

**IMPLEMENTASI STRATEGI PEMERINTAH DAERAH  
DALAM MENINGKATKAN KESEJAHTERAAN IBU DAN ANAK  
MELALUI PROGRAM GERAKAN PENDAMPINGAN IBU HAMIL  
RESIKO TINGGI (GERDARISTI)**

**(Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk Menempuh Gelar Sarjana  
Pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

**AMALIA MARDHIASARI**

**135030101111085**



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI  
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK  
MALANG  
2017**

## MOTTO

**“Every hard work demands sacrifice and every effort is counted as a process that will guide to the highest point”**

**-إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا-**

*(QS. Al-Insyirah:6)*



## TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul Skripsi : Strategi Pemerintah Daerah dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak Melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Disusun Oleh : Amalia Mardhiasari

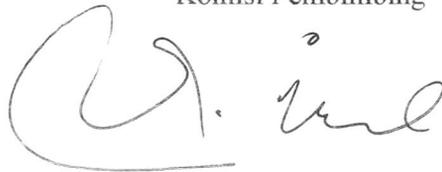
NIM : 135030101111085

Fakultas : Fakultas Ilmu Administrasi

Program Studi : Ilmu Administrasi Publik

Malang, 22 Desember 2017

Komisi Pembimbing



Wike, S.Sos, M.Si, DPA

NIP.197011126 200212 2 005

## TANDA PENGESAHAN SKRIPSI

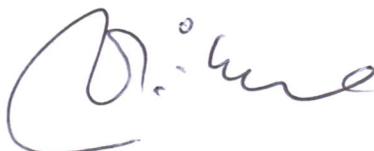
Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada:

Hari : Selasa  
Tanggal : 9 Januari 2018  
Jam : 11.00  
Skripsi atas nama : Amalia Mardhiasari  
Judul : Implementasi Strategi Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk Dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak Melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (GERDARISTI)

dan dinyatakan LULUS

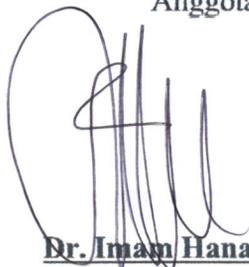
### MAJELIS PENGUJI

Ketua,



**Wike, S.Sos, M.Si, DPA**  
**NIP. 19701126 200212 2 005**

Anggota,



**Dr. Imam Hanafi, M.Si, MS**  
**NIP. 19691002 199802 1 001**

Anggota,



**Andhyka Muttaqin, S.AP., MPA**  
**NIP. 2011078504211001**

## PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip oleh naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan serta daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia jika skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, sereta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No.20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan Pasaal 70).

Malang, 22 Desember 2017

Mahasiswa,



Amalia Mardhiasari  
NIM. 1353010111105

## RINGKASAN

Mardhiasari, Amalia, 2017, **Implementasi Strategi Pemerintah Daerah dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak Melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)**, Wike, S.Sos, M.Si, DPA, 162 + xix

---

Salah satu wujud pelaksanaan pembangunan adalah dengan pembangunan kesehatan ibu dan anak. AKI dan AKB adalah indikator yang peka terhadap kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Upaya penurunan AKB dan AKI ini juga dilakukan di level daerah, salah satunya di Kabupaten Nganjuk dengan adanya program Gerdaristi. Hal ini dikarenakan AKI dan AKB sejak tahun 2010 hingga 2012 di Kabupaten Nganjuk selalu meningkat. Sejak pelaksanaan Gerdaristi tahun 2013, AKI dan AKB di Kabupaten Nganjuk secara berangsur-angsur menurun. Hal yang menarik untuk dikaji adalah bagaimana strategi pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program ini beserta faktor pendorong dan penghambatnya.

Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah terkait administrasi publik, implementasi program, dan manajemen strategi termasuk didalamnya implementasi strategi. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Sumber data berasal dari informan (staff Dinas Kesehatan dan Puskesmas, Tim Kesehatan, Kader Pendamping, dan Ibu Hamil Resiko Tinggi), teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Analisis data menggunakan analisis data pendekatan kualitatif dari Miles, Huberman, dan Saldana.

Implementasi strategi dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerdaristi dilakukan dengan upaya menurunkan AKI dan AKB melalui pelaksanaan strategi operasional Gerdaristi, rancangan rencana istimewa dengan adanya rentang waktu pelaksanaan serta pengintegrasian dengan program lain, alokasi sumberdaya manusia, sarana prasarana kesehatan, serta pembiayaan dari APBD/BOK/Dana Puskesmas, serta monitoring berkala dan pengendalian prosedur ANC Terpadu. Faktor pendukung pelaksanaan program adalah kesesuaian program dengan kebutuhan pemanfaat, tugas organisasi dan syarat yang diputuskan. Sementara faktor penghambat berasal dari keterhambatan informasi dan dukungan kader pendamping. Saran yang dapat direkomendasikan adalah tindak lanjut atas ibu hamil resiko tinggi yang tidak menjadi sasaran Gerdaristi pada tahun berjalan dikarenakan biaya pemeriksaannya yang tidak ditanggung pemerintah daerah dan yang pindah daerah, perlu diadakan pelatihan yang lebih intensif kepada kader pendamping, terutama saat sosialisasi awal, serta penyuluhan kepada keluarga ibu hamil resiko tinggi untuk mengurangi pengaruh mitos kehamilan yang beredar di masyarakat.

**Kata Kunci** : Implementasi Strategi, Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, Ibu Hamil Resiko Tinggi.



## SUMMARY

Mardhiasari, Amalia, 2017, **Implementation of Local Government Strategy in Improving Maternal and Child Welfare Through The Accompaniment Movement on High Risk Maternity (*Gerdaristi*) Program (Study in Heath Office of Nganjuk Regency)**, Wike, S.Sos, M.Si, DPA, 162 + xix

---

One of the implementation in development is through developing the maternal and child health. While poor quality and accessibility of health care facility have an impact on Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR). The effort to decrease MMR and IMR is conducted at the regional level, such as in Nganjuk regency. Since MMR and IMR from 2010 to 2012 in Nganjuk always increase, *Gerdaristi* program is developed to suppress the rate. The implementation of *Gerdaristi* in 2013 has already succeeded to gradually decreased MMR and IMR in Nganjuk regency. Here, the researcher is interested to examine how is the local government strategy in improving the maternal and child welfare through this program along with its incentive and inhibiting factors.

This research used the theory related to public administration, program implementation, and management strategy including the implementation strategy. The research method used is descriptive research with qualitative approach in Health Office of Nganjuk regency. The data source was taken from informants who are health office staff and *Puskesmas* staff, health team, assistant cadres, and high-risk pregnant women. The data collection technique was conducted by interview, observation, and documentation. To analyze the data the researcher used qualitative data analysis from Miles, Huberman, and Saldana.

The implementation strategy of improving the maternal and child welfare through *Gerdaristi* program is done by reducing MMR and IMR through the operational strategy, special plan with time span of implementation and integration with other programs, human resource allocation, health infrastructure, financing from APBD / BOK / *Puskesmas*, as well as regular monitoring and control of ANC integrated procedures. The factors that support the implementation of the program are the suitability of the program with the needs of beneficiaries also the organizational tasks and terms that had been decided. While the inhibiting factors came from information delays and cadres supports. Therefore, the researcher suggestion are the follow-up act of high risk pregnant women who were not included in *Gerdaristi* in the current year due to the cost of examination is not borne by the local government and moved, the need of more intensive training of assistant cadres especially during initial socialization, and counseling to the high risk pregnant women to reduce the influence of pregnancy myths in the society.

**Keywords** : Strategy, Heath Office of Nganjuk Regency, High Risk Maternity



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya, serta shalawat dan salam senantiasa tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Strategi Pemerintah Daerah dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)”. Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan kelulusan untuk memperoleh gelar sarjana pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Strategi merupakan salah cara atau upaya yang dikakukan secara sistematis untuk mencapai suatu tujuan tertentu, dalam hal ini akan menekan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB). Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) merupakan suatu strategi kebijakan pemerintah Kabupaten Nganjuk berupa program dibidang kesehatan. Melalui program ini, diharapkan pelayanan kesehatan ibu hamil, khususnya yang beresiko tinggi dapat diptimalkan. Program ini selain melibatkan pihak kesehatan yakni Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan Puskesmas, juga melibatkan kader pendamping. Hal yang menarik untuk dikaji adalah bagaimana strategi pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui Program Gerdaristi ini beserta faktor pendukung dan penghambatnya.

Dengan tersusunnya skripsi ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak atas bantuan, dukungan dan bimbingannya. Untuk itu pada

kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS, Selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Drs. Andy Fefta Wijaya, MDA, Ph.D, Selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik Universitas Brawijaya.
3. Dr. Lely Indah Mindarti, M.Si, Selaku Ketua Prodi Administrasi Publik Universitas Brawijaya.
4. Ibu Wike S.Sos, M.Si, DPA selaku dosen bimbingan penulis yang telah membimbing dari mulai awal hingga akhir proses pengerjaan skripsi ini.
5. Seluruh narasumber yang telah banyak membantu memberikan informasi dan dukungan kepada penulis selama penelitian.
6. Orang tua penulis yang sudah memberikan dukungan super sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
7. Semua teman-teman yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah menjadi teman diskusi selama ini.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan. Atas segala bimbingan dan bantuan yang diberikan selama penyusunan karya tulis ini, penulis sampaikan terimakasih.

Malang, 22 Desember 2017

Penulis

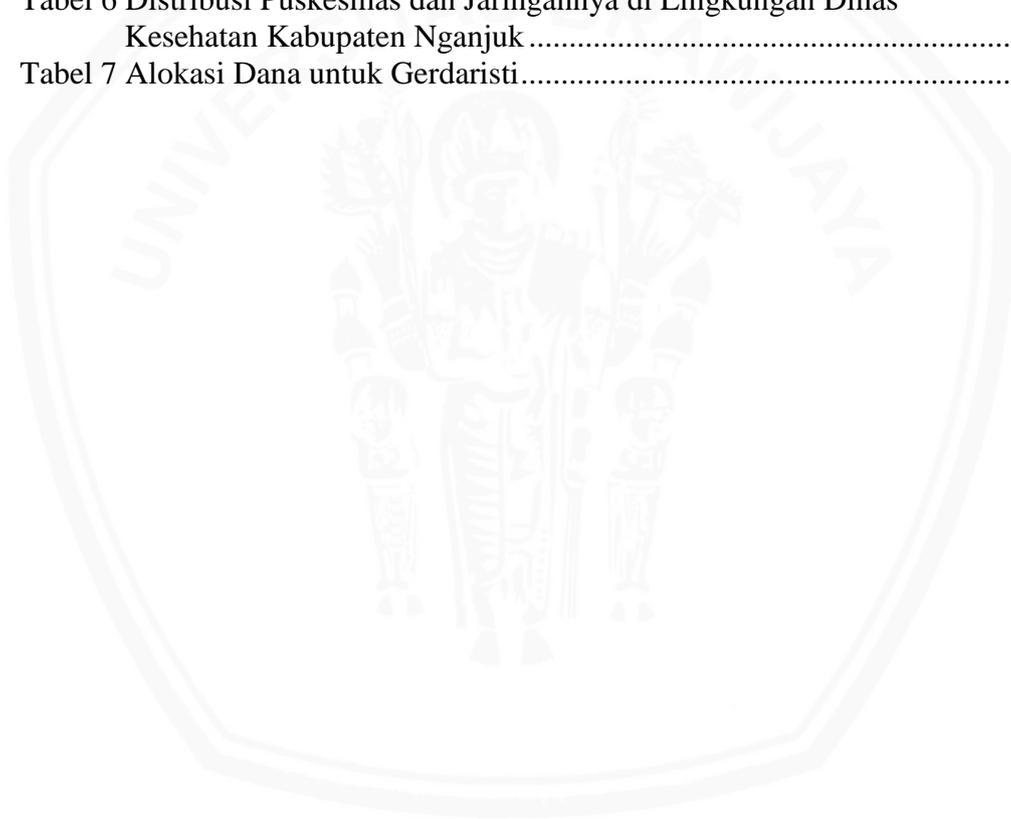
## DAFTAR ISI

<b>MOTTO</b> .....	i
<b>TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI</b> .....	ii
<b>TANDA PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI</b> .....	iv
<b>RINGKASAN</b> .....	v
<b>SUMMARY</b> .....	vi
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN</b> .....	vii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian .....	9
D. Kontribusi Penelitian .....	10
E. Sistematika Penulisan .....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	13
A. Administrasi Publik .....	13
1. Konsep Administrasi Publik .....	13
2. Administrasi Pembangunan .....	16
B. Pembangunan Sosial .....	18
1. Konsep Pembangunan Sosial.....	18
2. Pembangunan Sosial dalam Rangka Peningkatan Kesejahteraan Ibu dan Anak.....	20
C. Implementasi Program .....	21
1. Model Implementasi Program .....	23
2. Unsur Unsur Implementasi Program .....	25
3. Proses Implementasi Program .....	26
4. Implikasi Program .....	27
5. Faktor Penghambat Implementasi Program .....	28
6. Faktor Pendukung Implementasi Program .....	29
D. Manajemen Strategi .....	33
1. Definisi Manajemen Strategi .....	33
2. Proses Manajemen Strategi.....	38
3. Implementasi Strategi .....	46
4. Model Implementasi Strategi .....	50
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	55
A. Jenis Penelitian .....	55
B. Fokus Penelitian .....	56
C. Lokasi dan Situs Penelitian .....	57

D. Sumber Data .....	59
E. Teknik Pengumpulan Data .....	62
F. Instrumen Penelitian .....	66
G. Teknik Analisis Data .....	67
H. Keabsahan Data .....	71
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>73</b>
A. Gambaran Umum Lokasi dan Situs Penelitian .....	73
1. Gambaran Umum Kabupaten Nganjuk .....	73
2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk .....	77
B. Gambaran Umum Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) .....	87
1. Alur Pendampingan Dalam Pelayanan Ibu Hamil Risiko Tinggi.....	90
2. Tugas Pokok dan Fungsi Pihak yang Terlibat dalam Program Gerdaristi .....	91
C. Penyajian Data .....	94
1. Strategi dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) .....	94
a. Tujuan dan Strategi Operasional .....	95
b. Rencana Rancangan Istimewa .....	115
c. Alokasi Sumberdaya dan Perencanaan Pembiayaan .....	118
d. Monitoring dan Pengendalian Prosedur .....	124
2. Faktor Pendukung dan Penghambat .....	129
a. Faktor Pendukung .....	129
b. Faktor Penghambat .....	131
D. Interpretasi dan Analisis Data.....	133
1. Strategi dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) .....	133
a. Tujuan dan Strategi Operasional .....	137
b. Rencana Rancangan Istimewa .....	146
c. Alokasi Sumberdaya dan Perencanaan Pembiayaan .....	147
d. Monitoring dan Pengendalian Prosedur .....	150
2. Faktor Pendukung dan Penghambat .....	158
a. Faktor Pendukung.....	158
b. Faktor Penghambat .....	161
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>163</b>
A. Kesimpulan .....	163
B. Saran.....	165
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>166</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>170</b>

**DAFTAR TABEL**

Tabel 1 Jumlah Kematian Neonatus, Bayi, Balita dan Ibu di Kabupaten Nganjuk Tahun 2010-2016 .....	7
Tabel 2 Perbedaan Antara Formulasi Strategi Dan Implementasi Strategi.....	48
Tabel 3 Kabupaten Nganjuk Berdasarkan Kecamatan dan Desa.....	75
Tabel 4 Tenaga Kesehatan PNS dan Non PNS di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2013 .....	83
Tabel 5 Tenaga Kesehatan Fungsional dan Struktural di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2013 .....	84
Tabel 6 Distribusi Puskesmas dan Jaringannya di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk .....	85
Tabel 7 Alokasi Dana untuk Gerdaristi.....	124

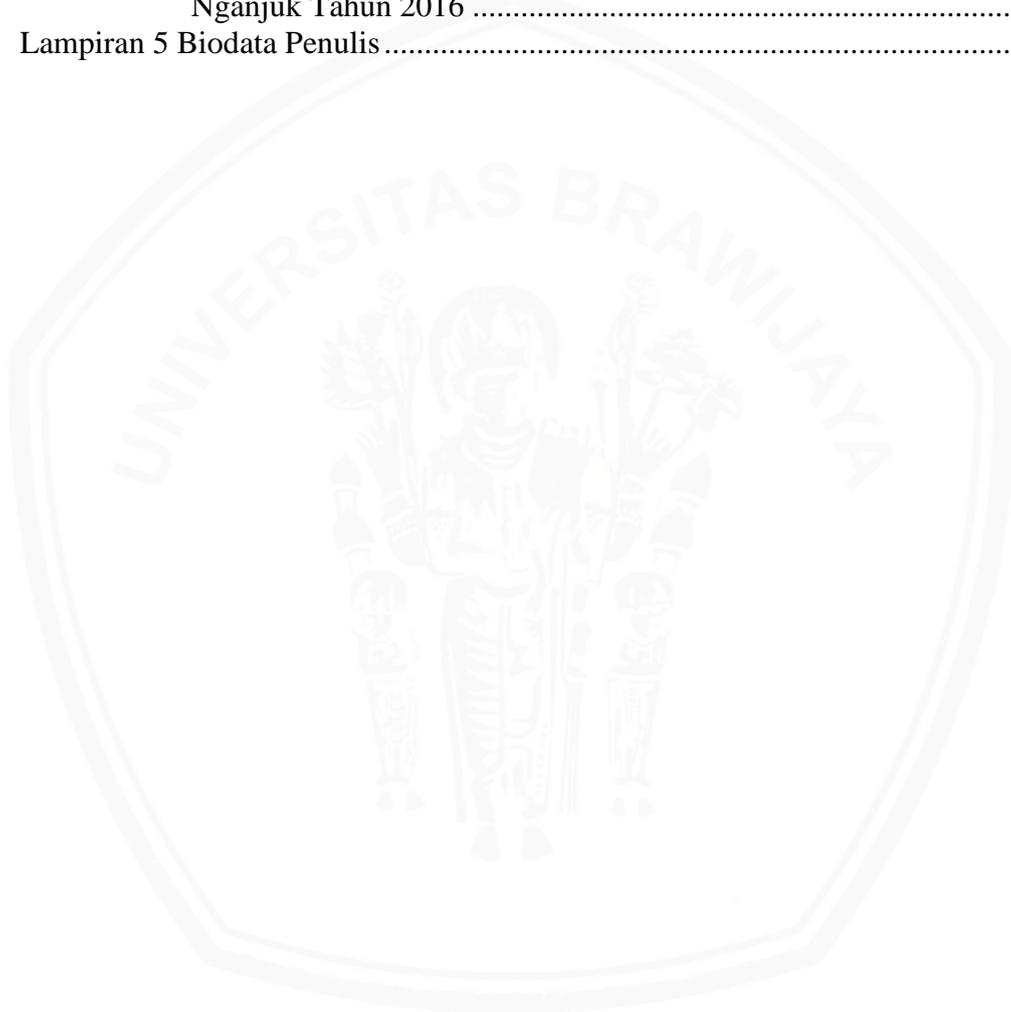


## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Jumlah Penduduk Indonesia Menurut Jenis Kelamin pada Tahun 2010 – 2014.....	2
Gambar 2 Angka Kematian Bayi per 1000 Kelahiran Periode 2012-2016.....	4
Gambar 3 Puncak Kematian Ibu dan Bayi .....	6
Gambar 4 Implementasi Kebijakan <i>Continentalist</i> .....	23
Gambar 5 Model Kesesuaian Implementasi Program.....	24
Gambar 6 Model Dasar Manajemen Strategi.....	36
Gambar 7 Prinsip pada Manajemen Strategis .....	38
Gambar 8 Model Manajemen Strategis Komprehensif .....	41
Gambar 9 <i>Implementing Strategy: The Model</i> .....	53
Gambar 10 <i>Strategy Implementation Framework</i> .....	53
Gambar 11 <i>5P's Model of Strategy Implementation</i> .....	54
Gambar 12 Komponen-komponen Analisis Data Model Interaktif.....	70
Gambar 13 Peta Administratif Wilayah Kabupaten Nganjuk.....	74
Gambar 14 Bagan Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.....	79
Gambar 15 Alur Pendampingan Kader dalam Program Gerdaristi .....	90
Gambar 16 Alur Pendampingan Kader dalam Program Gerdaristi .....	91
Gambar 17 Kartu Kriteria Ibu Hamil Resiko Tinggi .....	103
Gambar 18 Suasana saat Pelatihan Materi Gerdaristi oleh Bidan Wilayah .....	106
Gambar 19 Beberapa Kader Pendamping Gerdaristi .....	107
Gambar 20 Buku Pedoman Antenatal Terpadu dan Buku KIA.....	110
Gambar 21 Poster Indikasi Ibu Hamil Resiko Tinggi dan Program EMAS - SMS Bunda.....	118
Gambar 22 Daftar Anggota Tim Pendamping Kabupaten.....	120
Gambar 23 Jadwal Pendampingan Gentasibu dan Gerdaristi Tahun 2017.....	121
Gambar 24 Contoh Rekam Medik Oleh Tim Pendamping Bumil Risti .....	127
Gambar 25 Penemuan Ibu Hamil Resiko Tinggi .....	138
Gambar 26 Pemeriksaan oleh Tim Layanan Kesehatan .....	142
Gambar 27 Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi .....	143

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Wawancara .....	170
Lampiran 2 Surat Pengantar Riset Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya .....	172
Lampiran 3 Surta Ijin Riset Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Nganjuk.....	173
Lampiran 4 Dokumen Hasil Evaluasi Gerdaristi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk Tahun 2016 .....	174
Lampiran 5 Biodata Penulis .....	181

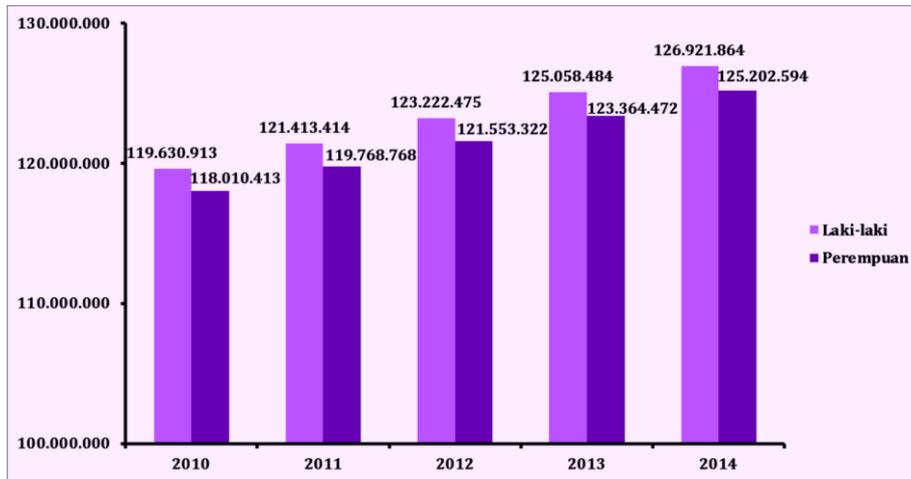


## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Secara geografis Indonesia terletak di antara dua benua, Benua Asia dan Australia, di antara dua samudera, Samudera Hindia dan Samudera Pasifik. Secara astronomis Indonesia terletak antara 6° Lintang Utara sampai 11° Lintang Selatan dan 95° sampai 141° Bujur Timur yang meliputi rangkaian pulau antara Sabang sampai Merauke. Data yang bersumber dari Badan Informasi Geospasial, Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia dengan jumlah pulau sebanyak 13.466, luas daratan sebesar 1.922.570 km<sup>2</sup> dan luas perairan sebesar 3.257.483 km<sup>2</sup>. Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 39 Tahun 2015 tentang Kode dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan, secara administratif wilayah Indonesia terbagi atas 34 provinsi, 514 kabupaten/kota (416 kabupaten dan 98 kota), 7.094 kecamatan, 8.412 kelurahan dan 74.093 desa. Hasil estimasi jumlah penduduk pada tahun 2014 sebesar 252.124.458 jiwa, yang terdiri atas 126.921.864 jiwa penduduk laki-laki dan 125.202.594 jiwa penduduk perempuan (Kementerian Kesehatan RI, 2015: 1). Peningkatan jumlah penduduk Indonesia menurut jenis kelamin pada tahun 2010-2014 dapat digambarkan melalui grafik berikut:



Sumber : Kementerian Kesehatan RI, 2015: 2

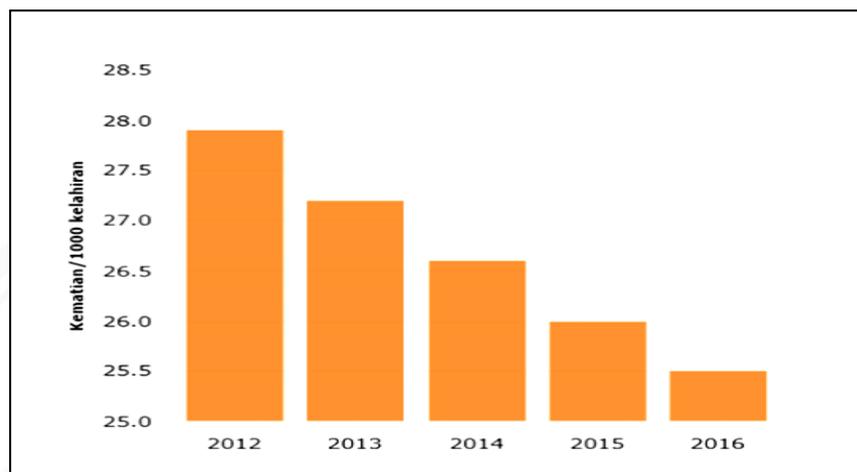
### **Gambar 1 Jumlah Penduduk Indonesia Menurut Jenis Kelamin pada Tahun 2010 – 2014**

Banyaknya jumlah penduduk tersebut diiringi dengan adanya proses globalisasi membuat kebutuhan dan tuntutan masyarakat lebih kompleks, hal tersebut berdampak pada semakin bervariasinya permasalahan yang dihadapi daerah. Tantangan utama pemerintah adalah untuk menciptakan hidup masyarakat lebih sejahtera. Kesejahteraan merujuk pada kondisi kehidupan yang makmur, sehat dan damai. Tingkatan kesejahteraan mengacu pada keadaan masyarakat luas, serta kondisi agregat dari kepuasan masing-masing individu. Seperti yang tertuang dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 yang menyatakan bahwa tujuan dibentuknya negara Indonesia adalah tugas pemerintah untuk memajukan kesejahteraan umum. Sehingga, pelaksanaan pembangunan di bidang sosial penting dilakukan untuk mempertahankan eksistensi dan peluang untuk mengembangkan kesejahteraan sosial.

Salah satu wujud pelaksanaan pembangunan adalah dengan pembangunan kesehatan, yang pada level paling rendah diwujudkan dalam kesehatan keluarga. Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, pembangunan keluarga dilakukan dalam upaya untuk mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan sehat. Selain lingkungan sehat, masih menurut peraturan pemerintah tersebut, kondisi kesehatan dari tiap anggota keluarga sendiri. Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum (Kementerian Kesehatan RI, 2015:85). Sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan, serta merupakan salah satu syarat dari keluarga yang berkualitas.

Terdapat beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu pada suatu wilayah, salah satunya yaitu angka kematian ibu (AKI). AKI merupakan salah satu indikator yang peka terhadap kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Pada tahun 2016, hasil riset Badan Statistik mencatat bahwa angka kematian bayi (AKB) mencapai 25,5, Artinya ada sekitar 25 kematian bayi ada setiap 1000 kelahiran (Katadata Indonesia, 2016). Selama beberapa tahun terakhir, AKB Indonesia berangsur-angsur mengalami penurunan. Namun walaupun demikian, AKB di Indonesia masih termasuk tinggi jika dibandingkan dengan Malaysia dan Singapura yang sudah dibawah 10 kematian

per 1000 kelahiran. Kematian bayi merupakan salah satu indikator sensitif untuk mengetahui derajat kesehatan suatu negara dan bahkan untuk mengukur tingkat kemajuan suatu bangsa. Berikut adalah data mengenai AKB Indonesia selama lima tahun terakhir :



Sumber : Katadata Indonesia, 2016

**Gambar 2 Angka Kematian Bayi per 1000 Kelahiran Periode 2012-2016**

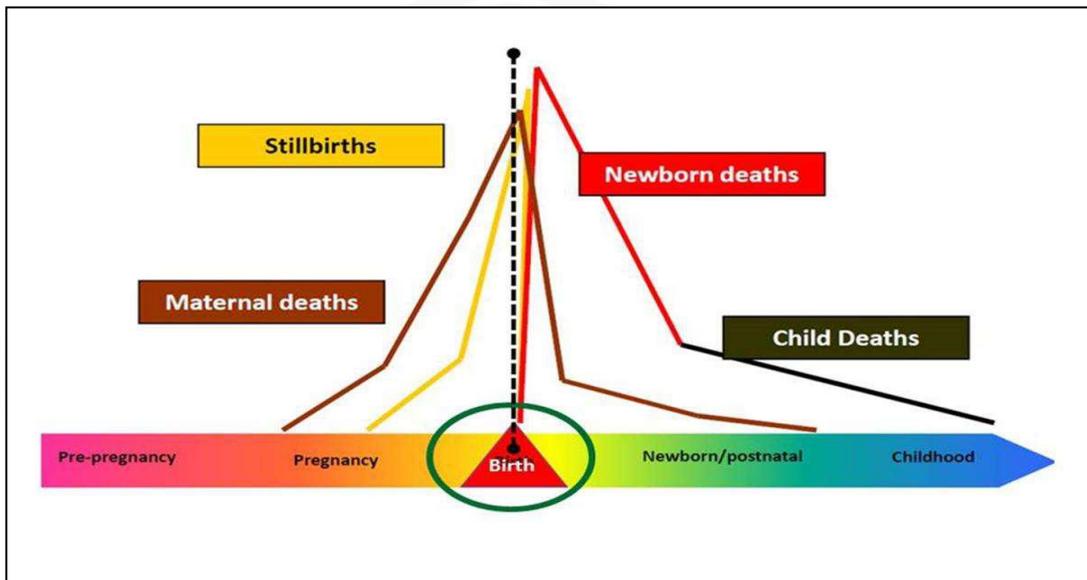
Data tersebut merupakan salah satu hasil dari upaya pemerintah untuk menurunkan jumlah kematian AKB, termasuk juga angka kematian ibu (AKI). AKI dan AKB merupakan indikator yang penting dalam pencapaian kesejahteraan dikarenakan tercantum dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Jangka Panjang Nasional dimana salah satu misinya menyatakan untuk “Melanjutkan Pembangunan Menuju Indonesia Sejahtera” dengan sasaran Pembangunan Kesejahteraan Rakyat bidang kesehatan yaitu melalui upaya penurunan AKI dan AKB (Kementerian Kesehatan, 2013). Pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan RI telah meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%.

Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi tersebut dikarenakan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2015:86). Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan. Upaya penurunan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal melalui program EMAS dilakukan dengan cara:

- 1) Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 rumah sakit (PONEK) dan 300 puskesmas/balikesmas (PONED).
- 2) Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit.

Selain itu, pemerintah bersama masyarakat juga bertanggung jawab untuk menjamin setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, mulai dari saat hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, memperoleh cuti hamil dan melahirkan, serta akses terhadap keluarga berencana. Pentingnya melakukan intervensi lebih ke hulu yakni kepada kelompok remaja dan dewasa muda dalam upaya percepatan penurunan AKI. Upaya pelayanan kesehatan ibu meliputi : (1) Pelayanan kesehatan ibu hamil, (2) Pelayanan kesehatan ibu bersalin, (3) Pelayanan

kesehatan ibu nifas, (4) Pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan, dan (5) Pelayanan kontrasepsi (Kementerian Kesehatan RI, 2015:87). Kondisi ini menjadi penting mengingat puncak kematian ibu hamil dan bayi adalah pada kisaran waktu persalinan dan setelah persalinan. Hal ini sebagaimana digambarkan melalui diagram sebagai berikut :



Sumber : Kaslam, 2015:12

### Gambar 3 Puncak Kematian Ibu dan Bayi

Pemerintah daerah dengan adanya Undang-undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah memiliki kewenangan dalam melaksanakan program pembangunan utama bidang kesehatan, termasuk dalam urusan menekan angka kematian ibu dan bayi. Diantara berbagai daerah dan program yang dicanangkan oleh pemerintah, pemerintah Kabupaten Nganjuk menjadi salah satu daerah yang memberikan perhatian khusus pada penurunan angka kematian ibu dan anak di Kabupaten Nganjuk. Berikut adalah data mengenai jumlah kematian neonates, bayi, balita, dan ibu di Kabupaten Nganjuk hingga tahun 2016 :

**Tabel 1 Jumlah Kematian Neonatus, Bayi, Balita dan Ibu di Kabupaten Nganjuk Tahun 2010-2016**

Tahun	Jumlah Lahir Hidup	Jumlah Kematian Noenatus (1-28hari)	Jumlah Kematian Bayi (Termasuk Neonatus)	Jumlah Kematian Anak Balita (12-59 Bulan)	Jumlah Kematian Ibu
2010	16.754	170	212	21	17
2011	16.568	204	258	24	22
2012	16.457	243	290	25	25
2013	15.320	272	328	32	24
2014	15.634	131	172	23	17
2015	15.818	110	170	18	12
2016	15.635	97	143	29	11

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, 2017

Jika dilihat melalui tabel 1, mulai tahun 2010 hingga tahun 2012 jumlah bayi lahir hidup terus berkurang sementara jumlah kematian neonates, jumlah kematian bayi, dan jumlah kematian ibu meningkat. Sehingga pemerintah memerlukan langkah konkrit untuk menurunkan AKI dan AKB tersebut yang pada umumnya beresiko tinggi saat persalinan dan setelah persalinan. Pemerintah Kabupaten Nganjuk dituntut untuk mengeluarkan sebuah kebijakan strategis melalui program-program kebijakan guna menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Nganjuk. Salah satu kebijakan strategis tersebut yaitu program gerakan pendampingan ibu hamil dan bayi berisiko tinggi (Gerdaristi). Program Gerdaristi di Kabupaten Nganjuk merupakan program yang bertujuan untuk menekan angka kematian ibu dan bayi dengan meningkatkan akses terhadap ibu hamil dengan resiko tinggi terhadap pelayanan kesehatan kehamilan secara intensif dan persalinan dengan tanpa biaya untuk seluruh kalangan masyarakat.

Pelaksanaan program Gerdaristi dimulai dari penjarangan dari tingkat desa oleh Bidan Desa sampai tingkat Kabupaten. Program Gerdaristi mulai dilaksanakan pemerintah daerah Kabupaten Nganjuk pada tahun 2013, dan diatur dalam Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 05 Tahun 2014 tentang Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Nganjuk. Dengan demikian, program Gerdaristi dapat dipandang sebagai strategi pemerintah Kabupaten Nganjuk untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan Anak melalui upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi di kabupaten Nganjuk secara berkesinambungan.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai bagaimana implementasi strategi pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk. Selain itu, peneliti juga tertarik melakukan penelitian terkait dengan faktor penghambat dan pendukung dalam pelaksanaan program Gerdaristi. Sehingga peneliti mengambil judul **“Implementasi Strategi Pemerintah Daerah dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi di Kabupaten Nganjuk”**.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana implementasi strategi pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk ?
2. Apa saja faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk ?

## **C. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah diatas, tujuan yang ingin dicapai dengan adanya penelitian ini adalah :

1. Mengetahui, mendeskripsikan dan menganalisis implementasi strategi pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk.
2. Mengetahui, mendeskripsikan dan menganalisis faktor yang mendukung dan menghambat dalam pelaksanaan program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk.

#### **D. Kontribusi Penelitian**

Dari segi teoritis maupun segi praktis, diharapkan penelitian ini dapat memberikan kontribusi yang meliputi :

1. Bagi mahasiswa, agar mampu menerapkan ilmu yang diperoleh selama menempuh masa kuliah dalam bidang administrasi publik yang bermanfaat untuk mengembangkan kemampuan interpretasi berbagai masalah yang dihadapi selama proses penelitian maupun pada saat penyusunan penelitian.
2. Bagi perguruan tinggi Universitas Brawijaya khususnya Fakultas Ilmu Administrasi (FIA), agar dapat memberikan sumbangsih bagi perkembangan ilmu pengetahuan, terutama dalam lingkup administrasi publik.
3. Bagi instansi yang bersangkutan, hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan Pemerintah Kabupaten Nganjuk dalam menekan angka kematian ibu dan bayi agar dapat berjalan secara optimal.
4. Sebagai sarana untuk memberikan data dan informasi sebagai bahan studi untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan pengembangan dan variasi materi yang lebih kompleks. Selain itu, juga dapat digunakan sebagai sarana pembandingan bagi penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan pada skripsi ini terdiri dari 5 (lima) bab agar mempunyai suatu susunan yang sistematis sehingga dapat memudahkan untuk mengetahui dan memahami hubungan antara bab yang satu dengan bab yang lain

sebagai suatu rangkaian yang konsisten. Sistematika yang dimaksud adalah sebagai berikut :

## **BAB I PENDAHULUAN**

Pada bab ini menjelaskan mengenai latar belakang penelitian yaitu, strategi Pemerintah Daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk yang mencakup pemilihan judul penelitian, rumusan masalah penelitian, tujuan dan manfaat penelitian baik manfaat praktis maupun teoritis.

## **BAB II KAJIAN PUSTAKA**

Dalam kajian pustaka, mencakup tentang teori dari berbagai literatur yang berkaitan dan mempunyai relevansi dengan pokok permasalahan yang dibahas dalam penyusunan skripsi ini, yang terdiri dari teori, konsep maupun pendapat yang dikemukakan oleh para ahli di bidangnya. Teori-teori yang digunakan pada kajian pustaka adalah teori terkait administrasi publik, implementasi program, dan manajemen strategi termasuk didalamnya implementasi strategi.

## **BAB III METODE PENELITIAN**

Metode penelitian berisikan tentang rancangan penelitian yang digunakan oleh peneliti yang terdiri dari jenis penelitian, lokasi dan situs penelitian, fokus penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian dan analisis data. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Lokasi penelitian adalah Kabupaten Nganjuk dengan situs pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, Pukesmas Nganjuk, dan Pukesmas

Ngronggot. Sumber data diambil dari informan, peristiwa dan dokumen. Analisis data menggunakan analisis data pendekatan kualitatif dari Miles dan Huberman.

#### **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bagian ini memaparkan mengenai hasil penelitian dan pembahasan yang terbagi dalam beberapa subbab yakni gambaran umum lokasi dan situs penelitian, penyajian data, dan interpretasi data. Pada bagian ini disajikan hasil penelitian dan pembahasan dalam hal strategi untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerdaristi beserta faktor pendorong dan penghambatnya.

#### **BAB V PENUTUP**

Pada bagian ini disajikan kesimpulan dari hasil penelitian dan pembahasan serta pemaparan saran atau rekomendasi untuk perbaikan.

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Administrasi Publik**

Tinjauan mengenai administrasi publik dapat dilihat dari definisi, karakter, maupun perspektif. Salah satu bagian dari administrasi publik adalah administrasi pembangunan yang lebih khusus mengkaji mengenai konsep administrasi dalam pelaksanaan sebuah proses pembangunan.

##### **1. Konsep Administrasi Publik**

Herbert A. Simon sebagaimana dikutip oleh Pasolong (2008:2) mendefinisikan administrasi sebagai kegiatan-kegiatan kelompok kerjasama untuk mencapai tujuan bersama. Sedangkan Dwight Waldo sebagaimana dikutip oleh Pasolong (2008:3) mendefinisikan administrasi sebagai suatu daya upaya yang kooperatif dengan tingkat rasionalitas yang tinggi. Berdasarkan dua definisi tersebut maka administrasi dapat digambarkan sebagai suatu kegiatan pencapaian tujuan bersama yang dilakukan secara kooperatif dengan rasionalitas yang tinggi.

Pasolong (2008:3) menyatakan beberapa karakter administrasi sebagai berikut :

- 1) Efisien, artinya kegiatan administrasi dilakukan dengan pertimbangan perbandingan terbaik antara hasil dan keluaran.
- 2) Efektifitas, artinya tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dapat tercapai karena adanya proses kegiatan
- 3) Rasional, artinya kegiatan yang dilakukan merupakan kegiatan yang sadar dan terencana untuk mencapai manfaat atau maksud.

Sedangkan kata ‘publik’ menurut H.G Frederickson sebagaimana dikutip oleh Pasolong (2008:6) mendefinisikan publik dalam lima perspektif, yaitu :

- 1) Publik sebagai kelompok kepentingan
- 2) Publik sebagai pemilih rasional
- 3) Publik sebagai perwakilan kepentingan masyarakat
- 4) Publik sebagai warga negara

Berdasarkan dari kata ‘administrasi’ dan ‘publik’, dapat dipahami bahwa administrasi publik adalah upaya kerjasama yang dilakukan oleh sekelompok orang atau lembaga dalam rangka menjalankan tugas-tugas dan fungsi pemerintahan untuk memenuhi kebutuhan publik secara efektif dan efisien. Hal ini sejalan dengan definisi administrasi publik yang diungkapkan oleh Jhon M. Pfiffner dan Robert V. Presthus bahwa administrasi publik adalah implementasi kebijakan pemerintah dengan koordinasi usaha perseorangan atau kelompok yang merupakan pekerjaan sehari-hari pemerintah (Pasolong, 2008:7-8). Pasolong (2008:21) memberikan gambaran mengenai ruang lingkup administrasi publik, yakni sebagai berikut :

- 1) Kebijakan publik, berkaitan dengan proses perumusan hingga evaluasi kebijakan pemerintah;
- 2) Birokrasi publik, yang berkaitan dengan model organisasi dan perilaku organisasai;
- 3) Manajemen publik, yang berkaitan dengan sistem dan ilmu manajemen, evaluasi program dan produktifitas, anggaran, dan manajemen sumberdaya manusia;

- 4) Kepemimpinan, yang berkaitan dengan gaya kepemimpinan dalam pengelolaan organisasi dan kebijakan yang menekankan administrasi sebagai suatu seni;
- 5) Pelayanan publik, yang berkaitan dengan penyelenggaran kebutuhan layanan kepada warga negara;
- 6) Administrasi kepegawaian negara, yang berkaitan dengan administrasi dan manajemen sumberdaya manusia;
- 7) Kinerja, yang berkaitan dengan produktifitas lembaga pemerintah dalam pelaksanaan tugas-tugas pemerintahan;
- 8) Etika administrasi publik, yang berkaitan dengan pelaksanaan nilai, etika, dan moral.

Perspektif dalam administrasi publik dimulai sejak *Old Public Administration*, Prinsip-Prinsip Administrasi, *New Public Management*, *New Public Service*, hingga *Governance*. *Old Public Administration* merupakan paradigma yang masih menekankan pada bagaimana proses administrasi berjalan sebagaimana aturan birokratis. Prinsip-prinsip administrasi menekankan pelaksanaan kegiatan administrasi sesuai dengan prinsip-prinsip administrasi yang jelas. *New Public Management* merupakan perspektif atau cara pandang yang menekankan pada pelaksanaan prinsip efektifitas dan efisiensi sebagaimana yang diadaptasi dari ranah privat atau bisnis. *New Public Services* sebagaimana diungkapkan oleh Denhart dan Denhart (2003:16-24) diarahkan pada penerapan nilai-nilai demokratis, kewarganegaraan dan pelayanan untuk kepentingan publik sebagai norma mendasar dalam lapangan administrasi publik.

## 2. Administrasi Pembangunan

Administrasi pembangunan berkembang sebagai salah satu kecenderungan baru dalam Ilmu Administrasi Publik. Administrasi pembangunan dapat diartikan sebagai ilmu dan seni tentang bagaimana pembangunan suatu sistem administrasi negara dilakukan, sehingga dengan demikian sistem administrasi tersebut mampu menyelenggarakan berbagai fungsi pemerintahan dan pembangunan secara efisien dan efektif. Menurut Siagian (2008:5) definisi administrasi pembangunan sebagai berikut,

“administrasi pembangunan mencakup dua pengertian, yaitu administrasi dan pembangunan. Secara umum yang dimaksud dengan administrasi adalah keseluruhan proses pelaksanaan keputusan-keputusan yang telah diambil dan diselenggarakan oleh dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pembangunan adalah rangkaian usaha mewujudkan pertumbuhan dan perubahan secara terencana dan sadar yang ditempuh oleh suatu negara menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa (*national building*). Sehingga pengertian dari administrasi pembangunan adalah seluruh usaha yang dilakukan oleh suatu negara untuk tumbuh, berkembang, berubah secara sadar dan terencana dalam semua segi kehidupan dan penghidupan negara yang bersangkutan dalam rangka pencapaian tujuan akhirnya”.

Menurut Bintoro (1995), administrasi pembangunan memiliki arti,

“administrasi pembangunan adalah proses pengendalian usaha (administrasi) oleh negara/pemerintah untuk merealisasikan pertumbuhan

yang direncanakan ke arah suatu keadaan yang dianggap lebih baik dan kemajuan di dalam berbagai aspek kehidupan bangsa”.

Menurut Bintoro (1995), ruang lingkup administrasi pembangunan terdiri dari:

a) *Development of administration*. Penyusunan kebijakan penyempurnaan Administrasi Negara, meliputi; kepemimpinan, koordinasi, pengawasan, Administrasi fungsional: (kepegawaian, keuangan, sarana-sarana lain dan kelembagaan dalam arti sempit)

b) *Administration of Development*. Proses perumusan kebijakan pembangunan, biasanya dalam bentuk rencana pembangunan. Pelaksanaannya secara efektif.

Kedua ruang lingkup tersebut saling berkaitan satu sama lain untuk menghasilkan kebijakan. Proses perumusan kebijakan masuk ke dalam ranah administrasi negara sedangkan substansinya bisa berasal dari ilmu lain (politik, ekonomi, sosial, budaya, hankam, dan sebagainya). Formulasi kebijakan bisa saja merupakan proses politik maupun proses administrasi. Kebijakan yang sudah diambil, perlu ada partisipasi masyarakat. Di akhir dari dua ruang lingkup tadi adalah tercapainya perubahan suatu negara ke arah modernisasi, pembangunan bangsa, pembangunan sosial ekonomi.

Sehingga dapat dikatakan bahwa Administrasi Pembangunan menggunakan dua sisi yaitu Pembangunan Administrasi dan Administrasi Pembangunan. Kedua sisi tersebut saling melengkapi untuk menghasilkan suatu kebijakan. Partisipasi masyarakat diperlukan agar kebijakan tersebut bisa berhasil dan tercapailah perubahan ke arah modernisasi, pembangunan bangsa dan pembangunan sosial.

## **B. Pembangunan Sosial**

### **1. Konsep Pembangunan Sosial**

Pembangunan di Indonesia menekankan pada aspek politik, ekonomi, sosial dan budaya. Implementasi pembangunan di bidang sosial penting dilakukan untuk mempertahankan eksistensi dan peluang untuk mengembangkan kesejahteraan sosial. Hal ini terkait dengan kondisi masyarakat Indonesia yang majemuk sehingga lebih mengacu pada budaya sosial. Permasalahan pembangunan sosial yang menjadi perhatian utama pemerintah adalah masih rendahnya derajat kesehatan serta tingkat kesejahteraan sosial masyarakat. Sebagai bentuk tanggung jawab pemerintah untuk mengatasi permasalahan tersebut, pemerintah berupaya melakukan pembangunan di bidang sosial yaitu dengan pembangunan kesehatan dan kesejahteraan sosial.

Menurut Afiffuddin (2010:185-188) pembangunan dalam rangka peningkatan kesehatan dan kesejahteraan sosial dapat dicapai dengan melakukan berbagai program diantaranya :

#### **1) Program upaya kesehatan**

Kegiatan pokok program ini dilakukan dengan meningkatkan pemberantasan penyakit tidak menular, meningkatkan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan, meningkatkan pelayanan kesehatan penunjang, meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan dasar, dan lain-lain.

#### **2) Program perbaikan gizi masyarakat**

Program ini dilaksanakan dengan tahapan meningkatkan penyuluhan gizi masyarakat, menanggulangi kurang gizi dan menekan gizi buruk,

menanggulangi gangguan akibat kurang yodium, memantapkan pelaksanaan sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG), memantapkan usaha perbaikan gizi keluarga (UPGK), melaksanakan perbaikan gizi akibat dampak sosial.

3) Program pengembangan potensi kesejahteraan sosial

Kegiatan pokok program ini dilaksanakan dengan cara meningkatkan jumlah dan kemampuan tenaga kesejahteraan sosial masyarakat (TKSM), relawan sosial, lembaga swadaya masyarakat (LSM), karang taruna dan lembaga-lembaga perlindungan sosial, menyelenggarakan rehabilitasi dan perlindungan sosial bagi penyandang cacat.

4) Program peningkatan kualitas manajemen dan profesionalisme pelayanan sosial

Kegiatan pokok program ini adalah melakukan penelitian dan pengembangan kesejahteraan sosial, melakukan perencanaan, pendayagunaan, pendidikan dan pelatihan tenaga kesejahteraan sosial termasuk penyelenggaraan komunikasi bagi pekerja sosial. Melakukan sosialisasi standarisasi pelayanan sosial bagi masyarakat, pemerintah daerah, dan lembaga legislative di tingkat provinsi dan kabupaten atau kota, meningkatkan kualitas tenaga dan lembaga pelayanan sosial serta lembaga profesi pekerjaan sosial serta mengembangkan sistem legislasi kesejahteraan sosial.

5) Program Pengembangan Sistem Informasi Masalah-masalah Sosial

Kegiatan pokok program ini dilaksanakan dengan melakukan spesialisasi sistem informasi masalah-masalah sosial, meningkatkan kapasitas dan

kemampuan pengelola serta perencana program dalam hal pengumpulan data, pengolahan dan penyajian data dan mengenai masalah-masalah sosial.

## **2. Pembangunan Sosial dalam Rangka Peningkatan Kesejahteraan Ibu dan Anak**

Implementasi pembangunan di bidang sosial penting dilakukan untuk mempertahankan eksistensi dan peluang untuk mengembangkan kesejahteraan sosial. Kesejahteraan sosial merupakan suatu keadaan terpenuhinya kebutuhan hidup yang layak bagi masyarakat, sehingga mampu mengembangkan diri dan dapat melaksanakan fungsi sosialnya yang dapat dilakukan pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial (UU No 11 Tahun 2009 pasal 1 dan 2).

Pendapat lain tentang kesejahteraan sosial diungkapkan pula oleh Friedlander (1991) : (*“Social welfare is the organized system of social services and institutions, designed to aid individuals and groups to attain satisfying standards of life and health, and personal and social relationships which permit them to develop their full capacities and to promote their well-being in harmony with the needs of their families and the community”*), yaitu kesejahteraan sosial merupakan suatu sistem yang terorganisasi dari pelayanan-pelayanan sosial dan lembaga-lembaga, yang bermaksud untuk membantu individu-individu dan kelompok agar mencapai standar kehidupan dan kesehatan yang memuaskan, serta hubungan perorangan dan sosial yang memungkinkan mereka mengembangkan segenap

kemampuan dan meningkatkan kesejahteraan selaras dengan kebutuhan-kebutuhan keluarga maupun masyarakat.

Untuk melihat sejauh mana keberhasilan pembangunan dan kesejahteraan manusia, UNDP telah menerbitkan suatu indikator yaitu Indeks Pembangunan Manusia (IPM) untuk mengukur kesuksesan pembangunan dan kesejahteraan suatu negara. IPM sendiri merupakan suatu tolak ukur angka kesejahteraan suatu daerah atau negara yang dilihat berdasarkan tiga dimensi yaitu : 1) indek kesehatan, 2) pendidikan dan 3) ekonomi. Indeks kesehatan diukur dari angka harapan hidup, biasanya angka harapan hidup bayi yang lahir. Indeks pendidikan salah satunya dapat diukur dari angka melek huruf, kemudian dimensi ekonomi diukur dari indeks daya beli masyarakat. Berdasarkan IPM dalam indeks kesehatan tersebut, diketahui pentingnya kesejahteraan bagi ibu dan anak dikarenakan dengan ibu hamil yang sehat akan berdampak pula terhadap kesehatan sang bayi . Ibu melahirkan bayi sehat dapat menekan angka kematian ibu dan bayi. Sehingga dibutuhkan peran pemerintah untuk menekan angka kematian ibu dan anak melalui program kesehatan yang menunjang kesejahteraan bagi ibu dan anak.

### **C. Implementasi Program**

Program dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia didefinisikan sebagai rancangan mengenai asas-asas serta usaha-usaha yang akan dijalankan. Jones dalam Rohman (2009:101-102) menyebutkan program merupakan salah satu komponen dalam suatu kebijakan. Program sebagai salah satu unsur pembentuk kata implementasi program yang memiliki sifat alokatif, distributif, inovatif, dan

multifungsi. Program ini bertujuan untuk menyelesaikan permasalahan seperti program pembangunan ditujukan untuk menyelesaikan permasalahan pembangunan. Semakin banyak dan kompleks suatu permasalahan yang ada maka akan semakin banyak membutuhkan program dalam menangani permasalahan tersebut.

Terkait dengan suatu program, Grindle (1980:7) menyatakan, implementasi merupakan proses umum tindakan administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu. Grindle menambahkan bahwa proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap serta telah disalurkan untuk mencapai sasaran. Mazmanian dan Sabatier dalam Widodo (2010:87) menjelaskan makna implementasi ialah memahami apa yang sebenarnya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan yang mencakup baik usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan dampak nyata pada masyarakat atau kejadian.

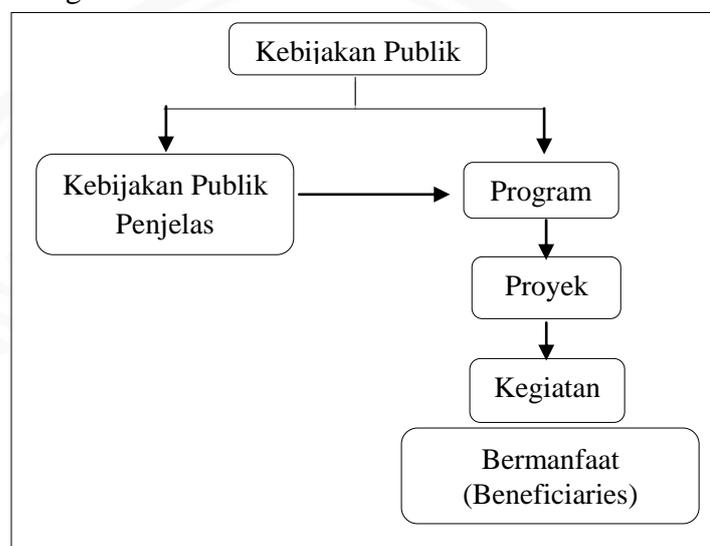
Implementasi program pada prinsipnya yakni agar sebuah kebijakan yang melatar belakangi program tersebut dapat mencapai tujuannya, tidak kurang dan tidak lebih. Menurut Nugroho (2014:657) bahwa untuk mengimplementasikan kebijakan publik yaitu langsung dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan *derivate* atau turunan kebijakan publik tersebut.

Berdasarkan pengertian yang dikemukakan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya implementasi program merupakan sebuah program yang telah ditetapkan oleh pemerintah harus sejalan dengan kondisi yang ada, baik itu

dilapangan maupun di luar lapangan. Dalam kegiatannya melibatkan beberapa unsur disertai dengan usaha-usaha dan didukung oleh alat-alat penunjang.

### 1. Model Implementasi Program

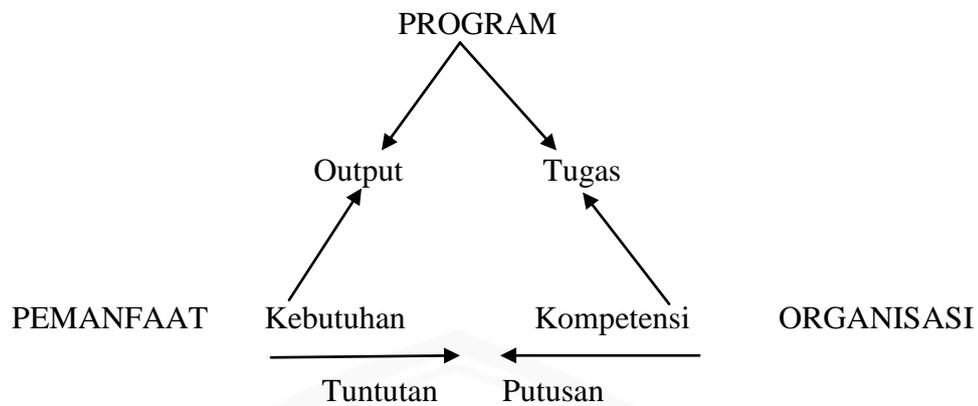
Indonesia secara umum masih menganut model Implementasi *Continentalist*, dimana model implementasi suatu kebijakan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Sumber : Nugroho, 2014: 57

**Gambar 4 Implementasi Kebijakan *Continentalist***

Salah satu model implementasi program yakni model yang diungkapkan oleh Korten dalam Andersen (1997). Model ini memakai pendekatan proses yang lebih dikenal dengan model kesesuaian implementasi program. Model kesesuaian Program Korten digambarkan sebagai berikut :



Sumber : Andersen, 1997:12

**Gambar 5 Model Kesesuaian Implementasi Program**

Berdasarkan pola yang dikembangkan Korten, dapat dipahami bahwa kinerja program tidak akan berhasil sesuai dengan apa yang diharapkan apabila tidak terdapat kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan, yaitu program itu sendiri, pelaksanaan program, dan kelompok sasaran program. Hal ini dapat terjadi apabila :

- a) *Output* program tidak sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran, jelas *output* tidak dapat dimanfaatkan.
- b) Jika organisasi pelaksana program tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang disyaratkan oleh program, maka organisasinya tidak dapat menyampaikan *output* program dengan tepat.
- c) Jika syarat yang ditetapkan organisasi pelaksana program tidak dapat dipenuhi oleh kelompok sasaran, maka kelompok sasaran tidak mendapatkan *output* program.

Oleh karena itu, kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan mutlak diperlukan agar program berjalan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

## 2. Unsur-unsur Implementasi Program

Menurut Syukur (1987 : 389) proses dalam suatu implementasi sekurang-kurangnya terdapat tiga unsur penting dan mutlak yaitu :

- a) Adanya program (kebijaksanaan) yang dilaksanakan
- b) Kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan manfaat dari program perubahan dan peningkatan, serta
- c) Unsur program baik organisasi maupun perorangan yang bertanggungjawab dalam pengelolaan pelaksana dan pengawasan dari proses implementasi tersebut.

Implementasi program selalu berhubungan dengan suatu kebijakan, hal ini dikarenakan suatu kebijakan publik tidak mempunyai arti penting tanpa tindakan-tindakan riil yang dilakukan melalui sebuah program, kegiatan, atau proyek. Menurut Terry dalam Tachjan (2006:31) program merupakan rencana yang bersifat komprehensif yang sudah menggambarkan sumber daya yang akan digunakan dan terpadu dalam satu kesatuan. Suatu program menggambarkan sasaran, kebijakan, prosedur, metode, standart, dan *budget*. Sehingga program harus memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Siagian, 2008:85) :

- a) Sasaran yang dikehendaki;
- b) Jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu;
- c) Besarnya biaya yang diperlukan beserta sumbernya;
- d) Tenaga kerja yang dibutuhkan baik ditinjau dari segi jumlahnya maupun dilihat dari sudut kualifikasi serta keahlian dan keterampilan yang diperlukan.

Selain itu Grindle (1980:11) menjelaskan bahwa isi program harus menggambarkan aspek-aspek sebagai berikut :

- a) Kepentingan yang dipengaruhi (*Interest of affected*)
- b) Jenis manfaat (*type of benefit*)
- c) Derajat perubahan yang diinginkan (*extent of change envisioned*)
- d) Status pembuat keputusan (*site of decision making*)
- e) Pelaksana program (*program implementers*)
- f) Sumberdaya yang tersedia (*resources committed*)

### **3. Proses Implementasi Program**

Menurut Jones sesuai yang dikutip Usman dan Nurdin (2002:28) ada tiga pilar aktivitas dalam proses pengoperasian program yaitu :

#### a) Pengorganisasian

Struktur organisasi yang jelas diperlukan dalam mengoperasikan program sehingga tenaga pelaksana dapat dibentuk dari sumberdaya manusia yang kompeten dan berkualitas.

#### b) Interpretasi

Para pelaksana harus mampu menjalankan program sesuai dengan petunjuk teknis dan petunjuk pelaksana agar tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

#### c) Penerapan atau Aplikasi

Perlu adanya pembuatan prosedur kerja yang jelas agar program kerja dapat berjalan sesuai dengan jadwal kegiatan sehingga tidak berbenturan dengan program lainnya.

Selain itu menurut Tachjan (2006:35) implementasi program dalam konteks kebijakan publik terdiri dari beberapa tahap yaitu :

- a) Merancang bangun (*design*) program beserta perincian tugas dan perumusan tujuan yang jelas, penentuan ukuran prestasi yang jelas serta biaya dan waktu;
- b) Melaksanakan (*application*) program dengan mendayagunakan struktur-struktur dan personalia, dana serta sumber-sumber lainnya, prosedur dan metode yang tepat;
- c) Membangun sistem penjadwalan, monitoring dan sarana-sarana pengawasan yang tepat guna serta evaluasi (hasil) pelaksanaan.

#### **4. Implikasi Program**

Menurut Islamy (2003, 114-115), implikasi adalah segala sesuatu yang telah dihasilkan dengan adanya proses perumusan kebijakan. Dengan kata lain implikasi adalah akibat-akibat dan konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan dengan dilaksanakannya kebijakan atau kegiatan tertentu. Sedangkan menurut Silalahi (2005: 43), implikasi adalah akibat yang ditimbulkan dari adanya penerapan suatu program atau kebijakan, yang dapat bersifat baik atau tidak terhadap pihak-pihak yang menjadi sasaran pelaksanaan program atau kebijaksanaan tersebut.

Dye dalam Winarno (2012: 232-235) juga mengungkapkan pada dasarnya dampak dari suatu kebijakan publik mempunyai beberapa dimensi, dan kesemuanya harus diperhitungkan dalam membicarakan evaluasi. Terdapat lima dimensi dari suatu dampak kebijakan, yaitu:

- a) Dampak kebijakan pada masalah-masalah publik dan dampak kebijakan pada orang-orang yang terlibat. Dengan demikian, sasaran dalam kebijakan publik yang diharapkan untuk dipengaruhi oleh kebijakan harus dibatasi, serta dampak yang diharapkan dari kebijakan harus ditentukan dari awal pembuatan kebijakan publik.
- b) Kebijakan mungkin mempunyai dampak terhadap keadaan-keadaan atau kelompok-kelompok di luar sasaran atau tujuan kebijakan dari yang telah diperkirakan sebelumnya oleh aktor perumus kebijakan.
- c) Kebijakan mungkin akan mempunyai dampak pada keadaan-keadaan sekarang dan keadaan di masa yang akan datang yang akan berpengaruh pada kelompok sasaran maupun di luar sasaran.
- d) Evaluasi juga menyangkut unsur yang lain, yakni biaya langsung yang dikeluarkan untuk membiayai program-program kebijakan publik sehingga kebijakan tersebut dapat terlaksana sedemikian rupa.
- e) Menyangkut biaya tidak langsung yang ditanggung oleh masyarakat maupun beberapa anggota masyarakat akibat adanya kebijakan publik.

## **5. Faktor Penghambat Implementasi Program**

Implementasi program akan terhambat pelaksanaannya apabila terdapat kesalahan pada kebijakan yang melatar belakanginya. Menurut Sunggono (1994) implementasi kebijakan dan program mempunyai beberapa penghambat yaitu :

### **a. Isi kebijakan**

Pertama, implementasi program dan kebijakan bisa gagal jika isi kebijakan masih sama atau tujuan tidak cukup terperinci, sarana-sarana dan penerapan

prioritas, atau program-program kebijakan terlalu umum atau sama sekali tidak ada. Kedua, karena kurangnya ketetapan intern maupun ekstern dari kebijakan yang akan dilaksanakan. Ketiga, adanya kekurangan-kekurangan yang sangat berarti pada kebijakan yang akan diimplementasikan. Keempat, kekurangan sumberdaya pembantu, misalnya yang menyangkut waktu, biaya/dana dan tenaga manusia juga dapat menghambat implementasi.

b. Informasi

Para pemegang peran dalam implementasi program dan kebijakan yang terlibat langsung mempunyai informasi yang penting. Jika informasi ini tidak ada, misalnya akibat adanya gangguan komunikasi maka implementasi juga akan terlambat.

c. Dukungan

Tidak cukup dukungan untuk melaksanakan program akan mempersulit pelaksanaannya.

d. Pembagian Potensi

Aspek pembagian potensi diantara para pelaku yang terlibat dalam implementasi. Dalam hal ini berkaitan dengan diferensiasi tugas dan wewenang organisai pelaksana. Masalah-masalah akan terjadi apabila pembagian wewenang dan tanggung jawab kurang disesuaikan dengan pembagian tugas atau pembatasan-pembatasan yang kurang jelas.

## **6. Faktor Pendukung Implementasi Program**

Implementasi program merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan publik. Implementasi dianggap sebagai wujud utama dan sangat

menentukan dalam proses suatu kebijakan. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan (Winarno,2012). Korten dalam Andersen (1997:12) menyatakan bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implementasi program, yaitu :

- a) Pertama, kesesuaian antara program dengan pemanfaat, yaitu kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh program dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran (pemanfaat).
- b) Kedua, kesesuaian antara program dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara tugas yang disyaratkan oleh program dengan kemampuan organisasi pelaksana.
- c) Ketiga, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara syarat yang diputuskan organisasi untuk dapat memperoleh *output* program dengan apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran program.

Selain faktor-faktor diatas George C. Edward III. Edward menambahkan pendapat dalam Widodo (2010:96-107) empat faktor atau variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegiatan implementasi program yaitu :

- a. Faktor Komunikasi (*Communication*)

Komunikasi diartikan sebagai proses penyampaian informasi komunikator kepada komunikan. Komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (*policy maker*) kepada pelaksana kebijakan (*policy implementors*) Widodo (2010:97). Widodo

menambahkan bahwa komunikasi kebijakan memiliki beberapa macam dimensi antara lain, pertama adalah dimensi transformasi (*transformation*) yaitu menghendaki agar kebijakan publik disampaikan tidak hanya disampaikan kepada pelaksana (*implementors*) kebijakan, tetapi juga disampaikan kepada kelompok sasaran kebijakan dan pihak lain yang berkepentingan. Kedua, dimensi kejelasan (*clarity*) yaitu menghendaki agar kebijakan yang ditransmisikan kepada para pelaksana dan pihak lain yang memiliki kepentingan langsung maupun tidak langsung terhadap kebijakan dapat diterima jelas sehingga mereka mengetahui apa yang dimaksud, tujuan, dan sasaran serta substansi dari kebijakan publik tersebut. Ketiga konsistensi (*consistency*) yaitu menghendaki agar informasi yang disampaikan harus konsistensi, agar kelompok sasaran kebijakan dari pihak yang berkepentingan langsung maupun tidak langsung tidak menimbulkan kebingungan dan kebijakan dapat dicapai secara efektif dan efisien.

b. Sumber daya (*resources*)

Pada variabel Sumber daya merupakan peranan penting pada implementasi kebijakan. Edward III dalam Widodo (2010:98) menegaskan bahwa bagaimanapun jelas dan konsistennya ketentuan-ketentuan atau aturan-aturan tersebut, jika para pelaksana kebijakan yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan kurang mempunyai sumber-sumber daya untuk melakukan pekerjaan secara efektif, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan efektif. Sumber daya yang mendukung dalam pelaksanaan implementasi kebijakan, meliputi :

### 1) Sumber daya manusia

Sumber daya manusia merupakan salah satu variabel yang memengaruhi keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kebijakan. Dalam implementasi kebijakan yang efektif dan efisien sumber daya manusia harus mengetahui apa yang dilakukan, sumber daya juga harus mengetahui orang-orang yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan, sumber daya manusia juga harus memiliki kewenangan yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan dan juga sumber daya harus cukup memiliki keahlian dan kemampuan dalam melaksanakan tugas, anjuran, perintah dari atasan (pimpinan).

### 2) Sumber daya anggaran

Selain Sumber daya manusia anggaran merupakan yang mempengaruhi keefektivitas sebuah kebijakan karena anggaran merupakan dana untuk membiayai operasional dalam pelaksanaan kebijakan. Jika terbatasnya sumber daya anggaran, maka akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Disamping program tidak berjalan dengan optimal, terbatasnya anggaran juga menyebabkan disposisi para pelaku kebijakan rendah.

### 3) Sumber daya peralatan (*facility*)

Sumber daya peralatan merupakan sarana yang digunakan untuk operasionalisasi implementasi kebijakan yang meliputi gedung, tanah, dan sarana yang semuanya akan memudahkan dalam memberikan pelayanan dalam implementasi kebijakan.

#### 4) Sumber daya informasi dan kewenangan

Informasi merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan, terutama informasi yang relevan dan cukup berkaitan dengan bagaimana cara mengimplementasikan suatu kebijakan, selain itu informasi tentang kerelaan atau kesanggupan dari pihak beberapa pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan tersebut.

#### c. Disposisi (*Dispotition*)

Implementasi sebuah kebijakan para pelaku kebijakan harus mengetahui apa yang harus dilakukan dan mampu melakukannya. Disposisi merupakan kemauan, keinginan, dan kecenderungan para pelaku kebijakan untuk melaksanakan kebijakan secara sungguh-sungguh sehingga apa yang menjadi tujuan kebijakan dapat diwujudkan.

#### d. Struktur birokrasi (*Bureaucratic Structure*)

Struktur birokrasi dapat berpengaruh efektif dan efisiennya implementasi sebuah kebijakan. karena struktur birokrasi ini mencakup aspek-aspek seperti struktur organisasi, pembagian kewenangan, hubungan antara unit-unit organisasi yang ada dalam organisasi yang bersangkutan, dan hubungan organisasi dengan organisasi luar dan sebagainya.

### **D. Manajemen Strategi**

Konsep mengenai manajemen strategi dapat ditinjau dari definisi, proses atau tahapan manajemen strategi.

## 1. Definisi Manajemen Strategi

Menurut Robin (2007:8), manajemen adalah proses pengoordinasian kegiatan-kegiatan pekerjaan sehingga pekerjaan tersebut terselesaikan secara efisien dan efektif. Definisi manajemen lainnya adalah menurut Terry (2006:9), manajemen adalah suatu proses atau kerangka kerja, yang melibatkan bimbingan atau pengarahan suatu kelompok orang-orang kearah tujuan-tujuan organisasional atau maksud-maksud yang nyata. Manajemen juga adalah suatu ilmu pengetahuan maupun seni. Seni adalah suatu pengetahuan bagaimana mencapai hasil yang diinginkan atau dalm kata lain seni adalah kecakapan yang diperoleh dari pengalaman, pengamatan dan pelajaran serta kemampuan untuk menggunakan pengetahuan manajemen. Maka dapat disimpulkan bahwa, manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan untuk mendapatkan tujuan yang efektif dan efisien.

Menurut David (2011:18) strategi adalah sarana bersama dengan tujuan jangka panjang yang hendak dicapai. Mencakup ekspansi geografis, difersifikasi, akuisisi, pengembangan produk, penetrasi, pengetatan, dinvestasi, likuidasi, dan usaha patungan atau joint venture. Strategi merupakan aksi potensial yang membutuhkan keputusan manajemen puncak dan sumber daya perusahaan dalam jumlah besar yang besar. Strategi mempengaruhi perkembangan jangka panjang perusahaan, biasanya lima tahun kedepan, karenanya berorientasi ke masa yang akan datang. Kuncoro (2006:15) memandang strategi sebagai suatu proses, yang meliputi sejumlah tahapan yang saling berkaitan dan berurutan. Tahapan utama proses manajemen stratejik umumnya mencakup analisis situasi, formulasi

strategi, implementasi strategi, dan evaluasi kinerja. Strategi juga bersifat kontekstual, harus sesuai (fit) dengan kompetensi inti dan tantangan yang dihadapi. Maka dapat disimpulkan strategi adalah pilihan tentang tindakan yang dilakukan oleh organisasi untuk mencapai tujuannya dan untuk mencapai keunggulan kompetitif.

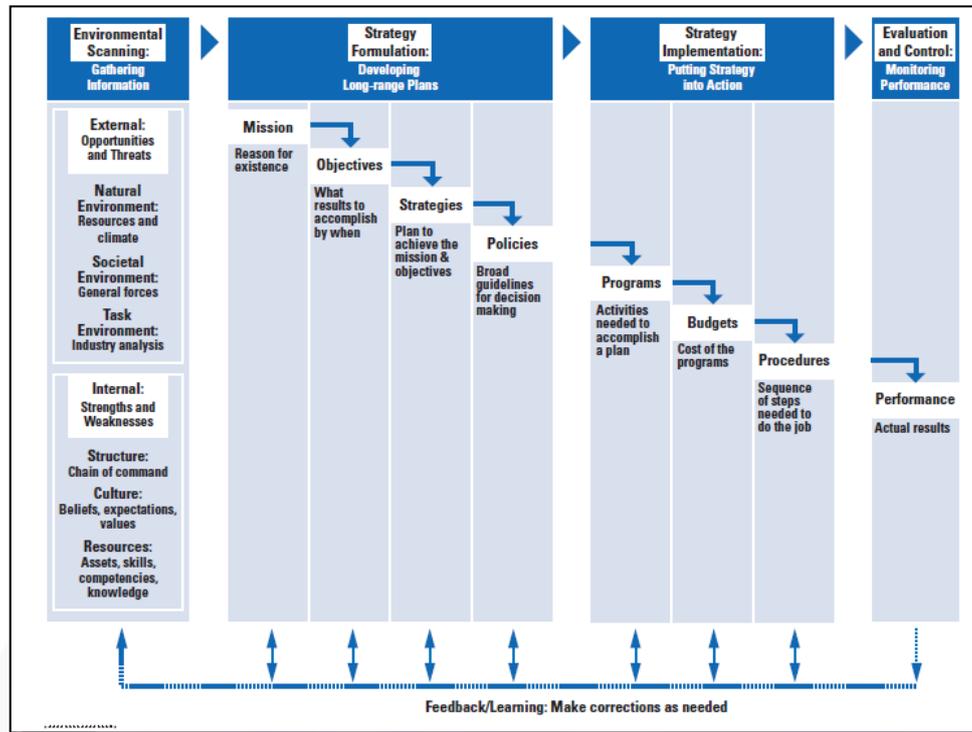
Menurut David (2011:5), Manajemen Strategi adalah ilmu mengenai perumusan, pelaksanaan dan evaluasi keputusan-keputusan lintas fungsi yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya. Menurut Lawrence R. Jauch dan William F. Glueck (1998), Manajemen Strategis adalah serangkaian keputusan dan tindakan yang mengarah pada penyusunan suatu strategi atau sejumlah strategi yang efektif untuk membantu mencapai sasaran perusahaan. Proses manajemen strategis adalah cara dengan jalan mana para pencari strategi menentukan sasaran dan pengambilan keputusan. Menurut Siagian definisi dari manajemen strategi adalah serangkaian keputusan dan tindakan mendasar yang dibuat oleh manajemen puncak dan diimplementasikan oleh seluruh jajaran suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan organisasi tersebut. Sedangkan menurut Matondang (2008), definisi manajemen strategis adalah suatu proses manajemen untuk meraih peluang dengan mobilisasi semua potensi sumber daya yang ada guna mencapai sasaran utama yaitu keunggulan daya saing jangka panjang, dengan mengantisipasi perubahan-perubahan yang terjadi di lingkungan internal dan eksternal perusahaan. Jadi, manajemen strategi merupakan suatu proses manajemen yang mengarah kepada rangkaian kegiatan yang terencana yang menghubungkan kekuatan strategi organisasi dengan lingkungan guna

mencapai sasaran utama, seperti; keunggulan organisasi, daya saing, antisipasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di lingkungan internal maupun eksternal organisasi.

Manajemen strategi pada organisasi publik pada dasarnya dapat dikatakan konstan, dinamis dan proses yang koheren berdasarkan hasil adaptasi organisasi pada perubahan eksternal dan penggunaan sumberdaya yang lebih efisien. Proses dari manajemen strategi memungkinkan pengembangan dan pelaksanaan strategi organisasi sebagai unit dari keputusan untuk mengantisipasi visi penting dari organisasi dan juga tindakan sebagai pencapaian tujuan (Cerniauskiene, 2014:13). Cerniauskiene (2014:13) mengemukakan beberapa prinsip dari manajemen strategi tergantung pada :

- a) Aktivitas alamiah (produksi, pelayanan, dan ide)
- b) Pembiayaan sumberdaya (Organisasi komersil atau non-komersil)
- c) Properti ( organisasi publik dan privat)
- d) Ukuran organisasi (besar atau kecil)
- e) Derajat diversifikasi

Wheelen dan Hunger menggambarkan manajemen strategis dalam model dasar sebagai berikut :



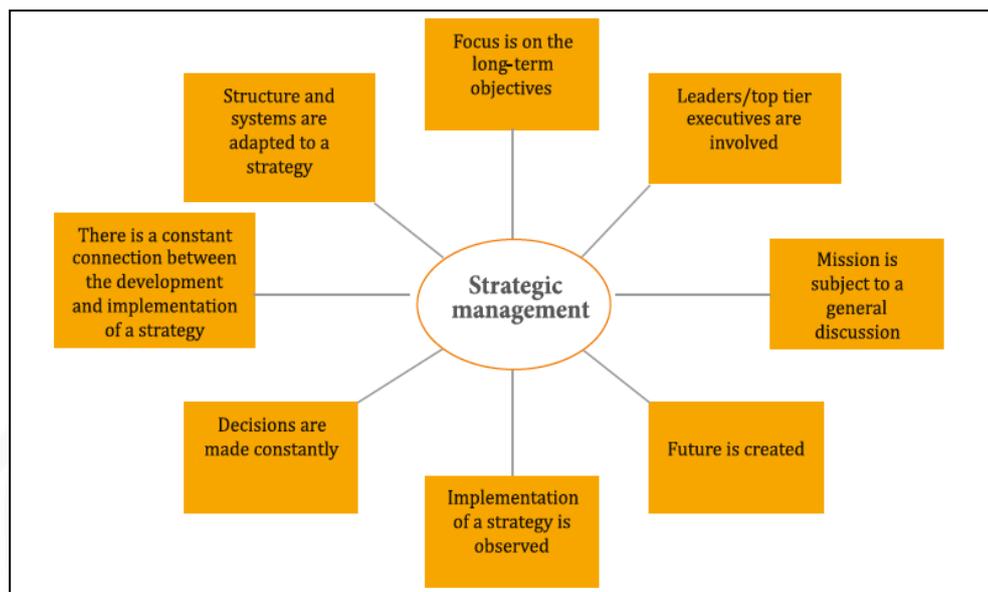
Sumber : Wheelen dan Hunger, 2012: 15

**Gambar 6 Model Dasar Manajemen Strategi**

Berdasarkan model tersebut dapat diketahui bahwa manajemen strategis memiliki empat tahapan besar yakni *environmental scanning*, *strategy formulation*, *strategy implementation*, dan *evaluation*. Lingkungan menurut Wheelen dan Hunger (2012:16) terbagi menjadi lingkungan internal (struktur, kultur, dan sumberdaya), lingkungan kerja (*shareholder*, *suppliers*, pegawai, kompetitor, asosiasi dagang, komunitas, kreditur, konsumen, kelompok kepentingan, pemerintah), lingkungan sosial (tekanan sosio *cultural* dan ekonomi), lingkungan alam dan lingkungan fisik (sumberdaya fisik). Formulasi strategi terdiri atas misi, tujuan, strategi, dan kebijakan. Implementasi strategi terdiri atas program, pembiayaan, dan prosedur. Sedangkan evaluasi digunakan untuk menilai hasil (Wheelen dan Hunger, 2012:17-22).



Prinsip dalam manajemen strategis pada sektor publik salah satunya dikembangkan oleh Smith dimana terdapat delapan prinsip yang digambarkan melalui diagram berikut :



Sumber: Smith dalam Cerniauskiene, 2014:15

**Gambar 7 Prinsip pada Manajemen Strategis**

## 2. Proses Manajemen Strategi

Menurut Untoro (2007) efektifitas penerapan manajemen strategis pada suatu organisasi dipengaruhi oleh konteks yang melingkupi organisasi tersebut. Konteks yang melingkupi organisasi pemerintah daerah sangat berhubungan dengan ketidakpastian lingkungan (lingkungan yang berubah-ubah) yang diciptakan oleh lembaga pengawasan yang banyak terdapat unsur muatan politik dan memiliki beberapa kepentingan. Oleh karena itu, penerapan manajemen strategis harus dilaksanakan secara seksama. Konsep mengenai manajemen strategis harus dirumuskan secara jelas dan tahap pengimplementasiannya juga harus dijelaskan, agar rencana strategis yang sudah disusun dapat tercapai.

Manajemen strategis dalam pemerintah daerah harus mempertimbangkan berbagai faktor, baik itu faktor yang mendukung maupun menghambat kinerja manajemen publik. Proses manajemen strategis terdiri atas tiga tahap, yaitu :

#### 1) Formulasi Strategi

Formulasi strategi termasuk mengembangkan visi dan misi, mengidentifikasi peluang dan ancaman eksternal pemerintah daerah, menentukan kekuatan dan kelemahan internal, menetapkan tujuan jangka panjang misalnya Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP), merumuskan alternatif strategi dan memilih strategi tertentu yang akan dilaksanakan. Isu formulasi strategi di pemerintah daerah biasanya mencakup pembangunan apa yang akan dilaksanakan, bagaimana mengalokasi sumber daya, apakah harus bekerjasama dengan organisasi privat dalam pelaksanaannya, seberapa besar politik mempengaruhi. Keputusan formulasi strategi mengikat pemerintah daerah terhadap barang dan jasa publik, sumber daya, dan teknologi yang spesifik untuk periode waktu yang panjang. Pemerintah daerah harus memiliki sudut pandang terbaik dalam memahami secara penuh pengaruh kepuasan formulasi strategi. Pemerintah daerah memiliki wewenang untuk menempatkan sumber daya yang dibutuhkan untuk implementasi strategi.

Salah satu metode untuk menentukan strategi adalah dengan analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, dan Threat*). Bentuk analisis SWOT tersebut diawali dengan memetakan kekuatan (*strength*) dan kelemahan (*weakness*) dari perusahaan. Kegiatan yang merupakan upaya melihat kekuatan (*strength*) apa saja yang dimiliki oleh pemerintah dapat berupa dana yang tersedia, kualitas

sumberdaya manusia yang dimiliki, teknologi yang mendukung, dan sebagainya. Dengan menggunakan analisis mengenai kekuatan dan kelemahan tersebut, selanjutnya dapat dilihat adanya peluang (*opportunity*) yang dapat diraih. Dalam mencapai peluang tersebut, pasti terdapat beberapa hambatan atau ancaman (*threat*). Pembuatan analisis SWOT dapat dilakukan dengan tinjauan analisis faktor internal dan eksternal. Analisis SWOT diperlukan dalam organisasi pemerintah daerah untuk menentukan strategi terbaik agar mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

## 2) Implementasi Strategi

Implementasi strategi mengharuskan pemerintah daerah untuk menetapkan tujuan tahunan, membuat kebijakan, mengalokasikan sumber daya sehingga strategi yang telah diformulasikan dapat dijalankan. Implementasi strategi termasuk mengembangkan budaya yang mendukung strategi, menciptakan struktur organisasi yang efektif, mengembangkan dan memberdayakan sistem informasi, menghubungkan kinerja pegawai dengan kinerja organisasi, dan menyiapkan anggaran. Proses persiapan anggaran di pemerintah daerah merupakan proses yang paling dominan dan sarat muatan politik. Implementasi strategi seringkali disebut tahap pelaksanaan dalam manajemen strategis. Keberhasilan implementasi strategi terletak pada kemampuan pemerintah untuk memotivasi pegawai.

## 3) Evaluasi Strategi

Evaluasi strategi adalah tahap final dalam manajemen strategis. Pemerintah daerah sangat ingin mengetahui kapan strategi tidak dapat berjalan seperti yang

diharapkan. Evaluasi strategi adalah alat utama untuk mendapatkan informasi tersebut. Tiga aktifitas dasar evaluasi strategis adalah a) meninjau ulang faktor internal dan eksternal yang menjadi dasar strategi saat ini; b) mengukur kinerja; c) mengambil tindakan korektif. Guna mendorong pencapaian strategi yang telah diformulasikan sebaiknya diterapkan sistem penilaian kinerja di organisasi pemerintah daerah dengan menerapkan sistem penghargaan dan sanksi.

Sumber: David, 2011: 90

### **Gambar 8 Model Manajemen Strategis Komprehensif**

Menurut David (2011:90), cara paling baik untuk mempelajari dan menerapkan proses manajemen strategis adalah dengan menggunakan model. Setiap model menggambarkan suatu jenis proses. Kerangka kerja yang terdapat dalam gambar 8 adalah model komprehensif suatu proses manajemen strategis yang sudah diterima secara luas. Model ini tidak menjamin keberhasilan, tetapi mewakili pendekatan praktis dan jelas untuk perumusan, pelaksanaan dan evaluasi strategi. Hubungan antara bagian-bagian utama dalam proses manajemen strategis ditampilkan dalam model tersebut.

Berbeda dengan proses manajemen strategi sebagaimana diungkapkan Fred, manajemen strategis pada organisasi publik diterapkan jika organisasi sudah memiliki misi yang jelas, tujuan, tugas dan mandat serta memiliki kriteria yang jelas dalam mengevaluasi aktifitas dan informasi tentang kinerja (Cerniauskiene, 2014:20-21). Tahapan manajemen strategi pada sektor publik adalah sebagai berikut :

- a) Analisis strategi (evaluasi pada lingkungan internal dan eksternal)
- b) Formulasi strategi. Pada tahap ini perencanaan strategi akan dikembangkan dengan beberapa fungsi sebagai berikut :
  - 1) Revisi atau rekonfirmasi pada misi dan visi organisasi;
  - 2) Identifikasi pada masalah sentral dan tujuan;
  - 3) Membentuk nilai inti;
  - 4) Membentuk kepentingan yang paling penting;
  - 5) Membentuk dan mengevaluasi strategi alternatif dengan adopsi keputusan.
- c) Implementasi strategi. Pada tahap ini kekuatan telah terbangun dan berbagai cara telah diterapkan pada implementasi dari proyek strategi. Biasanya tahap ini memiliki beberapa fungsi sebagai berikut :
  - 1) Formulasi program dan proyek yang diciptakan sebagai bentuk dari implementasi strategi;
  - 2) Pengaturan dari pembiayaan program;
  - 3) Organisasi dan kerja tim;
  - 4) Pembangunan sumberdaya manusia;
  - 5) Manajemen dengan tujuan;

d) Pengendalian strategi. Pada tahap ini aktifitas strategi organisasi dikendalikan dengan cara membandingkan tujuan yang diharapkan dengan hasil dilapangan yang faktual. Jawaban dari analisis aktifitas mempertanyakan mengenai apa yang sedang dan telah dilakukan untuk meningkatkan dan mencapai tujuan

Manajemen strategi pada sektor publik sebagaimana yang diungkapkan oleh Cerniauskiene (2014: 45-100) mencakup hal-hal sebagai berikut :

a) *Planning* / Perencanaan

Perencanaan strategi pada organisasi publik dilakuakn dengan pembentukan visi dan misi orgaisasi. Melalui pembentukan visi dan misi orgaisasi maka akan dapat ditentukan masalah dan tujuan strategis. Hal lain yang terdapat pada tahap perencanaan adalah analisis lingkungan internal dan eksternal. Analisis lingkungan internal dan eksternal organisasi dapat dilakukan melalui analisis SWOT (*Strength-Weakness-Opportunity-Treath*), PEST (*Politic-Economy-Social-Technology*), dan analisis 7-S (*Skills-Structure-System-Shared values-Staff-Style-Strategy*) Model (Cerniauskiene, 2014:50-52). Terdapat delapan langkah dalam perencanaan strategis (Cerniauskiene, 2014: 47), yakni sebagai berikut :

- (a) Pencapaian dan inisiasi dari konsesus pada proses perencanaan strategis
- (b) Membangun misi dan nilai institusi
- (c) Evaluasi lingkungan eksternal: peluang dan ancaman
- (d) Evalusai lingkungan internai : kelebihan dan kekurangan
- (e) Identifikasi masalah strategis
- (f) Pengembangan pemecahan masalah strategis

(g) Kreasi untuk mencapai visi institusi secara efektif

b) *Organizing* / Pengorganisasian

Pengorganisasi sebagai salah satu tahap dalam manajemen strategi dilakukan oleh pihak-pihak yang memiliki kewenangan untuk membuat keputusan (*the committee*) (Cerniauskiene, 2014: 60). Beberapa aktifitas atau kewenangan dari '*the committee*' dalam pelaksanaan fungsi pengorganisasian adalah sebagai berikut :

- (a) Pemilihan masalah strategis yang paling penting
- (b) Mempertimbangkan arahan dan aktifitas yang mungkin
- (c) Koordinasi dan mempertahankan perjanjian
- (d) Menciptakan pengukuran untuk pemecahan masalah
- (e) Memastikan keuangan eksternal atau bantuan teknis

Pengorganisasi dalam manajemen strategis mencakup peran dari kelompok pendukung, kegiatan operasional kelompok pendukung, kompilasi buku panduan, posisi spesial untuk mempersiapkan pelaksanaan strategi, koordinasi program (Cerniauskiene, 2014:61-63).

c) *Motivation* / Motivasi

Motivasi pada manajemen strategi memuat mengenai penggunaan struktur organisasi dan pembiayaan untuk menerapkan strategi. Hal-hal berkaitan dengan motivasi adalah budaya organisasi, struktur, dan pembiayaan program sebagai pelaksanaan manajemen strategi. Organisasi dengan budaya yang telah maju menunjukkan cara kerja yang lebih mudah dikenali oleh yang lain. Hal tersebut juga termasuk norma dan perilaku yang dapat diterima oleh sesama anggota

organisasi (Cerniauskiene, 2014:71). Motivasi dalam manajemen strategi juga berkaitan dengan kepemimpinan, kekuatan kelompok, perubahan pada implementasi, kekuatan tekanan eksternal, dan budaya beradaptasi dengan perubahan (Cerniauskiene, 2014:75).

- (a) Kepemimpinan, peran dari pemimpin menentukan iklim politik dari organisasi. Kepemimpinan yang meletakkan proses politik organisasi pada petunjuk yang benar akan mendorong kesuksesan pelaksanaan strategi dan membantu menemukan pemecahan masalah.
  - (b) Kekuatan kelompok, dimana setiap kelompok memiliki kepentingan. Tujuan dari analisis mengenai kekuatan kelompok adalah mengidentifikasi kekuatan kelompok untuk mempengaruhi dan mendukung strategi.
  - (c) Perubahan pada implementasi, hal ini berkaitan beberapa orang dalam organisasi yang bisa dipengaruhi yang menentukan apakah strategi ini dapat dikendalikan atau tidak.
  - (d) Kekuatan tekanan eksternal.
  - (e) Budaya beradaptasi dengan perubahan.
- d) *Benchmarking Result and Controlling* / Hasil *Benchmarking* dan Pengendalian

Kata pengendalian berkaitan dengan monitoring, reviewing, dan memastikan sesuatu. Pengendalian strategi adalah perbaikan dari proses implementasi strategi yang menggambarkan kondisi faktual dari pelaksanaan strategi yang telah dipilih (Cerniauskiene, 2014:88-89). Informasi yang didapatkan melalui pengendalian strategi adalah :

- (a) Menilai penggunaan sumberdaya dalam pelaksanaan strategi
- (b) Menegaskan penyimpangan atau deviasi faktual dari pengembangan strategi dengan strategi yang sudah disetujui
- (c) Menilai hasil dari manager atau pegawai lain yang berhubungan dengan tugas dari implementasi strategi
- (d) Mengawasi perubahan dari lingkungan eksternal dan menegaskan manas saja yang mengalami penyimpangan dari pengaturan strategi
- (e) Memastikan umpan balik yang akan menjamin distribusi sumberdaya

### **3. Implementasi Strategi**

Perumusan strategi yang sukses tidak menjamin implementasi strategi yang sukses. David (2011) memformulasikan perbedaan antara perumusan strategi dan implementasi strategi yaitu : (1) perumusan strategi memposisikan kekuatan sebelum dilakukannya sebuah tindakan; (2) implementasi strategi adalah mengelola kekuatan yang mengelola semua hal selama tindakan dijalankan; (3) perumusan strategi berfokus pada efektifitas; (4) implementasi strategi berfokus pada efisiensi; (5) perumusan strategi yang utama adalah proses intelektual; (6) implementasi strategi yang utama adalah proses operasional; (7) perumusan strategi membutuhkan keahlian intuitif dan analisis yang baik; (8) implementasi strategi membutuhkan motivasi khusus dan keahlian kepemimpinan; (9) perumusan strategi membutuhkan koordinasi diantara beberapa individu; (10) implementasi strategi membutuhkan koordinasi diantara banyak individu.

Setelah sebuah strategi direncanakan (formulasi), strategi tersebut dikembangkan secara nyata dalam bentuk tindakan. Tahap seperti ini disebut dengan implementasi strategi. Menurut Amir (201:174) implementasi merupakan suatu penerapan ide, kebijakan atau inovasi dalam suatu tindakan praktis sehingga memberikan hasil berupa perubahan dalam pengetahuan atau dalam keterampilan dan sikap. Pengertian tersebut dapat dikatakan bahwa implementasi adalah suatu kegiatan dalam penerapan ide-ide yang bertujuan untuk menghasilkan perubahan ke arah yang lebih baik. Kemudian diharapkan nantinya pemerintah dapat diuntungkan terhadap implementasi-implementasi yang diterapkan oleh pemerintah.

Implementasi strategi menurut David (2011:7) adalah penugasan kembali kepada para pemimpin perusahaan pada tingkat corporate maupun tingkat unit bisnis, untuk mengkomunikasikan dan mengimplementasikan strategi bersama-sama dengan para pegawai. Menurut Hunger dan Whelen (2003:296) menjelaskan tentang implementasi strategi yang merupakan sejumlah aktifitas dan pilihan yang dibutuhkan untuk dapat menjalankan sebuah perencanaan strategi agar dapat diimplementasikan secara efektif. Jadi implementasi strategi berhubungan dengan merencanakan bagaimana pilihan strategi dapat dilaksanakan dan implementasi strategi adalah suatu proses dimana manajemen mewujudkan strateginya dalam bentuk program, prosedur, dan anggaran. Sedangkan pengembangan strateginya dalam bentuk tindakan-tindakan yang mengarah pada perubahan yang lebih baik. Implementasi strategi diperlukan untuk memperinci secara lebih jelas dan tepat bagaimana sesungguhnya pilihan strategi yang telah diambil direalisasikan.

Implementasi strategi pada dasarnya adalah tahapan yang lebih teknis dari perencanaan strategi. Berikut perbedaan antara formulasi atau perencanaan dengan pelaksanaan/implementasi strategi :

**Tabel 2 Perbedaan Antara Formulasi Strategi Dan Implementasi Strategi**

Formulasi Strategi	Implementasi Strategi
Menempatkan kekuatan sebelum tindakan	Mengelola kekuatan saat bertindak
Fokus pada efektifitas	Fokus pada efisiensi
Proses intelektual	Proses operasional
Mebutuhkan intuisi baik dan kemampuan analitikal	Mebutuhkan motivasi istimewa dan kemampuan kepemimpinan
Mebutuhkan koordinasi antar beberapa individu	Mebutuhkan koordinasi pada banyak individu

Sumber : Siddique dan Shadbolt, 2016:2

Menurut Supriyono (1998:258), tahapan-tahapan yang dapat mencerminkan implementasi strategi terdapat pada pertanyaan dari Hunger dan Wheelen (2003:295) sebagai berikut :

- a) Siapa yang akan mengimplementasikan strategi ?
- b) Apa yang harus dilakukan ?
- c) Bagaimana strategi diimplementasikan ?

Pertanyaan-pertanyaan di atas merupakan pertanyaan yang mewakili bagaimana proses implementasi itu. Jika ketiga pertanyaan itu terjawab dengan baik maka dapat disimpulkan bahwa implementasi strategi berjalan dengan baik. Terdapat empat kemampuan atau keahlian dasar yang menunjang keberhasilan implementasi strategi menurut Thomas V. Bonoma dalam Hari Purnomo dan Zulkiflimansyah (1999) yaitu :

- a) Kemampuan Berinteraksi (*Interacting Skills*). Kemampuan ini ditunjukkan dengan kapabilitas manajemen pemerintah dalam berinteraksi dan berempati dengan berbagai perilaku dan sikap orang lain untuk mencapainya.
- b) Kemampuan Mengalokasi (*Allocation Skills*). Kemampuan ini diperlukan untuk menunjang kemampuan manajemen dalam menjadwalkan tugas-tugas, anggaran waktu, serta sumber daya- sumber daya lain secara efisien.
- c) Kemampuan Memonitoring (*Monitoring Skills*). Kemampuan ini meliputi kapabilitas pemerintah dalam menggunakan informasi secara efisien untuk memperbaiki atau menyelesaikan berbagai masalah yang timbul dalam proses implementasi.
- d) Kemampuan Mengorganisasikan (*Organizing Skills*). Kemampuan untuk menciptakan jaringan atau organisasi informal dalam rangka menyesuaikan diri dengan berbagai masalah yang mungkin akan terjadi.

Pengimplementasian strategi membutuhkan program operasional untuk mengukur pelaksanaannya. Pelaksanaan strategi adalah mencakup entitas operasional yang memastikan bahwa strategi itu benar-benar dilaksanakan. Menurut Cerniauskiene (2014:90) komponen utama dalam pelaksanaan program implementasi strategi adalah sebagai berikut :

- 1) Menyebutkan tujuan dan keputusan strategi operasional. Pada strategi yang telah disetujui, tujuan dan keputusan strategis telah terbentuk beserta organisasi pelaksanaannya. Sehingga, implementasi dari strategi akan didelegasikan pada departemen organisasi. Itulah mengapa tujuan strategi

yang umum akan diinterpretasikan dengan tujuan dan keputusan yang fungsional.

- 2) Rancangan rencana istimewa. Keputusan dan tujuan operasional membutuhkan perencanaan khusus yang memuat rincian, tujuan, garis besar, rentang waktu, tugas-tugas dan menetapkan petugas pelaksana.
- 3) Alokasi sumberdaya dan perencanaan pembiayaan. Sumberdaya tertentu dialokasikan untuk mengimplementasikan tujuan dan strategi operasional. Ketika implementasi strategi telah didelegasikan pada berbagai departemen fungsional, maka sumberdaya-sumberdaya juga akan didistribusikan. Perencanaan keuangan membantu untuk menyeimbangkan jumlah sumberdaya dan pembiayaan sumberdaya.
- 4) Monitoring dan pengendalian prosedur. Untuk mengimplementasikan strategi memerlukan monitoring dalam rentang waktu dan hasil faktual dari implementasi strategi yang direkam secara periodik. Hasil faktual akan mengendalikan prosedur sesuai dengan panduan operatif dan mengamati penyimpangan.

#### **4. Model Implementasi Strategi**

Berikut adalah beberapa model dari implementasi strategi yang dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut :

##### **a) Model 7'S oleh McKinsey**

Model 7-S McKinsey merupakan kerangka yang banyak didiskusikan untuk melihat saling keterkaitan antara formulasi dan implementasi strategi. Model ini membantu manajer untuk memfokuskan perhatian pada pentingnya

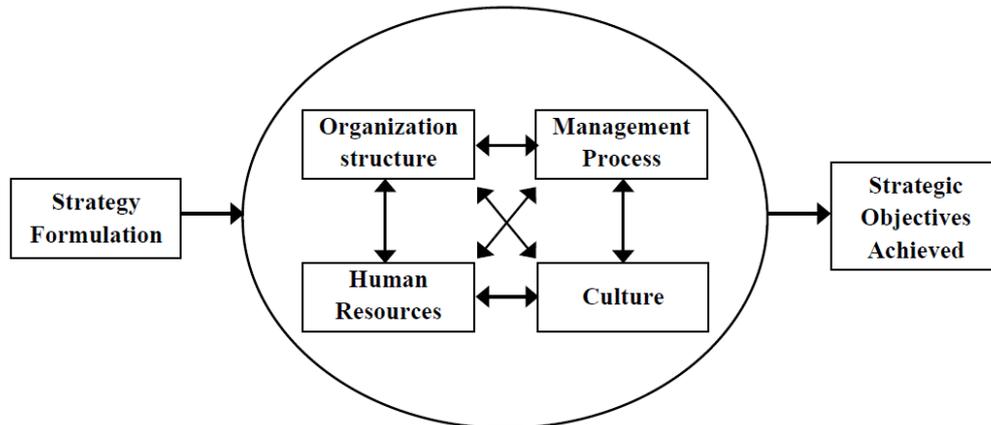
menghubungkan strategi yang dipilih pada beragam kegiatan yang dapat mempengaruhi implementasi strategi tersebut. kerangka 7-S memberikan sebuah alat untuk menilai “kemampuan” strategi. Model ini memiliki 7 komponen (Siddique dan Shadbolt, 2016:3) sebagai berikut :

- 1) Strategi – rute yang telah dipilih oleh organisasi bagi pertumbuhannya di masa depan; sebuah rencana yang diformulasi oleh organisasi untuk memperoleh keunggulan kompetitif yang berkesinambungan. Sebuah rencana untuk mengalokasikan sumber daya sepanjang waktu untuk mencapai tujuan-tujuan yang diidentifikasi – menentukan arah.
- 2) Struktur – kerangka dimana kegiatan-kegiatan anggota-anggota organisasi dikoordinasikan. Empat bentuk struktural dasar adalah bentuk fungsional, struktur divisi, struktur matriks, dan struktur jaringan. Bagan organisasi dan menambah benda yang menunjukkan siapa yang melaporkan kepada siapa dan bagaimana tugas-tugas dibagi dan diintegrasikan.
- 3) Sistem – prosedur formal dan informal, meliputi sistem inovasi, sistem kompensasi, sistem informasi manajemen, dan sistem alokasi kapital, yang mengatur kegiatan setiap hari. Proses dan prosedur melalui mana hal-hal diselesaikan dari hari ke hari (S yang sangat kuat).
- 4) *Style* (Gaya) – pendekatan kepemimpinan dari manajemen puncak dan pendekatan operasional keseluruhan organisasi; juga cara dimana pegawai-pegawai organisasi menghadirkan diri mereka ke dunia luar, kepada pemasok dan pelanggan. Cara manajer berperilaku secara kolektif dalam hal penggunaan waktu, perhatian dan tindakan simbolik (S yang sangat kuat).

- 5) *Skills* (keterampilan) – apa yang dilakukan terbaik oleh organisasi; *what the company does best*; kapabilitas dan kompetensi khusus yang ada di dalam organisasi. Kapabilitas dimiliki oleh organisasi secara keseluruhan dan unik dari individu-individu.
- 6) *Staff* – sumber daya manusia organisasi; mengacu pada bagaimana orang dikembangkan, dilatih, disosialisasikan, diintegrasikan, dimotivasi, dan bagaimana karir mereka dikelola. Orang-orang dalam organisasi – demografi.
- 7) *Shared values* (nilai bersama) – awalnya disebut tujuan superordinat; konsep-konsep dan prinsip-prinsip pedoman dari organisasi – nilai-nilai dan aspirasi, seringkali tidak tertulis – yang melampaui pernyataan tujuan organisasi yang konvensional; ide-ide fundamental disekitar bisnis yang dibangun; hal-hal yang mempengaruhi kelompok bekerja sama untuk tujuan bersama.

#### **b) Model oleh Stonich**

Menurut Stonich, formulasi strategi adalah terpisah dengan implementasi strategi dan untuk efektifitas implementasi strategi, hasil yang konstan diperlukan untuk mengimbangi dengan elemen dasar organisasi. Stonich menyajikan kerangka konseptual implementasi strategi yang didalamnya terdapat lima variabel yang saling tergantung: formulasi strategi, struktur organisasi, sumberdaya manusia, proses manajemen, dan budaya sebagaimana yang digambarkan sebagai berikut:

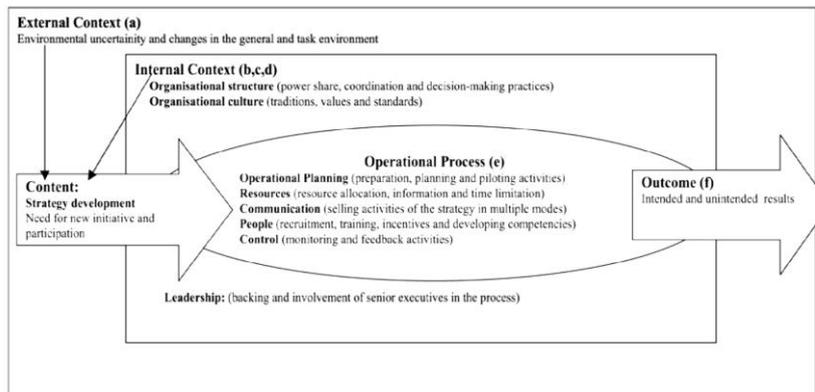


Sumber : Siddique dan Shadbolt, 2016:4

**Gambar 9 Implementing Strategy : The Model**

**c) Model Strategy Implementation Framework and Key Variables oleh Okomus**

Okomus mengajukan model implementasi strategi yang didalamnya terdapat implementasi *multi-project* dan berbagai faktor dalam proses pelaksanaan strategi sebagaimana digambarkan berikut :



- Key**
- a Changes in the external environment influence the strategic context and force organizations to deploy new initiatives.
  - b Problems and inconsistencies in the internal context require new initiatives.
  - c The strategy is implemented in the internal context, and the characteristics of organizational structure, culture and leadership influence the process factors.
  - d Having an organizational context that is receptive to change is essential for the successful implementation of strategy.
  - e The process factors are primarily used on a continuous basis to implement the strategy and manipulate the internal context.
  - f The characteristics of the context and process factors and how they are used directly influence the outcomes.

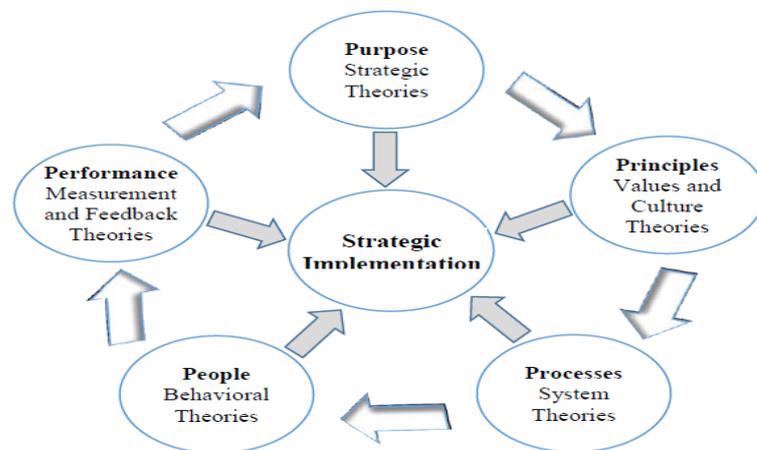
Sumber: Siddique dan Shadbolt, 2016: 18

**Gambar 10 Strategy Implementation Framework**



d) **5 P's Model of Strategy Implementation oleh Pryor et al**

Pryor et al mengajukan sebuah kerangka konseptual yang didasarkan pada integrasi dan aktifitas fungsional dari sebuah implementasi strategi. Aktifitas ini diantaranya adalah struktur, sistem, perilaku kepemimpinan, kebijakan sumberdaya manusia, budaya, nilai dan proses manajemen. Model ini kemudian dikenal sebagai model 5P's yang dapat digambarkan sebagai berikut :



Sumber : Siddique dan Shadbolt, 2016: 22

**Gambar 11 5P's Model of Strategy Implementation**

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian merupakan usaha untuk menemukan, mengembangkan, dan melakukan klarifikasi suatu peristiwa atau suatu pengetahuan dengan memakai metode-metode atau jenis penelitian, sehingga dapat menentukan tingkat hasil penelitiannya. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif, hal ini dikarenakan metode ini yang paling sesuai untuk melihat bagaimana implementasi strategi pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program gerakan pendampingan ibu hamil resiko tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk.

Kirk dan Miller dalam Moleong (2011:4) mendefinisikan bahwa penelitian kualitatif adalah tradisi tertentu dalam ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental bergantung dari pengamatan pada manusia baik dalam kawasannya maupun dalam peristilahannya.

Alasan peneliti menggunakan penelitian deskriptif karena sesuai dengan tujuan peneliti yaitu guna mendapatkan data untuk menganalisis implementasi strategi pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program gerakan pendampingan ibu hamil resiko tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk yang meliputi; tujuan dan keputusan strategi operasional, rancangan rencana istimewa, alokasi sumberdaya dan perencanaan pembiayaan, monitoring dan pengendalian prosedur. Serta faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan program Gerdaristi. Dengan menggunakan jenis penelitian

deskriptif, maka dapat diketahui secara menyeluruh dan dapat dijelaskan dengan tepat sehingga dalam hal ini rumusan masalah dapat dijawab sesuai dengan fokus penelitian.

Melihat berbagai alasan diatas dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif diharapkan mampu melihat proses penelitian yang dilakukan, dengan hasil memperoleh penjelasan dan pengertian yang mendalam dan menyeluruh tentang implemetasi strategi pemerintah daerah dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program gerakan pendampingan ibu hamil resiko tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk.

### **B. Fokus Penelitian**

Fokus pada dasarnya adalah masalah pokok yang bersumber dari pengalaman peneliti atau melalui pengetahuan yang diperolehnya melalui kepustakaan ilmiah ataupun kepustakaan lainnya (Moelong, 2011:97). Menurut Moelong (2011:94), dengan bimbingan dan arahan suatu fokus, seorang peneliti tahu persis data mana dan data tentang apa yang perlu dikumpulkan dan data mana pula, yang walaupun mungkin menarik, karena tidak relevan, tidak perlu dimasukkan ke dalam sejumlah data yang sedang dikumpulkan. Jadi, fokus penelitian dimaksudkan agar membatasi objek yang akan dikaji agar peneliti tidak terjebak dengan banyaknya data dilapangan, selain hal tersebut agar penelitian lebih terarah dalam menjawab rumusan masalah yang telah dirumuskan.

Dengan dasar pemahaman tersebut, maka fokus penelitian di dalam penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Implementasi strategi dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Cerniauskien (2014:90) :
  - a. Tujuan dan keputusan strategi operasional
  - b. Rancangan rencana istimewa
  - c. Alokasi sumberdaya dan perencanaan pembiayaan
  - d. Monitoring dan pengendalian prosedur
2. Faktor Pendukung dan Penghambat dalam implementasi strategi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) antara lain meliputi :
  - a. Faktor Pendukung pelaksanaan Program Gerdaristi
    - a) Kesesuaian program dengan kebutuhan sasaran
    - b) Kesesuaian program dengan tugas pelaksana
    - c) Kesesuaian kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana
  - b. Faktor Penghambat pelaksanaan Program Gerdaristi
    - a) Terhambatnya informasi
    - b) Kurangnya dukungan keluarga ibu hamil resiko tinggi

### **C. Lokasi dan Situs Penelitian**

Lokasi penelitian adalah lokasi dimana peneliti melakukan penelitian untuk mengungkap keadaan sebenarnya dari objek penelitian dan memperoleh data atau informasi yang diperlukan berkaitan dengan permasalahan dalam penelitian.

Berdasarkan lokasi penelitian ini, peneliti akan memperoleh data dan informasi sesuai dengan tema, masalah, dan fokus penelitian yang telah ditetapkan. Dengan ditetapkannya lokasi dalam penelitian akan lebih mudah untuk mengetahui tempat dimana suatu penelitian dilakukan. Lokasi dari penelitian ini adalah di Kabupaten Nganjuk. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa dalam tradisi penelitian kualitatif, peneliti harus banyak meluangkan waktu di lapangan untuk memudahkan dalam mengakses dan mendapatkan informasi yang dibutuhkan. Pemilihan Kabupaten Nganjuk karena Kabupaten Nganjuk adalah Kabupaten yang memiliki inovasi program penekanan angka kematian ibu dan bayi dengan program gerakan pendampingan ibu hamil resiko tinggi (Gerdaristi).

Selain lokasi penelitian terdapat situs penelitian, dimana situs penelitian merupakan tempat yang di dalamnya peneliti dapat mengamati keadaan sebenarnya dari objek penelitian, sehingga peneliti mendapatkan data dan informasi yang valid dan relevan guna menjawab permasalahan sesuai dengan fokus penelitian yang akan diteliti. Adapun situs dari penelitian ini adalah pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk yang terletak di Jalan Dr. Soetomo N No.77, Kauman, Kecamatan Nganjuk, Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur, Puskesmas Kecamatan Nganjuk dan Kecamatan Ngronggot. Alasan penulis memilih situs Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk adalah dengan pertimbangan bahwa program Gerdaristi ini merupakan salah satu program yang pelaksanaannya diawasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Sedangkan pemilihan Puskesmas Kecamatan Ngronggot dan Nganjuk adalah salah satu puskesmas yang melaksanakan program Gerdaristi di wilayahnya (Puskesmas Ngronggot sebagai

puskesmas yang mempunyai ibu hamil resiko tinggi terbanyak dan Puskesmas Nganjuk mempunyai ibu hamil resiko tinggi paling sedikit pada awal tahun 2017). Sehingga pemilihan situs ini, nantinya akan menjadi tempat sumber data dan informasi tentang strategi dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi).

#### **D. Sumber Data**

Sumber data penelitian ini berhubungan sumber-sumber informasi baik berupa orang-orang ataupun dokumen yang dapat menambah informasi peneliti. Dalam penelitian data yang akan ditulis haruslah memiliki sumber yang dapat mendukung dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Peneliti mengklasifikasikan data yang diperoleh dapat digolongkan sebagai berikut :

##### **1. Informan**

Dalam penelitian kualitatif sumber data ini disebut dengan informan, yaitu orang yang memberikan informasi terhadap apa yang ingin diketahui oleh peneliti. Pada saat melakukan penelitian, peneliti memilih informan yang menguasai permasalahan yang diteliti karena hal tersebut merupakan hal yang sangat penting. Hal tersebut bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam mendapatkan informasi yang akurat sesuai dengan fokus penelitian. Pada penelitian strategi dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi), informan utama dalam penelitian ini adalah :

- a) Ibu Hamil Resiko Tinggi di Puskesmas wilayah kecamatan Nganjuk dan Ngronggot yang mendapatkan pendampingan program Gerdaristi.

- b) Kader pendamping Puskesmas Kecamatan Nganjuk dan Ngronggot dalam program Gerdaristi yang mendampingi ibu hamil beresiko tinggi
- c) Staff Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk
- d) Bidan di Puskesmas wilayah Ngronggot dan Nganjuk
- e) Tim Pelayanan Kesehatan wilayah kecamatan Nganjuk dan Ngronggot.

## 2. Peristiwa

Sumber data juga dapat diperoleh dengan melihat peristiwa atau kejadian-kejadian yang berkaitan dengan topik penelitian. Peristiwa tersebut yaitu tingginya AKI dan AKB di Kabupaten Nganjuk dan peristiwa yang dapat diamati ketika melakukan kegiatan observasi langsung terhadap peristiwa terkait yaitu proses kegiatan program Gerdaristi di Puskesmas Kecamatan Ngronggot pada tanggal 8 Juni 2017 dan di Puskesmas Nganjuk pada tanggal 15 Juni 2017. Peristiwa yang diamati oleh peneliti dalam penelitian ini juga didapat berupa peristiwa kinerja pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Nagnjuk khususnya bidang kesehatan masyarakat selama di kantor, maupun saat memonitoring program gerdaristi dan lain sebagainya sesuai dengan topik penelitian.

## 3. Dokumen

Dokumen merupakan teknik dokumentasi yang dipakai untuk memperoleh data melalui bahan-bahan tertulis. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan dokumen yang berkaitan dengan fokus penelitian yang telah ditetapkan. Selain itu, peneliti juga mencari data yang berhubungan dengan

profil dan lokasi penelitian. Dokumentasi bertujuan untuk melengkapi informasi penelitian dan untuk mendapatkan data yang akurat.

Dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan dokumen yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk yang berkaitan dengan program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi). Data tersebut meliputi:

- 1) Dokumen Hasil Evaluasi Gerdaristi 2016: Dokumen ini didapatkan dari Evaluasi Program Gerdaristi pada tahun 2016 yang memuat data mengenai perkembangan pelaksanaan program Gerdaristi.
- 2) Dokumen Sosialisasi Gerdaristi 2013: Dokumen ini memuat data dan foto mengenai pelaksanaan sosialisasi program Gerdaristi pada tahun 2013.
- 3) Dokumen Sosialisasi Gerdaristi 2014: Dokumen ini memuat data dan foto mengenai pelaksanaan sosialisasi program Gerdaristi pada tahun 2014.
- 4) Data Kematian Ibu dan Anak Hingga 2016: Data berupa tabel Angka Kematian ibu dan bayi di Kabupaten Nganjuk tahun 2014 hingga tahun 2016.
- 5) Panduan Pelaksanaan Gerdaristi: Buku panduan ini memuat tujuan, strategi, prosedur, tugas dan tanggungjawab aktor-aktor yang terlibat serta regulasi yang mengatur program Gerdaristi.
- 6) Buku Panduan Antenatal Terpadu: Buku ini merupakan pedoman pelaksanaan pelayanan antenatal terpadu yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan.

- 7) Buku Panduan Kesehatan Ibu dan Anak: Buku ini berisi catatan kesehatan ibu hamil (hamil, bersalin, dan nifas) dan anak (bayi baru lahir sampai anak usia 6 tahun) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak.
- 8) Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/336/K/411.013/2013 tentang Pembentukan Tim Gerakan Pendampingan Ibu Hamil dan Bayi Resiko Tinggi Kabupaten Nganjuk.
- 9) Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi.
- 10) Dokumen Penjadwalan Tim Kesehatan: Dokumen yang berisi tabel pembagian jadwal monitoring oleh Tim Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk ke puskesmas-puskesmas.
- 11) Dokumen Contoh Kartu Skoring dan Hasil Pemeriksaan Ibu Hamil Resiko Tinggi Dokumen yang berisi tabel skor pemeriksaan ibu hamil resiko tinggi yang ditulis oleh kader pendamping setiap minggu yang diserahkan kepada bidan puskesmas saat kontrol.

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data merupakan sebuah langkah untuk mengumpulkan data guna melengkapi dan menunjang validitasi data. Menurut Danim (2002:121) mengumpulkan data merupakan langkah yang tidak dapat dihindari dalam kegiatan penelitian dengan pendekatan apapun, termasuk pada penelitian kualitatif yang desain penelitiannya tidak kaku alias dapat dimodifikasi setiap saat,

pengumpulan data menjadi satu fase yang sangat strategis bagi dihasilkannya penelitian yang bermutu. Teknik pengumpulan data tersebut adalah :

#### 1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melakukan percakapan atau tanya jawab kepada pihak-pihak yang dianggap kompeten serta dapat memberikan keterangan tentang segala informasi yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Menunjang kegiatan wawancara diperlukan teknik wawancara yang digunakan oleh peneliti. Ditinjau dari pelaksanaan wawancara menurut Arikunto (2005:145) wawancara dibedakan menjadi :

- a) *Interview* bebas (*inguided interview*), dimana pewawancara bebas menanyakan apa saja.
- b) *Interview* terpimpin (*guided interiew*), yaitu *interview* yang di lakukan pewawancara dengan membawa sederet pertanyaan lengkap dan terperinci.
- c) *Interiew* bebas terpimpin, yaitu kombinasi antara *interiew* bebas dengan *interview* terpimpin. Pewawancara hanya membawa pedoman yang hanya merupakan garis besar tentang hal-hal yang akan ditanyakan.

Berdasarkan penjelasan diatas, yang digunakan dalam penelitian ini adalah *interiew* bebas terpimpin dimana penelitian ini menggunakan pedoman wawancara sebagai garis besar dari pernyataan dan juga memberikan pertanyaan-pertanyaan bebas tetapi sesuai dengan tujuan penelitian. Penulis juga mengadakan tanya jawab secara langsung kepada responden. Wawancara

dilakukan dengan informan terhadap semua aspek objek yang di teliti. Pertanyaan yang diberikan berbeda-beda tergantung pada kapasitas dari narasumber sehingga pedoman wawancara untuk tiap informan adalah berbeda. Hasil dari wawancara ini diabadikan dalam bentuk rekaman suara.

Dalam penelitian ini informan yang ditetapkan sebagai sumber informasi adalah 5 informan utama (*key informants*) meliputi :

- 1) Ibu Hamil Resiko Tinggi di Puskesmas wilayah kecamatan Nganjuk dan Ngronggot yang mendapatkan pendampingan program Gerdaristi.
- 2) Kader pendamping Puskesmas Kecamatan Nganjuk dan Ngronggot dalam program Gerdaristi yang mendampingi ibu hamil beresiko tinggi.
- 3) Staff Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk.
- 4) Bidan di Puskesmas wilayah Ngronggot dan Nganjuk.
- 5) Tim Pelayanan Kesehatan wilayah kecamatan Nganjuk dan Ngronggot.

Frekuensi wawancara dilakukan 2 (satu) kali untuk Staff Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, sedangkan ibu hamil resiko tinggi, kader pendamping, bidan koordinator dan tim pelayanan kesehatan di Puskesmas Kecamatan Nganjuk dan Ngronggot masing-masing 1 (satu) kali atau bahkan lebih hingga peneliti menemukan kejenuhan informasi. Wawancara yang dilakukan peneliti dengan durasi 20-30 menit untuk mendapatkan informasi dari masing-masing informan. Untuk menunjang kegiatan wawancara yang dilakukan, peneliti menggunakan alat penunjang seperti kamera digital, *Hand Phone* sebagai alat perekam, serta alat tulis sebagai alat bantu untuk mencatat hal-hal penting yang ditemukan di lapangan. Dalam teknik wawancara, peneliti

harus teliti serta cermat dalam mendengar serta mencatat informasi-informasi yang disampaikan oleh informan.

## 2. Observasi (Pengamatan)

Observasi adalah dasar semua ilmu pengetahuan, Nasution dalam Sugiyono (2014:226). Fokus dan tema penelitian dapat diperoleh dengan cara mengamati secara langsung setiap fenomena yang terjadi di lapangan, sehingga data yang akan didapatkan merupakan data yang akurat dan sesuai. Teknik observasi dapat dilakukan secara bersamaan pada saat wawancara, pengambilan dokumentasi, dan *survey* lapangan. Dalam teknik ini peneliti melakukan pengamatan terhadap fenomena, peristiwa, sikap dan tingkah laku informan secara teliti dan cermat. Observasi dilakukan di Puskesmas Kecamatan Nganjuk dan Kecamatan Ngronggot sehingga dapat diperoleh gambaran tentang masalah-masalah dan kegiatan yang diteliti. Peneliti mengamati kegiatan program Gerdaristi saat berlangsung di Kecamatan Nganjuk dan Ngronggot serta saat Staff bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk selama bekerja dan lain sebagainya sesuai dengan topik penelitian.

Teknik observasi yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah observasi non partisipasi. Dengan observasi non partisipasi, peneliti tidak melibatkan diri dalam lingkungan observasi sehingga akan memengaruhi objek pengamatan dan peneliti hanya bertindak sebagai pengumpul data. Observasi dilakukan pada saat atau setelah wawancara dilakukan. Durasi waktu pengamatan yang dilakukan peneliti adalah 30 menit atau lebih untuk masing-masing informan. Selain itu, dalam melakukan observasi, peneliti menggunakan

alat penunjang yang meliputi *hand phone* dan alat tulis yang digunakan untuk mencatat hal-hal penting yang didapat peneliti selama di lapangan.

### 3. Dokumentasi

Teknik dokumentasi diperlukan untuk mengetahui segala peristiwa yang terjadi dalam lokasi penelitian. Dokumentasi merupakan salah satu metode untuk mengetahui segala peristiwa yang terjadi dalam lokasi penelitian. Pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mempelajari atau menggunakan laporan-laporan dan dokumen-dokumen yang sesuai dengan objek penelitian guna mendukung data yang ada. Dokumentasi dilakukan dengan cara menyalin dokumen yang diperlukan dalam bentuk *hardcopy (fotocopy)*, *softcopy* (melalui *flashdisk*), maupun melalui foto yang selanjutnya dokumen-dokumen tersebut dipelajari dan apabila memiliki hubungan dengan hal yang sedang diteliti, maka dokumen tersebut dimasukkan ke dalam hasil penelitian. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif.

## **F. Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat (Arikunto, 2005:160). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan instrumen penelitian sebagai berikut :

### 1. Peneliti (*Human Instrument*)

Moleong (2011:4) menjelaskan bahwa salah satu ciri penelitian kualitatif adalah memasukkan manusia atau peneliti sendiri sebagai alat pengumpul data

utama. Hal ini akan memengaruhi dalam proses wawancara, observasi, dan analisis data. Dalam melakukan penelitian, peneliti melakukannya sendiri tanpa mewakilkan kepada orang lain sehingga semua data yang diperoleh di lapangan dapat benar-benar dipahami peneliti.

## 2. Pedoman wawancara (*Interview guide*)

Di dalamnya terdapat berbagai pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun untuk memfokuskan pada permasalahan penelitian. Dengan wawancara yang mendalam, peneliti akan memperoleh informasi yang berkaitan dengan strategi dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi)

## 3. Catatan lapangan (*Field notes*)

Catatan yang dibuat oleh peneliti untuk mengamati keadaan yang akan diteliti dan dijadikan bukti dan arsip dari pelaksanaan penelitian.

## 4. Perangkat penunjang lapangan

Perangkat penunjang lapangan merupakan alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data, seperti alat tulis menulis, kamera digital, serta *Hand Phone* sebagai alat perekam. Hal ini untuk mempermudah penulis dalam menangkap informasi dari hasil wawancara atau hal yang tidak dapat ditangkap langsung oleh penulis.

## **G. Teknis Analisis Data**

Peneliti melakukan penelitian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang sedang muncul dibenak peneliti dan berusaha untuk menganalisis

data-data yang telah dikumpulkan dengan menggunakan langkah yang tepat, yang sesuai dengan metode penelitian yang dilakukan.

Berikut kutipan dari buku *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* Matthew B. Miles, A. Michale Huberman, dan Saldana (2014:33) mengenai model analisa data interaktif yang terdiri dari 4 (empat) kegiatan yang meliputi:

#### 1. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Pada tahap pengumpulan data, peneliti mengumpulkan data yang berkaitan dengan kebutuhan data penelitian terkait implementasi strategi dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi). Data yang dikumpulkan meliputi; a) Tujuan dan keputusan strategi operasional; b) Rancangan rencana istimewa; c) Alokasi sumberdaya dan perencanaan pembiayaan; d) Monitoring dan pengendalian prosedur. Serta faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program Gerdaristi.

#### 2. Kondensasi Data (*Data Condensation*)

Data kondensasi data merujuk pada proses memilih, menyederhanakan, mengabstrakkan, dan atau mentransformasikan data yang mendekati keseluruhan bagian dari catatan-catatan lapangan secara tertulis, transkrip wawancara, dokumen-dokumen, dan materi-materi empiris lainnya. Data yang akan dikondensasikan kurang lebih mengenai: a) Data Hasil Evaluasi Gerdaristi Tahun 2016, b) laporan kegiatan sosialisasi program Gerdaristi, c) data kematian ibu dan bayi hingga tahun 2016, d) buku panduan pelaksanaan program

Gerdaristi, e) data penjadwalan monitoring Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan sebagainya.

### 3. Penyajian Data (*Data Display*)

Penyajian data adalah sekumpulan informasi tersusun yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian dapat berbentuk tabel, grafik jaringan, dan bagan. Penyajian data dirancang guna menggabungkan informasi yang terjadi dalam satu bentuk alur yang padu dan mudah diraih, dengan demikian seorang penganalisis dapat melihat apa yang sedang terjadi, dan menentukan apakah menarik kesimpulan yang benar ataukah terus melakukan analisis yang menurut sasaran yang diklaim oleh penyajian sebagai sesuatu yang mungkin berguna. Data yang akan disajikan adalah terkait dengan strategi pemerintah daerah kabupaten Nganjuk dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerdaristi.

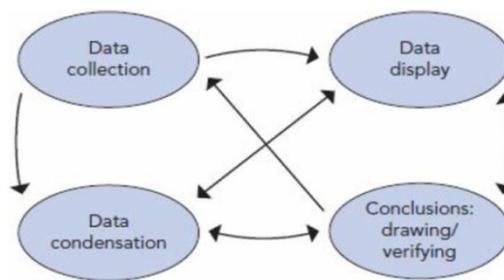
### 4. Menggambarkan dan Penarikan Kesimpulan (*Drawing and Verifying Conclusion*)

Menggambarkan dan penarikan kesimpulan adalah suatu kegiatan mencari arti dari data-data yang ada seperti mencatat keteraturan, pola-pola, penjelasan, konfigurasi yang mungkin.

Berikut adalah langkah-langkah analisis data menurut Miles, Huberman & Saldana adalah :

Analisis data yang dilakukan kali ini, peneliti menggunakan data model interaktif (gambar 12). Dalam pandangan ini tiga jenis kegiatan analisis dan

kegiatan pengumpulan data itu sendiri merupakan sebuah siklus dan interaktif. Peneliti harus siap bergerak diantara 4 (empat) “sumbu” kumparan tersebut selama pengumpulan data. Selanjutnya bergerak bolak balik diantara kegiatan kondensasi, penyajian, menggambar dan penarikan kesimpulan.



Sumber : Miles, Huberman & Saldana (2014:12-14)

### Gambar 12. Komponen dalam Analisis Data Model Interaktif

Berdasarkan gambar diatas, maka langkah awal yang dilakukan peneliti adalah mengumpulkan data, jika data dirasa telah siap untuk disajikan maka dapat langsung melangkah ke tahapan selanjutnya yaitu penyajian data, akan tetapi pada kenyataannya sangat jarang terdapat peneliti yang dapat melangkah langsung ke tahapan ini. Jika terdapat data yang tidak diperlukan ataupun data yang tidak mendukung, maka terlebih dahulu dilakukan reduksi data yaitu pengurangan, penyederhanaan maupun pembuangan data yang tidak diperlukan, kemudian barulah ke tahap penyajian data. Setelah penyajian data maka langkah selanjutnya adalah penarikan kesimpulan. Untuk menarik sebuah kesimpulan dapat dilakukan jika semua data telah lengkap dan relevan. Karena penarikan kesimpulan belum dapat dilakukan ketika masih terdapat sebuah masalah sehingga perlu melakukan verifikasi.

Apabila masalah terdapat pada relevansi data, maka dapat dilakukan pengkajian ulang pada tahap sebelumnya yakni pada tahap penyajian data. Jika

bersifat fundamental, sangat memungkinkan untuk kembali melakukan pengumpulan data seperti pada tahap awal. Demikianlah proses berlangsung sampai dengan dapat melakukan penarikan kesimpulan.

## **H. Keabsahan Data**

Penelitian kualitatif harus mengungkapkan kebenaran yang objektif. Karena itu keabsahan data dalam sebuah penelitian kualitatif sangat penting. Melalui keabsahan dan kredibilitas (kepercayaan) penelitian kualitatif dapat tercapai. Menurut Sugiyono (2014) keabsahan data atau validitas data merupakan derajat ketetapan antara data yang terjadi pada objek penelitian dengan data yang dapat dilaporkan oleh peneliti, dengan demikian data yang valid adalah data yang tidak berbeda antara data yang dilaporkan oleh peneliti dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek penelitian. Pengujian terhadap keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas dan konfirmasi. Dalam hal ini peneliti menggunakan pengujian keabsahan data dengan menggunakan beberapa cara yang meliputi:

### **1. Kredibilitas**

Menurut Sugiyono (2014) kredibilitas menjelaskan bahwa terdapat data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif dan *member check*. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan perpanjangan pengamatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, Puskesmas Kecamatan Nganjuk dan Puskesmas Kecamatan Ngronggot yang dilakukan selama 1 (satu) bulan dengan terjun ke lapangan dan

melakukan wawancara, obeservasi, dan dokumentasi. Perpanjangan pengamatan dilakukan untuk menguji kebenaran data yang diperoleh pada saat awal penelitian. Peningkatan ketekunan di buktikan peneliti dengan dapat menjelaskan dan menyimpulkan data terkait dengan implementasi strategi dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi). Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan pemanfaatan data yang meliputi bahan referensi seperti dokumen yang didapat dari informan, metode penelitian dan teori yang digunakan sebagai analisis data. Dalam hal ini, peneliti mendiskusikan hasil penelitian dengan Ketua Komisi Pembimbing serta berdiskusi dengan teman sejawat.

## 2. Pengujian konfirmabilitas

Peneliti untuk mengetahui apakah hasil ini benar atau salah, maka peneliti mendiskusikannya dengan pembimbing dari setiap tahap demi tahap terhadap temuan-temuan dan apa yang dilakukan di lapangan. Berdasarkan hasil diskusi tersebut, maka dosen pembimbing memberikan arahan dan kepastian bahwa apa yang telah dilakukan oleh peneliti itu adalah benar dengan mengacu pada pertimbangan bahwa (1) hasil penelitian adalah benar-benar berasal dari data, (2) penarikan kesimpulan dilakukan secara logis dan bersumber dari data, (3) peneliti telah meneliti dengan baik, dan (4) pembimbing telah berusaha menelaah kegiatan penelitian dalam pelaksanaan pemeriksaan keabsahan data.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Lokasi dan Situs Penelitian

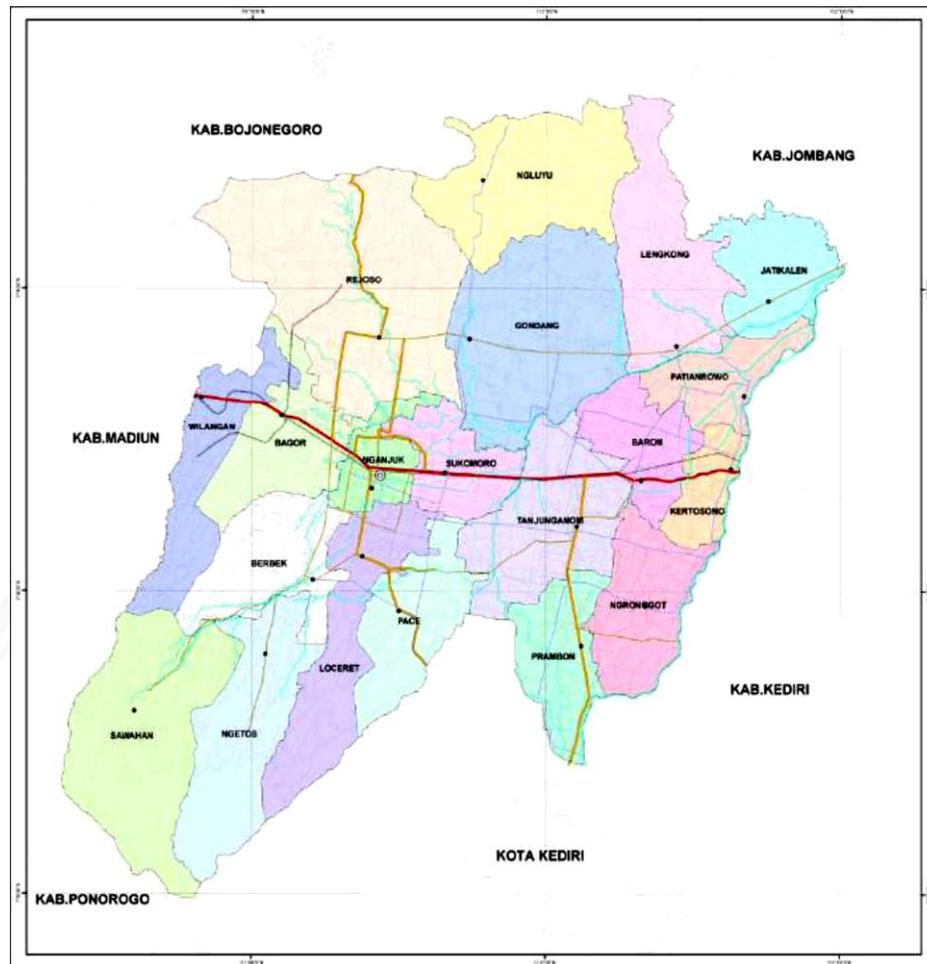
Bagian ini memaparkan gambaran umum mengenai lokasi penelitian yaitu Kabupaten Nganjuk dan situs penelitian yakni Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut:

##### 1. Gambaran Umum Kabupaten Nganjuk

Kabupaten Nganjuk merupakan salah satu kabupaten di Propinsi Jawa Timur. Kabupaten Nganjuk berada pada koordinat  $111^{\circ} 5'$  sampai dengan  $111^{\circ} 13'$  Bujur Timur dan  $7^{\circ} 20'$  sampai dengan  $7^{\circ} 50'$  Lintang Selatan. Jika dilihat pada peta geografis, Kabupaten Nganjuk berada di sisi barat Provinsi Jawa Timur. Secara geografis, Kabupaten Nganjuk berbatasan dengan wilayah kabupaten/kota sebagai berikut:

- 1) Utara : Kabupaten Bojonegoro
- 2) Selatan : Kabupaten Kediri dan Trenggalek.
- 3) Timur : Kabupaten Jombang
- 4) Barat : Kabupaten Kediri, Kabupaten Ponorogo dan Madiun.

Untuk memperjelas pemahaman mengenai pembatasan wilayah Kabupaten Nganjuk dan pembagiannya dapat dilihat pada gambar berikut:



Sumber : BPS Kabupaten Nganjuk, 2016: 7

**Gambar 13 Peta Administratif Wilayah Kabupaten Nganjuk**

Kabupaten Nganjuk memiliki luas wilayah 122 433.1 ha yang terbagi menjadi 20 kecamatan dan 284 desa atau kelurahan. Kecamatan dengan jumlah desa terbanyak adalah Kecamatan Rejoso sedangkan kecamatan dengan jumlah desa paling sedikit adalah Kecamatan Wilangan dan Kecamatan Ngluyu (BPS, 2017:3). Untuk memperjelas gambaran mengenai pembagian wilayah administrasi di Kabupaten Nganjuk dapat diuraikan melalui tabel berikut:



**Tabel 3 Kabupaten Nganjuk Berdasarkan Kecamatan dan Desa**

No	Nama Kecamatan	Desa
(1)	(2)	(3)
1	Sawahan	Ngliman, Bareng, Sawahan, Bendolo, Duren, Sidorejo, Margopatut, Siwalan, Kebon Agung
2	Ngetos	Klodan, Blongko, Kepel, Kweden, Ngetos, Suru, Orooro Ombo, Mojoduwur, Kunci
3	Berbek	Salamrojo, Cepoko, Maguan, Semare, Mlilir, Bendungrejo, Berbek, Sengkut, Ngrawan, Sumberwindu, Kacangan, Sendangbumen, Sumberurip, Patranrejo, Balongrejo, Tiripan, Sonopatik, Grojogan, Bulu
4	Loceret	Bajulan, Macanan, Genjeng, Karangsoo, Ngepeh, Godean, Patihan, Sekaran, Loceret, Jatirejo, Tempelwetan, Tekenglahan, Mungkung, Gejagan, Candirejo, Sukorejo, Kwagean, Kenep, Putukrejo, Nglaban, Sombron, Tanjungrejo
5	Pace	Joho, Jatigreges, Sanan, Pacekulon, Gondang, Cerme, Mlandangan, Jampes, Batambat, Babadan, Bodor, Pacewetan, Gemenggeng, Jetis, Banaran, Kecubung, Plosoharjo, Kepanjen
6	Tanjunganom	Kedungombo, Sumberkepuh, Kampungbaru, Wates, Malangsari, Getas, Sonobekel, Ngadirejo, Banjaranyar, Sidoharjo, Tanjunganom, Jogomerto, Warunjayeng, Kedungrejo, Sambirejo, Demangan
7	Prambon	Gondanglegi, Singkalanyar, Mojoagung, Bandung, Nglawak, Baleturi, Tegaron, Tanjuntani, Sanggrahan, Rowoharjo, Sugihwaras, Watudandang, Sonoageng, Kurungrejo
8	Ngronggot	Juwet, Tanjungalang, Kelutan, Cengkok, Mojokendil, Ngronggot, Banjarsari, Dadapan, Klurahan, Betet, Kaloran, Kalianyar, Trayang
9	Kertosono	Drenges, Juwono, Bangsri, Kalianyar, Tanjung, Nglawak, Kepuh, Tembarak, Pelem, Kutorejo, Banaran, Lambangkuning, Pandantoyo, Kudu
10	Patianrowo	Lentari, Pisang, Pecuk, Ngrombot, Tirtobinangun, Rowomarto, Pakuncen, Patianrowo, Ngepung, Babadan, Bukur.
11	Baron	Sambiroto, Gebangkerep, Baron, Waung, Kemlokolegi, Kemaduh, Garu, Jekek, Jambi, Mabung, Katerban
12	Gondang	Sumberjo, Nglingsgo, Mojoseo, Karangsemi, Senjayan, Kedungglugu, Jeaan, Sumber Agung, Ketawang, Ngujung, Losari, Sanggrahan, Balonggebang, Pandean

(1)	(2)	(3)
13	Sukomoro	Sumengko, Kapas, Blitaran, Kedungsoko, Nglundo, Bungsur, Sukomoro, Pehserut, Ngrami, Bagorwetan, Putren, Ngrenget
14	Nganjuk	Jatirejo, Plso, Kramat, Payaman, Kartoharjo, Cangkringan, Bogo, Kauman, Ganungkidul, Mangundikaran, Werungotok, Begadung, Ringinanom, Kedungdowo, Balongpacul
15	Bagor	Balongrejo, Girirejo, Pesudukuh, Sekarputih, Buduran, Ngumpul, Bagor Kulon, Petak, Paron, Karangtengah, Selorejo, Gandu, Guyagan, Kedondong, Sugihwaras, Kutorejo, Kerepkidul, Gemnggegg, Kendalrejo, Banaran Kulon, Banawan Wetan.
16	Wilangan	Sudimoroharjo, Ngadipiro, Wilayangan, Mancon, Ngudikan, Sukoharjo.
17	Rejoso	Sidokare, Sukorejo, Mungkung, Gempol, Puhkerep, Mlorah, Jatirejo, Klagen, Setren, Mojorembun, Ngadiboyo, Rejoso, Talang, Ngangkatan, Talun, Intel, Musirkidul, Banjarejo, Sambikerep, Murilor, Wengkal, Kedungpadang, Tritik, Bendoasri
18	Ngluyu	Sugihwaras, Ngluuyu, Tempuran, Lengkonglor, Gampeng, Bajang
19	Lengkong	Banjardowo, Jatipunggur, Lengkonglor, Jegreg, Kedung Mlaten, Prayungan, Balongasem, Sawahan, Ngrigin, Ketandan, Banggle, Sumberkepuh, Sumbersono, Pinggir, Ngepung, Sumbermiri
20	Jatikalen	Perning, Ngasem, Gondangwetan, Jatikalen, Dlururejo, Begendeng, Lumpanguwik, Dawuhan, Munung, Pulowetan, Pule

Sumber : BPS Kabupaten Nganjuk, 2017: 19-29 (diolah)

Jumlah penduduk Kabupaten Nganjuk berdasarkan hasil sensus penduduk terakhir pada tahun 2015 berjumlah 1,041,716 jiwa. Jumlah penduduk ini terus meningkat jika dibandingkan data sebelumnya yakni 1,017,030 jiwa pada tahun 2010 menjadi 1,037,723 pada tahun 2014. Hal ini berarti pertumbuhan Penduduk tahun 2015 dari proyeksi Susenas sebesar 2,43 persen dibanding tahun 2010 dan 0,38 persen dibanding tahun sebelumnya. Kepadatan penduduk di Kabupaten Nganjuk terus meningkat tiap tahunnya dari angka 844 jiwa/km<sup>2</sup> pada tahun 2013 menjadi 851 jiwa/km<sup>2</sup> pada tahun 2015.

Dari sisi kesehatan, Kabupaten Nganjuk memiliki 5 unit rumah sakit sebagai salah satu fasilitas penunjang kesehatan. Terdapat 20 unit Puskesmas yang berlokasi merata di seluruh kecamatan di Nganjuk yang artinya tiap kecamatan memiliki 1 unit Puskesmas.

## **2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk**

Dinas Kesehatan merupakan salah satu dari organisasi perangkat daerah di Kabupaten Nganjuk yang bertugas untuk menangani urusan wajib daerah yakni kesehatan. Gambaran umum Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dapat dideskripsikan melalui struktur organisasi, tugas dan fungsi; sumberdaya yang dimiliki; serta isu strategis terkait kesehatan sebagai berikut:

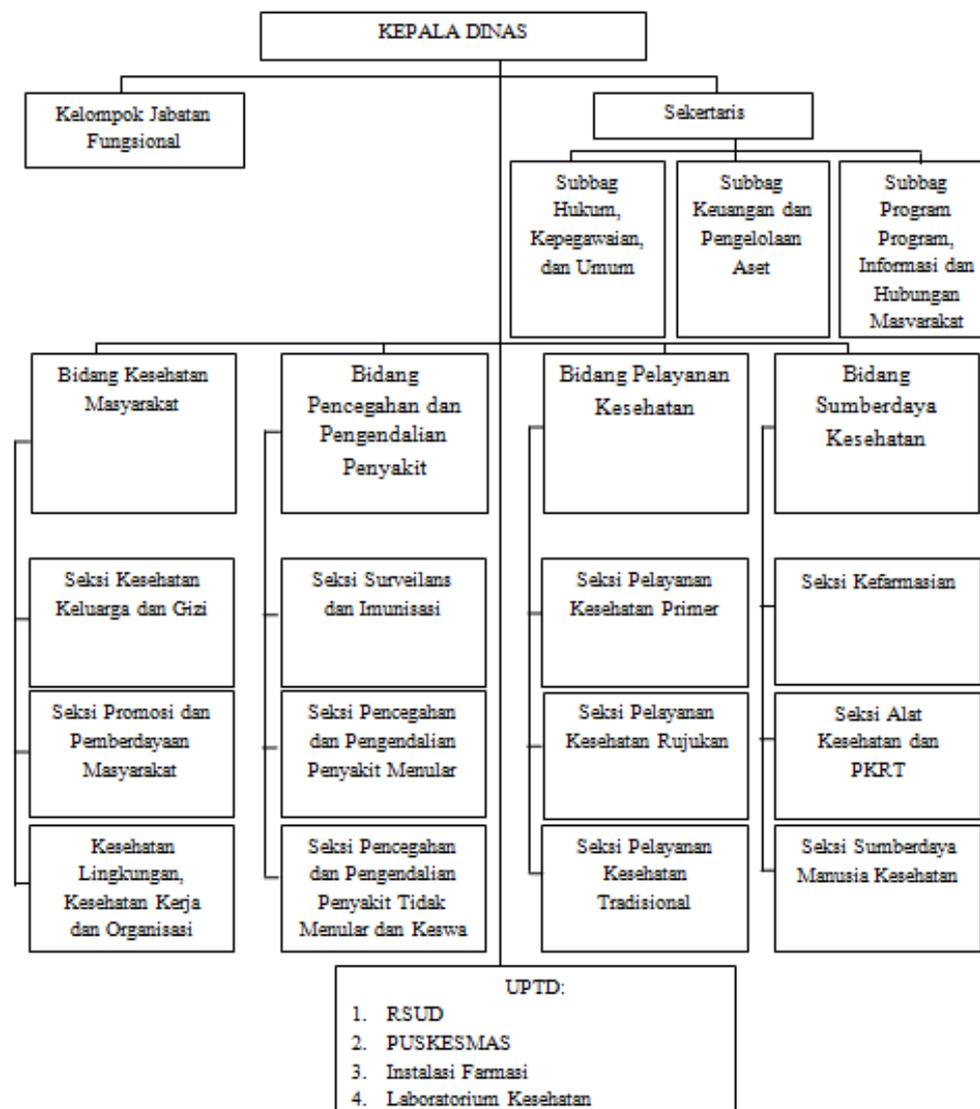
### **a. Struktur Organisasi, Tugas dan Fungsi**

Struktur Organisasi di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk meliputi:

- 1) Kepala Dinas;
- 2) Sekertariat terdiri dari:
  - a) Subbag Hukum, Kepegawaian, dan Umum;
  - b) Subbag Keuangan dan Pengelolaan Aset;
  - c) Subbag Program Program, Informasi dan Hubungan Masyarakat;
- 3) Bidang Kesehatan Masyarakat, terdiri atas:
  - a) Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi;
  - b) Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat;
  - c) Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Organisasi;
- 4) Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, terdiri dari:
  - a) Seksi Surveilans dan Imunisasi;

- b) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular;
  - c) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Keswa;
- 5) Bidang Pelayanan Kesehatan, terdiri dari:
- a) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer;
  - b) Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan;
  - c) Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional;
- 6) Bidang Sumberdaya Kesehatan, terdiri dari:
- a) Seksi Kefarmasian;
  - b) Seksi Alat Kesehatan dan PKRT;
  - c) Seksi Sumberdaya Manusia Kesehatan;
- 7) Kelompok Jabatan Fungsional;
- 8) Unit Pelaksana Teknis, terdiri atas:
- a) RSUD
  - b) Pusat Kesehatan Masyarakat/PUSKESMAS (20 PUSKESMAS)
  - c) Instalasi Farmasi (1 unit)
  - d) Laboratorium Kesehatan (1 lokasi)

Untuk memperjelas pemahaman mengenai struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dapat digambarkan melalui bagan berikut:



Sumber : Monograf Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, 2017

### **Gambar 14 Bagan Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk**

Rincian tugas dan fungsi organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk sebagaimana terdapat pada Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk Tahun 2014-2018 dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Tugas pokok Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk adalah melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan dibidang kesehatan;

2) Fungsi terbagi atas:

- a) Perumusan kebijakan teknis dibidang kesehatan;
- b) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum dibidang kesehatan;
- c) Pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang kesehatan;
- d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Adapun rincian tugas dari masing masing fungsi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Kepala Dinas, mempunyai tugas merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintah daerah, membina dan melaksanakan tugas dibidang kesehatan;
- 2) Sekertariat, mempunyai tugas melaksanakan koordinasi penyusunan program dan penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu dan tugas pelayanan administratif. Sedangkan fungsinya terbagi menjadi berikut:
  - a) Penggordinasian penyusunan program dan evaluasi;
  - b) Penggordinasian penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu;
  - c) Pelayanan administrasi;
  - d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 3) Bidang pelayanan kesehatan, memiliki tugas merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, membina dan

melaksanakan tugas dibidang pelayanan kesehatan. Dengan fungsi sebagai berikut :

- a) Perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan;
  - b) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum dibidang pelayanan kesehatan;
  - c) Pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang pelayanan kesehatan;
  - d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 4) Bidang Pencegahan, Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan memiliki tugas untuk merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, membina dan melaksanakan tugas dibidang pencegahan pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan. Bidang ini memiliki fungsi sebagai berikut:
- a) Perumusan kebijakan teknis dibidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan;
  - b) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum dibidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan;
  - c) Pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan;
  - d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 5) Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan memiliki tugas untuk merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan

pelayanan umum, membina dan melaksanakan tugas dibidang promosi kesehatan dan pemberdayaan. Bidang ini memiliki fungsi sebagai berikut:

- a) Perumusan kebijakan teknis dibidang promosi kesehatan dan pemberdayaan;
  - b) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum dibidang promosi kesehatan dan pemberdayaan;
  - c) Pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang promosi kesehatan dan pemberdayaan;
  - d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 6) Bidang Kesehatan Masyarakat memiliki tugas untuk merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, membina dan melaksanakan tugas dibidang kesehatan keluarga. Bidang ini memiliki fungsi sebagai berikut:
- a) Perumusan kebijakan teknis dibidang kesehatan keluarga;
  - b) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum dibidang kesehatan keluarga;
  - c) Pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang kesehatan keluarga;
  - d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### **b. Sumberdaya Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk**

Sumberdaya yang ada terkait dengan pelaksanaan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk terdiri atas sumberdaya manusia dan sumberdaya

sarana prasarana. Adapun sumberdaya yang dimiliki sebagaimana dikemukakan pada Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk Tahun 2014-2018 adalah sebagai berikut:

1) Kepegawaian

Jumlah tenaga kerja PNS dan Non PNS di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 4 Tenaga Kesehatan PNS dan Non PNS di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2013**

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Status Kepegawaian	
		PNS	Non PNS
1	Medis:		
	Dokter Umum	51	0
	Dokter Spesialis	0	0
	Dokter Gigi	18	0
2	Perawat	161	67
3	Perawat Gigi	24	7
4	Bidan	284	108
5	Farmasi	33	1
6	Tenaga Gizi	18	4
7	Tenaga Sanitasi	40	3
8	Kesehatan Masyarakat	23	0
9	Teknik Medis	23	2
10	Non Kesehatan	270	97
	TOTAL	945	289

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk, 2014:15

Tabel 4 menunjukkan bahwa jumlah tenaga kesehatan yang berstatus PNS dan Non PNS pada tahun 2013 sebanyak 1.234 orang dengan komposisi 76,58% adalah berstatus PNS dan 23,42% sisanya adalah Non PNS. Jumlah tenaga kesehatan tersebut tersebar di Dinas Kesehatan, Puskesmas, RSUD, dan UPTD lainnya di Kabupaten Nganjuk. Sedangkan jumlah tenaga fungsional di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk yang berstatus PNS adalah sejumlah 624 atau

50,57% dan 15,56% atau 192 orang berstatus non PNS. Untuk tenaga struktural yang berstatus PNS sebesar 321 atau 26,01% dan 7,86% atau 97 sisanya adalah tenaga struktural non PNS. Untuk memperjelas pernyataan tersebut dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

**Tabel 5 Tenaga Kesehatan Fungsional dan Struktural di Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2013**

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Status Kepegawaian			
		Fungsional		Struktural	
		PNS	Non PNS	PNS	Non PNS
1	Medis:				
	Dokter Umum	46	0	5	0
	Dokter Spesialis	0	0	0	0
	Dokter Gigi	16	0	2	0
2	Perawat	156	67	5	0
3	Perawat Gigi	23	7	1	0
4	Bidan	283	108	1	0
5	Farmasi	28	1	5	0
6	Tenaga Gizi	16	4	2	0
7	Tenaga Sanitasi	32	3	8	0
8	Kesehatan Masyarakat	1	0	22	0
9	Teknik Medis	23	2	0	0
10	Non Kesehatan	0	0	270	97
	TOTAL				

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk, 2014: 15

## 2) Sarana Kesehatan

Sampai dengan tahun 2013 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk terdapat sarana kesehatan di Puskesmas sebanyak 20 Puskesmas yang tersebar di setiap wilayah kecamatan. Pelayanan di setiap Puskesmas berbeda yang meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan lain-lain. Berikut adalah distribusi pelayanan kesehatan yang dapat diberikan tiap Puskesmas:

**Tabel 6 Distribusi Puskesmas dan Jaringannya di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk**

No	Puskesmas	Rawat Inap	Rawat Jalan	Melayani PONED	Jumlah Puskesmas Pembantu
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Bagor		√		4
2	Beron	√	√		7
3	Berbek	√	√		3
4	Gondang	√	√		5
5	Jatikalen		√		1
6	Kertosono		√		5
7	Lengkong	√	√		4
8	Loceret		√		6
9	Nganjuk		√		4
10	Ngetos		√		2
11	Ngluyu		√		1
12	Ngronggot	√	√	√	5
13	Pace		√		5
14	Patianrowo		√	√	4
15	Prambon	√	√	√	5
16	Rejoso	√	√	√	6
17	Sawahan	√	√		2
18	Sukomoro	√	√	√	3
19	Tanjunganom	√	√		9
20	Wilangan	√	√		2
<b>Jumlah</b>		<b>11</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>83</b>

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk, 2014: 18

Tabel 6 menunjukkan bahwa dari 20 Puskesmas tersebut diantaranya berada di kecamatan Wilangan, Rejoso, Lengkong, Tanjunganom, Ngronggot, Prambon, Baron, Berbek, Sawahan, Sukomoro, dan Gondang. Selain itu terdapat 9 Puskesmas rawat jalan yakni berada di kecamatan Bagor, Jatikalen, Ngluyu, Kertosono, Loceret, Pace, Ngetos, dan Patianrowo. Dari 20 Puskesmas tersebut, Puskesmas yang mampu melakukan Penanganan Obstetri Neonatus Emergency Dasar (PONED) atau pelayanan darurat kegiatan persalinan.

Adapun jumlah Puskesmas Pembantu yang mendukung pelayanan adalah sebanyak 83 unit, dengan rasio Puskesmas Pembantu dan Puskesmas adalah 1:2,3 artinya tiap satu Puskesmas didukung oleh 2-3 Puskesmas Pembantu dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat di Kecamatan. Upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat adalah Posyandu, Polindes, dan Poskesdes. Jumlah Posyandu yang ada di Kabupaten Nganjuk adalah 1.316. Sedangkan Polindes dan Poskesdes adalah salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam rangka mendekatkan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak termasuk keluarga berencana.

Sarana prasara berupa alat kesehatan merupakan pendukung dalam memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Sarana dan prasarana kesehatan di Puskesmas adalah peralatan non medis. Standar peralatan yang wajib dimiliki di Puskesmas berdasarkan ruang dan Program menurut Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2014:19) adalah sebagai berikut:

- |                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| a) Peralatan kefarmasian          | : 15 jenis  |
| b) Peralatan penyuluhan kesehatan | : 17 jenis  |
| c) Peralatan klinik sanitasi      | : 22 jenis  |
| d) Peralatan KIA                  | : 152 jenis |
| e) Peralatan keluarga berencana   | : 44 jenis  |
| f) Peralatan imunisasi            | : 32 jenis  |
| g) Peralatan gizi dan laktasi     | : 27 jenis  |
| h) Peralatan poli umum            | : 54 jenis  |

- i) Peralatan UGD : 200 – 204 jenis
- j) Peralatan pengobatan gigi dan mulut : 47 jenis
- k) Peralatan laboratorium : 45 – 46 jenis
- l) Peralatan rawat inap : 28 jenis
- m) Peralatan rawat inap PONED : 194 jenis

### c. Isu Strategis terkait Kesehatan di Kabupaten Nganjuk

Isu strategis terkait dengan kesehatan yang menjadi prioritas isu di Kabupaten Nganjuk menurut Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk tahun 2013 – 2018 diantaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Angka Kematian Ibu (AKI) yang selalu mengalami kenaikan.
- 2) Angka Kematian Bayi (AKB) yang selalu mengalami kenaikan selama 5 tahun. Pada tahun 2008 AKB berada pada angka 8 bayi per 1000 kelahiran hidup. Dan pada tahun 2012 menjadi 17, 62 bayi per 1000 kelahiran hidup.
- 3) Tingkat kesehatan penduduk miskin yang masih rendah. Di Kabupaten Nganjuk sendiri jumlah masyarakat miskin pada tahun 2012 adalah 310.239 jiwa dengan total penduduk 1.025.515 atau sebesar 30,25%. Sehingga urusan kesehatan dari penduduk miskin tersebut masih menjadi tanggungan pemerintah sebagaimana yang diamanatkan undang undang.

### B. Gambaran Umum Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi)

Angka Kematian Ibu di Kabupaten Nganjuk pada tahun 2013 mencapai 157.48 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi yang mencapai 21.52 per 1.000 kelahiran hidup, angka tersebut menunjukkan masih tingginya

angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Nganjuk dibandingkan dengan target RPJMN 2010-2014 dan target Millenium Development Goals yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Untuk menyikapi kondisi tersebut pemerintah Kabupaten Nganjuk, telah melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan bayi dan balita serta pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana baik di tingkat masyarakat, Puskesmas dan Rumah Sakit, dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait serta jejaring lain yang turut mendukung upaya tersebut. Salah satunya adalah kegiatan ANC (*antenatal care*) Terpadu pada Ibu Hamil resiko tinggi yang diikuti dengan pendampingan oleh kader yang dinamakan Gerdaristi. Pada awal dilaksanakannya program Gerdaristi ini yaitu tahun 2013 dibagi menjadi lima wilayah pembagian tim, yaitu :

- 1) Tim 1 : Ngronggot, Tanjunganom, Pace dan Prambon
- 2) Tim 2 : Ngluyu, Gondang, Rejoso dan Nganjuk
- 3) Tim 3 : Wilangan, Bagor, Baron dan Sukomoro
- 4) Tim 4 : Sawahan, Ngetos, Berbek dan Loceret
- 5) Tim 5 : Patianrowo, Jatikalen, Kertosono dan Lengkong

Suatu Program akan bisa berjalan dengan baik dan lancar apabila didukung oleh berbagai sarana dan prasarana salah satunya adalah kekuatan yuridis formal. Adapun dukungan Pemerintah Kabupaten Nganjuk dalam program Gerdaristi ialah Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/120/K/411.013/2014 tentang Perubahan atas Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/336/K/411.013/2013 tentang Pembentukan Tim Gerakan Pendampingan Ibu Hamil dan Bayi Resiko

Tinggi Kabupaten Nganjuk dan Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi. Sedangkan pendanaan kegiatan Program Gerdaristi bersumber dari dana APBD Kabupaten Nganjuk dan bantuan lain yang sifatnya tidak mengikat. Program Gerdaristi dalam pelaksanaannya memiliki dua prinsip, yaitu :

- 1) Semua Ibu hamil risiko tinggi diberikan pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas Induk setiap 1 bulan sekali.
- 2) Setiap Ibu hamil risiko tinggi didampingi oleh 1 orang kader sampai dengan melahirkan beserta bayi yang baru dilahirkannya.

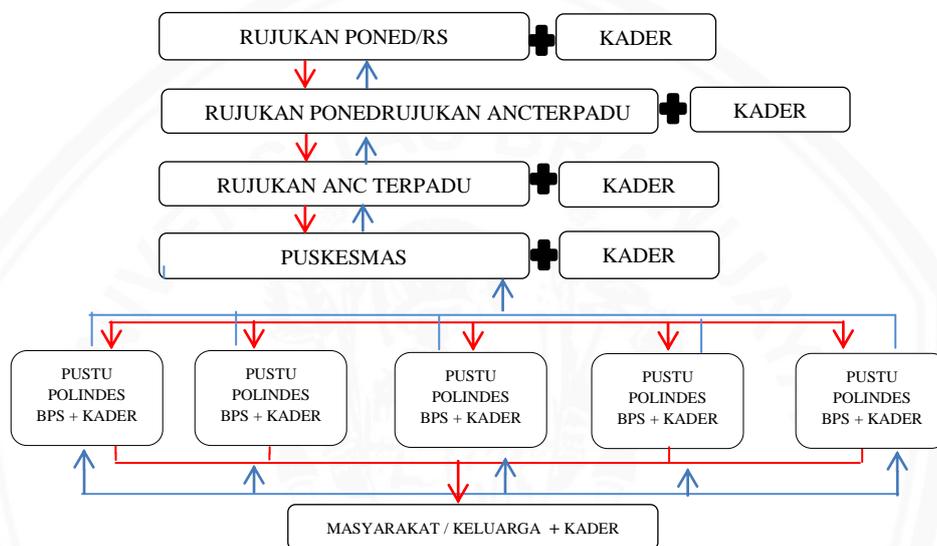
Program Gerdaristi dalam pelaksanaannya memiliki banyak kegiatan, diantaranya :

- 1) Pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas Induk :
  - a) Dilakukan anamnesa
  - b) Dilakukan pemeriksaan fisik dan obstetri
  - c) Ditegakkan diagnosa
  - d) Diberikan terapi sesuai dengan diagnosa
  - e) Diberikan PMT Pemulihan Bumil KEK sesuai dengan indikasi
  - f) Dilakukan pemeriksaan penunjang bila perlu
  - g) Dilakukan rujukan bila perlu
  - h) Melakukan intervensi lanjutan setelah ada rujukan balik
  - i) Melakukan pencatatan di kartu ibu, buku KIA, dan register masing-masing program terkait.
- 2) Pendampingan dan pemantauan oleh kader

### 1. Alur Pendampingan Dalam Pelayanan Ibu Hamil Risiko Tinggi

Program Gerdaristi menekankan pada proses pendampingan terhadap ibu hamil yang memiliki resiko tinggi ketika melahirkan, terdapat dua alur pendampingan dalam program gerdaristi yaitu ;

#### 1) Alur Pendampingan Kader dalam Pelayanan Ibu Hamil Resiko Tinggi

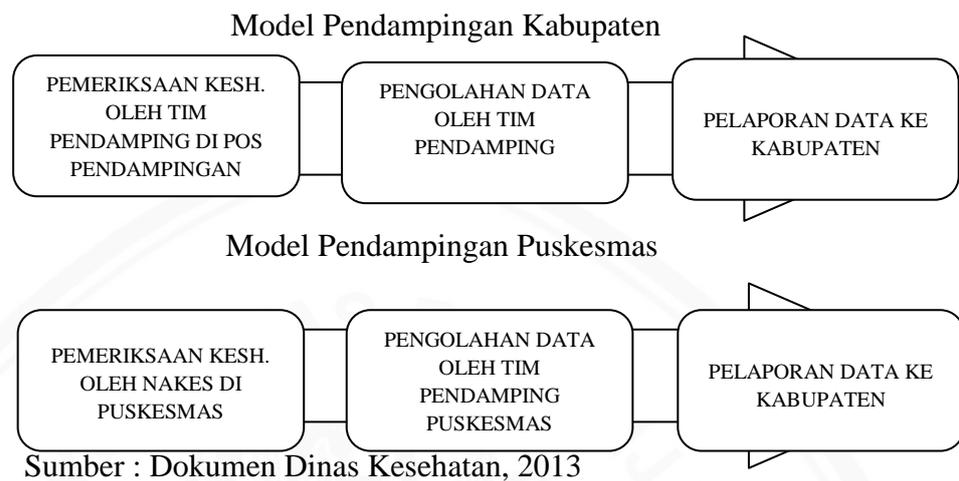


Sumber: Dokumen Dinas Kesehatan, 2013

**Gambar 15 Alur Pendampingan Kader dalam Program Gerdaristi**

Program Gerdaristi ini memberikan pendampingan oleh kader dari proses paling awal yaitu saat dirujuk oleh PONEK/Rumah Sakit hingga proses setelah nifas atau melahirkan.

2) Alur Pendampingan Kabupaten dan Puskesmas dalam Pelayanan Ibu Hamil Resiko Tinggi



**Gambar 16 Alur Pendampingan Kader dalam Program Gerdaristi**

Dari gambar diatas, terlihat pemerintah Kabupaten Nganjuk dan Puskesmas di Kabupaten Nganjuk juga ikut andil memberikan pendampingan dalam Program Gerdaristi.

**2. Tugas Pokok dan Fungsi Pihak yang Terlibat dalam Program Gerdaristi**

Berikut uraian tugas pokok dan fungsi pihak-pihak yang terlibat dalam Program Gerdaristi:

- 1) Tugas Kepala Puskesmas:
  - a) Mengkoordinasikan kegiatan akselerasi penurunan AKI dan AKB dengan intern staf Puskesmas dan ekstern dengan lintas sektor dan mitra terkait.
  - b) Memfasilitasi kebutuhan sarana dan prasarana terkait dengan akselerasi penurunan AKI dan AKB.

- c) Melakukan analisa kegiatan terkait dengan pelayanan ANC Terpadu di Puskesmas.
- 2) Tugas Dokter Umum dan Bidan Koordinator:
- a) Melakukan pemeriksaan status kebidanan dan status fisik terhadap Bumil RT yang dirujuk ke Puskesmas Induk
  - b) Menganalisa dan memberikan pengobatan sesuai dengan masalah medis Bumil RT (preventif dan kuratif).
  - c) Koordinasi dengan unit-unit yang terkait dengan kegiatan ANC terpadu di lingkup Puskesmas.
  - d) Melakukan rujukan laboratorium dan rontgen atau penanganan lebih lanjut ke RS bagi Bumil RT sesuai indikasi.
  - e) Memberikan rujukan balik ke Bidan wilayah
  - f) Melakukan konseling berkaitan dengan kondisi kesehatan Bumil RT
  - g) Melakukan pencatatan di form pendampingan tentang kemajuan kesehatan Bumil RT setiap bulan.
  - h) Sedangkan tugas bidan koordinator ialah membantu tugas dokter umum.
- 3) Tugas Tenaga Gizi dan Tenaga Laboratorium:
- a) menerima pelayanan rujukan Bumil resiko tinggi.
  - b) Melakukan konseling serta intervensi terkait dengan permasalahan gizi bagi Bumil.
  - c) berkoordinasi tentang rujukan pelayanan ANC Terpadu.
  - d) Melakukan pencatatan di kartu ibu, buku KIA, dan register program gizi
- Sedangkan tugas pokok Tenaga Laboratorium yaitu ;

- a) Melakukan pemeriksaan laboratorium sesuai dengan kemampuan terhadap rujukan Bumil resiko tinggi.
  - b) berkoordinasi tentang rujukan pelayanan ANC Terpadu.
  - c) Melakukan pencatatan di kartu ibu, buku KIA, dan register laboratorium.
- 4) Tugas Koordinator Imunisasi dan Pengelolaan Obat.

Tugas pokok Koordinator Imunisasi ialah:

- a) menerima pelayanan rujukan Bumil resiko tinggi.
- b) berkoordinasi tentang rujukan pelayanan ANC Terpadu.
- c) melakukan pencatatan di kartu ibu, buku KIA dan catpor yang ada pada program imunisasi.

Tugas pokok Pengelolaan Obat ialah:

- a) Memberikan obat sesuai dengan instruksi.
- b) melakukan catpor tentang obat pelayanan ANC Terpadu di catpor yang ada di LPLPO.

- 5) Tugas Bidan Pembina Wilayah:

- a) Bertanggung jawab mengawal/mendampingi Bumil RT yang ada di wilayahnya.
- b) Pendampingan dilakukan 1 minggu 1-2 kali pada setiap sasaran Bumil RT.
- c) Pendampingannya meliputi kondisi kesehatan, pola makan pada Bumil RT, peran atau dukungan keluarga.
- d) Melakukan pemetaan di masing-masing keluarga.
- e) Melaksanakan deteksi dini RT Bumil diwilayah binaannya.

- f) Mencatat dan melaporkan ke tingkat kecamatan tentang kondisi Bumil RT yang ada di wilayah binaannya.
- 6) Tugas Kader Pendamping:
- a) memdampingi ibu hamil resiko tinggi sampai dengan masa nifas beserta bayi yang baru dilahirkan dengan jalan melakukan kunjungan ke ibu hamil resiko tinggi secara berkelanjutan.
  - b) melakukan identifikasi terhadap ibu hamil resiko tinggi ,melakukan pencatatan dan pelaporan atas perkembangan ibu hamil resiko tinggi yang didampingi.
  - c) memberikan nasehat, mengantarkan kasus rujukan dan menindak lanjuti masalah pasca rujukan atau perawatan.

### **C. Penyajian Data**

Sub bab ini berisi mengenai sajian data-data hasil penelitian dalam bentuk deskripsi, tabel, atau gambar. Bagian ini memaparkan data hasil penelitian mengenai implementasi strategi dalam meningkatkan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) serta faktor pendukung dan penghambat implementasi strategi.

#### **1. Implementasi Strategi dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi)**

Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) merupakan salah satu program milik Kabupaten Nganjuk dalam rangka upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang

mulai dilaksanakan pada 29 Agustus 2013 dengan dikeluarkannya Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/120/K/411.013/2014 tentang Perubahan Atas Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/336/K/411.013/2013 tentang Pembentukan Tim Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi Kabupaten Nganjuk dan Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi.

Melalui Gerdaristi, Kabupaten Nganjuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi melalui Puskesmas dan Rumah Sakit, dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait serta jejaring lain. Kegiatan utama yang dilakukan dengan Gerdaristi adalah ANC (*antenatal care*) Terpadu pada Ibu Hamil resiko tinggi yang diikuti dengan pendampingan oleh kader. Adapun implementasi strategi dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) dapat diuraikan sebagai berikut:

#### **a. Tujuan dan Keputusan Strategi Operasional**

Tujuan dan keputusan strategi operasional menjadi suatu hal yang penting dalam pelaksanaan strategi pemerintah daerah, khususnya dalam pelaksanaan program Gerakan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi). Adapun tujuan umum dari dilaksanannya Gerdaristi adalah untuk menekan angka kematian ibu dan bayi dengan meningkatkan status kesehatan masyarakat. Sedangkan tujuan khususnya sebagaimana diuraikan dalam Buku Pedoman Gerdaristi adalah sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi status sosial ekonomi, sanitasi lingkungan dan status gizi ibu hamil;

- 2) Memetakan faktor resiko tinggi ibu hamil di Kabupaten Nganjuk
- 3) Meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan kader pendampingan Gerdaristi dengan pelatihan;
- 4) Memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu hamil resiko tinggi;
- 5) Melakukan pendampingan kepada ibu hamil resiko tinggi;
- 6) Menganalisa perkembangan status gizi dan status perkembangan resiko ibu hamil Gerdaristi;
- 7) Menganalisis perkembangan status kesehatan ibu hamil Gerdaristi;

(Dokumentasi Penulis, 2017)

Tujuan ini juga sebagaimana yang diungkapkan oleh Ibu Naning salah satu Staff Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut:

“Iya sudah tidak lagi seperti itu, awal dulunya dibagi gitu ada 5 wilayah. Sekarang langsung tim ada 10. Kalau dulu pelayanan ANC terpadu disitu yang melayani Dinkes di Puskesmas. Posnya disana. Jadi gimana ANC terpadu yang sebenarnya dulu. Kemudian ditahun berikutnya tim itu tinggal mantau saja, pelaksananya puskesmas. Artinya kan dinas kesehatan sudah memberi contoh yang ideal itu seperti ini 2 tahun itu mbak dengan 5 tim di 5 wilayah itu. Tahun ketiga kemudian Puskesmas itu sendiri, kita Dinkes mamantau aja... Jadi dari Dinas Kesehatan tetep turun setiap bulan. Tapi tidak lagi melaksanakan. Kalau dulu melaksanakan, jadi meriksa hamil, ngrujuk ke dokter, tensi itu kita. Pokoknya memberi contoh yang ideal. Sambil mendampingi...Seperti yang tertulis disitu, bahwa AKB dan AKI yang masih tinggi. Nganjuk itu tahun 2013 menduduki rangking ke 4 Provinsi Jawa Timur yang angka kematian ibu dan bayinya tinggi. Yang AKBnya malah no 1. Memang sebenarnya sudah ada penerapan ANC. Dipicu oleh AKB dan AKI yang tinggi di Nganjuk. Akhirnya diperkuat dengan Gerdaristi ini. Ya memang penurunannya signifikan. Sudah turun 2 garis. Turun terus kematian ibunya. AKB malah penurunannya banyak. ...”(wawancara pada 12 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara dan dokumentasi tersebut terlihat bahwa tujuan utama dari diadakannya Gerdaristi di Kabupaten Nganjuk ini adalah untuk menekan angka kematian ibu dan bayi yang riskan terjadi pada masa kehamilan

dan kelahiran. Program ini berangkat dari tingginya angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Nganjuk yang melalui program ini angka tersebut dapat diturunkan.

Untuk mencapai tujuan yang telah dikemukakan tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk melalui tim pelaksana Gerdaristi melakukan strategi operasional yang dapat diuraikan sebagai berikut:

#### 1) Penemuan Ibu Hamil Resiko Tinggi

Penemuan ibu hamil resiko tinggi merupakan kegiatan awal dari pelaksanaan Gerdaristi. Kegiatan ini awali dengan pengumpulan data ibu hamil yang ada diwilayah masing masing sebagaimana diungkapkan oleh Ibu Nanik sebagai Bidang Koordinator Kecamatan Nganjuk sebagai berikut:

“Untuk pelaksaan Gerdaristi itu bidan koordinator mempersiapkan pelaksanaan. Menghubungi bidan wilayahnya untuk mendata ibu hamil. Kan dari ibu bidan wilayah ada pendapatan ibu hamil itu ada laporannya ke sini K1 nya. Kemudian kita tentukan resikonya. Kita konfirmasi dengan bidan wilayah betul nggak ibu hamil ini skornya sekian. Kemudian setelah itu kita kumpulkan disini kita data dan kita laporkan ke Dinas Kesehatan. Nah dari sana ditentukan siapa yang masuk sasaran Gerdaristi, karena kuotanya dibatasi kan. Nah ini kita dapat 8. Jadi kita ambilkan yang resikonya tinggi disini dari Kedungdowo 2, Kramat 2, Jatirejo 1, Begadung 3. Tapi Bedagung 1 abotos. Terus Jatirejo pindah ke Surabaya. Jadi tinggal 6. Tapi ini tadi yang datang 5 satunya sakit. Jadi yang datang ibu kadernya. Jadi walaupun ibu hamilnya nggak datang, tapi tetap ibu kadernya kesini melaporkan hasil pantauan yang didampingi tadi. Kan tiap minggu bu kadernya mengisi disitu... Nggak mesti mbak kita dapatnya tahun ini 8, yang tahun kemarin itu 11. Tahun dulu itu 13, tergantung dananya dari Dinkes juga. Terus disamping itu tergantung kriteria yang kita ajukan skornya. Kalau skornya nggak terlalu tinggi ya nggak anu, nanti bisa dipantau bidan desa.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Pernyataan dari narasumber diatas juga dikuatkan dengan hasil wawancara dengan Ibu Dewi sebagai Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot sebagai berikut:

“Kalau operasional waktu pelaksanaan kan kita disampling dulu. Nah yang nyampling itu kan Dinas Kesehatan. Dari semua ibu hamil yang Resiko Tinggi sekecamatan Ngronggot. Terus kita ada pagu diambil 20 itu nanti pas pelaksanaan mereka harus didampingi oleh kader yang setiap hari jadwalnya sudah ditentukan. Datang gitu aja terus dilakukan pemeriksaan seperti itu.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Terdapat pernyataan lain yang mendukung terkait dengan penemuan ibu hamil resiko tinggi didapat melalui hasil wawancara dengan Ibu Widarti sebagai Bidan Wilayah Ngronggot sebagai berikut:

“Kan nanti biasanya ketemu lagi dengan ibu hamilnya periksa, tiap periksa. Untuk yang pertama kali mengirimkan data itu kan kita lalu ke dinas. Nah dari dinas itu kan dipilih siapa yang masuk Gerdaristi... Jadi yang menjaring itu bidan wilayah, terus ke puskesmas, dari puskesmas dilaporkan ke dinas... Kadang juga kader yang mencari. Maksudnya kan mereka yang dekat. Nanti kader melapor ke kita lalu kita ke Dinas. Nah Dinas kan nanti yang menilai dan bisa diketahui resikonya itu kan dari laporan kita.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diatas dapat diketahui bahwa penemuan ibu hamil resiko tinggi diawali dengan kegiatan pendataan ibu hamil dari bidan wilayah. Setelah kegiatan pendataan dilakukan dan telah diketahui kondisi kesehatan dari ibu hamil bersangkutan, data akan ditentukan faktor resikonya oleh Bidan Koordinator di tingkat kecamatan untuk kemudian disetorkan kepada Dinas Kesehatan dalam rangka pelaksanaan Gerdaristi. Tidak semua ibu hamil resiko tinggi di suatu wilayah dapat menjadi sasaran Gerdaristi dikarenakan terdapat pagu pelaksanaan kegiatan. Mengenai pagu dari sasaran Gerdaristi ini dikuatkan dengan hasil wawancara dengan Ibu Dewi sebagai Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot sebagai berikut:

“Memang itu mbak sudah ditentukan dari Dinas. Soalnya kan dia dapat transport. Jadi dari dinas itu notanya dapat berapa, terus nanti dibagi 20 itu

karena di Ngronggot dapat pagunya 20. Ini kemarin disini dapat 8 jadi ya dibagi 8. Yang didanai dibatasi, tapi kalau yang nggak didanai ya semua diperiksa disemua Desa...”(wawancara pada 8 Juni 2017)

Hal ini juga sebagaimana yang diungkapkan oleh Ibu Naning selaku salah satu Staff Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dalam kutipan wawancara sebagai berikut:

“... Jadi tiap dapetnya 4 ya 4. Tapi gini diawal tahun resiko tinggi misalnya di Ngronggot 20, tidak kemudian di bulan kemudian bisa nambah dari 20 itu. Jadi 20 itu diselesaikan dalam 1 tahun. Yang tidak termasuk Gerdaristi ini, ada lagi masuk Gerdaristi yang dari Puskesmas. Tidak didanai APBD, tapi didanai Puskesmas. Misalnya ini sasarannya di bulan Januari, ditemukan misalnya ibu hamil resiko tinggi pada Bulan Maret, nah ini ditangani sendiri oleh Puskesmas dengan ANC Terpadu juga oleh Gerdaristi cuma tidak didanai APBD...”(wawancara pada 12 Juni 2017 )

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diatas dapat diketahui bahwa tidak semua ibu hamil resiko tinggi dapat ditangani oleh tim Gerdaristi yang dibina oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dikarenakan keterbatasan dana dan adanya pembatasan peserta yang telah diatur oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Namun ibu hamil resiko tinggi ini tetap dapat mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Puskesmas.

## 2) Penentuan kader pendamping

Penentuan kader pendamping merupakan tahap lanjutan dari pelaksanaan Gerdaristi. Dimana kader pendamping menjadi aktor yang penting untuk menekan AKI dan AKB. Adapun penentuan kader pendamping diawali dengan pengumpulan kader kesehatan oleh bidan pembina wilayah. Sebagaimana diungkapkan oleh salah satu Kader Pendamping ibu hamil resiko tinggi di Kecamatan Ngronggot yakni Ibu Darmiyanti sebagai berikut:

“Ya, langsung pengarahan itu mbak. Langsung dikumpulkan gitu. Itu bukunya juga ada to. Dulu dari bidan desa sudah ada, jadi sudah tau ini yang beresiko. Lalu langsung ini dikirim dikasi pengarahan di Nganjuk, tapi kadernya aja... Oo itu ya ada waktu pertama kali diskor itu. Diberi tau kalau di resiko tinggi. Kan waktu pertama yang skoring ibu bidannya. Jadi ini yang masuk, nah terus dilihat itu wilayahnya kader siapa. Baru kita datang ke bumilnya itu. Memberi tahu kalau dia masuk gerdaristi ...Kalau dulu ditunjuk Bu Pamong siapa yang mau. Karena jadi kader itu kan sukarelawan kesadaran gitu.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat diketahui bahwa penentuan kader pendamping diawali dengan kegiatan pengumpulan seluruh kader dan pemberian pengarahan oleh bidan pembina wilayah mengenai materi dan pendampingan terkait ibu hamil resiko tinggi. Setelah itu, bidan pembina wilayah menentukan kader pendamping bagi ibu hamil resiko tinggi yang sudah didata sebelumnya dengan ketentuan satu kader pendamping satu ibu hamil resiko tinggi. Setelah kader ibu hamil resiko tinggi ditentukan, maka kader akan mulai melakukan pendampingan. Pemilihan kader pada umumnya direkomendasi oleh ibu pamong atau secara sukarela. Kemudian selanjutnya, kader-kader ini akan diberikan pengarahan lebih lanjut oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Terkait dengan pemilihan kader, terdapat kriteria atau hal-hal yang menjadi perhatian sebagaimana dikemukakan oleh Ibu Widarti sebagai bidan wilayah Ngronggot melalui cuplikan wawancara berikut:

“Kan jelas itu dekat dengan pasien. Yang pegang wilayahnya itu. Terus ibu kader yang sudah terlatih untuk mendampingi. Jadi ada program itu semua kadernya dilatih lagi soalnya yang kemarin belum tentu sekarang mendampingi lagi, walaupun kader gerdaristi yang sebelumnya sudah ada pelatihan...Iya tidak ada. Jadi mereka sukarela soalnya kader posyandu...Yang jelas itu tadi yang sudah di blok, tapi kalau kelihatannya gimana gitu... Tapi misalnya gini, kalau ditempat saya itu kan ada yang jadi PNS daripada nanti mengganggu pekerjaan jadi dia rekomendasi temannya kepada saya.” (wawancara pada 8 Juni 2017 )

Hal serupa juga dikemukakan oleh Ibu Nanik selaku Bidan Koordinator Kecamatan Nganjuk sebagai berikut:

“Kadernya yang rumahnya paling dekat dengan ibu hamil dan ibu yang "entengan". Jadi dia mau menanyakan dan memantau bumilnya tiap minggu, kondisinya gimana, keluhannya apa. Kalau ada keluhan dia bersedia ngantar kesini, terus konsultasi misalkan bumil ini keluar darah atau pusing. Seperti tadi itu bumilnya nggak datang tapi bu kadernya kesini. Memberi laporannya. Jadi yang dicarikan yang paling dekat biar bisa mantau setiap saat.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diatas dapat diketahui bahwa kader pendamping untuk ibu hamil resiko tinggi diutamakan pada kader yang kediamannya dekat dengan pasien. Hal ini untuk mempermudah pemantauan kondisi ibu hamil terkait dengan keluhan atau situasi lain. Selain itu kader juga ditentukan bagi yang sudah terlatih untuk mendampingi. Kader pendamping untuk Gerdaristi adalah bersifat sukarela. Untuk kondisi calon kader tidak dapat mendampingi (misalnya dikarenakan jadwal pekerjaan yang tidak fleksibel) dapat dilakukan pemilihan kader berdasarkan rekomendasi kepada bidan wilayah. Tetapi kader tetap dipilih atau ditetapkan oleh bidan wilayah.

### 3) Sosialisasi Pendampingan

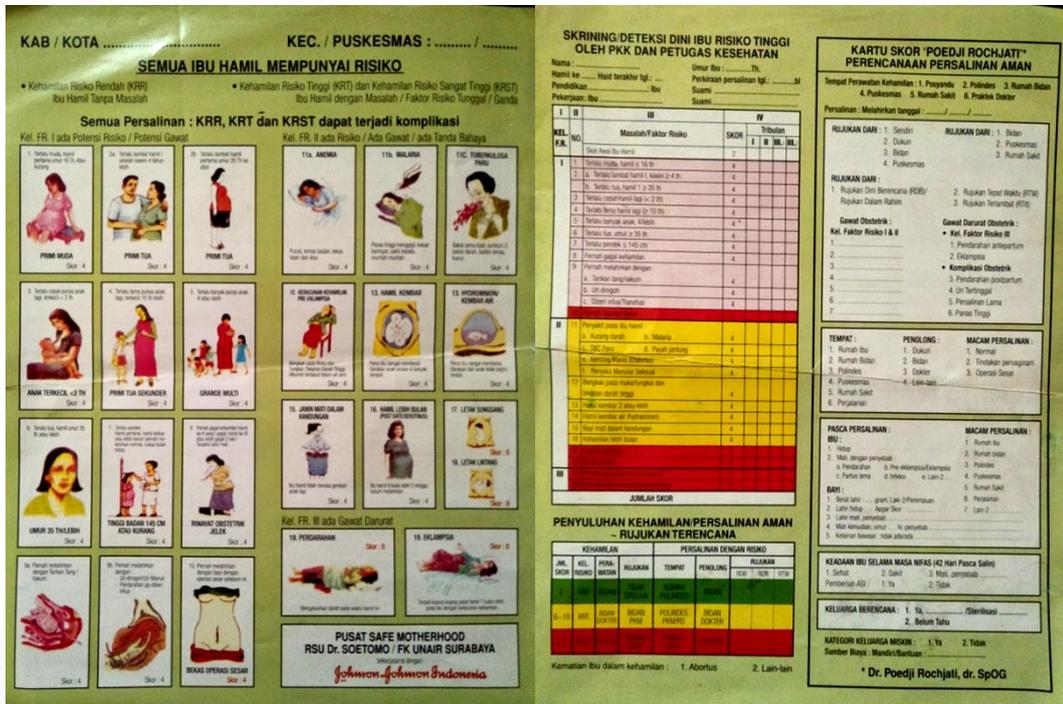
Strategi lanjutan dari pelaksanaan Gerdaristi ini adalah dengan adanya kegiatan sosialisasi pendampingan kepada kader-kader dan bidan diseluruh Kabupaten Nganjuk yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Adapun kegiatan sosialisasi pendampingan sebagaimana yang dikemukakan oleh Ibu Nanik selaku Bidan Koordinator Kecamatan Nganjuk dalam cuplikan wawancara berikut:

“Kalau sosialisasi sudah ada sejak dulu. Ini kan programnya sejak 2013. Jadi sejak dulu kita sudah sosialisasi di pertemuan PKK, saat pertemuan kader di wilayah kelurahan masing masing atau disini tiap 3 bulan. Itu kader sudah tau semua Gerdaristi dan Gentasibu itu sudah paham semua. Pasti pelaksanaannya bersamaan. Program ini kan cuma ada di Kabupaten Nganjuk aja to, lainnya nggak ada. ... Karena sebelum mendampingi itu kan ada pembekalan di Kabupaten. Jadi dia sudah mumpuni.” (wawancara pada 9 Juni 2017)

Hal serupa juga dikemukakan oleh salah satu kader pendamping ibu hamil resiko tinggi di Kecamatan Ngronggot, yakni Ibu Dwi Indiyah dalam cuplikan wawancara berikut:

“Ada, pelatihannya di Ged. Wanita. Yang pertama itu dari kabupaten khusus kader pendamping... Dari Dinkes, tapi yang kasih materi bidan Puskesmas... Ya tentang ibu hamil resiko tinggi. Misalkan jarak kelahiran lebih dari 5 tahun. Terus usia ibu lebih dari 35 tahun tinggi kurang 145. Itu ada semua kriteria. Anak terlalu banyak gitu.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi penulis, kegiatan sosialisasi kader pendamping Gerdaristi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dengan mengumpulkan kader pada awal pelaksanaan program (pada umumnya setiap awal tahun, yakni pada bulan Januari – Februari). Disini kader-kader akan dibekali dengan materi terkait ibu hamil resiko tinggi seperti kriteria ibu hamil yang dikatakan beresiko tinggi dan cara untuk melakukan skoring dengan skor Poedji Rochdjati (berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa kader pendamping di Kecamatan Ngronggot, 8 Juni 2017). Selain melalui sosialisasi langsung oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, karakteristik ibu hamil resiko tinggi juga dapat diketahui melalui kartu khusus sebagaimana terlihat pada gambar dibawah ini:



Sumber : Dokumentasi Penulis, 2017

Gambar 17 Kartu Kriteria Ibu Hamil Resiko Tinggi

Melalui kartu hijau tersebut dapat diketahui bahwa resiko ibu hamil terbagi atas:

- a) Kehamilan resiko rendah (KRR) atau ibu hamil tanpa resiko;
- b) Kehamilan resiko tinggi (KRT);
- c) Kehamilan resiko sangat tinggi (KRST).

Pada kartu telah hijau diatas telah dijelaskan mengenai faktor-faktor yang menyebabkan kehamilan beresiko tinggi misalnya usia kehamilan usia dini (<16 tahun), keterlambatan hamil (4 tahun < usia pernikahan atau usia ibu >35 tahun), jarak antar anak kurang dari 2 tahun, jarak anak yang terlalu panjang (>10 tahun), tinggi badan ibu kurang dari 145cm, riwayat obstetrik buruk (pernah mengalami kegagalan hamil), dan sebagainya. Pada kartu tersebut juga sudah



tertera skor yang harus diberikan untuk tiap gejala. Rata-rata jumlah skor adalah 4, namun untuk riwayat operasi sesar dan posisi bayi yang tidak normal memiliki skor tinggi yakni 8.

#### 4) Pelatihan Kader Pendamping

Dalam proses pelaksanaan pendampingan ibu hamil resiko tinggi terdapat beberapa kali pelatihan yang diberikan kepada kader sebagai dikemukakan oleh Ibu Dewi sebagai Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot sebagai berikut :

“ya sebelum hari H pelaksanaan mereka dibreafing mbak semuanya, kader sekalian sak PKKnya. Semua Kader Gerdaristi. Ada laporannya sendiri versinya PKK. Kalau versi saya dari Bikor ada, dari Dinas Kesehatan juga ada...” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Hal senada juga dinyatakan oleh Ibu Nanik selaku Bidan Koordinator Kecamatan Kecamatan Nganjuk dalam cuplikan wawancara sebagai berikut:

“Kalau kader itu setiap saat kita refresh ya bekal pengetahuan per pertemuan. Karena sebelum mendampingi itu kan ada pembekalan di Kabupaten. Jadi dia sudah mumpuni. Tapi kalau masalah pengetahuan itu kan kader ada yang tajam ada yang begini ini. Istilahnya mendayagunakan SDM. Pembekalannya juga poin-poin tertentu saja dengan bahasa yang mudah dimengerti masyarakat awam.” (wawancara pada 15 Juni 2017).

Kedua pernyataan diatas dikuatkan dengan pernyataan dari Ibu Naning salah satu staff Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut:

“Gini, kalau pelatihan itu kan yang dilatih kader. Ada kader ada petugas kesehatan. Kalau bidan kan sudah terpapar ya ANC terpadu. Karena ANC terpadu itu kan ada selain bidan, ada gizi, ada petugas laborat, ada gigi. Nah itu di sinergikan disinkrunkan bahwa ANC Terpadu itu kan terintegrasi. Untuk kader itu bagaimana harus mendampingi ibu hamil mulai dinyatakan hamil sampai nifas itu oleh kader. Bagaimana mendeteksi, kok dikatakan masuk resiko tinggi. Kepada kader itu diajarkan. Ngisi skor. Dari skor ini kalau kemudian ditambah skor ini jadinya gimana, oh artinya kalau skornya segini itu resiko tinggi. Itu kader tau.” (wawancara pada 12 Juni 2017)

Pernyataan serupa terkait dengan materi pelatihan yang diberikan kepada kader pendamping juga diutarakan oleh salah satu kader pendamping Gerdaristi di Kecamatan Ngronggot yakni Ibu Dwi Indiyah bahwa ibu Gerdaristi memiliki resiko tinggi masing-masing, melalui pelatihan dan pembinaan diajarkan cara melahirkan agar bisa selamat dan penyampaian keluhan-keluhan yang dialami ibu hamil (wawancara pada 8 Juni 2017).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diatas dapat diketahui bahwa pemberian pelatihan dan pembinaan kepada kader-kader pendamping dilakukan satu bulan sekali atau pada saat diadakannya kegiatan rutin pemeriksaan Gerdaristi oleh tim pelayanan kesehatan. Adapun penyampaian materi-materi terkait dilakukan dengan penggunaan bahasa yang dapat dimengerti oleh masyarakat umumnya atau tidak menggunakan terlalu banyak istilah medis. Materi yang banyak diberikan adalah terkait cara untuk mendampingi dari ketika hamil hingga nifas oleh kader. Diantaranya adalah mengenai mendeteksi gejala yang masuk pada resiko tinggi untuk ibu hamil sekaligus pemberian skor oleh kader. Pada saat pembinaan atau pelatihan kader inilah dimana para kader menyampaikan keluhan ibu hamil binaannya sekagus cara untuk menanganinya. Untuk memberi gambaran lebih jelas mengenai kegiatan pelatihan kader pendamping dapat terlihat pada gambar berikut:



Sumber : Dokumentasi Penulis, 2017

### **Gambar 18 Suasana saat Pelatihan Materi Gerdaristi oleh Bidan Wilayah**

Gambar diatas merupakan hasil dokumentasi observasi penulis ketika melakukan penelitian di lapangan. Pada gambar terlihat saat bidan wilayah Nganjuk memberikan materi tentang hal-hal yang perlu diperhatikan pada ibu hamil resiko tinggi dan kader pendampingnya. Pada kegiatan pelatihan dilakukan secara bersama-sama antara kader pendamping dengan ibu hamil yang dibinanya. Melalui forum ini kader, ibu hamil, dan bidan dapat saling memberikan informasi dan diskusi terkait keluhan atau kebutuhan ibu hamil resiko tinggi.



Sumber : Dokumentasi Penulis, 2017

### **Gambar 19 Beberapa Kader Pendamping Gerdaristi**

Pada gambar diatas terlihat beberapa kader pendamping ibu hamil resiko tinggi yang pada saat pendampingan dan pemeriksaan rutin per satu bulan hadir di Puskesmas. Kebanyakan dari kader akan memakai seragam sebagai identitas diri sebagai kader. Pada kegiatan rutin ini, kader akan menyampaikan laporan mingguannya terkait dengan kondisi ibu hamil sekaligus menerima materi pelatihan dari bidan wilayah masing-masing.

#### **5) Pemeriksaan oleh Tim Pelayanan Kesehatan**

Pemeriksaan oleh tim pelayanan kesehatan dilakukan tiap bulan di Puskesmas wilayah. Hal ini sebagaimana Ibu Dewi sebagai Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot sebagai berikut:

“Kalau tugas saya sebagai bidan koordinator, intinya dengan pemberdayaan ke pasien. Salah satunya dengan memberikan pengertian atau memberikan pemberdayaan ke kader agar nanti bisa ditransfer ke pasien. Antara lain itu. Terus yang kedua pemeriksaan ibu hamil. Jadi itu mulai ibu hamil sampai melahirkan. Kan itu untuk menurunkan AKI

dan Bayi. Jadi itu pemeriksaan dengan ANC Terpadu mbak. Jadi mulai dari pemeriksaan laborat harus lengkap sesuai acuanya HB, Golongan darah, BTA HIV AIDS itu kalau ada indikasi misalkan reduksi kalau misalkan ada tekanan darah tinggi ke bumilnya. Kalau hipertensi direduksi kemudian di terpadukan lagi dikopresifhensifkan lagi dengan gigi, khususnya yang TM 1 dan TM2. Ya biasanya TM 1 Screening, kalau ada yang lobang segera diganti. Kalau ada lobang nanti terindikasi infeksi terus kemudian bisa menimbulkan preklamsi atau kemudian bisa menimbulkan bakteri kuman akibatnya bayi bisa lahir prematur. Jadi mencegahnya kearah situ. Terus kalau ada yang kurang gizi, sebenarnya nggak harus dengan lingkaran kebutuhan ibu hamil harus dipenuhi, tapi harus tetap konsultasi ke gizi tentang kebutuhan nutrisinya kan lain asupannya. Terus yang keempatnya, konsul dokter. Tidak tiap ada keluhan aja. Kalau khusus yang Gerdaristi sebenarnya tiap kali pelaksanaan. Tapi kita ya seperti itu tadi, kalau ada keluhan. Kalau bisa bisa ditangani sendiri ya mereka tangani sendiri, kebanyakan kebutuhan mereka sendiri. Misalnya minum tablet tambah darah yang mereka belum sadar manfaat atau efeknya. Kalau adanya penyakit tpenyerta, biasanya mereka ke dokter umum. Kalau dokter umum nggak ini baru ke dokter kandungan SpOg...Iya, sama asisten saya biasanya. Kalau sendirian nanti konselingnya nggak selesai-selesai. 10 aja gitu. Masing-masing ibu hamil kan kebutuhannya sendiri-sendiri, tapi aku punya buku lesnya. Jadi ada yang anemia, ada yang lingkaran. Kalau yang Hbnya normal, kan beda bisa karena usia. Jadi resiko tingginya yang mana, jadi nggak bisa 20 orang sama penyuluhan.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Terkait dengan pemeriksaan oleh tim pelayanan kesehatan juga dikemukakan oleh Ibu Nanik sebagai Bidan Koordinator Nganjuk sebagai berikut:

“Nah setiap bidan wilayah itu mengadakan kelas ibu hamil terus nanti bumil resiko tinggi dirujuk disini. Semua sudah seperti itu disini kita lakukan pemeriksaan rutin lengkap. ANC Terpadu kita ke gigi, terus kalau ada penyakit ya kita konsulkan ke dokternya. Kemudian laboratnya, kalau KEK yang kita konsulkan ke gizi. Sudah dikondisikan seperti itu dibidan desa masing-masing yang tidak didanai dikonsulkan kesini. Terus kelas ibunya diadakan diwilayahnya masing-masing. Cuman kalau yang di Puskesmas diadakan ketika Gerdaristi. Jadi pesertanya ya ada yang bukan dari Gerdaristi, semuanya. Jadi bumil yang periksa saat itu ya saya ikutkan kelas ibu hamil. Tiap bulannya begitu.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan kepada ibu hamil diantaranya adalah melalui konsultasi, pemeriksaan medis, dan tindak lanjut keluhan pada

ibu hamil resiko tinggi. Pemberian pelayanan kesehatan salah satunya disampaikan oleh ibu hamil resiko tinggi sebagai penerima layanan seperti cek darah, cek HB, gizi, pemberian obat dan vitamin yang dibutuhkan, dan konsultasi dengan bidan (hasil wawancara pada 8 Juni 2017). Beberapa hal yang menjadi perhatian dalam pemeriksaan oleh tim pelayanan kesehatan sebagaimana dikemukakan oleh salah satu kader pendamping ibu hamil resiko tinggi, yakni Ibu Dwi Indiyah sebagai berikut:

“Ya timbang sama ukur tinggi. .Lalu, kalau lingkaran lengannya terlalu kecil. Tergantung butuhnya ibu hamil. Kalau kurang sehat paling diberi susu. Itu gratis. Satu bulan harus habis satu pack 30 bungkus. Jadi harus diminum setiap hari...Nggak bayar, dikasih semua kayak obat tambah darah.”

Hal yang serupa dikemukakan oleh Pak Guruh salah satu staf di Dinas

Kesehatan Kabupaten Nganjuk dalam cuplikan hasil wawancara berikut:

“...baru nanti bu bidan koordinator kecamatan dilakukan pemeriksaan detail. Dibuku ANC ada 10 T. Salah satunya selama kehamilan harus diperiksa oleh dokter gigi atau perawat gigi. Dirujuklah kesana. Diperiksa lagi. Kalau butuh dirujuk. Mbalik lagi ke bidan koordinator. Kalau dia membutuhkan perawatan medis lebih lanjut dirujuk lagi ke dokter umum. Jadi ini yang pegang peran itu bidan koordinator atau bidan penanggungjawab itu.” (wawancara pada 5 juni 2017)

Berdasarkan beberapa hasil wawancara dengan beberapa narasumber dari Dinas Kesehatan, bidan koordinator, hingga ibu hamil sebagai penerima layanan dapat diketahui bahwa kegiatan pemeriksaan oleh tim kesehatan dimana terdiri atas Bidan, Ahli Gizi, Laboratorium, Dokter Umum, Dokter Gigi, dan Dokter Kandungan). Pada pemeriksaan oleh tim kesehatan dilakukan dengan kunjungan ke Puskesmas secara rutin setiap bulan. Jika terdapat hal-hal atau keadaan kesehatan ibu yang perlu dirujuk ke dokter umum atau dokter

kandungan, akan dilakukan rujukan pada dokter terkait untuk penanganan lebih lanjut.

Kegiatan utama dalam pelaksanaan program Gerdaristi adalah pelaksanaan ANC (Antenatal) Terpadu dengan Pendampingan. Kegiatan ANC Terpadu didasarkan pada buku pedoman pelayanan Antenatal Terpadu dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI sebagai berikut:



Sumber: Dokumentasi Penulis, 2017

### Gambar 20 Buku Pedoman Antenatal Terpadu dan Buku KIA

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi penulis, beberapa kegiatan ANC Terpadu yang dilakukan pada saat pemeriksaan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan;
- b) Ukur tekanan darah;

- c) Nilai status gizi yang dinilai dengan ukuran lingkaran lengan atas. Dimana untuk ibu hamil resiko tinggi adalah diindikasi dengan kurang energy kronis (KEK);
- d) Progres pertumbuhan janin dan detak jantung janin yang dilakukan melalui USG;
- e) Imunasi TT (jika ibu hamil belum diimunisasi);
- f) Pemberian tablet tambah darah dan vitamin;
- g) Pemeriksaan laboratorium rutin (periksa golongan darah, Hb, urin, kadar gula, malaria, BTA, HIV);
- h) Pemberian rujukan (jika terdapat ibu hamil yang butuh penanganan lebih lanjut oleh dokter umum atau kandungan);
- i) Konseling pada bidan terkait keluhan atau masalah lain terkait kondisi kehamilan;

Pada ibu hamil yang terjaring Gerdaristi semua pelayanan ini dilakukan tanpa biaya atau gratis, termasuk pemberian makan tambahan (PMT) untuk tindak lanjut KEK. Jenis pelayanan untuk setiap ibu hamil berbeda tergantung pada kondisi atau status kesehatan bayi dan gizi pada saat pemeriksaan dilakukan. Jika ibu hamil membutuhkan rujukan dokter atau tambahan makan, maka fasilitas tersebut juga akan diberikan tanpa biaya. Sedangkan untuk ibu hamil resiko tinggi yang tidak terjaring Gerdaristi, maka akan didukung oleh dana Puskesmas atau tetap berbayar untuk kebutuhan diluar kesanggupan Puskesmas (catatan penulis, 2017).

#### 6) Pelaksanaan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi

Pelaksanaan pendampingan ibu hamil resiko tinggi merupakan kegiatan didominasi oleh peran kader pendamping. Hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Ibu Dewi sebagai Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot bahwa kader selalu melakukan pendampingan tidak harus pada saat ada Gerdaristi (kegiatan per bulan), jadi kader seolah-olah menjadi keluarga atau ibu kedua (hasil wawancara pada 8 Juni 2017).

Selain kader pendamping, pelaksanaan pendampingan ibu hamil resiko tinggi juga dilakukan oleh bidan wilayah sebagai salah satu bagian dari tim pelaksana sebagaimana dikemukakan oleh Ibu Widarti selaku Bidan Wilayah Ngronggot sebagai berikut:

“Kalau tugasnya bidan wilayah yang pertama mengingatkan pasien gitu ya kalau waktunya jadwalnya Gerdaristi. Mengingatkan kader dan pasiennya untuk datang ke Puskesmas. Kalau bidan wilayahnya nggak repot bisa ikut, karena di wilayah kan banyak kerjaan... Yang pasti, kalau untuk Gerdaristi kan kita yang mantau selama ini kan siapa tau ada yang resiko tinggi tapi nggak ikut Gerdaristi kan kita nggak tau. Jadi sebagai bidan kita bertanggungjawab... kalau kader ya Jadi ya ngingetin vitamin, jadwal, dan pemantauan langsung ke pasien tiap minggu yang ikut Gerdaristi. Karena dia kan harus bikin laporan yang per minggu itu.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Terkait dengan pendampingan oleh kader juga dikemukakan oleh salah satu Kader Pendamping di Kecamatan Ngronggot yakni Ibu Dwi Indiyah bahwa terdapat pendampingan sebulan sekali puskesmas ketika diadakan Gerdaristi (wawancara pada 8 Juni 2017). Adapun cara pendampingan sebagaimana dikemukakan oleh kader pendamping lain di Kecamatan Ngronggot yakni Ibu Yuliani sebagai berikut :

“Ya mendampingi ibu hamil, ngantar yang beresiko ke Puskesmas. Ya ngantar, lihat. Tiap minggu ya dikunjungi ada keluhan atau tidak. Terus tiap bulannya baru ke Puskesmas. Ya waktu pertamanya nilainya segini. Terus sekarang gimana. Kalau Hbnya tambah yo ditambah kalau kurang ya dikurangi (min) gitu... Ya ngasih tau kalau minum obatnya tepat waktu nggak. Jadi sedetail mungkin. Mengingatkan kalau makannya gimana. Kalau teratur beritahu. Ada keluhan nggak. Tapi kebanyakan kan rumahnya nggak terlalu jauh sama ibunya. Seandainya dari blok 2 ya kadernya dari blok 2 gitu... Ya tiap hari kan kita ada nomor Hpnya. Atau kalau pas ketemu gitu ditanya. Minum obatnya gimana FE nya gitu.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Peran pendampingan kader juga terlihat melalui cuplikan wawancara dengan Ibu Naning selaku salah satu staff Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut :

“Iya, tentang ANC terpadu sedikit banyak mereka harus tau. Karena ketika membawa ibu hamil ke Puskesmas yang belum di dapat ibu hamil ini selain dari bidan, kader juga harus mengingatkan bidan. Bu ini, dirumah kemarin sulit makan, nggak minum FE. Membantu menjelaskan ke bidan. Ada kalanya ibu hamil itu males minum FE... Jadi kegiatannya ANC Terpadu dengan pendampingan kader di Ibu Hamil sampai nifas.” (wawancara pada 12 Juni 2017)

Berdasarkan beberapa hasil wawancara dengan Bidan Koordinator, Bidan Wilayah, salah satu Staff Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk tersebut dapat diketahui bahwa kegiatan pendampingan oleh kader dilakukan dengan terus mengingatkan ibu hamil resiko tinggi mengenai jadwal pemeriksanaa rutin, jadwal konsumsi obat dan vitamin, serta pengontrolan kondisi pasien melalui kader pendamping setiap satu minggu sekali atau saat dibutuhkan. Pada umumnya, kader bertempat tinggal dekat dengan ibu hamil sehingga pendampingan lebih mudah dilakukan. Selain itu beberapa kader juga menggunakan media SMS sebagai sarana untuk mengingatkan ibu hamil resiko tinggi jika tidak bertemu secara langsung. Tetapi pendampingan tiap minggu

dengan kunjungan ke rumah ibu hamil rutin dilakukan. Kader dibekali dengan pengetahuan mengenai ANC Terpadu agar lebih mudah dalam memberikan skoring per minggu kepada ibu hamil.

Pada kegiatan pelaksanaan pendampingan ibu hamil resiko tinggi selain dilakukan pemeriksaan medis juga diberikan kelas ibu hamil sebagaimana dikemukakan oleh Ibu Nanik sebagai Bidan Koordinator Kecamatan Nganjuk sebagai berikut:

“Sebenarnya kalau Gerdaristi itu kan disini tidak hanya diperiksa saja, tapi juga dikasi kelas ibu hamil. Jadi sebelum pelayanan itu kita lakukan. Terus senam biasanya setelah kelas ibu hamil. Kalau ibu hamil muda biasanya peregangan dan pemanasan saja. Kalau hamilnya sudah diatas 34 minggu itu kita senam...Yo semua. Sebetulnya itu tergantung Puskesmasnya saja. Nah kalau disini kan puskesmas untuk pemeriksanaan kehamilannya aja, tapi ya disini saya kasi kelas ibu hamil biar ibunya ada bekal pengetahuan untuk persiapan persalinan, walaupun di buku KIA sudah ada. Tapi biasanya ibu hamil itu kalau nggak diingatkan nggak dibaca. Nah dengan adanya kelas bumil ini kan seenggaknya dia ingat oo tadi itu ada disini. Nah nanti kalau mau persalinan bisa bukak bukak bukunya itu dicocokkan. ...Kalau yang dibidan wilayah per minggu yang mantau per minggu. Kalau di Puskesmas sebulan sekali. Kalau ada apa-apa bu kader lapor bidan wilayah atau langsung.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara diatas dan obeservasi penulis dilapangan dapat diketahui bahwa selain kegiatan oleh kader, pendampingan ibu hamil resiko tinggi juga dilakukan oleh tim kesehatan (bidan, gizi, dan laboratorium) dengan kunjungan di Puskesmas setiap satu bulan sekali. Pada saat ini dilakukan kelas ibu hamil untuk mengisi waktu menunggu konseling bidan atau dokter (untuk Kecamatan Nganjuk), sedangkan di Kecamatan Ngronggot jadwal kelas ibu hamil dilakukan terpisah dengan jadwal Gerdaristi. Pada kegiatan pendampingan ini ibu hamil beserta kader diberi pengarahan tentang cara mengatasi keluhan beserta makanan atau minuman yang harus atau tidak boleh

dikonsumsi. Pada kegiatan ini pula akan dilakukan rujukan jika ibu hamil memerlukan rujukan kerumah sakit.

#### **b. Rancangan Rencana Istimewa**

Pada program Gerdaristi rancangan rencana istimewa terdapat pada rentang waktu, peran-peran dari aktor yang terlibat dan pengintegrasian dengan program lain. Rentang waktu pelaksanaan program Gerdaristi adalah satu tahun sebagaimana dikemukakan oleh Ibu Dewi selaku Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot sebagai berikut:

“Iya memang program dari Pak Bupati gitu... ya, kamplingannya 10 bulan mbak. Jadi waktu mau hari H Gerdaristi dipilih men terakhir yang sekiranya dia masih muda dan dia kaya Mou kita taken kontrak 10 bulan.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Mengenai rentang waktu penyelesaian program Gerdaristi ini juga dikemukakan oleh salah satu ibu hamil resiko tinggi sebagai berikut:

“Dari tahun ini bulan Januari. Awal tahun langsung mulai didata sampai lahiran. Sampai habis tahun... Iya bayinya dibawa, jadi dijamin kesehatannya sampai bayinya lahir... sekarang sudah 9 bulan. Kalau nggak ada keluhan ya udah. Kalau perlu obat ya dikasih.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Keterangan yang serupa juga disampaikan oleh salah satu kader pendamping ibu hamil resiko tinggi di kecamatan Ngronggot melalui cuplikan wawancara berikut:

“Ada bikin laporan kayak gini. Per bulan. Ibunya gimana gimana ada disini. Nanti kalau setelah lahir disini. Sampe program ini habis. Bulan Desember ini habis... Ya tergantung nanti kalau pas Desember itu bayinya umur berapa bulan gitu. Jadi itungannya per tahun sampai Desember nanti.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Hal ini juga sebagaimana yang dikemukakan oleh Ibu Naning selaku salah satu staf Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut:

“.. Kalau sebelum pelaksanaan Gerdaristi setiap tahun ada pelatihan untuk kader dan petugas kesehatan di refresh. Per tahun tiap awal pelaksanaan. Kalau evaluasinya setahun 2 kali per semester. (wawancara pada 12 Juni 2017)”

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diatas dapat diketahui bahwa rentang waktu pelaksanaan program Gerdaristi adalah satu tahun terhitung dari bulan Januari melalui proses penjarangan ibu hamil resiko tinggi hingga bulan Desember untuk pengumpulan data akhir monitoring kondisi ibu hamil. Jika sebelum bulan Desember telah terjadi persalinan, maka bayi hasil persalinan dari ibu hamil resiko tinggi bayi akan terus dikontrol beserta kebutuhan medisnya akan ditangani oleh tim kesehatan Gerdaristi.

Selain dari rentang pelaksanaan yang per tahun, rancangan istimewa juga ada pada peran aktor yang terlibat dalam Gerdaristi sebagaimana dikemukakan oleh Ibu Dewi selaku Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot berikut :

“Bukan, bidan koordinator di semua Puskesmas . Gerdaristi kan salah satu bentuk kegiatan ya di Puskesmas. Jadi nggak ada bidan khusus untuk kegiatan Gerdaristi. Jadi kegiatan bidan koordinasi antara lain itu... Kalau saya pelaksananya. Kalau seandainya bidannya nggak mengatasi yang saya back up dan feedback. Kalau monitoring itu Dinas Kesehatan, sambil lihat laporannya itu dia melakukan monitoring Bidan Koordinator dan PKK Kecamatan... Nggak, kalau pemilihan kader itu kan pas itu ibu hamilnya kesampling daerah mana wilayah mana. Bidan desanya yang saya suruh siapa yang sekiranya mampu untuk mendampingi, atau yang terdekat.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Terkait dengan rancangan istimewa juga dikemukakan oleh salah satu Kader Pendamping di Kecamatan Ngronggot yakni Ibu Yuliani bahwa di Kecamatan Ngronggot terdapat 20 kader khusus Gerdaristi. Saat penelitian dilakukan terdapat pembagian menjadi 2 kloter (per kloter 10 kader). Wilayah yang lebih dekat dengan Puskesmas menjadi kloter I, lalu wilayah yang lebih jauh masuk ke kloter II (wawancara pada 14 Juni 2017).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diatas dapat diketahui bahwa selain rentang waktu, rancangan istimewa juga dilakukan dengan alokasi peran dan dan penjadwalan antar aktor yang terlibat. Tim kesehatan dengan fungsi yang sama dapat saling membantu seperti bidan koordinator yang mem *backup* bidan wilayah. Rencana waktu istimewa dilakukan dengan pembagian kloter kegiatan pendampingan agar kegiatan pendampingan lebih efektif. Pemilihan kader pendamping juga dipilih pada kader yang paling dekat dengan ibu hamil untuk mempermudah pelaksanaan kegiatan dan monitoring ibu hamil resiko tinggi.

Rancangan rencana istimewa dalam implementasi staregi Gerdaristi juga dilakukan melalui pengintegrasian dengan program lain sebagaimana dikemukakan oleh Ibu Nanik sebagai Bidan Koordinator Kecamatan Nganjuk sebagai berikut:

“Ooo SMS Bunda itu gini, semua ibu hamil itu untuk SMS ke nomor itu REG itu tadi. Jadi nanti langsung otomatis akan mendapatkan informasi tentang kehamilan. SMS Masuk yawis nggak usah dibalas. Pokoknya ya tentang kehamilan seperti waktu kontrol, konsumsi makanan... Dari Kemenkes. Itu sudah ada sejak Gerdaristi, 2014 kalau nggak salah.”  
(wawancara pada 15 Juni 2017)

Hal serupa juga dikemukakan oleh Ibu Naning selaku satu Staff Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut:

“Itu SMS Bunda, ada yang mengingatkan. Kalau yang SMS Bunda itu, ibu hamil SMS terus dapat pelayanan. Berkala. Ada yang berkala. Ibu hamilnya mendaftar dulu, 150 rupiah. Itu nanti mendapat layanan sampai selesai nifas... tu EMAS, dari pemerintah pusat. Kemudian ada lagi, SMS SiJariEmas. Itu Rujukan. Jadi ada sistem rujukan, 3 bidan merujuk ke rumah sakit. Nah rumah sakit membaca kemudian rujukannya apa RS merespon kurang dari 10 menit. Harus sebelum 10 menit, kalau lebih dari 10 menit ada sirine bunyi di RS. Misalnya merujuk karena memar, kemudian bidan SMS. Nah RS merespon ada kamar, ada infus, ada spOg silahkan merujuk. Begitu. Memutus mata rantai rujukan yang panjang.”  
(wawancara pada 12 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diatas pelaksanaan Gerdaristi juga diintegrasikan dengan program lain misalnya Program SMS Bunda dan Program EMAS oleh Kementerian Kesehatan RI. Melalui layanan kesehatan ini dapat mempermudah monitoring kondisi ibu hamil resiko tinggi dan membantu untuk mengingatkan ibu hamil terkait jadwal pemeriksaan rutin dan konsumsi obat dan makanan, serta penyelamatan ibu hamil resiko tinggi pada saat membutuhkan rujukan darurat Rumah Sakit. Program SMS Bunda dan EMAS disosialisasikan kepada ibu hamil melalui poster-poster di Puskesmas sebagaimana digambarkan berikut:



Sumber : Dokumentasi Penulis, 2017

**Gambar 21 Poster Indikasi Ibu Hamil Resiko Tinggi dan Program EMAS - SMS Bunda**

### c. Alokasi Sumberdaya dan Perencanaan Pembiayaan

Pelaksanaan strategi suatu program tidak terlepas dari alokasi sumberdaya dan perencanaan pembiayaan. Berikut adalah cuplikan wawancara dengan Ibu

Dewi selaku Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot terkait sumberdaya yang dibutuhkan dalam pelaksanaan Gerdaristi:

“Kalau sumberdaya jelas dari kader dan bidan wilayah. Karena kalau hanya kader saja tidak bisa, jadi kita tetep harus kerjasama dengan bidan wilayah, perkembangan kesehatannya mereka sebagai sasaran. Disamping itu, kalau masalah transport itu dari Dinas Kesehatan Kabupaten. Jadi dari Kabidnya dapat transport, ibu hamilnya dapat sebagai rangsangannya itu...Lho itu kan uangnya kan dari sana, terus dia kan ada kader juga mbak. Jadi kita bekerjasama. Kalau hanya dibebankan kepada orang kesehatan tok nggak jalan, nggak turun-turun itu AKI. Uangnya juga dari Kabupaten, pelaksanaanya dari kita. Monitoring dari Kabupaten dan PKK...Kalau dulu kan per wilyah. Sekarang sudah diganti jadi per tim...Kalau dana operasional untuk konsumsi itu kan kalau transport kan dari Dinas Kab Nganjuk. Kalau konsumsi itu sebenarnya dari dana BOK tapi nggak cair mbak dari Dana Operasional Puskesmas itu untuk pelaksanaan gerdaristinya yang sebulan sekali itu.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Hasil wawancara dengan narasumber lain yaitu dengan Ibu Nanik selaku Bidan Koordinator Kecamatan Nganjuk mengenai sumberdaya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan Gerdaristi sebagai berikut:

“Dari Dinkes untuk Transportnya, kalau konsumsinya dari sini. Tapi karena puasa nggak ada konsumsi...Itu dikasih per bulan sama ibu hamilnya juga. Sebenarnya, itu tiap minggu tapi dikasiin sebulan sekali 50 ribu... Kalau ibu hamil resiko tinggi memang KEKnya kurang dari 23.5 itu dapat makanan tambahan dari sini berupa biskuit. Itu gratis, kita udah dapat paketan dari dinas kesehatan itu, jadi kita hanya mengalokasinya saja. Jadi ibu hamil yang kesini tadi langsung konsul sama petugas gizi. Tapi karena tadi beliaunya repot Gentasibu, jadi saya pasrahkan tadi kebidan wilayah. Jadi yang kasi biskuitnya bidan wilayah. Jadi datanya nanti yang ditemukan disini bidan wilayahnya kita kasi tau, nanti bidan wilayah yang memantau. Biskuitnya sama petugas gizi sudah didrop ke bidan wilayah.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Hal serupa juga disampaikan oleh Ibu Darmiyati sebagai salah satu kader pendamping dalam cuplikan wawancara berikut:

“Dari Dinas Nganjuk. Kalau kurang gizi ya ditambah gizi kaya susu gitu, kalau KEK atau lingkaran lengannya kurang dari 23 itu juga resiko. Dikasih setiap periksa plus obatnya. Vitamin kalau butuh dikasih gitu.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Hasil wawancara tersebut diatas juga didukung oleh pernyataan dari Ibu Naning selaku Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut:

“Pelaksana teknis Puskesmas, Dinkes mendampingi. 2015-sekarang ini mendampingi...Dari APBD 1 Miliar. Itu untuk pengoperasional Gerdaristi. Kalau insentif buat kader per bulan. Itu ada jadwal. Jadi misalnya hari ini ada Bagor, Baron, Berbek. Baron itu tim 5, kemudian Bagor tim 2, Berbek tim 8. Nah timnya itu diputer. Bulan depan diputer misalnya tim 5 jadi ke Jaticalen, tim 8 di Gondang. Gitu itu... Untuk Sdnya jelas ya petugas bidan dari Dinas, kemudina SKM, petugas Gizi. Kemudian SDM di Puskesmas itu petugas dokter fungsional ada dokter gigi perawat gigi. Petugas Laborat dan Bikor wilayah. Semua itu terlibat. Kemudian lintas sektor itu ada dari BKP, ada Bappemas, Ketahanan Pangan...Peran pemberdayaan masyarakat dari PKK kuat. Jadi memberdayakan masyarakat, misalnya kader. Dia mensupport itu jadinya kuat. Terus semangatnya.” (wawancara pada 12 Juni 2017)

Untuk alokasi tim pendamping dari Dinas Kesehatan dan PKK Kabupaten dilakukan berdasarkan pembagian dan penjadwalan tim tahunan sebagaimana tercantum pada dokumentasi berikut:

**DAFTAR ANGGOTA TIM PENDAMPING KABUPATEN  
JADWAL PENDAMPINGAN GENTASIBU DAN GERDARISTI  
DINAS KESEHATAN KABUPATEN NGANJUK TAHUN 2017**

TIM 1		TIM 2	
1.	Christiana Firmaningtyas, SKM	1.	Yudhi Suryanto, Skm
2.	Anis Hanifah, SST	2.	Windarti, SST
3.	PKK - Kabupaten	3.	PKK - Kabupaten
4.	PKK - Kabupaten	4.	PKK - Kabupaten
TIM 3		TIM 4	
1.	I Ketut Wijayadi, S.ST	1.	Ratih K Wijaya, SST
2.	Anis Kristianawati, amd.Keb	2.	Edi Nurhayadi, Mph
3.	PKK - Kabupaten	3.	PKK - Kabupaten
4.	PKK - Kabupaten	4.	PKK - Kabupaten
TIM 5		TIM 6	
1.	Ruli Fika Bayuwati, SKM	1.	Noberta Tri Maharani, Amd. Keb
2.	Yeni Kusumawati, SST	2.	Masruki, Amd.Gz
3.	PKK - Kabupaten	3.	PKK - Kabupaten
4.	PKK - Kabupaten	4.	PKK - Kabupaten
TIM 7		TIM 8	
1.	Ani Festi Candra, SST	1.	Kusuma Prihartatik, SST
2.	Marsilia Ibrahim	2.	Anik Purwati
3.	PKK - Kabupaten	3.	PKK - Kabupaten
4.	PKK - Kabupaten	4.	PKK - Kabupaten
TIM 9		TIM 10	
1.	Susiana, SST	1.	Suci Rahmawati, SST
2.	Anik Sumiatun, Amd. Gz	2.	Lilik Sojarwani, Amd. Gz
3.	PKK - Kabupaten	3.	PKK - Kabupaten
4.	PKK - Kabupaten	4.	PKK - Kabupaten

Sumber : Dokumentasi Penulis, 2017

**Gambar 22 Daftar Anggota Tim Pendamping Kabupaten**

**JADWAL PENDAMPINGAN GENTASIBU DAN GERDARISTI DINAS KESEHATAN KABUPATEN NGANJUK TAHUN 2017**

No	Kecamatan	April			Mei			Juni			Juli			Agt			Sept			Okt			Nop			Des		
		Tgl	Tim	Mobil	Tgl	Tim	Mobil	Tgl	Tim	Mobil	Tgl	Tim	Mobil	Tgl	Tim	Mobil	Tgl	Tim	Mobil	Tgl	Tim	Mobil	Tgl	Tim	Mobil	Tgl	Tim	Mobil
		1	Bagor	4	4	PKK	2	10	PKK	6	7	PKK	4	8	PKK	1	2	PKK	5	3	PKK	3	1	PKK	1	5	PKK	5
2	Baron	4	8	PKK	2	5	PKK	6	1	PKK	4	2	PKK	1	3	PKK	5	4	PKK	3	5	PKK	1	6	PKK	5	7	PKK
3	Berbek	4	1	Dinkes	2	2	Dinkes	6	3	Dinkes	4	4	Dinkes	1	5	Dinkes	5	6	Dinkes	3	7	Dinkes	1	1	Dinkes	5	8	Dinkes
	Berbek		1	SpA		2	SpOG		3	SpA		4	SpOG		5	SpA		6	SpOG		7	SpA		1	SpOG			
4	Gondang	5	2	Dinkes	3	3	PKK	7	4	PKK	5	5	PKK	2	6	PKK	6	7	PKK	4	4	PKK	2	2	PKK	6	9	PKK
	Gondang		2	SpA		3	SpOG		4	SpA		5	SpOG		6	SpA		7	SpOG		4	SpA		2	SpOG			
5	Jatikalen	5	10	PKK	3	4	Dinkes	7	10	Dinkes	5	10	Dinkes	2	4	Dinkes	6	5	Dinkes	4	6	Dinkes	2	5	Dinkes	6	10	Dinkes
6	Kertosono	6	1	PKK	4	9	PKK	8	10	PKK	6	4	PKK	3	8	PKK	7	8	PKK	5	7	PKK	7	8	PKK	7	1	PKK
7	Ngronggot	6	3	Dinkes	4	4	Dinkes	8	5	Dinkes	6	6	Dinkes	3	7	Dinkes	7	1	Dinkes	5	2	Dinkes	7	3	Dinkes	7	2	Dinkes
	Ngronggot		3	SpA		4	SpOG		5	SpA		6	SpOG		7	SpA		1	SpOG		2	SpA		3	SpOG			
8	Lengkong	11	2	PKK	9	3	PKK	13	8	PKK	11	5	PKK	8	6	PKK	12	8	PKK	10	8	PKK	8	9	PKK	12	3	PKK
9	Prambon	11	4	Dinkes	9	5	Dinkes	13	6	Dinkes	11	7	Dinkes	8	1	Dinkes	12	2	Dinkes	10	3	Dinkes	8	4	Dinkes	12	4	Dinkes
	Prambon		4	SpA		5	SpOG		6	SpA		7	SpOG		1	SpA		2	SpOG		3	SpA		4	SpOG			
10	Loceret	12	9	PKK	10	8	PKK	14	5	PKK	12	6	PKK	9	7	PKK	13	9	PKK	11	9	PKK	9	10	PKK	13	5	PKK
11	Rejoso	12	5	Dinkes	10	6	Dinkes	14	7	Dinkes	12	1	Dinkes	9	2	Dinkes	13	3	Dinkes	11	4	Dinkes	9	5	Dinkes	13	6	Dinkes
	Rejoso		5	SpA		6	SpOG		7	SpA		1	SpOG		2	SpA		3	SpOG		4	SpA		5	SpOG			
12	Nganjuk	13	10	PKK	16	1	PKK	15	6	PKK	13	9	PKK	10	8	PKK	14	10	PKK	12	10	PKK	14	1	PKK	14	7	PKK
13	Sawahan	13	6	Dinkes	16	7	Dinkes	15	1	Dinkes	13	2	Dinkes	10	3	Dinkes	14	4	Dinkes	12	5	Dinkes	14	6	Dinkes	14	8	Dinkes
	Sawahan		6	SpA		7	SpOG		1	SpA		2	SpOG		3	SpA		4	SpOG		5	SpA		6	SpOG			
14	Ngetos	18	8	PKK	17	6	PKK	20	3	PKK	18	8	PKK	15	9	PKK	19	10	PKK	17	9	PKK	15	2	PKK	19	9	PKK
15	Sukomoro	18	6	Dinkes	17	10	Dinkes	20	10	Dinkes	18	9	Dinkes	15	10	Dinkes	19	1	Dinkes	17	2	Dinkes	15	3	Dinkes	19	10	Dinkes
16	Ngluyu	19	9	PKK	18	8	PKK	21	9	PKK	19	10	PKK	16	10	PKK	20	2	PKK	18	8	PKK	16	10	PKK	20	1	PKK
17	Tanjunganom	19	7	Dinkes	18	1	Dinkes	21	2	Dinkes	19	3	Dinkes	16	4	Dinkes	20	5	Dinkes	18	6	Dinkes	16	7	Dinkes	20	2	Dinkes
	Tanjunganom		7	SpA		1	SpOG		2	SpA		3	SpOG		4	SpA		5	SpOG		6	SpA		7	SpOG			
18	Pace	20	5	PKK	23	7	PKK	22	9	PKK	20	1	PKK	22	9	PKK	26	7	PKK	19	3	PKK	21	9	PKK	21	3	PKK
19	Patianrowo	20	7	Dinkes	23	9	Dinkes	22	2	Dinkes	20	7	Dinkes	22	1	Dinkes	26	9	Dinkes	19	10	Dinkes	21	4	Dinkes	21	4	Dinkes
20	Wilangan	20	3	PKK	23	2	PKK	22	4	PKK	20	3	PKK	22	5	PKK	26	6	PKK	19	1	PKK	21	7	PKK	21	5	PKK

Sumber : Dokumentasi Penulis, 2017

**Gambar 23 Jadwal Pendampingan Gentasibu dan Gerdaristi Tahun 2017**

Berdasarkan hasil wawancara, catatan penulis, dan dokumentasi penulis dapat diketahui bahwa sumberdaya yang dibutuhkan dalam pelaksanaan Gerdaristi beserta alokasinya adalah sebagai berikut:

- 1) Sumberdaya manusia, yakni tim pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (bidan wilayah, bidan koordinator, dokter umum, dokter umum, dokter kandungan, dokter dan perawat gigi, laborat, tim obat/apotek, dan tim gizi), kader pendamping (yang merupakan kader Posyandu atau PKK), serta ibu hamil resiko tinggi yang terjaring Gerdaristi. Adapun alokasi sumberdaya manusia adalah melalui sistem rolling wilayah untuk tim kesehatan (kunjungan per bulan per kecamatan) dan kunjungan per minggu oleh kader pendamping.
- 2) Sumberdaya Sarana dan Prasarana, yakni berupa alat-alat kesehatan yang dipakai untuk melakukan cek kesehatan seperti alat tes darah, tensi, laboratorium gigi, serta pemberian makanan tambahan (PMT) berupa biskuit dan susu kepada ibu hamil dengan KEK serta pemberian obat tambah darah (FE) dan vitamin. Pendistribusian PMT adalah dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk untuk kemudian diserahkan pada Puskesmas dan dibagikan pada ibu resiko tinggi sasaran Gerdaristi dengan KEK. Fasilitas kesehatan yang didapatkan tiap ibu hamil berbeda tergantung kebutuhan ibu hamil.
- 3) Sumberdaya Dana atau Pembiayaan, berasal dari APBD Kabupaten Nganjuk untuk dana operasional Gerdaristi (uang transport sebesar Rp.50.000 per bulan untuk masing-masing ibu hamil dan kader pendamping, biaya PMT

atau rujukan dokter yang dibebaskan kepada sasaran Gerdaristi), sedangkan dana untuk konsumsi snack per bulan berasal dari dana Puskesmas atau PKK. Untuk memperjelas pemahaman, berikut adalah rincian pendanaan oleh APBD Kabupaten Nganjuk dan BOK.

**Tabel 7 Alokasi Dana untuk Gerdaristi**

<b>APBD</b>	<b>BOK</b>
PMT Pemulihan bumil KEK	Transport bidan wilayah saat dirujuk ke PKM induk @10.000
Pemantauan Bumil RT beserta bayi yang dilahirkan 295 orang	Transport Bumil RT saat dirujuk ke PMK induk @10.000
Transport Kader saat dirujuk ke PKM Induk @10.000	Beaya rujukan dari Jamkesmas/Jampersal
Transport Bumil RT saat dirujuk ke PKM Induk @10.000	Beaya rawat inap dari Jampersal di RS yang mengikuti PKS dengan Dinkes
Transport Tim Kabupaten saat pemantauan ke PKM Induk	
Konsumsi snack @7.500	
Beaya rujukan dari Jamkesmas/Jampersal	
Beaya rawat inap dari Jampersal di RS yang mengikuti PKS dengan Dinkes	
Form <i>carpoor</i> pendampingan Bumil RT	

Sumber : Dinas Kesehatan, 2017 (diolah peneliti)

#### **d. Monitoring dan Pengendalian Prosedur**

Monitoring merupakan kegiatan yang ditujukan untuk menilai jumlah dan kualitas, sarana, dan fasilitas kesehatan apakah sudah mendukung terlaksananya kegiatan. Selain itu monitoring juga ditujukan untuk menilai pelaksanaan kegiatan, apakah telah mencapai target yang sudah ditetapkan serta mengidentifikasi kendala. Monitoring juga dapat dilihat melalui hasil skoring ibu hamil resiko tinggi (catatan penulis, 2017). Monitoring pelaksanaan Gerdaristi

diantaranya dikemukakan oleh Ibu Naning sebagai salah satu staf Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut:

“Kalau evaluasinya ya perkembangan program. Misalnya kan ada skor ya ini, misalnya bumil dengan skor 8 berapa orang. Perkembangannya gimana, sudah lahir belum. Bayinya sehat apa ggak ibunya gimana. Mungkin ada peningkatan dari skor 8 jadi 16, itu ada disampaikan semua ketika evaluasi. Terus gimana ketepatannya, misalnya sasaran Gerdaristi 275 kan sekarang. Yang bayinya sehat berapa gitu...Bersama antara semua sektor yang terlibat gerdaristi. Setahun 2 kali...Itu tadi ada laporan per bulan, setiap 3 bulan ada, per semester. Termasuk SPJnya.” (wawancara pada 12 Juni 2017)

Pernyataan oleh Ibu Naning diatas didukung data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk berupa dokumen hasil evaluasi sebagai berikut:

- a) Data awal gizi ibu hamil adalah 94 orang ibu hamil terindikasi kurang gizi (melalui pengukuran lingkaran lengan atas), dan data akhir yang didapat terdapat indikasi 50 ibu yang terindikasi kurang gizi. Hal ini berarti bahwa pada tahun 2016 telah berhasil menurunkan kasus KEK sebanyak 44 ibu hamil resiko tinggi. Data awal gizi ibu hamil adalah 181 ibu tidak mengalami masalah gizi, dan data akhir menunjukkan 225 ibu tidak mengalami masalah gizi. Hal ini berarti terjadi peningkatan jumlah ibu hamil resiko tinggi yang sudah tidak lagi mengalami masalah gizi, yakni sebanyak 44 ibu hamil resiko tinggi (ukuran KEK).
- b) Data perubahan status gizi ibu hamil resiko tinggi pada data awal adalah terjadi penurunan sebanyak 18 kasus dan pada data akhir adalah 91 kasus. Hal ini berarti sudah berhasil menurunkan 73 kasus sampai dengan akhir tahun. Data perubahan status gizi ibu hamil resiko tinggi pada data awal adalah tambahan satu kasus status gizi pada ibu hamil resiko tinggi, dan pada akhir

tahun masalah sudah ditangani sehingga tersisa 0 (nihil) kasus. Data perubahan status gizi ibu hamil resiko tinggi yang statusnya tetap (tidak mengalami perubahan status), data awalnya adalah 261 kasus sedangkan data akhirnya adalah 184 kasus. Sehingga tim berhasil merubah status gizi ibu sebanyak 77 ibu hamil.

- c) Data anemia ibu hamil yang awalnya 50 ibu hamil pada akhir tahun dapat dinihil (0) kan. Sehingga data ibu hamil resiko tinggi yang tidak menderita anemia pada tahun 2016 dari data awal 225 orang bertambah menjadi 275 orang.
- d) Data mengenai perubahan status anemi pada ibu hamil resiko tinggi yang data awalnya berkurang 6, pada data akhir berkurang 50 orang. Sehingga terjadi penambahan 44 ibu hamil yang tidak lagi status aneminya berkurang. Sedangkan pada data awal terdapat 11 ibu yang status aneminya bertambah, pada akhir tahun dapat dinihil (0) kan. Sehingga ibu hamil yang status aneminya tetap terjadi pengurangan 33 orang, dimana pada data awal terdapat 258 kasus, pada data akhir terdapat 225 kasus.
- e) Data persalinan pada sepanjang tahun 2016 pelaksanaan gerdaristi adalah terjadi 11 penambahan abortus, 32 absen, 1 menolak untuk ikut, 2 orang keluar, 6 orang pindah, 223 orang ibu hamil resiko tinggi partus (dapat menjalani persalinan) sedangkan 275 ibu belum partus (masih hamil). Sebanyak 64% ibu hamil resiko tinggi dapat bersalin dengan normal.
- f) Data kematian bayi yang lahir dari ibu hamil resiko tinggi pada tahun 2016 adalah 98.28% tidak meninggal dunia. Serta bayi yang lahir hidup 92% tidak

mengalami Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang berarti harapan bayi lahir hidup >42 hari adalah tinggi.

Data tersebut diatas merupakan data yang diolah peneliti dari dokumen evaluasi Gerdaristi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk tahun 2016 (dokumen terlampir) yang melakukan evaluasi secara berkala. Selain Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, pihak lain yang melakukan mentoring pada ibu hamil adalah bidan dan kader pendamping sebagaimana yang dikemukakan oleh Ibu Dewi sebagai Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot sebagai berikut:

“Iya. Seperti latar belakang ibu. Kalau nggak punya KIS kan SKM. Kalau nggak punya kan harus ada surat keterangan dari RT, RW, Kelurahan gitu. Nah itu mungkin kalau PKK bisa mengganggu kalau masih ada hambatan.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Pernyataan serupa juga disampaikan oleh Ibu Widarti sebagai Bidan Wilayah Ngronggot bahwa selama ini yang membuat laporan itu kader langsung, kemudian langsung direkap oleh Puskesmas tiap bulannya (wawancara pada 8 Juni 2017). Hal ini juga dikuatkan dengan hasil wawancara salah satu Kader Pendamping yakni Ibu Dwi Indiyah sebagai berikut:

“Iya ada tiap minggu kan ada. Per bulan laporan ada keluhan. Kalau ngga ada ya di min. Kalau ada ya di plus. Dikasih ke Puskesmas. Jadi bidan puskesmas tau... Iya kalau dari kader per minggu, buat ngisi ini (menunjukkan kartu skoring)... Banyak yang selamat kok mbak sejak ada Gerdaristi ini.” (wawancara pada 8 Juni 2017)

Adanya Gerdaristi ini banyak ibu hamil resiko tinggi yang dapat diturunkan resikonya atau diselamatkan saat kehamilan dan persalinan, hingga pasca persalinan. Hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Ibu Nanik selaku Bidan Koordinator Kecamatan Nganjuk sebagai berikut:

“Ya alhamdulillah, ibu hamil resiko tinggi yang di dampingi ini bisa melahirkan dengan selamat. Ya kemarin itu kematian itu menurun. Ya mudah mudahan bisa sampai nihil... Rata-rata itu usia jarak anak sama KEK. Kalau disana terlalu muda itu nggak, malah terlalu tua. Rata-rata itu... Dibuku ini pedomannya. ANC Antenatal Care.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diatas kegiatan monitoring kondisi ibu hamil resiko tinggi dilakukan secara bersama sama oleh kader pendamping (mingguan), Puskesmas (bulanan), 3 bulanan hingga tahunan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Monitoring tersebut mengikuti indikator-indikator yang telah diuraikan pada buku pedoman ANC Terpadu dan KIA sebagai pelayanan utama dari program Gerdaristi. Selain itu monitoring ibu hamil resiko tinggi juga dapat dilihat melalui rekam medik ibu hamil resiko tinggi sebagai mana terlihat pada gambar sebagai berikut:

**REKAM MEDIK OLEH TIM PENDAMPING BUMIL RISTI TAHUN 2017**

Nomer register: *10214-M*      Nama Ibu: *Idenly M*      F. KADER: *1411 30 Mei 2017*

NO	VARIABEL	Nilai	BULAN													
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES		
<b>A TANDA BAHAYA BUMIL</b>																
1	Pendarahan pada hamil muda atau tua	+/-														
2	Bengkak kaki, tangan/wajah disertai sakit kepala dan atau kejang	+/-														
3	Demam atau panas tinggi	+/-														
4	Air ketuban keluar sebelum waktunya	+/-														
5	Bayi di kandungan gerakannya berkurang atau tidak bergerak	+/-														
6	Muntah terus dan atau tidak mau makan	+/-														
7	Batuk lama/lemah/jantung berdebar-debar	+/-														
8	Gatal-gatal pada kemaluan/keluar keputihan	+/-														
<b>B TANDA BAYI AKAN LAHIR</b>																
1	Perut mulas secara teratur	+/-														
2	Mulas sering dan lama	+/-														
3	Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir	+/-														
4	Keluar air ketuban dari jalan lahir	+/-														
<b>C TANDA BAHAYA PADA NIFAS</b>																
1	Pendarahan lewat jalan lahir	+/-														
2	Keluar cairan berbau dari jalan lahir	+/-														
3	Demam	+/-														
4	Bengkak di kaki, tangan/wajah disertai sakit kepala dan atau kejang	+/-														
5	Nyeri atau panas di daerah tungkai	+/-														
6	Payudara bengkak, berwarna kemerahan, dan sakit	+/-														
7	Puting lecet	+/-														

Sumber : Dokumentasi Penulis, 2017

**Gambar 24 Contoh Rekam Medik Oleh Tim Pendamping Bumil Risti**

## 2. Faktor Pendukung dan Penghambat

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi dengan beberapa narasumber, pelaksanaan program Gerdaristi di Kabupaten Nganjuk ini memiliki beberapa faktor yang mendukung atau menghambat pelaksanaan. Berikut adalah faktor pendukung dan penghambat dari pelaksanaan strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerdaristi:

### a. Faktor Pendukung

Faktor pendukung dari program Gerdaristi sebagaimana disampaikan oleh Ibu Widarti selaku Bidan Wilayah Ngronggot bahwa pendukung terlaksananya program adalah kader-kader yang sudah paham betul mengenai ibu hamil resiko tinggi dan cara pendampingannya (wawancara pada 8 Juni 2017). Faktor pendukung lain dari pelaksanaan program adalah adanya pendampingan intensif dan 'kekeluargaan' dari kader pendamping sehingga ibu hamil resiko tinggi seperti memiliki orangtua kedua yang menjaga, menjamin dan mengawasi saat kehamilan yang membuat mereka merasa nyaman, khususnya untuk ibu hamil resiko tinggi yang premi muda (hasil wawancara dengan salah satu ibu hamil resiko di Kecamatan Ngronggot pada 8 Juni 2017).

Faktor pendukung Gerdarisiti juga didasarkan pada pernyataan salah satu Kader Pendamping, yakni Ibu Dwi Indiyah sebagai berikut:

“Sudah baik kok mbak, tesnya sudah lengkap. Banyak yang selamat kok mbak sejak ada Gerdaristi ini. Sarannya harus diteruskan karena bisa menurunkan kematian tadi. Karena ada lo mbak yang resiko tinggi terus nggak tau akhirnya ibunya mati dan bayinya mati, itu tetanggaku sendiri. Dia waktu hamil nggak mau bilang, yo nggak mau periksa selama 6 bulan baru periksa sekali. Itu anak sudah 3, punya riwayat penyakit Darah tinggi, jantung. Akhirnya dirumah sakit dioperasi seminggu, di ICU seminggu,

terus meninggal. Jarak 21 anaknya meninggal, 9 ons. Itu resiko tinggi tapi nggak tau, kalau tau kan bisa ditangani.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Selain itu faktor pendukung juga berasal dari pelayanan hingga kelahiran bayi sebagaimana dipaparkan oleh salah satu Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk yakni Ibu Naning sebagai berikut:

“Iya didampingi sampai masa nifas selesai 42 hari ini. Bayinya juga dikontrol. Misalnya kayak berat badan lahir rendah itu tetap kita dampingi. Kan kalau Gerdaristi itu Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi dan Neonatus. Jadi sampe mengeluarkan bayi 28 hari. Jadi resiko tingginya juga bervariasi. Sekarang ini banyak kehamilan dini...” (wawancara pada 12 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara diatas dan observasi penulis faktor pendukung dari pelaksanaan strategi melalui program Gerdaristi ini adalah adanya pendampingan intensif dari kader untuk memonitoring jadwal makan, jadwal minum obat, dan pendampingan dalam pemeriksaan hingga penyampaian keluhan sehingga deteksi dini atas permasalahan dalam kehamilan resiko tinggi dapat segera ditangani baik dengan rujukan ke dokter atau pemberian obat atau vitamin maupun tambahan makanan. Faktor lain yang mendukung adalah adanya tes kepada ibu hamil yang sudah lengkap sehingga resiko tinggi dalam kehamilan dapat terus dipantau untuk terus dikurangi resikonya. Selain itu, dikarenakan rentang waktu program 1 tahun sedangkan waktu kehamilan normal 9 bulan sehingga pelayanan setelah ibu melahirkan dapat dilakukan, termasuk penanganan ibu setelah nifas. Hal ini akan mengurangi resiko kematian pada ibu resiko tinggi saat nifas dan bayi setelah kelahiran kurang dari 28 hari.

## b. Faktor Penghambat

Faktor penghambat dari program Gerdaristi sebagaimana disampaikan oleh Ibu Dewi selaku Bidan Koordinator Kecamatan Ngronggot dalam cuplikan wawancara berikut:

“Ya tetep, pemberdayaan kader itu kan belum maksimal, mereka itu masih kurang karena SDMnya ya bukan dari orang kesehatan walaupun sudah kami suluh begitu. Malah kadang-kadang ibu hamilnya yang lebih pintar yang lulus SMA atau sarjana. Malah kalau kader itu mendampingi, fungsi pendampingannya itu masih kurang. Terus yang kedua, karena SDMnya masih ini, misalkan abis melahirkan nggak boleh tarak. Terus nanti dirumah ada orang tuanya ibu yang melahirkan tadi wes perang, kalah. Nah karena sungkan tadi jadi apa tapi belum bisa melakukan konseling yang pas agar orang tua ini tidak tersinggung. Agar dia itu nggak tarak/berpantang makanan, nggak boleh senden. Kan ada mitos setelah melahirkan nggak boleh makan telur, nggak boleh makan pisang. Nah ini mitos yang merugikan kesehatan, nah sebenarnya kader ini sudah dibreafing. Karena mereka SDMnya kurang ini, jadi konseling mereka ini nggak bisa mantep gitu lo mbak. Akhirnya nanti ASInya kurang. Soalnya kan gizinya kurang. Belum kalau pas hamil, nanti kena anemia. Nggak boleh makan ini itu. Nah diharapkan kan kader itu perpanjangan dari tenaga kesehatan. Tapi kan sedikit-sedikit tadi kader sudah dibreafing, kalau setelah melahirkan posisi menyusui itu gimana. Jadi kadernya harus dikasi tau dulu... Program Gerdaristi. Sebenarnya briefingnya itu sudah ada. Cuma cakupannya terlalu luas, terlalu banyak orang. Kan semua orang bareng di pendopo mbak. Diruangan gitu sak kabupaten, jadi semua gitu bareng. Walaupun sudah ada buku, cuman nggak intensif. Kalau harapan saya mestinya lebih fokus karena latar belakangnya per bumil beda. Karena kan ini membidankan kader masyarakat biasa.” (wawancara 8 Juni 2017)

Faktor penghambat lain juga dikemukakan oleh Ibu Widarti selaku Bidan Wilayah Ngronggot sebagai berikut:

“Kalau kendalanya itu kadang itu dari kader. Kadang lupa nggak dikontak lagi jadwalnya itu. Seperti itu. Jadwal sebelumnya sudah dipastikan, tapi terus berubah. Nah pasiennya kalau mendadak gitu kan juga sulit ada keperluan lain atau gimana. Kalau mendadak nggak mau berangkat. Jadi kita ya koordinasi lagi sama kadernya kalau bisa kalau ada lagi datang lagi.” (wawancara pada 15 Juni 2017)

Selain itu, faktor yang menjadi kendala atau penghambat juga dikemukakan oleh salah satu Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sebagai berikut :

“Kendalanya itu yang banyak ibu hamilnya malas datang. Ibu hamil kan memang gitu, males. Apalagi kalau hamil tua. Itu kadernya harus kuat. Makanya peran kader itu tinggi... Oya kendala lainnya itu juga dari ibu hamilnya, karena ada yang ketika mengikuti program itu dia pindah. Kan itu jatahnya 1 tahun, nah belum sampai setahun sudah pindah. Dan lupa materi hamil juga. Karena gini Gerdaristi kan terjadwal, nah ibu hamil kan nggak bisa seenaknya. Waktunya priksa ya priksa, makanya didampingi kader tadi untuk ngajak bumilnya priksa. Padahal nanti kalau melahirnya, bayinya sehat ibu hamilnya merasa ya untung saya ikut Gerdaristi... Iya, kalah sama orangtuanya. Banyak pantangan makan, nggak boleh makan telur apa. Apalagi kalau sudah melahirkan malah nggak boleh makan ini itu. Sama Mbahnya.” (wawancara pada 12 Juni 2017)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut dapat diketahui bahwa faktor penghambat dalam pelaksanaan program Gerdaristi adalah sebagai berikut :

- a) Pemberdayaan oleh kader belum maksimal terkait dengan pengetahuan tentang ANC Terpadu dan hal-hal yang perlu diperhatikan pada kehamilan resiko tinggi;
- b) Masih adanya pengaruh besar dari mitos pantangan-pantangan yang wajib dilakukan ketika kehamilan dan setelah kelahiran yang merugikan ibu hamil resiko tinggi secara medis;
- c) Kegiatan pelatihan kader yang dilakukan secara massal (kelompok besar) sehingga kurang intensif;
- d) Penjadwalan pemeriksaan rutin yang pada suatu waktu berubah secara mendadak yang menghambat ibu hamil melakukan pemeriksaan rutin;

- e) Beberapa ibu hamil malas datang, pindah ketika tengah mengikuti program sehingga progress janin dan kondisi kesehatan ibu tidak dapat dipantau hingga setelah melahirkan.

#### **D. Interpretasi dan Analisis Data**

Subbab ini memaparkan interpretasi dan analisis data dengan menggunakan analisis data penelitian kualitatif dari Miles, Huberman, dan Saldana (2014:33). Data yang sudah terkumpul akan disederhanakan dan dirubah bentuknya dari transkrip wawancara, catatan penulis, dan hasil observasi melalui penjelasan kalimat pada paragraf-paragraf. Data yang sudah dikondensasi akan disajikan dan dianalisis dengan menggunakan teori manajemen strategi dan implementasi program terkait dengan implementasi strategi dalam peningkatan kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerdarisiti beserta faktor pendukung dan penghambatnya.

#### **1. Implementasi Strategi dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak melalui Program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi)**

M. Pfiffner dan Robert V. Presthus menyatakan bahwa administrasi publik adalah implementasi kebijakan pemerintah dengan koordinasi usaha perseorangan atau kelompok yang merupakan pekerjaan sehari-hari pemerintah (Pasolong, 2008:7-8). Konsep administrasi publik dilaksanakan pada pelaksanaan kebijakan pemerintah dengan program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) yang merupakan implementasi dari kebijakan pemerintah Kabupaten Nganjuk dengan dikeluarkannya Keputusan Bupati Nganjuk Nomor

188/120/K/411.013/2014 tentang Perubahan atas Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/336/K/411.013/2013 tentang Pembentukan Tim Gerakan Pendampingan Ibu Hamil dan Bayi Resiko Tinggi Kabupaten Nganjuk dan Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi.

Pasolong (2008:21) memberikan gambaran mengenai ruang lingkup administrasi publik yakni kebijakan publik, birokrasi publik, manajemen publik, kepemimpinan, administrasi kepegawaian negara, kinerja, dan etika administrasi publik. Program Gerdaristi pada dasarnya merupakan strategi pemerintah daerah untuk mengoptimalkan tugas layanan wajib dibidang kesehatan dengan melakukan alokasi sumberdaya medis dan non medis yang melalui sebuah kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan. Sehingga ruang lingkup administrasi publik dalam pelaksanaan program Gerdaristi sebagai strategi untuk peningkatan kesejahteraan ibu dan anak adalah kebijakan publik (karena adanya dasar hukum berupa Peraturan Bupati dan SK), manajemen publik (penerapan manajemen dengan alokasi sumberdaya manusia dan dana, serta evaluasi), serta pelayanan publik (pelayanan wajib Pemerintah Daerah dibidang kesehatan).

Salah satu kajian dalam administrasi pembangunan adalah administrasi pembangunan, Menurut Siagian (2008:5) administrasi pembangunan adalah proses pelaksanaan keputusan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perubahan secara terencana dan sadar. Perubahan yang ingin diciptakan oleh Pemerintah Kabupaten Nganjuk adalah untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang terus meningkat hingga tahun 2013. Setelah

penerapan Gerdaristi tahun 2013, AKI dan AKB sudah dapat diturunkan dimana pelaksanaan program ini dilakukan secara terencana dan sadar, dengan penjadwalan, pemeriksaan, dan pendampingan rutin. Sementara, menurut Bintoro (1995), ruang lingkup administrasi pembangunan terdiri dari *development of administration* dan *administration of development*. Program Gerdaristi merupakan administrasi pembanguna dalam ruang lingkup *administration of development*. Hal ini dikarenakan kebijakan sudah dikeluarkan oleh pemerintah Kabupaten Nganjuk dan pelaksanaanya dilakukan dengan partisipasi masyarakat (dengan adanya tim pelayanan kesehatan, kader pendamping, dan ibu hamil resiko tinggi sebagai sasaran Gerdaristi).

Menurut Afiffuddin (2010:185-188) pembangunan dalam rangka peningkatan kesehatan dan kesejahteraan sosial dapat dicapai dengan melakukan berbagai program diantaranya program upaya kesehatan, program perbaikan gizi masyarakat, program pengembangan potensi kesejahteraan sosial, program peningkatan kualitas manajemen dan profesionalisme pelayanan sosial, dan program pengembangan sistem informasi masalah-masalah sosial. Berdasarkan pernyataan ini, maka implementasi strategi peningkatan kesejahteraan ibu hamil resiko tinggi merupakan upaya pembangunan dalam rangka peningkatan kesehatan dan kesejahteraan sosial melalui program program perbaikan gizi masyarakat dan program pengembangan potensi kesejahteraan sosial. Hal ini dikarenakan tidak ada perubahan dalam pelayanan kesehatan dasar yang diberikan, namun lebih kepada perbaikan gizi ibu hamil resiko tinggi dan

pemberian pendampingan dari kader yang merupakan bentuk dari pengembangan potensi kesejahteraan sosial dengan relawan sosial.

Menurut Terry dalam Tachjan (2006:31) program merupakan rencana yang bersifat komprehensif yang sudah menggambarkan sumber daya yang akan digunakan dan terpadu dalam satu kesatuan. Suatu program menggambarkan sasaran, kebijakan, prosedur, metode, standart, dan *budget*. Dalam Program Gerdaristi sasaran program adalah ibu hamil resiko tinggi dengan pelaksanaan prosedur dan standar sesuai dengan Buku Pedoman Gerdaristi, Buku Pedoman Antenatal Terpadu, dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Metode Gerdaristi dilakukan dengan cara pendampingan dari Tim Pelayanan Kesehatan dan Kader Pendamping untuk tiap ibu hamil resiko tinggi. Sedangkan anggaran didapatkan dengan alokasi dari APBD, BOK dan Dana Puskesmas.

Program Gerdaristi dipandang sebagai sebuah strategi untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Hal ini sebagaimana yang dikemukakan Kuncoro (2006:15) yang memandang strategi sebagai suatu proses, yang meliputi sejumlah tahapan yang saling berkaitan dan berurutan. Dimana Gerdaristi merupakan proses pelayanan kesehatan dengan pendampingan yang memiliki tahapan yang saling berkaitan dan berurutan dari penjangkaran ibu hamil hingga monitoring kondisi AKI dan AKB pada satu tahun berjalan.

Manajemen strategi pada organisasi publik pada dasarnya dapat dikatakan konstan, dinamis dan proses yang koheren berdasarkan hasil adaptasi organisasi pada perubahan eksternal dan penggunaan sumberdaya yang lebih efisien. Proses dari manajemen strategi memungkinkan pengembangan dan pelaksanaan strategi

organisasi sebagai unit dari keputusan untuk mengantisipasi visi penting dari organisasi dan juga tindakan sebagai pencapaian tujuan (Cerniauskiene, 2014:13). Disini manajemen strategi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dengan pemanfaatan UPT dan Kader untuk mencapai penurunan AKI dan AKB di Kabupaten Nganjuk melalui program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi). Menurut Cerniauskiene (2014:90) komponen utama dalam pelaksanaan program implementasi strategi adalah tujuan dan strategi operasional, rancangan rencana istimewa, alokasi sumberdaya dan pembiayaan, monitoring dan pengendalian prosedur. Adapun implementasi strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak melalui Gerdaristi dapat diuraikan sebagai berikut:

#### **a. Tujuan dan Keputusan Strategi Operasional**

Tujuan dari adanya Gerdaristi adalah untuk menekan angka kematian ibu dan bayi dengan meningkatkan status kesehatan masyarakat. Status kesehatan masyarakat, khususnya ibu hamil resiko tinggi ini dilakukan dengan hal-hal berikut:

- 1) Mengidentifikasi dan mengembangkan status sosial ekonomi ibu hamil beserta faktor resikonya;
- 2) Meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan kader pendamping Gerdaristi dengan pelatihan;
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu hamil resiko tinggi;

Penentuan tujuan dari pelaksanaan program Gerdaristi ini sebagaimana yang dikemukakan oleh Cerniauskiene (2014: 90) bahwa salah satu komponen utama dalam pelaksanaan program implementasi strategi adalah menyebutkan

tujuan dan strategi operasional. Hal ini juga sebagaimana yang dikemukakan David (2011:18) bahwa strategi adalah sarana bersama dengan tujuan jangka panjang yang hendak dicapai. Berdasarkan definisi tersebut, maka sarana bersama untuk mencapai tujuan menekan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Nganjuk adalah dengan pelaksanaan program Gerdaristi.

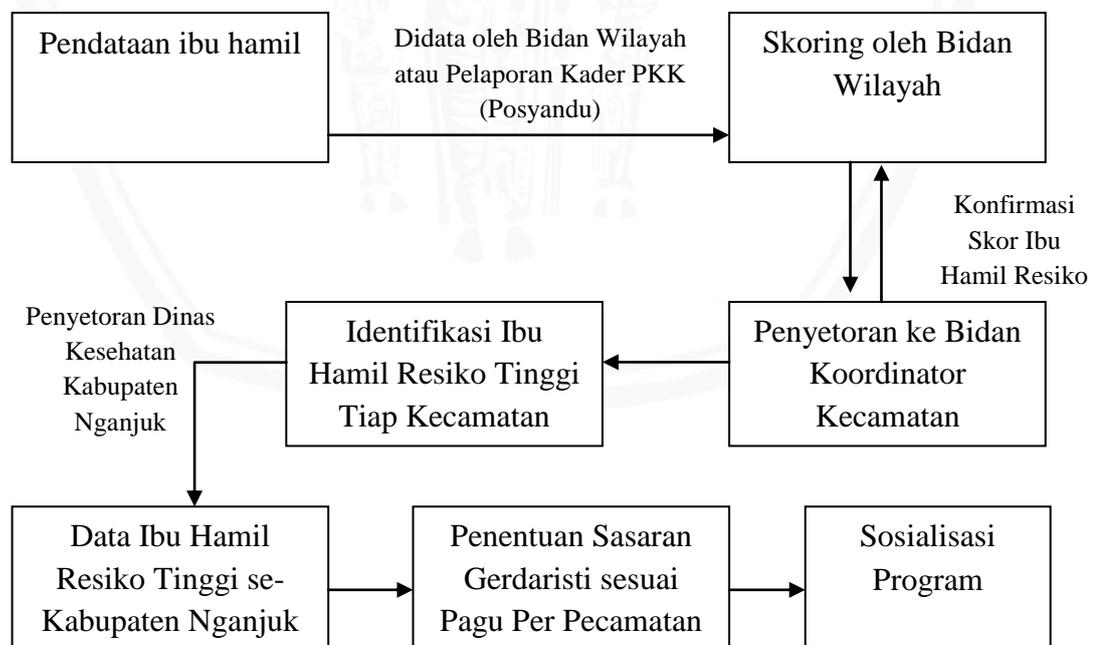
Identifikasi masalah sentral dan tujuan merupakan salah satu fungsi dalam tahapan manajemen strategi pada sektor publik (Cerniauskiene, 2014:20-21). Masalah sentral dalam strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak melalui Program Gerdaristi adalah jumlah AKI dan AKB yang terus meningkat tiap tahunnya. Sehingga, tujuan dari program Gerdaristi adalah untuk menurunkan AKI dan AKB melalui pelayanan kesehatan untuk ibu hamil resiko tinggi dan pendampingan oleh kader.

Menurut Cerniauskiene (2014:20-21) pada strategi yang telah disetujui, tujuan dan keputusan strategis telah terbentuk beserta organisasi pelaksanaannya. Sehingga, implementasi dari strategi akan didelegasikan pada departemen organisasi. Itulah mengapa tujuan strategi yang umum akan diinterpretasikan dengan tujuan dan keputusan yang fungsional. Hal ini sebagaimana ditemukan pada strategi yang diterapkan oleh Pemerintah Kabupaten Nganjuk dibidang kesehatan melalui program Gerdaristi. Dimana tujuan umum tersebut didelegasikan pada Dinas Kesehatan dan UPT serta memanfaatkan lembaga sosial masyarakat dan relawan sosial, yakni PKK dan Kader Pendamping Gerdaristi.

Untuk mencapai tujuan yang telah dikemukakan tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk melalui tim pelaksana Gerdaristi melakukan strategi operasional yang dapat diuraikan sebagai berikut:

#### 1) Penemuan Ibu Hamil Resiko Tinggi

Penemuan ibu hamil resiko tinggi merupakan kegiatan awal dari pelaksanaan Gerdaristi. Kegiatan ini awali dengan pengumpulan data ibu hamil yang ada diwilayah oleh bidan wilayah atau kader untuk kemudian direkap oleh bidan koordinator kecamatan dan dilakukan konfirmasi status dan faktor resiko tingginya. Data tersebut selanjutnya akan diberikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk untuk ditentukan sasaran Gerdaristi sesuai dengan pagu atau kuota yang sudah ditentukan untuk setiap kecamatan (besaran pagu per kecamatan berbeda-beda). Untuk memperjelas pemahaman mengenai alur penemuan ibu hamil resiko tinggi dapat digambarkan melalui diagram berikut:



Sumber : Olahan Penulis, 2017

**Gambar 25 Penemuan Ibu Hamil Resiko Tinggi**

Melalui kegiatan penemuan ibu hamil resiko ini dapat terlihat kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan pemanfaat dari program. Menurut Syukur (1987-389) salah satu unsur dari proses implementasi kebijakan adalah kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan manfaat dari program perubahan dan peningkatan. Berdasarkan hal ini maka, sasaran dari program Gerdaristi adalah ibu hamil resiko tinggi untuk dilakukan perubahan dan peningkatan pada status kesehatan dan faktor resiko sasaran.

## 2) Penentuan Kader Pendamping

Kader pendamping merupakan salah satu aktor dalam pelaksanaan Gerdaristi. Adapun penentuan kader pendamping diawali dengan pengumpulan kader kesehatan oleh bidan pembina wilayah dan dilakukan pembinaan awal mengenai sasaran Gerdaristi dan materi pendampingan. Kader pendamping dipilih dengan ketentuan satu kader pendamping satu ibu hamil resiko tinggi (bersifat sukarela tanpa paksaan) yang bertempat tinggal didekat rumah ibu hamil resiko tinggi dan sudah terlatih untuk melakukan pendampingan. Jarak rumah yang dekat dengan ibu hamil resiko tinggi ini akan mempermudah pengawasan dan pendampingan kondisi dan status resiko ibu hamil resiko tinggi. Untuk kondisi calon kader tidak dapat mendampingi (misalnya dikarenakan jadwal pekerjaan yang tidak fleksibel) dapat dilakukan pemilihan kader berdasarkan rekomendasi kepada bidan wilayah.

## 3) Sosialisasi Pendampingan

Sosialisasi pendampingan merupakan langkah lanjutan dalam pelaksanaan strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerdaristi.

Sosialisai pendampingan dilakukan pada awal pelaksanaan program, yakni pada awal tahun (Januari – Februari). Sosialisasi diberikan langsung oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk kepada kader pendamping dan bidan wilayah dan koordinator diseluruh Kabupaten Nganjuk. Pada saat sosialisai, kader-kader akan dibekali dengan materi terkait ibu hamil resiko tinggi seperti kriteria ibu hamil yang dikatakan beresiko tinggi dan cara untuk melakukan skoring dengan skor Poedji Rochdjati.

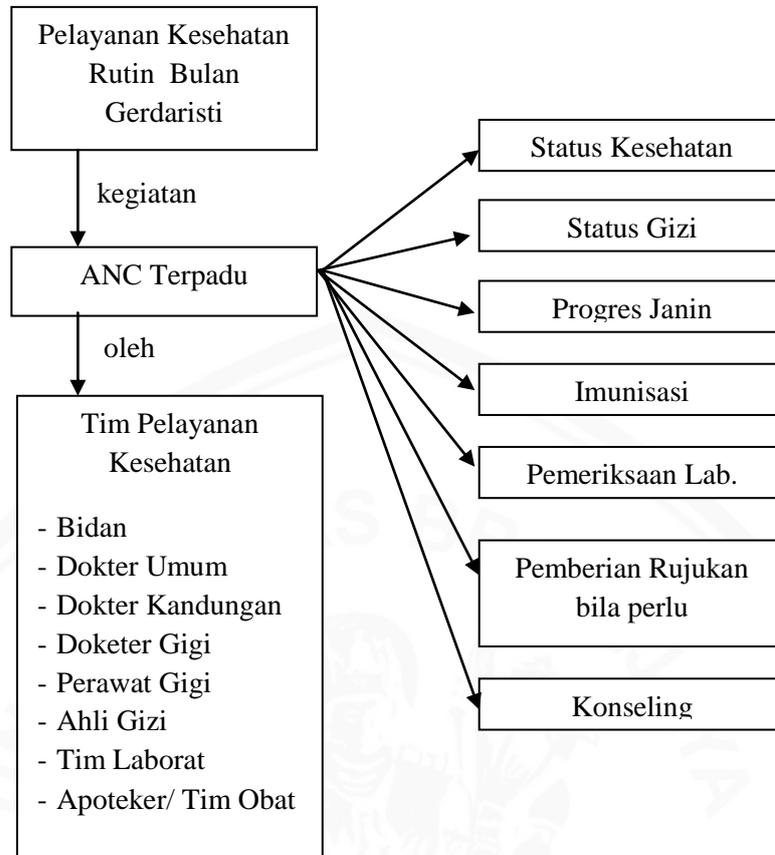
#### 4) Pelatihan Kader Pendamping

Pelatihan kader pendamping berbeda dengan sosialisasi pendampingan. Pelatihan kader pendamping dilakukan secara berkala dan berkelanjutan, tidak seperti sosialisasi pendampingan yang dilakukan hanya satu kali pada awal tahun pelaksanaan program saja. Pelatihan kader pendamping dilakukan saat kegiatan pemeriksaan rutin Gerdaristi setiap bulannya di Puskesmas. Adapun penyampaian materi-materi terkait dilakukan dengan penggunaan bahasa yang dapat dimengerti oleh masyarakat umumnya atau tidak menggunakan terlalu banyak istilah medis. Materi yang banyak diberikan adalah terkait cara untuk mendampingi dari ketika hamil hingga nifas oleh kader. Diantaranya adalah mengenai mendeteksi gejala yang masuk pada resiko tinggi untuk ibu hamil sekaligus pemberian skor oleh kader.

#### 5) Pemeriksaan oleh Tim Pelayanan Kesehatan

Pemeriksaan oleh Tim Pelayanan Kesehatan dilakukan dengan menerapkan pelayanan Antenatal Care Terpadu (ANC Terpadu) yang dilakukan di Puskesmas setiap bulannya. Tim pelayanan kesehatan yang melakukan

kunjungan ke Puskesmas adalah dokter dan perawat gigi, dokter kandungan, laborat, dan gizi. Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan kepada ibu hamil diantaranya adalah melalui konsultasi, pemeriksaan medis, dan tindak lanjut keluhan pada ibu hamil resiko tinggi. Artinya, ada upaya untuk mendekatkan layanan kesehatan kepada ibu hamil resiko tinggi, khususnya yang membutuhkan pelayanan kesehatan lanjutan dari bidan seperti layanan gigi, laboratorium, maupun rujukan dokter umum dan dokter kandungan. Adapun pelayanan yang diberikan kepada tiap ibu hamil resiko tinggi berbeda tergantung pada kebutuhannya. Kegiatan utama dalam pelaksanaan program Gerdaristi adalah pelaksanaan ANC (Antenatal) Terpadu dengan Pendampingan. Kegiatan ANC Terpadu didasarkan pada buku pedoman pelayanan Antenatal Terpadu dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Untuk mempermudah pemahaman mengenai pemeriksaan oleh tim pelayanan kesehatan dapat digambarkan melalui diagram berikut:



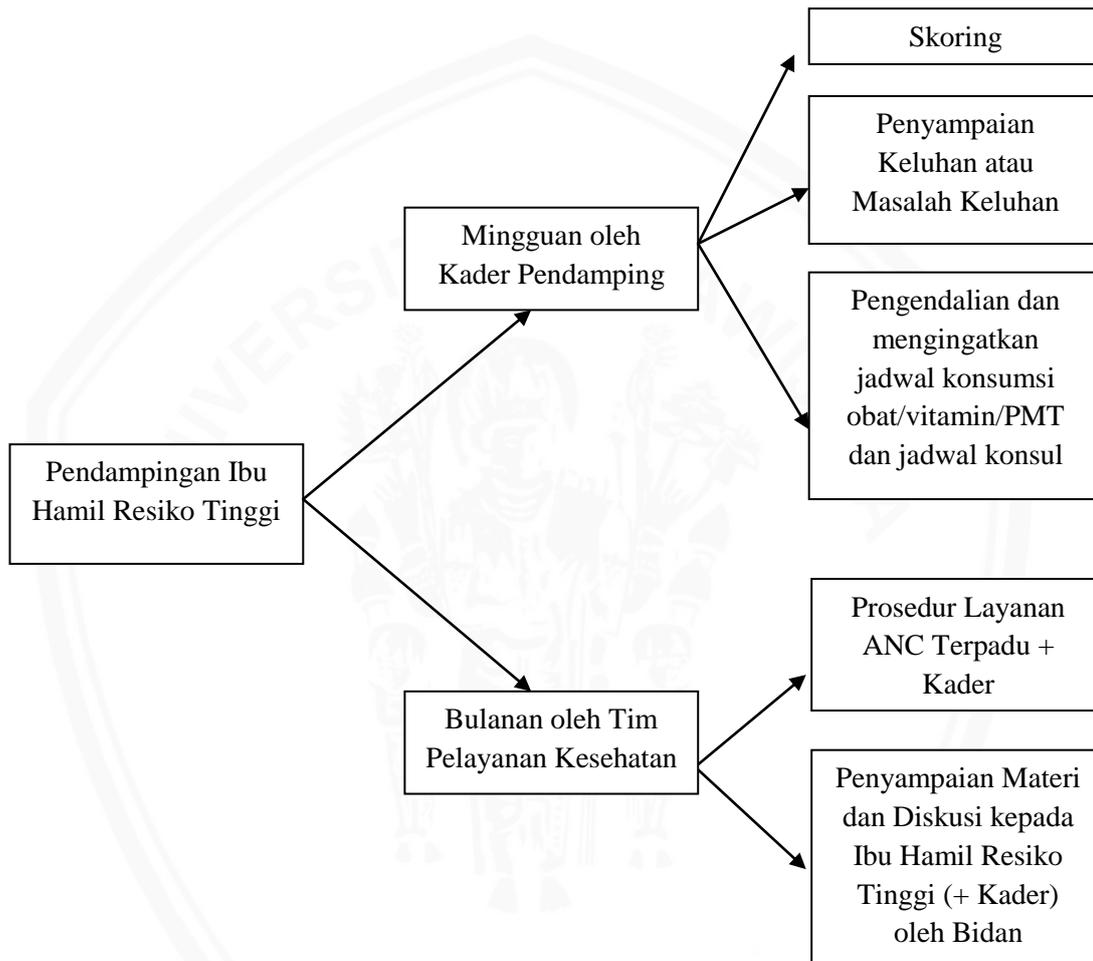
Sumber : Olahan Penulis, 2017

**Gambar 26 Pemeriksaan oleh Tim Layanan Kesehatan**

#### 6) Pelaksanaan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi

Pendampingan ibu hamil resiko tinggi merupakan strategi operasional yang sangat intensif dilakukan kepada ibu hamil resiko tinggi. Hal ini dikarenakan pelaksanaan pendampingan dilakukan tiap minggu dengan skoring oleh Kader Pendamping. Sehingga, disini peran kader pendamping sangat besar dalam hal pemberian pengarahannya, mengakomodir keluhan, dan penanganan keluhan sebagaimana disampaikan oleh bidan dalam pendampingan kader. kegiatan pendampingan oleh kader dilakukan dengan terus mengingatkan ibu hamil resiko tinggi mengenai jadwal pemeriksanaa rutin, jadwal konsumsi obat dan vitamin, serta pengontrolan kondisi pasien melalui kader pendamping setiap

satu minggu sekali atau saat dibutuhkan. Selain itu pendampingan ibu hamil resiko tinggi juga dilakukan setiap bulan ketika jadwal pemeriksaan rutin Gerdaristi. Pendampingan ibu hamil resiko tinggi tergambar melalui diagram berikut:



Sumber : Olahan Penulis, 2017

### Gambar 27 Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi

Adanya penentuan strategi operasional dalam pelaksanaan Program Gerdaristi sesuai dengan 3 pilar aktivitas dalam proses pengoperasian program menurut Jones sesuai yang dikutip Usman (2002:28) yaitu:

### 1) Pengorganisasian

Struktur organisasi yang jelas diperlukan dalam mengoperasikan program sehingga tenaga pelaksana dapat dibentuk dari sumberdaya manusia yang kompeten dan berkualitas. Dalam Program Gerdaristi pengorganisasian dilakukan melalui strategi operasional yang sudah ditentukan yakni dengan melibatkan bidan, tim kesehatan seperti dokter, ahli gizi, tim laborat, hingga tim obat yang sudah kompeten dan berkualitas. Adanya pemanfaatan kader juga membantu dalam pelaksanaan Gerdaristi menjadi lebih efektif karena skoring ibu hamil resiko tinggi dan kondisi aktual beserta kondisi setiap ibu dapat diketahui dengan detail karena adanya kegiatan pelaporan rutin kepada tim kesehatan.

### 2) Interpretasi

Para pelaksana harus mampu menjalankan program sesuai dengan petunjuk teknis dan petunjuk pelaksana agar tujuan yang diharapkan dapat tercapai. Strategi peningkatan kesejahteraan ibu hamil resiko tinggi merupakan interpretasi dari adanya Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/120/K/411.013/2014 tentang Perubahan atas Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/336/K/411.013/2013 tentang Pembentukan Tim Gerakan Pendampingan Ibu Hamil dan Bayi Resiko Tinggi Kabupaten Nganjuk dan Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi. Petunjuk teknis pelaksanaan program telah tertulis secara lengkap pada Buku Antenatal Terpadu dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak.

### 3) Penerapan atau Aplikasi

Prosedur kerja didasarkan pada buku pedoman Antenatal Terpadu dengan penentuan jadwal kegiatan oleh Dinas Kesehatan dengan pembangian tim kesehatan dan jawal rolling per tim sehingga tidak berbenturan dengan program lainnya. Mengenai penerapan atau aplikasi dari Gerdaristi ini sesuai dengan yang dikemukakan Tachjan (2006:35) bahwa implementasi program dilakukan dengan mendayagunakan struktur-struktur dan personalia (pemanfaatan SDM Medis dan Non Medis dari Dinas Kesehatan serta UPTD dan pemanfaatan lembaga masyarakat dengan PKK/Kader), dana, dan prosedur.

#### **b. Rancangan Rencana Istimewa**

Rancangan rencana istimewa menurut Cerniauskiene (2014:20) merupakan perencanaan spesial yang terdapat rincian, tujuan, garis besar, rentang waktu, tugas-tugas dan eksekutornya telah teralokasi dan dilaksanakan. Pada program Gerdaristi rancangan rencana istimewa terdapat pada rentang waktu, peran-peran dari aktor yang terlibat dan pengintegrasian dengan program lain. Rentang waktu Gerdaristi adalah satu tahun pelaksanaan program mulai dari pendataan awal ibu hamil resiko tinggi sebagai sasaran program hingga pada monitoring tahunan untuk mengetahui perbaikan status gizi, status kesehatan, kondisi bayi setelah persalinan, serta monitoring jumlah AKI dan AKB.

Tugas tugas antar pelaksana telah dipaparkan dengan jelas saat awal pelaksanaan program sehingga tidak ada tumpang tindih tugas pelaksana. Sumber daya manusia telah teralokasi dalam pembagian tim-tim pelayanan kesehatan

dan pendampingan 1 kader untuk satu ibu hamil resiko tinggi dan sudah dilaksanakan. Sudah ada alokasi peran dan penjadwalan antar pihak yang terlibat. Tim kesehatan dengan fungsi yang sama dapat saling membantu seperti bidan koordinator yang *memback up* bidan wilayah. Rencana waktu istimewa dilakukan dengan pembagian kloter kegiatan pendampingan agar kegiatan pendampingan lebih efektif. Hal lain yang menarik dalam komponen rancangan rencana istimewa adalah terintegrasinya program Gerdaristi dengan program sejenis dari pemerintah pusat, yakni SMS Bunda dan EMAS (*Expanding Maternal and Neonatal Survival*).

Adanya rencana istimewa ini mencerminkan kekuatan telah terbangun dan berbagai cara yang telah diterapkan pada implementasi dari proyek strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak melalui Program Gerdaristi. Hal ini sebagaimana yang dikemukakan oleh Cerniauskiene (2014:20-21), kekuatan organisasi (Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan UPTD) dan komunitas (kader pendamping Gerdaristi) telah terbangun dan diperkuat dengan berbagai cara yang diterapkan pada implementasi dari proyeksi strategi seperti adanya penjadwalan, pembagian tim, serta pengintegrasian dengan program pemerintah pusat.

### **c. Alokasi Sumberdaya dan Perencanaan Pembiayaan**

Alokasi sumberdaya dan perencanaan pembiayaan. Sumberdaya yang pasti telah dialokasikan untuk dilaksanakan organisasi. Ketika implementasi strategi telah didelegasikan pada berbagai departemen fungsional, maka sumberdaya-sumberdaya juga akan didistribusikan. Perencanaan keuangan membantu untuk

menyeimbangkan jumlah sumberdaya dan pembiayaan sumberdaya. Hal ini sebagaimana yang dikemukakan oleh Cerniauskiene (2014: 90) bahwa alokasi sumberdaya dan perencanaan pembiayaan adalah salah satu komponen dalam pelaksanaan program implementasi strategi. Sumberdaya yang dialokasikan dalam rangka pelaksanaan strategi adalah sebagai berikut:

- 1) Sumberdaya manusia, yakni tim pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk , kader pendamping, serta ibu hamil resiko tinggi yang terjaring Gerdaristi. Adapun alokasi sumberdaya manusia adalah melalui sistem rolling tim.
- 2) Sumberdaya Sarana dan Prasarana, yakni berupa alat-alat kesehatan yang dipakai untuk melakukan cek kesehatan serta pemberian makanan tambahan (PMT). Pendistribusian PMT adalah dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk untuk kemudian diserahkan pada Puskesmas dan dibagikan pada ibu resiko tinggi sasaran Gerdaristi dengan KEK. Fasilitas kesehatan yang didapatkan tiap ibu hamil berbeda tergantung kebutuhan ibu hamil.
- 3) Sumberdaya Dana atau Pembiayaan, berasal dari APBD dan BOK Kabupaten Nganjuk untuk dana operasional Gerdaristi dan dana Puskesmas atau PKK.

Tahapan manajemen strategi pada sektor publik salah satunya implementasi strategi (Cerniauskiene, 2014:20-21). Tahap ini memiliki beberapa fungsi pengaturan dari pembiayaan program, organisasi dan kerja tim, pembangunan sumberdaya manusia. Hal ini sesuai dengan proses alokasi sumberdaya manusia dan pembiayaan yang dilakukan dalam strategi peningkatan kesejahteraan ibu

dan anak melalui Gerdaristi. Disini pengaturan dari pembiayaan program adalah dari APBD Kabupaten Nganjuk untuk pos kesehatan dan BOK, kemudian untuk biaya konsumsi didanai dari kas PKK. Untuk ibu hamil resiko tinggi yang tidak terjangkau Gerdaristi, pendanaannya adalah dari dana operasional Puskesmas. Organisasi dan kerja tim dialokasikan melalui plotting tim dari Dinas Kesehatan dimana setiap tim terdiri dari tenaga medis dokter, bidan, tim gizi, dan PKK Kabupaten yang tugasnya dilakukan melalui sistem rolling wilayah setiap bulan dalam satu tahun untuk jadwal pemeriksaan rutin. Pembangunan sumberdaya manusia dilakukan dengan pelatihan kepada kader pendamping yang dialokasikan tiap ibu hamil resiko tinggi adalah satu kader pendamping.

Mengenai alokasi sumberdaya dan pembiayaan ini juga sesuai dengan pendapat dari Syukur (1987:389) mengenai salah satu unsur dari implementasi yaitu organisasi maupun perorangan yang bertanggungjawab dalam pengelolaan pelaksana dan pengawasan dari proses implementasi tersebut. Disini yang bertanggungjawab adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk melalui tim pelayanan kesehatan dan UPTD (Puskesmas). Dinas Kesehatan dan UPTD Puskesmas bertanggungjawab atas pelaksanaan program dari penjangkaran ibu hamil hingga monitoring ditingkat kabupaten, khususnya terkait dengan perkembangan kondisi ibu hamil resiko tinggi untuk status kesehatan, status gizi, perkembangan janin, dan kondisi pasca melahirkan. Pihak-pihak seperti dokter, gizi, apoteker merupakan aktor pendukung layanan kesehatan untuk memfasilitasi kebutuhan ibu hamil resiko tinggi.

#### **d. Monitoring dan Pengendalian Prosedur**

Untuk mengimplementasikan strategi memerlukan monitoring dalam rentang waktu dan hasil faktual dari implementasi strategi yang direkam secara periodik. Adapun monitoring dari program Gerdaristi dilakukan tiap 3 bulan, 6 bulan dan satu tahunan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Rentang waktu untuk melakukan monitoring akhir program adalah dengan mengumpulkan hasil laporan skoring kader dan hasil pemeriksaan tim medis selama 12 bulan pada ibu hamil resiko tinggi yang menjadi sasaran Gerdaristi. Hasil faktual akan mengendalikan prosedur sesuai dengan panduan operatif dan mengamati penyimpangan. Melalui monitoring akan terlihat apakah prosedur antenatal terpadu sudah dilakukan sekaligus pelayanan ibu nifas dan bayi lahir hidup (sebelum usia <42 hari) serta tingkat kematian ibu dan bayi.

Hal tersebut sebagaimana diungkapkan Cerniauskiene sebagai tahapan pengendalian strategi pada sektor publik (2014:20-21). Pada tahap ini aktifitas strategi organisasi dikendalikan dengan cara membandingkan tujuan yang diharapkan dengan tujuan yang faktual/terjadi. Jawaban dari analisis aktifitas mempertanyakan mengenai apa yang sedang dan telah dilakukan untuk meningkatkan dan mencapai tujuan. Melalui monitoring Gerdaristi ini akan terlihat data awal dan data akhir mengenai status gizi, kesehatan (anemia), data keselamatan saat persalinan, dan kematian bayi yang lahir dari ibu resiko tinggi. Pada referensi ini disebut sebagai pengendalian strategi dan bukan evaluasi

strategi, sedangkan dalam buku panduan Gerdaristi tahap ini disebut sebagai evaluasi strategi.

Pendapat ahli lain yang sesuai dengan kegiatan monitoring dan pengendalian prosedur adalah dari Tachjan (2006:35) bahwa implementasi program dalam konteks kebijakan publik terdiri dari beberapa tahap yaitu membangun sistem penjadwalan, monitoring dan sarana-sarana pengawasan yang tepat guna serta evaluasi (hasil) pelaksanaan. Sistem penjadwalan diadakan dengan adanya pendampingan dan pemeriksaan tiap minggu dan tiap bulan. Hasil dari kegiatan tersebut berbentuk laporan skoring dari bidan dan kader serta hasil pemeriksanaan dari tim medis lain selain bidan untuk kemudian diakumulasi dan dilaporkan saat eveluasi hasil pelaksanaan yang dilakukan tiap 6 bulan dan satu tahun.

Gerdaristi sebagai suatu program telah memiliki sasaran, jangka waktu yang diperlukan, besaran biaya dan sumberdaya, serta tenaga kerja yang dibutuhkan. Hal ini sebagaimana diungkapkan oleh Siagian (2008:85) bahwa program memiliki ciri-ciri:

- a) Sasaran yang dikehendaki, yakni Ibu Hamil Resiko Tinggi
- b) Jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu, yakni dalam satu tahun dimulai dari kegiatan pendataan awal ibu hamil untuk menentukan sasaran hingga monitoring hasil pada akhir tahun
- c) Besarnya biaya yang diperlukan beserta sumbernya, besarnya biaya adalah 1 Miliar Rupiah dari dana APBD dan BOK dalam Pos Kesehatan serta biaya lain yang bersumber dari dana operasional Puskesmas dan PKK

d) Tenaga kerja yang dibutuhkan baik ditinjau dari segi jumlahnya maupun dilihat dari sudut kualifikasi serta keahlian dan keterampilan yang diperlukan. Tenaga kerja yang dibutuhkan adalah tim pelayanan kesehatan yang terdiri atas bidan, dokter, gizi, dan tim tobat serta kader pendamping

Sementara pelaksanaan program Gerdaristi sebagai strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak ini sesuai dengan pendapat dari Cerniauskiene (2014:13) bahwa prinsip manajemen strategi diantaranya tergantung pada hal-hal sebagai berikut:

a) Aktifitas alamiah (produksi, pelayanan, dan ide)

Aktifitas alamiah pada pelaksanaan Gerdaristi sebagai implementasi strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak adalah kegiatan pelayanan kesehatan oleh tim kesehatan dan pendampingan oleh kader pendamping kepada ibu hamil resiko tinggi. Kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan adalah sesuai dengan ANC Terpadu. Terkait dengan cara pendampingan masing-masing kader pendamping tergantung pada ide dari kader ada yang menggunakan SMS atau mengingatkan setiap kali bertemu. Pada lokasi penelitian juga ditemukan adanya ide penggabungan kelas ibu hamil dengan pelaksanaan bulanan kegiatan Gerdaristi agar penyampaian materi tidak diulang-ulang dan kegiatan dapat berlangsung efektif.

b) Pembiayaan sumberdaya (Organisasi komersil atau non-komersil)

Pembiayaan sumberdaya adalah melalui APBD Kabupaten Nganjuk (karena merupakan program pemerintah daerah) dan BOK, selain itu pembiayaan juga bersumber dari Dana Operasional Puskesmas dan PKK.

Dikarenakan Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan UPTD nya bukan merupakan organisasi komersil, maka pembiayaan sumberdayanya adalah melalui gaji (untuk tenaga kesehatan dan non-medis) serta insentif kepada tenaga relawan (kader pendamping) dan ibu hamil resiko tinggi untuk memotivasi sasaran tetap melaksanakan program Gerdaristi.

c) Properti ( organisasi publik dan privat)

Properti atau sarana dan prasarana yang digunakan adalah sarana dan prasarana dalam organisasi publik. Adapun properti atau sarana prasarana yang digunakan adalah dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, Laboratorium, dan Farmasi berupa alat-alat pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, khususnya untuk pelayanan kesehatan ibu hamil resiko tinggi yang terjaring dalam Gerdaristi.

Manajemen strategi pada sektor publik sebagaimana yang diungkapkan oleh Cerniauskiene (2014: 45-100) mencakup hal-hal sebagai berikut:

a) *Planning* / Perencanaan

Perencanaan strategi pada organisasi publik dilakukan dengan pembentukan visi dan misi orgaisasi. Melalui pembentukan visi dan misi orgaisasi maka akan dapat ditentukan masalah dan tujuan strategis. Pada tahap perencanaan ini dapat diketahui bahwa tujuan dari Gerdaristi adalah untuk menekan AKI dan AKB di Kabupaten Nganjuk.

b) *Organizing* / Pengorganisasian

Pengorganisasi sebagai salah satu tahap dalam manajemen strategi dilakukan oleh pihak-pihak yang memiliki kewenangan untuk membuat

keputusan (the committee) (Cerniauskiene, 2014: 60), dalam hal ini pembuat keputusan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan UPTD (Puskesmas). Beberapa aktifitas atau kewenangan dari 'the committee' dalam pelaksanaan fungsi pengorganisasian adalah sebagai berikut:

- (1) Pemilihan masalah strategis yang paling penting, dalam hal ini adalah penurunan AKI dan AKB melalui peningkatan status kesehatan dan gizi ibu hamil resiko tinggi sekaligus penurunan faktor resiko tinggi;
- (2) Mempertimbangkan arahan dan aktifitas yang mungkin, disini arahan diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan Bidan kepada kader pendamping mengenai apa itu ibu hamil resiko tinggi, faktor-faktor resikonya, dan cara pendampingan untuk ibu hamil resiko tinggi beserta kegiatan yang mungkin dilakukan;
- (3) Koordinasi dan mempertahankan perjanjian, dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dengan ibu hamil resiko tinggi serta kader untuk melaksanakan kegiatan selama satu tahun. Kegiatan koordinasi dilakukan oleh Kader pendamping, Bidan Pembina Wilayah, Bidan Koordinator, Tim Pelayanan Kesehatan selama satu bulan sekali pada saat kegiatan pemeriksaan rutin dilakukan. Sementara koordinasi antar Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dengan Puskesmas dilakukan setiap 3 bulan, 6 bulan, dan tahunan dalam bentuk laporan pelaksanaan dan laporan pertanggungjawaban;
- (4) Menciptakan pengukuran untuk pemecahan masalah, dilakukan dengan indikator medis berupa skoring atau monitoring indikator-indikator

yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi (status gizi, anemia, imunisasi, BBLR, dan sebagainya) untuk selanjutnya dilakukan penanggulangan. Contoh dari tahapan ini adalah pengukuran atas status gizi dengan lingkaran lengan atas (KEK) yang jika dibawah 23.5 cm harus diberi PMT (makan tambahan berupa biskuit atau susu) untuk menaikkan status gizinya;

- (5) Memastikan keuangan eksternal atau bantuan teknis, pada kegiatan ini yang terlihat adalah mengenai bantuan teknis. Kegiatan Gerdaristi tidak dapat berjalan jika tidak ada bantuan teknis dari tim gizi, gigi, dokter, bidan, maupun obat. Dikarenakan latar belakang ibu hamil dan faktor resiko berbeda-beda maka bantuan teknis yang dibutuhkan juga berbeda-beda, namun tetap pada koridor pelayanan ANC Terpadu dengan pendampingan kader.

Pengorganisasi dalam manajemen strategis mencakup peran dari kelompok pendukung, kegiatan operasional kelompok pendukung, kompilasi buku panduan, posisi spesial untuk mempersiapkan pelaksanaan strategi, koordinasi program (Cerniauskiene, 2014: 61-63). Berdasarkan hal ini, peran pendukung yang terlihat sangat menonjol adalah peran kader pendamping serta pelaksanaan kompilasi buku panduan Gerdaristi, KIA, dan Antenatal (ANC) Terpadu

c) *Motivation* / Motivasi

Motivasi pada manajemen strategi memuat mengenai penggunaan struktur organisasi dan pembiayaan untuk menerapkan strategi. Penggunaan

struktur organisasi dalam hal ini adalah struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan Puskesmas. Motivasi dalam manajemen strategi berkaitan dengan kepemimpinan, kekuatan kelompok, perubahan pada implementasi, kekuatan tekanan eksternal, dan budaya beradaptasi dengan perubahan (Cerniauskiene, 2014:75). Dalam pelaksanaan Gerdariti ini motivasi yang paling menonjol adalah dalam hal kekuatan kelompok, dalam hal ini adalah Kelompok Kader Pendamping yang selalu intens mendampingi ibu hamil resiko tinggi sehingga tidak sampai 'lepas' saat program sedang berlangsung.

#### d) Hasil Benchmarking dan Pengendalian

Kata pengendalian berkaitan dengan monitoring, reviewing, dan memastikan sesuatu. Pengendalian strategi adalah perbaikan dari proses implementasi strategi yang menggambarkan kondisi faktual dari pelaksanaan strategi yang telah dipilih (Cerniauskiene (2014: 88-89). Hasil Benchmarking dalam program ini berupa dokumen evaluasi gerdaristi yang memuat review rekam medik ibu hamil resiko tinggi saat menjalani proses Program Gerdaristi.

Di dalam evaluasi Dye dalam Winarno (2012: 232-235) mengungkapkan pada dasarnya dampak dari suatu kebijakan publik mempunyai beberapa dimensi, dan kesemuanya harus diperhitungkan dalam membicarakan evaluasi. Terdapat lima dimensi dari suatu dampak kebijakan, yaitu:

- a) Dampak kebijakan pada masalah-masalah publik dan dampak kebijakan pada orang-orang yang terlibat. Dengan demikian, sasaran dalam kebijakan publik yang diharapkan untuk dipengaruhi oleh kebijakan harus dibatasi, serta

dampak yang diharapkan dari kebijakan harus ditentukan dari awal pembuatan kebijakan publik. Dalam hal ini, permasalahan yang terjadi yaitu tingginya angka kematian ibu hamil dan bayi, sehingga Pemerintah Kabupaten Nganjuk membuat program Gerdaristi yang ditujukan untuk ibu hamil resiko tinggi yang beresiko. Tujuan utama dari program ini menjadi dampak yang diharapkan kedepannya yaitu adanya penurunan AKI dan AKB dan peningkatan status kesehatan Ibu dan Anak.

- b) Kebijakan mungkin mempunyai dampak terhadap keadaan-keadaan atau kelompok-kelompok di luar sasaran atau tujuan kebijakan dari yang telah diperkirakan sebelumnya oleh aktor perumus kebijakan. Dampaknya dalam Program Gerdaristi ini, ibu hamil resiko tinggi yang tidak termasuk dalam Program Gerdaristi, juga mendapat fasilitas kesehatan yang sama walaupun dengan sumber pembiayaan yang berbeda.
- c) Kebijakan mungkin akan mempunyai dampak pada keadaan-keadaan sekarang dan keadaan di masa yang akan datang yang akan berpengaruh pada kelompok sasaran maupun di luar sasaran. Dampak langsung yang dirasakan dengan adanya program Gerdaristi oleh ibu hamil resiko tinggi yaitu para ibu hamil resiko tinggi menjadi paham mengenai apa-apa saja yang harus diperhatikan dan dijaga saat kehamilannya beresiko serta mengikis pemahaman mengenai mitos-mitos kehamilan. Dampak jangka panjang yang diharapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk melalui Program Gerdaristi dapat menekan AKI dan AKB serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Nganjuk.

- d) Evaluasi juga menyangkut unsur yang lain, yakni biaya langsung yang dikeluarkan untuk membiayai program-program kebijakan publik sehingga kebijakan tersebut dapat terlaksana sedemikian rupa. Pemerintah Kabupaten Nganjuk mem-*backup* pembiayaannya ibu hamil resiko tinggi yang terjaring dalam program Gerdaristi dari mulai pelayanan ANC, kelas ibu hamil, pemberian makanan tambahan, obat, vitamin hingga proses persalinan, transport ke puskesmas, serta kesehatan bayi ketika lahir dalam waktu program Geradristi juga dijamin oleh Pemkab Nganjuk. Pembiayaan dari APBD, BOK, Dana Puskesmas dan PKK.
- e) Menyangkut biaya tidak langsung yang ditanggung oleh masyarakat maupun beberapa anggota masyarakat akibat adanya kebijakan publik. Biaya tidak langsung yang dikeluarkan di program Gerdaristi yaitu, biaya komunikasi untuk kader pendamping memonitor kondisi ibu hamil maupun berkomunikasi untuk keperluan konsultasi rutin berupa telepon dan sms yang menggunakan pulsa.

## **2. Faktor Pendukung dan Penghambat**

Implementasi strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak melalui Program Gerdarsti memiliki faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan kegiatannya yang dapat diuraikan sebagai berikut:

### **a. Faktor Pendukung**

Faktor pendukung dari program Gerdaristi adalah adanya kader-kader pendamping yang melakukan pendampingan intensif dan 'kekeluargaan' dari kader pendamping untuk memonitoring jadwal makan, jadwal minum obat, dan

pendampingan dalam pemeriksaan hingga penyampaian keluhan sehingga deteksi dini atas permasalahan dalam kehamilan resiko tinggi dapat segera ditangani baik dengan rujukan ke dokter atau pemberian obat atau vitamin maupun tambahan makanan. Faktor lain yang mendukung adalah adanya tes kepada ibu hamil yang sudah lengkap sehingga resiko tinggi dalam kehamilan dapat terus dipantau untuk terus dikurangi risikonya.

Hal ini sesuai dengan pendapat dari Korten dalam Andersen (1997:12) menyatakan bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implementasi program, yaitu:

- a) Pertama, kesesuaian antara program dengan pemanfaat, yaitu kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh program dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran (pemanfaat). Program yang ditawarkan adalah pendampingan kepada ibu hamil resiko tinggi baik pendampingan melalui kader maupun pendampingan tim kesehatan melalui pemeriksaan kesehatan, konsultasi, dan rujukan yang diberikan secara gratis (cuma-cuma). Sehingga keberhasilan implementasi ini dikarenakan adanya kesesuaian program yang ditawarkan dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran, yakni ibu hamil resiko tinggi.
- b) Kedua, kesesuaian antara program dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara tugas yang disyaratkan oleh program dengan kemampuan organisasi pelaksana. Hal lain yang mendukung strategi ini adalah karena program yang diadakan sudah sesuai dengan tugas pokok dan fungsi dari organisasi pelaksana, dalam hal ini yakni Dinas Kesehatan Kabupaten

Nganjuk (dengan Tim Pelayanan Kesehatan melalui dokter, gizi, tim obat, dokter kandungan, dan dokter-perawat gigi) serta Puskesmas (dengan bidan).

- c) Ketiga, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara syarat yang diputuskan organisasi untuk dapat memperoleh *output* program dengan apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran program. Terdapat kesesuaian kelompok pemanfaat (ibu hamil resiko tinggi) dengan organisasi pelaksana (Dinas Kesehatan dan Puskesmas beserta Tim Pelayanan Kesehatan) dimana terdapat penyesuaian kriteria atau syarat untuk menjadi sasaran program Gerdaristi agar kemudian kriteria (berupa status kesehatan dan gizi ibu dan janin) dapat dinaikkan dan dijadikan sebagai output pelaksanaan program melalui pemeriksaan rutin dan pendampingan kader.

Terdapat empat kemampuan atau keahlian dasar yang menunjang keberhasilan implementasi strategi menurut Thomas V. Bonoma dalam Hari Purnomo dan Zulkiflimansyah (1999), yang juga terlihat dalam pelaksanaan strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak melalui Gerdaristi yaitu:

- a) Kemampuan Berinteraksi (*Interacting Skills*). Kemampuan ini ditunjukkan dengan kapabilitas manajemen pemerintah dalam berinteraksi dan berempati dengan berbagai perilaku dan sikap orang lain untuk mencapainya. Disini kapabilitas manajemen pemerintah ditunjukkan oleh Dinas Kesehatan, Tim Pelayanan Kesehatan, dan Puskesmas dalam berinteraksi dan berempati terhadap kondisi ibu hamil resiko tinggi dengan adanya pendampingan tiap

minggu dan tiap bulan di Puskesmas yang ditunjukkan dengan kegiatan pendampingan atau pelatihan kepada ibu hamil resiko tinggi dan kader dengan bahasa yang mudah dipahami serta diskusi-diskusi sehingga sasaran merasa lebih nyaman.

- b) Kemampuan Mengalokasi (*Allocation Skills*). Kemampuan ini diperlukan untuk menunjang kemampuan manajemen dalam menjadwalkan tugas-tugas, anggaran waktu, serta sumber daya-sumber daya lain secara efisien. Kemampuan mengalokasi ini terutama tertuju pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan Bidan Wilayah. Kemampuan alokasi sumberdaya yang ditunjukkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk adalah melalui pengaturan jadwal rolling setiap tim pelayanan kesehatan sehingga tidak bertumbukan dengan pelaksanaan program lain. Selain itu pengalokasian sumberdaya juga dilakukan oleh Bidan Wilayah dalam proses pemilihan kader pendamping yang bertempat tinggal dekat dengan ibu hamil sehingga mempermudah pengawasan.
- c) Kemampuan Memonitoring (*Monitoring Skills*). Kemampuan ini meliputi kapabilitas pemerintah dalam menggunakan informasi secara efisien untuk memperbaiki atau menyelesaikan berbagai masalah yang timbul dalam proses implementasi. Kemampuan monitoring ini ditunjukkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dengan memanfaatkan hasil pemeriksaan dari tes kesehatan ibu hamil resiko tinggi serta kartu skor kader pendamping (mingguan). Melalui kedua kegiatan tersebut diatas Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dapat melakukan monitoring berkala 3 bulanan, 6

bulanan, dan satu tahunan dengan data akurat dan melakukan penyelesaian masalah sedini mungkin melalui monitoring rutin tersebut.

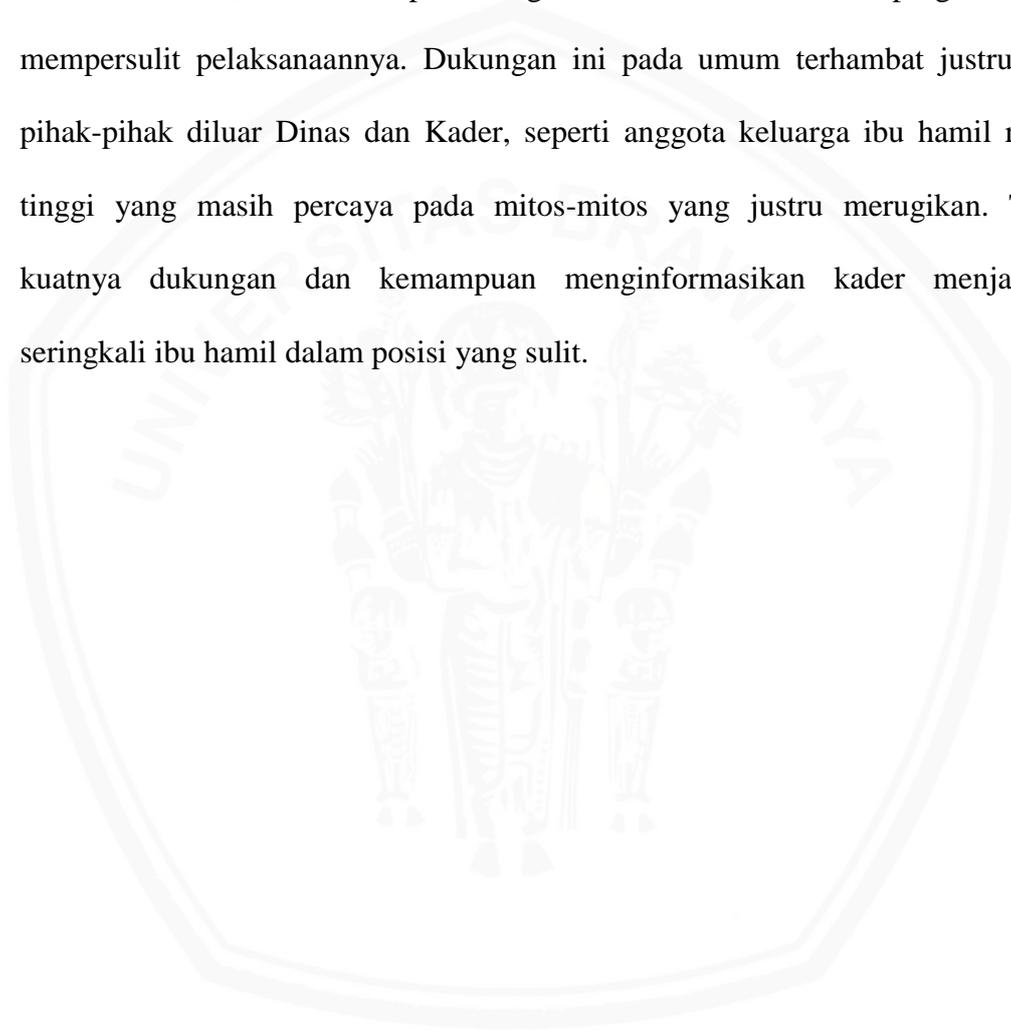
- d) Kemampuan Mengorganisasikan (*Organizing Skills*). Kemampuan untuk menciptakan jaringan atau organisasi informal dalam rangka menyesuaikan diri dengan berbagai masalah yang mungkin akan terjadi. Kemampuan mengorganisasikan yang dilakukan dengan memanfaatkan kader pendamping sebagai jaringan informal dapat membantu Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dalam mengetahui kondisi dan masalah yang terjadi dilapangan dan yang mungkin akan terjadi seperti kepindahan ibu hamil resiko tinggi dan mundurnya ibu hamil resiko tinggi sehingga tidak dapat menyelesaikan pelaksanaan program dan adanya tekanan budaya yang merugikan kepada ibu hamil seperti pantangan-pantangan yang justru merugikan dalam sisi gizi ibu hamil resiko tinggi.

#### **b. Faktor Penghambat**

Implementasi program akan terhambat pelaksanaannya apabila terdapat kesalahan pada kebijakan yang melatar belakanginya. Menurut Sunggono (2010) implementasi kebijakan dan program mempunyai beberapa penghambat salah satunya yaitu informasi dan dukungan. Para pemegang peran dalam implementasi program dan kebijakan yang terlibat langsung mempunyai informasi yang penting, seperti kriteria ibu hamil resiko tinggi dan cara penanganan termasuk pelayanan apa saja yang harusnya diberikan. Kader pendamping merupakan jembatan antara Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk berserta tim pelayanan kesehatan dengan ibu hamil resiko hamil. Jika kader tidak dapat menyampaikan

informasi penanganan dan pelayanan dengan baik, maka kondisi ibu hamil resiko tinggi juga akan sulit untuk ditangani. Dalam program Gerdaristi ini yang menjadi hambatan adalah belum maksimalnya peran pendampingan yang diberikan oleh kader dikarenakan kemampuan penyampaian tiap kader yang bervariasi.

Selain itu, tidak cukup dukungan untuk melaksanakan program akan mempersulit pelaksanaannya. Dukungan ini pada umum terhambat justru oleh pihak-pihak diluar Dinas dan Kader, seperti anggota keluarga ibu hamil resiko tinggi yang masih percaya pada mitos-mitos yang justru merugikan. Tidak kuatnya dukungan dan kemampuan menginformasikan kader menjadikan seringkali ibu hamil dalam posisi yang sulit.



## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, maka kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Implementasi strategi dalam Meningkatkan Kesejahteraan ibu dan anak melalui Program Gerdaristi dapat meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dengan menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Nganjuk. Keberhasilan ini dapat dicapai dikarenakan oleh:
  - a) Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk melalui tim pelaksana Gerdaristi melaksanakan strategi operasional yang bertujuan menurunkan angka kematian ibu dan bayi yaitu dengan; penemuan ibu hamil resiko tinggi, penentuan kader, sosialisasi pendampingan, pelatihan kader pendamping, pemeriksaan oleh tim pelayanan kesehatan yang berpijak pada prosedur ANC Terpadu, pelaksanaan pendampingan ibu hamil resiko tinggi secara mingguan dan bulanan.
  - b) Pada program Gerdaristi rancangan rencana istimewa terdapat dengan adanya rentang waktu pelaksanaan program Gerdaristi yaitu satu tahun serta pengintegrasian dengan program lain seperti EMAS dan SMS Bunda.
  - c) Alokasi sumber daya pada Program Gerdaristi didukung oleh sumber daya manusia, sumber daya sarana dan prasarana, serta sumber daya pembiayaan. Sumber daya manusia yakni tim pelayanan kesehatan Dinas

Kesehatan Kabupaten Nganjuk, kader pendamping, serta ibu hamil yang terjaring dalam program Gerdaristi. Sumber daya sarana dan prasarana didukung oleh tersedianya perlengkapan alat-alat kesehatan serta pemberian makanan tambahan. Sedangkan sumber daya pembiayaan didukung dari dana APBD/BOK/Dana Puskesmas.

d) Monitoring kondisi ibu hamil resiko tinggi yang dilakukan secara berkala oleh kader pendamping (mingguan), puskesmas (bulanan) dan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (3 bulanan, 6 bulanan dan tahunan). Serta dilaksanakannya pengendalian prosedur ANC Terpadu.

2. Faktor pendukung pelaksanaan program adalah kesesuaian program dengan kebutuhan pemanfaat, tugas organisasi dan syarat yang diputuskan. Selain itu faktor pendukungnya adalah kemampuan berinteraksi, alokasi, monitoring, dan pengorganisasian yang baik dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk serta Puskesmas. Sementara faktor penghambat berasal dari keterhambatan informasi dan dukungan kader pendamping karena kemampuan untuk menjelaskan yang masih perlu untuk diperbaiki dan ditingkatkan. Serta anggota keluarga ibu hamil yang masih percaya dengan mitos-mitos yang salah dalam kesehatan.

## B. Saran

Saran yang dapat direkomendasikan untuk strategi peningkatan kesejahteraan ibu dan anak melalui program Gerdaristi adalah sebagai berikut:

1. Perlu diadakan tindak lanjut atas ibu hamil resiko tinggi yang tidak menjadi sasaran gerdaristi pada tahun berjalan dikarenakan biaya pemeriksaannya yang tidak ditanggung oleh pemerintah dan ibu hamil resiko tinggi yang pindah dari wilayahnya yang memerlukan rujukan atau rekam medis saat di wilayah yang baru.
2. Perlu diadakan pelatihan yang lebih intensif kepada kader pendamping, terutama saat sosialisasi awal, dikarenakan pada sosialisasi awal kurang kondusif karena kader pendamping dikumpulkan menjadi satu dari 20 kecamatan di satu tempat.
3. Perlu diadakan penyuluhan kepada keluarga ibu hamil resiko tinggi untuk mengurangi pengaruh mitos kehamilan yang beredar di masyarakat, dikarenakan keluarga ibu hamil resiko tinggi masih mempercayai mitos-mitos kehamilan yang diantaranya dapat merugikan ibu hamil resiko tinggi.

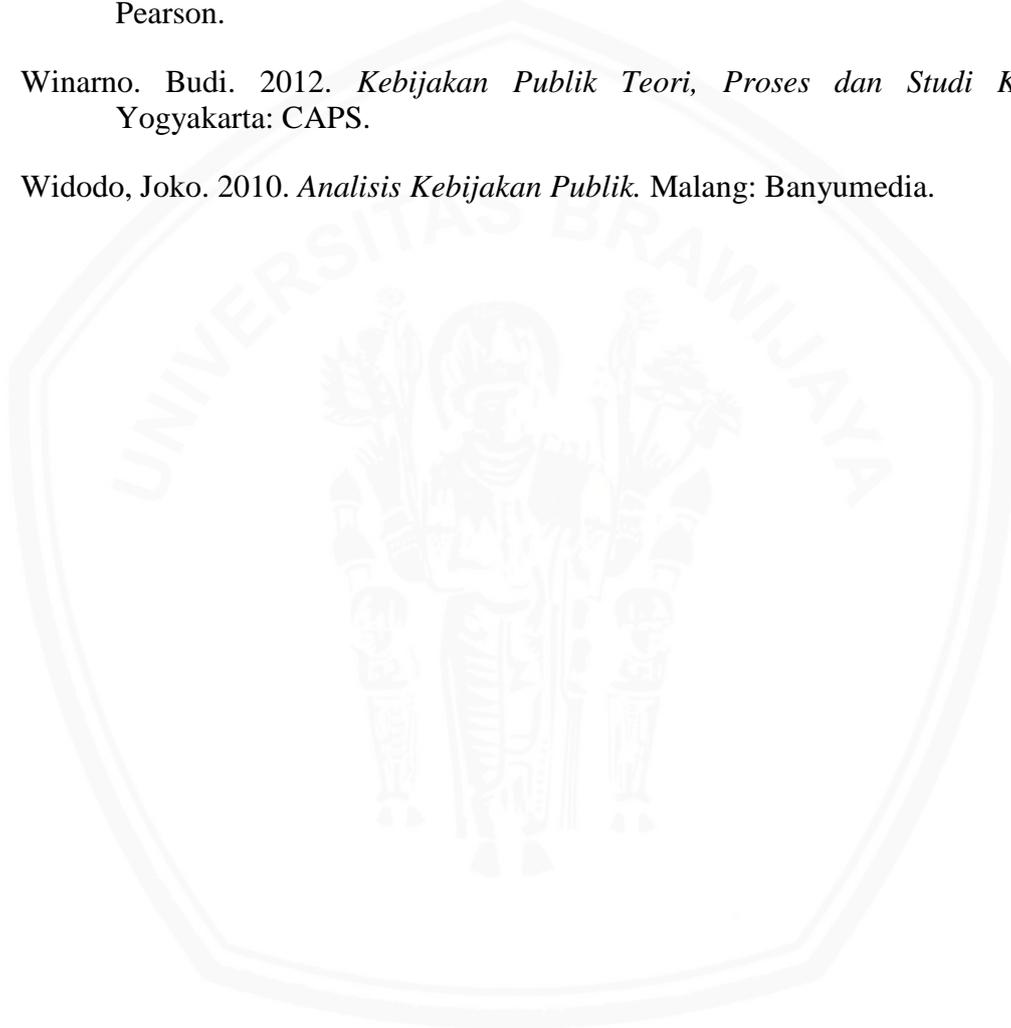
## DAFTAR PUSTAKA

- Andersen, E. James. 1997. *Public Policy-Making, Third Edition*. New York: Holt Rinchart Winston.
- Arikunto, S. 2005. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arif Rohman. 2009. *Politik Ideologi Pendidikan*. Yogyakarta: Laksa Bang Mediatama Yogyakarta.
- Afifuddin. 2010. *Pengantar Administrasi Pembangunan*. Bandung: Cv. Alfabeta.
- Amir, M. Taufiq. 2011. *Manajemen Strategi, Konsep, dan Aplikasi*. Rajawali Pers: Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. *Penduduk Indonesia menurut Provinsi 1971, 1980, 1990,1995, 2000 dan 2010*. 09 Juli 2012. 21 Januari 2017. <<https://www.bps.go.id/2012/07/09/Penduduk-Indonesia-menurut-Provinsi-1971,-1980,-1990,-1995,-2000-dan-2010/>>
- Černiauskiene, Nendré. 2014. *Strategic Management Of Public Sector Institution*. Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas.
- Danim, Sudarwan. 2002. *Menjadi Peneliti Kualitatif*. Bandung: Pustaka Setia.
- Denhardt & Denhardt. 2003. *The New Public Service: Approach To Reform. International Review of Public Administration Vol 8 No 1*.
- Departemen Kesehatan RI, 2004. *Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia*. Depkes: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2004.
- David, Fred R. 2011. *Manajemen Strategis Konsep*. Jakarta : Salemba Empat.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. 2013. *Profil Kesehatan Kabupaten Nganjuk Tahun 2013*. Kabupaten Nganjuk : Dinas Kesehatan.
- Esmara, Hendra. 2010. *Perencanaan dan Pembangunan di Indonesia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Friedlander, Walter A.1991. *Introduction to Social Welfare*. New Jersey: Prentice Hall, Engelwood Cliffs. Trird Edition.
- Grindle, Merilee S. 1980. *Politics and Policy Implementation in The Third World*. New Jersey: Princeton University Press.

- Hunger, David K. Dan Thomas L. Wheelen. 2003. *Manajemen Strategis*. Yogyakarta: Andi.
- Islamy, Irfan. 2003. Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakan Negara. Jakarta: Bina Aksara.
- Kaslam, Pancho. 2015. Capaian Target Kesehatan Ibu dan Bayi di Indonesia. Diskusi Global dan Warga Mendengar
- Katadata Indonesia. 2016 (Online). *Meski Menurun, Angka Kematian Bayi di Indonesia Masih Tinggi*.  
<http://databoks.katadata.co.id/datapublish/2016/11/25/meski-menurun-angka-kematian-bayi-di-indonesia-masih-tinggi>. Diakses pada 4 Mei 2017.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. 2013. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2013*. 23 Desember 2013. 21 Januari 2017.  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/laporan/kinerja/lak-kemenkes-2013>.
- Lawrence. R Jauch dan William F. Glueck. 1998. *Manajemen Strategi dan Kebijakan Perusahaan edisi ketiga*. Jakarta: Erlangga.
- M.H. Matondang. 2008. *Kepemimpinan Budaya Organisasi dan Manajemen Strategi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Moleong, Lexy J. 2011. *Metode Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Miles, Matthew B, A. Michael Huberman dan Johnny Saldana. 2014. *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook Edisi Ketiga*. Sage Publications: Inc. Terjemahan Tjetjep Rohindi Rohidi. UI-Press.
- Mudrajad Kuncoro. 2006. *Otonomi dan Pembangunan Daerah: Reformasi, Perencanaan, Strategi, dan Peluang*. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- Nugroho, Riant. 2014. *Public Policy*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Pasolong, Harbani. 2008. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 39 Tahun 2015 tentang Kode dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan.
- Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Nganjuk.

- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, Dan Sistem Informasi Keluarga.
- Profil Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun 2014.
- Purnomo, Setiawan Hari dan Zulkiflimansyah. 1999. *Manajemen Strategi*. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Robbins S. 2007. *Manajemen, edisi kedelapan*. Jakarta : PT Indeks
- Syukur, Abdullah. 1987. *Study Implementasi Latar Belakang Konsep Pendekatan dan Relevansinya Dalam Pembangunan*. Makasar: Persadi.
- Supriyono, R.A. 1998. *Manajemen Strategi dan Kebijakan Bisnis*. Edisi 2. BPFE: Yogyakarta.
- Silalahi, Ulbert. 2005. *Studi Tentang Ilmu Administrasi, Konsep, Teori, dan Dimensi*. Bandung: Sinar Baru Algesindo
- Siagian, Sondang P. 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Siddique, Muhammad Imran dan Shadbolt, Nicola. 2016. *Strategy Implementation Literature Review*. Palmerston North: AgriOne.
- Suryono, Agus. 2010. *Dimensi-dimensi Prima Teori Pembangunan*. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Tachjan, H. 2006. *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung: Truen RTH.
- Tjokroamidjojo, Bintoro. 1995. *Perencanaan Pembangunan*. Jakarta: Haji Masagung.
- Undang Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- Undang Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Jangka Panjang Nasional.
- Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Jangka Panjang Nasional.
- Undang Undang Nomor 11 tahun 2008 tentang Kesejahteraan Sosial
- Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

- Untoro, Wisnu dan Halim, Abdul. 2007. *Strategic Management in the Public Sector Organization: Public Implication on the Process and Dimension*. Jurnal Bisnis dan Manajemen. Vol. 7, No. 1, 2007:41-54.
- Usman, Nurdin. 2002. *Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Wheelen, Thomas L. dan Hunger, J. David. 2012. *Strategic Management and Business Policy: Toward Global Sustainability*. Upper Saddle River : Pearson.
- Winarno. Budi. 2012. *Kebijakan Publik Teori, Proses dan Studi Kasus*. Yogyakarta: CAPS.
- Widodo, Joko. 2010. *Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Banyumedia.



## Lampiran 1 Pedoman Wawancara

### INTERVIEW GUIDE

- A. Ibu Hamil yang dapat Pendampingan
- 1) Apa ibu tau apa itu Gerdaristi?
  - 2) Apa saja yang dilakukan tenaga kesehatan saat Gerdaristi?
  - 3) Apa dampak Gerdaristi untuk ibu?
  - 4) Apa kekurangan dari pelaksanaan Gerdaristi?
  - 5) Apa saran untuk perbaikan Gerdaristi?
- B. Kader Pendamping
- 1) Apa tugas kader pendamping?
  - 2) Siapa yang melakukan pelatihan?
  - 3) Apa saja materi pelatihan?
  - 4) Bagaimana tindak lanjut materi pelatihan oleh kader?
  - 5) Bagaimana bentuk sosialisasi? Siapa yang melakukan sosialisasi? Berapa kali sosialisasi dilakukan? Apa yang disosialisasikan?
  - 6) Bagaimana alur pendampingan kader?
  - 7) Sumberdaya apa saja yang dibutuhkan?
  - 8) Bagaimana pendanaan Gerdaristi?
  - 9) Bagaimana alokasi dan sumberdaya dilakukan?
  - 10) Bagaimana pertanggungjawaban (pelaporan) kader dilakukan?
  - 11) Bagaimana monitoring dilakuka?
  - 12) Apa saja dukungan untuk program Gerdaristi?
  - 13) Masalah apa saja yang terkait dengan pelaksanaan program? Bagaimana itu diselesaikan?
- C. Staff Dinkes
- 1) Apa itu Gerdaristi? Apa latar belakangnya? Apa sasaran dan tujuannya?
  - 2) Dasar hukum Gerdaristi? Kebijakan yang mendasari
  - 3) Strategi apa saja yang dilakukan? Apa kegiatannya?
  - 4) Apa saja strategi/aturan / prosedur operasionalnya?
  - 5) Siap saja pelaksana teknisnya ?
  - 6) Bagaimana bentuk sosialisasi? Siapa yang disosialisasi? Berapa kali sosialisasi dilakukan? Apa yang disosialisasikan?
  - 7) Bagaimana gerdaristi dilakukan? Kegiatannya apa saja?
  - 8) Bagaimana evaluasi dilakukan?
  - 9) Sumberdaya apa saja yang dibutuhkan?
  - 10) Bagaimana pendanaan Gerdaristi?
  - 11) Bagaimana alokasi dan sumberdaya dilakukan? Pembagian sumberdaya, sumberdana, sarana prasaran, dsb?

- 12) Masalah apa saja yang terkait dengan pelaksanaan program? Bagaimana itu diselesaikan?
- 13) Bagaimana pertanggungjawaban (pelaporan) Dinkes dilakukan?
- 14) Bagaimana monitoring dilakukan?
- 15) Apa saja dukungan untuk program Gerdaristi?

D. Bidan di Puskesmas

- 1) Apa saja tugas bidan pada saat melaksanakan Gerdaristi?
- 2) Aturan operasional Gerdaristi?
- 3) Apa saja kriteria untuk memilih kader pendamping
- 4) Bagaimana gerdaristi dilakukan?
- 5) Sumberdaya apa saja yang dibutuhkan?
- 6) Bagaimana pendanaan Gerdaristi?
- 7) Bagaimana alokasi dan sumberdaya dilakukan?
- 8) Apa saja dukungan untuk program Gerdaristi?
- 9) Masalah apa saja yang terkait dengan pelaksanaan program? Bagaimana itu diselesaikan?

E. Tim Pelayanan Kesehatan

- 1) Apa tugas tim pelayanan kesehatan ?
- 2) Aturan operasional Gerdaristi?
- 3) Bagaimana gerdaristi dilakukan?
- 4) Sumberdaya apa saja yang dibutuhkan?
- 5) Bagaimana pendanaan Gerdaristi?
- 6) Bagaimana alokasi dan sumberdaya dilakukan?
- 7) Bagaimana pertanggungjawaban (pelaporan) tim pelayanan dilakukan?
- 8) Bagaimana monitoring dilakuka?
- 9) Apa saja dukungan untuk program Gerdaristi?
- 10) Masalah apa saja yang terkait dengan pelaksanaan program? Bagaimana itu diselesaikan?

## Lampiran 2 Surat Pengantar Riset Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

	<b>KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI</b>
	<b>UNIVERSITAS BRAWIJAYA</b>
	<b>FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI</b>
	Jl. MT. Haryono 163, Malang 65145, Indonesia
	Telp. : +62-341-553737, 568914, 558226 Fax : +62-341-558227
	http://fia.ub.ac.id E-mail: fia@ub.ac.id

---

Nomor : 7023 /UN10.F03.11.11/PN/2017

Lampiran : -

Hal : Riset/Survey

Kepada : Yth. Kepala Kantor Dinas Kesehatan Kab. Nganjuk  
Jl. Dr. Sutomo No. 77 Nganjuk  
Jawa Timur

Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu/Saudara untuk memberikan kesempatan melakukan riset/survey bagi mahasiswa :

Nama : Amalia Mardhiasari

Alamat : Jl. Letjen Suprpto No. 12 Kec. Nganjuk Kab. Nganjuk

NIM : 135030101111085

Program Studi : Administrasi Publik

Minat : Ilmu Administrasi Publik

Tema : Strategi Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Kesejahteraan Ibu dan Anak Melalui Progam Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi (Gerdaristi) di Kabupaten Nganjuk (Studi Pada Dinas Kesehatan Kab. Nganjuk)

Lamanya : 2 (dua) bulan

Peserta : 1 (satu) orang

Demikian atas bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Malang, 22 Mei 2017

Mengetahui,  
a.n. Dekan  
Ketua Prodi Administrasi Publik

  
**Dr. Lily Indah Mindarti, M.Si**  
NIP. 19690524 2000212 2 002

Formulir dibuat rangkap 4 untuk :

1. Perusahaan
2. Mahasiswa
3. Program Studi
4. Arsip TU

## Lampiran 3 Surat Ijin Riset Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Nganjuk



**KANTOR KESATUAN BANGSA POLITIK DAN  
PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH**  
Jl. Supriyadi No. 5 Nganjuk 64412  
Telp/Fax (0358) 328079 Email : Kesbangpol.Ngk@gmail.com

---

**REKOMENDASI PENELITIAN**  
Nomor : 072/316/411.700/2017

Memperhatikan :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2011 tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah ;
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian .
3. Surat dari Ketua Prodi Administrasi Publik Universitas Brawijaya Malang, Nomor : 7023/UN10.F03.11.11/PN/2017 Perihal Riset/Survei.

Dengan ini menyatakan memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : AMALIA MARDHIASARI  
 Status : Mahasiswa Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.  
 Alamat : Jalan MT. Haryono 163 Malang.-  
 Untuk Keperluan : Ijin Riset/Survei.  
 Tema/Judul : " STRATEGI PEMERINTAH DAERAH DALAM MENINGKATKAN KESEJAHTERAAN IBU DAN ANAK MELALUI PROGRAM GERAKAN PENDAMPINGAN IBU HAMIL RESIKO TINGGI (GERDARISTI) DI KABUPATEN NGANJUK ".

Lokasi Kegiatan : Kabupaten Nganjuk.  
 Lama Kegiatan : 2 (dua) bulan.  
 Pengikut dalam Kegiatan : -

**DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :**

1. Mentaati ketentuan–ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah Kabupaten Nganjuk;
2. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan, dan kesusilaan serta menghindari dari perbuatan, pernyataan, baik lisan, tulisan maupun lukisan yang dapat melukai dan menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara, maupun penduduk setempat ;
3. Kegiatan yang dilaksanakan harus sesuai dengan rencana / proposal yang telah diajukan ;
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan – kegiatan diluar ketentuan – ketentuan yang telah ditetapkan oleh Dinas/Badan/Kantor/Instansi lokasi Kegiatan ;
5. Setelah berakhirnya kegiatan, pemegang surat rekomendasi ini wajib melapor kepada Pejabat Dinas/Badan/Kantor/Instansi lokasi Kegiatan ;
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan, wajib memberikan laporannya kepada Bupati Nganjuk tentang hasil kegiatan maupun temuan-temuan yang ada didalamnya, melalui Kantor Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah Kabupaten Nganjuk ;
7. Surat Rekomendasi ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang surat Rekomendasi ini tidak memenuhi ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Disampaikan Kepada Yth :  
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk

Nganjuk, 2 Juni 2017  
 KEPALA KANTOR KESBANGPOLINMAS  
 DAERAH KABUPATEN NGANJUK



IMAM ASY'ARI, S.Sos  
 Kepala Kantor Kesbangpolinmas Daerah Kabupaten Nganjuk  
 NIP. 19670614 198902 1 002

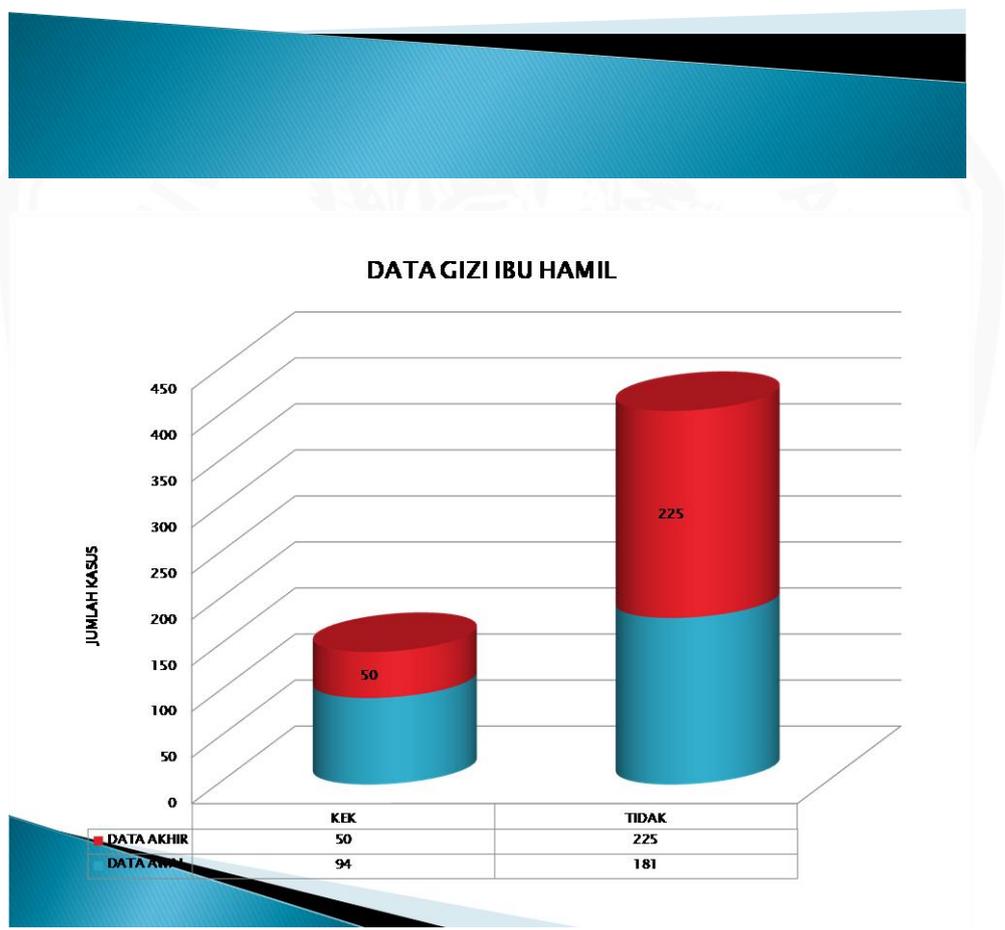
Tembusan disampaikan Kepada Yth :

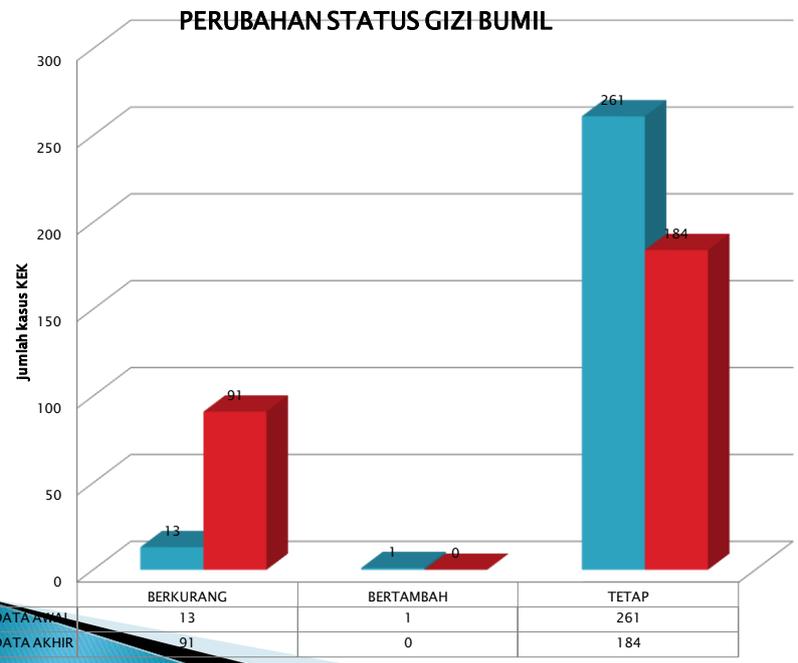
1. Bupati Nganjuk (sebagai Laporan)
2. Kepala Bappeda Kabupaten Nganjuk.
3. Amalia Mardhiasari

### Lampiran 4 Dokumen Hasil Evaluasi Gerdaristi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk Tahun 2016

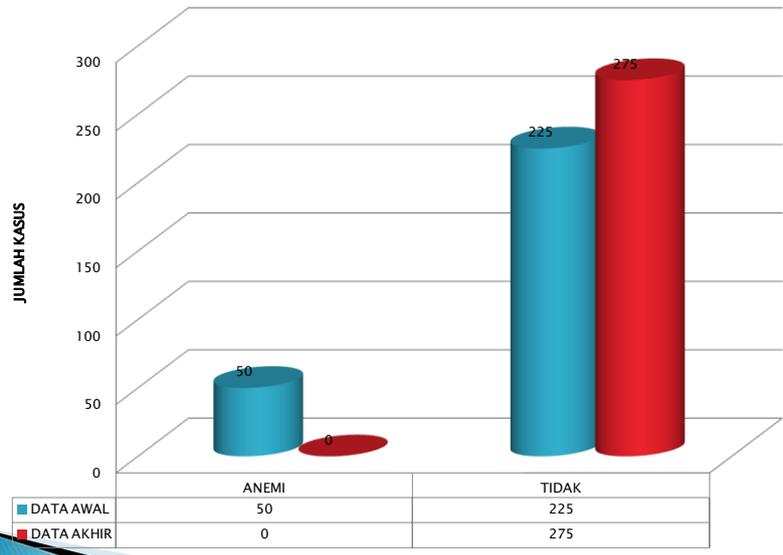
## EVALUASI GERDARISTI

DINAS KESEHATAN KAB.NGANJUK  
TAHUN 2016

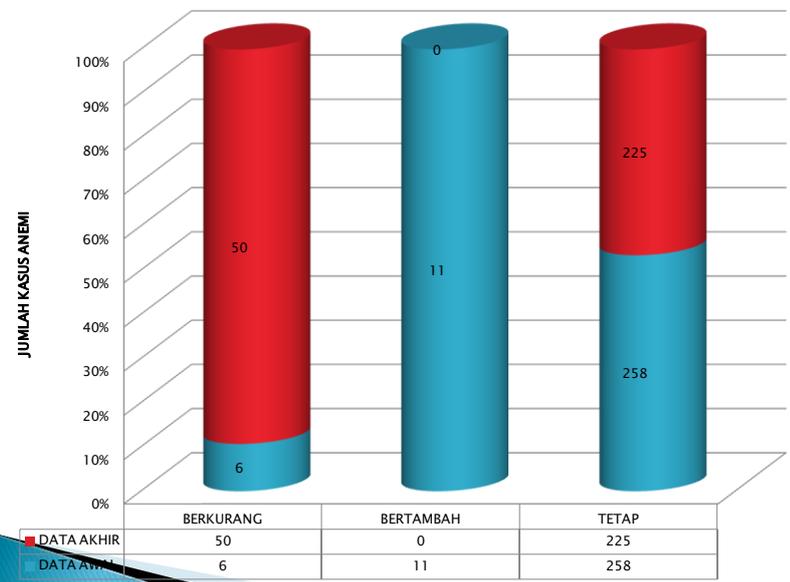




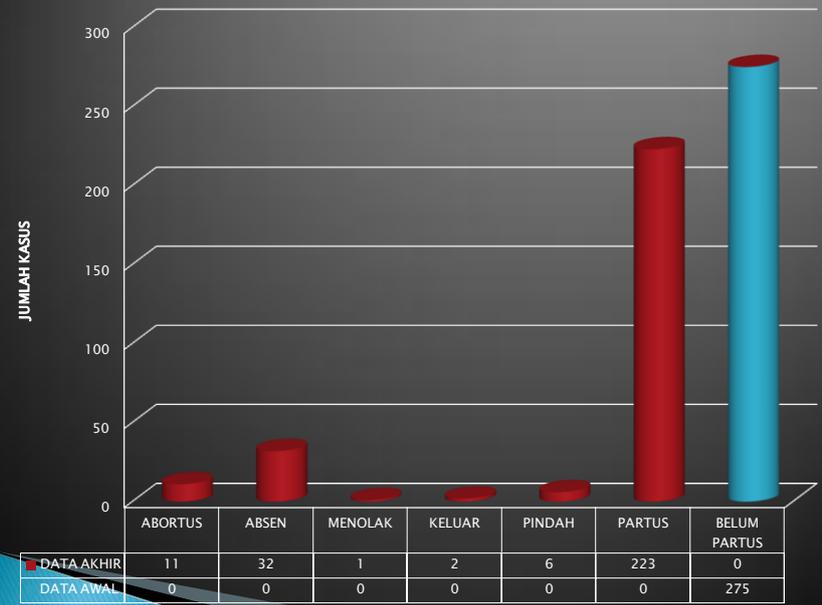
### DATA ANEMI

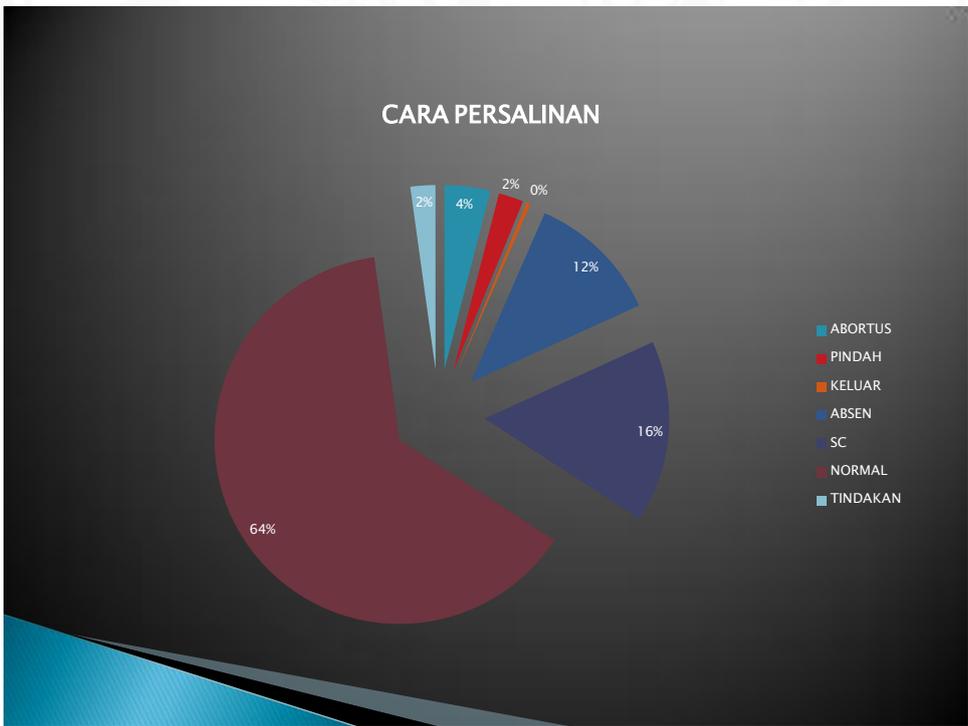
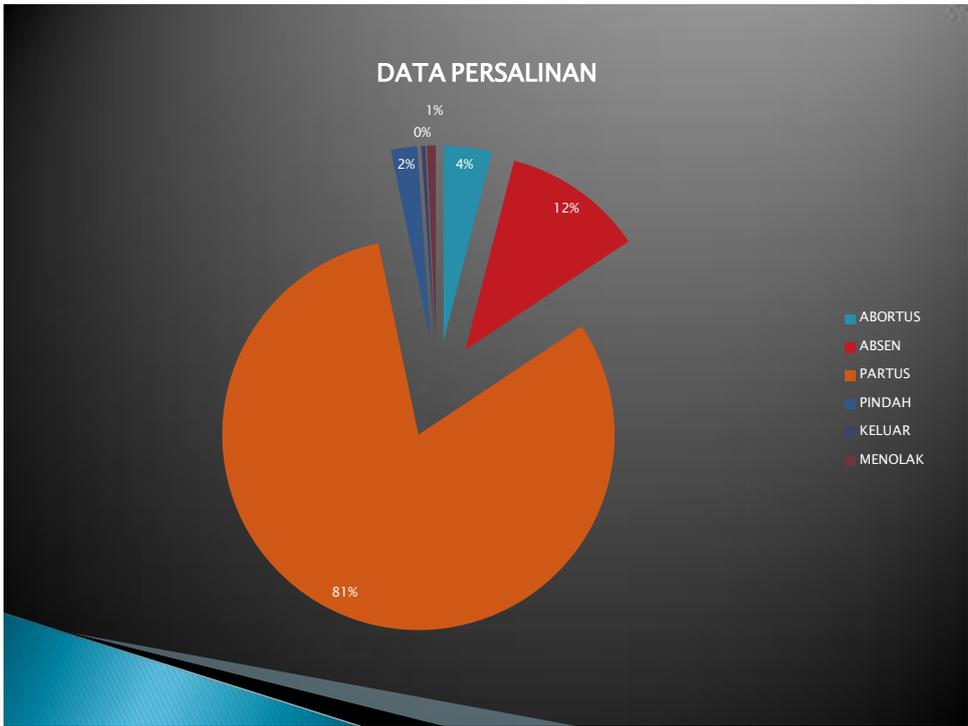


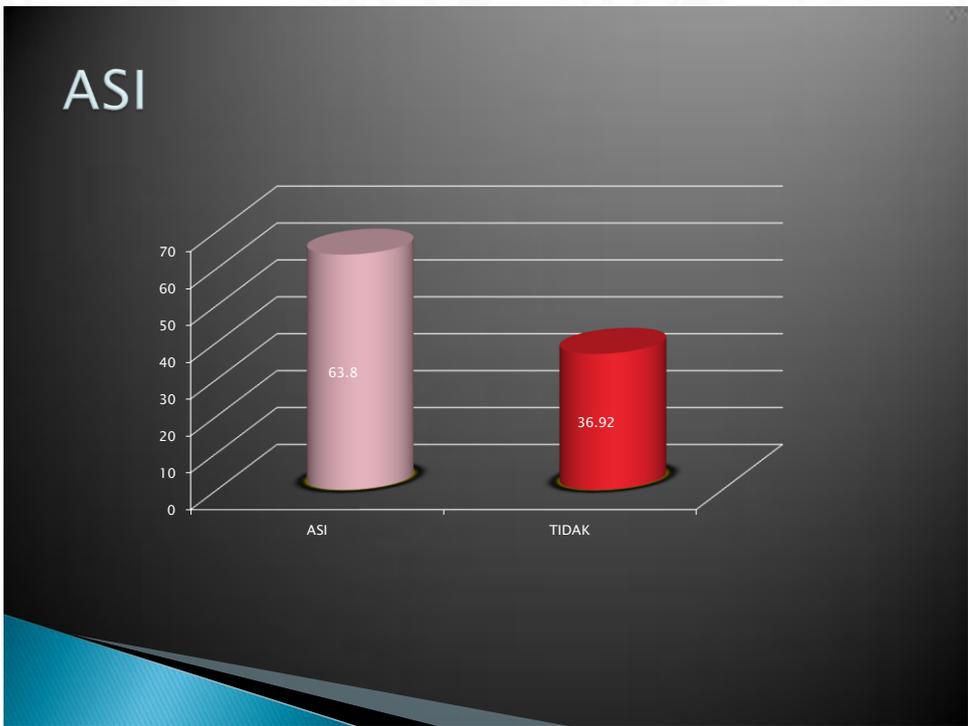
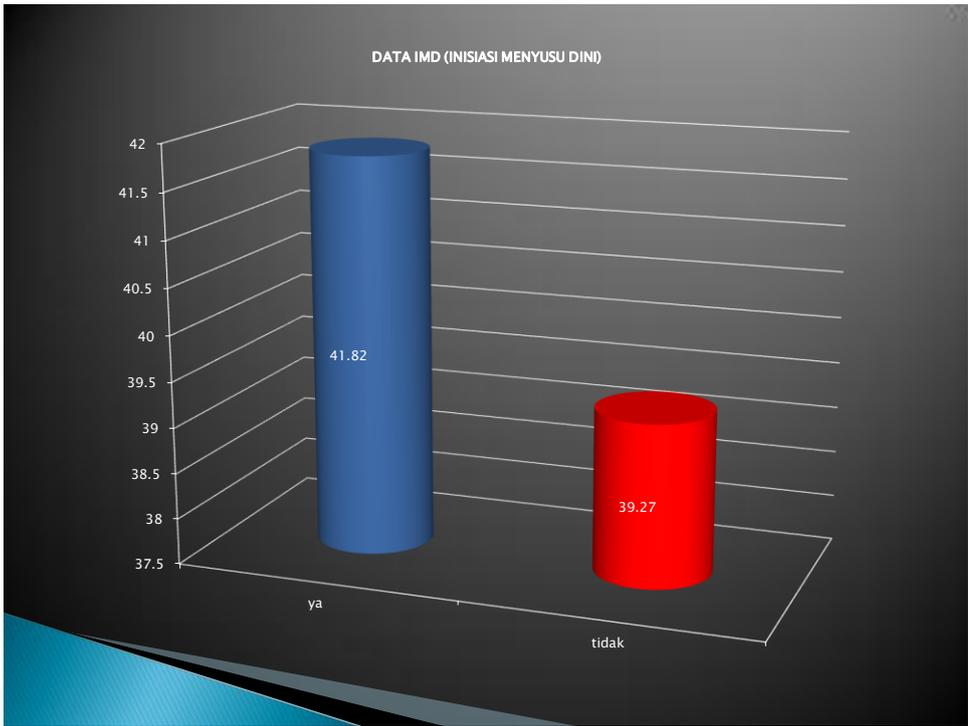
### PERUBAHAN STATUS ANEMI

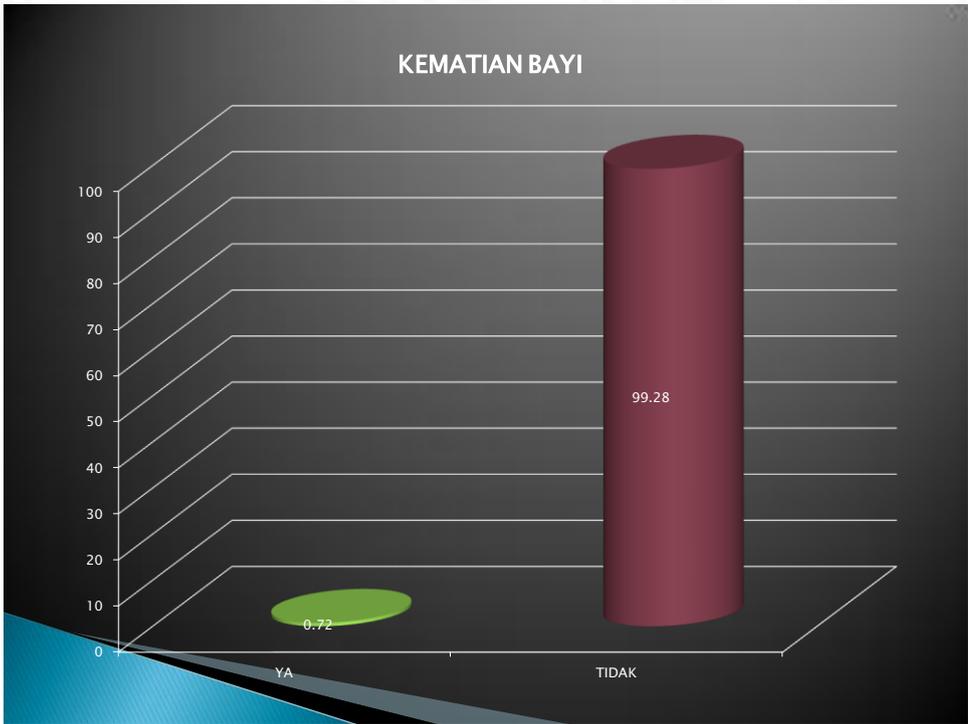
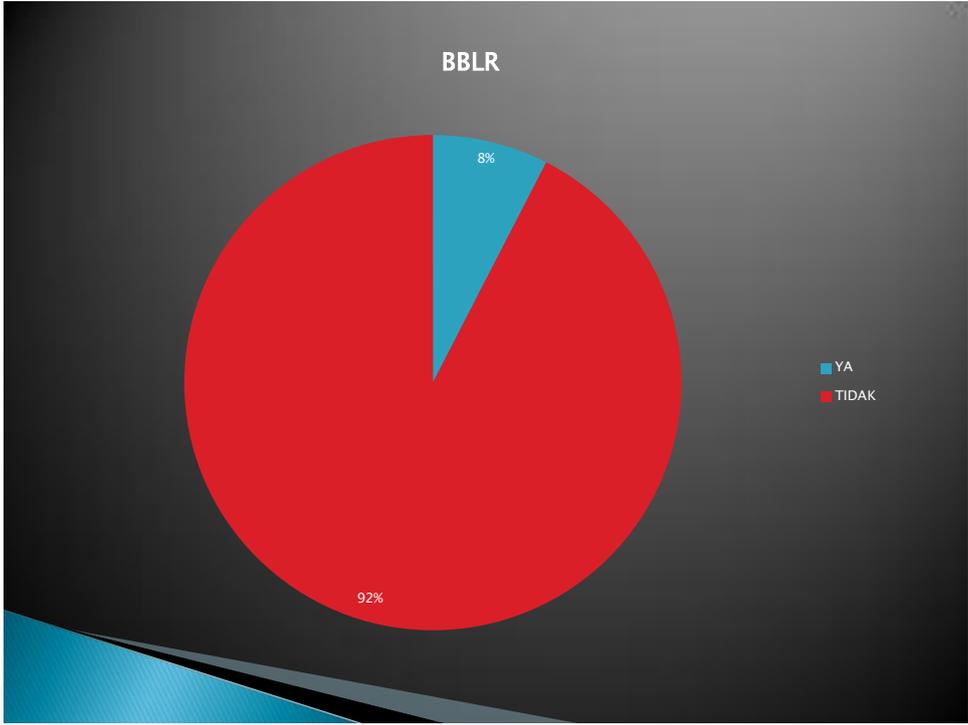


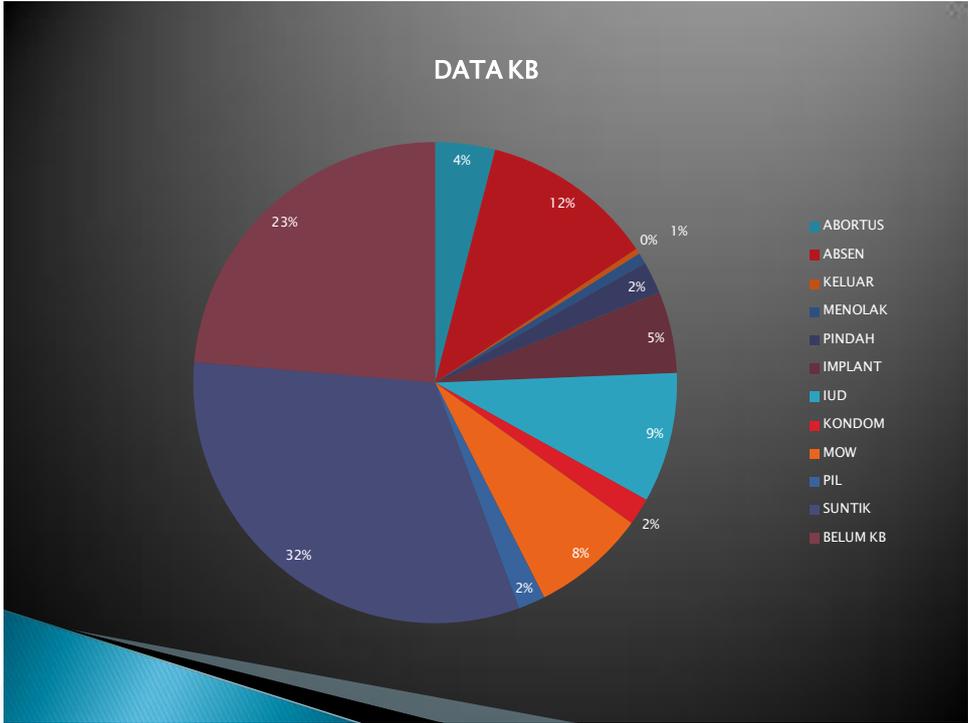
### DATA PERSALINAN











**Lampiran 5 Biodata Penulis****CURRICULUM VITAE**

Nama : Amalia Mardhiasari  
 Tempat, Tanggal Lahir : Nganjuk, 11 Januari 1995  
 Kewarganegaraan : WNI (Warga Negara Indonesia)  
 Tinggi, Berat Badan : 156 Cm, 56kg  
 Agama : Islam  
 Status Perkawinan : Belum Menikah  
 No Hp : 08113634003  
 Email : [amalia.mardhiasari11@gmail.com](mailto:amalia.mardhiasari11@gmail.com)

**Riwayat Pendidikan**

TK Aisyiyah Busthanul Athfal 2 Nganjuk	1999-2001
SDIT Baitul Izzah Nganjuk	2001-2007
SMPIT Abu Bakar Yogyakarta	2007-2010
SMAN 3 Nganjuk	2010-2013
Student Exchange at UUM Malaysia	2016