IMPLEMENTASI PROGRAM PENINGKATAN KELANGSUNGAN HIDUP IBU DAN BAYI SEBAGAI UPAYA UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS KESEHATAN

Studi tentang Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival*

di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

SKRIPSI

Diajukan untuk Menempuh Gelar Sarjana pada

Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

NOFRIANA DEVI MUTOMIMA

105030100111128

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI

JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK

MALANG

2014

repository.ub.ac.id

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

ository.ub.ac.id

TANDA PENGESAHAN SKRIPSI

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

Hari	: Kamis
Tanggal	: 21 Agustus 2014
Jam	: 11.00 WIB
Skripsi atas nama	: Nofriana Devi Mutomima
Judul	: Implementasi Program Peningkatan Kelangsungan Hidup Ibu dan Bayi Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan (Studi tentang Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)

Dan dinyatakan lulus

MAJELIS PENGUJI

KETUA

Dr. Tjahjanulin Domai, MS
NIP. 19531222 198010 1 001

ANGGOTA

Wima Yudo Prasetyo, S.Sos, MAP
NIP. 19790523 200604 1 002

ANGGOTA

Dr. Bambang Santoso, H, MS
NIP. 19610204 198601 1 001

ANGGOTA

Moch. Chazienul Ulum, S.Sos, MPA
NIP. 19740614 200501 1 001

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 dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, Saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan pasal 20).

Malang, 12 Agustus 2014

METERAI TEMPEL
09672ACF328763826
6000 DJP

Nofriana Devi Mutomima
NIM. 105030100111128

repository.ub.ac.id

RINGKASAN

Nofriana Devi Mutomima, 2014. IMPLEMENTASI PROGRAM PENINGKATAN KELANGSUNGAN HIDUP IBU DAN BAYI SEBAGAI UPAYA UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS KESEHATAN (Studi tentang Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo). Dr. Tjahjanulin Domai, MS, Wima Yudo Prasetyo, S.Sos, MAP. 165 Hal + xv.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator untuk melihat kualitas kesehatan masyarakat. Saat ini AKI dan AKB di Indonesia masih cukup tinggi. Melihat tingginya AKI dan AKB, Kementerian Kesehatan RI melakukan kerjasama dengan *United State Agency for International Development* (USAID) untuk menurunkan AKI dan AKB melalui Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS). Program EMAS dilaksanakan di berbagai daerah di Indonesia salah satunya adalah Kabupaten Sidoarjo karena AKI dan AKB di Kabupaten Sidoarjo tergolong tinggi. Berdasarkan hal tersebut, maka permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini yaitu, *Pertama* bagaimana implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, *kedua* apa faktor pendukung dan penghambat implementasi Program EMAS.

Penelitian ini adalah penelitian yang berbasis pada penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Sumber data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data dengan cara wawancara dan dokumentasi. Metode analisis yang digunakan adalah dengan cara pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Penelitian ini mengambil kesimpulan, yakni (1) Implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo telah berjalan dengan baik apabila dilihat berdasarkan *output*, akan tetapi jika dilihat berdasarkan *outcome*hasil dari program ini belum terlihat secara signifikan. (2) Faktor pendukung dalam penerapan Program EMAS tersebut antara lain: Sumber Daya Manusia (SDM), serta pengadaan fasilitas dan alat-alat kesehatan, sedangkan faktor penghambatnya antara lain: Komitmen dari pemerintah daerah, penolakan dari Rumah Sakit Swasta, serta pembagian SDM yang tidak merata. Saran dalam penelitian ini yaitu agar pemerintah daerah dalam memberikan dukungan terhadap penerapan Program EMAS dilakukan secara berkelanjutan, selain itu melakukan sosialisasi ke Rumah Sakit yang hendak diintervensi dengan Program EMAS, menempatkan SDM kesehatan secara merata di Puskesmas-puskesmas, memperkuat keterlibatan pihak swasta dalam penerapan program, melakukan inovasi dalam penerapan program agar tujuan yang ditentukan bisa segera tercapai.

Kata Kunci: Implementasi Program, *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS), Kualitas Kesehatan

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

repository.ub.ac.id

SUMMARY

Nofriana Devi Mutomima, 2014. **THE IMPLEMENTATION OF PROGRAM TO INCREASE SURVIVAL MOTHER AND CHILD AS THE ATTEMPT TO INCREASE HEALTH QUALITY(A Study about Expanding Maternal and Neonatal SurvivalProgram on Health Department in Sidoarjo Regency)**. Dr. Tjahjanulin Domai, MS, Wima Yudo Prasetyo, S.Sos, MAP. 165 pages + xv.

Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) are included as indicators in observing the quality of public health. Lately, MMR and IMR are quite high in Indonesia. Therefore, Ministry of Health Republic of Indonesia is working together with United States Agency for International Development (USAID) to decrease MMR and IMR through Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) Program. EMAS Program is implemented in several districts in Indonesia, one of them is Sidoarjo Regency. It is applied in Sidoarjo Regency because MMR and IMR in this area are considered high. Based on the fact, the problems of this research are (1) how is the implementation of EMAS Program in Sidoarjo Regency, (2) what are enabling and inhibiting factors in implementing EMAS Program.

The method of this research is qualitative research with descriptive approach. Data sources that are used are primary and secondary data. Data collection is done through interview and documentation. Data analysis is constructed through collecting, reducing, showing the data and drawing the conclusion.

The conclusions of this research are, (1) Implementation of EMAS Program in Sidoarjo Regency has been going wellwhen viewed by the output, but when viewed by the outcome, the results of this program has not seen significantly. (2) The supporting factors of implementing EMAS Program is: the availability of human resource, facility and health equipment; while the inhibiting factors are: the commitment from local government, the rejection from hospital and also uneven distribution of human resource. The suggestion that can be formed from this research is that the local government should continue supporting the implementation EMAS Program, doing the socialization to hospitals, positioning human resource evenly in Public Health Center, strengthening the involvement of the private sector in implementing the program and innovating in implementing the program so that the determined intention can be accomplished well.

Keywords: Program Implementation, Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS), Health Quality

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telahmelimpahkan rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikanskripsi yang berjudul Implementasi Program Peningkatan Kelangsungan Hidup Ibu dan Bayi Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan (Studi tentang Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo).

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syaratdalam memperoleh gelar sarjana Administrasi Publik pada Fakultas IlmuAdministrasi Universitas Brawijaya Malang. Penulis menyadari bahwapenyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongandari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikanucapan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS, selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Bapak Dr. Choirul Saleh, M.Si, selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
3. Dr. Lely Indah Mindarti, M.Si, selaku Ketua Program Studi Ilmu Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
4. Bapak Dr. Tjahjanulin Domai, MS selaku Ketua Komisi Pembimbing yang telah memberikan masukan dan bimbingan demi terselesaikannya skripsi ini.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

5. Bapak Wima Yudo Prasetyo, S.Sos. MAP selaku Anggota Komisi Pembimbing yang telah memberikan bantuan bimbingan dan pengarahan dari awal proses penyusunan skripsi ini.
6. Ayahanda Djuprianto dan Ibunda Nur Farida tercinta yang senantiasa memberikan doa dan dukungan baik moral dan materiil.
7. Bapak Singgih Pribadi selaku Ketua tim pelaksana Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) Kabupaten Sidoarjo yang telah memberikan ijin kepada peneliti dan banyak membantu dalam penelitian ini.
8. dr. Idong Djuanda selaku Kepala Bidang Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo yang telah membantu dalam kegiatan penelitian ini.
9. Ibu Mamik selaku Kepala Ruang Nifas RSUD Sidoarjo yang telah membantu dalam penelitian ini.
10. Ibu Puji Astuti selaku bidan Koordinator sekaligus ketua pelaksana Program EMAS di Puskesmas Waru yang telah membantu dalam penelitian ini.
11. Ibu Ratih selaku staff di Puskesmas Sedati yang telah membantu dalam penelitian ini.
12. Kedua kakak tersayang, Farikha Arianti dan Riska Khoirun Nisa yang senantiasa memberikan doa dan dukungan selama pengerjaan skripsi ini.
13. Kelima sahabat tersayang, Dian Purnama Sari, Zaskya Karundini, Putri Permata Taqwa, Henny Prasetyowati, dan Nurul Afifah. Terima kasih selalu mendukung, serta mendoakan dalam penyelesaian skripsi ini.

14. Sahabat-sahabatku tersayang, Oka Aviani Savitri, Shela Pijar, Mareta Harlia Savitri, Rizki Amalia yang senantiasa memberikan doa dan dukungannya selama pengerjaan skripsi ini.
15. Sahabat-sahabat jauh Sherly Mega, Treviliana Eka, Yulian Eka, Dista Ayu, Mya Dewi, dan Rina Juliana. Terima kasih selalu senantiasa memberi dukungan dan mengirimkan doa selama penyelesaian skripsi ini.
16. Sahabat-sahabatku Muchammad Dzulfikar, Fitron Fahmi Faruqi, Nurul Yaqin, serta seluruh teman-teman kelas I Publik 2010 yang tidak putus memberikan dukungan dan doa selama pengerjaan skripsi ini.
17. Rekan-rekan seperjuangan FIA angkatan 2010, dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun menjadi sesuatu yang sangat penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, Agustus 2014

Penulis

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

DAFTAR ISI

TANDA PENGESAHAN SKRIPSI ..... **ii**
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI ..... **iii**
RINGKASAN ..... **iv**
SUMMARY ..... **v**
KATA PENGANTAR ..... **vi**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR TABEL ..... **xiii**
DAFTAR GAMBAR ..... **xiv**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xv**

BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 12
C. Tujuan Penelitian 12
D. Kontribusi Penelitian 13
E. Sistematika Penulisan 14

BAB II TINJAUAN PUSTAKA **16**
A. Administrasi Pembangunan 16
1. Pengertian Administrasi Pembangunan 17
2. Ruang Lingkup Administrasi Pembangunan 18
B. Administrasi Program dan Proyek 19
1. Pengertian Program 19
2. Siklus Pengelolaan Program dan Proyek 21
3. Implementasi Program 23
4. Evaluasi dan Monitoring Program 25
C. Konsep *Good Governance* 28
1. Pengertian *Governance* 28
2. *Good Governance* 31
3. Aktor-aktor *Good Governance* 34
D. *Millenium Development Goals* (MDGs) 36

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

1. Pengertian *Millenium Development Goals* (MDGs) 36
2. Tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) 37
E. Pembangunan Kesehatan 39
1. Pembangunan Kesehatan di Indonesia 39
2. Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan 41
F. Kemitraan 43
1. Pengertian Kemitraan 43
2. Model atau Pola Kemitraan 46
3. Kemitraan Komprehensif Indonesia-Amerika Serikat 47

BAB III METODE PENELITIAN 54
A. Jenis Penelitian 54
B. Fokus Penelitian 55
C. Lokasi dan Situs Penelitian 56
D. Jenis dan Sumber Data 57
E. Teknik Pengumpulan Data 59
F. Instrumen Penelitian 60
G.Analisis Data 61

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 64
A. Gambaran Umum Kabupaten Sidoarjo 64
1. Luas dan Batas Wilayah 64
2. Data Wilayah Administrasi 65
3. Jumlah Penduduk 66
B. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 67
1. Lokasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 67
2. Visi, Misi, dan Tujuan 67
3. Struktur Organisasi 75
4. Tugas Pokok dan Fungsi 77
5. Sumber Daya Manusia 82
C. Gambaran Umum RSUD Sidoarjo 83
1. Sejarah Singkat Berdirinya 83

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

2. Motto, Visi, dan Misi 86
3. Tujuan 87
4. Tugas Pokok dan Fungsi 88
5. Jenis-Jenis Pelayanan 88
D. Penyajian Data Fokus Penelitian 90
1. Implementasi Program EMAS Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu Dan Bayi Di Kabupaten Sidoarjo 90
a. Aktor-aktor yang terlibat dalam program EMAS 105
b. Koordinasi atau hubungan antar aktor-aktor yang terlibat dalam program EMAS 112
c. Struktur Pelaksana Program EMAS 116
d. Hasil Yang Dicapai Terkait Penerapan Program EMAS 119
e. Persepsi Aktor dan Sasaran Terhadap Program EMAS 122
2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo 123
a. Faktor pendukung pelaksanaan program EMAS 124
b. Faktor penghambat pelaksanaan program EMAS 125
E. Analisis Dan Interpretasi 127
1. Implementasi Program EMAS Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu Dan Bayi Di Kabupaten Sidoarjo 127
a. Aktor-aktor yang terlibat dalam program EMAS 138
b. Koordinasi atau hubungan antar aktor-aktor yang terlibat dalam program EMAS 142
c. Struktur Pelaksana Program EMAS 145
d. Hasil yang Dicapai Terkait Penerapan Program EMAS 146
e. Persepsi Aktor dan Sasaran Terhadap Program EMAS 148
2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo 150
a. Faktor pendukung pelaksanaan Program EMAS 150
b. Faktor penghambat pelaksanaan Program EMAS 153

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

BAB V PENUTUP 157
A. Kesimpulan 157
B. Saran 160

DAFTAR PUSTAKA 162

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perbedaan *Monitoring* dan Evaluasi Dalam Program dan Proyek..... 27

Tabel 2.Jumlah Penduduk Kabupaten Sidoarjo.....66

Tabel 3. Jumlah Kematian Ibu dan Bayi Tahun 2011-2013.....120

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Komponen-komponen Analisa Data Model Interaktif.....63

Gambar 2. Peta Kabupaten Sidoarjo.....64

Gambar 3. Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.....67

Gambar 4. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.....76

Gambar 5. RSUD Sidoarjo.....83

Gambar 6. Penandatanganan MoU Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo.....91

Gambar 7. Alat bantuan dari Program EMAS di Puskesmas Waru..... 95

Gambar 8. Alat bantuan dari program EMAs di Puskesmas Sedati.....96

Gambar 9. SOP yang terpasang di Puskesmas Sedati.....100

Gambar 10. SMS Gateway di RSUD Sidoarjo.....104

Gambar 11. Koordinasi Tim Emas Kabupaten Sidoarjo dengan Tim Pokja Kabupaten Sidoarjo.....115

Gambar 12. Struktur Tim Pelaksana Program EMAS Kabupaten Sidoarjo.....116

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Panduan Wawancara.....167

Lampiran 2. Surat Riset/Survey.....168

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk. Karena itu, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak mendapatkan perlindungan terhadap kesehatannya. Sehat merupakan kondisi optimal fisik, mental dan sosial seseorang sehingga dapat memiliki kebebasan dalam beraktivitas serta bisa produktif, dan bukan hanya terbebas dari bibit penyakit. Kondisi sehat dapat dilihat dari dimensi produksi dan dimensi konsumsi. Dimensi produksi memandang keadaan sehat sebagai salah satu modal untuk manusia agar bisa produktif atau prakondisi yang dibutuhkan seseorang sehingga dapat beraktivitas. Dimensi konsumsi menjelaskan manfaat sehat sebagai kondisi yang dibutuhkan setiap manusia untuk dinikmati sehingga perlu disyukuri (Oka : 2012).

Kualitas kesehatan masyarakat Indonesia saat ini masih tergolong rendah. Di samping itu, pengetahuan masyarakat terhadap penyakit juga masih sangat rendah. Hal tersebut dikarenakan rendahnya kesadaran masyarakat Indonesia terhadap kesehatan. Faktor ekonomi juga dapat mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat, karena masyarakat yang memiliki pendapatan yang cukup maka akan mampu untuk secara rutin memeriksakan kesehatannya baik di puskesmas maupun Rumah Sakit. Selain itu masyarakat yang kurang mampu sebagian besar tinggal di daerah yang kumuh serta lingkungan yang kurang bersih yang menjadi sarang penyakit.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Indikator untuk melihat kualitas kesehatan masyarakat yang sangat penting adalah angka kematian. Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Anak (AKA), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Harapan Hidup Waktu Lahir (AHH) telah ditetapkan sebagai indikator derajat kesehatan dalam Indonesia Sehat 2010 seperti yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1202/ Menkes/SK/VIII/2003 Tahun 2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat (Depkes, 2003).

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu.Angka Kematian Bayi dihitung dari banyaknya kematian bayi berusia kurang 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada waktu yang sama. Manfaat dari AKB ini, adalah untuk mengetahui gambaran tingkat permasalahan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor penyebab kematian bayi, tingkat pelayanan antenatal, status gizi ibu hamil, tingkat keberhasilan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Keluarga Berencana (KB), serta kondisi lingkungan dan sosial ekonomi (Sumber: Data Statistik Indonesia).

Menurut Sudariyanto (2011) yang dikutip oleh Wandira dan Indawati (2012), dilihat dari sisi penyebabnya, kematian bayi terbagi menjadi dua macam, yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau kematian neonatal disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi. Sedangkan kematian bayi eksogen atau kematian

post-neonatal disebabkan oleh faktor-faktor yang berkaitandengan pengaruh lingkungan luar.

Sedangkan menurut Fauziyah (2011) yang dikutip oleh Wandira dan Indawati (2012) menyatakan bahwa kematian bayi dapat pula diakibatkan dari kurangnya kesadaran akan kesehatan ibu. Faktor-faktor yang mempengaruhinya antara lain karena Ibu jarang memeriksakan kandungannya kebidan; hamil diusia muda; jarak yang terlalu sempit; hamil diusia tua; kurangnya asupan gizi bagi ibu dan bayinya; makanan yang dikonsumsi ibu tidak bersih; fasilitas sanitasi dan higienitas yang tidak memadai.

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya kematian perempuan pada saat hamil atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lama dan tempat persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, dan bukan karena sebab-sebab lain, per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu mencerminkan resiko yang dihadapi ibu-ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh: keadaan sosial ekonomi dan kesehatan menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran, serta tersedianya dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan *obstetric* (Sumber: Data Statistik Indonesia).

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi, 228 kematian ibu dari 100 ribu kelahiran. Sementara angka kematian bayi (AKB) 34 bayi diperkirakan meninggal dari 100 ribu kelahiran.Angka tersebut masih jauh dari target nasional tahun 2015 dimana AKI Indonesia diharapkan dapat terus menurun

hingga 102/100 ribu kelahiran. Sementara untuk AKB diharapkan dapat terus ditekan menjadi 32/100 ribu kelahiran (www.lampost.co).

Melihat berbagai permasalahan kesehatan yang ada maka pembangunan terutama pembangunan dalam bidang kesehatan sangatlah diperlukan. Pembangunan kesehatan merupakan pembangunan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pembangunan ini semakin penting mengingat kesehatan adalah hak asasi manusia dan merupakan tolak ukur untuk keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Selain itu kesehatan merupakan salah satu elemen penting dalam pembangunan nasional.

Misi pembangunan kesehatan antara lain memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau yang berarti merupakan salah satu tanggung jawab sektor kesehatan yakni menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau bagi masyarakat (Raharni, dkk, 2008:2). Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal (Depkes, RI, 2001).

Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007 menyebutkan tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2005-2025, bahwa

pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat pada ibu, bayi, anak, masyarakat usia lanjut dan masyarakat miskin (RPJPK, Depkes 2009). Departemen kesehatan pada tahun 2005-2009 memprioritaskan pelayanan kesehatan ibu dan anak sebagai prioritas utama dalam pembangunan kesehatan. Prioritas berikutnya adalah pelayanan bagi masyarakat miskin, pendayagunaan tenaga kesehatan, penanggulangan penyakit menular, gizi buruk, krisis akibat bencana, peningkatan pelayanan kesehatan (Raharni, dkk, 2011:392).

Siagian (1988) mendefinisikan pembangunan sebagai suatu usaha atau rangkaian usaha pertumbuhan dan perubahan yang berencana yang dilakukan secara sadar oleh suatu bangsa, negara dan pemerintah, menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa (*nation-building*). Sedangkan menurut Kartasasmita yang dikutip oleh Badruddin (2009) memberikan pengertian yang lebih sederhana, yaitu sebagai "suatu proses perubahan ke arah yang lebih baik melalui upaya yang dilakukan secara terencana".

Untuk mewujudkan pembangunan, Indonesia bergabung dengan 189 negara lainnya untuk mendeklarasikan *Millenium Development Goals* (MDGs). *Millenium Development Goals* (MDGs) dalam bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai Tujuan Pembangunan Millenium (TPM) adalah delapan (8) tujuan yang ingin dicapai oleh berbagai bangsa pada tahun 2015 untuk menjawab tantangan-tantangan utama pembangunan di seluruh dunia. MDG merupakan komitmen bersama negara-negara maju dan negara-negara berkembang dalam menangani

permasalahan utama pembangunan termasuk didalamnya kemiskinan dan hak asasi manusia di dalam satu paket.

Millenium Development Goals (MDGs) merupakan paradigma pembangunan global yang muncul setelah 189 negara menghadiri *Millenium Summit* yang diadakan PBB pada tanggal 14 sampai 16 September 2000 di New York. Majelis umum PBB melegalkannya dalam Resolusi Majelis Umum Perserikatan bangsa-Bangsa Nomor 55/2 tanggal 18 September 2000 tentang Deklarasi Millenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (A/RES/55/2. *United Nations Millenium Declaration*).

Dengan menandatangani Deklarasi Milenium, Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk menempatkan MDGs menjadi referensi penting dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia. Hal ini ditunjukkan dengan menggunakan MDGs sebagai bahan acuan dalam pembangunan. Pemerintah indonesia telah mengarusutamakan (*mainstreaming*) MDGs dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009 dan RPJMN 2010-2014, Rencana Pembangunan Tahunan Nasional (RPTN), serta dokumen APBN (Sumber: Paparan Deputi Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional).

Adapun tujuan dari *Millenium Development Goals* (MDGs) tersebut diuraikan sebagai berikut:

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan.
2. Mencapai pendidikan dasar untuk semua.
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan.
4. Menurunkan kematian anak.

5. Meningkatkan kesehatan ibu.
6. Mengendalikan HIV dan AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya (TB).
7. Menjamin kelestarian lingkungan hidup.
8. Mengembangkan kemitraan pembangunan di tingkat global.

(Sumber: Paparan Deputi Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional).

Fokus utama dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) adalah pembangunan manusia, dengan meletakkan dasar pada konsensus dan kemitraan global untuk pembangunan.Dengan menetapkan berbagai target tersebut, diharapkan setiap negara yang berkomitmen untuk mencapai MDGs dapat lebih mudah memberikan gambaran pencapaian pembangunan manusia di negaranya. Meskipun merupakan kesepakatan global, MDGs tetap diarahkan untuk mengakomodasi nilai-nilai lokal sesuai dengan karakteristik masing-masing negara, agar setiap negara lebih mudah melaksanakan usaha-usaha pembangunan dalam mencapai MDG.

Berdasarkan tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tersebut faktor kesehatan sangatlah berpengaruh dalam upaya pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs). Hal tersebut dapat dilihat dari tiga tujuan yang telah ditetapkan berkaitan dengan kesehatan, lebih khususnya mengenai kesehatan ibu dan anak. Hal tersebut menunjukkan bahwa pembangunan dunia secara umum sangat bergantung pada kesehatan ibu dan anak.

Indonesia sebagai salah satu negara yang ikut mendeklarasikan *Millenium Development Goals* (MDGs) juga diwajibkan untuk turut serta dalam upaya pencapaian tujuan. Indonesia mempunyai komitmen yang tinggi terhadap program

MDGs di bidang kesehatan. Hal ini terlihat dari respon kementerian kesehatan yang langsung membuat kebijakan tambahan di bidang kesehatan. Melalui program Ditjen Bina Kesmas, Kementerian Kesehatan RI menambah lima tambahan sasaran utama MDGs yaitu meningkatkan cakupan *antenatal*, meningkatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, meningkatkan cakupan *neonatal*, meningkatkan *prevalensi*kurang gizi pada balita, dan meningkatkan tingkat kunjungan penduduk miskin ke puskesmas (*wartapedia.com*). Selain itu kementerian kesehatan telah menetapkan kebijakan bahwa semua persalianan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dan memulai program jampersal (jaminan persalinan), yaitu suatu paket yang mencakup pelayanan antenatal, persalinan, posnatal dan keluarga berencana (Hayat, 2010).

Program lain yang diluncurkan oleh kementerian kesehatan dalam rangka pencapaian tujuan adalah melalui program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* atau EMAS. Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival*(EMAS) adalah sebuah program kerjasama Kementrian Kesehatan RI dan *United State Agency for International Development* (USAID) yang berdurasi selama lima tahun (2012-2016) dalam rangka mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir.Program EMAS merupakan bagian dari Kemitraan Komprehensif antara Amerika Serikat dan Indonesia, di mana kedua pemimpin negara tersebut telah menegaskan kembali komitmennya untuk bekerjasama di berbagai bidang demi kepentingan bersama, termasuk kesehatan.

Program EMAS mendukung pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten, dalam berjejaring dengan Organisasi Masyarakat Sipil, fasilitas kesehatan publik dan swasta, asosiasi rumah sakit, organisasi profesi, dan sektor swasta. Program ini akan berkontribusi terhadap percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% di Indonesia (www.gizikia.depkes.go.id).

Di Indonesia Program Emas di terapkan di enam provinsi yakni Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatra Utara, dan Sulawesi Selatan. Di Jawa timur yang terpilih untuk melaksanakan Program Emas ini adalah Kabupaten Malang dan Kabupaten Sidoarjo. Dipilihnya Kabupaten Malang dan Sidoarjo dikarenakan dua kabupaten ini dinilai memiliki populasi yang padat dan AKI yang tinggi. Meski begitu, Kabupaten Malang dan Sidoarjo dinilai memiliki komitment dan usaha yang konsisten dalam menurunkan AKI dan AKB yang disertai dengan peningkatan fasilitas kesehatan ibu dan bayi.

Di Kabupaten Sidoarjo, Angka Kematian Ibu pada saat melahirkan masih tergolong cukup tinggi. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, Pada tahun 2009, angka kematian ibu melahirkan sebesar 21,73 per seratus ribu kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2010 angka kematian ibu melahirkan sebesar 79,78 per seratus ribu kelahiran hidup dan pada tahun 2011 sampai semester terakhir ini sebesar 55 ibu melahirkan yang meninggal dunia. Pada tahun 2012 angka kematian ibu melonjak hingga mencapai 96,27 per seratus ribu kelahiran hidup (www.beritasidoarjo.com). Sedangkan untuk angka kematian bayi pada tahun 2012 ada 313 bayi atau sebesar 10,39 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan sampai dengan Bulan September 2013 tercatat sebesar 256 bayi atau

9,67 per 1000 kelahiran hidup. Kelahiran hidup Kabupaten Sidoarjo pada tahun 2013 berjumlah 26.482 bayi (www.antarajatim.com).

Terpilihnya Kabupaten Sidoarjo sebagai salah satu pelaksana Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival*(EMAS) ini bukan hanya karena memiliki tingkat Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang tinggi, akan tetapi karena mempunyai sumber daya kesehatan yang cukup besar untuk mendukung program ini. Hal tersebut dibuktikan bahwa Kabupaten Sidoarjo mampu menjaga kestabilan kualitas pelayanan kesehatan Ibu Hamil dan Bayi Baru Lahir, meskipun Sidoarjo terkena bencana lumpur (beritasidoarjo.com).

Penyebab utama kematian pada ibu melahirkan di Indonesia Menurut hasil kajian kinerja IGD Obstetri-Ginekologi dari RSUP Cipto Mangunkusumo, yang merupakan RS rujukan nasionalyang dikutip oleh Salma (2012) adalah perdarahan dan infeksi yang tidak tertolong karena banyak yang masih memilih untuk melahirkan di rumah, tidak di rumah sakit atau puskesmas. Selain itu eklampsia, sepsis dan gagal paru juga merupakan beberapa faktor penyebab banyaknya kematian ibu di Indonesia. Di Kabupaten Sidoarjo, penyebab utama kematian ibu yang paling banyak disebabkan oleh pendarahan pada saat persalinan (www.beritasidoarjo.com).

Pada dasarnya tujuan dari adanya Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) ini adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal di Puskesmas (PONED) dan Rumah Sakit (PONEK) serta memperkuat sistem rujukan untuk meningkatkan dan memperkuat kualitas sistem rujukan. Dengan melaksanakan tujuan tersebut merupakan salah

satu cara untuk melakukan pembangunan di bidang kesehatan. Karena dengan adanya program EMAS ini diharapkan pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal terutama di Puskesmas dapat lebih baik dan kualitas sumber daya manusia juga meningkat.

Dalam implementasi sebuah program terdapat empat faktor yang merupakan syarat utama keberhasilan proses implementasi seperti yang dikemukakan oleh Edward dalam Tarigan (2003:3), yakni komunikasi, sumber daya, sikap birokrasi atau pelaksana dan struktur organisasi termasuk tata aliran kerja birokrasi. Dalam implementasi program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini telah terbentuk tim pokja untuk melaksanakan program EMAS ini.

Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) ini merupakan program yang berdurasi selama lima tahun (2012-2016) yang tentunya dalam pelaksanaannya memerlukan pengendalian pelaksanaan, seperti yang dikemukakan oleh Zauhar (1993:11) bahwa pengendalian pelaksanaan merupakan langkah penting dalam implementasi program. Karena sasaran dalam pengendalian adalah berkaitan dengan tujuan, sehingga pencapaian tujuan dapat lebih terjamin.

Permasalahan pembangunan terutama pembangunan di bidang kesehatan merupakan masalah yang sangat penting dan kompleks, karena kesehatan merupakan hak semua masyarakat sehingga pembangunan di bidang kesehatan harus segera dilakukan agar bisa mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Melihat fakta di lapangan mengenai kondisi kesehatan di Indonesia khususnya di Kabupaten Sidoarjo terutama yang berkaitan dengan Angka

Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), maka dalam penelitian ini penulis tertarik untuk mengambil judul **"Implementasi Program Peningkatan Kelangsungan Hidup Ibu Dan Bayi Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan(Studi tentang Program *Expanding Maternal and Neonatal* Survival di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)"**untuk melihat apakah upaya pembangunan kesehatan yang dilakukan pemerintah melalui program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) ini mampu untuk meningkatkan kualitas kesehatan terutama pada kesehatan ibu dan bayi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimanakah implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi di Kabupaten Sidoarjo?
2. Apakah faktor pendukung dan penghambat dalam penerapan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di Kabupaten Sidoarjo?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan yang hendak dicapai dengan adanya penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui, mendeskripsikan dan menganalisis implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) sebagai

upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi di Kabupaten Sidoarjo.

2. Untuk mengetahui mendeskripsikan dan menganalisis faktor pendukung dan penghambat dalam penerapan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di Kabupaten Sidoarjo.

D. Kontribusi Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Secara Akademis

   Sebagai bahan kajian dalam Administrasi Pembangunan terutama dalam pembangunan di bidang kesehatan khususnya dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan ibu dan bayi.

2. Secara Praktis

   a) Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi mahasiswa dan peneliti yang akan meneliti dengan tema dan permasalahan yang sama, bagi peneliti sebagai salah satu sumber untuk mengembangkan keilmuan.

   b) Dengan adanya penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada pemerintah mengenai hasil dari penerapan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival*(EMAS) di Kabupaten Sidoarjo sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi di Kabupaten Sidoarjo.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini terdiri dari 5 bab yang memiliki keterkaitan antara satu bab dengan bab lainnya. Adapun sistematika penulisannya adalah sebagai berikut:

Bab I : Pendahuluan

Menguraikan latar belakang penelitian, perumusan masalah, tujuan penelitian, kontribusi yang diperoleh dengan adanya penelitian baik secara teoritis maupun praktis, serta sistematika pembahasan.

Bab II : Tinjauan Pustaka

Menguraikan dan menjelaskan dasar-dasar teori yang berhubungan dengan tema penelitian. Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah Administrasi pembangunan, Administrasi Program dan Proyek, Konsep *Good Governance*, *Millenium Development Goals* (MDG's), Pembangunan Kesehatan, dan Teori Kemitraan.

Bab III : Metode Penelitian

Menjelaskan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini antara lain: jenis penelitian, fokus penelitian, lokasi dan situs penelitian, jenis dan sumber data penelitian, teknik pengumpulan data,instrumen penelitian, dan teknik analisis data.

Bab IV : Hasil Penelitian dan Pembahasan

Pada bab ini berisi tentang pembahasan dan analisis yang dikaitkan dengan dasar-dasar teori yang telah dijabarkan pada tinjauan pustaka.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Bab V : Penutup

Berisi kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian serta berbagai saran yang dapat dipertimbangkan pihak-pihak terkait dan merupakan penutup dalam penulisan skripsi ini.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Pembangunan

Sebelum memahami pengertian dari Administrasi Pembangunan ada baiknya mengetahui dan memahami terlebih dahulu arti dari Administrasi Publik. Secara etimologi administrasi berasal dari bahasa Latin (Yunani) yang terdiri dari dua kata, yaitu "*ad*" dan "*ministrate*" yang berarti "*to serve*" yang dalam bahasa Indonesia berarti melayani dan atau memenuhi. Sedangkan Publik pada dasarnya berasal dari bahasa Inggris "*public*" yang berarti umum, rakyat umum, orang banyak dan rakyat. Nampaknya kata "publik" diterjemahkan oleh beberapa kalangan berbeda-beda sebagaimana kepentingan mereka. Misalnya kata "*Public Administration*"diterjemahkan menjadi "Administrasi Negara" (Pasolong, 2008).

Setelah diketahui pengertian administrasi dan publik maka dapat selanjutnya dapat diketahui pengertian dari administrasi publik. Henry (1988), mendefinisikan administrasi publik adalah suatu kombinasi yang kompleks antara teori dan praktek, dengan tujuan mempromosi pemahaman terhadap pemerintah dalam hubungannya dengan masyarakat yang diperintah, dan juga mendorong kebijakan publik agar lebih responsif terhadap kebutuhan sosial. Administrasi publik berusaha melembagakan praktik-praktik manajemen agar sesuai dengan nilai efektivitas, efisiensi, dan pemenuhan kebutuhan masyarakat secara lebih baik. Rosenbloom (2005), menunjukkan bahwa administrasi publik merupakan pemanfaatan teori-teori dan proses-proses manajemen, politik dan hukum untuk memenuhi keinginan pemerintah dibidang legislatif, eksekutif, dalam rangka

fungsi-fungsi pengaturan dan pelayanan terhadap masyarakat secara keseluruhan atau sebagian (Pasolong, 2008:7-8).

1. Pengertian Administrasi Pembangunan

Administrasi pembangunan sebagai suatu disiplin ilmiah merupakan orientasi baru dalam Ilmu Administrasi. Sebagaimana halnya dengan ilmu-ilmu yang lain, pengembangan prinsip-prinsip Administrasi Pembangunan kiranya memerlukan usaha yang intensif agar prinsip-prinsip Administrasi Pembangunan itu diakui sejajar dengan ilmu pengetahuan sosial lainnya (Siagian, 1988:2).

Administrasi Pembangunan meliputi dua pengertian, yaitu: *pertama*, tentang administrasi dan *kedua*, tentang pembangunan. Administrasi adalah keseluruhan proses pelaksanaan daripada keputusan-keputusan yang telah diambil dan pelaksanaan itu pada umumnya dilakukan oleh dua orang manusia atau lebih untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Sedangkan pembangunan didefinisikan sebagai suatu usaha atau rangkaian usaha pertumbuhan dan perubahan yang berencana yang dilakukan secara sadar oleh suatu bangsa, negara dan pemerintah, untuk menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa (*nation-building*) (Siagian, 1988:2-3).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa Administrasi Pembangunan adalah seluruh usaha yang dilakukan oleh suatu masyarakat, maupun bangsa atau negara untuk memperbaiki tata kehidupannya sebagai suatu bangsa dalam berbagai aspek kehidupan bangsa tersebut dalam rangka usaha pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya (Siagian, 1988:4).

Menurut Tjokroamidjojo (1986:8), dalam Administrasi Pembangunan administrator juga diharapkan sebagai unsur pembaharu. Dan kecuali itu juga dapat menciptakan suatu sistem dan praktek administrasi yang membina partisipasi dalam pembangunan. Hal ini menunjukkan bahwa Administrasi Pembangunan lebih berorientasi kepada peranan serta fungsi pemerintah negara-negara yang baru berkembang dalam pembangunan nasional yang telah direncanakan.

2. Ruang Lingkup Administrasi Pembangunan

Pada dasarnyapendekatan Administrasi Pembangunan diartikan sebagai 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. Dalam proses tersebut diperlukan ruang lingkup Administrasi Pembangunan. Ruang lingkup Administrasi Pembangunan menurut Tjokroamindjojo (1986:14) yaitu:

> "Pertama, ruang lingkup administrasi pembangunan mempunyai dua fungsi yaitu penyusunan kebijaksanaan penyempurnaan administrasi negara. Dalam hal ini usaha penyempurnaan organisasi, pembinaan lembaga yang diperlukan, kepegawaian, tata kerja dan pengurusan sarana-sarana administrasi lainnya. Ini disebut sebagai *the development of administration*. Fungsi lainnya adalah merumuskan kebijaksanaan-kebijaksanaan dan program-program pembangunan (diberbagai bidang) serta pelaksanaannya secara efektif. Ini disebut juga sebagai *the administration of development.*
>
> Kedua, administrasi untuk pembangunan ini dapat pula dibagi dalam dua sub fungsi, yaitu:
>
> 1) Perumusan kebijaksanaan pembangunan
>
> Berperan dalam formulasi kebijaksanaan-kebijaksanaan negara/pemerintah (*public policies*) dilakukan dalam proses administrasi tetapi juga dalam tingkat tertentu dalam proses politik. Seringkali kebijaksanaan dan program-program itu dirumuskan dalam

suatu rencana pembangunan. Namun tidak selalu demikian, apabila terdapat suatu kerangka kebijaksanaan dan program yang konsisten.

2) Pelaksanaan kebijaksanaan secara efektif
Pelaksanaan dari pada kebijaksanaan-kebijaksanaan dan program-program tersebut terdahulu secara efektif. Untuk ini diperlukan penyusunan instrumen-instrumen yang baik. Penyempurnaan administrasi negara perlu ditujukan pula bagi kepentingan ini. Seperti telah dikemukakan terdahulu ada dua bagian kegiatan yang perlu mendapat perhatian disini. Pertama adalah masalah kepemimpinan, koordinasi, pengawasan dan fungsi dari administrator sebagai unsur pembaharu. Kedua adalah pengendalian atau pengurusan yang baik dari administrasi fungsionil seperti perlembagaan dalam arti sempit, kepegawaian, pembiayaan pembangunan dan lain-lain sebagai sarana pencapaian tujuan kebijaksanaan dan program-program pembangunan.
Pencapaian tujuan-tujuan pembangunan dalam arti modernisasi, pembangunan bangsa atau pembangunan sosial ekonomi tak mungkin terlaksana dari hasil kegiatan pemerintah saja. Akan tetapi salah satu fungsi lain yang penting dalam administrasi pembangunan ialah membangun partisipasi masyarakat".

B. Administrasi Program dan Proyek

Pembangunan dapat terwujud melalui adanya program dan proyek. Dilihat dari perspektif jangka waktu, program dan proyek dikenal adanya perencanaan jangka panjang, perencanaan jangka menengah dan perencanaan jangka pendek. Perencanaan jangka menengah di dalam penyusunannya selalu didasarkan pada perencanaan jangka panjang. Agar di dalam pelaksanaannya lebih bersifat operasional, perencanaan jangka menengah memerlukan perencanaan operasional tahunan. Hanya dalam kerangka yang demikianlah maka suatu perencanaan pembangunan bisa konsisten, terkoordinir dan selalu mendasarkan diri pada tujuan pembangunan (Zauhar, 1993:1).

1. Pengertian Program

Program lahir dari adanya administrasi pembangunan yang telah mengalami perkembangan seiring dengan banyaknya perhatian terhadap masalah

pembangunan. Administrasi pembangunan adalah administrasi mengenai kebijakan, program, dan proyek untuk mendukung tujuan-tujuan pembangunan.

Program dalam administrasi pembangunan berfungsi sebagai alat untuk memecahkan berbagai permasalahan yang ada dalam pembangunan dan masyarakat. Definisi program menurut United Nation (1971) yang dikutip oleh Zauhar (1993:1) adalah "*Program is taken to mean a form of organized social activity with a specific objective, limited in space and time. It often consist of an interrelated group of project and usually limited to one or more an going organizations and activities*". Yang artinya, Program diartikan sebagai suatu bentuk kegiatan sosial yang terorganisasi dengan tujuan tertentu, terbatas dalam ruang dan waktu.Program selalu berisikan sebuah kelompok yang saling terkait dengan proyek dan biasanya terbatas pada satu atau lebih organisasi yang sedang berjalan dan melakukan kegiatan.

Dengan adanya suatu program dalam kegiatan pembangunan maka akan dapat memecahkan berbagai masalah yang ada dalam pembangunan (*problem solving*). Dengan demikian semakin banyak permasalahan yang timbul maka semakin banyak pula program yang dibutuhkan. Selain sebagai *problem solving*, program dapat juga digunakan untuk meningkatkan motivasi dan inovasi bagi masyarakat melalui program yang ada. Dalam suatu program pasti ada tujuan yang ingin dicapai, agar tujuan tersebut dapat dicapai, maka suatu program harus memiliki ciri-ciri. Menurut United Nation yang dikutip oleh Zauhar (1993:1) ciri-ciri yang harus dimiliki suatu program adalah sebagai berikut:

a) Tujuan yang dirumuskan secara jelas;

b) Penentuan dari peralatan yang terbaik untuk mencapai tujuan;

c) Suatu kerangka kebijaksanaan yang konsisten dan atau proyek-proyek yang saling berkaitan untuk mencapai tujuan program;

d) Pengukuran dengan ongkos-ongkos yang diperkirakan dan keuntungan-keuntungan yang diharapkan akan dihasilkan dari program tersebut;

e) Hubungan dengan kegiatan-kegiatan lain dalam usaha pembangunan tidak berdiri sendiri;

f) Berbagai upaya bidang manajemen termasuk penyediaan tenaga, pembiayaan dan lain-lain untuk melaksanakan program tersebut.

Proyek pembangunan terkait erat dengan program pembangunan. Karena pada hakekatnya proyek pembangunan merupakan penjelasan lebih operasional dari suatu program. Secara singkat menurut Siagian yang dikutip olehZauhar (1993) proyek dapat didefinisikan sebagai serangkaian kegiatan dengan cara kerja tertentu, kriteria keberhasilan, lokasi yang jelas, jumlah biaya yang pasti, sumber pembiayaan yang telah ditetapkan, dan dikelola oleh sekelompok orang yang secara khusus ditunjuk.

2. Siklus Pengelolaan Program dan Proyek

Setiap program dan proyek memiliki ciri-ciri yang khas yang berbeda antara satu dengan lainnya. Program dan proyek tentang pembangunan desa berbeda dengan program dan proyek kesehatan, sosial dan yang lain. Meski begitu setiap program dan proyek mempunyai sejumlah kesamaan, terutama dalam siklus pengelolaannya. Berikut ini merupakan penjelasan mengenai siklus pengelolaan program dan proyek.

a. Perencanaan

Tahap pertama dalam pengelolaan suatu program adalah dengan konseptualisasi dan identifikasi. Suatu ide tentang program perlu ditindak lanjuti dalam bentuk pembicaraan resmi yang akhirnya tertuang dalam bentuk usulan tertulis. Kegiatan ini biasanya disebut dengan pra studi kelayakan. Tujuan dilakukan pra studi kelayakan ini adalah untuk memberikan justifikasi bahwa program yang diusulkan merupakan kegiatan yang logis dan penting untuk dijalankan dilihat dari efisiensi tenaga, waktu, dan biaya.

Setelah studi pra kelayakan tahap kedua adalah melakukan studi kelayakan. Menurut Siagian yang dikutip oleh Zauhar (1993:4-5), di dalam studi kelayakan ini harus memuat informasi serta analisis yang berkaitan dengan:

a) Segi ekonomi dari suatu proyek;
b) Segi keuangan suatu proyek terutama sumber pembiayaannya;
c) Segi teknis suatu proyek, khususnya dalam pelaksanaan dan pengoperasian proyek;
d) Dampak politik suatu proyek yang sering merupakan pertimbangan yang dominan dalam memproyekkan suatu kegiatan;
e) Segi manajemen suatu proyek dalam arti tersedianya tenaga pimpinan yang bertanggung jawab atas keseluruhan pengelolaan proyek;
f) Desain sementara suatu proyek.

Tahap ketiga adalah tahap desain yang akan menggambarkan rincian yang lebih detail dari suatu program atau suatu proyek. Jika desain memenuhi persyaratan teknis, ekonomi, *financial*, sosial dan politik tahap berikutnya adalah

persetujuan (*approval*). Disetujui tidaknya suatu program dan proyek merupakan indikasi kualitas dari suatu perencanaan. Semakin berkualitas suatu perencanaan program dan proyek, semakin besar kemungkinannya untuk disetujui. Dalam tahap ini diperlukan juga analisa tujuan yang merupakan tolak ukur untuk mengukur sejauh mana suatu proyek memenuhi tujuan-tujuan yang dirumuskan.

Tahap terakhir dari perencanaan program dan proyek adalah tahap persiapan pelaksanaan. Dalam tahap ini segala aspek yang berkenaan dengan program dan proyek seperti kepegawaiannya, organisasinya, peralatan dan perlengkapan, keuangan serta hal-hal lain yang berkaitan dengan masalah administratif perlu diperhitungkan dengan teliti dan cermat.

3. Implementasi Program

Soesilowati (2009:56), menyatakan bahwa "mengimplementasikan berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); *to givepractical effect to* (menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu)". Sedangkan Grindle dalam Agustino (2008:139) mengatakan bahwa pengukuran keberhasilan implementasi kebijakan dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action* program dari individual *project* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai. Dan sejalan dengan hal tersebut, Edward dalam Tarigan (2003:3), mengemukakan empat faktor yang merupakan syarat utama keberhasilan proses implementasi, yakni komunikasi, sumber daya, sikap birokrasi atau pelaksana dan struktur organisasi termasuk tata aliran kerja birokrasi.

Berdasarkan hal diatas dapat dilihat bahwa implementasi kebijakan diwujudkan dalam sebuah program. Sedangkan pada penjelasan sebelumnya dijelaskan bahwa pelaksanaan sebuah program dijabarkan dalam sebuah proyek-proyek ataupun kegiatan lainnya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa antara kebijakan, program dan proyek saling mempengaruhi dan mempunyai keterkaitan satu sama lain.

Dari pengertian program jelas bahwa program terdiri dari berjenis-jenis proyek yang terkait satu sama lain. Dalam pelaksanaan program dan proyek pembangunan aspek koordinasi dan konsistensi menjadi sangat penting. Keberhasilan suatu program sangat tergantung pada kerjasama antar instansi dan organisasi yang tekait. Indikator keberhasilan program juga dipengaruhi oleh kemampuan, kesungguhan dan inspirasi dari pimpinan program. Masalah lain yang harus diperhatikan dalam implementasi program adalah masalah biaya. Permasalahan biaya seringkali menjadi penghambat dalam implementasi program. Selain masalah biaya hal lain yang perlu diperhatikan dalam implementasi adalah tata kerja. Dalam kegiatan implementasi perlu diatur secara jelas tentang pembagian tugas dalam organisasi, komunikasi dalam organisasi seperti sistem pelaporannya.

Menurut Zauhar (1993:11) pengendalian pelaksanaan merupakan langkah penting dalam implementasi program. Sasaran dalam pengendalian adalah berkaitan dengan tujuan, sehingga pencapaian tujuan dapat lebih terjamin. Dengan pengendalian pelaksanaan inilah langkah penting dan strategis dapat diambil apabila terjadi penyimpangan.

4. Evaluasi dan *Monitoring* Program

Monitoring merupakan serangkaian kegiatan mengikuti, mengamati dan melacak jalannya pelaksanaan program dan proyek pembangunan dengan menggunakan sistem pelaporan dan tujuan langsung ke lokasi agar memperoleh data dan informasi yang jelas serta menghimpun masalah yang ada untuk segera dijadikan alternatif pemecah sebagai input penyempurnaan. *Monitoring* dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu:

1) *Monitoring* umum, adalah *Monitoring* yang melihat semua kegiatan pembangunan sebagai obyeknya. *Monitoring* umum ini berfungsi mengamati dan mengawasi secara terus-menerus bagaimana hasil guna dan daya guna keseluruhan kegiatan pembangunan tersebut secara fungsional dapat menunjang tercapainya tujuan pembangunan. *Monitoring*umum dapat dilakukan melalui beberapa cara, yaitu:
   a. Umpan balik
   b. Peninjauan lapangan, tujuannya adalah untuk (1) mengamati perkembangan kegiatan pembangunan secara keseluruhan yang sedang dilakukan oleh pihak-pihak pelaksana teknis pembangunan untuk dikaji apakah sesuai dengan tujuan dan arah serta kebijaksanaan pembangunan. (2) untuk menguji kebenaran laporan yang disampaikan oleh pelaksana teknis pembangunan dan atau oleh pimpinan proyek.
2) *Monitoring* proyek, adalah *Monitoring* yang melihat kegiatan-kegiatan dalam suatu proyek. *Monitoring*ini berfungsi mengamati dan mengawasi

secara terus-menerus bagaimana hasil guna dan daya guna kegiatan-kegiatan tersebut dalam hubungan dengan penggunaan input proyek yang diharapkan, serta berfungsi untuk mengamati apakah pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang direncanakan. Untuk memudahkan pengendalian maka kegiatan *Monitoring* terhadap setiap proyek yang telah disetujui harus dilengkapi dengan suatu kerangka proyek yang menggambarkan:

a. Hierarki harapan yang hendak dicapai dari suatu proyek yang terdiri dari: tujuan program, tujuan fungsional proyek, keluaran proyek, masukan proyek.
b. Indikator-indikator yang diperlukan sebagai bukti pengukuran kemajuan tiap-tiap hierarki dapat bersifat kualitatif maupun kuantitatif dan merupakan pula unsur evaluasi yang penting dalam perencanaan dan pelaksanaan proyek.
c. Alat bukti indikator yaitu teknik/cara yang dipakai dalam mengumpulkan data, pengolahan dan analisa data dalam rangka membuktikan kebenaran indikator-indikator yang telah dicapai. Data yang dikumpulkan dapat bersifat internal dan eksternal.
d. Faktor ketidakpastian adalah asumsi yang harus ditetapkan untuk mengidentifikasikan hal-hal diluar jangkauan manajemen proyek, yaitu faktor-faktor yang harus diidentifikasikan sebelum proyek dilaksanakan.

Sedangkan pengertian dari evaluasi adalah proses pengukuran atau pengenalan yang berusaha untuk menentukan mengapa kejadian dalam pelaksanaan tingkat keluaran program belum atau telah tercapai. Tujuan pokok evaluasi adalah status akhir proyek yang akan menjadi landasan untuk meningkatkan kebijaksanaan tentang program pembangunan berikutnya (Zauhar, 1993:11-16).

Tabel 1

Perbedaan *Monitoring* dan Evaluasi Dalam Program dan Proyek

No	**Aspek**	***Monitoring***	**Evaluasi**
1	Waktu dan tahap pelaksanaan	Proyek sedang berjalan	Pada status akhir proyek
2	Tingkat kierarki harapan	Tingkat keluaran	Tingkat tujuan fungsional
3	Sifat informasi yang dibutuhkan	Selektif, tertentu yang menentukan penyimpangan yang kritis dari jadwal pelaksanaan	Menyeluruh dan bergantung pada kegiatan pengendalian
4	Sifat kebijaksanaan yang dijadikan	Korektif, segera dilaporkan	Memandang kedepan pada proyek dan program lanjutan atau berikutnya untuk direncanakan
5	Metode analisis	Perbandingan antara pencapaian dan rencana	Perbandingan antara yang diharapkan dan dampak sepenuhnya; pola perubahan, yaitu antara sebelum dan sesudah adanya proyek
6	Orientasi kegiatan	Diarahkan pada pengelola	Diarahkan kepada

		proyek (*project oriented*): untuk memperbaiki penyimpangan yang dihadapi selama pelaksanaan proyek supaya proyek itu bisa memberi keuntungan kepada kelompok sasarannya	kelompok sasaran (*target group oriented*): untuk menghitung keuntungan proyek yang diperoleh kelompok sasaran

Sumber: Zauhar (1993:17)

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa proyek pembangunan memiliki keterkaitan erat dengan program pembangunan. Dimana proyek pembangunan merupakan penjelasan lebih operasional dari suatu program. Suatu proyek atau program sangat dibutuhkan suatu monitoring atau evaluasi dalam pelaksanaannya.

C. Konsep *Good Governance*

1. Pengertian *Governance*

Kata *governance* dapat dilacak dari kata "*govern*" yang artinya memerintah (*a country*), menguasai (*o's temper*), menentukan (*a decision*), berpengaruh atas (*a gramatical case*). Ada lagi kata yang dekat dengan arti *governance*, yaitu *Governing*, artinya, yang memerintah; *governable* yang artinya, bisa dikuasai/diperintah; *Government* yang artinya: pemerintah, pemerintahanan, ilmu pemerintahan/politik; dan *Governmental*, artinya, yang berhubungan dengan pemerintah. Sedangkan kata "*governance*", ada beragam terjemahan yang telah sering didengar, seperti: penyelenggaraan, pemerintah atau kepemerintahan. Ada juga yang mengartikan, pemerintah, pengarahan, pembinaan, pengurusan,

pengelolaan yang baik. Disamping yang telah banyak dikenal, yaitu: kepemerintahan, tata pemerintah, tata kelola pemerintahan (Sjamsuddin, 2005:5).

Menurut United Nations Development Program (UNDP), *governance*adalah "*The exercise of political, economic and administrative aouthority to manage a nation's affair at all levels. It is the complex mecanism, process, relationships and institutions through which citizens and groups articulate their interest, exercise their rights and obligations and mediate their differences*" (UNDP, 1997). Artinya, penggunaan kewenangan politik, ekonomi, dan administratif untuk mengatur permasalahan nasional pada semua level. Ini adalah mekanisme yang kompleks, proses, hubungan dan lembaga di mana warga dan kelompok menyuarakan kepentingan mereka, menggunakan hak dan kewajibannya dan menengahi perbedaan mereka.

Lembaga Administrasi Negara (LAN) mengemukakan bahwa *governance* merupakan proses penyelenggaraan kekuasaan negara dalam melaksanakan penyediaan *public goods and service* (kebutuhan dan pelayanan publik). Istilah *governance* atau kepemerintahan tidak hanya berarti suatu cara atau metode, tindakan, kegiatan atau proses, dan sistem. Tetapi juga berarti cara bagaimana kekuasaan digunakan; penggunaan kewenangan dalam bidang ekonomi; politik dan administratif; sebagai instrumen kebijakan publik; dan proses interaksi sosial politik.

Konsep *governance*sering kali dimaknai sebagai: *minimal state, corporate governance, new public management, and governance as a socio cybernetic system*(Rhodes, 1996; Stoker, 1998; Caiden, 1998). Karena itu banyak ditemukan

istilah yang berkaitan dengan kata "*governance*" seperti: *public governance, private governance, corporate governance, banking governance, political governance, economic governance, administrative governance, good governance,* dan sebagainya. Makna dari beberapa konsep *governance,* diartikan sebagai berikut: (Islamy, dikutip oleh Sjamsuddin, 2005:8-9).

> Pertama, *minimal state*, pekerjaan yang ditangani pemerintah begitu banyak dan kompleks (akibat kesalahannya sendiri yang terlalu rakus dalam mengekspansi dan mengintervensi masalah-masalah masyarakat) membutuhkan anggaran besar (*oversupply*) yang diperoleh dari hutang tetapi tidak mampu menanganinya dengan baik (*inefficiency, corruption*, etc) maka perannya harus direduksi atau diminimalkan lewat restrukturisasi birokrasi, pengurangan anggaran atau privatisasi dan mengundang aktor-aktor yang lain yang lebih mampu dan profesional menangani tugas-tugas pelayanan dan pembangunan bagi masyarakat.
>
> Kedua, *corporate governance*: pemerintah tidak cukup dijalankan dengan hanya meniru gaya manajemen sektor swasta (yang berorientasi pada pasar atau pelanggan) tetapi perlu juga memberikan perhatian yang besar pada kegiatan "*storing*" yaitu mengerahkan, memonitor, mengawasi dan menilai kerja pemerintah sehingga ia dapat mempertanggungjawabkan.
>
> Ketiga, *new public management*: kepemerintahan harus dikelola menurut prinsip-prinsip manajemen profesional, yaitu dengan mengitrenduksi cara kerja sektor swasta ke sektor publik seperti misalnya para pemimpin pemerintahan diserahkan pada para manajer professional, menetapkan standar dan ukuran kinerja yang jelas, pengelolahan berorientasi pada hasil, menilai tinggi makna uang, lebih dekat kepada pelanggan, memberikan banyak pilihan kepada pelanggan dan menyadari akan adanya persaingan/kompetisi pasar.
>
> Keempat, *governance as a socio cybernatic system*: sejalan dengan pesatnya perkembangan masyarakat dan kian kompleksnya isu yang harus segera diputuskan, beragamnya institusi pemerintah serta kekuatan masyarakat madani (*civil society*) yang berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan (*policy making*), maka hasil akhir (*out come*) yang memuaskan dari kebijakan publik tidak mungkin dicapai jika hanya mengandalkan sektor pemerintah (Rhodes, 1996).

Dalam teori *governance*, peran pemerintah cukup hanya untuk memberi arahan (*steering*), bukan sebagai satu-satunya pelaku (*rowing*), sebagaimana dimaksud dalam konsep model pemerintahan *enterpreneurship*dari Osborne &Ted

Gaebler (1992) dalam *Reinventing Government*dari Osborne & Peter Plastrik (1997) dalam *Banishing Bueraucracy*. Pemerintah harus mengurangi perannya dan mampu memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk ikut berperan serta dalam pembangunan sehingga perlu adanya pemberdayaan masyarakat.

Dari beberapa pengertian di atas dapat dilihat bahwa *governance* memiliki arti yang sangat luas. Akar teoritiknya menyangkut beberapa komponen antara lain ekonomi, kelembagaan, hubungan internasional, ilmu politik, administrasi negara, kemasyarakatan dan lain-lain. Oleh karena itu Stoker (1997) menegaskan bahwa dalam perspektif *governance* nilainya terletak pada kemampuan untuk menciptakan proses perubahan pemahaman dalam memerintah.

Teori *governance* menjelaskan secara makro proses-proses perubahan dalam kepemerintahan tadi dimana model kepemerintahan tradisional yang memiliki ciri khas antara lain struktur yang vertikal, birokrasi yang kental dan wataknya intervesionis, ternyata tidak mampu mengadaptasikan dirinya dengan lingkungan ekonomi, sosial, dan kultiral yang sedang mengalami perubahan yang sangat cepat (Kazancigil, 1998).

Governance atau kepemerintahan dalam praktik terbaiknya disebut dengan istilah *good governance* atau kepemerintahan yang baik. Istilah ini kemudian menjadi popular dalam lembaga pemerintahan di Indonesia (Lihat misalnya: LAN dan BPKP, 2000).

2. *Good Governance*

Istilah *good governance* menurut versi awal Bank Dunia tahun 1989, yaitu manajemen pembangunan yang *good/sound* (sempurna) atau "*sound develompent*

management". Kemudian dalam laporan Bank Dunia tahun 1992 disebutkan: "*good governance is less Government and better government*". *Less Government*dimaksudkan bahwa kewenangan yang dimiliki pemerintah (negara) perlu dikurangi. Sedangkan *Better Government* artinya pemerintah yang sudah ramping perlu lebih efektif dalam melaksanakan manajemen pembangunan.

Secara konseptual, pengertian kata baik (*good*) dalam istilah kepemerintahan yang baik (*good governance*) mengandung dua pemahaman, yaitu: pertama, nilai-nilai yang menjunjung tinggi keinginan/kehendak rakyat, dan nilai-nilai yang dapat meningkatkan kemampuan rakyat dalam upaya pencapaian tujuan (nasional) kemandirian, pembangunan yang berkelanjutan, serta keadilan sosial. Kedua, aspek-aspek fungsional dari pemerintahan yang efektif dan efisien dalam pelaksanaan tugasnya untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditentukan tersebut (Sjamsuddin, 2005).

Oleh karena itu, berdasarkan pengertian ini, kepemerintahan yang baik berorientasi pada dua hal, yaitu: Pertama, orientasi ideal negara, yang diarahkan pada pencapaian tujuan nasional. Hal ini mengacu pada demokratisasi dalam kehidupan bernegara dengan elemen-elemen konstituen atau pemilihnya, seperti: legitimasi, akuntabilitas, adanya otonomi dan devolusi kekuasaan kepada daerah, serta adanya jaminan berjalannya mekanisme kontrol oleh masyarakat. Kedua, pemerintahan yang berfungsi secara ideal, yaitu secara efektif dan efisien melakukan upaya pencapaian tujuan nasional. Hal ini sangat tergantung pada sejauh mana pemerintah mempunyai kompetensi, dan sejauh mana struktur serta

mekanisme politik dan administrasi berfungsi secara efektif dan efisien (Sjamsuddin, 2005).

UNDP mendefinisikan *good governance* sebagai hubungan sinergis dan konstruktif diantara negara (*state*), sektor swasta (*private sector*) dan masyarakat (*society*). Dengan kata lain, merupakan hubungan yang sinergis dan konstruktif diantara ketiga aktor yang terdapat dalam *governance* atau kepemerintahan. Sedangkan menurut Lembaga Administrasi Negara (LAN), wujud *good governance* adalah penyelenggaraan pemerintahan negara yang efektif dan efisien, dengan menjaga kesinergisan interaksi yang konstruktif diantara ketiga aktor yakni negara, sektor swasta, dan masyarakat. Dengan demikian, penyelenggaran negara kepada penyediaan pelayanan publik dapat terselenggara dengan baik. Dalam sebuah workshop yang diselenggarakn oleh UNDP disimpulkan bahwa: "*good governance system are participatory, implying that all member of governance institutions have a voice in influencing decision-making*". Artinya, sistem kepemerintahan yang baik adalah partisipasi, yang menyatakan semua institusi *governance* memiliki suara dalam pembuatan keputusan (Sjamsuddin, 2005:11-12).

Good Governance di Indonesia telah menjadi primadona. Sebagian besar daerah di Indonesia berlomba-lomba memperbaiki kualitas daerahnya dengan menerapkan prinsip-prinsip yang dianut oleh *good governance*. Masyarakat Indonesia banyak berharap dengan diimplementasikannya prinsip-prinsip *good governance* akan dapat memperbaiki kualitas pelayanan publik dari pemerintah. Namun karena pandangan masyarakat Indonesia berbeda-beda mengenai *good*

governance makan bermacam-macam pula hasil praktik dari *good governance*pada masing-masing daerah.

Kinerja suatu pemerintah dapat diukur berdasarkan prinsip-prinsip *good governance*. Adapun prinsip-prinsip *good governance* terdiri dari 10 poin, antara lain (Dwiyanto, 2009:79):

a) Partisipasi : warga memiliki hak (dan mempergunakannya) untuk menyampaikan pendapat, bersuara dalam proses perumusan kebijakan publik, baik secara langsung maupun tidak langsung.
b) Penegakan Hukum: hukum diberlakukan untuk siapapun tanpa pengecualian, hak asasi manusia dilindungi, sambil tetap memperhatikan nilai-nilai hidup masyarakat.
c) Transparansi : penyediaan informasi tentang pemerintahan publik dan dijaminnya kemudahan didalam memperoleh informasi yang akurat dan memadai.
d) Kesetaraan : adanya peluang yang sama bagi setiap anggota masyarakat untuk beraktivitas atau berusaha.
e) Daya Tanggap : pekanya para pengelolah instansi publik terhadap aspirasi masyarakat.
f) Wawasan ke Depan : pengelolaan masyarakat hendaknya di mulai dengan visi, misi dan strategi yang jelas.
g) Akuntabilitas : pertanggung-jawaban para penentu kebijakan kepada para warga.
h) Pengawasan Publik : keterlibatan warga dalam mengontrol kegiatan pemerintah, termasuk parlementer.
i) Efektivitas dan efisiensi : terselenggaranya kegiatan instansi publik dengan menggunakan sumber daya yang tersedia secara optimal dan bertanggung-jawab.
j) Profesionalisme : tingginya kemampuan dan moral para pegawai pemerintah, termasuk parlementer.

3. Aktor-aktor *Good Governance*

Lembaga Administrasi Negara menyebutkan, *good governance* penyelenggaraan negara dengan tetap menjaga solidaritas dan sinergi antara domain-domain negara, sektor swasta dan masyarakat. Sehingga tata pemerintahan yang baik memiliki 3 komponen penting yang saling bekerja sama dan berhubungan, komponen tersebut adalah (Basuki dan Shofyan, 2006:9)

negara/pemerintahan, sektor swasta dan masyarakat. Menurut UNDP, kelembagaan dalam *governance* ada 3 pihak, yaitu (dikutip oleh Sjamsuddin, 2005:23-24):

> "Pertama, negara atau pemerintahan (*state*) yang berfungsi menciptakan lingkungan politik dan hukum yang kondusif. Negara sebagai domain *governance* termasuk didalamnya lembaga-lembaga politik ataupun lembaga sektor publik. Kedua, sektor swasta atau dunia usaha (*private sector*) yang menciptakan pekerjaan dan pendapatan. Ketiga, masyarakat (*society*) yang memfasilitasi interaksi sosial politik, menggerakkan kelompok-kelompok dalam masyarakat untuk berperan serta dalam kegiatan ekonomi, sosial, dan politik."

Governance hanya bermakna bila keberadaannya ditopang oleh lembaga yang melibatkan kepentingan publik. Jenis lembaga tersebut diuraikan secara singkat seperti berikut (Sjamsuddin, 2005:27):

a. Negara, adapun beberapa tugas dan kewenangan yang dapat dilakukan oleh sebuah Negara adalah menciptakan kondisi politik, ekonomi, dan sosial yang stabil; membuat peraturan yang efektif dan berkeadilan; menyediakan *public service* yang efektif dan *accountable*; menegakkan HAM; melindungi lingkungan hidup; mengurus standar kesehatan dan standar keselamatan publik.
b. Sektor swasta, sektor ini menjadi sangat penting ketika kita kaitkan dengan kepemerintahan. Adapun tindakan yang dapat dilakukan oleh sektor swasta adalah Menjalankan industri; menciptakan lapangan kerja; Menyediakan insentif bagi karyawan; Meningkatkan standar kehidupan masyarakat; memelihara lingkungan hidup; Menaati peraturan; Melakukan transfer ilmu pengetahuan dan teknologi pada masyarakat; Menyediakan kredit bagi pengembangan UKM.
c. Masyarakat madani, sebuah kepemerintahan tidak akan lepas dari peran masyarakat. Peran tersebut salah satunya adalah sebagai berikut: Menjaga agar hak-hak masyarakat terlindungi; Mempengaruhi kebijakan; Berfungsi sebagai sarana *check and balances* pemerintah; Mengawasi penyalahgunaan kewenangan sosial pemerintah; mengembangkan SDM; Berfungsi sebagai sarana berkomunikasi antar anggota masyarakat.

D. *Millenium Development Goals* (MDGs)

1. Pengertian *Millenium Development Goals* (MDGs)

Millenium Development Goals (MDGs) dalam bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai Tujuan Pembangunan Millenium (TPM) adalah delapan (8) tujuan yang ingin dicapai oleh berbagai bangsa pada tahun 2015 untuk menjawab tantangan-tantangan utama pembangunan di seluruh dunia. MDG merupakan komitmen bersama negara-negara maju dan negara-negara berkembang dalam menangani permasalahan utama pembangunan termasuk didalamnya kemiskinan dan hak asasi manusia di dalam satu paket.

Millenium Development Goals (MDGs) merupakan paradigma pembangunan global yang muncul setelah 189 negara menghadiri *Millenium Summit* yang diadakan PBB pada tanggal 14 sampai 16 September 2000 di New York. Majelis umum PBB melegalkannya dalam Resolusi Majelis Umum Perserikatan bangsa-Bangsa Nomor 55/2 tanggal 18 September 2000 tentang Deklarasi Millenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (A/RES/55/2. *United Nations Millenium Declaration*). *Millenium Development Goals* (MDGs) merupakan gerakan yang besar, hal ini bukan hanya karena disepakati oleh 189 negara, tetapi hampir semua lembaga donor pembangunan internasional memasukkan *Millenium Development Goals* (MDG's) sebagai salah satu agendanya.

Fokus utama dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) adalah pembangunan manusia, dengan meletakkan dasar pada konsensus dan kemitraan global untuk pembangunan. Diharapkan, negara-negara yang lebih kaya dapat

mendukung negara-negara miskin dan berkembang dalam melaksanakan tugas pembangunan mereka.

Millenium Development Goals (MDGs) merupakan suatu kesepakatan dan kemitraan global untuk memperbaiki kesejahteraan masyarakat ditunjukkan oleh paket berisi tujuan yang mempunyai batas waktu dan target terukur. Dengan menandatangani Deklarasi Milenium, Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk menempatkan MDGs menjadi referensi penting dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia. Hal ini ditunjukkan dengan menggunakan MDGs sebagai bahan acuan dalam pembangunan. Pemerintah indonesia telah mengarusutamakan (*mainstreaming*) MDGs dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009 dan RPJMN 2010-2014, Rencana Pembangunan Tahunan Nasional (RPTN), serta dokumen APBN (Sumber: Paparan Deputi Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional).

2. Tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs)

Millenium Development Goals (MDGs) dikatakan sebagai satu set tujuan pembangunan karena *Millenium Development Goals* (MDGs) berisi target pembangunan yang harus dicapai oleh negara-negara yang menyepakatinya pada tahun 2015. Kesepakatan tentang *Millenium Development Goals* (MDGs) tersebut merupakan komitmen 189 negara untuk mewujudkannya. Kesepakatan tersebut tertuang dalam tujuan yang terkait dengan kemiskinan atau kelaparan, pendidikan, kesetaraan gender, kesehatan, dan lingkungan hidup. Sekretariat dan beberapa agen pembangunan PBB bersama perwakilan berbagai lembaga internasional seperti IMF, Bank Dunia dan OECD serta ahli pembangunan internasional lainnya

menetapkan delapan tujuan pembangunan milenium. Adapun tujuan dari *Millenium Development Goals* (MDGs) tersebut diuraikan sebagai berikut:

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan.
2. Mencapai pendidikan dasar untuk semua.
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan.
4. Menurunkan kematian anak.
5. Meningkatkan kesehatan ibu.
6. Mengendalikan HIV dan AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya (TB).
7. Menjamin kelestarian lingkungan hidup.
8. Mengembangkan kemitraan pembangunan di tingkat global.

(Sumber: Paparan Deputi Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional).

Dengan menetapkan berbagai target tersebut, diharapkan setiap negara yang berkomitmen untuk mencapai MDGs dapat lebih mudah memberikan gambaran pencapaian pembangunan manusia di negaranya. Meskipun merupakan kesepakatan global, MDGs tetap diarahkan untuk mengakomodasi nilai-nilai lokal sesuai dengan karakteristik masing-masing negara, agar setiap negara lebih mudah melaksanakan usaha-usaha pembangunan dalam mencapai MDG.

Dari delapan target tersebut, terlihat jelas bahwa MDGs merupakan target pembangunan yang wajar dan tidak problematis. Bahkan sudah menjadi kewajaran ketika hampir seluruh negara menyepakatinya termasuk Indonesia.

E. Pembangunan Kesehatan

1. Pembangunan Kesehatan di Indonesia

Konsep ilmu kesehatan yang telah dikenal sekarang ini telah mencakup beberapa pengertianbaru dalam ilmu yang telah berkembang melalui kurun waktu berabad-abad lamanya. Pengertian yang ada sekarang tidak hanya terbatas pada keadaan individu yang sakit dan memerlukan pengobatan, melainkan ingin melihat manusia dalam interaksinya dengan lingkungan dimana ia hidup. Di dalam negara maju terdapat pranata-pranata kebudayaan yang menuju derajat kesehatan yang tinggi, yaitu pendidikan optimal, keadaan sosial-ekonomi yang tinggi, kesehatan lingkungan yang sangat maju, sehingga pelayanan kesehatan menjadi sangat khusus dan dapat memenuhi permintaan orang sakit. Sebaliknya, di negara yang sedang berkembang ditemukan bahwa derajat kesehatan manusianya dipengaruhi lebih banyak interaksinya dengan lingkungan yang tidak menunjang kesehatan dan perilaku, ketidaktahuan, serta pendidikan minimal yang sulit menerima ide-ide pelayanan biomedikal saat ini (Koenjtaraningrat dan A.A. Loedin, 1985:1).

Pembangunan kesehatan di Indonesia didasarkan atas Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pembangunan ini semakin penting mengingat kesehatan adalah hak asasi manusia dan merupakan tolak ukur untuk keberhasilan pembangunan suatu bangsa.

Landasan idiil pembangunan nasional adalah pancasila, sedangkan landasan konstitusionil adalah Undang-undang dasar 1945. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sedangkan dalam konstitusiOrganisasi Keseharan Sedunia (WHO) tahun 1948 disepakati antara lain bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonominya.

Pemikiran dasar pembangunan kesehatan adalah proses, pembuatan atau cara berfikir tentang nilai kebenaran dan aturan pokok sebagai landasan berfikir dan bertindak dalam pembangunan kesehatan sedangkan pembangunan secara umum sering diartikan sebagai upaya multidimensi untuk mencapai kualitas hidup seluruh penduduk yang lebih baik. Oleh banyak negara pembangunan kesehatan dimaknakan sebagai proses yang terus menerus dan progresif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Rachmat, 2004:3-4).

Perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia dan berbagai negara di dunia sebenarnya telah ada peningkatan dalam pelayanan kesehatan dasar dan derajat kesehatan di sebagian kalangan masyarakat. Akan tetapi, dari berbagai evaluasi pembangunan kesehatan yang ada tampak bahwa pemerataan derajat kesehatan dan berbagai pelayanan kesehatan belum dapat berhasil seperti yang

diharapkan. Sementara masyarakat masih merasa kurang memiliki kewajiban dan tanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya.

Dalam milenium ketiga ini pembangunan kesehatan dengan pendekatan paradigma sehat menjadi semakin kompleks, berubah dengan cepat dan sering tidak menentu. Menyadari keadaan ini akselerasi pembangunan kesehatan yang terarah, saling terkait dan bermakna perlu melandaskan pada prinsip dasar pembangunan kesehatan yang mantap dan konsisten.

Prinsip dasar pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah nilai kebenaran atau aturan pokok sebagai landasan utama untuk berfikir dan bertindak dalam pembangunan kesehatan. Prinsip dasar ini merupakan landasan dalam penyusunan visi, misi dan strategi serta sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan secara nasional, yang meliputi:

1. Perikemanusiaan yang berlandaskan Ketuhanan Yang Maha Esa.
2. Pemberdayaan dan kemandirian setiap orang dan masyarakat.
3. Adil dan merata, yaitu setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
4. Pengutamaan serta manfaat, dengan pendekatan sinergisme yang dinamis.

2. Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan

Menurut Rachmat (2004), dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan terdapat beberapa komponen yang sangat penting, antara lain:

a. Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan terdiri dari upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP), diarahkan pada masyarakat rentan (bayi, anak,

ibu), masyarakat miskin, masyarakat di daerah konflik, perbatasan, dan terpencil serta diutamakan pada upaya penurunan AKB, AKBA, dan AKI.

b. Pembiayaan Kesehatan

Dalam perkembangannya pembiayaan kesehatan dalam pembangunan kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yaitu penggalian dana, alokasi dana, dan pembelanjaan. Penggalian dana adalah kegiatan menghimpun dana yang diperlukan untuk pembangunan kesehatan. Alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil dihimpun. Sedangkan pembelanjaan adalah pemakaian dana yang telah dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja sesuai dengan peruntukannya.

c. Sumber Daya Manusia Kesehatan

Dalam era reformasi, pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan mencakup tiga unsur utama, yaitu perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan SDM kesehatan. Perencanaan SDM kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan SDM kesehatan, perencanaan program, analisa dan desain pekerjaan serta sistem informasi SDM kesehatan.Pengadaan SDM kesehatan, meliputi: pendidikan dan pelatihan SDM kesehatan. Sedangkan pendayagunaan SDM kesehatan meliputi: rekruitmen, seleksi, penempatan, pengembangan, evaluasi, pemberian kompensasi serta pembinaan dan pengawasan SDM kesehatan.

d. Obat dan Perbekalan Kesehatan

Dalam pembangunan kesehatan, khususnya dalam sistem kesehatan nasional, subsistem obat dan perbekalan kesehatan adalah tatanan yang

menghimpunberbagai upaya yang menjamin ketersediaan, pemerataan, serta mutu obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung dalam rangka tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

e. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Penelitian dan pengembangan kesehatan merupakan salah satu sumber daya kesehatan yang sangat penting.

f. Pemberdayaan Masyarakat

Sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku, masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta penyediaan sumber dayanya. Selanjutnya pemerintah mempunyai kewajiban dan wewenang untuk membina, mendorong dan menggerakkan swadaya masyarakat agar dapat lebih berhasil guna dan berdayaguna dengan mempersiapkan perangkat peraturan dan tata caranya.

g. Manajemen Kesehatan

Keberhasilan manajemen kesehatan sangat diperlukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, dukungan hukum kesehatan serta administrasi kesehatan.

F. Kemitraan

1. Pengertian Kemitraan

Menurut sulistiyani (2004:129) kemitraan dilihat dari perspektif etimologis diadaptasi dari kata *partnership*, dan berasal dari akar kata partner. Bertolak dari sini maka kemitraan dapat dimaknai sebagai suatu bentuk persekutuan antara dua

pihak atau lebih yang membentuk suatu ikatan kerjasama atas dasar kesepakatan dan rasa saling membutuhkan dalam rangka meningkatkan kapasitas dan kapabilitas di suatu bidang usaha tertentu, atau tujuan tertentu sehingga dapat memperoleh hasil yang lebih baik. Dari pengertian di atas, maka kemitraan dapat terbentuk apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:

a) Ada dua pihak atau lebih
b) Memiliki kesamaan visi dalam mencapai tujuan
c) Ada kesepakatan
d) Saling membutuhkan

Kemitraan sebagaimana yang diungkapkan oleh sejumlah pakar menunjuk kepada suatu sistem kerjasama antar pemerintah dan non pemerintah dalam kedudukan yang sejajar dalam rangka mencapai tujuan bersama. Menurut Angga dalam jurnal Aplikasi Management (2006:395) menyatakan bahwa, konsep kemitraan mengacu kepada pemikiran Eisler dan Montuori dan Bryden dkk. Untuk memperkuat konsep kemitraan perlu ditunjang teori yang relevan yaitu teori *governance*.

Sistem kemitraan bertumpu pada kepercayaan dengan ciri-ciri: (1) Persamaan dan organisasi yang lebih landai; (2) Hierarki aktualisasi yang luwes; (3) Spiritualitas yang berbasis alamiah; (4) Tingkat kekacauan yang rendah yang terbentuk dalam sistem; (5) Persamaan dan keadilan gender. Ada beberapa prasyarat awal bagi keberhasilan kerja kemitraan yang melibatkan kepentingan semua pihak yang terlibat, yaitu badan-badan dan departemen pemerintah dan masyarakat setempat sendiri. Bryden dan kawan-kawan lebih jauh mengajukan

pedoman terselenggaranya proses ini, yang meliputi pelatihan semua pihak yang terlibat, penggunaan secara hati-hati pada bahasa yang digunakan ketika berinteraksi dengan orang-orang setempat, penggunaan contoh-contoh dan penghubung, akuntabilitas dan kepemerintahan yang terbuka, menjabarkan tujuan-tujuan ke dalam tugas-tugas yang mudah dicapai, pesta keberhasilan, menjaga masyarakat setempat sadar informasi, dan adaptasi secara terus-menerus untuk menghadapi perubahan-perubahan dan kebutuhan-kebutuhan baru (Bryden, *et al* dalam jurnal Aplikasi Management, 2006:396).

Lebih jauh, konsep *governance* basis-partnership menghasilkan sebuah lingkungan pembelajaran yang mana pengalaman dunia bisa dibagi dan dihubungkan untuk memicu responsivitas, keterbukaan, transparansi dan akuntabilitas, inovasi, kompetisi, efisiensi dan efektivitas. *Partnership governance* dirasa penting bagi sejumlah alasan:

1) *Partnership* menghasilkan kreativitas, inovasi, sinergi, kemampuan kuat untuk mengatasi masalah besar, partisipasi dan tanggungjawab.
2) *Partnership* dirasa penting karena meningkatkan keterkaitan dan keterhubungan antar orang, negara-bangsa, budaya pemerintah dan organisasi sipil non pemerintah.
3) *Partnership* mendukung keterlibatan, kualitas *governance* positif dan pemberian layanan, administrasi, dukungan politik, dan stabilitas antar pemerintah, rakyat, sektor privat dan *Non Government Organization* (NGO).

2. Model atau Pola Kemitraan

Kemitraan dapat dilakukan dengan banyak cara. Sulistiani (2004:130) mencoba mengangkat fenomena biologis yang ada dalam khasanah kehidupan organisme ke dalam pemahanan akan dunia organisme baik yang ber sel satu yang tidak kasat mata, maupun hewan yang dapat dilihat, kemitraan dibedakan menjadi:

a) *Pseudo partnership,* atau kemitraan semu

Kemitraan semu merupakan sebuah persekutuan yang terjadi antara dua pihak atau lebih, namun tidak sesungguhnya melakukan kerjasama secara seimbang satu dengan yang lain. Bahkan pada satu pihak belum tentu memahami secara benar akan makna sebuah kerjasama yang dilakukan, dan untuk tujuan apa itu semua dilakukan serta disepakati.

b) *Mutualism partnership,* atau kemitraan mutualistik

Kemitraan mutualistik merupakan persekutuan yang terjadi antara dua pihak atau lebih yang sama-sama menyadari aspek pentingnya melakukan kemitraan, yaitu untuk saling memberikan manfaat lebih, sehingga akan mencapai tujuan secara lebih optimal. Manfaat saling silang antara pihak-pihak yang melakukan kerjasama dapat diperoleh, sehingga sekaligus saling menunjang satu dengan yang lainnya.

c) *Conjunction partnership,* atau kemitraan konjungsi

Dalam kemitraan konjungsi jika suatu organisasi atau kelompok-kelompok ataupun perorangan yang memiliki kelemahan di dalam melakukan usaha atau kegiatan dapat melakukan kemitraan dengan model ini. Dua pihak atau

lebih dapat melakukan konjungsi dalam rangka meningkatkan kemampuan masing-masing.

Terdapat model kemitraan atas fenomena hubungan kerjasama antar organisasi. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan atas fenomena hubungan kerjasama antar organisasi meliputi, (Domai, 2010:89):

1) *Subordinate Union of Partnership*, kemitraan ini terjadi antara dua pihak atau lebih yang memiliki status, kemampuan atau kekuatan yang tidak seimbang satu sama lain.
2) *Linear Union of Partnership*, kemitraan dengan melalui penggabungan pihak-pihak secara linier dengan demikian pihak-pihak yang bergabung untuk melakukan kerjasama adalah organisasi yang memiliki persamaan yang relatif.
3) *Linear Collaborate of Partnership*, kemitraan dengan melalui kerjasama secara linier, dalam konteks ini kemitraan tidak membedakan besaran, atau volume atau kekuatan para pihak yang bermitra, dalam hubungan kemitraan ini terjadi secara linier.

3. Kemitraan Komprehensif Indonesia-Amerika Serikat

Kemitraan secara komprehensif antara pemerintah Indonesia dan Amerika sudah terjalin secara formal dan mulai diluncurkan tahun 2010. Bentuk kegiatan kemitraan yang dilakukan merupakan gabungan komisi-komisi tahunan yang diketuai oleh Menteri Sekretaris Negara dan Menteri Luar Negeri. Adapun bentuk kemitraan yang dilakukan berpijak pada tiga pilar yakni politik dan keamanan, ekonomi dan pembangunan serta sosial budaya, pendidikan, ilmu pengetahuan, dan teknologi. Inilah beberapa poin penting kemitraan komprehensif Indonesia-Amerika Serikat:

1) Kerja Sama Politik dan Keamanan
   a. Untuk memperdalam dan memperluas kerja sama dalam mempromosikan tata pemerintahan yang baik, demokrasi, dan hak asasi

manusia, dengan meningkatkan dialog dan pengembangan kapasitas melalui kerja sama bilateral, regional, dan inisiatif multilateral seperti Forum Demokrasi Bali (FDB);

b. Untuk menegakkan hak asasi manusia dan kebebasan fundamental untuk semua atas dasar kesetaraan, dan untuk mempromosikan dan melindungi hak dan kebebasan di semua tingkat masyarakat dan bekerja sama dengan masyarakat internasional sesuai dengan prinsip-prinsip Piagam PBB dan hak asasi manusia internasional instrumen;

c. Untuk bekerja sama melalui PBB dan bekerja sama dengan instansi terkait seperti ASEAN untuk menemukan kesamaan tentang perlindungan dan promosi hak asasi manusia;

d. Untuk menjadi mitra dalam memelihara perdamaian regional dan internasional dan keamanan di Asia Tenggara dan seterusnya. Untuk memperkuat pendekatan regional dan multilateral dalam mempromosikan perdamaian dan kerja sama internasional, termasuk melalui lembaga-lembaga yang relevan seperti ASEAN, ASEAN Regional Forum (ARF), dan PBB;

e. Untuk memperkuat pertahanan bilateral dan kerja sama keamanan melalui dialog dan pembangunan kapasitas yang sesuai dalam bidang-bidang seperti reformasi sektor keamanan, pelatihan, pendidikan, pertukaran personel, pertukaran intelijen, operasi pemeliharaan perdamaian, keamanan maritim, keselamatan nuklir dan keamanan, bantuan kemanusiaan operasi bantuan bencana, dan peralatan militer,

untuk bekerja bersama di bawah kerangka pengaturan baru-baru ini ditandatangani antara Pemerintah Republik Indonesia dan Pemerintah Amerika Serikat pada Koperasi Kegiatan di Bidang Pertahanan;

f. Untuk memperkuat kerja sama dalam mencegah dan memberantas tantangan non-tradisional dalam keamanan regional, termasuk manajemen dan respon bencana, keamanan maritim, kontra-terorisme, penyelundupan migran dan perdagangan manusia, perdagangan narkoba, perdagangan gelap bahan nuklir dan sumber radioaktif, penyakit menular, korupsi, pencucian uang, *cyber crime* dan kejahatan ekonomi internasional, sumber daya alam kejahatan, penebangan liar dan perdagangan liar, penangkapan ikan yang tidak diatur dan tidak dilaporkan, melalui peningkatan kapasitas, manajemen perbatasan, pertukaran informasi dan mekanisme konsultasi bilateral reguler; dan melalui ASEAN dan ARF, serta melalui Pusat Penegakan Hukum Jakarta Cooperation (JCLEC);

g. Untuk menegaskan kembali peranan ASEAN sebagai penggerak utama dalam mengembangkan kerja sama regional melalui pembentukan ASEAN *Community*, serta peran penting Amerika Serikat dalam pemeliharaan perdamaian dan keamanan di Asia Tenggara, termasuk melalui aksesi terhadap Perjanjian ASEAN dari Amity dan Kerja sama, dan melalui upaya untuk menyelesaikan masalah yang terkait dengan Perjanjian di Asia Tenggara Zona Bebas Senjata Nuklir;

h. Untuk mempromosikan perdamaian dan keamanan internasional melalui kerja sama dalam mencapai perlucutan senjata dan non-proliferasi Senjata Pemusnah Massal (WMD), sesuai dengan Perjanjian Nuklir Non Proliferasi, Konvensi Senjata Kimia dan Konvensi Senjata Biologi, serta ratifikasi mengejar dari *Comprehensive Test Ban Treaty Nuklir* (CTBT);

2) Kerja Sama Ekonomi Dan Pembangunan

a. Untuk memperluas dan memperdalam kerja sama di bilateral, regional, dan multilateral untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi, pembangunan berkelanjutan, dan kesejahteraan kedua bangsa dan perekonomian dunia;

b. Untuk bekerja sama untuk mendukung bilateral, regional dan multilateral dalam upaya pengentasan kemiskinan termasuk melalui pengaturan teknis tripartit;

c. Untuk bekerja sama dalam mendukung perdagangan yang terbuka, adil, dan transparan berdasarkan peraturan internasional dan sistem keuangan;

d. Untuk meningkatkan kolaborasi dalam badan multilateral dan regional, *World Trade Organization, Asia-Pacific Economic Cooperation* (APEC), G-20 Pemimpin Proses, dan PBB dan ASEAN untuk menghadapi tantangan dan peluang globalisasi melalui perdagangan dan investasi, dan pembangunan berkelanjutan melalui forum multilateral dan regional;

e. Untuk meningkatkan perdagangan bilateral dan investasi melalui *Trade dan Investment Framework Agreement* (TIFA), kelompok kerja pada barang-barang pertanian dan industri, jasa, investasi, dan hak kekayaan intelektual, dan kelompok kerja dibuat di bawah Nota Kesepahaman tentang *Illegal Logging* dan Asosiasi Perdagangan;

f. Untuk mempromosikan pertanian berkelanjutan, kehutanan, perikanan dan lingkungan dengan menciptakan sebuah proses untuk meningkatkan kerja sama di: a) peningkatan kapasitas termasuk kemampuan sumber daya manusia, b) berbagi penelitian dan teknologi, termasuk makanan dan strategi gizi, c) penerapan teknologi baru termasuk bioteknologi; d) peternakan ke jaringan pasar dan diversifikasi produk untuk usaha kecil dan menengah (UKM); e) adopsi dan pelaksanaan diakui secara internasional, standar pangan berbasis ilmu pengetahuan dan peraturan yang konsis-ten dengan janji yang kedua negara pihak, (f) ekosistem berbasis pendekatan kepada manajemen, dan (g) fasilitasi perdagangan;

g. Untuk memperkuat hubungan bilateral dan kerja sama dalam keamanan energi dan untuk mempromosikan pengembangan energi yang ber-kelanjutan, termasuk sumber-sumber baru dan energi terbarukan, efisiensi energi, konservasi energi dan teknologi ditingkatkan. Ini akan dilakukan melalui pengembangan kapasitas dan kerja sama teknis mungkin teknologi, dan inisiatif kesadaran publik didukung oleh Indonesia-AS Dialog Kebijakan Energi (EPD);

3) Kerja Sama Serta Sosial Budaya, Pendidikan, Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

a. Untuk meningkatkan kerja sama dalam perlindungan sosial, jaminan sosial, transfer tunai bersyarat, dan bantuan sosial (untuk keluarga, anak-anak, bencana alam dan sosial, cacat, rentan);

b. Untuk bekerja sama untuk mengembangkan pemahaman yang lebih baik dari orang-orang dari agama yang berbeda dengan mempromosikan dialog antar-iman dan global dialog antar-media yang akan memajukan perdamaian, toleransi dan penghormatan terhadap agama, keragaman etnis dan budaya melalui seminar atau dialog yang melibatkan pemimpin agama dan masyarakat sipil, akademisi dan orang-orang media, untuk mempromosikan pemahaman yang lebih baik dari orang-orang dari agama yang berbeda;

c. Untuk meningkatkan kerja sama dalam mendorong dialog antar budaya dan dialog regional media untuk meningkatkan rasa hormat dan toleransi untuk kearifan lokal, nilai-nilai sosial yang beragam dan budaya tradisional dan adat, termasuk dengan pembentukan Pusat Kebudayaan Indonesia di Amerika Serikat dan sebaliknya, dan bersama-sama menyelenggarakan konferensi, simposium atau lokakarya yang melibatkan para pemimpin lokal informal, pemimpin tradisi, akademisi, dan ahli dalam rangka untuk mempromosikan pemahaman yang lebih baik antara kedua negara;

d. Untuk mempromosikan kontak seseorang, think tank kerja sama, serta interaksi budaya, termasuk pertukaran pemuda, para ahli dan pertukaran peneliti, tukar resmi dan magang;

e. Untuk mengintensifkan kerja sama pendidikan untuk meningkatkan kualitas sekolah kurikulum dan pendidik, meningkatkan daya saing global, dan mempromosikan akses yang sama terhadap pendidikan;

f. Untuk meningkatkan kerja sama kemitraan pendidikan dan penelitian, termasuk beasiswa untuk gelar pasca sarjana dan pasca program doktor, pertukaran siswa dan guru/dosen/ilmuan, penelitian bersama, publikasi program gelar bersama, dan kemitraan universitas, dan pengakuan bersama atas gelar akademik dan sertifikat, serta meningkatkan pendidikan menengah di Indonesia;

g. Untuk meningkatkan kualitas dan kemampuan beradaptasi pendidikan, termasuk pendidikan teknik/kejuruan/pelatihan keterampilan dengan mengembangkan program bantuan teknis di tingkat menengah dan pendidikan tinggi, dan untuk mempromosikan kewirausahaan;

h. Untuk mengembangkan suatu kerangka luas untuk kerja sama kesehatan untuk mencegah dan mengendalikan penyakit menular dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Metode penelitian merupakan bagian yang sangat penting dalam suatu penelitian dan merupakan unsur yang sangat vital dalam menunjang tercapainya hasil yang diharapkan dari suatu penelitian. Dalam melakukan penelitian suatu metode dipilih dengan memperhatikan kesesuaian dengan obyek studi ataupun pokok permasalahan dan tujuan penelitian dengan maksud untuk memperoleh data yang relevan dengan permasalahan penelitian.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode deskriptif, yaitu suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu obyek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang dengan tujuan untuk mendeskripsikan, menggambarkan atau melukiskan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat, hubungan antar fenomena yang diselidiki (Nazir, 1999:27). Penelitian deskriptif adalah penelitian yang diarahkan untuk memberikan gejala-gejala, fakta-fakta, atau kejadian-kejadian secara sistematis dan akurat, mengenai sifat-sifat populasi atau daerah tertentu. Dalam penelitian deskriptif cenderung tidak perlu mencari atau menerangkan saling hubungan dan menguji hipotesis (Zuriah, 2006:47).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Penelitian dengan pendekatan kualitatif adalah penelitian dimana peneliti membuat suatu usaha untuk memahami suatu realitas organisasi tertentu

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

dan fenomena yang terjadi dari perspektif semua pihak yang terlibat. Penelitian ini mencoba untuk memahami hal tersebut baik "dari dalam ke luar" maupun sebaliknya "dari luar ke dalam" yang merupakan hal fundamental bagi metodologi kualitatif (Jonker, Pennink, Wahyuni, 2011:71).

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian yang dimaksud adalah untuk membatasi studi bagi seorang peneliti dan menentukan sasaran penelitian sehingga dapat mengklasifikasikan data yang akan dikumpulkan, diolah dan dianalisis salam suatu penelitian.

Dalam penelitian kualitatif penentuan fokus didasarkan pada tingkat kebaruan informasi yang akan diperoleh dari situasi sosial (lapangan). Maksud ditetapkannya fokus penelitian menurut Moleong (2006:94) adalah "dapat membatasi studi dan untuk memenuhi kriteria-kriteria inklusi-eksklusi (memasukkan-mengeluarkan) suatu informasi yang baru diperoleh dari lapangan". Dengan adanya fokus penelitian seorang peneliti tahu persis data mana dan data tentang apa yang perlu dikumpulkan dan data mana pula, yang walaupun menarik, karena tidak relevan, tidak perlu dimasukkan ke dalam sejumlah data yang sedang dikumpulkan. Adapun yang menjadi fokus penelitian dalam penelitian ini adalah:

1. Implementasi program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Sidoarjo.
   a. Aktor-aktor yang terlibat dalam Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo

b. Koordinasi atau hubungan antar aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Sidoarjo
c. Struktur pelaksana program EMAS Kabupaten Sidoarjo
d. Hasil yang dicapai terkait penerapan program EMAS di Kabupaten Sidoarjo
e. Persepsi aktor dan sasaran terhadap program EMAS di Kabupaten Sidoarjo

2. Faktor pendukung dan faktor penghambat Implementasi program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di Kabupaten Sidoarjo
   a. Faktor pendukung pelaksanaan program EMAS
      1) Sumber Daya Manusia
      2) Pengadaan Fasilitas dan Alat-alat Kesehatan
   b. Faktor penghambat pelaksanaan program EMAS
      1) Komitmen dari Pemerintah Daerah
      2) Penolakan dari Rumah Sakit
      3) Pembagian SDM yang tidak merata

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat dimana peneliti melakukan penelitian. Pada penelitian ini yang dipilih menjadi lokasi penelitian adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Adapun alasan peneliti memilih lokasi tersebut antara lain dikarenakan Kabupaten Sidoarjo memiliki Angka Kematian Bayi yang cukup tinggi dan memiliki keinginan yang kuat untuk bisa mengurangi Angka Kematian

Ibu dan Angka Kematian Bayi. Selain itu, penelitian dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo adalah karena Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo merupakan pelaksana dari Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS).

Sedangkan yang dimaksud dengan situs penelitian adalah tempat dimana peneliti menangkap keadaan yang sebenarnya dari obyek yang diteliti. Dalam implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di Kabupaten Sidoarjo, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo telah menunjuk tiga Rumah Sakit dan delapan Puskesmas di Kabupaten Sidoarjo untuk melaksanakan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) tersebut. Ketiga Rumah sakit yang ditunjuk antara lain RSUD Sidoarjo; RS Siti Khodijah Sepanjang; RSU Anwar Medika Balong Bendo. Adapun yang menjadi situs penelitian dalam penelitian ini adalah RSUD Sidoarjo dan 2 puskesmas yang melaksanakan Program EMAS yakni Puskesmas Waru, dan Puskesmas Sedati.

D. Jenis dan Sumber Data

Sumber data atau sumber informasi adalah segala sesuatu yang bisa memberikan informasi mengenai data penelitian yang dibutuhkan. Dalam penelitian ini sumber data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Data Primer

   Data primer adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung dari sumbernya, dengan cara wawancara, observasi, dan dokumentasi atau data yang didapat sendiri secara langsung dari lapangan.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pihak lain, dan tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subyek penelitiannya.

Berdasarkan hal terebut, maka penelitian ini menggunakan dua jenis data tersebut yang dapat dikelompokkan menjadi:

1. Data Primer dengan sumber data yang terdiri dari:
   a. Ketua tim pelaksana (*district leader*) Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) Kabupaten Sidoarjo Bapak Singgih Pribadi.
   b. Kepala Bidang Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo yang juga merupakan anggota Tim Koordinasi pelaksana Program EMAS dr. Idong Djuanda.
   c. Pihak-pihak yang terkait dalam pelaksanaan Program EMAS dari Rumah Sakit dan Puskesmas yang telah ditunjuk, yaitu Ibu Puji Astuti dan Ibu Ratih.
2. Data Sekunder dengan sumber data:
   a. Arsip-arsip yang dimiliki data primer yang berkaitan dengan pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo seperti pedoman pelaksanaan program.
   b. Data-data lain yang menunjang seperti media massa, internet, laporan-laporan, dokumentasi, dan sumber data sekunder lainnya.

E. Teknik Pengumpulan Data

Kegiatan pengumpulan data adalah usaha secara operasional dalam melakukan penelitian yang dapat memberikan pengaruh positif bagi pelaksanaan analisa dan interpretasi data. Pengumpulan data merupakan langkah yang sangat penting dalam sebuah penelitian ilmiah, karena data yang dihasilkan ini diharapkan dapat digunakan untuk menjawab dan memecahkan permasalahan yang ada. Dalam rangka memperoleh data di lapangan yang relevan dengan tujuan penelitian, maka peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara

   Wawancara adalah sebuah teknik pengumpulan data dengan menggunakan teknik tanya jawab secara langsung dengan pihak yang bersangkutan sesuai dengan masalah yang dibahas. Dalam penelitian ini peneliti akan melakukan wawancara dengan para birokrat yang bersangkutan antara lain seperti Ketua pelaksana Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) Kabupaten Sidoarjo, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, dan para petugas yang berhubungandengan pelaksanaan Program EMAS baik di Rumah Sakit maupun di Puskesmas.

2. Dokumentasi

   Pengumpulan data melalui dokumentasi ini yaitu dengan penulis melakukan pengamatan, pencatatan, meneliti, dan mempelajari dokumen-dokumen dalam berbagai bentuk yang isinya berkaitan dengan penelitian yang dilakukan. Selain itu juga dengan pengambilan gambar sebagai pendukung dari hasil wawancara. Semua itu dilakukan untuk mendapatkan data

sekunder yang berguna dalam menganalisa data. Dalam penelitian ini objek yang didokumentasikan berupa peralatan maupun fasilitas yang diperbaharui sebagai pelaksanaan Program EMAS.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk memperoleh data. Adapun instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Peneliti Sendiri

   Dalam penelitian kualitatif, tidak ada pilihan lain dari pada menjadikan manusia sebagai instrument penelitian utama. Hal ini karena segala sesuatunya belum mempunyai bentuk yang pasti. Peranan manusia (peneliti) yang menentukan keseluruhan skenarionya.

2. *Interview Guide*

   Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan petunjuk umum wawancara dengan membuat kerangka dan garis besar yang ditanyakan dalam proses wawancara.

3. *Field Note*

   Dalam penelitian kualitatif ini, peneliti menggunakan perangkat penunjang yang meliputi buku catatan lapangan dan alat tulis yang digunakan untuk mencatat apa yang didengar, dilihat, dan dipikirkan dalam pengumpulan data di lapangan. Sebagai pelengkap, peneliti juga memanfaatkan *recorder*, agar lebih memudahkan dalam melakukan wawancara.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

G. Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis model Miles dan Huberman (1992) yang mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai jenuh. Dalam analisa data penelitian kualitatif terdiri dari empat tahapan kegiatan, yaitu:

a. Pengumpulan Data

Peneliti mengumpulkan data melalui dua teknik.Dua teknik digunakan menyesuaikan dengan data yang ada dilapangan. Data di lapangan tidak selalu berbentuk dokumen akan tetapi bisa berbentuk pernyataan maupun gambar. Peneliti melakukan pengumpulan data yang berhubungan dengan pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan Ketua tim Program EMAS Kabupaten Sidoarjo, ketua bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, serta pelaksana program EMAS di RSUD Sidoarjo, Puskesmas Sedati, dan Puskesmas Waru.

b. Reduksi Data

Data yang diperoleh di lapangan jumlahnya cukup banyak, untuk itu perlu dicatat secara teliti dan rinci. Seperti telah dikemukakan semakin lama peneliti di lapangan, maka jumlah data akan semakinbanyak, kompleks dan rumit. Untuk itu perlu segera dilakuakan analisis data melalui reduksi data. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal- hal yang penting, dicari tema dan polanya dan

membuang yang tidak perlu. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinyan bila diperlukan. Reduksi data dapat dibantu dengan peralatan elektronik seperti computer mini, dengan memberikan kode-kode pada aspek- aspek tertentu. Adapun hasil wawancara berisi tentang pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo.

c. Penyajian Data

Setelah data reduksi, maka langkah selanjutnya adalah penyajian data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori dan sejenisnya. Dalam hal ini Miles and Huberman(1992) menyatakan yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

Dengan menyajikan data maka memudahkan untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami tersebut.

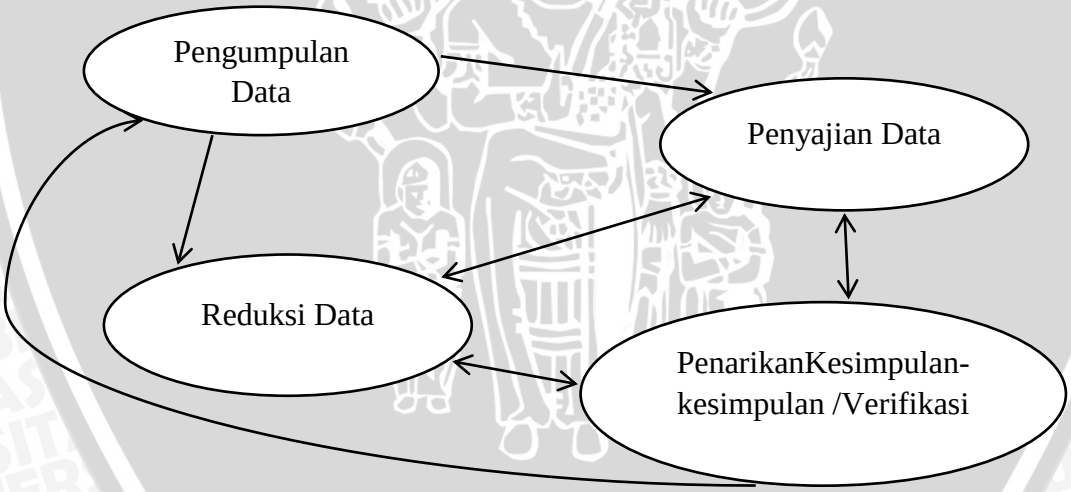
d. Penarikan Kesimpulan/verifikasi

Langkah ketiga dalam analisis data kulitatif menurut Miles and Huberman adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila data kesimpulan data yang dikemukakan

pada tahap awal, didukung oleh kembali bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali kelapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel.

Dengan demikian kesimpulan dalam penelitian kualitatif mungkin dapat menjawab rumusan masalah yang dirumuskan sejak awal, tetapi mungkin juga tidak, karena seperti telah dikemukakan bahwa masalah dan rumusan masalah dalam penelitian kualitatif masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah penelitian berada dilapangan.

Secara sederhana, keempat proses tersebut dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 1: Komponen-komponen Analisa Data Model Interaktif

Sumber: Miles dan Huberman (1992)

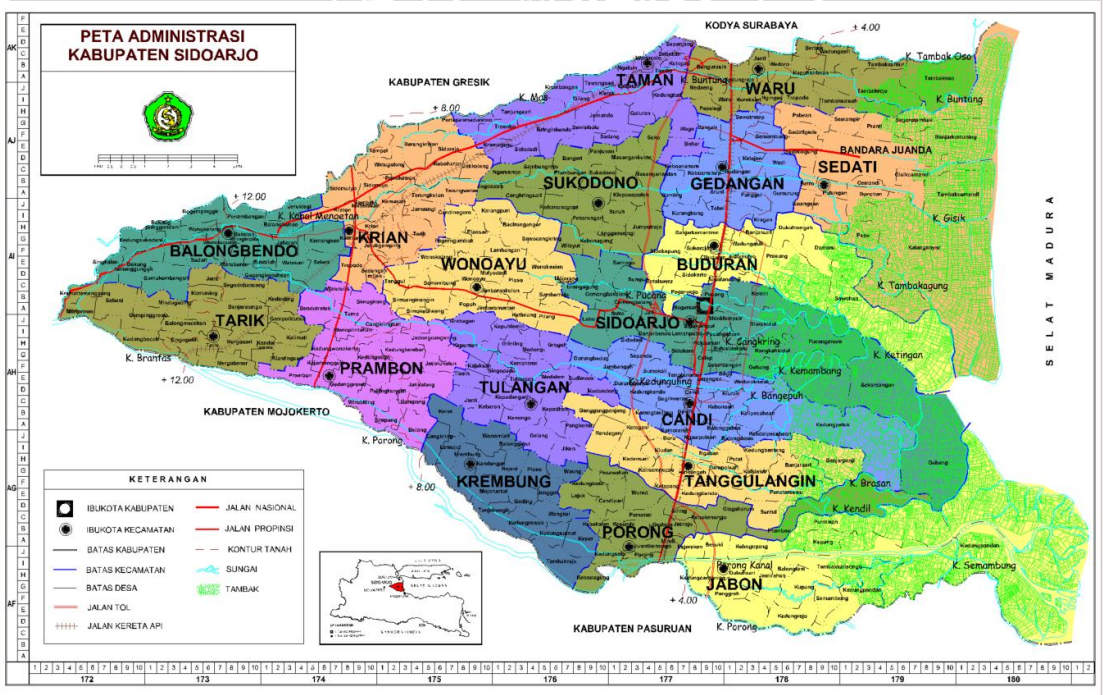
BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Kabupaten Sidoarjo

1. Luas dan Batas Wilayah

Kabupaten Sidoarjo adalah kota industri nomor 2 di Propinsi Jawa Timur setelah Surabaya. Sidoarjo disebut juga daerah “Delta” karena diapit oleh 2 sungai, yaitu sungai Porong dan sungai surabaya, dimana lahan pertaniannya sangat subur serta potensi perikanannya cukuptinggi. “Sidoarjo Permai” adalahsemboyan Kabupaten Sidoarjo, kata permai tersebut merupakan singkatan dari pertanian maju andalan industri.



Gambar 2. Peta Kabupaten Sidoarjo

Sumber: www.sidoarjokab.go.id

Kabupaten Sidoarjoterletak antara 112,5 ° - 112,9 ° bujur timur dan 7,3 - 7,5 lintang selatan. Kabupaten Sidoarjo termasuk wilayah yang mempunyai cuaca yang cukup panas yaitu berkisar antara 20º C sampai dengan 35ºC.Kabupaten Sidoarjo merupakan kabupaten terkecil dan terpadat penduduknya di Jawa Timur dengan luas wilayah mencapai 71.424,25 Ha dengan pembagian sebagai berikut:

a) 40,81%berketinggian 3 – 10 meter berada di bagian tengah dan berair tawar,
b) 29,99% berketinggian 0 - 3 meter berada sebelah timur dan merupakan daerah pantai dan pertambakan, dan
c) 29,20% terletak di ketinggian 10 – 25 meter berada di bagian barat.

Batas-batas wilayah Kabupaten Sidoarjo:

Sebelah Utara : Kota Surabaya dan Kabupaten Gresik

Sebelah Timur : Selat Madura

Sebelah Selatan : Kabupaten Pasuruan

Sebelah Barat : Kabupaten Mojokerto

2. Data Wilayah Administrasi

Wilayah Administrasi Kabupaten Sidoarjo yaitu:

a. Jumlah Kecamatan sebanyak : 18 wilayah kecamatan
b. Jumlah Desa sebanyak : 322 desa
c. Jumlah Kelurahan sebanyak : 31 kelurahan

Kecamatan terluas adalah Kecamatan Jabon dan Sedati dengan luas masing-masing 80,998 km ² dan 79,430 km ². Sebagian besar wilayah dari dua kecamatan

tersebut merupakan daerah tambak dengan tingkat kepadatan penduduk yang cukup rendah yaitu 799 jiwa/km² dan 872 jiwa/km² sedangkan 16 kecamatan lainnya mempunyai luas rata-rata 34,61 km² dengan kepadatan penduduk rata-rata 2.433 jiwa/km².

3. Jumlah Penduduk

Jumlah penduduk Kabupaten Sidoarjo pada Tahun 2013 adalah 2.064.765 jiwa. Tabel di bawah ini merupakan jumlah penduduk Kabupaten Sidoarjo berdasarkan jenis kelamin selama sepuluh tahun terakhir.

TAHUN	JENIS KELAMIN	
	LAKI - LAKI	PEREMPUAN
Th 2004	827,238	827,163
Th 2005	840,327	840,385
Th 2006	851,113	846,901
Th 2007	861,357	855,351
Th 2008	858,642	858,041
Th 2009	878,744	880,378
Th 2010	882,217	895,993
Th 2011	888.776	889.432
Th 2012	1.014.920	1.009.758
Th 2013	1.035.362	1.029.403

Tabel 2.Jumlah Penduduk Kabupaten Sidoarjo

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

B. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

1. Lokasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Gambar 3. Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo terletak di Jl. Mayor Jendral Sungkono No. 46 Telp. 031-8941051, 031-8968736Fax: 031-8947911 Email :dinkes@sidoarjokab.go.id Sidoarjo 61219 Jawa Timur.

2. Visi, Misi, dan Tujuan

Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

"TERWUJUDNYA SIDOARJO SEHAT MANDIRI DAN BERKEADILAN"

Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Setiap organisasi harus memastikan agar visi yang telah ditetapkan bersama dapat diupayakan perwujudannya. Untuk kepentingan itu harus disusun suatu tahapan yang secara umum akan terbagi kedalam dua tahapan yakni apa yang hendak dicapai dan bagaimana upaya untuk mencapainya. Salah satu unsur dalam tahapan tersebut adalah penetapan misi organisasi.

Adapun misi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo antara lain:

a. Meningkatkan pemberdayaan kesehatan masyarakat

   Untuk mewujudkan misi yang pertama maka ditetapkan tujuan sebagai berikut:

   1) Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dengan *sasaran meningkatkan pengetahuan kesadaran untuk berperilaku hidup bersih dan sehat serta pemberdayaan masyarakat ke arah kemandirian*, dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran:

      a) Cakupan desa siaga aktif dari 60 % menjadi 75%

      b) Cakupan rumah tangga berPHBS dari 65 % menjadi 70%

      c) Cakupan Posyandu Purnama Mandiri (PURI) dari 46 % menjadi 52%.

   2) Meningkatkan peran serta kesehatan masyarakat dengan *sasaran meningkatkan peran serta kesehatan masyarakat* , dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran:

a) Cakupan penjaringan siswa kelas I SD/sederajat dari 95% menjadi 100%

b) Cakupan kunjungan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin

c) Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin

d) Meningkatnya cakupan penduduk mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan dari 20% menjadi 50%

e) Meningkatnya cakupan pelayanan usia lanjut dari 50% menjadi 60%.

3) Meningkatkan status gizi masyarakat dengan *sasaran meningkatkan keluarga sadar gizi dan perbaikan gizi masyarakat* dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran :

a) Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan sebesar 100%

b) Cakupan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak usia 6-24 bulan sebesar 100%

c) Prevalensi balita gizi buruk menjadi <1 %

d) Cakupan bayi mendapat ASI eksklusif dari 25% menjadi 80%

e) Cakupan balita ditimbang (D/S) dari 70% menjadi 85%

f) Cakupan balita yang naik timbangannya (N/D) dari 60% menjadi 70%

g) Cakupan desa dengan garam beryodium baik dari 80% menjadi 90%

h) Cakupan balita mendapat kapsul Vit A dari 85% menjadi 100%

i) Cakupan bumil mendapat Fe 90 tablet dari 80% menjadi 85%

j) Cakupan keluarga sadar gizi menjadi 70%.

b. Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan

Untuk mewujudkan misi kedua maka ditetapkan tujuan sebagai berikut:

1) Meningkatkan dan mendayagunakan tenaga kesehatan dengan *sasaran meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar* dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran :

a) Terlaksananya Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) dan Bimbingan Teknis (Bimtek) fungsional bagi tenaga Puskesmas

b) Cakupan perijinan tenaga kesehatan

c) Terlaksananya penilaian angka kredit jabatan fungsional kesehatan

d) Pengiriman dan pemilihan tenaga kesehatan teladan

2) Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan minuman dengan *sasaran meningkatkan pengelolaan obat, perbekalan kesehatan, makanan dan minuman* dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran :

a) Ketersediaan obat per kapita per tahun dari Rp 6.500,00 menjadi Rp 8.000,00

b) Tercukupinya kebutuhan obat Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) dan obat pendamping PKD bagi Puskesmas dan jaringannya minimal 90%

c) Pelayanan sediaan farmasi yang diterima masyarakat sesuai standar sebesar 60%

d) Produk sediaan farmasi tidak standar yang beredar sebesar 40%

e) Produk Pangan Industri Rumah Tangga (P-IRT) yang teregistrasi, aman dan sehat dikonsumsi masyarakat menjadi 60%

f) Sarana pelayanan kesehatan menggunakan Peralatan Perbekalan Kesehatan (Perbekkes) sesuai standar menjadi 60%

3) Meningkatkan dan mendayagunakan lembaga kesehatan dengan *sasaran terselenggaranya mapping sarana pelayanan kesehatan swasta* dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran :

a) Sarana pelayanan kesehatan swasta berizin menjadi 100%

b) Sarana pelayanan kesehatan swasta terklasifikasi dan terakreditasi sebesar 50%.

c. Meningkatkan pelayanan kesehatan

Untuk mewujudkan misi ketiga maka ditetapkan tujuan sebagai berikut:

1) Meningkatkan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan dengan *sasaran meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya* dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran :

a) Cakupan rawat jalan Puskemas dari 15% menjadi 17%

b) Cakupan rawat inap Puskesmas dari 0,9% menjadi 1,5%

c) Tercapainya visit rate Puskesmas sebesar 60% penduduk

d) Persentase Puskesmas dengan kondisi baik

e) Persentase Puskesmas Pembantu (Pustu) dengan kondisi baik

f) Ponkesdes

2) Meningkatkan pelayanan kesehatan khusus dan penunjang dengan *sasaran meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan khusus penunjang di Puskesmas dan jaringannya* dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran :

a) Cakupan Puskesmas melaksanakan kesehatan indra menjadi 100%

b) Cakupan Puskesmas melaksanakan kesehatan jiwa menjadi 100%

c) Terlaksananya kegiatan P3K kegiatan hari-hari besar.

3) Meningkatkan pelayanan kesehatan keluarga dengan *sasaran meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan ibu, bayi, anak balita dan kesehatan reproduksi* dengan indikator pencapaian keberhasilan :

a) Angka Kematian Ibu (AKI) dari <97 per 100.000 kelahiran hidup (KH) menjadi <87 per 100.000 KH

b) Angka Kematian Balita (AKB) dari <16 per 1.000 KH menjadi <12 per 1.000 KH

c) Cakupan kunjungan ibu hamil-K4 dari 89,35% menjadi 95%

d) Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (linakes) dari 98,85% menjadi 99,5%

e) Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani dari 91,69% menjadi 95%

f) Cakupan pelayanan nifas dari 87,87% menjadi 90%

g) Cakupan neonates dengan komplikasi yang ditangani dari 60% menjadi 80%

h) Cakupan kunjungan bayi dari 73% menjadi 90%

i) Cakupan pelayanan anak balita dari 62% menjadi 85%

j) Cakupan peserta KB aktif menjadi 80%

d. Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan

Untuk mewujudkan misi keempat maka ditetapkan tujuan sebagai berikut:

1) Meningkatkan pemberantasan penyakit dengan *sasaran menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit menular dan penyakit tidak menular* dengan indikator pencapaian keberhasilan :

a) Angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) dari <55 per 100.000 penduduk menjadi <51per 100.000 penduduk

b) Cakupan penemuan penderita TB Paru BTA + dari 70% menjadi 80%

c) Angka kesembuhan TB Paru

d) Insidens diare dari 350 menjadi 285 per 1000 penduduk

e) Cakupan penanganan penderita pneumonia balita sebesar 100%

f) HIV/AIDS

2) Meningkatkan pencegahan penyakit dan surveilans dengan *sasaran menurunkan angka kesakitan dan kematian Penyakit-penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) serta pengamatan penyakit dalam rangkasistem kewaspadaan dini dan penanggulangan Kejadian*

Luar Biasa (KLB)/wabah, ancaman epidemi serta bencana dengan indikator pencapaian keberhasilan :

a) Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)

b) Cakupan penemuan penderita AFP sebesar ≥2 per 100.000 penduduk usia <15 tahun

c) Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam sebesar 100%

3) Meningkatkan penyehatan lingkungan dengan *sasaran meningkatkan kualitas air bersih, sanitasi dasar, higiene sanitasi makanan minuman serta kualitas kesehatan lingkungan* dengan indikator keberhasilan pencapaian sasaran :

a) Cakupan penduduk memiliki akses air bersih dari 60% menjadi 70%

b) Cakupan penduduk menggunakan jamban sehat dari 50% menjadi 70%

c) Cakupan rumah yang memenuhi syarat dari 50% menjadi 70%

d) Cakupan Tempat-tempat Umum (TTU) memenuhi syarat dari 50% menjadi 60%

e) Cakupan Tempat Umum Pengolah Makanan(TUPM) memenuhi syarat dari 50% menjadi 60%.

3. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo berpedoman pada Peraturan Daerah Kabupaten Sidoarjo Nomor 21 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dengan struktur sebagai berikut:

1) Kepala Dinas Kesehatan
2) Sekretaris
   a. Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan
   b. Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
   c. Kepala Sub Bagian Keuangan
3) Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan
   a. Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan
   b. Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Khusus dan Penunjang
   c. Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Keluarga
4) Kepala Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
   a. Kepala Seksi Pemberantasan Penyakit
   b. Kepala Seksi Pencegahan Penyakit dan Surveilans
   c. Kepala Seksi Penyehatan Lingkungan
5) Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan
   a. Kepala Seksi Tenaga Kesehatan
   b. Kepala Seksi Farmasi, Makanan, Minuman dan Perbekalan Kesehatan
   c. Kepala Seksi Kelembagaan Kesehatan
6) Kepala Bidang Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

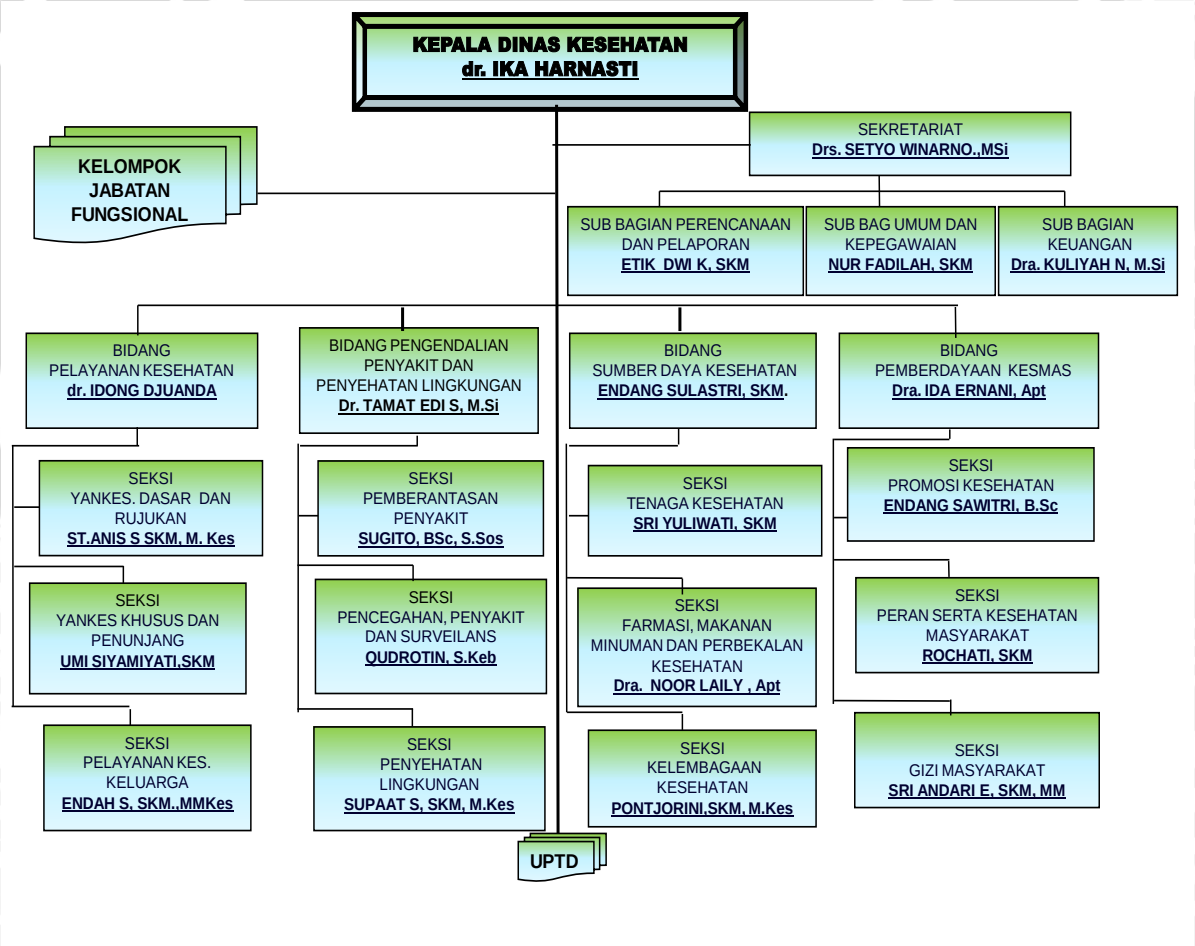
a. Kepala Seksi Promosi Kesehatan

b. Kepala Seksi Peran Serta Kesehatan Masyarakat

c. Kepala Seksi Gizi Masyarakat

7) Unit Pelaksana Teknis Dinas

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat melalui bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo berikut:



Gambar 4. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

4. Tugas Pokok dan Fungsi

Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Sidoarjo Nomor 21 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Sidoarjo dan Peraturan Bupati Nomor 40 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan dibidang kesehatan.

Dalam melakasanakan tugas sebagaimana dimaksud, Dinas Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

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

Susunan Organisasi Dinas Kesehatan terdiri dari:

a. Unsur Pimpinan yaitu Kepala Dinas Kesehatan yang mempunyai tugas memimpin, melaksanakan koordinasi dan pengawasan, evaluasi dan penyelenggaraan kegiatan Dinas Kesehatan.

Dalam menyelenggarakan tugasnya, Kepala Dinas Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

1) Perencanaan program bidang pemberdayaan kesehatan masyarakat, sumber daya kesehatan, pelayanan kesehatan, pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan serta kesekretariatan
2) Pengkoordinasian pelaksanaan tugas satuan kerja
3) Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan tugas satuan kerja
4) Pembinaan pelaksanaan tugas bawahan
5) Pelaporan pelaksanaan tugas kepada Bupati
6) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan bidang tugasnya.

Kepala Dinas berwenang menandatangani ijin bidang kesehatan yang tidak ditangani oleh Badan Pelayanan Petijinan Terpadu.

b. Unsur Staff: Sekretariat, terdiri dari:

1) Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan
2) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
3) Sub Bagian Keuangan

Sekretariat mempunyai tugas melaksanakan penyusunan perencanaan, pelaporan, umum, kepegawaian dan keuangan.

Dalam melaksanakan tugasnya, Sekretariat mempunyai fungsi:

a) Pengkoordinasian oenyusunan perencanaan program kebijakan teknis
b) Pelayanan administrasi umum dan kepegawaian
c) Pengelolaan administrasi keuangan
d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan bidang tugasnya

c. Unsur Pelaksana, terdiri dari:

1) **Bidang Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat,** terdiri dari:

a) Seksi Promosi Kesehatan

b) Seksi Peran Serta Kesehatan Masyarakat

c) Seksi Gizi Masyarakat

Bidang Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan dalam bidang pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Dalam melaksanakan tugas, bidang pemberdayaan kesehatan masyarakat menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan program dan petunjuk teknis promosi kesehatan, peran serta kesehaatan masyarakat serta gizi masyarakat
2. Pengkoordinasian dan pelaksanaan program promosi kesehatan, peran serta kesehatan masyarakat, gizi masyarakat serta fasilitasi pelayanan
3. Pelaporan pelaksanaan tugas bidang promosi kesehatan, peran serta kesehatan masyarakat serta gizi masyarakat
4. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan bidang tugasnya

2) **Bidang Sumber Daya Kesehatan,** terdiri dari:

a) Seksi Tenaga Kesehatan

b) Seksi Farmasi, Makanan, Minuman dan Perbekalan Kesehatan

c) Seksi Kelembagaan Kesehatan

Bidang Sumber Daya Kesehatan, mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang Sumber Daya Kesehatan.

Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai fungsi:

1. Penyusunan program dan petunjuk teknis tenaga kesehatan, farmasi, makanan, minuman dan perbekalan kesehatan, kelembagaan kesehatan
2. Pengkoordinasian dan pelaksanaan program tenaga kesehatan, farmasi, makanan, minuman dan perbekalan kesehatan, kelembagaan kesehatan
3. Pelaporan pelaksanaan tugas bidang tenaga kesehatan, farmasi, makanan, minuman dan perbekalan kesehatan, kelembagaan kesehatan
4. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan bidang tugasnya

3) **Bidang Pelayanan Kesehatan,** terdiri dari:

a) Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan

b) Seksi Pelayanan Kesehatan Khusus dan Penunjang

c) Seksi Pelayanan Kesehatan Keluarga

Bidang Pelayanan Kesehatan, mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang Pelayanan Kesehatan.

Dalam melaksanakan tugas, Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi:

1. Penyusunan program dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, pelayanan kesehatan khusus dan penunjang, pelayanan kesehatan keluarga;
2. Pengkoordinasian dan pelaksanaan program pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, pelayanan kesehatan khusus dan penunjang, pelayanan kesehatan keluarga;
3. Pelaporan pelaksanaan tugas bidang pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, pelayanan kesehatan khusus dan penunjang, pelayanan kesehatan keluarga;
4. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan bidang tugasnya

4) **Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan,** terdiri dari:

a) Seksi Pemberantasan Penyakit
b) Seksi Pencegahan Penyakit dan Surveilans
c) Seksi Penyehatan Lingkungan

Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Dalam melaksanakan tugas, Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, mempunyai fungsi:

1. Penyusunan program dan petunjuk teknis pemberantasan penyakit dan pencegahan penyakit dan surveilans serta penyehatan lingkungan;

2. Pengkoordinasian dan pelaksanaan program pemberantasan penyakit dan pencegahan penyakit dan surveilans serta penyehatan lingkungan;
3. Pelaporan pelaksanaan tugas bidang pemberantasan penyakit dan pencegahan penyakit dan surveilans serta penyehatan lingkungan;
4. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan bidang tugasnya

5) **UPT Dinas,** terdiri dari:

a) Kepala UPT Dinas – Kepala UPTD mempunyai tugas memimpin, melaksanakan koordinasi, pengawasan, evaluasi penyelenggaraan sebagian kegiatan teknis operasional Dinas.

5. Sumber Daya Manusia

Jumlah Sumber Daya Manusia yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo sebagai berikut:

a. Dokter Spesialis : 432 Orang
b. Dokter Umum : 303 Orang
c. Dokter Gigi : 107 Orang
d. Apoteker : 325 Orang
e. Sarjana Kesehatan Masyarakat : 75 Orang
f. Bidan : 765 Orang
g. Perawat dan Perawat Gigi : 1706 Orang
h. Sanitarian : 23 Orang

C. Gambaran Umum RSUD Sidoarjo

1. Sejarah Singkat Berdirinya

Gambar 5. RSUD Sidoarjo

Sumber:RSUD Sidoarjo

RSUD Kabupaten Sidoarjo adalah Rumah Sakit Umum Pemerintah type B Pendidikan milik Pemerintah Daerah Kabupaten Sidoarjo, Teknis Fungsional dibawah Dinas Kesehatan dan Teknis Operasional dibawah Bupati. Yang sejak tahun 2009 menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah sebuah instansi yang memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan.Dalam melakukan kegiatannya lebih berdasarkan kepada prinsip efisiensi, efektifitas, dan produktivitas.

RSUD Sidoarjomenempati lahan seluas 5,5 hektar dengan keluasan bangunan seluas 4 hektar, memiliki ruang inap kelas I, II, III dan Paviliun yang berjumlah sekitar 600 tempat tidur dan memiliki jumlah SDM sekitar 1192 orang.

Type D

Perkembangan RSUD Sidoarjo sampai tahun 1972 baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap berlokasi di jalan dr.Soetomo Sidoarjo yang ada saat itu, sekarang menjadi gedung DPRD Kabupaten Sidoarjo. Pelayanan pasien Rawat Jalan sudah bisa dilaksanakan secara penuh di Rumah Sakit sedangkan untuk pasien yang harus Rawat Inap secara definitif baru dapat ditampung tahun 1974.

Type C

Sk Menteri Kesehatan nomor 134/Menkes/SK/IV/78 Instruksi Gubernur Kepala Daerah Propinsi Jawa Timur nomor 16 jo.Nomor 26/1983.

Pelayanan meliputi:

a. Empat Dokter spesialis dasar (Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Kebidanan dan Kandungan) plus Telinga, Hidung dan Tenggorokan (THT) dan Syaraf.
b. Instalasi Penunjang meliputi : Radiologi, Laboratorium, Farmasi, Instalasi Rawat Darurat (IRD), Gizi dengan jumlah total tempat tidur sebesar 182 buah.

Tahun 1979 dibangun ruang pavilyun dengan fasilitas VIP kelas I, kelas II dan kelas III.jumlah tempat tidur total 39 buah. Selanjutnya pada tahun 1980 Pavilyun sudah dapat menerima pasien Rawat Inap sehingga jumlah tempat tidur yang ada dirumah sakit pada saat ini adalah 221 tempat tidur.

Type B Non Pendidikan

SK Menteri Kesehatan nomor 478/Menkes/SK/1997.

Unit Swadana

SK Bupati nomor 188/631/404.05/1998 tentang uji coba unit swadana. Peraturan Daerah nomor 40 tahun 1998 tentang penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo menjadi Unit Swadana.Keputusan Bupati nomor 117 tahun 1999tentang petunjuk pelaksanna peraturan daerah kabupaten Sidoarjo nomor 40 tahun 1998. Keputusan Mendagri nomor 445.35 – 042 Tahun 1999 tanggal 26 Januari 1999 tentang Pengesahan Peraturan Daerah Kabupaten Daerah Tingkat II Sidoarjo nomor 40tahun 1998.

Sejak 1 April 1999 secara resmi RSUD Sidoarjo menjadi rumah sakit umum swadana dan bersamaan dengan itu pula dibangun ruang rawat Inap dipavilyun sebanyak 7 (tujuh) kamar utuk Rawat Inap kelas utama dengan bantuan dana dari PT.ASTEK.

Dengan keputusan Mendagri nomor 29 tahun 2002 tentang pengelolaan keuangan daerah, Sejak tahun 2005 sampai dengan 2010 secara resmi sistem

keuangan RSUD Sidoarjo dikelola oleh Pemerintah Daerah dengan menyampaikan laporan pendapatan yang diperoleh.

Badan Layanan Umum Daerah

Dengan PP nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka RSUD Sidoarjo menjafi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesua dengan SK Bupati No.188/1229/404.1.1.2/2008, tanggal 8 September 2008.

Akreditasi

Tahun 1995 RSUD Sidoarjo terakreditasi penuh untuk 5 (lima) standar pelayanan. Agustus tahun 2000 RSUD Sidoarjo terkreditsi penuh, 12 (dua belas) standar pelayanan.Agustus tahun 2004 RSUD Sidoarjo memperoleh akreditasi penuh untuk 16 (enam belas) standar pelayanan.

Type B Pendidikan

SK Menteri Kesehatan nomor HK.02.03./I/1889/2013

Status

RSUD Kabupaten Sidoarjo adalah Rumah Sakit Umum Pemerintah type B Pendidikan milik Pemerintah Daerah Kabupaten Sidoarjo, Teknis Fungsional dibawah Dinas Kesehatan dan Teknis Operasional dibawah Bupati. Yang telah 2 (dua) tahun lebih menjadi Badan Layanan

2. Motto, Visi, dan Misi

RSUD Sidoarjo memiliki motto:

"Kesembuhan Anda adalah kebahagiaan kami"

Visi:

"Menjadi Rumah Sakit Mandiri & Prima dalam Pelayanan, Pendidikan & Penelitian di bidang Kesehatan pada tahun 2015"

Misi:

1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang prima, aman, informatif, efektif, efisien dan manusiawi dengan tetap memperhatikan aspek sosial.
2) Menyelenggarakan pelauanan rujukan diwilayahnya yang berfungsi sebagai pusat rujukan tertinggi dengan menggunakan teknologi modern.
3) Membangun SDM RS yang profesional akuntabel, berorientasi pada pelanggan serta punya integritas tinggi dalam memberi pelayanan.
4) Melaksanakan proses pendidikan yang menunjang pelayanan kesehatan prima berdasarkan standar nasional dan internasional.
5) Melaksanakan penelitian yang mengarah pada pengembangan ilmu dan teknologi bidang kedokteran dan pelayanan perumahsakitan
6) Mengembangkan teknologi informatika dan manajemen keuangan rumah sakit.

3. Tujuan

Tujuan

1) Terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu, hemat dan manusiawia sebagai Rumah Sakit Rujukan Tertinggi.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

2) Terwujudnya Sumber Daya Manusia Rumah Sakit yang profesional, akuntabel dan berorientasi pelanggan.

3) Terwujudnya sarana prasarana Rumah Sakit yang sesuai standar

4. Tugas Pokok dan Fungsi

Tugas Pokok

Upaya kesehatan yang berdaya guna dengan menggunakan upaya penyembuhan dan pemulihan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan mutu pelayanan serta pemcegahan penyakit lebih lanjut dan melaksanakan upaya rujukan.

Fungsi

a. Menyelenggarakan pelayanan
b. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis
c. Menyelenggarakan pelayanan dan asuha keperawatan
d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan
e. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
f. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
g. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

5. Jenis-Jenis Pelayanan

Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang ada di RSUD Sidoarjo antara lain:

a. Instalasi gawat Darurat
b. MCU (Medical Check Up)
c. Instalasi rawat jalan

d. Instalasi rawat inap

e. Klinik paviliun

f. Rawat inap paviliun

g. Penunjang medis

Jenis Pelayanan Rawat Jalan RSUD Sidoarjo memiliki 25 Poliklinik:

a. Penyakit Dalam

b. Gizi

c. Penyakit Paru

d. Jantung

e. Psikologi

f. Hamil dan Nifas

g. Kandungan

h. Andrologi

i. Syaraf

j. Bedah urologi

k. Bedah orthopaedi & trumatologi

l. Bedah umum

m. Bedah Plastik, Rekonstruksi dan Estetika

n. THT

o. Mata

p. Gigi dan Mulut

q. Anak

r. Kulit dan kelamin

s. Tumbuh kembang

t. Rehabilitasi medis

u. Mawar merah

v. Psykologi

w. Medical Check Up

x. Poli akupuntur

y. Hamil dan KB

D. Penyajian Data Fokus Penelitian

1. Implementasi Program EMAS Sebagai Upaya untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu Dan Bayi Di Kabupaten Sidoarjo

Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) adalah sebuah program kerjasama antara Pemerintah Indonesia dengan lembaga donor internasional yaitu *United States Agency for International Development* (USAID),USAID memberikan dana hibah dan asistensi teknis untuk bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan RI selama 5 tahun (2012-2016) dalam mengembangkan model untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB melalui penguatan sistem rujukan yang efektif dan efisien di Rumah Sakit dan Puskesmas. Program EMAS dilaksanakan di 6 Provinsi yang berkontribusi terhadap 50% kematian ibu dan bayi tingkat nasional, salah satunya adalah Provinsi Jawa Timur. Di Jawa Timur terdapat dua Kabupaten yang ditunjuk untuk melaksanakan Program EMAS yaitu Kabupaten Sidoarjo dan Kabupaten Malang.

Pelaksanaan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di Kabupaten Sidoarjo dimulai pada bulan Oktober 2012. Program ini dilaksanakan berdasarkan MoU antara Pemerintah Kabupaten Sidoarjo dengan lembaga yang dipilih oleh USAID untuk melaksanakannya yaitu Jhpiego dan bermitra dengan Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan, Muhammadiyah, *Save The Children*, dan RTI. Kabupaten Sidoarjo bersama dengan Kabupaten Malang merupakan dua daerah yang pertama kali melaksanakan Program EMAS di Jawa Timur, sehingga sistem pelaksanaannya berbeda dengan daerah lanjutan yang juga akan melaksanakan Program EMAS.

Gambar 6. Penandatanganan MoU Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo

Sumber: RSUD Sidoarjo

Secara teknis kegiatan Program EMAS akan meliputi upaya penguatan kualitas pelayanan klinis kebidanan dan bayi baru lahir. Dilengkapi dengan upaya penguatan tata kelola (*governance*), serta pemanfaatan sistem Teknologi Informasi dan Komunikasi.

a) Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi maternal dan neonatal di Puskesmas dan Rumah Sakit

Kabupaten Sidoarjo merupakan satu dari dua kabupaten di Jawa Timur yang paling awal melaksanakan Program EMAS. Hal yang pertama kali dilakukan adalah dengan membangun jaringan *vaguard*atau dapat diartikan dengan istilah Garda Depanyang melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten, Rumah Sakit Daerah, Rumah Sakit Swasta, dan Puskesmas. Penentuan *vanguard* untuk Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini

didasarkan pada beberapa kriteria, pertama adalah dilihat dari jumlah kematian terbanyak pada suatu wilayah di Kabupaten Sidoarjo, kedua adalah jumlah penduduk terbanyak di wilayah Kabupaten Sidoarjo, dan yang ketiga adalah ada atau tidaknya Rumah Sakit yang nantinya akan dijadikan sebagai tempat rujukan.

Vanguard dari Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini terdiri dari tiga Rumah Sakit yakni, RSUD Sidoarjo, RS Siti Khodijah, serta RS Anwar Medika yang ketiganya sudah berstatus Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)serta delapan puskesmas yang terdiri dari empat puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan empat puskesmas Non PONED. Keempat puskesmas PONED tersebut antara lain: Puskesmas Waru, Puskesmas Taman, Puskesmas Tarik, dan Puskesmas Krian. Sedangkan untuk Puskesmas Non PONED antara lain: Puskesmas Sedati, Puskesmas Sukodono, Puskesmas Balongbendo, Puskesmas Wonoayu.

Setelah menentukan *vanguard* selanjutnya dilakukan *skill assessment* terhadap para tenaga kesehatan baik di Rumah Sakit maupun di Puskesmas yang terdiri dari dokter, bidan, serta perawat. *Skill assessment* ini dilakukan untuk melihat sejauh mana kemampuan yang dimiliki oleh para tenaga kesehatan. Setelah diketahui kemampuan setiap tenaga kesehatan maka akan dilakukan pendampingan. Pendampingan tersebut dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dari para tenaga kesehatan terutama untuk dokter-dokter dan bidan-bidan di puskesmas agar nantinya mampu dan lebih

berani dalam memberikan penanganan awal pasien *emergency* sebelum nantinya akan dirujuk ke Rumah Sakit. Selain itu kegiatan pendampingan ini juga bertujuan sebagai upaya penguatan tata kelola klinis dan untuk meningkatkan kualitas pelayanan klinis. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari pemimpin Program EMAS di Sidoarjo, Bapak Singgih Pribadi:

> "*Skill assessment* dilakukan kepada sdmnya, misalnya saja kepada bidannya, kemampuannya sudah sejauh mana dan kekurangannya ada dimana. Lalu setelah dilakukan skill assessment selanjutnya dilakukan pendampingan. Kami tidak menyebutnya pelatihan, akan tetapi kami menyebutnya pendampingan. Kalau pelatihan, maka tenaga kesehatan akan dikumpulkan di suatu ruangan dan akan mendapat materi pelatihan secara teori disitu. Hal ini berbeda dengan pendampingan, pendampingan dilakukan pada saat tenaga kesehatan bekerja seperti biasanya. Dan juga dilakukan langsung dengan cara praktek, agar para tenaga kesehatan tersebut langsung tahu bagaimana cara penanganan pasien yang mengalami suatu kondisi tertentu."(wawancara dilaksanakan di Kantor EMAS Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 26 Mei 2014 pukul 13:30 WIB).

Hal ini juga didukung dengan pernyataan dari staf pelaksana program EMAS di Puskesmas Sedati, Ibu Ratih yang menyatakan bahwa:

> "Setelah dilakukan *skill assessment* kepada semua tenaga kesehatan seperti bidan dan dokter maka selanjutnya akan dilakukan pendampingan dengan cara bermain peran. Maksudnya adalah dengan membagi tenaga kesehatan tadi dalam beberapa kelompok, lalu masing-masing ada yang berpura-pura menjadi pasien dan menjadi dokter atau bidan dan berpura-pura untuk menangani suatu kasus tertentu. Hal tersebut dilakukan agar para tenaga kesehatan mempunyai pandangan tentang apa yang akan terjadi, dan apa yang tindakan yang harus diambil dalam menangani pasien."(wawancara dilaksanakan di Puskesmas Sedati pada tanggal 14 Mei 2014 pukul 11:15WIB).

Dari pernyatan-penyataan diatas dapat diketahui bahwa pendampingan tidak dilakukan secara teoritik akan tetapi pendampingan langsung

dilakukan secara praktek di lapangan. Pendampingan terhadap tenaga kesehatan ini dilakukan oleh Tim EMAS, yang dalam hal ini adalah merupakan pendampingan klinis yang dilakukan oleh Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan (LKBK) yang dibantu oleh para dokter dan bidan senior.

Selain melakukan skill assessment yang ditujukan kepada Sumber Daya Manusia di bidang kesehatan, dalam hal ini adalah dokter, bidan, dan perawat, standarisasi fasilitas kesehatan pun juga dilakukan agar kualitas pelayanan klinis kebidanan dan bayi baru lahir semakin meningkat. Pemeriksaan fasilitas kesehatan baik di Rumah Sakit dan di Puskesmas dilakukan untuk mengetahui fasilitas kesehatan yang belum tersedia dan selanjutnya akan mendapat bantuan alat kesehatan yang berasal dari Dinas Kesehatan dan tim EMAS. Seperti yang terjadi di Puskesmas Waru. Standarisasi fasilitas kesehatan di Puskesmas Waru dilakukan melalui pembangunan ruang bersalin yang berdekatan dengan ruang UGD. Selain itu Puskesmas Waru juga mendapat bantuan alat-alat kesehatan yang berasal dari tim EMAS yang berupa troli obat, lemari pendingin untuk menyimpan obat, dan tirai. Hal tersebut diperkuat oleh pernyataan dari Ketua Pelaksana Program EMAS yang juga merupakan bidan koordinator di Puskesmas Waru, Ibu Puji Astuti:

"Adanya program EMAS ini penambahan dan perbaikan fasilitas pun dilakukan. Ruangan bersalin di puskesmas waru yang dulu sangat jauh pun dipindang agar dekat dengan ruang UGD agar sesuai dengan standar. Selanjutnya juga mendapat beberapa bantuan seperti troli obat, tirai yang digunakan untuk menjaga privasi pasien di ruangan bersalin, alat emergency yang belum tersedia, lemari es untuk penyimpanan obat, dll. Peralatan tersebut sebagian besar berasal dari dinas kesehatan dan sisanya juga berasal dari EMAS."(wawancara dilaksanakan di Puskesmas Waru pada tanggal14 Mei 2014 pukul 08:58 WIB).

Gambar7. Alat bantuan dari Program EMAS di Puskesmas Waru

Sumber: Penulis pada tanggal 14 Mei 2014

Demikian pula yang terjadi di Puskesmas Sedati. ada beberapa bantuan alat-alat kesehatan yang diberikan baik dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo maupun dari Tim EMAS, antara lain: Inkubator, Tirai, dan Tabung O2. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari staf pelaksana program EMAS di Puskesmas Sedati, Ibu Ratih yang menyatakan bahwa:

"Fasilitas kesehatan yang diperbaharui yaitu berupa inkubator, karena Puskesmas Sedati kurang tersedia inkubator yang sesuai dengan standar yaitu inkubator yang memiliki temperatur untuk menghangatkan bayi. Sedangkan alat-alat kesehatan yang didapat dari emas adalah tirai, alat suction, serta tabung O2"(wawancara dilaksanakan di Puskesmas Sedati pada tanggal 14 Mei 2014 pukul 11:15WIB).

Gambar 8. Alat bantuan dari program EMAs di Puskesmas Sedati

Sumber: Penulis pada tanggal 14 Mei 2014

Pengadaan fasilitas atau alat-alat kesehatan antara satu puskesmas dengan puskesmas lain berbeda-beda. Hal ini disesuaikan dengan kebutuhan dari masing-masing puskesmas. Disamping pengadaan alat-alat kesehatan yang didasarkan pada pemeriksaan di masing-masing puskesmas, setiap puskesmas juga diberi hak untuk mengajukan permintaan kepada Dinas Kesehatan maupun tim EMAS mengenai alat-alat kesehatan yang

dibutuhkan. Selanjutnya pengajuan alat-alat kesehatan tersebut akan dikaji terlebih dahulu sebelum pada akhirnya akan dikabulkan permintaannya atau tidak. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari pemimpin Program EMAS di Sidoarjo, Bapak Singgih Pribadi:

> "Pemberian bantuan berupa pengadaan alat-alat kesehatan kepada puskemas bukan menjadi tujuan utama dari program EMAS, namun apabila diberikan peralatan kesehatan itu untuk mendorong agar lebih semangat dan dapat membuat pelayanan kesehatan semakin membaik maka bantuan alat-alat kesehatan tersebut akan diberikan sesuai dengan kebutuhan dari masing-masing puskesmas. Selain itu, puskesmas juga boleh mengusulkan alat apa saja yang sedang dibutuhkan agar bisa mendapat bantuan, akan tetapi alat-alat terebut tidak semua yang dibutuhkan bisa dipenuhi, dilihat dulu dari urgenitas atau fungsi dari alat yang dibutuhkan"(wawancara dilaksanakan di Kantor EMAS Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 26 Mei 2014 pukul 13:30 WIB).

b) Memperkuat sistem rujukan agar dapat berfungsi secara optimal

Program EMAS membangun model untuk memperkuat kualitas pelayanan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir/neonatal dan peningkatan efisiensi dan efektivitas rujukannya di tingkat Puskesmas dan Rumah Sakit sekaligus berjejaring dengan Organisasi Masyarakat Sipil, fasilitas kesehatan publik dan swasta, asosiasi rumah sakit, organisasi profesi, dan sektor swasta, dan lain-lain sebagai upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

Salah satu komponen dalam pelaksanaan Program EMAS adalah pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK). Kegiatan TIK mengembangkan dan mengimplementasikan beberapa Sistem Managemen Informasi berbasis teknologi SMS, *Mobile* maupun *Web* guna meningkatkan

kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir serta meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem rujukan. Salah satu Sistem Informasi yang telah dikembangkan adalah Sistem Informasi Jejaring Rujukan *Maternal* dan *Neonatal* (SIJARIEMAS).

SIJARIEMAS merupakan sebuah alat atau *tool* untuk meningkatkan komunikasi dan koordinasi rujukan dalam sebuah jejaring rujukan. Agar SIJARIEMAS dapat berfungsi dengan optimal maka diperlukan beberapa hal yang perlu untuk diidentifikasi dan dirumuskan bersama sebagai berikut:

a) Perumusan Alur Rujukan

Alur rujukan yang disepakati merupakan nafas dari SIJARIEMAS. SIJARIEMAS di*design* agar *flexible* dalam mengakomodasi kondisi alur jejaring yang mungkin berbeda-beda di masing-masing jaringan. Beberapa alur rujukan antara lain:

1) Berdasarkan atas regionalisasi rujukan

Dalam mekanisme ini, rujukan dikelola berdasarkan atas regionalisasi/jarak terdekat dari perujuk ke fasilitas yang dapat memberikan stabilisasi dan penanganan terlepas dari fungsi PONED dan PONED. Contohnya: apabila terdapat pasien di Puskesmas Waru dan Taman yang akan dirujuk maka tujuan utama adalah Rumah Sakit Siti Khodijah lalu menuju RSUD Sidoarjo, namun untuk pasien dari Puskesmas Sedati maka akan langsung dirujuk ke RSUD Sidoarjo.

2) Berdasarkan atas fungsi dan kewenangan

Dalam mekanisme ini, alur informasi rujukan dikelola berdasarkan atas fungsi dari fasilitas, seperti PONED, PONEK. Sebagai contoh: informasi rujukan misalnya melalui sms hanya akan terdistribusi hanya ke *vanguard*Program EMAS.

3) Berdasarkan atas kasus rujukan

Dalam mekanisme ini, alur informasi rujukan ditentukan berdasarkan atas penegakan diagnosis kasus rujukan, tindakan pra rujuk dan *advice* dari Rumah Sakit.

4) Berdasarkan sistem tercentral

Dalam mekanisme ini, alur informasi rujukan SIJARIEMAS akan dikirimkan ke Rumah Sakit Pusat Rujukan ataupun *Call Center* SIJARIEMAS Kabupaten untuk didistribusikan ke RS yang siap untuk melakukan penanganan.

5) Kombinasi dari mekanisme alur di atas

Alur informasi rujukan tersebut harus disepakati diawal oleh semua pemangku kepentingan yang terdiri dari: Dinas Kesehatan, Fasilitas Kesehatan terkait, dan Pemangku kepentingan lain yang terkait.

Alur rujukan yang telah disepakati tersebut kemudian akan diinput kedalam pengelolaan alur rujukan di SIJARIEMAS. Dalam SIJARIEMAS alur rujukan akan sangat *flexible*, sebagai contoh walau Bidan A dan Bidan B sama-sama berada dalam wilayah puskesmas A, namun juga dimungkinkan bahwa Bidan A prioritas

rujukannya berbeda dengan Bidan B karena faktor jarak terdekat dengan fasilitas rujukan.

b) Standar Operasional Prosedur (SOP)

Setelah alur rujukan disepakati maka diperlukan sebuah SOP sebagai acuan bagi para petugas pelaksana. SOP tersebut terbagi menjadi dua yaitu SOP yang mengatur secara eksternal dari fasilitas rujukan maupun SOP internal di fasilitas rujukan. SOP Eksternal SIJARIEMAS berisi beberapa poin kunci antara lain: Menjelaskan Pengertian Umum, Menjelaskan Tujuan, Alur Rujukan yang disepakati, Unit Terkait, Dan Dokumen Terkait.

Gambar9. SOP yang terpasang di Puskesmas Sedati

Sumber: Penulis pada tanggal 14 Mei 2014

Selain SOP yang berbentuk narasi, juga harus ada SOP yang berbentuk alur atau diagram. SOP berbentuk alur ini akan ditempelkan, dicetak dan didistribusikan ke seluruh unit yang memanfaatkan SIJARIEMAS baik di tingkat perujuk maupun di tingkat penerima rujukan. Diagram tersebut wajib untuk dicetak ditempelkan ditempat dimana SIJARIEMAS terpasang (ruang IGD, ruang Maternal dan ruang Perinatal) dan juga lokasi perujuk bersama dengan poster rujukan SIJARIEMAS. Hal ini dimaksudkan agar seluruh rujukan dapat sesuai dengan SOP karena diingat dan dilaksanakan oleh seluruh pemangku kepentingan terkait.

c) Pengorganisasian Sumber Daya Manusia

Agar SIJARIEMAS dapat berjalan sesuai dengan harapan maka diperlukan pengorganisasian tenaga pelaksana di tingkat perujuk, tujuan rujukan, maupun dinas kesehatan. Berdasarkan alur komunikasi untuk Tingkat Perujuk terdiri dari: Bidan Desa, Bidan Praktik Swasta, Bidan Puskesmas, Dokter Puskesmas, dan Dokter Praktik. Tingkat Penerima Rujukan yakni IGD Umum terdiri dari: IGD maternal dan Neonatal, Ruang Kebidanan, Ruang Perinatal, Dokter Spesialis Obgyn, dan Dokter Spesialis Anak. Tingkat Pengawas terdiri dari Petugas Penanggung Jawa Rujukan, Petugas Call Center/SIJARIEMAS, Tenaga Admin Pengelola Content, Bidang Yanmed/Kesga Dinas Kesehatan, dan Bidang YanMed Rumah Sakit. Dan yang terakhir adalah Tingkat

Teknis yang terdiri dari IT Rumah Sakit, IT Dinas Kesehatan, dan Bidang Pengelola Data Elektronik (PDE) Diskominfo.

d) Kebutuhan *Hardware* dan *Software*

Agar SIJARIEMAS dapat diimplementasikan dengan baik maka dibutuhkan dukungan *hardware* yang sesuai. Kebutuhan *hardware* disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan masing-masing kabupaten. Sebagai contoh, kabupaten yang mempunyai kemampuan lebih dapat mengimplementasikan *Call Center* terintegrasi dengan SIJARIEMAS. Dengan *call center* ini maka proses rujukan akan lebih termonitor dan dipastikan bahwa semua rujukan akan mendapatkan tempat di RS jejaring ataupun dapat juga dilakukan koordinasi dengan RS diluar jejaring.Untuk kabupaten yang belum mampu mengalokasikan sumber daya tersebut, maka cukup dapat mengimplementasikan SIJARIEMAS dengan *Call Center* Manual di tiap-tiap RS.

Dalam pemenuhan kebutuhan software SIJARIEMAS mengadopsi konsep *Open Source* dimana proses pengembangan dan implementasinya menggunakan *software* yang tersedia untuk umum. Oleh karena bersifat *open source* maka SIJARIEMAS sangat memungkinkan sekali untuk dikembangkan lebih lanjut sesuai dengan kondisi masing-masing jejaring. Sebagai Contoh, pada sebuah jejaring disepakati bahwa rujukan tidak hanya terbatas pada rujukan maternal dan neonatal tetapi juga pada rujukan umum, maka tim IT di kabupaten dapat melakukan modifikasi yang sesuai untuk itu tanpa harus

menunggu dari IT EMAS. Namun demikian untuk menjaga versi yang stabil maka perlu untuk dikoordinasikan dengan tim IT EMAS/MoH Pusat Data dan Informasi (PUSDATIN) sebelum modifikasi dilakukan.

e) Format Rujukan

Sistem rujukan bagi pasien gawat darurat dari puskesmas ke Rumah Sakit pemberitahuann dapat dilakukan melalui telepon atau SMS Gateway. Berikut dijabarkan format SMS Gateway rujukan gawat darurat yang digunakan dalam SIJARIEMAS dimana masing-masing variabel dipisahkan menggunakan tanda #. Format diagnosis dan tindakan pra rujukan menggunakan format/*coding* yang sudah sangat familiar dan digunakan sehari-hari dalam menuliskan diagnosis bagi semua bidan.

Rujukan Gawat Darurat

Berikut ini merupakan format SMS yang digunakan untuk melakukan rujukan ke Rumah Sakit:

r/rb#kode praktik#nama ibu#umur#suami#asuransi#darah# transportasi#diagnosa#tindakan pra rujukan

Keterangan:

r : rujukan untuk ibu hamil

rb : rujukan untuk bayi

Kode praktik: 1: jika praktik bidan di Puskesmas/RSUD

2: jika praktik bidan di RS Swasta

Konfirmasi Rujukan

Ini merupakan format SMS balasan dari Rumah Sakit Rujukan:

kr#id_rujukan

Keterangan:

id_rujukan: berasal dari ID otomatis, dari server SMS yang dikirimkan pada handphone bidan, jika status rujukan "DITERIMA" oleh RS/RSUD rujukan.

Contoh SMS:

Jika id rujukan dari server SMS yang dikirimkan ke *handphone* bidan tertulis **"Secepatnya konfirmasi dengan cara ketik kr#56"** maka bidan cukup mengetik kr#56 , kemudian kirim ke nomor SMS Gateway SIJARIEMAS.

Gambar 10. SMS Gateway di RSUD Sidoarjo

Sumber:RSUD Sidoarjo

Sedangkan untuk pemberitahuan melalui telepon maka langsung menelopon ke nomor Rumah Sakit yang akan menjadi tujuan rujukan.Berikut merupakan nomor *Call Center* maupun nomor tujuan SMS Gateaway yang digunakan untuk melakukan rujukan.

SMS SIJARIEMAS : 081231332627

RSUD Sidoarjo : 031-8956555

No. Pesawat VK Bersalin : 603

No. Pesawat Neonatu : 402

No. Pesawat NICU : 224

No. Pesawat UGD : 604

No. Pesawat Nifas : 658

No. Pesawat Ambulance : 621

RS Siti Khodijah : IGD 031-70000711

031-7881130

a. Aktor-aktor yang terlibat dalam program EMAS

Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) merupakan program bantuan teknis dari lembaga donor asing sehingga dasarnya adalah sebuah kerjasama. Setelah adanya kerjasama baru ditetapkan apa yang menjadi kewajiban dari Program EMAS dan apa yang harusnya disediakan oleh Pemerintah Kabupaten Sidoarjo untuk pelaksanaannya.Karena Program ini merupakan program kerjasama dan merupakan program nasional, maka banyak aktor-aktor atau *stakeholder* yang terlibat. Aktor-aktor tersebut tergabung dalam Tim Koordinasi yang

bertugas untuk memantau pelaksanaan Program EMAS. Dalam tim koordinasi ini sebagian anggota ada yang bertugas sebagai pelaksana Program, yakni yang memberi pendampingan kepada tenaga kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit, selain itu ada juga anggota yang bertugas di pemerintahan.

Pada dasarnya, dengan adanya tim koordinasi ini akan menunjukkan bahwa Program EMAS ini merupakan urusan bersama dari seluruh pihak yang terkait, bukan hanya urusan dari Dinas Kesehatan semata. Adapun aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksananaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo antara lain:Bupati, Wakil Bupati, Asisten 1 Sekretaris Daerah Bidang Kesejahteraan Rakyat, BAPPEDA, BPNBKP, Rumah Sakit, Dinas Kesehatanyakni bidang yang menangani Kesehatan Ibu dan Anak, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan beserta stafnya, Puskesmas, LSM yakni Aliansi Pita Putih atau Koalisi Sehat serta dari kalangan masyarakat.

Keterlibatan pihak swasta dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo adalah dari dua Rumah Sakit Swasta yakni Rumah Sakit Siti Khodijah dan Rumah Sakit Anwar Medika. Tujuan dari ikut dilibatkannya Rumah Sakit Swasta ini adalah agar Rumah Sakit Swasta ikut berperan dan ikut membantu pemerintah dalam upaya mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Sidoarjo. Selain itu dengan masuknya 2 Rumah Sakit Swasta dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo diharapkan

dapat membantu RSUD Sidoarjo untuk dijadikan sebagai alternatif rujukan bagi pasien dari puskesmas. Selain dari Rumah Sakit Swasta, keterlibatan pihak swasta juga berasal dari perusahaan melalui dana *Corporate Social Responsibility* (CSR). Hal ini sesuai dengan pernyataan dari pemimpin Program EMAS di Sidoarjo, Bapak Singgih Pribadi:

> "Pihak swastayang terlibat yang pasti adalah dari rumah sakit swasta, karena RS Swasta harusnya mempunyai peran yang bagus ketika rujukan yang menumpuk di RSUD bisa dikurangi. Tetapi swasta yang bukan dari rumah sakit bisa terlibat karena kami juga menggalang dana CSR. Yang pernah terlibat dari pihak swasta adalah dari perusahaan latulip untuk promosi kesehatan khusus KIA dengan mendanai kegiatan"(wawancara dilaksanakan di Kantor EMAS Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 26 Mei 2014 pukul 13:30 WIB).

Masyarakat juga ikut dilibatkan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Karena masyarakat sebagai penerima pelayanan dan masyarakat mempunyai hak untuk mendapatkan informasi mengenai pelayanan yang akan mereka terima. Keterlibatan masyarakat dalam pelayanan kesehatan sesungguhnya juga dijamin oleh undang-undang. Pasal 174 Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa; (1) Masyarakat berperan serta, baik secara perseorangan maupun teorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (2) Peran serta masyarakat tersebut mencakup keikutsertaan secara aktif dan kreatif.

Keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan Program EMAS ini yaitu melalui pembentukan dan penguatan Forum Masyarakat Madani.

Forum Masyarakat Madani (FMM)/Civic Forum merupakan arena partisipasi warga untuk menyuarakan kepentingan dan menuntut hak mereka agar pelayanan KIBBLA(Kesehatan Ibu melahirkan, Bayi Baru Lahir dan Anak balita) menjadi lebih baik dan arena untuk menyampaikan pandangan mereka kepada penyedia layanan dan pemerintah secara bertanggung jawab dan berkualitas. Tujuan dari pembentukan dan penguatan Forum Masyarakat Madani dalam Program EMAS antara lain; (1) Mengidentifikasi dan memobilisasi masyarakat dan organisasi masyarakat yang peduli dengan isu pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. (2) Menyediakan wadah untuk keterlibatan masyarakat dalam memperluas partisipasi, akuntabilitas, dan transparansi pelayanan ibu dan anak melalui pengawasan pelayanan berbasis Maklumat Pelayanan, *Monitoring* dan Evaluasi pelayanan melalui pengorganisasian umpan balik berbasis pelayanan yang dimaklumatkan, dan usaha advokasi penguatan AKI dan AKN secara berkualitas.Hal ini sesuai dengan pernyataan dari pemimpin Program EMAS di Sidoarjo, Bapak Singgih Pribadi terkait Forum Masyarakat Madani di Puskesmas Taman:

> "FMM di lingkungan Puskesmas Taman (yang tidak secara khusus terbentuk karena Program EMAS dan menjadi bagian dari FMM Kabupaten Sidoarjo) mempunyai peran mengawasi penyelenggaraan kegiatan pemberian layanan KIA di Puskesmas Taman. Pada proses perumusan dan penetapan dokumen Maklumat Pelayanan (MP) FMM Kecamatan Taman dilibatkan dalam konsultasi publik dokumen tesebut. Selanjutnya FMM mendorong kader atau Motivator KIA (MKIA) untuk intens mendampingi ibu hamil minimal di wilayah kerja Puskesmas Taman".(wawancara dilaksanakan di Kantor EMAS Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 26 Mei 2014 pukul 13:30 WIB).

Fokus kegiatan yang dilakukan Forum Masyarakat Madani dalam Program EMAS, antara lain:

1) Penguatan Struktur Kelembagaan Forum
   a) Membangun jejaring antar organisasi masyarakat yang memiliki kepentingan dan kepedulian bagi penurunan angka kematian ibu melahirkan dan neonatus.
   b) Membangun kesamaan pandang diantara individu diantara organisasi yang berkomitmen.
   c) Membangun legitimasi sosial sebagai arena untuk berkontribusi bagi penurunan angka kematian ibu melahirkan dan neonatus.
   d) Mendorong individu yang telah berikrar untuk terlibat berkontribusi bagi penurunan angka kematian ibu melahirkan dan neonatus agar berpikiran strategis dengan menyusun rencana strategis masa depan forum.
2) Pembangunan Kesadaran
   a) Perluasan informasi tentang pelayanan KIBBLA secara komprehensif melalui jejaring forum
   b) Mendorong kesadaran kolektif tentang pentingnya gerakan dan keterlibatan masyarakat dan organisasi masyarakat bagi penurunan angka kematian ibu melahirkan dan neonatus.
   c) Latihan peningkatan motivasi pentingnya melakukan kontrol/pengawasan terhadap pelayanan melalui Maklumat Pelayanan di masing-masing fasilitas.

d) Membangun kesadaran tentang pentingnya melakukan dialog secara terbuka dengan pihak penyedia layanan.

e) Pemahaman terhadap hak dan kewajiban penerima layanan.

3) Pengembangan Kapasitas

a) Pendidikan dan latihan yang relevan untuk keberlanjutan forum (berbagai pelatihan dan diskusi)

b) Pemahaman terhadap standar pelayanan minimal kesehatan, standar pelayanan di fasilitas.

c) Pemahaman yang cukup dari pegiat forum tentang Dinamika Kelompok, Resolusi Konflik dan Negosiasi agar bisa berkontribusi optimal bagi penurunan angka kematian ibu melahirkan dan neonatus.

d) Pengenalan dan pemahaman terhadap metode pengawasan pelayanan publik, monitoring dan evaluasi pelayanan secara bermartabat.

e) Diskusi produk hukum dan kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

4) Advokasi

a) Terlibat secara pro-aktif dalam pengambilan keputusan dan formulasi kebijakan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak, dan forum SKPD di Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan.

b) Mengembangkan dialog multipihak antara pemangku kepentingan (Pemerintah Daerah, penyedia layanan, pelanggan, DPRD, dan lain-lain).

c) Berkolaborasi dengan media untuk mengkampanyekan upaya-upaya penurunan angka kematian ibu melahirkan dan neonatus, termasuk hasil pengawasan pelayanan, pengolahan umpan balik (monitoring).

Tujuan dan fokus kegiatan yang dilakukan oleh Forum Masyarakat Madani dalam Program EMAS tersebut di atas sesuai dengan pernyataan dari dr. Idong Djuanda selaku anggota dari tim Koordinasi pelaksana Program EMAS yang juga merupakan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo:

> "Forum Masyarakat Madani/Civic Forum merupakan masyarakat yang peduli KIA yang setelah dilatih nantinya akan memberi pendampingan kepada masyarakat. Perekrutan Civic Forum diserahkan kepada masyarakat, misalnya seorang koordinator yang ditunjuk dari salah satu LSM akan merekrut atau mengajak masyarakat lain yang bisa dibina di wilayahnya, yang selanjutnya nanti dalam pendampingannya akan dibantu oleh puskesmas. Agar yang disampaikan oleh Civic Forum dan puskesmas nantinya bisa sejalan".(wawancara dilaksanakan di Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 16 Mei 2014 pukul 08:42 WIB).

Pernyataan diatas juga didukung dengan dengan pernyataan dari pemimpin Program EMAS di Sidoarjo, Bapak Singgih Pribadi:

> "Pelaksanaan penguatan di masyarakat yaitu dengan mendorong atau menginspirasi pembentukan forum masyarakat madani yang beranggotakan masyarakat yang sudah terhimpun dalam kelompok-kelompok misalnya seperti kelompok pengajian, pkk, dan yang lainnya. Karena melalui simpul-simpul masyarakat tersebut maka informasi-informasi dari masyarakat dapat dihimpun.Karena masyarakat yang tergabung dalam forum

> masyarakat madani adalah golongan masyarakat yang peduli terhadap keadaan sekitarnya terutama terhadap KIA.Kelompok ini juga nantinya akan membuat suatu kader-kader di masyarakat atau relawan atau motivator KIA yang mendampingi ibu hamil".(wawancara dilaksanakan di Kantor EMAS Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 26 Mei 2014 pukul 13:30 WIB).

Setiap Rumah Sakit dan Puskesmas memiliki aktornya masing-masing. Aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan Program EMAS di Rumah Sakit dalam hal ini adalah di RSUD Sidoarjo antara lain: Dokter Spesialis Obsgyn; Dokter Spesialis Anak; Kepala Instalasi Peristi; Kepala Ruang IGD (Maternal Neonatal Emergency); Kepala Ruang OK; Kepala Ruang VK; Kepala Ruang Perinatologi; Kepala NICU. Sedangkan Manajemen RSUD yang mendukung antara lain: Direktur; Wakil Direktur Pelayanan; Kepala Bidang Pelayanan Medis; Kepala Seksi Pelayanan Medis Rawat Inap; Kepala Keperawatan Rawat Jalan. Sedangkan di tingkat Puskesmas aktor-aktor yang terlibat antara lain: Kepala Puskesmas; Bidan Koordinator; Kepala TU; Bidan dan Perawat yang terkait pelayanan maternal neonatal. Selain itu masyarakat juga dilibatkan dalam pelaksanaan Program EMAS di Puskesmas yang disebut sebagai motivator KIA yang terdiri dari LSM, aisyiah, dan muhamadiyah.

b. Koordinasi atau hubungan antar aktor-aktor yang terlibat dalam program EMAS

Koordinasi antar aktor-aktor dalam pelaksanaan suatu program sangat diperlukan agar pelaksanaan suatu program dapat berjalan dengan lancar. Begitu pula dengan Program *Expanding Maternal and Neonatal*

Survival (EMAS). Koordinasi yang dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo melalui pertemuan dan pelaporan

Bentuk koordinasi pertama yang dilakukan antar aktor dalam pelaksanaan Program EMAS adalah melalui pertemuan.Pertemuan tersebut dilakukan untuk membahas pelaksanaan Program sejauh ini, selain itu juga membahas permasalahan atau kendala yang mungkin muncul dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo.Pertemuan antar aktor Program EMAS pada tahun pertama dan tahun kedua pelaksanaan sangat sering dilakukan, dan kegiatan pertemuan tersebut mulai berkurang intensitasnya pada tahun ketiga.Pertemuan atau rapat tersebut dilakukan oleh semua aktor yang terlibat, antara lain dari Tim EMAS, Tim Pokja, hingga kalangan masyarakat dan dari Puskesmas. Pertemuan antar pusksemas vanguard Program EMAS juga dilakukan untuk yang difasilitasi oleh Dinas Kesehatan dan didampingi oleh Tim EMAS. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari dr. Idong Djuanda selaku anggota dari tim Koordinasi pelaksana Program EMAS yang juga merupakan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo:

> "Koordinasi antar aktor dilakukan melalui pertemuan yang sering dilakukan.Tahun pertama dan tahun kedua sangat sering dilakukan pertemuan karena banyak yang harus dibentuk dan banyak pendampingan yang harus dilakukan.Begitu selesai semua selanjutnya akan dilakukan evaluasi, untuk tahun ketiga ini hanya untuk menambah apa saja yang kurang dan yang harus dibenahi dan akan dievaluasi."(wawancara dilaksanakan di Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 16 Mei 2014 pukul 08:42 WIB).

Pernyataan di atas didukung oleh pernyataan dari pemimpin Program EMAS di Sidoarjo, Bapak Singgih Pribadi:

> "...selain itu juga ada rapat pokja, dan yang kedua terdapat pertemuan yang dilakukan oleh seluruh aktor Program EMAS mulai dari puskesmas, RS, dan masyarakat untuk membicarakan program EMAS. Dan bisa juga ada pertemuan antar puskesmas yang difasilitasi oleh Dinas Kesehatan"(wawancara dilaksanakan di Kantor EMAS Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 26 Mei 2014 pukul 13:30 WIB).

Dari pernyataan diatas dapat diketahui apabila dalam pelaksanaan Program EMAS tahun pertama dan tahun kedua masih dalam tahap awal pelaksanaan sehingga banyak yang harus dipersiapkan dan harus dibenahi, baik dari pendampingan bagi tenaga kesehatan maupun dari perbaikan fasilitas kesehatan.Oleh karena itu koordinasi dalam bentuk pertemuan sangat sering dilakukan.Sedangkan untuk tahun ketiga ini, pertemuan sudah mulai jarang dilakukan karena pendampingan sudah dilakukan kepada semua tenaga kesehatan, dan fasilitas kesehatan sudah diperbaiki agar sesuai dengan standar.Akan tetapi, kegiatan pertemuan tetap dilakukan untuk menambah hal-hal yang masih kurang dan yang masih harus dibenahi setelah dilakukannya evaluasi.

Selain melalui pertemuan dan rapat, koordinasi yang dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini melalui pelaporan.Pelaporan dilakukan secara rutin setiap satu bulan.Laporan tersebut dilakukan oleh setiap Puskesmas dan Rumah Sakit vanguard Program EMAS. Laporan dari Puskesmas dan Rumah Sakit tersebut akan diserahkan kepada Dinas Kesehatan dan tim EMAS Kabupaten Sidoarjo, dan kemudian dari semua kabupaten laporan akan dihimpun oleh tim

EMAS Provinsi hingga pada akhirnya laporan tersebut akan disampaikan kepada tim EMAS Pusat yang berada di Jakarta.

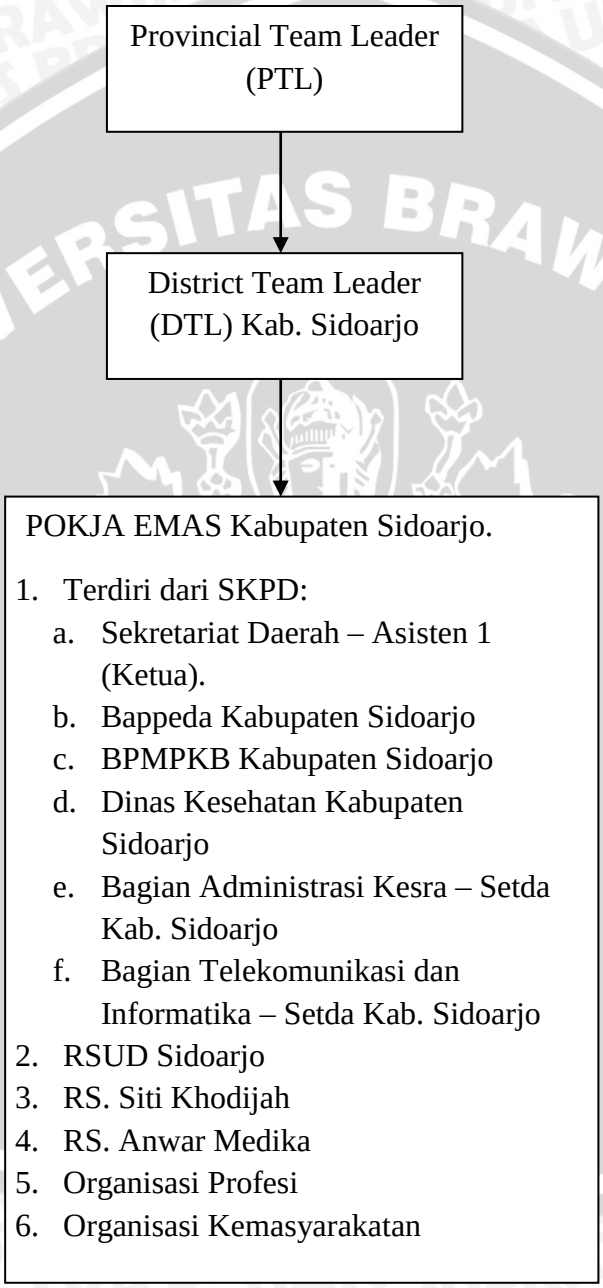
Gambar 11. Koordinasi Tim Emas Kabupaten Sidoarjo dengan Tim Pokja Kabupaten Sidoarjo

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Bentuk koordinasi yang lain adalah melalui pemantauan yang dilakukan oleh tim EMAS kepada Tim Koordinasi pelaksanaan Program EMAS atau yang sering disebut dengan Tim Pokja. Pemantauan tersebut dilakukan untuk mengetahui apakah Tim Pokja tersebut memahami perannya masing-masing dan apakah Tim Pokja juga sudah melaksanakan tugasnya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing.

c. Struktur Pelaksana Program EMAS

Berikut merupakan Struktur Tim Pelaksana Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo:



Gambar 12. Struktur Tim Pelaksana Program EMAS Kabupaten Sidoarjo

Sumber: Data Diolahberdasarkan hasil wawancara penulis

Berdasarkan gambar di atas dapat dilihat bahwa Tim Pokja EMAS atau Tim Koordinasi pelaksana Program EMAS Kabupaten Sidoarjo diketuai oleh Asisten 1 Sekretariat Daerah dan memiliki anggota antara lain Bappeda Kabupaten Sidoarjo, BPMPKB Kabupaten Sidoarjo, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, Bagian Administrasi Kesra – Setda Kab. Sidoarjo, Bagian Telekomunikasi dan Informatika – Setda Kab. Sidoarjo. Sedangkan *District Team leader* Sidoarjo merupakan perwakilan dari Tim EMAS Provinsi Jawa Timur yang bertugas untuk mengontrol dan mengawasi pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dengan mengambil laporan secara rutin baik ke Rumah Sakit maupun Puskesmas.

Dalam struktur tim pelaksana Program EMAS Kabupaten Sidoarjo, Dinas Kesehatan merupakan yang secara teknis melaksanakan program khususnya pada bidang pelayanan kesehatan, sedangkan perangkat daerah lainnya bertugas sebagai pengarah pelaksanaan program. Berikut merupakan tugas dari tim pengarah dan tim teknis pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo:

1) Tim Pengarah
   a) Memberikan arahan dan mengendalikan agar Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo berjalan sesuai Program Kesehatan pada umumnya secara efektif dan efisien;
   b) Membina dan menjaga keberlangsungan Program EMAS agar sejalan dengan kebijakan pembangunan kesehatan di Kabupaten Sidoarjo;

c) Melakukan upaya pengendalian dan pemantauan Program EMAS agar sejalan dengan kebijakan program pembangunan kesehatan, khususnya kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Sidoarjo;

d) Menyelenggarakan pertemuan rutin dengan Tim Teknis;

e) Melakukan Koordinasi program EMAS Kabupaten dengan Program EMAS Jawa Timur, Sekretariat Program EMAS Kementerian Kesehatan Jakarta dan Tim Koordinasi Pelaksanaan Program EMAS Kabupaten/Kota di Jawa Timur;

f) Menyelenggarakan pertemuan teknis tentang substansi Program EMAS dengan Organisasi Profesi terkait;

2) Tim Teknis

a) Memimpin agar implementasi Program EMAS berlangsung sesuai dengan rencana serta dapat terintegrasi dan terjaga keberlangsungannya;

b) Mengkoordinasikan penyusunan perencanaan kegiatan percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi Baru Lahir kepada Lintas Program dan Lintas Sektor Terkait;

c) Mendorong penerapan praktek-pratek yang baik dalam tata kelola klinis dan standar *performance* PONEK dan PONED fasilitas kesehatan;

d) Melakukan upaya pengendalian dan pemantauan pelaksanaan program EMAS agar sejalan dengan kebijakan program kesehatan, khususnya kesehatan ibu dan anak dan lebih khusus lagi dalam penanganan kegawatdaruratan ibu hamil dan bayi baru lahir di Kabupaten Sidoarjo;

e) Menyelenggarakan pertemuan rutin dan periodik dengan Tim Pengarah;

f) Memberikan dukungan administrasi dan teknis untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan Tim Pengarah;

g) Memberikan laporan secara teratur kepada Tim Pengarah.

d. Hasil Yang Dicapai Terkait Penerapan Program EMAS

Tujuan akhir dari Program EMAS adalah untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI)dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebanyak 25%. Untuk mencapai tujuan tersebutdalam pelaksanaannya Program EMAS ini menekankan pada *Capacity Building* atau pembangunan kapasitas baik dari segi SDM maupun fasilitas kesehatan, juga dengan memperbaiki tata kelola klinis. Hasil dari pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dapat dilihat berdasarkan *output* dan *outcome* nya.

Jika dilihat dari output, pelaksanaan Program Emas di Kabupaten Sidoarjo sudah ada peningkatan dan banyak manfaat yang diperoleh terutama oleh tenaga kesehatan. Penanganan kegawatdaruratan semakin baik dengan adanya Program EMAS. Kemampuan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan seperti bidan dan perawat semakin meningkat. Hal

tersebut membuat bidan dan perawat semakin berani dan percaya diri dalam menangani pasien terutama dalam penanganan dasar di puskesmas sebelum dirujuk ke Rumah Sakit. Selain itu dari sistem rujukan semakin baik dengan pemanfaatan Teknologi Informasi (TI) melalui SIJARIEMAS. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari dr. Idong Djuanda selaku anggota dari tim Koordinasi pelaksana Program EMAS yang juga merupakan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo:

> "Penanganan kegawatdaruratan semakin baik. Yang sebelumnya bidan belum berani menangani pasien sekarang sudah bisa menangani dan sudah lebih percaya diri dan juga sistem rujukannya lebih baik dan teratur"(wawancara dilaksanakan di Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 16 Mei 2014 pukul 08:42 WIB).

Sedangkan dilihat dari outcome, pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo belum dapat mencapai tujuan akhir yang telah ditentukan, yakni menurunnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Hal itu terjadi karena penyebab dari tingginya AKI dan AKB bukan hanya dari penanganan kegawatdaruratan melainkan banyak faktor lain yaitu pendarahan dan pre eklamsi.

	2011	**2012**	**2013**
Kematian Ibu	22	29	26
Kematian Bayi	253	313	316

Tabel 3. Jumlah Kematian Ibu dan Bayi Tahun 2011-2013

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Tabel diatas menunjukkan bahwa untuk jumlah kematian ibu sebelum dan sesudah adanya Program EMAS pada tahun 2012 justru mengalami peningkatan dengan 29 jiwa, akan tetapi pada tahun 2013 jumlah kematian ibu mengalami penurunan menjadi 26, walaupun masih tinggi apabila dibandingkan dengan tahun 2011 dengan jumlah kematian ibu sebanyak 22 jiwa. Sedangkan untuk jumlah kematian bayi masih mengalami pemingkatan. Peningkatan jumlah kematian bayi yang sangat signifika terjadi pada tahun 2012 dengan peningkatan jumlah kematian bayi dari 253 jiwa pada tahun 2011 menjadi 313 jiwa pada tahun 2012. Pada tahun 2013 jumlah kematian bayi menjadi meningkat dengan 316 jiwa.

Di Kabupaten Sidoarjo jumlah AKI dan AKB sudah berada dibawah target MDGs. Akan tetapi jika dilihat dari angka absolut masih tinggi, karena jumlah lahir hidup, jumlah persalinan dan jumlah penduduk di Kabupaten Sidoarjo sangat tinggi. Namun apabila dihitung berdasarkan per 100ribu kelahiran hidup maka AKI dan AKB di Kabupaten Sidoarjo bisa dikatakan sudah menurun. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari dr. Idong Djuanda selaku anggota dari tim Koordinasi pelaksana Program EMAS yang juga merupakan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo:

> "Untuk sidoarjo sudah dibawah target MDGs. Tapi kalau dilihat dari angka absolut masih tinggi, karena dari jumlah lahir hidup jumlah persalinan dan jumlah penduduk sangat tinggi, tetapi apabila dihitung dari per 100000 kelahiran hidup sudah menurun dan nilainya rendah"(wawancara dilaksanakan di Kantor Dinas

Kesehatan Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 16 Mei 2014 pukul 08:42 WIB).

e. Persepsi Aktor dan Sasaran Terhadap Program EMAS

Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) merupakan program nasional yang telah dilaksanakan di 6 provinsi di Indonesia. Program yang juga merupakan program kerjasama antara pemerintah dengan lembaga donor internasional dalam hal ini USAID melibatkan banyak sekali aktor atau *stakeholder*. Selain itu sasaran dari Program EMAS ini bukan hanya ibu hamil dan bayi yang baru lahir, melainkan tenaga kesehatan yang mendapat pendampingan dari tim EMAS juga merupakan sasaran dari Program EMAS. Para aktor dan sasaran Program EMAS ini menyambut baik dengan dilaksanakannya Program EMAS dalam upaya untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Sidoarjo. Banyak manfaat yang diperoleh dengan pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo antara lain dapat meningkatkan kemampuan ataupun *skill* dari tenaga kesehatan terutama bidan dan perawat yang ada di puskesmas melalui pendampingan. Selain itu dapat membantu dalam pelaksanaan pekerjaan menjadi lebih terkoordinir. Hal tersebut sesuai dengan pendapat dari ketua pelaksana Program EMAS di Puskesmas Waru yaitu ibu Puji Astuti yang menyatakan bahwa:

> "Menurut saya adanyaProgram EMASini adalah baik dan sangat bagus sekali karena dapat membantu mengkoordinasi semua pekerjaan yang dilakukan. Setelah adanya pendampingan dari tim EMAS bidan yang ada disini kemampuannya semakin meningkat dan menjadi berani untuk menangani pasien

> emergensi"(wawancara dilaksanakan di Puskesmas Waru pada tanggal 14 Mei 2014 pukul 08:58 WIB).

Pendapat dari Ibu Puji diatas juga didukung oleh pendapat dari tenaga kesehatan atau bidandi Puskesmas Sedati yang mendapat pendampingan dari tim EMAS yaitu Ibu Ratih yang menyatakan bahwa:

> "Dengan adanya program EMAS sangat bagus dan dapat merubah untuk menjadi lebih baik. Kita tahu bagaimana cara menangani emergensi itu bagaimana dan menjadi tau dan punya gambaran dan patokan bagaimana yang harus dilakukan dalam menangani pasien terutama penanganan kegawatdaruratan"(wawancara dilaksanakan di Puskesmas Sedati pada tanggal 16 Mei 2014 pukul 08:42 WIB).

Kedua pernyataan dari dua tenaga kesehatan di Puskesmas Waru dan Puskesmas Sedati diatas juga sesuai dengan dengan pendapat dari dr. Idong Djuanda yang menyatakan bahwa:

> "Menurut saya program ini sangat positif karena banyak sekalimanfaat yang dapat diambil seperti tenaga kesehatan yang semakin terampil dan lebih percaya diri serta tidak lagi takut dalam memberikan penanganan kegawatdaruratan terhadap pasien. Selain itu kita mendapat ilmu baru dengan penggunaan sistem IT dalam upaya penurunan AKI dan AKB"(wawancara dilaksanakan di Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 16 Mei 2014 pukul 08:42 WIB).

2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo

Dalam implementasi atau pelaksanaan suatu program pasti terdapat hal-hal yang mendukung dan menghambat pelaksanaan program tersebut. Begitu pula dalam pelaksanaan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS). Berikut merupakan faktor yang dapat mendukung maupun menghambat pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo.

a. Faktor pendukung pelaksanaan program EMAS

Faktor pendukung merupakan hal-hal yang dapat mendukung untuk pelaksanaan suatu program agar mampu berjalan dengan baik. Berikut merupakan faktor-faktor yang mendukung pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo:

1) Sumber Daya Manusia

Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, Sumber Daya Manusiayang dalam hal ini adalah tenaga kesehatan menyambut baik dengan adanya Program EMAS. Semua kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh tim EMAS dijalankan dengan baik. Karena dengan adanya Program EMAS manfaat yang didapat sangat banyak terutama bagi tenaga kesehatan itu sendiri, karena bisa meningkatkan kemampuannya melalui kegiatan pendampingan tersebut.Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari Ketua Pelaksana Program EMAS yang juga merupakan bidan koordinator di Puskesmas Waru, Ibu Puji Astuti:

> "Faktor pendukung pelaksanaan program EMAS di puskesmas waru yaitu dari SDM yang menyambut baik program EMAS, sehingga program tersebut dapat berjalan dengan baik. program EMAS ini ada untuk pendampingan agar program-program yang lain dapat berjalan dengan baik, jadi apabila pendampingan tersebut tidak dilakukan maka program EMAS ini tidak akan berjalan dengan lancar." (wawancara dilaksanakan di Puskesmas Waru pada tanggal14 Mei 2014 pukul 08:58 WIB).

2) Pengadaan Fasilitas dan Alat-alat Kesehatan

Pembaharuan dan pengadaan fasilitas ataupun alat-alat kesehatan merupakan salah satu hal yang juga dapat mendukung pelaksanaan

Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Kelengkapan fasilitas dan alat-alat kesehatan yang dimiliki akan mampu meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.*Skill* yang baik dari tenaga kesehatan tidak akan bermanfaat apabila tidak didukung dengan fasilitas atau alat-alat kesehatan. Dengan fasilitas dan peralatan kesehatan yang lengkap akan menunjang para tenaga kesehatan dalam memberikan oenanganan dasar kepada pasien. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari staff pelaksana program EMAS di Puskesmas Sedati, Ibu Ratih yang menyatakan bahwa:

> "Faktor yang mendukung adalah fasilitas yang tersedia terutama fasilitas yang dibutuhkan dalam penanganan maternal, karena sebelumnya fasilitas yang dibutuhkan untuk penanganan maternal di sini tidak ada, jadi dengan disediakannya fasilitas ini setelah adanya Program EMAS maka kita bisa menangani pasien dengan baik." (wawancara dilaksanakan di Puskesmas Sedati pada tanggal 14 Mei 2014 pukul 11:15WIB).

b. Faktor penghambat pelaksanaan program EMAS

Faktor penghambat merupakan masalah-masalah yang muncul yang dapat hal-hal yang dapat menghambat pelaksanaan program. Berikut merupakan faktor-faktor yang dapat menghambat pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo:

1) Komitmen dari Pemerintah Daerah

Komitmen dari Pemerintah Kabupaten Sidoarjo dapat menghambat pelaksanaan Program EMAS. Komitmen disini maksudnya adalah dukungan yang diberikan oleh pemerintah harus berjalan secara berkelanjutan. Sejauh ini peran dari pemerintah dalam hal ini adalah Dinas

Kesehatan masih kurang maksimal, terutama dalam pelaksanaan Program EMAS di Puskesmas. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari pemimpin Program EMAS di Sidoarjo, Bapak Singgih Pribadi:

> "Sama dengan dukungan, kalau dukungannya adalah komitmen kendalanya dengan komitmen. Peran dari Dinas Kesehatan pada hal-hal tertentu perlu dipekuat lagi." (wawancara dilaksanakan di Kantor EMAS Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 26 Mei 2014 pukul 13:30 WIB).

2) Penolakan dari Rumah Sakit Swasta

Banyaknya fasilitas kesehatan atau pemberi layanan kesehatan dalam hal ini adalah Rumah Sakit yang menolak untuk diintervensi dengan Program EMAS. Hal ini terjadi karena Rumah Sakit tersebut sedang menjalankan program lain. Selain itu karena Rumah Sakit sangat susah untuk menerima adanya program baru. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari pemimpin Program EMAS di Sidoarjo, Bapak Singgih Pribadi:

> Pada awal Program EMAS dilaksanakan sangat susah sesali untuk bisa menjalankan program ini, susah untuk mencari dan meyakinkan Rumah Sakit agar mau diintervensi dengan Program EMAS. Banyak alasan yang diberikan salah satunya karena sedang menjalankan program yang lain." (wawancara dilaksanakan di Kantor EMAS Kabupaten Sidoarjo pada tanggal 26 Mei 2014 pukul 13:30 WIB).

3) Pembagian SDM yang tidak merata

Pembagian SDM atau tenaga kesehatan yang tidak merata baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit juga dapat penghambat pelaksanaan Program EMAS. Hal ini bisa terjadi dikarenakan apabila suatu Puskesmas mengalami kekurangan tenaga kesehatan maka pelayanan kepada masyarakat terutama kepada Ibu dan Bayi menjadi kurang maksimal. Hal

ini berdasarkan pernyataan dari Ketua Pelaksana Program EMAS yang juga merupakan bidan koordinator di Puskesmas Waru, Ibu Puji Astuti:

> "Kurangnya jumlah tenaga kesehatan sangat menghambat pelaksanaan Program EMAS di Puskesmas Waru, terutama dokter. Dokter di Puskesmas Waru ini sangat kurang, kemarin sudah ada dokter yang ditempatkan disini dan sudah mendapat pendampingan dari EMAS tapi kemudian dokter tersebut pindah. Jadi harus mengajukan pendatangan dokter lagi dan harus ada pendampingan lagi dari awal." (wawancara dilaksanakan di Puskesmas Waru pada tanggal14 Mei 2014 pukul 08:58 WIB).

E. Analisis Dan Interpretasi

1. Implementasi Program EMAS Sebagai Upaya untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu Dan Bayi Di Kabupaten Sidoarjo

Administrasi Pembangunan adalah seluruh usaha yang dilakukan oleh suatu masyarakat, maupun bangsa atau negara untuk memperbaiki tata kehidupannya sebagai suatu bangsa dalam berbagai aspek kehidupan bangsa tersebut dalam rangka usaha pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya (Siagian, 1988:4). Pembangunan di bidang kesehatan merupakan salah satu yang menjadi perhatian oleh pemerintah, karena kesehatan merupakan salah satu indikator pembangunan suatu negara terutama Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan pembangunan di bidang kesehatan terutama penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah dengan menerapkan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS). Program EMAS dikatakan sebagai program pembangunan karena Program EMAS memiliki tujuan untuk menurunkan AKI dan AKB sehingga dapat memperbaiki tata kehidupan suatu bangsa.

Pembangunan di suatu negara harus segera dilakukan terutama oleh negara-negara berkembang, karena saat ini negara-negara baik negara maju maupun negara berkembang telah memiliki komitmen bersama dalam menangani permasalahan utama pembangunan salah satunya adalah kesehatan melalui *Millenium Development Goals* (MDGs). Salah satu tujuan dengan diterapkannya Program EMAS adalah untuk mencapai MDGs nomor 4 dan 5 yaitu menurunkan kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu sehingga AKI dan AKB dapat menurun pada tahun 2015.

Millenium Development Goals (MDGs) merupakan suatu kesepakatan dan kemitraan global untuk memperbaiki kesejahteraan masyarakat yang ditunjukkan oleh paket berisi tujuan yang mempunyai batas waktu dan target terukur. Menurut sulistiyani (2004:129) kemitraan dapat dimaknai sebagai suatu bentuk persekutuan antara dua pihak atau lebih yang membentuk suatu ikatan kerjasama atas dasar kesepakatan dan rasa saling membutuhkan dalam rangka meningkatkan kapasitas dan kapabilitas di suatu bidang usaha tertentu, atau tujuan tertentu sehingga dapat memperoleh hasil yang lebih baik. Dalam upaya mewujudkan MDGs pada tahun 2015 Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan lembaga bantuan donor internasional yakni *United States Agency for International Development* (USAID) dengan menerapkan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) yang ditandai dengan penandatanganan MoU oleh Kementerian Kesehatan dan pihak USAID. Di kabupaten Sidoarjo penandatanganan perjanjian dilakukan oleh Bupati Sidoarjo Bapak Saiful Ilah bersama Anne Hyer, Chief of Party EMAS.Kerjasama antara Pemerintah

Indonesia *United States Agency for International Development* (USAID),merupakan suatu betuk kemitraan karena terdiri dari dua pihak yang memiliki suatu ikatan kerjasama yang berdasarkan kesepakatan. Suatu kemitraan dapat terbentuk apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:

a) Ada dua pihak atau lebih

Kemitraan yang dilakukan melalui Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) terdiri dari dua pihak yang bekerjasama antara lain oleh Kementerian Kesehatan dan *United States Agency for International Development* (USAID) yang dilaksanakan oleh Jhpiego dan bermitra dengan Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan, Muhammadiyah, *Save The Children*, dan RTI. Dalam penerapan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo pihak yang berwenang adalah Dinas Kesehatan kabupaten Sidoarjo yang dalam pelaksanaannya dibantu oleh Rumah Sakit dan Puskesmas.

b) Memiliki kesamaan visi dalam mencapai tujuan

Kementerian Kesehatan dan *United States Agency for International Development* (USAID) bekerjasama karena memiliki tujuan yang sama yang ingin dicapai yaitu untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Selain itu juga untuk mencapai *Millenium Development Goals* (MDGs) nomor 4 dan 5 yaitu menurunkan kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu.

c) Ada kesepakatan

Terdapat kesepakatan yang dibuat antara Kementerian Kesehatan dan *United States Agency for International Development* (USAID). Kesepakatan tersebut tertuang dalam MoU. Dalam penerapan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo kesepakatan sudah dibuat dengan penandatanganan MoU yang dilakukan oleh dilakukan oleh Bupati Sidoarjo Bapak Saiful Ilah bersama Anne Hyer, Chief of Party EMAS.

d) Saling membutuhkan

Syarat kemitraan agar dapat terbentuk adalah sikap saling membutuhkan antara kedua pihak yang bermitra atau bekerjasama. Kementerian Kesehatan membutuhkan bantuan dan dukungan dari *United States Agency for International Development* (USAID) terutama dalam bentuk bantuan pendanaan dan bantuan di bidang lainnya. Sedangkan *United States Agency for International Development* (USAID) bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan agar bisa cepat dalam membantu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Ruang lingkup Administrasi Pembangunan menurut Tjokroamindjojo (1986:14) yaitu: Pertama, mempunyai dua fungsi yaitu penyusunan kebijaksanaan penyempurnaan administrasi negara. Dalam hal ini usaha penyempurnaan organisasi, pembinaan lembaga yang diperlukan, kepegawaian, tata kerja dan pengurusan sarana-sarana administrasi lainnya. Ini disebut sebagai *the development of administration*. Fungsi lainnya adalah merumuskan kebijaksanaan-kebijaksanaan dan program-program pembangunan (diberbagai

bidang) serta pelaksanaannya secara efektif. Ini disebut juga sebagai *the administration of development.*

Pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo merupakan salah satu upaya pembangunan di bidang kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah pusat dalam hal ini adalah kementerian kesehatan yang bekerja sama dengan lembaga donor internasional yakni USAID yang yang dikhususkan untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Pembangunan dalam bidang kesehatan melalui Program EMAS ini sesuai dengan ruang lingkup administrasi pembangunan yaitu dilakukan melalui penyempurnaan terhadap sumber daya manusia terutama yang berada dalam bidang kesehatan, serta penyempurnaan dari fasilitas kesehatan yang dapat membantu untuk menunjang pelayanan di bidang kesehatan.

