



BERITA DAERAH KABUPATEN SAMOSIR
TAHUN 2012 NOMOR 24 SERI F NOMOR 257

**PERATURAN BUPATI SAMOSIR
NOMOR 22 TAHUN 2012**

TENTANG

**STRATEGI PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN SAMOSIR**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SAMOSIR,

- Menimbang : a. bahwa dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, perlu adanya acuan dalam perencanaan program pencapaian target;
- b. bahwa dalam rangka menyelenggarakan dan meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat guna terwujudnya peningkatan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat serta meningkatkan indikator kinerja dan pencapaian target bidang kesehatan, perlu disusun Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati Samosir tentang Strategi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten Samosir;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Samosir dan Kabupaten Serdang Bedagai di Provinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 151, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4346);

3. Undang-Undang...../

3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. 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 beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 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);
5. 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);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
9. Peraturan Daerah Kabupaten Samosir Nomor 21 Tahun 2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Samosir (Lembaran Daerah Kabupaten Samosir Tahun 2007 Nomor 131, Seri D Nomor 14, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Samosir Nomor 2);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STRATEGI PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN SAMOSIR.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Bupati adalah Bupati Samosir.
2. Pemerintahan Daerah adalah Penyelenggara Urusan Pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut Asas Otonomi dan Tugas Pembantuan dengan Prinsip Otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Sekretariat Daerah adalah Sekretariat Daerah Kabupaten Samosir.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Samosir.
5. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir.
6. Kesehatan adalah keadaan bagi setiap orang yang sejahtera baik badan, jiwa, sosial maupun ekonominya.
7. Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan selanjutnya disebut SPM Bidang Kesehatan adalah tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Kabupaten Samosir.
8. Pelayanan Dasar kepada masyarakat adalah Pelayanan pemerintah Kabupaten Samosir dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat.

9. Pelayanan Bidang Kesehatan adalah kegiatan-kegiatan urusan wajib pemerintah bidang kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan masyarakat.
10. Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM berupa masukan proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan.
11. Batas waktu pencapaian adalah batas waktu untuk mencapai target jenis pelayanan bidang lingkungan hidup secara bertahap sesuai dengan indikator dan nilai yang ditetapkan.
12. Target tahunan adalah nilai persentase pencapaian kinerja pada tahun yang bersangkutan.
12. Kewenangan daerah adalah kewenangan yang diberikan pemerintah kepada daerah.
13. Standar teknis adalah kualitas dan prosedur pelayanan yang ditentukan oleh pemerintah.
14. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang selanjutnya disebut APBN adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Negara yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat dan ditetapkan dengan Undang-Undang.
15. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disebut APBD adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Daerah dan DPRD dan ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
16. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disebut APBD adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Daerah dan DPRD dan ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

BAB II

MAKSUD, TUJUAN DAN FUNGSI

Bagian Kesatu

Maksud

Pasal 2

Maksud Strategi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan adalah sebagai pedoman Perangkat Daerah Kabupaten Samosir yang membidangi pelayanan kesehatan dalam mencapai Standar Pelayanan Minimal yang secara teknis di Kabupaten Samosir.

Bagian Kedua

Tujuan

Pasal 3

Tujuan Strategi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Samosir adalah :

a. Meningkatkan...../

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat pada bidang kesehatan;
- b. Meningkatkan pengawasan kepada SKPD Lingkup Kesehatan terhadap pelaksanaan kebijakan yang langsung berhadapan dengan masyarakat;
- c. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan.

Bagian Ketiga Fungsi

Pasal 4

Fungsi Strategi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan meliputi pelayanan terhadap masyarakat sebagai :

- a. Alat Pemerintah Daerah untuk menjamin ketersediaan akses dan terselenggaranya mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintah Daerah di Bidang Kesehatan;
- b. Acuan penyediaan sarana dan prasarana untuk menjamin tercapainya kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai pemerintah Kabupaten Samosir sebagai penyedia pelayanan kepada masyarakat;
- c. Pedoman pengukuran kinerja penyelenggaraan bidang kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan masyarakat secara langsung;
- d. Acuan penentuan dasar belanja publik dalam prioritas utama bidang kesehatan terhadap pelayanan kepada masyarakat;
- e. Acuan prioritas perencanaan daerah dan pembiayaan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah bidang kesehatan dalam melakukan evaluasi dan monitoring pelaksanaan pelayanan kesehatan;
- f. Pedoman pengidentifikasian kebutuhan daerah untuk peningkatan kinerja dalam memberikan pelayanan minimal kepada masyarakat dibidang kesehatan yang meliputi pelayanan terhadap masyarakat;
- g. Pedoman penyusunan program-program tahunan di bidang kesehatan;
- h. Acuan penentuan standar pelayanan kinerja pada pelayanan di bidang kesehatan.

BAB III

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

Pasal 5

- (1) Pemerintah Kabupaten menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kesehatan;
- (2) Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target pencapaian;
- (3) Target pencapaian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah selama 5 (lima) tahun dari tahun 2010 sampai tahun 2015.

Pasal 6

Standar Pelayanan Minimal Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 5, meliputi

1. Pelayanan Kesehatan Dasar, dengan cakupan :
 - a. Kunjungan ibu hamil K4, 95% pada tahun 2015;
 - b. Komplikasi kebidanan yang ditangani, 80% pada tahun 2015;
 - c. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, 90% pada tahun 2015;
 - d. Pelayanan nifas, 90% pada tahun 2015;
 - e. Neonatus dengan komplikasi yang ditangani, 80% pada tahun 2010;
 - f. Kunjungan bayi, 90% pada tahun 2010;
 - g. Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI), 100% pada tahun 2010;
 - h. Pelayanan anak balita, 90% pada tahun 2010;
 - i. Pemberian makanan pendamping air susu ibu (ASI) pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin, 100% pada tahun 2010;
 - j. Balita gizi buruk mendapat perawatan, 100% pada tahun 2010;
 - k. Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat, 100% pada tahun 2010;
 - l. Peserta KB aktif, 70% pada tahun 2010;
 - m. Penemuan dan penanganan penderita penyakit, 100% pada tahun 2010;
 - n. Pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin, 100% pada tahun 2015.
2. Pelayanan kesehatan rujukan, dengan cakupan :
 - a. Pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin, 100% pada tahun 2015;
 - b. Pelayanan gawat darurat level 1 yang diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten Samosir, 100% pada tahun 2015.
3. Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa, dengan cakupan desa/kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa yang dilakukan penyelidikan epidemiologi kurang dari 24 jam, 100% pada tahun 2015.
4. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, dengan cakupan desa siaga aktif, 80% pada tahun 2015.

Pasal 7

- (1) Target pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan untuk masing-masing pelayanan dasar sebagaimana dimaksud Pasal 6 dilaksanakan secara bertahap sampai dengan tahun 2015 dengan indikator kinerja dan batas waktu pencapaian.

- (2) Strategi pencapaian dan Indikator kinerja dalam Batas waktu pencapaian dari target pencapaian Standar Pelayanan Minimal untuk masing-masing pelayanan dasar sebagaimana pada ayat (1) ditetapkan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

BAB IV PENGORGANISASIAN

Pasal 8

- (1) Bupati sebagai penanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dibidang kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan dibidang kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal Kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB V PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

Pasal 9

- (1) Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target pelaksanaan pelayanan kesehatan di lingkungan Kabupaten Samosir.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan pedoman/standar teknis yang ditetapkan oleh pemerintah.
- (3) Dinas Kesehatan melakukan mapping kondisi pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal saat ini, dan menghitung kesenjangannya bila dibandingkan dengan target nasional.
- (4) Bupati menetapkan target pencapaian masing-masing indikator Standar Pencapaian Minimal dan memasukannya dalam program pembangunan daerah (RPJMD).
- (5) Dinas Kesehatan serta organisasi perangkat daerah lingkup kesehatan menetapkan target pencapaian masing-masing indikator Standar Pelayanan Minimal dalam bagian Renstra Satuan Kerja Perangkat Daerah sesuai dengan bidang kewenangannya.

- (6) Dinas Kesehatan bertanggungjawab mengkoordinasikan penyelenggaraan dan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah lainnya.
- (7) Rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan pada masing-masing indikator, ditetapkan pencapaian tiap tahunan selama 5 (lima) tahun, dimulai dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015.

BAB VI PELAPORAN

Pasal 10

- (1) Bupati menyampaikan laporan tahunan kinerja penerapan dan pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan kepada Menteri Kesehatan.
- (2) Dinas Kesehatan berkewajiban menyampaikan laporan teknis tahunan kinerja pelaksanaan penerapan dan pencapaian Standar Pelayanan Minimal kepada Bupati.
- (3) Berdasarkan laporan teknis tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diharapkan menjadi acuan dalam melakukan pembinaan dan pengawasan teknis dalam penerapan dan pencapaian Standar Pelayanan Minimal Kesehatan oleh Menteri Kesehatan.

BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 11

- (1) Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerja sama antar daerah.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud ayat (1) diatas secara operasional diselenggarakan dan dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir.

Pasal 12

- (1) Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di lingkungan Kabupaten Samosir.
- (2) Bupati menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan oleh pemerintah.

BAB VIII
PEMBIAYAAN

Pasal 13

Pembiayaan pencapaian dan penerapan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Samosir dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB IX
PENUTUP

Pasal 14

Peraturan Bupati Samosir ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Samosir.

Ditetapkan di Pangururan
pada tanggal, 14 September 2012

BUPATI SAMOSIR,
Cap/dto
MANGINDAR SIMBOLON

Diundangkan di Pangururan
pada tanggal, 18 September 2012

SEKRETARIS DAERAH,



Ir. HATORANGAN SIMARMATA
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP.19570622 198603 1 005

BERITA DAERAH KABUPATEN SAMOSIR
TAHUN 2012 NOMOR 24 SERI F NOMOR 257

	10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	100 %	$\frac{\text{Jumlah anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin yang mendapat MP - ASI}}{\text{Jumlah seluruh anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin}} \times 100\%$	2015
	11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat	100 %	$\frac{\text{Jumlah balita gizi buruk yang dirawat}}{\text{Jumlah seluruh balita gizi buruk yang ditemukan}} \times 100\%$	2015
	12. Cakupan peserta KB aktif	75 %	$\frac{\text{Jumlah murid SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga terlatih}}{\text{Jumlah murid SD dan setingkat}} \times 100\%$	2015
	13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit		$\frac{\text{Jumlah Pasangan usia subur (PUS) yang menggunakan kontrasepsi}}{\text{Jumlah PUS}} \times 100\%$	2015
	a. Acute Flacid Paralysis(AFP) rate per 100.000 penduduk <15 tahun.	100 %	$\frac{\text{Jumlah Kasus AFP non Polio yang dilaporkan}}{\text{Jumlah penduduk < 15 tahun}} \times 100\%$	2015
	b. Penemuan penderita Pneumonia balita	100 %	$\frac{\text{Jumlah Penemuan penderita pneumonia balita yang ditangani tertentu}}{\text{Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita}} \times 100\%$	2015
	c. Penemuan pasien baru Tuberculosis Bakteri Tahan Asap (TB BTA) positif/case detection rate(CDR)	70 %	$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yang ditemukan dan di obati}}{\text{Jumlah perkiraan pasien baru TB BTA positif}} \times 100\%$	2015
	d. Penderita DBD yang ditangani	100 %	$\frac{\text{Jumlah penderita yang ditangani sesuai standar oprasional prosedur (SOP)}}{\text{Jumlah penderita DBD yang ditemukan}} \times 100\%$	2015
	e. Penemuan penderita diare	100 %	$\frac{\text{Jumlah penderita diare yang datang dan di layani ditangani di sarana kesehatan dan kader}}{\text{Jumlah perkeriaan penderita diare}} \times 100\%$	2015
	14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin	100 %	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata 1}}{\text{Jumlah seluruh masyarakat miskin sakit di daerah}} \times 100\%$	2015

<p>Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin</p>	<p>Jumlah pasien masyarakat miskin disarana kesehatan strata 2 dan strata 3 $\frac{\text{Jumlah masyarakat miskin yang berkunjung kesarana kesehatan strata2 dan strata 3}}{\text{Jumlah masyarakat miskin}} \times 100\%$</p>	<p>2015</p>
---	--	-------------

<p>2. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan Rumah Sakit</p>	<p>Pelayanan gawat darurat level 1 $\frac{\text{Jumlah Rumah sakit}}{\text{Jumlah desa/Kelurahan yang ditangani < 24 jam}} \times 100\%$</p>	<p>100 %</p>
--	---	--------------

<p>Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa(KLB)</p>	<p>Cakupan Desa/Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam</p>	<p>80%</p>
--	--	------------

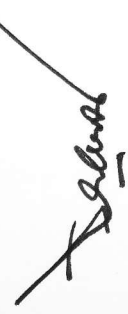
<p>Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat</p>	<p>Cakupan Desa Siaga Aktif</p>	<p>80%</p>
--	---------------------------------	------------

<p>Jumlah desa siaga yang aktif</p>	<p>$\frac{\text{Jumlah desa siaga yang aktif}}{\text{jumlah desa siaga yang di bentuk}} \times 100\%$</p>	<p>2015</p>
-------------------------------------	--	-------------

Diundangkan di Pangururan

pada tanggal, 18 September 2012

SEKRETARIS DAERAH,



Ir. HATORANGAN SIMARMATA

PEMBINA UTAMA MUDA

NIP.19570622 198603 1 005

BERITA DAERAH KABUPATEN SAMOSIR

TAHUN 2012 NOMOR 24 SERI F NOMOR 257

Ditetapkan di Pangururan

pada tanggal, 14 September 2012

BUPATI SAMOSIR,

Cap/dto

MANGINDAR SIMBOLON

KATA PENGANTAR

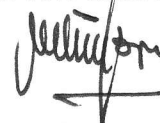
Setelah lebih dari satu dekade pelaksanaan otonomi daerah di Indonesia, kondisi pelayanan publik di daerah masih belum sesuai dengan harapan. Dalam pelayanan kesehatan, berbagai masalah utama masih cukup banyak dijumpai. Bahkan dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan dasar di bidang kesehatan pun, banyak daerah masih mengalami kesulitan. Terbukti dengan banyaknya target Standar Pelayanan Minimal yang belum dapat terpenuhi. Oleh karena itu percepatan pencapaian Standar Pelayanan Minimal menjadi salah satu upaya penting untuk mewujudkan tujuan penyelenggaraan otonomi daerah dalam memberikan pelayanan yang lebih baik bagi masyarakat.

Dalam rangka percepatan pencapaian target penerapan Standar Pelayanan Minimal dimaksud, Pemerintah Daerah dihimbau agar menjadikan Standar yang telah ditetapkan sebagai acuan dalam dokumen perencanaan dan penganggaran di daerah, dengan tujuan menjamin optimalisasi penerapan dan pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal dimaksud. Untuk tujuan tersebut Pemerintah Kabupaten Samosir bekerjasama dengan Pusat Kajian Kinerja Otonomi Daerah-LAN menyusun Strategi pencapaian Standar Pelayanan Minimal dibidang kesehatan dengan merujuk pada batas waktu pencapaian Standar Pelayanan Minimal sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Kiranya dokumen ini dapat bermanfaat bagi segenap pihak yang berperan dalam pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Samosir, khususnya dalam menyelenggarakan pelayanan dasar di bidang kesehatan, dan pada umumnya bagi Pemerintah Kabupaten Samosir dalam upaya melaksanakan urusan wajib yang menjadi kewenangannya sesuai amanat peraturan perundang-undangan.

Pangururan, 14 September 2012

BUPATI SAMOSIR,



MANGINDAR SIMBOLON

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Tabel	iii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan dan Sasaran	5
C. Ruang Lingkup Strategi Pencapaian SPM Bidang Kesehatan	5
D. Metode Perumusan	5
BAB II KONSEP DAN KEBIJAKAN	
A. Konsep Standar Pelayanan Minimal	10
B. Kebijakan	13
C. Indikator dan Target Pencapaian SPM Bidang Kesehatan	21
BAB III PENCAPAIAN SPM BIDANG KESEHATAN KABUPATEN SAMOSIR	
A. Perkembangan Pencapaian SPM Bidang Kesehatan.....	28
B. Gap Pencapaian SPM Bidang Kesehatan	48
C. Permasalahan dan Tantangan	49
BABIV ANALISIS STRATEGI PENCAPAIAN SPM	
A. Analisa SWOT	53
B. Roadmap Percepatan Pencapaian SPM Bidang Kesehatan	59
C. Kebutuhan Sumberdaya Pencapaian SPM	77
D. Anggaran	81
Lampiran 1	82
Lampiran 2	93
BAB V PENUTUP	95
Daftar Pustaka	97

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Target Pencapaian SPM Bidang Kesehatan.....	26
Tabel 3.1	Perkembangan Indikator Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB di Kabupaten Samosir.....	46
Tabel 3.2	Perkembangan Jumlah Desa Siaga di Kabupaten Samosir 2008-2011.....	47
Tabel 3.3	GAP Pencapaian SPM Bidang Kesehatan	48
Tabel 3.4	Permasalahan dalam Pencapaian SPM	51
Tabel 4.1	Internal Faktors Summary (IFAS).....	53
Tabel 4.2	Eksternal Faktors Analysis Summary (EFAS).....	55
Tabel 4.3	Matrik	58
Tabel 4.4	Roadmap Strategi SPM Bidang Bidang Kesehatan	64
Tabel 4.5	Jumlah Tenaga Kesehatan Kabupaten Samosir	77
Tabel 4.6	Kebutuhan SDM	78
Tabel 4.7	Jumlah Sarana dan Prasarana Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir.....	80

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah yang digulirkan dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 dan kemudian direvisi dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah dan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah merupakan bentuk komitmen pemerintah untuk mendekatkan pelayanan kepada masyarakat. Desentralisasi dibidang kesehatan memberikan kesempatan bagi pemerintah daerah untuk menentukan prioritas pembangunan dibidang kesehatan dengan mempertimbangkan kebutuhan daerah, serta kondisi daerah masing-masing. Selain itu juga memperhatikan kemampuan daerah. Oleh karena itu kemampuan pemerintah daerah dalam mengelola sumber daya yang ada di daerah sangat menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan.

Berbagai studi mengenai pelayanan bidang kesehatan di Indonesia, memperlihatkan bahwa pelayanan kesehatan di daerah belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Berbagai masalah strategis dalam pelayanan kesehatan masih cukup banyak dijumpai di banyak daerah di Indonesia. Masalah yang mendasar dalam bidang kesehatan antara lain menyangkut angka kematian ibu dan bayi, keberadaan anak kurang gizi, keterbatasan fasilitas kesehatan, maupun distribusi tenaga kesehatan yang kurang memadai. Di samping itu prevalensi berbagai penyakit menular, penyakit tidak menular, maupun penyakit degeneratif juga mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat.

Keberhasilan pelaksanaan kebijakan desentralisasi tidak terlepas kejelasan pengaturan pembagian urusan antara pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah, hal diantaranya untuk menghindari adanya tumpang tindih dalam pembiayaan dari suatu fungsi layanan atau kejelasan terhadap pihak yang bertanggung jawab atas suatu layanan.

Dalam Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 telah diatur pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Urusan yang sepenuhnya atau absolut kewenangan pemerintah pusat meliputi urusan politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal serta agama, sedangkan urusan yang didesentralisasikan kepada daerah otonom provinsi dan kabupaten serta kota adalah urusan wajib dan urusan pilihan. Urusan wajib adalah urusan yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar warga negara yaitu pendidikan, kesehatan, lingkungan hidup dan lainnya sedangkan urusan pilihan adalah urusan yang disesuaikan dengan potensi dan kekhasan dan potensi yang dimiliki daerah.

Selanjutnya, pasal 11 ayat (4) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, Pemerintah Pusat mewajibkan Pemerintah Daerah untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan oleh setiap Menteri terkait, dalam penyelenggaraan pelayanan dasar yang merupakan bagian dari pelaksanaan urusan wajib untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat. Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan standar yang melekat pada urusan yang berkategori wajib bukan pilihan, yang menjadi tanggung jawab pemerintah daerah dan tersedia di manapun di wilayah Indonesia.

Hal yang dipertegas dengan Peraturan Pemerintah yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang menyebutkan bahwa Standar Pelayanan Minimal (SPM) disusun sebagai alat pemerintah Pusat dan Pemerintah daerah untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib. Standar Pelayanan Minimal (SPM) juga diposisikan untuk menjawab isu-isu krusial dalam penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, khususnya dalam penyediaan pelayanan dasar yang bermuara pada penciptaan kesejahteraan rakyat. Upaya ini sangat sesuai dengan apa yang secara normatif dijamin dalam konstitusi sekaligus untuk menjaga kelangsungan kehidupan berbangsa yang serasi, harmonis dan utuh dalam koridor Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

Standar Pelayanan Minimal (SPM) ditetapkan oleh pemerintah Pusat dan diberlakukan untuk seluruh pemerintahan daerah provinsi dan

pemerintahan daerah kabupaten/kota juga dilengkapi dengan indikator – indikator yang berfungsi sebagai tolok ukur kuantitatif dan kualitatif terhadap besaran sasaran yang hendak dipenuhi. Standar pelayanan Minimal yang sudah diwajibkan di beberapa unit SKPD melalui peraturan menteri dari masing-masing Kementerian terkait, telah ditargetkan untuk dipenuhi pada tahun 2013 atau lebih. Beberapa ada yang ditargetkan akan dipenuhi keseluruhan (100%) pada tahun 2015 dan ada pula 2025 (bidang Perumahan Rakyat). Untuk dapat merealisasikan pencapaian target tersebut, Standar Pelayanan Minimal (SPM) harus dapat menjadi bagian dari dokumen perencanaan di tiap SKPD terkait. Namun demikian, dalam implementasinya Standar Pelayanan Minimal (SPM) masih terkendala oleh beberapa hal seperti (a) belum semua SKPD menerapkan standar pelayanan minimal dan standar operasional pelayanan sebagai acuan peningkatan kinerjanya (b) rendahnya perhatian pemda terhadap penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang nampak pada tidak jelasnya program/kegiatan tahunan terkait Standar Pelayanan Minimal (SPM) (c) tidak teralokasinya sejumlah anggaran dalam mendanai program/kegiatan pelayanan dasar dan (d) masih terdapat SKPD yang dalam menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) belum benar – benar memahami tujuan dan teknis pelaporan (PKKOD LAN, 2008).

Berdasarkan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 100/676/SJ tertanggal 7 Maret 2011 perihal Percepatan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM), terdapat 13 (tiga belas) Standar Pelayanan Minimal (SPM) nasional yang disusun oleh kementerian/ lembaga sebagaimana amanat Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005. Ketigabelas Standar Pelayanan Minimal (SPM) tersebut meliputi Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang pendidikan, kesehatan, lingkungan hidup, sosial, perumahan rakyat, pekerjaan umum dan Penataan Ruang, Standar Pelayanan Minimal (SPM) terpadu bagi saksi dan/atau korban tindak pidana perdagangan orang dan penghapusan eksploitasi seksual bagi anak dan remaja di kabupaten/kota dan layanan terpadu bagi perempuan dan anak korban kekerasan, ketenagakerjaan, ketahanan pangan, kesenian dan kominfo.

Dalam rangka percepatan pencapaian target penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dimaksud, Pemerintah Daerah dihimbau agar segera melakukan setidaknya lima langkah sebagai berikut: **Pertama**, menjadikan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang telah ditetapkan sebagai acuan dalam dokumen perencanaan dan penganggaran di daerah, dengan tujuan menjamin optimalisasi penerapan dan pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) dimaksud. **Kedua**, menyusun rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang memuat target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan mengacu pada batas waktu pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) sesuai dengan Peraturan Menteri/Kepala Lembaga Non Kementrian dimaksud; **Ketiga**, rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) tersebut, perlu disinkronkan dan diintegrasikan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Strategi Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD); **Keempat**, target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dituangkan dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Rencana Kerja Perangkat Daerah (Renja SKPD), Kebijakan Umum Anggaran (KUA), Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD) dengan memperhatikan kemampuan keuangan daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. **Kelima**, dalam rangka penerapan SPM di daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota dapat melakukan koordinasi dengan Kementerian/LPNK dan Kementerian Dalam Negeri c.q Direktorat Jenderal Otonomi Daerah.

Terkait dengan upaya mendukung percepatan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir, diperlukan suatu strategi pencapaian standar pelayanan minimal. Dengan adanya strategi ini diharapkan akan memudahkan sinkronisasi dan integrasi pencapaian standar pelayanan minimal dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Strategi Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD). Di samping itu, diharapkan strategi ini dapat memudahkan pemerintah Kabupaten

Samosir untuk memperkirakan kebutuhan pembiayaan untuk menyediakan pelayanan kesehatan.

B. Tujuan dan Sasaran

1. Memberikan arah percepatan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir.
2. Menjadi pedoman bagi seluruh stakeholders terkait.
3. Mensinergikan sumber daya (resources) dalam percepatan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir.

Adapun Sasaran dari kegiatan ini adalah Tersusunnya Strategi pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Kabupaten Samosir dalam bidang Kesehatan.

C. Ruang Lingkup Buku “Strategi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan”

1. Perkembangan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.
2. Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.
3. Pemetaan faktor kekuatan, kelemahan, tantangan dan potensi daerah terkait dengan percepatan penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.
4. Target Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan (Roadmap 2012-2015).
5. Strategi pencapaian (*road map*) Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Samosir.

D. Metode Perumusan

Perumusan strategi percepatan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dibangun berdasarkan data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari responden dengan melalui diskusi terbatas. Sedangkan data sekunder diperoleh dari literatur-literatur yang terkait dengan kajian penelitian, data sekunder dikeluarkan oleh dinas/intansi terkait yang ada di Kabupaten Samosir, berupa buku Profil Kesehatan

Daerah, Renstra, APBD, RPJM, Kabupaten Dalam Angka, dan sebagainya. Data sekunder ini dijaring dengan menggunakan instrumen pedoman review dokumen (*document review*).

Analisis data dilakukan melalui beberapa tehnik, yakni :

1. Analisis Perkembangan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Analisis perkembangan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilakukan dengan menampilkan tren pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) berbagai bidang dari tahun ke tahun yang dikaji secara deskriptif analitik. Analisis perkembangan pencapaian dilengkapi dengan analisa gap (kesenjangan) antara pencapaian yang ada dan kesesuaian dengan target yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM).

2. Analisis SWOT

Perumusan strategi juga mempertimbangkan hasil analisis SWOT yang umum digunakan untuk memperhitungkan alternatif strategi dan kebijakan. Pengumpulan data dilakukan dengan Focus Group Discussion (FGD) guna mengelaborasi masukan – masukan terkait penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Kabupaten Samosir. Di samping itu, FGD juga dilakukan untuk mendapatkan survei internal tentang *strengths* (kekuatan) dan *weaknesses* (kelemahan), serta survei eksternal atas *opportunities* (peluang/kesempatan) dan *threats* (ancaman).

Tahapan dalam analisis SWOT yang dilakukan mencakup :

a. Identifikasi Kekuatan, Kelemahan atau IFAS (Internal Factors Analysis Summary)

No.	FIS	Bobot	Nilai	Skor	Kesimpulan
1	2	3	4	5	6
1.	Kekuatan 1. 2. Dst				
2	Kelemahan 1. 2. Dst				

b. Identifikasi Peluang dan Ancaman atau EFAS (External Factors Analysis Summary)

No.	FES	Bobot	Nilai	Skor	Kesimpulan
1	2	3	4	5	6
1.	Peluang 1. 2. Dst				
2	Ancaman 1. 2. Dst				

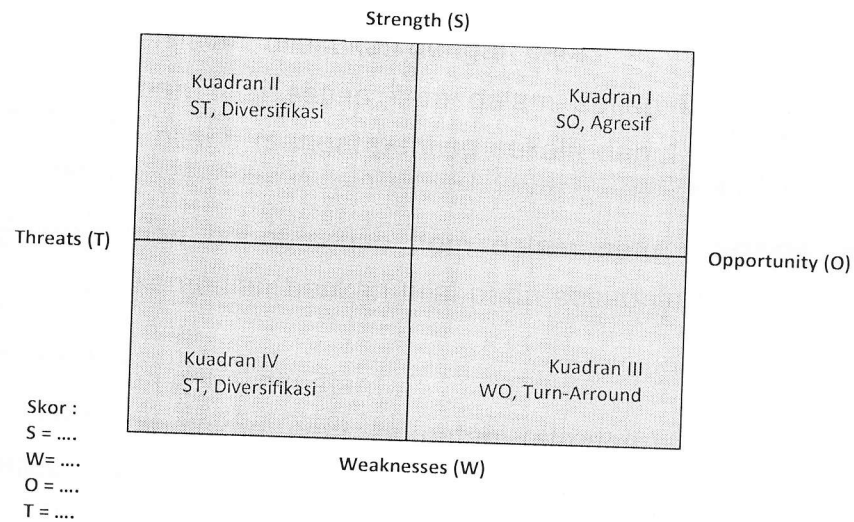
c. Pemilihan Faktor Kunci yang penting, dengan membuat :

1) Skoring/Penilaian, dilakukan dengan cara:

- Pemberian nilai setiap item dalam setiap faktor lingkungan, dengan nilai 5 (sangat penting sekali) dan 1 (kurang penting), atau
- Pemberian bobot setiap item dalam satu faktor (jumlahnya 100%) kemudian berikan nilai pada setiap item, dan kemudian bobot x nilai

2) Menentukan peta kekuatan

Untuk menentukan peta kekuatan (*strength*) dapat digunakan teknik pengelompokan 'kuadran' sebagai berikut:



- Kuadran I : Ini adalah situasi yang sangat menguntungkan organisasi yang memiliki peluang dan kekuatan, sehingga dapat memanfaatkan peluang yang ada. Strategi yang harus ditempuh dalam kondisi ini adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*Growth oriented strategy*).

- Kuadran II: Meski menghadapi berbagai ancaman, organisasi masih memiliki kekuatan dari segi internal. Strategi yang harus diterapkan adalah menggunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang jangka panjang dengan cara strategi diversifikasi;
- Kuadran III: Organisasi menghadapi peluang yang sangat besar, tetapi di lain pihak, ia menghadapi beberapa kendala/kelemahan internal. Fokus strategi organisasi dalam kondisi seperti ini adalah meminimalkan masalah-masalah internal sehingga dapat merebut peluang pasar yang lebih baik.
- Kuadran IV: Organisasi dalam situasi ini sangat tidak menguntungkan, organisasi menghadapi berbagai ancaman dan kelemahan internal

3) Membuat Matrik Pilihan Strategi.

Analisis SWOT dengan scoring yang kemudian ditentukan hasilnya berdasarkan kuadran, dengan rumus berikut:

- Apabila $S > W$ dan $O > T$ maka strategi yang dilakukan adalah memiliki perilaku "agresif";
- Apabila $S > W$ dan $O < T$ maka strategi yang dilakukan adalah memiliki perilaku yang mampu mengembang-kan "diversifikasi";
- Apabila $S < W$ dan $O > T$ maka strateginya adalah mencari alternatif dengan perilaku yang "berputar arah";
- Apabila $S < W$ dan $O < T$ maka strateginya adalah mencari alternatif dengan perilaku "bertahan".

Pilihan Strategi:

- Asumsi S-O. Strategi ini dibuat sesuai dengan jalan pikiran organisasi, yaitu dengan memanfaatkan seluruh kekuatan untuk merebut dan memanfaatkan peluang sebesar-besarnya;
- Asumsi W-O. Ini adalah strategi dalam menggunakan kekuatan yang dimiliki organisasi untuk mengatasi ancaman;

- Asumsi S-T. Strategi ini diterapkan berdasarkan pemanfaatan peluang yang ada dengan cara meminimalkan kelemahan yang ada;
- Asumsi W-T. Strategi yang didasarkan pada kegiatan yang bersifat defensif dengan berusaha meminimalkan kelemahan yang ada serta menghindari ancaman.

4) Merumuskan Strategi

- Melakukan analisis strategi berdasarkan analisis faktor internal dan analisis faktor eksternal

IFAS EFAS	KEKUATAN (S)	KELEMAHAN (W)
PELUANG (O)	Asumsi S-O	Asumsi W-O
ANCAMAN (T)	Asumsi S-T	Asumsi W-T

- Merumuskan Strategi

Alternatif Strategi	Keterkaitan dengan Visi dan Misi	Keterkaitan dengan SPM	Skor Total
SO			
ST			
WO			
WT			

BAB II

KONSEP DAN KEBIJAKAN

A. Konsep Standar Pelayanan Minimal

Dalam rangka desentralisasi, pemerintah Pusat telah menyerahkan urusan pemerintahan tertentu kepada Pemerintah daerah sehingga kewajiban untuk menyediakan pelayanan tersebut beralih ke daerah. Namun dengan prinsip otonomi daerah dalam negara kesatuan, otonomi dalam pelaksanaan urusan tersebut tentulah dibatasi oleh keberadaan negara sebagai insitusi tertinggi yang terbentuk dari konsensus masyarakat dalam teritori tertentu, dengan konstitusi dan pengaturan tertentu yang disusun dan disepakati bersama untuk mengatur kehidupan bersama. Pemerintah Pusat mempunyai kewenangan melakukan kontrol atas pelaksanaan urusan tersebut. Sehingga Negara menetapkan regulasi tertentu untuk tujuan tersebut adalah hal yang umum. Hal ini karena pada dasarnya Negara, secara moral maupun legal mempunyai kewajiban kewajiban untuk menjamin warganya, di setiap wilayah bagian negara , mendapat pelayanan dengan kualitas dan standar tertentu melalui berbagai regulasi.

Jaminan untuk mendapat pelayanan dengan kualitas dan standard tertentu tersebut salah satunya dapat dicapai dengan menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Secara logis, standar pelayanan minimal dapat diterapkan untuk mencapai berbagai tujuan. *Pertama*, untuk dapat memberikan definisi yang jelas tentang pelayanan yang dimaksud. *Kedua*, memberikan informasi untuk melakukan perencanaan dalam memberikan pelayanan bagi masyarakat di tingkat lokal. Di samping itu informasi tersebut juga dapat menjadi patok banding (*benchmark*) dalam melakukan monitoring dan evaluasi kinerja pelayanan publik. Selanjutnya, dengan adanya standar ini juga memungkinkan pemerintah Pusat untuk memberikan penekanan pada pelayanan yang menjadi prioritas nasional. Terakhir, standar yang ada dapat menjadi elemen yang diperlukan untuk memperkirakan kebutuhan pembiayaan untuk menyediakan pelayanan. Hal ini dapat membantu dalam

penyusunan anggaran belanja daerah, menilai kinerja penganggaran daerah, serta membantu menyediakan informasi keuangan yang dibutuhkan oleh Menteri Keuangan secara lebih baik, utamanya untuk memperbaiki formula untuk yang diperlukan untuk menentukan Dana Alokasi Umum (DAU).

Pada level teknis pelayanan, adanya standar dalam pelayanan publik juga akan memberikan manfaat, antara lain: mengurangi variasi proses, memenuhi persyaratan profesi, dan dasar untuk mengukur mutu (Schroeder, 1994), adanya standar akan menjamin keselamatan pasien dan petugas penyedia pelayanan kesehatan (Moss & Barrach, 2002, Reason, 2002)¹. Dengan dikurangnya variasi dalam pelayanan, akan meningkatkan konsistensi pelayanan publik, mengurangi terjadinya kesalahan, meningkatkan efisiensi dalam pelayanan, dan memudahkan petugas dalam memberikan pelayanan.

Meskipun demikian, terdapat pula resiko bahwa penggunaan standard pelayanan minimum tersebut dapat mendorong permintaan akan DAU yang tinggi. Oleh karena itu disain Standar Pelayanan Minimal (SPM) perlu mempertimbangkan kemampuan daerah. Standar pelayanan minimum nasional untuk mencapai pelayanan tertentu berfokus pada hasil-hasil yang memungkinkan untuk dicapai (*achievable outcomes*). Disamping adanya manfaat dengan ditetapkannya standar dalam pelayanan, penerapan standar juga memiliki keterbatasan, antara lain: konsistensi dan terbatasnya variasi dalam pelayanan kadang-kadang mengorbankan kebutuhan spesifik pengguna jasa, standar disusun tidak didasarkan oleh keadaan yang sesungguhnya, atau disusun dengan interpersasi yang salah terhadap kondisi daerah dapat juga merugikan pengguna jasa, diterapkannya standar kadang-kadang mengabaikan kompleksitas pelayanan maupun variabilitas yang dimiliki oleh pengguna jasa, penilaian yang tidak adil terhadap mutu pelayanan dapat terjadi akibat menggunakan standar yang tidak tepat, demikian juga dapat terjadi ketidak-cocokan standar yang dikeluarkan oleh berbagai lembaga.²

¹ Dikutip dalam Modul PELATIHAN PMPK FK UGM STANDAR PELAYANAN MINIMAL, http://manajemen-rs.net/dmdocuments/1_Pengantar%20Standar%20Pelayanan%20Minimal.pdf

² Modul PELATIHAN PMPK FK UGM STANDAR PELAYANAN MINIMAL, http://manajemen-rs.net/dmdocuments/1_Pengantar%20Standar%20Pelayanan%20Minimal.pdf

Standard Pelayanan Minimal (SPM) perlu dibedakan dari standardisasi praktek pelayanan. Standar ini didisain agar bisa diaplikasikan secara luas dengan mempertimbangkan perbedaan yang diperlukan dalam memberikan pelayanan. Standar ini tetap memberikan kesempatan pemberi layanan untuk mengembangkan etos mereka sendiri ataupun mengembangkan upaya yang berbeda dalam memberikan pelayanan dengan kebutuhan yang berbeda.

Standar pelayanan minimal, khususnya dalam bidang kesehatan juga merupakan alat bantu dalam mendisain perencanaan sector kesehatan yang berpihak pada masyarakat miskin (*pro poor health sector plan*). Dalam konteks di mana sumberdaya yang dimiliki sangat terbatas, upaya ini merupakan hal yang tidak mudah. Bahkan meskipun prioritas kebijakan telah ditetapkan dan disepakati, proses untuk mendapatkan anggaran yang diperlukan bagi sub-sub sektor dalam bidang kesehatan bisa lebih kompleks dan mengarah pada terjadinya resistensi³. Adanya standard ini dapat membantu menjembatani dan mencegah terjadinya konflik kepentingan dengan mengarahkan hal-hal yang menjadi kewajiban dan berkenaan dengan hak-hak masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Adapun berbagai hal yang menjadi kewajiban utama terkait dengan pemenuhan hak-hak dalam bidang kesehatan antara lain : 1) pemenuhan gizi makanan minimal (*minimum essential food*) yang memadai dan aman; 2) tempat tinggal (*basic shelter, housing*) dengan sanitasi dan suplai air bersih yang memadai dan aman; 3) obat-obatan dasar (*essential drugs*) sebagaimana diamanatkan dalam *WHO action programme on essential drugs*; 4) kesehatan reproduksi wanita (*reproductive maternal*, termasuk *pre natal* dan *post natal*) serta kesehatan anak; 5) imunisasi terhadap infeksi penyakit utama; 6) pendidikan dan akses pada informasi terkait masalah kesehatan yang utama, termasuk dalam upaya pencegahan dan pengendalian (WHO, 2008).

³ James Alm, Jorge Martinez-Vazquez, Sri Mulyani Indrawati, *Reforming Intergovernmental Fiscal Relations and The Rebuilding of Indonesia : The "Big Bang" Problem and Its Economic Consequences*

B. Kebijakan

1. Kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Secara Umum

Dalam konteks pelayanan publik di daerah, kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah ditujukan untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan pemerintahan daerah, kesejahteraan rakyat dan pemberdayaan masyarakat. Karena itu pemerintah daerah harus menyediakan pelayanan publik yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Sesuai dengan Pasal 10 ayat (3) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, Pemerintah Pusat menyelenggarakan urusan pemerintahan yang meliputi *politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal nasional, serta agama*.

Pada ayat (5) Undang-Undang tersebut dinyatakan pula bahwa pemerintah juga menyelenggarakan *urusan pemerintahan di luar enam urusan pemerintahan tersebut*. Sedangkan pada Pasal 11 Undang-Undang ini dinyatakan bahwa penyelenggaraan urusan pemerintahan dibagi berdasarkan kriteria *eksternalitas, akuntabilitas, dan efisiensi* dengan memperhatikan keserasian hubungan antar susunan pemerintahan.

Eksternalitas, adalah dampak yang timbul sebagai akibat dari penyelenggaraan suatu urusan pemerintahan. Penyelenggaraan urusan pemerintahan berdasarkan kriteria eksternalitas ditentukan berdasarkan luas, besaran, dan jangkauan dampak yang timbul akibat penyelenggaraan suatu urusan pemerintahan. Berdasarkan kriteria eksternalitas maka semakin langsung dampak penyelenggaraan suatu urusan pemerintahan kepada masyarakat, maka urusan tersebut paling tepat untuk diselenggarakan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota.

Akuntabilitas, adalah pertanggungjawaban pemerintah, pemerintahan daerah propinsi, dan pemerintahan daerah kabupaten/kota dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan tertentu kepada masyarakat. Penyelenggaraan urusan pemerintahan berdasarkan kriteria akuntabilitas ditentukan berdasarkan kedekatan suatu tingkatan pemerintahan dengan luas, besaran, dan jangkauan dampak yang ditimbulkan oleh penyelenggaraan suatu urusan pemerintahan. Berdasarkan kriteria akuntabilitas maka semakin dekat pemberi layanan dan penggunanya, dan semakin banyak jumlah pengguna layanan maka

layanan tersebut lebih tepat diselenggarakan oleh pemerintahan daerah kabupaten/kota.

Efisiensi, adalah tingkat daya guna tertinggi yang dapat diperoleh dari penyelenggaraan suatu urusan pemerintahan. Penyelenggaraan urusan pemerintahan berdasarkan kriteria efisiensi ditentukan berdasarkan perbandingan tingkat daya guna yang paling tinggi yang dapat diperoleh dari penyelenggaraan suatu urusan pemerintahan. Berdasarkan kriteria efisiensi maka penyelenggaraan urusan lebih tepat pada tingkat pemerintahan dimana terdapat perbandingan terbaik antara *cost* penyelenggaraan urusan dibandingkan dengan manfaat yang diperoleh dengan penyelenggaraan urusan. Penggunaan kriteria kriteria eksternalitas, akuntabilitas, dan efisiensi dalam pembagian urusan pemerintahan antar tingkat pemerintahan dilaksanakan secara kumulatif sebagai satu kesatuan.

Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah, yang diselenggarakan berdasarkan kriteria eksternalitas, akuntabilitas dan efisiensi terdiri dari urusan wajib dan urusan pilihan. Urusan wajib didefinisikan sebagai urusan daerah otonom yang penyelenggaraannya diwajibkan oleh pemerintah. Hal ini berarti pemerintah menetapkan urusan mana yang merupakan urusan dasar yang menjadi prioritas penyelenggaraan dan mana yang merupakan urusan pilihan.

Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah propinsi merupakan urusan dalam skala propinsi, sedangkan urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah untuk kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/kota. Penyelenggaraan urusan pemerintahan yang bersifat wajib, baik untuk pemerintahan propinsi maupun untuk pemerintahan kabupaten dan kota sebagaimana disebutkan di atas harus berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Urusan yang bersifat pilihan adalah urusan-urusan yang dapat dipilih untuk diselenggarakan oleh pemerintahan daerah berdasarkan kriteria pembagian urusan pemerintahan sebagaimana disebutkan di atas.

Urusan yang bersifat pilihan tersebut meliputi urusan pemerintahan yang secara nyata ada dan berpotensi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan kondisi, kekhasan, dan potensi unggulan daerah yang bersangkutan. Dalam penyelenggaraan urusan pilihan tersebut, pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota dapat memilih bagian urusan pemerintahan pada bidang-bidang tertentu seperti pertanian, kelautan, pertambangan dan energi, kehutanan dan perkebunan, perindustrian dan perdagangan, perkoperasian, kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, dan berbagai bidang lainnya.

Adanya pembagian urusan pemerintahan memberi petunjuk bahwa terdapat urusan-urusan pemerintahan tertentu yang penyelenggaraannya dibagi-bagi antara pemerintah, pemerintahan daerah provinsi, dan pemerintahan daerah kabupaten/kota. Dengan demikian penyelenggaraan urusan pemerintahan tersebut melibatkan pemerintah, pemerintahan daerah provinsi dan pemerintahan daerah kabupaten/kota secara bersama-sama. Pembagian dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan tersebut merupakan pelaksanaan hubungan kewenangan antara pemerintah dan pemerintahan daerah provinsi, kabupaten dan kota atau antar pemerintahan daerah yang saling terkait, tergantung dan sinergis sebagai satu sistem pemerintahan.

Sesuai dengan deskripsi di atas, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 mengamanatkan bahwa penyelenggaraan urusan pemerintahan yang bersifat wajib dilaksanakan dengan berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang dilaksanakan secara bertahap. Standar Pelayanan Minimal (SPM) dimaksud akan dijabarkan oleh masing-masing kementerian/lembaga terkait untuk menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM) masing-masing.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) didefinisikan sebagai tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan urusan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat. Dalam pelaksanaannya, Standar Pelayanan Minimal (SPM) menganut beberapa prinsip, yakni:

- a. Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan standar yang dikenakan pada urusan wajib, sedangkan untuk urusan lainnya pemerintah daerah boleh menetapkan standar sendiri sesuai dengan kondisi daerah masing-masing.
- b. Standar Pelayanan Minimal (SPM) berlaku secara nasional, yang berarti harus diberlakukan di seluruh daerah Provinsi, Kabupaten dan Kota di seluruh Indonesia.
- c. Standar Pelayanan Minimal (SPM) harus dapat menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan tertentu yang harus disediakan oleh pemerintah daerah dalam rangka penyelenggaraan urusan wajibnya.
- d. Standar Pelayanan Minimal (SPM) bersifat dinamis dan perlu dikaji ulang dan diperbaiki sesuai dengan perubahan kebutuhan nasional dan perkembangan kapasitas daerah secara merata.
- e. Standar Pelayanan Minimal (SPM) ditetapkan pada tingkat minimal yang diharapkan secara nasional untuk pelayanan jenis tertentu. Yang dianggap minimal dapat merupakan rata-rata kondisi daerah-daerah, merupakan konsensus nasional, dan lain-lain.
- f. Standar Pelayanan Minimal (SPM) harus diacu dalam perencanaan daerah, penganggaran daerah, pengawasan, pelaporan, dan merupakan salah satu alat untuk menilai Laporan Keterangan Pertanggungjawaban (LKPJ) Kepala Daerah serta menilai kinerja penyelenggaraan pemerintahan daerah (LPPD).

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan alat untuk mengukur kinerja pemerintahan daerah dalam penyelenggaraan pelayanan dasar. Tingkat kesejahteraan masyarakat akan sangat tergantung pada tingkat pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah daerah. Standar Pelayanan Minimal (SPM) sangat diperlukan oleh pemerintah daerah dan masyarakat sebagai konsumen pelayanan itu sendiri. Bagi pemerintah daerah suatu Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat dijadikan sebagai tolok ukur (*benchmark*) dalam penentuan biaya yang diperlukan untuk menyediakan pelayanan tertentu. Sedangkan bagi masyarakat Standar Pelayanan Minimal (SPM) akan menjadi acuan dalam menilai kinerja pelayanan publik, yakni kualitas dan kuantitas suatu pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah daerah.

Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) memiliki manfaat sebagai berikut:

- a. Dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) akan lebih terjamin penyediaan pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah daerah kepada masyarakat;
- b. Standar Pelayanan Minimal (SPM) akan bermanfaat untuk menentukan Standar Analisis Biaya (SAB) yang sangat dibutuhkan pemerintah daerah untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan untuk menyediakan suatu pelayanan publik;
- c. Standar Pelayanan Minimal (SPM) akan menjadi landasan dalam penentuan perimbangan keuangan yang lebih adil dan transparan (baik Dana Alokasi Umum/DAU maupun Dana Alokasi Khusus/DAK);
- d. Standar Pelayanan Minimal (SPM) akan dapat dijadikan dasar dalam menentukan anggaran kinerja dan membantu pemerintah daerah dalam melakukan alokasi anggaran yang lebih berimbang;
- e. Standar Pelayanan Minimal (SPM) akan dapat membantu penilaian kinerja (LPJ) Kepala Daerah secara lebih akurat dan terukur sehingga mengurangi kesewenang-wenangan dalam menilai kinerja pemerintah daerah;
- f. Standar Pelayanan Minimal (SPM) akan dapat menjadi alat untuk meningkatkan akuntabilitas pemerintah daerah kepada masyarakat, karena masyarakat akan dapat melihat keterkaitan antara pembiayaan dengan pelayanan publik yang dapat disediakan pemerintah daerah;
- g. Standar Pelayanan Minimal (SPM) akan menjadi argumen dalam melakukan rasionalisasi kelembagaan pemerintah daerah, kualifikasi pegawai, serta korelasinya dengan pelayanan masyarakat.

Dalam penyelenggaraannya, Standar Pelayanan Minimal (SPM) dibuat berdasarkan sejumlah peraturan perundang-undangan, yakni: (a) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah; (b) Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah; (c) Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Kewenangan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota; (d) Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Kepala Daerah dan Informasi

Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah; dan (e) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 mengenai Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.

Disamping kebijakan secara nasional, telah terbit pula kebijakan turunan di lingkungan kementerian dalam negeri yakni Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standard Pelayanan Minimal dan Kepmendagri No. 100.05-76 Tahun 2007 tentang Pembentukan Tim Konsultasi Penyusunan Standard Pelayanan Minimal.

Sesuai dengan Pasal 5 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005, penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) oleh masing-masing Menteri/Pimpinan LPND dilakukan melalui konsultasi yang dikoordinasi oleh Menteri Dalam Negeri. Konsultasi tersebut dilakukan dengan tim konsultasi yang terdiri dari unsur-unsur Departemen Dalam Negeri, Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas, Departemen Keuangan, Kementerian Negara Pemberdayaan Aparatur Negara, dengan melibatkan Menteri/Pimpinan LPND terkait, yang dibentuk dengan Kepmendagri. Hasil konsultasi tersebut dikeluarkan oleh masing-masing departemen/LPND sebagai Peraturan Menteri yang bersangkutan.

Hingga saat ini terdapat 13 (sepuluh) kementerian terkait yang telah mengeluarkan acuan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk diterapkan ke seluruh daerah di Indonesia. Ketigabelas Standar Pelayanan Minimal (SPM) dimaksud meliputi:

- a. Bidang Perumahan Rakyat berdasarkan Peraturan Menteri Perumahan Rakyat Nomor 22 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Perumahan Rakyat Daerah Provinsi dan daerah Kabupaten/Kota;
- b. Bidang pemerintahan dalam negeri berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 62 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Pemerintahan Dalam Negeri di Kabupaten/Kota;
- c. Bidang sosial berdasarkan Peraturan Menteri Sosial Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Sosial Daerah Provinsi dan Daerah Kabupaten/Kota;

- d. **Bidang Kesehatan** berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
- e. Bidang perempuan dan anak berdasarkan Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan Nomor 1 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Terpadu Bagi Saksi dan/atau Korban Tindak Pidana Perdagangan Orang dan Penghapusan Eksploitasi Seksual pada Anak dan Remaja di Kabupaten/Kota, dan Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 1 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Layanan Terpadu Bagi Perempuan dan Anak Korban Kekerasan;
- f. Bidang LH berdasarkan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Nomor 19 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Lingkungan Hidup Daerah Provinsi dan Daerah Kabupaten/Kota;
- g. Bidang KB berdasarkan Peraturan Kepala BKKBN Nomor 55/HK-010/85 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera di Kabupaten/Kota;
- h. Bidang pendidikan berdasarkan Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 15 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pendidikan Dasar di Kabupaten/Kota;
- i. Bidang Nakertrans berdasarkan Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor Per 15/MEN/X/2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Ketenagakerjaan;
- j. Bidang PU dan Tata Ruang berdasarkan Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor 14/IPRT/M/2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang;
- k. Bidang pertanian berdasarkan Peraturan Menteri Pertanian Nomor 65/Permentan/OT.140112/2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Ketahanan Pangan Provinsi dan Kabupaten/ Kota;
- l. Bidang kesenian berdasarkan Peraturan Menteri Kebudayaan dan Pariwisata Nomor PM. 106/HK. 501/MKP/2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesenian;

- m. Bidang kominfo berdasarkan Peraturan Menteri Komunikasi dan Informatika Nomor 22 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kominfo di Kabupaten/Kota (Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 100/676/SJ tertanggal 7 Maret 2011).

2. Kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan selanjutnya disebut Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah Kabupaten/ Kota. Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten/Kota dan masyarakat. 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.

Pada awal pelaksanaan otonomi daerah berdasarkan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999, telah diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/ MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Namun Kebijakan tersebut tidak sesuai lagi dan telah direvisi dengan terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing Daerah Kabupaten/Kota

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan berkaitan dengan pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2010-2015 :

- Pelayanan Kesehatan Dasar
- Pelayanan Kesehatan Rujukan
- Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa
- Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

C. Indikator dan Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Nasional Bidang Kesehatan

▪ Indikator Pelayanan Kesehatan Dasar

a. Cakupan kunjungan Ibu Hamil K- 4

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi ibu hamil sehingga kesehatan janin terjamin melalui penyediaan pelayanan antenatal. Ibu hamil K-4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.

b. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi. Komplikasi yang dimaksud adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi

c. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi Kebidanan

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan persalinan yang profesional. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan adalah Ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

d. Cakupan Pelayanan Nifas

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan nifas yang professional. Nifas adalah periode mulai 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan nifas sesuai standar adalah pelayanan kepada ibu nifas sedikitnya 3 kali, pada 6 jam pasca persalinan s.d 3 hari; pada minggu ke II, dan pada minggu ke VI termasuk pemberian Vitamin A 2 kali serta persiapan dan/atau pemasangan KB Pasca Persalinan. Dalam pelaksanaan pelayanan nifas dilakukan juga pelayanan

neonatus sesuai standar sedikitnya 3 kali, pada 6-24 jam setelah lahir, pada 3-7 hari dan pada -28 hari setelah lahir yang dilakukan difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah. Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 (bila tidak diberikan pada saat lahir), manajemen terpadu bayi muda.

e. Cakupan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada neonates (bayi berumur 0 – 28 hari) dengan komplikasi. Neonatus dengan komplikasi adalah neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian. Neonatus dengan komplikasi seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR (berat badan lahir rendah < 2500 gr), sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital. Neonatus dengan komplikasi yang ditangani adalah neonatus komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, dokter, dan bidan di sarana pelayanan kesehatan.

f. Cakupan Kunjungan Bayi

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi bayi sehingga kesehatannya terjamin melalui penyediaan pelayanan kesehatan. Cakupan kunjungan bayi adalah Cakupan kunjungan bayi umur 29 hari – 11 bulan di sarana pelayanan kesehatan (polindes, pustu, puskesmas, rumah bersalin dan rumah sakit) maupun di rumah, posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya melalui kunjungan petugas. Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 kali yaitu satu kali pada umur 29 hari-3 bulan, 1 kali pada umur 3-6 bulan, 1 kali pada umur 6-9 bulan, dan 1 kali pada umur 9-11 bulan. Pelayanan Kesehatan yang diberikan meliputi pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/ HB1-

3, Polio 1-4, Campak), stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) bayi dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi, yang meliputi : konseling ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan, perawatan dan tanda bahaya bayi sakit (sesuai MTBS), pemantauan pertumbuhan dan pemberian vitamin A kapsul biru pada usia 6 – 11 bulan.

g. Cakupan Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)

Indikator ini mengukur kemampuan memberikan pelayanan imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan).

h. Cakupan pelayanan anak balita

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi anak balita sehingga kesehatannya terjamin melalui penyediaan pelayanan kesehatan. Cakupan pelayanan anak balita adalah anak balita (12 – 59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan. Setiap anak umur 12 - 59 bulan memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan setiap bulan, minimal 8 x dalam setahun yang tercatat di Kohort Anak Balita dan Pra Sekolah, Buku KIA/KMS, atau buku pencatatan dan pelaporan lainnya setiap bulan, minimal 8 x dalam setahun yang tercatat di Kohort Anak Balita dan Pra Sekolah, Buku KIA/KMS, atau buku pencatatan dan pelaporan lainnya.

i. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin

Indikator ini mengukur kemampuan memberikan makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin. Adapun cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin adalah pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 Bulan dari keluarga miskin selama 90 hari.

j. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan

Indikator ini mengukur kemampuan memberikan perawatan pada balita gizi buruk. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan

adalah balita gizi buruk yang ditangani di sarana pelayanan kesehatan sesuai tatalaksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Gizi buruk adalah status gizi menurut badan badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score <-3 dan atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor).

k. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Usaha Kesehatan Anak Sekolah dalam melindungi anak sekolah sehingga kesehatannya terjamin melalui pelayanan kesehatan . Penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa SD dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid kelas 1 SD dan MI yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama guru, dokter kecil.

l. Cakupan peserta KB aktif

Cakupan peserta KB aktif adalah jumlah peserta KB aktif dibandingkan dengan jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

m. Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit

▪ **Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun**

Indikator ini mengukur jumlah kasus AFP Non Polio yang ditemukan diantara 100.000 penduduk < 15 tahun pertahun di satu wilayah kerja tertentu.

▪ **Penemuan Penderita Pneumonia Balita**

Persentase balita dengan Pneumonia yang ditemukan dan diberikan tatalaksana sesuai standar di Sarana Kesehatan di satu wilayah dalam waktu satu tahun.

▪ **Penemuan pasien baru TB BTA Positif**

Angka penemuan pasien baru TB BTA positif atau *Case Detection Rate* (CDR) adalah persentase jumlah penderita baru TB BTA positif yang ditemukan dibandingkan dengan jumlah perkiraan kasus baru TB BTA positif dalam wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.

- **Penderita DBD yang ditangani**

Persentase penderita DBD yang ditangani sesuai standar di satu wilayah dalam waktu 1 (satu) tahun dibandingkan dengan jumlah penderita DBD yang ditemukan/dilaporkan dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

- **Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin**

Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin adalah Jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata pertama di satu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu tertentu.

- **Indikator Pelayanan Kesehatan Rujukan**

- a. **Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin**

Cakupan rujukan pasien miskin adalah jumlah kunjungan pasien miskin di sarana kesehatan strata dua dan strata tiga pada kurun waktu tertentu (lama & baru).

- b. **Cakupan Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan Sarana Kesehatan (RS) di Kab/ Kota**

Gawat darurat level 1 adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum *on site* 24 jam dengan kualifikasi *GELS* dan/atau *ATLS + ACLS*, serta memiliki alat transportasi dan komunikasi

- **Indikator Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB**

- **Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam**

Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam adalah Desa/kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam oleh Kab/Kota terhadap KLB periode/kurun waktu tertentu.

▪ **Indikator Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat**

a. **Cakupan Desa Siaga Aktif**

Cakupan Desa Siaga Aktif adalah desa yang mempunyai Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau UKBM lainnya yang buka setiap hari dan berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveillance berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan pertumbuhan (gizi), penyakit, lingkungan dan perilaku sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dibandingkan dengan jumlah desa siaga yang dibentuk.

Adapun target pencapaian masing-masing indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, terangkum dalam tabel berikut.

Tabel 2.1
Target Pencapaian SPM Bidang Kesehatan

No	Indikator	Target SPM	
		Tahun	Nilai
1	2	3	4
I	Pelayanan Kesehatan Dasar		
1	Cakupan kunjungan Ibu hamil Kunjungan keempat (K4)	2015	95%
2	Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	2015	100%
3	Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	2015	100%
4	Cakupan pelayanan nifas	2015	100%
5	Cakupan neonates dengan komplikasi yang ditangani	2015	100%
6	Cakupan kunjungan bayi	2015	95%
7	Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	2015	100%
8	Cakupan pelayanan anak balita	2015	95%
9	Cakupan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	2015	100%
10	Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	2015	100%

Strategi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

No	Indikator	Target SPM	
		Tahun	Nilai
1	2	3	4
11	Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat	2015	100%
12	Cakupan peserta KB aktif	2015	75%
13	Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit	2015	
	a) Acute Flacid Paralysis(AFP) rate per penduduk <15 tahun.	2015	100%
	b) Penemuan penderita Pneumoniabalita	2015	100%
	c) Penemuan pasien baru Tuberculosis Bakteri Tahan Asap (TB BTA) positif/case detection rate(CDR)	2015	70%
	d) Penderita DBD yang ditangani	2015	100%
	e) Penemuan penderita diare	2015	100%
14	Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin	2015	100%
II	Pelayanan Kesehatan Rujukan		
1	Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin	2015	100%
2	Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan Rumah Sakit	2015	100%
III	Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa(KLB)		
	Cakupan Desa/Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	2015	80%
IV	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat		
	Cakupan Desa Siaga Aktif	2015	80%

BAB III

PENCAPAIAN SPM BIDANG KESEHATAN KABUPATEN SAMOSIR

A. Perkembangan Pencapaian SPM Kurun 2008-2011

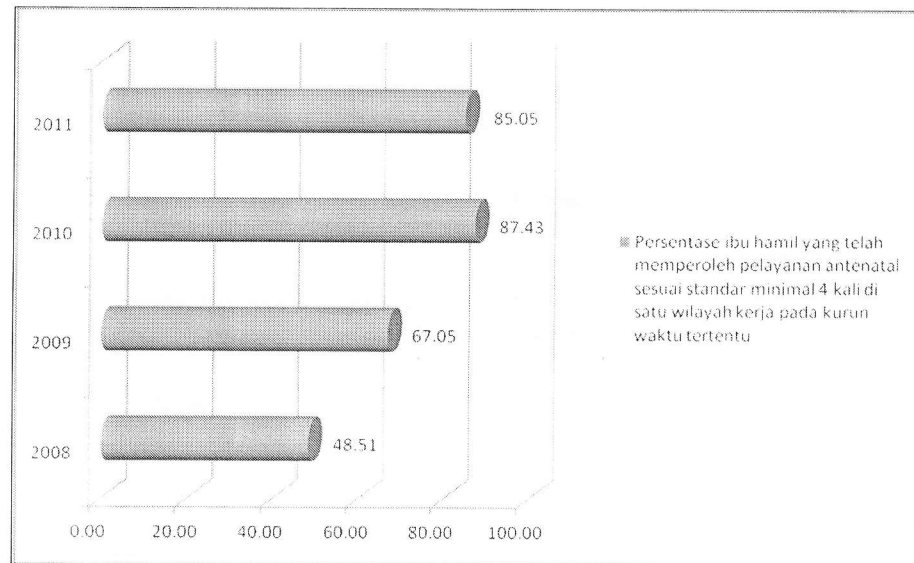
Pada bagian ini merupakan analisis deskriptif perkembangan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan secara umum. Dari potret yang ada, dapat diketahui sejauh mana terdapat gap (kesenjangan) antara capaian yang ada dengan target capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang diharapkan telah tercapai pada tahun tertentu, demikian juga kesenjangannya dengan berbagai indikator lain yang terkait, misalnya dengan target MDGs. Bagian ini juga mengulas permasalahan yang dihadapi Pemerintah Kabupaten Samosir dan juga tantangan yang dihadapi dalam memenuhi pelayanan minimal di bidang kesehatan.

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

a. Cakupan kunjungan Ibu Hamil K- 4.

Data perkembangan cakupan kunjungan ibu hamil K-4 dari tahun 2008-2010 mengindikasikan adanya perbaikan kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi ibu hamil sehingga kesehatan janin terjamin melalui penyediaan pelayanan antenatal. Terjadi peningkatan yang cukup signifikan pada persentase ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar minimal 4 kali di Kabupaten Samosir sejak tahun 2008. Angka cakupan kunjungan ibu hamil k-4 mencapai 48.5, selanjutnya meningkat menjadi 87.43 persen pada tahun 2010. Namun angka ini sedikit mengalami penurunan di tahun berikutnya menjadi 85.05 persen.

Gambar 3.1.
Cakupan kunjungan Ibu Hamil K- 4

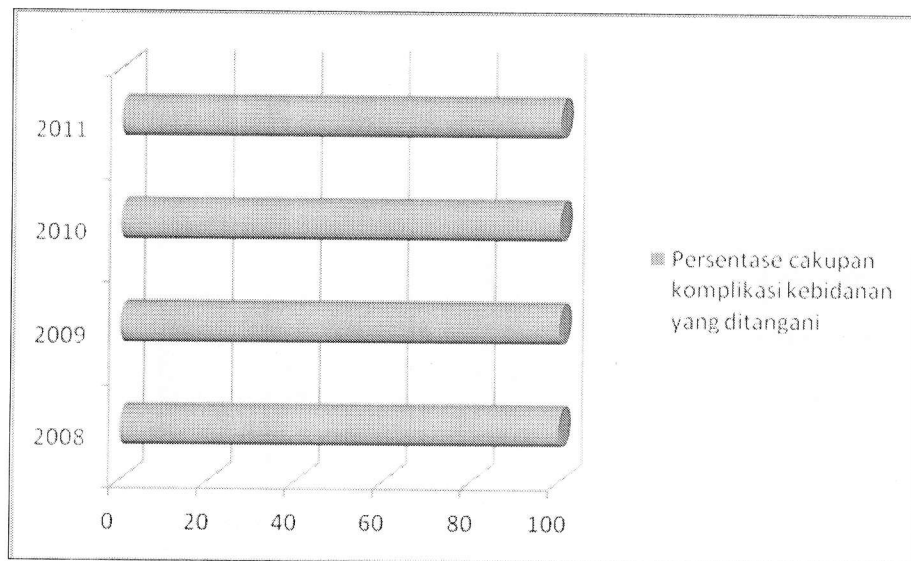


Untuk indikator ini, target pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebesar 95% diharapkan dapat tercapai pada tahun 2015. Di Kabupaten Samosir, kondisi ini belum bisa tercapai pada tahun 2011. Terdapat gap sebesar kurang lebih 10% dari angka yang ditargetkan untuk diperbaiki dalam kurun 4 tahun sebelum 2015. Namun perlu dicatat bahwa Ibu hamil K-4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali. Terdapat pemahaman yang kurang pas terhadap indikator ini, dimana ibu hamil yang mendapat pelayanan kurang dari 4 kali ada yang tercatat dalam cakupan, sehingga diperoleh angka yang cukup tinggi pada tahun 2010. Pemahaman terhadap indikator ini telah diperbaiki dengan menekankan bahwa Ibu hamil K-4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali.

b. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani

Data perkembangan cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani ini tahun 2008-2011 mengindikasikan kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi telah dapat dipenuhi. Penanganan komplikasi meliputi kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi dapat dilaksanakan di Kabupaten Samosir.

Gambar 3.2
Cakupan Komplikasi Kebidanan yang Ditangani

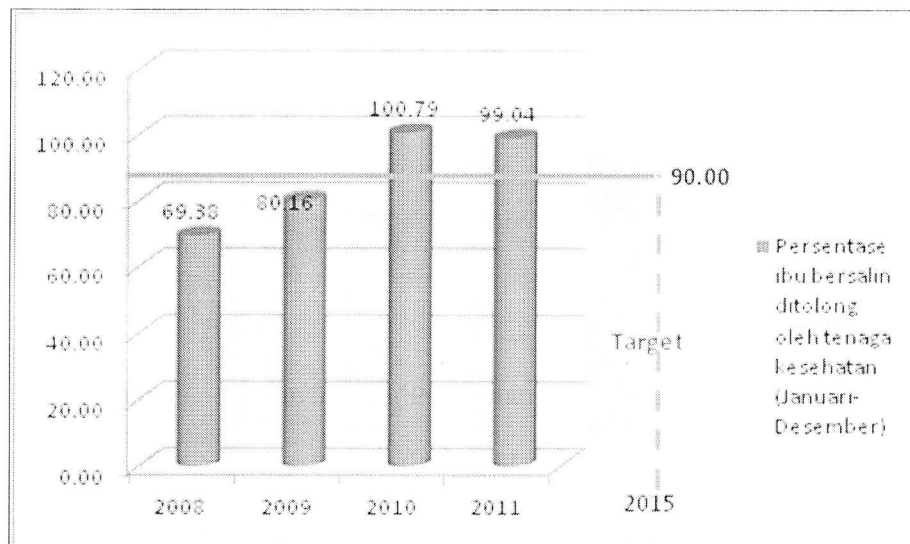


Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk indikator ini diharapkan dapat tercapai cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani sebesar 80% pada tahun 2015. Untuk kondisi 2008-2011 target ini telah terlampaui, bahkan Kabupaten Samosir telah dapat mencapai cakupan 100%. Diharapkan bahwa ke depan angka ini dapat dipertahankan.

c. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi Kebidanan

Capaian pada indikator ini mengindikasikan kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan persalinan yang profesional. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan telah mencapai 100.79 persen pada tahun 2010. Sementara di tahun 2011, tercatat sebesar 99.04 persen. Angka ini telah melampaui target yang ditetapkan di mana cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan diharapkan dapat tercapai sebesar 90 persen pada tahun 2015.

Gambar.3.3
Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan yang Memiliki Kompetensi Kebidanan

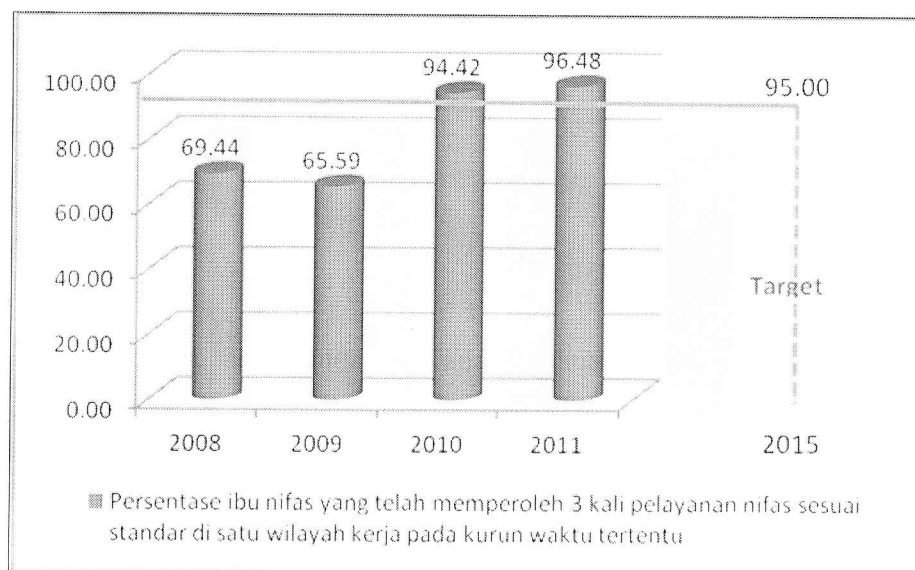


Beberapa hal perlu menjadi catatan terkait dengan capaian pada indikator ini. Pertama, pemahaman masyarakat yang masih kurang akan pentingnya persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan. Masih ada masyarakat yang lebih memilih mendapat pertolongan dari tenaga persalinan tradisional bukan bidan. Hal ini juga masih ada yang dilaporkan, meski bukan dilakukan oleh tenaga bidan. Kedua, terkait mobilitas penduduk yang mempengaruhi keakuratan data, terkait jumlah penduduk.

d. Cakupan Pelayanan Nifas

Meskipun pada tahun 2009, terdapat penurunan persentase ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar, namun secara umum terjadi perbaikan pada kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan nifas yang professional. Tahun 2011 tercatat cakupan pelayanan nifas sebesar 96.48 persen. Kondisi ini telah melampaui target yang ditetapkan, di mana diharapkan cakupan pelayanan nifas sebesar 95 persen dapat tercapai pada tahun 2015.

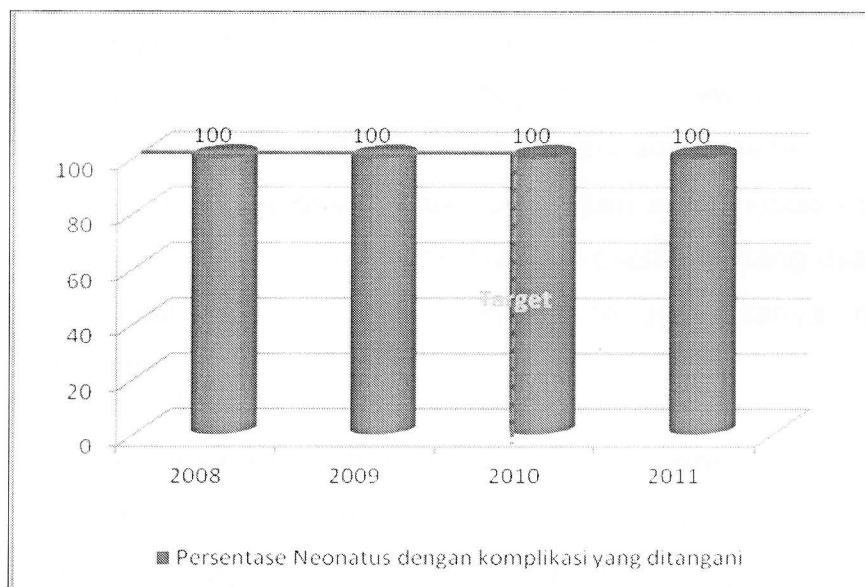
Gambar.3.4.
Cakupan Pelayanan Nifas



e. Cakupan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani

Kemampuan Kabupaten Samosir dalam manajemen program KIA dalam penyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada neonates (bayi berumur 0 – 28 hari) dengan komplikasi dapat dikatakan baik. Indikator cakupan neonatus dengan komplikasi telah mencapai 100 persen dalam kurun 2008-2011. Neonatus dengan komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, dokter, dan bidan di sarana pelayanan kesehatan telah dapat ditangani dengan baik. Target pencapaian cakupan neonates dengan komplikasi yang ditangani sebesar 100 persen pada 2010, telah dapat dicapai lebih awal oleh Kabupaten Samosir.

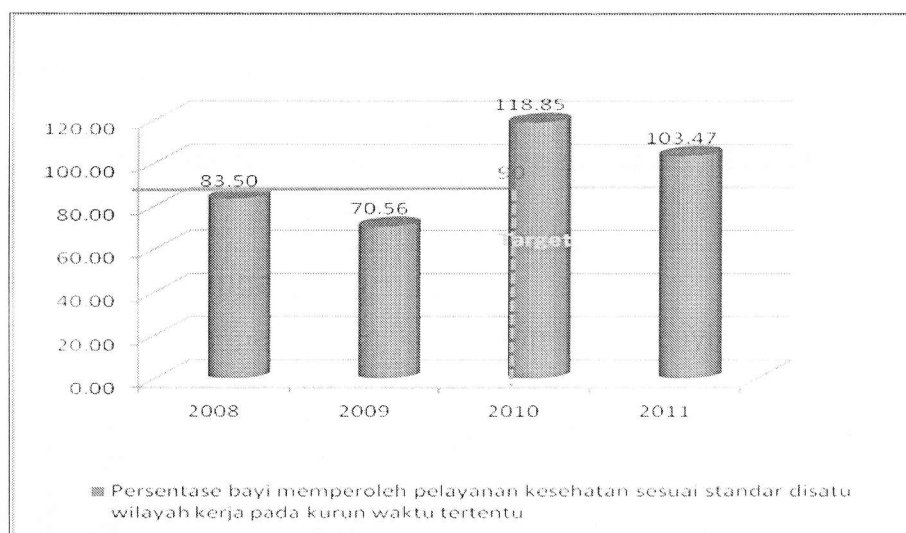
Gambar.3. 5
Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang Ditangani



f. Cakupan Kunjungan Bayi

Perkembangan pelayanan kesehatan pada bayi dari tahun 2008-2011 ditunjukkan dalam gambar berikut.

Gambar.3.6
Cakupan Kunjungan Bayi



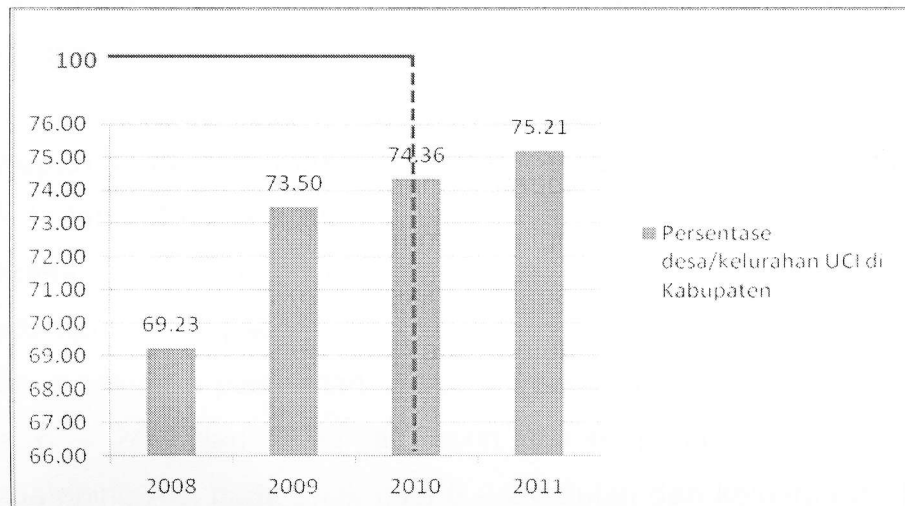
Data persentase bayi yang memperoleh kesehatan sesuai standar tahun 2008-2011 mengindikasikan bahwa Kabupaten Samosir telah mampu mencapai target yang ditetapkan. Ditargetkan pada tahun

2010 tercapai 90 persen cakupan kunjungan. Sementara Kabupaten Samosir pada tahun 2010 mencapai cakupan sebesar 118.85. Tahun sebelumnya angka cakupan masih di bawah 90 persen. Hal ini mengindikasikan adanya perbaikan kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi bayi melalui penyediaan pelayanan kesehatan. Tahun 2011 angka ini mengalami sedikit penurunan menjadi 103.47. Angka di atas 100 persen mengindikasikan bahwa ada bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan yang dilahirkan di daerah lain. Hal ini dimungkinkan dengan adanya mobilisasi pendatang.

g. Cakupan Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)

Indikator ini mengukur kemampuan memberikan pelayanan imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), Ibu hamil, WUS dan anak sekolah tingkat dasar (UCI /Universal Child Immunization). Dari gambar dibawah ini, dapat ditunjukkan bahwa untuk indikator ini Kabupaten Samosir belum mampu mencapai target 100 persen pada tahun 2010. Bahkan sampai dengan tahun 2011, persentase desa/kelurahan di Kabupaten Samosir yang telah mencapai Universal Child Immunization baru mencapai 75.21 persen. Dengan demikian masih terdapat sekitar 25 persen dari desa-desa di kabupaten ini yang belum seluruh anak-anaknya mendapatkan imunisasi.

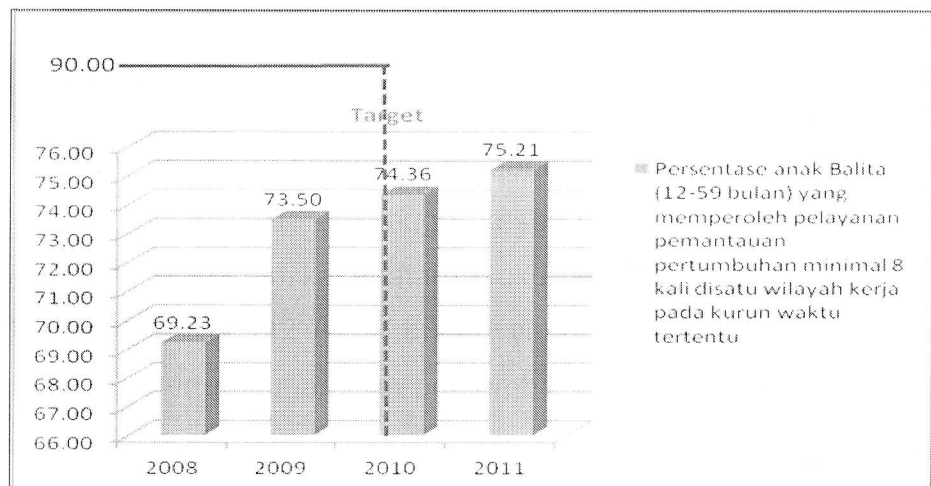
Gambar 7
Persentase Desa/Kelurahan UCI di Kabupaten Samosir (2008-2011)



h. Cakupan pelayanan anak balita

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi anak balita sehingga kesehatannya terjamin melalui penyediaan pelayanan kesehatan. Cakupan pelayanan anak balita adalah anak balita (12 – 59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan minimal 8 kali dalam setahun.

Gambar.3. 8
Cakupan Pelayanan Balita

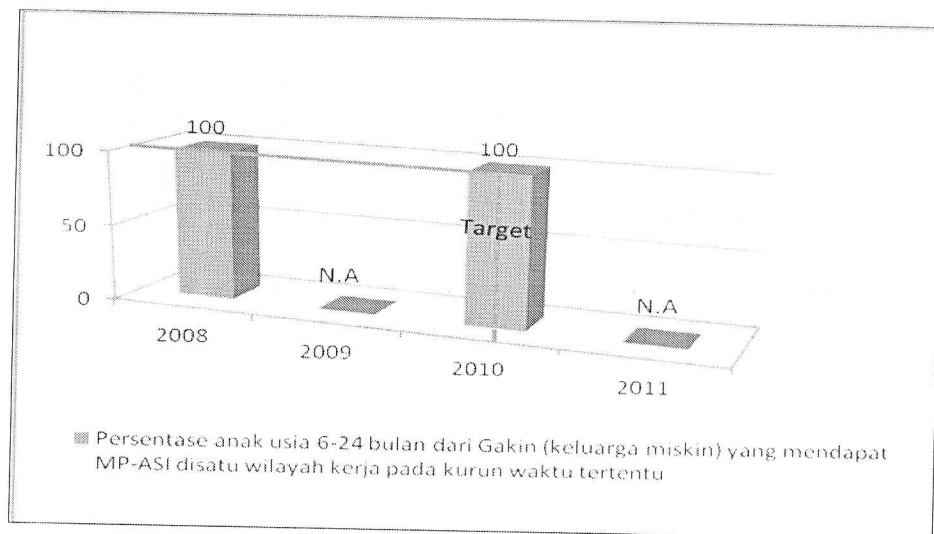


Meski mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dibanding kondisi tahun 2008, namun sampai dengan tahun 2011 target Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan anak balita sebesar 90 persen belum tercapai. Tahun 2011 cakupan pelayanan balita baru mencapai 75.21.

i. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin

Indikator ini mengukur kemampuan memberikan makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin. Adapun cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin adalah pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 Bulan dari keluarga miskin selama 90 hari

Gambar.3.9
Cakupan pemberian makanan pendamping ASI
pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin

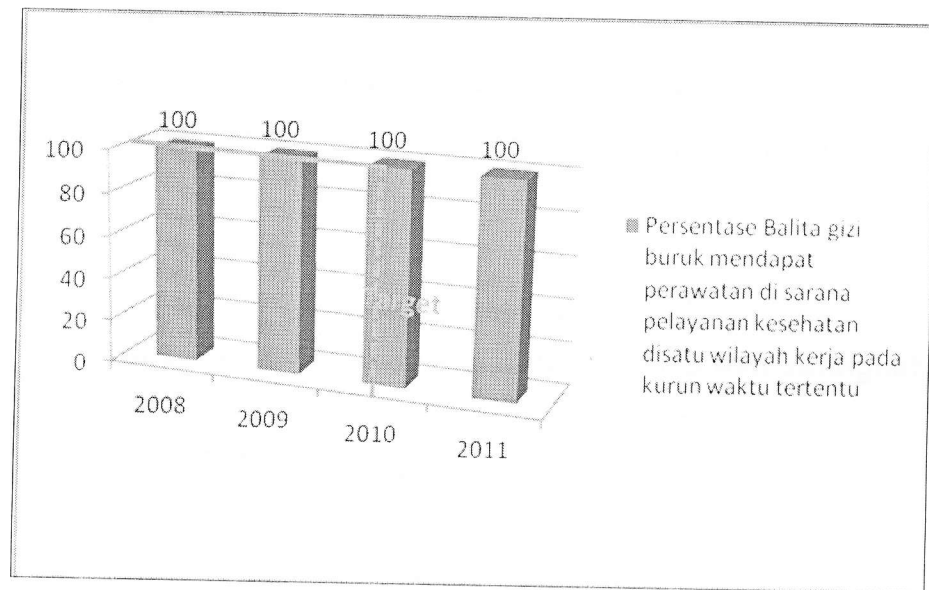


Tahun 2009 dana untuk pemberian makanan pendamping ASI bagi anak keluarga miskin usia 6-24 bulan, tidak turun dari provinsi. Demikian pula yang terjadi pada tahun 2011, Kabupaten Samosir tidak menerima dana dari provinsi. Ada ketergantungan dana dari provinsi untuk pemberian makanan pendamping ASI bagi anak keluarga miskin.

j. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan

Indikator ini mengukur kemampuan memberikan perawatan pada balita gizi buruk. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan adalah balita gizi buruk yang ditangani di sarana pelayanan kesehatan sesuai tatalaksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Gizi buruk adalah status gizi menurut badan badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score <-3 dan atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor).

Gambar.3.10
Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan



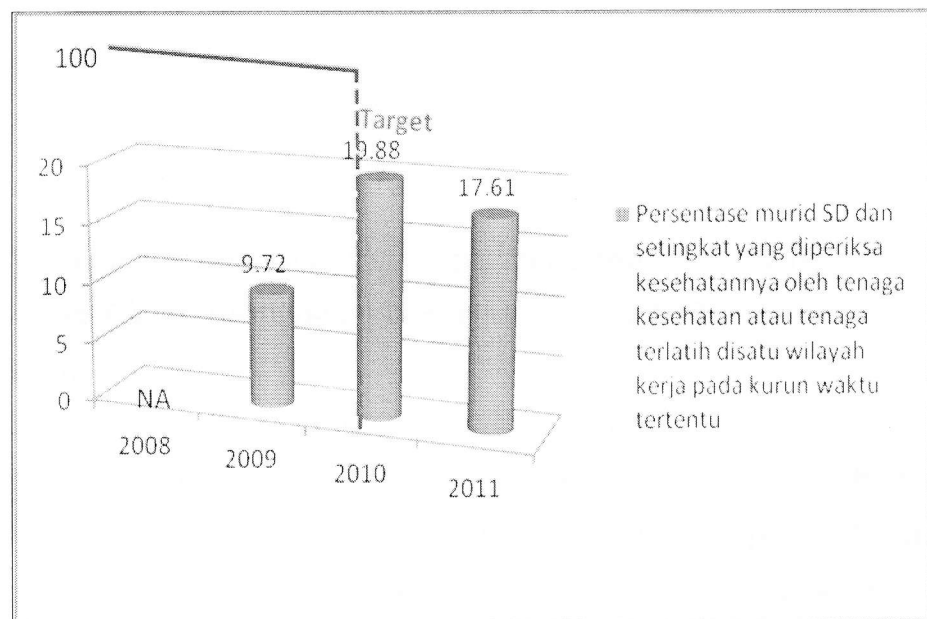
Tahun 2010 ditemukan 37 bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah. Dari 9587 balita yang ditimbang, terdapat 185 balita gizi lebih (1.93%), 9210 balita gizi baik (96.07%), 190 balita gizi kurang (1.98%), dan 2 balita gizi buruk (0.02). Seluruh balita gizi buruk tersebut telah mendapatkan perawatan. Terdapat penurunan kasus gizi buruk dari tahun 2008 yang tercatat sebanyak 32 balita, menurun menjadi 10 balita pada 2009, dan 2 balita pada 2010.

k. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat

Penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa SD dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid kelas 1 SD dan Madrasah Ibtidaiyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama guru, dokter kecil. Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Usaha Kesehatan Anak Sekolah dalam melindungi anak sekolah sehingga kesehatannya terjamin melalui pelayanan kesehatan. Sebagaimana terlihat pada gambar 11 di bawah ini, pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk

indikator ini masih rendah. Tahun 2009, Persentase murid kelas 1 SD/setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga terlatih baru mencapai 9.72 persen. Tahun berikutnya, meski mengalami kenaikan namun angkanya masih rendah yakni sebesar 19.88. Pada tahun 2011, angka ini bahkan mengalami penurunan menjadi 17.61.

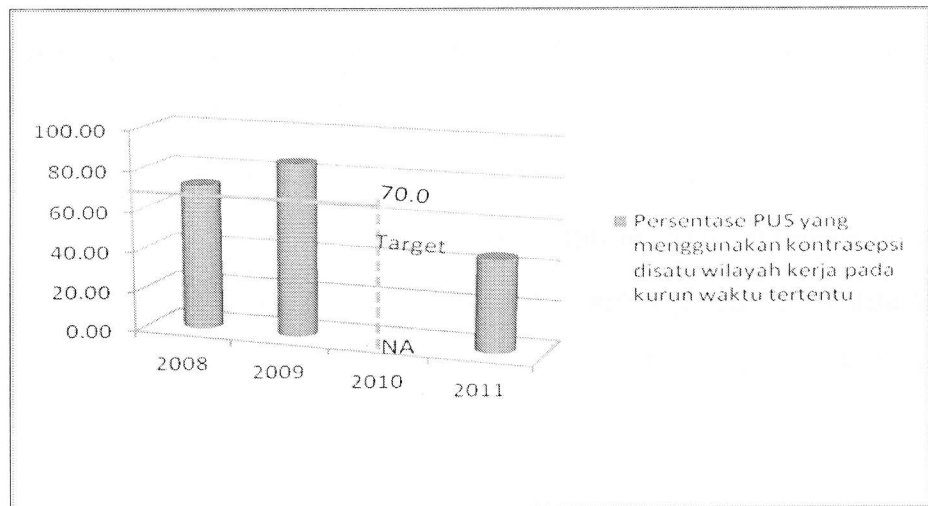
Gambar.3.11
Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat



I. Cakupan peserta KB aktif

Jumlah peserta KB aktif dibandingkan dengan jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di Kabupaten Samosir mengalami penurunan dari tahun 2009 ke 2011. Tahun 2010 data tidak dapat ditampilkan, terdapat di Kantor KB. Indikator ini sudah tercapai pada tahun 2009 dimana cakupan peserta KB aktif telah melebihi standar 70%. Namun tahun 2011, cakupannya turun di bawah standar.

Gambar.3.12
Cakupan Peserta KB Aktif

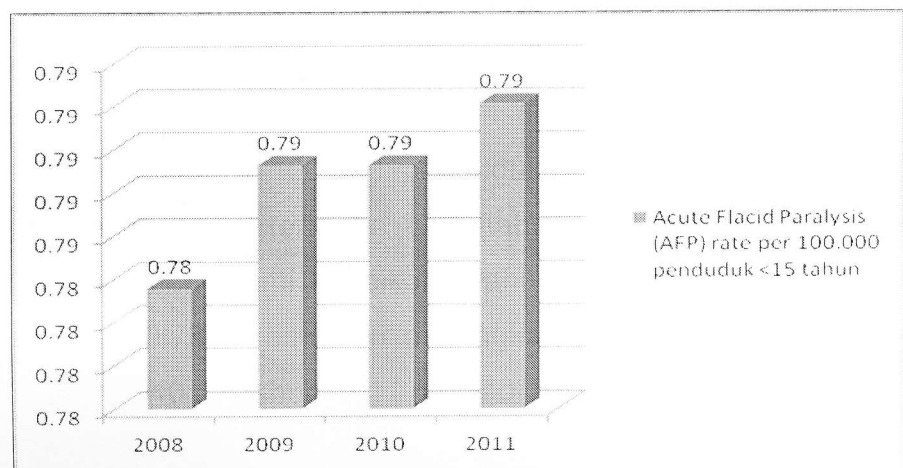


m.Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit

- **Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun**

Indikator ini mengukur jumlah kasus AFP Non Polio yang ditemukan diantara 100.000 penduduk < 15 tahun pertahun di satu wilayah kerja tertentu. Dari tahun 200, angka AFP rate cenderung mengalami kenaikan. Tahun 2008 tercatat AFP rate mencapai 0.784, kemudian meningkat menjadi 0.789 di tahun 2009 dan 2010. Di tahun 2011 menjadi 0.792.

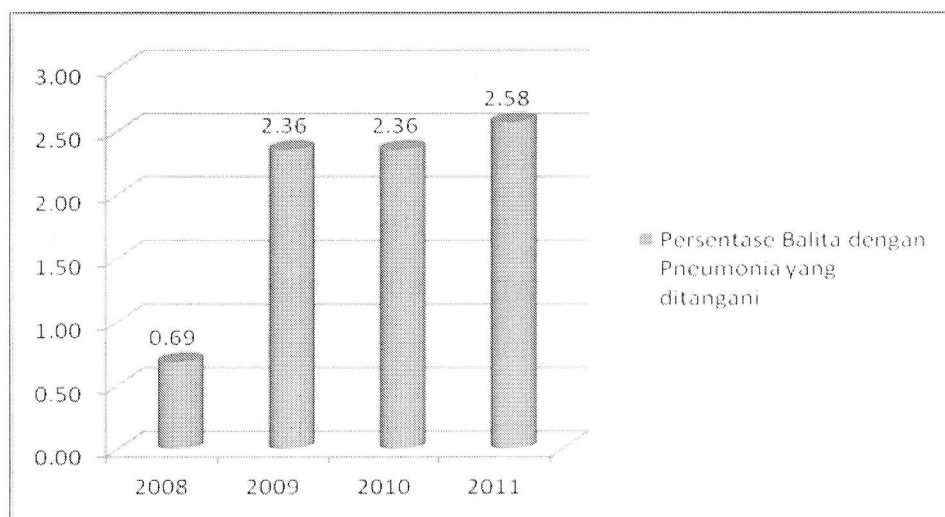
Gambar.3.13
Acute Flacid Paralysis (AFP) rate (2008-2011)



n. Penemuan Penderita Pneumonia Balita

Persentase balita dengan Pneumonia yang ditemukan dan diberikan tatalaksana sesuai standar di Sarana Kesehatan di satu wilayah dalam waktu satu tahun. Proporsi kematian balita dan bayi karena pneumonia di dunia adalah 19% dan 26% (WHO, 2005). Di Kabupaten Samosir berdasarkan laporan tahun 2010, ditemukan 31 penderita pneumonia di mana semua penderita pneumonia adalah balita dan telah mendapatkan penanganan. Namun diperkirakan jumlah balita penderita pneumonia mencapai lebih dari 1300. Berdasar data Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir diperkirakan pada tahun 2008 terdapat 1305 balita penderita pneumonia, tahun-tahun berikutnya diperkirakan terdapat penderita sebesar 1315 pada tahun 2009, 1315 pada tahun 2010, dan 1320 pada tahun 2011. Ini merupakan estimasi karena banyaknya penderita yang belum ditemukan, namun diindikasikan mengalami pneumonia.

Gambar3.14
Persentase Balita dengan Pneumonia yang Ditangani
(2008-2011)

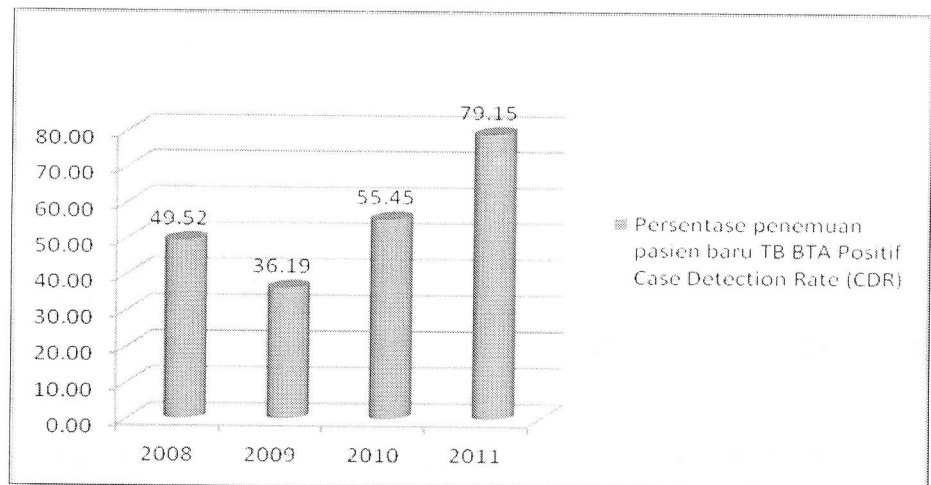


o. Penemuan pasien baru TB BTA Positif

Angka penemuan pasien baru TB BTA positif atau *Case Detection Rate* (CDR) adalah persentase jumlah penderita baru TB BTA positif yang ditemukan dibandingkan dengan jumlah perkiraan kasus baru TB BTA positif dalam wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.

Pada tahun 2010 jumlah perkiraan kasus baru TB adalah 195 kasus dengan jumlah kasus BTA+ adalah sebanyak 117 kasus, atau angka penemuan kasus (CDR) = 60%. Angka BTA+ yang diobati adalah 77 orang yang sembuh sebanyak 66 orang (angka success rate adalah 85.71%). Bila dibandingkan dengan target nasional tahun 2010 angka kesembuhan 85% maka Kabupaten Samosir sudah mencapai target.

Gambar.3.15
Persentase Penemuan Pasien Baru TB BTA

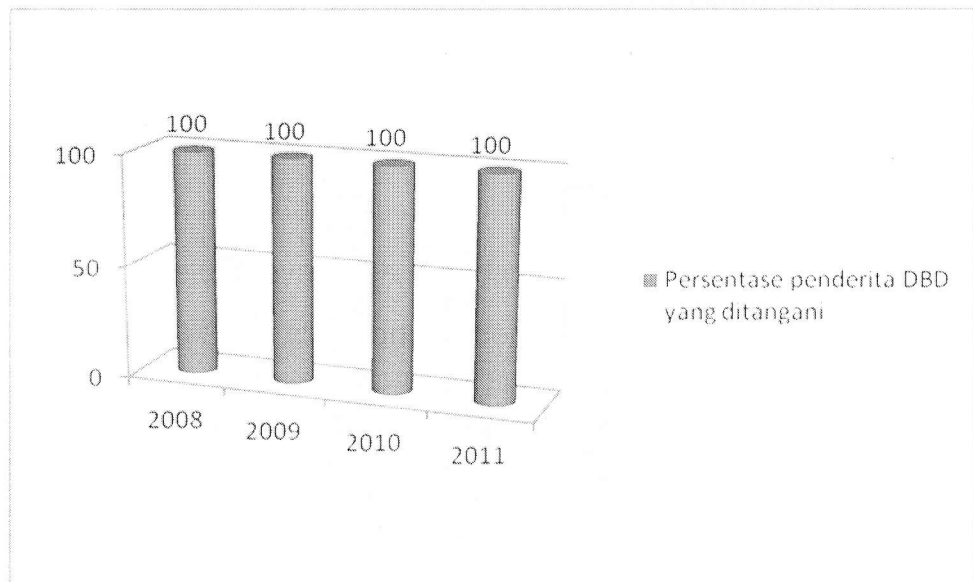


p. Penderita DBD yang ditangani

Persentase penderita DBD yang ditangani sesuai standar di satu wilayah dalam waktu 1 (satu) tahun dibandingkan dengan jumlah penderita DBD yang ditemukan/dilaporkan dalam kurun waktu satu tahun yang sama. Tahun 2008 ditemukan 16 kasus DBD, sementara di tahun 2009 ditemukan kasus sebanyak 43. Tahun 2010 ditemukan kasus DBD sebanyak 158 kasus di 6 kecamatan yang ada di Kabupaten Samosir dan telah mendapat penanganan. Angka incidence rate DBD di Kabupaten Samosir mencapai 132 per 100000

penduduk, dengan Case Fatality Rate (CFR) sebesar nol. Tahun 2011 ditemukan 68 kasus DBD. Dari kasus-kasus yang ditemukan tersebut seluruhnya telah mendapatkan penanganan sehingga dari tahun 2008-2011 cakupan penderita DBD yang ditangani mencapai 100 persen.

Gambar.3.16
Persentase Penderita DBD yang Ditangani



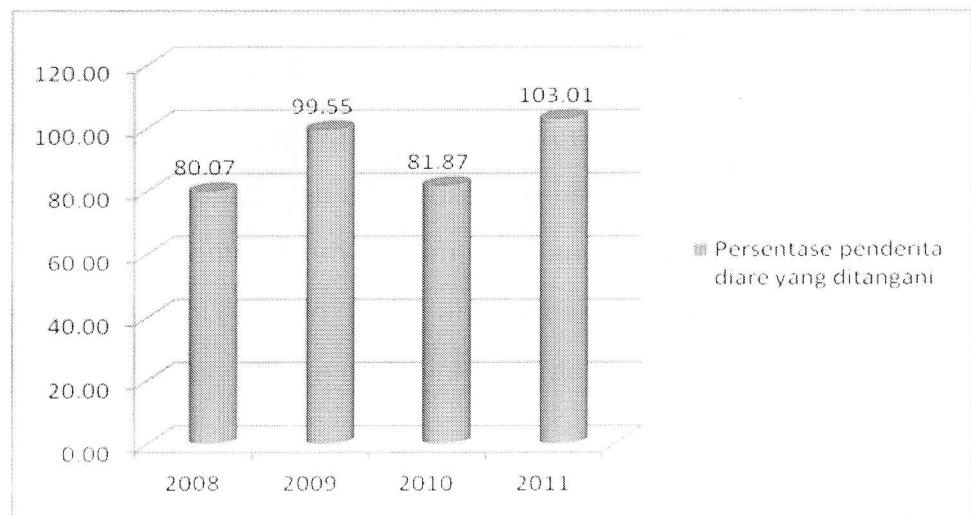
q. Cakupan penderita Diare yang ditangani

Penemuan penderita diare adalah jumlah penderita yang datang dan dilayani di Sarana Kesehatan dan Kader di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun. Adapun Perkiraan jumlah penderita diare yang datang ke sarana kesehatan dan kader adalah 10% dari angka kesakitan x jumlah penduduk disatu wilayah kerja dalam waktu satu tahun.

Tahun 2008 terdapat 4423 penderita diare yang datang dan dilayani di sarana kesehatan dan kader. Sementara di tahun 2009 meningkat menjadi 5539 penderita. Tahun 2010 tercatat 4555 penderita, sementara tahun 2011 sebanyak 5752 penderita diare yang datang dan dilayani di sarana kesehatan dan kader. Adapun jika dibandingkan dengan perkiraan jumlah penderita diare yang datang ke sarana kesehatan dan kader, maka perkembangan cakupan penderita diare yang dilayani sebagaimana terlihat pada gambar

berikut. Meski tidak mencapai 100 persen pada tahun 2008-2010, namun pada dasarnya penderita diare yang datang pada sarana kesehatan diupayakan untuk ditangani seluruhnya. Akurasi perkiraan jumlah penderita cukup menentukan angka cakupan penderita diare yang dilayani. Tahun 2011 angka cakupan melebihi 100 persen karena penderita diare melebihi perkiraan.

Gambar.3.17
Persentase Penderita Diare yang Ditangani



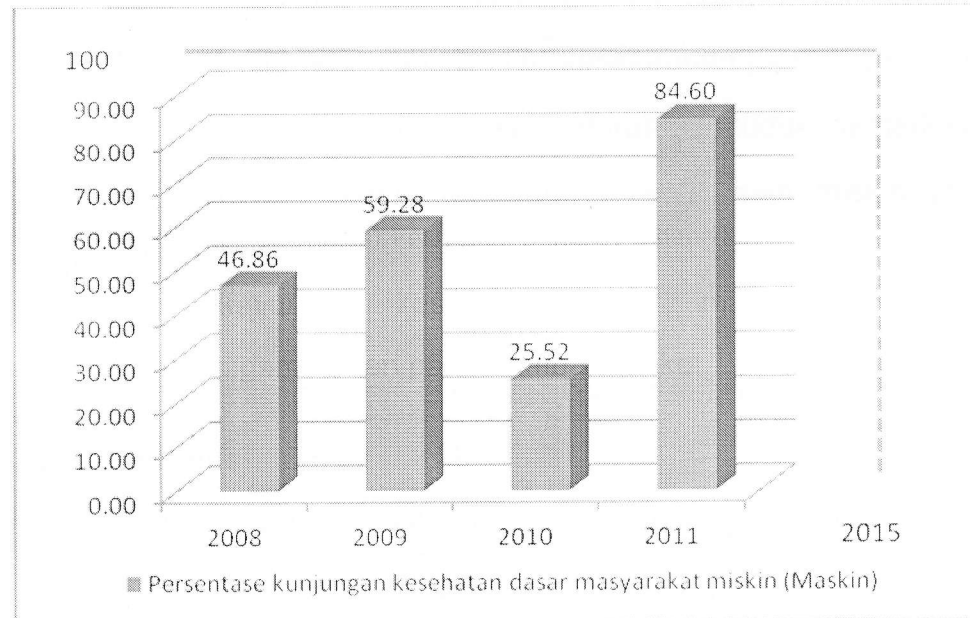
r. Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin

Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin adalah Jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata pertama di satu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah seluruh miskin di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

Tahun 2008 dari sejumlah 76900 masyarakat miskin di Kabupaten Samosir, terdapat 31088 orang yang melakukan kunjungan sarana kesehatan strata pertama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar. Angka ini meningkat pada tahun berikutnya menjadi 43.633 di tahun 2009, 48.596 masyarakat miskin di tahun 2010, dan 65066 masyarakat miskin di tahun 2011. Adapun untuk perkembangan

persentase kunjungan kesehatan dasar masyarakat miskin sebagaimana digambarkan pada gambar berikut.

Gambar.3.18
Persentase Kunjungan Kesehatan Dasar Masyarakat Miskin



Sebagai catatan, definisi operasional untuk indikator ini perlu direvisi karena tidak operasional. Pembanding jumlah seluruh masyarakat miskin di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama, kurang sesuai karena tidak seluruh masyarakat miskin memerlukan kunjungan pelayanan kesehatan dasar karena tidak seluruhnya sakit. Adapun untuk masyarakat miskin di Kabupaten Samosir yang melakukan kunjungan di sarana kesehatan strata pertama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar telah seluruhnya diupayakan mendapatkan pelayanan. Sehingga pada dasarnya cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin di Kabupaten Samosir telah mencapai 100 persen.

2. Indikator Pelayanan Kesehatan Rujukan

a. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin

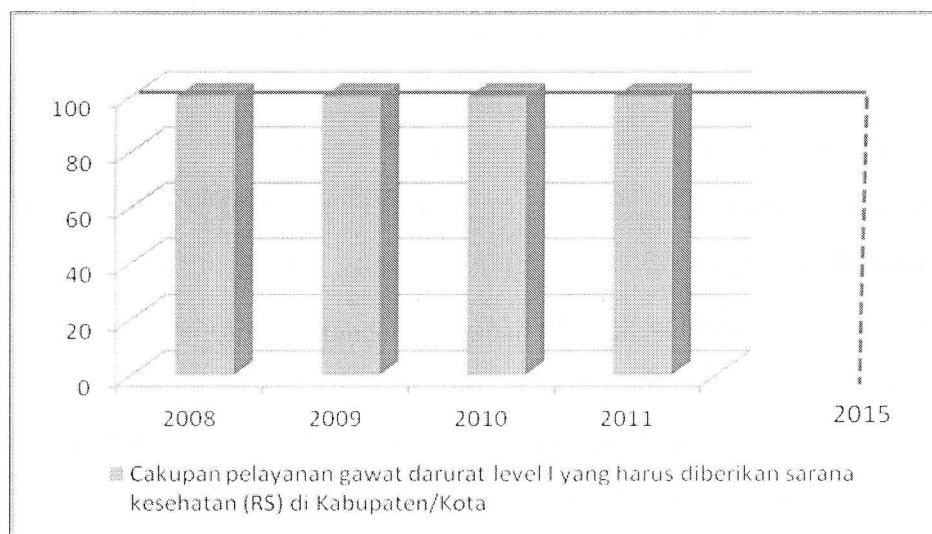
Cakupan rujukan pasien maskin adalah jumlah kunjungan pasien maskin di sarana kesehatan strata dua dan strata tiga pada kurun

waktu tertentu (lama & baru). Dari 76900 masyarakat miskin yang ada, pada tahun 2009 tercatat sebanyak 156 penduduk miskin mendapat pelayanan rujukan. Tahun 2010 terdapat 135. Sementara tahun 2010 terdapat 70 masyarakat miskin dan pada tahun 2011 tercatat ada 64 masyarakat miskin yang ditangani. Untuk indikator ini, tidak dapat dibandingkan dengan keseluruhan jumlah penduduk miskin karena tidak dapat diharapkan seluruh penduduk memerlukan pelayanan rujukan. Dapat dikatakan bahwa pasien miskin yang dirujuk telah tertangani.

b. Cakupan Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan Sarana Kesehatan (RS) di Kab/ Kota

Gawat darurat level 1 adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum *on site* 24 jam dengan kualifikasi *GELS* dan/atau *ATLS + ACLS*, serta memiliki alat transportasi dan komunikasi. Adapun cakupan Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan Sarana Kesehatan (RS) di Kab/ Kota adalah persentase Jumlah sarana kesehatan yang mampu memberikan pelayanan gawat darurat level 1 dibandingkan Jumlah sarana kesehatan di kabupaten. Sepanjang tahun 2008-2011 terdapat 2 sarana kesehatan yang mempunyai pelayanan gawat darurat dan jumlah sarana kesehatan sebanyak 2 buah. Sehingga sebagaimana terlihat pada gambar berikut, cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan Sarana Kesehatan (RS) mencapai 100 persen. Namun demikian dengan ketersediaan hanya 2 sarana kesehatan ini, perlu untuk ditingkatkan.

Gambar.3.19
Cakupan Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan Sarana Kesehatan (RS)



3. Indikator Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB

a. Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam

Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam adalah Desa/kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam oleh Kab/Kota terhadap KLB periode/kurun waktu tertentu. Tahun 2008 jumlah desa/kelurahan mengalami kejadian luar biasa (KLB) yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam sebanyak 6 desa. Tahun 2009 ada 26 desa, sementara tahun 2010 ada 3 desa. Sementara di tahun 2011 terdapat 4 desa.

Tabel 3.1
Perkembangan Indikator Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB di Kabupaten Samsosir (2008-2011)

	2008	2009	2010	2011
Jumlah desa/kelurahan mengalami kejadian luar biasa (KLB) yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam	6	26	3	4
Jumlah KLB di desa/kelurahan yang terjadi pada periode yang sama	6	26	3	4

4. Indikator Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

a. Cakupan Desa Siaga Aktif

Cakupan Desa Siaga Aktif adalah desa yang mempunyai Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau UKBM lainnya yang buka setiap hari dan berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveillance berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan pertumbuhan (gizi), penyakit, lingkungan dan perilaku sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Poskesdes dibentuk dalam rangka mendekatkan pelayanan pada masyarakat. Poskesdes dikelola oleh 1 orang bidan dan minimal 2 orang kader. Pada tahun 2010 terdapat Poskesdes sebanyak 54 buah.

Diharapkan dengan adanya desa siaga, penduduk di desa tersebut memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Tabel berikut memperlihatkan perkembangan jumlah desa siaga di Kabupaten Samosir. Tahun 2005 baru ada 5 desa siaga yang dibentuk dan aktif. Sementara tahun berikutnya, dari 11 desa siaga yang dibentuk, 10 diantaranya aktif. Tahun 2010 dari 54 desa siaga yang telah dibentuk, seluruhnya aktif.

Tabel 3.2
Perkembangan Jumlah desa siaga di Kabupaten Samosir
(2008-2011)

	2008	2009	2010	2011
Jumlah desa Siaga yang aktif	5	10	54	0
Jumlah desa Siaga yang dibentuk	5	11	54	0

B. Gap Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

Secara umum, sebagian besar indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir telah memenuhi target yang ditetapkan, atau dengan kata lainnya gap nya positif. Tabel di bawah ini merangkum realisasi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten Samosir dan gap pencapaiannya. Sejumlah indikator yang memperlihatkan gap negatif (belum mencapai target), antara lain cakupan pelayanan ibu hamil K4, cakupan pelayanan balita, cakupan desa UCI, Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat, Cakupan peserta KB aktif, persentase balita dengan pneumonia yang ditangani dan penemuan pasien baru TB BTA Positif Case Detection. Adapun untuk indikator Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk <15 tahun data yang tersedia adalah angka prevalensi.

Tabel 3.3
Gap Pencapaian SPM Bidang Kesehatan

No.	Indikator	Capaian 2011	Target	Tahun Capaian	Gap
1	Cakupan Ibu Hamil K4	85.05%	95%	2015	-9.95
2	Cakupan Komplikasi kebidanan yang ditangani	100%	80%	2015	+20
3	Cakupan Linakes	99.04%	90%	2015	+9.04
4	Cakupan Pelayanan Nifas	96.48%	90%	2015	+6.48
5	Cakupan Neonatus Dengan Komplikasi yg ditangani	100%	80%	2010	+20
6	Cakupan Kunjungan bayi	103.47%	90%	2010	+13.47
7	Cakupan Desa UCI	75.2% ¹	100%	2010	-24.79
8	Cakupan pelayanan anak Balita	42.51%	90%	2010	-47.49
9	Cakupan pemberian makanan pendamping ASI anak usia 6-24 bulan Gakin	n.a	100%	2010	n.a
10	Cakupan penderita Gizi buruk mendapat perawatan	100%	100%	2010	0
11	Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat	17.61%	100%	2010	-82.39
12	Cakupan peserta KB aktif	45.73%	70%	2010	-24.27

No.	Indikator	Capaian 2011	Target	Tahun Capaian	Gap
13	Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit				
	a. Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk <15 tahun	AFP Rate 0.792	Standar tidak diketahui	Standar tidak diketahui	n.a
	a. Persentase Balita dengan Pneumonia yang ditangani	2.58%	100%	2010	-97.42
	b. Persentase penemuan pasien baru TB BTA Positif Case Detection Rate (CDR)	79.15%	100%	2010	-20.85
	c. Persentase penderita DBD yang ditangani	100%	100%	2010	0
	e. Persentase penderita diare yang ditangani	103.1%	100%	2010	+3.1
14	Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin	100%	100%	2015	+9.63
15	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	100%	100%	2015	0
16	Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota	100%	100%	2015	0
17	Cakupan desa kelurahan mengalami KLB yg dilakukan penyelidikan Epidemiologi kurang dari 24 jam	100%	100%	2015	0
18	Cakupan Desa Siaga aktif	0	80%	2015	-100

C. Permasalahan dan Tantangan

1. Tingkat Kesehatan

Tantangan yang dihadapi dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir antara lain angka kematian dan kesakitan masih tinggi dan harus ditekan, terutama angka kematian ibu dan bayi. Penyakit-penyakit menular berbasis lingkungan dan berpotensi wabah juga masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Sementara penyakit degeneratif cenderung meningkat. Di samping itu, pelaksanaan surveillance epidemiologi belum optimal. Tingkat kesehatan masyarakat perlu mendapat perhatian khusus.

2. Keterjangkauan pelayanan kesehatan

Salah satu masalah yang dihadapi dalam mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah pemerataan dan keterjangkauan upaya pelayanan kesehatan bermutu yang belum optimal. Kondisi geografis

yang sulit juga menghambat pelayanan kesehatan. Akses pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dan daerah terpencil, khususnya, masih perlu mendapatkan perhatian dan penanganan secara sungguh-sungguh. Kondisi geografis yang ada memerlukan terobosan khusus untuk menghadapinya.

3. Manajemen Finansial

Masalah lain dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir adalah sistem perencanaan dan penganggaran dinas kesehatan belum optimal. Salah satunya disebabkan sistem informasi kesehatan sebagai pendukung utama manajemen pembangunan kesehatan belum terlaksana dengan baik, berdampak pada kurangnya dukungan informasi dan ketersediaan data yang memadai, perencanaan program dan kegiatan menjadi kurang optimal, berpengaruh pada pengalokasian pembiayaan. Upaya pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) juga menjadi tantangan tersendiri dengan relatif kecilnya pembiayaan Dinas Kesehatan.

4. Sumberdaya Manusia di Bidang Kesehatan

Pemerintah daerah Kabupaten Samosir perlu meningkatkan kualitas sumberdaya manusia di bidang kesehatan, khususnya petugas kesehatan di desa. Profesionalisme petugas kesehatan masih perlu ditingkatkan. Petugas kesehatan harus diberikan pelatihan terutama petugas di desa. Petugas kesehatan juga sulit menyesuaikan diri dengan kehidupan di desa.

5. Kualitas Sarana Kesehatan

Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir sampai dengan 2011 telah memiliki 12 Puskesmas perawatan yang tersebar di seluruh wilayah Kabupaten Samosir yang terdiri dari 5 puskesmas perawatan dan 7 puskesmas non inap. Namun sarana kesehatan yang ada di Kabupaten Samosir perlu ditingkatkan kualitasnya.

6. Kesadaran Masyarakat

Masalah yang menghambat pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) antara lain juga akibat kurangnya kesadaran masyarakat. Salah satunya kurangnya kesadaran akan pentingnya gizi sewaktu hamil dan masa pertumbuhan. Di samping itu perilaku hidup bersih dan sehat

belum membudaya di kehidupan masyarakat. Upaya promosi kesehatan dan kampanye PHBS belum terlaksana dengan optimal. Secara khusus, permasalahan dan tantangan yang dihadapi dalam pencapaian masing-masing sasaran Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat dirangkum dalam tabel berikut.

Tabel 3.4
Permasalahan dalam Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Sasaran SPM	Permasalahan
1. Cakupan Ibu Hamil K4	Rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kehamilannya; bidan harus aktif jemput
2. Cakupan Komplikasi kebidanan yang ditangani	Kurangnya pelatihan kepada petugas kesehatan tentang penatalaksanaan kesehatan ibu dan anak. Tantangan yang dihadapi adalah jauhnya jarak tempuh ke fasilitas kesehatan
3. Cakupan Linakes	<ul style="list-style-type: none"> - kepercayaan masyarakat terhadap tenaga kesehatan masih rendah, lebih ke dukun beranak - keadaan geografis yang sulit terjangkau/dijangkau
4. Cakupan Pelayanan Nifas	<ul style="list-style-type: none"> - Masalah sdm, antara lain kurangnya pelatihan kepada petugas kesehatan tentang penatalaksanaan kesehatan ibu dan anak. - Aksesibilitas yang sulit
5. Cakupan Neonatus Dengan Komplikasi yg ditangani	<ul style="list-style-type: none"> - Belum semua bidan mengikuti pelatihan APN. - Ibu tidak rutin memeriksakan kehamilannya ke pelayanan kesehatan. - Akses transportasi/ aksesabilitas yang sulit
6. Cakupan Kunjungan bayi	<ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya pemahaman petugas kesehatan terhadap definisi operasional kunjungan bayi. - kurangnya pemahaman masyarakat akan arti pentingnya melakukan kunjungan bayi. - Aksesibilitas pada layanan kesehatan yang sulit
7. Cakupan Desa UCI	<ul style="list-style-type: none"> - kondisi geografis yang sulit dijangkau - Masyarakat masih kurang mengerti pentingnya imunisasi
8. Cakupan pelayanan anak Balita	Pemahaman masyarakat terhadap pentingnya pemeriksaan balita kurang
9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI anak usia 6-24 bulan Gakin	Kurangnya anggaran untuk pemberian makanan pendamping ASI. Pada APBD kabupaten tidak ada anggaran untuk MP ASI anak usia 6-24 bulan dari keluarga miskin

Strategi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Sasaran SPM	Permasalahan
10. Cakupan penderita Gizi buruk mendapat perawatan	Salah satu masalah yang dihadapi adalah kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi sewaktu hamil dan masa pertumbuhan. Tantangan yang dihadapi adalah masih ditemukan gizi buruk. Namun di sisi lain anggaran yang tersedia untuk menyediakan makanan pendamping bagi balita masih minim.
11. Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat	<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan anggaran - kondisi geografis
12. Cakupan peserta KB aktif	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu koordinasi dengan Badan yang menangani masalah KB. - Promosi kepada masyarakat perlu ditingkatkan - Adanya kepercayaan banyak anak banyak rejeki
13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit	Kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri masih kurang.
14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin	<ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran masyarakat - kondisi geografis - definisi operasional tidak sesuai
15. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	<ul style="list-style-type: none"> - kondisi geografis - kesadaran masyarakat
16. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota	<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan sarana kesehatan dan - SDM Kesehatan
17. Cakupan desa kelurahan mengalami KLB yg dilakukan penyelidikan Epidemiologi kurang dari 24 jam	Partisipasi masyarakat masih kurang untuk melaporkan KLB tersebut.
18. Cakupan Desa Siaga aktif	Partisipasi masyarakat masih kurang

BAB IV

ANALISIS STRATEGI PENCAPAIAN SPM

A. Analisa SWOT

Dalam bagian ini diuraikan analisis strategi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM). Analisa diawali dengan pemetaan SWOT berdasarkan data yang dikumpulkan melalui Focus Group Discussion. Penggunaan metode analisis SWOT (Straightness, Weakness, Opportunity) mengkaji faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan di Kabupaten Samosir dan alternatif-alternatif strategi dan kebijakan yang dapat ditempuh.

Proses penggunaan analisa SWOT menghendaki adanya suatu survei internal tentang *strengths* (kekuatan) dan *weaknesses* (kelemahan), serta survei eksternal atas *opportunities* (peluang/kesempatan) dan *threats* (ancaman). Adapun pemetaan SWOT untuk pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir terangkum dalam tabel 4.1 dan 4.2.

1. Identifikasi Kekuatan, Kelemahan atau IFAS (*Internal Factors Analysis Summary*)

Hasil survei internal tentang Kekuatan (*Strengths*) dan Kelemahan (*Weaknesses*) yang mempengaruhi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir terangkum dalam 4.1 berikut.

Tabel 4.1.
Internal Factors Summary (IFAS)

No	IFAS	Bobot	Nilai	Skor	Kesimpulan	Rata-rata
Kekuatan						
1	Ditetapkannya bidang kesehatan sebagai salah satu prioritas dalam pembangunan daerah	0.4	4	1,6	1	3,1
2	Tersedianya sarana pelayanan kesehatan mulai tingkat desa sampai dengan kecamatan	0.3	2	0,6	3	

No	IFAS	Bobot	Nilai	Skor	Kesimpulan	Rata-rata
3	Jumlah Sumberdaya manusia kesehatan sudah memadai	0.3	3	0,9	2	
Kelemahan						
1	Kurang optimalnya promosi kesehatan untuk merubah perilaku masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat	0.3	-3	-0.9	2	-3,3
2	Kurangnya profesionalisme SDM di bidang kesehatan	0.5	-4	-2.0	1	
3.	Database bidang kesehatan lemah	0,2	-2	-0,4	3	

Terdapat 3 (tiga) faktor Kekuatan (Strength) yang diidentifikasi. Secara keseluruhan, faktor Kekuatan mendapat nilai rata-rata 3.1. Kekuatan yang pertama adalah ditetapkannya bidang kesehatan sebagai salah satu prioritas dalam pembangunan daerah. Kekuatan kedua adalah tersedianya sarana pelayanan kesehatan mulai tingkat desa sampai dengan kecamatan, dan yang ketiga adalah jumlah sumberdaya manusia kesehatan yang sudah memadai. Disimpulkan bahwa factor ditetapkannya bidang kesehatan sebagai prioritas pembangunan adalah faktor yang paling penting dari ketiga kekuatan tersebut. Sementara untuk faktor kelemahan, teridentifikasi 3 (hal) hal yang menjadi kelemahan dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir dalam kurun 2008-2011.

2. Identifikasi Peluang dan Ancaman atau EFAS (Ekternal Factors Analysis Summary)

Tabel 4.2 berikut menyajikan hasil survei eksternal tentang tentang faktor eksternal yang mempengaruhi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir. Faktor eksternal tersebut mencakup Peluang (*Opportunities*) dan Ancaman (*Threats*).

Tabel 4.2.
External Factors Analysis Summary (EFAS)

No	EFAS	Bobot	Nilai	Skor	Kesimpulan	Rata-Rata
Peluang						
1	Adanya globalisasi dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan	0.4	4	1,6	1	3,1
2	Digalakkannya prinsip GG	0.3	2	0,6	3	
3.	Ketersediaan sumberdaya alam untuk mendukung tercapainya hidup sehat	0,3	3	0,9	2	
Ancaman						
1	Keterbatasan akses yang disebabkan kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur	0.3	-3	-0,9	2	-3,1
2	Semakin banyak dan kompleksnya masalah kesehatan	0.3	-2	-0.6	3	
3.	Budaya hidup masyarakat yang kurang mendukung untuk hidup bersih dan sehat	0,4	-4	1,6	1	

3. Faktor Kunci yang Penting

Hasil skoring untuk faktor internal dapat dilihat dalam tabel 4.1 di atas. Faktor kekuatan yang pertama, yakni *Ditetapkannya bidang kesehatan sebagai salah satu prioritas dalam pembangunan daerah*, mendapat nilai 4 (sangat penting) dan bobot 0.4. Dengan demikian faktor ini mendapat skor 1.6. Adapun faktor kekuatan yang kedua, yakni *Tersedianya sarana pelayanan kesehatan mulai tingkat desa sampai dengan kecamatan*, mendapat nilai 2 (cukup penting) dan bobot 0.3. Dengan demikian faktor ini mendapat skor 0.6. Sementara faktor jumlah Sumberdaya manusia kesehatan sudah memadai mendapat penilaian penting (3) dan bobot 0.3 sehingga mendapat skor 0.9. Secara rata-rata, faktor kekuatan mendapatkan nilai 3.1.

Sementara untuk faktor internal kelemahan, secara rata-rata mendapatkan nilai -1.85. Angka minus diberikan untuk menandai bahwa kelemahan merupakan faktor yang negatif. Untuk faktor *Kurang optimalnya promosi kesehatan untuk merubah perilaku masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat*, diperoleh nilai 3 (penting) dan bobot 0.3 sehingga diperoleh skor -0.9. Faktor kelemahan lainnya, yakni *Kurangnya profesionalisme SDM* mendapat nilai 4 (sangat penting) dan bobot 0.5. Dengan demikian faktor ini mendapat nilai -2.8. Sedangkan faktor lemahnya database di bidang kesehatan mendapat penilaian 2(cukup penting) dengan bobot 0.2, sehingga skornya -0.4. Secara keseluruhan faktor kelemahan mendapat nilai rata-rata -3.3.

Hasil skoring untuk faktor external dapat dilihat dalam tabel 4.2 di atas. Faktor peluang secara rata-rata mendapat nilai 3.1. Untuk faktor peluang yang pertama, yakni Adanya globalisasi dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan mendapat nilai 4 (sangat penting) dan diberi bobot 0.4. Faktor ini dengan demikian mendapat skor 1.6. Sementara faktor peluang kedua, yakni Digalakkannya prinsip *Good Governance* (GG) mendapat skor 0.6. Faktor ini diberi bobot 0.3 dan mendapat penilaian 3 (penting). Sementara faktor ketersediaan sumberdaya alam untuk mendukung tercapainya hidup sehat mendapat skor 0.9 dengan nilai 3 (penting). Disimpulkan bahwa Adanya globalisasi dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan lebih berpengaruh dibanding digalakkannya prinsip GG.

Faktor yang menjadi tantangan (*threats*) dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir, terdiri dari Keterbatasan akses yang disebabkan kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur, semakin banyak dan kompleksnya masalah kesehatan, serta budaya hidup masyarakat yang kurang mendukung untuk hidup bersih dan sehat. Secara rata-rata diperoleh skor -3.1 Angka minus disini menunjukkan pengaruh negatif dari faktor ancaman. Untuk ancaman berupa Keterbatasan akses yang disebabkan kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur, skor yang diperoleh adalah -0.98. Faktor ini dinilai penting(nilai = -3) dan bobotnya 0.3. Adapun untuk faktor Semakin banyak dan kompleksnya masalah kesehatan, dinilai cukup penting (nilai = -2) dan mendapat bobot 0.3.

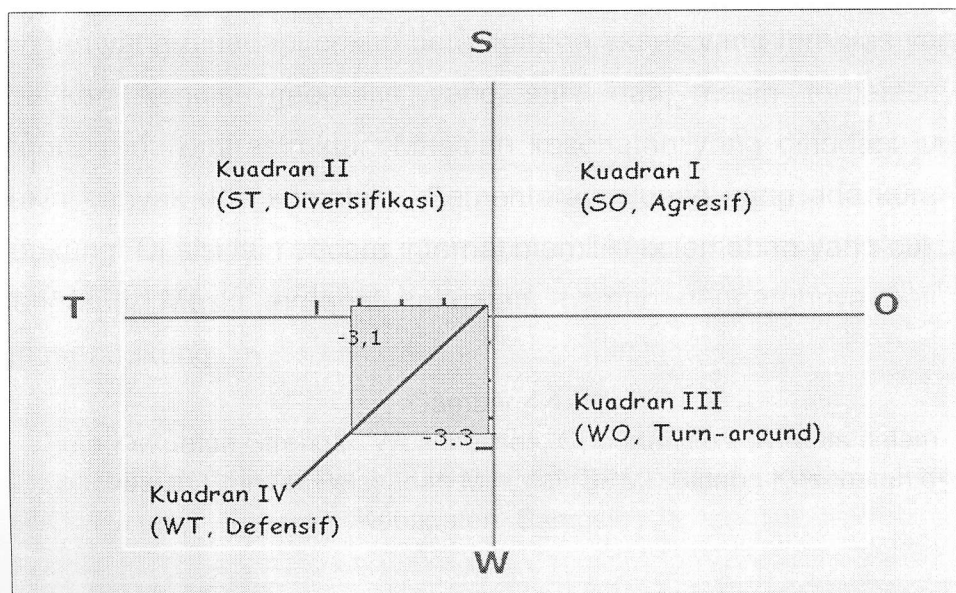
Dengan demikian faktor ini mendapat nilai -0.6. Adapun budaya hidup masyarakat yang kurang mendukung untuk hidup bersih dan sehat dinilai sangat penting dan mendapat skor 1.6. Kesimpulannya, faktor budaya hidup masyarakat yang kurang mendukung untuk hidup bersih dan sehat merupakan ancaman yang lebih utama dibanding dua faktor lainnya.

4. Peta Kekuatan

Peta Kekuatan berdasarkan Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats dalam Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten Samosir sebagaimana ditampilkan dalam gambar 4.1 memperlihatkan bahwa kondisi Kabupaten Samosir cenderung berada pada Kuardran IV. Hal ini mengindikasikan dalam situasi yang sangat tidak menguntungkan organisasi menghadapi berbagai ancaman dan kelemahan internal. Secara eksternal, tantangan yang dihadapi cukup berat karena akses yang terbatas yang disebabkan kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur. Masalah kesehatan yang dihadapi juga semakin banyak dan kompleks. Sementara peluang yang ada kurang mendukung. Di sisi lain secara internal memiliki kelemahan yang cukup berpengaruh. Meski terdapat kekuatan, namun pengaruhnya belum cukup mendukung.

Gambar 4.1.

Peta Kekuatan Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats dalam Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten Samosir



a. Matrik Pilihan Strategi.

Berdasarkan Analisis SWOT dengan skoring yang dilakukan, mengingat Kekuatan (Strengths) yang ada kurang berpengaruh dibanding kelemahan yang dimiliki ($S < W$), dan di sisi lain peluang yang ada meski mendapat nilai rata-rata sama, namun cenderung kurang dibandingkan ancaman yang ada ($O < T$) maka strategi yang perlu mendapat adalah mencari alternatif dengan perilaku "bertahan". Pilihan strategi dengan asumsi W-T, yakni strategi yang didasarkan pada kegiatan yang bersifat defensif. Strategi dipilih dengan berusaha meminimalkan kelemahan yang ada serta menghindari ancaman.

b. Merumuskan Strategi

Meskipun, secara umum strategi yang direkomendasikan mendapat penekanan adalah W-T atau strategi yang didasarkan pada kegiatan yang bersifat defensif, namun perlu dilakukan pula analisa terhadap strategi dengan berbagai asumsi lainnya. Berdasarkan analisis faktor internal dan analisis faktor eksternal, hasilnya dirangkum dalam tabel 4.3 berikut.

Tabel 4.3 Matrik

Strategis Analisis Faktor Internal Strategis Analisis Faktor Eksternal	KEKUATAN (S)	KELEMAHAN (W)
PELUANG (O)	<p>Asumsi S-O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memanfaatkan ditetapkannya bidang kesehatan sebagai salah satu prioritas dalam pembangunan daerah, dan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan mulai tingkat desa sampai dengan kecamatan dan sdm kesehatan yang ada ▪ Memanfaatkan peluang globalisasi dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan sebesar-besarnya 	<p>Asumsi W-O</p> <p>Memanfaatkan peluang globalisasi dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan serta sumber daya alam dengan sebesar-besarnya untuk mengatasi kelemahan yang diakibatkan karena kurang optimalnya promosi kesehatan untuk merubah perilaku masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat serta kurangnya profesionalisme SDM serta kelemahan data base kesehatan.</p>

Strategis Analisis Faktor Internal Strategis Analisis Faktor Eksternal	KEKUATAN (S)	KELEMAHAN (W)
ANCAMAN (T)	<p>Asumsi S-T</p> <p>Memfaatkan ditetapkannya bidang kesehatan sebagai salah satu prioritas dalam pembangunan daerah dan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan mulai tingkat desa sampai dengan kecamatan untuk mengatasi keterbatasan akses yang disebabkan kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur serta semakin banyak dan kompleksnya masalah kesehatan.</p>	<p>Asumsi W-T</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meminimalkan Kurang optimalnya promosi kesehatan untuk merubah perilaku masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat , Kurangnya profesionalisme SDM, dan memperbaiki data base kesehatan ▪ Mengurangi Keterbatasan akses yang disebabkan kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur ▪ Menghindari semakin banyak dan kompleksnya masalah kesehatan ▪ Memperbaiki budaya masyarakat yang mendukung pada budaya hidup sehat

B. Road Map Percepatan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Berdasarkan analisis SWOT, diketahui strategi perlu mempertimbangkan upaya meminimalkan kurang optimalnya promosi kesehatan untuk merubah perilaku masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat serta kurangnya profesionalisme SDM. Di samping itu juga perlu memperbaiki keterbatasan akses yang disebabkan kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur dan memperhatikan upaya-upaya pencegahan masalah kesehatan yang

semakin banyak dan kompleks. Roadmap Percepatan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) disusun dengan mempertimbangkan berbagai hal tersebut dan gap pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM). Berbagai masalah dan tantangan ke depan dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) juga menjadi perhatian khusus. Di samping itu, strategi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan juga disinergikan dengan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir Tahun 2011-2015. Dengan mempertimbangkan berbagai hal tersebut, kerangka strategi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan yang dapat ditempuh meliputi:

1. Peningkatkan Taraf Kesehatan

Strategi yang utama untuk mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan dapat dilakukan melalui upaya peningkatan taraf kesehatan. Secara umum taraf kesehatan masyarakat di Kabupaten Samosir masih memerlukan perbaikan. Angka kematian dan kesakitan masih tinggi dan harus ditekan, terutama angka kematian ibu dan bayi. Penyakit-penyakit menular berbasis lingkungan dan berpotensi wabah masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di daerah ini. Di samping itu penyakit degeneratif cenderung mengalami peningkatan. Hal lain yang Pelaksanaan surveillance epidemiologi belum optimal, cakupan imunisasi perlu dipertahankan, penanggulangan masalah kesehatan keluarga termasuk kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, tuna susila, dan kelompok remaja/usia sekolah perlu mendapat perhatian khusus.

Tujuan

Tujuan strategi ini adalah mengurangi angka kesakitan dan mencapai derajat kesehatan masyarakat yang sesuai dengan standar pelayanan minimal.

2. Meningkatkan keterjangkauan pelayanan kesehatan

Kondisi geografis yang ada memerlukan terobosan khusus untuk menghadapinya. Dengan menambah keterjangkauan pelayanan kesehatan, diharapkan masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan lebih cepat dan biaya yang lebih rendah.

Diperlukan perluasan jumlah sarana kesehatan yang terdekat dengan masyarakat yang terkait dengan pelayanan dasar yang digariskan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM). Diperlukan penambahan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) adalah upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat yang dibentuk di desa. Selain itu penyediaan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak berupa Pondok Bersalin Desa juga perlu diperluas. Peningkatan keterjangkauan pelayanan kesehatan juga mencakup perluasan jangkauan pelayanan kesehatan rujukan, khususnya bagi masyarakat miskin. Upaya peningkatan keterjangkauan pelayanan perlu disinergikan dengan peningkatan ketersediaan tenaga dan prasarana bidang kesehatan.

Tujuan

Tujuan strategi ini adalah memudahkan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal dengan lebih cepat dan biaya yang lebih rendah.

3. Peningkatan Kualitas dan Profesionalisme Sumberdaya Manusia di Bidang Kesehatan

Masalah kesehatan yang dihadapi semakin banyak dan kompleks sehingga memerlukan kemampuan sumber daya manusia bidang kesehatan yang memadai. Pemerintah daerah Kabupaten Samosir perlu meningkatkan kualitas sumberdaya manusia di bidang kesehatan, khususnya petugas kesehatan di desa. Petugas kesehatan harus diberikan berbagai pelatihan kesehatan, khususnya dalam penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan kejadian luar biasa. Petugas di desa perlu diberikan pelatihan-pelatihan. Peningkatan kualitas tenaga kesehatan perlu ditunjang dengan pengadaan pusat pelatihan.

Tujuan

Tujuan strategi ini adalah meningkatkan kemampuan sumberdaya manusia di bidang kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal dengan berkualitas

4. Peningkatan Kualitas Sarana Kesehatan

Untuk mengatasi masalah kesehatan yang semakin banyak dan kompleks sehingga diperlukan sarana kesehatan yang memadai. Tidak saja dari segi kuantitasnya, namun yang juga penting adalah kualitas sarana kesehatan yang ada.

Tujuan

Tujuan strategi ini adalah meningkatkan kualitas sarana kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal dengan berkualitas

5. Perbaikan Manajemen Finansial

Keberadaan sumber daya finansial menentukan tercapainya program dan kegiatan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM). Untuk itu diperlukan mengoptimalkan sistem perencanaan dan penganggaran dinas kesehatan. Hal ini perlu didukung dengan dukungan informasi dan ketersediaan data yang memadai. Di samping itu, dengan dukungan anggaran yang terbatas, Dinas Kesehatan perlu memperkuat partisipasi sektor non pemerintah.

Tujuan

Tujuan strategi ini adalah mengoptimalkan sumberdaya finansial yang ada untuk meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan minimal.

6. Peningkatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Upaya pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai bagian dari pembangunan kesehatan juga harus diarahkan untuk tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk. Di samping itu pelayanan kesehatan di Kabupaten Samosir diprioritaskan pada upaya kesehatan dan pengendalian penyakit, disamping penyembuhan dan pemulihan. Budaya hidup bersih dan sehat perlu menjadi budaya dalam kehidupan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat juga dilakukan dengan meningkatkan kesiapan sumber daya dan kemampuan desa siaga untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana, dan kegawat daruratan kesehatan secara mandiri. Upaya ini perlu disinergikan dengan peningkatan keterjangkauan pelayanan kesehatan, khususnya akses pada pos kesehatan desa.

Tujuan

Mewujudkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat yang mendukung terselenggaranya pelayanan dasar sesuai standar pelayanan minimal kesehatan.

7. Peningkatan Kemitraan

Penyelenggaraan kesehatan memerlukan ketersediaan sumberdaya yang memadai. Adanya kemitraan dengan berbagai pihak diharapkan dapat meningkatkan kemampuan pemerintah daerah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pemerintah daerah perlu meningkatkan kemitraan dengan sektor swasta, lembaga non pemerintah, maupun pemerintah daerah lainnya.

Tujuan

Meningkatkan sumberdaya melalui kemitraan pemerintah daerah dan berbagai pihak guna mendukung terselenggaranya pelayanan dasar kesehatan sesuai standar pelayanan minimal kesehatan

Adapun program /kegiatan yang perlu dilakukan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) , dituangkan dalam Road Map sebagai berikut.

Tabel 4.4 RoadMap Strategi Pencapaian SPM bidang Kesehatan Kabupaten Samosir

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)				Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015		APBD Kabupaten	APBD Prov.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Pelayanan Kesehatan Dasar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengadaan buku KIA (dengan stiker P4K*) ▪ Pendataan Bumil ▪ Pelayanan Antenatal sesuai standar ▪ Kunjungan rumah bagi yang Drop Out ▪ Pembuatan kantong persalinan ▪ Pelatihan KIP/konseling ▪ Pencatatan dan Pelaporan ▪ Supervisi, Monitoring dan Evaluasi*) ▪ Peningkatan pengetahuan masyarakat dalam menangani masalah kesehatan ibu hamil*) 	1) Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4 95%		2015	2015	94	95	95	95	8	9	10
		2) Cakupan Komplikasi kebidanan yang ditangani 100%		2015	2015	100	100	100	100			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deteksi Bumil, Bulin, dan Bufas Komplikasi ▪ Deteksi kesehatan reproduksi ▪ Rujukan kasus komplikasi kebidanan ▪ Pelayanan penanganan komplikasi kebidanan ▪ Penyediaan pusat pelatihan Klinis ▪ Pelatihan Tim PONED di puskesmas perawatan 											

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.	
													2012
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelaksanaan PONEK dan PONEK ▪ Pencatatan dan Pelaporan ▪ Pemantauan & Evaluasi ▪ Peningkatan pengetahuan masyarakat dalam menangani masalah kesehatan ibu hamil*) 		Outcome											
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kemitraan Bidan - Dukun ▪ Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) ▪ Pelayanan persalinan ▪ Penyediaan/Pengantian Peralatan Persalinan (Bidan KIT) ▪ Pelatihan + Magang (APN) ▪ Supervisi, Monitoring, dan Evaluasi (PWS-KIA dan Analisis Manajemen Program KIA)*) 	3)Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 100%		2015	2015	96	97	98	100				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelayanan Nifas sesuai standar (ibu dan neonatus) ▪ Pelayanan KB pasca persalinan ▪ Pelatihan/magang klinis kesehatan maternal dan neonatal.(Peningkatan kemampuan bidan dalam masalah kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas*) ▪ Pelayanan rujukan nifas ▪ Kunjungan Rumah bagi yang Drop Out ▪ Pencatatan dan Pelaporan 	4) Cakupan Pelayanan Nifas 100%		2015	2015	96	97	98	100					

INDIKATOR PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODE SASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)				Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA		
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015		APBD Kabupaten	APBD Prov.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisi, Monitoring dan Evaluasi (PWS -KIA, Analisis Manajemen Prog. KIA)*) ▪ Deteksi Dini Bumil, Bulin, dan Bufas komplikasi, pelayanan kesehatan reproduksi ▪ Pelayanan kesehatan pasca persalinan untuk ibu dan neonatal sesuai standard ▪ Penyediaan sarana, peralatan, laboratorium, obat esensial yg memadai, dan transport. ▪ Pelatihan manajemen BBLR bagi bidan, manajemen Afiksia bayi baru lahir, MTBS, PONEK bagi Tim puskesmas, PONEK bagi Tim RSUD ▪ Pelaksanaan PONEK dan PONEK ▪ Pemantauan untuk asuhan tindak lanjut bagi neonatus yang dirujuk ▪ Pencatatan dan pelaporan ▪ Pemantauan pasca pelatihan dan evaluasi ▪ Pelaksanaan dan Pemantauan Audit Maternal Perinatal (AMP) ▪ Rujukan pasien, dan spesimen. ▪ Pengembangan promosi dan informasi Inisiasi Menyusui Dini*) 	Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015				
		5) Cakupan Neonatus Dengan Komplikasi yg ditangani 100%			2015	2015	100	100	100	100			

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODE SASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penerapan injeksi vitamin K1 pada bayi baru lahir*) ▪ Peningkatan kemampuan bidan dalam manajemen bayi berat lahir rendah ▪ Peningkatan kompetensi klinis kesehatan bayi meliputi stimulasi SDIDTK, perkembangan bayi dan MTBS ▪ Pemantauan pasca pelatihan MTBS dan SDIDTK ▪ Pelayanan kesehatan bayi sesuai standar di fasilitas kesehatan; ▪ Pelayanan rujukan ▪ Pembahasan audit kematian dan kesakitan bayi. ▪ Pelayanan kunjungan rumah bagi yang tidak datang ke fasilitas kesehatan 	6) Cakupan Kunjungan bayi 95%		2015	2015	90	95	95	95					
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imunisasi Rutin ▪ Imunisasi Tambahan (Backlog Fighting, Crash Program) ▪ Imunisasi dalam Penanganan KLB (Outbreak Response) ▪ Kegiatan Imunisasi tambahan untuk penyakit tertentu dalam wilayah yang luas ▪ dan waktu yang tertentu (PIN, Sub PIN, Catch Up Campaign Campak) 	7) Cakupan Desa/Kel Universal Child Immunization (UCI) 100%		2015	2015	90	95	100	100				

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.	
													2015
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendataan sasaran anak usia 12 – 59 bulan ▪ Pemantauan pertumbuhan anak usia 12 – 59 bulan minimal 8 x dalam setahun ▪ Pemantauan perkembangan anak usia 12 – 59 bulan minimal tiap 6 bulan sekali ▪ Melakukan intervensi bila dijumpai gangguan pertumbuhan dan kelainan perkembangan ▪ Melakukan rujukan bila tidak ada perbaikan setelah dilakukan intervensi ▪ Penyediaan skriming Kit SDIDTK ▪ Pengadaan Vitamin A dosis tinggi (200.000 iu) sesuai sasaran ▪ Pengadaan formulir pendukung pencatatan pelaporan ▪ Monitoring dan evaluasi ▪ Pelatihan ▪ Lomba balita sehat ▪ Peningkatan kemampuan bidan dalam manajemen terpadu balita sakit*) ▪ Peningkatan kemampuan bidan dalam stimulasi deteksi dini tumbuh kembang anak*) 	Output	Outcome	2015	2015	78	80	85	95				
		8) Cakupan pelayanan anak Balita 95%											

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengemnagan manajemen laktasi bagi bidan*) ▪ Pendataan sasaran; ▪ Pelatihan pemberian makanan bagi anak / konseling menyusui ▪ Pengadaan MP-ASI ▪ Penyimpanan MP-ASI ▪ Distribusi sampai ke sasaran ▪ Pencatatan pelaporan ▪ Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pemberian MP-ASI. 			2015	2015	100	100	100	100				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveilans gizi termasuk penemuan kasus secara aktif ▪ Respon cepat penanganan kasus gizi buruk ▪ Pelatihan tatalaksana gizi buruk ▪ Penyediaan mineral mix ▪ Perawatan kasus gizi buruk di Rumah Sakit, TFC (Therapeutic Feeding Center) ▪ Pendampingan kasus gizi buruk pasca rawat (Community Therapeutic Center) ▪ Bintek dan supervisi berjenjang ▪ Tambahan makanan dan vitamin balita gizi buruk*) 	9) Cakupan pemberian makanan pendamping ASI anak usia 6-24 bulan Gakin 100%		2015	2015	100	100	100	100				
		10) Cakupan penderita Gizi buruk mendapat perawatan 100%		2015	2015	100	100	100	100				

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemeriksaan anak yang baru masuk kelas 1 SD ▪ Pembinaan UKS dan UKSG*) 	11) Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat 100%	Outcome	Nasional 2015	Daerah 2015	70	80	90	100				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendataan Sasaran PUS. ▪ Konseling KB untuk PUS. ▪ Pelayanan Kontrasepsi sesuai standar. ▪ Pengadaan Alat dan Obat Kontrasepsi (Alokon) ▪ Pelatihan Klinis Pelayanan Kontrasepsi ▪ Terkini/Contraceptive Technical Update ▪ Pelatihan Peningkatan Kinerja Pelayanan KB ▪ Pelatihan Penggunaan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) Ber-KB ▪ Penguatan Sistem informasi pelayanan KB ▪ Supervisi, Monitoring dan Evaluasi 	12) Cakupan peserta KB aktif 75%	Outcome	2015	2015	70	75	75	75				
		13) Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit	Outcome										

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.	
	Penemuan kasus Acute Flacid Paralysis (AFP) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sosialisasi ▪ Pencarian kasus AFP ▪ Pengambilan specimen pengiriman specimen 	a) Cakupan penemuan Kasus Acute Flacid Paralysis(AFP) rate 100.000 penduduk <15 tahun. 100%	Outcome	2015	2015	70	80	90	100				
	Pelayanan penderita <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deteksi dini penderita pneumonia balita sesuai klasifikasi ▪ Pengobatan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasilitasi penderita pneumonia berat yang memerlukan rujukan ▪ Pembinaan <i>care seeking</i> ▪ Penyediaan alat (Peralatan ISPA) ▪ Pelatihan petugas Peningkatan Manajemen Program ISPA ▪ Pelatihan MTBS ▪ Pelatihan Autopsi Verbal Balita ▪ Pelatihan tata laksana pneumonia Balita ▪ Penyuluhan ke masyarakat ▪ Jejaring kerja dan Kemitraan ▪ Pengumpulan, pengolahan, dan analisa data 	b) Cakupan penemuan penderita pneumonia balita 100%		2015	2015	70	80	90	100				

LIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA		Ke	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoring/Supervisi ke Sarana Kesehatan ▪ Pertemuan Evaluasi ▪ Pencatatan dan pelaporan 		Outcome												
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tatalaksana pasien TB baru - penemuan penderita TB baru - pengobatan penderita TB baru ▪ Pemeriksaan sputum ▪ Pelatihan ▪ Penyuluhan ▪ Pencatatan pelaporan ▪ Monitoring dan Evaluasi 	c) Persentase penemuan pasien baru TB BTA Positif Case Detection Rate (CDR) 70%		2015	2015	70	70	70	70						
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penegakkan diagnosis, pengobatan dan rujukan penderita di tingkat Puskesmas dan RS. ▪ Pelatihan SDM ▪ Penanggulangan kasus oleh puskesmas ▪ Penyelidikan epidemiologi ▪ Pencatatan dan Pelaporan 	d) Persentase penderita DBD yang ditangani 100%		2015	2015	100	100	100	100						
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tatalaksana Kasus Diare ▪ Penyediaan Formulir R/R ▪ Pengumpulan, Pengolahan, dan analisa data ▪ Pelatihan Petugas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penatalaksana kasus ▪ Manajemen Program ▪ Promosi/penyuluhan ▪ Jejaring kerja dan Kemitraan ▪ Pertemuan Evaluasi 	e) Persentase penderita diare yang ditangani 100%		2015	2015	100	100	100	100						

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendataan penduduk, sarana kesehatan dan kunjungan ke sarana kesehatan ▪ Jenis Pelayanan dasar miskin ▪ Penyuluhan ▪ Pelatihan ▪ Monitoring dan evaluasi ▪ Pencatatan dan pelaporan 	14) Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100%		2015	2015	100	100	100	100				
layanan kesehatan rujukan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendataan penduduk, sarana kesehatan dan kunjungan ke sarana kesehatan ▪ Jenis pelayanan lanjutan/rujukan maskin ▪ Penyuluhan ▪ Pelatihan SDM ▪ Pencatatan dan Pelaporan ▪ Monitoring dan evaluasi 	1) Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100%		2015	2015	100	100	100	100				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standarisasi pelayanan gawat-darurat di Kabupaten dan Provinsi ▪ Penyusunan Disaster Plan ▪ Pelayanan pasien gawat-darurat ▪ Pencarian sumber biaya (Askes - Jasa Raharja - jamsostek - Badan Penanggulangan Bencana Pusat/Daerah - APBN - APBD - Bappenas), koordinasi penanggulangan kegawatdaruratan ▪ Pencatatan 	2) Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) 100%		2015	2015	100	100	100	100				

K	INDIKATOR PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODISASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)				Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
			Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015		APBD Kabupaten	APBD Prov.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diiklat ▪ Peningkatan Sarana prasarana (Puskesmas) dengan kemampuan pelayanan gawat darurat*) ▪ Pelayanan kesehatan rujukan pasien miskin*) 		Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015		APBD Kabupaten	APBD Prov.
	menyelidikan epidemiologi dan penanggulangan B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelatihan SDM ▪ Penanggulangan kasus KLB ▪ Penyelidikan epidemiologi ▪ Pencatatan dan Pelaporan ▪ Monitoring dan Evaluasi 	Cakupan desa/ kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan Epidemiologi kurang dari 24 jam 80%		2015	2015	80	80	80	80			
	komosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persiapan Petugas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pelatihan Bidan (1 desa: 1 Bidan) ○ Pelatihan Kader dan Toma (1 desa: 2 kader + 1 toma) selama 4 hari: 3 hari di kelas, 1 hari di lapangan ▪ Persiapan Masyarakat: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pembentukan forum melalui pertemuan Tingkat Desa (3 kali/tahun) 	Cakupan Desa Siaga aktif 80%		2015	2015	60	67	75	80			

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)					Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015	APBD Kabupaten		APBD Prov.	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Survei Mawas Diri (pendataan ke lapangan atau pertemuan rembuk desa) ○ Musyawarah Masyarakat Desa: 2 kali/tahun <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> ○ Pelayanan kesehatan dasar ○ Kader dan toma melakukan surveilan berbasis masyarakat (pengamatan sederhana) thd KIA, Gizi, Kesling, Penyakit, PHBS, melakukan pendataan ○ PHBS dengan survei cepat ○ Pertemuan tindak lanjut penemuan hasil surveilans dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dini masyarakat (1 bulan sekali) ○ Alih pengetahuan dan olah ketrampilan melalui pertemuan: 2 kali/tahun 												

JENIS PELAYANAN DASAR	PROGRAM/KEGIATAN	Indikator Program/Kegiatan		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (THN)		PERIODESASI PENCAPAIAN PROGRAM/KEGIATAN (%)				Pagu Indikatif (Juta Rp.)	SUMBER DANA	
		Output	Outcome	Nasional	Daerah	2012	2013	2014	2015		APBD Kabupaten	APBD Prov.
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pertemuan Forum Masyarakat Desa untuk membahas masalah kesehatan dengan memanfaatkan forum yang ada di desa (1bulan sekali). ○ Pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan dan penanggulangan masalah kesehatan di desa*) ○ Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat *) ○ Pemberdayaan perempuan dan keluarga melalui gerakan sayang ibu *) 											

rgan: *) Program/Kegiatan telah dimuat dalam Renstra Dinas Kesehatan 2011-201

C. Kebutuhan Sumberdaya Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Gambaran kebutuhan sumberdaya pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) terdiri dari kebutuhan tenaga kesehatan untuk menerapkan pelayanan kesehatan sebagaimana ditargetkan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM), kebutuhan sarana kesehatan, dan kebutuhan anggaran pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM).

1. Kebutuhan Tenaga Kesehatan

Upaya pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan memerlukan sumber daya manusia yang memadai yang mampu mengimplementasikan berbagai program kesehatan yang digariskan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Samosir pada tahun 2011 yang berstatus PNS tercatat sebanyak 552 orang. Gambaran jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Samosir selengkapnya dirangkum dalam tabel berikut.

Tabel. 4.5
Jumlah Tenaga Kesehatan Kabupaten Samosir

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah (2011)
1	Ahli Gizi	17
2	Analisis Farmasi	11
3	Apoteker	3
4	Assisten Apoteker	13
5	Bidan	133
6	Bidan PTT	139
7	dr. gigi	8
8	dr. gigi PTT	3
9	dr. umum	23
10	dr. umum PTT	5
11	Kesmas	20
12	Non Kes	16
13	Perawat	123
14	Perawat gigi	11
15	Sanitarian	13
16	Teknis Medis	14

Sumber : Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir

Tenaga dokter yang ada terdiri dari dokter umum sebanyak 33 orang dan 5 orang dokter umum berstatus PTT. Untuk dokter gigi, terdapat 8 orang ditambah 3 orang dokter PTT. Tercatat ada sebanyak 133 orang bidan PNS dan 123 orang perawat. Sementara untuk tenaga kesehatan yang ada sejumlah 20 orang, ahli gizi 17 orang, 11 orang analis farmasi, 11 orang perawat gigi. Adapun untuk apoteker terdapat 3 orang. Sementara tenaga non kesehatan terdapat 16 orang.

Sementara untuk berbagai program spesifik terkait pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM), kebutuhan tenaga sumberdaya manusia diperkirakan sebagaimana dalam tabel berikut.

Tabel 4.6
Kebutuhan SDM

Sasaran SPM	Kebutuhan SDM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meningkatkan Cakupan Ibu Hamil K4 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter ▪ Bidan ▪ Perawat
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan Komplikasi kebidanan yang ditangani 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tim PONEK RS (1 Dr.SpOG, 1 Dr.SpA, 1 Dr. umum, 3 bidan, dan 2 perawat) ▪ Tim PONEK Puskesmas (1 dokter, 1 bidan, 1 Perawat) ▪ Bidan di Desa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan Linakes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. SpOG ▪ Dokter Umum ▪ Bidan
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan Pelayanan Nifas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter ▪ Bidan ▪ Perawat
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan Neonatus Dengan Komplikasi yg ditangani 	<ol style="list-style-type: none"> 1)Tim PONEK RS (1 Dr.SpOG, 1 Dr.SpA, 1 Dr. umum, 3 bidan, dan 2 perawat) 2) Tim PONEK Puskesmas (1 dokter, 1 bidan, 1 Perawat) 3) Dokter Umum 4) Perawat 5) Bidan
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan Kunjungan bayi 	<ol style="list-style-type: none"> 1)Dokter SpA 2) Dokter Umum 3) Bidan, 4) Perawat (terlatih),
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan Desa UCI 	<ol style="list-style-type: none"> 1)Dokter 2) Perawat 3) Bidan
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan pelayanan anak Balita 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Dokter SpA 2. Dokter Umum 3. Bidan 4. Perawat
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan penderita Gizi buruk mendapat perawatan 	Tim asuhan gizi (Dokter, Nutrisionis, Bidan/Perawat)

Sasaran SPM	Kebutuhan SDM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Umum ▪ Dokter Gigi ▪ Perawat
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan peserta KB aktif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter ▪ Bidan ▪ Perawat
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter spesialis ▪ Dokter Umum ▪ Epidemiolog kesehatan ▪ Perawat ▪ Pranata laboratorium kesehatan
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan penemuan penderita pneumonia balita 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter SpA ▪ Dokter Umum ▪ Bidan ▪ Perawat
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan penemuan pasien baru TB BTA Positif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Spesialis (Anak, Paru, Kebidanan, Penyakit Dalam) ▪ Dokter Umum ▪ Perawat ▪ Bidan ▪ Epidemiolog ▪ Pranata Labkes ▪ Radiografer
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan penemuan penderita DBB 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter spesialis (Penyakit dalam, anak, anestesi, dan patologi klinik) ▪ Dokter Umum ▪ Perawat ▪ Bidan ▪ Petugas laboratorium entomolog
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan penemuan penderita diare 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter SpA ▪ Dokter Sp Penyakit Dalam ▪ Dokter Umum ▪ Bidan ▪ Perawat ▪ epidemiolog ▪ sanitarian
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Umum ▪ Perawat ▪ Bidan
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Spesialis ▪ Dokter Umum ▪ Perawat ▪ Tenaga kesehatan lainnya
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota 	Tim gawat darurat (Dokter Umum dan Perawat)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan desa kelurahan mengalami KLB yg dilakukan penyelidikan Epidemiologi kurang dari 24 jam 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Umum ▪ Perawat ▪ Tenaga Kesehatan Epidemiologi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan Desa Siaga aktif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bidan atau petugas kesehatan lainnya ▪ Kader ▪ Tokoh masyarakat

Kebutuhan diperkirakan berdasarkan beban kerja atau cakupan yang ingin dicapai dalam rangka memenuhi target pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM). Secara total, tampak bahwa masih terdapat kekurangan sumberdaya manusia di bidang kesehatan di Kabupaten Samosir. Tenaga kesehatan yang masih diperlukan antara lain dokter spesialis (spesialis anak, penyakit dalam, paru-paru), dokter umum, bidan, perawat, petugas laboratorium, epidemiolog. Kebutuhan ini perlu dituangkan dalam perencanaan sumber daya manusia. Di samping itu untuk memenuhi kebutuhan sumber daya manusia yang telah direncanakan, diperlukan peningkatan kualitas melalui pendidikan dan pelatihan-pelatihan.

2. Kebutuhan Sarana dan Prasarana

Salah satu komponen yang penting dalam upaya pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan adalah ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan. Sarana dan prasarana kesehatan diperlukan untuk mendukung berbagai pelayanan kesehatan baik pada level individu maupun level masyarakat. Gambaran ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan di Kabupaten Samosir dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.7
Jumlah Sarana dan Prasarana Dinas Kesehatan
Kabupaten Samosir

No	Jenis Sarana	Jumlah (2010)
1	Puskesmas (unit)	12
2	Puskesmas Pembantu (unit)	33
3	Pondok Bersalin Desa (unit)	21
4	Pos Kesehatan Desa (unit)	54
5	Rumah Dokter/Paramedis (unit)	27
6	Puskesmas Keliling (unit)	11
7	Kendaraan operasional roda 4(unit)	6
8	Kendaraan operasional roda 2(unit)	129
9	Posyandu	200

Sumber : Renstra Dinas KEsehatan Kabupaten Samosir Tahun 2011-2015

Kebutuhan sarana dan prasarana kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Samosir perlu dituangkan dalam perencanaan sarana dan prasarana kesehatan. Pendirian sarana kesehatan memerlukan ketersediaan dana

khusus. Penyediaan sarana kesehatan tidak hanya bisa dilakukan oleh pemerintah, namun dapat pula disediakan oleh swasta. Dengan kondisi geografis yang cukup sulit, kabupaten Samosir memerlukan upaya khusus untuk mempermudah jangkauan masyarakat pada sarana kesehatan. Diperlukan inovasi pemerintah daerah untuk mengatasi kendala yang ada. Untuk meningkatkan ketersediaan sarana kesehatan, salah satu upaya yang dapat dilakukan pemerintah daerah adalah membangun kemitraan dengan sektor swasta. Di samping itu diperlukan pula perbaikan manajerial, teknis, maupun kemampuan profesional dalam pengelolaan sarana kesehatan.

D. Anggaran

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa besar anggaran kesehatan pemerintah daerah Provinsi, Kabupaten/Kota dialokasikan minimal 10 persen dari APBD di luar gaji. Gambaran umum tentang anggaran kesehatan di Kabupaten Samosir memperlihatkan bahwa anggaran bidang kesehatan masih berada di bawah 10 persen. Pada tahun 2008, anggaran kesehatan Kabupaten Samosir di luar gaji mencapai Rp 17.967.682,143 (6.45 %). Pada tahun berikutnya meningkat persentasenya menjadi 7.17 %, namun jumlahnya menurun menjadi Rp 16.055.516.620. Demikian halnya pada tahun 2010, terjadi peningkatan menjadi 7.25 %, namun jumlahnya menurun menjadi Rp.11.733.669,220. Selanjutnya pada tahun 2011 mengalami penurunan dalam jumlah maupun proporsinya menjadi Rp 6.917.437.613 (3.31%). Diharapkan dengan realisasi minimal 10 persen dari APBD di luar gaji, kebutuhan pendanaan untuk program-program yang direncanakan dapat terpenuhi.

Lampiran1.
Rencana Pelaksanaan Program/Kegiatan Pencapaian Minimal bidang Kesehatan Kabupaten Samosir

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan		KETERANGAN
	2013	2014	
Program Peningkatan Kemampuan SDM			
1. Pelatihan KIP/konseling	6 puskesmas 11 pustu 7 polindes	6 puskesmas 11 pustu 7 polindes	11 pustu 7 polindes
2. Pelatihan Tim PONED di puskesmas perawatan	12 puskesmas		
3. Pelatihan + Magang (APN)	33 orang	33 orang	
4. Pelatihan/magang klinis kesehatan maternal dan neonatal (Peningkatan kemampuan bidan dalam masalah kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas	50 orang	50 orang	
5. Pelatihan manajemen BBLR bagi bidan, manajemen Asfiksia bayi baru lahir, MTBS, PONED bagi Tim puskesmas, PONEK bagi Tim RSUD	50 orang	50 orang	
6. Peningkatan kompetensi klinis kesehatan bayi meliputi SDIDTK, stimulasi perkembangan bayi dan MTBS	45 orang		
7. Pemantauan pasca pelatihan MTBS dan SDIDTK			√
8. Peningkatan kemampuan bidan dalam manajemen terpadu balita sakit	50 orang	50 orang	
9. Peningkatan kemampuan bidan dalam stimulasi deteksi dini tumbuh kembang anak	50 orang		
10. Peningkatan kemampuan manajemen laktasi bagi bidan	50 orang	50 orang	
11. Pelatihan pemberian makanan bagi anak / konseling menyusui	33 orang	33 orang	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan		KETERANGAN
	2013	2014	
12. Pelatihan/bintek dan supervisi berjenjang tatalaksana gizi buruk	33 orang	33 orang	
13. Pelatihan Pelayanan Balita	33 orang	33 orang	
14. Pelatihan Peningkatan Kinerja Pelayanan KB (Termasuk Pelatihan Klinis Pelayanan Kontrasepsi terkini/Contraceptive Technical Update dan Pelatihan Penggunaan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) Ber-KB)	30 orang		
15. Pelatihan SDM dalam Penatalaksanaan kasus dan Manajemen Program AFP	30 orang	30 orang	
16. Pelatihan SDM dalam Penatalaksanaan kasus dan Manajemen Program ISPA	30 orang	30 orang	
17. Pelatihan SDM dalam Penatalaksanaan kasus dan Manajemen Program TBC	30 orang	30 orang	
18. Pelatihan SDM dalam Penatalaksanaan kasus dan Manajemen Program DBD	30 orang	30 orang	
19. Pelatihan SDM dalam Penatalaksanaan kasus dan Manajemen Program Diare	30 orang	30 orang	
20. Pelatihan SDM dalam penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan kasus KLB	30 orang	30 orang	
21. Diklat Peningkatan Pelayanan Kegawatdaruratan	30 orang	30 orang	
22. Pelatihan Bidan (1 desa: 1 Bidan) Desa Siaga	30 orang	30 orang	30 orang
23. Pelatihan Kader dan Toma (1 desa: 2 kader + 1 toma) selama 4 hari	50 orang	50 orang	50 orang
Program Kemitraan Bidan – Dukun			
1. Sosialisasi	50 orang		
2. Pembekalan teknis pelaksanaan program kemitraan Bidan dengan Dukun	50 orang		

PROGRAM/KEGIATAN	SATUAN PELAKSANAAN			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
3. Sosialisasi tingkat kecamatan/puskesmas kegiatan Kemitraan Bidan – Dukun	20 orang x 9 kecamatan			
4. Pembekalan dukun		20 orang		
5. Pemberian Dana bergulir		20 orang		
Program Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin, dan Nifas				
1. Pengadaan buku KIA (dengan stiker P4K)	2735 orang bumil diperkirakan	2735 orang bumil diperkirakan	2735 orang bumil diperkirakan	
2. Pendataan/validasi data Bumil	Seluruh bumil	Seluruh bumil	Seluruh bumil	
3. Pelayanan Antenatal sesuai standar	Seluruh bumil	Seluruh bumil	Seluruh bumil	
4. Kunjungan rumah bagi yang Drop Out	Sejumlah drop out	Sejumlah drop out	Sejumlah drop out	
5. Pembuatan kantong persalinan	Seluruh bumil	Seluruh bumil	Seluruh bumil	
6. Deteksi Dini Bumil, Bulin, dan Bufas Komplikasi	Seluruh bumil, bulin, dan bufas komplikasi	Seluruh bumil, bulin, dan bufas komplikasi	Seluruh bumil, bulin, dan bufas komplikasi	
7. Deteksi kesehatan reproduksi	Seluruh bumil	Seluruh bumil	Seluruh bumil	
8. Rujukan kasus komplikasi kebidanan	Seluruh bumil komplikasi dirujuk	Seluruh bumil komplikasi dirujuk	Seluruh bumil komplikasi dirujuk	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
9. Pelayanan penanganan komplikasi kebidanan	Seluruh bumil komplikasi √	Seluruh bumil komplikasi √	Seluruh bumil komplikasi √	
10. Pelaksanaan PONED dan PONEK	Seluruh bumil √	Seluruh bumil √	Seluruh bumil √	
11. Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	Seluruh bumil bersalin √	Seluruh bumil bersalin √	Seluruh bumil bersalin √	
12. Pelayanan persalinan	Seluruh bumil bersalin √	Seluruh bumil bersalin √	Seluruh bumil bersalin √	
13. Penyediaan/Pengantian Peralatan Persalinan (Bidan KIT)	Seluruh bumil bersalin √	Seluruh bumil bersalin √	Seluruh bumil bersalin √	
14. Pelayanan Nifas sesuai standar (ibu dan neonatus)	Seluruh bumil nifas dirujuk √	Seluruh bumil nifas dirujuk √	Seluruh bumil nifas dirujuk √	
15. Pelayanan rujukan nifas	Seluruh ibu bersalin dan neonatal √	Seluruh ibu bersalin dan neonatal √	Seluruh ibu bersalin dan neonatal √	
16. Pelayanan kesehatan pasca persalinan untuk ibu dan neonatal sesuai standard	Seluruh ibu bersalin dan neonatal √	Seluruh ibu bersalin dan neonatal √	Seluruh ibu bersalin dan neonatal √	
17. Penyediaan sarana, peralatan, laboratorium, obat esensial yg memadai, dan transport.	Seluruh BBL √	Seluruh BBL √	Seluruh BBL √	
18. Pemantauan untuk asuhan tindak lanjut bagi neonatus yang dirujuk	Seluruh BBL √	Seluruh BBL √	Seluruh BBL √	
19. Pelaksanaan dan Pemantapan Audit Maternal Perinatal (AMP)	Seluruh BBL √	Seluruh BBL √	Seluruh BBL √	
20. Penerapan injeksi vitamin K1 pada bayi baru Lahir (BBL)	Seluruh BBL √	Seluruh BBL √	Seluruh BBL √	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
Program Pelayanan Kesehatan Bayi				
1. Pelayanan kesehatan bayi sesuai standar di fasilitas kesehatan	Seluruh bayi	Seluruh bayi	Seluruh bayi	
2. Pelayanan rujukan	Seluruh bayi dirujuk	Seluruh bayi dirujuk	Seluruh bayi dirujuk	
3. Pelayanan kunjungan rumah bagi yang tidak datang ke fasilitas kesehatan	√	√	√	
4. Pembahasan audit kematian dan kesakitan bayi.	√	√	√	
Program Pelayanan Anak Balita				
1. Pendataan sasaran anak usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	
2. Pemantauan pertumbuhan anak usia 12 – 59 bulan minimal 8 x dalam setahun	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	
3. Pemantauan perkembangan anak usia 12 – 59 bulan minimal tiap 6 bulan sekali	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	
4. Intervensi pada gangguan pertumbuhan dan kelainan perkembangan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan terganggu pertumbuhan dan kelainan perkembangan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan terganggu pertumbuhan dan kelainan perkembangan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan terganggu pertumbuhan dan kelainan perkembangan	
5. Rujukan pada kasus tidak ada perbaikan setelah dilakukan intervensi	Seluruh kasus terujuk	Seluruh kasus terujuk	Seluruh kasus terujuk	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
6. Penyediaan skrining Kit SDIDTK	√	√	√	
7. Pengadaan Vitamin A dosis tinggi (200.000 iu) sesuai sasaran	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	Seluruh anak balita usia 12 – 59 bulan	
8. Lomba Balita Sehat		- 9 tingkat kecamatan - 1 tingkat kabupaten		
Program pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin				
1. Pendataan sasaran	Seluruh anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	Seluruh anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	Seluruh anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	
2. Pengadaan MP-ASI (termasuk penyimpanan dan pendistribusian)	Seluruh anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	Seluruh anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	Seluruh anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin	
3. Pencatatan pelaporan dan Monev pelaksanaan pemberian MP-ASI.	√	√	√	
Program penemuan dan perawatan balita gizi buruk				
1. Surveilans gizi termasuk penemuan kasus secara aktif	√	√	√	
2. Respon cepat penanganan kasus gizi buruk	√	√	√	
3. Penyediaan mineral mix	√	√	√	
4. Perawatan kasus gizi buruk di Rumah Sakit, TFC (Therapeutic Feeding Center)	√	√	√	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
5. Pendampingan kasus gizi buruk pasca rawat (Community Therapeutic Center)	√	√	√	
6. Tambahan makanan dan vitamin balita gizi buruk	Seluruh balita gizi buruk	Seluruh balita gizi buruk	Seluruh balita gizi buruk	
Program Imunisasi				
1. Imunisasi Rutin	√	√	√	
2. Imunisasi Tambahan (Backlog Fighting, Crash Program)	√	√	√	
3. Imunisasi dalam Penanganan KLB (Outbreak Response)	√	√	√	
4. Kegiatan Imunisasi tambahan untuk penyakit tertentu dalam wilayah yang luas dan waktu yang tertentu (PIN, Sub PIN, Catch Up Campaign Campak)	√	√	√	
Program Peningkatan Penemuan dan Penanganan Penyakit				
1. Penemuan dan Penanganan kasus Acute Flacid Paralysis (AFP)	√	√	√	
2. Penemuan dan Penanganan kasus Pneumonia	Seluruh kasus tertangani	Seluruh kasus tertangani	Seluruh kasus tertangani	
3. Penemuan dan Penanganan kasus TB Paru	Seluruh kasus tertangani	Seluruh kasus tertangani	Seluruh kasus tertangani	
4. Penemuan dan Penanganan kasus Diare	Seluruh kasus tertangani	Seluruh kasus tertangani	Seluruh kasus tertangani	
5. Penemuan dan Penanganan kasus DBD	Seluruh kasus tertangani	Seluruh kasus tertangani	Seluruh kasus tertangani	
Program pelayanan kesehatan dasar dan Rujukan masyarakat miskin				

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
1. Pendataan penduduk, sarana kesehatan dan kunjungan ke sarana kesehatan	Seluruh masyarakat miskin	Seluruh masyarakat miskin	Seluruh masyarakat miskin	
2. Pelayanan dasar miskin Rawat Jalan Tingkat Pertama (Lama dan Baru)	Seluruh masyarakat miskin memerlukan rawat jalan tingkat pertama (Lama dan baru)	Seluruh masyarakat miskin memerlukan rawat jalan tingkat pertama (Lama dan baru)	Seluruh masyarakat miskin memerlukan rawat jalan tingkat pertama (Lama dan baru)	
3. Pelayanan dasar miskin Rawat Inap Tingkat Pertama	Seluruh masyarakat miskin memerlukan rawat inap tingkat pertama	Seluruh masyarakat miskin memerlukan rawat inap tingkat pertama	Seluruh masyarakat miskin memerlukan rawat inap tingkat pertama	
4. Pelayanan kesehatan rujukan masyarakat miskin miskin Rawat Inap Tingkat Lanjut	Seluruh masyarakat miskin terujuk memerlukan rawat inap tingkat lanjut	Seluruh masyarakat miskin terujuk memerlukan rawat inap tingkat lanjut	Seluruh masyarakat miskin terujuk memerlukan rawat inap tingkat lanjut	
5. Pelayanan kesehatan rujukan masyarakat miskin Rawat Jalan Tingkat Lanjut	Seluruh masyarakat miskin terujuk memerlukan rawat jalan tingkat lanjut	Seluruh masyarakat miskin terujuk memerlukan rawat jalan tingkat lanjut	Seluruh masyarakat miskin terujuk memerlukan rawat jalan tingkat lanjut	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
6. Penyuluhan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan Masyarakat Miskin	9 kecamatan			
7. Pelatihan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan Masyarakat Miskin	9 kecamatan			
Program penjangkaran kesehatan siswa SD (kelas 1) dan setingkat				
1. Pemeriksaan anak yang baru masuk kelas 1 SD	√	√	√	
2. Pembinaan UKS dan UKSG	√	√		
Program Peningkatan Pelayanan Gawat Darurat level 1				
1. Standarisasi pelayanan gawat-darurat di Kabupaten dan Provinsi		√		
2. Peningkatan Sarana prasarana (Puskesmas) dengan kemampuan pelayanan gawat darurat	9 puskesmas			
3. Pelayanan pasien gawat-darurat	Seluruh pasien gawat-darurat	Seluruh pasien gawat-darurat	Seluruh pasien gawat-darurat	
4. Pencarian sumber biaya (Askes – Jasa Raharja – jamsostek – Badan Penanggulangan Bencana Pusat/Daerah – APBN – APBD - Bappenas), koordinasi penanggulangan kegawatdaruratan	√	√	√	
5. Penyusunan Disaster Plan		√		
Program Peningkatan Pengetahuan Masyarakat (Promosi Kesehatan) dan Pemberdayaan Masyarakat				
1. Peningkatan pengetahuan masyarakat dalam menangani masalah kesehatan ibu hamil	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	
2. Pengembangan promosi dan informasi Inisiasi Menyusui Dini	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
3. Penyuluhan ke masyarakat tentang AFP	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	
4. Penyuluhan ke masyarakat tentang ISPA	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	
5. Penyuluhan ke masyarakat tentang TB Paru	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	
6. Penyuluhan ke masyarakat tentang DBD	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	
7. Penyuluhan ke masyarakat tentang Diare	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	
8. Pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan dan penanggulangan masalah kesehatan di desa	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	
9. Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat	9 kecamatan			
10. Pemberdayaan perempuan dan keluarga melalui Gerakan Sayang Ibu	3 kecamatan	3 kecamatan	3 kecamatan	
11. Fasilitasi Musyawarah Masyarakat Desa: 2 kali/tahun	√	√	√	
12. Fasilitasi Pembentukan forum melalui pertemuan Tingkat Desa (3 kali/tahun)	√	√	√	
13. Pertemuan tindak lanjut penemuan hasil surveilans (survei mawas diri) /Forum Masyarakat Desa	√	√	√	
14. Alih pengetahuan dan olah ketrampilan melalui pertemuan: 2 kali/tahun	√	√	√	
Program Pelayanan KB				
1. Pendataan Sasaran PUS.	1 pendataan	1 pendataan	1 pendataan	
2. Konseling KB untuk PUS.	√	√	√	
3. Pelayanan Kontrasepsi sesuai standar	70% jumlah PUS	70% jumlah PUS	70% jumlah PUS	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			KETERANGAN
	2013	2014	2015	
4. Pengadaan Alat dan Obat Kontrasepsi	√	√	√	
5. Pelayanan KB pasca persalinan	70% jumlah PUS	70% jumlah PUS	70% jumlah PUS	
6. Penguatan Sistem informasi pelayanan KB		√		
Program Pencatatan, Pelaporan, Supervisi dan Money				
1. Pencatatan, Pelaporan, supervisi dan money (PWS – KIA, Analisis Manajemen Prog. KIA)	√	√	√	
2. Pencatatan Pelayanan Kegawatdaruratan	√	√	√	
3. Fasilitasi Survei Mawas Diri (pendataan ke lapangan atau pertemuan rembuk desa 2 kali/tahun)	√	√	√	
4. Pemantauan dan Evaluasi program kemitraan bidan-dukun			√	
5. Pemantauan pasca pelatihan dan evaluasi		√		

Keterangan : √ = dilaksanakan pada tahun tersebut dengan jumlah output ditentukan kemudian, sesuai dengan kebutuhan dan ketersediaan anggaran

Lampiran 2.

Rencana Pelaksanaan Program/Kegiatan Pemenuhan Peralatan, Sarana dan Prasarana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal
bidang Kesehatan Kabupaten Samosir

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			Keterangan
	2013	2014	2015	
Program Pengadaan Peralatan Kesehatan				
1. Penyediaan peralatan antenatal	√	√	√	
2. Penyediaan peralatan persalinan	√	√	√	
3. Penyediaan peralatan deteksi kesehatan reproduksi	√	√	√	
4. Penyediaan alat untuk kasus Acute Flacid Paralysis (AFP)	√	√	√	
5. Penyediaan alat (Peralatan ISPA)	√	√	√	
6. Penyediaan alat untuk kasus TB	√	√	√	
7. Penyediaan alat untuk kasus DBD	√	√	√	
8. Penyediaan alat untuk kasus diare	√	√	√	
9. Penyediaan alat untuk penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB	√	√	√	

PROGRAM/KEGIATAN	Tahun Pelaksanaan			Keterangan
	2013	2014	2015	
Program Penyediaan, Rehabilitasi Sarana dan Prasarana Kesehatan Pendukung Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan				
1. Penyediaan pusat pelatihan Klinis		1 unit		
2. Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas dan Jaringannya		4 unit	5 unit	
3. Pengadaan, Rehabilitasi Sedang/Berat Puskesmas Pembantu	5 unit	5 unit	5 unit	
4. Pengadaan, Rehabilitasi Sedang/Berat Polindes		50 desa	60 desa	
5. Pengadaan, Rehabilitasi Sedang/Berat Poskesdes		50 desa	60 desa	
6. Pengadaan, Rehabilitasi Sedang/Berat Posyandu		50 desa	60 desa	

Keterangan : √ = dilaksanakan pada tahun tersebut dengan jumlah output ditentukan kemudian, sesuai dengan kebutuhan dan ketersediaan anggaran

BAB V PENUTUP

Standar pelayanan minimal dalam bidang kesehatan menekankan pada berbagai hal yang menjadi kewajiban utama terkait dengan pemenuhan hak-hak dalam bidang kesehatan berpihak pada masyarakat miskin. Dalam penyelenggaraan otonomi daerah, Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan menjadi salah satu tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan urusan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kesehatan kepada masyarakat dan alat bantu dalam merencanakan program atau kegiatan pelayanan yang esensial bagi masyarakat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, pelayanan dasar kesehatan yang wajib dipenuhi oleh Kabupaten Samosir menyangkut Pelayanan Kesehatan Dasar, Pelayanan Kesehatan Rujukan, Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa, dan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

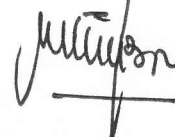
Secara umum, sebagian besar indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Kabupaten Samosir telah memenuhi target yang ditetapkan. Namun demikian masih dijumpai sejumlah indikator yang belum tercapai target Standar Pelayanan Minimalnya. Indikator yang masih belum mencapai target tersebut adalah cakupan pelayanan ibu hamil K4, cakupan pelayanan balita, cakupan desa UCI, Cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD dan setingkat, Cakupan peserta KB aktif, persentase balita dengan pneumonia yang ditangani dan penemuan pasien baru TB BTA Positif Case Detection.

Strategi untuk mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan tidak hanya memerlukan program-program peningkatan taraf kesehatan dan peningkatan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Ketersediaan sumber daya sangat berpengaruh terhadap implementasi program-program percepatan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Untuk itu diperlukan pula peningkatan kualitas dan profesionalisme sumberdaya manusia di bidang kesehatan yang didukung peningkatan kualitas sarana dan prasarana kesehatan. Di samping itu, dengan

keterbatasan anggaran yang ada pemerintah daerah perlu mengoptimalkan memperbaiki manajemen finansial yang didukung dengan penguatan sistem perencanaan dan penganggaran dinas kesehatan, serta dukungan informasi dan ketersediaan data yang memadai. Upaya pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan juga sejalan dengan paradigmbangunan kesehatan untuk mewujudkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk dengan memprioritaskan upaya kesehatan dan pengendalian penyakit, disamping penyembuhan dan pemulihan. Untuk itu diperlukan peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Dengan dukungan anggaran yang terbatas dan tantangan kondisi geografis yang cukup sulit diperlukan berbagai inovasi pemerintah daerah dalam pelayanan kesehatan dan penguatan kemitraan/partisipasi sektor non pemerintah.

Strategi pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan di Kabupaten Samosir mempertimbangkan upaya meminimalkan kurang optimalnya promosi kesehatan dalam merubah perilaku masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat serta kurangnya profesionalisme SDM. Di samping itu juga mempertimbangkan perlunya memperbaiki keterbatasan akses yang disebabkan kondisi geografis yang sulit dan masih terbatasnya transportasi dan infrastruktur, serta memperhatikan upaya-upaya pencegahan masalah kesehatan yang semakin banyak dan kompleks. Diharapkan bahwa buku Strategi Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan di Kabupaten Samosir ini dapat menjadi dasar peta kebutuhan program/kegiatan guna memberikan pelayanan dasar kesehatan di Kabupaten Samosir.

BUPATI SAMOSIR,



MANGINDAR SIMBOLON

DAFTAR PUSTAKA

FK UGM, *Modul PELATIHAN PMPK FK UGM STANDAR PELAYANAN MINIMAL*,
http://manajemen-rs.net/dmdocuments/1_Pengantar%20Standar%20Pelayanan%20Minimal.pdf

James Alm, Jorge Martinez-Vazquez, Sri Mulyani Indrawati, *Reforming Intergovernmental Fiscal Relations and The Rebuilding of Indonesia : The "Big Bang" Problem and Its Economic Consequences*

Kementrian Dalam Negeri, 2011, *Himpunan Produk Hukum SPM*

World Health Organization, 2008, *Human Rights, Health, and Poverty Reduction*

Lembaga Administrasi Negara, 2003, *Standard Pelayanan*, Pusat Kajian Manajemen Pelayanan, Jakarta.

Produk Hukum

UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah

UU Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial

PP Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota

PP Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standard Pelayanan Minimal

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota