

Januari 2021



PEMBIAYAAN PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI INDONESIA



JANUARI 2021

Publikasi ini disusun oleh Lyubov Teplitskaya (Palladium), Purwa Sucahya (Konsultan), Deswanto Marbun (Palladium), M. Fajar Rakhmadi (Palladium), dan Yanti Leosari (Konsultan) dari proyek Health Policy Plus.

Kutipan yang disarankan: Teplitskaya, L., P. Sucahya, D. Marbun, M. F. Rakhmadi, dan Y. Leosari. 2021. *Pembiayaan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Indonesia*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

ISBN: 978-1-59560-275-6

Health Policy Plus (HP+) adalah perjanjian kerjasama selama tujuh tahun yang didanai oleh U.S. Agency for International Development dengan Perjanjian No. AID-OAA-A-15-00051, dimulai pada tanggal 28 Agustus 2015. HP+ diimplementasikan oleh Palladium, bekerja sama dengan Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell, dan Aliansi Pita Putih Indonesia-APPI (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood).

Dokumen ini disusun oleh HP+ untuk ulasan U.S. Agency for International Development. Informasi yang disampaikan dalam laporan ini bukan informasi resmi Pemerintah Amerika Serikat dan tidak semerta-merta mencerminkan pandangan atau posisi dari U.S. Agency for International Development atau Pemerintah AS.

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih.....	iv
Daftar Singkatan	v
Ringkasan Eksekutif	6
Pendahuluan	12
Regulasi dan Bukti tentang SPM Kesehatan di Indonesia.....	12
Dasar Pemikiran dan Tujuan Studi	15
Metodologi.....	16
Identifikasi Kegiatan dan Sub-Kegiatan SPM	16
Sampel dan Kriteria Sampling	17
Pendekatan Costing yang Diterapkan	18
Diskusi Kelompok Terarah (FGD).....	20
Estimasi Kebutuhan Sumber Daya SPM di Indonesia.....	20
Hasil Penelitian	21
Hasil SPM untuk Jenjang Nasional	21
Hasil SPM di Jawa	31
Hasil SPM di Bali dan Nusa Tenggara	33
Hasil SPM di Maluku dan Papua.....	35
Hasil SPM di Sulawesi	37
Hasil SPM di Sumatra dan Kalimantan	39
Estimasi Kebutuhan Sumber Daya untuk SPM di Indonesia	41
Faktor Pendukung dan Tantangan Pelaksanaan SPM di Kabupaten/ Kota.....	43
Kesimpulan	47
Daftar Pustaka	51
Lampiran A. Rincian Kegiatan dan Sub-Kegiatan SPM.....	53
Lampiran B. Daftar Sampel Kabupaten/Kota	63
Lampiran C. Panduan Diskusi Kelompok Terarah (FGD)	64
Lampiran D. Penggerak Biaya Langsung per Indikator SPM per Wilayah	72
Lampiran E. Satuan Biaya Langsung, <i>Overhead</i>, dan Total Biaya Satuan SPM per Wilayah	75

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih atas dukungan dan kontribusi dari dr. Kalsum Komaryani, MPPM, sebagai Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan beserta tim termasuk Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan sebelumnya, dr. Yuli Farianti, M.Epid, dan Kepala Bidang Pembiayaan Kesehatan saat ini, Herlinawati, SKM, MSc(PH), serta seluruh anggota tim, dr. Achmad Afflazir, MKM, Lemi Kurniawan, SKM, MKM, Amalia Zulfah DHW, SKM, MKM, dan Widya Suryaningsih, SKM.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada staf teknis USAID Indonesia termasuk Edhie Rahmat dan Anastasia Susanto. Terakhir, kami mengucapkan terima kasih kepada Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (PPK-UI) yang telah memimpin kegiatan pengumpulan data primer pembiayaan SPM. Ucapan terima kasih secara khusus kami sampaikan kepada Kepala PPK UI, Rita Damayanti, dan semua peneliti yang memimpin kegiatan pengumpulan data termasuk Dadun, Nugroho Soeharno, Hendri Hartati, Fitra Yelda, Ferdinand P Siagian, Agus Dwi Setiawan, Dini Dachlia, Amri Ismail, Heru Suparno, Luluk Ishardini, Monalisa, Gita Erysha, Ridwan Fauzi, dan Anifatun Mu'asyarah.

Daftar Singkatan

PPKUI	Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia
FGD	<i>Focus Group Discussion</i> (diskusi kelompok terarah)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HP+	Health Policy Plus
IDR	<i>Indonesian rupiah</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
MNCH	<i>Maternal, Neonatal, and Child Health</i> (Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak)
Kemendes	Kementerian Kesehatan
Kemendagri	Kementerian Dalam Negeri
PTM	Penyakit Tidak Menular
PPJK	Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
SPM	Standar Pelayanan Minimal
TB	Tuberkulosis
USAID	U.S. Agency for International Development

Ringkasan Eksekutif

Pemerintah Indonesia terus memperkuat komitmen untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (UHC) dengan meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan salah satu skema asuransi kesehatan sosial pembayar tunggal (*single-payer*) terbesar di dunia, dengan meningkatkan cakupan asuransi kesehatan hingga 83%. Pada bulan Oktober 2020, dari total pengeluaran JKN, sebesar 0,2% dialokasikan untuk kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, dan sebesar 16% untuk pengeluaran fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Selebihnya merupakan pembayaran untuk layanan kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) (DJSN, 2020). Mengingat prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang semakin meningkat disertai kekhawatiran akan keberlanjutan pembiayaan JKN, maka fokus belanja kesehatan publik di Indonesia perlu beralih dari aspek kuratif ke upaya penguatan layanan primer. Belanja publik di bidang kesehatan juga perlu dibuat lebih efisien. Untuk mengatasi ketimpangan kesehatan yang terjadi sejak diterapkannya desentralisasi, Indonesia merancang kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk layanan kesehatan tingkat primer dengan produk hukum terkini yaitu Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 4/2019. SPM terdiri dari intervensi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, dengan pengobatan untuk beberapa kondisi khusus sesuai rincian di bawah ini.

Regulasi SPM terkini mengatur kualitas minimal yang harus dipenuhi dalam layanan yang wajib disediakan oleh pemerintah kabupaten/kota untuk menjangkau dua belas kelompok sasaran, beserta rincian standar teknis untuk peralatan, perlengkapan, dan sumber daya manusia yang diperlukan untuk mencapai 100% dari target cakupan layanan setiap tahun anggaran. Kedua belas indikator SPM tersebut yaitu:

1. Layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) untuk wanita hamil, wanita bersalin, bayi baru lahir, balita, dan anak usia pendidikan dasar;
2. Layanan penyakit menular untuk tuberkulosis dan HIV; dan
3. Layanan penyakit tidak menular untuk dewasa usia produktif, untuk individu berusia lanjut, individu dengan hipertensi, diabetes, dan gangguan jiwa.

Lingkup layanan berbeda untuk tiap kelompok sasaran, tapi secara umum mencakup kegiatan penjangkauan, pendataan, edukasi, skrining, penyediaan layanan, rujukan, pencatatan dan pelaporan. Kegiatan SPM untuk HIV dan tuberkulosis yang tercantum dalam Permenkes 4/2019 berfokus pada layanan preventif dan promotif di mana kabupaten/kota tidak perlu menyusun rencana kegiatan dan anggaran untuk biaya pengobatan (pengadaan obat dilakukan oleh pemerintah pusat¹), namun sejumlah kabupaten/kota ada yang tidak menerima jumlah obat anti-tuberkulosis (OAT) dan antiretroviral (ARV) yang memadai sehingga kabupaten/kota tersebut perlu membeli obat tambahan. Dalam hal ini, untuk mencapai 100% dari target SPM, kabupaten/kota tersebut perlu menyusun rencana dan anggaran untuk kelompok populasi yang menerima layanan HIV dan/atau tuberkulosis yang mencakup biaya obat. Untuk kabupaten/kota yang mengalami hal tersebut, dalam kajian ini HP+ memasukkan biaya obat ke dalam perhitungan biaya satuan (unit cost) layanan HIV dan tuberkulosis (per orang per tahun).

¹ Kepmenkes No: 1190/MENKES/SK/2004 tentang Pemberian Gratis Obat Anti-Tuberkulosis (OAT) dan Obat Anti-Retroviral (ARV) untuk HIV-AIDS yang dikeluarkan pada tanggal 19 Oktober 2004.

Pada bulan Maret 2019, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan mengembangkan platform Siscobikes dan perangkat terkait untuk membantu kabupaten/kota dalam perencanaan dan penyusunan anggaran yang dibutuhkan untuk memenuhi 100% target SPM sesuai persyaratan dalam Permenkes 4/2019. Kabupaten/Kota harus memastikan bahwa kegiatan SPM direncanakan dan dianggarkan secara memadai dan efisien untuk mencapai 100% dari target, dan tidak terjadi duplikasi antar beragam sumber pembiayaan. Platform Siscobikes bertujuan membantu kabupaten/kota membuat estimasi yang lebih akurat tentang kebutuhan anggaran SPM dan menemukan penyebab bila terjadi kegagalan dalam memenuhi target SPM yang selanjutnya dapat menjadi bukti mengenai sumber daya yang spesifik dibutuhkan untuk memenuhi SPM di masa mendatang.

Terlepas dari beberapa modifikasi yang telah dibuat di tahun 2019 dan 2020 untuk meningkatkan fungsi Siscobikes, analisis atas data yang tersedia di 67 kabupaten/kota di Indonesia memberi indikasi bahwa data yang masuk ke dalam Siscobikes kurang berkualitas dan tidak lengkap (Suchya dan Teplitskaya, 2020). Dalam penyusunan anggaran tahunan SPM, kabupaten/kota cenderung menggunakan estimasi belanja tahun sebelumnya yang tidak mencerminkan biaya sesungguhnya yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan populasi sasaran. Oleh karena itu, perbaikan Siscobikes masih dibutuhkan agar platform tersebut dapat memasukkan unit biaya SPM berbasis bukti sesuai Permenkes 4/2019. Unit biaya SPM ini juga mencerminkan perbedaan penggerak biaya (*cost driver*) antar wilayah sesuai dengan Permenkes 4/2019.

Sehubungan dengan kebutuhan untuk memperbaiki perencanaan dan penyusunan anggaran SPM, HP+ dengan dukungan USAID melakukan kajian dengan pendekatan perhitungan biaya berbasis kegiatan (*activity-based costing*) untuk mengukur biaya yang diperlukan dalam melaksanakan 12 indikator SPM di tingkat kabupaten/kota. Kajian ini bertujuan untuk membantu pemerintah daerah dalam menyusun rencana dan anggaran guna mencapai 100% target SPM. Dalam kajian ini, data primer dikumpulkan dari 24 kabupaten/kota, yang mencakup data dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, puskesmas yang memiliki maupun tidak memiliki layanan rawat inap, klinik swasta, pustu, dan polindes. Untuk melengkapi analisis biaya, HP+ mengadakan diskusi kelompok terarah (FGD) di masing-masing 24 kabupaten/kota untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang tantangan dan berbagai faktor pendukung dalam implementasi SPM. Berdasarkan wawancara dengan petugas fasilitas kesehatan dan pengamatan setempat, HP+ melakukan penilaian tentang ketersediaan layanan SPM kesehatan di fasilitas sampel dengan mengacu pada daftar kegiatan yang menjadi tanggung jawab Dinkes Kab/Kota dan sub-kegiatan yang harus dilaksanakan oleh puskesmas, klinik swasta dan jejaringnya sesuai Permenkes 4/2019. Pengumpulan data primer dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (PPK-UI).

Dalam melakukan perhitungan biaya, HP+ menerapkan perspektif dari petugas Dinas Kesehatan yang bertanggung jawab membuat perencanaan kegiatan dan anggaran untuk SPM sesuai Permenkes 4/2019. Perspektif tersebut merupakan perhitungan biaya normatif, yang menggambarkan biaya yang dikeluarkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan dalam pelaksanaan SPM sesuai petunjuk teknis dalam Permenkes 4/2019. Perhitungan biaya untuk Dinas Kesehatan dan fasilitas kesehatan dilakukan secara terpisah. Penyedia layanan kesehatan yang terdiri dari puskesmas, klinik swasta, pustu, dan polindes, adalah pelaksana utama dari SPM sementara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab untuk perencanaan SPM, dukungan logistik, koordinasi, pemantauan dan evaluasi, pencatatan dan pelaporan wajib ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan. Untuk setiap indikator layanan SPM, biaya langsung dan biaya tidak langsung (*overhead*) dihitung secara terpisah. Biaya langsung mencakup biaya obat, vaksin, bahan

habis pakai (BHP) medis dan non-medis, alat kesehatan (alkes) dan biaya transportasi untuk penyediaan layanan SPM. Biaya *overhead* terdiri dari biaya lainnya yang tidak secara langsung berkaitan dengan layanan SPM, seperti biaya operasional, biaya tetap berulang dan biaya tenaga petugas.

Hasil dari analisis biaya ini dipakai untuk menyempurnakan perangkat perhitungan anggaran SPM Kemenkes di situs Siscobikes agar kabupaten/kota dapat menyusun anggaran yang lebih akurat dan mengetahui total sumber daya yang dibutuhkan untuk memenuhi target SPM di tahun-tahun mendatang. Beberapa fitur baru dalam perangkat ini mencakup menu pre-estimasi satuan harga (*unit cost*) barang berdasarkan wilayah untuk digunakan oleh kab/kota dalam menghitung kebutuhan anggaran SPM tiap tahun. Platform Siscobikes terbaru juga dilengkapi dengan 'sistem peringatan' untuk mengingatkan petugas bila total kebutuhan sumber daya SPM yang disusun melampaui total anggaran yang telah secara otomatis dihitung dari input biaya dan target.

Kajian ini memberi indikasi bahwa Indonesia masih perlu memperkuat layanan kesehatan yang disediakan di tingkat primer. Hal ini sejalan dengan temuan terakhir tentang layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia, juga dengan temuan tentang layanan kesehatan primer secara luas yang terdapat di dalam Kajian Belanja Publik yang dilakukan Bank Dunia (Van Doorn, et al., 2020; Stein, et al., 2020). Konsisten dengan metode *costing* yang diterapkan di negara-negara berpenghasilan menengah lainnya, kajian ini menerapkan pendekatan campuran, yaitu menghitung biaya langsung secara *bottom-up* dan biaya *overhead* secara *top-down* (Hendricks et al., 2014; Cunnama et al., 2016). Perhitungan biaya secara *bottom-up* memberi gambaran yang lebih akurat tentang sumber daya yang digunakan untuk penyediaan layanan kesehatan, tapi metode ini kurang mampu memberi gambaran akan efisiensi penyediaan layanan. Untuk itu pendekatan *top-down* akan lebih tepat, tapi metode tersebut kurang akurat dalam menghitung biaya yang sesungguhnya (Cunnama et al., 2016).

Dengan menerapkan rerata biaya satuan atau unit cost untuk SPM per wilayah yang dihasilkan dari kajian ini atas target SPM, HP+ memperkirakan bahwa sumber daya yang dibutuhkan untuk mendanai biaya langsung pelaksanaan SPM secara nasional di tahun 2019 mencapai Rp. 6,7 triliun, yaitu 4,6% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) untuk kesehatan (sekitar Rp. 25.177 per orang per tahun). Biaya langsung SPM mencakup komponen biaya yang berkaitan langsung dengan pelaksanaan layanan SPM (obat-obatan, vaksin, BHP medis dan non-medis, alkes, dan transportasi) namun tidak termasuk biaya untuk waktu yang dikeluarkan oleh petugas kesehatan. Bila biaya *overhead* dan tenaga kesehatan diikutsertakan, maka total sumber daya yang dibutuhkan secara nasional untuk SPM menjadi sebesar Rp. 21.6 triliun, yaitu sekitar 8,1% dari anggaran kesehatan pemerintah daerah (APBD) (atau sekitar Rp. 81.523 per orang per tahun).

Walaupun biaya petugas kesehatan relatif tetap dari tahun ke tahun, namun biaya ini merupakan penggerak biaya utama (*cost driver*) untuk pelaksanaan SPM di jejaring puskesmas yang menjadi sampel studi (rata-rata 51% dari total biaya) dan klinik swasta (rata-rata 58% dari total biaya) dan merupakan porsi signifikan dari biaya *overhead* dalam perhitungan kebutuhan SPM. Bila dibandingkan antar wilayah, biaya petugas di jejaring puskesmas sampel berkisar antara 34% dari total biaya SPM di Jawa hingga 60% dari total biaya SPM di Bali dan Nusa Tenggara. Begitu pula dengan biaya petugas kesehatan di klinik swasta yang menjadi sampel penelitian. Antar wilayah di Indonesia, biaya berkisar antara 46% dari total biaya SPM di Jawa dan 68% dari total biaya di Maluku dan Papua. Sesuai pedoman di dalam Permenkes 4/2019, penyedia layanan kesehatan memiliki keleluasaan untuk menugaskan tenaga kesehatan yang tepat untuk memberi layanan SPM, dan dapat

mengalihkan atau berbagi tugas penyediaan layanan antara dokter, dokter spesialis, bidan dan perawat untuk mengurangi biaya dan meningkatkan efisiensi layanan.

Saat ini, Indonesia masih relatif tertinggal dalam memenuhi target penanggulangan tuberkulosis dan HIV, terlihat dari tingginya biaya satuan (unit cost) untuk kedua layanan ini (Tabel RE1). Di tingkat Dinkes Kab/Kota, rerata unit cost per orang per tahun yang tertinggi adalah untuk layanan HIV dengan ARV (Rp. 1.580.122) dan layanan Tuberkulosis dengan obat anti TB atau OAT (Rp. 1.128.835). Situasi serupa ditemui di tingkat puskesmas, biaya satuan untuk SPM yang tertinggi adalah untuk layanan tuberkulosis dengan OAT (Rp. 566.611). Pembayaran kapitasi oleh JKN secara umum tidak mendorong fasilitas kesehatan tingkat primer untuk menyediakan layanan yang berbiaya tinggi, dan hasil studi ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan hanya mengalokasikan sebagian kecil dari waktu mereka untuk memberi layanan SPM HIV dan tuberkulosis. Padahal, untuk mencapai target SPM, alokasi waktu ini mungkin perlu ditingkatkan.

Indonesia juga harus meningkatkan cakupan layanan SPM untuk penyakit tidak menular (PTM) dan tuberkulosis. Di kabupaten/kota sampel di kelima wilayah Indonesia, cakupan layanan PTM dan tuberkulosis rata-rata termasuk dalam tiga cakupan terendah. Cakupan intervensi SPM untuk tuberkulosis harus ditingkatkan di pulau Jawa, Maluku, Papua, Sumatra, dan Kalimantan. Layanan SPM untuk hipertensi cukup banyak tersedia, terutama di klinik swasta yang menjadi sampel, namun pencapaian target layanan hipertensi relatif rendah di semua wilayah kecuali di Maluku dan Papua. Layanan untuk penduduk dewasa usia produktif juga perlu ditingkatkan khususnya di kab/kota sampel di Bali, Nusa Tenggara, Maluku, dan Papua di mana pencapaian target masih sangat rendah (masing-masing 58% dan 65%).

Tabel RE1. Rata-rata Satuan Biaya Langsung dan Total Biaya SPM di Dinkes Kab/Kota, Jejaring Puskesmas, Klinik swasta Sampel (Rupiah)

SPM	Dinkes Kab/Kota		Jejaring Puskesmas		Klinik Swasta	
	Langsung	Total	Langsung	Total	Langsung	Total
Kehamilan	52,324	71,896	41,529	161,454	12,638	77,083
Persalinan	104,102	126,916	73,282	204,730	77,749	317,396
Bayi baru lahir	81,614	103,442	61,911	279,409	52,042	391,606
Balita	138,618	145,539	58,324	133,435	25,490	54,364
Anak usia Pendidikan Dasar	14,004	24,872	18,405	169,276	3,434	8,186
Dewasa usia produktif	50,908	53,199	15,150	51,921	6,461	42,414
Lansia	45,915	53,241	36,983	89,506	35,129	112,456
Hipertensi	12,362	16,900	8,402	84,282	12,623	176,898
Diabetes	28,290	56,731	54,023	138,428	76,227	199,669
Gangguan jiwa	70,395	238,421	88,264	235,381	30,619	178,030
TB (<i>tanpa</i> OAT)	89,164	165,663	79,266	274,536	9,293	255,087
TB (<i>dengan</i> OAT)	1,052,335	1,128,835	371,341	566,611	216,222	462,016
HIV (<i>tanpa</i> ARV)	99,750	177,123	33,214	227,928	2,702	165,861
HIV (<i>dengan</i> ARV)	1,502,749	1,580,122	59,158	253,872	13,476	176,635

Untuk memperbaiki pelaksanaan SPM di bidang kesehatan di Indonesia, kajian ini merumuskan beberapa rekomendasi berikut:

- **Secara terus menerus melakukan analisis data SPM yang diperoleh dari platform Siscobikes.** Melalui kajian pembiayaan SPM, HP+ telah: (1) mendukung Pemerintah Indonesia dalam meningkatkan kualitas platform pengumpulan data SPM (Siscobikes) yang dikelola oleh Kemenkes; (2) menyempurnakan perangkat perhitungan anggaran SPM berbasis Excel dengan menambahkan menu pre-estimasi satuan biaya kegiatan SPM yang bervariasi antar wilayah; dan (3) menyusun panduan interoperabilitas agar kementerian dan lembaga pemerintah lainnya dapat mendapatkan data Siscobikes. Selanjutnya, sangatlah penting untuk melakukan analisis data SPM yang dikumpulkan melalui platform Siscobikes yang sudah diperbarui untuk menilai perbaikan kinerja SPM di tingkat kab/kota agar transfer dana dari pemerintah pusat ke daerah (misalnya DAK Fisik dan DAK Non-Fisik) dapat lebih tepat sasaran sesuai kebutuhan dan kinerja SPM tiap kab/kota.
- **Meningkatkan ketersediaan dan pelaksanaan layanan SPM di klinik swasta.** Untuk memenuhi 100% target SPM yang cukup tinggi, Dinkes Kab/Kota perlu melibatkan klinik swasta dalam penyediaan layanan SPM. Hasil studi ini menunjukkan bahwa sektor swasta secara umum kurang memiliki kapasitas untuk memberi layanan SPM, dan ini konsisten dengan hasil studi lainnya yang menemukan bahwa layanan diagnostik dasar dan obat-obatan esensial di fasilitas kesehatan tingkat primer swasta (klinik swasta) cenderung terbatas (Rajan et al., 2018). Rata-rata klinik swasta yang menjadi sampel menyediakan layanan SPM untuk diabetes dan hipertensi (79%) sementara ketersediaan layanan SPM lainnya di klinik tersebut seperti HIV, layanan gangguan jiwa dan layanan untuk anak usia pendidikan dasar – hanya sekitar 25% atau kurang. Puskesmas dan jejaringnya menjadi penyedia utama untuk layanan tersebut, dan ini dapat menjelaskan mengapa klinik swasta kurang menyediakan layanan SPM, karena rendahnya prevalensi penyakit dan permintaan untuk layanan. Tingkat ketersediaan layanan SPM yang rendah di klinik swasta ini sejalan dengan temuan studi Bank Dunia yang mencatat bahwa klinik swasta cenderung berfokus pada layanan pengobatan atau kuratif, dan tidak pada layanan pencegahan maupun intervensi kesehatan masyarakat (Rajan et al., 2018). Di antara klinik swasta yang menjadi sampel, terindikasi bahwa ketersediaan layanan SPM terendah ada di klinik swasta di Bali, Nusa Tenggara, dan Jawa. Enam dari layanan SPM tidak tersedia di sampel klinik swasta di Bali dan Nusa Tenggara. Oleh karena itu, pemerintah perlu menjajaki kemungkinan pemberian insentif untuk melibatkan sektor swasta dalam penyediaan layanan SPM.
- **Meningkatkan efisiensi biaya layanan SPM untuk anak usia pendidikan dasar dan anak balita melalui pengalihan dan pembagian tugas.** Dari biaya satuan (unit cost) layanan SPM untuk anak balita, 56% adalah biaya *overhead*, dan untuk layanan SPM anak usia pendidikan dasar, biaya *overhead* bahkan mencapai 89% dari biaya satuan. Sesuai pedoman dalam Permenkes 4/2019, penyedia layanan kesehatan dapat melakukan pengalihan dan pembagian tugas antar dokter, bidan, dan perawat sesuai dengan situasi di masing-masing kab/kota demi mengurangi inefisiensi dalam penyediaan layanan kesehatan anak. Dibandingkan indikator SPM lainnya, intervensi untuk anak usia sekolah dan balita lebih bersifat umum seperti pemantauan tumbuh kembang, pemberian imunisasi, dan suplementasi vitamin yang dapat diberikan oleh tenaga kesehatan terlatih secara umum. Ini memungkinkan dokter dan tenaga kesehatan spesialisik untuk berfokus pada penanganan komplikasi kesehatan dan layanan SPM lain yang memerlukan layanan khusus.

- **Memperbaiki panduan teknis untuk pelaporan, pemantauan dan evaluasi SPM.** Hasil diskusi kelompok terarah yang dilakukan dalam kajian ini mencatat bahwa pemantauan dan evaluasi SPM belum menjadi prioritas di sebagian besar Dinkes Kab/Kota sampel. Selain itu sistem yang memungkinkan puskesmas untuk menerima umpan balik atas laporan bulanan mereka juga belum tersedia. Untuk meningkatkan peran pengawasan dari Dinkes Kab/Kota dan puskesmas dalam pencatatan dan pelaporan, Kemenkes perlu menyusun sistem pelaporan terpadu untuk pelaporan SPM dan pelaporan tingkat program. Hal ini juga penting dalam rangka penguatan layanan SPM di klinik swasta. Untuk mencapai hal itu, Kemenkes perlu memperkuat peran puskesmas dalam berkoordinasi dan memantau keterlibatan sektor swasta dalam pelaksanaan layanan SPM.
- **Kemendagri perlu memenuhi perannya dalam menegakkan kepatuhan pemerintah daerah terhadap aturan SPM.** Agar peralatan, perlengkapan dan sumber daya manusia yang dibutuhkan untuk pelaksanaan SPM dapat dipenuhi, kabupaten/kota perlu mematuhi aturan yang ada dan mengalokasikan 10% dari dana APBD untuk sektor kesehatan. Pada bulan Agustus 2020, Kemendagri mengindikasikan bahwa alokasi APBD tingkat kab/kota untuk kesehatan rata-rata baru mencapai 9,24%, masih tetap di bawah 10% yang disyaratkan (Nugraheny, 2020). Kemendagri memegang peran penting dalam menyebarluaskan pedoman SPM ke daerah, menjelaskan tanggung jawab pemimpin daerah dalam pelaksanaan SPM berikut konsekuensi yang harus ditanggung bila mereka gagal mencapai 100% dari target mereka. Sesuai dengan UU 23/2014, Kemendagri akan mengenakan sanksi kepada pemimpin daerah yang tidak melaksanakan SPM dengan efektif dan tidak mencapai target.

Pendahuluan

Pemerintah Indonesia terus memperkuat komitmen untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (UHC) dengan meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan skema asuransi kesehatan sosial pembayar tunggal (*single-payer*) terbesar, dan meningkatkan cakupan asuransi kesehatan hingga 83% (World Bank, 2020). Saat ini, belanja kesehatan di Indonesia baru mencapai 1,4% dari produk domestik bruto (PDB). Jumlah ini masih sekitar sepertiga dari belanja kesehatan masyarakat sebagai persentase dari PDB di negara-negara serupa di Asia Timur dan Pasifik. Di bulan Oktober 2020, dari total pengeluaran JKN, 0,2% adalah untuk kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, dan 16% adalah pengeluaran untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Selebihnya merupakan pembayaran untuk layanan kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) (DJSN, 2020). Mengingat prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang semakin meningkat disertai kekhawatiran akan keberlanjutan pembiayaan JKN, maka fokus belanja kesehatan publik di Indonesia perlu beralih dari aspek kuratif ke upaya penguatan layanan primer. Belanja publik di bidang kesehatan juga perlu dibuat lebih efisien.

Terlepas dari berbagai perbaikan yang telah dicapai di bidang kesehatan, seperti penurunan angka kematian bayi, dan peningkatan akses ke layanan kesehatan dasar (contoh, persentase persalinan di fasilitas kesehatan meningkat dari 46% menjadi 74% antara tahun 2007 dan 2017), kesenjangan yang signifikan masih tetap ditemui terkait dengan akses layanan dan kondisi kesehatan di berbagai wilayah (BPS dan Macro International, 2008; BPS, BKKBN, Kemenkes, dan ICF International, 2018). Sebagai contoh, persentase persalinan di fasilitas kesehatan dengan kelahiran hidup hanya mencapai 29% di provinsi Maluku sementara di Pulau Jawa seperti di Yogyakarta, persentase sudah 100%. Angka kematian balita juga relatif jauh lebih tinggi di provinsi-provinsi di wilayah Timur Indonesia dibandingkan dengan rerata nasional (40 kematian dibandingkan dengan 60 kematian per 1.000 lahir hidup (BPS, BKKBN, Kemenkes, dan ICF International, 2018).

Untuk mengatasi ketimpangan kesehatan yang terjadi sejak diterapkannya desentralisasi, Indonesia merancang beberapa versi dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk layanan kesehatan tingkat primer dengan regulasi terkini berupa Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 4/2019. Pembahasan selanjutnya dalam bagian ini akan ditujukan untuk memberi gambaran umum tentang regulasi SPM, data tentang pelaksanaan SPM, tantangan yang dihadapi dan tujuan dari studi ini.

Regulasi dan Bukti tentang SPM Kesehatan di Indonesia

Di tahun 2001 Indonesia memasuki era otonomi daerah dengan dikeluarkannya UU 22/1999 dan UU 25/1999 tentang desentralisasi yang mengalihkan tanggung jawab politik, administrasi dan keuangan ke pemerintah provinsi dan kabupaten/kota (Maharani & Tampubolon, 2015; Pal & Wahhaj, 2017). Di bidang kesehatan, tanggung jawab penyediaan layanan kesehatan dialihkan dari Kementerian Kesehatan ke pemerintah daerah sementara Kemenkes bertanggung jawab untuk memberi petunjuk teknis perencanaan, pembiayaan, pengelolaan, dan penyediaan layanan kesehatan bagi dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota (Suryanto, Plummer & Boyle, 2016).

Untuk mendukung pemerintah daerah dan mengatasi ketidakseragaman kualitas layanan di beragam wilayah di Indonesia, pemerintah pusat meluncurkan regulasi SPM (UU 32/2004 dan PP 65/2005) yang menetapkan standar pelayanan minimal untuk 15 sektor, termasuk

sektor kesehatan. SPM merinci jenis dan kualitas layanan minimal yang harus disediakan oleh pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) untuk memenuhi kebutuhan penduduk di daerahnya masing-masing.

Peluncuran SPM ini didasari oleh beberapa hal, termasuk:

- Tujuan SPM adalah untuk mengatasi ketidakseragaman kualitas layanan yang ada antar wilayah di Indonesia. SPM memastikan layanan esensial dasar tersedia dengan cakupan yang setara bagi semua warga, dan pemerintah daerah berkewajiban untuk menyediakan layanan tersebut terlepas dari sumber daya dan kapasitas mereka. Dalam jangka panjang, hal ini dapat menjembatani kesenjangan antar wilayah (Roudo & Chalil, 2016).
- SPM dirancang sebagai alat ukur penilaian kinerja pemerintah daerah atas kualitas pelayanan dasar di mana pimpinan daerah bertanggung jawab terhadap warganya. Selain itu ada pemikiran bahwa kinerja daerah dalam melaksanakan SPM dapat digunakan sebagai dasar argumentasi untuk menaikkan pajak daerah bila masyarakat tidak puas dengan kualitas layanan publik (Ferrazzi, 2005).