Kedua, administrasi untuk pembangunan ini dapat pula dibagi dalam dua sub fungsi, yaitu:

1) Perumusan kebijaksanaan pembangunan

   Berperan dalam formulasi kebijaksanaan-kebijaksanaan negara/pemerintah (*public policies*) dilakukan dalam proses administrasi tetapi juga dalam tingkat tertentu dalam proses politik. Seringkali kebijaksanaan dan program-program itu dirumuskan dalam suatu rencana pembangunan. Perumusan kebijakan yang berkaitan dengan pembangunan juga dilakukan sebelum pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Ditunjukknya Kabupaten Sidoarjo sebagai salah satu daerah yang pertama kali menerapkan Program EMAS ini dikarenakan AKI dan AKB yang tinggi dan

juga padatnya penduduk di Kabupaten Sidoarjo, selain itu juga dilihat dari program-program kesehatan lain yang memiliki tujuan serupa yakni untuk menurunkan AKI dan AKB yang belum berjalan efektif.

2) Pelaksanaan kebijaksanaan secara efektif

Pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo telah dilakukan secara efektif karena dilakukan dengan melakukan penyempurnaan dari segi administratif yaitu dengan adanya tim yang khusus untuk menangani pelaksanaan Program EMAS yang dipimpin oleh *District Team Leader* di setiap kabupaten yang menerapkan Program EMAS. Koordinasi dan pengawasan dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo yang dilakukan oleh *District Team Leader*dengan dibantu oleh anggotanya kepada setiap instansi pemerintah yang terkait maupun kepada Rumah Sakit dan Puskesmas yang melaksanakan Program EMAS.

Pengendalian Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dilakukan Oleh Dinas Kesehatan Kabupeten Sidoarjo sebagai institusi pemerintah yang bertanggung jawab dalam masalah kesehatan. Pengendalian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo sudah berjalan dengan baik karena koordinasi yang dilakukan secara rutin dan efektif, akan tetapi masih ada kekurangan, karena pengawasan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo terhadap Puskesmas maupun Rumah Sakit belum berjalan secara optimal.

Edward dalam Tarigan (2003:3), mengemukakan empat faktor yang merupakan syarat utama keberhasilan proses implementasi, yakni komunikasi,

sumber daya, sikap birokrasi atau pelaksana dan struktur organisasi termasuk tata aliran kerja birokrasi. Secara teknis kegiatan Program EMAS meliputi upaya penguatan kualitas pelayanan klinis kebidanan dan bayi baru lahir. Dilengkapi dengan upaya penguatan tata kelola (*governance*), serta pemanfaatan sistem Teknologi Informasi dan Komunikasi.

a) Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi maternal dan neonatal di Puskesmas dan Rumah Sakit

Setiap program memiliki ciri-ciri yang berbeda-beda antara program yang satu dengan yang lainnya. Akan tetapi, setiap program mempunyai sejumlah kesamaan melalui siklus pengelolaan program. Dalam melaksanakan suatu program ada beberapa siklus yang harus dilewati, yang pertama adalah perencanaan.Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, konseptualisasi dan identifikasi tidak dilakukan pada tingkat kabupaten, akan tetapi konseptualisasi program dilakukan di tingkat pusat antara Kementerian Kesehatan dengan USAID. Setelah konseptualisasi dan identifikasi dilakukan selanjutnya diterapkan ke 6 provinsi yang telah ditunjuk untuk melaksanakan Program EMAS.

Tahap kedua adalah dengan melakukan studi kelayakan. Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo studi kelayakan tidak dilakukan dan langsung masuk pada tahap ketiga yaitu tahap desain yang lebih menggambarkan secara rinci dan lebih detail dari suatu program. Pelaksanaan teknis program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dilakukan dengan penentuan *vanguard* yang terdiri dari Rumah Sakit dan Puskesmas

yang ditentukan berdasarkan kriteria tertentu antara lain kepadatan penduduk di suatu wilayah dan tingginya AKI dan AKB.Selain penentuan *vanguard*tahap teknis selanjutnya adalah dengan penguatan Sumber Daya Manusia.

Sumber Daya Manusia merupakan salah satu syarat utama dari keberhasilan pelaksanaan suatu program. Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, Sumber Daya Manusia menjadi faktor utama penentu keberhasilan karena dalam meningkatkan kualitas pelayanan emergensi maternal dan neonatal dilakukan dengan penguatan terhadap Sumber Daya Manusia melalui *skill assessment* dalam hal ini adalah tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, dan perawat. *Skill assessment* ini dilakukan untuk melihat sejauh mana kemampuan yang dimiliki oleh para tenaga kesehatan. *Skill assessment* dilakukan sebagai langkah awal sebelum dilakukan penguatan kualitas sumber daya manusia melalui pendampingan yang dilakukan oleh Tim koordinasi pelaksana Program EMAS Kabupaten Sidoarjo.

Pendampingan yang dilakukan kepada seluruh tenaga kesehatan baik dari Puskesmas maupun Rumah Sakit merupakan upaya pembangunan kesehatan yang berkesinambungan dan berkelanjutan. Karena dengan adanya pendampingan maka kemampuan yang dimiliki tenaga kesehatan akan mengalami peningkatan dan akan semakin baik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Selain memberikan pendampingan, hal yang dilakukan dengan penerapan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo adalah dengan memberikan bantuan berupa alat-alat kesehatan terutama pada Puskesmas yang dapat menunjang dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat agar lebih maksimal.Pemberian bantuan fasilitas berupa alat-alat kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan dari Rumah Sakit maupun Puskesmas yang bisa berbeda antara satu dengan lainnya. Penyesuaian kebutuhan alat-alat kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas ini sesuai jika dilihat dari segi ekonomi pelaksanaan suatu program. Dalam pelaksanaan suatu program segi ekonomi dan pembiayaan merupakan hal yang sangat penting. Karena tanpa adanya pembiayaan suatu program tidak akan berjalan dengan maksimal. Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, sumber pendanaan sepenuhnya berasal dari USAID selaku lembaga donor internasional yang berperan untuk memberikan bantuan-bantuan terutama di negara-negara berkembang.

Pemberian bantuan fasilitas ataupun alat-alat kesehatan ini bukanlah hal utama yang harus dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS, namunapabila fasilitas atau alat-alat kesehatan tersebut sangat dibutuhkan maka bantuan akan diberikan baik oleh Dinas Kesehatan maupun oleh Tim EMAS.Akan tetapi tidak semua alat-alat kesehatan yang dibutuhkan oleh puskesmas bisa dipuenuhi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo maupun oleh Tim EMAS. Hal tersebut bisa terjadi karena adanya skala prioritas yang dilihat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dan

banyaknya puskesmas yang melaksanakan Program EMAS dan membutuhkan bantuan alat-alat kesehatan.

Dengan perbaikan fasilitas atau bantuan peralatan kesehatan yang dapat menunjang pelayanan kesehatan serta *skill*atau kemampuan dari tenaga kesehatan yang memadai baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas-puskesmas di Kabupaten Sidoarjo ini telah meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien dan penanganan yang diberikan semakin cepat dan baik.

b) Memperkuat sistem rujukan agar dapat berfungsi secara optimal

Menurut Siagian yang dikutip oleh Zauhar (1993:4-5), Pada tahap perencanaan dalam siklus pengelolaan program dan proyek, hal yang perlu dilakukan adalah melakukan studi kelayakan yang harus memuat informasi serta analisis salah satunya adalah yang berkaitan dengan Segi teknis suatu proyek, khususnya dalam pelaksanaan dan pengoperasian proyek.Secara teknis pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dilakukan melalui penguatan sistem rujukan. Penguatan sistem rujukan dilakukan dengan pemanfaatan teknologi informasi melalui SIJARIEMAS. Penerapan SIJARIEMAS dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo sudah berjalan sesuai dengan yang seharusnya dilakukan, yaitu dengan menggunakan SMS *call center* maupun dengan menggunakan telepon ketika akan melakukan rujukan dari puskesmas ke Rumah Sakit.

Memperkuat sistem rujukan melalui SIJARIEMAS dalam pelaksaaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini merupakan langkah baru yang sangat bagus untuk dilakukan. Pemanfaatan teknologi untuk memperbaiki sistem rujukan harus didukung dengan Sumber Daya Manusia yang mampu mengoperasikan sistem yang ada. Hal inilah yang dapat sedikit menghambat dalam penggunaan SIJARIEMAS karena kurangnya kemampuan untuk mengoperasikan teknologi yang ada. Sehingga dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini pendampingan dan pelatihan juga dilakukan kepada Sumber Daya Manusia non kesehatan terutama dalam pengelolaan Teknologi Informasi dan Komunikasi. Hal tersebut dilakukan agar Sumber Daya Manusiayang ada mampu mengoperasikan SIJARIEMAS agar sistem rujukan yang dibangun tersebut dapat dimanfaatkan dengan baik.

Dengan diterapkannya SIJARIEMAS, telah mempermudah untuk melaksanakan rujukan, karena pemberitahuan rujukan bisa dilakukan sebelum seorang pasien akan dirujuk ke suatu Rumah Sakit, dan konfirmasi yang dilakukan oleh Rumah Sakit bisa dilakukan lebih cepat karena sudah ada sistem sendiri yang mengatur proses rujukan. Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, penerapan SIJARIEMAS sangat membantu dalam pelaksanaan rujukan sehingga pasien yang dirujuk ke Rumah Sakit bisa sampai dengan cepat dan pada saat sampai di tempat rujukan bisa langsaung segera ditangani oleh para dokter yang bertugas karena sebelumnya pada saat akan melakukan rujukan, petugas puskesmas

atau tempat awal sebelum dirujuk ke rumah sakit harus serta menginformasikan kondisi kesehatan pasien yang akan dirujuk.

a. Aktor-aktor yang terlibat dalam program EMAS

Lembaga Administrasi Negara menyebutkan, *good governance* penyelenggaraan negara dengan tetap menjaga solidaritas dan sinergi antara domain-domain negara, sektor swasta dan masyarakat. Sehingga tata pemerintahan yang baik memiliki 3 komponen penting yang saling bekerja sama dan berhubungan, komponen tersebut adalah (Basuki dan Shofyan, 2006:9) negara/pemerintahan, sektor swasta dan masyarakat.

Komponen-komponen atau aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo terdiri dari 3 komponen penting dalam tata pemerintahan yang baik, yaitu negara/pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat. Instansi pemerintah yang terlibat dalam pelaksanaan program EMAS adalah Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten, sektor terkait lainnya baik organisasi profesi, Organisasi Perangkat Daerah (OPD) terkait.Selain itu pemerintah juga tergabung dalam Tim Koordinasi Program Emas Kabupaten Sidoarjo, antara lain dari Bupati, Wakil Bupati, Asisten 1 Sekretaris Daerah Bidang Kesejahteraan Rakyat, BAPPEDA, BPNBKP.

Peran pemerintahdalam pelaksanaan Program EMAS Kabupaten Sidoarjo ini adalah untuk membuat peraturan ataupun Surat Keputusan yakni melalui SK Bupati nomor 188/952/404.1.3.2/2012 tentang Tim

Koordinasi Pelaksanaan Program Emas Kabupaten Sidoarjo. Selain itupemerintah berfungsi untuk memfasilitasi kegiatan-kegiatan Program EMAS seperti pertemuan yang dilakukan oleh aktor-aktor yang terlibat baik di tingkat Provinsi maupun Kabupaten.Pemerintah dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo juga berperan sebagai penanggung jawab program, karena segala sesuatu yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat di wilayah kabupaten menjadi tanggung jawab dari Dinas Kesehatan.Namun dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo peran Dinas Kesehatan Kabupaten sedikit kurang maksimal. Hal itu terjadi karena program kesehatan yang sedang dijalankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo bukan hanya Program EMAS semata, melainkan banyak program-program lainnya, sehingga perhatian yang diberikan terhadap Program EMAS menjadi kurang maksimal.

Keterlibatan dari sektor swasta dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini hanya terbatas pada Rumah Sakit swasta yang turut menjadi *vanguard* Program EMAS. Selain itu keterlibatan pihak swasta juga datang dari perusahaan-perusahaan melalui dana *Corporate Social Responsibility* (CSR). Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini perusahaan yang telah menyalurkan dana CSR adalah dari perusahaan Latulip. Perusahaan Latulip memberikan bantuan dengan membiayai kegiatan yang berhubungan dengan Kesehatan Ibu dan Bayi.

Menurut Sjamsuddin (2005:27), tindakan yang dapat dilakukan oleh sektor swasta adalah Menjalankan industri; menciptakan lapangan kerja; Menyediakan insentif bagi karyawan; Meningkatkan standar kehidupan masyarakat; memelihara lingkungan hidup; Menaati peraturan; Melakukan transfer ilmu pengetahuan dan teknologi pada masyarakat; Menyediakan kredit bagi pengembangan UKM. Namun dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, peran pihak swasta sangat kurang. Peran Rumah Sakit swasta dalam pelaksanaan Program EMAS adalah untuk membantu Rumah Sakit Umum dalam menerima rujukan yang datang dari puskesmas agar tidak terjadi penumpukan pasien di Rumah Sakit Umum. Rumah Sakit swasta dalam melaksanakan Program EMAS mengikuti seluruh peraturan yang telah di buat dan berkewajiban memberikan laporan tentang perkembangan dari pelaksanaan Program EMAS kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

Selain dari sektor pemerintah dan sektor swasta, masyarakat juga terlibat dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Keterlibatan masyarakat dalam program ini adalah melalui Forum Masyarakat Madani (FMM). Menurut Sjamsuddin (2005:27), Masyarakat madani adalah sebuah kepemerintahan tidak akan lepas dari peran masyarakat. Peran tersebut salah satunya adalah sebagai berikut: Menjaga agar hak-hak masyarakat terlindungi; Mempengaruhi kebijakan; Berfungsi sebagai sarana *check and balances* pemerintah; Mengawasi

penyalahgunaan kewenangan sosial pemerintah; mengembangkan SDM; Berfungsi sebagai sarana berkomunikasi antar anggota masyarakat.

Forum Masyarakat Madani (FMM) dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dibentuk di setiap puskesmas yang menjadi *vanguard* Program EMAS. FMM telah menjalankan peran dan fungsinya dengan baik yaitu dengan memberikan pendampingan kepada masyarakat terutama ibu hamil, selain itu juga dengan menerima serta menampung setiap keluhan, saran maupun kritik yang disampaikan oleh masyarakat mengenai program. Sebelum bisa memberikan pendampingan kepada masyarakat atau ibu-ibu hamil, masyarakat yang tergabung dalam Forum Masyarakat Madani (FMM) terlebih dahulu akan diberi pembinaan oleh bidan-bidan yang berada di puskesmas agar dalam melakukan pendampingan kepada ibu hamil dapat memberikan pengetahuan yang sama dengan yang diberikan oleh para tenaga kesehatan di puskesmas. Hal tersebut sesuai dengan komponen penyelenggaraan kesehatan menurut Rahmat (2004), bahwa pemberdayaan kesehatan merupakan salah satu komponen yang penting dalam pembangunan di bidang kesehatan, dan pemerintah mempunyai kewajiban dan wewenang untuk membina, mendorong dan menggerakkan swadaya masyarakat agar dapat lebih berhasil guna dan berdayaguna.

Forum Masyarakat Madani (FMM) banyak terdapat di wilayah puskesmas-puskesmas. Seperti yang terjadi di Puskesmas Waru, Puskesmas Waru banyak sekali memiliki kader-kader KIA yang berasal

dari masyarakat yang memiliki kepedulian terhadap KIA dan tergabung dalam Forum Masyarakat Madani (FMM). Kader-kader KIA tersebut menampung segala keluhan dan masukan yang berasal dari masyarakat yang ditujukan kepada puskesmas, dengan begitu maka Puskesmas Waru mengetahui apa yang dibutuhkan oleh masyarakat sehingga, hak-hak dari masyarakat dapat terpenuhi. Selain itu, kader-kader KIA tersebut juga melakukan pendampingan terhadap ibu hamil yang berada di sekitar wilayah Puskesmas Waru dan memberikan informasi-informasi terkait dengan kehamilan, agar ibu-ibu hamil tersebut dapat mengetahui kondisi kehamilannya sendiri sehingga dapat mencegah dan mengurangi resiko kematian pada saat melahirkan.

Dalam pelaksanaann Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, Forum Masyarakat Madani (FMM) juga bisa mempengaruhi kebijakan, karena FMM juga dilibatkan dalam kegiatan rapat atau pertemuan yang dilakukan oleh aktor-aktor pelaksana program. Dalam kegiatan pertemuan, FMM dapat menyampaikan hal-hal yang dibutuhkan oleh masyarakat, sehingga dapat menjadi pertimbangan terhadap keputusan yang nantinya akan di ambil terkait pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo.

b. Koordinasi atau hubungan antar aktor-aktor yang terlibat dalam program EMAS

Monitoring merupakan serangkaian kegiatan mengikuti, mengamati dan melacak jalannya pelaksanaan program dan proyek pembangunan dengan menggunakan sistem pelaporan dan tujuan langsung ke lokasi agar

memperoleh data dan informasi yang jelas serta menghimpun masalah yang ada untuk segera dijadikan alternatif pemecah sebagai input penyempurnaan.

Monitoring yang dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dan Tim Koordinasi pelaksana Program EMAS. Monitoring merupakan salah satu bentuk koordinasi yang dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini untuk mengamati dan mengawasi secara terus-menerus terkait pelaksanaan program. Bentuk koordinasi yang dilakukan adalah melalui sistem pelaporan yang dilakukan secara rutin setiap bulan. Laporan tersebut dibuat oleh setiap *vanguard* Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo baik Puskesmas maupun Rumah Sakit.

Koordinasi dalam bentuk pelaporan secara tertulis yang berperan aktif adalah Tim EMAS Kabupaten Sidoarjo, karena setiap bulan anggota dari Tim EMAS mengambil secara langsung laporan tersebut dari puskesmas dan Rumah Sakit. Hal tersebut juga dilakukan untuk melakukan kunjungan serta pengamati perkembangan kegiatan pelaksanaan program yang sedang dilakukan di puskesmas maupun Rumah Sakit apakah sudah berjalan sesuai dengan pedoman dan aturan yang telah ditentukan. Kunjungan yang dilakukan oleh Tim EMAS tersebut juga dilakukan untuk menguji atau membuktikan kebenaran

laporan yang telah disampaikan oleh pihak puskesmas maupun Rumah Sakit.

Berbeda halnya dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Dinas kesehatan Kabupaten sidoarjo tidak melakukan *monitoring* atau koordinasi dengan kunjungan atau pengamatan secara langsung di puskesmas dan Rumah Sakit.Hal itu terjadi karena Dinas Kesehatan hanya menerima laporan yang disampaikan setiap bulannya. Laporan yang disampaikan kepada Dinas Kesehatan didalamnya termasuk laporan semua program kesehatan yang dijalankan oleh Dinas Kesehatan, bukan hanya laporan Program EMAS semata. Koordinasi yang dilakukan melalui pelaporan ini merupakan hal yang efektif, karena dengan melalui pelaporan tertulis maka perkembangan pelaksanaan program dapat termonitor dengan baik dan lebih mendetail.

Selain melalui pelaporan, koordinasi antar aktor yang dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo adalah melalui pertemuan dan rapat. Koordinasi melalui pertemuan dan rapat ini juga merupakan bentuk *monitoring* yang efektif dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Karena dengan melakukan rapat, maka seluruh aktor yang terlibat dalam pelaksanaan program akan dapat bertemu secara langsung dan saling mendapatkan informasi yang dibutuhkan untuk bisa membantu melanjutkan pelaksanaan program. Selain itu, dengan melalui pertemuan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo ataupun Tim EMAS Program EMAS dapat memberikan komando atau perintah secara

langsung dan lebih efektif karena rapat sudah diikuti oleh seluruh aktor yang telibat dalam pelaksanaan program.

Koordinasi yang dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo melalui pelaporan dan rapat sudah efektif dilakukan. Hal tersebut bisa dilihat dari komunikasi antar aktor yang berjalan dengan baik, serta antar aktor yang dapat bekerjasama dengan baik untuk bisa mewujudkan tujuan yang telah ditentukan.Namun memasuki tahun ketiga pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini, intensitas kegiatan rapat sudah mulai berkurang, tidak seperti pada tahun-tahun awal pelaksanaan karena Kabupaten Sidoarjo sudah menjadi mentor bagi daerah lain dalam melaksanakan Program EMAS sehingga kegiatan yang dilakukan oleh aktor-aktor menjadi semakin padat. Walaupun demikian kegiatan rapat koordinasi juga masih sering dilakukan namun rapat tersebut dilakukan di tingkat provinsi.

c. Struktur Pelaksana Program EMAS

Dalam teori *governance*, peran pemerintah dalam melaksanakan penyediaan *public goods and service* (kebutuhan dan pelayanan publik) cukup hanya untuk memberi arahan (*streering*), bukan sebagai satu-satunya pelaku (*rowing*), sebagaimana dimaksud dalam konsep model pemerintahan *enterpreneurship*dari Osborne & Ted Gaebler (1992) dalam *Reinventing Government* dari Osborne & Peter Plastrik (1997) dalam *Banishing Bueraucracy*.

Pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, peran pemerintah masih sangat penting karena sektor pemerintah dalam hal ini terutama Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo memiliki tugas yang sangat penting dalam pelaksanaan program walaupun sektor pemerintah bukanlah satu-satunya pelaku dalam pelaksanaan program. Dalam struktur organisasi tim pelaksana Program EMAS Kabupaten Sidoarjo dapat dilihat bahwa sektor swasta dan masyarakat juga ikut berperan dalam pelaksanaan program sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi. Dengan struktur organisasi tim pelaksana Program di atas pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo bisa berjalan dengan baik karena setiap anggota telah mempunyai tugas masing masing sehingga penyelesaian tugas bisa berjalan secara cepat dan efektif. Seperti tim teknis Program EMAS yaitu Dinas Kesehatan khususnya bidang pelayanan kesehatan yang bertugas mendorong penerapan praktek-praktek program di Rumah Sakit maupun puskesmas sedangkan tim pengarah yaitu Asisten 1 Sekretariat Daerah yang bertugas untuk mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Dengan pembagian tugas tersebut maka pelaksanaan kegiatan program menjadi semakin efektif dan efisien.

d. Hasil yang Dicapai Terkait Penerapan Program EMAS

Menurut Zauhar (1993: 11-16), evaluasi adalah proses pengukuran atau pengenalan yang berusaha untuk menentukan mengapa kejadian dalam pelaksanaan tingkat keluaran program belum atau telah tercapai.

Tujuan pokok evaluasi adalah status akhir proyek yang akan menjadi landasan untuk meningkatkan kebijaksanaan tentang program pembangunan berikutnya. Tujuan akhir dengan adanya Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo adalah untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Pelaksanaaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo yang telah berjalan selama dua tahun belum bisa mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) secara signifikan. Hal tersebut memperlihatkan bahwa tujuan program belum tercapai. Akan tetapi jika dilihat dari proses pelaksanaannya pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo telah membawa perubahan ke arah yang lebih baik dengan meningkatnya kemampuan dari para tenaga kesehatan serta semakin baiknya teknologi yang digunakan untuk mempermudah sistem rujukan.

Hasil yang dicapai selama pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dijadikan sebagai pertimbangan untuk melakukan intervensi kepada daerah lain untuk bisa menerapkan Program EMAS di daerahnya. Hal tersebut terbukti dengan dipilihnya Kabupaten Sidoarjo sebagai mentor dalam melaksanakan Program EMAS di Kabupaten Jombang dan Pasuruan.Dengan dipilihnya Kabupaten Sidoarjo sebagai mentor bagi daerah lain dalam melaksanakan Program EMAS maka sudah terbukti bahwa pelaksanaan Program EMAS sudah berjalan dengan baik walaupun jika dilihat dari hasil akhir terkait AKI dan AKB belum menurun secara drastis. Karena proses rujukan maupun penanganan oleh

tenaga kesehatan yang kurang baik bukan satu-satunya penyebab dari kematian ibu dan bayi.

Program EMAS merupakan program yang berdurasi selama lima tahun. Dan pada saat ini pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo sudah memasuki tahun ketiga. Hasil yang sudah telihat selama pelaksanaan program bisa dijadikan pertimbangan untuk penentuan kebijakan tentang pelaksanaan program selanjutnya setelah jangka waktu yang ditentukan telah berakhir. Akan tetapi dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo kelanjutan pelaksanaan program belum bisa ditentukan karena Program EMAS merupakan program nasional dan program kerjasama pemerintah dengan USAID, maka kelangsungan pelaksanaan program selanjutnya dilakukan pertimbangan-pertimbangan terlebih dahulu.

e. Persepsi Aktor dan Sasaran Terhadap Program EMAS

Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo melibatkan banyak sekali aktor dalam pelaksanaannya, selain itu sasaran dari Program EMAS ini bukan hanya dari ibu dan bayi saja, melainkan dari para tenaga kesehatan itu sendiri. Sebagian besar aktor maupun sasaran dari Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo menanggapi dengan positif dan sangat menyambut baik dengan adanya Program ini. Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dianggap mampu untuk membawa ke arah yang lebih baik terutama dalam upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) melalui penguatan pelayanan kegawatdaruratan dan

penguatan sistem rujukan. Dengan dilakukan peguatan terhadap pelayanan kegawatdaruratan melalui kegiatan pendampingan serta penguatan sistem rujukan melalui pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi memberikan manfaat yang sangat besar terutama bagi SDM nya baik SDM kesehatan maupun SDM non Kesehatan. Karena pelajaran yang diberikan melalui Program EMAS ini bisa terus digunakan bahkan jika Program EMAS ini sudah berakhir pelaksanaannya.

Pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo telah terbukti membawa dampak yang baik, walaupun jika dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih belum terlihat selama 2 tahun dilaksanakannya program. Untuk dapat menurunkan AKI dan AKB diperlukan waktu yang sedikit lebih lama, karena pelayanan kegawatdaruratan dan sistem rujukan bukan satu-satunya penyebab dari kematian ibu dan bayi.

Walaupun dari segi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) belum menunjukkan hasil yang signifikan namun Kabupaten Sidoarjo telah menjadi mentor bagi daerah lain dalam pelaksanaan Program EMAS. Daerah yang mendapat mentoring dari Kabupaten Sidoarjo dalam pelaksanaan Program EMAS antara lain Kabupaten Jombang dan Pasuruan. Hal tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan Program EMAS di Sidoarjo sudah sangat baik, sehingga mampu menjadi mentor bagi daerah lain.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo

a. Faktor pendukung pelaksanaan Program EMAS

1) Sumber Daya Manusia

Menurut Rachmat (2004), dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, Sumber Daya Manusia merupakan komponen yang sangat penting. Demikian pula dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, Sumber Daya Manusia dalam hal ini adalah tenaga kesehatan seperti Dokter, Bidan, dan perawat merupakan faktor pendukung dalam pelaksanaan program. Karena secara teknis pelaksanaan Program EMAS ini dilakukan dengan pengembangan dan pemberdayaan Sumber Daya Manusia di bidang kesehatan.

Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan mencakup tiga unsur utama, yaitu perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan SDM kesehatan. Perencanaan SDM kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan SDM kesehatan, perencanaan program, analisa dan desain pekerjaan serta sistem informasi SDM kesehatan. Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, seluruh SDM kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit maupun puskesmas yang menjadi *vanguard* Program EMAS termasuk dalam daftar SDM yang akan dilakukan pengembangan dan pemberdayaan. Seluruh SDM kesehatan tersebut akan dilakukan *skill assessment* untuk dilihat sejauh mana kemampuan yang dimiliki oleh para tenaga kesehatan tersebut.

Pengadaan SDM kesehatan, meliputi: pendidikan dan pelatihan SDM kesehatan. Seluruh tenaga kesehatan yang telah diketahui kemampuannya melalui *skill assessment* mendapatkan pendampingan yang dilakukan oleh Tim EMAS Kabupaten Sidoarjo yang dalam hal ini adalah Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan (LKBK) yang dibantu oleh para dokter dan bidan senior. Pendampingan tersebut sangat efektif untuk bisa secara cepat meningkatkan kemampuan para tenaga kesehatan karena para tenaga kesehatan tersebut bisa langsung mendapat pengarahan secara langsung dalam memberikan penanganan terhadap pasien dan bisa dipraktekkan secara langsung.

Kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh tim EMAS ini sangat bagus sekali karena dapat memberikan manfaat yang sangat besar baik bagi para tenaga kesehatan maupun kepada pasien sendiri. Karena dengan adanya pendampingan tersebut kemampuan yang dimiliki oleh bidan maupun perawat terutama yang berada di puskesmas juga akan meningkat. Sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan di puskesmas juga semakin baik. Dan mampu memberikan penanganan emergensi dasar terhadap pasien sebelum dilakukan rujukan ke Rumah Sakit. Selain itu dengan semakin baiknya kemampuan yang dimiliki akan sangat bermanfaat karena mampu memberikan atau membagi ilmu kepada tenaga kesehatan yang lain apabila Program EMAS sudah selesai dilakukan.

Sumber Daya Manusia di bidang kesehatan merupakan faktor yang sangat penting dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo,

karena jika tidak ada keterlibatan SDM kesehatan dalam program ini maka Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo tidak akan bisa berjalan.

2) Pengadaan Fasilitas dan Alat-alat Kesehatan

Salah satu ciri-ciri yang harus dimiliki suatu program menurut Zauhar (1993:1) adalah penentuan dari peralatan yang terbaik untuk mencapai tujuan. Fasilitas dan alat-alat kesehatan juga merupakan salah satu alat yang digunakan di dalam Program EMAS untuk mencapai tujuan utama yakni turunnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Penurut peneliti, pengadaan fasilitas dan alat-alat kesehatan ini sangat penting untuk dilakukan. Karena dengan adanya fasilitas yang semakin lengkap maka pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat akan semakin maksimal disamping telah meningkatnya kemampuan yang dimiliki oleh para tenaga kesehatan.

Pengadaan fasilitas dan alat-alat kesehatan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dapat dijadikan sebagai pendukung atau alat bantu untuk bisa mencapai tujuan program. Seperti bantuan inkubator yang diberikan kepada Puskesmas Sedati dapat digunakan untuk merawat bayi-bayi yang terlahir secara prematur dan membutuhkan perawatan yang intensif sehingga dapat mencegah terjadinya kematian bayi.

b. Faktor penghambat pelaksanaan Program EMAS

1) Komitmen dari Pemerintah Daerah

Menurut Sjamsuddin (2005:27), tugas dan kewenangan dari sektor pemerintah adalah menciptakan kondisi politik, ekonomi, dan sosial yang stabil; membuat peraturan yang efektif dan berkeadilan; menyediakan *public service* yang efektif dan *accountable*; menegakkan HAM; melindungi lingkungan hidup; mengurus standar kesehatan dan standar keselamatan publik. Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program adalah Dinas Kesehatan, karena seluruh kegiatan yang berkaitan dengan kegiatan maupun program-program kesehatan untuk masyarakat Sidoarjo menjadi tanggung jawab dari Dinas Kesehatan.

Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, dalam beberapa hal dukungan dari Dinas Kesehatan masih kurang maksimal. Hal tersebut bisa terjadi karena program kesehatan yang dijalankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo bukan hanya Program EMAS saja sehingga perhatian yang diberikan dalam Program EMAS menjadi kurang maksimal. Seperti yang terjadi dalam pelaksanaan Program EMAS di puskesmas-puskesmas. Keterlibatan secara langsung atau intervensi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan sangat kurang maksimal. Hal tersebut akan mengganggu kondisi sosial yang sebelumnya sudah terjalin hubungan yang sangat baik antar aktor yang terlibat, sehingga nantinya bisa menghambat pelaksanaan Program EMAS terutama yang ada di

puskesmas. Diharapkan dukungan dari pemerintah daerah terutama Dinas Kesehatan akan berjalan secara berkelanjutan.

2) Penolakan dari Rumah Sakit

Program EMAS merupakan program baru yang belum pernah diterapkan sebelumnya. Pada awal pelaksanaan program, penentuan *vanguard* sangat sulit dilakukan karena banyak Rumah Sakit yang menolak untuk diintervensi dengan Program EMAS. Terutama Rumah Sakit Swasta.Jika dilihat berdasarkan teori *governance* menurut Sjamsuddin (2005: 27) sektor swasta menjadi sangat penting ketika dikaitkan dengan kepemerintahan. Tindakan yang dapat dilakukan oleh sektor swasta adalah Menjalankan industri; menciptakan lapangan kerja; Menyediakan insentif bagi karyawan; Meningkatkan standar kehidupan masyarakat; memelihara lingkungan hidup; Menaati peraturan; Melakukan transfer ilmu pengetahuan dan teknologi pada masyarakat; Menyediakan kredit bagi pengembangan UKM. Dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini Rumah Sakit Swasta tidak bertindak sesuai dengan perannya dalam keterkaitan dengan kepemerintahan. Selain itu, Rumah Sakit Swasta tersebut tidak berperan dalam upaya untuk meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat melalui penurunan AKI dan AKB.

Penolakan dari Rumah Sakit Swasta untuk diintervensi dengan Program EMAS terjadi karena beberapa hal. Salah satu penyebabnya adalah Rumah Sakit tersebut sedang menjalankan program lain. Selain itu karena Rumah Sakit sangat susah untuk menerima adanya program

baru.Karena dengan diterapkannya program baru ditakutkan pelaksanaan program yang lama menjadi terganggu.

Menurut peneliti penolakan dari Rumah Sakit untuk dijadikan *vanguard* dalam pelaksanaan Program EMAS bisa membuat pelaksanaan program EMAS menjadi kurang maksimal, karena apabila banyak Rumah Sakit yang bersedia untuk dijadikan vanguard maka ruang lingkup wilayah yang diintervensi dengan Program EMAS akan semakin luas. Dengan semakin luasnya wilayah di Kabupaten Sidoarjo yang diintervensi dengan Program EMAS, maka semakin banyak tenaga kesehatan yang mendapat pendampingan, semakin teratur sistem rujukan ke Rumah Sakit, maka pada akhirnya upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) akan semakin cepat terwujud.

3) Pembagian SDM yang tidak merata

Salah satu dari tiga unsur utama dalam pengembangan dan pemberdayaan Sumber Daya Manusia kesehatan menurut Rahman (2004) adalah dengan pendayagunaan SDM Kesehatan yang meliputi: rekruitmen, seleksi, penempatan, pengembangan, evaluasi, pemberian kompensasi serta pembinaan dan pengawasan SDM kesehatan. Penempatan tenaga kesehatan yang dilakukan dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini berjalan tidak merata.Penempatan dan pembagian SDM atau tenaga kesehatan yang tidak merata baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit juga dapat penghambat pelaksanaan Program EMAS. Hal ini bisa terjadi dikarenakan apabila suatu Puskesmas mengalami kekurangan

tenaga kesehatan maka pelayanan kepada masyarakat terutama kepada Ibu dan Bayi menjadi kurang maksimal.

Pembagian tenaga kesehatan yang tidak merata akan membuat pelaksanaan Program EMAS di puskesmas-puskesmas akan terjadi ketimpangan. Seperti yang terjadi antara Puskesmas Sedati dan Puskesmas Waru. Pelaksanaan Program EMAS di Puskesmas Sedati berjalan lebih baik daripada pelaksanaan Program EMAS di Puskesmas Waru. Hal ini terjadi karena di Puskesmas Waru jumlah tenaga kesehatan terutama dokter masih sangat kurang, walaupun Puskesmas Waru sudah berstatus puskesmas PONED. Sedangkan Pusesmas Sedati yang belum memiliki status PONED mampu melaksanakan Program EMAS dengan baik bahkan mampu menjadi mentor bagi daerah lain.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari penelitian yang telah diuraikan sesuai dengan fokus yang telah ditetapkan, maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan,antara lain sebagai berikut:

1. Berdasarkan Hasil penelitian di lapangan, penulis menyimpulkan bahwa implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, dalam upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan Ibu dan Bayisudah berjalan dengan baik. Pelaksanaan kegiatannya difokuskan dengan memperbaiki pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal yang dilakukan melalui kegiatan pendampingan kepada tenaga kesehatan,selain itu dengan memperbaiki sistem rujukan dengan memanfaatkan Teknologi Informasi dan Komunikasi.

   a. Aktor-aktor pelaksanan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo

      Aktor yang terlibat dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo terdiri dari sektor pemerintah, swasta dan masyarakat. Dari sektor pemerintah yang terlibat adalah dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo khususnya adalah pada bagian yang menangani Kesehatan Ibu dan Bayi yang berada pada bidang Pelayanan Kesehatan. Selain itu juga dari Tim EMAS Sidoarjo, yang merupakan tim khusus yang dibentuk untuk melaksanakan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo.

Keterlibatan pihak swasta yang berasal dari RS swasta, sedangkan keterlibatan dari masyarakat melalui Forum Masyarakat Madani yang ada di tiap-tiap Puskesmas *vanguard* Program EMAS.

b. Koordinasi antar aktor-aktor yang terlibat program EMAS

Koordinasi antar actor-aktor dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo sudah berjalan secara efektif. Koordinasi antar aktor dilakukan melalui pertemuan dan rapat untuk memantau proses serta progres pelaksanaan Program EMAS serta melalui sistem pelaporan tertulis terkait hasil program yang dilakukan secara rutin setiap bulan.

c. Struktur pelaksana Program EMAS

Struktur tim pelaksanaan Program EMAS Kabupaten Sidoarjo sudah terbentuk secara efektif dan efisien dengan terbagi menjadi tim pengarah dan tim teknis. Tim pengarah yang terdiri dari SKPD bertugas memberikan arahan dan mengendalikan Program EMAS sedangkan tim teknis yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo bertugas untuk mendorong penerapan praktek-praktek program di Rumah Sakit maupun puskesmas.

d. Hasil yang dicapai terkait penerapan Program EMAS

Hasil dari pelaksanaan Program EMAS dapat dilihat berdasarkan *output* dan *outcome*. Berdasarkan *output*hasilnya sudah terlihat dari semakin baiknya pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonataldengan meningkatnya kemampuan yang dimiliki tenaga kesehatan, selain

itusistem rujukan yang semakin baik dengan pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi melalui SIJARIEMAS.Apabila dilihat berdasarkan *outcome* hasil pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo berdasarkan menurunnta AKI dan AKB belum terlihat secara signifikan karena pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini hanya dilaksanakan di daerah-daerah yang puskesmas nya menjadi *vanguard* Program EMAS yaitu hanya 8 puskesmas dan belum dilaksanakan di seluruh daerah di Kabupaten Sidoarjo, selain itu jumlah kelahiran yang ada di Kabupaten Sidoarjo sangat tinggi apabila dibandingkan dengan daerah lainnya.

e. Persepsi aktor dan sasaran terkait penerapan Program EMAS

Aktor-aktor dan sasaran dari Program menanggapi secara positif dengan dilaksanakannya Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Karena dengan dilaksanakannya Program EMAS di Kabupaten memberikan manfaat yang sangat besar terutama manfaat bagi tenaga kesehatan yang mendapat pendampingan dari Tim EMAS.

2. Adapun faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo adalah sebagai berikut:

a. Faktor-faktor yang dapat mendukung pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo sehingga dapat berjalan dengan lancar antara lain: Sumber Daya Manusia dalam hal ini adalah tenaga kesehatan, serta pengadaan fasilitas dan alat-alat kesehatan.

b. Sedangkan faktor-faktor yang dapat menghambat pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo antara lain: Komitmen atau dukungan dari Pemerintah Daerah, penolakan dari Rumah Sakit terutama dari Rumah Sakit Swasta, pembagian SDM kesehatan yang kurang merata terutama di puskesmas-puskesmas.

B. Saran

Untuk mencapai tujuan dari implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, maka ada beberapa hal penting yang dapat menjadi masukan kepada pihak yang terkait, antara lain:

1. Dari faktor penghambat yang ada, perlu adanya suatu tindakan agar nantinya masalah yang timbul tidak menjadi masalah yang besar sehingga akan menyulitkan pelaksanaan Program EMAS.
   a. Komitmen atau dukungan dari Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan Program EMAS harus dilakukan secara berkelanjutan, serta melakukan kontrol langsung terhadap pelaksanaan Program EMAS terutama di puskesmas. Selain itu turut serta dalam melakukan pendampingan kepada tenaga kesehatan dan pendampingan tersebut seharusnya dilakukan secara berkelanjutan pula.
   b. Agar tidak terjadi penolakan dari Rumah Sakit terutama Rumah Sakit Swasta seharusnya dilakukan sosialisasi terlebih dahulu kepada Rumah Sakit yang hendak diintervensi dengan Program EMAS, selain itu dengan menunjukkan hasil yang telah dicapai dari pelakasanaan

Program EMAS di daerah lain yang telah berhasil agar bisa menjadi pertimbangan bagi Rumah Sakit tersebut.

c. Melakukan penempatan SDM atau tenaga kesehatan secara merata di puskesmas-puskesmas. Apabila terdapat tenaga kesehatan yang pindah segera dilakukan pergantian atau penambahan tenaga kesehatan terutama yang memiliki kemampuan yang sama agar tidak mengganggu pelaksanaan Program EMAS baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit.

2. Terkait dengan keterlibatan pihak swasta dalam pelaksanaan Program EMAS seharusnya diperkuat, agar keterlibatan pihak swasta tidak hanya dari Rumah Sakit Swasta. Kerjasama dengan pihak swasta non Rumah Sakit lebih ditingkatkan misalnya dengan lebih banyak mengadakan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan Ibu dan Anak, agar pihak swasta juga ikut memiliki peran dalam mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

3. Jika dilihat dari hasil atau Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang belum menurun, dan justru semakin meningkat sebaiknya dilakukan inovasi dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo agar pencapaian tujuan yang telah ditentukan segera terwujud yakni turunnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

DAFTAR PUSTAKA

Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: CV Alfabeta.

Ainiyah, Nurul. 2012. *Pelayanan Kesehatan Masyarakat dalam Perspektif Pilihan Publik*. Fakultas Ilmu Administrasi. Malang. Skripsi Tidak Diterbitkan.

Angga, Dede. *Kemitraan Pemerintah, Masyarakat, dan Swasta dalam Pembangunan*. Jurnal Aplikasi Manajemen. Desember 2006. Vol.4 No.3 (jurnal).

Anonim. *Angka Kematian bayi*. (online), www.datastatistik-indonesia.com Diakses pada: 18 September 2013.

Anonim. *Pedoman Teknis Pembentukan dan Penguatan Forum Masyarakat Madani*. Tim EMAS. Tidak Diterbitkan.

Anonim. *Peta Kabupaten Sidoarjo.* (online),www.sidoarjokab.go.id Diakses pada 23 Agustus 2014.

Anonim. *Panduan Implementasi SIJARIEMAS (Sistem Informasi Jejaring Rujukan Maternal dan Neonatal*). Tim EMAS.Tidak Diterbitkan.

Anonim. *Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia Masih Tinggi*. (online), www.lampost.co Diakses pada: 16 September 2013.

Anonim. *Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) 2012 – 2016*. (online), www.gizikia.depkes.go.id Diakses pada: 18 September 2013.

Anonim. *Hubungan Keluarga Berencana Dengan Pencegahan Kematian Maternal dan Neonatal*. (online), www.ilmukesehatan.com Diakses pada: 15 September 2013.

Anonim. *Inilah isi Kemitraan Komprehensif AS-Indonesia*. (online), www.mediaumat.com Diakses pada: 8 Desember 2013.

Anonim. *Millenium Development Goals (MDGs)*. (online) www.spamjateng.com Diakses pada: 7 Desember 2013.

Arifianti, Indah Dwi. 2005. *Pengembangan Sumber Daya Para Medis dalam Pelayanan Kesehatan*. Fakultas Ilmu Administrasi. Malang. Skripsi Tidak Diterbitkan.

Arifin, Syamsul. 2013. *Implementasi Pembangunan Kawasan Minapolitan dalam Perspektif Pembangunan Berkelanjutan*. Fakultas Ilmu Administrasi. Malang. Skripsi Tidak Diterbitkan.

Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Badruddin, Syamsiah. 2009. *Teori dan Indikator Pembangunan*. (online), www.profsyamsiah.wordpress.com Diakses pada: 3 April 2014.

Budiarti, Wasis dan Rastrini. 2013. Komparasi Implementasi Program Jamkesmas dan Jamkesda di Tiga Kabupaten/Kota di Jawa Timur-Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 16 No. 2, April.

Diana, Ida, dkk. 2011. Profil Kematian Neonatal Berdasarkan Sosio Demografi dan Kondisi Ibu saat Hamil di Indonesia- Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 14 No. 4, Oktober.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. 2014. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo Tahun 2013*.

Domai, Tjahjanulin. 2010. *Sound Governance*. Malang; UB Press.

Dwiyanto, Agus. 2009. *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Entjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti.

Hayat, Muhammad. 2010. *Perspektif Kritis MDGs Bidang Kesehatan.*(online), www.yis.or.id Diakses pada: 3 April 2014.

Imam. 2011. *Angka Kematian Ibu Melahirkan Masih Tinggi*. (online), www.beritasidoarjo.com Diakses pada: 3 April 2014.

Imam. 2012. *Dinkes Kabupaten Sidoarjo Adakan Pelatihan Kegawatdaruratan Ibu Hamil Dan Bayi Untuk Tekan Angka Kematian*. (online), www.beritasidoarjo.com Diakses pada: 3 April 2014.

KeputusanMenteri Kesehatan RI Nomor 1202/ Menkes/SK/VIII/2003 Tahun 2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat.

Koentjaraningrat dan A.A. Loedin. 1985. *Ilmu-Ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia.

Kurniawan, Agung. 2005. *Transformasi Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Pembaruan.

Miles dan Huberman.1992. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: Rosadakarya.

Moleong & Lexy J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

Muhadjir, Noeng. 2000. *Metodologi Penelitian Kualitatif edisi IV*. Yogyakarta: Rake Sarasin.

Oka, Nengah Adnyana. 2012. *Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. (online), www. aaknasional.wordpress.com Diakses pada: 18 September 2013.

Paparan Deputi Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional.

Rachmat, Hapsara Habib. 2004. *Pembangunan Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Raharni, dkk. 2008. Pola Persediaan dan Penggunaan Obat Berdasar Resep dan Non Resep oleh Anggota Rumah Tangga di Indonesia-Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 11 No. 1, Januari.

RSUD Sidoarjo. 2013. *Profil Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Tahun 2012*.

Salma. 2012. *5 Penyebab Utama Kematian Ibu di Indonesia*. (online), www.majalahkesehatan.com Diakses pada: 3 April 2014.

Sedarmayanti. 2004. *Good Governance (Kepemerintahan yang Baik)*. Bandung: Mandar maju.

Setiawan, Indra. 2013. *Tiga Tahun H. Saiful Ilah SH, M.Hum dan H. MG. Hadi Sutjipto SH, MM Pimpin Kabupaten Sidoarjo*. (online), www.antarajatim.com Diakses pada: 3 April 2014.

Siagian, Sondang P. 1988. *Administrasi Pembangunan*. Jakarta: CV Haji Masagung.

Sjamsuddin, Sjamsiar. 2005. *Kemeperintahan dan Kemitraan*. Malang: Agritek yayasan Pembangunan Nasional.

Soesilowati, Etty. 2009. *Kebijakan Publik Teori dan Aplikasi*. Universitas Negeri Semarang.

Sugiono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sulistiyani, Ambar. 2004. *Kemitraan dan Model-Model Pemberdayaan*. Yogyakarta: Gaya Media.

Tarigan, dkk. 2000. *Artikulasi Konsep Implementasi Kebijakan: Perspektif, Model dan Kriteria Pengukurannya*. Yogyakarta: Universitas Gajah mada.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Tjokroamidjojo, Bintoro. 1986. *Pengantar Administrasi pembangunan*. Jakarta: LP3ES.

UN Millennium Declaration, UN A/Res/55/2, 2000.

Undang-undang Nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025.

Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Wahyuni, Sari, dkk. 2011. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Salemba Empat.

Wandira, Arinta Kusuma dan Indawati, Rachmah. 2012. *Faktor Penyebab Kematian bayi di Sidoarjo*.Jurnal Biometrika dan Kependudukan, Volume 1 Nomor 1, Agustus 2012 : 33-42.

Zauhar, Soesilo. 1993. *Administrasi Program dan Proyek Pembangunan*. Malang: IKIP Malang.

Zuriah, Nurul. 2006. *Metodologi Penelitian: Sosial dan Pendidikan*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

LAMPIRAN – LAMPIRAN

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Lampiran 1. Interview Guide/ Panduan Wawancara

1. Bagaimanakah pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo?
2. Apakah tujuan yang ingin dicapai dengan adanya Program EMAS?
3. Siapa sajakah sasaran dari Program EMAS?
4. Bagaimanakah dasar hukum dari Program EMAS ini? apakah sudah ada perda yang mengatur?
5. Apakah terdapat pedoman untuk pelaksanaan program EMAS yang digunakan sebagai acuan?
6. Apakah perubahan atau perbaikan yang dilakukan dengan penerapan program EMAS? Misalnya dari segi fasilitas, baik sarana dan prasarana ataupun Sumber Daya Manusia?
7. Dalam melaksanakan program ini sumber dana berasal dari mana? Apakah dari USAID, pemerintah pusat atau dari tempat lain?
8. Siapa sajakah actor yang terlibat dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo?
9. Bagaimanakah peran dari masing-masing actor dalam pelaksanaan Program EMAS?
10. Bagaimanakah koordinasi atau sinergitas antar actor yang terlibat dalam pelaksanaan Program EMAS?
11. Bagaimanakah komunikasi antar actor, apakah berjalan dengan lancar?
12. Bagaimanakah peran dari pemerintah pusat dalam program ini? apakah melakukan monitoring, evaluasi, atau lainnya?
13. Dalam pelaksanaan program ini apakah terbentuk tim sendiri? Siapa sajakah tim pelaksana tersebut? Dan bagaimanakah struktur organisasi dari tim pelaksana program EMAS?
14. Bagaimanakah hasil dari pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo?
15. Bagaimanakah tanggapan anda sendiri dengan adanya Program EMAS?
16. Apa sajakah factor pendukung dari pelaksanaan program ini sehingga program ini dapat berjalan dengan lancar?
17. Apa sajakah factor penghambat atau permasalahan yang muncul dalam penerapan program EMAS di Sidoarjo?

Lampiran 2. Surat Riset/Survey

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
Jalan. MT. Haryono 163, Malang 65145, JawaTimur, Indonesia
Telp. +62-341-553737, 568914, 558226 Fax. +62-341-558227
E-mail: fia@ub.ac.id Website: http://fia.ub.ac.id

Program Studi: •Sarjana: -IlmuAdministrasiPublik-AdministrasiPemerintahan-Perencanaan Pembangunan -IlmuPerpustakaan-IlmuAdministrasiBisnis-Perpajakan -BisnisInternasional- Hospitality danPariwisata
• Magister: -IlmuAdministrasiPublik-IlmuAdministrasiBisnis•DoktorIlmuAdministrasi

Nomor : 4688 /UN10.3/PG/2014
Lampiran : -
Perihal : Riset/Survey
Kepada :Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo
Jl. Mayjen Sungkono No. 46 Kabupaten Sidoarjo

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

Nama	: Nofriana Devi Mutomima
Alamat	: Jalan Tumapel Gang 4 No. 39 Singosari-Malang
NIM	: 105030100111128
Jurusan	: Ilmu Administrasi Publik
Konsentrasi	: -
Judul	: Implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu dan Bayi (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)
TempatKegiatan	: 1. Puskesmas Sedati 2. Puskesmas Waru
Waktu	: 2 Bulan
Peserta	: 1 Orang

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

Malang,7 April 2014
a.n. Dekan
Ketua Prodi Administrasi Publik

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI

Dr.Lely Indah Mindarti, M.Si
NIP. 19690524 200212 2 002

PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
DINAS KESEHATAN
Jalan Mayor Jendral Sungkono No. 45 Telp. 8941051,8968736,
Fax. 8947911 e.mail : dinkes@sidoarjokab.go.id.
SIDOARJO
Kode Pos 61219

NOTA DINAS

Kepada : Yth. Sdr. 1. Kepala Bidang Yankes
2. Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan
Dari : Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan
Tanggal : 7 Mei 2014
Sifat : Segera
Lampiran : -
Perihal : Riset/Survey
Uraian :

Menindaklanjuti surat dari Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang Nomor : 8427/UN10.3/PG/2014 Tanggal 28 April 2014 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat dengan ini diharap bantuan saudara untuk membantu/memfasilitasi pelaksanaan pengambilan data :

Nama : Nofriana Devi Mutomima
NIM : 105030100111128
Pendidikan : S1 Ilmu Administrasi Publik
Waktu : 28 April s.d 28 Juni 2014
Judul/tema : Implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) Sebagai Upaya untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu dan Bayi (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)

Demikian untuk menjadikan maklum.

Kepala Bidang
Sumber Daya Kesehatan

ENDANG SULASTRI, S.KM
Pembina Tk. I
NIP. 19500717 198403 2 009

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
Jalan. MT. Haryono 163, Malang 65145, JawaTimur, Indonesia
Telp. +62-341-553737, 568914, 558226 Fax. +62-341-558227
E-mail: fia@ub.ac.id Website: http://fia.ub.ac.id

Program Studi: •Sarjana: -IlmuAdministrasiPublik-AdministrasiPemerintahan-Perencanaan Pembangunan -IlmuPerpustakaan-IlmuAdministrasiBisnis-Perpajakan -BisnisInternasional- Hospitality danPariwisata
• Magister: -IlmuAdministrasiPublik-IlmuAdministrasiBisnis•DoktorIlmuAdministrasi

Nomor : 1688 /UN10.3/PG/2014
Lampiran : -
Perihal : Riset/Survey
Kepada : Direktur RSUD Sidoarjo
Jl. Mojopahit No. 667, Sidokare Sidoarjo

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

Nama	: Nofriana Devi Mutomima
Alamat	: Jalan Tumapel Gang 4 No. 39 Singosari-Malang
NIM	: 105030100111128
Jurusan	: Ilmu Administrasi Publik
Konsentrasi	: -
Judul	: Implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu dan Bayi (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)
Waktu	: 2 Bulan
Peserta	: 1 Orang

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

Malang,7 April 2014
a.n. Dekan
Ketua Prodi Administrasi Publik

Dr. Lely Indah Mindarti, M.Si
NIP. 19690524 200212 2 002

PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Jalan Mojopahit No. 667 Telepon (031) 8961649. Fax. 8943237
SIDOARJO - Kode Pos 61215

NOTA - DINAS

Kepada	: Yth. Ka. Ruang Nifas RSUD Kabupaten Sidoarjo
Dari	: Kabag SDM dan Pendidikan Penelitian RSUD Sidoarjo
Tanggal	: 14 Mei 2014
Nomor	: 893.3/ 1088 /404.6.8/2014
Sifat	: Penting
Lampiran	: -
Perihal	: Ijin Penelitian

Mencukupi surat dari Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawajiya Malang tanggal 07 April 2014 nomor : 4688/UN10.3/PG/2014 serta menindak lanjuti disposisi Wakil Direktur Perencanaan dan Pendidikan RSUD Kabupaten Sidoarjo perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini mohon bantuan Saudara untuk memberi Ijin Penelitian di tempat Saudara kepada siswa/mahasiswa/karyawan tersebut dibawah ini:

1. NOFRIANA DEVI M. NIM : 105030100111128

Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih atas kerjasamanya.

Kabag SDM dan Pendidikan Penelitian
Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Sidoarjo

SAMUEL INDRAYANA, S.Sos, MM
Pembina
NIP. 19760123 199412 1 001

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
Jalan. MT. Haryono 163, Malang 65145, JawaTimur, Indonesia
Telp. +62-341-553737, 568914, 558226 Fax. +62-341-558227
E-mail: fia@ub.ac.id Website: http://fia.ub.ac.id

Program Studi: •Sarjana: -IlmuAdministrasiPublik-AdministrasiPemerintahan-Perencanaan Pembangunan -IlmuPerpustakaan-IlmuAdministrasiBisnis-Perpajakan -BisnisInternasional- Hospitality danPariwisata
• Magister: -IlmuAdministrasiPublik-IlmuAdministrasiBisnis•DoktorIlmuAdministrasi

Nomor : 4688/UN10.3/PG/2014
Lampiran : -
Perihal : Riset/Survey
Kepada : Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik, dan Linmas
Jalan Raya A. Yani No. 4, Kabupaten Sidoarjo

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

Nama	: Nofriana Devi Mutomima
Alamat	: Jalan Tumapel Gang 4 No. 39 Singosari-Malang
NIM	: 105030100111128
Jurusan	: Ilmu Administrasi Publik
Konsentrasi	: -
Judul	: Implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu dan Bayi (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)
TempatKegiatan	: 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2. RSUD Sidoarjo 3. RS Siti Khodijah Sidoarjo 4. Puskesmas Sedati 5. Puskesmas Waru
Waktu	: 2 Bulan
Peserta	: 1 Orang

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

Malang,7 April2014
a.n. Dekan
Ketua Prodi Administrasi Publik

Dr.Lely Indah Mindarti, M.Si
NIP. 19690524 200212 2 002

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JALAN PUTAT INDAH NO.1 TELP. (031) - 5677935, 5681297, 5675493
SURABAYA - (60189)

Surabaya, 11 April 2014

Kepada

Nomor	:	070 / 2914 / 203.3 / 2014
Sifat	:	Biasa
Lampiran	:	1 (satu) berkas
Perihal	:	Rekomendasi Penelitian

Yth. Bupati Sidoarjo
Cq. Kepala Bakesbang dan Politik
di
SIDOARJO

Menunjuk surat Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang tanggal 7 April 2014 Nomor : 4686/UN10.33/PG/2014 perihal Riset/Survey, bersama ini terlampir disampaikan dengan hormat Rekomendasi Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur tanggal 11 April 2013 Nomor : 070/ 2913 / 203.3/2014 atas Nofriana Devi Mutomima, dengan judul proposal "Implementasi Program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas Kesehatan Ibu dan Bayi (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)", untuk mendapatkan tindak lanjut dari instansi tujuan.

Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih.

an. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
PROVINSI JAWA TIMUR
Kepala Bidang Budaya Politik

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

EDDY SUPRIYANTO, S.STP., M.PSDM.
Pembina
NIP. 19750319 199511 1 002

Tembusan :
Yth. 1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur (sebagai laporan);
2. Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang di Malang.

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JALAN PUTAT INDAH NO.1 TELP. (031) - 5677935, 5681297, 5675493
SURABAYA - (60189)

REKOMENDASI PENELITIAN
Nomor : 070/ 2913 /203.3/2014

Dasar

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi ;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 ;
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2011 tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintahan Daerah ;
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian ;
5. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 101 2008 tentang Uraian Tugas Sekretariat, Bidang, Sub Bagian dan Sub Bidang Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur.

Menimbang

a. bahwa untuk tertib administrasi dan pengendalian pelaksanaan penelitian dan pengembangan perlu diterbitkan rekomendasi penelitian ;
b. bahwa sesuai surat Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang tanggal 7 April 2014 Nomor : 4686/UN10.33/PG/2014 perihal Riset/Survey atas nama Nofriana Devi Mutomima, telah mengajukan permohonan rekomendasi penelitian;
c. bahwa sesuai konsideran huruf a dan b, serta hasil verifikasi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur, berkas persyaratan administrasi penelitian telah memenuhi syarat sesuai Pasal 4, 5 dan 6 Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.

Gubernur Jawa Timur, memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama	:	Nofriana Devi Mutomima
b. Alamat	:	Jl. Tumapel Gg. 4 No. 39 Singosari Malang
c. Pekerjaan/Jabatan	:	Mahasiswa
d. Instansi/Civitas/ Organisasi	:	Universitas Brawijaya Malang
e. Kebangsaan	:	Indonesia

Untuk mengadakan penelitian/survey/research dengan :

a. Judul	:	"Implementasi Program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas Kesehatan Ibu dan Bayi (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)"
b. Bidang Penelitian	:	Implementasi program EMAS
c. Tujuan	:	Mengumpulkan data dan wawancara
d. Status Penelitian	:	S1
e. Pembimbing	:	1. Dr. Tjahjanulin Domai, MS. 2. Wima Yudo Prasetyo, S.Sos., MAP
f. Anggota/Peserta	:	-
g. Tanggal (Waktu)	:	28 April sd. 28 Juni 2014
h. Tempat/Lokasi	:	Kabupaten Sidoarjo

Dengan ketentuan

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat / lokasi penelitian ;
2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah setempat/lokasi penelitian ;
3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Gubernur Jawa Timur melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur dalam kesempatan pertama.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 11 April 2014

a.n. GUBERNUR JAWA TIMUR
KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
PROVINSI JAWA TIMUR
u.b.
Kepala Bidang Budaya Politik

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

EDDY SUPRIYANTO, S.STP., M.PSDM.
Pembina
NIP. 19750319 199511 1 002

Tembusan :

Yth. 1. Gubernur Jawa Timur (sebagai laporan) ;
2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur (sebagai laporan) ;
3. Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang di Malang;
4. Yang bersangkutan.

PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Raya A. Yani No. 4 Telp./Fax. 031 8921954
SIDOARJO - 61211
www.bakesbangpol.sidoarjokab.go.id

Sidoarjo, 15 April 2014

Nomor : 072/ 380 /404.6.4/2014
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian
An. Sdr. NOFRIANA DEVI MUTOMIMA

Kepada
Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sidoarjo
2. Direktur RSUD Kab. Sidoarjo
3. Direktur RS Siti Khodijah Sepanjang Sidaorjo

di
SIDOARJO

Berdasarkan Surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur Nomor : 070/2914/203.3/2014 Tanggal : 11 April 2014 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, maka bersama ini kami hadapkan :

Nama	:	**NOFRIANA DEVI MUTOMIMA**
Tempat/Tgl Lahir	:	Malang, 23 Nopember 1991
Fakultas/Jurusan	:	Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang
NIM/NIP	:	105030100111128
Alamat	:	Jl. Tumapel 4 No. 39 Singosari Malang Tlp. (087859056566)
Judul	:	Implementasi Program Expanding Maternal And Neonatal Survival (EMAS) Sebagai Upaya Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu Dan Bayi
Lama survey	:	28 April s/d 28 Juni 2014 TMT Surat ini dikeluarkan
Pengikut	:	-

Untuk melakukan Penelitian/survey/PKL/KKn/Magang di Instansi/Wilayah Saudara guna kepentingan studi, dengan syarat-syarat/ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan/peraturan yang berlaku dimana dilakukannya penelitian/survey/PKL/KKn/Magang.
2. Dilarang menggunakan questioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan diberi tugas sesuai relevansinya dengan mata kuliah / pelajaran di sekolah / perguruan tinggi.
4. Yang bersangkutan sesudah melakukan penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya ke Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Sidoarjo.
5. Surat Keterangan ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian untuk menjadikan maklum.

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN SIDOARJO
Kasubbag Umum & Kepegawalan

PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

AHMAD HARIS UBAIDILLAH, SSTP, M.Si
Penata Muda Tk. I
NIP. 19840326 200212 1 002

Tembusan :
Yth. Sdr 1. Kepala Bakesbang Provinsi Jawa Timur
2. Kepala Bappeda Kab. Sidoarjo
3. Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang
4. Yang bersangkutan

CURRICULUM VITAE

Nama : Nofriana Devi Mutomima

Tempat, Tanggal Lahir : Malang, 23 November 1991

Agama : Islam

Alamat Asal : Jalan Tumapel Gg. 4 No. 39 RT 02/ RW 06 Kel. Pagentan, Kec. Singosari, Kab. Malang, Jawa Timur

Fakultas/Jurusan : Fakultas Ilmu Administrasi/ Administrasi Publik

NIM : 105030100111128

Email : nofrianadevi@gmail.com/

Pendidikan :

2010-2014 : Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, Malang

2007-2010 : SMA Negeri 4 Malang

2004-2007 : SMP Negeri 1 Singosari

1998-2004 : SDI Alma'arif 02 Singosari

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA