

SPM BIDANG KESEHATAN : KASUS KABUPATEN KULON PROGO

Agung Kurniawan

ABSTRACT

The Minimum Service Standard is a benchmark to measure (assess) the performance of the Local Governments in providing the basic services to the public as the obligatory function of the Local Governments. In addition to this standard, Local Governments in fact have been given autonomy to set up their own benchmark to measure the performance of the additional services, which they deliver to the public.

The Minimum Service Standards should be dynamic and should be reviewed and updated from time to time according to the change of the regional needs and capacities. The dynamic then is reflected in the improvement of the level of performance of the basic services delivered to the public (the minimum service targets), which will be achieved every year by the Local Governments.

The Minimum Service Standard is different from the Technical Standard. In health, for example, the Minimum Service Standard is defined as to provide immunization to 80% of the total children, while the technical standard will specify the number of doses of each antigen, e.g., BCG, OPV, DPT, Measles and Hepatitis, and the ages of the children who should be registered. The Concept of Minimum Service Standard in health for the Local Government of Kulon Progo in this article is defined as how to use funds obtained from various sources, both from central as well as local, to provide basic health services to the public.

Keywords: Minimum Service Standard; Health services

PENGANTAR

Dalam rangka mendorong penyelenggaraan desentralisasi sesuai UU No. 22/1999 tentang *Pemerintahan Daerah*, Pemprop DIY saat ini sedang mengupayakan agar penyelenggaraan kewenangan wajib dan penentuan

serta penggunaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat segera terwujud di seluruh kabupaten/kota di DIY. Kabupaten/kota di DIY menyambut baik hal itu, bahwa tanpa mengurangi arti serta pentingnya prakarsa dalam penyelenggaraan otonomi daerah dan untuk menghindarkan terjadinya

kekosongan penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, kabupaten/kota di DIY menunjukkan kesiapan melaksanakan kewenangan di bidang pemerintahan sebagaimana ditetapkan pada Pasal 11 ayat (2) UU No. 22/1999

Penyelenggaraan kewenangan wajib tersebut merupakan penyediaan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan SPM hanya untuk pelayanan-pelayanan publik yang bersifat dasar (*basic services*) sebagai tolok ukur yang ditentukan pemerintah. Namun demikian, sampai sekarang produk hukum penyelenggaraan kewenangan wajib dan SPM belum dikeluarkan oleh pemerintah, sehingga kabupaten/kota di DIY dalam menyusun Arah Kebijakan Umum (AKU) APBD Tahun Anggaran (TA) 2004 mendatang "memanfaatkan" SPM yang telah disampaikan oleh Departemen/LPND dan rumusan kebijakan SPM di tingkat Propinsi ditindaklanjuti oleh kabupaten/kota yang saat ini masih digodok formulasinya.

Sebagai implementasi desentralisasi bidang kesehatan, Pemkab Kulon Progo menyusun SPM bidang kesehatan dengan semangat bahwa pada dasarnya basis pelayanan kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat adalah tingkat kabupaten/kota. Tulisan ini berusaha mengkaji dari sisi yuridis dan konseptual, serta implementasi kebijakan SPM bidang kesehatan dengan lokus studi di Kabupaten Kulon Progo.

KERANGKA YURIDIS

SPM digunakan sebagai instrumen untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat. Kewenangan wajib daerah tersebut tidak lain kewenangan daerah yang penyelenggaraannya diwajibkan oleh pemerintah, sebagaimana diatur dalam pasal 11 ayat (2) UU No. 22 / 1999, sebagai berikut:

"Bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota meliputi pekerjaan umum, kesehatan, pendidikan dan kebudayaan, pertanian, perhubungan, industri dan perdagangan, penanaman modal, lingkungan hidup, pertanahan, koperasi dan tenaga kerja." Penjelasan pasal ini: "Tanpa mengurangi arti dan pentingnya prakarsa Daerah dalam penyelenggaraan otonominya, untuk menghindarkan terjadinya kekosongan penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, Daerah Kabupaten dan Daerah Kota wajib melaksanakan kewenangan dalam bidang tertentu menurut pasal ini, sesuai dengan kondisi Daerah masing-masing."

Ketentuan penyelenggaraan kewenangan wajib ditindaklanjuti dengan PP No. 25/2000 tentang *Kewenangan Pemerintah dan Propinsi sebagai Daerah Otonom*, menyebutkan:

- a. Pasal 2 ayat (4) huruf (b): "Penetapan pedoman untuk menentukan standar pelayanan minimal dalam bidang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota."

- b. Pasal 3 ayat (2) : "Pelaksanaan kewenangan wajib merupakan pelayanan minimal pada bidang-bidang sebagaimana dimaksud Pasal 11 ayat (2) UU No. 22/1999 tentang *Pemerintahan Daerah*, sesuai standar yang ditentukan Propinsi berdasarkan pedoman yang ditetapkan oleh Pemerintah."

Pembiayaan desentralisasi melalui DAU dan DAK, maupun sumber-sumber keuangan lainnya, dituangkan dalam APBD dengan prinsip anggaran kinerja (*cost of function*). Paling tidak terdapat dua catatan penting, yaitu bidang-bidang kewenangan wajib menjadi prioritas yang dibiayai dan APBD disusun dengan pendekatan kinerja bagi terpenuhinya SPM. Secara substansi dapat dilihat dalam PP No. 105/2000 tentang *Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah*, lebih lengkapnya:

- a. Pasal 8, "APBD disusun dengan pendekatan kinerja."
- b. Pasal 20 ayat (1), "APBD yang disusun dengan pendekatan kinerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 memuat : (a) Sasaran yang diharapkan menurut fungsi belanja. (b) Standar pelayanan yang diharapkan dan perkiraan biaya satuan komponen kegiatan yang bersangkutan. (c) Bagian pendapatan APBD yang membiayai belanja administrasi umum, belanja operasi dan pemeliharaan, dan belanja modal/pembangunan."
- c. Pasal 20 ayat (2), "Untuk mengukur kinerja keuangan Pemda

dikembangkan standar analisa belanja, tolok ukur kinerja dan standar biaya."

- d. Pasal 21 ayat (1), "Dalam rangka menyiapkan rancangan APBD, Pemda bersama-sama DPRD menyusun arah dan kebijakan umum APBD."
- e. Pasal 21 ayat (2), "Berdasarkan arah dan kebijakan umum APBD sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Pemda menyusun strategi dan prioritas APBD."
- f. Pasal 21 ayat (3), "Berdasarkan strategi dan prioritas APBD sebagaimana dimaksud ayat (2) dan dengan mempertimbangkan kondisi ekonomi dan keuangan Daerah, Pemda menyiapkan rancangan APBD."

Dengan dituangkan dalam APBD, konsekuensinya kinerja sebagai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program/kebijaksanaan harus dipertanggungjawabkan oleh Pemda kepada pihak yang memiliki hak atau kewenangan untuk meminta keterangan atau pertanggungjawaban, yaitu secara politis kepada DPRD dan administratif kepada pemerintah pusat, diatur dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. PP No. 108/2000 tentang *Tata Cara Pertanggungjawaban Kepala Daerah*, Pasal 5, "Pertanggungjawaban Akhir merupakan pertanggungjawaban pelaksanaan APBD dalam bentuk perhitungan APBD berikut penilaian kinerja berdasarkan tolok ukur Renstra."

- b. PP No. 20/2001 tentang *Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah*, Pasal 2 ayat (1), "Pemerintah melakukan pembinaan atas penyelenggaraan Pemerintahan Daerah." Pasal 7 ayat (1), "Pemerintah melakukan pembinaan pengawasan atas penyelenggaraan Pemerintahan Daerah."
- c. PP No. 56/2001 tentang *Pelaporan atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah*, Pasal 2 ayat (1), "Gubernur, Bupati dan Walikota wajib menyampaikan laporan atas penyelenggaraan Pemerintahan Daerah kepada Presiden melalui Menteri Dalam Negeri."

Pemkab Kulon Progo telah mengeluarkan SK Bupati No. 839/2000 tentang *Hasil Inventarisasi Kewenangan Kabupaten Kulon Progo*, mendapatkan pengakuan dari pemerintah melalui Kepres No. 05/2001 tentang *Pelaksanaan Pengakuan Kewenangan Kabupaten / Kota*, dan memperoleh verifikasi dalam Kepmendagri No. 130-67-2002, meskipun sampai sekarang pemerintah belum melakukan evaluasi terhadap hasil verifikasi tersebut. Daftar kewenangan Kabupaten Kulon Progo belum memilah kewenangan wajib dan tidak wajib, padahal pemilahan tersebut sangat penting untuk menentukan strategi prioritas pada setiap bidang pemerintahan yang harus dilaksanakan.

Implikasinya, Kepmendagri No. 29/2002 tentang *Pedoman Pengurusan Pertanggungjawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara*

Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Pelaksanaan Tata Usaha Keuangan Daerah dan Penyusunan Perhitungan APBD belum dilaksanakan secara optimal, khususnya penyusunan APBD TA 2003 dengan pendekatan prinsip anggaran kinerja, serta belum sepenuhnya mengakomodir kewenangan wajib dan SPM. Selain itu, produk hukum daftar kewenangan Kabupaten Kulon Progo masih SK Bupati, padahal pembentukan kelembagaan untuk mewadahi kewenangan berupa Perda, apalagi SPM meskipun belum ada kejelasan produk hukumnya, idealnya Perda sebagai komitmen politis dan yuridis penyelenggaraan pelayanan publik yang salahsatunya berimplikasi pembiayaan dan akuntabilitas kebijakan.

KERANGKA KONSEPTUAL

Kewenangan Daerah

Secara prinsip, UUD 1945 menganut dua nilai dasar, yaitu (a) nilai kesatuan dan (b) nilai otonomi. Nilai kesatuan memberikan indikasi bahwa Indonesia tidak mempunyai kesatuan pemerintah lain di dalamnya pada magnitude negara dimana pemerintah memegang kedaulatan negara. Dalam konteks itu, penyelenggaraan desentralisasi di Indonesia terkait erat dengan pola pembagian kekuasaan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, karena itu di dalam penyelenggaraan desentralisasi, selalu terdapat dua elemen penting, yakni (a) pembentukan daerah otonom dan (b) penyerahan atau pengakuan

kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah untuk mengatur dan mengurus seluruh kewenangan bidang pemerintahan, kecuali kewenangan dalam bidang politik luar negeri, pertahanan keamanan, peradilan, moneter dan fiskal, agama, serta kewenangan bidang lain (Pasal 7, 9 dan penjelasan Pasal 11 UU No. 22/1999).

Dasar pemikiran substansi UU No. 22/1999 tersebut sesuai dengan teori *areal division of power*, yang mengenal adanya sistem atau model pemerintahan daerah yang menghendaki adanya otonomi dalam penyelenggaraannya. Bambang Yudoyono (2001 : 4) menegaskan :

“Di dalam implementasi pembagian kekuasaan negara secara vertikal antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah terkandung beberapa macam format penyerahan kewenangan (desentralisasi) dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Pengertian otonomi lebih cenderung pada *political aspect*, sedangkan desentralisasi lebih cenderung *administrative aspect*. Namun jika dilihat dari konteks *sharing of power* dalam prakteknya kedua pengertian tersebut sulit atau bahkan tidak dapat dipisahkan.”

Pengertian daerah otonom menurut Kaho (1988 : 14) adalah: “Daerah yang berhak dan berkewajiban untuk mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri. Yang diatur dan diurus adalah tugas-tugas atau urusan-urusan tertentu yang diserahkan oleh pemerintah pusat

kepada daerah-daerah untuk diselenggarakan sesuai dengan kebijaksanaan, prakarsa dan kemampuan sendiri.”

Sedangkan beberapa alasan dianutnya desentralisasi (otonomi), sebagai berikut:

- a. The Liang Gie (1968 : 35), antara lain “mencapai suatu pemerintahan yang efisien, supaya perhatian dapat sepenuhnya ditumpahkan kepada kekhususan sesuatu daerah, seperti geografis, keadaan penduduk, kegiatan ekonomi, watak kebudayaan atau latarbelakang sejarahnya.”
- b. Gaffar (2002 : 20), antara lain : “efisiensi-efektifitas penyelenggaraan pemerintahan, serta akuntabilitas politik, bahwa kebijakan yang dibentuk dipertanggungjawabkan dan legitimed karena masyarakat terlibat sejak awal penentuan kebijakan.”
- c. Berdasarkan pendapat beberapa pakar seperti Rondinelli, Bahl, Cheeme dan Sabir, maka Yudoyono (2001 : 22) menyimpulkan bahwa melalui desentralisasi tugas-tugas pemerintahan dan pembangunan akan dapat memperoleh manfaat, antara lain: efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas pemerintahan, memungkinkan melakukan inovasi, meningkatkan motivasi moral, komitmen dan produktivitas.

Semangat UU No. 22/1999 untuk membuka ruang partisipasi dan mendekatkan pelayanan publik

mendapat aktualisasi melalui SPM guna menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan tertentu yang harus disediakan oleh Pemda dalam rangka penyelenggaraan kewenangan wajibnya. Persoalannya adalah bagaimana SPM dapat dijalankan secara efektif dan efisien, mengingat sejauh ini SPM belum diterapkan secara optimal dalam perencanaan daerah, penganggaran daerah, pengawasan, pelaporan dan belum menjadi instrumen menilai LPJ Kepala Daerah, serta menilai kapasitas daerah.

Organisasi Pelayanan Publik

Organisasi atau kelembagaan daerah dibentuk untuk mewadahi kewenangan daerah. PP No. 08/2003 tentang *Pedoman Organisasi Perangkat Daerah* menyebutkan, pembentukan organisasi perangkat daerah berdasarkan pertimbangan: "Kewenangan pemerintah yang dimiliki oleh daerah, karakteristik, potensi dan kebutuhan daerah, kemampuan keuangan daerah, ketersediaan sumber daya aparatur, serta pengembangan pola kerjasama antar daerah dan/atau dengan pihak ketiga."

Pengertian organisasi, seperti dikatakan oleh Saydam (1993: 60) dibedakan menjadi dua, yaitu :

"Dalam arti statis, merupakan wadah atau tempat melaksanakan tugas-tugas sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan. Dalam arti dinamis, proses kerjasama antara orang-orang yang ada dalam wadah

tersebut dalam rangka pencapaian tujuan."

Sedangkan fungsi pengorganisasian menurut Abdulrachman (1973 : 16), sebagai berikut: "Mengatur pekerjaan dan kerjasama yang sebaik-baiknya, mencegah serta mengurangi kelambatan pekerjaan serta kesulitan dalam proses pekerjaan, mencegah dan mengurangi kesimpangsiuran pekerjaan, serta membuat standar-standar kerja baru."

Dewasa ini, terjadinya perubahan kondisi pasar, teknologi, sistem sosial, regulasi, *good governance*, institusi regional dan global telah mempengaruhi arsitektur desain dan pengembangan organisasi (LAN, 2001 : 16), mencakup tiga hal, yaitu :

- a. Sistem penetapan wewenang, tugas pokok dan fungsi dan tanggungjawab.
- b. Sistem balas jasa yang sepadan.
- c. Sistem evaluasi indikator / pengukuran kinerja untuk individu dan unit organisasi.

Untuk mengukur kinerja organisasi pelayanan publik, Ratminto (2001 : 5) menyatakan harus dipergunakan dua jenis ukuran, yaitu ukuran yang berorientasi pada proses dan hasil.

Di era otonomi daerah pembentukan kelembagaan tidak sekadar mewadahi kewenangan daerah, tetapi memperoleh makna seiring menguatnya tuntutan pelayanan publik yang efektif, efisien,

Tabel 1. Perbandingan indikator pelayanan publik

Pakar	Indikator Hasil	Indikator Proses
McDonald & Lawton (1977)	Efficiency	Effectiveness
Salim & Woodward (1992) Economy	Efficiency Effectiveness Equity	
Levine (1990)		Responsivitas Responsibilitas Akuntabilitas
Zeithhaml, Parasuraman & Berry (1990)	Tangibles	Reliability Responsiveness Assurance Empathy
KepmenPAN 81/1995	Efisien Ekonomis Keadilan yang merata Ketepatan waktu	Kesederhanaan Kejelasan & kepastian Keamanan Keterbukaan
Gibson, Ivancevich & Donnelly (1990)	Kepuasan Efisiensi Produksi	Perkembangan Keadaptasian Kelangsungan hidup

Sumber : Ratminto, 2001

transparan dan akuntabel. Hal ini dimanifestasikan dalam PP No. 08/2003, seperti dikatakan oleh Utomo (2003 : 190) saat mengkritisi rekonstruksi kelembagaan sesuai ketentuan yang baru ini, bahwa: "Organisasi atau perangkat daerah

adalah merupakan sarana atau alat untuk mencapai tujuan. Dan bagaimana daerah-daerah menciptakan, merencanakan, organisasi perangkat daerah yang dapat berfungsi untuk melakukan kecepatan pelayanan masyarakat. Di

dalam organisasi perangkat daerah yang terpenting adalah berfungsinya yang mengarah kepada *clarity of purpose, role and direction* bukannya sekadar hanya *maxing boxes*.”

Melembagakan kewenangan dan sekaligus sebagai intrumen pelayanan, berimplikasi bidang-bidang kewenangan wajib menjadi prioritas penyusunan struktur dan tatakerja kelembagaan, dengan harapan SPM dapat dioperasionalkan dan memperoleh aktualisasi dalam pelayanan kepada masyarakat. Dari sisi ini, SPM dapat merangsang rasionalisasi kelembagaan, karena Pemda akan lebih berkonsentrasi pada pembentukan kelembagaan yang berkorelasi dengan pelayanan masyarakat. Selanjutnya, Pemda dapat merasionalisasi jumlah dan kualifikasi pegawai yang dibutuhkan. Kejelasan pelayanan akan membantu Pemda dalam menentukan jumlah kualifikasi pegawai untuk mengelola pelayanan publik tersebut.

Standar Pelayanan Minimal

Kewenangan wajib yang dilaksanakan oleh Pemda, dalam penyelenggaraannya berdasarkan prinsip terwujudnya pelayanan dasar sekaligus menentukan tingkat kualitas pelayanan tersebut yang diukur dengan SPM. Dengan adanya SPM, maka masyarakat akan terjamin menerima suatu pelayanan publik dari Pemda. Dari sisi pembiayaan, dapat ditentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan untuk menyediakan suatu pelayanan publik atau *Standard Spending*

Assessment (SSA) sehingga akan dapat dihitung kebutuhan agregat minimum pembiayaan daerah.

Adanya SPM akan menjadi landasan dalam penentuan pertimbangan keuangan yang lebih adil dan transparan, sehingga dapat dijadikan dasar untuk menentukan sistem subsidi yang lebih adil. Bagi daerah, SPM dapat dijadikan dasar dalam menentukan anggaran kinerja berbasis manajemen kinerja dan menjadi dasar dalam alokasi APBD dengan tujuan yang lebih terukur. Implikasinya, SPM dapat menjadi alat untuk meningkatkan akuntabilitas Pemda terhadap masyarakat. Masyarakat dapat mengukur sejauhmana Pemda dapat memenuhi kewajibannya untuk menyediakan pelayanan publik, serta dapat membantu penilaian kinerja atau LPJ Kepala Daerah secara lebih akurat dan terukur, karena SPM memperjelas tugas pokok Pemda dan akan merangsang terjadinya *“check and balance”* antara eksekutif dan legislatif. Pemda perlu meningkatkan kontrol sosial atas pelaksanaan SPM dan mengefektifkan pengawasan internal untuk mengukur tingkat kinerja birokrasi Daerah.

Lebih jauh lagi, SPM dapat merangsang transparansi dan partisipasi masyarakat dalam kegiatan Pemda. SPM akan membantu Pemda dalam melakukan alokasi anggaran secara lebih seimbang sehingga merangsang efisiensi dan efektifitas penyediaan pelayanan publik. Adanya SPM dapat menjadi argumen bagi peningkatan pajak dan retribusi

daerah, karena baik Pemda dan masyarakat dapat melihat keterkaitan pembiayaan dengan pelayanan publik yang disediakan.

Osborne & Plastrik (2000 : 183) mengartikulasikan prinsip-prinsip pelayanan publik, yaitu :

- a. Menetapkan, memantau dan mempublikasikan standar ekspisit jasa yang bisa diharapkan oleh pengguna.
- b. Informasi yang akurat dan lengkap mengenai bagaimana pelayanan publik dilakukan.
- c. Pilihan dan konsultasi, ketulusan dan keramahan, serta prosedur keluhan.
- d. Efisien dan efektif, validasi kinerja terhadap standar.

Dalam Surat Mendagri No. 100/757/OTDA perihal *Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan SPM*, disebutkan beberapa prinsip penyusunan SPM, antara lain :

- a. SPM diterapkan pada kewenangan wajib saja, namun daerah dapat mengembangkan dan menerapkan standar kinerja untuk kewenangan daerah yang lain.
- b. SPM ditetapkan pemerintah dan diberlakukan untuk seluruh kabupaten/kota.
- c. SPM harus mampu menjalin terwujudnya hak-hak individu serta dapat menjamin akses masyarakat mendapat pelayanan dasar dari Pemda sesuai patokan dan ukuran yang ditetapkan oleh pemerintah.

d. SPM bersifat dinamis dan perlu dikaji ulang dan diperbaiki dari waktu ke waktu sesuai dengan perubahan kebutuhan nasional dan perkembangan kapasitas daerah.

- e. Indikator SPM menggambarkan indikasi variabel pelayanan dasar yang terukur dan pencapaian untuk jangka waktu tertentu ditetapkan batas awal pelayanan minimal (*Minimum Service Baselines*) dan target pelayanan yang akan dicapai (*Minimum Service Target*).

Oleh karena itu, agar masyarakat dapat memahami SPM, maka sudah seharusnya SPM disusun secara jelas dan kongkret, sesederhana mungkin, tidak terlalu banyak dan indikatornya mudah diukur, sehingga dapat menjadi landasan kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib secara kualitas (seberapa berarti kemajuan yang telah dilakukan) dan secara kuantitas (seberapa banyak yang telah dilakukan) dengan mempunyai nilai bobot. Pemprop DIY bersama kabupaten/kota dalam wilayah kerjanya telah bekerjasama menyusun SPM (sampai saat ini baru 6 bidang kewenangan wajib, termasuk bidang kesehatan) dengan mempertimbangkan kondisi obyektif masing-masing daerah yang bersangkutan.

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN

Kewenangan bidang kesehatan Kab. Kulon Progo dapat dilihat dalam SK Bupati No. 839/2000, meliputi 12 kewenangan yang dijabarkan menjadi

56 rincian kewenangan. Kewenangan tersebut sebagai berikut :

- a. Perencanaan kesehatan daerah.
- b. Pengorganisasian upaya kesehatan.
- c. Penyehatan lingkungan.
- d. Penyehatan perilaku masyarakat.
- e. Pelayanan kesehatan masyarakat.
- f. Penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan.
- g. Pemberantasan penyakit menular.
- h. Pelayanan kesehatan keluarga.
- i. Pengelolaan obat, farmasi dan makanan.
- j. Penelitian dan pengembangan kesehatan.
- k. Pelaporan kesehatan.
- l. Perijinan dan kerjasama kesehatan.

Untuk mewadahi kewenangan daerah tersebut dikeluarkan Perda No. 11/2000 tentang *Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah*, salahsatunya Dinas Kesehatan terdiri dari:

- A. Kepala Dinas
- C. Bagian Tata Usaha :
 - Subbag Umum dan Kepegawaian
 - Subbag Keuangan
- C. Sub Din Legalisasi
 - Seksi Registrasi dan Penilaian Angka Kredit
 - Seksi Akreditasi Tempat Umum dan Industri
 - Seksi Pengawasan dan Peraturan Kesehatan
- D. Sub Din Pengembangan Kesehatan
 - Seksi Informasi Kesehatan
 - Seksi Perencanaan dan Litbang Kesehatan
 - Seksi Monitoring dan Evaluasi
- E. Sub Din Bimbingan dan Pengendalian Pelayanan Kesehatan

- Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar, Rujukan dan Reproduksi
 - Seksi P2M dan PLP
 - Seksi Pemberdayaan Masyarakat
- F. Sub Din Bimbingan dan Pengendalian Sarana Prasarana
 - Seksi Farmasi
 - Seksi Perbekalan Umum
 - Seksi Perbekalan Khusus
 - G. UPTD
 - H. Cabang Dinas
 - I. Kelompok Jabatan Fungsional

Kewenangan daerah yang dijabarkan dalam kelembagaan daerah yang berfungsi sebagai unit pelayanan publik tersebut, selanjutnya dioperasionalkan ke dalam uraian tugas berdasarkan SK Bupati No. 856/2001 tentang *Uraian Tugas Dinas Kesehatan*, secara garis besar meliputi :

- a. Penyelenggaraan registrasi, akreditasi, perijinan dan pengawasan serta peraturan di bidang kesehatan.
- b. Penyelenggaraan pengembangan kesehatan.
- c. Penyelenggaraan bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan dan pelayanan kesehatan
- e. Penyelenggaraan bimbingan dan pengendalian perbekalan dan farmasi.

Salah satu permasalahan yang sangat menonjol di Kab Kulon Progo adalah penyakit malaria, sehingga prioritas kebijakan pemberantasan penyakit malaria dilakukan yang bermanfaat (*benefit*) menurunkan kasus penderita dan memberikan dampak (*impact*) penurunan kasus kematian

akibat penyakit malaria. Kebijakan ini telah dimasukkan dalam draft SPM bidang kesehatan dengan indikator kinerja 50 % penurunan jumlah kasus malaria dan 70 % bebas jentik nyamuk. Target tersebut ditetapkan berdasarkan tingkat pencapaian untuk tahun yang berjalan atau ditunjukkan oleh pencapaian keberhasilan tahun terakhir (2002). Untuk lebih jelasnya, tabel berikut ini memperlihatkan akuntabilitas kebijakan pemberantasan penyakit malaria, sekaligus sebagai contoh kegiatan Dinas Kesehatan Kab Kulon Progo TA 2002 :

Pembiayaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kab Kulon Progo melalui APBD TA 2002 sebesar Rp. 7,6 miliar (belanja investasi) belum memenuhi sebagian besar aspek pelayanan sebagaimana ditetapkan dalam kewenangan wajib sehingga perlu didukung anggaran pemerintah pusat dan propinsi, melalui APBN/APBD maupun bantuan luar negeri, pada tahun 2002 sebesar Rp. 8,2 miliar digunakan untuk pengadaan obat-obatan dan alat medis, pemberantasan penyakit menular, pelayanan kesehatan

Tabel 2 Kebijakan pemberantasan penyakit malaria

NO	KEGIATAN	INPUT	OUTPUT	OUTCOME
1.	Penemuan penderita	Dana : Rp. 785.059.500,- SDM : 262 orang	Pengambilan dan pemeriksaan sampel darah 180.000 orang atau 40% dari penduduk Kab. Kulon Progo	<ul style="list-style-type: none"> • Ditemukan 28.738 orang positif malaria atau 65 permil (setiap 1.000 penduduk terdapat 65 orang sakit malaria). • Ditemukan 2 jenis malaria, malaria tertiana (<i>vivax</i>) 20.117 orang (70%) dan malaria tropika (30%). • Diketahui persebaran penderita di kawasan bukit Menorah dan daerah selatan. Diketahui golongan umum penderita > 15 tahun dan kasus bayi yaitu 234 bayi.
2.	Pengobatan terhadap penderita	Tersedianya obat malaria dalam jumlah cukup (180.000 paket)	Tertaksananya pengobatan bagi 28.738 orang penderita.	Jumlah penderita yang berhasil disembuhkan 27.917 orang, mengalami kambuhan 821 orang dan 5 orang meninggal.
3.	Penanggulangan vector di daerah endemis	Dana : Rp. 358.180.000,-	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberantasan jentik di daerah endemis. • Penyemprotan di 50.000 rumah di 20 desa. • Pengasapan di 66 dusun. Bantuan 4.500 kelambu bagi keluarga miskin 	Menurunnya jumlah penderita malaria dari 37.163 orang (2001) menjadi 28.738 orang (2002).

4.	Pengawasan <i>vector</i> di daerah endemis	Tersedianya tenaga pengawas dan peralatan yang cukup.	Terlaksananya Spot survey dan Longitudinal survey selama 12 bulan di 6 dusun.	Diketahuinya perilaku <i>vector</i> sebagai dasar upaya pemberantasan malaria.
5.	Pemetaan desa <i>focus</i>	Dana : Rp. 49.259.000	Tersusunnya profil malaria desa di 88 desa dan profil malaria kabupaten.	<ul style="list-style-type: none"> • Teridentifikasinya HCI kasus malaria > 5 orang per 1000 penduduk (27 desa) • Teridentifikasinya MCI kasus malaria 1 5 orang penduduk (20 desa) • Teridentifikasinya LCI kasus malaria < 1 orang per 1000 penduduk (30 desa) • Teridentifikasinya desa bebas malaria (11 desa). Teridentifikasinya ciri-ciri daerah malaria menurut geografis dan mobilitas penduduk.

Sumber : LAKIP Dinas Kesehatan Kab. Kulon Progo, 2002

dasar / rujukan keluarga miskin dan sebagainya.

Catatan penting lainnya, dengan diberlakukannya PP No. 08/2003, implikasinya akan terjadi restrukturisasi yang menyebabkan dihapusnya 1 seksi di bawah masing-masing Sub Din (atau Bidang sesuai nomenklatur PP No. 08/2003). Dasar pertimbangan restrukturisasi tersebut tidak lain efisiensi dan efektifitas organisasi, tetapi betapa pun akan berimplikasi secara psikologis dan teknis bagi komponen pelayanan publik sehingga pengembangan kewenangan daerah (antara lain diberlakukannya SPM) yang tidak

diikuti dengan akomodasi kelembagaan, perlu diikuti dengan reorientasi aparat dan redistribusi ketugasan pelayanan yang selama ini ditangani oleh seksi-seksi yang dihapus.

Menindaklanjuti Daftar SPM Bidang Kesehatan yang dikeluarkan oleh Pemprop DIY, maka Pemkab Kulon Progo menyusun draft SPM Bidang Kesehatan tingkat Kabupaten Kulon Progo, sebagai berikut :

Meskipun masih berupa draft, Pemkab Kulon Progo telah mencoba menyusun SPM yang mencerminkan akuntabilitas kinerja pelayanan publik

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA
1	Perijinan praktek tenaga kesehatan	6 hari kerja
2	Perijinan sarana kesehatan	12 hari kerja
3	Perijinan apotik dan toko obat	6 hari kerja

4	Pelayanan kesehatan dasar, ibu hamil dan bayi baru lahir	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % ibu hamil K-4 • 90 % neonat KN-2 • 80 % persalinan oleh tenaga kesehatan
5	Pelayanan kesehatan bayi dan anak pra sekolah	75 % bayi dan anak balita dilayani deteksi dini tumbuh kembang oleh tenaga kesehatan 40 % per tahun
6	Pelayanan kesehatan anak usia sekolah	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % murid SD diperiksa kesehatan umum dan gigi. • 80 % murid SD di daerah miskin diberi makanan tambahan.
7	Pelayanan kesehatan usia subur	70 % peserta KB aktif
8	Pelayanan kesehatan usia lanjut	25 % usia lanjut
9	Pelayanan imunisasi	80 % bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
10	Pelayanan kesehatan indera2	<ul style="list-style-type: none"> • 0 % penderita katarak keluarga miskin • 10 % penderita kelainan refraksi anak SD miskin
11	Pelayanan kesehatan jiwa masyarakat	10 % kasus gangguan jiwa yang terdeteksi
12	Pelayanan pengobatan dan perawatan kesehatan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • 15 % penduduk memperoleh pelayanan rawat jalan di sarana kesehatan dalam 1 tahun • 15 % penduduk memperoleh pelayanan rawat inap yang prima • 40 % keluarga resiko tinggi memperoleh kunjungan rumah oleh petugas kesehatan
13	Pelayanan kesehatan rujukan	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya 4 pelayanan keahlian dasar (kebidanan, bedah, penyakit dalam dan anak) • Kemampuan mencapai 70 % • Tersedianya pelayanan UGD dan penanggulangan bencana 100 %
14	Pelayanan laboratorium klinik dan laboratorium kesehatan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya laboratorium Puskesmas dengan pemeriksaan klinik sederhana. • Tersedianya laboratorium RSUD dengan pemeriksaan klinik terbatas. • Tersedianya laboratorium kesehatan masyarakat parameter terbatas.
15	Penyuluhan perilaku sehat dan promosi kesehatan untuk pemberdayaan masyarakat dalam upaya kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • 60 % desa sehat strata III dan atau IV • 70 % KK berperilaku sehat. • 15 % posyandu mandiri. • 50 % posyandu madya. • 50 % organisasi kemasyarakatan tercakup program promosi kesehatan
16	Penyelidikan epidemiologi dan pencegahan penyakit menular dan Kejadian Luar Biasa (KLB) 100 % desa KLB ditanggulangi.	<ul style="list-style-type: none"> • 0 % angka kesakitan polio. • 85 % kesembuhan penderita TBC Paru BTA + • 50 % penurunan jumlah kasus malaria • < 1 % prevalensi kusta / 10.000 penduduk • 85 % penurunan pneumonia balita • 10 % prevalensi sifilis dan gonoree di kalangan kelompok perilaku resiko tinggi. • 50 % penurunan jumlah kasus DBD. • 50 % penurunan jumlah kasus diare balita.
17	Pengawasan kualitas lingkungan dan pengendalian vektor	<ul style="list-style-type: none"> • 50 % Tempat-tempat umum (TTU) memenuhi standar • 50 % Tempat Pengolahan Makanan (TPM) memenuhi standar • 70 % bebas jentik nyamuk.

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA
18	Penyediaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % ketersediaan jenis obat • 75 % ketersediaan jumlah obat sesuai standar pelayanan kesehatan dasar
19	Pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA	15 % sarana pelayanan umum melaksanakan upaya pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA
20	Pemantauan pertumbuhan balita	<ul style="list-style-type: none"> • 70 % balita diimbang (D/S). • 85 % balita di atas garis merah
21	Pelayanan gizi 100 % balita mendapat kapsul vit. A 2 kali per tahun	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % ibu hamil mendapat 90 % tablet Fe. • 100 % wanita usia subur dan murid SD di daerah endemik berat mendapat kapsul yodium. • 100 % pemberian makanan tambahan pendamping ASI pada bayi kurang gizi keluarga miskin • 100 % bayi gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar. • 40 % ibu menyusui tercakup program penyuluhan ASI eksklusif. • 60 % rumah tangga tercakup program penyuluhan garam beryodium yang memenuhi syarat.

Sumber : Dinas Kesehatan Kab Kulon Progo, 2003

berupa program dan kegiatan, serta kurun waktu yang diperlukan untuk mencapai indikator kinerja sesuai dengan kondisi setempat. Draft tersebut mengacu pada perencanaan kurun waktu lima tahun yang tertuang dalam Perda No. 3/2002 tentang *Rencana Strategik Kab Kulon Progo Tahun 2001-2005*. Mensikapi hal itu, Pemkab Kulon Progo perlu segera mensosialisasikan secara lebih intensif dan mengkomunikasikan kepada khalayak, serta membangun kesepakatan dengan legislatif yang dituangkan dalam Perda. Sosialisasi dan diseminasi penerapan SPM dalam penyelenggaraan kewenangan wajib tersebut segera diikuti dengan melakukan survei kepuasan masyarakat terhadap SPM yang sudah dicapai sebagai salah satu alat monitoring. Pada prinsipnya penyelenggaraan kewenangan wajib merupakan tanggung jawab eksekutif,

namun dalam pelaksanaannya, kewenangan wajib untuk mencapai SPM dapat dilaksanakan oleh perangkat daerah sendiri, BUMD atau lembaga swasta.

Agar dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, serta diketahui dan “mengikat” seluruh komponen (*stakeholders*) di daerah, maka Pemkab segera menjabarkan SPM dalam Standar Pelayanan Teknis (SPT) dan Standar Teknis Faktor Pendukung (STFP) berdasarkan kondisi nyata, potensi dan kemampuannya. SPT dan STFP dituangkan dalam SK Bupati atau SK Kepala Dinas dapat berupa juklak, juknis, pedoman operasional atau ketentuan teknis lainnya. Misalnya, pelayanan laboratorium klinik dan laboratorium kesehatan masyarakat, persyaratan teknis adalah persyaratan yang harus dipenuhi dalam penyediaan pelayanan seperti prosedur pelayanan, teknis

bangunan, persyaratan laboratorium dan sebagainya. Atau, indikator 80% bayi memperoleh imunisasi lengkap, standar teknisnya adalah jumlah dosis, usia dan jenis-jenis imunisasi (BCG, OPV, DPT, campak dan hepatitis).

Dalam menyusun perencanaan daerah, Pemkab telah mengakomodir kewenangan wajib melalui Atah Kebijakan Umum (AKU) sebagai dasar APBD TA 2004 dengan memprioritaskan bidang pemerintahan yang menyentuh langsung pelayanan dasar. Bahkan DPRD Kab Kulon Progo memberikan dukungan politis dengan mengeluarkan Keputusan No. 3/Kep/DPRD/DPRD/2003 tentang *Pokok-pokok Pikiran DPRD Kabupaten Kulon Progo dalam rangka penyusunan AKU APBD TA 2004*, berkaitan kebijakan bidang kesehatan, meliputi:

- a. Penanganan wabah dan penyakit menular.
- b. Peningkatan penyehatan lingkungan pemukiman dan sanitasi.
- c. Peningkatan perbaikan gizi.
- d. Pengendalian obat, makanan, kosmetik, alat kesehatan dan bahan berbahaya bagi kesehatan.
- e. Peningkatan sarana dan prasarana di bidang kesehatan.
- f. Penyantunan bantuan kesehatan bagi keluarga miskin.
- e. Peningkatan pelayanan medis di Puskesmas dan RSUD.
- f. Pengembangan bagi Puskesmas yang berpotensi menjadi Puskesmas rawat inap.
- g. Peningkatan kesehatan ibu dan anak.

h. Pelayanan kesehatan bagi lansia.

Pada dasarnya SPM merupakan tindak lanjut pelaksanaan dari kewenangan wajib yang dilimpahkan kepada Daerah, sehingga menjadi tanggung jawab Pemkab untuk membiayainya. Mencermati biaya pelayanan kesehatan sangat besar, khususnya dilihat dari kemampuan keuangan daerah dan indikator kinerja SPM bidang kesehatan, maka dukungan subsidi pemerintah masih sangat dibutuhkan, bahkan SPM seharusnya dijadikan dasar bagi pemerintah untuk mengatur sistem subsidi atau dana perimbangan agar tercapai keseimbangan pelayanan publik di seluruh Indonesia.

Seiring dengan semangat kemandirian daerah, Pemkab sedapat mungkin harus mampu menggerakkan sektor swasta (manajemen kontrak, konsesi dst) dan kerjasama antar daerah untuk menyelenggarakan pelayanan publik sehingga beban pendanaan publik oleh Pemkab dapat berkurang dan mengurangi beban masyarakat dalam pajak dan retribusi. Selain itu, sesuai kewenangannya yaitu karena eksternalitas pelayanan dasar bersifat lintas wilayah, maka menjadi kewajiban Pemprop untuk membiayai Daerah didalam penyediaan pelayanan dasar bagi daerah-daerah yang kurang mampu.

Pelaksanaan SPM melalui penyediaan dukungan peningkatan kapasitas daerah melalui penyediaan bantuan khusus (misalnya DAK) dari pemerintah. Bila dalam beberapa tahun pelaksanaan kewenangan wajib

dan SPM menunjukkan suatu pola permasalahan di seluruh daerah yang disebabkan oleh kekurangan dana, maka pemerintah seharusnya mempertimbangkan penyesuaian alokasi DAU atau formulanya (atau berdasarkan *cost of function*) yang diikuti dengan supervisi, monitoring dan pengendalian terhadap pelaksanaan kewenangan wajib dan pencapaian SPM.

PENUTUP

Mencermati kebijakan SPM yang saat ini sedang diupayakan untuk direalisasikan oleh Pemprop dan kabupaten/kota di DIY, agaknya terbatasnya anggaran Pemda dapat menjadi penghalang utama untuk melaksanakan SPM. Selain itu, masih terdapat kerancuan antara standar teknis suatu pelayanan dengan SPM, apalagi pada umumnya kewenangan pemerintahan sering belum berkorelasi dengan pelayanan, bahkan di DIY sampai sekarang masih terjadi kecenderungan adanya saling tarik menarik kewenangan antara Pemprop dengan Kabupaten / Kota.

Oleh karena itu, sudah seharusnya SPM segera memperoleh legitimasi yuridis dan disosialisasikan agar menjadi "komitmen publik" dan bukan tanggungjawab Pemda semata. Hal ini tidak diartikan Pemda lepas tanggungjawab, justeru untuk mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam kegiatan Pemda. Sedangkan dalam rangka peningkatan kapasitasnya, daerah membangun kerjasama antar daerah atau pihak lain, serta melalui

penyediaan subsidi pelayanan dari pemerintah. Di tengah keterbatasan daerah untuk mengaktualisasikan kewenangannya, sudah seharusnya semangat kemandirian ini diberi "penghargaan" dan bukan sekadar diberi bantuan anggaran tetapi di sisi lain sebagian kewenangan daerah justeru masih "dikuasai" oleh pemerintah.

Agar kebijakan SPM dapat menjadi indikator kinerja yang akuntabel, maka Pemda sebaiknya melaksanakan pengkajian untuk mengetahui pencapaian keberhasilan pelaksanaan SPM. Hasil pengkajian tersebut diikuti dengan kontrol sosial dan pengawasan oleh publik, legislatif dan pengawas internal di lingkungan birokrasi pelayanan. Tidak kalah pentingnya, meskipun merupakan pelayanan minimal, tetapi Pemda dan seluruh komponen daerah membangun komitmen bersama menyelenggarakan pelayanan publik secara maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulrachman, Arifin, 1973, *Kerangka Pokok-pokok Manajemen Umum*, Ichtiar Baru, Jakarta.
- Gaffar, Afan, 2002, *Otonomi Daerah dalam Negara Kesatuan*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Gie, The Liang, 1967, *Pertumbuhan Pemerintahan Daerah di Negara Republik Indonesia*, Gunung Agung, Jakarta

- Kabupaten Kulon Progo. Pemerintah Daerah. 2003. *Data Administrasi Pemerintahan Kabupaten Kulon Progo*, Bagian Pemerintahan, Kabupaten Kulon Progo
- Kaho, Josef Riwu, 1988, *Prospek Otonomi Daerah di Negara Republik Indonesia*, Rajawali, Jakarta
- , *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Dinas Kesehatan Kab. Kulon Progo Tahun 2002*
- Lembaga Administrasi Negara. 2000, *Akuntabilitas dan Good Governance*, Lembaga Administrasi Negara, Jakarta
- Osborne, David & Peter Plastrik, 2000, *Memangkas Birokrasi*, Penerbit PPM, Jakarta
- Ratminto, 2001, *Kriteria Pengukuran Kinerja Pemerintah*, makalah Studi Interaktif Peningkatan Kemampuan Anggota DPRD, Yogyakarta
- Saydam, Gouzali, 1993, *Manajemen dan Kepemimpinan*, Djambatan, Jakarta
- Utomo, Warsito, 2003, *Dinamika Administrasi Publik*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Yudoyono, Bambang, 2002, *Otonomi Daerah*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta