

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. KARAKTERISTIK INFORMAN

Informan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, Koordinator EMAS Kabupaten Banyumas, Ketua Forum Masyarakat Madani, Direktur Rumah Sakit Umum Wiradadi Husada, Kepala puskesmas 2 Sumbang, Kepala puskesmas Rawalo, Bidan Koordinator 2 Sumbang 2, Bidan Koordinator Rawalo, dan bidan desa. Responden laki-laki berjumlah 4 orang dan wanita berjumlah 14 orang.

Tabel 4.1. Karakteristik Informan

Identitas Informan	Keterangan	Jumlah
Usia	27 tahun	2
	28 tahun	1
	30 tahun	2
	31 tahun	1
	32 tahun	1
	38 tahun	1
	39 tahun	2
	41 tahun	1
	43 tahun	1
	44 tahun	1
	47 tahun	3
Jenis Kelamin	48 tahun	1
	59 tahun	1
Jenis Kelamin	Laki – laki	4
	perempuan	14
Pendidikan terakhir	Universitas	5
	Diploma	13
Pekerjaan utama	Dokter	2
	Bidan	14
	PNS	3
Peran dalam Program EMAS	Tim program EMAS	2
	Kabupaten	
	Rumah sakit	1
	Puskesmas	4
	Bidan desa	10
	FMM	1

Lama terlibat Program EMAS	5 Tahun	18
----------------------------	---------	----

Tabel 4.2. Kode Informan

Informan	Kode
Kepala Dinas Kabupaten Banyumas	R-1
Koordinator Program EMAS Kabupaten Banyumas	R-2
Direktur RSUD Wiradadi Husada	R-3
Ketua FMM	R-4
Kepala Puskesmas Rawalo	R-5
Bidan Koordinator Puskesmas Rawalo	R-6
Kepala Puskesmas 2 Sumbang	R-7
Bidan Koordinator 2 Sumbang	R-8
FGD FMM	R-9

B. HASIL PENELITIAN

Pada penelitian ini didapatkan 3 tema, 8 subtema, dan 27 kategori, yang peneliti tampilkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 4.3. Kategori, Subtema dan Tema Hasil Penelitian

NO	KATEGORI	SUBTEMA	TEMA
1.	“Sebagai provokator”		“Sebagai provokator” Kerjasama lintas program dan lintas sektor terlaksana
2.	Bantuan stimulan imaterial		
3.	Kerjasama lintas program dan lintas sektor		
4.	Peran aktif FMM		
5.	Dukungan masyarakat baik		
6.	Dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan	Adanya dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan	Komitmen dan dukungan
7.	Monitoring program		
8.	Adanya komitmen dan dukungan pemerintah daerah		
9.	Upaya maksimal pengadaan tenaga kesehatan	Pengadaan tenaga kesehatan maksimal	
10.	Pelatihan mandiri lebih efektif		
11.	Pelatihan bertahap		
12.	Cost sharing	Pengaturan financial baik	
13.	Pembiayaan terstruktur		
14.	Keefektifan pembiayaan immaterial		

15.	Pengadaan sarana prasana baik	Pengadaan sarana prasana baik
16..	Sarana prasarana terpenuhi	
17.	Tuntutan profesi	Sikap dan motivasi pelaku
18.	Motivasi kerja tinggi	
19.	Edukasi masyarakat terlaksana	Keberhasilan edukasi masyarakat
20.	Kesadaran masyarakat meningkat	
21.	Upaya meningkatkan pelayanan rujukan	Sistem rujukan belum optimal
22.	Sistem rujukan belum maksimal	
23.	Kendala teknis sistem rujukan	
24.	Kurangnya komitmen beberapa pihak	Komitmen fasilitas kesehatan
25.	Kurangnya komitmen internal	
26.	Ada komitmen internal rumah sakit	

1. “Sebagai provokator”

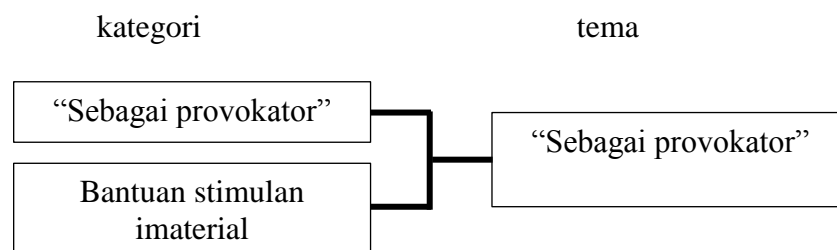


Diagram 4.1. Tema 1

Tema pertama yang saya dapatkan adalah “Sebagai provokator”. Tema ini menjelaskan bahwa USAID hanya membiayai pada awal program dan bantuannya berupa immaterial. Tema ini terbentuk oleh dua kategori yaitu “Sebagai provokator” dan bantuan stimulant immaterial.

a. “Sebagai provokator”

USAID “Sebagai provokator”, mereka hanya membiayai di awal program. Hal ini disampaikan dalam sebuah kode *program stimulant* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...selama 5 tahun itu EMAS membiayai ya, membiayai untuk program program. Saya katakan programnya itu sifatnya adalah program yang eee stimulan, stimulant. Jadi eee kegiatan – kegiatannya tu hanya dibiayai diawal saja ya. Jadi 2012 sampai 2013 itu full EMAS yang membiayai semua ya.” R-2

kemudian didukung dengan kode *semua aktornya itu kita* yang terdapat dalam perkataan responden,

“mau pergi itu sudah mandiri sendiri. iya jadi dia “Sebagai provokator” aja sih, semua aktornya itu kita gitu loh. Bedanya dengan program lain, kalau program lain itu biasanya ngasih uang.” R-2

b. Bantuan stimulant immaterial

Kategori kedua dari tema ini adalah bantuan stimulant immaterial. Program EMAS membantu secara stimulant dalam bentuk immaterial, yang didukung dengan kode *bantuan stimulant* yang terdapat dalam perkataan responden ini,

“jadi gini, kalau program EMAS itu membantu dalam hal stimulant.” R-7

kemudian didukung juga dengan kode *bantuan immaterial* yang terdapat dalam perkataan responden ini,

“pertama stimulan dalam bentuk barang bukan uang, kita ngga dikasih uang. barang misalkan kebutuhan-kebutuhan untuk membantu membantu pelayanan kesehatan ibu dan anak, kedua lebih banyak ke arah apa namanya yah bantuan teknis.” R-7

2. Kerjasama lintas program dan lintas sektor terlaksana

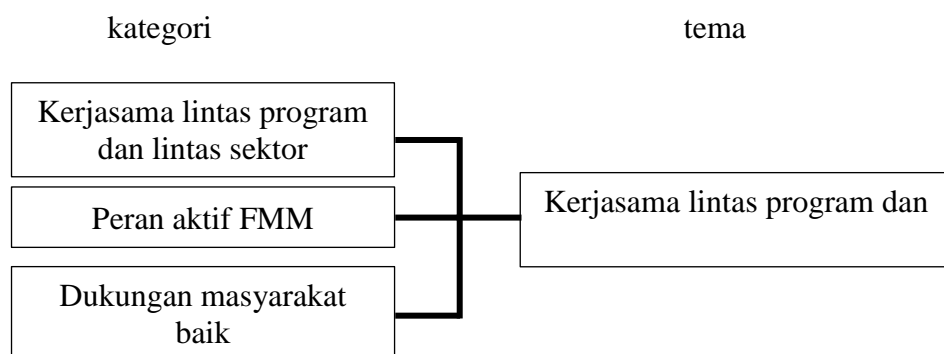


Diagram 4.2. Tema 2

Tema kedua adalah kerjasama lintas program dan lintas sektor terlaksana. Tema ini menjelaskan bahwa program EMAS melibatkan lintas program dan lintas sectoral dalam pelaksanaannya. Dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Banyumas di Kabpaten Banyumas, kerjasama lintas program dan lintas sector di Kabupaten Banyumas dapat terlaksana dengan baik. Tema ini terdiri dari beberapa kategori yaitu

kerjasama lintas program dan lintas sector, program lintas sector, peran aktif FMM, dan dukungan masyarakat baik.

a. Kerjasama lintas program dan lintas sektor

Dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Banyumas, terdapat kerjasama lintas program dan lintas sektor. Hal ini didukung kode *melibatkan lintas sektoral dan lintas program* yang terdapat dalam perkataan responden,

“Jadi perlu diingat ya bahwa program EMAS itu program lintas sektor dan Lintas program.” R-7

Serta didukung kode *kerjasama POKJA dengan organisasi profesi* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...IBI POGI, IDAI itu ya itu merangkul, dirangkul melalui SK dan juga ada honorinya di APBD. Honorinya sih ga besar ya, cuman itu berarti bentuk apresiasi untuk POKJA gitu.” R-2

b. Peran aktif FMM

Forum Masyarakat Madani di Kabupaten Banyumas berperan aktif dalam pelaksanaan program EMAS. Hal ini ditunjukkan dengan kode *keberhasilan pendekatan FMM kepada pasien gawat darurat* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...dari dinas kesehatan itu telpon “bunda ini ada kasus masalah ini tolong dong bun, kaya gini gini” akhirnya ya kita

mendampinginya ya disitu. Jadi kalo ada informasi yang misalnya kegawatdarutan yang rujukan kita ada info itu, kemudian kita datang ya alhamdulillah sellau berhasil, seperti yang di batu antem itu sudah semua turun tangan muali dari camat semuanya sudah turun tangan. Akhirnya datang kesana memang cukup lama, ngrayunya karena dari pagi jam 7 jam 8 sampai jam 1 siang itu baru mau di bawa ke rumah sakit.” R-4

serta didukung dengan kode *pendekatan FMM ke masyarakat* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“...di Jurang Bahas itu apah istilahnya ngga mau di rujuk itu yang bu sapa itu, tensinya tinggi kemudian protein urin positif, anak ketiga kemudian sudah bengkak bengkak kan ngga mau, dari kecamatan dari puskesmas dari apah semua sudah turun tangan. Bidan desanya sudah menyodorkan untuk tanda tangan kan itu. Tapi alhamdulillah dengan kunjung kesana, kita bincang – bincang komunikasi akhirnya ya mau.” R-4

c. Dukungan masyarakat baik

Masyarakat ikut terlibat dalam pelaksanaan program EMAS. Hal ini ditunjukkan dalam kode *desa siaga aktif* yang terdapat dalam perkataan responden,

“iya he'em. Iya dengan adanya mereka ada satu desa yang bener bener membeli ambulance itu ada.” R-6

Didukung oleh kode *masyarakat tanggap tanda bahaya ibu hamil* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...masyarakat lebih tanggap dengan tanda – tanda bahaya dari ibu hamil. Jadi memang programnya sangat bagus tidak seperti era saya jaman dulu yang seolah – olah bekerja sendirian, sekarang memang sudah sangat terbantu sekali.” R-9

3. Komitmen dan dukungan

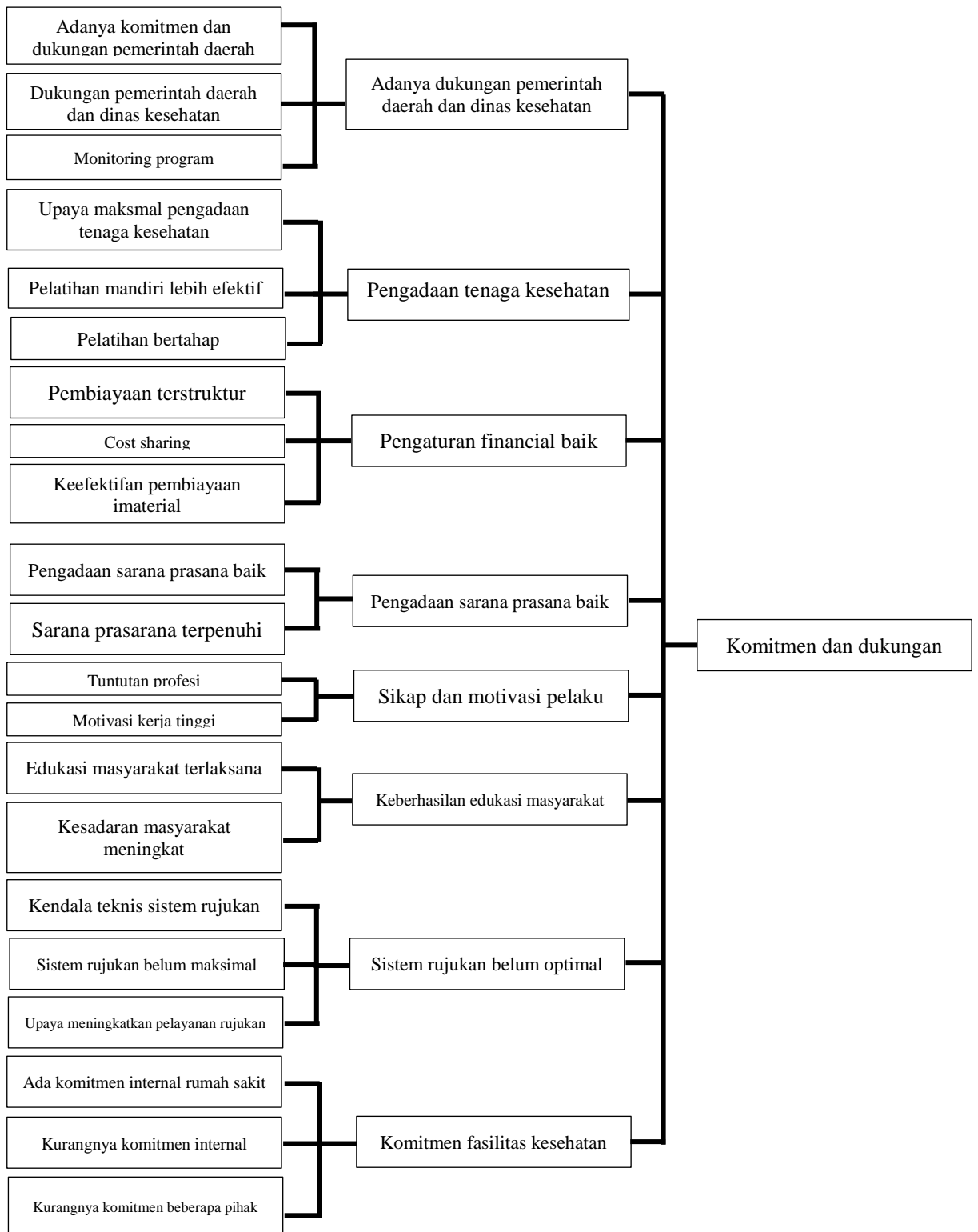


Diagram 4.3. Tema 3

Tema ketiga adalah komitmen dan dukungan. Tema ini dibentuk oleh 8 sub tema, yaitu adanya dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan, pengadaan tenaga kesehatan maksimal, pengaturan finansial baik, pengadaan sarana prasarana baik, sikap dan motivasi pelaku, keberhasilan edukasi masyarakat, system rujukan belum optimal, dan komitmen fasilitas kesehatan.

a. Adanya dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan

Dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan sangat berpengaruh dalam pelaksanaan program EMAS. Dukungan yang baik memberikan timbal balik yang positive terhadap pelaksanaannya dari program ini. Pada sub tema ini terbagi menjadi tiga yaitu dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan, monitoring program, dan adanya komitmen dan dukungan pemerintah daerah.

1) Dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan

Hal ini ditunjukkan dengan kode *keberhasilan advokasi meningkatkan anggaran EMAS* yang terdapat dalam perkataan responden,

“Mereka mengadvokasi pemerintah daerah, mengadvokasi pemangku kepentingan, dinas kesehatan agar mengalokasikan anggaran yang dulu itu di KIA itu sedikit. Dulu itu di seksi saya tahun 2010 2011 itu paling 75 juta untuk setahun kegiatan, setahun kan sedikit tuh kita ga bisa ngapa ngapain. Dengan program EMAS ya dia datang nih satu tahun pertama memang

full semua kegiatan di biayai oleh dia. 2013 mulai nih mereka mengadvokasi kepada bupati, DPPKAD selaku penanggungjawab keuangan ya, agar KIA nih BAPPEDA terutama ya badan pembangunan daerah yang istilahnya bertanggungjawab untuk anggaran, ini loh program ibu dan anak itu penting jadi mohon untuk dialokasikan. Jadi sejak tahun 2013 kita naik tuh sampai 500 juta.” R-2

Serta didukung dengan kode *dukungan kepala dinas* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“Kepala dinas yang mendukung ya, itu yang akhirnya eee,,mendukung untuk program ini.” R-2

2) Monitoring program

Hal ini ditunjukkan dengan *pengecekan rutin sarana dan prasarana fasilitas kesehatan* yang terdapat dalam perkataan responden,

“pasti kita cek. Tidak bisa puskesmas untuk menjadi PONED tanpa ada kelengkapan, kelengkapan sarana prasarana sesuai yang di syaratkan. Termasuk puskesmas – puskesmas mampu persalinan harus seperti apa, kita cek. Setelah iya oke kita launching mampu persalinan. Kalau belum sesuai alatnya, ruangnya dan lain tenaganya belum kita buka. Apalagi rumah sakit....” R-1

Hal tersebut didukung dengan kode *sosialisasi melalui meeting dan lokmin* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“untuk sosialisasi yaitu pertama awal-awal kita biasanya kalau ada istilahnya program baru belum mengadakan lokmin kita itu setiap hari Sabtu kan ada lok e meeting. meeting kita sampaikan, di meeting baru nanti kalau ada lokmin kita bahas kembali. Kadang-kadang kan meeting ngga semuanya bisa datang. Kita ulangi lagi di...” R-6

Serta didukung dengan kode *"Coffee morning"* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“Itu kita rutin setiap 3 bulan sekali atau satu bulan sekali mengadakan coffe morning.” R-7

3) Adanya komitmen dan dukungan pemerintah daerah

Hal ini ditunjukkan dengan *dukungan pemerintah daerah baik* yang terdapat dalam perkataan responden

“... Alhamdulillah wakil bupati telpon rumah sakit Ajibarang dan alhamdulillah operasinya digratisi.” R-4

Serta didukung dengan kode *kepedulian bupati* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“...Terus nanti bu apah, bupatinya care banget sih ini. Sekarang kan ada apah itu eeee,,yang satu bulan sekali kumpul.” R-8

b. Pengadaan tenaga kesehatan maksimal

Pengadaan tenaga kesehatan maksimal berkaitan dengan jumlah tenaga kerja yang cukup dan pelatihan yang diberikan maksimal. Pada sub tema ini terbagi menjadi tiga yaitu Upaya maksimal pengadaan tenaga kesehatan, Pelatihan mandiri lebih efektif, dan Pelatihan bertahap.

1) Upaya maksimal pengadaan tenaga kesehatan

Hal ini ditunjukkan dengan kode *jumlah tenaga kerja sesuai permenkes* yang terdapat dalam perkataan responden,

“jumlahnya sudah memenuhi sesuai permenkes sudah memenuhi, permenkes 75 tahun 2014.” R-8

Serta didukung dengan kode *pengadaan skill assessment* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“kita di apa mengadakan assesement rutin itu masing-masing kasus kita simulasikan juga setiap ada apa kasus apa. Kaya gitu. Yang seumpamanya bulan ini banyak PEB langsung kita simulasikan kaya gitu. Terus kita cari kenapa sih kok sampai kasus itu banyak kayak gitu. Jadi kita apa ya selalu apa istilahnya mm ,, belajar terus lah. Ibaratnya itu untuk bidan-

bidannya juga kan mbok ada assesement itu mbok ada yang lupa apa gimana. Kan kita mengingatkan kembali itu.” R-6

2) Pelatihan mandiri lebih efektif

Hal ini ditunjukkan dengan *POKJA sebagai fasilitator saat pelatihan* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...penyelenggaranya badan diklat kabupaten Banyumas, itu dibawah BKDD yah, Badan kepegawaian daerah itu kesulitan kami. Sehingga kalo ngandelin dengan pelatihan yang dibiayai dinas itu istilahnya kurang optimal untuk pengembangan SDM, kita dengan adanya BLUD mereka lebih leluasa ya untuk mengirim pelatihan, jadi nanti kita paling menjadi fasilitator aja ya, selain ada, kita ada beberapa pelatihan yang diselenggarakan contoh refresing mungkin MTBS manajemen terbadu balita sakit tapi kalo kaya poned itu kan ga bisa nyelenggariin sendiri ya, APN itu harus MP2KP kita hanya memfasilitasi biaya dari puskesmas. Tapi alhamdulillah semuanya ga ada yang sulit sih karena puskesmas sudah BLUD semua” R-2

Serta didukung dengan kode *tidak mementingkan pendidikan formal* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“...betul iya karena drill emergensi kan ga melulu PEB tuh, kasusnya disesuaikan dengan kebutuhan. Jadi gini misalkan ini

kok lagi banyak PEB ya, ayo kita drill emergensi PEB ya, kita kok ser lama ya ga dapet kasus perdarahan post partum ayo kita drill emergensi perdarahan postpartum bahkan untuk kasus kasus yang diluar itu persalinan macet, sungsang dan sebagainya ya itu harus didrill gitu.” R-2

3) Pelatihan bertahap

Hal ini ditunjukkan dengan kode *pemberian pelatihan ke tenaga kesehatan bertahap* yang terdapat dalam perkataan responden,

“kita ini emang eee emang gimana ya, ya rumah ya yang namanya rumah sakit kalo menurut saya ya harus bermodal itu, jadi emang kalo kita ngandelin tim EMAS doang ya ga kan ngga akan cukup. Kita kemarin berangkatin bidan emang pelatihan itu tidak bisa langsung brek berangkat semua kan.” R-3

c. Pengaturan financial baik

Dalam pelaksanaan program EMAS, pengaturan financial baik menunjukkan bahwa pemegang program dapat mengatur program itu sendiri. Pada sub tema ini terbagi menjadi tiga kode yaitu *cost sharing*, pembiayaan terstruktur, dan keefektifan pembiayaan imaterial.

1) Cost sharing

Hal ini ditunjukkan dengan kode *PEMDA membiayai EMAS mulai tahun 2013* yang terdapat dalam perkataan responden,

“APBD 500 juta, jadi setelah 2013 kita mundur cost sharing EMAS, ada kegiatan yang dibiayai EMAS ada kegiatan yang mulai di APBD. Jadi pelan pelan gitu loh ya.” R-2

Serta didukung dengan kode *pembiayaan mandiri melalui dana BLUD dan APBD* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“Ada yang APBD dinas kesehatan ada yang dana BLUD, contoh kegiatan yang didanai oleh BLUD yang dulu didanai EMAS itu adalah BINTEK SPOG. Jadi SPOG datang kepuskesmas untuk skrining ibu hamil risti dan meberikan ilmu kepada nakes. Dulu itu EMAS yang membayari ya SPOG dateng, tapi setelah EMAS pergi sekarang puskesmas membiayai sendiri sendiri pake BLUD gitu, jadinya gitu ya.” R-

2

2) Pembiayaan terstruktur

Hal ini ditunjukkan dengan kode *kerjasama dengan BPJS untuk pendanaan material* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...tipe c swasta kaya gitu ya kerjasama sama bpjs juga ya pendanaan kita kalo dari pelayanan ya dari pasien dan dari bpjs kaya gitu ya,” R-3

Serta didukung dengan kode *pembiayaan immaterial* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“kalo EMAS itu kan hanya eee pendampingan, pelatihan gitu gitu ya, ya itu hanya itu pendanaan yang terjadi di kita ya itu.”

R-3

3) Keefektifan pembiayaan imaterial

Hal ini ditunjukkan dengan kode *pembiayaan imaterial* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...kemudian ada bantuan – bantuan yang dari emas itu mulai dari sarana prasarana memang terus jobaids.” R-9

Serta didukung dengan kode *lebih efektif pembiayaan immaterial daripada material* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“misalkan di kasih uang mungkin kita akan pusing buat apa karena harus ada pertanggungjawabannya SPJ dan sebagainya. Tapi beda kalo kita dikasih,,mungkin untuk pembinaan ya kita tinggal melaksanakan saja, kita dikasih sarana prasarana kita terima kan gitu kan mungkin akan lebih mudah seperti itu daripada dikasih uang, kalo menurut kami begitu.” R-9

d. Pengadaan sarana prasana baik

Pelayanan kesehatan akan maksimal apabila ketersediaan sarana dan prasarana terpenuhi. Pada sub tema ini terbagi menjadi dua kode yaitu pengadaan sarana prasana baik dan sarana prasarana terpenuhi.

1) Pengadaan sarana prasana baik

Hal ini ditunjukkan dengan kode *sarana dan prasarana* tersedia lengkap yang terdapat dalam perkataan responden,

“kesediaan sarana prasaranya lengkap.” R-7

Serta didukung dengan kode *pengecekan sarana prasarana rutin* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“iya ada pengecekan rutin....” R-7

2) Sarana prasarana terpenuhi

Hal ini ditunjukkan dengan kode *pendampingan sarana dan prasarana* yang terdapat dalam perkataan responden,

“Standarnya EMAS kaya gini ooh berarti kita langsung membuat seperti ini ya, jadi pendampingan EMAS itu justru melengkapi sarana dan prasarana gitu ya,” R-2

Serta didukung dengan kode *sarana dan prasarana terpenuhi* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“kayaknya tah sudah memenuhi ya sarana dan prasarana terpenuhi ya.” R-8

e. Sikap dan motivasi pelaku

Sikap mendukung dan motivasi tinggi dari pelaku merupakan dasar dari jalannya suatu Pada sub tema ini terbagi menjadi dua kode yaitu tuntutan profesi dan motivasi kerja tinggi.

1) Tuntutan profesi

Hal ini ditunjukkan dengan *kode tanggung jawab profesi* yang terdapat dalam perkataan responden,

“adapun peran kita dalam program emas karena kita semua sebagai pelaksana terutama diponed nggih bu, memang kita sebagai seolah – olah itu yang terdepan. Karena dari mulai kita pegang pasien, anamnesa, sampai dengan pengambilan keputusan itu semuanya di bidan.” R-9

Serta didukung dengan *kode tuntutan tugas* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“ga pernah buka jobaids ga pernah apah ga pernah, dikasih buku juga buat tidur tapi begitu ada pendampingan dari emas kita minggu depan skill mau tidak mau kan harus baca, jadinya memang lebih terasa dalam bimbingan..” R-9

2) Motivasi kerja tinggi

Hal ini ditunjukkan dengan kode *motivasi kerja* yang terdapat dalam perkataan responden,

“saya untuk terlibat eee karena ya itu angka kematian diindone apah kematian ibu Di Indonesia kan masih tinggi.” R-8

Serta didukung dengan kode *mendukung karena sesuai tupoksi* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“karena menurut saya program EMAS didalamnya itu sesuai tupoksi saya ya berarti kan saya mendukung.” R-8

f. Keberhasilan edukasi masyarakat

Pengetahuan masyarakat berpengaruh terhadap bagaimana menyikapi kesehatan dirinya, terutama pada wanita hamil. Apabila pengetahuan masyarakat dan edukasi masyarakat baik maka akan membantu dalam menurunkan jumlah AKI dan AKB. Pada sub tema ini terbagi menjadi dua kode yaitu edukasi masyarakat terlaksana dan kesadaran masyarakat meningkat.

1) Edukasi masyarakat terlaksana

Hal ini ditunjukkan dengan kode *sosialisasi tanda bahaya ibu dan BBL melalui tim edukasi* yang terdapat dalam perkataan responden,

“jadi kan dirumah sakit itu punya tim ini de apa namanya eee,..PKRS namanya ya promosi kesehatan jadi pokoknya mah tim

edukasi se rumah sakit, termasuk salah satunya dibagian ibu dan anak ini.” R-3

Serta didukung dengan kode *sosialisasi tanda bahaya dan BBL setiap 3 bulan* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“...biasanya kita pertiga bulan” R-3

2) Kesadaran masyarakat meningkat

Hal ini ditunjukkan dengan kode *kesadaran masyarakat* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...Bagaimana masyarakat mulai dari jajaran tertinggi sampe kerabat pemegang ini tahu bahwa kesehatan ibu dan anak itu adalah tanggungjawab bersama udah gitu aja.” R-7

Serta didukung dengan kode *respon ibu hamil baik* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“...mereka sudah tahu kalau dilihat karena itu sangat mudah sekali ya, semua ibu hamil itu kan mesti punya buku KIA 1, kemudian ada yang namanya kelas ibu hamil, kemudian semua ibu hamil minimal K4.” R-7

g. Sistem rujukan belum optimal

Sistem rujukan yang belum optimal menjadi suatu hambatan dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di Kabupaten Banyumas. Pada sub

tema ini terbagi menjadi tiga kode yaitu upaya meningkatkan pelayanan rujukan, sistem rujukan belum maksimal, dan kendala teknis sistem rujukan.

1) Upaya meningkatkan pelayanan rujukan

Hal ini ditunjukkan dengan kode *penaataan sistem rujukan* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...Dengan EMAS ini itu ditata. Wilayah wangon nanti rujuknya kewilayah mana. Ya ada reg, regionalisasi, itu yang pertama untuk sistem rujukannya. Yang kedua kita bangun sebuah sistem informatika untuk rujukan komunikasi rujukan agar efektif namanya sijari EMAS” R-2

Hal tersebut juga didukung dengan kode *penerapan sijari EMAS* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“soalnya pernah juga kan saya malem malem tuh di telpon sama bu diah, njih “bu juju sedang apa maaf ya mengganggu”, “oh nda papa bu ee”, “selamat ya sumbang 2 termasuk pemakai sijari EMAS yang terbanyak” kaya gitu.” R-8

Serta didukung dengan kode *mempermudah rujukan* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“Jadi itu keunggulan dari EMAS gitu. Sekarang bidan mau ngrujuk Cuman sms.” R-2

2) Sistem rujukan belum maksimal

Hal ini ditunjukkan dengan kode *sistem rujukan kurang baik* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...berjalan lancar iya untuk kasus-kasus maternal berjalan lancar cuman untuk kasus yang neonatal kita anu belum, belum. begitu berjalan, kalau yang maternal rutin. Yah kita mau merujuk...” R-6

Serta didukung dengan kode *ketidakpasan diagnosis dalam rujukan* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“Terus kalo rujukan rujukan tuh masih ditemukan sih beberapa yang rujukannya tidak pas. Misalnya ini di diagnosis ini, terus di kita di assesment ulang di diagnosis ulang ternyata ini kaya gitu walaupun tidak semua ya tapi masih ada masih masih ditemukan hal hal yang kaya gitu.” R-3

3) Kendala teknis sistem rujukan

Hal ini ditunjukkan dengan kode *kendala secara teknis pada sijari EMAS* yang terdapat dalam perkataan responden,

“kadang-kadang kan kita sudah SMS tapi jawabannya agak terlambat itu. Itu salah satunya itu” R-6

Serta didukung dengan kode *rujukan prosedural* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“...dimasukan MgSO4 dan sebagainya prosedural tetap sama. Cuma kan dengan sijari EMAS kita kesana dulu baru kesini, jadi lebih lebih apa jadi yang nrima juga siap, yang kita siap ibaratnya fix kaya kue.” R-5

h. Komitmen fasilitas kesehatan

Komitmen fasilitas kesehatan yang baik akan menghasilkan suatu pelayanan yang baik. Dalam pelaksanaan program EMAS di kabupaten Banyumas masih ada beberapa pihak yang kurang berkomitmen. Pada sub tema ini terbagi menjadi tiga kode yaitu kurangnya komitmen beberapa pihak, kurangnya komitmen internal, dan ada komitmen internal rumah sakit.

1) Kurangnya komitmen beberapa pihak

Hal ini ditunjukkan dengan kode *kesibukan pelaku* yang terdapat dalam perkataan responden,

“.....ada beberapa organisasi yang terlibat didalamnya, tapi ya itu tadi kendalanya karena masing – masing semua mempunyai kesibukan ya, jadi formakia sendiri perjalanannya juga memang harus e anu harus perlu pengawalan terus....” R-4

Serta didukung dengan kode *ketidakaktifan beberapa kecamatan* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“....Jadi memang ini kendalanya tidak semua kecamatan ini aktif gitu aja.....” R-4

2) Kurangnya komitmen internal

Hal ini ditunjukkan dengan kode *sosialisasi dan kurangnya komitmen internal* yang terdapat dalam perkataan responden,

“...yang kedalam itu yang susah, karena apa yang dalam itu merasa dengan adanya vanguard menjadi repot.” R-7

Serta didukung dengan kode *sulitnya menyamakan persepsi internal* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“kendalanya itu di awal, kendala di awal berat, saya katakan berat. Satu menyamakan persepsi internal antar program itu berat....” R-7

3) Ada komitmen internal rumah sakit

Hal ini ditunjukkan dengan kode *RS memiliki tim EMAS sendiri* yang terdapat dalam perkataan responden,

“ya karena kedudukan saya sebagai direktur, ya direktur disini sebagai penanggungjawab, penanggung jawab program EMAS gitu ya, kan kita punya tim EMASnya sendiri” R-3

Serta didukung dengan *kode sosialisasi internal melalui rapat* yang terdapat dalam pernyataan responden,

“...internal itu ya semua mulai dari rapat, rapat tingkat manajer, rapat komite, komite medis ya kita kumpulkan semua” R-3

C. PEMBAHASAN

1. “Sebagai provokator”

Tema pertama yang didapatkan adalah “Sebagai provokator”. Tema ini menjelaskan bahwa USAID hanya membiayai pada awal program dan bantuannya berupa immaterial. Frieden (2014) menjelaskan bahwa pembiayaan dan sponsor merupakan bagian dari komponen *Political Management* dalam 6 komponen yang mendukung keberhasilan program kesehatan berbasis masyarakat. Jika dilihat dari tahapan pembiayaan, tampak bahwa sponsor dan pemerintah pusat berusaha untuk memandirikan daerah dalam pembiayaannya. Hal tersebut memanglah bagian dari manajemen politik. Disebutkan bahwa, keberhasilan program kegiatan berbasis masyarakat salah satunya ketika daerah atau masyarakat yang diinisiasi dapat mandiri dalam manajemennya (Frieden, 2014). Tampak jelas bahwa program EMAS yang telah selesai mendapatkan bantuan dana tetapi tetap dilanjutkan menunjukkan manajemen di daerah ini telah mandiri.

Sistem pembiayaan immaterial juga merupakan dari manajemen politik yang sangat baik diterapkan oleh sponsor. Hal itu diduga demi mendukung kontinuitas sarana dan prasarana serta ketepatan sasaran penggunaan dana. Oleh karena itu, program EMAS sesungguhnya memang dirancang untuk memajukan dan memandirikan daerah baik dalam segi manajerial, dana, serta sarana dan prasarana.

2. Kerjasama lintas program dan lintas sektor terlaksana

Tema kedua adalah kerjasama lintas program dan lintas sektor terlaksana. Tema ini menjelaskan bahwa program EMAS melibatkan lintas program dan lintas sektoral dalam pelaksanaannya. Dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Banyumas, kerjasama lintas program dan lintas sektor di Kabupaten Banyumas dapat terlaksana dengan baik. Tema ini terdiri dari beberapa kategori yaitu kerjasama lintas program dan lintas sektor, program lintas sektor, peran aktif FMM, dan dukungan masyarakat baik.

Kerjasama lintas program ataupun lintas sektoral telah banyak terbukti dapat mempercepat ketercapaian tujuan suatu program. Secara spesifik, dijelaskan bahwa manfaat dari kerjasama tersebut tampak pada pengurangan beban, peningkatan kualitas program, pengembangan persepektif dan perluasan inovasi (Brüchert et al., 2017). Selain itu, program dapat berkembang lebih tepat sasaran, inovasi akan terbentuk karena adanya tambahan perspektif, dukungan lebih efektif dan aksi akan lebih relevan (Feucht et al., 2018). Lebih jelasnya, Feuch et al., (2018) menjelaskan bahwa, ketika program dengan target masyarakat direncanakan, kerjasama lintas program dan lintas sektoral dalam hal sekecil apapun akan cenderung terjadi. Hal itu berkaitan dengan luasnya wahana atau lapangan pada aspek ketika masyarakat yang dijadikan target. Berbagai sektor seperti kesehatan, sosial, hukum hingga ekonomi dapat menjadi kerjasama yang sangat disarankan.

Ketika pemerintah pusat hingga daerah yang menjadi aktor dalam menjalankan sebuah program berbasis masyarakat, departemen internal dalam institusi tersebut cenderung melakukan penyilangan program atau kerjasama lintas program. Berbeda dengan kerjasama lintas sektoral, kerjasama antar program cenderung bersifat internal yang berarti, kerjasama ini sekaligus menjadi wahana untuk menguatkan institusi tersebut dari dalam (Mcpherson, Hill, & Reid, 2018). Pada program EMAS ini, dukungan masyarakat berada dalam kategori baik. Dukungan komunitas atau masyarakat yang terlibat pada jalannya program berbasis komunitas sangat penting. Disebutkan bahwa, keberhasilan program tersebut akan terjamin ketika masyarakat dapat mandiri dan turun serta dan sadar sedang menjadi bagian dari program tersebut (Haver, Brieger, Zoungrana, Ansari, & Kagoma, 2015). Dalam program EMAS ini, dukungan masyarakat ditunjukkan dengan adanya Forum Masyarakat Madani (FMM) yang berperan aktif untuk mendukung tercapainya tujuan Program. Selain itu, seluruh narasumber menjelaskan bahwa masyarakat Banyumas sangat mendukung program EMAS karena adanya pendekatan yang baik dari aktor dan pemerintah ketika menjalankan program tersebut.

3. Komitmen dan dukungan

Tema ketiga adalah komitmen dan dukungan. Tema ini dibentuk oleh 8 sub tema, yaitu adanya dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan, pengadaan tenaga kesehatan maksimal, pengaturan finansial baik, pengadaan sarana prasarana baik, sikap dan motivasi pelaku,

keberhasilan edukasi masyarakat, sistem rujukan belum optimal, dan komitmen fasilitas kesehatan. Dukungan pemerintah daerah dan dinas kesehatan dalam program ini salah satunya adalah dalam bentuk advokasi pendanaan. Dalam mencapai kesuksesan program kesehatan berbasis masyarakat, komponen dukungan pemerintah melalui advokasi, pengawasan, evaluasi dan perbaikan program menjadi kunci utama (Frieden, 2014).

Frieden (2014) menjelaskan bahwa peran pemerintah dan aktor tergabung dalam komponen manajerial. Pada program kesehatan masyarakat, permasalahan utama sering terjadi pada manajerial. Bahkan jika komitmen politik, sumber daya, dan paket teknis berada di tempat, manajemen yang efektif mungkin tidak tersedia (Frieden, 2014; Hendriks, 2014). Sehingga, dapat dilihat bahwa manajerial yang baik telah terlaksana pada program EMAS ini. Kemudian, dalam program ini, para aktor berkomitmen untuk meningkatkan fasilitas, sarana dan prasarana kesehatan. Beberapa narasumber menjelaskan bahwa fasilitas kesehatan juga dianggap cukup dan baik.

Ketercukupan fasilitas, sarana dan prasarana memang menjadi indikator keberhasilan suatu program kesehatan ditambah jika seluruh fasilitas kesehatan tersebut dapat dimaksimalkan dengan baik (Sabde et al., 2018). Selain itu, ketersediaan sarana dan prasarana dapat menunjang kinerja dan kepuasan pasien. Hal ini dijelaskan bahwa, semakin baik sarana dan prasarana yang tersedia, semakin baik pula pelayanan yang

diberikan (Cahalin et al., 2015; Sabde et al., 2018). Selain kepuasan, fasilitas kesehatan yang ada di daerah tersebut, jika memiliki fasilitas yang baik akan cenderung dipercaya oleh masyarakat (Smith et al., 2015). Pasien yang datang cenderung meningkat pada fasilitas kesehatan dengan sarana dan prasarana baik bahkan dapat mendukung fenomena *Bypassing* yang berarti, pasien yang datang bisa jadi bukan berasal dari daerah sekitar tetapi dari daerah lain yang mencari pengobatan dengan sarana dan prasarana maksimal (Sabde et al., 2018; Smith et al., 2015).

Selain maksimalnya sarana dan prasarana, keberhasilan program ini didukung motivasi dan keberhasilan para pelaku mengedukasi masyarakat. Motivasi kerja dalam suatu pelaksanaan program kesehatan masyarakat menjadi hal dasar yang harus dibentuk dan dijaga (Strachan et al., 2015). Motivasi kerja dalam program kesehatan berbasis masyarakat digambarkan sebagai adanya keinginan untuk berinteraksi dengan pasien hingga selesai memberikan intervensi (Singh, Negin, Otim, Orach, & Cumming, 2015; Strachan et al., 2015). Motivasi kerjapun salah satunya dipengaruhi oleh adanya insentif/honor sebagai upah kerja yang terbukti berbanding lurus dengan peningkatan motivasi (Singh et al., 2015). Lebih lengkapnya Singh et al., (2015) menjelaskan bahwa semakin sesuai upah yang diberikan oleh manajer pada para pelaku/pekerja, semakin tinggi pula motivasi yang ditunjukkan. Berbeda pada program EMAS ini, motivasi kerja tidak tergantung pada tingginya upah yang diberikan tetapi berdasar dari ketulusan profesi yang dijalani.

D. KETERBATASAN PENELITIAN

Pada penelitian ini, peneliti mendapatkan beberapa keterbatasan penelitian, diantaranya sebagai berikut:

1. Pemilihan responden hanya dari beberapa orang yaitu kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, Koordinator Program EMAS Kabupaten Banyumas, Direktur RSUD Wiradadi Husada, Kepala Puskesmas Rawalo dan 2 Sumbang, Bidan Koordinator Puskesmas, dan bidan desa Rawalo dan 2 Sumbang serta Ketua FMM Kabupaten Banyumas yang terlibat dalam program EMAS.
2. Belum dilakukannya FGD pada anggota FMM sebagai narasumber penelitian dari sisi masyarakat.
3. Kesulitan penyesuaian jadwal wawancara dengan informan, karena informan mempunyai kesibukan tugas dan pekerjaan masing-masing.
4. Kesulitan dalam melakukan wawancara dan *Focus Group Discussion* karena peneliti baru pertama kali melakukan metode penelitian dengan wawancara dan FGD.
5. Dibutuhkan waktu yang banyak dalam mentranskrip wawancara, karena peneliti belum terbiasa dengan penelitian kualitatif