangan terhadap kebijakan tersebut;
  - 4) Seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai instansi pelaksana. Kegagalan program dapat disebabkan kurangnya koordinasi vertikal-horizontal antar instansi yang terlibat dalam implementasi program;
  - 5) Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana;
  - 6) Tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan; dan
  - 7) Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan. Suatu program yang memberikan peluang bagi masyarakat untuk terlibat akan lebih mendapat dukungan daripada program yang tidak melibatkan masyarakat.
- c) Lingkungan kebijakan (*nonstatutory variables affecting implementation*)
- 1) Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi;
  - 2) Dukungan publik terhadap sebuah kebijakan;

- 3) Sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*); dan
- 4) Tingkat komitmen dan keterampilan dari aparat dan pelaksana.

### 3. Merilee S. Grindle

Keberhasilan implementasi menurut Merilee S. Grindle dipengaruhi oleh dua variabel sebagai berikut:

- a) Isi kebijakan (*content of policy*)
  - 1) Kepentingan-kepentingan yang memengaruhi (*interest affected*), berkaitan dengan berbagai kepentingan yang memengaruhi suatu implementasi kebijakan;
  - 2) Tipe manfaat (*type of benefits*), berupaya untuk menunjukkan dan menjelaskan bahwa dalam kebijakan harus terdapat beberapa jenis manfaat yang menunjukkan dampak positif yang dihasilkan oleh implementasi kebijakan yang ingin dijelaskan;
  - 3) Derajat perubahan yang ingin dicapai (*extent of change emission*);
  - 4) Letak pengambilan keputusan (*site of decision marking*);
  - 5) Pelaksana program (*program implementer*); dan



6) Sumber daya yang digunakan (*resources committed*).

b) Lingkungan implementasi (*context of policy*)

1) Kekuasaan, kepentingan-kepentingan dan strategi dari aktor yang terlibat, bahwa mereka yang akan mengimplementasikan program akan mencakup partisipasi tingkat pemerintah pusat dan pemerintah daerah, baik kalangan birokrat, pengusaha maupun masyarakat umum;

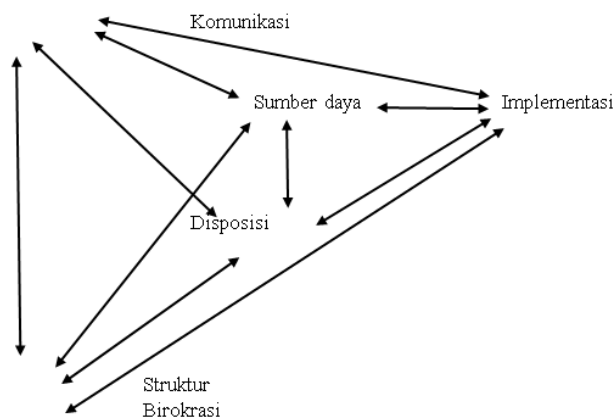
2) Karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa; dan

3) Tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana.

#### 4. George C. Edward III

**Gambar 2.1.**

**Model Implementasi Kebijakan Edward**



Sumber: Edward, 1980.

George C. Edward III melihat empat isu pokok yang perlu mendapat perhatian agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu komunikasi (*communication*), sumber daya (*source*), disposisi (*disposition or attitudes*), dan struktur birokrasi (*bureaucratic structures*).

a) Komunikasi (*communication*)

Komunikasi (*communication*) merupakan penentu keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan. Implementasi yang efektif akan tercapai apabila para pembuat keputusan (*decision maker*) telah mengetahui apa yang akan dikerjakan. Pengetahuan tersebut dapat berjalan apabila komunikasi berlangsung dengan baik. Artinya, suatu keputusan kebijakan atau peraturan implementasi harus ditransmisikan kepada pelaksana yang tepat. Selain itu, kebijakan yang dikomunikasikan juga harus tepat, akurat, dan konsisten. Kemudian, untuk mengetahui sejauh mana komunikasi tersebut dapat berfungsi secara tepat, akurat, dan konsistensi, terdapat tiga indikator yang dapat digunakan untuk mengukur keberhasilan variable komunikasi.

Menurut Edward III dalam (Widodo, 2010), komunikasi kebijakan memiliki beberapa dimensi, antara lain dimensi transmisi (*transmission*), kejelasan (*clarity*), dan konsistensi (*consistency*).

- 1) Dimensi transmisi (*transmission*) menghendaki agar kebijakan publik disampaikan tidak hanya kepada pelaksana (*implementors*) kebijakan, tetapi juga disampaikan kepada kelompok sasaran kebijakan dan pihak lain yang berkepentingan, baik secara langsung maupun tidak langsung.
- 2) Dimensi kejelasan (*clarity*) menghendaki agar kebijakan yang ditransmisikan kepada pelaksana, target grup, dan pihak lain yang berkepentingan secara jelas, sehingga di antara mereka mengetahui apa yang menjadi maksud, tujuan, sasaran serta substansi dari kebijakan publik tersebut, sehingga masing-masing akan mengetahui apa yang harus dipersiapkan dan dilaksanakan untuk menyukseskan kebijakan tersebut secara efektif dan efisien.
- 3) Dimensi konsistensi (*consistency*) diperlukan agar kebijakan yang diambil tidak simpang siur, sehingga membingungkan pelaksana

kebijakan, target grup, dan pihak-pihak yang berkepentingan.

b) Sumber daya (*source*)

Sumber daya (*source*) merupakan hal penting lainnya dalam mengimplementasikan kebijakan dengan baik, ada beberapa faktor yang berpengaruh agar sumber daya dapat berjalan dengan baik, yaitu sebagai berikut:

- 1) Staf (*street-level bureaucrats*). Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan, salah satunya disebabkan oleh staf/pegawai yang tidak mencukupi/memadai, atau tidak kompeten di bidangnya.
- 2) Informasi, dalam implementasi kebijakan, ada dua bentuk informasi, yaitu sebagai berikut.
  - a) Informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Pelaksana harus mengetahui apa yang akan dilakukan saat diberi perintah untuk melakukan tindakan.
  - b) Informasi mengenai data kepatuhan pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan. Pelaksana harus mengetahui apakah orang

lain yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan tersebut patuh terhadap hukum.

- 3) Wewenang, pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik.
- 4) Fasilitas. Pelaksana kemungkinan memiliki staf yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukannya, dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana), maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

Sumber daya penting lainnya, yaitu kewenangan untuk menentukan bagaimana program dilakukan, kewenangan untuk membelanjakan/mengatur keuangan, baik penyediaan uang, pengadaan staf, maupun pengadaan supervisor. Fasilitas yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan/program harus terpenuhi, seperti kantor, peralatan, serta dana yang mencukupi.

c) Disposisi (*disposition or attitudes*)

Pelaksanaan suatu kebijakan akan efektif apabila para pelaksana kebijakan tidak hanya mengetahui apa yang akan dilakukan, tetapi memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, sehingga dalam prakteknya tidak terjadi bias. Faktor yang memengaruhi efektivitas implementasi kebijakan, salah satunya adalah sikap pelaksana. Bentuk sikap/respon pelaksana terhadap kebijakan ada tiga, yaitu kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespons program ke arah penerimaan atau penolakan dan intensitas dari respons tersebut. Dukungan para pejabat pelaksana dibutuhkan guna mencapai sasaran program. Selain itu, dukungan dari pimpinan juga memengaruhi pelaksanaan program untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Wujud dari dukungan pimpinan, yaitu menempatkan kebijakan menjadi prioritas program, penempatan pelaksana dengan orang-orang yang mendukung program, memerhatikan keseimbangan daerah, agama, suku, jenis kelamin dan karakteristik demografi lainnya, serta penyediaan dana yang cukup guna

memberikan insentif bagi para pelaksana program agar mereka mendukung dan bekerja secara total dalam melaksanakan kebijakan/program.

d) Struktur birokrasi (*bureaucratic structures*)

Kebijakan yang kompleks menuntut adanya kerja sama publik. Ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, menyebabkan sumber-sumber daya menjadi tidak efektif dan dapat menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan melakukan koordinasi yang baik, misalnya di Indonesia, karena kurangnya koordinasi dan kerja sama antar *stakeholder*, membuat implementasi kebijakan mengalami gangguan. Meski demikian, terdapat keutamaan dalam teori implementasi kebijakan Edward III, yaitu kemampuan menyederhanakan fenomena-fenomena yang kompleks menjadi suatu teori implementasi kebijakan yang sederhana.

Secara umum faktor-faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan berdasarkan teori para ahli memiliki beberapa persamaan. Namun dalam penelitian

ini diperlukan adanya pembatasan, yaitu dipilih faktor yang diyakini memberikan pengaruh besar pada pelaksanaan kebijakan SPM Bidang Kesehatan, yaitu Teori George C. Edward III. George C. Edward III berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu sebagai berikut:

a) Komunikasi (*communication*)

Komunikasi (*communication*) merupakan proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan. Sementara itu, komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (*decision maker*) kepada pelaksana kebijakan (Widodo, 2010).

b) Sumber daya (*source*)

Meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Indikator sumber daya terdiri dari staf, informasi, wewenang, fasilitas, dan anggaran.

c) Disposisi (*disposition or attitudes*)

Disposisi (*disposition or attitudes*) adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh pelaksana, seperti komitmen, kejujuran, dan sifat demokratis. Apabila



pelaksana memiliki disposisi yang baik, maka pelaksana tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti ketentuan yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan. Ketika pelaksana memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi kurang efektif.

d) Struktur birokrasi (*bureaucratic structures*)

Ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, menyebabkan sumber-sumber daya menjadi tidak efektif dan dapat menghambat jalannya kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan melakukan koordinasi yang baik.

#### **2.2.1.2. Standar Pelayanan Publik**

Otonomi daerah tentu tidak menjamin pelayanan akan menjadi lebih baik, salah satunya adalah dengan membuat standar pelayanan publik. Setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan (Khozin, 2010).

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan, standar pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur. Sebagaimana diamanatkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, bahwa setiap penyelenggara pelayanan publik, baik yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara langsung maupun tidak langsung wajib menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan Publik untuk setiap jenis pelayanan sebagai tolok ukur dalam penyelenggaraan pelayanan di lingkungan masing-masing.

SPM berkaitan dengan hak-hak konstitusional yang harus diperoleh oleh masyarakat dan wajib dipenuhi oleh pemerintah, seperti tersedianya pelayanan publik (pelayanan dasar) (Ratminto, 2016). Hal yang sama diungkapkan oleh Hendarwan, *et al* (2015) bahwa Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

merupakan kebutuhan dasar warga negara dan menjadi urusan wajib bagi pemerintah.

### **2.2.2. Standar Pelayanan Minimal**

Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik sebagai pedoman yang wajib ditaati dan dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan, dan menjadi pedoman bagi penerima pelayanan dalam proses pengajuan permohonan, serta sebagai alat kontrol masyarakat dan/atau penerima layanan atas kinerja penyelenggara pelayanan (Rifa'i *et al* 2016). Untuk mewujudkan hal tersebut penyediaan pelayanan publik tersebut harus disesuaikan dengan asas-asas umum pemerintah dalam memberikan perlindungan kepada setiap warga negara dan penduduk dari penyalahgunaan wewenang di dalam penyelenggaraan pelayanan publik (Nugroho dan Halik, 2016).

SPM merupakan kebutuhan dasar warga negara, yakni kebutuhan fisiologis, yang apabila tidak terpenuhi akan mengakibatkan warga negara hidup tidak layak atau bahkan bisa meninggal secara sia-sia (Hendarwan *et al* 2015). Konsep SPM berbeda dengan konsep standar pelayanan yang biasanya terkait langsung dengan 'tata cara' atau 'prosedur' pelayanan kepada masyarakat sebagaimana dimaksud pada Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Hal ini karena SPM

terkait dengan jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh warga secara minimal. Pengertian tersebut lebih menekankan pada aspek jenis dan mutu pelayanan dasar bukan kepada ‘tata cara melayani’ masyarakat pengguna layanan dengan subyek sarannya adalah pemerintah daerah.

Selanjutnya, dalam pengertian standar pelayanan minimal tersebut terkandung dua konsep utama, yaitu “tolak ukur penyediaan layanan bagi penyedia layanan” dan “acuan mengenai kualitas dan kuantitas layanan bagi pengguna layanan”. Adapun yang dimaksud dengan konsep tolak ukur penyediaan layanan adalah kondisi optimal yang dapat dicapai oleh penyedia layanan (pemerintah daerah) yang ditentukan oleh sumber daya yang dimilikinya (sumber daya manusia, perlengkapan, pembiayaan dan sumberdaya pendukung lainnya). Sementara konsep acuan mengenai kualitas dan kuantitas layanan bagi pengguna layanan (masyarakat) adalah kondisi minimal yang dapat diperoleh dari penyedia layanan (pemerintah daerah) terkait pelayanan publik yang diberikan (Insani, 2010).

Dengan demikian “minimal” dalam pengertian standar pelayanan minimal merupakan kondisi minimal dari sudut pandang masyarakat tetapi mengandung arti “optimal” dari sudut pandang aparat pemerintah daerah. Dengan perkataan lain, bahwa standar pelayanan minimal merupakan peristilahan dari sudut pandang

masyarakat sebagai pengguna layanan terhadap kualitas dan kuantitas yang dapat diterima dari pemerintah daerah sebagai penyedia pelayanan publik.

#### **2.2.2.1. Sejarah Standar Pelayanan Minimal**

Berdasarkan ketentuan Pasal 11 ayat (4) dan Pasal 14 ayat (3) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang, perlu ditetapkan Peraturan Pemerintah tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.

Berkaitan dengan hal tersebut, maka Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal secara resmi diundangkan pada tanggal 28 Desember 2005.

Berdasarkan ketentuan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh

setiap warga secara minimal. Sesuai dengan amanat Pasal 11 ayat (4) dan Pasal 14 ayat (3) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang, SPM diterapkan pada urusan wajib daerah terutama yang berkaitan dengan pelayanan dasar, baik daerah provinsi maupun daerah kabupaten/kota. Untuk urusan pemerintahan lainnya, daerah dapat mengembangkan dan menerapkan standar/indikator kinerja. Dalam penerapannya, SPM harus menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari pemerintahan daerah sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh pemerintah. Oleh karena itu, baik dalam perencanaan maupun penganggaran, wajib diperhatikan prinsip-prinsip SPM, yaitu sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas waktu pencapaian.

Di samping itu, SPM berbeda dengan Standar Teknis, karena Standar Teknis merupakan faktor

pendukung pemenuhan SPM. Pelaksanaan peraturan pemerintah ini dimaksudkan untuk:

1. Terjaminnya hak masyarakat untuk menerima suatu pelayanan dasar dari pemerintahan daerah dengan mutu tertentu.
2. Menjadi alat untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan untuk menyediakan suatu pelayanan dasar, sehingga SPM dapat menjadi dasar penentuan kebutuhan pembiayaan daerah.
3. Menjadi landasan dalam menentukan perimbangan keuangan dan/atau bantuan lain yang lebih adil dan transparan.
4. Menjadi dasar dalam menentukan anggaran kinerja berbasis manajemen kinerja. SPM dapat dijadikan dasar dalam alokasi anggaran daerah dengan tujuan yang lebih terukur. SPM dapat menjadi alat untuk meningkatkan akuntabilitas pemerintahan daerah terhadap masyarakat. Sebaliknya, masyarakat dapat mengukur sejauh mana pemerintahan daerah dapat memenuhi kewajibannya dalam menyediakan pelayanan publik.
5. Memperjelas tugas pokok pemerintahan daerah dan mendorong terwujudnya *checks and balances* yang efektif.

6. Mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan pemerintahan daerah.

Pemerintah membina dan mengawasi penerapan SPM oleh pemerintahan daerah. Gubernur sebagai wakil pemerintah di daerah membina dan mengawasi penerapan SPM oleh pemerintahan daerah kabupaten/kota yang ada di wilayah kerjanya. Sementara itu, masyarakat dapat melakukan pengawasan atas penerapan SPM oleh pemerintahan daerah. Pembinaan dan pengawasan atas penerapan SPM oleh pemerintahan daerah dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Kemudian Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku pada tanggal 1 Januari 2019, karena ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal sebagai bentuk pelaksanaan ketentuan Pasal 18 ayat (3) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

Secara umum Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal mengatur



mengenai prinsip penetapan dan penerapan SPM, jenis SPM termasuk materi muatannya yang terdiri atas Jenis Pelayanan Dasar, Mutu Pelayanan Dasar, dan penerima Pelayanan Dasar, penerapan dan pelaporan SPM, pembinaan dan pengawasan SPM.

#### **2.2.2.2. Dasar Pengaturan Standar Pelayanan Minimal**

1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

Di Indonesia pelayanan publik secara nasional muncul dalam upaya pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, yaitu termaktub dalam Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Pasal 1 ayat (7) Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik menyatakan bahwa standar pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik tidak secara langsung menyebut istilah standar pelayanan minimal, namun sebagai tindak lanjut dari pasal-pasal yang mengatur mengenai kewenangan daerah provinsi dan kabupaten/kota sudah ada ‘cikal bakal’ tentang standar pelayanan minimal. Beberapa pasal yang dimaksud adalah sebagai berikut.

#### Pasal 6

- (1) Guna menjamin kelancaran penyelenggaraan pelayanan publik diperlukan pembina dan penanggung jawab.
- (2) Pembina sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. Pimpinan lembaga negara, pimpinan kementerian, pimpinan lembaga pemerintah nonkementerian, pimpinan lembaga komisi negara atau yang sejenis, dan pimpinan lembaga lainnya;
  - b. Gubernur pada tingkat provinsi;
  - c. Bupati pada tingkat kabupaten; dan
  - d. Walikota pada tingkat kota.
- (3) Pembina sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempunyai tugas melakukan pembinaan,

pengawasan, dan evaluasi terhadap pelaksanaan tugas dari penanggung jawab.

- (4) Pembina sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, kecuali pimpinan lembaga negara dan pimpinan lembaga komisi negara atau yang sejenis yang dibentuk berdasarkan undang-undang, wajib melaporkan hasil perkembangan kinerja pelayanan publik kepada Presiden dan Dewan Perwakilan Rakyat.
- (5) Pembina sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b wajib melaporkan hasil perkembangan kinerja pelayanan publik masing-masing kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi dan menteri.
- (6) Pembina sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dan huruf d wajib melaporkan hasil perkembangan kinerja pelayanan publik masing-masing kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten/Kota dan gubernur.

#### Pasal 20

- (1) Penyelenggara berkewajiban menyusun dan menetapkan standar pelayanan dengan memperhatikan kemampuan penyelenggara, kebutuhan masyarakat, dan kondisi lingkungan.

(2) Dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), penyelenggara wajib mengikutsertakan masyarakat dan pihak terkait.

(3) Penyelenggara berkewajiban menerapkan standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

(4) Pengikutsertaan masyarakat dan pihak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan prinsip tidak diskriminatif, terkait langsung dengan jenis pelayanan, memiliki kompetensi dan mengutamakan musyawarah, serta memperhatikan keberagaman.

(5) Penyusunan standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan dengan pedoman tertentu yang diatur lebih lanjut dalam peraturan pemerintah.

## 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah merupakan revisi dari Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Pasal 18 ayat (2) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah mengamanatkan bahwa Pelaksanaan Pelayanan Dasar

pada Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.

Penjelasan mengenai urusan pemerintahan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah menyatakan bahwa sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, terdapat Urusan Pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat yang dikenal dengan istilah urusan pemerintahan absolut dan ada urusan pemerintahan konkuren. Urusan pemerintahan konkuren terdiri atas Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan yang dibagi antara Pemerintah Pusat, Daerah provinsi, dan Daerah kabupaten/kota. Urusan Pemerintahan Wajib dibagi dalam Urusan Pemerintahan Wajib yang terkait Pelayanan Dasar dan Urusan Pemerintahan Wajib yang tidak terkait Pelayanan Dasar. Untuk Urusan Pemerintahan Wajib yang terkait Pelayanan Dasar ditentukan SPM untuk menjamin hak-hak konstitusional masyarakat.

Pembagian urusan pemerintahan konkuren antara daerah provinsi dengan daerah kabupaten/kota walaupun Urusan Pemerintahan sama, perbedaannya akan nampak dari skala atau ruang lingkup Urusan Pemerintahan tersebut. Walaupun daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota mempunyai Urusan Pemerintahan masing-masing yang sifatnya tidak hierarki, namun tetap akan terdapat hubungan antara pemerintah pusat, daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota dalam pelaksanaannya dengan mengacu pada Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) yang dibuat oleh pemerintah pusat.

Di samping urusan pemerintahan absolut dan urusan pemerintahan konkuren, dalam Undang-Undang ini dikenal adanya urusan pemerintahan umum. Urusan pemerintahan umum menjadi kewenangan Presiden sebagai kepala pemerintahan yang terkait pemeliharaan ideologi Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Bhinneka Tunggal Ika, menjamin hubungan yang serasi berdasarkan suku, agama, ras dan antar golongan sebagai pilar kehidupan berbangsa dan bernegara serta memfasilitasi kehidupan demokratis. Presiden dalam pelaksanaan urusan

pemerintahan umum di Daerah melimpahkan kepada gubernur sebagai kepala pemerintahan provinsi dan kepada bupati/wali kota sebagai kepala pemerintahan kabupaten/kota.

3. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

Konsiderans dalam Peraturan Pemerintah ini menyatakan bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 5 ayat (6), Pasal 9 ayat (2), Pasal 20 ayat (5), Pasal 30 ayat (3), dan Pasal 39 ayat (4) Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, perlu menetapkan Peraturan Pemerintah tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

Materi muatan yang tercantum dalam penjelasan Peraturan Pemerintah ini mencakup ruang lingkup Penyelenggara, sistem pelayanan terpadu, pedoman penyusunan Standar Pelayanan, proporsi akses dan kategori kelompok Masyarakat dalam Pelayanan Berjenjang, dan pengikutsertaan Masyarakat dalam penyelenggaraan Pelayanan Publik. Selanjutnya dalam Undang-Undang tentang Pelayanan Publik diamanatkan bahwa setiap Penyelenggara Pelayanan

Publik wajib menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan dengan mengikutsertakan Masyarakat dan Pihak Terkait. Standar Pelayanan dimaksud merupakan tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan. Selain itu harus disusun Maklumat Pelayanan sebagai kewajiban dan janji Penyelenggara kepada Masyarakat untuk melaksanakan Standar Pelayanan dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur. Penerapan Standar Pelayanan dimaksudkan sebagai salah satu upaya untuk meminimalisir terjadinya penyimpangan atau penurunan kinerja dalam penyelenggaraan pelayanan.

#### 4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal

Penjelasan dalam Peraturan Pemerintah ini menyatakan bahwa pemberian otonomi yang seluas-luasnya kepada Daerah diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat atau kesejahteraan rakyat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat. Di samping itu melalui otonomi luas, dalam lingkungan strategis globalisasi, Daerah diharapkan mampu



meningkatkan daya saing dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan, dan kekhususan serta potensi dan keanekaragaman Daerah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia. Upaya percepatan terwujudnya kesejahteraan masyarakat atau kesejahteraan rakyat tersebut dalam lingkungan strategis globalisasi dengan menggunakan prinsip pemerataan dan keadilan salah satunya diwujudkan melalui penetapan dan penerapan SPM.

Sejak berlakunya Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah maka SPM tidak lagi dimaknai dalam kontekstual sebagai norma, standar, prosedur, dan kriteria. Batasan pengertian SPM secara tekstual memang tidak berubah, yaitu bahwa SPM merupakan ketentuan mengenai Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal, namun terdapat perubahan mendasar dalam pengaturan mengenai Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar, kriteria penetapan SPM, dan mekanisme penerapan SPM.

Pengaturan mengenai Jenis Pelayanan Dasar ditentukan dengan tegas dan jelas dalam Peraturan

Pemerintah ini dan tidak didelegasikan lebih lanjut kedalam peraturan perundang-undangan lainnya. Terkait dengan Mutu Pelayanan Dasar maka pengaturan lebih rincinya ditetapkan oleh masing-masing menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sesuai dengan jenis SPM. Pengaturan oleh menteri terkait merupakan pengaturan mengenai standar teknis SPM.

Penetapan SPM dilakukan berdasarkan kriteria barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang bersifat mutlak dan mudah distandarkan yang berhak diperoleh oleh setiap Warga Negara secara minimal sesuai dengan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar. Untuk mekanisme penerapan SPM maka tidak lagi ditentukan berdasarkan indikator SPM dan batas waktu pencapaian tetapi mengutamakan penerapan SPM dengan berdasarkan:

- (i) pengumpulan data secara empiris dengan tetap mengacu secara normatif sesuai standar teknis; (ii) penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar; (iii) penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar; dan (iv) pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar, yang kesemuanya itu dilakukan oleh

Pemerintah Daerah dan bukan oleh kementerian terkait.

Perubahan paradigma penting lainnya mengenai SPM yaitu dalam konteks belanja Daerah. Terhadap belanja Daerah maka ditentukan secara tegas dan jelas bahwa belanja Daerah diprioritaskan untuk mendanai pelaksanaan SPM. Atas prioritas tersebut dan terlaksananya SPM maka SPM telah menjamin hak konstitusional masyarakat, sehingga bukan kinerja Pemerintah Daerah yang menjadi prioritas utama apalagi kinerja kementerian tetapi prioritas utamanya yaitu terpenuhinya kebutuhan dasar Warga Negara.

Selanjutnya, mengingat makna Pemerintah Daerah menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah tidak hanya pada Daerah kabupaten dan kota namun juga pada Daerah provinsi maka SPM tentu juga harus dimaknai tidak hanya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah kabupaten/kota saja tetapi juga menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah provinsi. Hal ini juga mengingat bahwa di Daerah provinsi juga tersedia anggaran pendapatan dan belanja Daerah provinsi untuk menyelenggarakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar yang meliputi

pendidikan, kesehatan, pekerjaan umum dan penataan ruang, perumahan rakyat dan kawasan permukiman, ketenteraman, ketertiban umum, dan perlindungan masyarakat serta sosial. Selain itu, penetapan dan penerapan SPM Daerah provinsi menjadi penting mengingat terdapatnya Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar yang tidak lagi menjadi kewenangan Daerah kabupaten/kota.

Secara umum Peraturan Pemerintah ini mengatur mengenai prinsip penetapan dan penerapan SPM, jenis SPM termasuk materi muatannya yang terdiri atas Jenis Pelayanan Dasar, Mutu Pelayanan Dasar, dan penerima Pelayanan Dasar, penerapan dan pelaporan SPM, pembinaan dan pengawasan SPM, ketentuan lain-lain, dan ketentuan penutup yang salah satunya menyatakan bahwa Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal

Tahapan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, yaitu sebagai berikut.

## Pasal 2

- (1) Pemerintah Daerah menerapkan SPM untuk pemenuhan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
- (2) Penerapan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diprioritaskan bagi Warga Negara yang berhak memperoleh Pelayanan Dasar secara minimal sesuai dengan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasarnya.

## Pasal 3

- (1) Jenis Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 untuk daerah provinsi terdiri atas:
  - a. Pendidikan menengah;
  - b. Pendidikan khusus;
  - c. Pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana daerah provinsi;
  - d. Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa daerah provinsi;
  - e. Pemenuhan kebutuhan air minum curah lintas daerah kabupaten/kota;

- f. Penyediaan pelayanan pengolahan air limbah domestik regional lintas daerah kabupaten/kota;
  - g. Penyediaan dan rehabilitasi rumah yang layak huni bagi korban bencana daerah provinsi;
  - h. Fasilitasi penyediaan rumah yang layak huni bagi masyarakat yang terkena relokasi program Pemerintah Daerah provinsi;
  - i. Pelayanan ketenteraman dan ketertiban umum daerah provinsi;
  - j. Rehabilitasi sosial dasar penyandang disabilitas terlantar di dalam panti;
  - k. Rehabilitasi sosial dasar anak terlantar di dalam panti;
  - l. Rehabilitasi sosial dasar lanjut usia terlantar di dalam panti;
  - m. Rehabilitasi sosial dasar tuna sosial khususnya gelandangan dan pengemis di dalam panti;
  - n. Perlindungan dan jaminan sosial pada saat dan setelah tanggap darurat bencana bagi korban bencana daerah provinsi.
- (2) Jenis Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 untuk daerah kabupaten/kota terdiri atas:

- a. Pendidikan anak usia dini;
- b. Pendidikan dasar;
- c. Pendidikan kesetaraan;
- d. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
- e. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- f. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- g. Pelayanan kesehatan balita;
- h. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- i. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- j. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- k. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- l. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- m. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- n. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis;
- o. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*);
- p. Pemenuhan kebutuhan pokok air minum sehari-hari;

- q. Penyediaan pelayanan pengolahan air limbah domestik;
- r. Penyediaan dan rehabilitasi rumah yang layak huni bagi korban bencana daerah kabupaten/kota;
- s. Fasilitasi penyediaan rumah yang layak huni bagi masyarakat yang terkena relokasi program Pemerintah Daerah kabupaten/kota;
- t. Pelayanan ketenteraman dan ketertiban umum;
- u. Pelayanan informasi rawan bencana;
- v. Pelayanan pencegahan dan kesiapsiagaan terhadap bencana;
- w. Pelayanan penyelamatan dan evakuasi korban bencana;
- x. Pelayanan penyelamatan dan evakuasi korban kebakaran;
- y. Rehabilitasi sosial dasar penyandang disabilitas terlantar di luar panti;
- z. Rehabilitasi sosial dasar anak terlantar di luar panti;
- aa. Rehabilitasi sosial dasar lanjut usia terlantar di luar panti;
- bb. Rehabilitasi sosial dasar tuna sosial khususnya gelandangan dan pengemis di luar panti; dan



cc. Perlindungan dan jaminan sosial pada saat dan setelah tanggap darurat bencana bagi korban bencana daerah kabupaten/kota.

(3) Ketentuan mengenai Mutu Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sesuai dengan Standar Teknis yang diatur oleh menteri teknis yang menyelenggarakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar setelah berkoordinasi dengan Menteri melalui Direktur Jenderal Bina Pembangunan Daerah.

#### Pasal 4

Penerapan SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) dilakukan dengan tahapan:

- a. Pengumpulan data;
- b. Penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar;
- c. Penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar; dan
- d. Pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.

6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan merubah prinsip cara kerja pembangunan kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Pertimbangan dalam Peraturan Menteri tersebut menyebutkan bahwa urusan pemerintahan yang dibagi habis antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota, dalam pasal-pasal nya menyatakan bahwa SPM ditujukan bagi kabupaten/kota sebagai penyelenggara atau penyedia layanan serta fokus pada dua belas pelayanan kesehatan dasar, yang kemudian disebut SPM Bidang Kesehatan dengan dua belas pernyataan standar yang setiap tahun ditargetkan harus dicapai 100%.

Selanjutnya, dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dinyatakan bahwa konsep SPM berubah dari Kinerja Program Kementerian menjadi Kinerja Pemda yang memiliki konsekuensi *reward* dan *punishment*, sehingga Pemda diharapkan untuk memastikan tersedianya sumber daya (sarana, prasarana, alat, tenaga dan uang/biaya) yang cukup agar proses penerapan SPM berjalan adekuat. SPM merupakan ketentuan mengenai jenis

dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Setiap warga negara sesuai dengan kodratnya berkewajiban untuk memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan memanfaatkan seluruh potensi manusiawi yang dimilikinya. Sebaliknya Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah berkewajiban menjamin agar setiap warga negara dapat menggunakan haknya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya tanpa hambatan atau halangan dari pihak manapun.

Kemudian dalam Pasal 2 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dinyatakan bahwa SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :

- a. Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar;
- b. Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar;
- c. Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;

- d. Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
- e. Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
- f. Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
- g. Setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar;
- h. Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
- i. Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
- j. Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar;
- k. Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar; dan
- l. Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar.

Seluruh elemen bekerja sama untuk mencapai target-target SPM Bidang Kesehatan, termasuk pemenuhan sumber daya manusia, terutama di tingkat Puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target SPM.

SPM Bidang Kesehatan dalam RPJMD dan Renstra SKPD Kesehatan dijabarkan untuk menyesuaikan dengan capaian-capaian target *output* kegiatan, target *outcome* program dan target tujuan, serta sasaran utama (*goal*). Tempatnya adalah target *output* kegiatan, baik pada RPJMD maupun Renstra SKPD, yaitu pencapaian kinerja kesehatan berupa peningkatan status pelayanan kesehatan yang didasarkan pada pencapaian target SPM sebagaimana yang disebut dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku sejak tanggal 31 Januari 2019.

SPM Bidang 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 SPM Bidang Kesehatan. Perbedaan SPM yang lalu dengan yang sekarang terletak pada pencapaian target-target lebih diarahkan kepada kinerja Pemerintah Daerah, menjadi penilaian kinerja daerah dalam memberikan pelayanan dasar kepada warga negara.

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

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.

Selanjutnya jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri atas:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

- a. Pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama periode kehamilan (K4) 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); dan
- b. Pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T, meliputi:
  - 1) Pengukuran berat badan;
  - 2) Pengukuran tekanan darah;
  - 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
  - 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);

- 5) Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ);
- 6) Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi;
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet;
- 8) Tes Laboratorium;
- 9) Tata laksana/penanganan kasus; dan
- 10) Temu wicara (konseling);

## 2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

- a. Pelayanan persalinan sesuai standar adalah persalinan yang dilakukan oleh Dokter/Dokter Spesialis Kebidanan dan kandungan atau Bidan atau Perawat yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan Pemerintah maupun Swasta yang memiliki Surat Tanda Register (STR), baik persalinan normal dan/atau persalinan komplikasi; dan
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta, 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); dan
  - b. Pelayanan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Bidan Praktek 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; dan
- b. Pelayanan kesehatan, meliputi penimbangan minimal 8 kali setahun, pengukuran panjang/tinggi badan minimal 2 kali setahun, pemberian kapsul vitamin A 2 kali setahun, 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; dan
- 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; dan
- 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 sebagai berikut.

- 1) Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun diberikan sesuai kewenangannya oleh Dokter, Bidan, Perawat, Nutrisisionis/Tenaga Gizi, Petugas Pelaksana Posbindu PTM terlatih;
- 2) Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun dilakukan di Puskesmas dan Jaringannya (Posbindu PTM) serta fasilitas

- elayanan kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan pemerintah daerah; dan
- 3) Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun minimal dilakukan satu tahun sekali.
- b. Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun meliputi:
- 1) Deteksi kemungkinan obesitas dilakukan dengan memeriksa tinggi badan dan berat badan serta lingkar perut;
  - 2) Deteksi hipertensi dengan memeriksa tekanan darah sebagai pencegahan primer;
  - 3) Deteksi kemungkinan diabetes melitus menggunakan tes cepat gula darah;
  - 4) Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku;
  - 5) Pemeriksaan ketajaman penglihatan;
  - 6) Pemeriksaan ketajaman pendengaran;
  - 7) Deteksi dini kanker dilakukan melalui pemeriksaan payudara klinis dan pemeriksaan IVA khusus untuk wanita usia 30–59 tahun; dan
  - 8) 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 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; dan
  - 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; dan
  - f. Pengunjung yang ditemukan menderita penyakit wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menanganinya.
8. Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi
- a. Sasarannya 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; dan

d. Standar pelayanan kesehatan penderita hipertensi, yaitu sebagai berikut:

- 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, aktivitas fisik, dan pengelolaan farmakologis;
- 4) Pelayanan kesehatan berstandar ini dilakukan untuk mempertahankan tekanan darah pada  $>140/90$  mmHg untuk usia di bawah 60 tahun dan  $<150/90$  mmHg untuk penderita 60 tahun ke atas dan untuk mencegah terjadinya komplikasi jantung, stroke, diabetes mellitus dan penyakit ginjal kronis; dan
- 5) Selama menjalani pelayanan kesehatan sesuai standar, apabila 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 (DM)

- 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, serta 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 Dokter/DLP, Perawat, dan/atau Nutrisionis/Tenaga Gizi;
- e. Pelayanan kesehatan diberikan kepada penyandang DM di FKTP sesuai standar meliputi empat pilar penatalaksanaan, yaitu edukasi, aktivitas fisik, terapi nutrisi medis, dan intervensi farmakologis;



- f. Setiap penyandang DM yang mendapatkan pelayanan sesuai standar, termasuk pemeriksaan HbA1C; dan
- g. Bagi penyandang DM yang belum menjadi peserta JKN diwajibkan menjadi peserta JKN.

10. Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat

- 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 di 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.

Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberkulosis (TB)

- 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; dan
  - 2) Pemeriksaan pemantauan kemajuan pengobatan pada akhir pengobatan intensif di bulan ke-5 dan akhir pengobatan. Pengobatan dengan menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dengan panduan OAT standar.

- c. Gejala Utama TB adalah batuk selama dua minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, berkeringat malam hari tanpa aktivitas 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; dan
- 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).

#### 11. 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; dan

- b. Pelayanan kesehatan, meliputi upaya pencegahan pada orang yang memiliki risiko terinfeksi HIV dan pemeriksaan HIV ditawarkan secara aktif oleh petugas kesehatan bagi orang yang berisiko dimulai dengan:
- 1) Pemberian informasi terkait HIV/AIDS;
  - 2) Pemeriksaan HIV menggunakan tes cepat HIV dengan menggunakan alat tes sesuai standar nasional yang telah ditetapkan;
  - 3) Orang dengan hasil pemeriksaan HIV positif harus dirujuk ke fasilitas yang mampu menangani untuk mendapatkan pengobatan ARV dan konseling tentang HIV/AIDS bagi orang dengan HIV (ODHA) dan pasangannya; dan

- 4) Orang dengan infeksi menular seksual (IMS), waria/transgender, pengguna NAPZA, dan warga binaan lembaga permasyarakatan dengan hasil pemeriksaan HIV negatif harus dilakukan pemeriksaan ulang minimal setelah tiga bulan, enam bulan, dan dua belas bulan dari pemeriksaan yang pertama.

Dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan 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 tentang Pemerintahan Daerah 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 DAK.

#### **2.2.2.3. Ruang Lingkup Standar Pelayanan Minimal**

Standar pelayanan minimal terbatas pada pengertian mengenai pelayanan dasar yang harus disediakan oleh pemerintah daerah, dalam hal ini seluruh pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota yang berada dalam wilayah Indonesia. Jenis pelayanan dan indikator yang menjadi ukuran serta target pemenuhan ditentukan oleh pemerintah melalui sektor terkait, salah satu tujuan pengaturan standar pelayanan minimal ini adalah terjaminnya pelayanan dasar yang menjadi hak setiap warga negara yang berada di Indonesia, dan harus dipenuhi oleh pemerintah. Pengertian di atas berbeda

dengan pengertian standar pelayanan yang terkait langsung dengan ‘tata cara’ atau ‘prosedur’ pelayanan kepada masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Ruang lingkup standar pelayanan dalam Undang-Undang Pelayanan Publik terbatas pada standar pelayanan dalam rangka penyediaan barang publik dan jasa publik, serta pelayanan administratif. Ruang lingkup tersebut 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. Jadi, standar pelayanan yang dimaksud adalah standar pelayanan yang dilakukan oleh penyedia layanan dalam rangka menyediakan kebutuhan masyarakat.

Sedangkan standar pelayanan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pengertian tersebut lebih menekankan pada aspek jenis dan mutu pelayanan dasar bukan kepada ‘tata cara melayani’ masyarakat pengguna

layanan, sehingga acuan efektivitasnya adalah bagaimana pemerintah daerah dapat menentukan jenis dan mutu pelayanan dasar yang hendak diberikan kepada warganya berdasarkan ketentuan dalam peraturan menteri/lembaga pemerintah nonkementerian agar target yang ditetapkan dapat dipenuhi sesuai waktu yang ditentukan, bukan pada tingkat kepuasan pelayanan seperti yang biasa diukur pada standar pelayanan yang lain.

Perbedaan SPM yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dengan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal adalah sebagai berikut.

**Tabel 2.1. Perbandingan Standar Pelayanan**

UU Nomor 25 Tahun 2009	PP Nomor 2 Tahun 2018
<p>Organisasi penyelenggara: SPM ditetapkan dan diselenggarakan oleh satuan kerja penyelenggara pelayanan publik yang berada di lingkungan institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan</p>	<p>Organisasi penyelenggara: 1. SPM ditetapkan oleh kementerian dan lembaga yang mempunyai hubungan dengan urusan pemerintahan wajib di provinsi/kabupaten/kota; 2. SPM diselenggarakan oleh pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota</p>



UU Nomor 25 Tahun 2009	PP Nomor 2 Tahun 2018
<p>pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.</p>	<p>berdasarkan peraturan menteri/lembaga pemerintah nonkementerian terkait.</p>
<p>Ruang lingkup: Ruang lingkup pelayanan publik meliputi pelayanan barang publik dan jasa publik serta pelayanan administratif yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.</p>	<p>Ruang lingkup: Jenis pelayanan publik yang berkaitan dengan urusan pemerintahan wajib provinsi/kabupaten/kota.</p>

Berdasarkan tabel 2.1. di atas, maka dapat dikatakan bahwa standar pelayanan yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik lebih bersifat teknis, sehingga dapat digunakan untuk mencapai target pemenuhan mutu dari jenis pelayanan dasar sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal. Dengan kata lain, SPM dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik digunakan untuk mencapai target SPM pada Peraturan

Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.

### **2.2.3. Standar Pelayanan Minimal Bidang 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 lagi penerapannya di daerah. Setiap Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menyelenggarakan Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan. Berdasarkan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, terdapat dua belas jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota yang terdiri atas 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*).

#### **2.2.4. Kesejahteraan Masyarakat**

Kesejahteraan sosial dapat didefinisikan sebagai suatu kondisi kehidupan individu dan masyarakat yang sesuai dengan standar kelayakan hidup yang dipersepsi masyarakat (Swasono, 2004).

Menurut Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, 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.

Terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, peran serta masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah merupakan tujuan pemerintahan daerah. Sebagai bagian dari Pemerintah, Pemerintahan Daerah bertanggung jawab meningkatkan pelayanan publik berdasar indikator-indikator dalam Standar Pelayanan Minimal pada urusan-urusan wajib pemerintah daerah yang terkait dengan kebutuhan dasar masyarakat (Syafingi, 2017).

##### **2.2.4.1. Negara Kesejahteraan**

Gagasan tentang negara kesejahteraan (*welfare state*) bukanlah suatu gagasan yang baru. Ide tentang negara kesejahteraan (*welfare state*) sudah lahir sejak

sekitar abad ke-18. Menurut Bessant, Watts, Dalton dan Smith (2006), ide dasar negara kesejahteraan beranjak dari abad ke-18 ketika Jeremy Bentham mempromosikan gagasan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menjamin *the greatest happiness of the greatest number of their citizens*. Bentham menggunakan istilah '*utility*' (kegunaan) untuk menjelaskan konsep kebahagiaan atau kesejahteraan. Berdasarkan prinsip utilitarianisme yang ia kembangkan, Bentham berpendapat bahwa sesuatu yang dapat menimbulkan kebahagiaan ekstra adalah sesuatu yang baik. Sebaliknya, sesuatu yang menimbulkan sakit adalah buruk. Menurutnya, aksi-aksi pemerintah harus selalu diarahkan untuk meningkatkan kebahagiaan sebanyak mungkin orang. Gagasan Bentham mengenai reformasi hukum, peranan konstitusi dan penelitian sosial bagi pengembangan kebijakan sosial (Sukmana, 2016).

Sementara pada tahun 1850-an di Prusia, konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) dirintis oleh Otto Von Bismarck (Triwibowo, 2006). Gagasan tentang negara kesejahteraan (*welfare state*) di masa lalu Eropa dan Amerika, sempat berbenturan dengan konsepsi negara liberal kapitalistik. Namun ternyata benturan kedua gagasan besar tersebut telah menghasilkan negara-

negara makmur, terutama di Eropa Barat dan Amerika Utara, dimana rakyatnya hidup dengan sejahtera. Rakyat di negara-negara tersebut bisa menikmati pelayanan dari negara di bidang kesehatan dan jaminan hari tua dengan program asuransi kesehatan dan pensiun, sekolah gratis, dan sebagainya. Di Jerman, misalnya, warga negara mendapatkan jaminan sekolah gratis hingga tingkat universitas, memperoleh jaminan penghidupan yang layak dari sisi pendapatan dan standar hidup, mendapatkan pelayanan sistem transportasi yang murah dan efisien, dan orang yang menganggur menjadi tanggungan negara. Semua layanan negara tersebut sebenarnya dibiayai sendiri oleh masyarakatnya yang telah menjadi semakin makmur melalui sistem asuransi dan perpajakan, dengan orientasi utamanya peningkatan kualitas sumber daya manusia dari warga negaranya (*human investment*). Sementara, Husodo menyatakan bahwa negara kesejahteraan (*welfare state*) secara singkat didefinisikan sebagai suatu negara dimana pemerintahan negara dianggap bertanggung jawab dalam menjamin standar kesejahteraan hidup minimum bagi setiap warga negaranya.

Menurut Esping-Anderson dalam (Triwibowo, 2006), negara kesejahteraan pada dasarnya mengacu pada

peran negara yang aktif dalam mengelola dan mengorganisasi perekonomian yang di dalamnya mencakup tanggung jawab negara untuk menjamin ketersediaan pelayanan kesejahteraan dasar dalam tingkat tertentu bagi warga negaranya. Secara umum suatu negara bisa digolongkan sebagai negara kesejahteraan jika mempunyai empat pilar utamanya, yaitu: (1) *social citizenship*; (2) *full democracy*; (3) *modern industrial relation systems*; dan (4) *rights to education and the expansion of modern mass educations systems*. Keempat pilar ini dimungkinkan dalam negara kesejahteraan karena negara memperlakukan penerapan kebijakan sosial sebagai penganugerahan hak-hak sosial (*the granting of social rights*) kepada warganya. Hak-hak sosial tersebut mendapat jaminan seperti layaknya hak atas properti, tidak dapat dilanggar (*inviolable*), serta diberikan berdasar basis kewargaan (*citizenship*) dan bukan atas dasar kinerja atau kelas.

Selanjutnya, Budiardjo (2008) menyatakan bahwa terlepas dari ideologinya, setiap negara menyelenggarakan beberapa minimum fungsi yang mutlak perlu, yaitu: (1) melaksanakan penertiban (*law and order*) untuk mencapai tujuan bersama dan mencegah bentrokan-bentrokan dalam masyarakat, negara harus

melaksanakan penertiban, dapat dikatakan bahwa negara bertindak sebagai stabilisator; (2) mengusahakan kesejahteraan dan kemakmuran rakyatnya. Dewasa ini fungsi ini sangat penting terutama bagi negara-negara baru; (3) pertahanan. Hal ini diperlukan untuk menjaga kemungkinan serangan dari luar. Untuk itu negara dilengkapi dengan alat-alat pertahanan; dan (4) menegakkan keadilan. Hal ini dilaksanakan melalui badan-badan peradilan. Sedangkan menurut Charles E. Merriam dalam (Budiardjo, 2008), menyebutkan lima fungsi negara, yaitu: keamanan ekstern, ketertiban intern, keadilan, kesejahteraan umum, dan kebebasan.

Ide dasar konsep negara kesejahteraan berangkat dari upaya negara untuk mengelola semua sumber daya yang ada demi mencapai salah satu tujuan negara yaitu meningkatkan kesejahteraan rakyatnya. Cita-cita ideal ini kemudian diterjemahkan dalam sebuah kebijakan yang telah dikonsultasikan kepada publik sebelumnya dan kemudian dapat dilihat apakah sebuah negara benar-benar mewujudkan kesejahteraan warga negaranya atau tidak. Masalah kemiskinan dan kesehatan masyarakat merupakan sebagian dari banyak masalah yang harus segera direspons oleh pemerintah dalam penyusunan kebijakan kesejahteraan (Sukmana, 2016).

Menurut Goodin dalam (Simarmata, 2008), negara kesejahteraan sering diasosiasikan dengan proses distribusi sumber daya yang ada kepada publik, baik secara tunai maupun dalam bentuk tertentu (*cash benefits or benefits in kind*).

#### **2.2.4.2. Indikator Kesejahteraan**

Menurut Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, 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. Berdasarkan ketentuan undang-undang tersebut, dapat dicermati bahwa ukuran tingkat kesejahteraan dapat dinilai dari kemampuan individu atau kelompok dalam usahanya memenuhi kebutuhan material dan spiritualnya. Kebutuhan material dapat dihubungkan dengan pendapatan yang nanti akan mewujudkan kebutuhan pangan, sandang, papan dan kesehatan. Kemudian kebutuhan spiritual dapat dihubungkan dengan pendidikan, keamanan dan ketenteraman hidup.

Mengukur tingkat kesejahteraan suatu bangsa dapat dilihat dari Indeks Pembangunan Sumber Daya Manusia (*Human Development Index*), yaitu suatu indikator komposit yang terdiri dari derajat kesehatan, tingkat



pendidikan dan kemampuan ekonomi keluarga. Indikator yang dipakai di bidang kesehatan adalah angka harapan hidup sedangkan untuk pendidikan adalah angka membaca pada orang dewasa yang dikombinasikan dengan angka masuk Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Sekolah Menengah Atas (SMA), serta untuk kemampuan ekonomi dipakai Produk Domestik Bruto (PDB) (Rebecca, 2007).

Memahami konsep kesejahteraan tidak hanya dilihat dari sisi absolut (kesejahteraan ekonomi) semata. Bervariasinya konsep kesejahteraan di masyarakat dapat berarti bahwa kesejahteraan memiliki pemahaman yang bersifat relatif. Konsep kesejahteraan tidak dapat dipisahkan dari kualitas hidup masyarakat, dimana kualitas hidup masyarakat dapat dipengaruhi oleh kondisi sosial politik maupun ekonomi masyarakat tersebut. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pengertian ukuran kesejahteraan awalnya hanya diukur melalui aspek fisik dan *income*, namun seiring dengan berkembangnya zaman, saat ini kesejahteraan diukur melalui beberapa indikator, seperti kesehatan, pendidikan dan sosial ekonominya (Widyastuti, 2012).

Indikator kesejahteraan masyarakat menurut publikasi BPS, menyarankan delapan komponen untuk

mengukur tingkat kesejahteraan, yaitu kependudukan (*population*), kesehatan (*health and nutrition*), pendidikan (*education*), ketenagakerjaan (*employment*), taraf dan pola konsumsi (*consumption level and patterns*), perumahan dan lingkungan (*housing and environment*), kemiskinan (*poverty*), serta sosial lainnya (*other social concerns*).

### **2.3. Landasan Konseptual**

Berdasarkan kerangka teori tersebut di atas, maka peneliti menyusun kerangka konseptual. Teori implementasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah Teori George C. Edward III yang menyatakan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi/Komitmen, dan Struktur Birokrasi. Peneliti menganalisis dan mengimplementasikan Teori George C. Edward III dengan Pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau.

Konsep kesehatan dalam penelitian ini bahwa kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia dan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupan secara layak, sehingga kesehatan merupakan bagian penting dari kesejahteraan masyarakat. Kesehatan dalam pelayanan publik, yakni berupa pelayanan jasa yang menyediakan barang-barang dan jasa kesehatan. Namun dalam pemenuhannya tidak dapat dilakukan secara individu, karena karakteristik dari barang dan jasa kesehatan tidak dapat diusahakan/diproduksi secara langsung oleh masing-masing warga negara, melainkan harus ada campur tangan dari pemerintah. Kondisi kemampuan

sumber daya Pemerintah Daerah di Indonesia tidak sama dalam hal pemenuhan barang dan jasa, pelaksanaannya diatur dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Penelitian ini berkonsep pada SPM Bidang Kesehatan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Selain itu karena fokus penelitian daerahnya lingkup Kabupaten Berau sebagai penyelenggara atau penyedia layanan, peneliti hanya meneliti pada 12 (dua belas) indikator jenis dan mutu capaian Kinerja SPM bidang Kesehatan yang harus terpenuhi 100% (seratus persen) setiap tahunnya, meliputi :

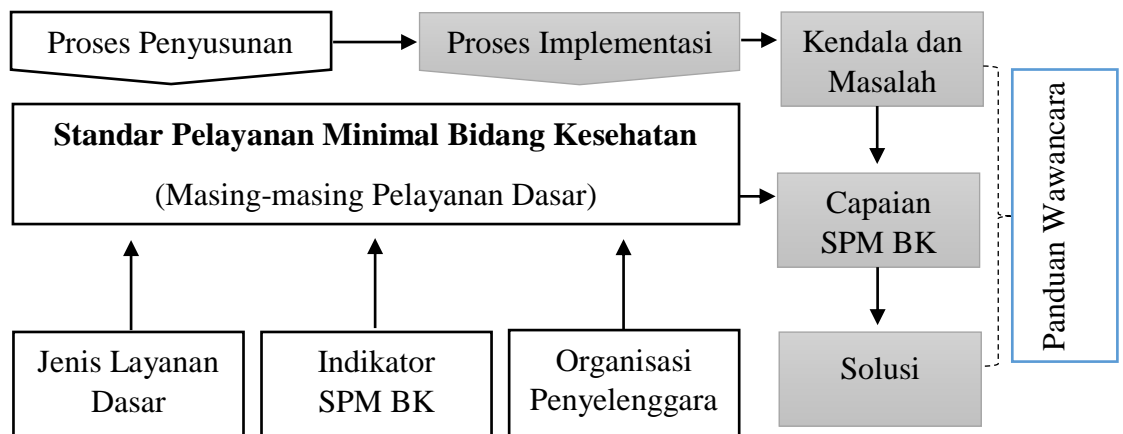
1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil;
2. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin;
3. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir;
4. Pelayanan Kesehatan Balita;
5. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar;
6. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif;
7. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut;
8. Pelayanan Kesehatan 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*).

Selanjutnya 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 di Indonesia dapat menjadi acuan Pemerintah Daerah, yakni dengan memasukkan informasi mengenai angka kelahiran dan kematian per tahun diharapkan akan mencerminkan rata-rata lama hidup sekaligus hidup sehat masyarakat.

#### 2.4. Kerangka Berfikir

Desain dari penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut.

**Gambar 2.2. Kerangka Berfikir**



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian hukum adalah suatu proses untuk menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun doktrin-doktrin hukum guna menjawab isu hukum yang dihadapi (Marzuki, 2011). Metode penelitian hukum merupakan suatu cara yang sistematis dalam melakukan sebuah penelitian (Muhammad, 2004). Penelitian hukum merupakan suatu kegiatan ilmiah, yang didasarkan pada metode, sistematika dan pemikiran tertentu, yang bertujuan untuk mempelajari satu atau beberapa gejala hukum tertentu, dengan jalan menganalisisnya (Soekanto, 2012). Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian hukum empiris. Penelitian hukum empiris (*empirical legal research*), dalam bahasa Belanda disebut dengan istilah *empirisch juridisch onderzoek* (Salim, 2013). Dalam penelitian hukum empiris yang hendak ditemukan adalah teori atau hubungan antar variabel diperlukan data, baik data primer atau data sekunder.

Berdasarkan ketentuan Pasal 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan harus 100% (seratus persen). Kenyataannya berdasarkan Laporan Penerapan Standar Pelayanan

Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2020-2021, capaian kinerja Pemerintah Daerah dalam pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM Bidang Kesehatan belum memenuhi target 100% (seratus persen). Dalam hal ini peneliti ingin mengetahui implementasi kebijakan penerapan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020-2021 dan penyelesaian faktor penghambat dalam penerapan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020-2021. Oleh sebab itu diperlukan data untuk mengetahui jawaban dari permasalahan tersebut. Jawaban dari subjek penelitian, yakni Lamlay Sarie, S.Si., Apt., M.Sc.. selaku Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Berau merupakan data. Data dapat diverifikasi secara empiris.

### **3.2. Pendekatan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif menggunakan pendekatan kasus (*case approach*). Penelitian kualitatif bertujuan untuk mengeksplorasi informasi dan fenomena yang terjadi dalam penelitian, pada informan penelitian dan pada lokasi penelitian (Creswell, 2012). Pendekatan kasus (*case approach*) digunakan untuk mendeskripsikan penelitian ini dengan merujuk pada target SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau yang belum terpenuhi 100% dalam dua belas indikator setiap tahunnya.

### **3.3. Fokus Penelitian**

Fokus penelitian ini dimaksudkan untuk membatasi studi kualitatif sekaligus membatasi penelitian guna memilih mana data yang relevan dan mana yang tidak relevan (Moleong, 2010). Pembatasan penelitian kualitatif ini didasarkan pada tingkat kepentingan atau urgensi masalah dalam penelitian. Penelitian ini difokuskan pada pemenuhan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020-2021 sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

### **3.4. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian adalah tempat dimana peneliti melakukan penelitian, terutama dalam menangkap fenomena atau peristiwa yang sebenarnya terjadi dari objek yang diteliti dalam rangka mendapatkan data-data penelitian yang akurat. Dalam penentuan lokasi penelitian, cara yang terbaik ditempuh dengan jalan mempertimbangkan teori substantif dan menjajaki lapangan, sementara keterbatasan geografis dan praktis, seperti waktu, biaya, dan tenaga perlu juga dijadikan pertimbangan dalam penentuan lokasi penelitian (Moleong, 2010).

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Berau Provinsi Kalimantan Timur, alasan peneliti memilih lokasi penelitian di Kabupaten Berau Provinsi Kalimantan Timur karena kesehatan menyangkut hajat hidup orang banyak, serta pelayanan dan aspek kesehatan di wilayah Kabupaten

Berau Provinsi Kalimantan Timur belum terlaksana secara optimal sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut.

### **3.5. Sumber Data**

Penelitian ini membutuhkan informasi-informasi mendukung dan mendalam dengan tujuan untuk mengetahui Penerapan Kebijakan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020-2021 berdasarkan ketentuan-ketentuan yang tercantum dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal.

Secara umum jenis data yang diperlukan dalam suatu penelitian hukum terarah pada penelitian data primer dan data sekunder (Soemitro, 1990). Berdasarkan jenis dan pendekatan penelitian yang digunakan, maka data yang digunakan adalah data primer sebagai data utama dan data sekunder sebagai data pendukung. Data primer yang digunakan berupa wawancara di Dinas Kesehatan Kabupaten Berau Provinsi Kalimantan Timur. Sedangkan data sekunder yang digunakan berupa bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tersier (Marzuki, 2011), antara lain:

1. Bahan hukum primer, yaitu bahan hukum yang mempunyai kekuatan mengikat, terdiri dari:
  - a) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
  - b) Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
  - c) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;



- d) Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
  - e) Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
  - f) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
  - g) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan; dan
  - h) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
2. Bahan hukum sekunder, yaitu berupa buku-buku teks mengenai permasalahan hukum, seperti skripsi, tesis ataupun disertasi.
  3. Bahan hukum tersier, yaitu hal-hal yang memberikan dampak petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder, seperti jurnal, artikel, dan lainnya.

### **3.6. Teknik Pengumpulan Data**

Kualitas instrumen penelitian berkenaan dengan validitas dan reliabilitas instrumen dan kualitas pengumpulan data berkenaan ketepatan cara-cara yang digunakan untuk mengumpulkan data, oleh sebab itu dalam penelitian ini tidak hanya menggunakan satu teknik pengumpulan data saja (Sugiyono, 2006). Metode pengambilan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan sumber data primer dan sumber data sekunder. Teknik pengambilan data menggunakan sumber data primer merupakan

teknik pengambilan data yang diperoleh dari subjek penelitian secara langsung. Kemudian metode pengambilan data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Wawancara merupakan salah satu metode pengumpulan data dengan jalan komunikasi, yaitu melalui kontak atau hubungan pribadi antara pengumpul data (pewawancara) dengan sumber data. Wawancara adalah suatu bentuk komunikasi verbal, jadi semacam percakapan yang bertujuan memperoleh informasi (Nasution, 2000). Peneliti melakukan wawancara terhadap subjek penelitian dengan menggunakan panduan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan direkam menggunakan alat perekam, pencatatan menggunakan alat tulis serta dokumentasi menggunakan kamera digital. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara terhadap subjek penelitian, yakni Lamlay Sarie, S.Si., Apt., M.Sc.. selaku Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Berau guna memperoleh gambaran mengenai pokok permasalahan yang dihadapi.
2. Studi dokumen/telaah dokumen yang telah tersedia, antara lain Laporan Penerapan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020, Laporan Penerapan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2021, Profil Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020, Renja Dinas Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020, Renja Dinas Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2021, Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2016-2021, Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKJ-IP) Dinas

Kesehatan Kabupaten Berau Tahun Anggaran 2020, dan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKJ-IP) Dinas Kesehatan Kabupaten Berau Tahun Anggaran 2021.

Pengumpulan data dilakukan tidak hanya melalui wawancara tetapi juga melalui telaah dokumen yang mendukung penelitian ini.

### **3.7. Teknik Analisis Data**

Proses analisis dan pengumpulan data pada penelitian kualitatif merupakan bagian dari *emergent design* (desain yang muncul) dan *ongoing analysis* (dilakukan secara bersamaan) sehingga dibutuhkan prosedur khusus dan terstruktur. Menurut Creswell (2015) ada beberapa langkah analisis dan penyajian data sebagai berikut:

1. Mengelola dan mempersiapkan data yang sudah diperoleh di lapangan untuk dianalisis. Dilakukan dengan mempersiapkan hasil rekaman wawancara mendalam menjadi transkrip dan memilah data dari sumber informan.
2. Membaca keseluruhan data, langkah yang dilakukan, yaitu membangun gagasan umum dari semua informasi yang diperoleh dan dilengkapi dengan catatan-catatan penting pada saat wawancara.
3. Menginterpretasikan hasil penelitian kemudian menarik kesimpulan yang didukung dengan bukti pada saat pengambilan data.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan, penulis memperoleh kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian mengenai Pelaksanaan Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Tahun 2020-2021 dalam mewujudkan Kesejahteraan Masyarakat, sebagai berikut :

Alasan Kinerja Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020-2021 dengan 12 indikator belum dapat terpenuhi 100% setiap tahunnya, karena kurangnya disposisi/wujud komitmen dari Pelaksana Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, kurangnya sumber daya (sumber daya manusia dan sumber daya fasilitas), dan struktur birokrasi yang belum efektif. Konsep kesejahteraan dalam penelitian ini diukur dari Indikator Angka Harapan Hidup. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Timur, Angka Harapan Hidup Kabupaten Berau dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2016, yaitu 71,37 tahun; 71,44 tahun pada tahun 2017, tahun 2018 sebesar 71,68 tahun, dan pada tahun 2019 mengalami peningkatan kembali menjadi 71,94 tahun, dan pada tahun 2020 sebesar 72,06 tahun.

Penyelesaian faktor penghambat dalam penerapan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Berau Tahun 2020-2021, yakni menjalin kerja sama dengan pihak promosi kesehatan tentang keunggulan Pelayanan Ibu Hamil di Puskesmas; peningkatan kesiapan fasilitas kesehatan, baik Puskesmas Induk maupun Puskesmas Pembantu dalam

kesiapan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan yang sesuai standar Pelayanan Kesehatan Pada Ibu Bersalin; monitoring dan evaluasi tenaga kesehatan yang telah mengikuti pelatihan; menjalin kerja sama dengan pemegang Program Imunisasi dan Gizi Puskesmas; koordinasi dengan pihak lintas sektor terkait pelaksanaan Penjaringan Kesehatan Pada Usia Sekolah Pendidikan Dasar; pelatihan untuk seluruh tenaga kesehatan terkait pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia; mengintruksikan kepada seluruh pemegang Program Penyakit Tidak Menular untuk melaksanakan Posbindu ke perkantoran dan tempat ibadah; menganjurkan Puskesmas untuk melaksanakan skrining kesehatan jiwa kepada masyarakat dan ke berbagai sekolah; dan koordinasi dengan pihak Puskesmas agar seluruh pasien Tuberkulosis dilakukan investigasi kontak.

## **5.2. Saran**

1. Perlunya peningkatan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia.
2. Diharapkan pada tahun 2022 Dinas Kesehatan telah menerapkan SPM *Coasting* dengan baik, sehingga penghitungan pembiayaan dan *open data* anggaran menjadi lebih spesifik dan efisien.
3. Diharapkan ke depannya seluruh Puskesmas di Kabupaten Berau memiliki Ruang Rawat Inap dan Poli Lansia.

## DAFTAR PUSTAKA

### a. Buku

- Agustino, Leo. (2006). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Budiardjo, M. (2008). *Dasar-Dasar Ilmu Politik (Edisi Revisi)*. Jakarta: Gramedia.
- Creswell, J. W. (2012). *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. 3 ed. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- \_\_\_\_\_ (2015). *Penelitian Kualitatif & Desain Riset: Memilih Di Antara Lima Pendekatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dunn, W. N. (2000). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik (terjemahan)*. 2 ed. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Edward, G. C. (1980). *Implementing Public Policy*. Washington: Quarterly Press.
- Insani, I. (2010). *"Kebijakan Standar Pelayanan Minimal di Indonesia" dalam Bunga Rampai Administrasi Publik: Dimensi Pelayanan Publik dan Tantangannya dalam Administrasi Negara (Publik) di Indonesia*. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara.
- Kay, A. (2006). *The Dynamics of Public Policy: Theory and Evidence*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Marzuki, P. M. (2011). *Penelitian Hukum*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Moleong, L. J. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Muhammad (2014). *Metode Penelitian Bahasa*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.

- Muhammad, A. (2004). *Hukum dan Penelitian Hukum*. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti.
- Nasution, S. (2000). *Metode Research*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Purwanto, E. A. dan Sulistyastuti (2012). *Implementasi Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta: Gava Media.
- Ratminto dan A. S. Winarsih (2016). *Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Salim dan E. S. Nurbani (2013). *Penerapan Teori Hukum Pada Penelitian Tesis dan Disertasi*. Jakarta: Radja Grafindo Persada.
- Simarmata, H. T. (2008). *Negara Kesejahteraan dan Globalisasi: Pengembangan Kebijakan dan Perbandingan Pengalaman*. Jakarta: PSIK Universitas Paramadina.
- Soekanto, S. (2012). *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: UI Press.
- Soemitro, R. H. (1990). *Metode Penelitian Hukum dan Jurimetri*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Solikhin, A. W. (2004). *Analisis Kebijaksanaan, dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sugiyono (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Swasono (2004). *Indonesia dan Doktrin Kesejahteraan Sosial: Dari Klasikal dan Neoklasikal Sampai ke the End of Laissez Faire*. Jakarta: Bappenas.
- Syahrudin (2018). *Implementasi Kebijakan Publik; Konsep, Teori dan Studi Kasus*. Bandung: Nusa Media.

Triwibowo, Darmawan dan S. Bahagijo (2006). *Mimpi Negara Kesejahteraan*. Jakarta: LP3ES.

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

Widodo, J. (2010). *Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Bayumedia.

Winarno, B. (2002). *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.

**b. Buku Terbitan Lembaga/Badan/Organisasi**

Badan Pusat Statistik. 2017. *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2017*. Badan Pusat Statistik. Jakarta.

**c. Jurnal**

Chalid (2014). Pengaruh Tingkat Kemiskinan, Tingkat Pembangunan, Upah Minimum Kabupaten/Kota dan Laju Pertumbuhan Ekonomi terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Provinsi Riau. *Jurnal Ekonomi Universitas Riau*.

Hendarwan, H., Rosita, dan O. Suriani (2015). Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. *Indonesian Journal of Health Ecology*, 14(4).

Khazin, M. (2010). Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. *Jurnal Studi Pemerintahan*, 1(1).



- Nugroho, M. dan A. Halik (2016). Penerapan Standar Pelayanan Publik pada Kelurahan di Wilayah Kota Kediri. *Jurnal Hasil Penelitian LPPM Untag Surabaya*, 1(2).
- Rebecca dan B. Murti (2007). Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dan Hipertensi pada Wanita di Kabupaten Sukoharjo.
- Rengga, A. (2012). Studi Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Dasar di Kota Magelang.
- Rifa'i, M., U. Madjid, dan Ismunarta (2016). Implementasi Kebijakan Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Garawangi Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Politik Pemerintahan*.
- Siriyei, I. dan R. D. Wulandari (2013). Faktor Determinan Rendahnya Pencapaian Cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Mojo Kota Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 1(3).
- Sukmana, O. (2016). Konsep dan Desain Negara Kesejahteraan (Welfare State). *Jurnal Sospol*, 2(1).
- Syafingi, H. M. (2017). Konstitusionalitas Standar Pelayanan Minimal. *Jurnal Hukum Novelty*, 8(2).
- Widyastuti, A. (2012). Analisis Hubungan Antara Produktivitas Pekerja dan Tingkat Pendidikan Pekerja terhadap Kesejahteraan Keluarga di Jawa Tengah Tahun 2009. *Economics Development Analysis Journal*, 1(1).