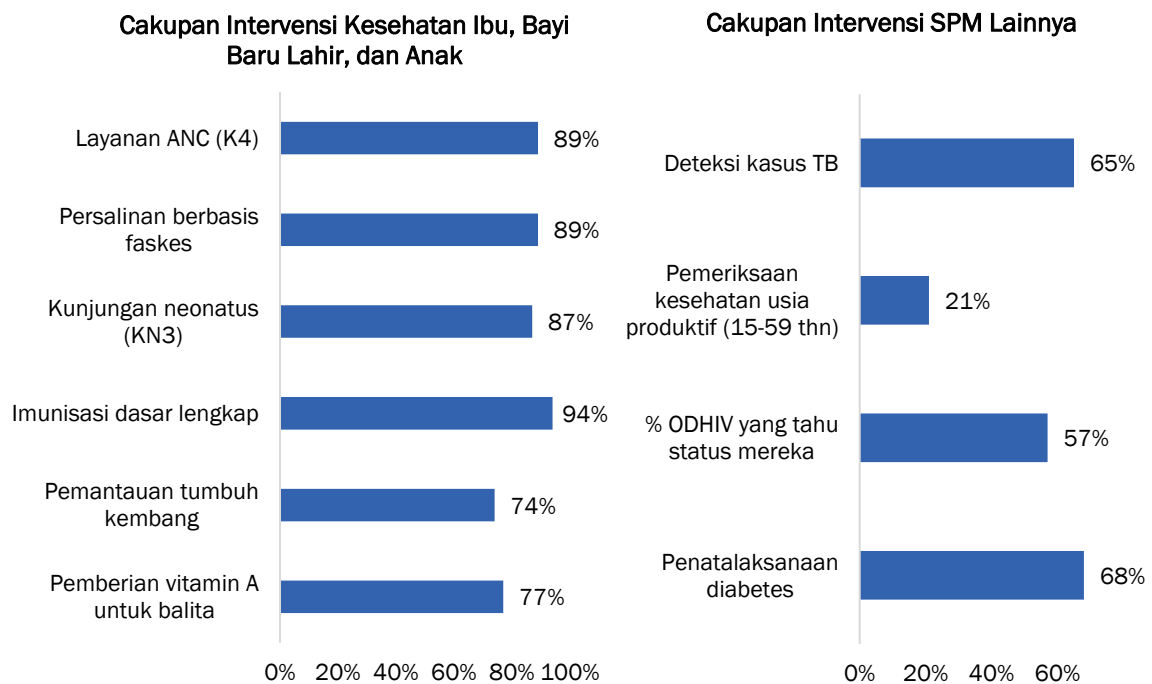
Sejak pertama kali diluncurkan, regulasi SPM telah mengalami beberapa revisi; di tahun 2008, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Permenkes 741/2008 yang memuat 22 indikator layanan untuk kelompok penduduk tertentu dengan target yang berkisar antara 70% hingga 100% untuk dicapai oleh kabupaten/kota antara tahun 2010-2015. Bagaimana SPM ini disosialisasikan ke tingkat kabupaten/kota tidak banyak diketahui, dan dokumentasi terkait pelaksanaan, pelaporan, pemantauan dan evaluasi relatif minim. Sebuah studi analisis atas laporan dari 115 kab/kota yang diserahkan ke Kementerian Dalam Negeri di tahun 2013 melaporkan bahwa 20 dari 22 indikator yang ditetapkan masih dalam proses untuk pencapaian target. Pemerintah daerah mengalami kesulitan memahami SPM dan menghadapi berbagai tantangan dalam pelaksanaan SPM, mulai dari keterbatasan sumber daya manusia, kendala keuangan, hingga kesulitan menyelaraskan indikator SPM dengan indikator yang telah ditetapkan di rencana pembangunan jangka menengah daerah (RPJMD) (Khairi, 2015). Studi lain menganalisa data dari 54 kab/kota dan menyimpulkan bahwa target SPM yang secara keseluruhan sebesar 91,25% kemungkinan tidak akan dapat dicapai di tahun 2015 karena antara tahun 2010 hingga 2013 cakupan telah berubah signifikan (74,6% dan 76,0%, masing-masing) (Roudo & Chalil, 2016). Studi tersebut juga menyorot beragamnya tingkat pelaksanaan SPM antar kab/kota, yang disebabkan oleh perbedaan dalam kapasitas fiskal masing-masing daerah. Pejabat kesehatan setempat sering kali tidak sepenuhnya memahami petunjuk teknis SPM yang dikeluarkan, sehingga terjadi kesalahan penafsiran dalam perhitungan pencapaian. Tantangan lain berkaitan dengan minimnya pelaporan, baik berupa data yang tidak lengkap dalam laporan, atau laporan yang tidak diserahkan, juga jalur pelaporan untuk pemantauan dan evaluasi SPM yang tidak jelas (tidak jelas apakah kab/kota harus melapor ke Kementerian Dalam Negeri atau ke Kementerian Kesehatan). Kemendagri dan Kemenkes juga relatif tidak mengacuhkan laporan yang diserahkan oleh kab/kota, sehingga dapat dikatakan pemerintah pusat maupun daerah tidaklah siap untuk melaksanakan SPM dengan seksama (Roudo & Chalil, 2016).

Di tahun 2016, Kementerian Kesehatan mengeluarkan revisi SPM Kesehatan dalam bentuk Permenkes 43/2016 yang mewajibkan kab/kota untuk mencapai 100% dari target cakupan yang ditetapkan untuk 12 jenis layanan kesehatan. Regulasi ini memperjelas peran dan tanggung jawab masing-masing instansi dalam pelaksanaan SPM; tanggung jawab penyediaan layanan dibebankan ke kepala daerah (Bupati/Walikota), dan bukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Kegagalan mematuhi aturan ini akan dikenakan sanksi, dan di

saat yang sama pencapaian target SPM akan diperhitungkan sebagai kinerja pemerintah kab/kota dan bukan hanya pencapaian sektor kesehatan. Atas dasar itu, penting bahwa perencanaan SPM diintegrasikan ke dalam RPJMD serta dokumen perencanaan strategis daerah lainnya dan semua unsur pemerintah diharapkan bekerja bersama sebagai satu tim dalam upaya mencapai target SPM. Upaya yang dilakukan mencakup memenuhi persyaratan SDM di fasilitas kesehatan tingkat primer (puskesmas) sesuai Permenkes 75/2014. Di tingkat pusat, Kemenkes juga mengembangkan sarana yang dapat membantu kab/kota dalam perencanaan dan pelaporan SPM. Di tahun 2017, Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kemenkes memasukkan tingkat pelaporan pencapaian SPM oleh kab/kota sebagai salah satu indikator kinerja Pusdatin. Pusdatin juga menyelenggarakan pelatihan untuk mengembangkan kapasitas pengelola data di tingkat daerah, dan membentuk tim yang akan melakukan pemantauan rutin atas pelaporan SPM. Tim tersebut akan terus berkomunikasi dengan pengelola data di dinas kesehatan provinsi dan memberi masukan dan umpan balik atas laporan SPM. Upaya ini membuahkan hasil di mana di tahun 2017 dan 2018, 438 dan 425 kab/kota menyerahkan laporan pencapaian SPM ke Pusdatin (Kemenkes, 2019). Akan tetapi, hingga kini, Kemenkes belum mempublikasikan atau mengeluarkan secara resmi data terkait dengan pencapaian SPM nasional.

Di luar perbaikan pencapaian SPM selama dua dekade terakhir ini, cakupan layanan kesehatan dasar seperti layanan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak di Indonesia masih belum memadai dan masih tetap di bawah target SPM. Prevalensi stunting antar provinsi masih berkisar antara 17,6% hingga 42,7% (Kemenkes, 2020) (Gambar 1). Penyakit menular seperti HIV dan tuberkulosis masih menjadi salah satu beban penyakit di Indonesia. Tingkat penemuan kasus tuberkulosis juga relatif rendah terlepas dari beban penyakit tuberkulosis yang cukup tinggi di Indonesia, sementara perbaikan riam (*cascade*) layanan HIV hingga saat ini masih jauh dari target (Gambar 1).

Gambar 1. Cakupan Intervensi Kesehatan Dasar di Indonesia



Sumber: Kementerian Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Jakarta; 2020.

Di bulan Januari 2019, Kemenkes mengeluarkan Permenkes 4/2019 untuk menggantikan Permenkes 43/2016 yang menjadi acuan terbaru untuk pelaksanaan SPM. Permenkes baru tersebut menjelaskan standar kualitas layanan minimum yang wajib diberikan di tingkat kab/kota untuk 12 kelompok penduduk sasaran (lihat Gambar 2). Permenkes tersebut juga merinci standar teknis peralatan, perlengkapan dan sumber daya manusia yang diperlukan untuk memenuhi 100% target layanan kesehatan di tiap tahun anggaran. Persyaratan alat dan perlengkapan diberlakukan merata di semua wilayah, tapi standar jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan yang memberi layanan relatif fleksibel. Sebagai contoh, layanan ibu hamil dapat diberikan oleh dokter/spesialis ob-gyn, bidan, atau perawat. Ini memungkinkan kab/kota untuk melakukan pengalihan dan pembagian tugas berdasarkan situasi mereka masing-masing agar pemberian layanan berlangsung seefisien mungkin sesuai kebutuhan. Lingkup layanan berbeda untuk tiap kelompok penduduk tapi secara umum mencakup penjangkauan, pendataan, edukasi, skrining, penyediaan layanan, rujukan, pencatatan dan pelaporan. Regulasi terakhir juga merinci dua layanan SPM untuk tingkat provinsi di mana pemerintah provinsi diwajibkan memberi layanan kesehatan dasar saat terjadi krisis karena bencana dan wabah penyakit.

Gambar 2. Populasi Sasaran SPM Bidang Kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota sesuai Permenkes 4/2019

Kesehatan Ibu dan Anak	Skrining Kesehatan	Penyakit Tidak Menular	Penyakit Menular
<ul style="list-style-type: none"> Ibu hamil Ibu bersalin Bayi baru lahir (0-28 hari) Anak balita 	<ul style="list-style-type: none"> Anak usia sekolah dasar Dewasa usia produktif (15-59 tahun) Lanjut usia (≥ 60 th) 	<ul style="list-style-type: none"> Orang berisiko hipertensi Orang berisiko diabetes Orang dengan gangguan jiwa 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien terduga tuberkulosis Orang berisiko terinfeksi HIV

Dasar Pemikiran dan Tujuan Studi

Di bulan Maret 2019, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan mengembangkan platform Siscobikes dan perangkat pembiayaan (costing tool) untuk membantu kabupaten/kota menyusun rencana kegiatan dan anggaran dan menghitung sumber daya yang dibutuhkan untuk memenuhi 100% target SPM sesuai persyaratan dalam Permenkes 4/2019. Dalam hal ini Kabupaten/Kota harus memastikan bahwa rencana dan anggaran SPM memadai dan efisien untuk mencapai 100% target dan tidak terjadi duplikasi anggaran dari sumber pembiayaan yang berbeda. Platform Siscobikes bertujuan membantu kabupaten/kota menghitung kebutuhan anggaran SPM mereka secara akurat dan mengidentifikasi alasan kegagalan memenuhi target SPM yang dapat menjadi bukti untuk pengajuan sumber daya tertentu untuk memenuhi target SPM di masa akan datang.

Terlepas dari sejumlah penyesuaian yang dibuat di tahun 2019 dan 2020 dengan maksud untuk meningkatkan fungsionalitas Siscobikes, analisis data 67 kab/kota dari keseluruhan 514 kab/kota yang ada menunjukkan bahwa kualitas data masih rendah dan tidak lengkap (Suchya dan Teplitskaya, 2020). Oleh karena itu PPJK merasa perlunya modifikasi atas Siscobikes mengingat:

- Pengisian data perlu disederhanakan, dengan lebih menggunakan perhitungan secara otomatis, serta memasukkan beberapa faktor yang spesifik untuk tiap wilayah.

- Pengumpulan data yang bersifat *bottom-up* dari puskesmas perlu dilakukan secara lebih efisien dan menjadi bagian yang terpadu dari proses perencanaan dan penyusunan anggaran SPM secara keseluruhan, dan Dinkes Kab/Kota juga perlu lebih berperan dalam perencanaan SPM.
- Revisi costing tool perlu memuat data biaya SPM berbasis bukti untuk mencerminkan Permenkes 4/2019 yang terbaru dan perbedaan besarnya penggerak biaya (*cost drivers*) antar wilayah.

Terkait dengan kebutuhan untuk meningkatkan proses perencanaan dan penyusunan anggaran SPM, inisiatif HP+ yang didukung oleh USAID mengumpulkan data primer biaya SPM berbasis fasilitas dengan metode perhitungan biaya berdasarkan kegiatan atau *activity-based costing* (ABC). Laporan ini menjelaskan metodologi yang digunakan untuk menghitung biaya satuan (unit cost) SPM, menyimpulkan hasil biaya satuan SPM secara nasional dan per wilayah, serta merinci faktor-faktor pendukung dan tantangan yang dihadapi terkait dengan SPM. Hasil analisis biaya ini menjadi dasar penyempurnaan *costing tool* perhitungan anggaran SPM yang dikembangkan Kemenkes dalam platform Siscobikes agar kab/kota dapat menghitung kebutuhan sumber daya mereka secara akurat dan memenuhi target SPM di tahun-tahun mendatang.

Metodologi

HP+ melakukan studi pembiayaan berbasis kegiatan (*activity-based costing*) untuk memperoleh data tentang biaya yang dibutuhkan kabupaten/kota untuk memenuhi 12 indikator SPM. Studi bertujuan membantu pemerintah daerah menyusun rencana kegiatan dan anggaran untuk memenuhi 100% target SPM dan untuk itu diperlukan pengumpulan data primer dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, puskesmas dengan dan tanpa layanan rawat inap, klinik swasta, puskesmas, dan polindes. Kegiatan pengumpulan data primer dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (PPK UI). Gambar 3 menguraikan jadwal kegiatan dan proses yang dilakukan selama studi.

Gambar 3. Jadwal Kegiatan dan Proses Studi



Identifikasi Kegiatan dan Sub-Kegiatan SPM

Untuk mengidentifikasi intervensi yang spesifik tercakup dalam SPM dan rincian sub-kegiatan terkait dengan perhitungan biaya ini, HP+ menerapkan dua pendekatan. Pertama, HP+ melakukan kajian terhadap Permenkes 4/2019, yang menguraikan standar teknis yang harus dicapai dalam menyusun rencana dan pemberian layanan SPM dengan cakupan 100%. Standar teknis yang diberikan terdiri dari (1) petunjuk menghitung standar kuantitas barang dan/atau jasa; (2) petunjuk menghitung standar jumlah sumber daya manusia dan kualifikasi minimum dari masing-masing personil; dan (3) prosedur serta sub-kegiatan terkait yang dibutuhkan untuk mencapai 100% target SPM. HP+ juga menyelenggarakan

lokakarya untuk validasi hasil kajian Permenkes 4/2019 yang dihadiri pengelola program-program utama SPM dari Kemenkes, pejabat Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta tenaga kesehatan dari puskesmas yang terlibat dalam SPM. Setelah telaah dan pembahasan bersama, diperoleh daftar akhir rincian sub-kegiatan SPM yang disepakati bersama (lihat Lampiran A).

Tabel 1. Layanan SPM dan jumlah kegiatan dan sub-kegiatan

SPM	Jumlah kegiatan	Jumlah sub-kegiatan
Kehamilan	5	23
Persalinan	5	29
Bayi baru lahir	5	25
Balita	5	42
Anak usia pendidikan dasar	6	15
Dewasa usia produktif	7	26
Lansia	6	18
Hipertensi	6	10
Diabetes	7	12
Gangguan jiwa	5	13
Tuberkulosis	6	12
HIV	10	17

Tabel 2. Contoh kegiatan dan sub-kegiatan untuk SPM layanan gangguan jiwa

Kegiatan	Sub-kegiatan
Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
	Kunjungan rumah untuk pendataan
	Penetapan jumlah target
Skrining	Pendaftaran pasien
	Persiapan materi dan tool
	Pengobatan medis
Layanan kesehatan	Kunjungan rumah
	Ekstension
	Edukasi tentang kepatuhan pengobatan
	Pemberian obat
	Konseling
Pencatatan dan Pelaporan	Pencatatan dan Pelaporan
Rujukan	Rujukan ke faskes rujukan sekunder atau rumah sakit

Sampel dan Kriteria Sampling

Informasi yang tersedia secara luas tentang biaya SPM dan perbedaannya antar wilayah di Indonesia relatif terbatas sementara studi-studi sebelumnya menemukan bukti bahwa biaya layanan kesehatan cukup bervariasi antar wilayah (Health Policy Plus dan Sub-Direktorat HIV/AIDS dan PIMS Kementerian Kesehatan Indonesia, 2018; Sucahya dan Mardiaty, tidak dipublikasikan; Ensor et al., 2012). Satu studi melakukan modeling biaya layanan kesehatan di tingkat primer dengan mempertimbangkan indikator demografi dan ketersediaan fasilitas kesehatan (Ensor et al., 2012). Studi tersebut menemukan bahwa perbedaan dalam biaya layanan kesehatan primer didorong oleh volume kasus. Berhubung data tentang penggerak biaya (*cost drivers*) SPM di Indonesia sangat terbatas, HP+ menggunakan sejumlah data sebagai faktor pertimbangan dalam penentuan kriteria sampling: (1) klasifikasi wilayah; (2) ketersediaan SDM untuk kegiatan promotif dan preventif di tingkat puskesmas di tiap kabupaten/kota; (3) proporsi belanja kesehatan dari total belanja pemerintah daerah; (4) dan kinerja SPM di tahun 2017.

Analisis regresi menunjukkan bahwa belanja kesehatan dan kapasitas SDM di tingkat puskesmas berdampak positif pada kinerja SPM dan bersifat sinergistik. Oleh karena itu, kajian ini menyusun empat kategori sampling dari empat klasifikasi wilayah, yaitu:

1. Belanja kesehatan tinggi, kapasitas SDM tinggi, kinerja SPM tinggi
2. Belanja kesehatan tinggi, kapasitas SDM tinggi, kinerja SPM rendah
3. Belanja kesehatan rendah, kapasitas SDM rendah, kinerja SPM tinggi

4. Belanja kesehatan rendah, kapasitas SDM rendah, kinerja SPM rendah

Sampling kota dan kabupaten dilakukan secara terpisah. Sebanyak 4 kota dipilih dari Indonesia Barat dan dari Indonesia Timur, dengan total sampel 8 kota. Untuk kabupaten prosedur sampling dilakukan sebagai berikut: Indonesia bagian Barat, wilayah yang disampel dibagi menjadi (1) Sumatra dan Kalimantan dan (2) Jawa dan Bali; di Indonesia bagian Timur, wilayah dibagi menjadi (3) Sulawesi dan (4) Papua, Maluku, dan Nusa Tenggara. Dari masing-masing keempat wilayah tersebut, dipilih empat kabupaten dengan total secara keseluruhan 16 kabupaten, tersebar di 19 dari 34 provinsi di Indonesia.

Di setiap 24 kabupaten/kota sampel, HP+ mengumpulkan data dari:

- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- 4 puskesmas (2 puskesmas dengan layanan rawat jalan saja dan 2 puskesmas dengan layanan rawat inap)
- 2 klinik swasta
- 1 pustu
- 1 polindes

Daftar lengkap sampel ada di Lampiran B.

Tabel 3. Distribusi Sampel per Wilayah dan Jenis Fasilitas

Fasilitas	Bali dan Nusa Tenggara	Jawa	Maluku dan Papua	Sulawesi	Sumatra dan Kalimantan	Total
Dinkes Kab/Kota	3	4	2	7	8	24
Pukesmas rawat jalan	7	7	7	13	14	48
Pukesmas rawat inap	6	9	3	16	14	48
Klinik swasta	3	8	5	10	6	32
Polindes	3	0	2	3	7	15
Pustu	2	4	5	6	7	24
Total	24	32	24	56	56	191

Pendekatan Costing yang Diterapkan

HP+ menerapkan perspektif biaya (costing) petugas kesehatan setempat yang bertanggung jawab melakukan perencanaan dan penyusunan anggaran SPM sesuai Permenkes 4/2019. Perspektif costing ini bersifat normatif, yang berarti mencerminkan biaya yang akan dikeluarkan Dinkes Kab/Kota dan fasilitas kesehatan bila pelaksanaan SPM mengikuti petunjuk teknis Permenkes 4/2019. Akan tetapi, untuk klinik swasta yang tidak melakukan sub-kegiatan SPM, maka perhitungan biaya tidak dapat dilakukan karena tidak ada data biaya yang dapat dimasukkan untuk layanan yang tidak dilakukan.

Fasilitas kesehatan yang terdiri dari puskesmas, klinik swasta, pustu, dan polindes adalah pelaksana utama kegiatan SPM. Dalam pelaksanaan SPM, tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota meliputi perencanaan tingkat kab/kota, dukungan logistik, koordinasi, pemantauan dan evaluasi, serta pencatatan dan pelaporan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Kemenkes sebagaimana yang diwajibkan. Oleh karena itu perhitungan biaya Dinkes Kab/Kota dan fasilitas kesehatan dilakukan secara terpisah. Biaya langsung mencakup biaya obat-obatan, vaksin, perlengkapan, alat kesehatan, dan transportasi yang berkaitan langsung

dengan penyediaan layanan SPM. Biaya *overhead* terdiri dari biaya lainnya yang tidak berkaitan langsung dengan penyediaan layanan SPM, termasuk biaya operasional, biaya tetap berulang dan biaya tenaga petugas. Setelah berkonsultasi dengan PPJK, diputuskan untuk memasukkan biaya tenaga petugas ke dalam biaya *overhead* atas dasar: (1) gaji petugas adalah biaya tetap berulang yang merupakan bagian dari anggaran pemerintah daerah dan tidak berubah-ubah berdasarkan kinerja SPM; (2) petugas, terutama di fasilitas kesehatan, memiliki beberapa peran atau multi-fungsi di mana tugas yang mereka lakukan dapat merupakan kegiatan SPM (misalnya kegiatan pencegahan dan promosi kesehatan) dan juga non-SPM (misalnya pengobatan), sehingga sulit untuk menghitung secara akurat biaya langsung tenaga petugas untuk tiap kegiatan SPM.

Sejumlah kajian mengindikasikan bahwa metodologi kombinasi costing yang terdiri dari pendekatan *bottom-up* dan *top-down* adalah pendekatan yang dapat digunakan di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah yang sering kali memiliki keterbatasan data (Hendricks et al., 2014). Bila tingkat akurasi kedua metode ini dibandingkan, costing dengan pendekatan *bottom-up* dapat memberi gambaran yang lebih akurat tentang sumber daya yang digunakan untuk menyediakan layanan kesehatan, walaupun inefisiensi dalam penyediaan layanan cenderung tergambar lebih rendah dari yang sesungguhnya (Cunama et al., 2016). Untuk menghitung biaya langsung, HP+ menggunakan pendekatan *bottom-up* atau berbasis kegiatan (*ingredients-based*) yaitu menghitung biaya berdasarkan kuantifikasi input yang diperlukan untuk melaksanakan tiap indikator SPM. Untuk menghitung biaya *overhead* (terdiri dari biaya operasional, biaya tetap berulang, dan biaya tenaga petugas), HP+ menggunakan pendekatan *top-down* dan membuat faktor alokasi berdasarkan proporsi waktu petugas (diperoleh melalui wawancara dengan petugas) yang dihabiskan untuk tiap kegiatan SPM (di tingkat Dinkes Kab/Kota) atau tiap sub-kegiatan SPM (di tingkat fasilitas kesehatan).

Untuk tingkat Dinkes Kab/Kota, HP+ memasukkan semua biaya dari bidang non-SPM (bagian perencanaan, administrasi dan keuangan, farmasi, serta pencatatan/pelaporan) sebagai biaya *overhead*, bersama alokasi proporsi waktu yang digunakan oleh staf Dinkes Kab/Kota dalam melakukan kegiatan SPM (Gambar 4). Bidang SPM terdiri dari: (1) bidang kesehatan ibu dan anak (KIA) dengan layanan untuk ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, anak balita dan anak usia pendidikan dasar; (2) layanan penyakit menular (P2M) untuk tuberkulosis dan HIV; dan (2) penyakit tidak menular (PTM) untuk dewasa usia produktif, lanjut usia, skrining dan layanan hipertensi, skrining dan layanan diabetes, serta layanan untuk gangguan jiwa. Untuk bidang-bidang SPM ini, HP+ menghitung biaya *overhead* (biaya tetap berulang, operasional dan tenaga petugas) dan biaya langsung untuk SPM (obat-obatan, vaksin, bahan habis pakai medis, peralatan medis, bahan habis pakai non-medis, dan transportasi untuk SPM) (Gambar 4). Obat-obatan untuk SPM selain obat anti-tuberkulosis (OAT) dan antiretroviral (ARV) diadakan oleh Dinkes Kab/Kota atau fasilitas kesehatan, tergantung pada peraturan masing-masing daerah. Di tingkat penyedia layanan (puskesmas, klinik swasta, pustu, dan polindes) HP+ menghitung biaya *overhead* untuk bidang-bidang non-SPM (perencanaan, keuangan, farmasi, pencatatan dan pelaporan serta pendaftaran) juga biaya *overhead* dan biaya langsung untuk bidang SPM (KIA, P2M, PTM) (Gambar 4). Metode perhitungan biaya sama dengan metode yang digunakan untuk Dinkes Kab/Kota, bedanya hanya bahwa biaya dihitung untuk tingkat sub-kegiatan SPM dan bukan tingkat kegiatan (lihat Tabel 2 terkait dengan perbedaan antara kegiatan dan sub-kegiatan SPM).

Gambar 4. Biaya Langsung dan Biaya Overhead di Dinkes Kab/Kota dan di Penyedia Layanan

Dinas Kesehatan Kab/Kota			Penyedia Layanan Kesehatan		
Divisi Non-SPM	Divisi SPM		Divisi Non-SPM	Divisi SPM	
Biaya Overhead	Biaya Overhead	Biaya Langsung	Biaya Overhead	Biaya Overhead	Biaya Langsung
<ul style="list-style-type: none"> Gedung Alat non-medis Utilities Staf non-SPM ATK Pemeliharaan Pertemuan non-SPM Biaya lain 	<ul style="list-style-type: none"> Gedung Alat non-medis Utilities ATK Pemeliharaan Pelatihan Staf SPM Biaya lain 	<ul style="list-style-type: none"> Obat Vaksin BHP medis BHP non-medis Peralatan medis Transportasi untuk SPM 	<ul style="list-style-type: none"> Gedung Alat non-medis Utilities Staf non-SPM ATK Pemeliharaan Pertemuan non-SPM Biaya lain 	<ul style="list-style-type: none"> Gedung Alat non-medis Utilities ATK Pemeliharaan Pelatihan Staf SPM 	<ul style="list-style-type: none"> Obat Vaksin BHP medis BHP non-medis Peralatan medis Transportasi untuk SPM

Diskusi Kelompok Terarah (FGD)

Untuk melengkapi analisis, HP+ melakukan diskusi kelompok terarah (FGD) di 24 kab/kota sampel untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang tantangan dan berbagai faktor yang mendukung pelaksanaan SPM. HP+ dan PPK UI menyusun panduan FGD untuk tiap kelompok layanan SPM (KIA, P2M, dan PTM) dan melakukan FGD dengan sekitar 20 staf Dinkes Kab/Kota dan petugas kesehatan dari puskesmas dan klinik swasta di tiap kab/kota (lihat Lampiran C untuk panduan FGD). FGD menelusuri lima tema kunci, yaitu: (1) Sosialisasi SPM; (2) Perencanaan SPM; (3) Implementasi SPM dan strategi untuk mencapai target; (4) Pelaporan SPM; dan (5) Pemantauan/monitoring dan evaluasi SPM. Tiap tema dibagi menjadi sub-tema untuk berbagai isu yang dihadapi oleh perencana kesehatan di Dinkes Kab/Kota, puskesmas, dan klinik. Sebagai contoh, untuk tema perencanaan SPM, FGD menelusuri kendala yang dialami selama proses perencanaan, peran dari masing-masing pemangku kepentingan dalam perencanaan, serta apakah kegiatan yang direncanakan selaras dengan regulasi yang ada. HP+ mengembangkan matriks berdasarkan tema-tema kunci ini, dan melakukan analisis kualitatif atas temuan dari FGD melalui pencarian beberapa kata kunci menggunakan Excel.

Estimasi Kebutuhan Sumber Daya SPM di Indonesia

HP+ menghitung perkiraan sumber daya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan SPM secara nasional di Indonesia menggunakan biaya satuan untuk tahun 2019 dan target SPM di tingkat kabupaten/kota dari Pusdatin-Kemendes untuk ke-12 indikator SPM. Target SPM tersedia untuk tahun 2017 hingga 2019. HP+ membuat daftar induk berisi data untuk tiap target di tiap kabupaten/kota berdasarkan tahun termutakhir yang tersedia. Untuk data target yang tidak tersedia, HP+ menggunakan rerata target SPM yang ada di tingkat provinsi untuk kab/kota yang bersangkutan, dan memastikan bahwa semua data target di kab/kota sama atau di bawah estimasi target yang tercatat di provinsi. Perhitungan sumber daya SPM untuk Dinkes Kab/Kota dan puskesmas di tiap wilayah Indonesia dilakukan konsisten dengan analisis biaya satuan SPM (Jawa; Bali dan Nusa Tenggara; Maluku dan Papua;

Sulawesi; Sumatra dan Kalimantan). Untuk mendukung proses perencanaan dan penganggaran SPM di tingkat kab/kota sebaik mungkin, HP+ menyajikan estimasi kebutuhan sumber daya SPM dalam bentuk biaya langsung dan total biaya (termasuk *overhead*) secara terpisah.

Hasil Penelitian

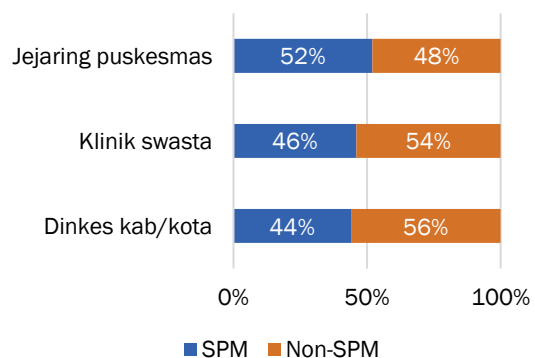
Hasil SPM untuk Jenjang Nasional

Tenaga Kesehatan untuk Kegiatan SPM

Sesuai panduan yang ada dalam Permenkes 4/2019, penyedia kesehatan memiliki keleluasaan untuk memilih tenaga kesehatan yang tepat untuk menyediakan layanan SPM. Penyedia layanan kesehatan dapat mengalihkan atau membagikan tugas layanan antara dokter, dokter spesialis, bidan, atau perawat tergantung pada jenis layanan yang perlu diberikan dan situasi setempat. Rata-rata waktu yang digunakan petugas untuk melakukan kegiatan SPM berkisar dari yang terendah 44% di Dinkes Kab/Kota hingga yang tertinggi 52% di jejaring puskesmas (Gambar 5).

Dari waktu yang digunakan staf Dinkes Kab/Kota untuk SPM, rata-rata porsi terbanyak adalah untuk layanan tuberkulosis (14%), diikuti dengan layanan HIV (13%) dan layanan untuk gangguan jiwa (10%). Layanan yang memperoleh porsi terkecil waktu adalah layanan untuk penduduk berusia lanjut (6%) dan dewasa usia produktif (6%) (Tabel 4). Petugas kesehatan di jejaring puskesmas umumnya menggunakan sebagian besar waktu mereka untuk layanan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak (45%), sementara layanan yang memperoleh porsi waktu terkecil adalah layanan HIV (5%) dan layanan untuk gangguan jiwa (5%), yang terutama disebabkan oleh rendahnya volume pasien untuk kedua layanan ini. Di klinik swasta, porsi terbesar dari waktu petugas memberi layanan SPM adalah untuk layanan hipertensi (18%) dan porsi terkecil waktu petugas adalah untuk layanan gangguan jiwa (1%), layanan HIV (3%), dan layanan untuk anak usia pendidikan dasar (3%). Ini terutama disebabkan volume pasien yang membutuhkan layanan-layanan tersebut di klinik swasta relatif rendah (Tabel 4).

Gambar 5. Rata-Rata Proporsi Waktu yang Digunakan Petugas untuk Kegiatan SPM dan Non-SPM



Tabel 4. Rata-rata proporsi (%) waktu petugas yang digunakan untuk SPM dan jenis tenaga kesehatan yang dapat memberi layanan

SPM	Dinkes	Klinik swasta	Jejaring puskesmas	Tenaga kesehatan yang dapat memberi layanan
Kehamilan	7	12	12	Dokter, SPOG, bidan, perawat
Persalinan	7	8	10	Dokter, SPOG, bidan, perawat
Bayi baru lahir	7	7	10	Dokter, SpA, bidan, atau perawat
Balita	9	13	13	Dokter, bidan, atau perawat; ahli gizi

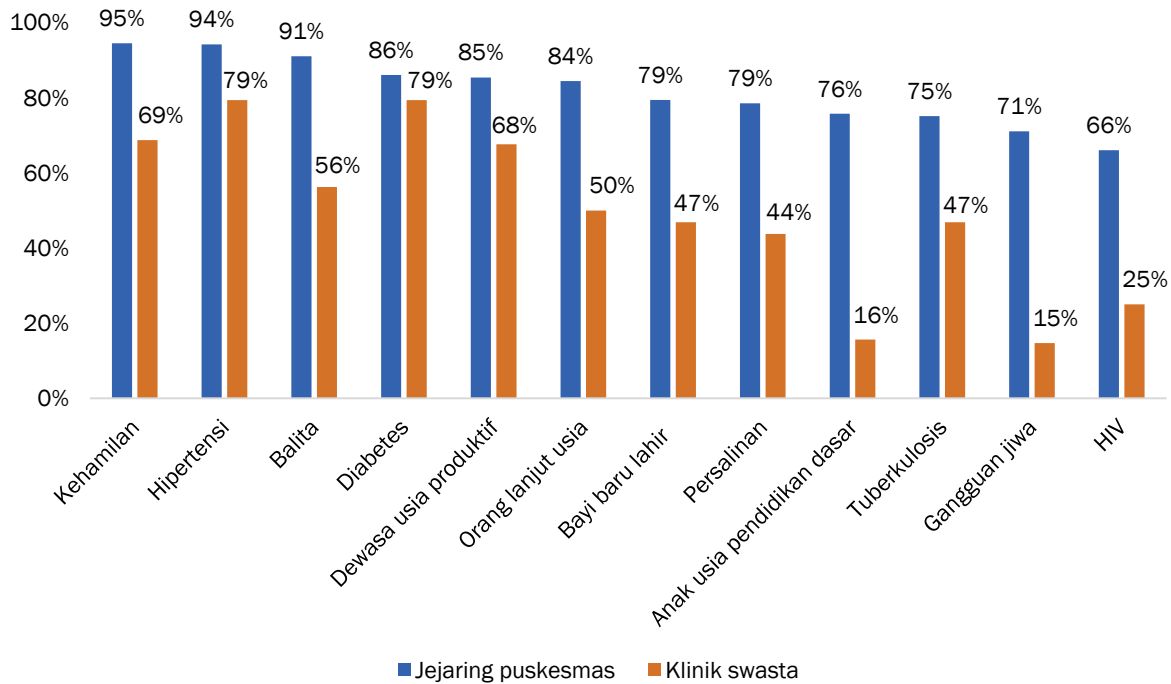
SPM	Dinkes	Klinik swasta	Jejaring puskesmas	Tenaga kesehatan yang dapat memberi layanan
Anak usia pendidikan dasar	7	3	10	Dokter, Drg., bidan, atau perawat; ahli gizi; tenaga kesehatan masyarakat; guru atau konselor sebaya terlatih
Dewasa usia produktif	6	10	7	Dokter, bidan, atau perawat; ahli gizi; tenaga kesehatan masyarakat atau petugas non-kesehatan terlatih
Lansia	6	9	8	Dokter, bidan, atau perawat; ahli gizi; tenaga kesehatan masyarakat atau petugas non-kesehatan terlatih
Hipertensi	7	18	7	Dokter, bidan, atau perawat; ahli gizi; tenaga kesehatan masyarakat
Diabetes	7	11	6	Dokter, bidan, atau perawat; ahli gizi; tenaga kesehatan masyarakat
Gangguan jiwa	10	1	5	Dokter, perawat, atau tenaga kesehatan terlatih lain
Tuberkulosis	14	5	6	Dokter, SpPD, SpP, atau perawat; analis lab; operator x-ray
HIV	13	3	5	Dokter, SpPD, atau perawat; bidan; analis lab; mentor dan tenaga penjangkau terlatih

Ketersediaan Layanan SPM bidang Kesehatan

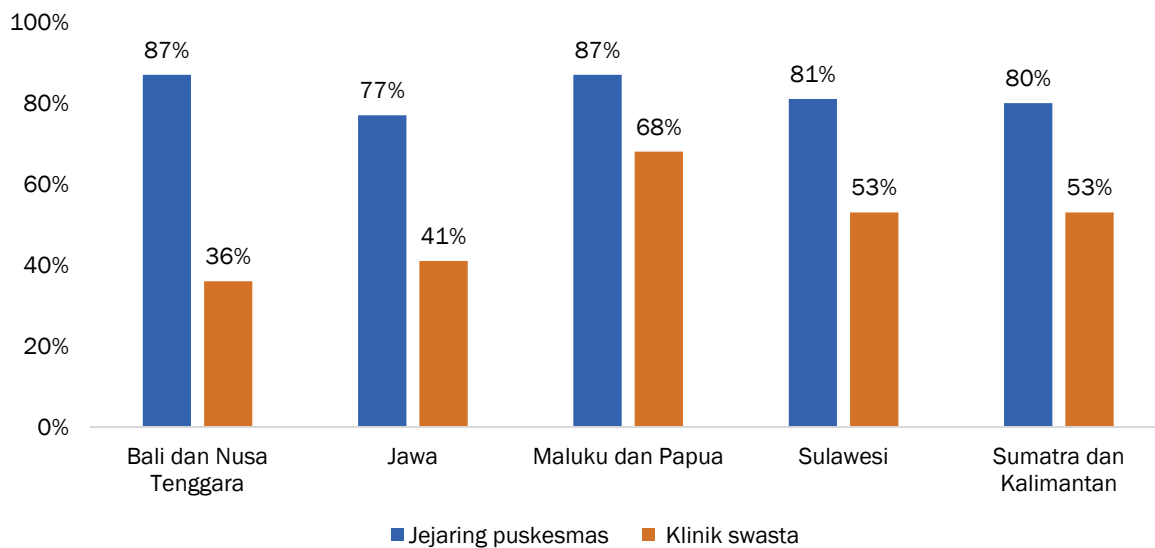
Melalui wawancara dengan staf fasilitas kesehatan dan pengamatan langsung, HP+ mengukur ketersediaan dukungan layanan SPM kesehatan dalam fasilitas kesehatan sampel dengan mengacu pada daftar kegiatan yang tercantum dalam Permenkes 4/2019 sebagai tanggung jawab Dinkes Kab/Kota dan daftar sub-kegiatan yang menjadi kewajiban puskesmas dan jejaringnya serta klinik swasta. Daftar ini mencakup perencanaan, dukungan logistik, koordinasi, pemantauan dan evaluasi, pencatatan dan pelaporan di Dinkes Kab/Kota. Pada tingkat fasilitas kesehatan, HP+ melakukan pengukuran rinci tentang pelaksanaan sub-kegiatan SPM, yaitu pemantauan dan evaluasi, penyediaan layanan kesehatan, pendataan, pencatatan dan pelaporan, dan rujukan (lihat Tabel 2).

Semua Dinkes Kab/Kota memenuhi semua kriteria (100% ketersediaan) untuk kegiatan SPM, kecuali layanan HIV (rata-rata ketersediaan 95.8%). Hasil analisis mengindikasikan bahwa layanan SPM lebih banyak diberikan oleh puskesmas sampel dan jejaringnya daripada oleh klinik swasta sampel. Rata-rata, ketersediaan layanan untuk ibu hamil, individu dengan hipertensi, dan balita di jejaring puskesmas melebihi 90% (Gambar 6). Tingkat ketersediaan terendah rata-rata adalah untuk layanan gangguan jiwa (71%) dan HIV (66%). Beberapa puskesmas dan jejaringnya berada di wilayah terpencil di mana angka kejadian dan prevalensi HIV sangat rendah, sehingga 100% ketersediaan layanan HIV di semua fasilitas kesehatan tidak diperlukan. Sama halnya dengan gangguan jiwa, temuan di beberapa wilayah menunjukkan bahwa jumlah individu dengan gangguan jiwa rendah, dan semua fasilitas kesehatan sampel menyebutkan ketidakcukupan personil untuk melakukan skrining dan mengunjungi rumah pasien. Ketersediaan layanan SPM lebih rendah di fasilitas kesehatan swasta dibandingkan di puskesmas dan jejaringnya; rata-rata layanan yang paling banyak tersedia adalah layanan hipertensi (79%) dan diabetes (79%), dan layanan yang paling sedikit tersedia adalah untuk gangguan jiwa (15%), layanan untuk anak-anak usia pendidikan dasar (16%) dan layanan HIV (25%) (Gambar 6). Bila dibandingkan antar wilayah, rata-rata ketersediaan layanan SPM di klinik swasta bervariasi mulai dari 36% di Bali dan Nusa Tenggara hingga 68% di Maluku dan Papua (Gambar 7). Di sampel puskesmas dan jejaringnya, rata-rata ketersediaan layanan SPM berkisar antara 77% di Jawa hingga 87% di Bali, Nusa Tenggara, Maluku, dan Papua (Gambar 7).

Gambar 6. Rata-Rata Ketersediaan Layanan SPM di Jejaring Puskesmas dan Klinik Swasta Sampel



Gambar 7. Ketersediaan Layanan di Jejaring Puskesmas dan Klinik Swasta Sampel per Wilayah



Rerata Biaya Satuan (Unit Cost) SPM

HP+ menghitung rerata biaya satuan langsung, *overhead*, dan total biaya SPM di Dinkes Kab/Kota, jejaring puskesmas dan klinik swasta sampel untuk 12 indikator SPM, juga layanan SPM HIV dan tuberkulosis dengan biaya obat (Tabel 5). Untuk layanan SPM lain di luar HIV dan tuberkulosis, biaya obat-obatan dihitung sebagai bagian dari biaya langsung yang diadakan di Dinkes Kab/Kota oleh faskes sendiri, sesuai peraturan daerah setempat. Kegiatan SPM untuk HIV dan tuberkulosis yang tercantum di Permenkes 4/2019 sebetulnya berfokus pada pencegahan dan promosi kesehatan yaitu pemetaan populasi berisiko,

skrining, konseling dan edukasi, membangun jejaring, pencatatan dan pelaporan, pemantauan dan evaluasi, dan rujukan di tingkat puskesmas. Jadi kab/kota tidak perlu merencanakan dan menganggarkan biaya obat karena obat akan disediakan oleh pemerintah pusat.² Akan tetapi, beberapa kab/kota tidak menerima obat anti TB (OAT) dan ARV sesuai dengan jumlah yang mereka butuhkan sehingga mereka perlu membeli obat tambahan. Proses lelang untuk pengadaan antiretroviral yang dilakukan pemerintah pusat juga pernah mengalami penundaan yang menyebabkan kekurangan stok antiretroviral. Dalam situasi seperti ini, untuk mencapai 100% target SPM, kab/kota mungkin perlu merencanakan dan menganggarkan sebagian dana untuk porsi penduduk mereka yang menerima layanan HIV dan/atau tuberkulosis yang disertai biaya obat. Untuk kab/kota yang menghadapi situasi ini, HP+ menghitung juga biaya satuan untuk layanan HIV dan tuberkulosis yang disertai biaya OAT dan ARV, per orang per tahun.

Tabel 5. Rerata biaya satuan SPM di Dinkes Kab/Kota, jejaring puskesmas, klinik swasta sampel (Rupiah)

SPM	Dinkes Kab/Kota			Jejaring Puskesmas			Klinik Swasta		
	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total
Kehamilan	52,324	19,572	71,896	41,529	119,925	161,454	12,638	64,445	77,083
Persalinan	104,102	22,813	126,916	73,282	131,448	204,730	77,749	239,647	317,396
Bayi baru lahir	81,614	21,829	103,442	61,911	217,497	279,409	52,042	339,564	391,606
Balita	138,618	6,921	145,539	58,324	75,111	133,435	25,490	28,873	54,364
Anak usia pendidikan dasar	14,004	10,867	24,872	18,405	150,871	169,276	3,434	4,752	8,186
Dewasa usia produktif	50,908	2,292	53,199	15,150	36,771	51,921	6,461	35,953	42,414
Lansia	45,915	7,326	53,241	36,983	52,523	89,506	35,129	77,328	112,456
Hipertensi	12,362	4,539	16,900	8,402	75,880	84,282	12,623	164,276	176,898
Diabetes	28,290	28,441	56,731	54,023	84,404	138,428	76,227	123,442	199,669
Gangguan jiwa	70,395	168,026	238,421	88,264	147,117	235,381	30,619	147,411	178,030
TB (- OAT)	89,164	76,499	165,663	79,266	195,270	274,536	9,293	245,794	255,087
TB (+OAT)	1,052,335	76,499	1,128,835	371,341	195,270	566,611	216,222	245,794	462,016
HIV (- ARV)	99,750	77,373	177,123	33,214	194,714	227,928	2,702	163,159	165,861
HIV (+ ARV)	1,502,749	77,373	1,580,122	59,158	194,714	253,872	13,476	163,159	176,635

Rata-rata di Dinkes Kab/Kota sampel, total biaya satuan SPM yang terendah adalah untuk layanan hipertensi (Rp. 16.900) dan yang tertinggi adalah untuk layanan HIV dengan obat (Rp. 1.580.122) dan layanan tuberkulosis dengan obat (Rp. 1.128.835).

- Biaya obat untuk layanan tuberkulosis dan HIV adalah bagian dari biaya langsung di tingkat Dinkes Kab/Kota dan menyebabkan total biaya satuan (*unit cost*) SPM untuk layanan tuberkulosis dan HIV cukup tinggi.
- Satuan biaya langsung untuk SPM yang terendah adalah untuk layanan hipertensi (Rp. 12.362) dan layanan anak usia pendidikan dasar (Rp. 14.004). Layanan hipertensi terdiri dari pengukuran tekanan darah, pemantauan, edukasi, dan terapi farmakologi yang terutama diberikan di tingkat fasilitas kesehatan. Begitu pula, layanan untuk anak usia pendidikan dasar terdiri dari skrining kesehatan (status gizi,

² Kepmenkes No: 1190/MENKES/SK/2004 tentang Pemberian Gratis Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dan Obat Anti Retro Viral (ARV) untuk HIV/AIDS yang dikeluarkan pada tanggal 19 Oktober 2004.

tanda-tanda vital, pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, dan penilaian ketajaman indera penglihatan dan pendengaran), dan sebagian besar biaya terjadi di tingkat fasilitas kesehatan.

- Satuan biaya *overhead* untuk SPM yang tertinggi adalah untuk layanan gangguan jiwa (Rp. 168.026), yang terutama disebabkan karena populasi sasaran yang menerima layanan gangguan jiwa (yaitu orang dengan gangguan jiwa berat) relatif kecil.

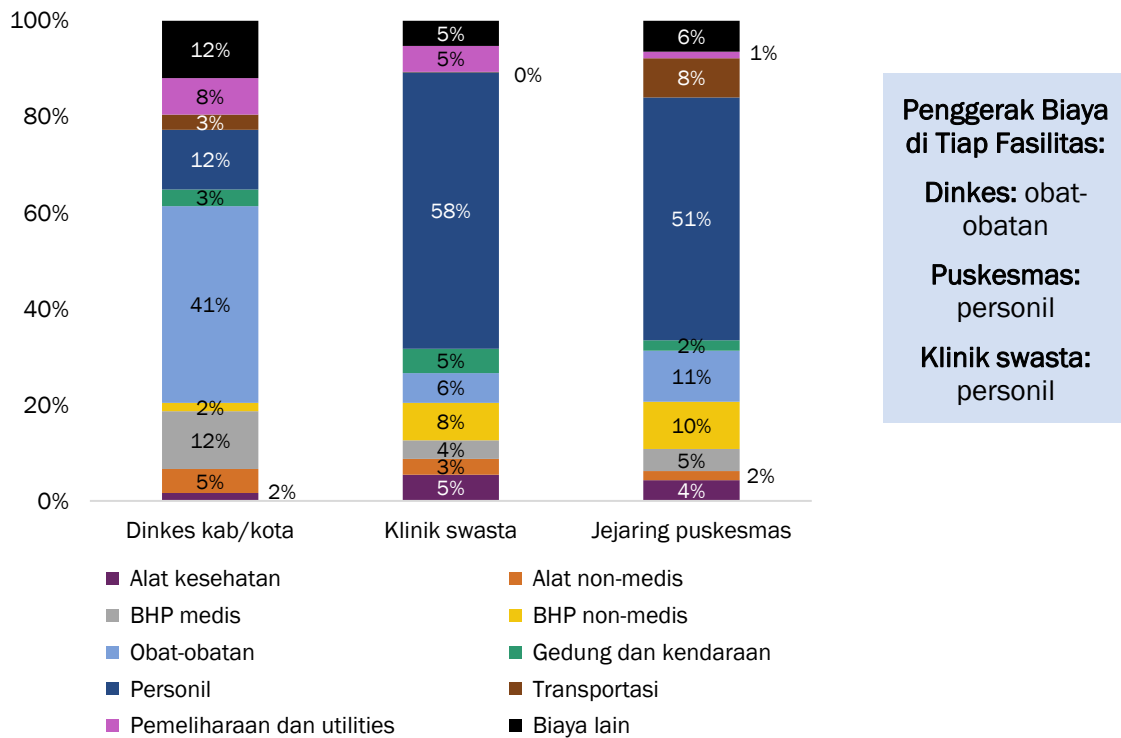
Rata-rata di jejaring puskesmas sampel, total biaya satuan (*unit cost*) SPM berkisar antara Rp. 51.921 untuk dewasa usia produktif hingga Rp. 566.611 untuk layanan tuberkulosis dengan obat. Di klinik swasta yang menjadi sampel, rerata total biaya satuan SPM berkisar antara Rp. 8.186 untuk layanan anak-anak usia pendidikan dasar hingga Rp. 462.016 untuk layanan tuberkulosis dengan obat.

- Untuk semua layanan SPM yang diberikan di jejaring puskesmas dan klinik swasta sampel, satuan biaya *overhead* lebih tinggi dari satuan biaya langsung, yang terutama disebabkan oleh biaya petugas yang lebih tinggi daripada biaya langsung untuk promosi kesehatan dan memberi layanan pencegahan.
- Dari jejaring puskesmas dan klinik swasta yang menjadi sampel, satuan biaya langsung untuk sebagian besar SPM berada dalam kisaran yang cukup mirip kecuali: layanan untuk anak usia pendidikan dasar (biaya di puskesmas dan jejaringnya adalah empat kali lipat lebih tinggi); layanan tuberkulosis tanpa obat (biaya di puskesmas dan jejaringnya mencapai tujuh kali lipat); dan layanan HIV tanpa ARV (biaya di puskesmas dan jejaringnya mencapai lebih dari sepuluh kali lipat).
- Satuan biaya *overhead* tertinggi adalah untuk layanan bayi baru lahir (Rp. 217.497 di puskesmas dan jejaringnya dan Rp. 339.564 di klinik swasta), yang memerlukan tiga kali pertemuan dengan penyedia layanan kesehatan trampil dengan interval tertentu: kunjungan pertama adalah antara 6-48 jam setelah lahir; kunjungan kedua adalah antara 3-7 hari setelah lahir; dan kunjungan ketiga terjadi di hari 8-28 setelah lahir.
- Di klinik swasta sampel, biaya *overhead* terendah adalah untuk layanan anak usia pendidikan dasar (Rp. 8.186), yang disebabkan oleh singkatnya waktu rata-rata yang digunakan staf untuk memberi layanan (3% dari total waktu yang digunakan untuk layanan SPM) dibandingkan dengan waktu yang digunakan petugas puskesmas (10%). Rata-rata, layanan untuk anak usia pendidikan dasar tersedia di 16% klinik swasta (dibandingkan dengan ketersediaan layanan di 76% puskesmas dan jejaringnya), hal ini mengindikasikan bahwa populasi sasaran ini tidak umum dilayani di klinik swasta.

Penggerak Biaya (Cost Drivers)

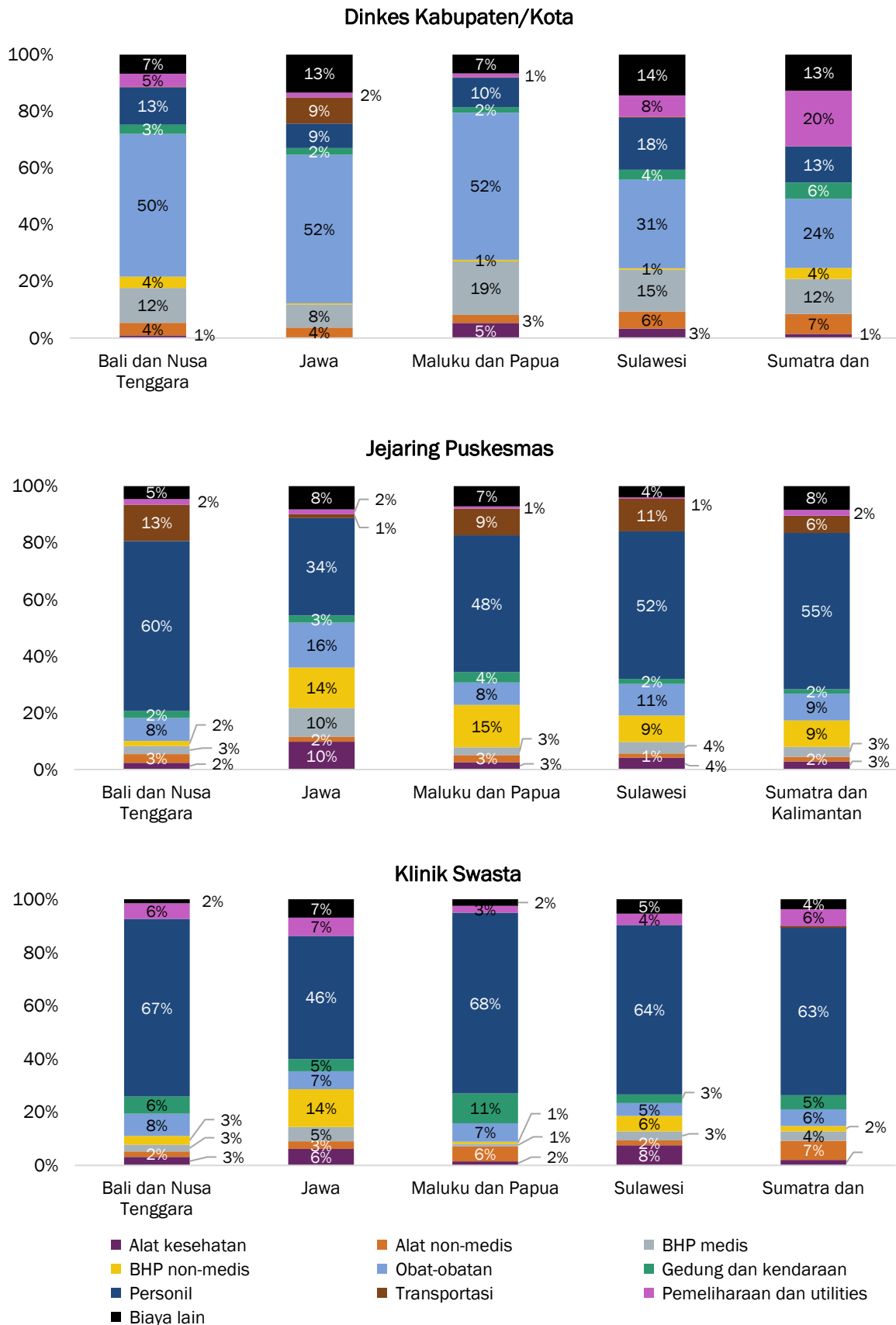
Bila dilihat berdasarkan komponen biaya, rata-rata 41% dari biaya SPM di Dinkes Kab/Kota adalah untuk obat-obatan, sedangkan biaya petugas, BHP medis dan biaya lainnya lebih rendah, yaitu masing-masing 12% (Gambar 8). Rata-rata komponen biaya terbesar di puskesmas dan jejaringnya serta klinik swasta sampel adalah untuk personil (51% dan 58%, masing-masing). BHP non-medis dan obat-obatan juga merupakan porsi yang signifikan dari total biaya SPM di jejaring puskesmas, dan klinik swasta sampel (10% dan 8%, masing-masing) (Gambar 8).

Gambar 8. Proporsi Komponen Biaya SPM di Dinkes Kab/Kota, Klinik Swasta, dan Jaringan Puskesmas



Gambar 9 merupakan perluasan dari Gambar 8, yaitu menyorot penggerak biaya di berbagai wilayah. Di tingkat Dinkes Kab/Kota, obat-obatan adalah penggerak biaya yang signifikan di Bali dan Nusa Tenggara (50% dari total biaya SPM), Jawa, Maluku dan Papua (52% dari total biaya SPM), tapi hanya merupakan porsi yang relatif kecil dari total biaya SPM di Dinkes Kab/Kota di Sulawesi (31%), Sumatra dan Kalimantan (24%) (Gambar 9). Biaya personil adalah penggerak biaya terbesar di jejaring puskesmas sampel di Bali dan Nusa Tenggara (60% dari total biaya SPM) tapi terkecil di Jawa (34% dari total biaya SPM). Di Jawa biaya obat-obatan sebagai porsi dari total biaya SPM lebih signifikan (16%) dibandingkan di wilayah lain. Di klinik swasta sampel, biaya personil dari total biaya SPM berkisar antara 46% di Jawa hingga 67% di Bali dan Nusa Tenggara (Gambar 9).

Gambar 9. Proporsi Komponen Biaya SPM di Dinkes Kab/Kota, Jejaring Puskesmas, dan Klinik Swasta Antar Wilayah



Tabel 6 merangkum berbagai wilayah dengan total biaya satuan SPM terendah dan tertinggi; sedangkan grafik yang secara rinci memetakan ragam penggerak biaya SPM per indikator per wilayah ada di Lampiran D. Untuk tingkat Dinkes Kab/Kota, biaya satuan terendah untuk lima indikator SPM ditemui di Jawa dan Bali/Nusa Tenggara, sedangkan biaya satuan tertinggi untuk enam indikator SPM ada di Sulawesi (Tabel 6). Di tingkat Dinkes Kab/Kota, biaya satuan yang tinggi terutama disebabkan oleh biaya langsung karena untuk tingkat Dinas, biaya *overhead* hanya merupakan proporsi yang relatif kecil dari total biaya satuan SPM. Di Sulawesi, biaya satuan yang tinggi untuk empat dari enam layanan SPM terutama disebabkan oleh biaya obat, yaitu 86% dari biaya langsung layanan HIV, 87% dari biaya langsung layanan tuberkulosis, 58% dari biaya langsung layanan gangguan jiwa, dan 50% dari biaya langsung untuk layanan anak balita. Di puskesmas sampel, biaya satuan terendah untuk lima layanan SPM ada di Sumatra/Kalimantan dan Bali/Nusa Tenggara, dan biaya satuan SPM tertinggi ada di Maluku/Papua dan Jawa untuk lima layanan SPM. Di Pulau Jawa, biaya satuan yang tinggi adalah untuk layanan bayi baru lahir, HIV dan TB, dan ini disebabkan oleh biaya *overhead* yang berkisar antara 44% hingga 91% dari total biaya satuan. Begitu pula dengan biaya satuan yang tinggi di puskesmas di Maluku dan Papua, yaitu untuk layanan ibu hamil, anak balita, dewasa usia produktif, populasi usia lanjut dan layanan gangguan jiwa, yang disebabkan oleh tingginya biaya *overhead* (terutama untuk biaya tenaga petugas). Situasi yang sama ditemui di klinik swasta yang menjadi sampel di Maluku dan Papua. Untuk delapan layanan SPM, biaya satuan tertinggi ada di klinik swasta di Maluku dan Papua, dibandingkan dengan wilayah lain dan itu disebabkan terutama oleh biaya *overhead* yang tinggi. Secara umum, beragamnya biaya *overhead* menyebabkan biaya layanan untuk tiap indikator SPM juga sangat beragam, dan ini lebih banyak terlihat di klinik swasta daripada di puskesmas. Sebagai contoh, di klinik swasta, rerata biaya layanan bayi baru lahir yang terendah ditemui di Sumatra/Kalimantan (Rp. 99.631) sementara yang tertinggi ditemui di Maluku/Papua dengan besaran yang hampir tujuh kali lipat (Rp. 699.354). Ini terutama disebabkan oleh biaya *overhead* yang tinggi (mencapai 95% dari biaya satuan layanan bayi baru lahir).

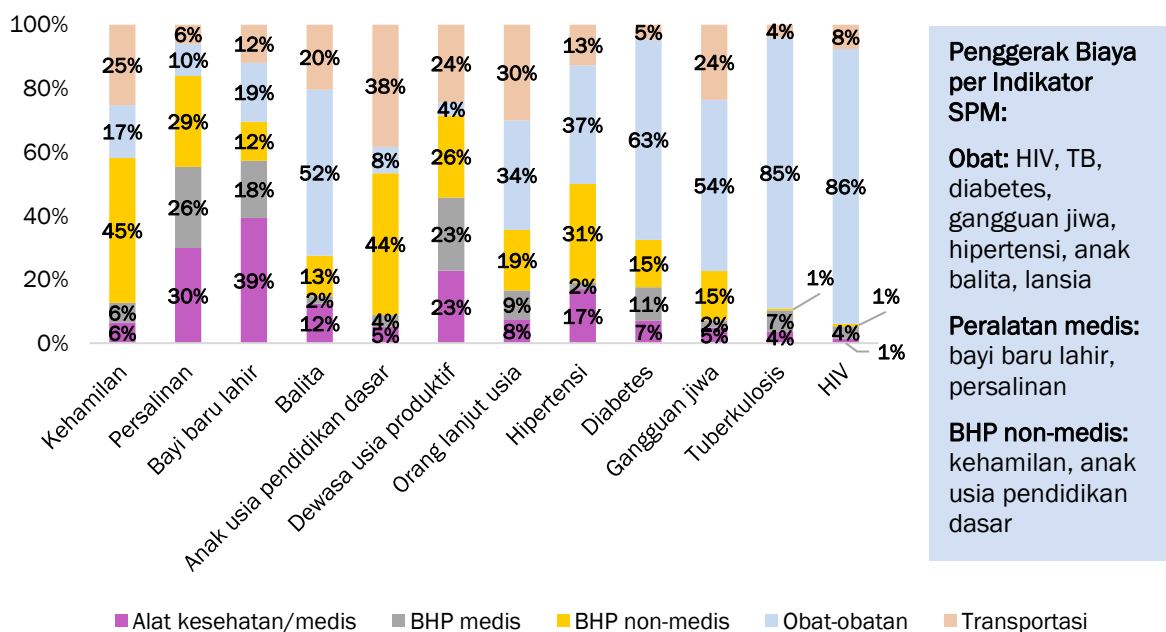
Tabel 6. Wilayah Dengan Total Biaya Satuan SPM Terendah dan Tertinggi (Rupiah)

SPM	Dinkes Kab/Kota		Jejaring Puskesmas		Klinik Swasta	
	Terendah	Tertinggi	Terendah	Tertinggi	Terendah	Tertinggi
Kehamilan	61,388 ^{iv}	96,871 ⁱⁱ	89,615 ⁱ	232,601 ⁱⁱⁱ	34,214 ⁱ	94,239 ⁱⁱ
Persalinan	60,324 ^v	182,879 ^{iv}	142,302 ^v	281,191 ^{iv}	224,751 ⁱⁱ	575,687 ⁱⁱⁱ
Bayi baru lahir	84,996 ^v	137,056 ⁱⁱⁱ	183,341	387,966	99,631 ^v	699,354 ⁱⁱⁱ
Anak balita	92,974 ⁱ	163,706 ^{iv}	83,454 ^v	208,473 ⁱⁱⁱ	24,631 ⁱ	93,178 ^v
Anak usia pendidikan dasar	6,399 ⁱⁱ	47,257 ^v	110,003 ⁱ	196,749 ^v	7,036 ^{iv}	9,910 ^v
Dewasa usia produktif	17,270 ⁱ	106,895 ^{iv}	36,396 ⁱ	75,739 ⁱⁱⁱ	4,150 ⁱ	303,637 ⁱⁱⁱ
Lansia	11,518 ⁱ	198,144 ⁱⁱ	58,477 ⁱⁱ	111,376 ⁱⁱⁱ	41,020 ⁱ	260,927 ⁱⁱⁱ
Hipertensi	8,299	23,960 ⁱ	59,711 ⁱⁱ	107,200 ^v	99,545 ⁱⁱ	290,169 ⁱⁱⁱ
Diabetes	14,721 ⁱ	139,663 ⁱⁱⁱ	83,891 ⁱⁱ	176,596 ^{iv}	61,221 ⁱ	272,075 ^v
Gangguan jiwa	122,592 ⁱ	375,201 ^{iv}	146,362 ⁱⁱ	288,338 ⁱⁱⁱ	91,076 ^v	395,746 ⁱⁱⁱ
TB (<i>tanpa</i> OAT)	121,149 ⁱⁱ	194,663 ^v	207,757 ^v	505,261 ⁱ	146,028 ⁱ	342,012 ⁱⁱⁱ
TB (<i>dengan</i> OAT)	730,021 ^v	1,657,758 ^{iv}	446,185 ^v	732,437 ⁱ	150,528 ⁱ	1,153,630 ⁱⁱⁱ
HIV (<i>tanpa</i> ARV)	115,408 ⁱⁱ	271,907 ⁱⁱⁱ	133,827 ⁱⁱⁱ	366,290 ⁱ	77,684 ⁱ	256,193 ^v
HIV (<i>dengan</i> ARV)	1,090,200 ⁱⁱ	2,013,741 ^{iv}	175,791 ^v	404,951 ⁱ	77,684 ⁱ	256,193 ^v

Legend	ⁱ Jawa	ⁱⁱ Bali/NTT	ⁱⁱⁱ Maluku/Papua	^{iv} Sulawesi	^v Sumatra/Kalimantan
--------	-------------------	------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------

Terkait dengan total biaya langsung SPM di fasilitas kesehatan, penggerak biaya adalah obat-obatan untuk layanan HIV (86%), tuberkulosis (85%), diabetes (63%), gangguan jiwa (54%), anak balita (52%), hipertensi (37%), dan lansia (34%) (Gambar 10). Untuk layanan ibu hamil dan anak usia pendidikan dasar, porsi terbesar dari biaya langsung SPM adalah bahan habis pakai non-medis (45% dan 44% masing-masing) yang terutama terdiri dari formulir rekam medis, buku KIA, media edukasi dan media lainnya untuk tiap kelompok sasaran. Biaya peralatan medis merupakan porsi terbesar dari biaya langsung SPM untuk layanan bayi baru lahir (39%) dan layanan ibu bersalin (30%). Untuk layanan bayi baru lahir, peralatan medis yang dimaksud mencakup kit pelayanan bayi baru lahir dan kit kegawatdaruratan neonatal, sedangkan untuk ibu bersalin peralatan medis terdiri dari kit persalinan normal, kit kegawatdaruratan maternal, resusitasi neonatal, dan layanan postpartum/nifas.

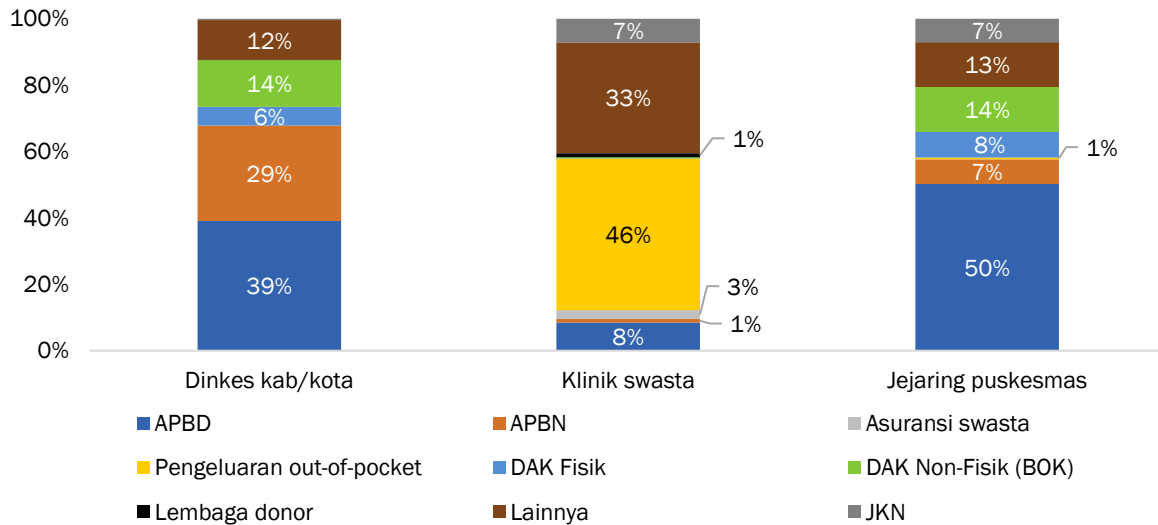
Gambar 10. Penggerak Biaya Langsung per Indikator SPM



Sumber Pembiayaan SPM

SPM dibiayai melalui berbagai sumber pendanaan, yang masing-masing menerapkan aturan dan regulasinya sendiri terkait dengan penggunaan dana (Kotak 1). Puskesmas dan jejaringnya mengandalkan dana APBD untuk membiayai porsi sebagian besar kebutuhan sumber daya SPM mereka - rata-rata 50% dari biaya SPM didanai melalui APBD (Gambar 11). Setelah APBD, sumber dana kedua tertinggi yang digunakan sampel puskesmas dan jejaringnya rata-rata adalah DAK Non-Fisik (14%) dan sumber dana lain (13%). Untuk klinik swasta, biaya layanan SPM terutama berasal dari pembayaran klien yang berasal dari dana mereka sendiri (*out-of-pocket*) – yaitu rata-rata mencapai 46% – dan sumber dana lain sekitar 33% dari kebutuhan SPM. Untuk Dinkes Kab/Kota, rata-rata 39% dari kebutuhan dana SPM diperoleh dari APBD, dan setelah itu dari APBN (29%), dan DAK Non-Fisik (14%) (Gambar 11).

Gambar 11. Total Biaya SPM Berdasarkan Sumber Pendanaan di Dinkes Kab/Kota, Klinik Swasta, dan Jejaring Puskesmas Sampel



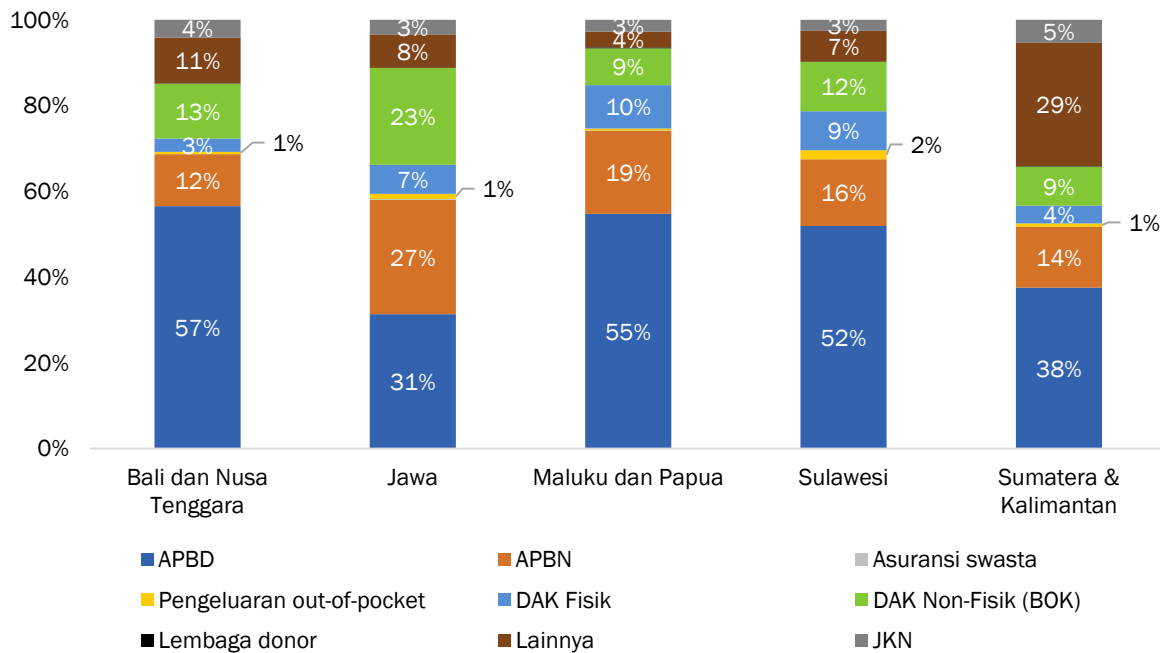
Kotak 1. Sumber Pendanaan SPM

1. **JKN:** Transfer dana langsung dari BPJS-K ke fasilitas kesehatan primer dalam bentuk pembayaran kapitasi dan non-kapitasi. Untuk pembayaran kapitasi, 60% adalah untuk pembayaran tambahan bagi tenaga kesehatan dan 40% dialokasikan untuk biaya operasional.
2. **APBD:** Pembiayaan dari pemerintah daerah sebagai bagian dari belanja daerah. Ini mencakup pendapatan asli daerah (PAD), dana bagi hasil (DBH), dana alokasi umum (DAU), dan sumber dana dan pendapatan legal lainnya.
3. **APBN:** Pemerintah daerah menerima dana melalui anggaran pemerintah pusat. APBN diindikasikan sebagai pilihan sumber pendanaan untuk beberapa fasilitas kesehatan/dinkes kab/kota di mana sumber pendanaan tidak diketahui tapi diketahui berasal dari pemerintah pusat.
4. **DAK Non-Fisik:** transfer dana dari pemerintah pusat khusus untuk membiayai pengeluaran operasional kesehatan.
5. **DAK Fisik:** transfer dana dari pemerintah pusat khusus untuk membiayai infrastruktur, peralatan, dan biaya lain yang berkaitan dengan rehabilitasi fasilitas kesehatan.
6. **Asuransi swasta:** Beberapa fasilitas menerima dana dari asuransi swasta.
7. **Pengeluaran *out-of-pocket*:** Beberapa faskes menerima dana dari pembayaran *out-of-pocket* rumah tangga untuk layanan yang diterima.
8. **Lainnya:** mencakup sumber pendanaan lain yang belum diuraikan di atas, seperti retribusi, pembayaran dari perusahaan, dan kontribusi dari masyarakat.

Bila dilihat per wilayah, kab/kota sampel di Bali/Nusa Tenggara dan Maluku/Papua adalah yang paling banyak mengandalkan dana APBD untuk pelaksanaan SPM (57% dan 55% dari rerata total anggaran SPM), sementara kab/kota sampel di Jawa justru paling sedikit mengandalkan dana APBD untuk SPM (rata-rata 31% dari total anggaran SPM) (Gambar 12). Porsi terbesar dari total anggaran SPM kab/kota di Jawa berasal dari APBN (27%) dan

DAK Non-Fisik (23%). Sebaliknya dibandingkan dengan wilayah lain, kab/kota sampel di Maluku/Papua dan Sumatra/Kalimantan tidak banyak menggunakan DAK Non-Fisik untuk kegiatan SPM mereka (rata-rata 9% dari total anggaran SPM). Di Maluku/Papua proporsi terbesar dari pembiayaan SPM mereka berasal dari DAK Fisik (10% dari total anggaran SPM); sementara secara umum kab/kota sampel lainnya porsi pembiayaan DAK Fisik di anggaran mereka hanya kecil. Di Sumatra/Kalimantan, kab/kota terutama mengandalkan lembaga donor dan sumber pendanaan lain untuk kegiatan SPM yaitu masing-masing 5% dan 29% dari total anggaran SPM, rata-rata) (Gambar 12).

Gambar 12. Total Biaya SPM Berdasarkan Sumber Pendanaan per Wilayah

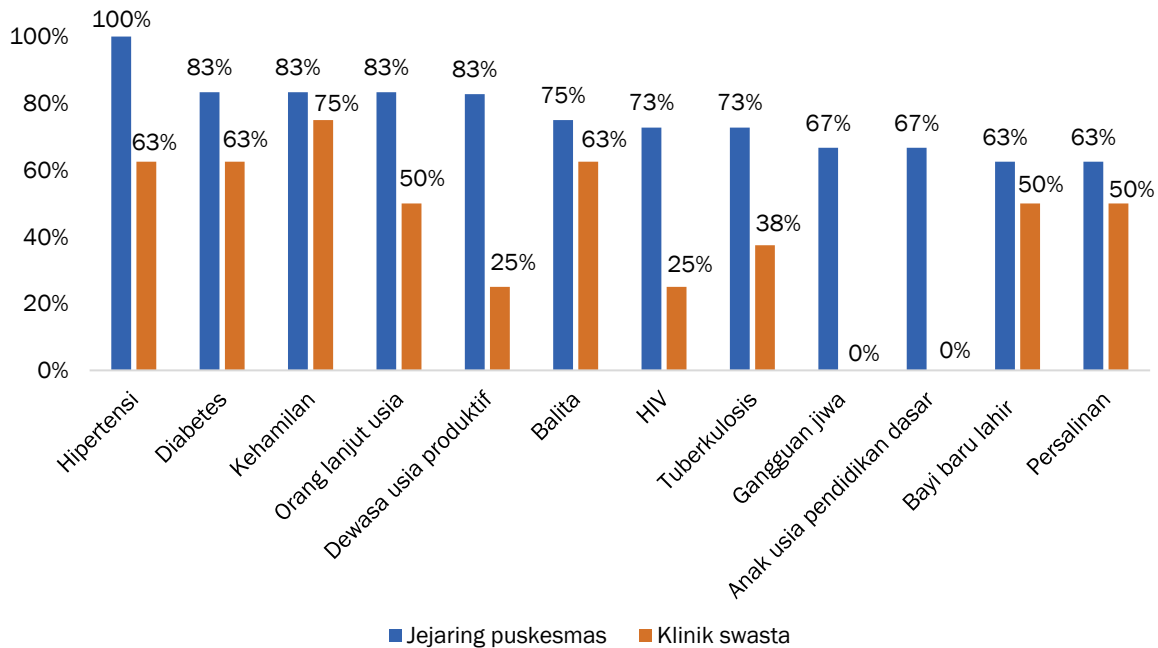


Hasil SPM di Jawa

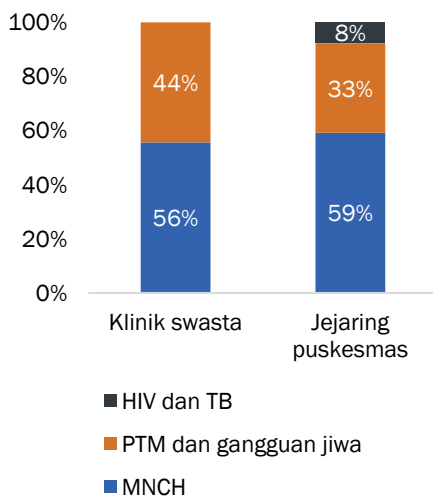
Sebagaimana ditunjukkan di Gambar 7, ketersediaan layanan SPM terendah ditemui di puskesmas sampel di Jawa. Ketersediaan juga cukup rendah di klinik swasta sampel di Jawa. Layanan SPM yang paling banyak tersedia di klinik swasta adalah untuk layanan kehamilan (75%), hipertensi (63%), dan diabetes (63%) (Gambar 13). Klinik swasta di Jawa tidak menyediakan layanan gangguan jiwa ataupun layanan untuk anak usia pendidikan dasar, sedangkan untuk layanan dewasa usia produktif dan layanan HIV tingkat ketersediaan masing-masing layanan hanya mencapai 25%. Untuk puskesmas sampel di Jawa, layanan SPM yang paling banyak tersedia adalah layanan hipertensi (100%) dan setelah itu layanan: diabetes, kehamilan, lansia, dan dewasa usia produktif (masing-masing 75%). Layanan dengan tingkat ketersediaan terendah adalah untuk bayi baru lahir dan layanan persalinan (masing-masing 63%) (Gambar 13).

Di kab/kota yang menjadi sampel studi di Jawa, rerata ketersediaan layanan tidak selalu sejalan dengan pencapaian target SPM. Sebagai contoh, rata-rata di Jawa pencapaian target SPM tertinggi adalah untuk layanan bayi baru lahir (98%) dan persalinan (97%), tapi ketersediaan kedua layanan tersebut di jejaring puskesmas hanya 63% dan 50% di klinik swasta (Gambar 13 dan 14). Satu hal yang mungkin menjadi penyebab adalah bahwa puskesmas lain (yang bukan menjadi sampel studi) memiliki tingkat ketersediaan yang lebih tinggi untuk kedua layanan SPM tersebut untuk mengimbangi kesenjangan layanan KIA.

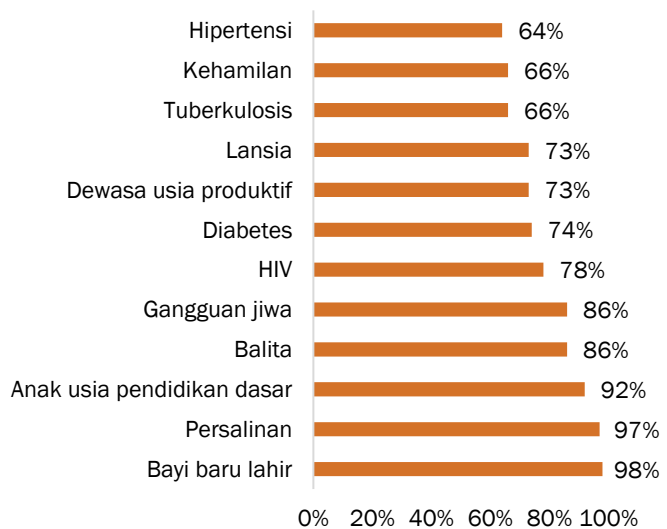
Gambar 13. Rata-Rata Ketersediaan Layanan SPM di Jejaring Puskesmas dan Klinik Swasta Sampel di Jawa



Gambar 14. Proporsi Waktu Petugas yang Digunakan untuk SPM di Jawa



Gambar 15. Pencapaian Target SPM di Kab/Kota Sampel di Jawa



Cakupan layanan hipertensi relatif rendah (64%), padahal tingkat ketersediaan layanan hipertensi di puskesmas tinggi (Gambar 15). Ini mengindikasikan bahwa terlepas dari ketersediaan layanan, kab/kota masih mengalami tantangan untuk memenuhi target SPM yang mungkin disebabkan oleh perilaku pencarian layanan kesehatan yang masih rendah di kalangan masyarakat setempat atau preferensi untuk datang ke klinik swasta di mana ketersediaan layanan relatif lebih rendah.

Di Jawa, rata-rata total biaya satuan SPM yang terendah di Dinkes Kab/Kota sampel adalah untuk layanan anak usia pendidikan dasar (Rp. 8.052), sedangkan yang tertinggi adalah

untuk layanan HIV dengan ARV (Rp. 1.737.119) dan layanan tuberkulosis dengan OAT (Rp. 1.269.137) (Tabel 7). Di jejaring puskesmas sampel, rata-rata biaya satuan SPM berkisar antara Rp. 36.396 untuk layanan dewasa usia produktif hingga Rp. 732.437 untuk layanan tuberkulosis dengan OAT. Untuk sampel klinik swasta di Jawa, rata-rata biaya satuan SPM berkisar mulai dari Rp. 4.150 untuk layanan dewasa usia produktif hingga Rp. 518.939 untuk layanan bayi baru lahir. Bila dibandingkan dengan puskesmas, biaya satuan SPM untuk layanan persalinan (Rp. 398.000) dan bayi baru lahir di klinik swasta jauh lebih tinggi, tapi untuk layanan tuberkulosis dan HIV, biaya satuan di klinik swasta signifikan lebih rendah dari di puskesmas. Ini mungkin karena ketersediaan kedua layanan tersebut di klinik swasta relatif rendah (rata-rata 38% untuk tuberkulosis dan 25% untuk HIV) (Tabel 7 dan Gambar 13). Sub-kegiatan yang tidak dilakukan oleh klinik swasta tidak dimasukkan dalam perhitungan biaya SPM. Biaya satuan langsung dan biaya satuan *overhead* per layanan SPM dirinci di Lampiran E.

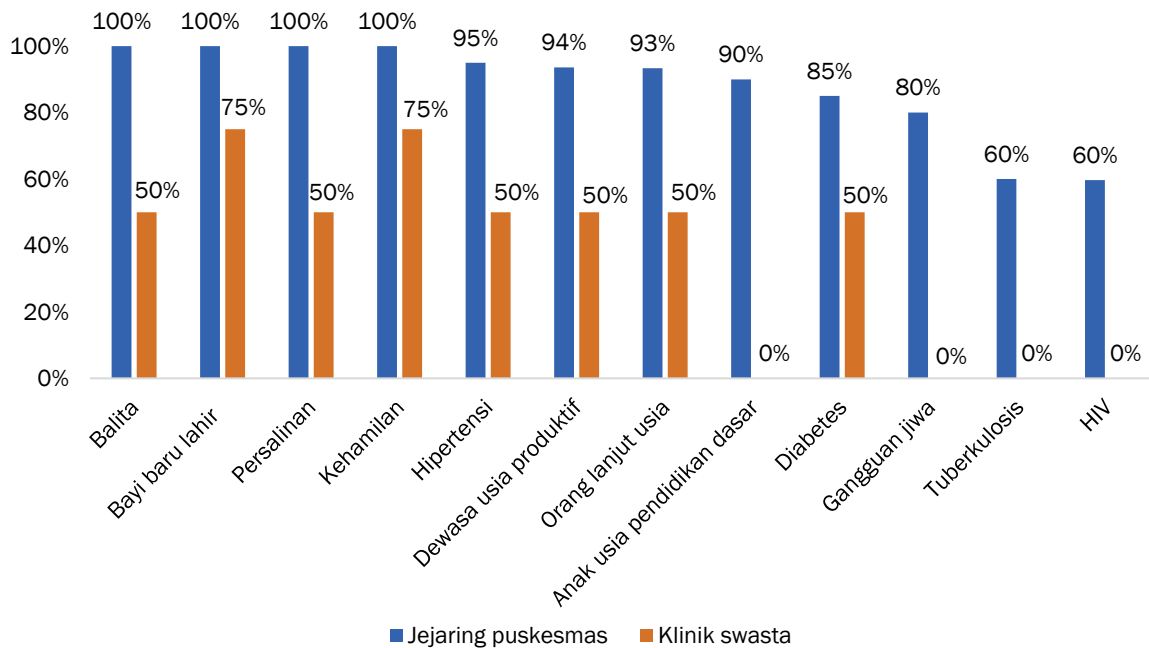
Tabel 7. Rata-Rata Total Biaya Satuan SPM di Jawa

SPM	Dinkes Kab/Kota	Jejaring Puskesmas	Klinik Swasta
Kehamilan	69,711	89,615	34,214
Persalinan	104,949	186,498	398,000
Bayi baru lahir	114,798	387,996	518,939
Anak balita	92,974	133,278	24,631
Anak usia pendidikan dasar	8,052	110,003	-
Dewasa usia produktif	17,270	36,396	4,150
Lansia	11,518	61,098	41,020
Hipertensi	23,960	66,728	105,627
Diabetes	14,721	112,370	61,221
Gangguan jiwa	122,592	181,681	-
TB (- OAT)	183,760	505,261	146,028
TB (+ OAT)	1,269,137	732,437	150,528
HIV (- ARV)	225,044	366,290	77,684
HIV (+ ARV)	1,737,119	404,951	77,684

Hasil SPM di Bali dan Nusa Tenggara

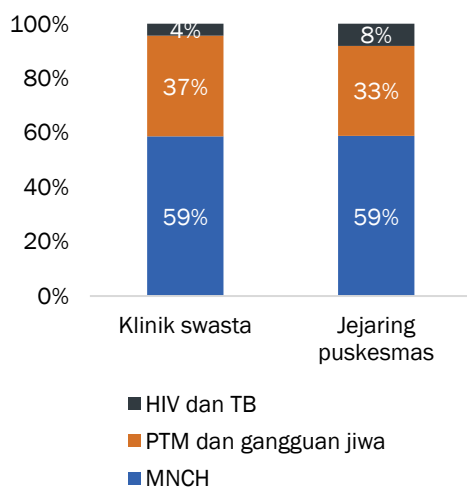
Dibandingkan dengan wilayah-wilayah lain, tingkat ketersediaan layanan SPM di Bali dan Nusa Tenggara di klinik swasta adalah yang terendah (36%) tapi di jejaring puskesmas tertinggi (87%) (Gambar 7). Layanan SPM untuk kesehatan ibu dan anak tersedia di 100% jejaring puskesmas sampel yaitu layanan balita, bayi baru lahir, persalinan dan kehamilan. Tingkat ketersediaan terendah adalah untuk layanan tuberkulosis dan HIV (masing-masing 60%) (Gambar 16). Di klinik swasta sampel, layanan SPM yang paling banyak tersedia adalah layanan ibu hamil dan bayi baru lahir (masing-masing 75%) sementara layanan untuk anak usia pendidikan dasar, layanan gangguan jiwa, tuberkulosis dan HIV tidak tersedia (Gambar 16).

Gambar 16. Rata-Rata Ketersediaan Layanan SPM di Jejaring Puskesmas dan Klinik Swasta Sampel di Bali dan Nusa Tenggara

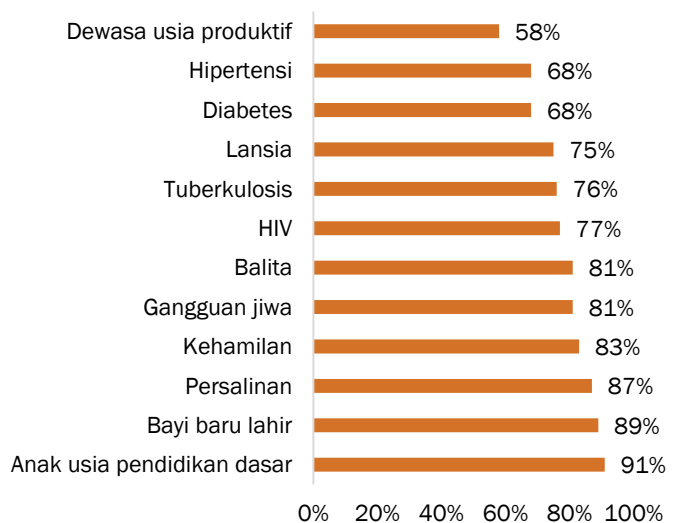


Walaupun rata-rata pencapaian target untuk semua indikator SPM masih di bawah 100%, cakupan tertinggi adalah untuk layanan anak usia sekolah dasar, serta layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, dan ini konsisten dengan porsi waktu yang digunakan petugas puskesmas dan klinik swasta untuk layanan SPM kesehatan ibu, bayi baru lahir dan balita (KIBBLA) (Gambar 17 dan 18). Pencapaian target SPM terendah ditemui pada layanan diabetes (68%), hipertensi (68%), dan layanan dewasa usia produktif (58%). Di kab/kota sampel di Bali dan Nusa Tenggara cakupan target SPM mendekati nilai median untuk layanan HIV (77%) dan tuberkulosis (76%) walaupun ketersediaan kedua layanan tersebut di puskesmas adalah yang terendah dan di klinik swasta bahkan tidak tersedia (Gambar 18).

Gambar 17. Proporsi Waktu Petugas yang Digunakan untuk SPM di Bali dan Nusa Tenggara



Gambar 18. Pencapaian Target SPM di Kab/Kota Sampel di Bali dan Nusa Tenggara



Di Dinkes Kab/Kota sampel di Bali/Nusa Tenggara, rata-rata biaya satuan SPM yang terendah adalah untuk layanan anak usia pendidikan dasar (Rp. 6.399), dan yang tertinggi adalah untuk layanan HIV (dengan ARV) (Rp. 1.090.200) (Tabel 8). Obat ARV menaikkan biaya satuan untuk layanan HIV hingga lebih dari delapan kali lipat dibandingkan tanpa ARV (Rp. 115.408). Di jejaring puskesmas sampel, rerata biaya satuan SPM bervariasi mulai dari Rp.49.282 untuk layanan dewasa usia produktif hingga Rp. 688.880 untuk layanan tuberkulosis dengan OAT. Di klinik swasta, biaya satuan SPM berkisar antara Rp. 31.954 untuk layanan dewasa usia produktif dan Rp.385.399 untuk layanan bayi baru lahir (Tabel 8). Biaya satuan SPM tidak dihitung untuk layanan yang tidak disediakan di klinik swasta sampel di Bali dan Nusa Tenggara yaitu layanan anak usia pendidikan dasar, layanan gangguan jiwa, HIV, dan tuberkulosis. Biaya satuan langsung dan *overhead* per indikator SPM dirinci di Lampiran E.

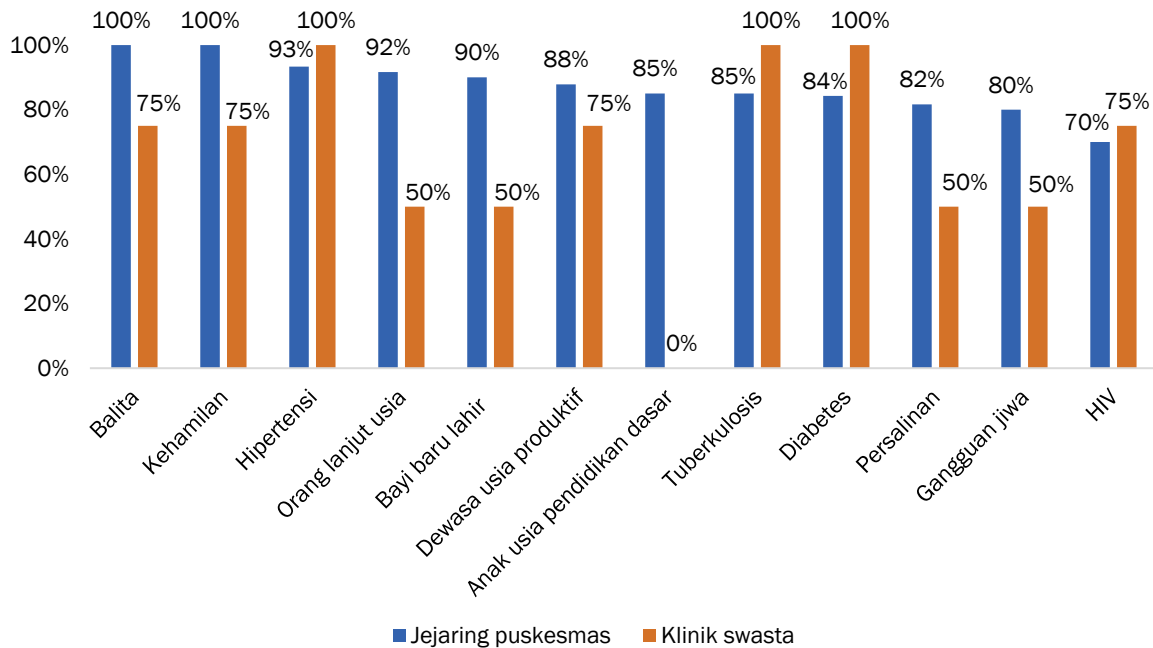
Tabel 8. Rata-Rata Total Biaya Satuan SPM di Bali dan Nusa Tenggara

SPM	Dinkes Kab/Kota	Jejaring Puskesmas	Klinik Swasta
Kehamilan	96,871	115,154	94,239
Persalinan	134,303	152,524	224,751
Bayi baru lahir	122,117	183,341	385,399
Anak balita	156,487	134,057	79,214
Anak usia pendidikan dasar	6,399	124,559	-
Dewasa usia produktif	24,552	49,282	31,954
Lansia	198,144	58,477	72,407
Hipertensi	8,299	59,711	99,545
Diabetes	46,742	83,891	76,827
Gangguan jiwa	267,526	146,362	--
TB (- OAT)	121,149	208,667	--
TB (+ OAT)	816,522	688,880	--
HIV (- ARV)	115,408	201,314	--
HIV (+ ARV)	1,090,200	228,649	--

Hasil SPM di Maluku dan Papua

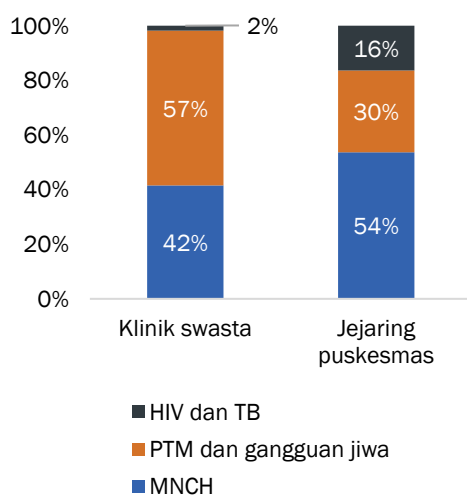
Dibandingkan wilayah-wilayah lain, kab/kota sampel di Maluku dan Papua memiliki tingkat ketersediaan layanan SPM yang tertinggi, baik di puskesmas dan jejaringnya (87%) maupun di klinik swasta (68%) (Gambar 7). Layanan SPM untuk anak balita dan ibu hamil tersedia di semua jejaring puskesmas sampel (100%), dan layanan hipertensi di 93% puskesmas. Yang terendah adalah untuk layanan HIV (70%) (Gambar 19). Di klinik swasta, layanan SPM yang paling umum tersedia adalah layanan hipertensi (100%), tuberkulosis (100%), dan diabetes (100%), sementara yang terendah adalah layanan anak usia pendidikan dasar (0%). Rata-rata, petugas di klinik swasta menggunakan waktu mereka untuk memberi layanan SPM penyakit tidak menular (PTM) dan gangguan jiwa (57%), sementara di jejaring puskesmas, sebagian besar waktu petugas digunakan untuk layanan SPM yang berkaitan dengan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan balita (54%), dan sedikit untuk layanan PTM dan gangguan jiwa (30%) (Gambar 19).

Gambar 19. Rata-Rata Ketersediaan Layanan SPM di Jejaring Puskesmas dan Klinik Swasta Sampel di Maluku dan Papua

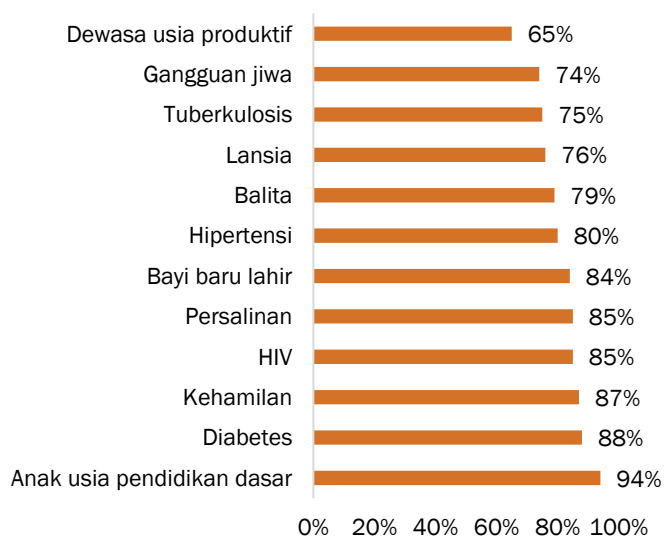


Pencapaian target SPM yang tertinggi di kab/kota sampel di Maluku dan Papua adalah untuk layanan anak usia pendidikan dasar (94%), diabetes (88%), dan kehamilan (87%), sedangkan pencapaian terendah adalah untuk layanan dewasa usia produktif (65%) dan gangguan jiwa (74%) (Gambar 21). Pencapaian target layanan gangguan jiwa yang rendah dapat terjadi karena tingkat ketersediaan layanan juga rendah. Untuk tuberkulosis, layanan paling banyak tersedia di kab/kota di Maluku dan Papua (Gambar 19) dibandingkan semua kab/kota sampel di Indonesia, tapi cakupan layanan relatif rendah (75%) sementara rata-rata biaya satuan untuk layanan tuberkulosis dengan OAT justru tertinggi di jejaring puskesmas (Rp. 2.415.893) dan klinik swasta (Rp. 2.311.068) (Tabel 9).

Gambar 20. Proporsi Waktu Petugas yang Digunakan untuk SPM di Maluku dan Papua



Gambar 21. Pencapaian Target SPM di Kab/Kota Sampel di Maluku dan Papua



Biaya satuan rerata terendah untuk kab/kota sampel di Maluku/Papua adalah untuk layanan anak usia pendidikan dasar (Rp. 14.657), dan yang tertinggi adalah untuk layanan HIV dengan ARV (Rp. 1.632.201) (Tabel 9). Biaya ARV menaikkan biaya satuan layanan HIV hingga 500% lebih tinggi dibandingkan layanan tanpa ARV (Rp. 271.907). Di jejaring puskesmas sampel, rerata biaya satuan SPM mulai dari Rp. 75.739 untuk layanan dewasa usia produktif hingga Rp. 553.368 untuk layanan tuberkulosis dengan OAT. Untuk klinik swasta, biaya satuan SPM adalah Rp. 35.667 untuk layanan anak balita hingga Rp. 1.153.630 untuk layanan tuberkulosis dengan OAT. Patut dicatat bahwa biaya satuan beberapa layanan SPM di klinik swasta jauh lebih tinggi dari biaya satuan di jejaring puskesmas yaitu untuk layanan persalinan, bayi baru lahir, dewasa usia produktif, hipertensi, dan tuberkulosis dengan OAT (Tabel 9). Biaya satuan layanan persalinan dan bayi baru lahir di klinik swasta sampel di Maluku dan Papua adalah yang tertinggi dibandingkan biaya satuan di wilayah lainnya di Indonesia yang terutama disebabkan oleh tingginya biaya *overhead* (contoh: biaya *overhead* mencapai 95% dari biaya satuan layanan bayi baru lahir). Biaya satuan langsung dan *overhead* per layanan SPM dirinci di Lampiran E.

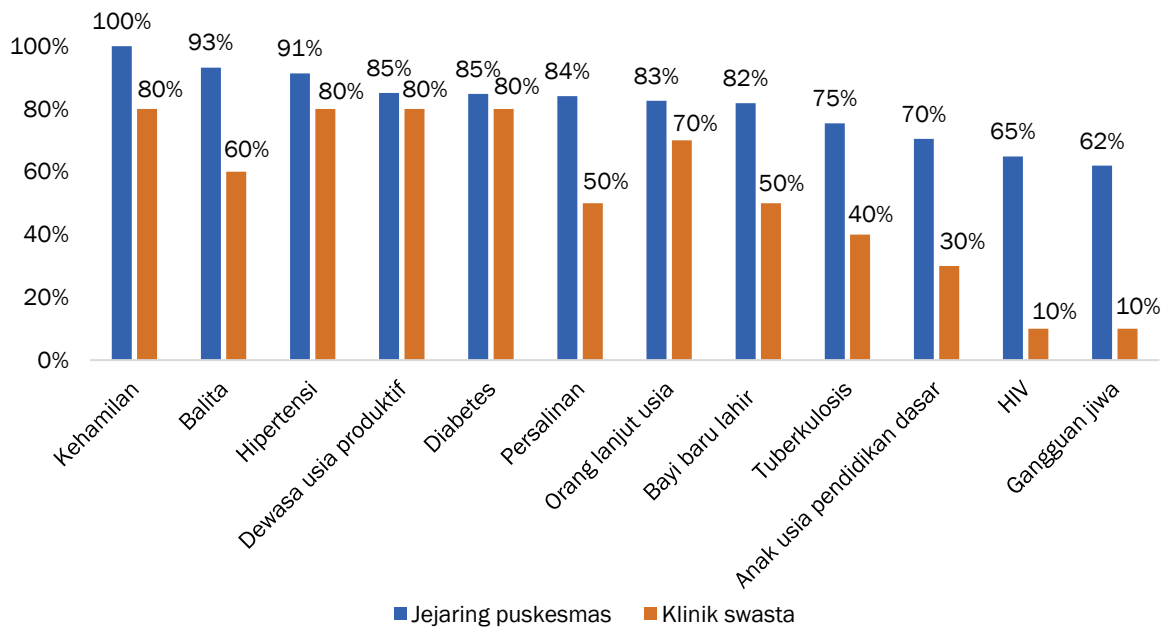
Tabel 9. Rata-Rata Total Biaya Satuan SPM di Maluku dan Papua

SPM	Dinkes Kab/Kota	Jejaring Puskesmas	Klinik Swasta
Kehamilan	85,763	232,601	228,082
Persalinan	173,617	230,448	575,687
Bayi baru lahir	137,056	326,036	699,354
Anak balita	154,275	208,473	35,667
Anak usia pendidikan dasar	14,657	184,011	-
Dewasa usia produktif	75,222	75,739	303,637
Lansia	77,836	111,376	260,927
Hipertensi	18,623	94,095	290,169
Diabetes	139,663	138,642	258,231
Gangguan jiwa	214,643	288,338	395,746
TB (- OAT)	143,615	283,052	342,012
TB (+ OAT)	950,488	553,368	1,153,630
HIV (- ARV)	271,907	133,827	212,384
HIV (+ ARV)	1,632,201	214,659	232,569

Hasil SPM di Sulawesi

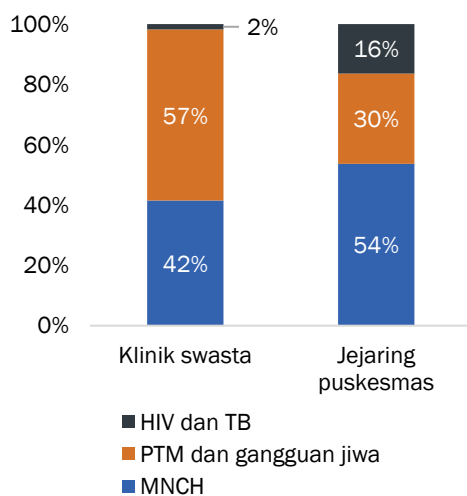
Rata-rata layanan SPM tersedia di 81% puskesmas dan jejaringnya dan di 51% klinik swasta di Sulawesi (Gambar 7). Layanan untuk ibu hamil tersedia di semua puskesmas sampel (100%). Layanan untuk anak balita (93%), dan hipertensi (91%) juga merupakan yang paling umum tersedia di jejaring puskesmas, sedangkan tingkat ketersediaan terendah adalah untuk layanan HIV (65%) dan gangguan jiwa (62%) (Gambar 22). Di klinik swasta, yang paling umum tersedia adalah layanan kehamilan (80%), hipertensi (80%), dewasa usia produktif (80%), dan diabetes (80%), sedangkan tingkat ketersediaan terendah adalah layanan HIV (10%) dan gangguan jiwa services (10%) (Gambar 22).

Gambar 22. Rata-Rata Ketersediaan Layanan SPM di Jejaring Puskesmas dan Klinik Swasta Sampel di Sulawesi

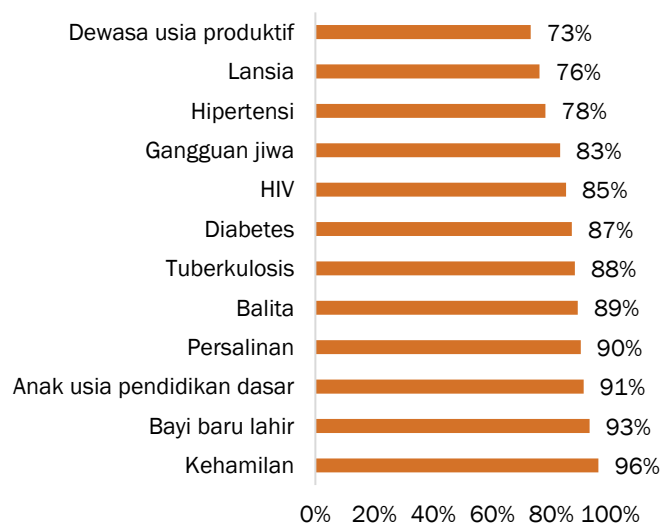


Pencapaian target SPM tertinggi ditemui pada layanan kehamilan (96%), bayi baru lahir (93%), anak usia pendidikan dasar (91%) dan layanan persalinan (90%) (Gambar 24). Untuk mencapai 100% target SPM, penyediaan layanan perlu ditingkatkan, khususnya untuk layanan bayi baru lahir (rata-rata 82% di jejaring puskesmas dan 50% di klinik swasta sampel). Di lain pihak, walaupun layanan hipertensi relatif banyak tersedia di jejaring puskesmas (91%) dan klinik swasta (80%), pencapaian target layanan hipertensi relatif rendah (78%), disertai layanan untuk orang usia lanjut (76%) (Gambar 24).

Gambar 23. Proporsi Waktu Petugas yang Digunakan untuk SPM di Sulawesi



Gambar 24. Pencapaian Target SPM di Kab/Kota Sampel di Sulawesi



Serupa dengan wilayah lainnya (Bali/Nusa Tenggara, Maluku/Papua, Jawa) rerata biaya satuan SPM terendah di Dinkes Kab/Kota di Sulawesi adalah untuk layanan anak usia pendidikan dasar (Rp. 24.392). Biaya satuan tertinggi untuk tingkat Dinkes Kab/Kota

ditemui di layanan HIV dengan ARV (Rp. 2.013.741), dan Sulawesi adalah yang tertinggi dibandingkan biaya satuan layanan yang sama di Dinkes Kab/Kota lainnya (Tabel 10). Biaya langsung ARV di Sulawesi (Rp. 1.923.110) tertinggi dibandingkan harga ARV di wilayah lain (Lampiran E). Situasi serupa ditemui untuk layanan tuberkulosis di mana biaya satuan layanan dengan OAT di Dinkes Kab/Kota mencapai Rp.1.657.758, tertinggi dibandingkan biaya di kab/kota lainnya. Untuk tingkat puskesmas, biaya satuan SPM di jejaring puskesmas sampel di Sulawesi berkisar antara Rp. 46.929 untuk layanan dewasa usia produktif hingga Rp. 560.324 untuk layanan tuberkulosis dengan OAT. Biaya satuan layanan gangguan jiwa di puskesmas juga tertinggi di Sulawesi (Rp. 354.741) dibandingkan di wilayah lain di Indonesia. Untuk klinik swasta di Sulawesi, biaya satuan SPM bervariasi mulai dari Rp. 7.036 untuk layanan anak usia pendidikan dasar hingga Rp. 290.310 untuk layanan bayi baru lahir. Dibandingkan biaya satuan di puskesmas sampel, layanan ibu hamil, anak balita, anak usia pendidikan dasar, gangguan jiwa dan tuberkulosis dengan OAT di klinik swasta dapat diberikan dengan biaya satuan yang jauh lebih rendah (Tabel 10). Rincian biaya satuan langsung dan *overhead* per indikator SPM ada di Lampiran E.

Tabel 10. Rata-Rata Total Biaya Satuan SPM di Sulawesi

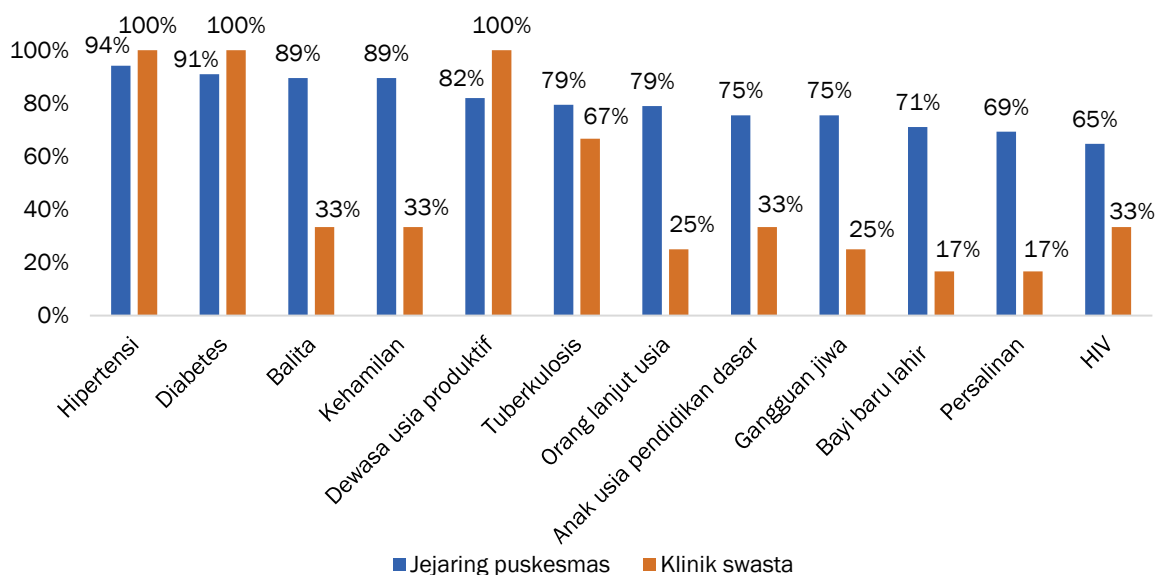
SPM	Dinkes Kab/Kota	Jejaring Puskesmas	Klinik Swasta
Kehamilan	61,388	207,333	75,400
Persalinan	182,879	281,191	250,389
Bayi baru lahir	92,989	311,300	290,310
Anak balita	163,706	149,841	55,913
Anak usia pendidikan dasar	24,392	183,335	7,036
Dewasa usia produktif	106,895	46,929	15,587
Lansia	36,334	106,546	125,500
Hipertensi	17,032	75,436	133,522
Diabetes	62,982	176,596	225,933
Gangguan jiwa	375,201	286,837	134,222
TB (- OAT)	174,989	242,576	257,322
TB (+ OAT)	1,657,758	560,324	257,322
HIV (- ARV)	208,598	262,299	158,840
HIV (+ ARV)	2,013,741	275,408	183,114

Hasil SPM di Sumatra dan Kalimantan

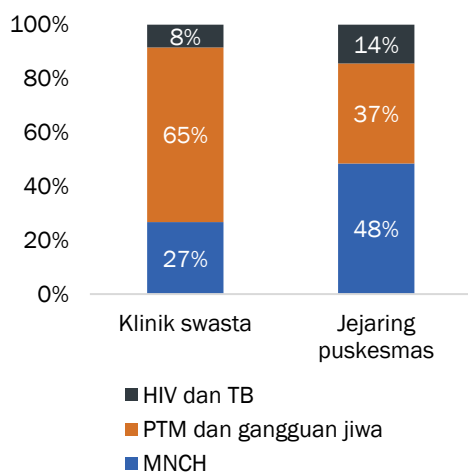
Di kab/kota yang menjadi sampel di Sumatra dan Kalimantan, SPM rata-rata tersedia di 80% jejaring puskesmas dan 53% klinik swasta (Gambar 7). Walaupun tidak ada layanan SPM yang tersedia di 100% jejaring puskesmas sampel, tapi layanan hipertensi cukup banyak tersedia (94%) dan juga layanan diabetes (91%). Layanan yang paling sedikit tersedia di puskesmas adalah layanan persalinan (69%) dan HIV (65%) (Gambar 25). Di semua kab/kota sampel, kemampuan memberi layanan kesehatan ibu dan anak terutama rendah di klinik swasta; khususnya untuk layanan bayi baru lahir (17%), ibu bersalin (17%), dan ibu hamil (33%). Ini sejalan dengan data porsi waktu yang digunakan petugas klinik swasta di Sumatra dan Kalimantan untuk memberi layanan KIBBLA yang hanya 27%, terendah dibandingkan di semua kab/kota sampel lainnya (Gambar 27). Tenaga petugas klinik swasta

lebih banyak digunakan untuk memberi layanan PTM dan gangguan jiwa (65%). Layanan SPM untuk hipertensi, diabetes dan dewasa usia produktif tersedia di 100% klinik swasta (Gambar 25 dan 26). Akan tetapi, walaupun layanan cukup banyak tersedia di jejaring puskesmas dan klinik swasta sampel di Sumatra/Kalimantan, pencapaian target SPM relatif rendah untuk layanan hipertensi (75%) dan diabetes (74%) (Gambar 26). Cakupan juga rendah untuk layanan tuberkulosis (71%) dan layanan dewasa usia produktif (64%) (Gambar 27). Dibandingkan petugas di wilayah-wilayah lain, petugas di klinik swasta sampel di Sumatra dan Kalimantan menggunakan sebagian besar porsi waktu SPM mereka untuk memberi layanan PTM dan gangguan jiwa, dan target SPM untuk kedua layanan ini juga tetap tidak tercapai. Dalam studi ini, HP+ tidak mengukur kualitas layanan, tapi faskes di Sumatra dan Kalimantan mungkin perlu meningkatkan kualitas layanan dan/atau melakukan skrining PTM secara lebih tepat sasaran ke kelompok populasi yang tepat untuk memenuhi 100% target SPM.

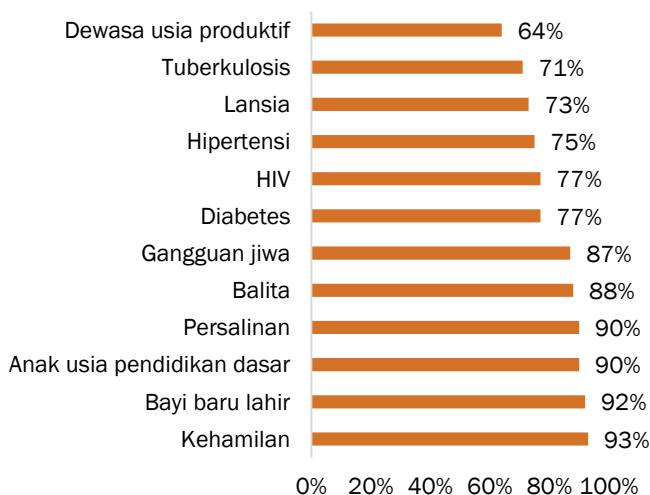
Gambar 25. Rata-Rata Ketersediaan Layanan SPM di Jejaring Puskesmas dan Klinik Swasta Sampel di Sumatra dan Kalimantan



Gambar 26. Proporsi waktu Petugas yang Digunakan untuk SPM di Sumatra dan Kalimantan



Gambar 27. Pencapaian Target SPM di Kab/Kota Sampel di Sumatra dan Kalimantan



Biaya satuan SPM di tingkat kab/kota rata-rata berkisar antara Rp. 15.683 untuk layanan hipertensi hingga Rp. 1.251.876 untuk layanan HIV dengan ARV. Biaya satuan terutama tinggi untuk layanan tuberkulosis dengan OAT (Rp. 730.021) (Tabel 11). Di tingkat puskesmas dan jaringannya, rerata biaya satuan SPM adalah Rp. 55.684 untuk layanan dewasa usia produktif dan mencapai Rp. 446.185 untuk layanan tuberkulosis dengan OAT. Untuk klinik swasta yang menjadi sampel, rata-rata biaya satuan mulai dari Rp. 9.910 untuk anak usia pendidikan dasar hingga Rp. 354.815 untuk layanan tuberkulosis dengan OAT. Relatif terhadap biaya di puskesmas, rerata biaya satuan di klinik swasta jauh lebih rendah untuk layanan ibu hamil, bayi baru lahir, anak usia pendidikan dasar, dewasa usia produktif, dan gangguan jiwa (Tabel 11). Biaya satuan langsung dan *overhead* per indikator SPM dirinci di Lampiran E.

Tabel 11. Rata-Rata Total Biaya Satuan SPM di Sumatra dan Kalimantan

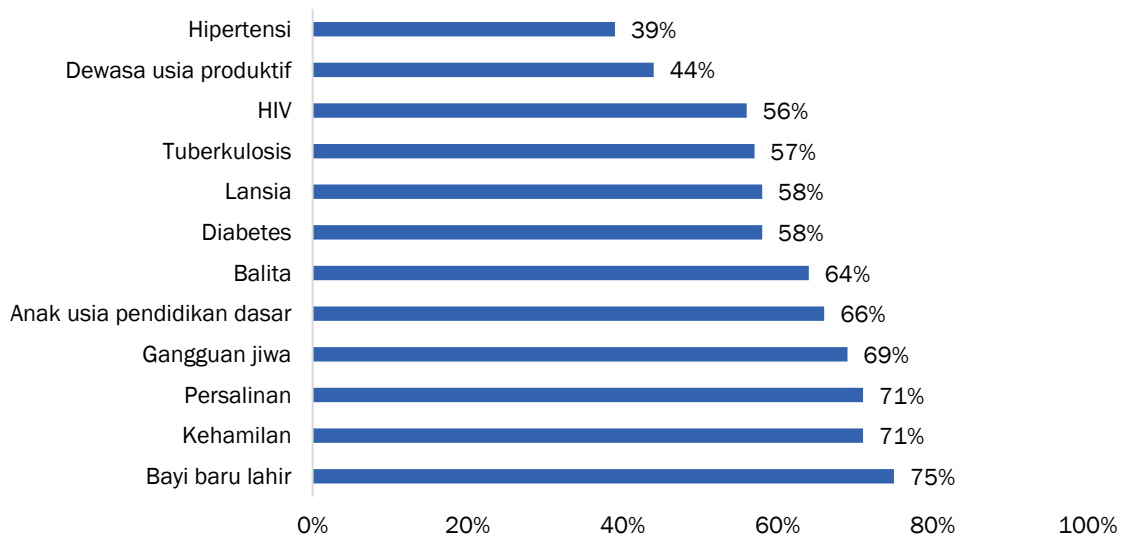
SPM	Dinkes Kab/Kota	Jejaring Puskesmas	Klinik Swasta
Kehamilan	67,005	137,255	35,693
Persalinan	60,324	142,302	257,020
Bayi baru lahir	84,996	215,935	99,631
Anak balita	148,972	83,454	93,178
Anak usia pendidikan dasar	47,257	196,749	9,910
Dewasa usia produktif	22,873	55,684	10,956
Lansia	21,347	92,013	101,257
Hipertensi	15,683	107,200	252,007
Diabetes	43,225	138,058	272,075
Gangguan jiwa	165,544	231,453	91,076
TB (- OAT)	194,663	207,757	274,242
TB (+ OAT)	730,021	446,185	354,815
HIV (- ARV)	117,633	170,817	256,193
HIV (+ ARV)	1,251,876	175,791	256,193

Estimasi Kebutuhan Sumber Daya untuk SPM di Indonesia

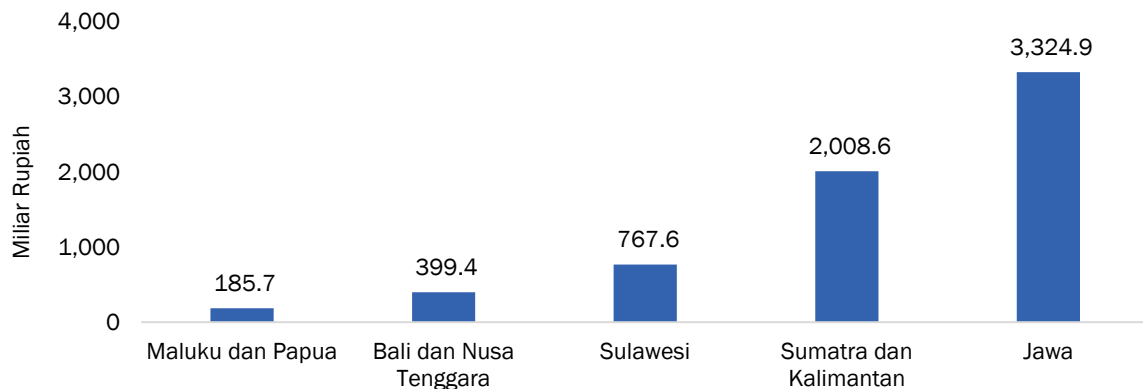
Secara nasional, layanan dengan pencapaian target SPM terendah adalah layanan hipertensi (39%), dewasa usia produktif (44%), HIV (56%), dan tuberkulosis (57%) (Gambar 28). Pencapaian target tertinggi adalah untuk layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (71% untuk layanan kehamilan dan persalinan hingga 75% untuk layanan bayi baru lahir). Akan tetapi target ini masih dapat dikatakan jauh di bawah 100% target SPM yang dicanangkan dalam Permenkes 4/2019. Berdasarkan rerata biaya satuan SPM per wilayah, dan data target populasi SPM dari Pusdatin – Kemenkes, maka sumber daya yang dibutuhkan untuk biaya langsung SPM di tahun 2019 adalah Rp. 185,7 miliar di Maluku dan Papua hingga Rp. 3,3 triliun di Jawa (Gambar 29) dengan total Rp. 6,7 triliun. Jumlah ini adalah 4,6% dari total pengeluaran APBD untuk kesehatan atau sekitar Rp. 13,5 miliar per kab/kota (Rp. 25.177 per orang per tahun). Total sumber daya yang dibutuhkan untuk SPM diperkirakan mencapai Rp. 649,6 miliar di Maluku dan Papua hingga Rp. 10,9 triliun di Jawa (Gambar 30). Estimasi ini belum mencakup biaya obat HIV dan tuberkulosis di beberapa kabupaten/kota yang mungkin perlu membeli ARV dan OAT tambahan untuk memenuhi target layanan HIV dan

tuberkulosis mereka. Dari segi proporsi, total kebutuhan SPM adalah 8,1% dari total belanja kesehatan APBD, atau sekitar Rp. 42,1 miliar per kab/kota (Rp.81.523 per orang per tahun).

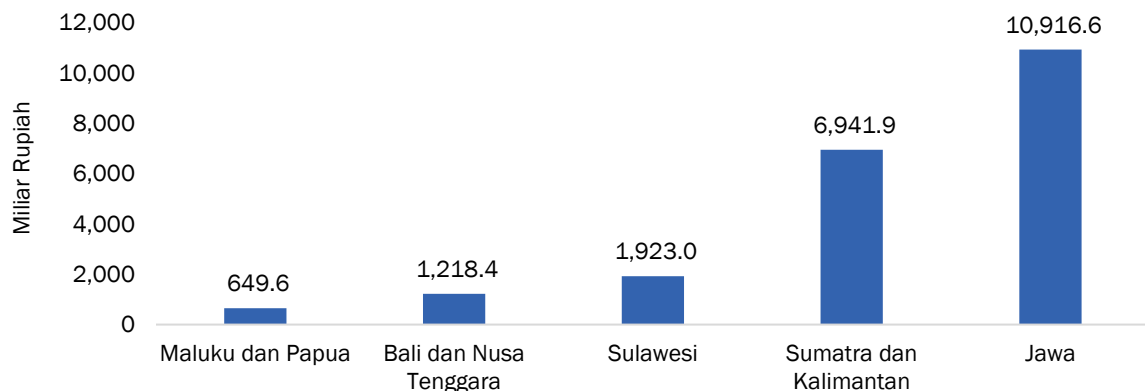
Gambar 28. Pencapaian Target SPM di Indonesia



Gambar 29. Estimasi Kebutuhan Sumber Daya untuk Biaya Langsung SPM per Wilayah (2019, miliar rupiah)



Gambar 30. Total Estimasi Kebutuhan Sumber Daya untuk SPM per Wilayah, (2019, miliar rupiah)



Bila dilihat per jenis layanan SPM, total kebutuhan dana terbesar di Indonesia adalah untuk layanan dewasa usia produktif (Rp. 5,8 triliun) dan hipertensi (Rp. 3,4 triliun) (Tabel 12). Biaya satuan untuk kedua jenis layanan ini relatif rendah dibandingkan biaya satuan layanan SPM lainnya, sehingga penjelasan yang mungkin mengapa kebutuhan dana sangat besar adalah karena besarnya populasi sasaran untuk kedua layanan ini. Sebagai contoh, Dinkes Kab/Kota bertanggung jawab untuk memberikan layanan SPM yang relevan ke lebih dari 143 juta penduduk dewasa usia produktif di Indonesia. Layanan mencakup beragam skrining untuk obesitas, indera penglihatan, deteksi dini kanker payudara dan kanker lain, serta konseling beragam faktor risiko terkait dengan gaya hidup serta konseling keluarga berencana. Ini berarti Pemerintah Indonesia perlu meningkatkan investasi dalam SPM untuk PTM agar cakupan skrining PTM di layanan primer dapat diperluas sehingga biaya layanan penyakit kronis di faskes rujukan dalam jangka panjang dapat ditekan dan 100% target SPM dapat dicapai.

Tabel 12. Estimasi Kebutuhan Sumber Daya untuk SPM (2019, miliar rupiah) dan Populasi Sasaran

SPM	Populasi Sasaran	Biaya Langsung	Total Biaya
Kehamilan	5,057,508	178.3	563.3
Persalinan	4,792,440	390.9	779.6
Bayi baru lahir	4,708,705	461.5	1,268.0
Anak balita	20,299,702	1,373.8	2,415.2
Anak usia pendidikan dasar	19,913,149	301.4	2,450.8
Dewasa usia produktif	143,315,584	2,197.4	5,862.2
Lansia	24,630,898	578.9	1,564.4
Hipertensi	49,762,377	347.3	3,402.4
Diabetes	7,714,930	261.1	850.3
Gangguan jiwa	572,612	35.1	114.4
Tuberkulosis (tanpa OAT)	2,465,620	273.5	793.3
HIV (tanpa ARV)	6,528,211	287.0	1,585.6

Faktor Pendukung dan Tantangan Pelaksanaan SPM di Kabupaten/Kota

Sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100/2018, proses perencanaan SPM terdiri dari beberapa langkah dengan tujuan utama menetapkan target untuk tiap indikator dan menghitung sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan SPM. Pertama-tama Dinkes Kab/Kota perlu membentuk tim SPM yang dipimpin oleh pengelola bagian perencanaan atau kepala Dinkes Kab/Kota. Tim akan memetakan sumber daya yang tersedia terkait dengan sumber daya manusia, obat-obatan, peralatan, infrastruktur dan perlengkapan untuk memenuhi target SPM. Dinkes juga menetapkan target berdasarkan data BPS atau data survei yang dilakukan Kemenkes seperti Riskesdas, dan setelah memperoleh persetujuan atas target dari kepala daerah (Bupati/Walikota), Dinkes Kab/Kota akan mengidentifikasi sumber-sumber pendanaan yang ada untuk SPM dan kesenjangan yang belum dapat dipenuhi. Terakhir, Dinkes Kab/Kota akan menyusun rencana kerja dan

mengumpulkan data SPM yang relevan melalui koordinasi dengan puskesmas dan klinik swasta untuk setelah itu mengunggah hasil perencanaan ke situs web Siscobikes.

Terlepas dari petunjuk yang telah diberikan untuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi SPM melalui regulasi, diskusi kelompok terarah (FGD) yang dilakukan dalam studi ini menemukan bahwa kabupaten/kota masih mengalami beberapa tantangan terkait dengan SPM. Bagian ini merangkum berbagai tantangan yang dilaporkan berikut faktor-faktor pendukung.

Tantangan dalam Perencanaan Kegiatan Operasional SPM

Perencanaan kegiatan operasional SPM menjadi tantangan utama di hampir semua kabupaten/kota karena pejabat Dinkes Kab/Kota dan petugas fasilitas kesehatan belum sepenuhnya memahami SPM sebagaimana yang dirinci dalam Permenkes 4/2019. Pejabat Dinkes Kab/Kota dan petugas kesehatan menyampaikan bahwa definisi operasional dan target yang digunakan dalam SPM tidak sama dengan yang digunakan dalam program. Akibatnya perhitungan target populasi sasaran menjadi rancu dan ini mempengaruhi pencapaian target. Sebagai contoh, peserta salah satu sesi FGD di Sumbawa mengatakan bahwa mereka tidak sepenuhnya memahami PMK 4/2019. Mereka secara spesifik mempertanyakan definisi 'skrining' dalam indikator SPM nomor 6 untuk layanan penduduk usia produktif. Petunjuk teknis menyatakan bahwa skrining perlu dilakukan untuk semua orang berusia 15-59 tahun yang ada dalam kab/kota yang bersangkutan, tapi peserta FGD mengatakan bahwa tidak semua orang dalam kelompok usia tersebut perlu menerima skrining karena skrining hanya dilakukan untuk penemuan kasus baru. Petugas Puskesmas memiliki pendapat yang berbeda yaitu bahwa skrining perlu dilakukan untuk semua orang terlepas dari status kesehatannya orang yang bersangkutan sebelum skrining.

Penggunaan beragam sumber data untuk menetapkan target (BPS, Pusdatin Kemenkes, data provinsi) menyulitkan perbandingan kinerja antar program. Selain itu, di berbagai kabupaten/kota, jumlah penduduk sasaran yang diproyeksikan oleh sumber-sumber data tersebut jauh lebih tinggi dari jumlah yang dapat dijangkau dengan layanan, dan kabupaten/kota tidak mampu memberi layanan untuk mencakup 100% dari target.

Partisipasi klinik swasta dalam proses perencanaan SPM masih terbatas. Dalam diskusi kelompok terarah di 15 kab/kota, petugas klinik swasta menyampaikan bahwa mereka kurang mengenal aspek-aspek SPM dan belum banyak terlibat dengan puskesmas dan Dinkes Kab/Kota dalam pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan SPM. Jadi petugas klinik swasta tidak banyak mengetahui apa peran mereka dalam pelaksanaan SPM. Sebagian besar klinik tidak terlibat dalam penyusunan rencana SPM bersama dengan Dinkes Kab/Kota. Akan tetapi, di 6 kab/kota studi, petugas klinik swasta yang juga bekerja di Dinkes Kab/Kota atau puskesmas telah lebih terpapar ke SPM sehingga dapat lebih berkontribusi ke pencapaian SPM di kab/kota mereka. Misalnya, di Kabupaten Halmahera Utara, responden dari klinik swasta menyampaikan bahwa mereka turut dalam pembahasan target sebagai bagian dari proses perencanaan SPM, yang memang sesuai harapan, karena klinik swasta tersebut menyediakan berbagai intervensi SPM termasuk layanan HIV, tuberkulosis, hipertensi, diabetes, dan layanan persalinan. Hasil FGD menunjukkan bahwa petugas klinik swasta telah paham bahwa untuk pencapaian SPM, maka koordinasi dengan puskesmas dalam penyediaan layanan sangatlah penting. Sebagai contoh, satu klinik di kabupaten Bitung berkoordinasi erat dengan puskesmas untuk memenuhi kebutuhan rujukan ibu hamil dan pasien diabetes.

Tantangan Pendanaan SPM

Dari total 24 kab/kota sampel, 20 di antaranya masih sangat bergantung pada dana transfer dari pemerintah pusat (BOK, DAK) untuk pendanaan kegiatan SPM mereka, dan kontribusi dari APBD relatif kecil. Anggaran daerah yang disetujui biasanya kurang dari jumlah anggaran yang diajukan, yang memberi indikasi bahwa pemerintah daerah belum memprioritaskan kegiatan SPM. Di satu kabupaten, besar anggaran yang disetujui 90% lebih rendah dari usulan anggaran dan dana daerah digunakan untuk membiayai kampanye pilkada. Terkait dengan SPM, peran Kemendagri sangatlah penting untuk menyebarluaskan pedoman SPM ke kepala daerah, menguraikan peran pemerintah daerah dalam pelaksanaan SPM dan konsekuensi dari kegagalan memenuhi 100% target. Sesuai UU No. 23/2014, Kemendagri harus mengenakan sanksi kepada kepala daerah yang tidak melaksanakan SPM dengan efektif dan tidak memenuhi target.

Temuan dari diskusi kelompok terarah memberi indikasi bahwa keterbatasan anggaran SPM turut menjadi salah satu penyebab ketidaksetaraan layanan. Sebagai contoh, petugas di Sumbawa dan Lhokseumawe harus mengurangi frekuensi layanan penjangkauan karena keterbatasan anggaran transportasi. Ini menyulitkan beberapa populasi sasaran yang kurang memiliki akses ke layanan fasilitas kesehatan, termasuk penduduk berusia lanjut, orang dengan gangguan jiwa, pasien tuberkulosis dan orang yang hidup dengan HIV. Layanan penjangkauan sangatlah penting bagi kelompok sasaran ini yang cenderung merupakan populasi rentan yang banyak menghadapi masalah akses. Pada kenyataannya, keterbatasan anggaran dan tekanan untuk memenuhi target SPM sering membuat puskesmas lebih memprioritaskan aspek kuantitas dari layanan, dan mungkin memberi layanan yang tidak diperlukan kepada masyarakat demi mencapai target SPM. Ini menimbulkan ketidaksetaraan layanan dan ketidakmampuan menjangkau populasi rentan dengan layanan SPM yang dibutuhkan.

Pencapaian Target SPM

Hampir semua peserta FGD dari Dinkes Kab/Kota dan puskesmas mengatakan bahwa 100% target SPM tidaklah realistis bila didasarkan pada sumber daya SPM yang tersedia saat ini. Selain itu juga ada kekhawatiran tentang kemampuan puskesmas untuk meningkatkan standar layanan sesuai persyaratan yang dicantumkan dalam Permenkes 4/2019. Sebagai pelaksana utama SPM, tantangan yang dihadapi puskesmas dalam pelaksanaan SPM mencakup keterbatasan sumber daya manusia, baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Petugas juga tidak sepenuhnya paham tentang petunjuk teknis yang ada dalam Permenkes 4/2019 dan memerlukan pelatihan tambahan untuk mengisi tool perencanaan dan perhitungan anggaran SPM.

Diskusi kelompok terarah menemukan bahwa protokol pemantauan dan evaluasi SPM yang mengacu pada permenkes belum tersedia, sehingga puskesmas dan Dinkes Kab/Kota tetap menggunakan sistem pencatatan dan pelaporan berbasis program yang mereka miliki. Tiap bulan, pengelola program di tiap puskesmas menyiapkan dan menyerahkan laporan pencapaian mereka ke Dinkes Kab/Kota (mencakup laporan dari klinik swasta yang diserahkan ke puskesmas) yang kemudian divalidasi dan digabungkan menjadi laporan kabupaten/kota. Khusus untuk program tuberkulosis dan HIV, laporan dikirim langsung melalui sistem pelaporan berbasis web. Pelaporan puskesmas kerap kali terlambat di hampir semua kab/kota akibat tingginya beban kerja puskesmas dan berbagai kendala lain.

Koordinasi antara puskesmas dan klinik swasta untuk pelaporan, pemantauan dan evaluasi masih belum konsisten. Responden FGD yang mewakili klinik swasta

menyampaikan bahwa selain kurangnya partisipasi klinik swasta dalam proses perencanaan SPM, mereka juga kurang paham apa peran mereka dalam pencapaian target SPM. Beberapa responden dari kabupaten seperti Wakatobi, Bitung, Takalar, Klungkung, dan Kota Batu menekankan bahwa mereka diharuskan menyerahkan laporan cakupan tiap bulan. Sebuah klinik swasta di Bitung menceritakan keterlibatan dan tindak lanjut dari puskesmas terkait dengan laporan cakupan layanan kesehatan maternal dan neonatal. Untuk mengetahui tingkat kelengkapan dan kualitas pelaporan SPM di klinik swasta, diperlukan lebih banyak data.

Temuan FGD menunjukkan bahwa karena keterbatasan personil, pemantauan/monitoring dan evaluasi SPM belum menjadi prioritas di mayoritas Dinkes Kab/Kota sampel, dan Dinkes Kab/Kota juga belum memiliki sistem untuk memberi puskesmas umpan balik tentang laporan bulanan mereka. Dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan pemantauan/monitoring dan evaluasi (monev) SPM melalui kunjungan ke puskesmas dan klinik swasta secara langsung, atau dengan menyelenggarakan pertemuan. Berhubung tiap program memiliki kegiatan pemantauan dan evaluasi (monev) sesuai anggarannya masing-masing, frekuensi dan metode monev juga bervariasi antar program, dan Dinkes Kab/Kota umumnya tidak memiliki personil dengan kapabilitas yang memadai untuk melakukan monev secara rutin. Di tingkat puskesmas, perkembangan SPM dipantau oleh bagian perencanaan berdasarkan laporan yang diserahkan tiap program. Hasil pemantauan disajikan di pertemuan yang melibatkan semua staf. Indikator dengan pencapaian rendah dibahas secara mendalam dengan penekanan pada perumusan strategi untuk meningkatkan kinerja di beberapa bulan mendatang. Kegiatan serupa dilakukan di Dinkes Kab/Kota di mana bagian perencanaan mengumpulkan laporan SPM dan menyerahkannya ke Kemenkes, tapi saat ini tidak ada bukti yang jelas tentang bagaimana pemantauan perkembangan kegiatan dilakukan. Salah satu kabupaten menyampaikan bahwa mereka belum menyerahkan laporan SPM ke Kemenkes.

Faktor Pendukung

Diskusi kelompok terarah menyorot beberapa praktik baik yang mendukung perencanaan dan pelaksanaan SPM sehingga berlangsung efektif:

- Hampir semua puskesmas melibatkan berbagai pemangku kepentingan (camat, kepala desa, kepala puskesmas, dan klinik kesehatan lain) dalam proses perencanaan SPM. Ini membuahkan hasil dalam bentuk keterlibatan aktif pemerintah desa mendanai beberapa kegiatan prioritas dan pengadaan perlengkapan medis yang turut mendukung pencapaian target SPM.
- Beberapa kabupaten/kota telah mengeluarkan peraturan daerah untuk memperkuat pelaksanaan SPM di tingkat setempat. Sebagai contoh, setelah Permenkes 4/2019 dikeluarkan, Kabupaten Gunung Kidul mengeluarkan peraturan bupati (Perbup 100/2019) yang memperkuat pelaksanaan SPM di kabupaten tersebut. Kabupaten Bengkulu dan Sumbawa juga telah mengajukan peraturan serupa. Berbagai peraturan tersebut menunjukkan bahwa pemerintah daerah telah semakin memprioritaskan kegiatan SPM, walaupun saat ini masih terlalu dini untuk menyimpulkan apakah peraturan daerah akan sungguh meningkatkan kinerja SPM.
- Kabupaten/Kota terus berupaya meningkatkan kinerja mereka dengan memanfaatkan solusi-solusi setempat yang inovatif di luar praktik-praktik yang lazim dilakukan (Kotak 2). Di Lhokseumawe dan Ngada, staf Dinkes Kab/Kota dibagi menjadi beberapa tim yang masing-masing bertanggung jawab mengawasi beberapa

puskesmas, selain melakukan tugas utama di jabatannya masing-masing. Tiap staf Dinkes harus mengenal baik segala program yang berlangsung di Puskesmas, dan tidak hanya terpaku pada tugas program utamanya. Strategi ini bertujuan agar staf program tidak bekerja terpisah untuk kegiatan programnya sendiri, tapi sebaliknya lebih banyak bekerja sama dan saling mendukung.

Kotak 2. Penggunaan Solusi Setempat untuk Memperkuat Implementasi SPM

Terlepas dari tantangan yang dihadapi, Dinkes Kab/Kota dan puskesmas terus berupaya memperbaiki kinerja melalui solusi setempat di luar praktik-praktik yang lazim. Tiap kab/kota memiliki cara mereka sendiri untuk menjangkau kelompok sasaran SPM dengan inovasi yang sesuai dengan situasi setempat. Di Kab. Padang Pariaman, di mana sebagian besar penduduk beragama Islam, puskesmas Padang Alai melibatkan pemimpin agama untuk memberi pesan-pesan edukasi kesehatan saat sholat Jum'at dan melakukan skrining kesehatan di masjid. Di daerah pedesaan, petugas kesehatan mengandalkan relawan kesehatan masyarakat untuk menyebarkan informasi kesehatan dan melatih mereka melakukan skrining dasar (tinggi dan berat badan, tekanan darah, gula darah dan kolesterol) untuk dewasa usia produktif melalui inisiatif *Jumsepase* (Jumat Sehat Padang Alai Semangat). Puskesmas Padang Alai juga melakukan skrining kesehatan di pasar dan saat liburan di mana sebagian masyarakat tinggal di rumah. Indonesia masih tertinggal dalam pencapaian target SPM untuk dewasa usia produktif; intervensi masyarakat seperti ini dapat menjadi satu solusi. Kegiatan kerelawanan dan kesehatan masyarakat dikenal efektif di negara berpenghasilan tinggi dalam menjembatani kesenjangan anggaran dan menjangkau masyarakat setempat dengan efektif.

Kesimpulan

Hasil studi ini mengindikasikan bahwa Indonesia masih perlu memperbaiki layanan yang diberikan di fasilitas kesehatan tingkat primer, dan hal ini selaras dengan temuan studi lainnya yang terbaru terkait dengan layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia juga temuan yang lebih luas tentang layanan kesehatan di tingkat primer dalam Kajian Belanja Publik yang dilakukan Bank Dunia (Van Doorn, et al., 2020; Stein, et al., 2020). Mengikuti metode costing yang banyak diterapkan di negara-negara berpenghasilan rendah menengah, studi ini menghitung biaya dengan pendekatan campuran, yaitu menghitung biaya langsung dengan metode *bottom-up* dan menghitung biaya *overhead* dengan metode *top-down* (Hendricks et al., 2014; Cunnamea et al., 2016). Costing dengan metode *bottom-up* dianggap dapat memberi gambaran yang lebih akurat tentang berbagai sumber daya yang digunakan untuk menyediakan sebuah layanan kesehatan, tapi kurang mampu memperkirakan tingkat efisiensi penyediaan layanan. Sebaliknya metode *top-down* cenderung kurang akurat untuk menghitung biaya yang sesungguhnya digunakan, tapi lebih mampu menangkap adanya inefisiensi dalam penyediaan layanan (Cunnamea et al., 2016).

Berdasarkan hasil perhitungan rerata biaya satuan SPM per wilayah dan target SPM, kami memperkirakan bahwa sumber daya yang dibutuhkan secara nasional untuk biaya langsung pelaksanaan SPM di tahun 2019 berjumlah Rp. 6,7 triliun, yaitu sekitar 4,6% dari total anggaran kesehatan pemerintah daerah (APBD) (atau sekitar Rp. 25.177 per orang per tahun). Estimasi biaya langsung SPM ini mencakup semua input yang diperlukan untuk penyediaan layanan SPM (obat-obatan, vaksin, bahan habis pakai medis dan non-medis, peralatan medis, dan transportasi yang berkaitan langsung untuk penyediaan layanan SPM),

tapi tidak mencakup biaya tenaga petugas. Bila digabung dengan biaya *overhead* dan biaya tenaga petugas, total kebutuhan sumber daya untuk SPM secara nasional mencapai Rp. 21,6 triliun, sekitar 8,1% dari anggaran kesehatan pemerintah daerah (atau sekitar Rp. 81.523 per orang per tahun).

Walaupun biaya personil bersifat tetap dari tahun ke tahun, biaya ini merupakan penggerak biaya utama anggaran SPM di jejaring puskesmas (rata-rata 51% dari total biaya) dan di klinik swasta yang menjadi sampel (rata-rata 58% dari total biaya) serta merupakan porsi biaya *overhead* yang signifikan dari total estimasi kebutuhan sumber daya SPM. Biaya personil juga bervariasi antar wilayah, yaitu 34% dari total biaya SPM puskesmas di Jawa hingga 60% dari total biaya SPM di Bali dan Nusa Tenggara. Situasi yang sama ditemui di klinik swasta yang menjadi sampel; di Jawa biaya personil adalah 46% dari total biaya SPM, sedangkan di Maluku dan Papua mencapai 68% dari total biaya SPM. Sesuai rincian dalam Permenkes 4/2019, penyedia layanan kesehatan memiliki keleluasaan untuk memilih tenaga kesehatan yang sesuai untuk masing-masing SPM, dan dapat menerapkan pengalihan atau pembagian tugas penyediaan layanan antara dokter, dokter spesialis, bidan, dan perawat untuk meningkatkan efisiensi layanan dan menekan biaya.

Saat ini Indonesia masih terus tertinggal dalam pencapaian target layanan tuberkulosis dan HIV, yang sedikit banyak dapat disebabkan oleh tingginya biaya satuan untuk kedua layanan ini. Di tingkat kabupaten/kota, rata-rata biaya satuan layanan SPM per orang per tahun yang tertinggi adalah untuk layanan HIV dengan ARV (Rp. 1.580.122) dan layanan tuberkulosis dengan OAT (Rp. 1.128.835). Begitu pula di tingkat puskesmas. Biaya satuan SPM tertinggi adalah untuk layanan tuberkulosis dengan OAT (Rp. 566.611). Pembayaran kapitasi oleh JKN umumnya tidak memberi fasilitas tingkat primer cukup insentif untuk menyediakan layanan berbiaya tinggi, dan hasil studi kami mengindikasikan bahwa porsi waktu yang digunakan petugas fasilitas kesehatan untuk layanan HIV dan tuberkulosis hanya sedikit dibandingkan total waktu mereka untuk SPM secara keseluruhan; alokasi waktu ini mungkin perlu ditingkatkan agar dapat mencapai target SPM.

Indonesia juga harus meningkatkan cakupan SPM untuk layanan penyakit tidak menular (PTM) dan tuberkulosis. Rata-rata, di kabupaten/kota yang menjadi sampel di kelima wilayah di Indonesia, PTM dan tuberkulosis adalah tiga layanan dengan cakupan target terendah. Cakupan intervensi SPM tuberkulosis perlu ditingkatkan di pulau Jawa, Maluku, Papua, Sumatra, dan Kalimantan. Layanan SPM untuk hipertensi relatif tersedia secara luas, terutama di klinik swasta yang menjadi sampel, tapi pencapaian target di semua wilayah relatif rendah, kecuali di Maluku dan Papua. Cakupan layanan untuk dewasa usia produktif juga perlu ditingkatkan terutama di kab/kota sampel di Bali, Nusa Tenggara, Maluku, dan Papua di mana pencapaian target sangat rendah (masing-masing 58% dan 65%).

Untuk memperkuat pelaksanaan SPM bidang kesehatan di Indonesia, kami mengusulkan beberapa rekomendasi berikut:

- **Secara terus menerus melakukan analisis data SPM yang diperoleh melalui platform baru Siscobikes.** Berdasarkan hasil studi costing ini, HP+ telah: (1) mendukung Pemerintah Indonesia menyempurnakan platform elektronik pengumpulan data SPM (Siscobikes); (2) menyempurnakan perangkat perhitungan anggaran SPM berbasis Excel yang digunakan kabupaten/kota dengan menyertakan menu pre-estimasi satuan harga kegiatan SPM di tiap wilayah; dan (3) menyusun panduan interoperabilitas untuk digunakan kementerian dan lembaga pemerintah lain untuk mengakses data Siscobikes. Selanjutnya, analisis data SPM yang dikumpulkan melalui platform baru Siscobikes perlu dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh kinerja SPM di kab/kota telah membaik agar transfer dana dari

pemerintah pusat (seperti DAK Fisik dan DAK Non-Fisik) ke pemerintah daerah dapat lebih tepat sasaran dan sesuai dengan kebutuhan dan kinerja SPM di masing-masing kabupaten/kota.

- **Meningkatkan ketersediaan layanan dan memperkuat pelaksanaan SPM di sektor swasta.** Untuk mencapai target SPM sebesar 100%, Dinkes Kab/Kota perlu meningkatkan peran serta klinik swasta dalam penyediaan layanan SPM. Dari hasil kajian ini terindikasi bahwa sektor swasta umumnya kurang siap untuk melaksanakan SPM, dan ini sejalan dengan beberapa temuan lain yang melaporkan bahwa kapasitas diagnostik dasar dan obat-obatan esensial di fasilitas kesehatan primer swasta cenderung terbatas (Rajan et al., 2018). Rata-rata di klinik swasta sampel, layanan SPM yang paling banyak tersedia adalah layanan diabetes dan hipertensi (79%) sedangkan untuk layanan HIV, gangguan jiwa, dan layanan untuk anak usia pendidikan dasar tingkat ketersediaan layanan hanya 25% atau kurang. Penyedia layanan SPM utama adalah Puskesmas dan jejaringnya, dan hal ini mungkin menjadi salah satu penyebab mengapa layanan SPM kurang tersedia di klinik swasta karena prevalensi penyakit dan permintaan layanan tersebut di swasta relatif rendah. Ini sejalan dengan temuan dari Bank Dunia yang mengindikasikan bahwa fasilitas kesehatan swasta lebih menitikberatkan pada pemberian pengobatan dan kurang berfokus pada layanan pencegahan dan intervensi kesehatan masyarakat (Rajan et al., 2018). Di antara klinik swasta yang menjadi sampel studi kami, klinik di Bali, Nusa Tenggara, dan Jawa adalah yang paling sedikit menyediakan layanan SPM, dan enam layanan SPM bahkan tidak tersedia sama sekali di klinik swasta sampel di Bali dan Nusa Tenggara. Rekomendasi dari studi ini adalah agar Pemerintah Indonesia menjajaki bentuk insentif yang dapat diberikan untuk melibatkan sektor swasta dalam penyediaan layanan SPM.
- **Meningkatkan efisiensi biaya layanan SPM untuk anak usia pendidikan dasar dan balita melalui pengalihan dan pembagian tugas.** Biaya *overhead* layanan anak balita dan anak usia pendidikan dasar masing-masing mencapai 56% dan 89% dari biaya satuan SPM. Sesuai petunjuk dalam Permenkes 4/2019, bilamana diperlukan, penyedia layanan kesehatan dapat menerapkan pengalihan dan pembagian tugas antara dokter, bidan, dan perawat sesuai situasi di masing-masing daerah untuk mengurangi inefisiensi dalam penyediaan layanan kesehatan rutin bagi anak-anak. Dibandingkan layanan lain dalam SPM, layanan untuk anak usia pendidikan dasar dan balita terdiri dari intervensi yang tidak memerlukan tenaga kesehatan spesialisik khusus seperti misalnya pemantauan tumbuh kembang, imunisasi, administrasi, dan suplementasi vitamin. Layanan rutin ini dapat diberikan oleh petugas kesehatan terlatih yang tidak bersifat khusus sementara tenaga yang lebih bersifat spesialisik seperti dokter dapat berfokus pada penanganan komplikasi kesehatan dan SPM lain yang memerlukan keterampilan khusus.
- **Memperbaiki petunjuk teknis untuk pelaporan, pemantauan dan evaluasi SPM.** Hasil diskusi kelompok terarah yang dilakukan dalam studi menunjukkan bahwa sebagian besar Dinkes Kab/Kota sampel belum memprioritaskan pemantauan dan evaluasi SPM. Dinkes Kab/Kota juga belum memiliki sistem yang memungkinkan puskesmas menerima umpan balik atas laporan bulanan mereka. Untuk meningkatkan peran Dinkes Kab/Kota dan puskesmas dalam pengawasan pencatatan dan pelaporan, Kemenkes perlu mengadakan suatu sistem pelaporan terpadu untuk SPM dan program. Selain itu, sebagai bagian dari penguatan pelaksanaan SPM di klinik swasta, Indonesia perlu memperkuat peran puskesmas dalam mengkoordinir dan memantau keterlibatan

sektor swasta dalam SPM, yang mencakup mengelola pelaporan kinerja SPM sektor swasta.

- **Kemendagri perlu memenuhi perannya dalam menegakkan kepatuhan pemerintah daerah terhadap regulasi SPM.** Untuk menjamin pemenuhan kebutuhan peralatan, perlengkapan dan sumber daya manusia untuk melaksanakan SPM, kabupaten/kota perlu mematuhi peraturan yang ada untuk memprioritaskan pendanaan kesehatan dengan mengalokasikan 10% dari APBD untuk bidang kesehatan. Di bulan Agustus 2020, Kemendagri menyebutkan bahwa rata-rata alokasi APBD untuk bidang kesehatan masih di bawah 10% yang diharuskan, yaitu 9,24% (Nugraheny, 2020). Kemendagri memiliki peran penting dalam menyebarluaskan pedoman SPM ke kepala daerah, menjelaskan tanggung jawab mereka dalam pelaksanaan SPM dan konsekuensi yang harus ditanggung bila mereka gagal mencapai 100% target. Sesuai UU 23/2014, Kemendagri harus mengenakan sanksi terhadap kepala daerah yang tidak melaksanakan SPM dengan efektif dan tidak memenuhi target.

Daftar Pustaka

- Cunnamo, L., E. Sinanovic, L. Ramma, N. Foster, and L. Berrie, et al. 2016. "Using Top-Down and Bottom-up Costing Approaches in LMICs: The Case for Using Both to Assess the Incremental Costs of New Technologies at Scale." *Health Economics* 25 Suppl 1: 53–66.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). 2020. "Sistem Monitoring Terpadu." Available at: <http://sismonitoring.and.evaluation.djsn.go.id/pembayaran/>
- Ensor, T., H. Firdaus, D. Dunlop, A. Manu, and A. G. Mukti, et al. 2012. "Budgeting Based on Need: A Model to Determine Sub-National Allocation of Resources for Health Services in Indonesia." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 10(1): 11.
- Ferrazzi, G. 2005. "Obligatory Functions and Minimum Service Standards for Indonesian Regional Government: Searching for a Model." *Public Administration and Development* 25(3): 205-215.
- Health Policy Plus and Sub-Directorate for HIV/AIDS and STI at the Ministry of Health, Indonesia. 2018. *Updated Resource Requirements for Sustainable Financing of the HIV Response in Indonesia*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.
- Hendriks, M. E., P. Kundu, A. C. Boers, O. A. Bolarinwa, and M. J. te Pas, et al. 2014. "Step-by-Step Guideline for Disease-Specific Costing Studies in Low- and Middle-Income Countries: A Mixed Methodology." *Global Health Action* 7(1).
- Khairi, H. 2015. "The Policy Implementation of Minimum Service Standard in Indonesia: Problems and Challenges." *International Journal of Social Sciences* 34(1): 1-17.
- Maharani, A., and G. Tampubolon. 2015. "Has Decentralization Affected Child Immunization Status in Indonesia?" *Global Health Action* 8(s3): 24913.
- Ministry of Health. 2019. *Laporan Kinerja Pusat Data Dan Informasi Tahun Anggaran 2018*. Jakarta, Indonesia: Government of Indonesia. Available at: <https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-laporan-kinerja-pusdatin.html>.
- Ministry of Health. 2020. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta, Indonesia: Government of Indonesia. Available at: <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>.
- National Population and Family Planning Board (BKKBN), Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), Ministry of Health (Kemenkes), and ICF. 2018. *Indonesia Demographic and Health Survey 2017*. Jakarta, Indonesia: BKKBN, BPS, Kemenkes, and ICF.
- Nugraheny, D. E. "Mendagri: Masih Banyak Daerah yang Alokasi Anggaran Kesehatannya Kurang dari 10 Persen APBD," *Kompas.com*, August 18, 2020, <https://nasional.kompas.com/read/2020/08/18/06214491/mendagri-masih-banyak-daerah-yang-alokasi-anggaran-kesehatannya-kurang-dari>.
- Pal, S. and Z. Wahhaj. 2017. "Fiscal Decentralisation, Local Institutions and Public Good Provision: Evidence from Indonesia." *Journal of Comparative Economics* 45(2): 383-409.

Rajan, V. S., A. Patil, E. S. Pambudi, and B. Junedi. 2018. *Is Indonesia Ready to Serve?: An Analysis of Indonesia's Primary Health Care Supply-Side Readiness (English)*. Washington, DC: World Bank Group.

Roudo, M. and T. M. Chalil. 2016. "Depolarization in Delivering Public Services? Impacts of Minimum Service Standards (MSS) on the Quality of Health Services in Indonesia." *Journal of Regional and City Planning* 27(1): 1-15.

Sucahya P. K. and L. Teplitskaya. 2020. *Analysis of Local Government Budgets to Meet Minimum Service Standards for Health in Indonesia*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Sucahya, P. K., and N. Mardiaty. Unpublished. "Costing Study: Unit Cost of HIV and AIDS Program in Indonesia."

Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS) and Macro International. 2008. *Indonesia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, US: BPS and Macro International.

Stein, D., M. F. Rakhmadi, J. Ugaz, and A. Dutta. 2020. *Does Better Financing Enable Higher Quality Maternal and Neonatal Health Services? Evidence from Healthcare Providers and Local Governments in Indonesia*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Suryanto, S., V. Plummer, and M. Boyle 2016. "Financing Healthcare in Indonesia." *Asia-Pacific Journal of Health Management* 11(2):33-38.

Van Doorn, R., A. Ihsan, C. D. R. D. Agustina, and P. S. Yoong. 2020. *Indonesia—Public Expenditure Review: Spending for Better Results (Main Report/English)*. Washington, DC: World Bank Group.

Lampiran A. Rincian Kegiatan dan Sub-Kegiatan SPM

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Persiapan imunisasi dasar
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Pemberian imunisasi dasar
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Persiapan vitamin A
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Pemberian vitamin A ke bayi usia 6-11 bulan sekali setahun
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Persiapan peralatan pengukuran panjang dan berat badan
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Pengukuran panjang dan berat badan minimal 2x/tahun
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Pengukuran berat badan minimal 8 kali setahun
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Pemantauan tumbuh kembang anak minimal 2x/tahun
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 0-11 bulan)	Persiapan buku KIA, kit SDIDKT, Form Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) Anak; Kuesioner Pre-Skrining Perkembangan (KPSP) Anak, dan instrumen standar yang berlaku lainnya
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Persiapan imunisasi lanjutan
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Pemberian imunisasi lanjutan
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Pemberian vitamin A 2x/tahun
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Pemantauan perkembangan anak minimal 2x/tahun
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Persiapan peralatan pengukuran panjang dan berat badan
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Pengukuran panjang dan berat badan minimal 2x/tahun
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Pengukuran berat badan minimal 8x/tahun (minimal 4 x dalam 6 bulan)
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Persiapan buku KIA, kit SDIDKT, Form Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) Anak; Kuesioner Pre-Skrining Perkembangan (KPSP) Anak, dan instrumen standar yang berlaku lainnya
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 12-23 bulan)	Persiapan vitamin A
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 24-59 bulan)	Pemberian vitamin A
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 24-59 bulan)	Pemantauan perkembangan anak minimal 2x/tahun

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 24-59 bulan)	Pengobatan bila terjadi shok anafilaksis
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 24-59 bulan)	Pengukuran panjang dan berat badan minimal 2x/tahun
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 24-59 bulan)	Pengukuran berat badan minimal 8x/tahun (minimal 4 x dalam 6 bulan)
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 24-59 bulan)	Persiapan vitamin A
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 24-59 bulan)	Persiapan peralatan pengukuran panjang dan berat badan
Balita	Pelayanan Kesehatan (usia 24-59 bulan)	Persiapan buku KIA, kit SDIDKT, Form Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) Anak; Kuesioner Pre-Skrining Perkembangan (KPSP) Anak, dan instrumen standar yang berlaku lainnya
Balita	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan kohort bayi dan balita
Balita	Pencatatan & Pelaporan	Pengisian laporan sesuai alur pelaporan
Balita	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
Balita	Pendataan	Entri dan analisis data
Balita	Pendataan	Penetapan jumlah sasaran
Balita	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
Balita	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA	Penyampaian hasil pemeriksaan dan KIE
Balita	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA	Pencatatan ke buku KIA
Balita	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA	Plotting ke buku KIA
Balita	Rujukan	Persiapan set kegawatdaruratan
Balita	Rujukan	Transportasi pasien ke FKRTL
Balita	Rujukan	Perencanaan rujukan
Balita	Rujukan	Stabilisasi pra-rujukan dan/atau pengobatan
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Pemotongan dan perawatan tali pusar
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Pembilasan semua alat dengan klorin 0.5%
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Inisiasi menyusui dini (IMD)
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Pemeriksaan bayi baru lahir, riwayat kondisi komorbiditas
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Penimbangan berat badan

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Pemeriksaan suhu tubuh
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Salap/tetes mata antibiotik profilaksis
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Injeksi vitamin K1
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Imunisasi Hepatitis B
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 0-6 jam)	Pencatatan waktu lahir dan membungkus bayi
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 6 jam–28 hari)	Konseling tentang perawatan bayi baru lahir dan pemberian ASI eksklusif
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 6 jam–28 hari)	Evaluasi kesehatan dengan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 6 jam–28 hari)	Injeksi vitamin K1 untuk bayi yang tidak lahir di fasilitas kesehatan atau belum menerima injeksi vitamin K1
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 6 jam–28 hari)	Imunisasi Hepatitis B untuk bayi berusia kurang dari 24 jam yang kelahirannya tidak ditolong tenaga kesehatan
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan (usia 6 jam–28 hari)	Manajemen dan rujukan komplikasi neonatal
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan	Persiapan formulir pencatatan
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan	Bersihkan placenta
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan	Rujuk (bila terjadi komplikasi)
Bayi baru lahir	Pelayanan Kesehatan	Skrining hipotiroid kongenital
Bayi baru lahir	Pencatatan & Pelaporan	Pelaporan data ke dinas
Bayi baru lahir	Pencatatan & Pelaporan	Pengisian register kohort bayi
Bayi baru lahir	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
Bayi baru lahir	Pendataan	Entri dan analisis data
Bayi baru lahir	Pendataan	Penetapan jumlah sasaran
Bayi baru lahir	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
Bayi baru lahir	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA
Bayi baru lahir	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA	Pengisian formulir MTBM
Bayi baru lahir	Rujukan	Persiapan set kegawatdaruratan neonatal
Bayi baru lahir	Rujukan	Transportasi pasien ke FKRTL

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Bayi baru lahir	Rujukan	Perencanaan rujukan
Diabetes	Pemantauan dan evaluasi	Pemantauan dan evaluasi pasien Diabetes Mellitus
Diabetes	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan & Pelaporan pasien Diabetes Mellitus
Diabetes	Pencatatan & Pelaporan	Identifikasi pasien Diabetes Mellitus di FKRTL
Diabetes	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan pasien diabetes
Diabetes	Pendataan	Penetapan jumlah sasaran
Diabetes	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
Diabetes	Pelayanan Kesehatan	Persiapan materi dan alat
Diabetes	Pelayanan Kesehatan	Pemeriksaan gula darah
Diabetes	Pelayanan Kesehatan	Edukasi perubahan gaya hidup (pola makan seimbang, istirahat cukup, kegiatan fisik dan manajemen stress)
Diabetes	Pelayanan Kesehatan	Terapi farmakologi dan edukasi untuk kepatuhan terhadap terapi farmakologi
Diabetes	Rujukan	Rujukan ke FKRTL untuk manajemen komplikasi
Hipertensi	Pemantauan dan evaluasi	Pemantauan dan evaluasi pasien hipertensi via lembar pencatatan
Hipertensi	Pelayanan Kesehatan	Pengukuran tekanan darah minimal 1x/bulan di faskes
Hipertensi	Pelayanan Kesehatan	Edukasi perubahan gaya hidup dan/atau kepatuhan pengobatan
Hipertensi	Pelayanan Kesehatan	Rujukan sesuai kebutuhan
Hipertensi	Pelayanan Kesehatan	Persiapan materi dan alat
Hipertensi	Skrining	Pemanfaatan data PIS-PK
Hipertensi	Skrining	Penemuan kasus hipertensi dari data rujukan tingkat atas
Hipertensi	Skrining	Penemuan kasus hipertensi dari data rujukan tingkat atas
Hipertensi	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan & Pelaporan pasien hipertensi
Hipertensi	Pendataan	Penetapan target
Hipertensi	Rujukan	Rujukan ke FKRTL
HIV	Edukasi	Promosi kesehatan & penjangkauan (KIE untuk pasien HIV/orang yang berisiko tertular HIV)
HIV	Kemitraan	Membangun jejaring dan kemitraan

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
HIV	Pemantauan dan evaluasi	Pemantauan dan evaluasi Program HIV
HIV	Skrining	Skrining HIV di dalam faskes
HIV	Skrining	Skrining HIV di luar faskes
HIV	Skrining	Persiapan materi dan alat dalam gedung
HIV	Skrining	Persiapan materi dan alat di luar gedung
HIV	Mapping	Pemetaan target HIV
HIV	Pencatatan & Pelaporan	Pelaporan Program HIV
HIV	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan rekam medis dan pengisian SIHA
HIV	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
HIV	Pendataan	Pengumpulan data populasi berisiko tertular HIV
HIV	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
HIV	Evaluasi kinerja	Penilaian kinerja Program SPM - HIV
HIV	Evaluasi kinerja	(blanko)
HIV	Rujukan	Rujukan HIV
HIV	Sosialisasi	Sosialisasi pencegahan
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Panti asuhan setelah kelahiran
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Dukungan dan perawatan pasien dan keluarga
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Pemberian vitamin injeksi K1 & salep/tetes mata antibiotik, imunisasi Hepatitis B (HB-O)
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Resusitasi (bila perlu)
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Buka set partus & <i>hecting</i>
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Identifikasi klien dan pengisian buku KIA
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Pengisian dan penempatan partograf, dan pelaksanaan pemeriksaan rutin
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Menjelaskan tujuan, prosedur tindakan dan informed consent
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Menjepit dan memotong tali pusar dan IMD
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Pemberian panduan penerimaan

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Persiapan tempat persalinan
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Pertolongan kelahiran (kepala, bahu, tubuh, dan kaki)
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Memastikan pembukaan lengkap dan pemeriksaan kondisi janin
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Pemasangan IUD Paska Plasenta
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Persiapan alat, materi dan ruangan
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Stimulasi taktil (pijat) rahim dan penilaian pendarahan
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Rata2 waktu tunggu sejak pembukaan lengkap hingga penanganan kala 2
Persalinan	Pelayanan Kesehatan	Rujuk (bila ada tanda komplikasi)
Persalinan	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
Persalinan	Pendataan	Entri dan analisis data
Persalinan	Pendataan	Penentuan jumlah target
Persalinan	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
Persalinan	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA
Persalinan	Pengisian Kartu Ibu dan Kohort Ibu	Pengisian Kartu Ibu dan Kohort Ibu
Persalinan	Rujukan	Persiapan Set Kegawatdaruratan neonatal
Persalinan	Rujukan	Persalinan pasien ke FKRTL
Persalinan	Rujukan	Perencanaan rujukan
Persalinan	Rujukan	Stabilisasi pasien
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Penilaian dan anamnesis
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	KIE: pemeriksaan Kehamilan, IMD, dll.
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Konfirmasi dan pemberian TTD dan suntikan TT
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Konseling & Menjelaskan hasil pemeriksaan
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Meminta pemeriksaan lab
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Menjelaskan hasil tes lab

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Pemeriksaan seputar kaki
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Pemeriksaan seputar kepala (muka, mata, hidung, telinga, mulut, leher)
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Pemeriksaan perut dan dada (dada, uterus, janin)
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Pengukuran lengan (LILA, suhu, tekanan darah, denyut nadi)
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Pengukuran fisik (tinggi dan berat badan)
Kehamilan	Pelayanan Kesehatan	Persiapan alat, materi dan ruangan
Kehamilan	Pencatatan & Pelaporan	Pelaporan hasil ke Dinas
Kehamilan	Pencatatan & Pelaporan	Rekapitulasi hasil ANC
Kehamilan	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
Kehamilan	Pendataan	Entri dan analisis data
Kehamilan	Pendataan	Penetapan jumlah target
Kehamilan	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
Kehamilan	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA	Pengisian dan pemanfaatan buku KIA
Kehamilan	Pengisian Kartu Ibu dan Kohort Ibu	Pengisian Kartu Ibu dan Kohort Ibu
Kehamilan	Rujukan	Menolong pasien untuk konsultasi
Kehamilan	Rujukan	Rujukan segera ke faskes terdekat
Kehamilan	Rujukan	Stabilisasi pasien
Gangguan jiwa	Pelayanan Kesehatan	Edukasi kepatuhan pengobatan
Gangguan jiwa	Pelayanan Kesehatan	Kunjungan rumah
Gangguan jiwa	Pelayanan Kesehatan	Pemberian obat
Gangguan jiwa	Pelayanan Kesehatan	Extension
Gangguan jiwa	Pelayanan Kesehatan	Tindakan medis pendukung
Gangguan jiwa	Skrining	Pendaftaran pasien
Gangguan jiwa	Skrining	Persiapan materi, alat dan tempat
Gangguan jiwa	Skrining	Tindakan medis

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Gangguan jiwa	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan & Pelaporan
Gangguan jiwa	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
Gangguan jiwa	Pendataan	Penetapan jumlah target
Gangguan jiwa	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
Gangguan jiwa	Rujukan	Rujukan ke FKRTL atau RSJ
Anak usia pendidikan dasar	Pemantauan dan evaluasi	Umpan balik hasil skrining dan konseling kesehatan
Anak usia pendidikan dasar	Skrining	a) Penilaian status gizi (antropometri)
Anak usia pendidikan dasar	Skrining	b) Penilaian tanda vital (suhu, tekanan darah, detak jantung, pernapasan)
Anak usia pendidikan dasar	Skrining	c) Penilaian kesehatan gigi dan mulut (rongga mulut, gigi)
Anak usia pendidikan dasar	Skrining	d) Penilaian ketajaman indera penglihatan (mata, buta warna)
Anak usia pendidikan dasar	Skrining	e) Penilaian ketajaman indera pendengaran
Anak usia pendidikan dasar	Skrining	f) Pemeriksaan kebersihan diri (rambut, kulit, kuku)
Anak usia pendidikan dasar	Skrining	f) Pemeriksaan penggunaan tool pendukung
Anak usia pendidikan dasar	Skrining	g) Pemeriksaan kebugaran fisik
Anak usia pendidikan dasar	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan
Anak usia pendidikan dasar	Pendataan	Orientasi layanan kesehatan/skrining oleh tenaga non-kesehatan/guru/pengasuh, dll.
Anak usia pendidikan dasar	Pendataan	Persiapan pelayanan kesehatan
Anak usia pendidikan dasar	Persiapan dan pengisian kuesioner	Pengisian kuesioner oleh peserta belajar/orangtua/wali
Anak usia pendidikan dasar	Tindak lanjut hasil skrining	Tindak lanjut penilaian pelayanan kesehatan di sekolah, termasuk perubahan perilaku kesehatan dan anak dengan obesitas
Anak usia pendidikan dasar	Tindak lanjut hasil skrining	Rujukan (bila perlu)
Tuberkulosis	Edukasi	Edukasi komprehensif TB
Tuberkulosis	Pelayanan Kesehatan	Pemeriksaan klinis TB di luar gedung
Tuberkulosis	Pelayanan Kesehatan	Pemeriksaan klinis dalam gedung
Tuberkulosis	Pelayanan Kesehatan	Persiapan materi, alat dan tempat di dalam gedung
Tuberkulosis	Pelayanan Kesehatan	Persiapan materi, alat dan tempat di luar gedung

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Tuberkulosis	Pemeriksaan pendukung	(bila mikroskopis negatif), pemeriksaan radiologi/x-ray dada
Tuberkulosis	Pemeriksaan pendukung	Pemeriksaan pendukung sampel sputum terduga TB/pasien TB
Tuberkulosis	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan & Pelaporan TB
Tuberkulosis	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
Tuberkulosis	Pendataan	Penetapan jumlah target
Tuberkulosis	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
Tuberkulosis	Rujukan	Rujukan terduga TB/pasien TB
Lansia	Edukasi	Edukasi PHBS
Lansia	Edukasi	Edukasi PHBS
Lansia	Edukasi	Pemberian makanan tambahan untuk lansia
Lansia	Edukasi	Olah raga untuk lansia
Lansia	Pemantauan dan evaluasi	Pemantauan dan evaluasi
Lansia	Pemantauan dan evaluasi	Pemantauan dan evaluasi
Lansia	Pengobatan dan perawatan	Kerja sama lintas sektor/kemitraan dan pemberdayaan komunitas untuk lansia
Lansia	Pengobatan dan perawatan	Tindak lanjut hasil skrining kesehatan lansia
Lansia	Skrining	Pemeriksaan darah (gula darah dan kolesterol) lansia
Lansia	Skrining	Penilaian kondisi jiwa lansia
Lansia	Skrining	Penilaian kondisi jiwa lansia
Lansia	Skrining	Penilaian status gizi lansia
Lansia	Skrining	Persiapan materi, alat dan tempat
Lansia	Skrining	Tanda-tanda vital lansia
Lansia	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan & Pelaporan termasuk Buku Kesehatan Lansia
Lansia	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
Lansia	Pendataan	Penetapan jumlah target
Lansia	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi

SPM	Kegiatan	Sub-kegiatan
Dewasa usia produktif	Konseling	Konseling faktor risiko PTM
Dewasa usia produktif	Pemantauan dan evaluasi	Pemantauan dan evaluasi
Dewasa usia produktif	Pelayanan Kesehatan	Edukasi & Konseling tentang faktor risiko PTM, juga keluarga berencana
Dewasa usia produktif	Pelayanan Kesehatan	Edukasi & Konseling tentang faktor risiko PTM, juga keluarga berencana
Dewasa usia produktif	Pelayanan Kesehatan	Gerakan 'Ayo Bergerak' (Ayo Bergerak)
Dewasa usia produktif	Pelayanan Kesehatan	Gerakan 'Ayo Bergerak' (Ayo Bergerak)
Dewasa usia produktif	Pelayanan Kesehatan	Pelatihan guru sebagai konselor di sekolah
Dewasa usia produktif	Pelayanan Kesehatan	Seminar tentang dampak obesitas
Dewasa usia produktif	Skrining	Deteksi diabetes mellitus (usia 15-59 tahun): tes gula darah puasa
Dewasa usia produktif	Skrining	Deteksi gangguan jiwa emosi dan perilaku (usia 15-59 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Deteksi hipertensi (usia 15-59 tahun): Tekanan darah
Dewasa usia produktif	Skrining	Deteksi obesitas (usia 15-59 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Tes IVA (deteksi dini kanker leher rahim usia 30-50 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Tes IVA (deteksi dini kanker leher rahim usia 30-50 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Pemeriksaan ketajaman indera pendengaran (usia 15-59 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Pemeriksaan ketajaman indera pendengaran (usia 15-59 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Pemeriksaan ketajaman indera penglihatan (usia 15-59 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Pemeriksaan ketajaman indera penglihatan (usia 15-59 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Pemeriksaan SADANIS (deteksi dini kanker payudara usia 30-50 tahun)
Dewasa usia produktif	Skrining	Persiapan materi, alat, dan skrining di titik layanan
Dewasa usia produktif	Pencatatan & Pelaporan	Pencatatan & Pelaporan faktor risiko PTM
Dewasa usia produktif	Pendataan	Kunjungan rumah untuk pendataan
Dewasa usia produktif	Pendataan	Penetapan jumlah target
Dewasa usia produktif	Pendataan	Persiapan dan sosialisasi
Dewasa usia produktif	Rujukan	Tindak lanjut hasil skrining

Lampiran B. Daftar Sampel Kabupaten/Kota

Provinsi	Kabupaten/Kota
Aceh	Kota Lhokseumawe
Sumatra Utara	Kota Tebing Tinggi
Sumatra Barat	Padang Pariaman
Jambi	Sarolangun
Bengkulu	Kepahiang
Bengkulu	Kota Bengkulu
Jawa Barat	Garut
Jawa Tengah	Jepara
Yogyakarta	Gunung Kidul
Jawa Timur	Kota Batu
Bali	Klungkung
Nusa Tenggara Barat	Sumbawa
Nusa Tenggara Timur	Ngada
Kalimantan Selatan	Banjar
Sulawesi Utara	Bolaang Mongondow Utara
Sulawesi Utara	Kota Bitung
Sulawesi Selatan	Takalar
Sulawesi Tenggara	Wakatobi
Sulawesi Tenggara	Buton Selatan
Sulawesi Tenggara	Kota Kendari
Gorontalo	Gorontalo
Maluku Utara	Halmahera Utara
Maluku Utara	Kota Tidore Kepulauan
Papua Barat	Kota Sorong

Lampiran C. Panduan Diskusi Kelompok Terarah (FGD)

Panduan FGD dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Tema	Sub-Tema	Panduan Diskusi
<p>A. Sosialisasi Pemahaman pelaksana program tentang SPM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi Permenkes No.4/2019 • Pemahaman tentang Permenkes No.4/2019 • Perbedaan antara Permenkes No.43/2016 dan No.4/2019 • Tanggapan (sikap) terhadap Permenkes No.4/2019 • Kendala dan solusi dalam sosialisasi Permenkes No.4/2019 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mohon ceritakan pengalaman anda dalam melaksanakan Permenkes no.43/2016, yang merinci petunjuk teknis untuk pemenuhan kualitas layanan kesehatan dasar yang menjadi bagian dari SPM bidang kesehatan 2. Mohon jelaskan tentang sosialisasi Permenkes no.4/2019 yang anda terima. Apakah sosialisasi memadai? Apakah setelah sosialisasi, anda masih memiliki pertanyaan tentang permenkes tersebut? 3. Menurut pemahaman anda, apa perbedaan antara Permenkes no.43/2016 dan no.4/2019? <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Apa tanggapan anda terkait dengan perubahan dalam regulasi SPM? 4. Apa kendala yang anda hadapi dalam sosialisasi Permenkes no.4/2019? 5. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi kendala tersebut? 6. Apakah anda memiliki saran bagaimana membuat sosialisasi SPM dapat dilaksanakan dengan lebih baik di tahun 2020?

Tema	Sub-Tema	Panduan Diskusi
<p>B. Perencanaan Program/kegiatan yang telah direncanakan berkaitan dengan Permenkes No.43/2016 ATAU No.4/2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan yang telah direncanakan • Tahapan penyusunan perencanaan • Pihak-pihak yang terlibat dalam penyusunan perencanaan (birokrasi) • Perbedaan perencanaan (hal-hal baru) antara Permenkes No.43/2016 dan No.4/2019 • Jelaskan kesiapan untuk memenuhi kebutuhan perencanaan (SDM, infrastruktur, biaya, waktu, dll.) • Kendala dan solusi dalam perencanaan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apa saja kegiatan yang telah direncanakan untuk memenuhi SPM di tahun 2019? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Apakah kegiatan yang telah anda rencanakan di tahun 2019 mencakup seluruh 12 indikator SPM di tingkat kab/kota? Bila tidak, kegiatan apa yang belum masuk dalam perencanaan? Mengapa? 1.2. Apakah rencana tahun 2019 tersebut sesuai dengan tahapan yang dirinci di Permenkes no.43/2016 atau no.4/2019? Bila tidak, langkah mana yang sulit/tidak memungkinkan? Mengapa? 2. Siapa saja pihak yang terlibat dalam penyusunan perencanaan SPM? <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Pemerintah daerah, lintas-program, lintas-sektor, masyarakat (sebutkan pihak-pihak yang terlibat ...) 2.2. Apa peran dari tiap pihak dalam penyusunan perencanaan SPM? 2.3. Bila perencanaan bersifat lintas sektor, sektor mana yang terlibat dalam pendanaan/pembiayaan untuk pemenuhan SPM? Mohon jelaskan, apakah dana tersebut khusus untuk satu program tertentu? 3. Apa pendapat anda tentang SPM 2016 dan 2019? Mengapa? 4. Mohon jelaskan kesiapan anda untuk memenuhi kebutuhan perencanaan SPM saat ini untuk 2020? (ini mencakup: SDM, struktur organisasi, infrastruktur, biaya, waktu, dll. mengacu ke konteks tiap program dalam Permenkes no.4/2019) 5. Apa kendala yang anda hadapi selama perencanaan SPM di tahun 2019? 6. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi kendala tersebut? Apa kendala yang masih ada di tahun 2020? 7. Apa strategi atau solusi yang menurut pendapat anda perlu diterapkan di tahun 2020 (atau di masa akan datang) untuk memenuhi target perencanaan SPM? Mohon jelaskan bila ada strategi yang berbeda antar indikator SPM tertentu.

<p>C. Implementasi, strategi dan pencapaian 12 indikator SPM Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategi • Pencapaian • Target • Hambatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategi implementasi yang telah dilaksanakan • Program inovatif untuk mencapai SPM • Kegiatan yang telah dilaksanakan (termasuk yang tidak memenuhi target) • Optimisme untuk memenuhi 100% target SPM • Kendala dan solusi untuk memenuhi 100% target SPM 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apa strategi/upaya yang anda lakukan agar rencana kerja SPM kesehatan dapat terlaksana dengan baik? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Apakah ada strategi dalam bentuk program yang inovatif untuk memenuhi target SPM (<i>probing: mohon bahas untuk tiap program</i>)? 2. Mohon ceritakan bagaimana realisasi kegiatan yang telah direncanakan hingga saat ini (Permenkes no.43/2016 ATAU no.4/2019) <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Apa saja kegiatan/program yang telah memenuhi dan tidak memenuhi SPM (<i>lihat peraturan tentang SPM terkait dengan kegiatan untuk KIA/PTM/P2M</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan terhadap standar kuantitas dan kualitas barang dan jasa? • Kepatuhan terhadap standar kuantitas dan kualitas petugas/SDM? • Pencapaian SPM (pencapaian standar kuantitas dan kualitas layanan) 2.2. Bila tidak tercapai, mengapa? 2.3. Apa strategi yang diterapkan untuk mencapai target? (<i>Probing: apakah dilakukan revisi perhitungan target, revisi perhitungan denominator, advokasi untuk penambahan anggaran/dana?</i>) 3. Apakah anda optimis anda akan dapat mencapai 100% target SPM tahun depan, di tahun 2020 (berdasarkan standar kuantitas dan kualitas yang ditetapkan di Permenkes no.4/2019)? <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Indikator mana yang menurut anda mungkin tidak akan dapat mencapai target SPM? Apa alasannya? 3.2. Berapa persentase target yang secara realistis dapat dicapai? Standar mana yang sulit dicapai dan mengapa? 4. Apa kendala yang anda hadapi selama implementasi SPM di tahun 2019? <ol style="list-style-type: none"> 4.1. <i>Probing: pemahaman tentang SPM, komitmen, SDM (kuantitas, kualitas/kompetensi), sarana/prasarana, birokrasi (struktur organisasi, mutasi petugas, wewenang, dll), faktor pendukung seperti pengadaan obat-obatan/peralatan, faktor eksternal (pengetahuan masyarakat, faktor budaya, sosio-ekonomi masyarakat, prosedur, biaya, waktu, atau lainnya ...)</i> 5. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi kendala-kendala tersebut? 6. Apa kendala yang menurut anda akan anda hadapi dalam implementasi SPM di tahun 2020? 7. Menurut anda apa strategi atau solusi yang perlu diterapkan (di masa akan datang) untuk memenuhi target implementasi SPM? Mohon jelaskan bila strategi yang diterapkan berbeda-beda antar indikator SPM. 8. Apakah ada penalti bila SPM tidak dilaksanakan atau target SPM tidak tercapai? Bila ada, apa penaltinya?
--	---	--

Tema	Sub-Tema	Panduan Diskusi
D. Pelaporan	<ul style="list-style-type: none"> • Bentuk dan mekanisme pelaporan • Kepatuhan terhadap pencatatan dan pelaporan • Perbedaan (hal-hal baru) dari pelaporan Permenkes no.43/2016 dan no.4/2019 • Kendala dan solusi dalam kegiatan pelaporan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana bentuk dan mekanisme pelaporan program di tahun 2019? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. <i>Probing: bagaimana proses pelaporan? Apa saja yang harus dilaporkan, siapa yang membuat laporan dan kepada siapa laporan diserahkan?</i> 1.2. Bagaimana kepatuhan di bidang pencatatan dan pelaporan? 2. Apa kendala yang anda hadapi perihal pelaporan program SPM di tahun 2019? <ol style="list-style-type: none"> 2.1. <i>Probing: SDM, akurasi data, perhitungan pencapaian, lainnya? Mohon ceritakan</i> 2.2. Apakah ada indikator SPM tertentu di mana anda menghadapi tantangan/kendala yang lebih besar? 3. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi semua kendala tersebut? 4. Menurut anda kendala apa yang masih akan tetap ada dalam pelaporan SPM di tahun 2020? 5. Menurut anda strategi atau solusi apa yang perlu diterapkan di tahun 2020 (atau di masa akan datang) untuk memenuhi target pelaporan SPM? Mohon jelaskan bila ada beragam strategi untuk indikator SPM yang berbeda-beda.

Tema	Sub-Tema	Panduan Diskusi
<p>E. Pemantauan/monitoring dan Evaluasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bentuk dan mekanisme monitoring dan evaluasi (monev) • Sistem informasi SPM/ petunjuk teknis costing SPM • Umpan balik dari evaluasi laporan dan pemantauan • Kendala dan solusi dalam monitoring dan evaluasi (monev) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana pelaksanaan pemantauan program/kegiatan puskesmas? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. <i>Probing: metode, instrumen, lama waktu, pelaksanaan</i> 2. Apakah ada umpan balik dari tingkat provinsi dan pusat atas hasil monev kegiatan SPM? Bagaimana cara menjelaskan hasil monev? 3. Apa kegiatan dalam petunjuk teknis yang telah dilaksanakan? Masalah apa yang ditemui dalam petunjuk teknis? 4. Apakah pemerintah daerah setempat memantau/mengawasi/mengevaluasi kegiatan/ program atau melaksanakan petunjuk teknis yang dilaksanakan fasilitas kesehatan? Bagaimana anda memantau/mengawasi/mengevaluasi kegiatan/ program atau petunjuk teknis yang telah dilaksanakan fasilitas kesehatan? <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Menggunakan instrumen apa, kapan dilakukan, siapa yang bertanggung jawab? 4.2. Apakah ada umpan balik dari pemerintah daerah tentang hasil monev kegiatan SPM? 5. Apakah provinsi atau kementerian atau keduanya melakukan diseminasi? Unit apa dari Provinsi/Kemenkes yang menyampaikan SPM ini ke kabupaten? 6. Seberapa jauh/bagaimana para pimpinan daerah terlibat dalam target SPM saat ini? 7. Apa kendala yang anda hadapi selama pelaksanaan monev program SPM di tahun 2020? <ol style="list-style-type: none"> 7.1. <i>Probing: sumber daya (SDM dan sarana), wilayah, pelaporan terlambat, instrumen, birokrasi, koordinasi/komunikasi, lainnya: ...</i> 8. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi kendala-kendala tersebut? 9. Menurut anda kendala apa yang masih akan tetap ada dalam monitoring dan evaluasi SPM di tahun 2020? 10. Apa saran anda untuk peningkatan kualitas monitoring dan evaluasi?
<p>Klarifikasi (bila ada)</p>	<p>—</p>	<p>Klarifikasi temuan tim kuantitatif tentang SPM</p>

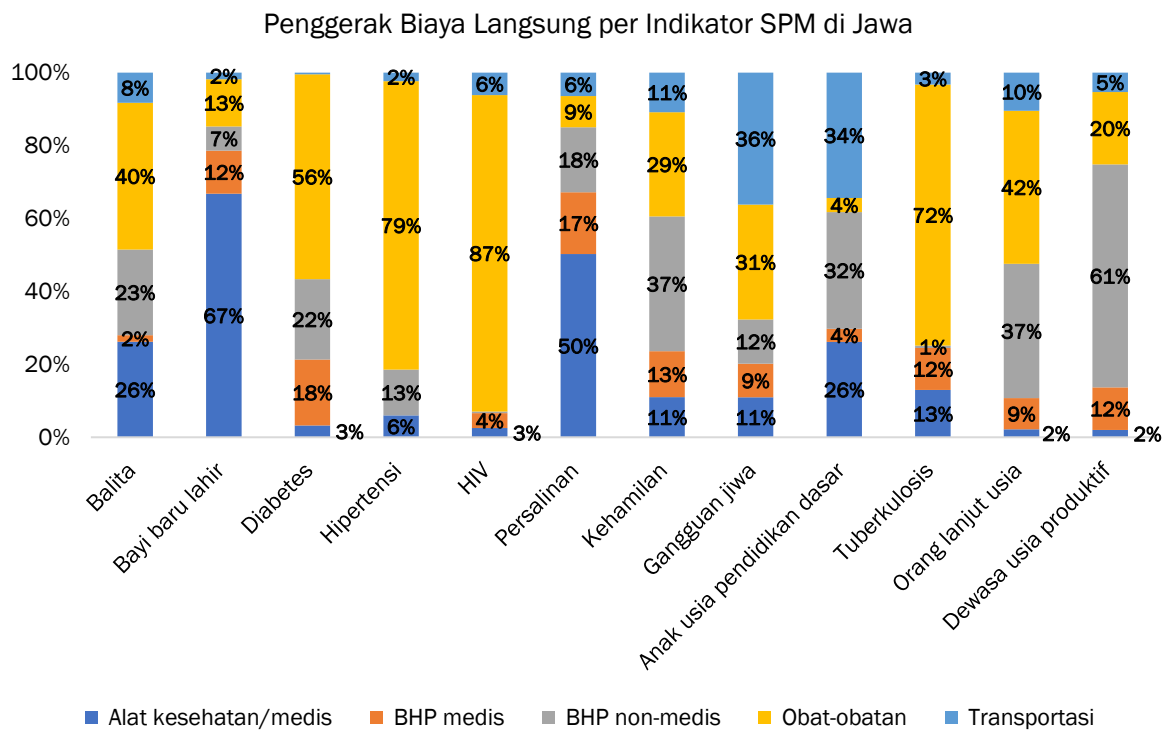
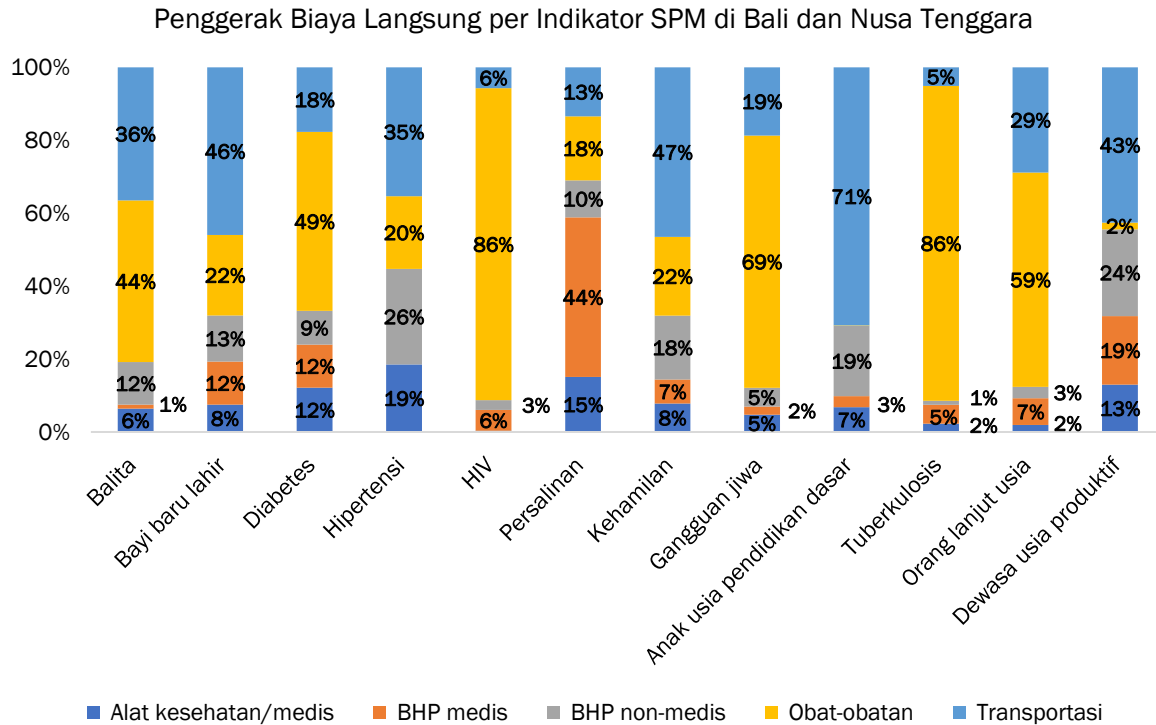
Panduan FGD dengan Fasilitas Kesehatan (Puskesmas dan Klinik swasta)

Tema	Sub-Tema	Panduan Diskusi
<p>A. Sosialisasi Pemahaman pelaksana program tentang SPM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi Permenkes No.4/2019 • Pemahaman tentang Permenkes No.4/2019 • Kendala dan solusi sosialisasi Permenkes No.4/2019 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mohon jelaskan tentang sosialisasi Permenkes no.4/2019 yang anda terima. Apakah sosialisasi memadai? Apakah setelah sosialisasi, anda masih memiliki pertanyaan tentang permenkes tersebut? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Probing: bila anda belum menerima sosialisasi, mengapa? 2. Apa kendala yang anda hadapi dalam sosialisasi Permenkes no.4/2019? 3. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi kendala tersebut? <p>Catatan: Bila anda belum menerima sosialisasi SPM, lanjutkan pertanyaan tentang 12 indikator SPM (jelaskan tentang 12 indikator SPM terlebih dahulu). Apakah ada layanan yang tercakup dalam 12 indikator SPM, bila ada layanan yang dilakukan, tanyakan apakah ada sosialisasi dari Puskesmas/Dinkes Kab/Kota/Lembaga tentang hal itu atau lainnya, terkait dengan pelaksanaan kegiatan yang dilakukan? Lanjutkan dengan pertanyaan apakah ada masalah dalam sosialisasi dan apa saran yang diberikan?</p>
<p>B. Perencanaan Program/kegiatan yang telah direncanakan berkaitan dengan Permenkes No.43/2016 ATAU No.4/2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan yang telah direncanakan • Pihak-pihak yang terlibat dalam penyusunan perencanaan (birokrasi) • Jelaskan kesiapan untuk memenuhi kebutuhan perencanaan (SDM, infrastruktur, biaya, waktu, dll.) • Kendala dan solusi dalam perencanaan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan proses penyusunan Rencana Aksi (PoA) untuk memenuhi target yang telah ditetapkan oleh Dinkes Kab/Kota? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Apa kendala yang anda hadapi dalam menyusun PoA? 1.2. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi kendala tersebut? 1.3. Bagaimana rencana pembiayaan tiap PoA, apa kendala yang dihadapi, mohon jelaskan? 2. Siapa saja pihak yang terlibat dalam penyusunan Rencana Aksi (PoA)? <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Pemerintah daerah, lintas-program, lintas-sektor, masyarakat: sebutkan ... 2.2. Apa peran dari tiap pihak dalam penyusunan Rencana Aksi (PoA)? 2.3. Bila perencanaan bersifat lintas sektor, sektor mana yang terlibat dalam pendanaan/pembiayaan untuk pemenuhan SPM kesehatan? Secara khusus mohon jelaskan pendanaan untuk program apa? 3. Mohon jelaskan kesiapan anda untuk memenuhi kebutuhan perencanaan SPM saat ini untuk 2020 (ini mencakup: SDM, struktur organisasi, infrastruktur, biaya, waktu, dll. mengacu ke konteks tiap program dalam Permenkes no.4/2019)

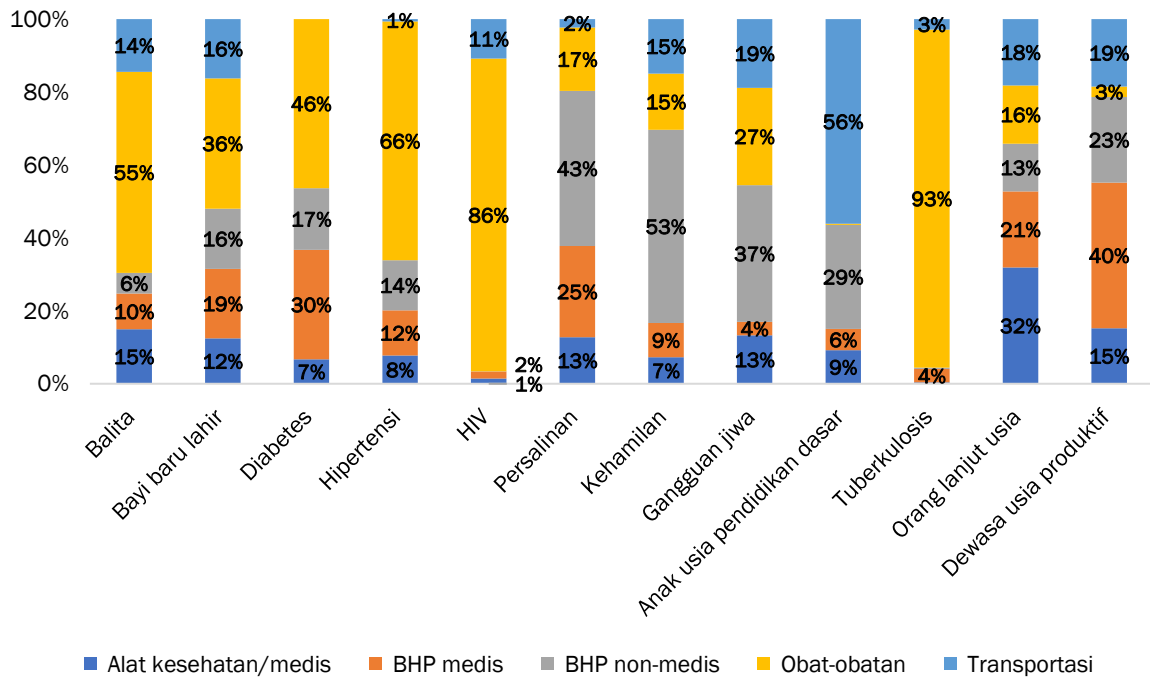
Tema	Sub-Tema	Panduan Diskusi
<p>C. Implementasi, strategi dan pencapaian 12 indikator SPM Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategi • Pencapaian • Target • Hambatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategi implementasi yang telah dilaksanakan • Program inovatif untuk mencapai SPM • Pencapaian kegiatan yang telah dilaksanakan (termasuk kegiatan yang tidak mencapai target) • Optimisme untuk memenuhi 100% target SPM • Kendala dan solusi untuk memenuhi 100% target SPM 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mohon ceritakan bagaimana realisasi PoA hingga saat ini? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Apa strategi/upaya yang anda lakukan agar PoA dapat terlaksana sesuai harapan? 1.2. Apakah ada program inovatif yang dilakukan dalam rangka melaksanakan PoA (<i>probing: mohon bahas untuk tiap program</i>)? 1.3. Kegiatan apa saja yang telah dilaksanakan dan belum dilaksanakan bila mengacu pada PoA (<i>lihat peraturan tentang SPM terkait dengan kegiatan untuk KIA/PTM/P2M</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan terhadap standar kuantitas dan kualitas barang dan jasa? • Kepatuhan terhadap standar kuantitas dan kualitas petugas/SDM? • Pencapaian SPM (pencapaian standar kuantitas dan kualitas layanan) 1.4. Mengapa ada kegiatan/target yang belum dilakukan (bila ada)? 1.5. Bagaimana dengan kesiapan SDM, sarana prasarana untuk mendukung SPM? 2. Apakah anda optimis anda akan dapat memenuhi target yang telah ditetapkan Dinkes Kab/Kota di tahun 2020? <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Indikator mana yang menurut anda tidak akan mencapai target? Apa alasannya? 2.2. Target seperti apa yang dapat secara realistis dicapai? Standar mana yang sulit dicapai dan mengapa? 3. Apa kendala yang anda hadapi selama implementasi SPM di tahun 2019? <ol style="list-style-type: none"> 3.1. <i>Probing: pemahaman tentang SPM, komitmen, SDM (kuantitas, kualitas/kompetensi), sarana/prasarana, birokrasi (struktur organisasi, mutasi petugas, wewenang, dll), faktor pendukung seperti pengadaan obat-obatan/peralatan, faktor eksternal (pengetahuan masyarakat, faktor budaya, sosio-ekonomi masyarakat, prosedur, biaya, waktu, atau lainnya ...)</i> 4. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi kendala-kendala tersebut? 5. Menurut anda apa strategi atau solusi yang perlu diterapkan di masa mendatang untuk memenuhi target implementasi SPM? Mohon jelaskan bila strategi yang diterapkan berbeda-beda antar indikator SPM. 6. Apakah ada penalti bila SPM tidak dilaksanakan atau target SPM tidak tercapai? Bila ada, apa penaltinya?

Tema	Sub-Tema	Panduan Diskusi
D. Pelaporan	<ul style="list-style-type: none"> • Bentuk dan mekanisme pelaporan • Kepatuhan terhadap pencatatan dan pelaporan • Kendala dan solusi dalam kegiatan pelaporan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana bentuk dan mekanisme pelaporan program di tahun 2019? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. <i>Probing: bagaimana proses pelaporan? Apa saja yang harus dilaporkan, siapa yang membuat laporan dan kepada siapa laporan diserahkan?</i> 2. Apa kendala yang anda hadapi perihal pelaporan program SPM? <ol style="list-style-type: none"> 2.1. <i>Probing: SDM, akurasi data, perhitungan pencapaian, ketepatan waktu, lainnya? Mohon ceritakan</i> 2.2. Apa solusi yang anda terapkan untuk mengatasi semua kendala tersebut? 3. Apa kendala/masalah yang menurut anda masih akan ditemui dalam pelaporan SPM di tahun 2020? Menurut anda apa solusi untuk masalah tersebut?
E. Pemantauan/ Monitoring dan Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> • Bentuk dan mekanisme monitoring dan evaluasi (monev) • Sistem informasi SPM/ petunjuk teknis costing SPM • Umpan balik dari evaluasi laporan dan pemantauan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mohon jelaskan bagaimana anda mengetahui perkembangan PoA dan pencapaiannya? <ol style="list-style-type: none"> 1.1. <i>Probing: instrumen apa, kapan, dan siapa penanggung jawab</i> 2. Apakah Dinkes memantau/mengawasi/evaluasi kegiatan/program yang dilakukan puskesmas? <ol style="list-style-type: none"> 2.1. <i>Probing: instrumen apa, kapan, dan siapa penanggung jawab</i> 2.2. Apakah ada umpan balik dari Dinkes Kab/Kota tentang hasil monev kegiatan SPM? 2.3. Apakah ada mekanisme pelaporan antara Puskesmas dan jejaring faskes di bawah ini? Bila ya, mohon jelaskan bagaimana cara kerja mekanisme? 3. Apa yang dilakukan selama bimbingan teknis (bimtek)? Apa masalah yang ditemui dalam Bimtek? 4. Apakah pemerintah daerah memantau/mengawasi/evaluasi kegiatan/program atau melakukan Bimtek? Bagaimana anda memantau/mengawasi/evaluasi kegiatan/program atau Bimtek puskesmas? <ol style="list-style-type: none"> 4.1. <i>Probing: instrumen apa, kapan, dan siapa penanggung jawab</i> 4.2. Apakah ada umpan balik dari hasil pemantauan dan evaluasi kegiatan SPM dari Pemda? 5. Apa saran anda untuk meningkatkan kualitas pemantauan dan evaluasi atau bimtek?
Klarifikasi	Berdasarkan informasi dari tim kuantitatif	Lakukan klasifikasi bila belum dilakukan.

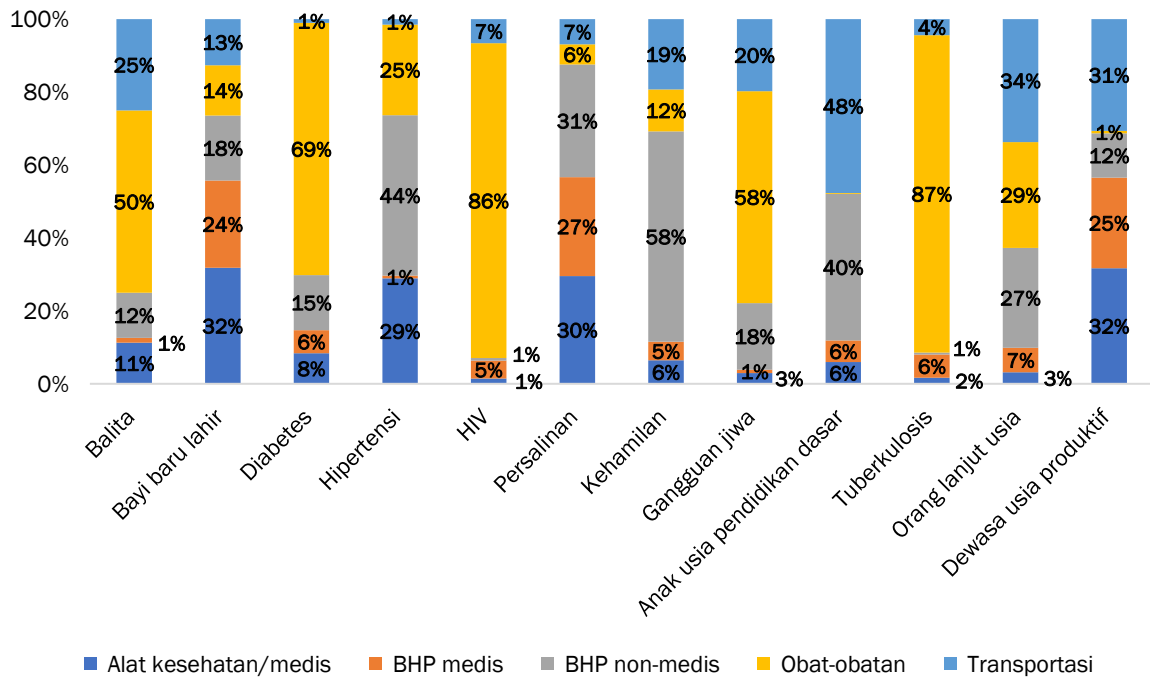
Lampiran D. Penggerak Biaya Langsung per Indikator SPM per Wilayah



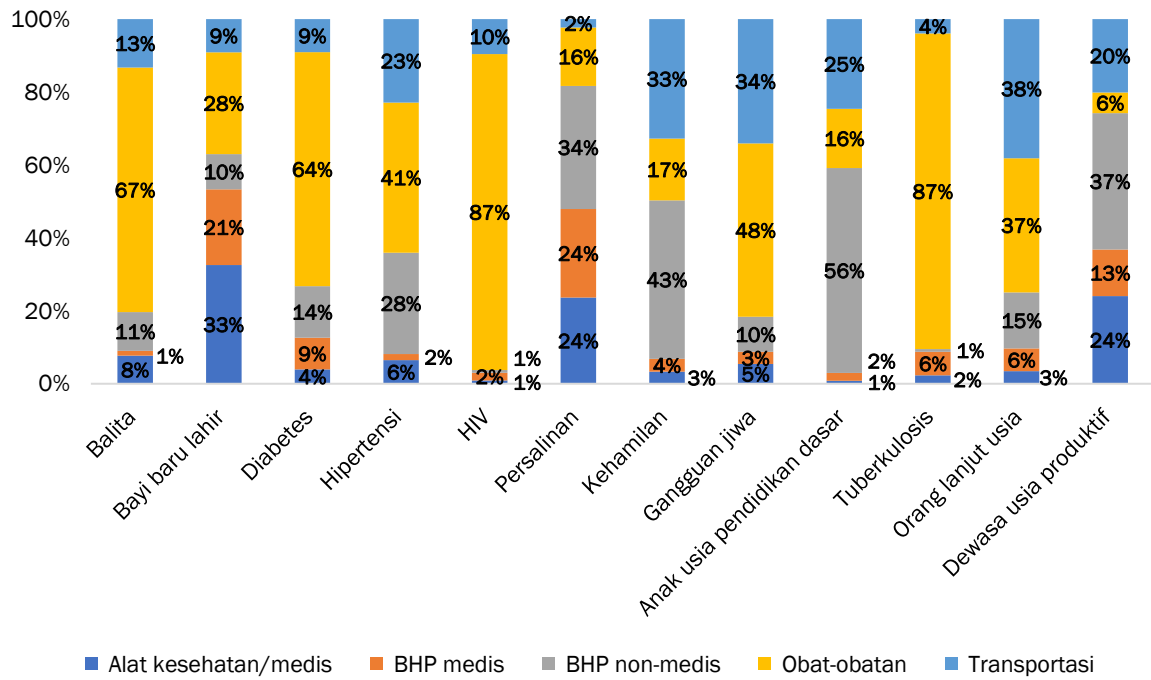
Penggerak Biaya Langsung per Indikator SPM di Maluku dan Papua



Penggerak Biaya Langsung per Indikator SPM di Sulawesi



Penggerak Biaya Langsung per Indikator SPM di Sumatra dan Kalimantan



Lampiran E. Satuan Biaya Langsung, *Overhead*, dan Total Biaya Satuan SPM per Wilayah

Bali dan Nusa Tenggara

SPM	Dinkes Kab/Kota			Jejaring Puskesmas			Klinik Swasta		
	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total
Kehamilan	81,672	15,199	96,871	44,556	70,598	115,154	7,881	86,358	94,239
Persalinan	121,630	12,673	134,303	24,440	128,083	152,524	20,445	204,306	224,751
Bayi Baru Lahir	105,659	16,459	122,117	30,656	152,685	183,341	13,500	371,899	385,399
Balita	150,898	5,588	156,487	71,169	62,888	134,057	9,288	69,926	79,214
Anak usia pendidikan dasar	381	6,018	6,399	12,561	111,997	124,559	-	-	-
Dewasa usia produktif	17,542	7,010	24,552	10,073	39,209	49,282	5,579	26,375	31,954
Lansia	186,898	11,246	198,144	23,726	34,751	58,477	8,517	63,891	72,407
Hipertensi	5,207	3,092	8,299	12,116	47,594	59,711	24,545	75,000	99,545
Diabetes	20,007	26,735	46,742	46,028	37,864	83,891	13,446	63,382	76,827
Gangguan jiwa	109,016	158,511	267,526	75,249	71,113	146,362	-	-	-
TB (- OAT)	58,732	62,416	121,149	88,467	120,199	208,667	-	-	-
TB (+ OAT)	754,106	62,416	816,522	568,681	120,199	688,880	-	-	-
HIV (- ARV)	56,574	58,834	115,408	31,640	169,674	201,314	-	-	-
HIV (+ARV)	1,031,366	58,834	1,090,200	58,974	169,674	228,649	-	-	-

Jawa

SPM	Dinkes Kab/Kota			Jejaring Puskesmas			Klinik Swasta		
	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total
Kehamilan	44,884	24,827	69,711	25,683	63,932	89,615	6,240	27,973	34,214
Persalinan	87,107	17,842	104,949	105,205	81,293	186,498	106,658	291,342	398,000
Bayi Baru Lahir	78,429	36,369	114,798	165,312	222,684	387,996	70,786	448,153	518,939
Balita	86,374	6,600	92,974	69,892	63,386	133,278	21,057	3,574	24,631
Anak usia pendidikan dasar	1,493	6,559	8,052	9,063	100,940	110,003	-	-	-
Dewasa usia produktif	15,835	1,435	17,270	11,672	24,724	36,396	1,051	3,100	4,150
Lansia	3,067	8,451	11,518	17,037	44,060	61,098	22,349	18,670	41,020
Hipertensi	21,649	2,311	23,960	2,074	64,654	66,728	1,237	104,389	105,627
Diabetes	9,024	5,696	14,721	20,256	92,114	112,370	10,013	51,209	61,221
Gangguan jiwa	54,835	67,757	122,592	34,214	147,466	181,681			-
TB (- OAT)	44,471	139,288	183,760	185,587	319,674	505,261	7,350	138,678	146,028
TB (+ OAT)	1,129,849	139,288	1,269,137	412,763	319,674	732,437	11,850	138,678	150,528
HIV (- ARV)	123,323	101,721	225,044	32,456	333,835	366,290	1,238	76,446	77,684
HIV (+ARV)	1,635,398	101,721	1,737,119	71,117	333,835	404,951	1,238	76,446	77,684

Maluku dan Papua

SPM	Dinkes Kab/Kota			Jejaring Puskesmas			Klinik Swasta		
	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total
Kehamilan	51,048	34,715	85,763	40,889	191,712	232,601	42,325	185,756	228,082
Persalinan	116,507	57,110	173,617	58,284	172,164	230,448	63,981	511,707	575,687
Bayi Baru Lahir	119,413	17,643	137,056	25,041	300,995	326,036	33,584	665,770	699,354
Balita	146,384	7,892	154,275	49,375	159,098	208,473	-	35,667	35,667
Anak usia pendidikan dasar	7,683	6,974	14,657	16,957	167,054	184,011	-	-	-
Dewasa usia produktif	74,097	1,125	75,222	20,237	55,502	75,739	14,963	288,674	303,637
Lansia	72,458	5,377	77,836	43,608	67,768	111,376	8,974	251,953	260,927
Hipertensi	15,353	3,269	18,623	4,656	89,439	94,095	21,481	268,688	290,169
Diabetes	90,279	49,384	139,663	31,305	107,337	138,642	67,655	190,576	258,231
Gangguan jiwa	32,191	182,452	214,643	59,124	229,214	288,338	83,750	311,996	395,746
TB (- OAT)		29,820	29,820	24,523	258,529	283,052	6,555	335,457	342,012
TB (+ OAT)	920,668	29,820	950,488	294,838	258,529	553,368	818,173	335,457	1,153,630
HIV (- ARV)	129,412	142,495	271,907	28,137	105,690	133,827	3,911	208,473	212,384
HIV (+ARV)	1,489,706	142,495	1,632,201	108,969	105,690	214,659	24,096	208,473	232,569

Sulawesi

SPM	Dinkes Kab/Kota			Jejaring Puskesmas			Klinik Swasta		
	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total
Kehamilan	44,716	16,672	61,388	55,074	152,259	207,333	12,121	63,279	75,400
Persalinan	160,697	22,182	182,879	108,663	172,529	281,191	61,327	189,061	250,389
Bayi Baru Lahir	71,901	21,088	92,989	71,336	239,964	311,300	62,604	227,707	290,310
Balita	155,746	7,961	163,706	73,916	75,925	149,841	35,280	20,633	55,913
Anak usia pendidikan dasar	5,251	19,141	24,392	18,218	165,117	183,335	2,861	4,175	7,036
Dewasa usia produktif	104,920	1,975	106,895	15,198	31,731	46,929	4,106	11,481	15,587
Lansia	29,864	6,471	36,334	48,281	58,265	106,546	63,746	61,754	125,500
Hipertensi	13,622	3,411	17,032	10,593	64,843	75,436	20,937	112,585	133,522
Diabetes	30,365	32,617	62,982	101,535	75,061	176,596	91,240	134,694	225,933
Gangguan jiwa	137,366	237,835	375,201	151,430	135,406	286,837	1,940	132,282	134,222
TB (- OAT)	114,123	60,866	174,989	74,443	168,133	242,576	14,900	242,422	257,322
TB (+ OAT)	1,596,892	60,866	1,657,758	392,191	168,133	560,324	14,900	242,422	257,322
HIV (- ARV)	117,967	90,631	208,598	45,421	216,877	262,299	4,848	153,992	158,840
HIV (+ARV)	1,923,110	90,631	2,013,741	58,531	216,877	275,408	29,122	153,992	183,114

Sumatra dan Kalimantan

SPM	Dinkes Kab/Kota			Jejaring Puskesmas			Klinik Swasta		
	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total	Langsung	Overhead	Total
Kehamilan	52,152	14,853	67,005	34,622	102,633	137,255	11,350	24,343	35,693
Persalinan	44,392	15,932	60,324	52,169	90,133	142,302	172,595	84,424	257,020
Bayi Baru Lahir	66,641	18,355	84,996	37,638	178,296	215,935	58,346	41,284	99,631
Balita	142,753	6,219	148,972	37,420	46,034	83,454	28,301	64,878	93,178
Anak usia pendidikan dasar	38,454	8,803	47,257	26,001	170,748	196,749	4,293	5,617	9,910
Dewasa usia produktif	21,298	1,576	22,873	17,130	38,554	55,684	7,119	3,838	10,956
Lansia	14,655	6,692	21,347	39,488	52,524	92,013	13,294	87,964	101,257
Hipertensi	7,579	8,104	15,683	9,515	97,685	107,200	5,122	246,886	252,007
Diabetes	14,206	29,019	43,225	40,230	97,827	138,058	121,509	150,566	272,075
Gangguan jiwa	12,135	153,409	165,544	79,641	151,812	231,453	18,394	72,682	91,076
TB (- OAT)	112,368	82,295	194,663	51,985	155,772	207,757	6,499	267,744	274,242
TB (+ OAT)	647,725	82,295	730,021	290,413	155,772	446,185	87,071	267,744	354,815
HIV (- ARV)	78,093	39,540	117,633	45,421	216,877	262,299	1,066	255,127	256,193
HIV (+ARV)	1,212,336	39,540	1,251,876	58,531	216,877	275,408	1,066	255,127	256,193

Untuk informasi lebih lanjut, hubungi:

Health Policy Plus

Palladium

1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600

Washington, DC 20004

Tel: (202) 775-9680

Fax: (202) 775-9694

Email: policyinfo@thepalladiumgroup.com

www.healthpolicyplus.com

