

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

Responden yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Koordinator EMAS Kabupaten Pekalongan, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, Direktur RSUD Kajen, Kepala Puskesmas Karanganyar, Kepala Puskesmas Bojong 1, Bidan Koordinator EMAS Puskesmas Karanganyar, Bidan Koordinator EMAS Puskesmas Bojong 1, Bidan Desa serta masyarakat yang tergabung dalam Forum Masyarakat Madani.

Tabel 4 1 Karakteristik Responden

Identitas Responden	Keterangan	Jumlah
Usia	23 tahun	1
	29 tahun	2
	30 tahun	3
	31 tahun	2
	32 tahun	1
	33 tahun	1
	34 tahun	1
	39 tahun	1
	41 tahun	1
	42 tahun	1
	43 tahun	1
	44 tahun	2
	45 tahun	2
	46 tahun	2
47 tahun	3	
52 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki – laki	5
	perempuan	20
Pendidikan terakhir	Universitas	9
	Diploma	10
	SMA	6
Pekerjaan utama	Dokter	3

	Dokter gigi	1
	Bidan	12
	PNS	2
	Ibu Rumah Tangga	7
Peran dalam Program EMAS	Tim program EMAS	2
	Kabupaten	1
	Rumah sakit	4
	Puskesmas	8
	Bidan Desa	10
	FMM	
Lama terlibat Program EMAS	5 Tahun	25

Tabel 4 2 Kode Responden

Responden	Kode
Direktur RSUD Kajan	R-1
Bidan Desa	R-2
Forum Masyarakat Madani	R-3
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan	R-4
Kepala Puskesmas Bojong 1	R-5
Kepala Puskesmas Karanganyar	R-6
Bidan Koordinator Puskesmas Karanganyar	R-7
Bidan Koordinator Puskesmas Bojong 1	R-8
Koordinator EMAS	R-9

B. Hasil Penelitian

Pada penelitian yang saya lakukan ini didapatkan 4 tema, 9 subtema dan 37 kategori yang peneliti tampilkan dalam tabel berikut :

Tabel 4 3 Kategori, subtema dan tema

No.	kategori	Subtema	tema
1.	Program percepatan		
2.	Program pembantu		
3.	Tidak merubah program yang ada		Program pembantu
4.	Penguatan visi		
5.	Program menunjang pencapaian aspek lain		
6.	Program lintas sektor		
7.	Ada peran masyarakat		Kerjasama lintas sektor
8.	Kerjasama lintas sektor terlaksana		masih kurang

9.	Kurangnya peran FMM		
10.	Monitoring program dari pusat	Program termonitoring	
11.	Ada pendampingan program		
12.	Pengetahuan masyarakat kurang		
13.	Edukasi masyarakat kurang	Edukasi masyarakat yang masih kurang	
14.	Upaya edukasi masyarakat		
15.	Keterlambatan pembiayaan	Pengaturang finansial kurang optimal	
16.	Kendala pembiayaan		
17.	Kurangnya peran Pemda dan Dinas Kesehatan	Dukungan Pemda dan Dinas Kesehatan belum optimal	
18.	Kurangnya peran pemangku kebijakan		
19.	Adanya rasa kemanusiaan	Sikap pelaku dan motivasi	
20.	Tuntutan tugas		
21.	Ada upaya maksimal pengadaan tenaga kesehatan		Komitmen dan dukungan
22.	Kurangnya pemberdayaan tenaga kesehatan	Pemberdayaan SDM masih kurang	
23.	Pelatihan tidak efektif		
24.	Pelatihan nakes kurang optimal		
25.	Pelatihan terkendala dana		
26.	Ketersediaan sarpras cukup		
27.	Pengadaan sarpras mandiri	Pengadaan sarana dan prasana belum optimal	
28.	Fungsi monitoring sarpras kurang baik		
29.	Kendala biaya pengadaan sarpras		
30.	Komunikasi tidak efektif	Pelayanan klinis dan rujukan kurang optimal	
31.	Rujukan berjenjang tidak efektif		

32. Upaya meningkatkan pelayanan klinis dan rujukan	Pelayanan Faskes belum optimal	
33. Perbedaan peran		
34. Kurangnya peran pelayanan rumah sakit		
35. Fungsi dasar fasilitas kesehatan masih kurang		
36. Kondisi geografis sulit		Kondisi geografis yang sulit
37. Jangkauan daerah sulit		

1. Program Pembantu

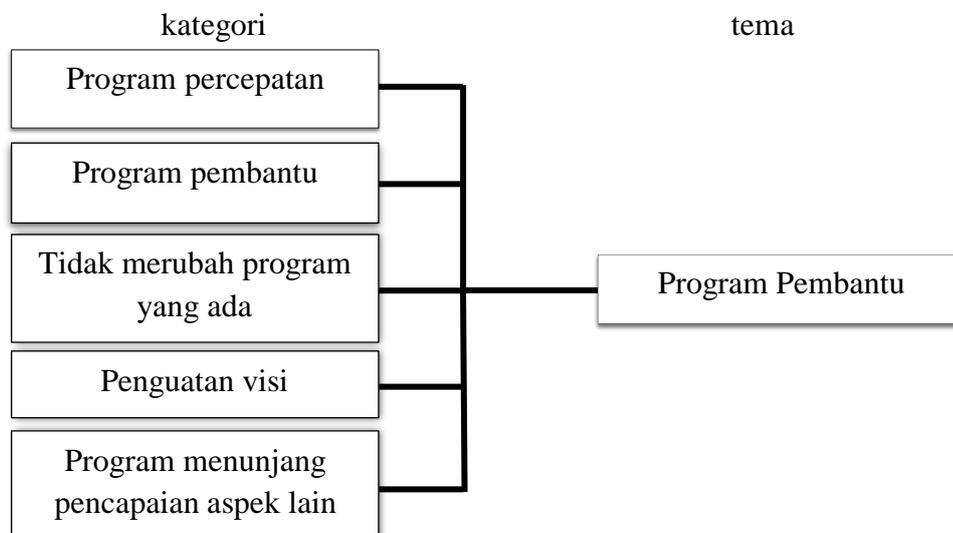


Diagram 4.1 Tema 1

Tema pertama yang saya dapatkan adalah program pembantu, tema ini menjelaskan bahwa program EMAS merupakan program pembantu yang mana dalam pelaksanaannya program ini membantu program yang sudah ada sehingga tidak merubah program yang ada sehingga mempercepat dan memperkuat visi yaitu guna menurunkan AKI dan AKB serta dalam pelaksanaannya program EMAS mampu menunjang pencapaian aspek lain di luar konteks menurunkan AKI dan AKB. Tema ini dibentuk oleh beberapa kategori yang muncul diantaranya

program percepatan, program pembantu, tidak merubah program yang ada, penguatan visi, serta program menunjang pencapaian aspek lain.

a. Program Percepatan

Program EMAS merupakan program percepatan, program ini mempercepat pencapaian tujuan dari program sebelumnya yaitu menurunkan AKI dan AKB. Hal ini disampaikan dalam kode *program EMAS lebih fokus menurunkan AKI AKB* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... karena program itu sebenarnya sudah ada program penurunan angka kematian ibu bayi itu sebenarnya sudah ada, hanya saja mungkin dengan program EMAS ini jadi lebih fokus.” R1

kemudian didukung dengan kode *program EMAS lebih membantu* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...trend kematian angka ibu anak di Indonesia itu kan cenderung tinggi jadi kalo tidak dibuat semacam pokja itu ya agak susah kalo hanya mengikut pada program regular, karena program itu sebenarnya sudah ada program penurunan angka kematian ibu bayi itu sebenarnya sudah ada, hanya saja mungkin dengan program EMAS ini jadi lebih fokus.”

R1

lalu didukung oleh kode *Dinas mengembangkan dan mereplikasi* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Oke, Jadi programnya sendiri dari USAID itu hanya 2 tahun sampai 2016, kemudian kita sendiri yang mengembangkan, mengembangkan dan

mereplikasi menambah, dulu kan hanya 10 Puskesmas yang didampingi sekarang sudah semuanya kita jalankan,...” R2

b. Program Pembantu

Program EMAS merupakan program pembantu, program ini membantu program yang sudah berjalan untuk lebih fokus dalam mencapai tujuan memberikan pelayanan terbaik guna menurunkan AKI dan AKB. Hal ini disampaikan dalam kode *intervensi EMAS sejalan dengan program Puskesmas* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...pas kebetulan sekali waktu EMAS ini berjalan, mulai kebetulan Puskesmas juga baru menjalankan program kapitasi yang dimana salah satunya harus mampu memberikan persalinan, sehingga e,, langsung itu ketemu ya bahwa kita memang pengen membuat apa ruang persalinan, satu sisi juga ada intervensi EMAS walaupun EMAS tidak hanya di ruang bersalin tapi termasuk di di hulunya ya mulai dari awal kegiatan apa mulai dari awal ibu bersalin itu.” R5

kemudian didukung dengan kode *membantu program yang ada lebih fokus* yang terdapat dalam pernyataan partisipan,

“...angka kematian ibu maupun bayi yang mana harus segera distop ini yang terbaik adalah melalui program EMAS ini, karena kalo melalui program yang dilakukan oleh melalui program dari Kemenkes ini tidak akan fokus didalam e,, pelaksanaan kegiatan yang kami lakukan.” R6

c. Tidak Merubah Program yang Ada

Hadirnya program EMAS tidak merubah program yang sudah berjalan, baik dalam hal implementasi atau aplikasi program itu sendiri. Hal ini disampaikan dalam kode *program yang ada tetap berjalan* yang terdapat dalam pernyataan partisipan,

“Ndak ada masalah orang program EMAS itu nama, kalo programnya di Rumah Sakit ada namanya MDG’s, jadi ndak ada ndak ngaruh MDG’s di akreditasi kan masuk di, nah kita ya tidak ngaruh mau program EMAS ada atau tidak ada karena dari dulu sebelum ada program EMAS pun kegiatan ini sudah ada dalam kaitan program Rumah Sakit dalam bentuk pokja akreditasi itu kan ada MDG’s dan itu masuk dalam program Rumah Sakit regular...” R1

kemudian didukung dengan kode *tidak ada perubahan kebijakan* yang terdapat dalam pernyataan partisipan,

“...tapi tugas ini terintegrasi dengan tugas di proksi Rumah Sakit jadi tidak ada masalah program aja berhenti kita ya tetep seperti biasa dan alhamdulillah kan tidak ada perubahan kebijakan.” R1

d. Penguatan Visi

Program EMAS memiliki tujuan utama yaitu menurunkan AKI dan AKB seperti program-program yang ada sebelumnya, dan hadirnya program EMAS membawa visi yang dapat memperkuat pencapaian-pencapaian dari program penurunan AKI maupun AKB tersebut. Hal ini disampaikan dalam

kode *perbaikan birokrasi dan sistem rujukan* yang terdapat dalam pernyataan partisipan,

“...Nah sekarang intinya adalah pengembangan sumber daya manusia ini, EMAS itu terdiri dari tiga elemen, yang satu e,, basiclanya komponen pertama adalah perbaikan birokrasi adalah komponen rujukan disana perbaikan dari pembangunan regulasi, pembuatan peraturan dari provinsi, peraturan gubernur, peraturan daerah artinya peraturan Bupati, perbaikan system tata rujukan misalnya melalui SIJARI EMAS, koordinasi dengan BPJS terus misalnya perbaikan program di e,, bidang pelayanan kesehatan itu di kompeten rujukan...” R9

kemudian didukung kode *perbaikan tata kelola klinis* yang terdapat dalam pernyataan partisipan,

“...disana itu adalah e,, memperbaiki tata kelola klinis, disana ada e,, apa e,, bagaimana untuk pelayanan e,, yang baiklah disana nah disana e,, di tata kelola klinis adanya pendampingan, adanya kunjungan klinis Rumah Sakit percontohan, adanya e,, drill emergensi, terus ada macem-macem disana ada programnya, ada bongkar bersih, ada bongkar ruangan, ada misalnya e,, pertolongan persalinan dengan dua tangan segala pokoknya banyak, ada tiga tangan, ada drill emergensi disana, terus e,, pelatihan e,, yang regular, terus bagaimana pengelolaan emergensi troli nah itu di komponen klinis. “ R9

e. Program Menunjang Pencapaian Aspek Lain

Program EMAS hadir tidak hanya membawa dampak untuk menurunkan AKI dan AKB, akan tetapi program EMAS hadir memberikan dampak terhadap pencapaian aspek lain. Hal ini disampaikan dalam kode *ada pencapaian lain* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Hasilnya bisa misal cukup memuaskan lah ya cukup memuaskan, memuaskan dalam hal ini bisa memuaskan Bupati, dalam hal ini kita bisa berhasil menerbitkan banyak hal disini kita sudah menerbitkan peraturan Bupati melakukan e,, udah menginisiasi untuk melakukan monitoring center, mengadakan Sijari EMAS dengan angka hampir e,, semua Rumah Sakit yang di intervensi di EMAS di Kabupaten alhamdulillah mendapatkan akreditasi sempur e,, paripurna ya, jadinya bisa dibilang bisa membawakan efek lain selain penurunan AKI yaitu mampu meningkat menambah dengan angka MDG’s yang semuanya diatas 80% tanpa remidi, nah semuanya di Kajen remidi cuma MDG’snya tidak di remidi ya,” R9

kemudian didukung dengan kode *kontribusi akreditasi* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...dari untuk kontribusi e,, untuk e,, misalnya akreditaasi Puskesmas atau Rumah Sakit alhamdulillah bisa memberikan kontribusi yang positif,...” R9

kemudian didukung dengan kode *mengajarkan perencanaan program* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...bagaimana kita mengajarkan temen-temen di Kabupaten Pekalongan itu bisa merencanakan program ngga cuma kopi paste dari tahun-tahun sebelumnya dan itu yang harusnya untuk menilai keberhasilan seperti itu kalau dari angka parameter alhamdulillah cukup berhasil...” R9

lalu didukung oleh kode *sharing knowledge* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“..., keberhasilan dari temen-temen tenaga pelayanan kesehatan yang tadinya tujuannya EMAS tadinya sebenarnya buat *sharing knowledge* supaya temen-temen itu dari bidan senior yang punya kemampuan tinggi bisa membagikan, kadang bidan-kadang senior itu gamau jaga, kan dengan adanya drill emergensi sekalian bisa *sharing knowledge* dengan adanya standby 24 jam disana, akhirnya kemampuannya tuh bisa berbagi, jadinya bidanyan tuh ngga takut memberikan injeksi $MgSO_4$, memberikan profilaksis dexametason, profilaksis antibiotic, sehingga e,, stabilisasi pra rujukan pun jadi jalan....” R9

2. Kerjasama Lintas Sektor Belum Optimal

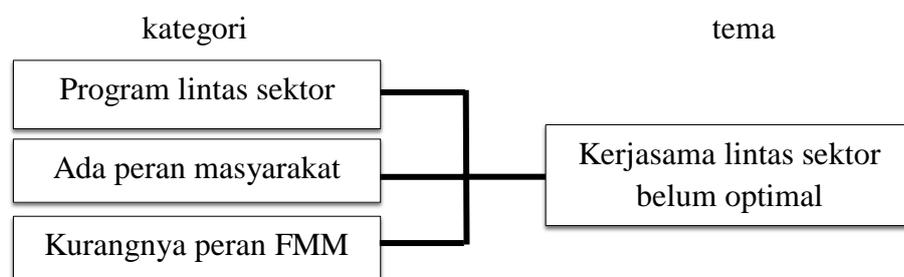


Diagram 4 2 Tema 2

Tema yang kedua yang saya dapatkan adalah kerjasama lintas sektor belum optimal. Tema ini menjelaskan bahwa program EMAS tidak hanya

melibatkan petugas kesehatan saja akan tetapi melibatkan semua sektor dan dalam pelaksanaannya, kerjasama lintas sektor masih belum optimal dalam pelaksanaan program EMAS di kabupaten Pekalongan. Tema ini di bentuk oleh beberapa kategori yang muncul diantaranya program lintas sektor, ada peran masyarakat, serta kurangnya peran FMM.

a. Program Lintas Sektor

Program EMAS merupakan program yang melibatkan lintas sektor. Hal ini disampaikan dalam kode *semua stakeholder terlibat* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Itu jadi Penanggung jawabnya penanggung jawabnya disini memang Kepala Dinas Kesehatan, sebagai pelindungnya Bupati, kemudian di di dalam EMAS itu ada pokja-pokja, ha’ah ada pokja-pokja dan setiap pokja ada ada keterlibatan semua stakeholder, jadi yang tadi saya sebutkan dari organisasi-organisasi, dari PKK, dari lintas sektor OPD itu masuk di pokja-pokja.” R4

kemudian ada juga yang berpendapat bahwa dalam pelaksanaan program EMAS melibatkan berbagai organisasi masyarakat yang disampaikan dalam kode *ada peran organisasi masyarakat* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Artinya kan mereka kan ini kan dari fatayat, muslimat, kemudian ada organisasi muhammadiyah dan sebagainya, pkk kan mereka juga sudah ini sudah woro-woro lah, sudah woro-woro ke masyarakat bahwa e,, hal

seperti itu kan juga ngga cuma tugasnya FMM juga ya dari kader-kader
kia yang dari desa juga iya dari desa juga sudah lancar.” R3

b. Ada Peran Masyarakat

Masyarakat ikut terlibat dalam pelaksanaan program EMAS. Hal ini terdapat dalam kode *masyarakat ikut mengobservasi* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...Dan yang tidak kalah pentingnya adalah komponen ketiga pemberdayaan masyarakat, kenapa pemberdayaan masyarakat karena itu tujuannya adalah sebagai e,,, *first doubt* observasi, jadinya dia kaya misalnya wartawan gitu supaya pemerintah atau misalnya pelayanan kesehatan apabila ada yang di rasa kurang biar pemerintah biar masyarakat itu lebih aware,” R9

kemudian didukung dengan kode *bantuan masyarakat untuk mengedukasi* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...Yang ketiga e selain itu gunanya supaya masyarakat membantu, membantu pemerintah membantu sama pelayanan kesehatan contohnya misalnya membantu observasi untuk memberikan edukasi P4K tanda tanda e,,, yang e,,, ibu dengan hamil resiko tinggi yang rawan tanda-tanda bahaya pada proses kehamilan itu atau pasca salin itu apa aja nanti biar masyarakat tuh bisa edukasi,...” R9

lalu disampaikan dalam kode *bantuan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... yang selain itu juga bagaimana nanti diharapkan di masyarakat itu memberdayakan misalnya ambulan desa, terus misalnya ngadain yang kalo misalnya kotak-kotak kaya misalnya arisan, misalnya 500 per orang keluarga untuk membantu misalnya bukan proses pada bersalin, misalnya menyediakan e,, membantu transportasi pada saat berangkat misalnya yang nggak memungkinkan, atau misalnya memberikan apa e,, kalo kemarin tuh kalo di Puskesmas Sragi itu ada sumbangan atau di Siwalan itu memberikan sumbangan tempat tidur supaya layak anaknya bisa bisa istirahat dengan nyaman, maksudnya nggak terpapar tidur di tanah segala macam...” R9

c. Kurangnya Peran FMM

Forum Masyarakat Madani merupakan aspek penting dalam pelaksanaan program EMAS karena forum ini merupakan jembatan yang menghubungkan dari lintas sektor dari berbagai stakeholder yang terlibat. Akan tetapi, FMM dirasa masih kurang berperan dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Pekalongan, hal ini dibuktikan dengan kode *keterlibatan FMM kurang* yang terdapat dalam pernyataan partisipan,

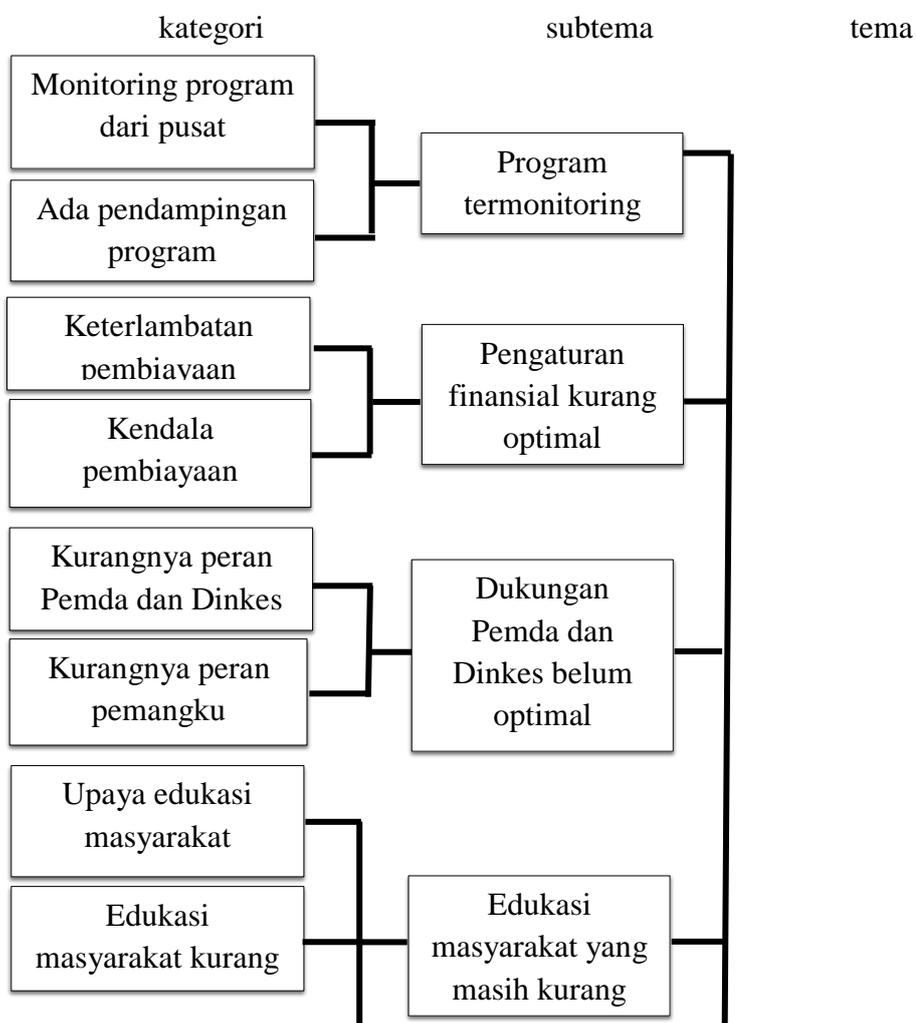
“... masyarakat bisa menekan menekan pemerintah daerah, menekan disana nah itu yang dirasakan kurang disini keterlibatan FMM disini masih kurang untuk e,, untuk apa ya terlibat dalam perencanaan walaupun memang ngga sampai mungkin jadi sharing disana, walaupun sekarang ada dana desa 1 milyar cuman dana desa itu bisa dibuat perbaikan kesehatan desa karena kesehatan desa itu tanggungjawab

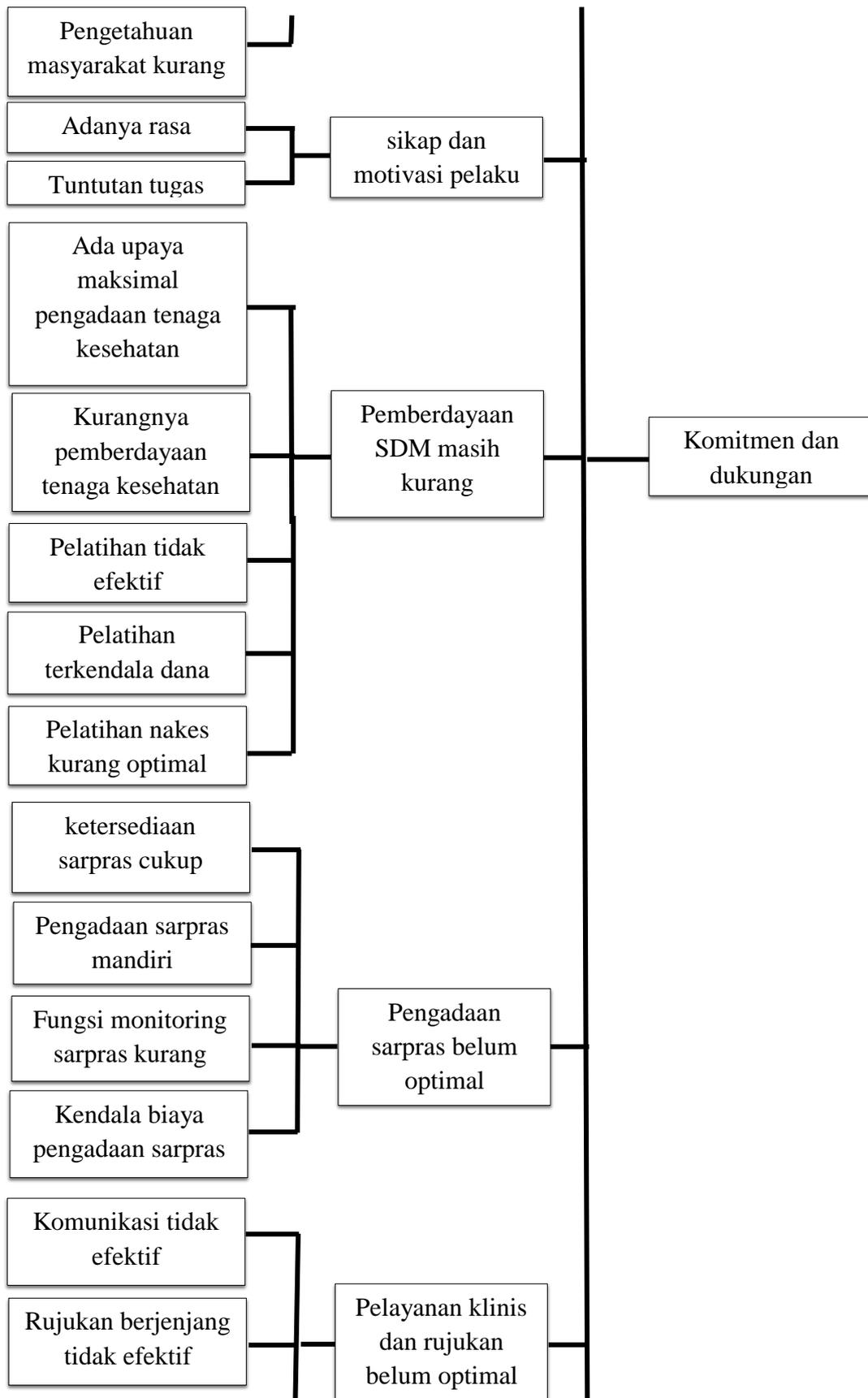
Dinas Kesehatan nah itu harusnya bagaimana itu mengelolanya itu bagaimana, harusnya ada keterlibatan disana,...” R9

didukung juga dengan kode *FMM perlu diaktifkan* yang terdapat dalam pernyataan partisipan,

“..., terus bagaimana FMM itu bisa di aktifkan, FMM itu sangat baik sekali karena malalui FMM kalo diliat di Banyumas itu melalui FMM ada fasilitas, ada dokter spog ada misalnya ada direktur Rumah Sakit itu tiap satu bulan sekali itu ada coffe morning sama Bupati,...” R9

3. Komitmen dan Dukungan





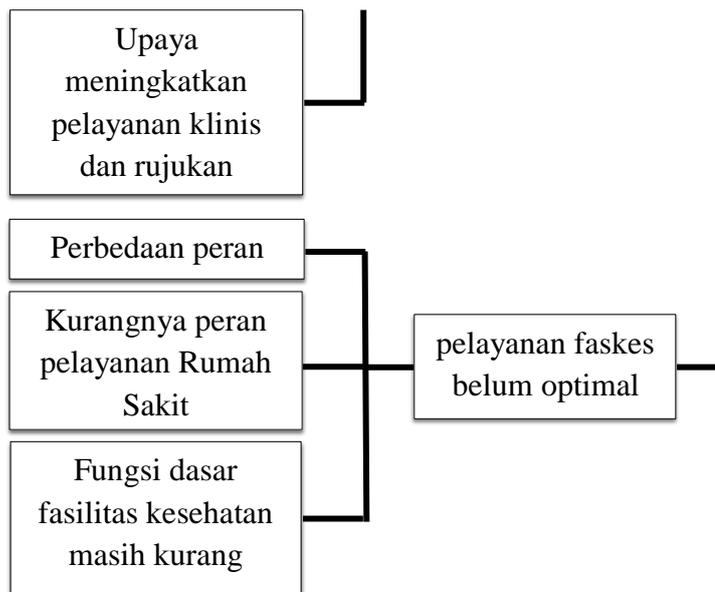


Diagram 4.3 Tema 3

Tema yang ketiga adalah komitmen dan dukungan dimana dalam pelaksanaan program EMAS melibatkan komitmen dan dukungan dari tiga pihak yaitu pemangku kebijakan, pelaku, dan fasilitas pelayanan kesehatan. Tema ini muncul karena di bentuk oleh 9 subtema yaitu program termonitoring, pengaturan finansial kurang optimal, dukungan Pemda dan Dinkes belum optimal, edukasi masyarakat yang masih kurang, sikap dan motivasi pelaku, pemberdayaan SDM masih kurang, pengadaan sarpras belum optimal, pelayanan klinis dan rujukan belum optimal, serta pelayanan faskes belum optimal.

a. Program Termonitoring

Adanya monitoring dari pusat menunjukkan bahwa komitmen dan dukungan dari pencetus dan pelaksana program yaitu dari pusat yang bekerjasama dengan USAID itu sangatlah tinggi. Adapun subtema ini di bentuk oleh dua kategori yaitu monitoring program dari pusat dan ada pendampingan program.

1) Monitoring Program dari Pusat

Pusat dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan, USAID, dan Program EMAS selalu memberikan monitoring terhadap jalanya program. Hal ini di sampaikan dalam kode *monitoring dari pusat* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... jadi setiap bulan eh setiap 3 bulan di evaluasi kemudian setiap setengah taun sekali di evaluasi di tingkat Provinsi, jadi selalu di monitor dari pusat.” R4

didukung juga oleh kode *pembinaan dari dinas dan tim EMAS* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“E,, dari dinas bersama tim EMAS ya itu ada waktu tertentu yang e,, diadakan untuk melakukan pembinaan e,, waktunya ada tertentu di APKR maupun APKK itu ada tanggalnya.” R8

2) Ada Pendampingan Program

Untuk menunjang keberhasilan program, di adakan pendampingan program yang bertujuan untuk menunjang efektifitas dari program tersebut. Hal ini disampaikan dalam kode *pendampingan dengan form* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“E,, proses pendampingan itu dilakukan oleh tim dinas dan tim EMAS ini melalui kolaborasi antara tim EMAS dan Dinas Kesehatan kami kemudian diberikan e,, yang namanya form-form untuk mengisi e,, kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan e,, kegiatan khususnya untuk menurunkan AKI AKB form-form itu...” R6

kemudian didukung dengan kode *pembinaan FMM* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...Dinas Kesehatan melakukan pembinaan terhadap yang namanya FMM sebagai faktor pendukung Forum Masyarakat Madani, ini yang menjadi kekuatan e,, kabupaten khususnya di Puskesmas Karanganyar karena FMM ini sangat membantu sekali didalam menurunkan AKI AKB di khususnya di Puskesmas Karanganyar.”

R6

b. Pengaturan finansial kurang optimal

Subtema ini dibentuk oleh dua kategori yaitu keterlambatan pembiayaan dan kendala pembiayaan. Pengaturan finansial menjadi aspek penting dalam pelaksanaan program EMAS, pengaturan finansial yang baik menunjukkan bagaimana pemegang program bisa menjaga keberlangsungan program itu sendiri. Akan tetapi dalam pelaksanaannya, program EMAS di Kabupaten Pekalongan masih terdapat kendala dalam pembiayaan pelaksanaan program.

1) Keterlambatan pembiayaan

Adanya keterlambatan pembiayaan menjadi penghambat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang hanya mengandalkan pembiayaan mandiri melalui asuransi, khususnya yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi. Hal ini disampaikan dalam kode *pembiayaan mandiri* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

”Disini menggunakan ada BPJS e,, ada juga yang mereka pakai umum tapi mayoritas disini pakainya BPJS.” R7

kemudian pernyataan tersebut di dukung oleh kode *Jampersal terlambat* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Waktu itu kita untuk BPJS berarti dari Puskesmas he’eh nah seiring bejalanya waktu kita juga dapet untuk Jampersal tapi untuk Jampersal kan kita e,, apa kaya punya jatah gitu baru tahun ini tapi berarti EMAS nya sudah berlalu baru ada jampersal.” R7

2) Kendala pembiayaan

Pembiayaan menjadi aspek penting dalam pelaksanaan suatu program termasuk program EMAS. Adanya kendala pembiayaan dalam pelaksanaan program EMAS disampaikan dalam kode *kendala dana* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...tapi karena ya gitu dana ya dana (tertawa) kemaren saja sampai jalan sehat sudah berjalan nggeh itu hasilnya apakah plus melainkan min, nah itu itu masih banyak sekali sampai teman-teman FMM berani untuk neboki untuk kegiatan kemaren itu mas,... “ R3

kemudian disampaikan juga dalam kode *dana taktis belum berpihak ke ibu hamil* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...otomatis harus ada improvisasi nah dana taktis dari pemerintah itu lah yang belum berpihak kepada ibu-ibu hamil, dana taktis dari pemerintah itu yang masih selalu standar dengan standar kontri apa

formalitas, harus pengajuan dulu baru. Kalo saya sih berpikirnya seperti itu,...” R3

c. Dukungan Pemda dan Dinkes belum optimal

Dukungan Pemda dan Dinkes sangatlah penting, sebagai pemegang program dibutuhkan komitmen dan dukungan dari Pemerintah dan juga dari Dinas Kesehatan supaya program bisa berjalan dengan efektif dan mencapai hasil yang maksimal. Dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Pekalongan, dukungan Pemda dan Dinkes masih dirasa kurang. Hal ini didukung oleh kategori kurangnya peran Pemda dan Dinkes serta kurangnya peran pemangku kebijakan.

1) Kurangnya peran Pemda dan Dinkes

Kurangnya peran Pemda dan Dinkes berimbas pada pelaksanaan program yang kurang maksimal. Hal ini disampaikan dalam kode *kurang inisiasi dari Dinas* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“..., biasaya Dinas itu koordinatornya biasanya malah kita yang kejar-kejar Dinas untuk kumpul ya, kita ya istilahnya jadi inisiator sama motor ya karena itu sekarang kan sudah bukan kegiatan resmi lagi jadi Dinas mungkin kerjanya banyak ya kita kerjanya ngingetin kita lakukan monitor evaluasi bersama dengan teman-teman dari Puskesmas.” R1

kemudian didukung oleh kode *kurang apresiasi* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Program ini kan nggak tidak menguntungkan kalau orang berfikir pendapatan tidak membuat prestise jadi kadang-kadang kurang menarik, itu yang menghambat yo karena kerja ini kalau bagus pun tidak ada pengaruh langsung ke Rumah Sakit ke Pemda itu enggak apa kalau turun bagus meningkat namanya mahsyur kan enggak, tapi kalau jelek keliatan sekali itu jadi intinya apa namanya kalau yang menghambat itu pola fikir kalau selama sendirinya berpikir hanya mau program-program yang hanya menaikkan popularitas rating ya ga bisa...” R1

kemudian didukung oleh kode *support dan perhatian pemerintah kurang* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...tapi kalau untuk di hidupkan lagi untuk di hidupkan kembali ya memang EMAS EMAS itu sendiri memang mengarahkannya adalah untuk swadaya swadaya kita hanya saja ya untuk support pemerintah harusnya bisa lebih ini lagi.” R3

lalu didukung oleh kode *dilepas begitu saja* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...jadi akhirnya kader-kader yang sebenarnya sudah banyak sudah bisa sudah bisa berperan aktif disitu seolah-olah kayak seperti apa ya seperti balita yang sedang mulai berjalan dan langsung dilepaskan gitu, kalau saya begitu mungkin ada tambahan.” R-3

2) Kurangnya peran pemangku kebijakan

Pemangku kebijakan berperan penting dalam pelaksanaan program EMAS karena berkaitan dengan bagaimana upaya dalam mencapai keberhasilan suatu program. Kurangnya peran pemangku kebijakan akan menghambat pelaksanaan program itu sendiri. Hal ini disampaikan dalam kode *kurangnya perhatian Dinas* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Walaupun kita udah menginisiasi, udah replikasi, udah tertuang di peraturan Bupati ada kewajiban kebijakan Dinas Kesehatan replikasi tulisanya seperti itu, pada kenyataanya realisasinya saat ini belum dilakukan karena temen-temen Puskesmas bingung menggunakan mata anggaran yang mana, terus bagaimana e,, yang di perlukan bagaimana temen-temen Dinas Kesehatan itu bisa mengaware anggaranya gimana, bagaimana ada feedbacknya dari worksheet buat temen-temen bidan, temen-temen dokter, temen-temen perawat disana nah itu yang harusnya rutin dilakukan....” R9

didukung juga oleh kode *perlunya tanggungjawab pemegang program* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... nah itu yang harusnya jadi artinya sebenarnya program ada harusnya bisa di jalankan sendiri-sendiri, bagaimana peningkatan fasilitatif tuh sudah di danai Kementerian fasil Kementerian sendiri Sijari EMAS ada harusnya di SPDGT udah ada temen-temen misalnya program untuk drill emergensi segala macam itu sudah

tertuang di dana kapitasi di 60 % itu buat peningkatan SDM, sebenarnya sudah bagai udah bisa jalan sendiri, cuman bagaimana ada yang mengawasi penuntutan langsung dari harus ada yang mengawasi disana, intinya siapa pemegang program itu harus bertanggungjawab, jangan sampe EMAS nya pergi temen-temen juga pergi semangatnya jangan.” R9

d. Edukasi masyarakat yang masih kurang

Edukasi masyarakat yang kurang akan menghambat upaya penurunan AKI dan AKB karena dengan pengetahuan masyarakat yang tinggi akan semakin mempermudah faskes dasar dalam melakukan upaya promotif dan preventif serta dalam melakukan sosialisasi yang berkaitan tentang tanda bahaya ibu maupun bayi baik dalam masa kehamilan ataupun persalinan. Subtema ini dibentuk oleh beberapa kategori yaitu upaya edukasi masyarakat, edukasi masyarakat kurang serta pengetahuan masyarakat kurang.

1) Upaya edukasi masyarakat

Adanya upaya edukasi masyarakat menunjukkan bahwa pentingnya pengetahuan dalam menunjang penurunan AKI dan AKB. Hal ini disampaikan dalam kode *sosialisasi lewat forum* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Ada kalo sosialisasi ke masyarakat tentang bahaya-bahaya ibu hamil kita laksanakan lewat forum-forum yang ada misalnya lewat posyandu atau penyuluhan-penyuluhan yang ada.” R5

kemudian didukung oleh kode *edukasi ibu hamil* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“..., jadi tau jadi kita memberi pengetahuan pada ibu kaya tadi mulai dari apa kehamilan sampai bayi lahir itu tau agenda kelas ibu hamil, ada juga yang ada juga yang itu sosialisasi bumil resti juga ada,...”

R2

2) Edukasi masyarakat kurang

Walaupun sudah ada upaya edukasi masyarakat, akan tetapi pada kenyataannya edukasi masyarakat terkait kesehatan ibu dan bayi masih kurang. Hal ini disampaikan dalam kode *kurangnya edukasi* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“E,,, kita butuh ini loh maksudnya em,,, ya ngasih ngasih ngasih edukasi dengan cara apapun lah.” R3

didukung juga oleh kode *sosialisasi di masyarakat kurang* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Iya, kalau untuk sosialisasi ya kalau untuk sosialisasi masih kurang” R3

3) Pengetahuan masyarakat kurang

Pengetahuan masyarakat yang kurang akan mempersulit pelaksanaan program dalam upaya menurunkan AKI dan AKB. Hal ini di disampaikan dalam kode *pengetahuan masyarakat kurang* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... soalnya kadang basically buat di daerah itu susah buat mengajak, kadang duitnya ada ambulanya ada tenaga kesehatannya ada cuma orang atau keluarga disana susah, gamau diajak bersalin di fasilitas kesehatan karena misalnya ada mitos ada legenda atau kadang misalnya ibu e,, apa ibu-ibu yang karena ada tekanan dari sesepuhnya, dari ibu mertua, dari ibunya yang pengenya melahirkan di rumah padahal itu ada tanda-tanda hamil resiko tinggi nah itu gunanya masyarakat disana buat membujuk, disana kadang tenaga kesehatan nggak laku, disana yang laku tokoh masyarakat...” R9

kemudian didukung oleh kode *mitos pasca persalinan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...terus tuh bagaimana ada mitos-mitos pasca nikah eh pasca persalinan itu yang harus mutih, ibunya ngga boleh tidur, makanya cuma boleh mutih tidurnya harus dilantai nah itu bagaimana pengelolaanya...” R9

e. Sikap dan motivasi pelaku

Sikap yang mendukung dan motivasi yang tinggi merupakan aspek penting dalam pelaksanaan sebuah program. Dalam pelaksanaan program EMAS sikap dan motivasi pelaku menjadi kunci bagaimana program ini berjalan. Hal ini di tunjukan dalam dua kategori yaitu adanya rasa kemanusiaan serta tuntutan tugas.

1) Adanya rasa kemanusiaan

Adanya rasa kemanusiaan dari anggota FMM yang terbentuk dari masyarakat lintas sektoral terutama wanita menjadi pendukung program yang sangat penting. Hal ini disampaikan dalam kode *rasa empati* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Saya kenapa kok hati saya terganggu karena saya sendiri ya waktu merasakan yang namanya hamil itu ada nyidam ya Allah gusti tepar sampai 6 bulan, nah itu saya ikut merasakan ya Allah gusti aku lebih baik nglakoni dewe daripada ndeloke nek nyawang mas gitu lo makanya kok ada kegiatan seperti ini saya langsung terjun.” R3

kemudian didukung oleh kode *dasar kemanusiaan sebagai sesama wanita* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“..., tapi dari pemikiran saya intinya adalah karena dasar kemanusiaan sebagai sesama wanita begitu, sebagai sesama seorang ibu ...” R3

2) Tuntutan tugas

Adanya tuntutan tugas merupakan dasar dari para tenaga kesehatan khususnya bidan dalam menjalankan kewajibannya dalam pelaksanaan program EMAS. Hal ini disampaikan dalam kode *mengikuti aturan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Mau tidak mau kan harus ikut aturan.” R2

kemudian didukung oleh kode *meringankan beban bidan desa* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“La untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi, deg-degan lo mas kalau mau apa istilahnya kita bidan di rumah di desa seandainya menolong persalinan dirumah lah duite akeh tapi jantungen suko ten mriki aman.” R2

f. Pemberdayaan SDM masih kurang

Sumber Daya Manusia dalam hal ini adalah tenaga kesehatan. Kurangnya pelatihan serta kurangnya kesejahteraan menjadikan SDM di Kabupaten Pekalongan masih perlu di pertimbangkan, karena dengan SDM yang baik dan terlatih akan mempermudah dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat khususnya dalam hal kesehatan ibu dan bayi dalam pelaksanaan program EMAS. Subtema ini dibentuk oleh beberapa kategori yaitu upaya maksimal pengadaan tenaga kesehatan, kurangnya pemberdayaan tenaga kesehatan, pelatihan tidak efektif, pelatihan kurang optimal, serta pelatihan terkendala dana.

1) Upaya maksimal pengadaan tenaga kesehatan

Dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Pekalongan, ada upaya maksimal dalam pengadaan tenaga kesehatan baik dari ketersediaan tenaga kesehatan hingga pelatihan yang dilakukan oleh faskes. Hal ini di disampaikan dalam kode *nakes cukup* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Ya bukan berlebih, cukup.” R1

kemudian didukung oleh kode *pelatihan persiapan program EMAS* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Itu kan ada pelatohnya, dikirim spesialis dikirim keluar juga semuanya harus pelatihan, untuk yang program EMAS itu kan semua harus pelatihan EMAS juga dulu ada pelatihan juga.” R1
kemudian didukung oleh kode *Bidan terlatih berkomunikasi dengan Rumah Sakit* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...bilamana ada kasus-kasus e,, emergensi yang perlu kami rujuk ke Rumah Sakit maka secara otomatis bidan kami sudah terlatih untuk melakukan komunikasi dengan Rumah Sakit yang ditunjuk untuk e,, rujukanya sehingga kasus-kasus yang dari puskesmas ini dirujuk ke Rumah Sakit maka akan segera tertangani dengan segera...” R6

2) Kurangnya pemberdayaan tenaga kesehatan

Kurangnya pemberdayaan tenaga kesehatan dalam hal ini berkaitan dengan kurangnya pengadaan tenaga kesehatan, kurangnya pelatihan serta kurangnya upaya kesejahteraan dari tenaga kesehatan. Hal ini disampaikan dalam kode *tenaga kesehatan kurang* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...basicaly rata-rata semuanya alat sudah cukup, cuma memang tenaganya yang masih kurang soalnya bidan desa itu juga merangkap eh bidan-bidan di Puskesmas juga merangkap tugas-tugas desa, ada program kesehatan desa disana, ada Puskesmas eh apa pos kesehatan desa, ada bagaimana imunisasi itu yang harus dipikirkan sementara...” R9

kemudian disampaikan pula dalam kode *tenaga kesehatan kurang terlatih* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... ada sipep ada incubator bagaimana penyebarannya disana dan e,, tenaga kesehatan bisa ngga menggunakan kayak misalnya di Kabupaten Pekalongan itu udah punya sipep-sipep mobile itu ada empat di Puskesmas, cuman sampe sekarang mungkin belum terlatih bagaimana itu bisa digunakan itu kan nah itu banyak hal disana,...”

R9

lalu didukung oleh kode *kurangnya kesejahteraan tenaga kesehatan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...Terus yang paling penting itu teman-teman Puskesmas bidan harus tetep semangat walaupun mungkin banyak cobaan ya saya juga bisa paham ya disana ya bagaimana tetep dia harus jaga sampe pagi misalnya ada program imunisasi, malamnya dia harus jaga cuman ngga dibayar itu nah itu harus tetep bagaimana di pikirkan tuh temen-temen temen-temen disana temen-temen disana,...” R9

3) Pelatihan tidak efektif

Pelatihan yang tidak efektif tidak dapat menunjang kemampuan ataupun mengasah kompetensi yang dimiliki tenaga kesehatan itu sendiri. Hal ini disampaikan dalam kode *pelatihan mandiri* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Iya bidan sendiri sama temen-temennya sendiri yang nonton yang melakukan ya sama-sama bidan desa semua.” R2

kemudian disampaikan dalam kode *pelatihan kurang efektif* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Belum ada belum pak belum mas, asfiksia pernah pelatihan asfiksia pernah tapi kurang efektif juga PPDGEON kita belum sama sekali Puskesmas Karangnyar,...”R2

4) Pelatihan kurang optimal

Pelatihan yang kurang optimal di sampaikan dalam kode *pelatihan mandiri* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“PPDGEON itu berarti kemarin dari tenaga BLUD ha’ah tahun,, tapi mereka mandiri belum belum dari apa a,, Puskesmas itu belum belum program dari Puskesmas itu belum baru mandiri...” R7

kemudian terdapat dalam kode *harus banyak pelatihan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Saya disini yo pinginya itu ya untuk kasus-kasus kaya kegawatdaruratan semoga di Puskesmas bisa tertangani ya dengan catatan kita harus banyak pelatihan, adanya pelatihan itu kalo toh itu misalnya kita belum bisa kompeten kita biasanya kan disini ada dokter juga kita konsul dokter dulu baru kita rujuk kesana.” R7

5) Pelatihan terkendala dana

Biaya pelatihan yang mahal serta kurangnya dukungan dari instansi terkait untuk memberangkatkan tenaga kesehatannya mengikuti pelatihan berimbas pada kurang optimalnya kompetensi yang dimiliki

tenaga kesehatan itu sendiri. Hal ini disampaikan dalam kode *pelatihan mandiri* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... kalau dari Puskesmas belum, bisa pak minta rekomendasi dari pak kapus nanti uangnya dibantu dari Puskesmas ya pak. kalo di Puskesmas yang lain juga Puskesmas.” R2

kemudian disampaikan dalam kode *biaya pelatihan mahal* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Soalnya kan kalo PPDGEON itu selain bayarnya 2,5 itu ada expirednya kan, maksudnya sertifikatnya itu loh mas jadi kan harus diperbarui di perbarui sedangkan bayar lagi bayar lagi.” (tertawa) R2

g. Pengadaan sarpras belum optimal

Ketersediaan sarana dan prasarana yang mencukupi sangatlah berarti bagi keberlangsungan pelayanan kesehatan itu sendiri. Akan tetapi, ketika fungsi monitoring sarana dan prasarana itu sendiri masih belum baik, akan menjadi masalah bagi sebuah instansi dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. Subtema ini dibentuk oleh beberapa kategori yaitu ketersediaan sarpras cukup, pengadaan sarpras mandiri, fungsi monitoring sarpras kurang baik, serta kendala biaya pengadaan sarpras.

1) Ketersediaan sarpras cukup

Ketersediaan sarana dan prasarana standar pelayanan kesehatan di Kabupaten Pekalongan rata-rata tercukupi. Hal ini disampaikan dalam kode *ada sarpras dari Dinkes* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Kalau dan mungkin dari ibu alhamdulillah kita punya perkap, Puskesmas punya tetep lebih dari 2 ambulan ya, satu buat ambulan ibu, satu buat ambulan pasien umum, satu buat Puskesmas keliling nah itu hampir semuanya udah diberikan oleh Dinas Kesehatan di akhir tahun 2016 kemarin....” R9

didukung juga dalam kode *sarpras cukup* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...basicaly rata-rata semuanya alat sudah cukup,...” R9

2) Pengadaan sarpras mandiri

Pengadaan sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan di Kabupaten Pekalongan yang rata-rata mandiri karena sebagian besar instansi di Kabupaten Pekalongan sudah melaksanakan program BLUD. Hal ini disampaikan dalam kode *Puskesmas beli sendiri* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Saya kira untuk prasarana sarana cukup jadi tidak ada masalah, di Puskesmas sudah, apalagi Puskesmas sudah BLUD jadi sudah bisa beli sendiri.” R4

kemudian didukung oleh kode *pengawasan sarpras ikut program Puskesmas* yang terdapat dalam perkataan,

“E,, itu Puskesmas sekarang sudah BLUD, jadi mereka sudah sudah punya program tersendiri untuk e,, pengawasan sarana dan prasarananya, jadi mereka sendiri e,, menganggarkan untuk itu untuk istilahnya standarisasi peralatan.” R4

3) Fungsi monitoring sarpras kurang baik

Fungsi monitoring sarpras yang kurang baik ditunjukkan dengan masih kurangnya ketersediaan alat-alat serta pengawasan dari alat-alat medis tersebut. Hal ini ditunjukkan dalam perkataan partisipan, Hal ini disampaikan dalam kode *keterbatasan ketersediaan ruang* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...kalo masalah apa namanya keterbatasan ketersediaan ruang ya ini yang agak yang sampai hari ini ya masih masalah karena kita sekarang jadi rujukan orang...” R1

didukung juga oleh kode *kurangnya standarisasi alat medis* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Ya sama ini kelengkapan-kelengkapannya di PK misal ada apa ki jenenge rak ini tempat emergensi ibu, troli emergensi ibu di sesuai standarkan, standarkan apa aja yang ada, emergensi ibu, emergensi apa aja.” R2

4) Kendala biaya pengadaan sarpras

Meskipun instansi sudah melaksanakan pengadaan sarpras mandiri akan tetapi pada pelaksanaannya pengadaan sarpras di masing-masing instansi masih ada kendala dan semua itu akan kembali pada pendanaan yang ada di instansi masing-masing. Hal ini disampaikan dalam kode *sarpras standar cukup* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Kalo sarana dan prasarana ini saya kira cukup ya standar minimal kebidanan yang harus kami cukupi ini insyaallah sangat cukup....”

R6

kemudian didukung oleh kode *kendala biaya pengadaan alat medis* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...hanya alat-alat yang untuk kegiatan e,, perawatan bayinya yang karena mahal kami walaupun tahun ini sudah kami anggarkan tapi memang belum kami punya karena ini kebentur dengan unit cost biaya yang sangat mahal....” R6

h. Pelayanan klinis dan rujukan belum optimal

Pelayanan klinis dan rujukan yang belum optimal akan berakibat pada terhambatnya tujuan pelaksanaan program EMAS itu sendiri yaitu menurunkan AKI dan AKB. Subtema ini dibentuk oleh 3 kategori yaitu komunikasi tidak efektif, rujukan berjenjang tidak efektif dan upaya meningkatkan pelayanan klinis dan rujukan.

1) Komunikasi tidak efektif

Komunikasi yang tidak efektif antara Puskesmas dan Rumah Sakit akan menghambat sistem rujukan. Hal ini disampaikan dalam kode *sistem sering eror* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“La itu, kalo sistem rujukanya itu kan pake penapisan cuma kalo yang sistem EMAS kan pakenya sms Sijari EMAS itu kadang sering eror,...” R2

kemudian terdapat dalam kode *keterlambatan membalas* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Sijari EMAS, sms Sijari EMAS nya, keterlambatan membalas.” R2

2) Rujukan berjenjang tidak efektif

Kurang efektifnya rujukan berjenjang dari Puskesmas ke Rumah Sakit akan menghambat pelayanan dan penanganan klinis yang harus dilakukan. Hal ini disampaikan dalam kode *rujukan berjenjang tidak efektif* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Anu aja apa namanya jenjang rujukan itu diberlakukan di Perbupkan, jadi proses rujukan berjenjang tuh berjalan dengan baik jadi Rumah Sakit itu jadi Puskesmas besar tidak semua kasus di buke ning Rumah Sakit tapi ada rujukan berjenjang yang efektif dan efisien...” R1

didukung juga oleh kode *skrining rujukan berjenjang harus baik* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...jadi ya kalau rujukan Rumah Sakit kan tidak boleh nolak, kalo nolak wong pasien dah dibawa gimana nggak bisa, cuma biasanya nanti pada waktu evaluasi kita memberikan masukan teman-teman di bidan desa Puskesmas untuk memberlakukan sistem skrining untuk rujukan berjenjang harus baik gitu.” R1

3) Upaya meningkatkan pelayan klinis dan rujukan

Masih adanya upaya untuk meningkatkan pelayan klinis dan rujukan menunjukkan bahwa pelayanan klinis dan rujukan di Fasilitas

kesehatan di Kabupaten Pekalongan masih belum optimal. Hal ini ditunjukkan oleh kode *komunikasi dengan Rumah Sakit* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...untuk rujukan juga sudah ada MOU kesepakatan dengan Rumah Sakit sekitar sehingga sudah ada apa namanya alurnya, jadi misalnya Puskesmas Bojong itu e,, rujukan pertama nya ke Rumah Sakit Pekajangan ya nanti kalau Pekajangan gabisa baru ke Rumah Sakit Kajen dan Kraton jadi sudah ditata di sistem e,, supaya ada pembagian e,, apa rujukanya...” R5

kemudian didukung oleh kode *ada fasilitas penunjang tata kelola klinis dan rujukan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Jadi kita sudah dibuatkan semacam software dari program EMAS itu sendiri, itu bagus sekali jadi sudah sudah kita tinggal menjalankan itu, ada program yang namanya SIJARI EMAS itu untuk rujukanya, kemudain tata kelola klinis itu sudah ada panduannya tersendiri dari sana dan itu sudah dilaksanakan di beberapa daerah sehingga itu teruji dan itu bagus sekali memang.”

R4

i. Pelayanan Faskes belum optimal

Pelayanan Faskes yang belum optimal ditunjukkan oleh kategori perbedaan peran, kurangnya peran pelayanan Rumah Sakit, serta Fungsi dasar fasilitas kesehatan masih kurang.

1) Perbedaan peran

Adanya perbedaan peran antara Puskesmas dan Rumah Sakit terkadang menimbulkan kesenjangan dan persepsi saling menyalahkan. Hal ini disampaikan dalam kode *menjalankan fungsi yang berbeda* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... , tetapi program yang berperan sebagai fungsi Rumah Sakit ya FKTP 2 jadi kalo yang Rumah Sakit ini kan tugasnya kalo untuk penurunan angka kematian bayi kan berbeda dengan yang di Puskesmas, ...” R1

kemudian didukung oleh kode *penerima rujukan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... , seringkali Rumah Sakit kalau sudah datang ke Rumah Sakit sudah nggak bisa nolak, Padahal kadang-kadang penanganan di FKTP pertama atau di bidan desa belum bener, yaitu nggak ada masalah, itu proses jadi ya kalau rujukan Rumah Sakit kan tidak boleh nolak,...” R1

2) Kurangnya peran pelayanan Rumah Sakit

Adanya kematian Ibu melahirkan atau bayi baru lahir yang sebagian besar di Rumah Sakit serta kurang siapnya Rumah Sakit menunjukkan bahwa pelayanan rumah sakit masih belum optimal. Hal ini ditunjukkan oleh kode *kematian di Rumah Sakit* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“Kalau mungkin disini saya lebih ke anu ya terlihat dengan hasil adanya untuk kematian angka kematian ibu dan angka kematian bayinya alhamdulillah sekarang untuk tahun ini e,, kemarin satu ada satu ha’ah untuk itu pun di Rumah Sakit kita di Puskesmas tidak pernah ada kasus-kasus untuk kematian ha’ah.” R7

didukung juga oleh kode *Rumah Sakit kurang siap* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“He’eh mungkin hanya kurang komunikasi nya aja terus untuk kasus-kasus yang kita kejadian kemarin itu kan berarti untuk kejadian di Rumah Sakit, lah dari Puskesmas kita sudah sesuai sudah sesuai dengan aturan itupun kemarin e,, untuk ANC nya aja yang kasus kematian itu ANC di Rumah Sakit terus itu di Rumah Sakit terus kalau pasien kesini kita rujuk, ndilalah pasien itu pas mau bersalin pas mau bersalin dokter nya yang berhalangan.” R7

3) Fungsi dasar fasilitas kesehatan masih kurang

Fungsi dasar fasilitas kesehatan yang masih kurang baik di faskes tingkat 1 ataupun tingkat 2, menjadi penghambat pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan. Hal ini disampaikan dalam kode *kewaspadaan tidak bagus di semua tingkat* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...nah itu biasanya karena apa kewaspadaan di deteksi di faskes tingkat 1 sama tingkat 2 itu nggak bagus, bisa jadi karena faktor ketidaktahuan,...” R1

kemudian disampaikan dalam kode *kurangnya tindakan promotif dan preventif di faskes tingkat bawah* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“... kurang apa kurang sosialisasi kegawatan anak itu apa kalau Rumah Sakit itu bukan kewenangan dari rumah Sakit, itu kewenangan dari Dinas dan Puskesmas karena itu yang bersifat preventif kuratif kalo Rumah Sakit itu kok kuratif yo walaupun promotifnya ada tapi sebenarnya promotif preventif itu kan di bawah ya ndak bukan menyalahkan disitu lingkaran setanya disitu.” R1

4. Kondisi Geografis yang Sulit

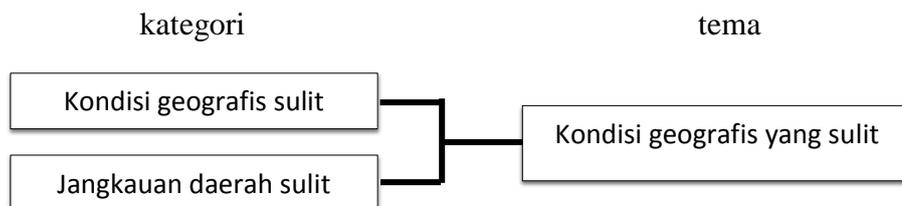


Diagram 4.4 Tema 4

Tema keempat yang saya dapatkan adalah kondisi geografis yang sulit, tema ini menjelaskan bahwa kondisi geografis mempengaruhi pelaksanaan program EMAS dalam hal distribusi maupun akses. Tema ini dibentuk oleh dua kategori yaitu kondisi geografis sulit dan jangkauan daerah sulit.

a. Kondisi geografis sulit

Kondisi geografis sulit merupakan kendala dalam pelaksanaan program EMAS dalam upaya pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Hal ini

disampaikan dalam kode *distribusi tenaga kesehatan terkendala medan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“E,,, Untuk daerah bawah cukup cuma ya memang didaerah atas memang ada kekurangan, karena di daerah atas itu medannya sulit sehingga ada kekurangan tenaga baik dokter maupun bidan di daerah atas, kalo daerah bawah cukup.” R4

kemudian disampaikan dalam kode *keterbatasan akses dan rujukan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...kalau liat dari atas itu dari kondisi geografis itu sangat sangat sangat misalkan di Petungkriyono itu kan untuk merujuk dari sebuah desa ke Puskesmas saja sudah luar biasa susahya...” R4

b. Jangkauan daerah sulit

Yang dimaksud dalam jangkauan dalam hal ini berkaitan dengan segala aspek baik tingkat pendidikan, penyebaran tenaga kesehatan, bagaimana distribusi fasilitas kesehatan, sarana dan prasarana, bagaimana tingkat penyebaran angka kematian. Hal ini terdapat dalam kode *perlunya replikasi program di daerah sulit* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...10 pun itu kebanyakan di kota bagaimana di Panninggaran, di Kandangserang, di Kedungwuni 2, bahkan di daerah-daerah yang sulit disana misalnya misalnya Kedungwuni 2, angka persalinanya tinggi kan harusnya ada replikasi lah itu kan harusnya direplikasi sampai sana...”

R9

kemudian disampaikan dalam kode *tingkat pendidikan dan jangkauan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“..., tim yang survei disana bagaimana tingkat pendidikannya, tingkat jangkauannya misalnya bedanya Banyumas kenapa kok Banyumas lebih dulu bisa sampai 4 tahunan karena Banyumas itu daerahnya luas sekali, terus naik turun di belakang gunung di pucuk gunung walaupun di Pekalongan juga ada cuman hampir rata-rata e,, bisa terjangkau di di daerah Jawa Tengah,...” R9

didukung juga dalam kode *distribusi fasilitas dan tenaga kesehatan* yang terdapat dalam perkataan partisipan,

“...bagaimana aware disana, bagaimana penyediaan fasilitas kesehatan disana, bagaimana penyebaran tenaga kesehatan,...” R9

C. Pembahasan

Pada pembahasan peneliti akan membahas masing – masing tema yang di dapatkan pada penelitian ini, dimana tema yang peneliti dapatkan ada 4 tema yang terbentuk dari 37 kategori dan 9 subtema. Tema yang terbentuk merupakan faktor-faktor yang didapat dari penelitian yang memengaruhi pelaksanaan program EMAS.

1. Program Pembantu

Program EMAS hadir bukanlah sebagai program utama akan tetapi sebagai program pembantu, dimana program EMAS ini tidak merubah program yang ada seperti program PONEK atau PONEK yang memiliki tujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi sesuai tujuan dari

MDG's. Dengan di berlakukanya program EMAS, diharapkan program ini dapat memperbaiki sumber masalah yang menjadi penghambat program yang ada sehingga akan mempercepat upaya dalam mencapai tujuan menurunkan angka kematian ibu dan bayi secara efisien.

Hal ini didukung oleh perspektif masalah kebijakan sebagaimana diperkenalkan oleh Edwards III (1980), yang menyebutkan bahwa implementasi kebijakan diperlukan karena adanya masalah kebijakan yang perlu diatasi dan dipecahkan. Menurut teori Edward III ada empat faktor sebagai sumber masalah sekaligus prakondisi bagi keberhasilan proses implementasi, yakni komunikasi, sumber daya, sikap birokrasi atau pelaksana, dan struktur organisasi termasuk tata aliran kerja birokrasi. (Akib, 2012)

Implementasi program EMAS di Kabupaten Pekalongan juga didukung dengan adanya desentralisasi di bidang kesehatan yang memberikan ruang bagi pemerintah daerah untuk melakukan inovasi pelayanan kesehatan masyarakat. Dengan tingginya angka kematian ibu dan bayi di kabupaten Pekalongan, menuntut pemerintah daerah untuk mencari inovasi bagaimana upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, karena program yang sudah ada di fasilitas kesehatan dirasa masih kurang maksimal dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya di bidang kesehatan *maternal neonatal*. Dengan diimplementasikanya program EMAS di kabupaten Pekalongan mestinya bisa dimaksimalkan sebaik mungkin

oleh pemerintah daerah dalam membantu dan mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi tersebut. (Saputra *et al.*, 2013)

2. Kerjasama Lintas Sektor Belum Optimal

Kerjasama lintas sektor yang di maksud melibatkan berbagai elemen mulai dari pemerintah daerah, pemegang program, organisasi masyarakat, tenaga kesehatan, hingga masyarakat sipil. kurangnya peran FMM seperti yang disampaikan oleh responden menunjukkan bahwa kerjasama lintas sektor masih belum optimal, karena FMM sendiri dibentuk dari elemen masyarakat. Padahal peran FMM sangat besar dalam pelaksanaan program EMAS.

Seperti dalam penelitian Taufiq (2015), yang menyebutkan bahwa Forum masyarakat madani dibentuk sebagai arena partisipasi warga untuk menyuarakan kepentingan dan menuntut hak agar pelayanan kesehatan ibu, balita, dan bayi baru lahir menjadi lebih baik. Selain itu bisa menjadi arena untuk menyampaikan pandangan mereka kepada penyedia layanan dan pemerintah secara bertanggungjawab dan berkualitas.

Forum masyarakat madani dibentuk dari partisipasi masyarakat sipil, Sebenarnya forum ini sudah dilakukan oleh pemerintah seperti halnya ada kader, hanya saja yang membedakan adalah FMM menggunakan jaringan organisasi masyarakat. Sehingga, ketika forum ini tidak di hidupkan atau diberdayakan menunjukkan bahwa belum ada upaya dari pemerintah untuk membangun relasi ke berbagai organisasi masyarakat sehingga kerjasama lintas sektoral tidak akan terlaksanan dengan optimal. (Taufiq, 2015)

3. Komitmen dan Dukungan

Adanya komitmen dan dukungan akan meningkatkan keberhasilan suatu program. Tema ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program EMAS membutuhkan komitmen dan dukungan dari tiga elemen yaitu komitmen dan dukungan dari Pemerintah daerah dan Dinas Kesehatan, komitmen dan dukungan dari fasilitas kesehatan. serta komitmen dan dukungan dari pelaku.

a. Komitmen dan Dukungan Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan

Adanya monitoring program EMAS di kabupaten Pekalongan menunjukkan bahwa ada komitmen dan dukungan dari pemegang dan pelaksana program dari pusat, akan tetapi responden berpendapat bahwa dukungan dari Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan masih kurang, hal ini juga dipertegas dengan kurang optimalnya pengaturan finansial dari Pemerintah Daerah. Kurangnya dukungan Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan sebagai pemegang program akan berakibat pada ketidaksesuaian atau kurangnya kepercayaan dari organisasi pelaksana program EMAS dengan pemegang program itu sendiri yang mana dalam hal ini adalah Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan

Hal ini didukung oleh teori Korten (1980), bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implementasi program. Pertama, kesesuaian antara program dengan pemanfaat sebagai pemegang program, kedua antara program dengan organisasi pelaksana serta yang ketiga kesesuaian antara pemanfaat

dengan organisasi pelaksana. Jika tidak terdapat kesesuaian dari tiga unsur tersebut maka kinerja program tidak akan sesuai dengan apa yang diharapkan. (Akib, 2012)

b. Komitmen dan Dukungan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Komitmen dan Dukungan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan ditunjukkan dengan bagaimana suatu fasilitas kesehatan itu menyediakan pelayanan kesehatan yang baik khususnya terkait pelayanan klinis dan rujukan. Selain itu juga berkaitan dengan tersedianya tenaga kesehatan, pelatihan tenaga kesehatan, kesejahteraan tenaga kesehatan serta sarana dan prasarana yang menunjang. Kurang optimalnya pengadaan tenaga kesehatan, pengadaan sarana dan prasarana, serta pelayanan klinis dan rujukan yang kurang optimal di Kabupaten Pekalongan menunjukkan bahwa komitmen dan dukungan dari pelayanan kesehatan masih kurang. Padahal, peran pelayanan kesehatan sangatlah penting dalam menunjang keberhasilan program EMAS itu sendiri.

Dalam penelitian sebelumnya. disebutkan bahwa tersedianya tenaga kesehatan yang terlatih, akses yang mudah dilalui, pembiayaan serta sarana dan prasarana yang menunjang secara signifikan berpengaruh terhadap menurunnya AKI dan AKB. (Dewi *et al.*, 2016)

Tingginya motivasi tenaga kesehatan juga berpengaruh terhadap peningkatan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan. Nawawi (2012), menyebutkan bahwa motivasi tenaga kesehatan yang tinggi akan berpengaruh positif dan kuat terhadap kinerja Pusat Kesehatan

Masyarakat dalam pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa dengan motivasi tenaga kesehatan yang tinggi akan meningkatkan pelayanan kesehatan yang akan menunjang keberhasilan suatu program kesehatan.

c. Komitmen dan Dukungan Pelaku

Pelaku dalam hal ini adalah organisasi pelaksana program EMAS yaitu masyarakat serta tenaga kesehatan yang terlibat. Kurangnya edukasi masyarakat berakibat terhadap tingkat pengetahuan masyarakat yang kurang. Hal ini juga akan berakibat terhadap tingkat kepercayaan masyarakat terhadap tenaga kesehatan menjadi berkurang. Selain tenaga kesehatan juga di butuhkan komitmen dari masyarakat, ketika mereka memiliki pengetahuan tentang ibu hamil dan ibu bersalin maka semestinya mereka harus berkomitmen untuk menjaga kehamilan serta melakukan persalinan yang layak. Jadi, komitmen disini tidak hanya dari tenaga kesehatan akan tetapi juga dari masyarakat itu sendiri.

Dewi *et al* (2016), dalam penelitiannya menyatakan bahwa pertimbangan pertama seorang ibu melakukan persalinan adalah rasa kepercayaan. Dan rata-rata ibu hamil lebih memilih melakukan persalinan di dukun bayi karena mereka berasumsi bahwa dukun bayi lebih berumur dan berpengalaman sedangkan bidan dianggap masih muda dan kurang pengalaman. Padahal dalam penelitian Wagstaff and Van Doorslaer (2000), menyatakan bahwa persalinan yang dilakukan

oleh tenaga ahli profesional memiliki risiko kematian ibu dan bayi yang lebih kecil dibandingkan dengan bukan tenaga profesional. Jadi semakin tinggi tingkat persalinan medis yang ada pada suatu daerah maka risiko angka kematian ibu dan bayi di daerah tersebut semakin kecil. Kedua penelitian tersebut menjelaskan bahwa dibutuhkan komitmen dari masyarakat dan tenaga kesehatan untuk mengurangi tingginya risiko angka kematian ibu dan bayi.

4. Kondisi Geografis yang Sulit

Faktor geografis merupakan faktor yang penting dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Pekalongan. Tema ini muncul dari pernyataan responden yang menyatakan bahwa adanya keterbatasan akses yang menghambat proses rujukan serta adanya keterbatasan distribusi tenaga kesehatan dan sarana prasarana di daerah sulit yang terkendala medan. Ini menunjukkan bahwa faktor geografis yang sulit akan menghambat proses pelayanan kesehatan baik ketersediaan fasilitas kesehatan ataupun dalam proses pelayanan kesehatan yang maksimal yang akan berakibat kepada kurangnya motivasi dan kepercayaan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Hal ini didukung oleh penelitian Suharmiati *et al* (2012), yang menyatakan bahwa di daerah terpencil masih dibutuhkan pembenahan sumber daya Puskesmas, terutama tentang keseimbangan masa kerja, beban kerja dan *reward* yang berkaitan dengan kesejahteraan tenaga kesehatan sehingga mereka termotivasi untuk bekerja di daerah terpencil. Ketersediaan

alat kesehatan, bahan habis pakai, dan obat perlu ditambah dan disesuaikan dengan kebutuhan Puskesmas di daerah tersebut. Alat transportasi juga harus dipenuhi untuk mengefektifkan keterjangkauan Puskesmas ke masyarakat atau dalam melakukan proses rujukan. Sejalan dengan Suharmiati *et al*, 2012 (dalam penelitian Leighton *et al.*, 2006), menyebutkan bahwa kunjungan ke fasilitas kesehatan oleh masyarakat di daerah terpencil dapat terbilang masih kurang jika dibandingkan daerah perkotaan. Hal ini bisa disebabkan oleh faktor jarak yang jauh, waktu tempuh yang lama, serta keberadaan dokter maupun tenaga kesehatan yang kurang memadai.

D. Keterbatasan Penelitian

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

1. Keterbatasan lainya yaitu, hasil penelitian sebelumnya mengenai program EMAS sangat sedikit sehingga pada saat analisis data peneliti banyak menggunakan penelitian pendukung untuk memperkaya hasil penelitian
2. Kesulitan penyesuaian jadwal wawancara dengan responden, karena responden mempunyai kesibukan tugas dan pekerjaan masing-masing

3. Sulit dalam menggali informasi dari masyarakat FMM karena responden merasa malu dan takut untuk menyampaikan informasi yang semestinya.
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