



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI EVALUASI KETERSEDIAAN TENAGA KESEHATAN
DI PUSKESMAS PADA KABUPATEN/KOTA DAERAH
TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN
TERHADAP CAPAIAN INDIKATOR KINERJA STANDAR
PELAYANAN MINIMAL KABUPATEN/KOTA**

TESIS

RADINAL HUSEIN

1106041035

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI 2013**

Universitas Indonesia



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI EVALUASI KETERSEDIAAN TENAGA KESEHATAN
DI PUSKESMAS PADA KABUPATEN/KOTA DAERAH
TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN
TERHADAP CAPAIAN INDIKATOR KINERJA STANDAR
PELAYANAN MINIMAL KABUPATEN/KOTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat

RADINAL HUSEIN

1106041035

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEBIJAKAN DAN HUKUM KESEHATAN
DEPOK
JULI 2013**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : RADINAL HUSEIN

NPM : 1106041035

Tanda Tangan : 

Tanggal : 11 Juli 2013

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : RADINAL HUSEIN
NPM : 1106041035
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebijakan dan Hukum Kesehatan
Angkatan : 2011 – 2012
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya, tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

STUDI EVALUASI KETERSEDIAAN TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS PADA KABUPATEN/KOTA DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN TERHADAP CAPAIAN INDIKATOR KINERJA STANDAR PELAYANAN MINIMAL KABUPATEN/KOTA

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2013



(RADINAL HUSEIN)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Radinal Husein
NPM : 1106041035
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Studi Evaluasi Ketersediaan Tenaga Kesehatan di
Puskesmas Pada Kabupaten/Kota Daerah
Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan Terhadap
Capaian Indikator Kinerja Standar Pelayanan
Minimal Kabupaten/Kota

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Kebijakan dan Hukum Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH

()

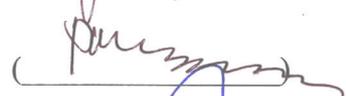
Penguji : Prof. dr. Amal C Sjaaf, SKM, Dr. PH

()

Penguji : Vetty Yulianty, S.Si, MPH

()

Penguji : Purwani Eko Prihatin, SKM, M. Kes, MED

()

Penguji : Emmilya Rosa, SKM, MKM

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 11 Juli 2013

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil'alamin. Puji Syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat waktu. Penulisan tesis ini dibuat dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Sangatlah sulit bagi penulis dapat menyelesaikan tesis ini tanpa adanya bimbingan, arahan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segenap kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH selaku pembimbing utama atas bimbingan, saran dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. Bapak Prof. dr. Amal C Sjaaf, SKM, Dr. PH dan Ibu Vetty Yulianti, S.Si, MPH selaku Dosen penguji, terima kasih atas masukan dan saran yang mendukung perbaikan tesis ini.
3. Ibu Purwani Eko Prihatin, SKM, M. Kes, MED dan Ibu Emmilya Rosa, SKM, MKM yang telah bersedia turut menguji tesis ini, terima kasih atas masukan dan saran yang mendukung perbaikan tesis ini.
4. Seluruh Staf dosen/pengajar pada Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, khususnya Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan yang dengan sabar telah memberikan pengajaran dan ilmu yang sangat berharga.
5. Seluruh staf Departemen AKK yang sudah membantu proses administrasi dalam pengurusan tesis ini mas pri, bu dian dan bu amel.
6. Tim peneliti Balitabanges Kemenkes RI yang sudah member izin untuk menggunakan data rifaskes 2011 khususnya Prof Agus Suwandono, Dr Hapsari, dan Dr Harimat serta Mas Arif dan Pak Yudi selaku penelaah.
7. Mba Ati dan Mba Indah atas bantuan data-data dari Pusdatin Kemenkes RI
8. Mba Anjar Kuswandini yang sudah membantu mengolah data penelitian.
9. Teman-teman Sub Bidang PP dan Ka Sub yang sudah mendukung hingga selesainya tesis ini.
10. Kedua orang tua dan mertua, istri, putri-putri yang cantik dan sholihah, kakak-kakak yang tidak pernah berhenti berdoa, memberikan dukungan, semangat sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
11. Teman-teman Kebijakan dan Hukum Kesehatan angkatan 2011, terima kasih atas semua kebersamaan kita selama menuntut ilmu di Universitas Indonesia.
12. Serta semua pihak yang telah banyak membantu yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Akhir kata, Penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran sebagai masukan untuk perbaikan tesis ini. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat.

Depok, Juli 2013

Penulis

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Radinal Husein
NPM : 1106041035
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Studi Evaluasi Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Pada Kabupaten/Kota Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan Terhadap Capaian Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalimmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 11 Juli 2013

Yang menyatakan,



(Radinal Husein)

ABSTRAK

Nama : Radinal Husein
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat, Kebijakan dan Hukum Kesehatan
Judul : Studi Evaluasi Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas
Pada Kabupaten/Kota di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan
Kepulauan Terhadap Capaian Indikator Kinerja Standar
Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota

Permasalahan jenis, jumlah, kualifikasi dan distribusi tenaga kesehatan merupakan permasalahan ketenagaan yang sering dihadapi dalam pelayanan kesehatan khususnya di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK). Penerapan dan pencapaian indikator kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan sangat berkaitan dengan ketersediaan tenaga kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui faktor penentu terhadap kelengkapan program wajib Puskesmas dan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di DTPK, variabel yang diteliti meliputi faktor tenaga kesehatan (jumlah dan jenis), kelengkapan program wajib Puskesmas dan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota tahun 2011. Hasil analisis didapat bahwa faktor penentu kelengkapan program ialah ketersediaan tenaga dokter dan faktor penentu untuk rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota ialah kelengkapan program wajib Puskesmas.

Kata kunci:

Tenaga kesehatan, Puskesmas, Standar Pelayanan Minimal

ABSTRACT

Name :Radinal Husein
Study Program :Public Health Science Study, Health Policy And Law
Title :Evaluation Studies Of Health Workers Availability In Health Care Center In District/City of Disadvantaged Regions, Borders, and Islands To Performance Indicators Achievement Of Minimum Service Standards District/City

Problems of the type, number, qualifications and distribution of health workers is a problem frequently encountered in workforce health services, especially in Disadvantaged Areas Border and Islands (DTPK). Implementation and achievement of performance indicators health minimum service standards (SPM) is very related to the availability of health personnel. This study uses a quantitative approach that aims to identify the determinants of the completeness of compulsory health center program and the average achievement of performance indicators SPM District/City in DTPK, variable factors examined included health workers (number and type), the completeness of compulsory health center and flat-average achievement of performance indicators SPM District/City in 2011. Analysis results obtained that the determining factor is the completeness of the program and the availability of doctors deciding factor for the average achievement of performance indicators SPM District/City Health Center is required to complete the program.

Key words:

Minimum Service Standards, Primary Health Care, Health Workers

DAFTAR ISI

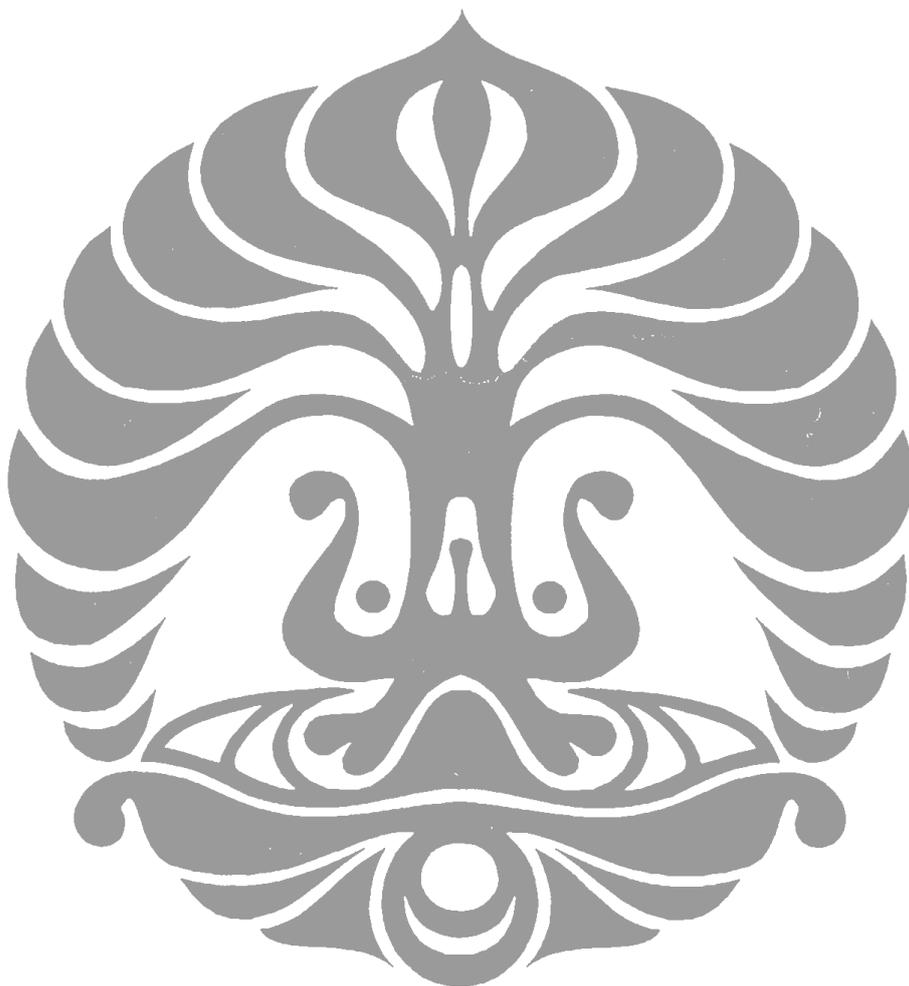
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1 Manfaat Aplikatif.....	5
1.5.2 Manfaat Akademis.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Tenaga Kesehatan.....	6
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Jenis dan Jumlah Tenaga Kesehatan.....	7
2.1.3 Gambaran Umum Kebijakan Ketenagaan.....	9
2.2 Puskesmas.....	10
2.2.1 Fungsi Puskesmas.....	11
2.2.2 Upaya Kesehatan Puskesmas.....	12
2.3 Standar Pelayanan Minimal.....	14
2.4 Evaluasi.....	17
2.4.1 Ruang Lingkup Evaluasi.....	17
2.4.2 Tujuan Evaluasi.....	18
2.4.3 Tipe Evaluasi.....	19
2.5 Daerah Tertinggal, Perbatasan Dan Kepulauan.....	20
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	22
3.1 Kerangka Teori.....	22
3.2 Kerangka Konsep.....	23
3.3 Definisi Operasional.....	26
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	28
4.1 Rancangan Penelitian.....	28
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	28
4.3 Populasi dan Sampel.....	28
4.4 Unit Analisis.....	28
4.5 Teknik Pengumpulan Data.....	28

4.6	Pengolahan Data Dan Analisis Data.....	29
4.6.1	Pengolahan Data.....	29
4.6.2	Analisis Data.....	30
BAB 5	HASIL PENELITIAN.....	36
5.1	Analisis Univariat.....	36
5.1.1	Jenis Tenaga Kesehatan.....	36
5.1.2	Jumlah Tenaga Kesehatan.....	37
5.1.3	Keberadaan Program Wajib Puskesmas.....	38
5.1.4	Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kabupaten/Kota.....	38
5.2	Analisis Bivariat.....	39
5.2.1	Hubungan Antara Variabel Jumlah Tenaga Kesehatan Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas.....	39
5.2.2	Hubungan Antara Variabel Jenis Tenaga Kesehatan Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas.....	39
5.2.3	Hubungan Variabel Jumlah Tenaga Kesehatan Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota.....	40
5.2.4	Hubungan Variabel Jenis Tenaga Kesehatan Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota.....	41
5.2.5	Hubungan Variabel Keberadaan Program Wajib Puskesmas Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota.....	41
5.3	Analisis Multivariat.....	42
5.3.1	Hubungan Antara Variabel Jumlah Dan Jenis Tenaga Kesehatan Terhadap Keberadaan Program Wajib Puskesmas.....	42
5.3.2	Hubungan Antara Variabel Jumlah Dan Jenis Tenaga Kesehatan Serta Keberadaan Program Wajib Puskesmas Terhadap Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota.....	54
BAB 6	PEMBAHASAN.....	66
6.1	Keterbatasan Penelitian.....	66
6.2	Jenis Tenaga Kesehatan.....	67
6.2.1	Hubungan Antara Jenis Tenaga Kesehatan Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas.....	69
6.2.2	Hubungan Antara Jenis Tenaga Kesehatan Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota.....	70
6.3	Jumlah Tenaga Kesehatan.....	70
6.3.1	Hubungan Jumlah Tenaga Kesehatan Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas.....	71
6.3.2	Hubungan Jumlah Tenaga Kesehatan Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota.....	72
6.4	Hubungan Keberadaan Program Wajib Puskesmas Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota.....	73
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN.....	75
7.1	Kesimpulan.....	75
7.2	Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA	78

DAFTAR TABEL

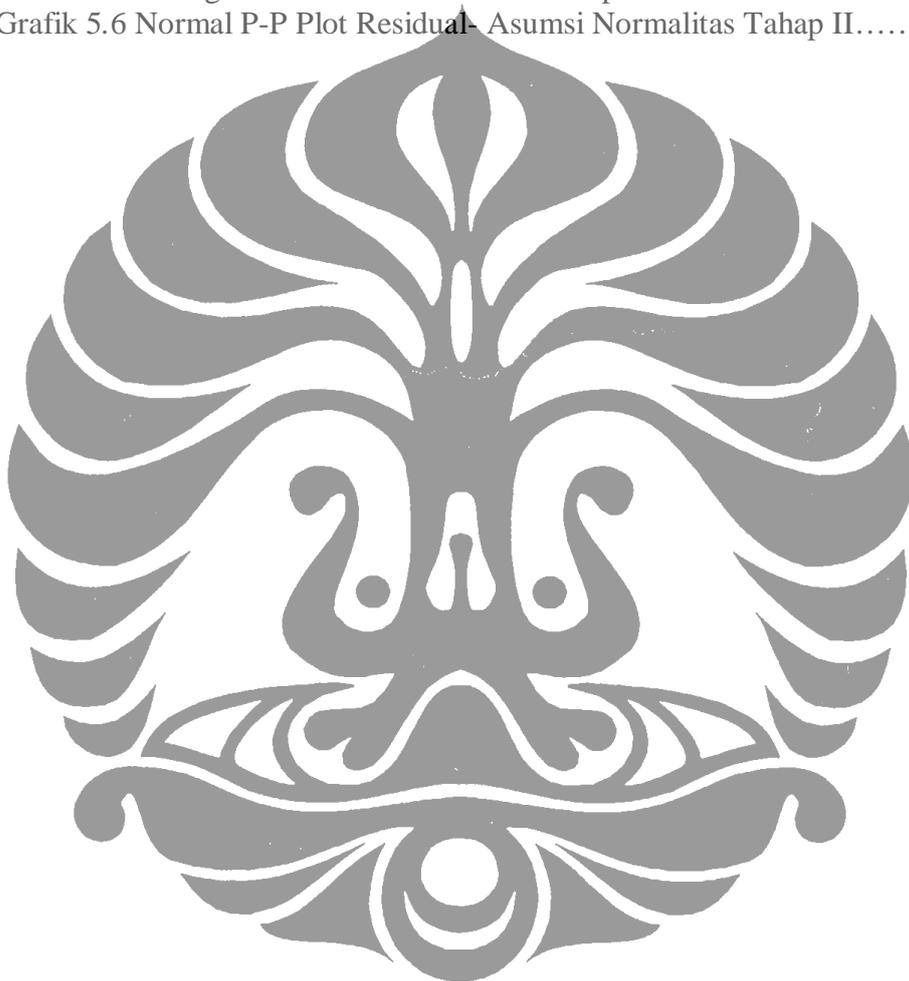
Tabel 2.1 Pembagian Urusan Pemerintahan.....	9
Tabel 2.2 Kriteria dacil dan sangat terpencil.....	21
Tabel 5.1 Distribusi variabel jenis tenaga kesehatan di Puskesmas.....	37
Tabel 5.2 Distribusi variabel Jumlah Tenaga Kesehatan	38
Tabel 5.3 Distribusi Kelengkapan Keberadaan Program Wajib Puskesmas.....	38
Tabel 5.4 Distribusi Rata-rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota.....	39
Tabel 5.5 Hubungan antara variabel jumlah nakes dengan keberadaan program wajib Puskesmas.....	39
Tabel 5.6 Hubungan variabel jenis nakes di Puskesmas dengan keberadaan program wajib Puskesmas.....	40
Tabel 5.7 Hubungan antara jumlah nakes dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.....	41
Tabel 5.8 Hubungan antara jenis nakes dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.....	41
Tabel 5.9 Hubungan antara keberadaan program wajib Puskesmas dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.....	42
Tabel 5.10 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 1 Tahap I.....	43
Tabel 5.11 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 2 Tahap I.....	44
Tabel 5.12 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 3 Tahap I.....	44
Tabel 5.13 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 4 Tahap I.....	45
Tabel 5.14 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 5 Tahap I.....	45
Tabel 5.15 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 6 Tahap I.....	46
Tabel 5.16 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 7 Tahap I.....	46
Tabel 5.17 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 8 Tahap I.....	47
Tabel 5.18 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 9 Tahap I.....	47
Tabel 5.19 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 10 Tahap I.....	48
Tabel 5.20 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 11 Tahap I.....	48
Tabel 5.21 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 12 Tahap I.....	48
Tabel 5.22 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 13 Tahap I.....	49
Tabel 5.23 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 14 Tahap I.....	49
Tabel 5.24 Asumsi Eksistensi.....	50
Tabel 5.25 Asumsi Independensi.....	51
Tabel 5.26 Asumsi Linearitas.....	51
Tabel 5.27 Asumsi Diagostik Multicollinearity.....	53
Tabel 5.28 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 1 Tahap II.....	54
Tabel 5.29 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 2 Tahap II.....	55
Tabel 5.30 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 3 Tahap II.....	55
Tabel 5.31 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 4 Tahap II.....	56
Tabel 5.32 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 5 Tahap II.....	56
Tabel 5.33 Hasil Analisis Multivariat Liar Ganda Model 6 Tahap II.....	57
Tabel 5.34 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 7 Tahap II.....	57
Tabel 5.35 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 8 Tahap II.....	58
Tabel 5.36 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 9 Tahap II.....	58
Tabel 5.37 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 10 Tahap II.....	59
Tabel 5.38 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 11 Tahap II.....	59

Tabel 5.39 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 12 Tahap II.....	59
Tabel 5.40 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 13 Tahap II.....	60
Tabel 5.41 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 14 Tahap II.....	60
Tabel 5.42 Hasil Analisis Multivariat Linear Ganda Model 15 Tahap II.....	60
Tabel 5.43 Asumsi Eksistensi Tahap II.....	62
Tabel 5.44 Asumsi Independensi Tahap II.....	62
Tabel 5.45 Asumsi Linearitas Tahap II.....	63
Tabel 5.46 Asumsi Diagnostik Multicollinearity Tahap II.....	65



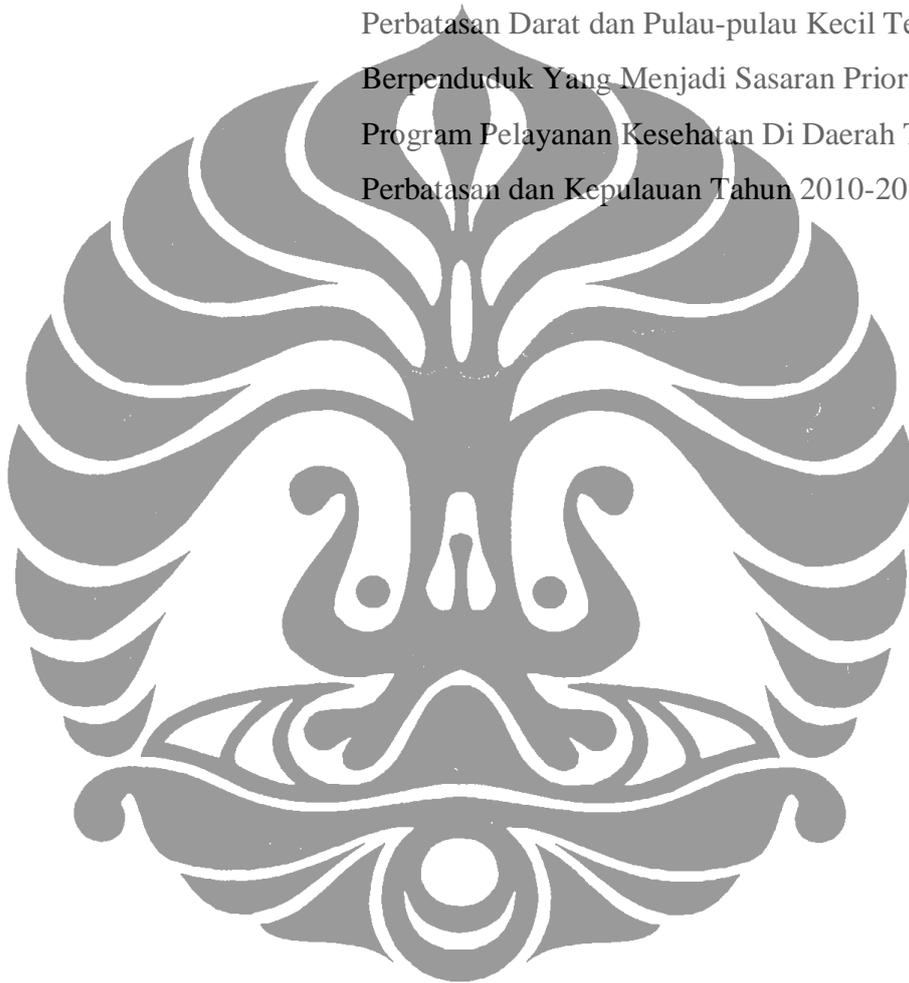
DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Tahap I.....	25
Grafik 5.1 Asumsi homoscedascity Tahap I.....	52
Garfik 5.2 Histogram-Asumsi Normalitas Tahap I.....	52
Grafik 5.3 Normal P-P Plot Residual- Asumsi Normalitas Tahap I.....	53
Grafik 5.4 Asumsi homoscedascity Tahap II.....	63
Garfik 5.5 Histogram-Asumsi Normalitas Tahap II.....	64
Grafik 5.6 Normal P-P Plot Residual- Asumsi Normalitas Tahap II.....	64



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permenkes RI Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota
- Lampiran 2 Kepmenkes RI Nomor 758/Menkes/SK/IV/2011 tentang Penetapan Kabupaten, Kecamatan dan Puskesmas di Perbatasan Darat dan Pulau-pulau Kecil Terluar Berpenduduk Yang Menjadi Sasaran Prioritas Nasional Program Pelayanan Kesehatan Di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan Tahun 2010-2014





FORMULIR PERSETUJUAN PUBLIKASI NASKAH RINGKAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dr. dr. Sandi Ilyanto, MPH
NIP/NUP : 195306211978081001

Pembimbing dari mahasiswa S1/S2/S3*:

Nama : Radinal Husein
NPM : 1106041035
Fakultas : FKM UI
Program Studi : IKM

Judul Naskah Ringkas: Studi Evaluasi ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas pada Kabupaten/kota daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan terhadap

Menyatakan bahwa naskah ringkas ini telah diperiksa, diperbaiki, Coparan Indikator kinerja dipertimbangkan dan dinyatakan dapat diunggah di UI-ana Standar pelayanan minimal (lib.ui.ac.id/unggah) dan (pilih salah satu dengan memberi) tanda silang : Kabupaten/kota

- Dapat diakses dan dipublikasikan di UI-ana (**lib.ui.ac.id**).
- Akan diproses diterbitkan pada Jurnal Prodi/Jurusan/Fakultas di UI.
- Akan diterbitkan pada prosiding seminar nasional pada Seminar
yang diprediksi akan dipublikasikan pada(bulan/tahun terbit)
- Akan diterbitkan pada Jurnal Nasional yaitu (nama jurnal),
yang diprediksi akan dipublikasikan pada(bulan/tahun terbit)
- Akan ditulis dalam bahasa Inggris dan diterbitkan pada prosiding Konferensi Internasional pada
yang diprediksi akan dipublikasikan pada(bulan/tahun terbit)
- Naskah ringkas ini baik, dan akan diubah/digabung dengan hasil penelitian lain dan ditulis dalam bahasa Inggris untuk dipersiapkan ke jurnal internasional, yaitu:
dan akan dipublikasikan pada(bulan/tahun)
- Ditunda publikasi onlinenya karena akan/sedang dalam proses paten/HKI

Depok,

(Dr. dr. Sandi Ilyanto, MPH)
Pembimbing Skripsi/Tesis/Disertasi*

* pilih salah satu

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam penyelenggaraan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) disebutkan bahwa sub sistem sumber daya manusia kesehatan sebagai pelaksana upaya kesehatan, perlu mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. (RI, Perpres. 2012). Kondisi ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas saat ini ialah sebanyak 4,2% Puskesmas tidak memiliki tenaga dokter, 39,4% tidak memiliki dokter gigi, 0,3% tidak memiliki perawat, dan 1,2% tidak memiliki tenaga bidan. Seperempat Puskesmas di Indonesia tidak memiliki tenaga gizi, 22,3% tidak memiliki sanitarian, dan 65,6% tidak memiliki tenaga promkes. Selain ketersediaan tenaga kesehatan dari segi jumlah juga terjadi ketidakseimbangan dari segi distribusi, dimana persebaran tenaga masih belum merata antar satu wilayah dengan wilayah lainnya dimana Puskesmas tanpa keberadaan Dokter masih dominan di wilayah Indonesia Timur, khususnya di Papua dan Papua Barat sampai lebih dari 16 persen dari jumlah Puskesmas yang ada di daerah tersebut. Beberapa provinsi dimana 10-15 persen dari Puskesmas masih tidak ada dokter dijumpai di Maluku Utara, Kalimantan Barat, dan Sulawesi Tengah. Puskesmas yang tidak ada tenaga Dokter seharusnya tidak terjadi jika distribusinya bisa merata di seluruh Puskesmas (Rifaskes, 2011).

Kebijakan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan rencana pembangunan kesehatan. Kementerian Kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 758/MENKES/SK/IV/2011 telah menetapkan Kabupaten, Kecamatan dan Puskesmas di Perbatasan Darat dan Pulau-pulau Terluar Berpenduduk Yang Menjadi Sasaran Prioritas Nasional Program Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan. Pada Kepmenkes tersebut ditetapkan 45 Kabupaten sebagai sasaran prioritas nasional program pelayanan kesehatan di DTPK (RI, K.K, 2011).

Distribusi tenaga kesehatan yang masih belum merata, khususnya di DTPK pada umumnya derajat kesehatan masyarakatnya jauh lebih rendah dibandingkan daerah lainnya, dimana pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 027 Tahun 2012 tentang Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) terlihat bahwa 90 Kabupaten/Kota yang termasuk dalam DTPK juga termasuk dalam Daerah Bermasalah Kesehatan. Hal ini menandakan bahwa Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) di wilayah tersebut cukup rendah atau memiliki nilai IPKM diantara rerata sampai dengan -1 (minus satu) simpang baku, tetapi mempunyai nilai kemiskinan (Pendataan Status Ekonomi/PSE) di atas rerata (RI, K.K, 2012).

Pemerintah pusat dan pemerintah daerah memberi perhatian besar pada isu keberadaan tenaga kesehatan di Puskesmas DTPK. Misalkan pada pemerintah pusat melalui Permenkes No.1231/Menkes/Per/XI/2007 tanggal 28 Nopember 2007, Depkes RI mengeluarkan kebijakan tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, tidak diminati, rawan bencana/mengalami bencana, dan konflik sosial, dimana pada tahun 2009 Kementerian Kesehatan telah menempatkan 119 tenaga kesehatan yang terdiri atas perawat, sanitarian dan nutrisisionis ke 34 pusat kesehatan masyarakat sangat terpencil di 12 propinsi (Anna, 2012). Sedangkan melalui penempatan Pegawai Tidak Tetap (PTT) per tanggal 31 Desember 2010 jumlah tenaga kesehatan PTT yang masih aktif bertugas pada sarana pelayanan kesehatan dengan kriteria biasa, terpencil dan sangat terpencil adalah 31.848 orang yang terdiri atas: dokter 2.652 orang, dokter gigi 800 orang dan bidan 28.396 orang (CHSM, 2012). Banyaknya jumlah PTT yang ditempatkan tersebut tidak hanya kontribusi dari Pemerintah Pusat tapi juga dari Pemerintah daerah karena melalui Kepmenkes Nomor 1540 tahun 2002 Pasal 12 tentang Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain dimana pemerintah daerah dapat melakukan pengangkatan tenaga medis sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) daerah provinsi/kabupaten/kota untuk daerah terpencil/sangat terpencil dan daerah biasa (Anna, 2012).

Pelaksanaan pelayanan kepada masyarakat oleh Pemerintah Daerah berpedoman kepada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan oleh

Pemerintah, hal ini sesuai dengan ketentuan tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang diatur dalam surat edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA/2002, kemudian diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah No. 65/2005 tentang SPM yang harus dipenuhi oleh pemerintah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan publik. Pelaksanaan SPM bertujuan agar penyediaan pelayanan kepada masyarakat mampu memenuhi ukuran kelayakan minimal. Dalam bidang kesehatan, Departemen Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 741 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota. Ini merupakan tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah Kabupaten/Kota. SPM Kesehatan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target tahun 2010-2015 (RI, K.K, 2008).

Penerapan dan pencapaian indikator kinerja dan target SPM Kesehatan sangat berkaitan dengan ketersediaan tenaga kesehatan karena sesuai dengan Permenkes No 741 tahun 2008 tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dimana pada pasal 5 ayat 3 disebutkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan. Atas dasar hal tersebut, dengan melihat permasalahan jumlah, jenis, kualifikasi dan distribusi tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan yang masih kurang, maka perlu dilakukan studi evaluasi ketersediaan tenaga kesehatan terhadap pencapaian indikator kinerja dari SPM khususnya di Puskesmas DTPK yang menjadi sasaran prioritas nasional program pelayanan kesehatan.

1.2 Rumusan Masalah

Permasalahan jenis, jumlah, kualifikasi dan distribusi tenaga kesehatan merupakan permasalahan ketenagaan yang sering dihadapi dalam pelayanan kesehatan khususnya di DTPK. Pemerintah memberikan perhatian yang besar terhadap DTPK diantaranya ialah dengan dikeluarkannya Kepmenkes Nomor 758/MENKES/SK/IV/2011 yang telah menetapkan 45 Kabupaten sebagai sasaran prioritas nasional program pelayanan kesehatan di DTPK.

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, Kabupaten/Kota berpedoman pada SPM bidang kesehatan. Penerapan dan pencapaian indikator kinerja SPM

bidang kesehatan sangat berkaitan dengan ketersediaan tenaga kesehatan. Atas dasar hal tersebut, maka perlu dilakukan studi evaluasi ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Kabupaten/Kota DTPK terhadap capaian indikator kinerja dari SPM Kabupaten/Kota yang menjadi sasaran prioritas nasional program pelayanan kesehatan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah gambaran jumlah dan jenis tenaga kesehatan di Puskesmas Kab/Kota DTPK?
2. Bagaimana rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di DTPK tahun 2011?
3. Bagaimana rata-rata kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas di Kab/Kota DTPK?
4. Apakah ada hubungan faktor tenaga kesehatan (jumlah dan jenis) terhadap kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas di Kab/Kota di DTPK?
5. Apakah ada hubungan faktor tenaga kesehatan (jumlah dan jenis) dan program wajib Puskesmas terhadap rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di DTPK?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor penentu terhadap keberadaan program wajib Puskesmas dan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di DTPK

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya gambaran jumlah dan jenis tenaga kesehatan di Puskesmas Kabupaten/Kota DTPK
2. Diketuinya rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di DTPK
3. Diketuinya rata-rata kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas di Kab/Kota DTPK

4. Diketuinya hubungan antara faktor tenaga kesehatan (jumlah dan jenis) dengan keberadaan program wajib Puskesmas
5. Diketuinya hubungan antara faktor tenaga kesehatan (jumlah dan jenis) dan keberadaan program wajib Puskesmas dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di DTPK tahun 2011.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangsih khususnya kepada Pemerintah Daerah di wilayah DTPK, Kementerian Kesehatan, dan umumnya pada Pemerintah Republik Indonesia.

1.5.2 Manfaat Akademis

Sebagai pengkayaan literatur tulisan ilmiah dalam bidang akademis, khususnya dalam analisis kebijakan dan hukum kesehatan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Dalam penelitian ini, metodologi penelitian studi evaluasi ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas DTPK bersifat kuantitatif dilakukan dengan menggunakan data-data sekunder dari riset fasilitas kesehatan (Rifaskes) tahun 2011 serta data capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota dari Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2013. Sebagai unit analisis dari penelitian ini adalah Kabupaten/Kota yang ada di DTPK yang berjumlah 45 Kab/Kota. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor tenaga kesehatan dan keberadaan program wajib Puskesmas yang berhubungan dengan capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota tahun 2011. Adapun pengkajian dalam penelitian ini meliputi faktor tenaga kesehatan (jumlah dan jenis) dan faktor keberadaan program.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tenaga Kesehatan

2.1.1 Pengertian

Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan (RI, PP, 1996). Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), tenaga kesehatan merupakan pokok dari subsistem SDM kesehatan, yaitu tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Bappenas, 2005)

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 32 tahun 1996 mengatur tentang jenis tenaga kesehatan, sebagai berikut:

- a. Tenaga Medis : Dokter dan dokter gigi.
- b. Tenaga Keperawatan : Perawat dan Bidan.
- c. Tenaga Kefarmasian : Apoteker, Analis Farmasi dan Asisten Apoteker.
- d. Tenaga kesehatan masyarakat : Meliputi Epidemiologi Kesehatan, Entomologi Kesehatan, Mikrobiologi Kesehatan, Penyuluh Kesehatan, Administrator Kesehatan, Sanitarian.
- e. Tenaga Gizi : Nutrision dan dietisian.
- f. Tenaga Terapan fisik : fisioterapis, okupasiterapis, terapis wicara.
- g. Tenaga Ketechnisian Medis : Radiografer, Radioterapis, Teknisi gigi, Teknisi Elektromedik, Analis Kesehatan, Refraksionis, otorik prostetik, Teknisi Transfusi Dan Perekam Medis.

Sumber Daya Manusia (SDM) bidang kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi dan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan, yang

Universitas Indonesia

terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Tenaga kesehatan profesi adalah tenaga kesehatan yang telah melalui pendidikan vokasi atau pendidikan akademis dan profesi di bidang kesehatan. Sedangkan tenaga kesehatan non profesi adalah tenaga kesehatan yang telah melalui pendidikan vokasi, pendidikan akademis tanpa melalui pendidikan profesi dalam bidang kesehatan. Tenaga pendukung/penunjang kesehatan adalah setiap tenaga yang telah memiliki ijazah pendidikan vokasi atau pendidikan akademis dan profesi pendidikan di luar kesehatan dan mengabdikan dirinya di bidang kesehatan sesuai keahliannya serta tenaga lainnya yang telah mengikuti pelatihan di bidang kesehatan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan dalam mendukung penyelenggaraan pembangunan/pelayanan kesehatan (RI,D.K. 2009).

2.1.2 Jenis dan Jumlah Tenaga Kesehatan

SDM merupakan kunci yang sangat penting untuk keberhasilan dan kemajuan organisasi. Ketepatan dalam pemilihan, penerimaan, pengelolaan dan pengembangan SDM organisasi merupakan kunci sukses organisasi untuk dapat berkembang di masa depan. Oleh karena itu, perencanaan jangka panjang tentang jumlah, jenis dan kualitas SDM yang dibutuhkan oleh rumah sakit untuk dapat menjawab tantangan masa depan. (Ilyas, 2004)

Menurut Hasibuan (2005) "Manajemen adalah fungsi yang berhubungan dengan mewujudkan hasil tertentu melalui kegiatan orang-orang. Hal ini berarti SDM berperan penting dan dominan dalam manajemen. Manajemen SDM mengatur dan menetapkan program kepegawaian yang mencakup masalah-masalah sebagai berikut:

1. Menetapkan jumlah, kualitas, dan penempatan tenaga kerja yang efektif sesuai dengan kebutuhan perusahaan berdasarkan *job description*, *job specification*, *job requirement*, dan *job evaluation*
2. Menetapkan penarikan, seleksi, dan penempatan karyawan berdasarkan asas *the right man in the right place and the right man in the right job*
3. Menetapkan program kesejahteraan, pengembangan, promosi, dan pemberhentian

4. Meramalkan penawaran dan permintaan SDM pada masa yang akan datang
5. Memperkirakan keadaan perekonomian pada umumnya dan perkembangan perusahaan pada khususnya
6. Memonitor dengan cermat undang-undang perburuhan dan kebijaksanaan pemberian balas jasa perusahaan-perusahaan sejenis
7. Memonitor kemajuan teknis dan perkembangan serikat buruh
8. Melaksanakan pendidikan, latihan dan penilaian prestasi karyawan
9. Mengatur mutasi karyawan baik vertikal maupun horizontal
10. Mengatur pensiun, pemberhentian dan pesangonnya.

Menurut Moenir, AS (1983) perencanaan kebutuhan pegawai ialah merencanakan jumlah, jenis, syarat serta sumber tenaga kerja yang diperlukan oleh suatu organisasi untuk dapat melaksanakan berbagai macam pekerjaan yang ada pada organisasi tersebut dalam rangka pencapaian tujuan organisasi.

Perencanaan Sumber Daya Manusia adalah proses estimasi terhadap jumlah berdasarkan tempat, keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan (Ilyas, 2004)

Ketenagaan kesehatan nasional saat ini menghadapi berbagai masalah kecukupan, distribusi, mutu dan pengembangan profesi. Jumlah tenaga kesehatan belum mencapai jumlah yang diinginkan, distribusinya kurang merata, kompetensi tenaga yang kurang memadai dan pengembangan profesi yang masih belum sesuai harapan. Keadaan ini perlu diperbaiki antara lain melalui perumusan kebijakan ketenagaan kesehatan yang meliputi perencanaan kebutuhan tenaga, pendidikan dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga. Dalam implementasinya kebijakan tersebut dipengaruhi baik secara positif maupun negatif oleh lingkungan strategis antara lain pelaksanaan desentralisasi, kemampuan fiskal daerah dan keadaan geografis suatu wilayah cakupan. Jika kebijakan dan implementasi berjalan dengan baik maka diharapkan berbagai permasalahan kesehatan, terutama berkaitan dengan jumlah dan jenisnya yang mencukupi, distribusi semakin baik, dan kualitasnya meningkat serta pengembangan profesi yang tertata. Dampak dari kebijakan yang diharapkan adalah pelayanan kesehatan

yang lebih baik, yang pada akhirnya akan memperbaiki status kesehatan masyarakat (Bappenas, 2005).

2.1.3 Gambaran Umum Kebijakan Ketenagaan

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 mengenai Pembagian urusan Pemerintahan antara pemerintah, pemerintahan Daerah Propinsi dan pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota diatur pula mengenai pembagian urusan pemerintah Bidang Kesehatan (RI, 2007). Khusus untuk subbidang Sumber Daya Manusia Kesehatan ditetapkan pembagian urusan sesuai dengan tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1.
Pembagian Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan dalam Sub-Sub Bidang Peningkatan Jumlah, Mutu, dan Penyebaran Tenaga Kesehatan sesuai PP 38/2007

Pemerintah	Pemerintahan Daerah Provinsi	Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota
Pengelolaan tenaga kesehatan strategis	Penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga tertentu antar kabupaten/kota skala provinsi	Pemanfaatan tenaga kesehatan strategis
Pendayagunaan tenaga kesehatan makro skala Nasional	Pendayagunaan tenaga kesehatan skala provinsi	Pendayagunaan tenaga kesehatan skala kabupaten/kota
Pembinaan dan Pengawasan Pendidikan dan Pelatihan (diklat) dan Training of Trainer (TOT) tenaga kesehatan skala Nasional	Pelatihan diklat fungsional dan teknis skala provinsi	Pelatihan teknis skala kabupaten/kota
Registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan skala Nasional sesuai peraturan perundang-undangan	Registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu skala provinsi sesuai peraturan perundang-undangan	Registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu skala kabupaten/kota sesuai peraturan perundang-undangan
Pemberian izin tenaga kesehatan asing sesuai peraturan perundang-undangan	Pemberian rekomendasi izin tenaga kesehatan asing	Pemberian izin praktek tenaga kesehatan tertentu

Sumber: Buku Standar Tenaga Kesehatan DTPK, Pusrengun SDMK

Peraturan Pemerintah (PP) ini tidak mengatur secara tegas mengenai wewenang rekrutmen tenaga kesehatan, khususnya tenaga kesehatan yang diluar jalur PNS. Disebutkan bahwa Pemerintah Pusat berwenang mengelola tenaga

kesehatan strategis. Terkait dengan hal ini, Pemerintahan Provinsi berwenang dalam penempatan tenaga kesehatan strategis dan pemindahan tenaga tertentu antar kabupaten/kota skala provinsi. Pemerintahan Kabupaten/Kota hanya berwenang dalam pemanfaatan tenaga strategis tersebut.

2.2. Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan, peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan, serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Mubarak dkk, 2009).

Menurut lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004, pengertian Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

1. Unit Pelaksana Teknis

Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD), puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

2. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Penanggungjawab Penyelenggaraan

Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah Kabupaten/Kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sedangkan Puskesmas bertanggungjawab hanya sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya.

4. Wilayah Kerja

Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (Desa/Kelurahan atau RW). Masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Puskesmas dibangun untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh dan terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya. Program kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah untuk melindungi penduduknya, termasuk mengembangkan program khusus untuk penduduk miskin (Muninjaya, 2004).

2.2.1 Fungsi Puskesmas

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004, fungsi Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

2. Pusat pemberdayaan masyarakat.

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan

termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

3. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi:

a. Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya

2.2.2 Upaya Kesehatan Puskesmas

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas, yakni terwujudnya Kecamatan Sehat Menuju Indonesia Sehat, puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika ditinjau dari sistem kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua (Keputusan Menteri Kesehatan, 2004) yakni:

Universitas Indonesia

1. Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

- a. Upaya Promosi Kesehatan
- b. Upaya Kesehatan Lingkungan
- c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- d. Upaya Perbaikan Gizi
- e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- f. Upaya Pengobatan

2. Upaya Kesehatan Pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok puskesmas yang telah ada, yakni:

- a. Upaya Kesehatan Sekolah
- b. Upaya Kesehatan Olah Raga
- c. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
- d. Upaya Kesehatan Kerja
- e. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- f. Upaya Kesehatan Jiwa
- g. Upaya Kesehatan Mata
- h. Upaya Kesehatan Usia Lanjut
- i. Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan dan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiga upaya ini merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya

pengembangan puskesmas. Perawatan kesehatan masyarakat merupakan pelayanan penunjang, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Apabila perawatan kesehatan masyarakat menjadi permasalahan spesifik di daerah tersebut, maka dapat dijadikan sebagai salah satu upaya kesehatan pengembangan. Upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula bersifat upaya inovasi, yakni upaya lain di luar upaya puskesmas tersebut di atas yang sesuai dengan kebutuhan. Pengembangan dan pelaksanaan upaya inovasi ini adalah dalam rangka mempercepat tercapainya visi puskesmas. Pemilihan upaya kesehatan pengembangan ini dilakukan oleh puskesmas bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan masukan dari BPP. Upaya kesehatan pengembangan dilakukan apabila upaya kesehatan wajib puskesmas telah terlaksana secara optimal, dalam arti target cakupan serta peningkatan mutu pelayanan telah tercapai. Penetapan upaya kesehatan pengembangan pilihan puskesmas ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dalam keadaan tertentu, upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula ditetapkan sebagai penugasan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan, 2004).

2.3 Standar Pelayanan Minimal

Ketentuan tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) diatur dalam surat edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA/2002, kemudian diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah No. 65/2005. Ketentuan tentang SPM yang harus dipenuhi oleh pemerintah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan publik. Dengan adanya otonomi daerah yang ditandai dengan disahkannya Undang-Undang No. 22/1999 yang selanjutnya diperbaharui dengan Undang-Undang No.32/2004, ternyata makin memperlonggar kewenangan daerah dalam berbagai bidang. Hal ini mengakibatkan pelaksanaan kewenangan antardaerah yang satu berbeda dengan daerah yang lain. Wacana ini menuntut pemerintah pusat tetap harus memperhatikan hak-hak masyarakat Indonesia secara keseluruhan, sehingga untuk menjamin hal itu, pemerintah pusat membuat kebijakan mengenai Standar Pelayanan Minimal. Dalam Pasal 10 ayat (1) Undang-Undang No. 32/2004 disebutkan Pemerintahan Daerah menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangannya.

Universitas Indonesia

Kemudian Pasal 11 ayat (3) menyebutkan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintah daerah berdasarkan kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas urusan wajib dan urusan pilihan. Luasnya cakupan pelayanan dasar, sebagaimana urusan wajib yang menjadi kewenangan daerah. Sehingga perlu adanya pengaturan standar pelayanan, paling tidak dalam kategori minimal dengan berpedoman pada standar yang ditetapkan. Tujuannya adalah untuk mengukur tingkat kualitas pelayanan jasa, pelayanan barang dan/atau pelayanan usaha yang diberikan pemerintah dan/atau pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. SPM merupakan tolok ukur untuk menilai kinerja penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat di bidang pemerintahan umum, pendidikan, kesehatan, fasilitas umum dan layanan publik lainnya (Khozin, 2010).

Penerapan SPM membutuhkan aturan normatif dan memiliki kekuatan hukum yang jelas dan kuat. Sehingga dapat diimplementasikan dengan baik. Selain itu perlu juga dilakukan evaluasi serta monitoring untuk mengetahui seberapa jauh keberhasilan dari kebijakan SPM ini. Penerapan SPM di lingkungan instansi pemerintah daerah secara kelembagaan di monitor dan dikendalikan melalui gubernur sebagai wakil pemerintah di daerah (dekonsentrasi). Banyaknya keluhan dari masyarakat mengindikasikan sistem monitoring pemerintah terhadap penerapan SPM ini belum efektif. Monitoring dan evaluasi ini seharusnya melibatkan juga pihak eksternal pemerintah yang independen. Dengan demikian, jika ditemukan adanya penyimpangan dari SPM maka dapat diambil sanksi (Khozin, 2010).

Meskipun kewajiban penyusunan rencana target pencapaian SPM bagi pemerintah daerah di seluruh kabupaten ataupun kota di seluruh Indonesia sudah lama diserukan, namun belum semua pemerintah daerah memenuhi kewajibannya tersebut. Selain mereka belum paham sepenuhnya tentang konsep SPM ini, mereka juga memiliki kendala dalam penyusunannya, seperti penentuan indikator maupun masalah dana. Hanya saja beberapa daerah sudah mulai menyusunnya. Meskipun belum semua bidang dapat disusunkan Standar Pelayanan Minimalnya (Khozin, 2010).

Dalam Peraturan Presiden nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional disebutkan bahwa pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Otonomi fungsional yang dimaksud ialah pengelolaan kesehatan dilakukan berdasarkan kemampuan dan ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan.

Agar pelaksanaan SPM di Kab/Kota dapat berjalan dengan standar pemerintah mengeluarkan Permenkes RI No 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Yang dilanjutkan dengan dikeluarkannya Petunjuk Teknis SPM melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota. SPM Kesehatan tersebut meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2010 – Tahun 2015:

a. Pelayanan Kesehatan Dasar :

1. Cakupan kunjungan Ibu hamil K4 95 % pada Tahun 2015;
2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 80% pada Tahun 2015;
3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90% pada Tahun 2015;
4. Cakupan pelayanan nifas 90% pada Tahun 2015;
5. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 80% pada Tahun 2010;
6. Cakupan kunjungan bayi 90%, pada Tahun 2010;
7. Cakupan Desa/Kelurahan *Universal Child Immunization* (UCI) 100% pada Tahun 2010;
8. Cakupan pelayanan anak balita 90% pada Tahun 2010;
9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin 100 % pada Tahun 2010;
10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan pada Tahun 2010;
11. Cakupan Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat 100 % pada Tahun 2010;

12. Cakupan peserta KB aktif 70% pada Tahun 2010;
 13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 100% pada Tahun 2010;
 14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015.
- b. Pelayanan Kesehatan Rujukan
1. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015;
 2. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota 100 % pada Tahun 2015.
- c. Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa /KLB
1. Cakupan Desa/ Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam 100% pada Tahun 2015.
- d. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
1. Cakupan Desa Siaga Aktif 80% pada Tahun 2015.

Penerapan dan pencapaian indikator kinerja dan target SPM sangat berkaitan dengan ketersediaan tenaga kesehatan dimana pada Permenkes no 741 tahun 2008 tentang SPM bidang kesehatan di Kabupaten/Kota disebutkan dalam pasal 5 ayat 3 bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

2.4 Evaluasi

2.4.1 Ruang Lingkup Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan lebih lanjut dari kegiatan pengukuran dan pengembangan indikator; oleh karena itu dalam melakukan evaluasi harus berpedoman pada ukuran-ukuran dan indikator yang telah disepakati dan ditetapkan. Evaluasi juga merupakan suatu proses umpan balik atas kinerja masa lalu yang berguna untuk meningkatkan produktivitas dimasa datang, sebagai suatu proses yang berkelanjutan, evaluasi menyediakan informasi mengenai kinerja dalam hubungannya terhadap tujuan dan sasaran (Notoatmodjo, 2003).

2.4.2 Tujuan Evaluasi

Evaluasi memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Membantu perencanaan di masa yang akan datang.
- b. Mengetahui apakah sarana yang tersedia dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya.
- c. Menentukan kelemahan dan kekuatan daripada program, baik dari segi teknis maupun administratif yang selanjutnya diadakan perbaikan-perbaikan.
- d. Membantu menentukan strategi, artinya mengevaluasi apakah cara yang telah dilaksanakan selama ini masih bisa dilanjutkan, atau perlu diganti.
- e. Mendapatkan dukunagn dari psonsor (pemerintah atau swasta), berupa dukungan moral maupun material.
- f. Motivator, jika program berhasil, maka akan memberikan kepuasan dan rasa bangga kepada para staf, hingga mendorong mereka bekerja lebih giat lagi.

Tujuan pokok atau tujuan utama dari evaluasi atau melakukan penilaian di bidang kesehatan adalah adanya perubahan perilaku, dalam teori dinyatakan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh sikapnya. Kalau berhasil mengubah sikap seseorang, maka ia akan mengubah perilakunya (Mubarak dkk., 2009).

Penilaian sebagai salah satu fungsi manajemen bertujuan untuk mempertanyakan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan dari suatu perencanaan, sekaligus mengukur seobyektif mungkin hasil-hasil pelaksanaan itu dengan memakai ukuran-ukuran yang dapat diterima pihak-pihak yang terlibat dalam suatu perencanaan. Penilaian adalah suatu upaya untuk mengukur member nilai secara obyektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Tujuan utama dari penilaian adalah agar hasil penilaian tersebut dapat dipakai sebagai umpan balik untuk perencanaan sebelumnya (Muninjaya, 2004).

2.4.3 Tipe Evaluasi

Evaluasi menurut Pietrzak (1990), ada 3 (tiga) tipe jenis evaluasi, yaitu evaluasi *input*, proses, *outcome* atau hasil.

a. Evaluasi *input*

Evaluasi input difokuskan pada elemen-elemen input yang ada di dalam program yang mencakup staf, partisipan program, sumber daya program, dan layanan-layanan lain yang mendukung jalannya program. Elemen-elemen ini merupakan “bahan mentah” dari suatu program.

Tujuan dari evaluasi input adalah untuk mengidentifikasi elemen-elemen tersebut, untuk kemudian dilihat seberapa baik elemen itu mencerminkan tujuan program dan criteria evaluasi lainnya.

b. Evaluasi proses

Evaluasi proses difokuskan pada aktifitas program yang melibatkan interaksi langsung antara klien dengan staf, yang mana aktifitas tersebut adalah inti dari pencapaian tujuan program. Dalam evaluasi proses kita melihat seberapa baik pemberian layanan, apakah layanan yang telah dilakukan sesuai dengan apa yang seharusnya dilakukan.

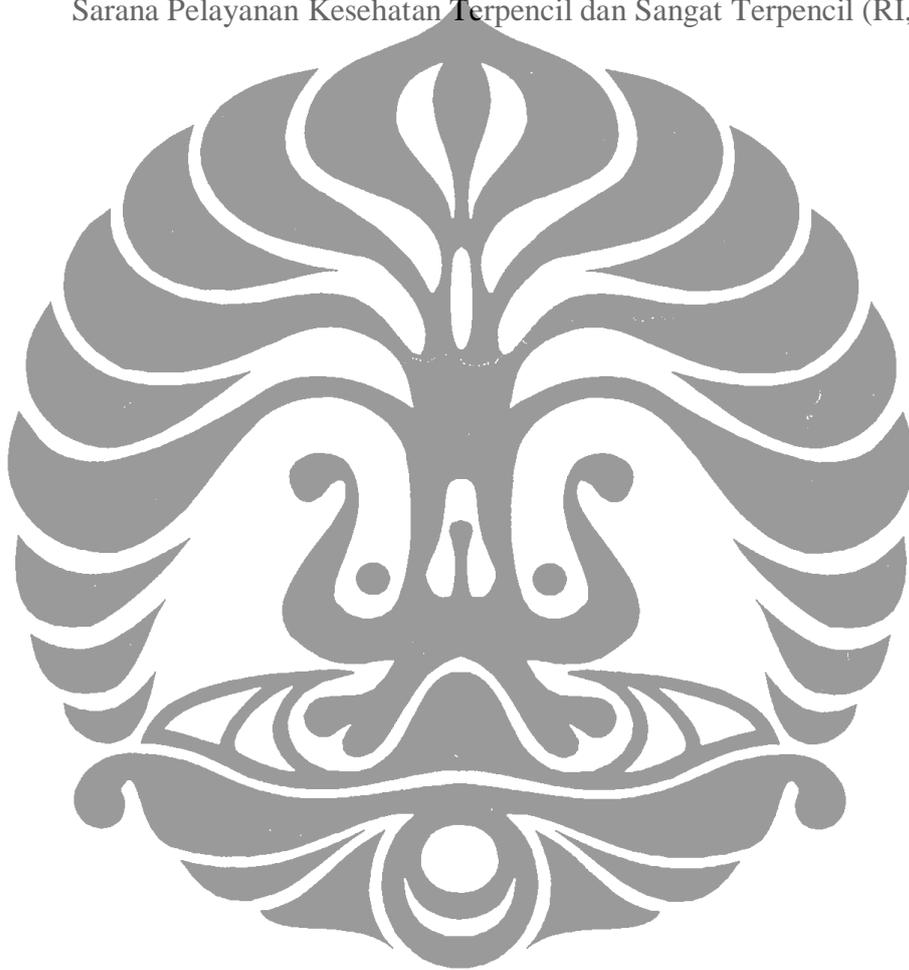
c. Evaluasi *Outcome*

Evaluasi outcome menurut Pietrzak (1990) diarahkan pada evaluasi keseluruhan dampak (*overall impact*) dari suatu program terhadap penerima layanan (*recipients*). Hal ini melihat apakah program telah mencapai hasil yang diharapkan seperti yang telah direncanakan di awal serta dampaknya bagi target penerima layanan, dalam hal ini klien.

2.5 Daerah Tertinggal, Perbatasan Dan Kepulauan

Berdasarkan Kepmenkes Nomor 949 tahun 2007, daerah terpencil dan sangat terpencil didefinisikan sebagai daerah yang sangat sulit dijangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografi (kepulauan, pegunungan, daratan, hutan, dan rawa), transportasi dan sosial budaya.

Berikut ini adalah kriteria terpencil dan sangat terpencil menurut Kep Menkes Nomor 949 tahun 2007 dan Permenkes 1239 tahun 2007 tentang Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpencil dan Sangat Terpencil (RI, D.K. 2007).



Tabel 2.2
Kriteria Daerah Terpencil dan Sangat Terpencil Berdasarkan Kep Menkes
Nomor 949 tahun 2007 dan Permenkes 1239 tahun 2007

Kriteria	Daerah Terpencil	Daerah Sangat Terpencil
Letak Geografis	Berada di wilayah yang sulit dijangkau	Berada di wilayah yang sulit dijangkau
	Pegunungan, pedalaman, dan rawa-rawa	Pegunungan, pedalaman, dan rawa-rawa
	Rawan bencana alam baik gempa, longsor, maupun gunung api	Pulau kecil/gugus pulau dan daerah pesisir Berada di wilayah perbatasan Negara lain, baik darat maupun di pulau-pulau kecil terluar
Akses transportasi	Transportasi yang umum digunakan (darat/air/udara) rutin maksimal 2 (dua) kali seminggu	Transportasi yang umum digunakan (darat/air/udara) rutin maksimal 1 (satu) kali seminggu
	Waktu tempuh pulang pergi lebih dari 6 jam perjalanan	Waktu tempuh pulang pergi lebih dari 8 (delapan) jam perjalanan
		Hanya tersedia transportasi dengan pesawat udara untuk mencapai lokasi
		Transportasi yang ada sewaktu-waktu terhalang kondisi iklim/cuaca (seperti musim angin, gelombang, dan lain-lain) Tidak ada transportasi umum
Sosial ekonomi	Kesulitan pemenuhan bahan pokok	Kesulitan pemenuhan bahan pokok
	Kondisi keamanan	Kondisi keamanan
Persyaratan khusus	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1239 tahun 2007 menambahkan : 1. Sarana pelayanan kesehatan yang berada pada daerah-daerah yang tidak termasuk kriteria terpencil atau sangat terpencil sebagaimana dimaksud pada persyaratan di atas, dengan kesulitan pemenuhan kebutuhan tenaga medis terutama dokter spesialis maka disetarakan dengan sarana pelayanan kesehatan dengan kriteria terpencil 2. Sarana pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ketentuan point 1 di atas adalah sarana pelayanan kesehatan yang sulit di dalam pemenuhan kebutuhan tenaga medis terutama dokter spesialis dengan berbagai sebab. 3. Sarana pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada point 2 adalah dalam rangka pemenuhan kebutuhan tenaga medis, terutama dokter spesialis	
Tambahan	Bagi Puskesmas, penetapan kriteria terpencil dan sangat terpencil ditentukan dari jarak ibukota kabupaten ke lokasi puskesmas	
	Bagi sarana pelayanan rujukan penetapan kriteria terpencil dan sangat terpencil ditentukan dari jarak ibukota propinsi ke lokasi sarana rujukan	
	Bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya penetapan kriteria terpencil dan sangat terpencil ditentukan dari jarak ibukota kabupaten ke lokasi sarana pelayanan kesehatan lainnya.	

Sumber: Buku Standar Tenaga Kesehatan DTPK, Pusrengun SDM

BAB 3
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP
DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

HL. Blum menyebutkan bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh 4 (empat) determinan kesehatan, yakni Perilaku Kesehatan, Genetik, Lingkungan, dan Pelayanan Kesehatan. Sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat melalui determinan pelayanan kesehatan, pemerintah mengeluarkan Permenkes No 741 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Keberhasilan implementasi kebijakan SPM ditentukan oleh banyak variabel dan faktor yang saling berhubungan satu sama lain. Keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi 4 (empat) faktor, yaitu (Juliartha 2009) :

- a. Komunikasi, keberhasilan kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan (*target group*) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas atau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi resistensi dari kelompok sasaran.
- b. Sumber daya, walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsistensi, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, yakni kompetensi implementor, dan sumber daya financial. Sumber daya adalah faktor penting untuk implementasi kebijakan agar efektif. Tanpa sumber daya, kebijakan hanya tinggal di kertas menjadi dokumen saja.
- c. Disposisi, adalah watak dan karakteristik atau sikap yang dimiliki oleh implementor seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sifat atau perspektif yang berbeda dengan

pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.

- d. Struktur birokrasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya SOP (*standard operating procedures*). SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. Ini pada gilirannya menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

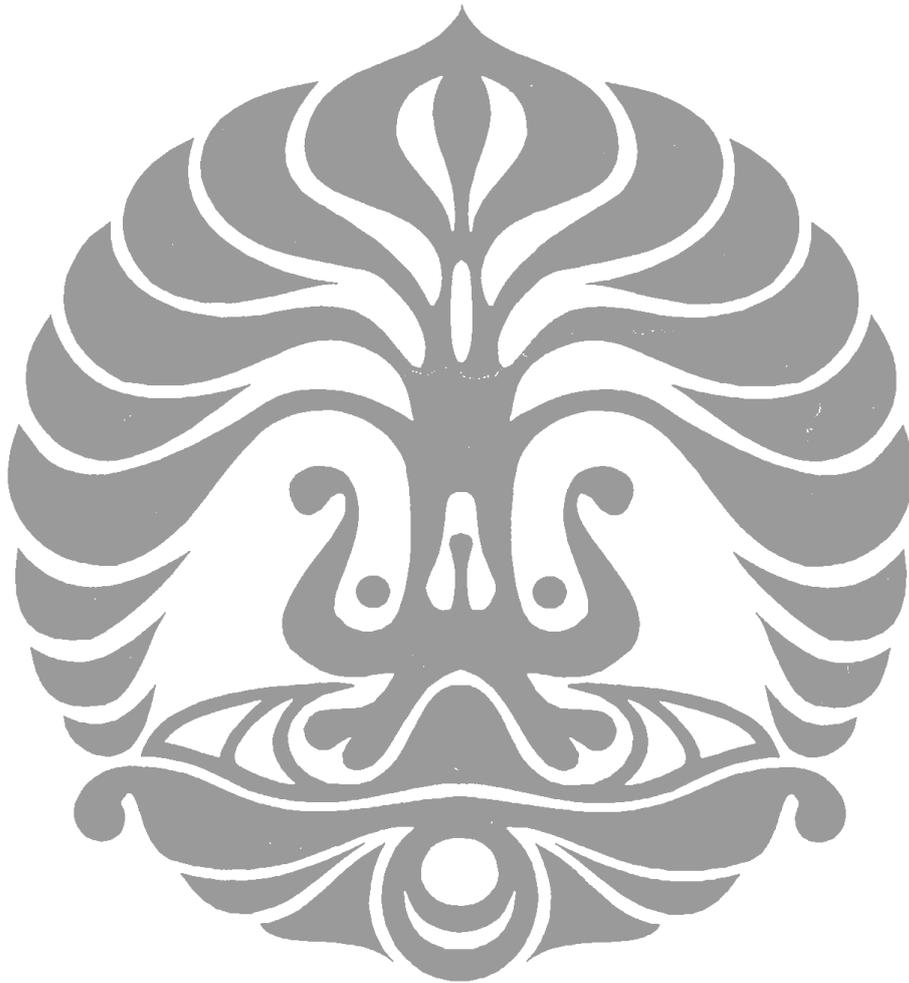
Dukungan sumber daya manusia dalam implementasi suatu kebijakan diatur oleh Pemerintah berdasarkan Undang-undang kesehatan nomor 36 tahun 2009 pasal 21 dimana disebutkan bahwa Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Ketentuan mengenai perencanaan tenaga kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan selanjutnya diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan dimana disebutkan bahwa perencanaan nasional tenaga kesehatan disusun dengan memperhatikan faktor:

- a. Jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat.
- b. Sarana kesehatan.
- c. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.

3.2 Kerangka Konsep

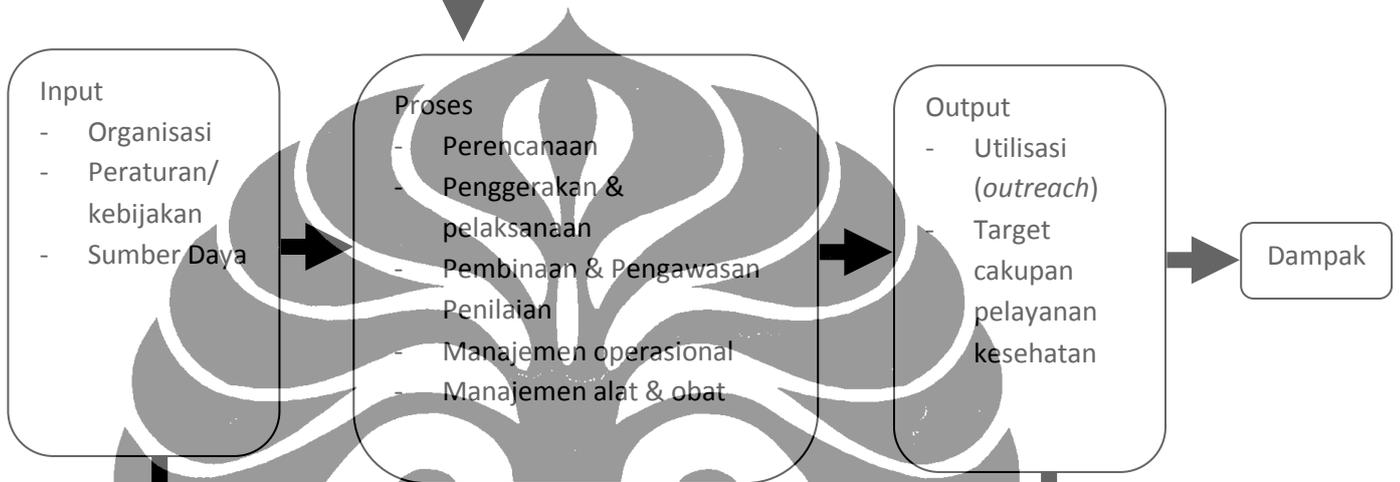
Dengan mengacu pada terori diatas yang menempatkan Sumber Daya Manusia (SDM) sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan serta melihat Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 bahwa perencanaan tenaga kesehatan nasional harus memperhatikan jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan maka peneliti mencoba menggambarkan kerangka konsep melalui pendekatan sistem yang terdiri dari elemen input, proses, output, dampak, umpan balik dan

lingkungan. Dimana pada penelitian ini peneliti mencoba melihat evaluasi pada elemen input, yaitu tenaga kesehatan dengan melihat pada kecukupan jenis dan jumlah serta elemen output dengan melihat dari rata-rata capaian indikator kinerja SPM. Atas dasar hal tersebut, peneliti menggambarkan kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut:

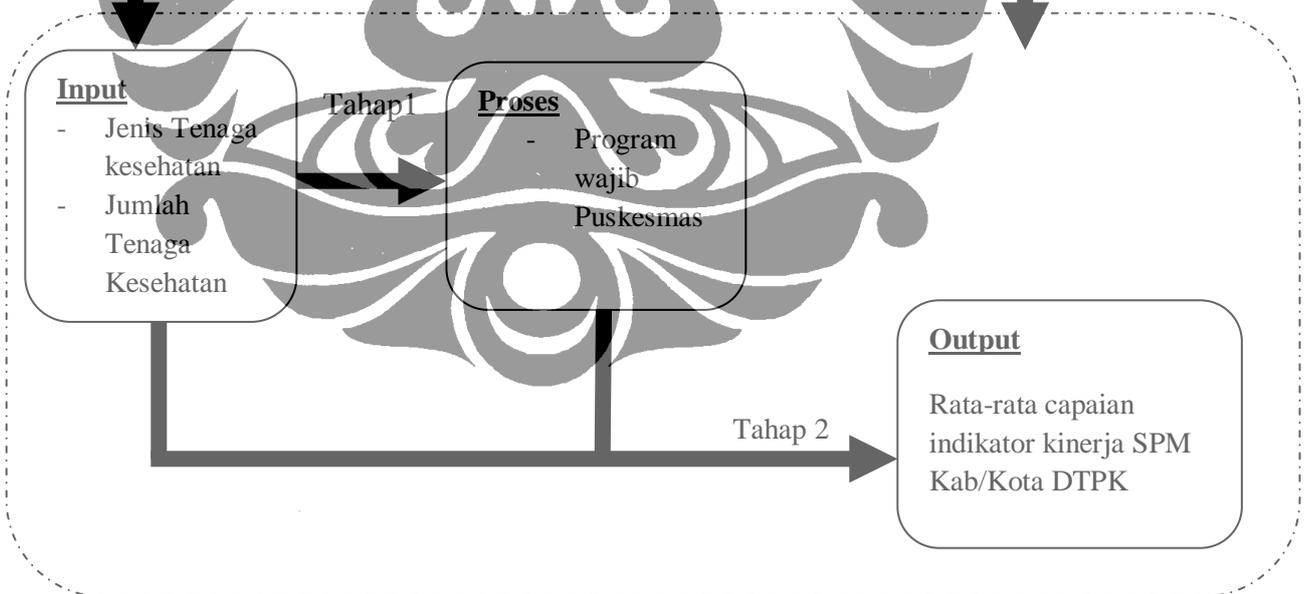




Sumber: HL. Blum



Sumber : Laporan Nasional Rifaskes 2011



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Studi Evaluasi Kecukupan Tenaga di DTPK

3.3 Definisi Operasional

1. Rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota DTPK

Definisi:

rata-rata dari keseluruhan capaian indikator kinerja pelaksanaan SPM tahun 2011 tiap Kab/Kota sesuai dengan Permenkes Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang SPM Bidang Kesehatan di Kab/Kota, yang terdiri atas 18 indikator, yaitu:

- Cakupan kunjungan Ibu hamil K4;
- Cakupan komplikasi kebidanan;
- Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan;
- Cakupan pelayanan nifas;
- Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani;
- Cakupan kunjungan bayi;
- Cakupan Desa/Kelurahan *Universal Child Immunization* (UCI);
- Cakupan pelayanan anak balita;
- Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin;
- Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan;
- Cakupan Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat;
- Cakupan peserta KB aktif;
- Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit;
- Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin;
- Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin;
- Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota;
- Cakupan Desa/ Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam
- Cakupan Desa Siaga Aktif

Cara ukur:

Rata-rata capaian indikator kinerja SPM kab/kota x:

$$= \frac{\% \text{ indikator 1} + \% \text{ indikator 2} + \dots + \% \text{ indikator 18}}{18}$$

Skala ukur : Rasio

Hasil ukur : Persen

Sumber data : Pusdatin, Setjen, Kemenkes RI

2. Jenis Tenaga Kesehatan

Definisi:

Jenis tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas sesuai dengan PP 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan, yaitu:

- Dokter umum
- Dokter gigi
- Apoteker
- Teknis kefarmasian
- Perawat
- Bidan
- Perawat gigi
- Sanitarian
- Tenaga gizi
- Penyuluh kesehatan/promkes
- Analis kesehatan
- Tenaga kesehatan lainnya (untuk jenis tenaga kesehatan diluar yang sudah disebutkan diatas)

Cara ukur : Jumlah kuantitatif dari tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas

Skala ukur : Rasio

Hasil ukur : Jumlah

Sumber data : Rifaskes 2011

3. Jumlah tenaga kesehatan

Definisi:

Proporsi salah satu jenis tenaga kesehatan dibagi jumlah seluruh tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas

Cara ukur : Jumlah kuantitatif dari tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas dibagi jumlah seluruh tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas

Skala ukur : Rasio

Hasil ukur : Persen

Sumber data : Rifaskes 2011

4. Rata-rata kelengkapan program wajib Puskesmas

Definisi:

Upaya kesehatan wajib Puskesmas sesuai dengan Permenkes No 128 tahun 2004, yaitu:

- Upaya promosi kesehatan
- Upaya kesehatan lingkungan
- Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
- Upaya perbaikan gizi
- Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- Upaya pengobatan
- Cara ukur :

$$= \frac{\text{upaya kesehatan wajib yang ada di Puskesmas}}{\text{upaya kesehatan wajib di Puskesmas (6 program)}} \times 100\%$$
- Skala ukur : Rasio
- Hasil ukur : Persen
- Sumber data : Rifaskes 2011

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Desain studi yang digunakan dalam penelitian ini mengikuti desain studi yang dilakukan oleh Riset Fasilitas Kesehatan tahun 2011 yang dilakukan oleh Badan Litbang Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Dalam survei tersebut digunakan desain studi potong lintang (*cross sectional*), dengan tujuan mengukur suatu variabel pada satu titik tertentu dengan cara wawancara, observasi langsung dan pemeriksaan dokumen.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor penentu terhadap keberadaan program wajib Puskesmas dan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di DTPK

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada Puskesmas di 45 Kabupaten DTPK dengan menggunakan data rifaskes 2011 dan Pusdatin Kemenkes, kegiatan penelitian dilakukan pada bulan Juni 2013.

4.3 Populasi dan Sampel

Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah seluruh Puskesmas di 45 Kabupaten DTPK berdasarkan pada data Rifaskes 2011 (*total sampling*).

4.4 Unit Analisis

Unit analisis dalam penelitian ini ialah Kabupaten/Kota setelah dilakukan agregat terhadap variabel yang ada.

4.5 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dan informasi dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan data sekunder. Data sekunder diperoleh melalui dokumen hasil penelitian rifaskes tahun 2011 yang merupakan salah satu riset kesehatan nasional yang secara berkala dilakukan oleh Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan RI. Rifaskes 2011 dilaksanakan dengan tujuan untuk memperoleh informasi

terkini tentang *supply* pelayanan kesehatan, yaitu pada fasilitas kesehatan Rumah Sakit Umum (RSU) Pemerintah, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Laboratorium Klinik Mandiri (LKM) sedangkan untuk data pencapaian indikator kinerja SPM Kab/Kota menggunakan laporan kinerja SPM Kab/Kota dari Pusdatin, Setjen, Kemenkes RI.

Data sekunder untuk variabel dikumpulkan dari data yang bersifat *cross sectional* dengan langkah sebagai berikut:

- Pengumpulan data sekunder dari Puskesmas di 45 Kabupaten DTPK, yaitu data tentang jenis tenaga kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, keberadaan program dan rata-rata capaian output dari indikator kinerja SPM Kab/Kota.
- Pengumpulan informasi yang terkait dengan penelitian ini dilakukan dengan studi literatur melalui buku teks terkait, jurnal, *internet*, koran maupun penelitian sejenis.

4.6 Pengolahan Data Dan Analisis Data

4.6.1 Pengolahan Data

Data sekunder yang terkumpul dilakukan penghitungan dan pengelompokan terhadap setiap komponen variabel seperti keberadaan program, jenis tenaga kesehatan, rata-rata jumlah tenaga kesehatan dan output (rata-rata capaian indikator kinerja SPM). Pengolahan data menggunakan program Komputer. Proses pengolahan data dilakukan melalui empat tahap yaitu : *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning* data.

▪ *Editing*

Kegiatan *editing* data sekunder dilakukan untuk meneliti kembali setiap data hasil penghitungan dan pengelompokan data sesuai dengan variabel yang diteliti.

- *Coding*
Kegiatan *coding* dilakukan dengan mengklasifikasikan data dan memberi tanda pada masing-masing data yang bertujuan untuk memudahkan analisa dan mempercepat proses *entry data*.
- *Entry Data*
Kegiatan *entry data* dilakukan dengan memasukkan data yang telah dilakukan *editing, coding* ke dalam program komputer.
- *Cleaning Data*
Kegiatan *cleaning data* untuk membersihkan data yang dilakukan dengan cara melihat distribusi frekuensi dari jumlah tenaga kesehatan, jenis tenaga kesehatan, karakteristik Puskesmas dan capaian output (indikator kinerja SPM) yang dilihat dari mean, median, standar deviasi serta nilai minimal dan maksimalnya dan menilai kelogisannya, bila diperlukan dapat dilakukan pengecekan ulang pada *entry data*.
- *Scoring*
Kegiatan *scoring* bertujuan untuk mempermudah analisis data. *Scoring* dilakukan dengan cara pemberian bobot atau nilai untuk masing-masing variabel. Variabel yang dilakukan *scoring* ialah variabel jenis tenaga kesehatan, jumlah tenaga kesehatan dan output.

4.6.2 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan menggunakan software SPSS (*statical package for social science*) untuk mengetahui pengaruh hubungan jumlah dan jenis tenaga kesehatan serta keberadaan program wajib Puskesmas terhadap kinerja SPM kesehatan Puskesmas digunakan uji kolerasi atau regresi yang dilakukan secara bertahap meliputi analisis univariabel, analisis biavariabel dan analisis multivariabel (Notoatmodjo.2010).

Analisis Univariabel

Analisis univariabel digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variable, sehingga dapat diketahui variasi dari masing-masing

variabel tersebut. Analisis univariabel bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Bentuk analisis univariabel dalam penelitian ini menggunakan nilai mean atau rata-rata, median, standar deviasi dan *confiden interval* (Hastono & Sabri, 2010)

Analisis Bivariabel

Analisis yang melibatkan antara variabel independen dan variabel dependen disebut analisis bivariat, dengan melakukan analisis korelasi dan dan regresi linier sederhana (Suprpto, 2010). Analisis bivariabel dilakukan untuk mengetahui hubungan terhadap variabel independen dengan variabel dependen yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Hastono & Sabri, 2010).

1. Analisis Kolerasi

Analisis korelasi bertujuan untuk mengetahui keeratan hubungan serta arah hubungan dua variabel. Dalam hal ini apakah hubungan variabel independen dan variabel dependen mempunyai keeratan yang kuat atau lemah serta apakah kedua variabel tersebut berpola positif atau negatif. Secara sederhana untuk dapat dilihat melalui dari diagram tebar/pencar (*Scatter Plot*), atau untuk tepatnya dengan menggunakan koefisien korelasi *Pearson Product Moment* dengan rumus (Hastono & Sabri, 2010):

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X \cdot \sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2] \cdot [n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

2. Analisis Regresi Sederhana

Analisis regresi sederhana bertujuan untuk mengetahui bentuk hubungan diantara dua variabel dengan membuat perkiraan nilai variabel dependen melalui variabel independen. Analisis dilakukan dengan menggunakan metode kuadrat terkecil (*least square*), yaitu pembuatan garis regresi dengan cara meminimalkan jumlah kuadrat jarak antara nilai Y sebenarnya dengan nilai Y yang diramalkan, dengan rumus (Hastono & Sabri, 2010):

$$Y = a + bx \quad a = \bar{Y} - b\bar{X} \quad b = \frac{n(\sum XY) - (\sum X \cdot \sum Y)}{n\sum X^2 - (\sum X)^2}$$

Y = kinerja SPM

a = intersep

b = slope

X = variabel Independen

Y = variabel dependen

e = nilai kesalahan (*error*)

Analisis Multivariabel

Analisis multivariabel digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen secara bersamaan, dengan menggunakan teknik analisis regresi linier ganda (Notoatmodjo, 2010). Analisis regresi linier ganda ini melibatkan variabel dependen yang metrik yang dipengaruhi atau terkait dengan lebih dari satu variabel independen yang metrik atau non-metrik (Supranto, 2010). Model analisa regresi linier berganda dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut (Walpole, 1992):

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + e$$

Y = kinerja SPM

a = intersep

b₁, b₂, b₃, b₄ = koefisien regresi

x₁ = jumlah tenaga kesehatan

x₂ = jenis tenaga kesehatan

x₃ = program wajib Puskesmas

e = nilai kesalahan (*error*)

Kegunaan regresi linier berganda

Kegunaan analisis regresi linier berganda dalam penelitian ini terdiri dari dua kegunaan yaitu :

1. Prediksi, yaitu untuk memperkirakan variabel dependen dengan menggunakan informasi dari beberapa variabel independen.
2. Estimasi, yaitu untuk mengetahui besarnya pengaruh dari setiap variabel independen terhadap variabel dependen (Hastono, 2010).

Asumsi Regresi linier ganda

Beberapa asumsi perlu dipenuhi dalam pelaksanaan analisis regresi linier ini, seperti :

1. Asumsi univariabel
Variabel numerik terutama variabel dependen harus berdistribusi normal sehingga dapat dianalisis dengan statistik parametrik.
2. Asumsi bivariabel
Korelasi variabel dependen dengan independen diuji dengan uji korelasi pearson atau regresi linier sederhana. Variabel yang masuk kandidat multivariabel adalah variabel dengan nilai *p value* < 0,25.
3. Asumsi multivariabel
 - a. Eksistensi
Asumsi ini berhubungan dengan teknik pengambilan sampel, yaitu asumsi dapat dipenuhi jika pengambilan sampel dilakukan secara random. Asumsi ini dapat dideteksi dari analisis deskriptif variabel residual dari model. Jika pada residual terdapat nilai mean dan varians atau standar deviasi maka asumsi eksistensi terpenuhi.
 - b. Independensi
Nilai Y secara statistik pada tiap individu tidak tergantung satu sama lain. Asumsi ini hanya berlaku jika satu individu hanya dilakukan observasi atau pengukuran satu kali. Asumsi ini harus dipenuhi karena jika tidak dipenuhi akan mempengaruhi kevalidan kesimpulan statistik. Asumsi ini dapat diukur dengan uji Durbin Watson, bila nilai Durbin Watson berada antara -2 s/s +2, maka asumsi independensi terpenuhi.

c. Linearitas

Rata-rata nilai Y adalah fungsi lurus dari xi yang dibentuk dari persamaan regresi. Asumsi linearitas dapat diketahui dari uji Anova. Bila nilai $p\text{ value} < \alpha$ maka model berbentuk linier.

d. Homoscedastisity

Varians setiap nilai variabel Y sama untuk setiap nilai variabel x. Asumsi ini dapat diketahui dengan melihat titik tebaran plot residual. Jika titik tebaran tidak memiliki pola tertentu dan menyebar merata disekitar garis nol residual maka varian homogen pada setiap nilai x dan asumsi terpenuhi.

e. Normalitas

Asumsi normalitas dapat diketahui dari P-P plot residual. Bila data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah diagonal maka asumsi normalitas terpenuhi

f. Koliniearitas

Koliniearita terjadi bila antar variabel independen terjadi saling hubungan yang kuat. Untuk dapat mengetahuinya dengan melihat nilai koefisien korelasinya, bila r lebih tinggi dari 0,8 maka terjadi koliniearitas (Hastono, 2010).

Pemodelan

Aspek yang penting dalam regresi linier ganda adalah memilih variabel independen sehingga terbentuk sebuah model yang paling sesuai untuk menjelaskan variabel dependen yang sesungguhnya dalam populasi. Model yang digunakan adalah model dengan nilai R² besar tapi jumlah variabel independen sedikit (Hastono, 2010).

Langkah dalam regresi linier berganda

Langkah-langkah dalam pelaksanaan analisis regresi linier ganda adalah sebagai berikut (Hastono, 2010) :

1. Melakukan analisis bivariabel

Analisis ini dilakukan untuk untuk menentukan variabel yang menjadi kandidat model. Setiap variabel independen dihubungkan terhadap variabel

dependen dengan memperhatikan nilai p valuenya, jika p value $< 0,25$ maka variabel tersebut menjadi kandidat model multivariabel.

2. Melakukan analisis secara bersamaan.

Pada penelitian ini digunakan metode ENTER yaitu semua variabel independen dimasukkan secara serentak, kemudian pengeluaran variabel dari model didasarkan kepada pertimbangan peneliti, baik secara substansi maupun statistik.

3. Melakukan diagnosis regresi linier dengan cara menguji keenam asumsi yaitu eksistensi, independensi, linearitas, homoskedatisiti, normalitas, dan kolinearitas.

4. Analisis Interaksi

Analisis interaksi sangat bergantung pada kemaknaan secara substansi. Apabila variabel-variabel independen yang masuk kedalam model memang secara teori perlu dianalisis interaksinya maka analisis interaksi dapat dilakukan

5. Penilaian Reliabilitas Model

Model regresi yang sudah terpilih perlu dicek reliabilitasnya dengan cara membagi (*split*) sampel ke dalam dua kelompok. Untuk masing-masing sampel dibuat model dengan variable yang sama, kemudian bandingkan antara model 1 dan model 2, bila hasilnya sama maka model tersebut *reliable*.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini akan disajikan secara berurutan sesuai dengan analisis yang dipakai, yaitu dimulai dengan analisis univariat yang meliputi distribusi dari seluruh variabel yang diteliti dan analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat seperti keberadaan program wajib Puskesmas dan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota serta analisis multivariat yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat secara bersamaan, dengan menggunakan teknik analisis regresi linear ganda.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Jenis Tenaga Kesehatan

Pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata variabel jenis tenaga kesehatan yang ada di Kab/Kota DTPK tertinggi pada tenaga perawat sebesar 196,6 dan yang terendah ialah Apoteker 2,09. Pada tabel terlihat bahwa masih ada jenis tenaga yang belum ada pada Kabupaten/Kota tertentu di DTPK, yaitu tenaga dokter gigi, perawat gigi, apoteker, teknis kefarmasian, sanitarian, penyuluh kesehatan dan analis kesehatan. Hal ini menandakan bahwa pemenuhan tenaga yang ada masih terbanyak pada jenis tenaga perawat, bidan, dan dokter.

Tabel 5.1
Distribusi Variabel Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas Pada
35 Kabupaten/Kota DTPK Tahun 2011

Variabel	Mean	SD	Min	Max	95% CI		n
					Lower	Upper	
perawat	196.600	89.391	62	410	165.893	227.307	35
teknis kefarmasian	13.914	10.559	0	41	10.287	17.541	35
tenaga gizi	14.457	8.610	3	37	11.499	17.415	35
sanitarian	17.600	11.518	0	41	13.644	21.556	35
penyuluh kesehatan/promkes	4.743	3.883	0	13	3.409	6.077	35
analisis kesehatan	11.057	10.825	0	39	7.339	14.776	35
dokter	31.000	17.405	5	80	25.021	36.979	35
dokter gigi	8.143	7.216	0	27	5.664	10.622	35
bidan	136.714	112.876	18	561	97.940	175.489	35
apoteker	2.086	2.331	0	7	1.285	2.886	35
tenaga kesehatan lain	5.286	3.967	0	16	3.923	6.649	35

5.1.2. Jumlah Tenaga Kesehatan

Pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa rata-rata variabel jumlah tenaga kesehatan yang paling besar ialah pada tenaga perawat sebesar 45,23% yang bernilai lebih dari 1,5 kalinya tenaga bidan atau lebih dari enam kalinya tenaga dokter.

Tabel 5.2
Distribusi Variabel Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Pada
35 Kabupaten/Kota DTPK Tahun 2011

Variabel	Mean	SD	Min	Max	95% CI		n
					Lower	Upper	
Proporsi dokter	7.387	3.593	2.069	14.925	6.153	8.621	35
Proporsi dokter gigi	1.814	1.464	0.000	5.037	1.311	2.317	35
Proporsi perawat	45.231	12.497	16.446	67.263	40.939	49.524	35
Proporsi perawat gigi	2.813	2.088	0.000	7.521	2.096	3.530	35
Proporsi teknis kefarmasian	2.948	2.188	0.000	9.051	2.196	3.699	35
Proporsi tenaga gizi	3.288	1.451	0.462	7.143	2.790	3.787	35
Proporsi bidan	27.108	10.439	13.139	61.921	23.522	30.694	35
Proporsi apoteker	0.549	0.729	0.000	2.469	0.298	0.799	35
Proporsi sanitarian	4.076	2.944	0.000	14.022	3.064	5.087	35
Proporsi penyuluh kesehatan/promkes	1.105	0.960	0.000	4.059	0.775	1.435	35
Proporsi analis kesehatan	2.311	2.610	0.000	13.265	1.414	3.207	35
Proporsi tenaga kesehatan lain	1.371	1.112	0.000	5.000	0.989	1.753	35

5.1.3. Keberadaan Program Wajib Puskesmas

Tabel 5.3 di bawah menunjukkan bahwa rata-rata kelengkapan program wajib Puskesmas di Kabupaten/Kota ialah sebesar 97,405% dengan kelengkapan terendah sebesar 71,429% pada Kabupaten Raja Ampat.

Tabel 5.3
Distribusi Kelengkapan Keberadaan Program Wajib Puskesmas
Pada 35 Kabupaten/Kota DTPK Tahun 2011

Variabel	Mean	SD	Min	Max	95% CI		n
					Lower	Upper	
Program Wajib Puskesmas	97.405	5.878	71.429	100	95.386	99.424	35

5.1.4 Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kabupaten/Kota

Rata – rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di 35 Kabupaten/Kota DTPK adalah 57,42% dengan cakupan terendah 32,34% pada Kabupaten Nias Selatan dan tertinggi 90,76% pada Kabupaten Indragiri Hilir.

Tabel 5.4
Distribusi Rata-rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota Tahun 2011

Variabel	Mean	SD	Min	Max	95%CI	
					Lower	Upper
Capaian SPM	57.42	14.87	32.34	90.76	52.31	62.53

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Hubungan Antara Variabel Jumlah Tenaga Kesehatan Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas

Dari 11 variabel jumlah tenaga kesehatan yang dihubungkan dengan keberadaan program wajib Puskesmas di Puskesmas pada 35 Kabupaten/Kota DTPK dengan menggunakan uji korelasi dan regresi diperoleh hasil bahwa hanya 5 (lima) variabel jumlah tenaga kesehatan yang berhubungan signifikan yang berpola positif dan bersifat sedang ($r=0,337-0,502$) dengan koefisien determinasi (R^2) berkisar antara 0,114-0,253, yaitu variabel jumlah tenaga kesehatan dapat menerangkan 11,4%-25,3% variasi keberadaan program wajib Puskesmas.

Tabel 5.5
Hubungan Antara Variabel Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas Pada Puskesmas di 35 Kabupaten/Kota DTPK Tahun 2011

Variabel	R	R ²	P Value
Proporsi Perawat	0.477	0.228	0.004
Proporsi Perawat gigi	0.502	0.253	0.002
Proporsi Analis Kesehatan	0.475	0.226	0.004
Proporsi Sanitarian	0.373	0.139	0.027
Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	0.337	0.114	0.048

5.2.2 Hubungan Antara Variabel Jenis Tenaga Kesehatan Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas

Dari 11 variabel jenis tenaga kesehatan yang dihubungkan dengan keberadaan program wajib Puskesmas pada Puskesmas di 35 Kab/Kota DTPK dengan menggunakan uji korelasi dan regresi diperoleh hasil bahwa 7 (tujuh)

variabel jenis tenaga kesehatan yang berhubungan signifikan berpola positif dengan 6 (enam) variabel jenis tenaga kesehatan yang mempunyai hubungan sedang ($R=0,338-0,503$), yaitu pada jenis tenaga dokter, bidan, teknis kefarmasian, tenaga gizi, sanitarian, penyuluh kesehatan/promkes sedangkan hanya 1 (satu) variabel jenis tenaga kesehatan yang mempunyai hubungan kuat ($R= 0,557$), yaitu pada jenis tenaga analis kesehatan. Koefisien determinasi (R^2) yang diperoleh berkisar antara $0,114 - 0,31$, yaitu variabel jenis tenaga kesehatan dapat menerangkan $11,4\%-31\%$ variasi keberadaan program wajib Puskesmas.

Tabel 5.6
Hubungan Antara Variabel Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas Dengan
Keberadaan Program Wajib Puskesmas Pada Puskesmas di 35 Kabupaten/Kota
DTPK Tahun 2011

Variabel	R	R ²	P Value
Dokter	0.403	0.163	0.016
Bidan	0.443	0.196	0.008
teknis kefarmasian	0.506	0.256	0.002
tenaga gizi	0.492	0.242	0.003
sanitarian	0.503	0.253	0.002
penyuluh kesehatan/promkes	0.338	0.114	0.047
Analisis kesehatan	0.557	0.31	0.001

5.2.3 Hubungan Variabel Jumlah Tenaga Kesehatan Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 11 variabel jumlah tenaga kesehatan yang mempunyai hubungan signifikan berpola positif dan hubungan sedang ialah tenaga perawat dan bidan dengan kisaran koefisien determinasi (R^2) antara $0.119-0.169$, yaitu variabel jumlah tenaga kesehatan dapat menerangkan $11,9-16,9\%$ variasi variabel rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.

Tabel 5.7
Hubungan Antara Variabel Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas
Dengan Rata-rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Variabel	R	R ²	P Value
Proporsi Perawat	0.412	0.169	0.014
Proporsi Bidan	0.345	0.119	0.042

5.2.4 Hubungan Variabel Jenis Tenaga Kesehatan Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Dari 11 variabel jenis tenaga kesehatan yang menunjukkan hubungan bermakna dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota ialah tenaga dokter, bidan dan apoteker dengan hubungan kemaknaan yang berpola positif dan bersifat sedang ($r = 0.362-0.376$) serta dengan koefisien determinasi (R^2) berkisar antara 0.131-0.207, yaitu variabel jumlah tenaga kesehatan dapat menerangkan 13,1%-20,7% variasi variabel rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.

Tabel 5.8
Hubungan Antara Jenis Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas
Dengan Rata-rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Variabel	R	R ²	P Value
dokter	0.376	0.141	0.026
bidan	0.455	0.207	0.006
apoteker	0.362	0.131	0.033

5.2.5 Hubungan Variabel Keberadaan Program Wajib Puskesmas Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Pada tabel 5.9 menunjukkan bahwa hubungan keberadaan program wajib Puskesmas dengan rata-rata capaian indicator kinerja SPM Kab/Kota berpola positif dan dengan hubungan sedang ($r = 0,474$) serta koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,275, yaitu variabel keberadaan program wajib Puskesmas dapat menerangkan 27,5% variasi variabel rata-rata capaian indicator kinerja SPM Kab/Kota.

Tabel 5.9
Hubungan Antara Variabel Keberadaan Program Wajib Puskesmas Dengan
Rata-rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Variabel	R	R ²	P Value
Keberadaan program wajib Puskesmas	0.474	0.275	0.004

5.3 Analisis Multivariat

5.3.1. Hubungan Antara Variabel Jumlah Dan Jenis Tenaga Kesehatan Terhadap Keberadaan Program Wajib Puskesmas

Pada analisis multivariat tahap I dilakukan analisis terhadap hubungan antara jumlah dan jenis tenaga kesehatan terhadap keberadaan program wajib Puskesmas. Pada tahap ini memiliki 22 variabel bebas yang setelah dilakukan seleksi bivariat dan memperoleh kemaknaan tertentu diperoleh 16 variabel yang berhubungan dengan signifikan ($p \text{ value} < 0,25$). Selanjutnya ke 16 variabel tersebut akan di analisis dimasukan secara bersamaan atau serentak dalam satu langkah dengan menggunakan metode BACKWARD.

Dari hasil analisis multivariat dengan menggunakan analisis regresi linear ganda diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.10
 Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 1 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
1				0.799	0.638	0.082	
	(Constant)		0.789				
	Teknis Kefarmasian	0.047	0.963				Dikeluarkan
	Tenaga Gizi	0.220	0.751				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	-0.247	0.636				
	Analisis Kesehatan	0.324	0.692				
	Proporsi Perawat	0.580	0.796				
	Proporsi Perawat Gigi	0.355	0.396				
	Proporsi Teknis Kefarmasian	0.042	0.959				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.191	0.804				
	Proporsi Sanitarian	0.330	0.633				
	Dokter	0.472	0.508				
	Dokter Gigi	0.109	0.821				
	Bidan	-0.313	0.819				
	Proporsi Bidan	0.576	0.818				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.409	0.419				
	Proporsi Analisis Kesehatan	0.114	0.876				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.117	0.647				

Pada model 1 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada jumlah tenaga teknis kefarmasian sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.11
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 2 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
2				0.799	0.638	0.050	
	(Constant)		0.783				
	Tenaga Gizi	0.227	0.731				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	-0.245	0.628				
	Analisis Kesehatan	0.356	0.417				
	Proporsi Perawat	0.576	0.792				
	Proporsi Perawat Gigi	0.352	0.380				
	Proporsi Teknis Kefarmasian	0.075	0.851				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.200	0.783				
	Proporsi Sanitarian	0.333	0.618				
	Dokter	0.472	0.496				
	Dokter Gigi	0.108	0.818				
	Bidan	-0.304	0.818				
	Proporsi Bidan	0.570	0.815				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.408	0.406				
	Proporsi Analisis Kesehatan	0.095	0.872				Dikeluarkan
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.114	0.634				

Pada model 2 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi analisis kesehatan sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.12
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 3 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
3				0.798	0.637	0.030	
	(Constant)		0.799				
	Tenaga Gizi	0.224	0.727				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	-0.238	0.629				
	Analisis Kesehatan	0.392	0.286				
	Proporsi Perawat	0.289	0.813				
	Proporsi Perawat Gigi	0.319	0.340				
	Proporsi Teknis Kefarmasian	0.031	0.913				Dikeluarkan
	Proporsi tenaga Gizi	-0.250	0.696				
	Proporsi Sanitarian	0.255	0.568				
	Dokter	0.388	0.381				
	Dokter Gigi	0.073	0.857				
	Bidan	-0.146	0.865				
	Proporsi Bidan	0.255	0.856				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.381	0.396				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.133	0.518				

Pada model 3 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi tenaga teknis kefarmasian sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.13
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 4 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
4				0.798	0.637	0.016	
	(Constant)		0.807				
	Tenaga Gizi	0.233	0.708				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	-0.245	0.607				
	Analisis Kesehatan	0.375	0.246				
	Proporsi Perawat	0.202	0.823				
	Proporsi Perawat Gigi	0.307	0.320				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.261	0.672				
	Proporsi Sanitarian	0.233	0.549				
	Dokter	0.353	0.241				
	Dokter Gigi	0.075	0.850				
	Bidan	-0.090	0.894				Dikeluarkan
	Proporsi Bidan	0.155	0.881				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.378	0.387				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.141	0.443				

Pada model 4 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga bidan sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.14
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 5 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
5				0.798	0.637	0.009	
	(Constant)		0.832				
	Tenaga Gizi	0.213	0.718				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	-0.251	0.586				
	Analisis Kesehatan	0.357	0.212				
	Proporsi Perawat	0.129	0.854				
	Proporsi Perawat Gigi	0.292	0.299				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.254	0.672				
	Proporsi Sanitarian	0.207	0.529				
	Dokter	0.333	0.189				
	Dokter Gigi	0.052	0.882				
	Proporsi Bidan	0.050	0.940				Dikeluarkan
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.379	0.375				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.142	0.432				

Pada model 5 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi bidan sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.15
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 6 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
6				0.798	0.637	0.004	
	(Constant)		0.462				
	Tenaga Gizi	0.245	0.544				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	-0.247	0.581				
	Analisis Kesehatan	0.345	0.147				
	Proporsi Perawat	0.080	0.739				
	Proporsi Perawat Gigi	0.289	0.287				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.291	0.400				
	Proporsi Sanitarian	0.191	0.438				
	Dokter	0.325	0.148				
	Dokter Gigi	0.041	0.895				Dikeluarkan
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.367	0.343				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.144	0.409				

Pada model 6 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga dokter gigi sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.16
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 7 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
7				0.798	0.636	0.002	
	(Constant)		0.447				
	Tenaga Gizi	0.226	0.539				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	-0.216	0.564				
	Analisis Kesehatan	0.358	0.096				
	Proporsi Perawat	0.063	0.752				Dikeluarkan
	Proporsi Perawat Gigi	0.288	0.278				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.287	0.394				
	Proporsi Sanitarian	0.186	0.434				
	Dokter	0.343	0.052				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.343	0.303				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.133	0.379				

Pada model 7 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi tenaga perawat sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.17
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 8 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
8				0.797	0.635	0.001	
	(Constant)		0.371				
	Tenaga Gizi	0.256	0.462				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	-0.240	0.505				Dikeluarkan
	Analisis Kesehatan	0.328	0.082				
	Proporsi Perawat Gigi	0.249	0.279				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.313	0.331				
	Proporsi Sanitarian	0.209	0.347				
	Dokter	0.312	0.030				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.367	0.248				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.133	0.371				

Pada model 8 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel tenaga penyuluh kesehatan/promkes sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.18
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 9 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
9				0.793	0.628	0.000	
	(Constant)		0.424				
	Tenaga Gizi	0.112	0.677				Dikeluarkan
	Analisis Kesehatan	0.365	0.042				
	Proporsi Perawat Gigi	0.298	0.170				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.209	0.450				
	Proporsi Sanitarian	0.161	0.437				
	Dokter	0.297	0.034				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.175	0.164				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.109	0.444				

Pada model 9 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel tenaga gizi sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.19
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 10 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
10				0.791	0.626	0.000	
	(Constant)		0.400				
	Analisis Kesehatan	0.409	0.005				
	Proporsi Perawat Gigi	0.303	0.155				
	Proporsi tenaga Gizi	-0.123	0.495				Dikeluarkan
	Proporsi Sanitarian	0.141	0.478				
	Dokter	0.313	0.018				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.177	0.153				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.133	0.297				

Pada model 10 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi tenaga gizi sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.20
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 11 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
11				0.787	0.619	0.000	
	(Constant)		0.293				
	Analisis Kesehatan	0.414	0.004				
	Proporsi Perawat Gigi	0.253	0.199				
	Proporsi Sanitarian	0.090	0.620				Dikeluarkan
	Dokter	0.325	0.013				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.184	0.131				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.142	0.262				

Pada model 11 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel sanitarian sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.21
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 12 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
12				0.785	0.616	0.000	
	(Constant)		0.343				
	Analisis Kesehatan	0.396	0.004				
	Proporsi Perawat Gigi	0.325	0.017				
	Dokter	0.331	0.010				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.186	0.123				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	-0.146	0.238				Dikeluarkan

Pada model 12 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi tenaga kesehatan lain sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.22
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 13 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
13				0.772	0.596	0.000	
	(Constant)		0.038				
	Analisis Kesehatan	0.391	0.004				
	Proporsi Perawat Gigi	0.361	0.008				
	Dokter	0.361	0.005				
	Proporsi Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.195	0.108				Dikeluarkan

Pada model 13 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi penyuluh kesehatan/promkes sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.23
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 14 Tahap I

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue
14				0.748	0.559	0.000
	(Constant)		0.101			
	Analisis Kesehatan	0.378	0.006			
	Proporsi Perawat Gigi	0.388	0.005			
	Dokter	0.383	0.003			

Hasil analisis multivariat regresi linear ganda menunjukkan nilai R Square sebesar 0,559 artinya 3 (tiga) variabel bebas yang ada pada model terakhir (ke-14) dapat menjelaskan variabel kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas sebesar 55,9%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Dari hasil uji statistik diperoleh pvalue = 0,000 berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan sudah bermakna sehingga dapat digunakan untuk memprediksi kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas.

Dari model tersebut juga tidak terlihat variabel yang mempunyai peranan (pengaruh) yang paling besar dalam menentukan kelengkapan keberadaan

program wajib Puskesmas akan tetapi mempunyai besaran Beta yang hamper sama, yaitu dengan kisaran 0,37-0,38.

Selanjutnya agar hasil inferensi yang diperoleh valid digunakan uji asumsi untuk mengetahui apakah analisis regresi linear ganda yang dilakukan memenuhi asumsi/persyaratan yang ditetapkan, yaitu asumsi eksistensi, asumsi independensi, asumsi linearitas, asumsi homoscedascity, asumsi normalitas, asumsi diagnostic multicollinearity.

A. Asumsi eksistensi

Asumsi ini berkaitan dengan pengambilan sampel. Cara mengetahui asumsi eksistensi dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan adanya mean dan ada sebaran (varian atau standar deviasi) maka asumsi eksistensi terpenuhi.

Tabel 5.24 Asumsi Eksistensi Tahap I

Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	-∞ ∞		1.6882E43	8.65294E42	35
Std. Predicted Value	-2.063	1.808	.000	1.000	35
Standard Error of Predicted Value	3.403E38 ∞		2.638E42	6.666E41	35
Adjusted Predicted Value	-∞ ∞		1.6931E43	8.78398E42	35
Residual	-∞ ∞		2.61515E2	7.67834E42	35
			7		
Std. Residual	-1.918	1.752	.000	.955	35
Stud. Residual	-1.964	1.800	-.003	1.004	35
Deleted Residual			-		
	-∞ ∞		4.94949E4	8.51180E42	35
			0		
Stud. Deleted Residual	-2.064	1.871	-.005	1.026	35
Mahal. Distance	.521	8.177	2.914	1.995	35
Cook's Distance	.000	.183	.027	.037	35
Centered Leverage Value	.015	.241	.086	.059	35

a. Dependent Variable: lengkap_prop_normal

Hasil dari output diatas menunjukkan angka residual terdapat mean dan standar deviasi. Dengan demikian asumsi eksistensi terpenuhi.

B. Asumsi Independensi

Nilai dari tiap-tiap individu saling berdiri sendiri. Untuk mengetahui asumsi ini dilakukan dengan cara mengeluarkan uji Durbin Watson, bila nilai Durbin -2 s.d. $+2$ berarti asumsi independensi terpenuhi, sebaliknya bila nilai Durbin < -2 atau $> +2$ berarti asumsi tidak terpenuhi.

Tabel 5.25 Asumsi Independensi Tahap I

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	0.747974	0.559465	0.516833	8.04E+42	1.923

Dari hasil uji didapatkan koefisien Durbin-Watson 1,923 berarti asumsi independensi terpenuhi.

C. Asumsi Linearitas

Untuk mengetahui asumsi linearitas diketahui dari uji ANOVA (overall F test) bila hasilnya signifikan (p value $<$ alpha) maka model berbentuk linear.

Tabel 5.26 Asumsi Linearitas Tahap I

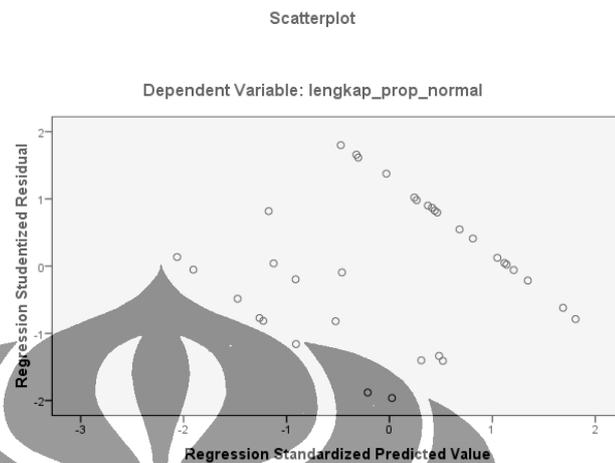
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2.55E+87	3	8.49E+86	13.123	0.000
	Residual	2E+87	31	6.47E+85		
	Total	4.55E+87	34			

Dari output diatas menghasilkan uji Anova 0,0005, berarti asumsi linearitas terpenuhi.

D. Asumsi Homoscedascity

Homoscedascity dapat diketahui dengan pembuatan plot residual. Bila titik sebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata disekitar garis titik nol

maka dapat disebut varian homogen pada setiap nilai X dengan demikian asumsi homoscedascity terpenuhi.

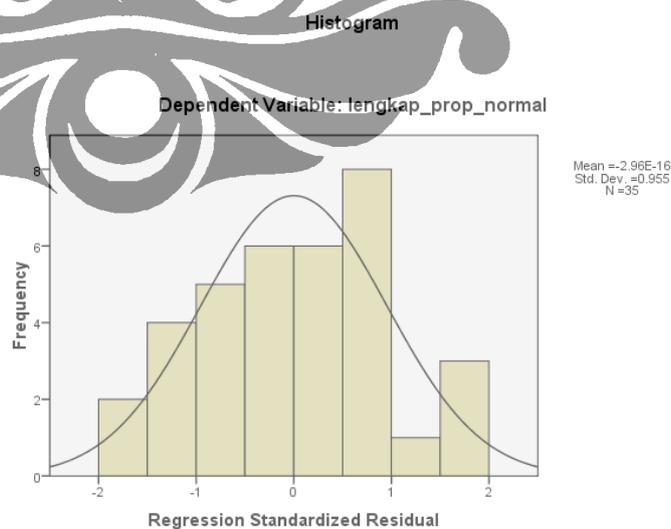


Grafik 5.1 Asumsi Homoscedascity Tahap I

Dari hasil plot diatas terlihat tebaran titik mempunyai pola yang sama antara titik-titik diatas dan dibawah garis diagonal 0. Dengan demikian asumsi homoscedascity tidak terpenuhi.

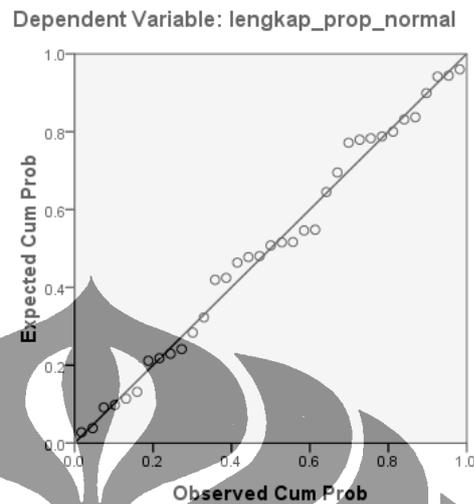
E. Asumsi Normalitas

Asumsi normalitas dapat diketahui dengan melihat apakah variabel Y mempunyai distribusi normal untuk setiap pengamatan variabel X dan juga dapat diketahui dari normal P-P plot residual, bila menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas.



Grafik 5.2 Histogram - Asumsi Normalitas Tahap I

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Grafik 5.3 Normal P-P Plot Residual – Asumsi Normalitas Tahap I

Dari grafik histogram dan grafik normal P-P plot terbukti bahwa bentuk distribusinya normal, berarti asumsi normalitas terpenuhi.

F. Diagnostik Multicollinearity

Untuk mendeteksi collinearity dapat diketahui dari nilai VIF (variance inflation factor), bila nilai VIF lebih dari 10 maka mengindikasikan telah terjadi collinearity.

Tabel 5.27 Asumsi Diagnostik Multicollinearity Tahap I

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	-9.29459E+42	5.49319E+42		-1.692	0.101		
Analisis Kesehatan	4.03618E+41	1.37623E+41	0.378	2.933	0.006	0.857	1.167
Proporsi Perawat Gigi	2.14847E+42	7.10365E+41	0.388	3.024	0.005	0.865	1.156
Dokter	2.92147E+42	9.2003E+41	0.383	3.175	0.003	0.979	1.021

Dari hasil uji asumsi didapatkan nilai VIF tidak lebih dari 10, dengan demikian tidak ada Multicollinearity antara sesama variabel bebas.

5.3.2. Hubungan Variabel Jumlah Dan Jenis Tenaga Kesehatan Serta Keberadaan Program Wajib Puskesmas Terhadap Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Pada analisis multivariat tahap II dilakukan analisis terhadap hubungan antara jumlah dan jenis tenaga kesehatan serta keberadaan program wajib Puskesmas terhadap rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota. Pada tahap ini memiliki 23 variabel bebas yang setelah dilakukan seleksi bivariat dan memperoleh kemaknaan tertentu diperoleh 17 variabel yang berhubungan dengan signifikan ($p \text{ value} < 0,25$). Selanjutnya ke 17 variabel tersebut akan di analisis dimasukan secara bersamaan atau serentak dalam satu langkah dengan menggunakan metode BACKWARD.

Dari hasil analisis multivariat dengan menggunakan analisis regresi linear ganda diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.28
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 1 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
1				0.754	0.568	0.290	
	(Constant)		0.876				
	Kelengkapan program	0.452	0.124				
	Proporsi perawat	-0.237	0.866				
	Proporsi Bidan	0.847	0.577				
	Dokter gigi	0.288	0.481				
	Bidan	-0.964	0.608				
	Apoteker	-0.130	0.894				
	Perawat	0.828	0.405				
	Teknis Kefarmasian	-0.999	0.441				
	Tenaga Gizi	0.361	0.405				
	Sanitarian	0.125	0.837				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.095	0.657				
	Analisis Kesehatan	0.014	0.989				Dikeluarkan
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.837	0.387				
	Dokter	0.015	0.978				
	Proporsi Apoteker	0.417	0.657				
	Proporsi Analisis Kesehatan	-0.062	0.937				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	0.135	0.586				

Pada model 1 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga analisis kesehatan sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.29
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 2 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
2				0.754	0.568	0.211	
	(Constant)		0.864				
	Kelengkapan program	0.452	0.107				
	Proporsi perawat	-0.240	0.856				
	Proporsi Bidan	0.852	0.549				
	Dokter gigi	0.288	0.467				
	Bidan	-0.977	0.531				
	Apoteker	-0.133	0.887				
	Perawat	0.835	0.309				
	Teknis Kefarmasian	-0.985	0.151				
	Tenaga Gizi	0.364	0.304				
	Sanitarian	0.124	0.831				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.094	0.634				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.828	0.201				
	Dokter	0.015	0.977				Dikeluarkan
	Proporsi Apoteker	0.418	0.645				
	Proporsi Analis Kesehatan	-0.053	0.903				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	0.134	0.573				

Pada model 2 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga dokter sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.30
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 3 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
3				0.754	0.568	0.147	
	(Constant)		0.795				
	Kelengkapan program	0.453	0.097				
	Proporsi perawat	-0.266	0.782				
	Proporsi Bidan	0.818	0.291				
	Dokter gigi	0.290	0.444				
	Bidan	-0.949	0.423				
	Apoteker	-0.133	0.884				Dikeluarkan
	Perawat	0.832	0.294				
	Teknis Kefarmasian	-0.979	0.123				
	Tenaga Gizi	0.362	0.275				
	Sanitarian	0.113	0.796				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.094	0.625				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.817	0.108				
	Proporsi Apoteker	0.420	0.633				
	Proporsi Analis Kesehatan	-0.063	0.819				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	0.132	0.543				

Pada model 3 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga apoteker sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.31
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 4 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
4				0.753	0.567	0.097	
	(Constant)		0.767				
	Kelengkapan program	0.437	0.072				
	Proporsi perawat	-0.268	0.775				
	Proporsi Bidan	0.809	0.282				
	Dokter gigi	0.281	0.440				
	Bidan	-0.949	0.410				
	Perawat	0.798	0.279				
	Teknis Kefarmasian	-0.953	0.108				
	Tenaga Gizi	0.352	0.265				
	Sanitarian	0.111	0.795				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.088	0.630				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.799	0.096				
	Proporsi Apoteker	0.294	0.095				
	Proporsi Analisis Kesehatan	-0.061	0.821				Dikeluarkan
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	0.122	0.544				

Pada model 4 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi tenaga analisis kesehatan sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.32
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 5 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
5				0.752	0.566	0.062	
	(Constant)		0.837				
	Kelengkapan program	0.435	0.066				
	Proporsi perawat	-0.133	0.850				Dikeluarkan
	Proporsi Bidan	0.864	0.214				
	Dokter gigi	0.316	0.329				
	Bidan	-0.917	0.412				
	Perawat	0.734	0.269				
	Teknis Kefarmasian	-1.014	0.052				
	Tenaga Gizi	0.356	0.248				
	Sanitarian	0.166	0.628				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.088	0.624				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.835	0.060				
	Proporsi Apoteker	0.286	0.089				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	0.118	0.547				

Pada model 5 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi perawat sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.33
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 6 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
6				0.752	0.565	0.037	
	(Constant)		0.933				
	Kelengkapan program	0.453	0.033				
	Proporsi Bidan	0.894	0.177				
	Dokter gigi	0.342	0.233				
	Bidan	-0.838	0.407				
	Perawat	0.646	0.161				
	Teknis Kefarmasian	-1.036	0.037				
	Tenaga Gizi	0.355	0.239				
	Sanitarian	0.206	0.436				
	Penyuluh Kesehatan/Promkes	0.085	0.627				Dikeluarkan
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.859	0.038				
	Proporsi Apoteker	0.289	0.076				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	0.120	0.529				

Pada model 6 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga penyuluh kesehatan/promkes sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.34
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 7 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
7				0.749	0.561	0.023	
	(Constant)		0.877				
	Kelengkapan program	0.462	0.026				
	Proporsi Bidan	0.872	0.179				
	Dokter gigi	0.379	0.166				
	Bidan	-0.835	0.400				
	Perawat	0.658	0.146				
	Teknis Kefarmasian	-1.052	0.031				
	Tenaga Gizi	0.364	0.218				
	Sanitarian	0.225	0.382				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.857	0.036				
	Proporsi Apoteker	0.296	0.064				
	Proporsi Tenaga Kesehatan Lain	0.097	0.592				Dikeluarkan

Pada model 7 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi tenaga kesehatan lain sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.35
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 8 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
8				0.745	0.555	0.013	
	(Constant)		0.526				
	Kelengkapan program	0.435	0.028				
	Proporsi Bidan	0.882	0.168				
	Dokter gigi	0.417	0.110				
	Bidan	-0.915	0.345				
	Perawat	0.652	0.143				
	Teknis Kefarmasian	-0.961	0.031				
	Tenaga Gizi	0.363	0.212				
	Sanitarian	0.215	0.395				Dikeluarkan
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.783	0.037				
	Proporsi Apoteker	0.285	0.067				

Pada model 8 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga sanitarian sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.36
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 9 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
9				0.736	0.541	0.009	
	(Constant)		0.509				
	Kelengkapan program	0.463	0.017				
	Proporsi Bidan	0.737	0.226				
	Dokter gigi	0.360	0.148				
	Bidan	-0.742	0.429				Dikeluarkan
	Perawat	0.606	0.166				
	Teknis Kefarmasian	-0.968	0.029				
	Tenaga Gizi	0.451	0.099				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.832	0.025				
	Proporsi Apoteker	0.262	0.084				

Pada model 9 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga bidan sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.37
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 10 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
10				0.727	0.529	0.006	
	(Constant)		0.897				
	Kelengkapan program	0.413	0.022				
	Proporsi Bidan	0.280	0.113				
	Dokter gigi	0.236	0.211				Dikeluarkan
	Perawat	0.293	0.094				
	Teknis Kefarmasian	-0.967	0.028				
	Tenaga Gizi	0.312	0.127				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.792	0.029				
	Proporsi Apoteker	0.278	0.063				

Pada model 10 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga dokter gigi sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.38
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 11 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
11				0.707	0.499	0.005	
	(Constant)		0.977				
	Kelengkapan program	0.459	0.011				
	Proporsi Bidan	0.366	0.029				
	Perawat	0.282	0.110				
	Teknis Kefarmasian	-0.845	0.048				
	Tenaga Gizi	0.207	0.266				Dikeluarkan
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.776	0.033				
	Proporsi Apoteker	0.307	0.041				

Pada model 11 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga gizi sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.39
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 12 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
12				0.690	0.475	0.004	
	(Constant)		0.718				
	Kelengkapan program	0.501	0.005				
	Proporsi Bidan	0.343	0.038				
	Perawat	0.285	0.107				Dikeluarkan
	Teknis Kefarmasian	-0.676	0.088				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.698	0.050				
	Proporsi Apoteker	0.280	0.058				

Pada model 12 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga perawat sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.40
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 13 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
13				0.651	0.424	0.005	
	(Constant)		0.256				
	Kelengkapan program	0.505	0.006				
	Proporsi Bidan	0.328	0.053				
	Teknis Kefarmasian	-0.348	0.311				Dikeluarkan
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.377	0.202				
	Proporsi Apoteker	0.315	0.037				

Pada model 13 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel jumlah tenaga teknis kefarmasian sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya.

Tabel 5.41
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 14 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue	Ket
14				0.634	0.402	0.003	
	(Constant)		0.101				
	Kelengkapan program	0.430	0.008				
	Proporsi Bidan	0.258	0.091				
	Proposi Teknis Kefarmasian	0.124	0.423				Dikeluarkan
	Proporsi Apoteker	0.331	0.028				

Pada model 14 diperoleh hasil signifikansi yang terendah pada variabel proporsi teknis kefarmasian sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan pada model selanjutnya

Tabel 5.42
Hasil Analisis Multivariat Regresi Linear Ganda Model 15 Tahap II

Model	Variabel	Beta	Sig.	r	R2	Pvalue
15				0.624	0.389	0.001
	(Constant)		0.098			
	Kelengkapan program	0.465	0.003			
	Proporsi Bidan	0.280	0.062			
	Proporsi Apoteker	0.326	0.029			

Hasil analisis multivariat regresi linear ganda menunjukkan nilai R Square sebesar 0,389 artinya ketiga variabel yang terdapat pada model ke-15 dapat menjelaskan variabel rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota sebesar 38,9%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Dari hasil uji statistik diperoleh pvalue = 0,001 berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan sudah bermakna sehingga dapat digunakan untuk memprediksi rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.

Dari model tersebut juga terlihat variabel kelengkapan program mempunyai peranan (pengaruh) yang paling besar dalam menentukan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota, yaitu dengan nilai Beta sebesar 0,465. Selanjutnya agar hasil inferensi yang diperoleh valid digunakan uji asumsi untuk mengetahui apakah analisis regresi linear ganda yang dilakukan memenuhi asumsi/persyaratan yang ditetapkan, yaitu asumsi eksistensi, asumsi independensi, asumsi linearitas, asumsi homoscedascity, asumsi normalitas, asumsi diagnostic multicollinearity.

A. Asumsi eksistensi

Asumsi ini berkaitan dengan pengambilan sampel. Cara mengetahui asumsi eksistensi dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan adanya mean dan ada sebaran (varian atau standar deviasi) maka asumsi eksistensi terpenuhi.

Tabel 5.43 Asumsi Eksistensi Tahap II

Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	36.2275	70.3634	57.4232	9.28286	35
Std. Predicted Value	-2.283	1.394	.000	1.000	35
Standard Error of Predicted Value	2.771	6.481	4.001	.982	35
Adjusted Predicted Value	35.3562	76.2285	57.5650	9.57323	35
Residual	-1.87968E1	30.49509	.00000	11.62750	35
Std. Residual	-1.544	2.504	.000	.955	35
Stud. Residual	-1.635	2.647	-.005	1.021	35
Deleted Residual	-2.17635E1	34.06563	-.14183	13.35085	35
Stud. Deleted Residual	-1.683	2.960	.004	1.060	35
Mahal. Distance	.789	8.660	2.914	1.997	35
Cook's Distance	.000	.226	.039	.062	35
Centered Leverage Value	.023	.255	.086	.059	35

a. Dependent Variable: capaian_spm_total

Hasil dari output diatas menunjukkan angka residual terdapat mean dan standar deviasi. Dengan demikian asumsi eksistensi terpenuhi.

B. Asumsi Independensi

Nilai dari tiap-tiap individu saling berdiri sendiri. Untuk mengetahui asumsi ini dilakukan dengan cara mengeluarkan uji Durbin Watson, bila nilai Durbin -2 s.d. $+2$ berarti asumsi independensi terpenuhi, sebaliknya bila nilai Durbin < -2 atau $> +2$ berarti asumsi tidak terpenuhi.

Tabel 5.44 Asumsi Independensi Tahap II

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	0.624	0.389	0.330	12.177	2.042

Dari hasil uji didapatkan koefisien Durbin-Watson 2,042 berarti asumsi independensi tidak terpenuhi.

Universitas Indonesia

C. Asumsi Linearitas

Untuk mengetahui asumsi linearitas diketahui dari uji ANOVA (overall F test) bila hasilnya signifikan (p value $<$ alpha) maka model berbentuk linear.

Tabel 5.45 Asumsi Linearitas Tahap II

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2929.831	3.000	976.610	6.586	0.001
	Residual	4596.758	31.000	148.283		
	Total	7526.589	34.000			

Dari output diatas menghasilkan uji Anova 0,001, berarti asumsi linearitas terpenuhi.

D. Asumsi Homoscedascity

Homoscedascity dapat diketahui dengan pembuatan plot residual. Bila titik sebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata disekitar garis titik nol maka dapat disebut varian homogen pada setiap nilai X dengan demikian asumsi homoscedascity terpenuhi.

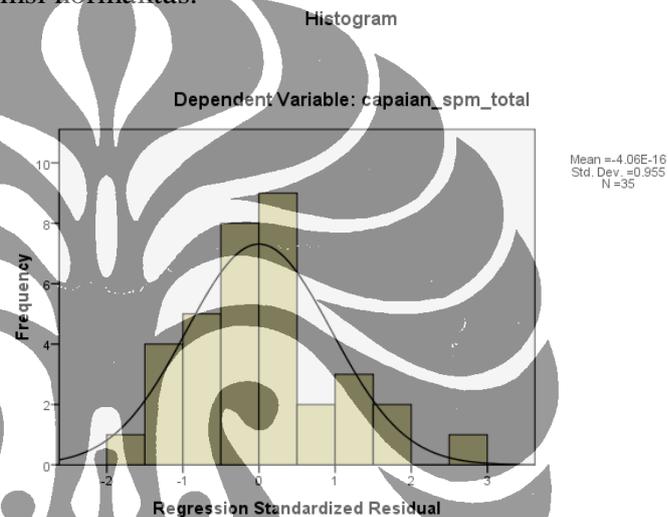


Grafik 5.7 Asumsi Homoscedascity Tahap II

Dari hasil plot diatas terlihat tebaran titik tidak mempunyai pola yang sama antara titik-titik diatas dan dibawah garis diagonal 0. Dengan demikian asumsi homoscedascity terpenuhi.

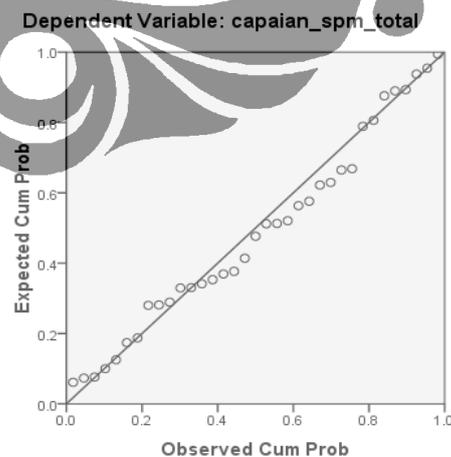
E. Asumsi Normalitas

Asumsi normalitas dapat diketahui dengan melihat apakah variabel Y mempunyai distribusi normal untuk setiap pengamatan variabel X dan juga dapat diketahui dari normal P-P plot residual, bila menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas.



Grafik 5.8 Histogram - Asumsi Normalitas Tahap II

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Grafik 5.9 Normal P-P Plot Residual – Asumsi Normalitas Tahap II

Dari grafik histogram dan grafik normal P-P plot terbukti bahwa bentuk distribusinya normal, berarti asumsi normalitas terpenuhi.

F. Diagnostik Multicollinearity

Untuk mendeteksi collinearity dapat diketahui dari nilai VIF (variance inflation factor), bila nilai VIF lebih dari 10 maka mengindikasikan telah terjadi collinearity.

Tabel 5.46
Asumsi Diagnostik Multicollinearity Tahap II

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	20.16519	11.80164		1.709	0.098		
Kelengkapan program	5.98419E-43	1.87E-43	0.465	3.203	0.003	0.934	1.071
Proporsi Bidan	4.296849264	2.215966	0.280	1.939	0.062	0.947	1.056
Proporsi Apoteker	9.501950414	4.152426	0.326	2.288	0.029	0.968	1.033

Dari hasil uji asumsi didapatkan nilai VIF tidak lebih dari 10, dengan demikian tidak ada Multicollinearity antara sesama variabel bebas.

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat serta variabel penentu terhadap keberadaan program wajib Puskesmas dan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota. Jenis data yang digunakan adalah data sekunder untuk melihat faktor yang berhubungan dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kabupaten/Kota.

Dari 45 Kabupaten/Kota yang menjadi prioritas nasional program pelayanan kesehatan di DTPK, yang dijadikan sampel penelitian dibatasi hanya pada 35 Kabupaten/Kota karena data SPM Kab/Kota yang tersedia hanya ada pada 35 Kabupaten/Kota tersebut.

Dalam penelitian ini peneliti menganalisis variabel tenaga kesehatan dari sisi jumlah dan jenis tenaga kesehatan dan untuk elemen proses peneliti menganalisis pada kelengkapan dari keberadaan program wajib Puskesmas sedangkan untuk elemen output peneliti menganalisis pada rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.

Penelitian ini menggunakan pendekatan sistem dengan melihat pada komponen input-proses-output. Seperti yang dinyatakan oleh Donabedian bahwa elemen-elemen yang ada dalam sistem secara garis besar ialah sebagai berikut input (masukan), proses, keluaran (output), dampak (*impact*), umpan balik (*feed back*), dan lingkungan (*environment*). Contoh di dalam pelayanan Puskesmas yang menjadi elemen input adalah tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya, prosesnya adalah program pelayanan kesehatan Puskesmas tersebut dan outputnya adalah cakupan dari pelaksanaan program pelayanan kesehatan tersebut.

Pada komponen input peneliti mencoba melihat variabel jumlah dan jenis tenaga kesehatan, variabel ini dibutuhkan sebagai langkah awal dalam melakukan perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan seperti yang dinyatakan Hasibuan (2005), manajemen SDM mengatur dan menetapkan program

kepegawaian yang meliputi jumlah, kualitas, dan penempatan tenaga kerja yang efektif sesuai dengan kebutuhan perusahaan berdasarkan *job description*, *job specification*, *job requirement*, dan *job evaluation*. Dan menurut Moenir, AS (1983), yang menyatakan perencanaan kebutuhan pegawai ialah merencanakan jumlah, jenis, syarat serta sumber tenaga kerja yang diperlukan oleh suatu organisasi untuk dapat melaksanakan berbagai macam pekerjaan yang ada pada organisasi tersebut dalam rangka pencapaian tujuan organisasi. Pada komponen proses peneliti mencoba melihat keberadaan program wajib Puskesmas apakah Puskesmas yang ada memiliki program wajib Puskesmas secara lengkap atau tidak. Selanjutnya peneliti mencoba melihat hubungan antara Input-Proses-Output dengan menganalisis hubungan variabel ketenagaan dan variabel keberadaan program terhadap capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.

Selanjutnya akan dilakukan pembahasan terhadap semua variabel yang ada di dalam penelitian ini.

6.2 Jenis Tenaga Kesehatan

Jenis tenaga kesehatan yang diteliti ialah jenis tenaga sesuai dengan PP 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan, yaitu tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga terapan fisik, dan tenaga keteknisian medis. Data tentang jumlah, jenis dan kualitas SDM dibutuhkan untuk perencanaan jangka panjang suatu organisasi dalam menjawab tantangan masa depan karena SDM merupakan kunci yang sangat penting untuk keberhasilan dan kemajuan organisasi (Ilyas, 2004).

Menurut Anna (2012) disebutkan bahwa semakin banyak atau beragam tenaga kesehatan yang tersedia makin positif dampaknya terhadap masyarakat. Karena dengan adanya berbagai jenis tenaga kesehatan secara langsung akan membuat mereka memperkuat batang tubuh keilmuan masing-masing yang pada akhirnya nanti terbentuk standar kompetensi yang harus dimiliki oleh tenaga kesehatan tersebut. Sehingga hal yang harus diperhatikan adalah keutuhan jenis tenaga kesehatan berdasarkan kebutuhan masing-masing wilayah.

Rekomendasi WHO tahun 2010 khususnya untuk meningkatkan akses akan layanan kesehatan di daerah terpencil adalah memberdayakan berbagai jenis tenaga kesehatan. Mengenalkan berbagai jenis tenaga kesehatan ini memerlukan

pelatihan dan regulasi khusus bagi daerah yang kekurangan tenaga. Penelitian yang terkait dengan jenis tenaga kesehatan ini masih sangat minim sehingga bukti-bukti yang mengarah pada efektivitas strategi peningkatan berbagai jenis tenaga kesehatan masih perlu diteliti lebih lanjut. Hal ini bersifat *conditional* karena kebutuhan akan berbagai jenis tenaga kesehatan bergantung pada permasalahan di daerah masing-masing. Daerah dengan status terpencil, tertinggal, dan berada di kepulauan kemungkinan memerlukan berbagai jenis tenaga kesehatan yang besar pula.

Hal yang dapat dilakukan adalah memberdayakan jenis tenaga kesehatan yang tersedia dan memberikan kewenangan yang lebih besar dalam kondisi tertentu. Sebagai contoh, daerah terpencil yang tidak ada dokter, maka perawat atau bidan dapat diberikan payung hukum untuk melakukan tindakan diluar kewenangannya.

Pada penelitian ini diperoleh hasil univariat bahwa jumlah tenaga yang paling banyak ada di Kab/Kota ialah tenaga dokter, perawat dan bidan. Sedangkan untuk jenis tenaga kesehatan lain masih rendah bahkan tidak ada pada kabupaten tertentu, seperti jenis tenaga dokter gigi, perawat gigi, apoteker, teknis kefarmasian, sanitarian, penyuluh kesehatan dan analis kesehatan.

Hal ini sesuai dengan laporan kajian kebijakan perencanaan tenaga kesehatan oleh Bappenas pada tahun 2005 disebutkan bahwa kekurangan tenaga terjadi pada semua jenis tenaga kesehatan, dimana dari 11 jenis tenaga kesehatan, Indonesia kekurangan SDM di 32 Kab/Kota sebesar 32,3%. Setelah dihitung kebutuhan tenaga dengan ketersediaan, data menunjukkan bahwa kekurangan 100% epidemiolog, 54,9% penyuluh kesehatan masyarakat, 53,1% dokter spesialis, 47,2% apoteker, 40,8% dokter gigi, 39,9% dokter, 38% ahli gizi, 35,45% bidan dan 28,1 % sanitarian, 26,6% perawat, 24,8% SKM.

Upaya peningkatan jumlah tenaga kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah saat ini memang masih banyak pada tenaga dokter, perawat dan bidan dimana Kementerian Kesehatan telah menetapkan kebijakan pengangkatan tenaga kesehatan sebagai pegawai tidak tetap (PTT) bagi dokter, dokter gigi dan bidan. Mereka ditempatkan di Puskesmas terpencil dan sangat terpencil di DTPK. Meski sebenarnya pemerintah juga melakukan upaya untuk pemenuhan melalui

mekanisme penugasan khusus tenaga *non* dokter di DTPK berupa penugasan khusus lulusan Diploma III antara lain sanitarian/kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga analis kesehatan, dan tenaga farmasi. Namun, secara jumlah memang masih jauh dibawah tenaga dokter, perawat dan bidan. Dimana penempatan tenaga kesehatan melalui PTT berdasarkan data per tanggal 31 Desember 2010 PTT yang masih aktif bertugas pada sarana pelayanan kesehatan dengan kriteria Biasa, Terpencil dan Sangat Terpencil adalah 31.848 yang terdiri atas: dokter 2.652 orang, dokter gigi 800 orang dan bidan 28.396 orang.

6.2.1 Hubungan Antara Jenis Tenaga Kesehatan Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas

Hasil analisis bivariat diperoleh hasil adanya hubungan antara jenis tenaga dokter, bidan, tenaga gizi, teknis kefarmasian, sanitarian, penyuluh kesehatan/promkes, dan analis kesehatan terhadap kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas.

Sedangkan pada analisis multivariat diperoleh hasil jenis tenaga kesehatan yang menjadi faktor penentu dalam keberadaan program wajib Puskesmas ialah tenaga dokter dan analis kesehatan. Dari 2 (dua) jenis tenaga tersebut terlihat variabel tenaga dokter mempunyai peranan (pengaruh) yang paling besar dalam menentukan kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas, yaitu dengan nilai Beta sebesar 0,383. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Bambang Gunardi (1999) yang memperoleh hasil bahwa 34,6% jangkauan program Puskesmas dipengaruhi oleh tenaga medis.

Dalam penelitian Ilyas (1998) disebutkan bahwa hanya 4,1% peran dokter di Puskesmas yang membutuhkan kompetensi sebagai professional kedokteran. Sedangkan mayoritas peranan dokter (95,9%) di Puskesmas tidak membutuhkan kualifikasi dan kompetensi dokter. Hal ini pernah disebutkan oleh Yaslis Ilyas (1999), yaitu ; "Pada Negara berkembang fungsi dokter berbeda, terutama yang bekerja di Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Mereka mempunyai fungsi ganda yaitu fungsi administratif dan teknis medis. Mereka diharapkan mempunyai kinerja yang baik dalam kedua fungsi tersebut untuk mencapai tujuan organisasi

kesehatan dengan sumber daya yang terbatas. Tentu ini bukan tugas dan kewajiban yang mudah untuk dicapai sekaligus.”

6.2.2 Hubungan Antara Jenis Tenaga Kesehatan Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Pada hasil penelitian untuk hubungan jenis tenaga kesehatan dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota diperoleh hasil bahwa hanya 3 (tiga) jenis tenaga yang mempunyai hubungan kemaknaan secara statistik pada uji korelasi, yaitu tenaga dokter, bidan dan apoteker. Dari ketiga jenis tenaga tersebut yang memiliki nilai korelasi dan koefisien determinasi yang paling tinggi ialah tenaga bidan ($r = 0,455$ & $R^2 = 0,207$). Namun, pada saat dilakukan uji multivariat ketiga jenis tenaga tersebut merupakan jenis tenaga yang dikeluarkan dari model yang artinya tidak menjadi variabel penentu dalam rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.

Kebermaknaan secara statistik jenis tenaga bidan terhadap rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota dapat diasumsikan karena banyaknya bidan yang terdistribusi pada Puskesmas di kab/kota DTPK. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh World Bank bahwa jumlah bidan di dalam sistem pelayanan lebih banyak secara signifikan, dan penempatannya lebih baik: setidaknya ada satu orang bidan di setiap desa. Hal ini sesuai dengan penelitian Gita Swisari (2010), tentang kinerja bidan terhadap cakupan SPM Kab/Kota yang terkait dengan pelayanan kesehatan ibu dan neonatal di kota serang tahun 2009 diperoleh hasil bahwa kualitas kinerja bidan terhadap cakupan kunjungan neonatal ke-2 (KN1) ialah cukup baik (62,2%) dan kinerja untuk cakupan kunjungan antenatal ke-4 (K4) ialah cukup baik (54,8%) dan kinerja untuk cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan juga cukup baik (54,8%).

6.3 Jumlah Tenaga Kesehatan

Perencanaan Sumber Daya Manusia adalah proses estimasi terhadap jumlah berdasarkan tempat, keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan (Ilyas, 2004). Menurut (Long & Mercer, 1981; WHO, 1990) perencanaan SDM Kesehatan berkaitan dengan tanggungjawab untuk mempersiapkan dan melakukan proses estimasi jumlah dan kombinasi

personil yang tepat dari jenis pengetahuan, keterampilan, sikap dan perilaku mereka, yang dibutuhkan untuk mencapai target dibidang kesehatan yang telah ditetapkan dan pada akhirnya tercapainya sasaran peningkatan derajat kesehatan.

Kementerian Kesehatan sudah mengeluarkan ketentuan tentang standar jumlah dari tenaga kesehatan dengan sistem daftar susunan pegawai (DSP) dalam Kepmenkes Nomor 81 tahun 2004 tentang pedoman penyusunan perencanaan SDM kesehatan di tingkat propinsi, kab/kota serta rumah sakit, dimana dalam Kepmenkes tersebut pembagian tenaga Puskesmas jumlah tenaga kesehatan yang ada dibagi menurut jenis Puskesmas, yaitu Puskesmas pedesaan dengan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 16 orang, Puskesmas perkotaan dengan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 29 orang, Puskesmas terpencil dengan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 9 orang, Puskesmas Perawatan Terpencil dengan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 19 orang, Puskesmas Perawatan Daerah Kepulauan dengan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 32 orang dan Puskesmas Daerah Strategis dengan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 29 orang. Selain itu standar yang dibuat oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan (Ditjen BUK), Kemenkes dalam buku pedoman tenaga kesehatan di DTPK diperoleh standar jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas perawatan 30 orang dan standar jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas non perawatan ialah 21 orang.

Hasil penelitian ini analisis univariat menunjukkan bahwa jenis tenaga yang memiliki proporsi paling besar diantara jenis tenaga yang lain di Puskesmas ialah tenaga perawat, yaitu sebesar 45,23% sedangkan yang terendah ialah tenaga apoteker sebesar 0,54%.

6.3.1 Hubungan Jumlah Tenaga Kesehatan Dengan Keberadaan Program Wajib Puskesmas

Pada hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan jumlah tenaga kesehatan dengan keberadaan program wajib Puskesmas diperoleh hasil proporsi jumlah tenaga kesehatan yang memiliki hubungan kemaknaan secara statistik ialah proporsi tenaga perawat, proporsi tenaga sanitarian, proporsi tenaga perawat gigi, proporsi tenaga analis dan proporsi tenaga kesehatan lain. Sedangkan pada analisis multivariat diperoleh hasil proporsi tenaga perawat gigi yang memiliki peranan atau kontribusi yang paling besar terhadap kelengkapan program wajib

Puskesmas, yaitu dengan nilai Beta = 0,388. Jika dibandingkan dengan standar yang dibuat oleh Ditjen BUK setelah dikonversi dalam bentuk proporsi diperoleh hasil kisaran proporsi untuk perawat gigi di Puskesmas perawatan ialah sebesar 3,33% dan Puskesmas non perawatan ialah sebesar 4,76% hal ini berarti untuk Puskesmas perawatan sudah sesuai dengan hasil penelitian dimana mean proporsi perawat gigi ialah 2,8% dengan rentang 95% CI terletak pada 2,09-3,53%.

6.3.2 Hubungan Jumlah Tenaga Kesehatan Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Pada hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan jumlah tenaga kesehatan dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota diperoleh hasil proporsi jumlah tenaga kesehatan yang memiliki hubungan kemaknaan secara statistik ialah proporsi tenaga perawat dan proporsi tenaga bidan. Sedangkan pada analisis multivariat diperoleh hasil proporsi tenaga bidan dan tenaga apoteker yang memiliki peranan atau kontribusi yang paling besar terhadap rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota, yaitu dengan nilai Beta = 0,28 untuk tenaga bidan dan Beta = 0,326 untuk tenaga Apoteker. Tenaga apoteker ada pada analisis multivariate karena pada tahapan seleksi bivariat sebelum masuk model multivariat digunakan p value < 0,25 sedangkan pada tahapan bivariat variabel yang dinyatakan berhubungan ialah untuk variabel yang memiliki p value < 0,05.

Jika dibandingkan dengan standar yang dibuat oleh Ditjen BUK setelah dikonversi dalam bentuk proporsi diperoleh hasil kisaran proporsi untuk tenaga bidan di Puskesmas perawatan ialah sebesar 20% dan Puskesmas non perawatan ialah sebesar 19,04% hal ini berarti bahwa hasil penelitian untuk proporsi tenaga bidan sudah sesuai atau melebihi standar yang dibuat oleh Ditjen BUK baik pada Puskesmas perawatan maupun Puskesmas non perawatan dimana mean proporsi tenaga bidan pada penelitian ialah 27,10% dengan rentang 95% CI terletak pada 23,52%-30,69%.

Sedangkan untuk tenaga apoteker jika dibandingkan dengan standar yang dibuat oleh Ditjen BUK setelah dikonversi dalam bentuk proporsi diperoleh hasil kisaran proporsi untuk tenaga apoteker di Puskesmas perawatan ialah sebesar 3,33% dan Puskesmas non perawatan ialah sebesar 0% hal ini berarti bahwa hasil

penelitian untuk proporsi tenaga apoteker sudah sesuai untuk Puskesmas non perawatan dimana mean proporsi tenaga apoteker pada penelitian ialah 0,549% dengan rentang 95% CI terletak pada 0,298%-0,799%.

6.4 Hubungan Keberadaan Program Wajib Puskesmas Dengan Rata-Rata Capaian Indikator Kinerja SPM Kab/Kota

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh, terpadu yang terdiri dari berbagai elemen (sub sistem) di dalam suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai salah satu kesatuan organisasi. Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Apabila salah satu bagian atau sub sistem tidak berjalan dengan baik, maka akan mempengaruhi bagian yang lain.

Elemen-elemen yang ada dalam sistem secara garis besar ialah sebagai berikut input (masukan), proses, keluaran (output), dampak (*impact*), umpan balik (*feed back*), dan lingkungan (*environment*). Dimana menurut teori dari Donabedian (1992) disebutkan bahwa indikator pelayanan kesehatan adalah mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan Input-Proses-Output-Outcome misalnya indikator input (dokter, paramedis dsb), anggaran biaya yang tersedia, perlengkapan dan peralatan dokter termasuk obat-obatan, adanya SOP. Indikator proses misalkan terdiri dari petunjuk tentang pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, proses yang ditempuh oleh tenaga kesehatan; indikator outcome misalkan terdiri dari angka kesembuhan penyakit, angka kematian, angka pasien berobat ulang dengan penyakit yang sama, peningkatan pendapatan dan lain-lain.

Contoh di dalam pelayanan Puskesmas yang menjadi elemen input adalah tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya, prosesnya adalah program pelayanan kesehatan Puskesmas tersebut dan outputnya adalah cakupan dari pelaksanaan program pelayanan kesehatan tersebut.

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

- a. Upaya Promosi Kesehatan
- b. Upaya Kesehatan Lingkungan
- c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- d. Upaya Perbaikan Gizi
- e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- f. Upaya Pengobatan

Dalam penelitian ini diperoleh hasil bahwa 97,405% Puskesmas di 35 Kab/Kota DTPK telah memiliki kelengkapan program wajib Puskesmas dan hanya 45 Puskesmas yang tidak memiliki program wajib secara lengkap.

Pada analisis bivariat penelitian ini diperoleh hasil bahwa kelengkapan keberadaan program mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik ($p=0,004$) terhadap rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota dengan nilai korelasi bersifat positif dan sedang serta koefisien determinasi sebesar 0,275 dimana hal ini menunjukkan bahwa variabel kelengkapan program dapat menerangkan 27,5% variasi yang ada pada variabel rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota. Sedangkan pada analisis multivariate kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas menjadi factor penentu atau memiliki kontribusi dan peranan tertinggi terhadap rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota dengan nilai Beta sebesar 0,465.

Hal ini tentu sesuai dengan teori bahwa perubahan kuantitas dan kualitas tenaga diharapkan mampu meningkatkan pelayanan karena sesuai yang disampaikan Donabedian (1998) salah satu jenis dari 3 (tiga) jenis standar kualitas pelayanan, yaitu standar ketenagaan sebagai standar masukan. Perubahan pada standar masukan ini akan berakibat pada standar proses dan selanjutnya pada hasil atau luaran baik berupa peningkatan cakupan ataupun kepuasan pasien.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor penentu dari kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas ialah jenis tenaga dokter dan proporsi perawat gigi. Sedangkan yang menjadi faktor penentu rata-rata capaian indikator kinerja SPM 35 Kab/Kota DTPK ialah kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas dan proporsi apoteker.
2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas seluruh Kab/Kota DTPK adalah tenaga perawat, bidan, dokter dan tenaga gizi. Sedangkan jenis tenaga yang Kabupaten/Kota tertentu mengalami kekosongan ialah jenis tenaga teknis kefarmasian, sanitarian, penyuluh kesehatan/promkes, analis kesehatan, dokter gigi, perawat gigi, dan apoteker. Sementara jumlah tenaga kesehatan yang memiliki proporsi terbesar di bandingkan dengan proporsi jenis tenaga kesehatan lainnya di Puskesmas diurutkan dari yang terbesar ke yang terkecil ialah proporsi perawat, proporsi bidan, proporsi dokter, proporsi sanitarian, proporsi tenaga gizi, proporsi teknis kefarmasian, proporsi perawat gigi, proporsi analis kesehatan, proporsi dokter gigi, proporsi tenaga kesehatan lain, proporsi penyuluh kesehatan/promkes, proporsi apoteker.
3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota di 35 Kab/Kota DTPK prioritas nasional program pelayanan kesehatan ialah sebesar 57,42%.
4. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas di Kab/Kota DTPK ialah sebesar 97,405%.
5. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel jenis tenaga kesehatan yang mempunyai hubungan bermakna dengan kelengkapan program

wajib Puskesmas di Kab/Kota DTPK ialah tenaga dokter, bidan, teknis kefarmasian, tenaga gizi, sanitarian, penyuluh kesehatan/promkes, dan analis kesehatan. Sedangkan untuk variabel jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas yang mempunyai hubungan bermakna dengan kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas di Kab/Kota DTPK ialah proporsi perawat, proporsi perawat gigi, proporsi analis kesehatan, proporsi sanitarian, proporsi tenaga kesehatan lain

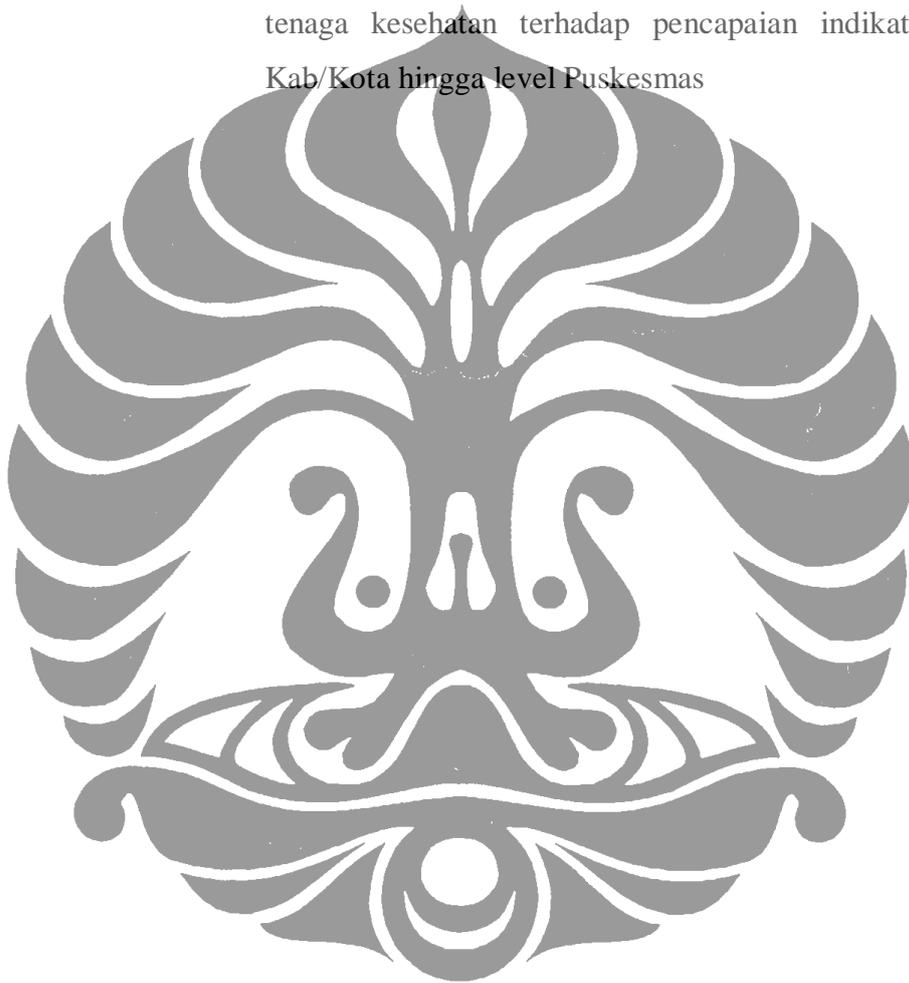
6. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel jenis tenaga kesehatan yang mempunyai hubungan bermakna dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota ialah tenaga bidan, dokter, dan apoteker. Sedangkan untuk variabel jumlah tenaga kesehatan yang mempunyai hubungan bermakna dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota ialah proporsi perawat, proporsi bidan. Sementara untuk variabel kelengkapan keberadaan program wajib Puskesmas juga memiliki hubungan bermakna dengan rata-rata capaian indikator kinerja SPM Kab/Kota.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, saran yang dapat disampaikan sebagai berikut :

1. Kementerian Kesehatan
 - Perlunya dilakukan review terhadap standar jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas perawatan atau non perawatan.
2. Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah
 - Perlu dilakukan penempatan tenaga kesehatan dimana Kab/Kotanya masih belum ada jenis tenaga tertentu seperti tenaga dokter gigi, sanitarian, penyuluh kesehatan/promkes, analis kesehatan dan apoteker.
 - Perlu dilakukan upaya penempatan tenaga kesehatan secara tim dimana anggota tim untuk mendukung kelengkapan program wajib Puskesmas diprioritaskan kepada jenis tenaga dokter dan analis kesehatan

- Perlu adanya koordinasi dan pembinaan terhadap Puskesmas yang belum memiliki program wajib Puskesmas secara lengkap
3. Untuk peneliti lain
- Perlu dilakukan studi secara komprehensif (jenis, jumlah, kualitas dan distribusi) dalam upaya-upaya meningkatkan cakupan indikator kinerja SPM kab/Kota
 - Perlu dilakukan studi lanjutan tentang hubungan jumlah dan jenis tenaga kesehatan terhadap pencapaian indikator kinerja SPM Kab/Kota hingga level Puskesmas



DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional., 2005. **Laporan Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan**, Jakarta: Deputi Men PPN Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Nasional Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) Tahun 2011, 2012
- Budiman, Muhammad 2006. Analisis perencanaan SDM Puskesmas di Kota Pangkalpinang tahun 2006-2010. Tesis. Program Pasca Sarjana IKM. FKM UI.
- Daruji, M 2001. Hubungan Faktor Individu Petugas Koordinasi Perkesmas Dengan Pelaksanaan Program di Puskesmas di Kabupaten Sleman Tahun 2011. Skripsi. Semarang: Undip.
- Donabedian, 1980 *The Definition of quality approach to it's assessment, health administration*, pers university of Michigan, Anu Arbor
- Donabedian, A. 1998 *The Quality Of Care*, Journal of The American Medical Association 260
- Fathonah, 2009. Studi Kapasitas Manajemen Program Pencegahan dan Pemberantasan DBD di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Tahun 2009. Tesis. Pasca Sarjana IKM. FKM UI.
- Hasibuan, Malayu, 2005, MSDM, Penerbit Bumi Aksara, Jakarta
- Hernawati, Nining 2006. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan di Desa Dalam Pelayanan Antenatal & Pertolongan Persalinan di Kabupaten Bekasi. Tesis. Pasca Sarjana IKM. FKM UI.
- Ilyas, Yaslis. 2004, perencanaan SDM RS, Teori Metoda dan Formula, penerbit FKM UI Depok.
- Ilyas, Yaslis.1998. Determinan Kinerja Dokter Puskesmas, Kasus: Dokter PTT. Disertasi. Jakarta
- Kurniati, Anna. (2012), Kajian SDM Kesehatan Di Indonesia, Salemba Medika.

Khozin, Mohammad (2010). Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten Gunungkidul

Long, A.F. & Mercer, G (1981) *Manpower Planning in The National Health Service: Gower Publishing Company Ltd. Hampshire, England.*

Mubarak & Chayatin., 2009. **Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi**, Jakarta: Salemba Medika.

Muninjaya, A. A. Gde., 2004. **Manajemen Kesehatan Edisi 2**, Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Moenir, A.S., 1983 *Pendekatan Manusiawi dan Organisasi terhadap Pembinaan Kepegawaian*, Penerbit Gunung Agung, Jakarta

Notoatmodjo, S., 2002. **Metodologi Penelitian Kesehatan**, Jakarta: PT Rineka Cipta.

_____, 2007. **Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni**, Jakarta, Rineka Cipta.

Pietrak, Jeane et al (1990) *Understanding Disability, Form Theory To Practice*. London. MacMillan Press. Ltd Publication.

Rachman, Nina 2001. *Perencanaan strategis SDM Dinkes Kab Pandeglang, dalam pelaksanaan OTDA tahun 2001-2005*. Tesis. Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat. FKM UI.

RI, (2007). Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 mengenai Pembagian urusan Pemerintahan antara pemerintah, pemerintahan Daerah Propinsi dan pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

RI, (1996). Peraturan pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan

RI, (2005). Peraturan Presiden Nomor 78 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Pulau-Pulau Kecil Terluar.

RI, (2012). Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

- RI, (2011). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 758/Menkes/SK/IV/2011 tentang Penetapan, Kabupaten, Kecamatan dan Pulau-Pulau Kecil Terluar Berpenduduk Yang Menjadi Sasaran Prioritas Nasional Program Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan Tahun 2010-2014.
- RI, (2012). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 027 Tahun 2012 tentang Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).
- RI, (2007). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 1231/Menkes/Per/XI/2007 tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan di Daerah Terpencil, Sangat Terpencil, Tertinggal, Perbatasan, Pulau-pulau Kecil Terluar, Tidak Diminati, Rawan Bencana/Mengalami Bencana, dan Konflik Sosial
- RI, (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 741 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota.
- RI, (2009) Keputusan Menteri Kesehatan tentang **Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005 – 2025.**
- RI, D.K. (2007). Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 949 tahun 2007 tentang daerah terpencil dan sangat terpencil. Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- RI, D.K. (2007). Peraturan Menteri Kesehatan 1239 tahun 2007 tentang Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpencil dan Sangat Terpencil. Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- RI, D.K. (2006). Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 132/Menkes/SK/III/2006 mengenai Penetapan Lama Penugasan Dokter/Dokter Gigi Pegawai Tidak Tetap di daerah Terpencil dan Sangat Terpencil. Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- RI, D.K. (2007).Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 508/Menkes/SK/IV/2007 tentang Penetapan Lama Penugasan dan Besaran Insentif bagi tenaga Medis dan Bidan Pegawai Tidak Tetap yang Bertugas pada Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- RI, D.K. (2007).Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1231/Menkes/Per/XI/2007 tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan. Jakarta, Departemen Kesehatan RI.

RI, D.K. (2004) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 128/Menkes/SK/II/2004. **Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**, Jakarta: Direktur Jendral Bina Kesehatan masyarakat.

RI, D.K. (2008) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/Sk/Ix/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota.

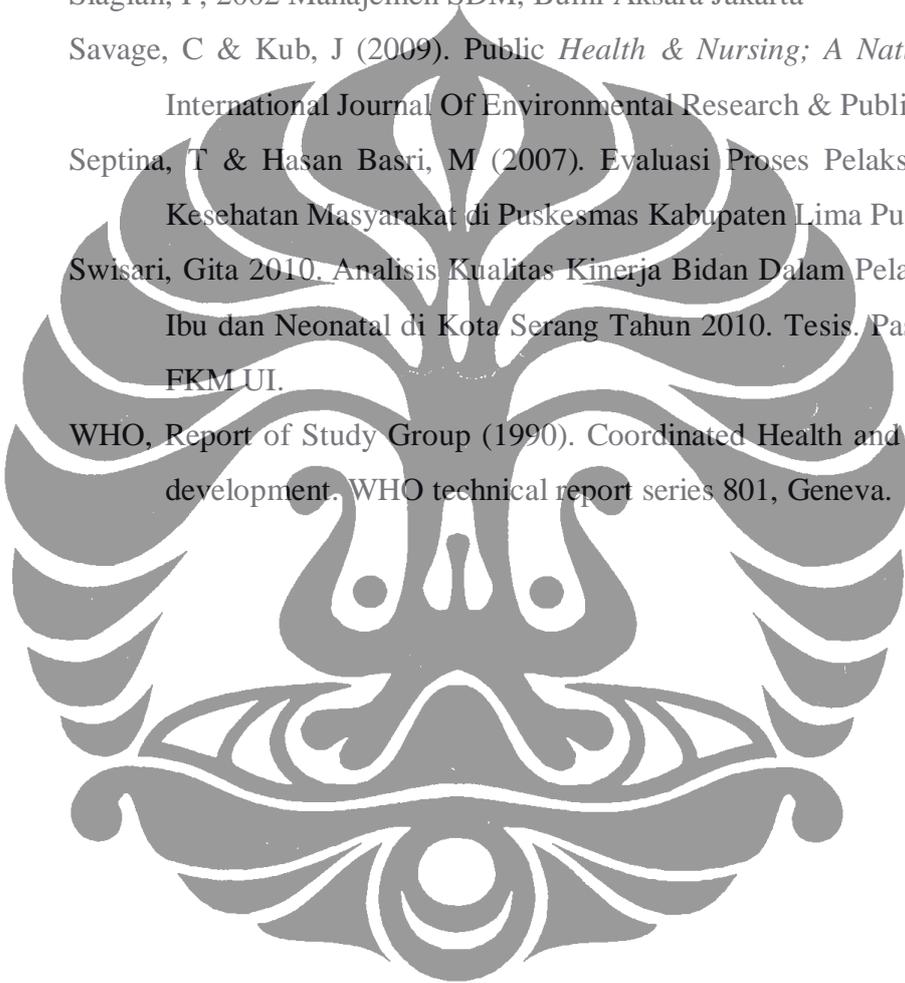
Siagian, P, 2002 Manajemen SDM, Bumi Aksara Jakarta

Savage, C & Kub, J (2009). *Public Health & Nursing; A Natural Partnership*. International Journal Of Environmental Research & Public Health.

Septina, T & Hasan Basri, M (2007). *Evaluasi Proses Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Lima Puluh Kota*.

Swisari, Gita 2010. *Analisis Kualitas Kinerja Bidan Dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal di Kota Serang Tahun 2010*. Tesis. Pasca Sarjana IKM. FKM UI.

WHO, Report of Study Group (1990). *Coordinated Health and human resources development*. WHO technical report series 801, Geneva.







362.1
Ind
s

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN RI
NOMOR 741/MENKES/PER/VII/2008

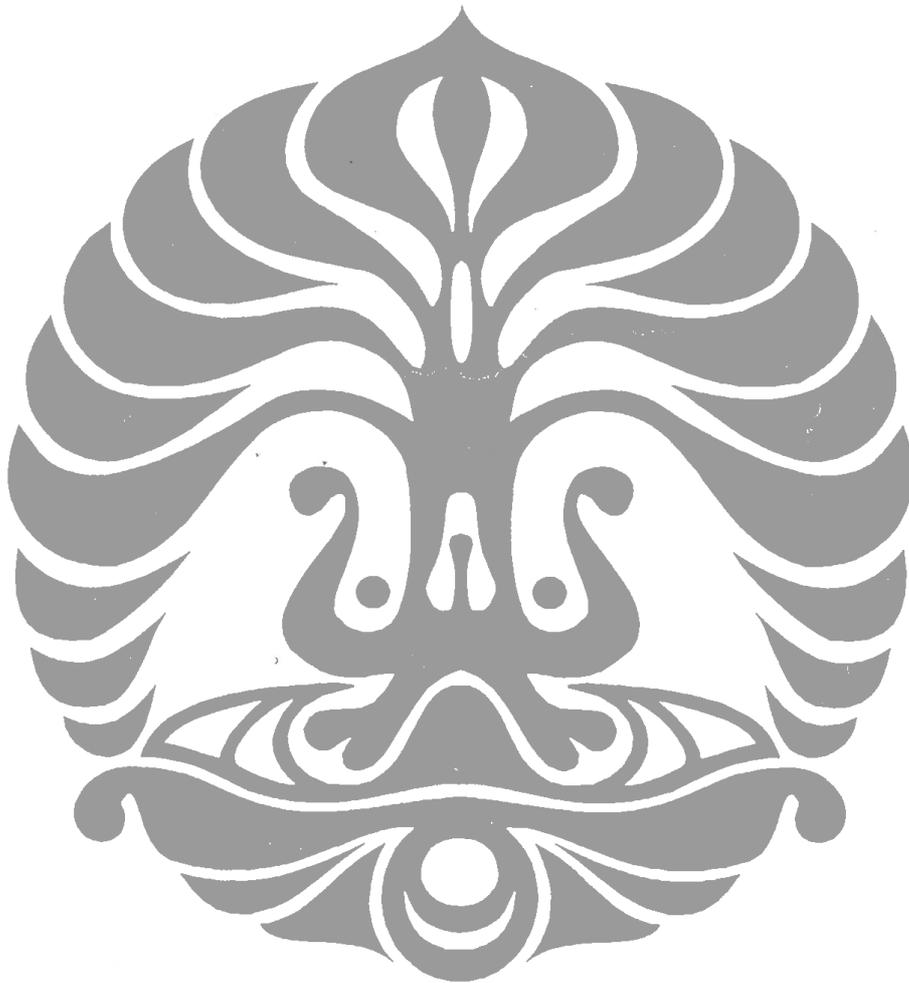
BIRO HUKUM DAN ORGANISASI
SETJEN DEPKES RI
2008



STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN RI
NOMOR 741/MENKES/PER/VII/2008

BIRO HUKUM DAN ORGANISASI
SETJEN DEPKES RI
2008



362.1
Ind
s

Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI

Indonesia. Departemen Kesehatan RI
Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
di Kabupaten/Kota: Peraturan Menteri Kesehatan RI
Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008. -- Jakarta:
Departemen Kesehatan RI, 2008.

- I. Judul
1. HEALTH SERVICES-LEGISLATION AND JURISPRUDENCE
 2. COMMUNITY HEALTH SERVICES

DAFTAR ISI

Daftar Isi	iii
Kata Pengantar	v
Ucapan Terima kasih	vii
Permenkes 741/MENKES/PER/VII/2008	1
Proses Penyusunan SPM Kesehatan	13
Tindak Lanjut Permenkes 741 Tahun 2008	17
Kontributor	18



KATA PENGANTAR

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya, telah selesai ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota yang berisi kerangka kebijakan, pengorganisasian di daerah kabupaten/kota serta peran pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota ini disusun setelah mendapat masukan dari lintas sektor, lintas program pusat dan daerah serta perguruan tinggi melalui berbagai kegiatan seminar dan pertemuan yang diikuti oleh badan-badan nasional dan internasional.

Dengan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, diharapkan pelayanan kesehatan yang paling mendasar dan esensial dapat dipenuhi pada tingkat yang paling minimal secara nasional, sehingga dapat mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan dan lebih jauh dapat memelihara/ menjaga keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia. Namun demikian untuk pelayanan kesehatan yang sifatnya spesifik daerah harus tetap diberikan.

Mengingat Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan bersifat dinamis, maka jenis pelayanan beserta indikator kinerjanya perlu terus dikembangkan melalui konsensus nasional.

Akhirnya saya sampaikan terimakasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah bekerja keras sejak penyusunan materi sampai ditetapkannya kebijakan ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk-Nya dan memberikan kekuatan kepada kita semua dalam melaksanakan pembangunan kesehatan.

Jakarta, 26 Agustus 2008
Sekretaris Jenderal



Dr. Sjafii Ahmad, MPH

NIP. 140 086 897

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota sebagaimana termaktub dalam buku ini.

Petunjuk Teknis ini merupakan amanat dari Pasal 4 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Proses penyusunannya memerlukan waktu, kajian serta pemikiran yang mendalam, mengingat dalam merumuskan jenis pelayanan, indikator, dan target pencapaian untuk tiap indikator memerlukan pemahaman, persamaan persepsi dan kesepakatan dari seluruh lintas sektor pusat dan daerah, lintas program terkait, serta masukan dari para pakar perguruan tinggi dan konsultan kesehatan.

Kepada semua pihak yang telah berperan serta berkontribusi memberikan bantuan pemikiran, saran, serta pendapat dalam penyusunan Peraturan Menteri Kesehatan ini, kami sampaikan penghargaan dan terima kasih.

Demikian, mudah-mudahan pedoman ini dapat bermanfaat sebagai acuan kita dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Jakarta, Juli 2008

Kepala Biro Hukum dan Organisasi



Dr. dr. Agus Purwadianto, SH, Msi, Sp.F(K)

NIP. 130 810 260



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN RI
NOMOR 741/MENKES/PER/VII/2008**

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
b. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota tidak sesuai lagi;
c. bahwa berdasarkan huruf a dan huruf b tersebut di atas, dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

9. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tatacara Pelaksanaan Kerjasama Antar Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4761);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
14. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 100.05-76 Tahun 2007 tentang Pembentukan Tim Konsultasi Penyusunan Standar Pelayanan Minimal.

Mengingat : Hasil Rekomendasi Sidang Dewan Pertimbangan Otonomi Daerah tanggal 11 Juni 2008

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA.**



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah Kabupaten/ Kota.
2. Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi Pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.
3. Pemerintah Pusat selanjutnya disebut Pemerintah adalah Menteri Kesehatan.
4. Daerah Otonom selanjutnya disebut Daerah adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.
5. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah Kabupaten/Kota dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
6. Pemerintah Daerah adalah Bupati atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
7. Pengembangan kapasitas adalah upaya meningkatkan kemampuan sistem atau sarana dan prasarana, kelembagaan, personil, dan keuangan untuk melaksanakan fungsi-fungsi pemerintahan dalam rangka mencapai tujuan pelayanan dasar dan/atau SPM Kesehatan secara



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

efektif dan efisien dengan menggunakan prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik.

8. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan DPRD dan ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

Pasal 2

- (1) Kabupaten/Kota menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan.
- (2) SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2010 – Tahun 2015:
 - a. Pelayanan Kesehatan Dasar :
 1. Cakupan kunjungan Ibu hamil K4 95 % pada Tahun 2015;
 2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 80 % pada Tahun 2015;
 3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90% pada Tahun 2015;
 4. Cakupan pelayanan nifas 90% pada Tahun 2015;
 5. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 80% pada Tahun 2010;
 6. Cakupan kunjungan bayi 90%, pada Tahun 2010;
 7. Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 100% pada Tahun 2010;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

8. Cakupan pelayanan anak balita 90% pada Tahun 2010;
 9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin 100 % pada Tahun 2010;
 10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 100% pada Tahun 2010;
 11. Cakupan Penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat 100 % pada Tahun 2010;
 12. Cakupan peserta KB aktif 70% pada Tahun 2010;
 13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 100% pada Tahun 2010;
 14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015.
- b. Pelayanan Kesehatan Rujukan
1. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015;
 2. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota 100 % pada Tahun 2015.
- c. Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa /KLB
- Cakupan Desa/ Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam 100% pada Tahun 2015.
- d. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- Cakupan Desa Siaga Aktif 80% pada Tahun 2015.

Pasal 3

Di luar jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2), Kabupaten/Kota tertentu wajib menyelenggarakan jenis pelayanan sesuai kebutuhan, karakteristik, dan potensi daerah.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 4

SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Pasal 3 diberlakukan juga bagi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

BAB III PENGORGANISASIAN

Pasal 5

- (1) Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten/Kota dan masyarakat;
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota;
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 6

- (1) SPM Kesehatan yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing Daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB IX PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 12

- (1) Menteri Kesehatan melakukan pembinaan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan menyusun Petunjuk Teknis yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan.
- (3) Menteri Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri Dalam Negeri, dapat mendelegasikan pembinaan teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Gubernur selaku wakil pemerintah di daerah.

Pasal 13

- (1) Menteri Kesehatan dalam melakukan pengawasan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan, dibantu oleh Inspektorat Jenderal Departemen Kesehatan.
- (2) Gubernur selaku wakil pemerintah di daerah dalam melakukan pengawasan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan, dibantu oleh Inspektorat Provinsi berkoordinasi dengan Inspektorat Kabupaten/ Kota.
- (3) Bupati/ Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan di daerah masing-masing.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**BAB X
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 14

- (1) Pada saat peraturan ini mulai berlaku semua peraturan yang berkaitan dengan SPM Kesehatan dinyatakan tidak berlaku.
- (2) Dengan berlakunya peraturan ini, maka keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 15

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juli 2008

MENTERI KESEHATAN RI,



Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K)

Proses Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota

Proses Penyusunan SPM Bidang Kesehatan sampai dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/PER/VII/2008 tanggal 29 Juli 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota melalui suatu rangkaian kegiatan dengan melibatkan berbagai pihak sebagai berikut:

1. Lintas Unit Utama di lingkungan Departemen Kesehatan.
2. Lintas sektor terkait (Departemen Dalam Negeri, Bappenas, Depkeu, MenPAN, BKN, Kementerian KLH, Dep PU, Depdiknas dll).
3. Lintas sektor terkait di daerah (Gubernur, Bupati, Walikota, DPRD Provinsi/Kabupaten/Kota, Pemda Provinsi/Kabupaten/Kota, Dinas terkait di Provinsi/Kabupaten/Kota dll).
4. Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota, Puskesmas dll.
5. Adinkes dan Arsada.
6. Organisasi Profesi Kesehatan di tingkat Pusat/Provinsi/Kabupaten/Kota.
7. Para Expert/Donor Agency.
8. Para Pakar Perguruan Tinggi.
9. Para konsultan Luar Negeri dan konsultan domestik.

Proses penyusunan SPM dimulai sejak ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal pada tanggal 28 Desember 2005, dimana Departemen/LPND harus meninjau kembali Pedoman SPM yang pernah diterbitkan dan menetapkan SPM di lingkungan Departemennya, untuk diberlakukan secara nasional.

Dalam hal ini Departemen Kesehatan melakukan revisi/penyempurnaan terhadap Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, mengingat pada saat proses penetapan Kepmenkes tersebut melalui tahapan kegiatan yang melibatkan hampir seluruh stakeholder terkait, serta memenuhi prinsip dasar penetapan SPM sebagaimana diamanatkan dalam PP Nomor 65 Tahun 2005.

Dalam penyusunan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota tersebut melalui serangkaian kegiatan sebagai berikut :

A. Tahun 2005

Pada Tahun 2005, dilakukan beberapa kali pertemuan Tim Penyusunan SPM Bidang Kesehatan untuk mengevaluasi SPM Bidang Kesehatan yang ada, serta identifikasi terhadap indikator SPM sebagaimana tertuang dalam KepMenkes Nomor 1457 Tahun 2003. Hal ini dilakukan dalam rangka penyesuaian dengan diberlakukannya PP Nomor 65 Tahun 2005.

B. Tahun 2006

1. Melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.SJ.SK.IV.0355 tanggal 5 April 2006 dibentuk Tim Penyusunan SPM Bidang Kesehatan dengan tugas memfasilitasi penyusunan SPM Bidang Kesehatan.
2. Pada bulan Mei 2006, dilakukan pertemuan Tim Penyusun SPM dalam rangka brain storming dan persamaan persepsi tentang kriteria dan konsep/draft awal SPM Bidang Kesehatan.
3. Pada bulan Juni - Juli 2006, dilakukan pertemuan intensif/roadshow di masing-masing unit utama untuk mengembangkan indikator SPM Bidang Kesehatan.
4. Pada bulan Mei 2006, diselenggarakan lokakarya/workshop pembahasan SPM Bidang Kesehatan yang melibatkan seluruh unit utama di lingkungan Depkes, Dinas Kesehatan di Provinsi/Kabupaten/Kota, Organisasi Profesi; Adinkes, Arsada, Pakar Perguruan Tinggi, Lintas sektor terkait (Depdagri, Bappenas, Depkeu, MenPAN dll), menghasilkan kesepakatan kriteria dan prinsip SPM Bidang Kesehatan, rancangan penyempurnaan SPM, prakiraan kebutuhan biaya dalam rangka implementasi SPM, dan Standar Tenaga Kesehatan.
5. Pada bulan Juni - Juli 2006, dilakukan beberapa kali pertemuan pembahasan SPM Bidang Kesehatan dengan seluruh unit utama di lingkungan Depkes menghasilkan rancangan penyempurnaan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
6. Pada bulan Oktober 2006 dilakukan pertemuan dengan Para Pakar Perguruan Tinggi untuk mendapatkan masukan terhadap rancangan SPM Bidang Kesehatan.
7. Pada bulan Agustus 2006 dilaksanakan pembahasan rancangan SPM Bidang Kesehatan pada forum Rapat Koordinasi Staff (Rakorstaf) diperluas yang dihadiri oleh pejabat Eselon I terkait dan Eselon II.
8. Pada Bulan Nopember 2006 dilaksanakan Model Building Exercise (MBE) di Provinsi Banten (Kota Serang), Provinsi Jawa Timur (Kabupaten Kediri) serta Provinsi Sumatera Utara (Kabupaten Deli Serdang), dengan melibatkan Tim Departemen Dalam Negeri, Pemda Provinsi/Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, Adinkes, Puskesmas serta beberapa UPT di Daerah.
9. Pada bulan Nopember 2006 dilaksanakan finalisasi rancangan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota oleh Tim Penyusun SPM beserta seluruh unit utama terkait.

C. Tahun 2007

1. Pada bulan Pebruari 2007 ditetapkan Peraturan Menteri Dalam Negeri No 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan SPM dan Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 100.05-76 Tahun 2007 tentang Pembentukan Tim Konsultasi Penyusunan Standar Pelayanan Minimal, sehingga rancangan SPM Bidang Kesehatan dikaji untuk memenuhi persyaratan/kelengkapan yang ditentukan.
2. Pada bulan Maret 2007 dilakukan pertemuan dengan seluruh unit utama di lingkungan Depkes, untuk mengidentifikasi kesiapan perangkat pendukung SPM Bidang Kesehatan (Juknis SPM, Analisis Biaya serta ketenagaan pendukung SPM) sebagaimana diamanatkan dalam Permendagri 6 Tahun 2007. Disamping itu juga persiapan pembahasan dalam forum Tim Konsultasi.
3. Pada bulan Mei 2007 dilakukan uji coba TOOLS SPM dengan Lintas sektor, termasuk analisis pembiayaan yang dihadiri oleh unsur Depkes, Depdagri, Kementerian Lingkungan Hidup, perguruan tinggi (UI) dan konsultan.
4. Selanjutnya dilakukan serangkaian kegiatan sosialisasi, fasilitasi, konfirmasi lapangan terhadap rancangan SPM Bidang Kesehatan untuk mendapatkan koreksi dan masukan dari jajaran kesehatan dan lintas sektor di Provinsi/ Kabupaten/Kota antara lain :
 - a. Forum Rakerkesda Provinsi Nanggroe Aceh Darrusalam
 - b. Forum Rakerkesda Kepulauan Riau (Kepri)
 - c. Forum Rakerkesda Prov Bali
 - d. Forum Rakerkesda DKI Jakarta
 - e. Forum Rakerkesda Kalimantan Barat
 - f. Forum Rakerkesda Kalimantan Timur
 - g. Forum Rakerkesda Sulawesi Selatan
 - h. Forum Rakerkesda Gorontalo, Jawa Barat
 - i. Forum Rakerkesda Jawa Tengah
 - j. Forum Rakerkesda Jawa Timur
 - k. Forum Rakerkesda Nusa Tenggara Barat
 - l. Forum Rakerkesda DI Yogyakarta
 - m. serta pertemuan lintas program/rakonteknis Depkes lainnya.
5. Pada bulan Juni 2007 rancangan SPM Bidang Kesehatan disajikan dan dibahas dalam forum Rapat Kerja Nasional (Rakerkesnas) di Solo.
6. Pada bulan Agustus 2007 diselenggarakan pertemuan awal Depkes dengan tim teknis dari Tim Konsultasi yang menghasilkan masukan bentuk/ format / instrumen bagi Tim Konsultasi. Instrumen dimaksud akan digunakan oleh Tim Konsultasi sebagai tools dalam rangka penilaian SPM sektoral.
7. Pada bulan Nopember 2007 diselenggarakan pembahasan rancangan/draft SPM Bidang Kesehatan dalam forum Rapat Koordinasi Pimpinan (Rakorpim) yang dihadiri oleh seluruh pejabat Eselon I dan Eselon II di lingkungan Depkes, menghasilkan penetapan resmi usulan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota untuk diusulkan kepada Tim Konsultasi.

8. Pada bulan Nopember 2007 Usulan SPM Bidang Kesehatan disampaikan kepada Mendagri selaku ketua Tim Konsultasi, untuk dibahas dalam forum selanjutnya.
9. Selanjutnya Departemen Kesehatan diundang dalam pertemuan breakfast meeting/ Launching Tim Konsultasi, dimana Kepala Biro Hukum dan Organisasi Depkes a.n Sekretaris Jenderal turut hadir. Dalam pertemuan disepakati bahwa usulan SPM sektoral utamanya Depkes diagendakan pada awal Bulan Desember 2007 .
10. Pada tanggal 10 – 11 Desember 2007 dilaksanakan pembahasan intensif dengan Tim Konsultasi yang terdiri dari unsur Departemen dalam Negeri, Bappenas, Departemen Keuangan, Kementerian MenPAN, dimana menghasilkan keputusan bahwa SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dinyatakan layak karena telah memenuhi syarat untuk ditetapkan sebagai SPM Bidang Kesehatan secara nasional, dan selanjutnya direkomendasikan untuk dibahas dalam sidang Dewan Pertimbangan Otonomi Daerah (DPOD).

D. Tahun 2008

1. Pada tanggal 27 Maret 2008 Ketua Tim Konsultasi Penyusunan SPM mengeluarkan Surat rekomendasi kepada Ketua Dewan Pertimbangan Otonomi Daerah (DPOD) yang pada prinsipnya menyatakan bahwa draft SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota telah memenuhi kualitas mutu pelayanan dasar kepada masyarakat, dan menjadi skala prioritas daerah dan nasional.
2. Pada tanggal 11 Juni 2008 draft SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota dibahas dalam sidang Dewan Pertimbangan Otonomi daerah (DPOD). Sidang dipimpin oleh Menteri Dalam Negeri selaku ketua DPOD dan dihadiri oleh Menteri Keuangan, Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara, Menteri Hukum dan HAM, Deputi Bappenas, Gubernur DKI Jakarta, beberapa Bupati dan Walikota, unsur pemerintah lainnya serta akademisi. Hasil sidang merekomendasikan bahwa usulan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota agar segera ditetapkan dengan peraturan Menteri Kesehatan, dan diberlakukan secara nasional.

Kontributor

Tim Perumus

Agus Purwadianto (Rohukor), Suwandi Makmur (Itjen), Bambang Hartono (Pusdatin), Tritarayati (Rohukor), Sawidjan (Rokeukap), Bagus TH (Rokeukap), Endang SW (Puspromkes), Rahmaniari (Pusdatin), Lucas H (Dit. Ibu), Lukman (Dit. Ibu), Kirana P (Dit. Anak), M. Nasir (Dit. Anak), Entos (Dit. Gizi), Tatang (Dit. Gizi), Emil B (Dit. Yanmedik Dasar), Bambang W (Hukormas PP&PL), Sujais (Hukormas PP&PL), Mulyadi (Rohukor), Astrid (Rohukor), Satijo (Rohukor), Iwan K (Rohukor).

Lokakarya SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota Cisarua, 4-6 September 2006

SAM Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi, Kepala Biro Hukum dan Organisasi, Kapuslitbang Sistem & Kebijakan Kesehatan, BKN, Bappenas, Depdagri, Ditjen Bina Kesmas, Ditjen Bina Yanmedik, Ditjen Binfar & Alkes, Ditjen PP & PL, Badan PPSDM Kes, Badan Litbangkes, Biro Perencanaan dan Anggaran, Biro Keuangan dan Perlengkapan, Biro Kepegawaian, Pusdatin, Pusat PJK, Pusat Promkes, Puskabangkes, Wakil dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, Adinkes, Arsada, PPNI, PDGI, IDI, IBI, KKI, Broto Wasisto, Soewarta Kosim, Syamsul Hadi, Kabag Anjab & Ketatalaksanaan, Kasubbag Anjab, Kasubbag Pengembangan Jabfung, Staf Bagian Anjab & Ketatalaksanaan.

Rapat Koordinasi Pimpinan (Rakorpim) Ruang Leimena Depkes, 1 November 2007

Sjafiq Ahmad (Sekretaris Jenderal), Krishnajaya (SAM Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi), Nyadial Roesdal (SAM Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat), Triono Soendoro (Ka. Badan Litbangkes), Bambang Sardjono (Sesditjen Bina Kesmas), Mulya Hasjmy (Sesditjen Bina Yanmedik), Meinarwati (Sesditjen Binfar dan Alkes), Titte Kabul (Sesbadan Litbangkes), Zulkarnain K (Sesbadan PPSDM Kesehatan), A. Chaliq Amin (Ses. Itjen), Agus Purwadianto (Karo Hukum dan Organisasi), Budihardja (Karo Perencanaan dan Anggaran), Suhardjono (Karo keuangan dan Perlengkapan), Mustikowati (Karo Kepegawaian), Wandaningsih (Karo Umum), A. Chalik Masulili (Kapus Promkes), Bambang Hartono (Kapusdatin), Ida Bagus IG (Pusat PJK), Rustam S Pakaya (Kapus Penanggulangan Krisis), Suwandi Makmur (Inspektur III Itjen), Sri Hermayanti (Dir. Bina Kesehatan Ibu), Untung Suseno Sutardjo (Dir. Bina Kesehatan Kerja), Abdul Muchsid (Dir. Bina Farmasi Komunitas & Klinik), Bahdar Johan H (Dir Bina Produksi dan Distribusi Alkes), Bahron Arifin (Dir. Bina Obat Publik & perbekalan kesehatan), Dwidjo Susono, Broto Wasisto, Tritarayati (Kabag Anjab & Ketatalaksanaan), Waluyo (Kabag Tatalaksana Keuangan), Bagus Tri Handoyo (Kasubbag Verifikasi), Sawidjan (Kasubbag Analisa Pembiayaan & informasi keuangan), Astrid (Kasubbag Pengembangan Jabfung), Mulyadi (Kasubbag Anjab), Satijo (Kasubbag Tatalaksana), Iwan, Maritania, Hotman, Dermawati, Darwiyati, Iskandar (Staf Biro Hukor).

Sidang Dewan Pertimbangan Otonomi Daerah Depdagri, 11 Juni 2008

Depdagri: Mendagri, Staf Ahli Mendagri Bidang Pembangunan, Dirjen Otda Depdagri, Dirjen BAKD, Sesditjen BAKD, Irjen, Dirjen Pemerintahan Umum, Sesditjen Otda, Direktur Fasilitas DPOD & HAL, Direktur Urusan pemerintahan Daerah, Kepala Biro Kepegawaian, Kepala Biro

Hukum, Kepala Biro Organisasi, Sesditjen PUM, Direktur Perencanaan Anggaran Daerah, Direktur Fasilitas Dana Perimbangan, Direktur Pengembangan Kapasitas dan Evaluasi Kinerja Daerah, Kasubdit Fasilitas DAK, Kasubdit Standar Pelayanan Minimal, Kasubdit Kemitraan Legislatif dan Eksekutif, Kasubdit Monitoring dan Evaluasi, Sekretariat DPOD;

Depkeu: Menkeu, Staf Ahli Menkeu Bidang Pengeluaran Negara, Dirjen Perimbangan Keuangan, Direktur Dana Perimbangan, Sesditjen Perimbangan Keuangan, Kasubdit Dana Bagi Hasil SDA, Kasubdit Dana Alokasi Umum;

Kementerian PAN: Menpan, Staf Ahli Menteri PAN Bidang Pemerintahan dan Otonomi Daerah, Asisten Deputi Perumusan Kebijakan Kelembagaan;

Bappenas: Kepala Bappenas, Deputi regional dan Otonomi Daerah, Direktur Pengembangan dan Otonomi Daerah;

Depkumham: Menkumham, Staf Ahli Menkumham Bidang Pengembangan Budaya Hukum, Direktur Harmonisasi Peraturan Perundang-undangan, Kasubdit Bidang Polhukam;

Setkab: Deputi Bidang Hukum, Kepala Biro Aparatur Negara Pemerintah Daerah dan Kesejahteraan Rakyat;

Depkes: Sjafi Ahmad (Sekretaris Jenderal), Faiq Bahfen (Inspektur Jenderal), Suwandi Makmur (Inspektur III Itjen), Agus Purwadianto (Karo Hukor), Tritarayati (Kabag Anjab & Tatalaksana Rohukor), Slamet (Kabag Evapor Roren-gar), Harmen Mardjunin (Kabag Verifikasi dan Akuntansi Rokeukap), Rahmani Brahman (Kabid Pengembangan Bank Data Pusdatin), Bagus Tri Handoyo (Kasubbag Verifikasi Rokeukap), Sawidjan (Kasubbag Analisa Pembiayaan & Informasi Keuangan Rokeukap), Gede Ketut Wira Kambaja (Kasubbag Perencanaan Program Roren-gar), Iwan Kurniawan (Staf Biro Hukum dan Organisasi).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI

NOMOR 758/MENKES/SK/IV/2011

TENTANG

PENETAPAN KABUPATEN, KECAMATAN DAN PUSKESMAS DI
PERBATASAN DARAT DAN PULAU-PULAU KECIL TERLUAR
BERPENDUDUK YANG MENJADI SASARAN PRIORITAS NASIONAL
PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN
DI DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN
TAHUN 2010 – 2014

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MENIMBANG

- a. bahwa sasaran prioritas nasional diarahkan pada wilayah negara yang terletak pada sisi dalam sepanjang batas wilayah Indonesia dengan negara lain, dalam hal batas wilayah negara di darat kawasan perbatasan berada di kecamatan
- b. bahwa dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010 – 2014 telah ditetapkan daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan menjadi salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan, agar masyarakat di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan dapat mudah terjangkau dan menjangkau pelayanan kesehatan
- c. bahwa dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor terkait
- d. bahwa untuk meningkatkan koordinasi dan kerjasama lintas program dan lintas sektor diperlukan adanya kesamaan sasaran lokus kegiatan
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan pada huruf (a), (b), (c) dan (d) dipandang perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan Kabupaten, Kecamatan dan Puskesmas di Perbatasan Darat dan Pulau – Pulau Kecil Terluar Berpenduduk Yang Menjadi Sasaran Prioritas Nasional Program Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan tahun 2010-2014

MENINGGAT

- 1 Undang-undang No.32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 15, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang No 12 tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844)
- 2 Undang-Undang Republik Indonesia No. 43 tahun 2008 tentang Wilayah Negara (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2008 No 17, Tambahan Lembar Negara Republik Indonesia Nomor 4925)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2009 No 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)
- 4 Peraturan Presiden RI No. 78 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Pulau-Pulau Kecil Terluar (92 Pulau Pulau Kecil Terluar)
- 5 Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014
- 6 Peraturan Presiden No 12 Tahun 2010 Tentang Badan Nasional Pengelola Perbatasan
- 7 Keputusan Menteri Kesehatan RI No.374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- 8 Peraturan Menteri Kesehatan RI No 1144/Menkes/Per/VII/2010 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
- 9 Peraturan Badan Nasional Pengelola Perbatasan No 1 Tahun 2011 Tentang Design Besar Pengelolaan Batas Wilayah Negara dan Kawasan Perbatasan Tahun 2011 - 2025
- 10 Peraturan Badan Nasional Pengelola Perbatasan No 2 Tahun 2011 Tentang Rencana Induk Pengelolaan Batas Wilayah Negara dan Kawasan Perbatasan Tahun 2011 - 2014
- 11 Peraturan Badan Nasional Pengelola Perbatasan No 3 Tahun 2011 Tentang Rencana Aksi Pengelolaan Batas Wilayah Negara dan Kawasan Perbatasan Tahun 2011

MEMPERHATIKAN :

- 1 Kabupaten dan Puskesmas sasaran prioritas nasional Kementerian Kesehatan RI di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan tahun 2005 - 2009
- 2 Rencana Pengembangan Kawasan Strategis Nasional (PKSN) oleh Bappenas
- 3 Kabupaten yang menjadi sasaran kementerian/lembaga terkait di wilayah perbatasan antar negara baik darat maupun pulau-pulau kecil terluar.

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN
Pertama

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG
PENETAPAN KABUPATEN, KECAMATAN DAN
PUSKESMAS DI PERBATASAN DARAT DAN PULAU-
PULAU KECIL TERLUAR BERPENDUDUK YANG
MENJADI SASARAN PRIORITAS NASIONAL PROGRAM
PELAYANAN KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL,
PERBATASAN DAN KEPULAUAN TAHUN 2010 - 2014



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Keenam : Keputusan ini berlaku pada tanggal ditetapkannya dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di : JAKARTA
Pada Tanggal : 11 April 2011

MENTERI KESEHATAN

Endang Rahayu Sedyaningsih

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Tembusan:

1. Menteri Dalam Negeri RI
2. Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Ketua Bappenas
3. Menteri Negara Pembangunan Daerah Tertinggal
4. Menteri Kelautan dan Perikanan
5. Kepala Badan Nasional Pengelola Perbatasan
6. Kepala Badan Pemeriksa Keuangan
7. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
8. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan
9. Direktur Jenderal/Kepala Badan di Lingkungan Kementerian Kesehatan
10. Gubernur, Bupati/Walikota di Seluruh Indonesia
11. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota di Seluruh Indonesia



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN II

Lampiran Surat Keputusan Menteri Kesehatan

Nomor : 758/MENKES/SK/IV/2011

Tanggal : 11 April 2011

101 PUSKESMAS SASARAN PRIORITAS NASIONAL
PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL,
PERBATASAN DAN KEPULAUAN TAHUN 2010 – 2014

NO	PROVINSI	KABUPATEN	KECAMATAN	PUSKESMAS
1	SUMATERA UTARA	Nias Selatan	Pulau-Pulau Batu	Pulau Telo
2	BENGKULU	Bengkulu Utara	Enggano	Enggano
3	KEPULAUAN RIAU	Karimun	Tebing	Tebing
		Natuna	Pulau Laut Pulau Subi Pulau Serasan	Pulau Laut Pulau Subi Serasan
4	NTT	Kota Batam	Belakang Padang	Belakang Padang
		Kupang	Amfoang Utara Amfoang Timur	Naikliu Oepöli
		Timor Tengah Utara (TTU)	Miomafo Barat Miomafo Barat/Musi Miomafo Timur Miomafo Timur Bikomi Nilulat Insana Utara	Eban Tasinifu Nunpene Bitefa Oecio Wini
		Belu	Tasifento Timur Lamaknen Lamaknen Selatan Nanaet Duabesi Kobalima Timur Raihat Kakuluk Mesak Kakuluk Mesak Raimanuk	Wedomu Weluli Nuaain Laktutus Alas Haekesak Silawan Haliwen Webora
		Alor	Alor Selatan Alor Timur Alor Barat Daya Mataru	Padang Alang Maritaing Buraga Kalunan
5	KALIMANTAN BARAT	Sambas	Paloh Salingan Besar	Paloh Salingan Besar
		Sintang	Entikong Sekayam	Entikong Balai Karangan
		Sanggau	Ketungau Hulu Ketungau Tengah	Senaning Merakai
		Kapuas Hulu	Empangan Puring Kencana Badau Batang Laupar Embaloh Hulu	Nanga Kantuk Puring Kencana Badau Lanjak Benua Martinus
		Bengkayang	Siding Jagoi Babang	Siding Jagoi Babang



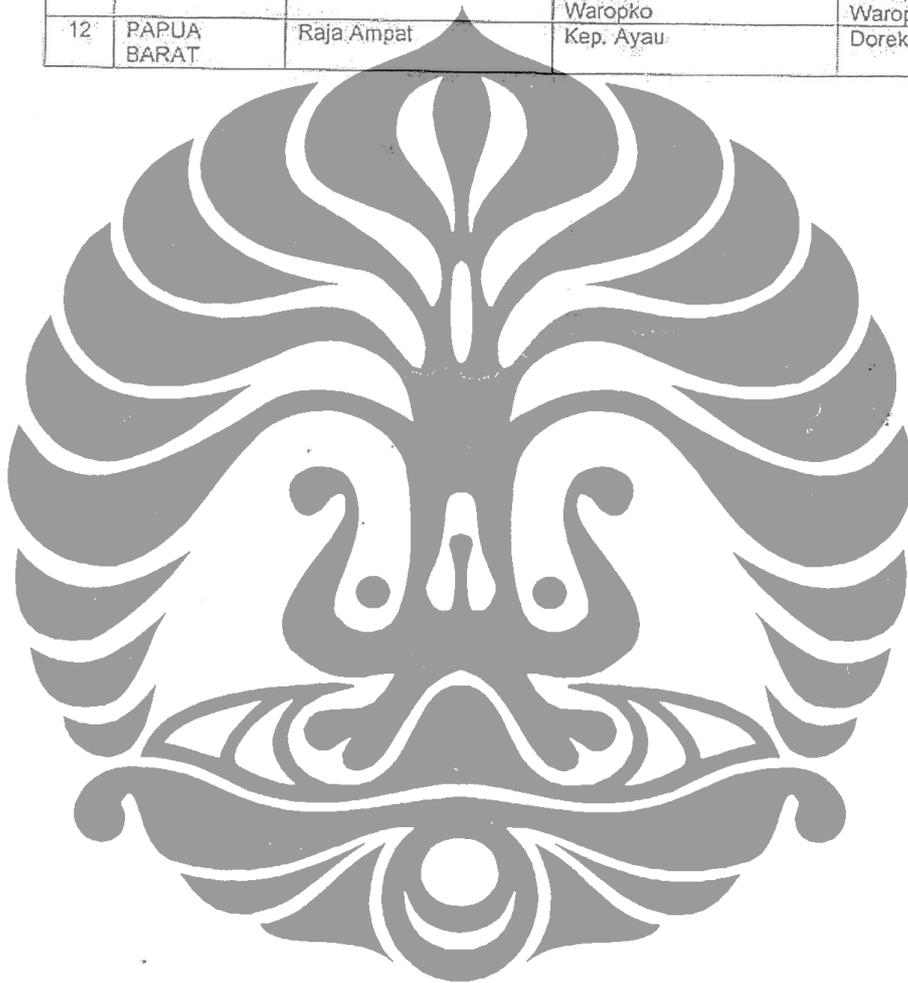
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NO	PROVINSI	KABUPATEN	KECAMATAN	PUSKESMAS
6.	KALIMANTAN TIMUR	Kutai Barat	Long Apari Long Pahangai	Tiong Ohang Long Pahangai
		Malinau	Kayan Hulu Kayan Hilir Pujungan Kayan Selatan Bahau Hulu	Long Nawang Data Dian Long Pujungan Long Ampung Long Alango
		Nunukan	Krayan Krayan Selatan Lumbis Nunukan Sebatik Barat Sebatik Barat Sebatik Sebuku	Long Bawan Long Ayu Masalong Nunukan Setabu Aji Kuning Sungai Nyamuk Pembelangan
7.	SULAWESI UTARA	Berau	Maratua	Marayua Ayung
		Kepulauan Talud	Miango Nanusa Gemeh	Miango Karatung Dapalan Gemeh Kakorutan
		Kepulauan Sangihe	Kendahe Tabukan Utara/Marore	Kendahe Marore
		Minahasa Utara	Wori	Wori
		Kepulauan Sitaro	Siau Barat	Ondong
8.	SULAWESI TENGAH	Toli-Toli	Dampal Utara	Ogutua
9.	MALUKU	Maluku Tenggara Barat (MTB)	Tanimbar Selatan Selaru Selaru Tanimbar Utara	Saumlaki Adaut Natambung Larat
		Maluku Barat Daya (MBD)	Babar Timur Mdona Hyera Letti Pulau2 Terselatan/Kisar Wetar Wetar	Marsela Lelang Serwaru Wopreli Ilwaki Ustutun
		Kepulauan Aru	Aru Tengah Aru Tengah	Kojjabi Meisiang
10.	MALUKU UTARA	Morotai	Morotai Jaya Morotai Selatan Barat Morotai Utara	Sopi Wayabula Bere-bere
11.	PAPUA	Kota Jayapura	Muara Tami	Koya
		Sarmi	Sarmi	Sarmi
		Keerom	Towe Hitam Waris Senggi Web	Towe Hitam Waris Senggi Ubrub
		Supiori	Supiori Barat Supiori Timur	Sabarmiokre Sorendiwari



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NO	PROVINSI	KABUPATEN	KEGAMATAN	PUSKESMAS
		Merauke	Ulilin Eligobel/Bupul Sota Naukenjeri Kimam	Ulilin Bupul Sota Rimba Jaya Kimam
		Pegunungan Bintang	Oksibil Iwur Batom	Oksibil Iwur Batom
		Boven Digul	Mindiptana Waropko	Mindiptana Waropko
12	PAPUA BARAT	Raja Ampat	Kep. Ayau	Dorekar





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

LAMPIRAN III
Lampiran Surat Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 758/MENKES/SK/IV/2011
Tanggal : 11 April 2011

KECAMATAN SASARAN BADAN NASIONAL PERBATASAN YANG MENJADI
SASARAN TAMBAHAN PRIORITAS NASIONAL
PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL,
PERBATASAN DAN KEPULAUAN TAHUN 2010 – 2014

NO	PROVINSI	KABUPATEN	KECAMATAN
1	ACEH	Kota Sabang	Sukakarya
2	SUMATERA UTARA	Serdang Bedagai	Tanjung Beringin
3	RIAU	Inderagiri Hilir	Enok Gaung Kateman
		Bengkalis	Bukut Batu Bantan Rupat Utara
		Rokan Hilir	Pasir Limau Kapas Sinaboi
		Kepulauan Meranti	Merbau Rangsang
		Kota Dumai	Dumai
4	KEPULAUAN RIAU	Natuna	Bunguran Timur Bunguran Barat Midai
		Karimun	Kundur Meral Moro
		Kota Batam	Batam Bulang
		Bintan	Bintan Timur Bintan Utara Tambelan Teluk Bintan
		Anambas	Jemana
5	NTT	Kupang	Amfoang Utara Amfoang Timur
		Timor Tengah Utara (TTU)	Bikomi Utara Kefamanu Mutis Nalbonu Bikomi Tengah
		Belu	Atambua Lasiolat Tansifeto Barat Malaka Barat
		Alor	Kalabahi
		Rotendao	Rotendao Barat daya
6	KALIMANTAN BARAT	Kapas Hulu	Putusibau Utara Putusibau Selatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

perencanaan program pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Pedoman/Standar Teknis yang ditetapkan.

BAB V PELAPORAN

Pasal 7

- (1) Bupati/Walikota menyampaikan laporan teknis tahunan kinerja penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan kepada Menteri Kesehatan.
- (2) Berdasarkan laporan teknis tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Menteri Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan teknis penerapan SPM Kesehatan.

BAB VI MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 8

- (1) Menteri Kesehatan melaksanakan monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM Kesehatan oleh Pemerintah Daerah dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Gubernur sebagai Wakil Pemerintah di Daerah untuk Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 9

Hasil monitoring dan evaluasi penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dipergunakan sebagai:

- a. Bahan masukan bagi pengembangan kapasitas pemerintah daerah dalam pencapaian SPM Kesehatan;
- b. Bahan pertimbangan dalam pembinaan dan pengawasan penerapan SPM Kesehatan, termasuk pemberian penghargaan bagi pemerintah daerah yang berprestasi sangat baik; dan
- c. Bahan pertimbangan dalam memberikan sanksi kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang tidak berhasil mencapai SPM Kesehatan dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dengan mempertimbangkan kondisi khusus Daerah yang bersangkutan sesuai peraturan perundang-undangan.

BAB VII PENGEMBANGAN KAPASITAS

Pasal 10

- (1) Menteri Kesehatan memfasilitasi pengembangan kapasitas melalui peningkatan kemampuan sistem, kelembagaan, personal dan keuangan, baik di tingkat pemerintah maupun Kabupaten/Kota.
- (2) Fasilitasi pengembangan kapasitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, dan/atau bantuan lainnya meliputi:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM Kesehatan, termasuk kesenjangan pembiayaan;
 - b. Penyusunan rencana pencapaian SPM Kesehatan dan penetapan target tahunan pencapaian SPM Kesehatan;
 - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM Kesehatan; dan
 - d. Pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM Kesehatan.
- (3) Fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, dan/atau bantuan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kemampuan kelembagaan, personal dan keuangan negara serta keuangan daerah.

BAB VIII
PENDANAAN

Pasal 11

- (1) Pendanaan yang berkaitan dengan kegiatan penyusunan, penetapan, pelaporan, monitoring dan evaluasi, pembinaan dan pengawasan, pembangunan sistem dan/atau sub sistem informasi manajemen, serta pengembangan kapasitas untuk mendukung penyelenggaraan SPM Kesehatan yang merupakan tugas dan tanggung jawab pemerintah, dibebankan kepada APBN Departemen Kesehatan.
- (2) Pendanaan yang berkaitan dengan penerapan, pencapaian kinerja/target, pelaporan, monitoring dan evaluasi, pembinaan dan pengawasan, pembangunan sub sistem informasi manajemen, serta pengembangan kapasitas, yang merupakan tugas dan tanggung jawab pemerintahan daerah dibebankan kepada APBD.