

Perbandingan Dukungan Sumber Daya non Finansial di Puskesmas Salaman 1 dan Puskesmas Gamping 1 Terhadap Pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan

Efina Cahyani Fandi, Sunarto***

**Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia*

***Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia
Email: efinaoi@gmail.com, sunarto@uii.ac.id*

ABSTRACT

Health is one of the concurrent affairs that must be fulfilled by the government. Based on the Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 of 2016, minimum service standards (SPM) are provisions regarding the type and quality of basic services which are mandatory government affairs that are entitled to be obtained by every citizen minimally. SPM has 12 indicators where all these indicators should ideally reach the target of 100% as a minimum, but not all indicators can achieve 100% results. This can be caused by non-financial resource factors that have not been fulfilled. The aim of this study is to compare the factors of non-financial resources at the Puskesmas Salaman 1 and Puskesmas Gamping 1 in the implementation of the SPM in the health sector. The study was conducted with qualitative methods with a case study approach. The result show that the factors of non-financial resources in the Puskesmas Gamping 1 and Puskesmas Salaman 1 have been adequately fulfilled, but there are some obstacles experienced, namely excessive workload so that one person holds several programs, the quality of human resources is different, not all drug stocks and reagents provided so that it must procure itself, and so forth. This obstacle indirectly affected the achievement of minimum health service standart in Gamping 1 Puskesmas and Salaman 1 Puskesmas so that they could not reach the target.

Keywords: *Non financial resources, minimum health service standart, Sleman districts, Magelang districts*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar dari setiap individu dan modal utama untuk menjadi produktif serta memenuhi kebutuhan hidupnya. Di Indonesia, kesehatan merupakan salah satu dari enam urusan bersama (*concurrent*) yang dilakukan pemerintah pusat bersama pemerintah daerah. Maka dari itu, diperlukan standar untuk menyamakan penyelenggaraan pelayanan publik untuk masyarakat.¹

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Berdasarkan Permenkes nomor 43 Tahun 2016, SPM bidang kesehatan memiliki 12 indikator atau jenis layanan dasar yang harus dilakukan di kabupaten/kota. Capaian SPM yang belum mencapai 100% menjadi sebuah kendala dalam pemenuhan target pemerintah. SPM dapat mencapai target dengan dukungan banyak faktor, salah satunya faktor non-finansial yang dijabarkan sebagai unsur 5M manajemen. Menurut Harrison Emerson, unsur ini terdiri dari *man, money, methods, materials, machines*², yang dibutuhkan sebuah organisasi agar dapat beroperasi maksimal³. Dalam hal ini, unsur-unsur

tersebut meliputi SDM, obat, peralatan medis dan ruangan di Puskesmas.

Pasien cenderung menilai kualitas pelayanan puskesmas secara fisik melalui alat indranya karena merupakan aspek yang paling mudah dinilai⁴. Selain itu, menurut penelitian yang dilakukan di Puskesmas Pauh, pencapaian SPM yang tidak maksimal dipengaruhi oleh tenaga kesehatan yang belum menukupi dan beban kerja ganda sehingga tenaga kesehatan tersebut tidak bisa maksimal dalam menjalankan tugasnya⁵. Maka dari itu, kelengkapan sarana dan prasarana di puskesmas serta monitoring dan evaluasi SDM di puskesmas diperlukan agar pelaksanaan pelayanan dapat maksimal dan capaian target SPM meningkat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Ondong Siau Barat, dari 18 indikator yang harus tercapai, hanya 2 indikator yang mencapai target di Puskesmas Ondong. Faktor-faktor yang memengaruhi adalah pola pikir masyarakat, SDM kesehatan dan sarana prasarana yang masih kurang⁶. Hingga kini penelitian yang lain telah banyak mengkaji faktor dukungan finansial sebagai pendukung utama pelaksanaan SPM kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbandingan sumber daya non finansial di puskesmas terhadap pelaksanaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Penelitian ini dapat memberikan gambaran pentingnya dari sisi dukungan faktor non finansial dalam pencapaian SPM.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilakukan di dua puskesmas, yaitu Puskesmas Gamping 1 yang berada di Kabupaten Sleman, Yogyakarta dan Puskesmas Salaman 1 yang berada di Kecamatan Salaman Kabupaten Magelang Provinsi Jawa Tengah. Penelitian dilakukan pada bulan Februari hingga April tahun 2019.

Pengumpulan data dilakukan dengan triangulasi data berupa wawancara mendalam

dengan informan, data sekunder berupa dokumen sarana prasarana dan profil puskesmas serta data observasi non partisipatif. Wawancara mendalam dilakukan kepada informan yang ditentukan dengan cara *purposive sampling* atau pemilihan subyek melalui pertimbangan bahwa informan utama merupakan orang yang paling memahami, mengetahui informasi dan berpengalaman dalam pelaksanaan SPM di Puskesmas tersebut. Informan ada 6 di setiap puskesmas, terdiri dari pelaksana pencapaian SPM yaitu kepala puskesmas, kepala bagian tata usaha, bendahara, kepala program, apoteker dan laboran. Uji kredibilitas (validitas) dilakukan pada penelitian ini dengan metode triangulasi, yang diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber melalui berbagai cara dan waktu⁷. Pengecekan data pada penelitian ini dengan metode wawancara mendalam dan penelusuran dokumen. Selain itu dilakukan pengecekan ulang kepada beberapa informan yang berbeda untuk memastikan kebenaran data.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Puskesmas Gamping 1 merupakan Puskesmas non rawat inap di Kabupaten Sleman dengan luas wilayah kerja sebesar 16.140 km². Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 pada tahun 2016 adalah 40.722 jiwa, yang terdiri dari 20.447 jiwa laki-laki dan 20.275 jiwa perempuan dengan jumlah KK sebanyak 14.309 KK. Sedangkan Puskesmas Salaman 1 merupakan Puskesmas rawat inap di Kabupaten Magelang dengan luas wilayah kerja 38,89 km². Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Salaman 1 pada tahun 2018 adalah 45.564 jiwa yang terdiri dari 22.821 jiwa laki-laki dan 22.734 jiwa perempuan dengan jumlah KK sebanyak 13.839 KK.

Dukungan non finansial dalam penelitian ini terdiri dari sediaan farmasi dan reagen, sarana dan prasarana, dan sumber daya manusia (SDM) puskesmas. Berikut ringkasan hasil penelitian dalam tabel 1.

Tabel 1. Perbandingan Dukungan Non Finansial Puskesmas Gamping Kabupaten Sleman dan Salaman 1 Kabupaten Magelang

No	Jenis Dukungan Non Finansial	Kondisi Puskesmas Gamping	Kondisi Puskesmas Salaman I
1	Sediaan farmasi dan reagen	<p>Pengadaan melalui dua jalur yakni oleh dinas kesehatan dan puskesmas</p> <p>Kendala:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak semua stok obat tersedia - Birokrasi agak rumit <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengadaan sendiri dengan dana puskesmas <p>Evaluasi ketersediaan obat dan reagen</p>	<p>Pengadaan sama dengan Puskesmas Gamping 1</p> <p>Kendala:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hampir sama dengan Puskesmas Gamping <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menentukan prioritas dan pengambilan dari puskesmas lain. <p>Pengadaan sendiri oleh puskesmas</p>
2	Sarana dan Prasarana	<p>Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014</p> <p>Kendala:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beberapa ruangan tidak sesuai dengan standar <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pengadaan 	<p>Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014</p> <p>Kendala:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beberapa ruangan tidak sesuai dengan standar - Fasilitas pendukung kurang (komputer, printer) <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pengadaan dan menunggu ruangan di gedung puskesmas baru - Menggunakan fasilitas pribadi
3	SDM puskesmas	<p>Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014</p> <p>Kendala:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak seimbang volume pekerjaan dan jumlah SDM - Ada kebijakan moratorium pegawai <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengangkatan oleh BLUD Puskesmas dengan persetujuan Dinas Kesehatan - Pelaksanaan ANJAB ABK 	<p>Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014</p> <p>Kendala:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan moratorium pegawai - Pelayanan kefarmasian UGD tidak dilakukan oleh apoteker/TTK <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belum bisa mengangkat pegawai karena belum disetujui pemerintah kabupaten, sementara dengan pengangkatan wiyata bakti - Pelaksanaan ANJAB ABK

Sediaan Farmasi , Reagen, Sarana dan Prasarana Puskesmas

Sediaan farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta reagen di Puskesmas Gamping 1 disediakan oleh Dinas Kesehatan. Sediaan farmasi dan BMHP ini mengacu pada Formularium Kabupaten Sleman berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman Nomor 188/85 tentang Formularium Kabupaten Sleman. Selain itu, pengadaan sendiri oleh Puskesmas Gamping 1 untuk stok obat yang tidak disediakan oleh UPT POAK, yaitu bahan gigi dan bahan laboratorium. Pengadaan ini dilakukan dengan menghitung konsumsi obat tahun sebelumnya. Puskesmas Salaman 1 juga mengadakan 2 jalur obat, yaitu pengadaan melalui IFK (Instalasi Farmasi Kabupaten) dan juga pengadaan mandiri oleh Puskesmas Salaman 1 menggunakan dana BLUD.

Dalam hal sediaan farmasi dan BMHP, puskesmas Gamping 1 dan Puskesmas Salaman 1 mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian. Pengadaan sediaan farmasi dan BMHP dilakukan dengan menyesuaikan formularium nasional. Puskesmas Gamping 1 mengacu pada formularium kabupaten yang mengacu formularium nasional, sedangkan Puskesmas Salaman 1 membuat formularium puskesmas tersendiri yang mengacu pada formularium nasional (Fornas), e-katalog dan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN). Kendala yang ada di bagian farmasi hampir sama pada kedua puskesmas, yaitu tidak semua stok obat tersedia. Tidak semua obat yang terdapat di e-katalog sesuai dengan formularium nasional dan DOEN, sehingga dinas tidak bisa mengadakan obat tersebut. Berdasarkan penelitian, tidak semua item obat di Fornas tayang di e-katalog meskipun telah mengalami peningkatan setiap tahun. Hal ini disebabkan karena data Rencana Kebutuhan Obat (RKO) dan Harga Perkiraan Sendiri (HPS) yang diajukan oleh Kementerian Kesehatan sehingga terjadi gagal lelang dan obat yang dibutuhkan tidak tersedia⁸. Berdasarkan penelitian Dwiaji et al (2016), RKO belum mencerminkan kebutuhan riil fasilitas kesehatan dan HPS belum sepenuhnya diterima oleh penyedia. Selain

itu, belum terjadi keselarasan waktu penetapan formularium nasional, waktu penentuan pemenang lelang dan penayangan e-katalog. Obat-obat yang tidak tersedia di e-katalog, otomatis harus disediakan sendiri oleh puskesmas dan memerlukan dana yang lebih besar⁹.

Kendala lainnya adalah, pemasok obat dari perusahaan farmasi tidak banyak yang bersedia untuk menyediakan obat ke puskesmas karena birokrasi yang lebih rumit dibandingkan dengan apotek dan terkadang obat-obatan yang ditawarkan tidak sesuai dengan permintaan puskesmas.

“Kalau di puskesmas kan kelengkapan birokrasi butuh lebih banyak ya. Ada tanda tangan panita pengadaan, ada SPJ, ada pajak ini pajak itu. Jadi kadang beberapa supplier ngga mau masuk puskesmas karena administrasinya lebih ribet.” (W, 119-125)

Solusi yang telah dilakukan terutama di Puskesmas Salaman 1 adalah menentukan obat prioritas yang akan dilakukan pengadaan sendiri jika obat tersebut tidak terdapat di dinas. Puskesmas Salaman 1 juga melakukan relokasi obat-obatan yang berasal dari dinas dengan cara mengambil stok persediaan obat dari puskesmas lain. Hal itu selain berguna untuk memenuhi kebutuhan obat Puskesmas Salaman 1 dan dapat membantu puskesmas lain untuk menghabiskan stok obat dan menghindari obat yang kadaluwarsa. Namun jika stok obat di puskesmas lain juga sedikit, maka tidak dilakukan relokasi obat tetapi hanya peminjaman obat, sehingga Puskesmas Salaman 1 wajib mengembalikan obat tersebut.

Sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas Gamping 1 dan Puskesmas Salaman 1 sudah mengikuti standar yang ditetapkan oleh pemerintah melalui Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK). Dalam aplikasi berbasis web yang disediakan untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan tujuan menghimpun dan menyajikan informasi terkait sarana, prasarana dan alat kesehatan.

Sarana dan prasarana yang terdapat di Puskesmas Gamping 1 dan Puskesmas Salaman 1 sudah tergolong cukup lengkap jika mengacu pada Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, namun dari kedua puskesmas tersebut masih ditemukan adanya sarana prasarana yang kurang atau tidak sesuai dengan standar. Hal ini dikarenakan keterbatasan dana yang dimiliki oleh puskesmas. Selain itu, karena Puskesmas Salaman 1 dalam rencana perubahan menjadi rumah sakit, beberapa sarana dan prasarana baru akan dilengkapi di gedung puskesmas yang baru. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Mojo Kota Surabaya, semakin baik ketersediaan dana akan berdampak pada capaian SPM yang semakin baik. Begitu juga dengan sarana dan prasarana baik medis maupun non medis, akan berdampak pada semakin tingginya capaian SPM¹⁰.

SDM Puskesmas

Terkait SDM, pegawai di Puskesmas Gamping 1 terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan pegawai non-PNS atau pegawai BLUD yang digaji oleh dana pendapatan BLUD Puskesmas Gamping 1. Sedangkan Puskesmas Salaman 1 terdiri dari PNS dan pegawai non-PNS berupa pegawai wiyata bakti yang digaji oleh puskesmas. Kuantitas SDM di Puskesmas Gamping 1 dan Puskesmas Salaman 1 sudah sesuai dengan standar jika dilihat dari standar ketenagaan puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014. Namun hal ini dirasa belum mencukupi, hal ini dikarenakan kebijakan moratorium Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS), yaitu penundaan sementara penerimaan PNS di Indonesia¹¹.

“Iya, nah itu moratorium sampai bertahun-tahun, jadi kita sama sekali ngga ada pengadaan CPNS. Jadi ya pegawai yang ada itu yang diberdayakan. Jadi untuk volume pekerjaan misalkan ada yang pensiun atau ada yang meninggal, pekerjaannya ya diampu yang ada. Artinya volume pekerjaannya yang tambah, tapi untuk kuantitas dari SDMnya ngga tambah. Beban kerjanya yang nambah.” (G, 84-95)

Moratorium dilaksanakan untuk mereview *bezetting*, *rightsizing*, dan *budgetting* dalam rangka mengevaluasi dan memastikan bahwa

instansi pemerintah sudah berjalan efektif dan efisien sesuai fungsinya. *Bezetting* atau persediaan pegawai merupakan jumlah pegawai yang telah dimiliki oleh suatu unit kerja pada saat ini. Dalam penetapan formasi PNS, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu jumlah PNS yang ada, jumlah PNS yang berhenti, pensiun atau meninggal dunia, jumlah PNS yang naik pangkat dan kebutuhan PNS menurut jabatan dan pendidikannya, dengan memperhatikan analisis kebutuhan pegawai. *Rightzising* atau restrukturisasi kelembagaan dilaksanakan agar instansi pemerintah dapat beroperasi secara efisien, efektif dan produktif, sehingga dapat meningkatkan kinerja pemerintah dalam memberikan manfaat baik kepada negara maupun kepada masyarakat. Tahap ini dilaksanakan dengan cara pemetaan kembali dan konsolidasi (*regrouping*) agar mendapatkan penataan PNS secara lebih ideal. *Budgetting* atau anggaran merupakan rencana keuangan untuk jangka waktu atau periode tertentu di masa yang akan datang. Moratorium berperan sebagai jeda yang dapat dilakukan oleh instansi untuk mengevaluasi kembali jalannya proses pengadaan, seleksi, penempatan serta efisiensi anggaran belanja pegawai¹².

Moratorium PNS memiliki hal negatif dan juga hal positif dalam pelaksanaannya. Dampak positif yang terjadi adalah timbulnya penataan atau rekonstruksi pegawai pemerintah yang lebih baik, dan menghemat anggaran belanja pegawai. Sedangkan dampak negatifnya adalah pelaksanaan program kerja yang kurang efektif karena kekurangan SDM dan meningkatnya pengangguran¹¹. Dampak negatif ini dirasakan oleh Puskesmas Gamping 1 dan juga Puskesmas Salaman 1, dimana setiap petugas memegang lebih dari satu program sehingga fokus pegawai dapat terpecah, baik untuk pelayanan kesehatan maupun pada saat pelaksanaan program. Keadaan ini menyebabkan beban kerja bertambah. Terdapat adanya pengaruh yang signifikan antara beban kerja terhadap kinerja karyawan¹³. Beban kerja yang terlalu tinggi dapat memicu ketidakmampuan pegawai untuk mengatasi tekanan, sehingga atasan seharusnya dapat mengurangi beban kerja.

Berkebalikan dengan beban kerja yang terlalu rendah, pegawai yang mempunyai kemampuan lebih tidak dapat maksimal dalam menggunakan kemampuannya¹⁴. Selain itu, distribusi SDM kesehatan di masing-masing kabupaten/kota di Indonesia yang tidak merata memungkinkan terjadinya peningkatan beban kerja dan pelayanan kesehatan tidak bisa terlaksana maksimal¹⁵.

Puskesmas Gamping 1 dan Puskesmas Salaman 1 telah melakukan analisis jabatan dan analisis beban kerja (ANJAB ABK) untuk mengevaluasi beban kerja pegawai, namun permasalahan utama tetap pada kurangnya SDM. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Wonogiri, bahwa peningkatan sumber daya manusia dapat menjadikan pelayanan kesehatan di puskesmas semakin prima¹⁶. Namun penambahan SDM tidak serta merta menjadi solusi utama dari permasalahan yang dihadapi di Puskesmas. Penelitian yang dilakukan di fasilitas kesehatan di Tanzania menunjukkan bahwa jumlah petugas yang terdapat di fasilitas kesehatan tidak secara langsung meningkatkan kualitas atau waktu pelayanan, karena kurangnya rasa tanggung jawab terhadap tugas yang diemban¹⁷.

Solusi dari kekurangan pegawai ini adalah penambahan pegawai yang dilakukan oleh masing-masing puskesmas. Puskesmas Gamping 1 dan Puskesmas Salaman 1 sudah berstatus Puskesmas BLUD, sehingga puskesmas memiliki fleksibilitas atau keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan. Namun kondisi ini berbeda dengan Puskesmas Salaman 1, dimana puskesmas tersebut sudah berstatus BLUD namun belum bisa mengangkat pegawai BLUD karena peraturan bupati untuk Kabupaten Magelang masih belum disahkan, sehingga solusi yang bisa dilakukan oleh Puskesmas Salaman 1 adalah pengangkatan pegawai wiyata bakti yang dilakukan mandiri oleh puskesmas, dengan gaji menggunakan pendapatan Puskesmas Salaman 1. Selain hal tersebut, Puskesmas Salaman 1 sebagai puskesmas rawat inap juga terpaksa tidak bisa memenuhi kebutuhan tenaga kefarmasian di UGD karena kurangnya tenaga, sehingga pelayanan kefarmasian di UGD terpaksa dilakukan oleh non apoteker atau tenaga teknis kefarmasian

(TTK). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Paniki, Kota Manado, terdapat adanya hubungan signifikan antara tindakan atau cara petugas dalam melakukan pelayanan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas, sehingga dapat memerikan kekuatan psikologis dan menumbuhkan motivasi¹⁸.

Pencapaian SPM Puskesmas

Standar Pelayanan Minimal yang digunakan di Puskesmas Salaman 1 dan Puskesmas Gamping 1 mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal namun Puskesmas Salaman 1 masih membuat laporan berdasarkan Permenkes No. 741/MENKES/SK/IX/2008 karena peraturan mengenai SPM yang akan digunakan masih belum jelas. Jika dilihat dari data sekunder, masih terdapat beberapa indikator yang belum tercapai di Puskesmas Salaman 1 dan Puskesmas Gamping 1.

Indikator yang sudah mencapai target 100% adalah pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) dan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus. Untuk indikator dengan capaian terendah adalah pelayanan kesehatan orang dengan TB sebesar 37,78%. Pada indikator pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus, metode yang digunakan oleh pelaksana program antara lain screening penderita di BP umum atau dari bidan desa yang menemukan pasien suspek diabetes melitus. Target ini bisa diraih karena prolanis merupakan program yang sudah terjadwal secara pasti sehingga pasien yang datang sudah bisa memenuhi target.

Untuk indikator pelayanan kesehatan orang dengan TB kendala yang dihadapi adalah tidak ditemukannya pasien TB walaupun sudah terdapat beberapa program terkait TB, antara lain penyuluhan, screening melalui kader TB, mahasiswa dan bidan desa, kunjungan rumah pada penderita TB, dan lain-lain. Dari hasil evaluasi dan monitoring, dimungkinkan target yang wajib dicapai terlalu tinggi sehingga Puskesmas Salaman 1 tidak dapat mencapai angka tersebut. Selain program internal yang sudah dilakukan oleh Puskesmas Salaman 1, terdapat juga program

eksternal yang dilakukan oleh Puskesmas Salaman 1, yaitu kerjasama lintas sektoral dan kerjasama dengan LSM khusus untuk menscreening penderita TB. Kerjasama LSM ini merupakan kerjasama di luar dinas kesehatan dan sudah dilakukan pada beberapa puskesmas di Kabupaten Magelang dan tujuan untuk menemukan penderita .

Metode yang digunakan oleh Puskesmas Gamping 1 untuk mencapai hasil 100% adalah melalui screening untuk setiap ibu hamil disertai dengan data checklist layanan ANC. Selain itu, kerjasama dengan pihak di luar puskesmas, seperti klinik, bidan praktek swasta atau rumah sakit yang terdapat pada wilayah kerja Puskesmas Gamping 1. Sedangkan untuk indikator pelayanan kesehatan orang dengan TB, kendalanya adalah kurangnya pengetahuan masyarakat saat pengambilan spesimen dan kurangnya SDM terutama untuk laboran. Untuk jumlah ahli teknologi laboratorium medik sudah mencukupi. Namun permintaan untuk pemeriksaan laboratorium tidak hanya dilakukan oleh bagian tertentu saja, namun semua bagian seperti BP umum, KIA, MTBS dan lain sebagainya, sehingga hasil pemeriksaan BTA untuk TB biasanya selesai dalam waktu 3 sampai 4 hari. Solusi dari kendala yang dialami adalah dengan edukasi mengenai mengeluarkan dahak dari pemegang program TB atau dari pihak laboran. Selain itu untuk memantau kepatuhan minum obat penderita TB, Puskesmas Gamping 1 memiliki program *SMS gateway*, yaitu sms pengingat yang dikirimkan setiap hari sekitar jam 5 pagi untuk pasien-pasien tertentu, termasuk pasien TB, untuk meminum obat. Program SMS gateway ini merupakan program dari bagian farmasi Puskesmas Gamping 1 yang digunakan tidak hanya di program TB, namun pada program lainnya seperti kesehatan lingkungan, KIA, gizi, dan lain sebagainya.

Pencapaian SPM yang tidak maksimal dipengaruhi oleh tenaga kesehatan yang belum mencukupi dan beban kerja ganda sehingga tenaga kesehatan tersebut tidak bisa maksimal dalam menjalankan tugasnya⁵. Selain itu, pemahaman mengenai SPM secara memadai merupakan salah satu kendala dalam pelaksanaan SPM, dan berkaitan dengan hak-

hak perseorangan maupun kelompok masyarakat yang harus dipenuhi oleh pemerintah¹⁹. Perbedaan ini seringkali ditemukan pada definisi operasional dan pengertian yang terkandung di dalam SPM bidang kesehatan, sehingga tidak semua sumber daya manusia di puskesmas tersebut memiliki pemahaman yang sama sehingga pada pelaksanaannya, indikator tersebut tidak dapat mencapai hasil maksimal²⁰. Salah satu cara untuk mencapai target capaian kinerja adalah dengan melaksanakan proses pelaksanaan sesuai dengan petunjuk teknis yang ada. Jika pemahaman sumber daya manusia kesehatan mengenai petunjuk teknis SPM baik, maka SPM akan berjalan sesuai dengan aturan yang berlaku dan menghasilkan target yang maksimal²¹.

KESIMPULAN

Perbandingan dukungan non finansial sediaan farmasi kedua puskesmas bahwa secara umum sama: pengadaan sediaan farmasi melalui dua jalur yakni dinas kesehatan dan oleh puskesmas sendiri. Ada kendala ketersediaan obat dan birokrasi yang agak rumit dalam pengadaan. Solusi yang berbeda pada puskesmas Salaman 1 yakni dengan pengambilan dari puskesmas lain. Sarana dan prasarana kedua puskesmas sudah cukup. Pada aspek SDM, kedua puskesmas mengalami kendala yang sama, yakni jumlah SDM yang kurang dan kebijakan moratorium. Solusinya berbeda, di Gamping Kabupaten Sleman dapat melakukan pengangkatan SDM secara mandiri, sedangkan Salaman 1 Kabupaten belum dapat melaksanakan pengangkatan SDM karena belum ada di peraturan bupati. Hal ini berpengaruh pada pencapaian SPM pada kedua puskesmas, yaitu pada Puskesmas Salaman 1, indikator yang sudah mencapai 100% adalah pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) dan pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus, dengan capaian terendah untuk indikator kesehatan orang dengan TB sebesar 37,78%. Pada Puskesmas Gamping 1, target 100% dapat dicapai pada indikator pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan orang

dengan gangguan jiwa berat, dan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV.

Untuk penelitian selanjutnya disarankan untuk memfokuskan penelitian pada satu dimensi manajemen dan indikator SPM tertentu yang memiliki permasalahan kompleks sehingga dapat tergali lebih dalam. Lokasi penelitian dianjurkan lebih banyak puskesmas untuk menambah data dan pengalaman studi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih Fakultas Kedokteran UII Jogjakarta, Puskesmas Gamping 1 dan Salaman 1 atas bantuan berbagai fasilitasi dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Menteri Kesehatan RI, 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal. Jakarta.
2. Herujito, Y. M. 2001. Dasar-Dasar Manajemen. Jakarta: PT Grasindo.
3. Satrianegara, M. F., Saleha, S. 2009. Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
4. Rukmini., Rosihermiatie, B., Nantabah, Z. 2012. Ketersediaan dan kelayakan ruangan pelayanan puskesmas berdasarkan topografi, demografi dan geografi di Indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 15(4): 408-417.
5. Astari, E. R. 2018. Analisis Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Pauh Kota Padang Tahun 2018. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas.
6. Tumuwe, W. N., Tilaar, C., Maramis, F. R. R. 2014. Analisis implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Puskesmas Ondong Siau Barat Kabupaten Sitaro. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
7. Sugiyono. 2016. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
8. Winda, S. 2018. Formulir Nasional (FORNAS) dan e-catalogue obat sebagai upaya pencegahan korupsi dalam tata kelola obat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Integritas, 4(2): 177-206.
9. Dwiaji, A., Sarnianto, P., Thabrany, H., Syarifudin, M. 2016. Evaluasi pengadaan obat publik pada JKN berdasarkan data e-catalogue tahun 2014-2015. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 1(1): 40-53.
10. Siringiyei, I., Wulandari, R. D. 2013. Faktor determinan rendahnya pencapaian cakupan standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Puskesmas Mojo Kota Surabaya. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia, 1(3): 244-251.
11. Siagian, D. 2018. Implementasi Kebijakan Moratorium Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) terhadap Efektivitas Program Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Dairi. Skripsi. Fakultas Hukum Universitas Sumatra Utara.
12. Rakhmawanto, A. 2016. Kebijakan moratorium PNS: analisis bezetting pegawai, rightsizing kelembagaan, dan budgeting penyelenggaraan pemerintahan. Jurnal Borneo Administrator, 12(1): 29-47.
13. Tjiabrata, F. R., Lumanaw, B., Dotulong, L.O.H. 2017. Pengaruh beban kerja dan lingkungan kerja terhadap kinerja karyawan PT. Sabar Ganda Manado. Jurnal EMBA, 5(2): 1570-1580.
14. Shah, S.S.H., et al. 2011. Workload and performance of employees. Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business, 3(5): 256-267.
15. Mujiati., Yuniar, Y. 2016. Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam era jaminan kesehatan nasional di delapan kabupaten-kota di Indonesia, Media Litbangkes, 26(4): 201-210.
16. Maharani, E.A., Lestari, H., Lituhayu, D. 2017. Evaluasi implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Baturetno Kabupaten Wonogiri. Journal of Public Policy and Management Review, 3(4).
17. Maestad, O., Torsvik G., Aakvik A. Overworked? On the relationship between workload and health worker

- performance. *Journal of Health Economics*. 29;686-98.
18. Rumengan, D.S.S., Umboh, J.M.L., Kandou, G.D. 2015. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada peserta BPJS kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *JIKMU*, 5(1): 88-100.
 19. Khozin, M. 2010. Evaluasi implementasi kebijakan standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. *Jurnal Studi Pemerintahan*, 1(1): 29-56.
 20. Hendarwan, H et al. 2015. Analisis implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan kabupaten/kota, *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 14(2): 367-380.
 21. Radina, F. D., Damayanti, A. N. 2012. Evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal pada program penemuan penderita pneumonia balita. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 1(4): 301-308.