

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam Index Pembangunan Manusia (IPM) yang dapat mendukung terciptanya SDM yang sehat, cerdas, terampil dan ahli menuju keberhasilan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Kesehatan adalah tanggungjawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit hasil yang akan dapat dicapai.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia (lansia), dan keluarga miskin. Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menjamin bahwa kesehatan adalah hak setiap warga negara, setiap warga negara berhak atas pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu. Derajat kesehatan masyarakat di Indonesia digambarkan melalui Angka Mortalitas; terdiri atas Angka Kematian Bayi

(AKB), Angka Kematian Balita (AKBa), dan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Morbiditas; angka kesakitan beberapa penyakit serta Status Gizi pada balita dan dewasa.

Keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan ditentukan berdasarkan indikator AKI dan AKB. Hal ini juga menggambarkan kualitas ibu dan anak di Indonesia. Tingginya AKI, AKBa dan AKB termasuk tantangan paling berat untuk mencapai MDG's pada tahun 2015. MDG's merupakan komitmen nasional dan global dalam upaya lebih menyejahterakan masyarakat melalui pengurangan kemiskinan dan kelaparan, pendidikan, pemberdayaan perempuan, kesehatan, dan kelestarian lingkungan yang tercakup dalam 8 goals dan ditargetkan tercapai di tahun 2015. Sejak 2007, Indonesia tercatat sebagai negara dengan AKI tertinggi di Asia Tenggara (UNFPA, 2013) dengan 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI merupakan target kelima MDGs (*Millenium Development Goals*) yaitu menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Di Indonesia, AKI masih terbilang tinggi. Angka kematian ini berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas, bukan karena sebab lain.

Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun pada tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015. Jadi, target angka ini masih jauh dari yang harus

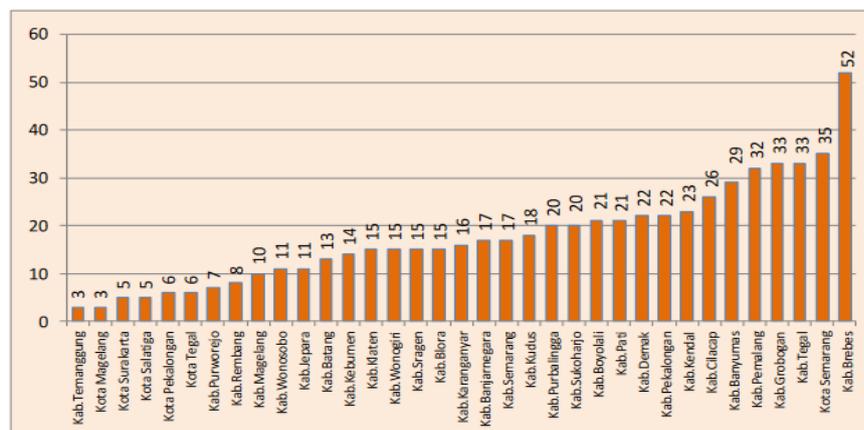
dicapai yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan melihat data ini maka dapat dipastikan kualitas pelayanan baik antenatal maupun pertolongan persalinan dan pelayanan nifas menjadi hal krusial yang harus diperbaiki.

Pelaksanaan *Millenium Development Goals* (MDGs) telah berakhir pada tahun 2015, kemudian dilanjutkan ke *Sustainable Development Goals* (SDGs) hingga tahun 2030 yang lebih menekankan kepada 5P yaitu: *People, Planet, Peace, Prosperity, dan Partnership*. Seluruh isu kesehatan dalam SDGs diintegrasikan dalam satu tujuan, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Mengingat tujuan AKI pada MDGs yang masih jauh dari target, penanganan AKI kemudian dilanjutkan melalui SDGs, bersama dengan permasalahan yang belum tuntas lainnya, seperti angka kematian bayi (AKB), pengendalian penyakit HIV/AIDS, TB, Malaria serta peningkatan akses kesehatan reproduksi (termasuk KB). Selain itu, terdapat hal-hal baru yang menjadi perhatian, yaitu: 1) Kematian akibat penyakit tidak menular (PTM); 2) Penyalahgunaan narkotika dan alkohol; 3) Kematian dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas; 4) *Universal Health Coverage*; 5) Kontaminasi dan polusi air, udara dan tanah; serta penanganan krisis dan kegawatdaruratan.

Tingkat AKI di Jawa Tengah masih tergolong tinggi, terhitung sejak bulan Januari - Mei 2016 sudah tercatat 251 kasus AKI. Melihat angka tersebut, AKI di Jawa Tengah sangat mengkhawatirkan. Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 sebanyak 619 kasus, hal ini mengalami penurunan yang cukup signifikan dibandingkan jumlah

kasus kematian ibu tahun 2014 yang mencapai 711 kasus. Dengan demikian Angka kematian ibu Provinsi Jawa Tengah juga mengalami penurunan dari 126,55 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014 menjadi 111,16 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

**Gambar 1.1**  
**Jumlah Kasus Kematian Ibu Menurut Kabupaten/Kota**  
**Di Jawa Tengah Tahun 2015**



Sumber : Profil Dinkes Jateng 2015

Berdasarkan gambar 1.1, dapat diketahui bahwa Kota Semarang memiliki jumlah kasus AKI sebanyak 35 kasus. Kota Semarang menduduki peringkat kedua setelah Kabupaten Brebes dengan jumlah sebanyak 52 kasus. Hal ini sangat mengecewakan melihat Kota Semarang merupakan Ibukota Jawa Tengah yang seharusnya dapat memberikan pelayanan yang terbaik untuk masyarakat.

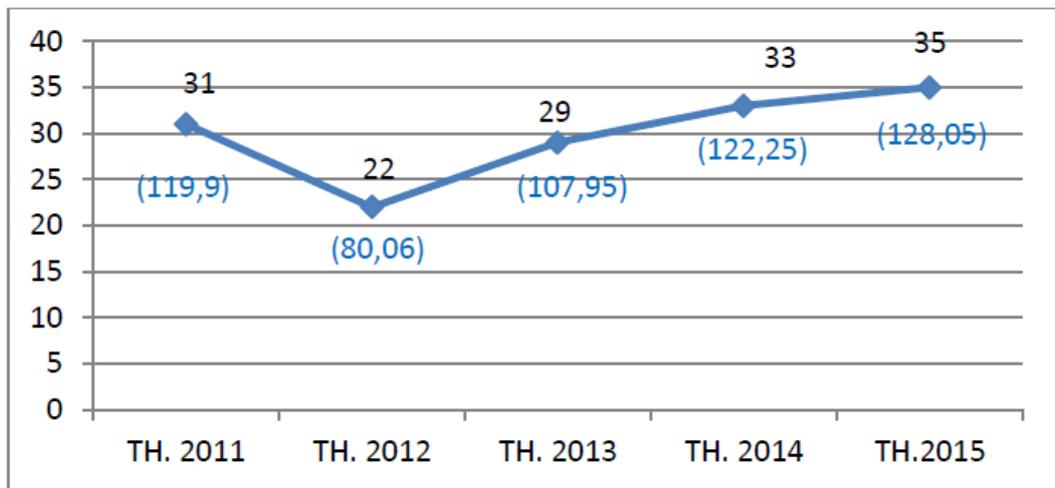
Dari 35 kabupaten/kota di Jawa Tengah, Kota Semarang menempati posisi kedua dengan tingkat AKI sebanyak 35 kasus. Banyak yang heran

mengapa Kota Semarang memiliki tingkat AKI yang tinggi, padahal Kota Semarang sebagai Ibukota Jawa Tengah memiliki banyak tenaga medis dan fasilitas kesehatan yang sangat lengkap. Sejalan dengan tingkat AKI yang terus meningkat, AKB di Kota Semarang semakin menurun dari tahun ke tahun. Berdasarkan hasil laporan kegiatan sarana pelayanan kesehatan, pada tahun 2015 jumlah kematian bayi yang terjadi di Kota Semarang sebanyak 229 dari 27.344 kelahiran hidup, sehingga didapatkan AKB sebesar 8,38 per 1.000 KH. Jumlah kematian bayi di Kota Semarang terjadi penurunan sejak tahun 2011 sampai 2015 yaitu berturut-turut 314 kasus kematian bayi pada tahun 2011, 293 kasus kematian bayi pada tahun 2012, 251 kasus kematian bayi pada tahun 2013, 253 kasus kematian bayi pada tahun 2014 dan 229 kasus kematian bayi pada tahun 2015. Jika dibandingkan dengan target MDGs yang menetapkan bahwa pada tahun 2015 target AKB di bawah 23 per 1.000 KH, maka AKB Kota Semarang telah mencapai target.

Sedangkan untuk Angka Kematian Balita (AKBa) di Kota Semarang juga mengalami penurunan, AKBa adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKBa merepresentasikan risiko terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. Berdasarkan data kasus kematian Anak Balita di Kota Semarang, Jumlah Kematian Balita di Kota Semarang tahun 2015 adalah sebanyak 283 kasus dari 27.334 kelahiran hidup, sehingga didapatkan AKABa Kota Semarang sebesar 10,4 per 1.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan target MDGs yang menetapkan bahwa

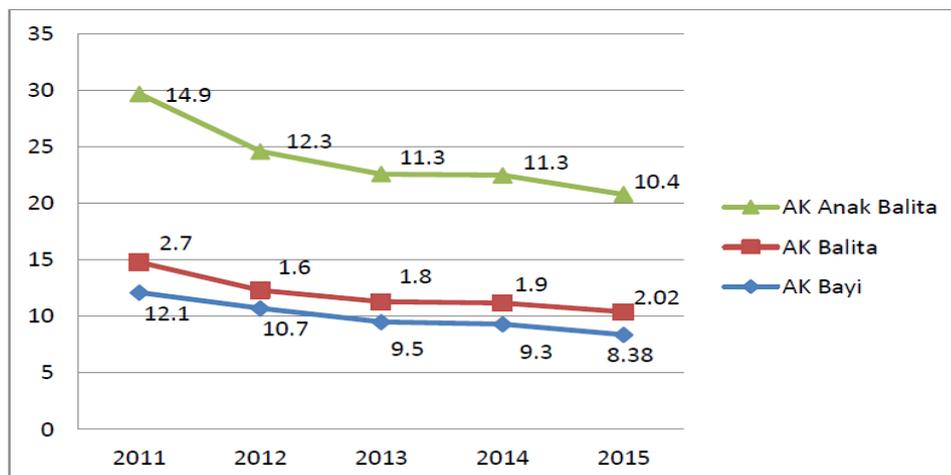
AKBa tahun 2015 dibawah 32 per 1.000 KH, maka AKBa Kota Semarang telah mencapai target.

**Gambar 1.2**  
**Grafik Jumlah & Angka kematian ibu maternal**  
**Kota Semarang Tahun 2011 – 2015**



Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2015

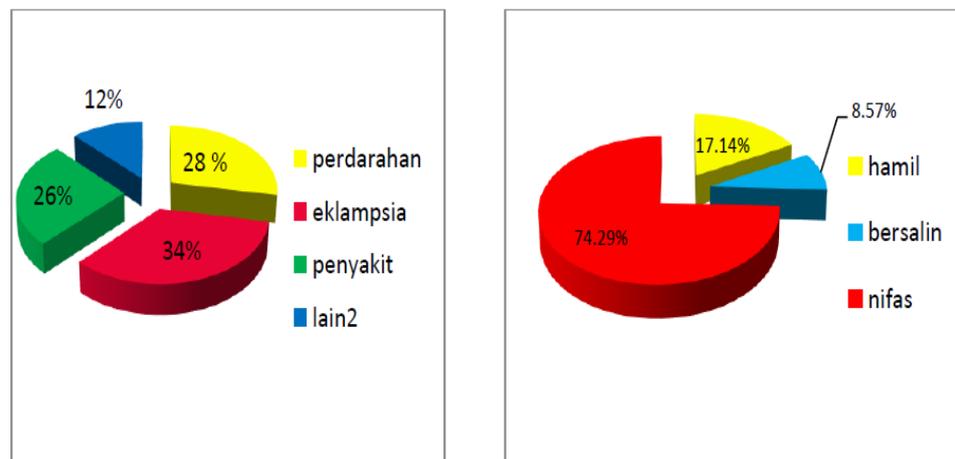
**Gambar 1.3**  
**Grafik Perkembangan AKB & AKBa Kota Semarang**  
**Tahun 2011 - 2015**



Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2015

Berdasarkan gambar 1.2 dan 1.3, dapat dilihat bahwa AKI di Kota Semarang setiap tahun mengalami kenaikan, tetapi untuk AKB dan AKBa mengalami penurunan. Data tersebut berdasarkan laporan Puskesmas. Berdasarkan data tersebut, jumlah kematian ibu maternal di Kota Semarang pada tahun 2015 sebanyak 35 kasus dari 27.334 jumlah kelahiran hidup atau sekitar 128,05 per 100.000 KH. AKI mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya, yaitu 107,95 per 100.000 KH pada tahun 2013, dan 122,25 per 100.000 KH pada tahun 2014. Jika dilihat dari jumlah kematian Ibu, juga terdapat peningkatan yaitu 33 kasus pada tahun 2014 menjadi 35 kasus di tahun 2015.

**Gambar 1.4**  
**Grafik Penyebab & Waktu Kejadian Kematian Ibu Maternal Kota Semarang Tahun 2015**



*Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2015*

Berdasarkan gambar 1.4, dapat diketahui kematian ibu tertinggi adalah karena eklampsia (34%), Penyebab lainnya adalah karena perdarahan (28%), disebabkan karena penyakit sebesar 26%, dan lain-lain sebesar 12%, dengan

kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas yaitu 74,29% diikuti waktu hamil (17,14%). Hal ini juga dibarengi dengan jumlah ibu hamil dan nifas risiko tinggi yang meningkat menjadi 46%. Kematian ibu tahun 2015 dalam kondisi hamil sebesar 17,14% menurun dibanding tahun 2014 yaitu 18,18%.

Persebaran AKI di Kota Semarang dapat dikatakan merata, karena di setiap kecamatan terdapat kasus kematian ibu, kecuali kecamatan Gajahmungkur dan Candisari.

**Tabel 1.1**  
**Persebaran AKI di Puskesmas Kota Semarang Tahun 2015**

| No | Kecamatan    | Puskesmas          | <20 thn  | 20-30 thn | ≥35 thn  | Jumlah   |
|----|--------------|--------------------|----------|-----------|----------|----------|
| 1  | Smg tengah   | Poncol             | 1        | 1         | 0        | 2        |
|    |              | Miroto             | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 2  | Smg utara    | <b>Bandarharjo</b> | <b>2</b> | <b>3</b>  | <b>0</b> | <b>5</b> |
|    |              | Bulu lor           | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 3  | Smg timur    | Halmahera          | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Bugangan           | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Karangdoro         | 0        | 2         | 0        | 2        |
| 4  | Smg selatan  | Pandanaran         | 0        | 1         | 0        | 1        |
|    |              | Lamper tgh         | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 5  | Smg barat    | Karangayu          | 1        | 0         | 0        | 1        |
|    |              | Lebdosari          | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Manyaran           | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Krobokan           | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Ngemplak s         | 1        | 0         | 0        | 1        |
| 6  | Gayamsari    | Gayamsari          | 2        | 0         | 0        | 2        |
| 7  | Candisari    | Candilama          | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Kagok              | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 8  | Gajahmungkur | Pegandan           | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Genuk              | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 9  | Genuk        | Genuk              | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Bangetayu          | 1        | 2         | 0        | 3        |
| 10 | Pedurungan   | Tlogosari kln      | 0        | 1         | 0        | 1        |
|    |              | Tlogosari wtn      | 2        | 0         | 0        | 2        |
| 11 | Tembalang    | Kedungmundu        | 2        | 1         | 0        | 3        |
|    |              | Rowosari           | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 12 | Banyumanik   | Ngesrep            | 1        | 2         | 0        | 3        |
|    |              | Padangari          | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Sron dol           | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 13 | Gunungpati   | Pudak payung       | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Gunungpati         | 1        | 0         | 0        | 1        |
|    |              | Sekaran            | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 14 | Mijen        | Mijen              | 0        | 1         | 1        | 2        |
|    |              | Karang malang      | 0        | 0         | 0        | 0        |
| 15 | Ngalian      | Tambakaji          | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Purwoyoso          | 0        | 0         | 0        | 0        |
|    |              | Ngalian            | 0        | 1         | 1        | 2        |
| 16 | Tugu         | Mangkang           | 0        | 1         | 1        | 2        |
|    |              | Karang anyar       | 0        | 1         | 1        | 2        |
|    | Jumlah       |                    | 14       | 17        | 4        | 35       |

Sumber : Profil kesehatan Kota Semarang 2015

Dari tabel 1.1, puskesmas dengan kasus kematian ibu paling banyak terjadi adalah Puskesmas Bandarharjo yang terletak di Kecamatan Semarang Utara, dengan jumlah kematian ibu sebanyak 5 kasus, kemudian puskesmas Bangetayu, Kedungmundu, dan Ngesrep dengan jumlah yang sama yaitu 3 kasus kematian ibu. Selain itu, jumlah kematian ibu di setiap puskesmas hanya 1 atau 2 kasus, dan ada beberapa puskesmas yang tidak terdapat kasus kematian ibu.

Berbagai upaya dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan anak tidak terkecuali peningkatan akses dan kualitas pelayanan melalui peningkatan kapasitas tenaga kesehatan termasuk bidan, jaminan kesehatan dan meningkatkan outreach pelayanan utamanya bagi daerah yang sulit akses. Permenkes nomor 97 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa hamil, persalinan dan sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi serta pelayanan kesehatan seksual adalah bukti kesungguhan pemerintah dalam peningkatan pelayanan kepada ibu dan anak. Tidak hanya terkait dengan kematian namun juga kondisi ibu dan anak dikaitkan dengan kualitas hidupnya. Diharapkan semua ibu sehat baik fisik dan mental diawali sejak masa remaja sehingga dapat menjalankan fungsinya dengan maksimal, demikian pula anak lahir sehat tumbuh dan berkembang sesuai dengan potensi yang dimiliki. Selain itu, dalam meningkatkan derajat Kesehatan Ibu dan Anak melalui berbagai perumusan kebijakan yang dituangkan dalam program dan dioperasionalkan dalam kegiatan.

Dalam era otonomi daerah dan perkembangan teknologi yang semakin pesat, maka sarana pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya puskesmas dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar profesional, efektif dan efisien. Puskesmas sebagai sarana kesehatan terdepan yang memberikan perlindungan pelayanan langsung kepada masyarakat, dimana dalam tugas pokoknya puskesmas diharapkan dapat memberikan pelayanan, pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan secara paripurna kepada masyarakat melalui program promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Puskesmas menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 merupakan penyelenggara upaya kesehatan masyarakat primer tingkat pertama, yaitu upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pembangunan. Upaya kesehatan wajib Puskesmas terdiri dari Program Kesehatan Ibu dan Anak serta KB, Promosi Kesehatan, Program Kesehatan Lingkungan, Program Perbaikan Gizi, Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Upaya Pengobatan Dasar. Sedangkan untuk upaya kesehatan pengembangan adalah program yang sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat setempat dengan pertimbangan ketersediaan dana dan kemampuan sumberdaya yang tersedia serta dukungan masyarakat. Program Kesehatan Ibu dan Anak merupakan salah satu bagian dari kesehatan dasar yang di implementasikan oleh pihak Puskesmas pada tingkat kecamatan.

Puskesmas dan jaringannya telah dibangun oleh Pemerintah Pusat, rata-rata dalam setiap kecamatan mempunyai 2 puskesmas dan setiap desa mempunyai 1 puskesmas pembantu. Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun

2014, puskesmas berfungsi sebagai penyelenggara upaya kesehatan masyarakat primer tingkat pertama, sebagai penyedia data dan info kesehatan diwilayah kerjanya sekaligus dikaitkan dengan perannya sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di wilayahnya, penyelenggara upaya kesehatan perorangan primer tingkat pertama yang berkualitas dan berorientasi pada pengguna layanan.

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di kota Semarang didukung dengan Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 17 tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Provinsi Jawa Tengah. peraturan tersebut bertujuan untuk memberikan kepastian dan jaminan serta perlindungan pelayanan kesehatan terhadap ibu dan anak yang berkeadilan tanpa diskriminasi dan menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai standar. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 Tahun 2004 Tentang kebijakan dasar Puskesmas, bahwa seluruh puskesmas di Kota Semarang harus mengimplementasikan program pelayanan kesehatan dasar dan pengembangan pada masing-masing Puskesmas di Kota Semarang, maka program kesehatan ibu dan anak dilaksanakan di 37 puskesmas yang tersebar di Kota Semarang, baik puskesmas perawatan maupun non perawatan. Puskesmas Bandarharjo termasuk puskesmas non perawatan. Puskesmas ini merupakan salah satu puskesmas di Kecamatan Semarang Utara, puskesmas lainnya dalam satu kecamatan yaitu puskesmas Bulu Lor. Puskesmas Bandarharjo merupakan puskesmas yang memiliki kasus angka kematian ibu tertinggi dibandingkan

dengan puskesmas lainnya, berbeda dengan puskesmas yang terletak di kecamatan yang sama yaitu puskesmas Bulu Lor tidak memiliki kasus kematian ibu. Berbanding terbalik dengan kasus kematian ibu yang paling tinggi diantara puskesmas yang lainnya, cakupan pelayanan dalam program kesehatan ibu dan anak di puskesmas Bandarharjo dapat dikatakan baik, hal ini dapat dilihat dari besarnya cakupan pelayanan antenatal yaitu K1 sebanyak 114,05%, cakupan K4 sebanyak 104,68%, cakupan pelayanan nifas yaitu KF1 sebanyak 97,17 dan KF3 sebanyak 93,48% (Laporan Tahunan Bidang Kesehatan Keluarga Tahun 2015).

Jumlah ibu hamil yang tercatat di Puskesmas Bandarharjo pada tahun 2016 sebanyak 1309 dan jumlah ibu nifas sebanyak 1232 yang tersebar di 4 kelurahan, yaitu Kelurahan Bandarharjo 404, Tanjung Mas 551, Kuningan 223 dan Dadapsari 131 (Laporan Bulanan Puskesmas Bandarharjo). Berdasarkan laporan dari Upaya KIA jumlah kematian ibu maternal di Puskesmas Bandarharjo pada tahun 2015 sebanyak 5 kasus, 2 kasus kematian pada saat ibu hamil, 1 kasus kematian pada saat ibu bersalin dan 2 kasus kematian pada saat ibu nifas, sedangkan untuk tahun 2016 sampai sekarang tercatat 2 kasus kematian ibu dari 1.225 jumlah kelahiran hidup. Perbandingan angka kematian ibu yang lebih banyak dari puskesmas yang lain dengan cakupan pelayanan antenatal dan nifas yang dapat dikatakan baik di Puskesmas Bandarharjo menimbulkan pertanyaan bagaimana implementasi program kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Bandarharjo. Puskesmas Bandarharjo bukan puskesmas perawatan yang memberikan pelayanan 24 jam, tetapi

program kesehatan ibu dan anak merupakan upaya pelayanan wajib yang harus diselenggarakan oleh puskesmas. Kasus kematian ibu di Puskesmas Bandarharjo lebih tinggi dibandingkan dengan 24 puskesmas non perawatan di Kota Semarang, bahkan ada beberapa puskesmas non perawatan yang tidak terdapat kasus kematian ibu, seperti puskesmas Sekaran, Padangsari, Pudukpayung, Pegandan, Lamper Tengah, Candilama, Kagok, Rowosari, Bugangan, Bulu Lor, Miroto, Lebdosari, Manyaran, Krobokan, Tambakaji, dan Purwoyoso.

Berdasarkan paparan diatas maka penulis tertarik untuk memilih judul **“Implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang”** sebagai judul penelitian. Penelitian dilakukan di Puskesmas Bandarharjo dikarenakan angka kasus kematian ibu di Puskesmas Bandarharjo paling tinggi diantara Puskesmas perawatan maupun non perawatan lainnya di Kota Semarang. Sedangkan cakupan pelayanan bidang antenatal care dan nifas dapat dikatakan baik dengan melihat data cakupan pelayanan antenatal yaitu K1 sebanyak 114,05%, cakupan K4 sebanyak 104,68, cakupan pelayanan nifas yaitu KF1 sebanyak 97,17 dan KF3 sebanyak 93, 48% (Laporan Tahunan Bidang Kesehatan Keluarga Tahun 2015). Kasus kematian di Puskesmas Bandarharjo terjadi pada saat ibu hamil, bersalin dan nifas, sehingga penting diadakan pengamatan bagaimana implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo. Selain itu, untuk memahami seberapa jauh program

tersebut telah terlaksana dimasyarakat dan seberapa besar manfaat yang dapat dirasakan oleh masyarakat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Permasalahan penelitian menuntut uraian pernyataan tentang masalah yang menjadi fokus perhatian peneliti. Maka permasalahan pokok yang ingin diketahui oleh peneliti :

1. Bagaimana implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?
2. Faktor-faktor apa saja yang menghambat dan mendorong implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan yang ingin dicapai oleh peneliti dalam penelitian Program Keluarga Harapan yaitu :

1. Untuk mengetahui implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.
2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang menghambat dan mendorong implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Dengan tercapainya tujuan penelitian diatas maka manfaat yang diharapkan yaitu sebagai berikut :

1. Manfaat Teoritis
  - a. Dengan penelitian ini, akan menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti khususnya yang berkenaan dengan masalah implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.
  - b. Hasil penelitian dapat menggambarkan keadaan Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.
2. Manfaat Praktis
  - a. Untuk menyelesaikan tugas Skripsi.
  - b. Memberikan sumbangan pemikiran bagi pemerintah ataupun bagi aparatur pelaksana kebijakan atau program.

## **1.5 Kerangka Teori**

### **1.5.1 Penelitian Terdahulu**

Urgensi penulisan penelitian terdahulu ini untuk menghindari adanya duplikasi kesamaan atau yang biasa disebut plagiasi. Penelitian terdahulu yang sejenis ini dapat diketahui dari artikel jurnal yang telah dipublikasikan baik dalam tingkat nasional maupun internasional. Adanya penelitian terdahulu, dapat dilihat perbedaan penelitian peneliti dengan jurnal- jurnal yang dijadikan sumber dalam

hal masalah yang diangkat, tujuan penelitian, teori utama atau model yang digunakan, tipe atau jenis penelitian, teknik analisis, dan sebagainya. Penelitian terdahulu yang akan dipaparkan dalam penelitian ini yaitu dua jurnal, dari dua jurnal tersebut nantinya dicari perbedaannya dengan penelitian ini.

Penelitian yang pertama yaitu Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Di Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan, penulis Halwatiah (Stikes Anging Mamiri Makasar, Sulawesi Selatan), permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini yaitu kemitraan antara bidan dengan dukun. Permasalahan kesehatan ibu dan anak yang terjadi di Kabupaten Takalar, yaitu : Kematian ibu dan anak masih tinggi, Kehamilan remaja, Berat Badan Lahir Rendah, Cakupan program KIA masih belum optimal, Jumlah, distribusi dan kualifikasi tenaga kesehatan (bidan) di tingkat desa masih kurang/rendah, Rendahnya pemberdayaan masyarakat untuk perbaikan status kesehatan, Belum ada kemitraan dan kerjasama lintas sektor (Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar 2014). Masyarakat di Kabupaten Takalar sebagian besar persalinan dilakukan di rumah karena alasan kepercayaan, budaya dan ekonomi. Dalam persalinan mereka umumnya ditolong oleh tenaga tidak terlatih yang menyebabkan terjadinya komplikasi perdarahan, infeksi dan umumnya bila terjadi kasus tidak segera tertangani. Untuk menangani hal ini, pemerintah Kabupaten Takalar mengeluarkan Perda No 2 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi kebijakan Kemitraan Bidan dengan Dukun di kabupaten Takalar Sulawesi Selatan

dan mengetahui model Implementasi Kebijakan Kemitraan Bidan dengan Dukun sesuai kondisi lokal di kabupaten Takalar Sulawesi Selatan.

Pendekatan penelitian yang digunakan yaitu studi kasus. Lokasi penelitian yaitu Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan. Teknik analisis data yang digunakan yaitu teknis analisis data dari Huberman dan Miles yang meliputi reduksi data,

Teori yang digunakan yaitu kebijakan publik, implementasi kebijakan dan kualitas pelayanan kesehatan. Sedangkan model yang digunakan yaitu model implementasi kebijakan dari Edwards III yang meliputi komunikasi, sumberdaya, struktur birokrasi dan disposisi.

Hasil penelitiannya adalah implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Di Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan sudah berjalan dengan baik, namun secara klinis belum diperhatikan karena memang dominannya peran budaya. Sedangkan model implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Di Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan dapat dilihat dari beberapa faktor :

Pertama, komunikasi. Masalah dalam komunikasi yaitu sebagian besar dukun tidak bisa berbahasa indonesia dengan fasih. Solusinya yaitu dalam melakukan sosialisasi dilakukan dengan menggunakan bahasa daerah, yaitu bahasa Mangkasara.

Kedua, sumberdaya. salah satu masalah yang dihadapi oleh Kabupaten Takalar adalah jumlah tenaga kesehatan. Pemerintah Kabupaten Takalar

menempatkan beberapa bidan yang menamatkan pendidikan kebidanan di beberapa kecamatan, sampai saat ini terdapat 49 bidan.

Ketiga, disposisi. Jaringan kerja pelaku ini terlihat belum diatur oleh prinsip tata pemerintahan yang baik untuk meningkatkan akuntabilitas, keterbukaan, dan peran serta pihak-pihak yang berkepentingan. Setiap organisasi memiliki kekuatan politik untuk meningkatkan program KIA. Organisasi-organisasi tersebut dikelola oleh para profesional seperti: politisi, birokrat, manajer, dan profesional kesehatan. Untuk menjaga kelangsungan pelaksanaan ini diperlukan legitimasi hukum berupa MoU antara dukun dan bidan yang ditandatangani oleh dukun dan pihak puskesmas, SK Bupati serta perda tentang KBD seperti di Kabupaten Takalar.

Keempat, struktur birokrasi. Program ini juga diperkuat dengan Keputusan Bupati nomor 01 tahun 2008 tentang KBD Kabupaten Takalar dan Perda nomor 02 tahun 2010 tentang KBD Kabupaten Takalar yang mengatur peran, hak, kewajiban masing-masing profesi. Faktor Pendorong, yaitu adanya komitmen untuk mengurangi angka kematian ibu saat melahirkan di Kabupaten Takalar; adanya komitmen dari pemerintah kabupaten Takalar dalam mendukung program kemitraan melalui kebijakan; adanya koordinasi antaran bidan dan dukun dalam menangani proses kelahiran; adanya bantuan pendampingan dari UNICEF; dan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dan mendukung program ini dengan pendekatan budaya sipakatau sipakainge (saling menghargai, mengetahui, dan mengingatkan).

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian ini terletak pada judul penelitian, pendekatan penelitian, permasalahan, teori dan model implementasi, dan kebijakan yang dipakai dalam penelitian.

Penelitian yang kedua yaitu Studi Implementasi Program Kesehatan Ibu Dan Anak Di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang, penulis Ade Putri Febriandini (Administrasi Publik, FISIP UNDIP). Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini yaitu capaian Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Tlogosari Kulon merupakan capaian terendah dibandingkan 13 puskesmas perawatan lain di Kota Semarang. Perbandingan capaian Program Kesehatan Ibu dan Anak di Tlogosari Kulon juga menjadi capaian terendah yakni sebesar 76.81 % bila dibandingkan dengan capaian Program Kesehatan Ibu dan Anak pada tingkat Indonesia sebesar 77.82 %, Jawa Tengah sebesar 90.76 % dan tingkat Kota Semarang sebesar 89.33 %.

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mendeskripsikan implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang dan mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang.

Teori yang digunakan yaitu administrasi publik, kebijakan publik dan implementasi kebijakan. Model implementasi kebijakan yang digunakan yaitu model implementasi kebijakan dari Grindle yang meliputi faktor isi kebijakan dan faktor lingkungan kebijakan.

Pendekatan penelitian yang digunakan yaitu pendekatan deskriptif kualitatif dengan strategi studi kasus. Teknik analisis dalam penelitian ini dengan

olah data, kemudian baca data, analisis coding, kemudian disajikan kembali dalam bentuk deskriptif.

Hasil penelitiannya yaitu adalah :

1. Layanan pemeriksaan ANC yang dilakukan oleh Puskesmas Tlogosari Kulon ini belum sesuai dengan 10T yakni suntik TT dan Tes Laborat. Faktor yang mempengaruhi adalah : kepentingan kelompok sasaran yang termuat, dukungan sikap pelaksana, sumberdaya, perubahan yang ingin dicapai, kepatuhan petugas.
2. Layanan persalinan dengan 24 jam layanan. Pemanfaatan layanan persalinan ini kurang diminati oleh masyarakat yang disebabkan oleh kurangnya ketersediaan bidan, sarpras yang tidak terawat dan kurang lengkap. Faktor yang mempengaruhi pelayanan ini adalah : sumberdaya dan penentuan keputusan ibu.
3. Capaian kunjungan nifas 1 hanya sebanyak 4 ibu di tahun 2013. Capaian yang hanya sebesar 4 ibu ini disebabkan oleh kurangnya kesadaran ibu, minimnya sarpras yang ada. Faktor yang mempengaruhi kepentingan kelompok sasaran yang termuat, sumberdaya, kekuasaan dan kepentingan, kepatuhan petugas.
4. Kunjungan layanan neonatus masih belum mencapai target yakni sebesar 26,17% pada tahun 2012. Dan 30,4 % pada tahun 2013. Faktor yang mempengaruhi adalah kepentingan kelompok sasaran yang termuat, perubahan yang ingin dicapai, dukungan sikap, sumberdaya.

5. Penanganan kasus neonatal yang berjumlah kurang dari 5 didukung oleh kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan serta kebutuhan akan layanan kesehatan yang layak. Faktor yang mempengaruhi kepentingan kelompok sasaran dan sumberdaya.
6. Keberhasilan layanan bayi didukung oleh kesadaran masyarakat yang tinggi. Kelengkapan layanan seperti imunisasi dasar lengkap, poli laktasi, dan pemeriksaan bayi sakit menjadi kegiatan layanan bayi di Puskesmas Tlogosari Kulon
7. Pelayanan yang diberikan dalam bentuk layanan kesehatan dalam gedung dan diluar gedung. Capaian layanan balita telah melebihi target yakni ada 450 lebih balita yang mendapat layanan balita sehat. Faktor yang mempengaruhi kepentingan kelompok sasaran, perubahan yang ingin dicapai, sumberdaya.

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian ini terletak pada judul penelitian, pendekatan penelitian, teknik analisis data dan teori dan model penelitian.

## **1.5.2 Kebijakan Publik**

### **1.5.2.1 Pengertian Kebijakan Publik**

Kebijakan publik dalam definisi yang mashur dari Dye adalah *whatever government choose to do or not to do*. Maknanya Dye hendak menyatakan bahwa apapun kegiatan pemerintah baik yang eksplisit maupun implisit merupakan kebijakan. Interpretasi dari kebijakan menurut Dye harus dimaknai dengan dua hal penting: pertama, bahwa kebijakan harus dilakukan oleh badan pemerintah,

dan kedua, kebijakan mengandung pilihan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah. (Indiahono, 2009: 17).

Senada dengan pendapat Dye, George C. Edwards III dan Ira Sharkansky dalam Suwitri (2008: 9) juga menyatakan bahwa kebijakan publik merupakan:

“Apa yang dinyatakan dan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang dapat ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan atau dalam policy statement yang berbentuk pidato-pidato dan wacana yang diungkapkan pejabat politik dan pejabat pemerintah yang segera ditindaklanjuti dengan program-program dan tindakan pemerintah.”

James E. Anderson mendefinisikan kebijakan sebagai berikut :

“kebijakan publik sebagai perilaku dari sejumlah aktor (pejabat, kelompok, instansi pemerintah) atau serangkain aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu. Pembicaraan tentang kebijakan memang tidak lepas dari kaitan kepentingan antar kelompok, baik di tingkat pemerintahan maupun masyarakat secara umum (Anderson, 1979:2-3 dalam Indiahono, 2009: 17).

Menurut Robert Eyestone kebijakan publik secara luas adalah hubungan suatu unit pemerintah dengan lingkungannya. Konsep yang ditawarkan Eyestone ini mengandung pengertian yang sangat luas dan kurang pasti karena apa yang dimaksud dengan kebijakan publik dapat mencakup banyak hal. (Winarno, 2007: 17).

Richard Rose dalam Leo Agustino (2014:7) mendefinisikan kebijakan publik sebagai sebuah rangkaian panjang dari banyak atau sedikit kegiatan yang saling berhubungan dan memiliki konsekuensi bagi yang berkepentingan sebagai keputusan yang berlainan.

David Easton sebagaimana dikutip Leo Agustino (2009: 19) memberikan definisi kebijakan publik sebagai :

*“the autorative allocation of values for the whole society”*

Definisi ini menegaskan bahwa hanya pemilik otoritas dalam sistem politik (pemerintah) yang secara sah dapat berbuat sesuatu pada masyarakatnya dan pilihan pemerintah untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu diwujudkan dalam bentuk pengalokasian nilai - nilai. Hal ini disebabkan karena pemerintah termasuk ke dalam *“authorities in a political system”* yaitu para penguasa dalam sistem politik yang terlibat dalam urusan sistem politik sehari - hari dan mempunyai tanggungjawab dalam suatu masalah tertentu dimana pada suatu titik mereka diminta untuk mengambil keputusan di kemudian hari kelak diterima serta mengikat sebagian besar anggota masyarakat selama waktu tertentu.

Pressman dan Widavsky sebagaimana dikutip Budi Winarno (2007: 19) mendefinisikan kebijakan publik sebagai hipotesis yang mengandung kondisi-kondisi awal dan akibat-akibat yang bisa diramalkan. Kebijakan publik itu harus dibedakan dengan bentuk-bentuk kebijakan yang lain misalnya kebijakan swasta. Hal ini dipengaruhi oleh keterlibatan faktor-faktor bukan pemerintah, seperti misalnya kelompok-kelompok penekan (*pressure group*), maupun kelompok-kelompok kepentingan (*interest groups*).

Menurut Nugroho, ada dua karakteristik dari kebijakan publik, yaitu:1) kebijakan publik merupakan sesuatu yang mudah untuk dipahami, karena maknanya adalah hal-hal yang dikerjakan untuk mencapai tujuan nasional; 2) kebijakan publik merupakan sesuatu yang mudah diukur, karena ukurannya jelas yakni sejauh mana kemajuan pencapaian cita-cita sudah ditempuh. Menurut Woll sebagaimana dikutip Tangkilisan (2003:2) menyebutkan bahwa kebijakan publik

ialah sejumlah aktivitas pemerintah untuk memecahkan masalah di masyarakat, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.

Terdapat beberapa ahli yang mendefinisikan kebijakan publik sebagai tindakan yang diambil oleh pemerintah dalam merespon suatu krisis atau masalah publik. Begitupun dengan Chandler dan Plano sebagaimana dikutip Tangkilisan (2003: 1) yang menyatakan bahwa

“kebijakan publik adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumberdaya-sumberdaya yang ada untuk memecahkan masalah-masalah publik atau pemerintah. Selanjutnya dikatakan bahwa kebijakan publik merupakan suatu bentuk intervensi yang dilakukan secara terus-menerus oleh pemerintah demi kepentingan kelompok yang kurang beruntung dalam masyarakat agar mereka dapat hidup, dan ikut berpartisipasi dalam pembangunan secara luas.”

Berdasarkan pendapat berbagai ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang berorientasi pada tujuan tertentu guna memecahkan masalah-masalah publik atau demi kepentingan publik. Kebijakan untuk melakukan sesuatu biasanya tertuang dalam ketentuan-ketentuan atau peraturan perundang-undangan yang dibuat pemerintah sehingga memiliki sifat yang mengikat dan memaksa.

### **1.5.2.2 Tahap-tahap Kebijakan Publik**

Proses pembuatan kebijakan publik merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses maupun variabel yang harus dikaji. Oleh karena itu beberapa ahli politik yang menaruh minat untuk mengkaji kebijakan publik membagi proses-proses penyusunan kebijakan publik kedalam beberapa tahap.

Tujuan pembagian seperti ini adalah untuk memudahkan kita dalam mengkaji kebijakan publik. Namun demikian, beberapa ahli mungkin membagi tahap-tahap ini dengan urutan yang berbeda (Winarno, 2007: 32)

Tahap-tahap kebijakan publik menurut William Dunn sebagaimana dikutip Budi Winarno (2007: 32-34) adalah sebagai berikut :

a) Tahap penyusunan agenda

Para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Sebelumnya masalah ini berkompetisi terlebih dahulu untuk dapat masuk dalam agenda kebijakan. Pada akhirnya, beberapa masalah masuk ke agenda kebijakan para perumus kebijakan. Pada tahap ini mungkin suatu masalah tidak disentuh sama sekali, sementara masalah yang lain ditetapkan menjadi fokus pembahasan, atau ada pula masalah karena alasan-alasan tertentu ditunda untuk waktu yang lama.

b) Tahap formulasi kebijakan

Masalah yang telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan (policy alternatives/policy options) yang ada. Dalam perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Dalam tahap ini masing-masing actor akan bersaing dan berusaha untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

c) Tahap adopsi kebijakan

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas 21 legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau putusan peradilan.

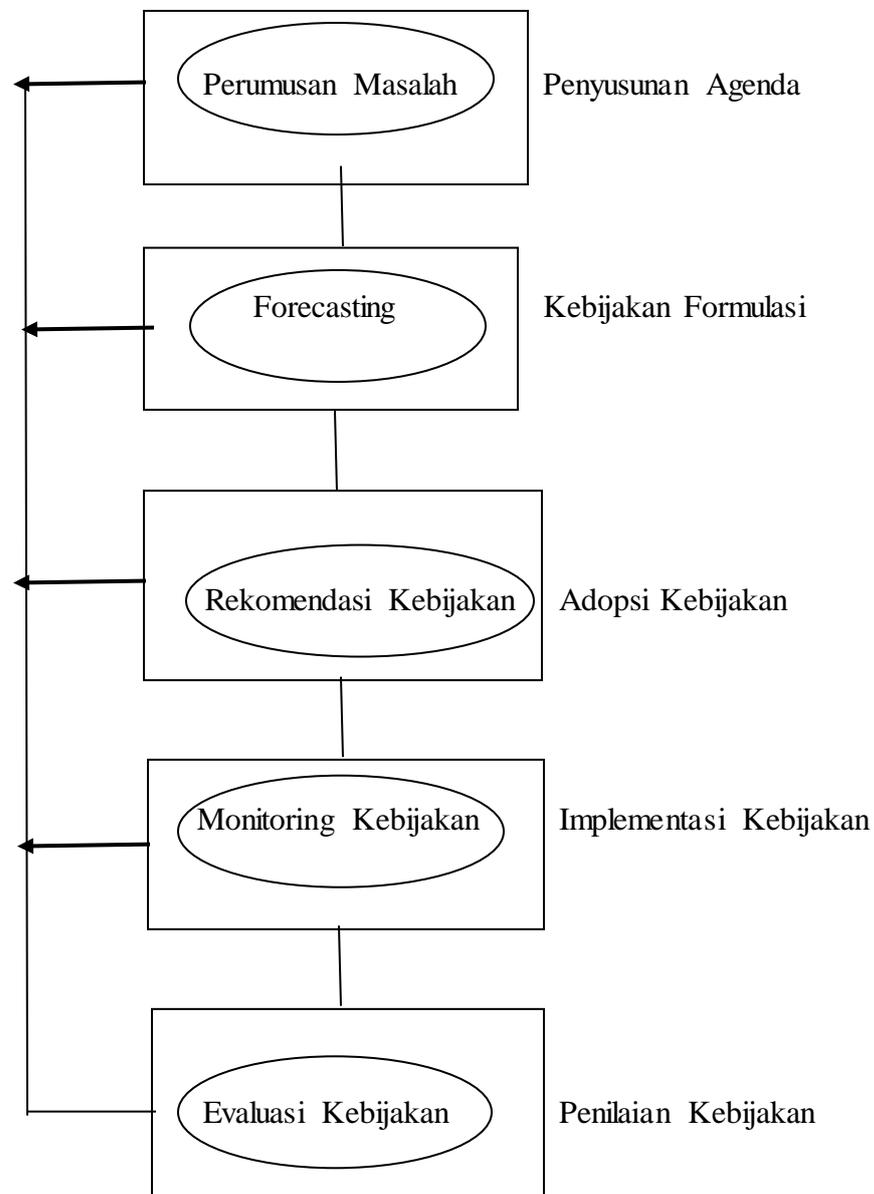
d) Tahap implementasi kebijakan

Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit jika program tersebut tidak diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administratif yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia. Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana (implementors), namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

e) Tahap evaluasi kebijakan

Dalam tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi, untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan, yaitu memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat. Oleh karena itu ditentukan ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik yang telah dilaksanakan sudah mencapai dampak atau tujuan yang diinginkan atau belum. Secara singkat, tahap – tahap kebijakan adalah seperti gambar dibawah ini :

**Gambar 1.5**  
**Tahap-Tahap Kebijakan Publik**



*Sumber: William Dunn sebagaimana dikutip Budi Winarno (2007: 32-34)*

### **1.5.3 Implementasi Kebijakan**

#### **1.5.3.1 Pengertian Implementasi Kebijakan**

Implementasi dipandang dalam pengertian yang luas, merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang. Implementasi

dipandang secara luas mempunyai makna pelaksanaan undang-undang dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program. (Lester & Stewart:104 dalam Winarno, 2012:147)

Ripley dan Franklin dalam Winarno (2007:145) berpendapat bahwa :

“implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (benefit), atau suatu jenis keluaran yang nyata (tangible output). Istilah implementasi menunjuk pada sejumlah kegiatan yang mengikuti pernyataan maksud tentang tujuan-tujuan program dan hasil-hasil yang diinginkan oleh para pejabat pemerintah. Implementasi mencakup tindakan-tindakan (tanpa tindakan-tindakan) oleh berbagai aktor, khususnya para birokrat, yang dimaksudkan untuk membuat program berjalan.”

Grindle dalam Subarsono (2005:146) memberikan pandangannya tentang implementasi dengan mengatakan bahwa secara umum, tugas implementasi adalah membentuk suatu kaitan (*linkage*) yang memudahkan tujuan-tujuan kebijakan bisa direalisasikan sebagai dampak dari suatu kegiatan pemerintah.

Sedangkan, Van Meter dan Van Horn (1975) yang dikutip Leo Agustino (2014:139) mendefinisikan implementasi kebijakan, sebagai :

“tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan”

Webster dalam Wahab (2004:64), merumuskan secara pendek bahwa :

“Konsep implementasi berasal dari bahasa inggris yaitu *to implement*. Dalam kamus besar webster, *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu)”

Pressman dan Wildavsky menyatakan bahwa sebuah kata kerja mengimplementasikan itu sudah sepantasnya terkait langsung dengan kata benda kebijaksanaan. Sehingga bagi kedua pelopor studi implementasi ini maka proses untuk melaksanakan kebijaksanaan perlu mendapatkan perhatian yang saksama, dan oleh sebab itu adalah keliru kalau kita menganggap bahwa proses tersebut dengan sendirinya akan berlangsung mulus.

Kebijakan publik merupakan keputusan politik yang dikembangkan oleh badan dan pejabat pemerintah. Karena itu, karakteristik khusus dari kebijakan publik adalah bahwa keputusan politik tersebut dirumuskan oleh apa yang disebut David Easton (1962:212) sebagai “otoritas” dalam sistem politik, yaitu “para senior, kepala tertinggi, eksekutif, legislatif, para hakim, administrator, penasehat, para raja, dan sebagainya.” Easton mengatakan bahwa mereka-mereka yang berotoritas dalam sistem politik dalam rangka memformulasi kebijakan publik itu adalah : orang-orang yang terlibat dalam urusan sistem politik sehari-hari dan mempunyai tanggungjawab dalam suatu masalah tertentu dimana pada satu titik mereka diminta untuk mengambil keputusan dikemudian hari kelak diterima serta mengikat sebagian besar anggota masyarakat selama waktu tertentu. (Leo Agustino. 2014:8).

Makna implementasi menurut Daniel A. Mazmanian dan Paul Sabatier (1979) sebagaimana dikutip dalam buku Solihin Abdul Wahab (2008: 65), mengatakan bahwa:

“Implementasi adalah memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijaksanaan yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman

kebijaksanaan Negara yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat/dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.”

Berdasarkan beberapa pendapat diatas, dapat disimpulkan bahwa implementasi adalah tahap dari proses kebijakan publik yaitu tahap pelaksanaan dari sebuah kebijakan yang sudah ditetapkan yang melibatkan berbagai aktor, baik pemerintah maupun swasta untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan.

### **1.5.3.2 Model Implementasi Kebijakan**

Dalam sejarah perkembangan studi implementasi kebijakan, dijelaskan tentang adanya dua pendekatan guna memahami implementasi kebijakan, yakni pendekatan *top down* dan pendekatan *bottom up*. Dalam bahasa Lester dan Stewart (2000:108) istilah ini dinamakan dengan *the command and control approach* (pendekatan kontrol dan komando, yang mirip dengan *top down approach*) dan *the market approach* (pendekatan pasar, yang mirip dengan *bottom up approach*). (Leo Agustino, 2014:140).

#### **1.5.3.2.1 Model Implementasi George C. Edwards III**

Menurut Edwards, studi implementasi kebijakan adalah krusial bagi *public administration* dan *public policy*. Implementasi kebijakan adalah salah satu tahap kebijakan publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhinya. Jika suatu kebijakan tidak tepat atau tidak mengurangi masalah yang merupakan sasaran dari kebijakan, maka kebijakan itu mungkin akan mengalami kegagalan sekalipun kebijakna itu di implementasikan dengan sangat baik. Sementara itu, suatu kebijakan yang telah direncanakan dengan sangat baik, mungkin juga akan

mengalami kegagalan, jika kebijakan tersebut kurang diimplementasikan dengan baik oleh para pelaksana kebijakan.

Menurut pandangan Edwards III dalam Subarsono (2005:90-92), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu :

1. Komunikasi

Keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (target group) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila tujuan dan sasaran tidak jelas tau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi resistensi dari kelompok sasaran.

2. Sumberdaya

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumberdaya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, yakni kompetensi implementor, dan sumberdaya finansial. Sumberdaya adalah faktor terpenting untuk implementasi kebijakan agar efektif. Tanpa sumberdaya, kebijakan hanya tinggal dikertas menjadi dokumen saja.

3. Disposisi

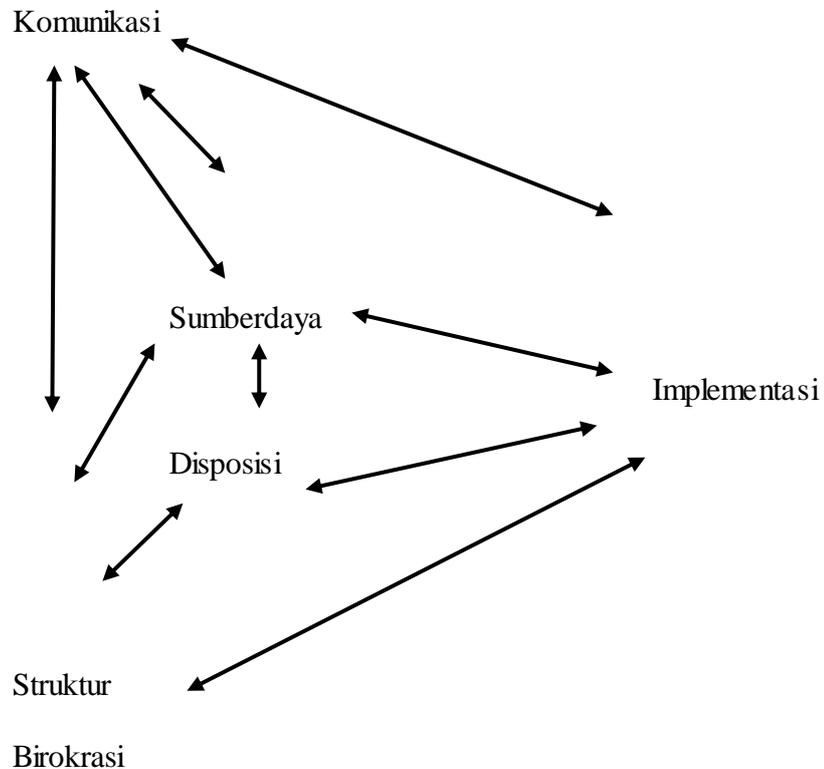
Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan

dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan menjadi tidak efektif.

#### 4. Struktur birokrasi

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

**Gambar 1.6**  
**Faktor Penentu Implementasi menurut Edward III**



*Sumber : Edward III, 1980:148 dalam Subarsono, 2005:81*

#### 1.5.3.2.2 Model Implementasi Van Meter dan Van Horn

Model pendekatan *top-down* yang dirumuskan oleh Donald Van Meter dan Carl van Horn disebut dengan *A Model of The Policy Implementation*. Proses implementasi ini merupakan sebuah abstraksi atau performansi suatu implementasi kebijakan yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk meraih kinerja implementasi kebijakan publik yang tinggi yang berlangsung dalam hubungan berbagai variabel. Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linier dari keputusan politik yang tersedia, pelaksana, dan kinerja kebijakan publik. (Leo Agustino, 2014:141-142).

Ada enam variabel menurut Van Meter dan Van Horn yang mempengaruhi kinerja kebijakan publik tersebut (Leo Agustino, 2014:142-144), yakni :

1. Ukuran dan tujuan kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika dan hanya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosio kultur yang mengada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran kebijakan atau tujuan kebijakan terlalu ideal (bahkan terlalu utopis) untuk dilaksanakan di level warga, maka agak sulit memang merealisasikan kebijakan publik hingga titik yang dapat dikatakan berhasil.

2. Sumberdaya

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia. Manusia merupakan sumberdaya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi. Tetapi, diluar sumberdaya manusia, sumberdaya-sumberdaya lain yang perlu diperhitungkan juga ialah sumberdaya finansial dan sumberdaya waktu. Karena, mau tidak mau, ketika sumberdaya manusia yang kompeten dan kapabel telah tersedia sedangkan kucuran dana melalui anggaran tidak tersedia, maka memang menjadi persoalan pelik untuk merealisasikan apa yang hendak dituju oleh tujuan kebijakan publik. Demikian pula halnya dengan sumberdaya waktu. Saat sumberdaya manusia giat bekerja dan kucuran dana berjalan dengan baik, tetapi terbentur dengan

persoalan waktu yang terlalu ketat, maka hal ini pun dapat menjadi penyebab ketidakberhasilan implementasi kebijakan.

3. Karakteristik agen pelaksana

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat pengimplementasian kebijakan publik. Hal ini sangat penting karena kinerja implementasi kebijakan (publik) akan sangat banyak dipengaruhi oleh ciri-ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya.

4. Sikap/kecenderungan (*Disposition*) para pelaksana

Sikap penerimaan atau penolakan dari (agen) pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul persoalan dan permasalahan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan yang akan implementor pelaksanaan adalah kebijakan “dari atas” (top down) yang sangat mungkin para pengambil keputusannya tidak pernah mengetahui (bahkan tidak mampu menyentuh) kebutuhan, keinginan, atau permasalahan yang warga ingin selesaikan.

5. Komunikasi antarorganisasi dan aktivitas pelaksana

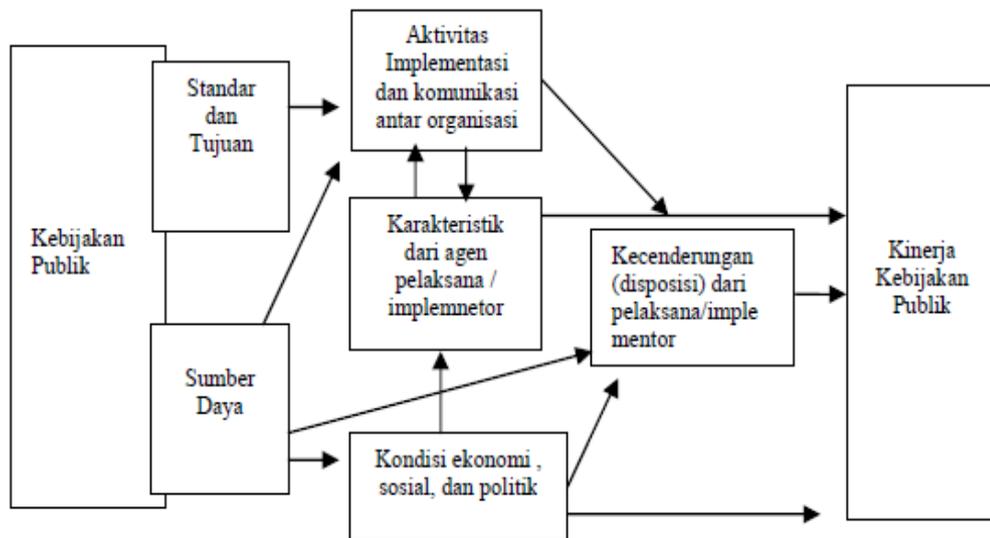
Koordinator merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi. Dan, begitu pula sebaliknya.

6. Lingkungan kondisi ekonomi, sosial dan politik

Lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi biang keladi dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena itu, upaya untuk mengimplementasikan kebijakan harus pula memperhatikan kekondusifan kondisi lingkungan eksternal.

**Gambar 1.7**

**Model Implementasi kebijakan Van Meter dan Horn**



Sumber : Model Pendekatan *The Policy Implementation Process* (Donald Van Meter dan Carl Van Horn) dalam Leo Agustino (2014:144)

**1.5.3.2.3 Model Implementasi Kebijakan Merile S. Grindle**

Keberhasilan suatu implementasi kebijakan publik, juga menurut Grindle amat ditentukan oleh tingkat *implementability* kebijakan itu sendiri, yang terdiri atas *Content of Policy* dan *Context of Policy* (1980:5) dalam Leo Agustino (2014: 154-156).

## 1. *Content of Policy*

### a. *Interest Affected* (kepentingan-kepentingan yang mempengaruhi)

*Interest affected* berkaitan dengan berbagai kepentingan yang mempengaruhi suatu implementasi kebijakan. Indikator ini beragumen bahwa suatu kebijakan dalam pelaksanaannya pasti melibatkan banyak kepentingan, dan sejauhmana kepentingan-kepentingan tersebut membawa pengaruh terhadap impelmentasinya, hal inilah yang ingin diketahui lebih lanjut.

### b. *Type of benefits* (tipe manfaat)

Pada poin ini *content of policy* berupaya untuk menunjukkan atau menjelaskan bahwa dalam suatu kebijakan harus terhadap jenis manfaat yang menunjukkan dampak positif yang dihasilkan oleh pengimplementasian kebijakan yang hendak dilaksanakan.

### c. *Extend of change envision* (derajat perubahan yang ingin dicapai)

Setiap kebijakan mempunyai target yang hendak dan ingin dicapai. *Content of policy* yang ingin dijelaskan pada poin ini adalah bahwa seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui suatu implementasi kebijakan harus mempunyai skala yang jelas.

### d. *Site of decision making* (letak pengambilan keputusan)

Pengambilan keputusan dalam suatu kebijakan memegang peranan penting dalam pelaksanaan suatu kebijakan, maka pada bagian ini harus dijelaskan dimana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan yang akan diimplementasikan.

e. *Program implementor* (pelaksana program)

Dalam menjalankan suatu kebijakan atau program harus didukung dengan adanya pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel demi keberhasilan suatu kebijakan. Dan, ini harus sudah terdata atau terpapar dengan baik pada bagian ini.

f. *Resources committed* (sumber-sumber daya yang digunakan)

Pelaksanaan suatu kebijakan juga harus didukung oleh sumberdaya-sumberdaya yang mendukung agar pelaksanaannya berjalan dengan baik.

2. *Context of Policy*

a. *Power, interest, and strategy of actor involved* (kekuasaan, kepentingan-kepentingan, dan strategi dari aktor yang terlibat)

Dalam suatu kebijakan perlu diperhitungkan pula kekuatan atau kekuasaan, kepentingan, serta strategi yang digunakan oleh para aktor yang terlibat guna memperlancar jalannya pelaksanaan suatu implementasi kebijakan. Bila hal ini tidak diperhitungkan dengan matang sangat besar kemungkinan program yang hendak diimplementasikan.

b. *Institution and regime characteristic* (karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa)

Lingkungan dimana suatu kebijakan tersebut dilaksanakan juga berpengaruh terhadap keberhasilannya, maka pada bagian ini ingin dijelaskan karakteristik dari suatu lembaga yang akan turut mempengaruhi suatu kebijakan.

c. *Compliance and responsiveness* (tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana)

Hal ini yang dirasa penting dalam proses pelaksanaan suatu kebijakan adalah kepatuhan dan respon dari para pelaksana, maka yang hendak dijelaskan pada poin ini adalah sejauhmana kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan.

#### **1.5.3.2.4 Model Implementasi Kebijakan Daniel A. Mazmanian dan Paul**

##### **A. Sabatier**

Menurut Mazmanian dan Sabatier dalam Subarsono (2011: 94-99) ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yakni karakteristik dari masalah (*tractability of the problems*), karakteristik kebijakan/undang-undang (*ability of statute to structure implementation*) dan variabel lingkungan (*nonstatutory variables affecting implementation*).

##### 1. Karakteristik masalah

- a. Tingkat kesulitan dari masalah yang bersangkutan.;
- b. Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran. Iniberarti bahwa suatu program akan relatif mudah diimplementasikan apabila kelompok sasarannya adalah homogen. Sebaliknya, apabila kelompok sasarannya heterogen, maka implementasi program akan relatif lebih sulit, karena tingkat pemahaman setiap anggota kelompok sasaran terhadap program relatif beda;
- c. Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi. Sebuah program akan relatif sulit diimplementasikan apabila sasarannya mencakup

semua populasi. Sebaliknya sebuah program relatif mudah diimplementasikan apabila jumlah kelompok sasarannya tidak terlalu besar;

- d. Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan. Sebuah program yang bertujuan untuk memberikan pengetahuan atau bersifat kognitif akan relatif mudah diimplementasikan daripada program yang bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku masyarakat;

2. Karakteristik kebijakan, mencakup :

- a. Kejelasan isi kebijakan. Ini berarti semakin jelas dan rinci isi sebuah kebijakan akan mudah diimplementasikan karena implementor mudah memahami dan menteejemahkan dalam tindakan nyata. Sebaliknya, ketidakjelasan isi kebijakan meupakan potensi lahirnya distorsi dalam implementasi kebijakan.
- b. Seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis. Kebijakan yang memiliki dasar teoritis memiliki sifat lebih mantap karena sudah teruji, walaupun untuk beberapa lingkungan sosial tertentu perlu ada modifikasi.
- c. Besarnya alokasi sumberdaya finansial terhadap kebijakan tersebut. Sumberdaya keuangan adalah faktorf krusial untuk setiap program sosial. Setiap program juga memerlukan dukungan staff untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi dan teknis, serta memonitor program, yang semuanya itu perlu biaya.

- d. Seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai instansi pelaksana. Kegagalan program sering disebabkan kurangnya koordinasi vertikal dan horisontal antarinstansi yang terlibat dalam implementasi program.
  - e. Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana.
  - f. Tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan.
  - g. Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan. Suatu program yang memberikan peluang luas bagi masyarakat untuk terlibat akan relatif mendapat dukungan daripada program yang tidak melibatkan masyarakat. Masyarakat akan merasa terasing atau teralienasi apabila hanya menjadi penonton terhadap program yang ada di wilayahnya.
3. Lingkungan kebijakan, mencakup :
- a. Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi. Masyarakat yang sudah terbuka dan terdidik akan relatif mudah menerima program-program pembaruan dibanding dengan masyarakat yang masih tertutup dan tradisional. Demikian juga, kemajuan teknologi akan membantu dalam proses keberhasilan implementasi program, karena program-program tersebut dapat disosialisasikan dan diimplementasikan dengan bantuan teknologi modern.
  - b. Dukungan publik terhadap sebuah kebijakan. Kebijakan yang memberikan insentif biasanya mudah mendapatkan dukungan

- publik. Sebaliknya kebijakan yang bersifat dis-insentif akan kurang mendapat dukungan publik.
- c. Sikap dari kelompok pemilih. Kelompok pemilih yang ada dalam masyarakat dapat memengaruhi implementasi kebijakan melalui berbagai cara, antara lain: (1) kelompok pemilih dapat melakukan intervensi terhadap keputusan yang dibuat badan-badan pelaksana melalui berbagai komentar dengan maksud untuk mengubah keputusan; (2) kelompok pemilih dapat memiliki kemampuan untuk memengaruhi badan-badan pelaksana secara tidak langsung melalui kritik yang dipublikasikan terhadap kinerja badan-badan pelaksana, dan membuat pernyataan yang ditujukan kepada badan legislatif.
- d. Tingkat komitmen dan keterampilan dari aparat dan implementor. Pada akhirnya, komitmen aparat pelaksana untuk merealisasikan tujuan yang telah tertuang dalam kebijakan adalah variabel yang paling krusial. Aparat badan pelaksana harus memiliki keterampilan dalam membuat prioritas tujuan dan selanjutnya merealisasikan prioritas tujuan tersebut.

## **1.6 Operasionalisasi Konsep**

Implementasi menurut Ripley dan Franklin dalam Winarno (2007:145) adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (benefit), atau suatu jenis keluaran yang nyata (tangible output). Istilah implementasi menunjuk pada sejumlah kegiatan yang mengikuti pernyataan maksud tentang tujuan-tujuan program

dan hasil-hasil yang diinginkan oleh para pejabat pemerintah. Implementasi mencakup tindakan-tindakan (tanpa tindakan-tindakan) oleh berbagai aktor, khususnya para birokrat, yang dimaksudkan untuk membuat program berjalan.

Implementasi Kebijakan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Bandarharjo Semarang Utara adalah melihat bagaimana sejumlah kegiatan yang bertujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan oleh pemerintah terlaksana sesuai dengan standar dan prosedur yang sesuai dengan arah kebijakan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, Gubernur Jawa Tengah, dan Dinas Kesehatan Kota Semarang. Dalam arah kebijakan tersebut terdapat beberapa kegiatan yang harus dilaksanakan dalam implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang, yaitu :

#### 1. Pelayanan Antenatal Care

Pelayanan antenatal care adalah suatu program terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, guna memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan.

Menurut Depkes RI (2005), ditingkat pelayanan dasar, pemeriksaan antenatal hendaknya memenuhi tiga aspek pokok, yaitu:

- a. Aspek medik, meliputi: diagnosis kehamilan, penemuan kelainan secara dini, pemberian terapi sesuai dengan diagnosis.

- b. Penyuluhan komunikasi dan motivasi ibu hamil, antara lain mengenai: penjagaan kesehatan dirinya dan janinnya, pengenalan tanda-tanda bahaya dan faktor risiko yang dimilikinya, pencarian pertolongan yang memadai secara tepat waktu.
- c. Rujukan, ibu hamil dengan risiko tinggi harus dirujuk ketempat pelayanan yang mempunyai fasilitas yang lebih lengkap.

Standar pelayanan antenatal sesuai dengan pedoman pelayanan antenatal kesehatan RI Tahun 2007 yaitu “7 T” meliputi :

1. Timbang berat badan (T1)
  - Ukur berat badan dalam kilo gram tiap kali kunjungan.
  - Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua.
2. Ukur tekanan darah (T2)
  - Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi.
3. Ukur tinggi fundus uteri
  - Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran tinggi fundus uteri

menggunakan pita pengukur (pita centimeter) setelah kehamilan 24 minggu.

#### 4. Pemberian imunisasi TT

Imunisasi tetanus toxoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Vaksin tetanus yaitu toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan kemudian dimurnikan. Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT) artinya pemberian kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya. Umur kehamilan mendapat imunisasi TT :

- Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap (BKKBN, 2005).
- TT1 dapat diberikan sejak diketahui positif hamil dimana biasanya diberikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan (Depkes RI, 2000).

#### 5. Pemberian tablet besi

- Pemberian tablet besi adalah sebesar 60 mg dan asam folat 500mg adalah kebijakan program pelayanan antenatal dalam upaya untuk mencegah anemi dan untuk pertumbuhan otak bayi, sehingga mencegah kerusakan otak pada bayi. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak pemeriksaan pertama.

#### 6. Test terhadap penyakit menular seksual, HIV/AIDS, dan malaria

7. Temu wicara (konseling) Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

- Kesehatan ibu
- Perilaku hidup bersih dan sehat
- Peran suami/keluarga dalam kehamilan
- Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas
- Asupan gizi seimbang
- Gejala penyakit menular dan tidak menular
- Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif
- Keluarga berencana (KB) pasca persalinan

## 2. Pelayanan Nifas

Pelayanan kesehatan ibu pasca melahirkan dengan kurun waktu 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan, pada hari ke-4 sampai hari ke-28, ada hari ke-29 sampai hari ke 42. Standar pelayanan nifas sesuai dengan standar yaitu :

1. Periksa tekanan darah dan nadi
2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri
3. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI
4. Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak 2x

Dalam pelaksanaannya terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi suatu kebijakan baik ikut faktor pendorong maupun faktor penghambat. Menurut Van Horn dan Van Metter implementasi kebijakan berjalan secara linier dari

keputusan politik yang tersedia, pelaksana dan kinerja kebijakan publik. Terdapat enam variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik, sebagai berikut :

#### 1. Ukuran dan Tujuan Kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang realistis dengan sosio-kultur yang ada di level pelaksana kebijakan. Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas memiliki tujuan yaitu meningkatkan kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku) dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya; meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan ibu hamil dan ibu nifas; meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu hamil dan ibu nifas; meningkatnya peran serta masyarakat.

#### 2. Sumberdaya

Keberhasilan proses implementasi kebijakan sangat bergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi. Dalam implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo diperlukan pelaksana program yang berkualitas dan berkompeten di bidangnya, terutama lembaga atau instansi yang terkait. Selain itu sumberdaya fisik, sumberdaya finansial dan sumberdaya yang lainnya juga perlu diperhatikan untuk mendukung keberhasilan

implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo.

3. Karakter Agen Pelaksana

Bagaimana karakter dari agen pelaksana sangat mempengaruhi implementasi kebijakan dan hasil yang didapat. Ketepatan karakter agen pelaksana dengan masalah implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo dibutuhkan agar pelaksanaannya dapat sesuai dengan ketentuan yang sudah dibuat sebelumnya.

4. Sikap/Kecenderungan (*Disposition*) para Pelaksana

Sikap penerimaan atau penolakan agen pelaksana akan banyak mempengaruhi berhasil atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Terutama disposisi dari Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang dan juga pihak lain yang terkait dengan implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Pusekesmas Bandarharjo.

5. Komunikasi Antarorganisasi dan Aktivitas Pelaksana

Komunikasi yang baik merupakan hal yang penting dalam implementasi kebijakan, karena jika kebijakan tidak dikomunikasikan dengan baik dan benar maka akan ada beberapa hal yang tidak sesuai. Sehingga mengakibatkan Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas tidak berjalan dengan baik.

6. Lingkungan Ekonomi, Sosial dan Politik

Kondisi lingkungan eksternal khususnya lingkungan ekonomi, sosial dan politik juga mempengaruhi bagaimana implementasi kebijakan ini. Jika dapat tercipta kondisi ekonomi, sosial dan politik yang kondusif maka akan mendorong keberhasilan implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

### **1.7 Metode Penelitian**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, dimana penelitian ini memperoleh gambaran seutuhnya mengenai realita yang ada. Menurut (Moleong,2004) penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistik dan dengan cara mendeskripsikan dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah. Dan juga diharapkan dengan penelitian kualitatif ini kita dapat menemukan fenomena-fenomena dan makna-makna lainnya yang masih tersembunyi dan belum banyak diketahui oleh khalayak umum. Selanjutnya digunakan teknik deskriptif untuk mengetahui dan menggambarkan tentang bagaimana implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

#### **1.7.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian kualitatif bersifat fleksibel dan berubah-ubah sesuai dengan kondisi lapangan. Oleh karena itu peranan peneliti sangat dominan dalam

menentukan keberhasilan peneliiian yang dilaksanakan, sedangkan peranan desain hanya membantu mengarahkan jalannya proses penelitian agar sesuai dengan permasalahan dan berjalan dengan sistematis (Jonathan Sarwono: 2006,1999). Suatu desain penelitian mengekspresikan struktur permasalahan penelitian dan rencana investigasi yang digunakan untuk memperoleh bukti-bukti empiris berkaitan dengan permasalahan tersebut.

### **1.7.2 Situs Penelitian**

Situs penelitian ini adalah Puskesmas Bandarharjo, Kecamatan Semarang Utara, Kota Semarang. Situs ini dipilih peneliti karena memiliki kasus angka kematian ibu tertinggi diantara Puskesmas lainnya di Kota Semarang.

### **1.7.3 Subjek Penelitian**

Instrumen utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri, sebagai *human instrument*, peneliti berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan temuannya (Sugiyono, 2011: 222). Adapun yang disebut sebagai subyek penelitian adalah individu atau kelompok yang diharapkan peneliti dapat menjelaskan dan memberikan informasi mengenai apa yang diketahui tentang sesuatu yang berkaitan dengan fenomena yang sedang diteliti atau dapat juga disebut sebagai informan. Informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian (Moleong, 2010: 132).

Teknik pemilihan informan yang dipergunakan penulis dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, yakni dengan memilih informan yang didasarkan

pada tujuan tertentu. Untuk menganalisa lebih lanjut digunakan *snowball sampling*, yakni pemilihan informan yang terus berkembang jumlahnya hingga informasi dan data yang diperoleh dirasa cukup (Pasolong, 2012: 161).

Peneliti telah menentukan informan yang dapat berkembang sewaktu-waktu dibutuhkan. Informan yang digunakan sebagai narasumber dalam penelitian adalah sebagai berikut :

1. Kepala Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang
2. Bidan pelaksana Program Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang
3. Penerima Program Kesehatan Ibu dan Anak bidang pelayanan antenatal care dan nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

#### **1.7.4 Jenis Data**

Menurut Lofland dan Lofland dalam Moleong (2010:157), sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata, dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Berkaitan dengan hal itu, pada bagian ini jenis datanya dibagi ke dalam :

1. Kata-kata dan tindakan

Kata-kata dan tindakan orang-orang yang diamati atau diwawancarai merupakan sumber data utama. Sumber data utama dicatat melalui catatan tertulis atau melalui perekaman video atau audio tapes, pengambilan foto, atau film. Pencatatan sumber data utama melalui wawancara atau pengamatan berperan serta merupakan hasil usaha gabungan dari kegiatan

melihat, mendengar dan bertanya (Lofland dan Lofland dalam Moleong, 2010: 157).

## 2. Sumber tertulis

Dilihat dari segi sumber data, bahan tambahan yang berasal dari sumber tertulis dapat dibagi atas sumber buku, dan majalah ilmiah, sumber dari arsip, dokumen pribadi dan dokumen resmi. (Lofland dan Lofland dalam Moleong, 2010: 157).

## 3. Foto

Foto menghasilkan data deskriptif yang cukup berharga dan sering digunakan untuk menelaah segi-segi subjektif dan hasilnya sering dianalisis secara induktif. Ada dua kategori foto yang dapat dimanfaatkan dalam penelitian kualitatif, yaitu foto yang dihasilkan orang dan foto yang dihasilkan oleh peneliti sendiri (Bogdan dan Biklen dalam Moleong, 2010: 160).

### **1.7.5 Sumber Data**

Adapun sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

#### 1. Data primer

Data Primer merupakan data yang diperoleh langsung oleh pengumpul data (peneliti) dari objek penelitiannya, data primer merupakan data yang dikumpulkan dan diolah sendiri oleh organisasi yang menerbitkan atau menggunakannya. Data primer diperoleh melalui hasil wawancara dengan informan (Pasolong, 2012: 70).

## 2. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari studi pustaka atau bahan informasi lain yang berhubungan dengan masalah yang akan diteliti. Bentuk dari data sekunder berupa buku-buku, literatur, dokumen, laporan dan sumber-sumber lain yang berkaitan dengan penelitian.

### 1.7.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menurut Sugiyono (2011:224) merupakan langkah yang paling utama dalam suatu penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan. Berikut teknik pengumpulan data menurut Sugiyono :

#### 1. Observasi

Nasution, dalam Sugiyono (2011:226) menyatakan bahwa, observasi adalah dasar semua ilmu pengetahuan. Para ilmuwan hanya dapat bekerja berdasarkan data, yaitu fakta mengenai dunia kenyataan yang diperoleh melalui observasi.

Sanafiah Faisal dalam Sugiyono (2011:226-228) mengklasifikasikan observasi ke dalam 3 bentuk, sebagai berikut :

##### a. Observasi partisipatif

Susan Stainback (Sugiyono, 2011:227) menyatakan dalam observasi partisipatif peneliti melakukan pengamatan terhadap apa yang dikerjakan orang, mendengarkan apa yang mereka ucapkan, serta berpartisipasi dalam aktivitas mereka.

b. Observasi terus terang atau tersamar

Dalam hal ini peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara berterus terang kepada sumber data, bahwa ia sedang melakukan penelitian sehingga para sumber data mengetahui sejak awal sampai akhir tentang aktivitas peneliti. Namun, dalam situasi tertentu peneliti tidak berterus terang dalam observasi ini untuk menghindari apabila suatu data yang dicari merupakan data rahasia.

c. Observasi tidak terstruktur

Observasi tak berstruktur merupakan observasi yang tidak dipersiapkan secara sistematis tentang apa yang akan di observasi. Hal ini dilakukan peneliti karena tidak tahu secara pasti tentang apa yang akan diamati. Dalam melakukan pengamatan peneliti tidak menggunakan instrumen yang telah baku, tetapi hanya berupa rambu-rambu pengamatan.

Dalam hal ini peneliti menggunakan observasi terus terang atau tersamar karena peneliti melakukan pengamatan langsung pada lokus penelitian yaitu Puskesmas Bandaharjo Kota Semarang.

2. Wawancara

Esterberg (Sugiyono, 2011: 231) mendefinisikan wawancara sebagai pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Susan Stainback (Sugiyono, 2011:232) menjelaskan dengan melakukan wawancara maka peneliti akan mengetahui hal-hal lebih mendalam tentang

partisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi, dimana hal ini tidak bisa ditemukan melalui observasi.

Esterberg (2002) dalam Sugiyono (2011:233-234) mengemukakan beberapa macam wawancara, sebagai berikut :

a. Wawancara terstruktur

Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data bila peneliti telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh. Peneliti telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya pun telah disiapkan.

b. Wawancara semi terstruktur

Wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-dept interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya. Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan.

c. Wawancara tak berstruktur

Merupakan wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. Pedoman wawancara hanya berupa garis-garis besar yang akan ditanyakan.

Jenis wawancara yang digunakan peneliti adalah wawancara semi terstruktur, karena peneliti ingin memperoleh informasi secara mendalam mengenai implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Bidang Pelayanan Antenatal Care dan Nifas di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang.

### **1.7.7 Analisis dan Interpretasi Data**

Analisis data kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain (Bogdan dan Biklen dalam Moleong, 2010: 248).

Miles dan Huberman, sebagaimana dikutip Sugiyono (2011:246-252), mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Adapun aktivitas dalam analisis data antara lain :

1. *Data reduction* (Reduksi Data)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

2. *Data Display* (Penyajian Data)

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan hubungan antar kategori, *flowchart* dan lain sebagainya. Namun yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

### 3. *Conclusion Drawing /Verification*

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif menurut Miles dan Huberman adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran umum suatu obyek yang sebelumnya masih belum jelas. Dapat berupa hubungan kausal atau interaktif atau teori. Bila didukung dengan bukti yang *valid* dan konsisten maka dapat dijadikan kesimpulan yang kredibel.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik analisis yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman. Dimana meliputi tahap reduksi data, penyajian data dan verifikasi data.

#### **1.7.8 Kualitas Data**

Uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif, menggunakan bahan referensi dan *member check* .

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan uji kredibilitas data dengan menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan

kredibilitas dengan memanfaatkan sesuatu yang lain. Banyak ahli yang memaparkan berbagai cara tentang penggunaan teknik triangulasi. Pendapat beberapa ahli tentang teknik triangulasi, dan menyimpulkan penggunaan teknik triangulasi dengan membandingkan data yang diperoleh dengan berbagai sumber, metode, atau teori. Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Hal tersebut dapat dicapai dengan jalan sebagai berikut (Moleong, 2007:330-331) :

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.
- b. Membandingkan apa yang dikatakan orang didepan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi.
- c. Membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu
- d. Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah/tinggi, orang berada, dan orang pemerintahan.
- e. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.