

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jumlah Penduduk Indonesia menurut data *World Bank* menempati urutan ke-4 setelah China, India dan Amerika yaitu sebanyak 237.641.326 juta jiwa. *World Bank* juga menyatakan dengan besaran jumlah penduduk tersebut Indonesia tidak mampu mengimbangi dengan perkembangan yang baik dalam beberapa bidang kehidupan, bahkan mencatatkan prestasi buruk dalam sejumlah indikator terkait kesehatan dan infrastruktur¹.

Buruknya prestasi Indonesia menurut *World Bank* tersebut sama halnya dengan kualitas hidup perempuan yang jauh tertinggal daripada laki-laki. Dibuktikan dengan masih sedikit perempuan yang mendapat akses dan peluang untuk berpartisipasi secara penuh dalam proses pembangunan sesuai dengan *Index Development Gender (IDG)*, menurut survei oleh *World Bank* yang menyatakan bahwa Indonesia menempati urutan ke 91 dari 144 negara². Hal tersebut menyebabkan jumlah perempuan yang menikmati hasil pembangunan lebih terbatas, kecilnya pendapatan perempuan, kecilnya tingkat melek huruf dan

¹ www.worldbank.org.co.id, diambil pada tanggal 18 Februari 2013 pukul 13.12 WIB

² *Ibid*, www.worldbank.org.co.id, diambil pada tanggal 18 Februari 2013 pukul 13.12 WIB

jumlah waktu rata-rata sekolah lebih sedikit daripada laki-laki sesuai dengan hasil survei *World Bank* tersebut.

Rendahnya kualitas hidup perempuan berdampak langsung pada kualitas kesehatan perempuan, khususnya kesehatan ibu. Hingga saat ini, Indonesia tercatat sebagai salah satu negara yang tingkat angka kematian ibunya (AKI) di tinggi kawasan Asia Tenggara, Indonesia berada dibawah Vietnam yang jika dibandingkan pendapatan perkapitanya lebih rendah daripada Indonesia³. Kematian ibu yang dimaksud yakni kematian yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan, dan 42 hari pasca persalinan⁴.

Tinggi atau rendahnya AKI di suatu negara merupakan salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan perempuan. Tingginya AKI menyatakan bahwa negara tersebut dikategorikan buruk dalam bidang kesehatan dan belum berhasil meningkatkan indikator kesehatan perempuan. Kesehatan merupakan hak asasi bagi setiap manusia yang tercantum dalam UUD 1945 Pasal 28 H ayat 1 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, termasuk di dalamnya adalah kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi bukan hanya keadaan bebas dari penyakit dan kecacatan, namun menyangkut segala aspek yang berhubungan dengan sistem, fungsi, serta proses reproduksi. Berdasarkan pengertian tentang

³ www.jurnas.com, *Angka Kematian Ibu Masih Tinggi di ASEAN*, dipublikasikan Kamis, 2 Februari 2012, Jakarta

⁴ Erni Agustini, Jurnal: *Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah*, volume IV, 2005, hal.89

kesehatan reproduksi tersebut, dapat dikatakan tingginya AKI di Indonesia juga merupakan cermin atas terabaikannya hak perempuan atas kesehatan reproduksinya.

Hak atas kesehatan reproduksi pada dasarnya menjadi bagian dari hak asasi manusia, yang di dalamnya mencakup semua hak, termasuk hak untuk mendapat informasi dan pendidikan yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi⁵, antara lain:

1. Hak untuk kebebasan berpikir, kepercayaan, filosofi, dan nilai-nilai tradisi yang sempit yang akan membatasi kebebasan berpikir tentang pelayanan reproduksi.
2. Hak atas kebebasan dan keamanan individu untuk mengatur kehidupan reproduksinya, termasuk untuk perempuan hamil atau tidak hamil; hak untuk hidup, yaitu dibebaskan dari risiko kematian karena kehamilan.
3. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan, termasuk hak atas informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan; hak memilih bentuk keluarga
4. Hak kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik. Dengan sendirinya, kebutuhan untuk mendesak kesehatan reproduksi

⁵ Erni Agustini, Op.cit. Jurnal: *Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah*, volume IV, 2005, hal.92-93

agar menjadi prioritas dalam pembuatan kebijakan politik pemerintah menjadi hak asasi setiap warga negara⁶.

Dalam dunia internasional, kesehatan ibu menjadi perhatian tersendiri yang dituangkan dalam *Millennium Development Goals* (MDGs) atau Tujuan Pembangunan Millenium oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang ditargetkan tahun 2015⁷, antara lain:

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan
2. Mencapai pendidikan dasar untuk semua
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
4. Menurunkan angka kematian bayi
5. Meningkatkan kesehatan ibu
6. Memerangi HIV/ AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya
7. Memastikan kelestarian lingkungan hidup
8. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan⁸.

Untuk meningkatkan kesehatan ibu seperti yang disebutkan dalam target MDGs adalah mengurangi tiga per empat rasio kematian ibu dalam proses melahirkan. MDGs menjadi referensi yang penting untuk arah kebijakan pembangunan di Indonesia yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), yaitu pada bagian Arah Kebijakan Umum Pembangunan Nasional yang menjadi Prioritas Nasional bidang Kesehatan.

⁶ Erni Agustini, Op.cit. Jurnal: *Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah*, volume IV, 2005, hal.92-93

⁷ www.undp.or.id, diambil pada tanggal 18 Februari 2013 pukul 13.15

⁸ www.undp.or.id, Op.cit, diambil pada tanggal 18 Februari 2013 pukul 13.15

Tinggi atau rendahnya AKI sebenarnya bukan hanya disebabkan karena faktor kesehatan saja sebagai faktor dasar penyebab AKI, seperti pendarahan, eklamsi, pre eklamsi, anemia, persalinan lama, jantung dan faktor penyebab lainnya.

Faktor penyebab lain dikarenakan aspek sosial, seperti suami/keluarga tidak mengetahui dan tidak tanggap terhadap kondisi setiap ibu hamil yang beresiko, adanya sikap individualistik masyarakat yang menganggap kelahiran adalah tanggung jawab keluarga saja, anggaran untuk kesehatan ibu hamil (bumil) dan ibu bersalin (bulin) dalam rumah tangga masih dianggap tidak penting⁹.

Selain itu dari aspek budaya juga menjadi faktor meningkatnya AKI di Indonesia, seperti adanya mitos mengenai ibu hamil dan ibu bersalin yang berkembang di masyarakat, baik dalam makan maupun sikap. Adanya stigma bahwa hamil dan persalinan dianggap peristiwa alami yang biasa. Suami tidak sensitif, seperti beban kerja rumah tangga ibu hamil dan tanggung jawabnya mencari nafkah masih sama seperti biasanya. Kemudian adanya bias gender dalam hal proses pengambilan keputusan masih di tangan laki-laki, yakni suami, bapak, mertua, bahkan untuk seperti keperluan periksa hamil dan persalinan¹⁰.

Selanjutnya faktor kemiskinan yang menyebabkan ibu hamil tidak mampu memeriksakan kandungan dan pemenuhan gizi, pada saat

⁹ Erni Agustini, Op.cit. Jurnal: *Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah*, volume IV, 2005, hal.91

¹⁰ Erni Agustini, Op.cit. Jurnal: *Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah*, volume IV, 2005, hal.91

melahirkanpun hanya mendapatkan penanganan fasilitas seadanya, mulai dari sarana dan prasarana maupun minimalnya ketersediaan jumlah tenaga kesehatan bahkan kurang memiliki kemampuan dalam menolong dan memberikan rujukan pada persalinan yang tidak normal, seperti dukun bersalin. Kemudian ketersediaan pengalokasian dana untuk mendukung pelaksanaan kebijakan yang dituangkan dalam program yang sudah disusun untuk berupaya mengurangi resiko bertambahnya AKI di Indonesia. Selain itu, kesehatan ibu pasca melahirkan atau masa nifas (6 jam setelah melahirkan sampai 42 hari setelah melahirkan) kurang menjadi perhatian, oleh karena itu ada juga kasus meninggalnya ibu pasca melahirkan¹¹.

Melihat AKI di Indonesia masih tinggi sangat diperlukan adanya kebijakan yang dibuat oleh pemerintah yang selanjutnya dibuat program yang dapat mengurangi resiko AKI secara berkala.

Kebijakan pemerintah mengenai AKI telah dibuat dalam beberapa peraturan seperti yang tercantum dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, bagian yang menyebutkan tentang AKI pada pasal 126 antara lain:

- ayat (1) Upaya kesehatan ibu harus ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi AKI.

¹¹ Erni Agustini, Op.cit. Jurnal: *Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah*, volume IV, 2005, hal.92

- ayat (2) Upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- ayat (3) Pemerintah menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas, alat dan obat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu secara aman, bermutu, dan terjangkau¹².

Ketentuan selanjutnya mengenai kesehatan ibu diatur dalam Peraturan Pemerintah, antara lain dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota. Dalam petunjuk teknis standar pelayanan minimal kesehatan tersebut terdapat petunjuk teknis dalam pelayanan dari ibu hamil, melahirkan dan nifas.

Kebijakan tersebut kemudian dituangkan dalam beberapa program yang saat ini menjadi program Pemerintah Indonesia dalam mengurangi resiko AKI, antara lain dengan:

1. Menganangkan adanya Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman atau *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang termasuk dalam kegiatan Gerakan Sayang Ibu (GSI), sebagai upaya penurunan kesakitan dan kematian ibu, antara lain dengan cara:
 - Membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas sektor (institusi pemerintah) dan mitra lainnya (lembaga donor, swasta, masyarakat dan keluarga)

¹² UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

- Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat mengenai hak reproduksi dan kesehatan reproduksi serta berbagai permasalahan yang menyebabkan kematian ibu hamil dan melahirkan.
 - Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, serta kegiatan lainnya yang termasuk dalam program GSI tersebut¹³.
2. Ibu hamil mendapatkan pelayanan kesehatan dasar, yaitu cakupan kunjungan ibu hamil K-4, yang merupakan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 kali, yang dilakukan 1 kali pada triwulan pertama, 1 kali pada triwulan kedua dan 2 kali pada triwulan ketiga¹⁴.
 3. Meningkatkan cakupan peserta KB sebagai upaya meningkatkan kesehatan reproduksi ibu dengan membatasi kehamilan ibu¹⁵.
 4. Penyediaan bidan-bidan di desa¹⁶.
 5. Menyediakan sarana kesehatan yang mampu melaksanakan PONEC (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) untuk

¹³ Erni Agustini, Op.cit. Jurnal : *Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah*, volume IV, 2005, hal.92-93 hal. 98-100

¹⁴ Lampiran Kepmenkes No. 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis SPM di bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota hal. 1

¹⁵ Modul Pelatihan: *Peran Tenaga Kesehatan dalam Percepatan Pencapaian MDGS 4 dan 5*, oleh Universitas Gajah Mada, hal. 12

¹⁶ Op.cit, Modul Pelatihan: *Peran Tenaga Kesehatan dalam Percepatan Pencapaian MDGS 4 dan 5*, oleh Universitas Gajah Mada, hal. 13

Puskesmas dan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) untuk Rumah Sakit¹⁷.

PONED merupakan kemampuan untuk menangani dan merujuk oleh Puskesmas, yaitu:

1. Hipertensi dalam kehamilan (preklamsi dan eklamsi)
2. Tindakan pertolongan Distosia Bahu dan Ekstraksi Vakum pada pertolongan persalinan
3. Pendarahan Post Partum
4. Infeksi nifas
5. BBLR (berat bayi lahir rendah) dan Hipotermi, Hipoglikemia, Ikterus, Hiperbilirubinemia, masalah pemberian minum pada bayi
6. Asfiksia pada bayi
7. Gangguan nafas pada bayi
8. Infeksi Neonatal
9. Persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan Obstetri – Neonatal antara lain Kewaspadaan Universal Standar¹⁸.

PONEK meliputi kemampuan RS tindakan untuk:

1. Seksio Sesaria
2. Histerektomi
3. Reparasi Ruptura Uteri, cedera kandung/ saluran kemih
4. Perawatan intensif ibu dan neonatal

¹⁷ Op.cit. Modul Pelatihan: *Peran Tenaga Kesehatan dalam Percepatan Pencapaian MDGS 4 dan 5*, oleh Universitas Gajah Mada, hal: 13

¹⁸ Lampiran Kepmenkes, Op.cit hal. 3

5. Transfusi darah¹⁹.

Dalam bidang kesehatan, peran Dinas Kesehatan sebagai SKPD bidang kesehatan sangat vital, melalui Dinas Kesehatanlah sebagai koordinator operasional dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM Pemerintah Daerah dalam hal ini Bupati/ Walikota yang memiliki fungsi pengawasan dan penyelenggaraan serta menyampaikan laporan pencapaian kinerja SPM kesehatan. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan dengan segenap jajarannya harus memiliki keahlian dan kemampuan membuat program yang tepat dan cepat guna mengurangi resiko AKI. Dinas Kesehatan tentunya tidak bekerja sendiri, tetapi juga harus bekerjasama dengan mitra kerja lain yang langsung melakukan pelayanan kesehatan ibu sesuai SPM kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Posyandu, TP PKK dan mitra kerja lainnya. Melalui kerjasama yang saling bersinergi dipadu dengan program dan pendanaan yang maksimal maka diharapkan dapat mengurangi resiko AKI.

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, AKI sebesar 228/ 100.000 kelahiran hidup. Sebagaimana yang ditargetkan dalam MDG's pada tahun 2015, AKI diharapkan dapat turun menjadi 102/ 100.000 kelahiran hidup bahkan diharapkan hingga nol kasus²⁰.

¹⁹ Lampiran Kepmenkes, Op.cit hal. 3

²⁰ www.undp.or.id, diambil pada tanggal 12 November 2012 pukul 13.15

Sedangkan AKI di Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2009 tercatat ada 47 kasus, 2010 tercatat 43 kasus dan pada tahun 2011 meningkat hingga 56 kasus²¹.

Secara rinci AKI di DIY akan diuraikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 1.1
Kematian Ibu di DIY

No	Tahun	Kota	Sleman	Bantul	Gunung Kidul	Kulon Progo	Total
1	2007	4	-*	6	-*	6	18
2	2008	1	11	18	-*	4	34
3	2009	3	9	19	6	10	47
4	2010	7	13	10	9	4	43
5	2011	6	15	15	14	6	56
6	2012	7	12	7	10	3	39

* : tidak dilaporkan

Sumber: Presentasi masing-masing Dinas Kesehatan pada Pertemuan Koordinasi Evaluasi Penerapan Manual Rujukan KIA dan Surveillance Respon Kematian Ibu dan Kematian Anak di Tingkat Kabupaten/ Kota Se DIY, pada tanggal 3 Januari 2013.

Untuk menurunkan AKI, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta memberdayakan bidan-bidan koordinator yang ditempatkan di Puskesmas dengan Poned.

Puskesmas Poned merupakan Puskesmas rawat inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas Poned siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas dan bayi

²¹ Harian Tribun Jogja, *Suami Wajib Peduli Ibu Hamil*, terbit tanggal 16 Oktober 2012, hal. 9 dan 12

baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri, atau atas rujukan kader/ masyarakat, bidan di desa, Puskesmas, dan melakukan rujukan Rumah Sakit PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani²².

Di Kota Yogyakarta, sampai saat ini baru tiga Puskesmas yang berstandar PONEK, yaitu Puskesmas Jetis, Puskesmas Mergangsan dan Puskesmas Tegalrejo. Puskesmas PONEK ini dilengkapi dengan fasilitas pelayanan persalinan termasuk ambulans PONEK dengan fasilitas yang lebih lengkap dibanding ambulans biasa²³. PONEK menjadi salah satu program yang menjadi unggulan sebagai pelayanan tingkat primer karena penyebab terbanyak AKI adalah pendarahan akibat keterlambatan dalam penanganan, oleh karena itu diharapkan PONEK mampu menjadi program unggulan atau dapat disebut sebagai program revolusi kesehatan dalam mengurangi resiko AKI.

Dari uraian di atas, penelitian ini selanjutnya difokuskan mengenai Peran Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam mengurangi AKI dengan penyebab-penyebab yang telah dipaparkan. Selain itu apabila melihat dari data AKI di DIY, Kota Yogyakarta merupakan wilayah yang AKI-nya paling rendah dalam kurun waktu 2007-2012. Oleh karena itu dapat dilihat bagaimana pengaruh pelaksanaan Puskesmas PONEK dalam mengurangi resiko AKI di Kota Yogyakarta.

²² Lampiran Kepmenkes, Op.cit hal. 3

²³ Harian Tribun Jogja, Op.cit, hal. 9 dan 12

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang penulis paparkan di atas, maka dalam penelitian ini rumusan masalah yang diangkat oleh penulis adalah: “Bagaimana peran Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam mengurangi resiko Angka Kematian Ibu tahun 2012 dengan studi kasus di Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Mergangsan?”.

C. Tujuan Penelitian dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana peran Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam mengurangi resiko AKI pada tahun 2012 dengan studi kasus di Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Mergangsan. Penelitian ini juga diharapkan mampu memperkaya pengetahuan studi Ilmu Pemerintahan yang dapat digunakan secara langsung di masyarakat.

b. Tujuan Khusus

Adapun secara khusus penelitian ini bertujuan sebagai salah satu syarat menempuh studi di Jurusan Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Manfaat Penelitian

- a. Sebagai sumbangsih ilmu pengetahuan dalam fokus kajian yang ada dalam penelitian.
- b. Sebagai bahan informasi bagi peneliti dalam topik dan kajian yang sama.
- c. Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan dalam membuat program dan pelaksanaannya di masyarakat.

D. Kerangka Teori

Dari kerangka teori sebagai unsur dalam penelitian sangat diperlukan mengingat fungsinya sebagai pedoman dan landasan untuk memahami berbagai permasalahan atau fenomena yang menjadi kajian. Melalui teori akan dapat dijelaskan secara sistematis mengenai hubungan antar konsep/ variabel yang satu dengan yang lainnya dalam sebuah penelitian.

Menurut Koentjaraningrat, teori merupakan pengaturan mengenai sebab akibat atau mengenai adanya suatu hubungan positif gejala-gejala yang diteliti di satu atau beberapa faktor tertentu dalam masyarakat²⁴.

Dari definisi tersebut, definisi teori mengandung tiga hal:

1. Teori adalah serangkaian proposisi antar konsep yang saling berhubungan.
2. Teori adalah menerangkan secara sistematis suatu fenomena sosial dengan cara menentukan hubungan antar konsep.

²⁴ Koentjaraningrat, *Metode-metode Penelitian Masyarakat*, Jakarta, Gramedia, 1997, hal.

3. Teori menjelaskan fenomena tertentu dengan menentukan konsep yang saling berhubungan dengan konsep yang lainnya dan bagaimana bentuk hubungan tersebut²⁵.

Untuk mengetahui lebih jauh pembahasan dan persoalan yang akan dibahas dalam penelitian ini, penulis akan memaparkan kerangka teori yang akan mendukung penelitian ini. Kerangka dasar teori dan konsep tersebut antara lain:

1. Peran

Menurut Jack C. Plano, Robert E. dan Helena S. Robin peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan dari seseorang yang menduduki posisi tertentu dalam suatu kelompok sosial²⁶.

Peranan menurut Astrid S Susanto²⁷:

- Peranan adalah meliputi norma-norma yang dihubungkan dengan posisi atau kedudukan seseorang dalam masyarakat. Peranan dalam arti ini merupakan rangkaian peraturan yang membimbing seseorang dalam kehidupan bermasyarakat.
- Peranan adalah suatu konsep perihal apa yang dapat dilakukan oleh individu dalam masyarakat sebagai organisasinya
- Peranan dapat diartikan juga sebagai perilaku individu yang penting bagi struktur sosial²⁸.

²⁵ Koentjaraningrat, Op.cit, *Metode-metode Penelitian Masyarakat*, Jakarta, Gramedia, 1997, hal. 9

²⁶ Jack C. Plano, Robert E dan Helena S Robin terjemahan oleh Edi S Siregar, *Kamus analisa Politik*, Jakarta, Rajawali Pres, Cetakan kedua, 1998, hal. 220

²⁷ Astrid S Susanto, *Pengantar Sosiologi dan Perubahan Sosial*, Jakarta, Bina Cita, 1983, hal. 95

Sedangkan menurut Soejono Soekanto, Peranan (role) adalah merupakan aspek dinamika dari status (kedudukan) apabila seseorang atau beberapa orang atau organisasi yang melaksanakan hak dan kewajiban sesuai dengan kedudukannya, maka ia atau mereka atau organisasi tersebut telah melaksanakan suatu peranan²⁹.

Peran dalam penelitian ini yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta adalah sebagai koordinator operasional dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan mengimplementasikan kebijakan melalui program-program dalam mengurangi AKI di Kota Yogyakarta.

2. Peran Pemerintah Daerah

Menurut PBB³⁰, Pemerintah Daerah (*local government*) menunjuk pada lembaga/ organnya. Maksudnya pemerintah daerah adalah organ/ badan/ organisasi pemerintah di tingkat daerah atau wadah yang menyelenggarakan kegiatan pemerintahan di daerah. Dalam arti ini istilah *local government* sering dipertukarkan dengan istilah *local authority*³¹.

Baik *local government* maupun *local authority*, keduanya menunjuk pada *council* dan *major* (dewan dan kepala daerah) yang

²⁸ Astrid S Susanto, Op.cit, *Pengantar Sosiologi dan Perubahan Sosial*, Jakarta, Bina Cita, 1983, hal. 95

²⁹ Soejono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*, Yogyakarta, Rajawali Press, 1987, hal. 220

³⁰ Soejono Soekanto, Op.cit *Sosiologi Suatu Pengantar*, Yogyakarta, Rajawali Press, 1987, hal. 220

³¹ Soejono Soekanto, Op.cit *Sosiologi Suatu Pengantar*, Yogyakarta, Rajawali Press, 1987, hal. 220

rekrutmen pejabatnya atas dasar pemilihan. Dalam konteks Indonesia merujuk pada kepala daerah dan DPRD (Dewan Perwakilan Rakyat Daerah) yang masing-masing pengisian jabatannya dengan cara dipilih, bukan ditunjuk³².

Pemerintah daerah dalam arti selanjutnya menunjuk pada fungsi dan kegiatannya. Dalam konteks Indonesia, pemerintah daerah dibedakan dengan istilah pemerintahan daerah. Pemerintah daerah adalah badan atau organisasi yang lebih merupakan bentuk pasifnya, sedangkan pemerintahan daerah merupakan bentuk aktifnya. Dengan kata lain, pemerintah daerah adalah kegiatan yang dilakukan oleh pemerintahan daerah³³.

Dalam UU No 32 tahun 2004 dijelaskan bahwa Pemerintahan daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Sedangkan Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati, atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah³⁴.

³² Soejono Soekanto, *Op.cit, Sosiologi Suatu Pengantar*, Yogyakarta, Rajawali Press, 1987, hal. 220

³³ Hanif Nurcholis, *Teori dan Politik Pemerintah dan Otonomi Daerah*, Jakarta, Grasindo, 2007, hal. 24

³⁴ UU No. 32 tahun 2004, *Op.cit.*

Menurut Bhenyamin Hossein dalam Hanif Nurcholis³⁵, fungsi yang dilakukan pemerintah daerah adalah fungsi pembentukan kebijakan yang dilakukan pejabat yang dipilih melalui pemilu, dan fungsi pelaksanaan kebijakan dilakukan oleh pejabat yang diangkat³⁶.

- Ciri-ciri Pemerintahan Daerah yang dibentuk di Indonesia:

1. Pemerintah Daerah tidak memiliki kedaulatan atau semi kedaulatan seperti yang berlangsung pada negara federal.
2. Pemerintah Daerah tidak memiliki kekuasaan membentuk konstitusi.
3. Desentralisasikan dimanifestasikan dalam bentuk penyerahan atau pengakuan atas urusan pemerintahan baik dirinci maupun yang dirumuskan secara umum.
4. Penyerahan atau pengakuan urusan pemerintahan pada hakikatnya terkait dengan kewenangan pengaturan dan pengurusan kepentingan masyarakat setempat (lokalitas) sesuai dengan prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat³⁷.

Meenakshisundaram dalam Robiyati Podungge³⁸ menguraikan beberapa peran pemerintahan daerah (*the roles of local government*) yang dapat ditemukan dalam sistem pemerintahan yang

³⁵ Hanif Nurcholis, Op.cit, *Teori dan Politik Pemerintah dan Otonomi Daerah*, Jakarta, Grasindo, 2007, hal. 24

³⁶ Hanif Nurcholis, Op.cit, *Teori dan Politik Pemerintah dan Otonomi Daerah*, Jakarta, Grasindo, 2007, Op.Cit, hal.25

³⁷ Dr. I Made Arya Utama, S.H, M.H, *Hukum Lingkungan*, Bandung, Pustaka Sutra, 2007, hal.51

³⁸ Robiyati Podungge, Jurnal: *Peran Pemerintah Daerah dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Bidang Kesehatan*, Volume 7, Nomor 1, Maret 2010, hal. 180-181

terdesentralisasi. Peran pemerintahan daerah yang dimaksud, sebagai berikut:

- a. Menjadi senjata efektif dalam menghadapi tekanan lokal dengan menampung & mengartikulasikan kepentingan lokal, menjadi media pendidikan politik bagi masyarakat yang merasakan langsung pelaksanaan fungsi pemerintah
 - b. Karena kedekatannya secara lokasi, dalam penyediaan pelayanan jasa bisa berlangsung lebih efisien
 - c. Perencanaan dapat lebih baik karena lebih mengetahui kondisi lokalnya, dengan penggunaan tenaga lokal yang lebih efisien pula
 - d. Pejabat pemerintah bertanggung jawab lebih baik karena hubungan dengan publik lebih dekat
 - e. Pemerintah daerah dapat menjadi medium komunikasi efektif antara pusat dengan masyarakat lokal terkait dengan program pemerintah pusat di daerah³⁹.
3. Dinas Daerah

Dalam penyelenggaraan pemerintah daerah, kepala dinas dibantu oleh perangkat daerah. Secara umum perangkat daerah terdiri atas unsur staf yang membantu penyusunan kebijakan dan koordinasi, diwadahi dalam lembaga sekretariat, unsur pendukung tugas kepala daerah dalam penyusunan kebijakan daerah yang spesifik, diwadahi

³⁹ Robiyati Podungge, Op.cit. Jurnal: *Peran Pemerintah Daerah dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Bidang Kesehatan*, Volume 7, Nomor 1, Maret 2010, hal. 180-181

dalam lembaga teknis daerah, serta unsur pelaksana urusan daerah yang diwadahi dalam lembaga dinas daerah⁴⁰.

Dinas daerah yaitu kabupaten/ kota mempunyai tugas melaksanakan kewenangan otonomi daerah kabupaten/ kota dalam rangka pelaksanaan tugas desentralisasi⁴¹. Dalam menyelenggarakan tugasnya, Dinas kabupaten/ kota mempunyai fungsi, antara lain:

1. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya
2. Pemberian perizinan dan pelaksanaan pelayanan umum
3. Pembinaan terhadap Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) dan Cabang Dinas dalam lingkup tugasnya⁴².

Pada Dinas kabupaten/ kota dapat dibentuk Cabang Dinas dan UPTD yang berfungsi melaksanakan sebagian tugas Dinas yang mempunyai wilayah kerja satu atau beberapa kecamatan⁴³.

Cabang Dinas dan UPTD dipimpin oleh seorang kepala yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas dan secara operasional dikoordinasikan oleh Camat⁴⁴.

⁴⁰ Daniel S Salossa, *Mekanisme, Persyaratan, dan Tata Cara Pilkada Langsung Menurut UU No. 32 tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah*, Yogyakarta, Media Pressindo, 2005, hal. 33

⁴¹ Deddy Supriady Bratakusumah, *Otonomi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah*, Jakarta, PT Gramedia, 2003, hal 161

⁴² Deddy Supriady Bratakusumah, Op.cit, *Otonomi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah*, Jakarta, PT Gramedia, 2003, hal 161

⁴³ Deddy Supriady Bratakusumah, Op.cit, *Otonomi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah*, Jakarta, PT Gramedia, 2003, hal 161

⁴⁴ Deddy Supriady Bratakusumah, Op.cit, *Otonomi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah*, Jakarta, PT Gramedia, 2003, hal 161

Dalam Undang-Undang No 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah pada bagian ke sembilan pasal 124 menjelaskan bahwa dinas daerah:

1. Dinas daerah merupakan unsur pelaksana otonomi daerah.
2. Dinas daerah dipimpin oleh kepala dinas yang diangkat dan diberhentikan oleh kepala daerah dari pegawai negeri sipil yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah.
3. Kepala dinas daerah bertanggung jawab kepada kepala daerah melalui Sekretaris Daerah⁴⁵.
4. Kesehatan Ibu

Dari penelitian yang dilakukan oleh *United Nations Development Programme* (UNDP) bekerjasama dengan BAPPENAS, setiap tahun sekitar 20.000 perempuan di Indonesia meninggal akibat komplikasi dalam -persalinan. Melahirkan seharusnya menjadi peristiwa bahagia tetapi seringkali berubah menjadi tragedi. Oleh karena itu tujuan kelima MDGs difokuskan pada kesehatan ibu untuk mengurangi kematian ibu⁴⁶.

Kematian ibu akibat persalinan biasanya akibat kondisi darurat. Sebagian besar kelahiran berlangsung normal, namun bisa saja tidak, seperti akibat pendarahan dan kelahiran yang sulit. Masalahnya, persalinan merupakan peristiwa (kesehatan) besar, sehingga

⁴⁵ UU No 32 tahun 2004, Op.cit

⁴⁶ Peter Stalker, *Laporan Millenium Development Goals*, kerjasama oleh Bappenas dan UNDP, 2008, hal. 20

komplikasinya dapat menimbulkan konsekuensi sangat serius. Sejumlah komplikasi sewaktu melahirkan bisa dicegah, misalnya komplikasi akibat aborsi yang tidak aman yang menyumbang 6% (enam persen) dari angka kematian menurut SDKI tahun 2007. Sebagian besar sebenarnya bisa dicegah apabila perempuan memiliki akses terhadap kontrasepsi yang efektif.

Dalam penelitian yang sama menurut SDKI hanya sekitar separuh perempuan usia 15 hingga 24 yang menggunakan metode kontrasepsi modern sekitar 61% (enam puluh satu persen). Metode yang paling umum dipakai adalah suntik, diikuti oleh pil, selain itu berbagai potensi masalah lainnya bisa dicegah apabila para ibu memperoleh perawatan yang tepat sewaktu persalinan⁴⁷.

Sekitar 60% (enam puluh persen) persalinan di Indonesia berlangsung di rumah. Dalam kasus seperti ini, para ibu memerlukan bantuan seorang tenaga persalinan terlatih, baik staf rumah sakit, pusat kesehatan ataupun bidan desa⁴⁸.

AKI (*Maternal Mortality Rate/ MMR*) adalah jumlah kematian ibu sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

⁴⁷ Peter Stalker, Op.cit, *Laporan Millenium Development Goals*, kerjasama oleh Bappenas dan UNDP, 2008, hal. 20

⁴⁸ Peter Stalker, Op.cit, *Laporan Millenium Development Goals*, kerjasama oleh Bappenas dan UNDP, 2008, hal. 21

Rumusnya sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah kematian ibu hamil, persalinan, dan nifas yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{jumlah lahir hidup pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Sebagai pembilang tidak tergantung dari lamanya kehamilan, tetapi tidak termasuk kematian ibu karena kecelakaan dan sebab lainnya yang berkaitan dengan kehamilan/ persalinan. Kesulitan menghitung AKI adalah memperoleh data tentang ibu hamil dan kematian ibu yang jarang dilaporkan⁴⁹.

Tujuan MDGs selain melindungi kesehatan ibu, perawatan pra dan pasca persalinan juga memberi manfaat pada anak-anak serta dapat menyelamatkan nyawa mereka⁵⁰.

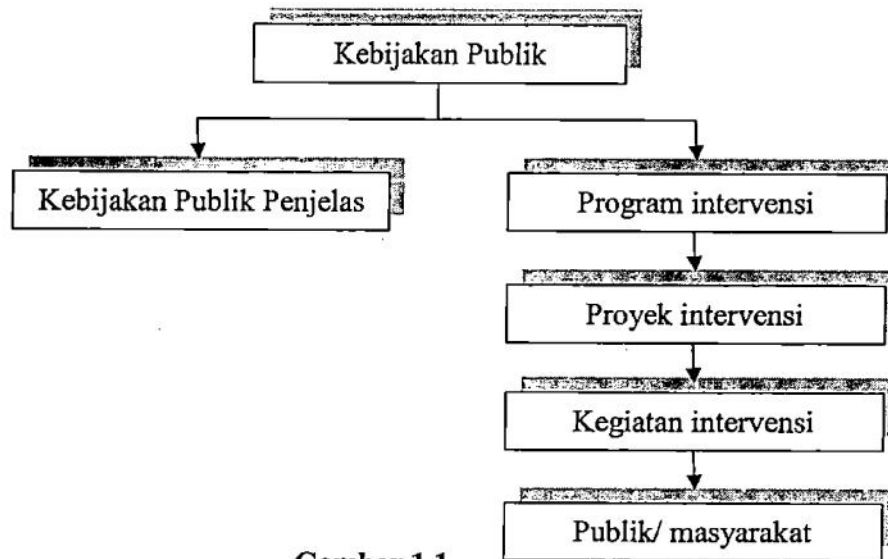
5. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, maka ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut. Kebijakan publik dalam bentuk Undang-Undang atau Perda adalah jenis kebijakan publik yang memerlukan kebijakan publik penjelas atau yang sering diistilahkan sebagai peraturan pelaksanaan.

⁴⁹ Eko Budianto, SKM, Dewi Anggraeni, *Epidemiologi*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2001, hal. 74

⁵⁰ Peter Stalker, Op.cit, *Laporan Millenium Development Goals*, kerjasama oleh Bappenas dan UNDP, 2008, hal. 22

Kebijakan publik yang bisa langsung operasional antara lain Keppres, Inpres, Kepmen, Keputusan Kepala Daerah, Keputusan Kepala Dinas dan lain-lain. Sebagaimana digambarkan berikut ini⁵¹:



Gambar 1.1

Rangkaian Implementasi Kebijakan

Rangkaian implementasi kebijakan tersebut kembali pada tujuan kebijakan yang prinsipnya adalah melakukan intervensi. Oleh karena itu, implementasi kebijakan sebenarnya adalah tindakan (*action*) intervensi itu sendiri⁵². Dalam Riant Nugroho⁵³, keefektivan implementasi kebijakan harus dilihat lagi kebijakan yang dibuat apakah sudah tepat atau belum. Ketepatan tersebut mencakup 4 prinsip, antara lain:

⁵¹ Riant Nugroho D. *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo, 2004, hal. 158-159

⁵² Riant Nugroho D. *Op.cit, Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo, 2004, hal. 160

⁵³ Riant Nugroho D. *Op.cit, Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo, 2004, hal. 179

1. Ketepatan kebijakan, dinilai dari sejauh mana kebijakan yang ada telah bermuatan hal-hal yang memang memecahkan masalah yang hendak dipecahkan.
2. Ketepatan pelaksanaannya, sebagai pelaksana yaitu pemerintah, kerjasama antara pemerintah-masyarakat/ swasta, atau implementasi kebijakan yang diswastakan.
3. Ketepatan target, yaitu apakah target yang diintervensi sesuai dengan yang direncanakan atau tumpang tindih dengan intervensi lain, atau tidak bertentangan dengan intervensi kebijakan lain. Selanjutnya apakah targetnya dalam kondisi siap untuk disintervensi atukah tidak. Kemudian apakah intervensi implementasi kebijakan bersifat baru atau memperbarui implementasi kebijakan sebelumnya.
4. Ketepatan lingkungan, ada dua lingkungan yang paling menentukan, antara lain lingkungan kebijakan yaitu interaksi di antara lembaga perumus kebijakan dan pelaksana kebijakan dengan lembaga lain yang terkait atau sering disebut sebagai variabel endogen, yaitu yang berkenaan dengan kekuatan sumber otoritas dari kebijakan dan komposisi jejaring yang terlibat dalam kebijakan, baik pemerintah maupun masyarakat, serta posisi tawar menawar antara otoritas yang mengeluarkan kebijakan dengan jejaring yang berkenaan dengan implementasi kebijakan. Lingkungan kedua adalah lingkungan eksternal kebijakan

(variabel eksogen) yang terdiri dari opini publik, interpretasi dari lembaga-lembaga strategis dalam masyarakat, seperti media massa, kelompok penekan dan kelompok kepentingan⁵⁴.

Keempat tepat tersebut masih perlu didukung oleh tiga jenis dukungan, yaitu dukungan politik, dukungan strategi, dan dukungan teknis.

Terdapat beberapa model implementasi kebijakan yang akan diuraikan sebagai berikut:

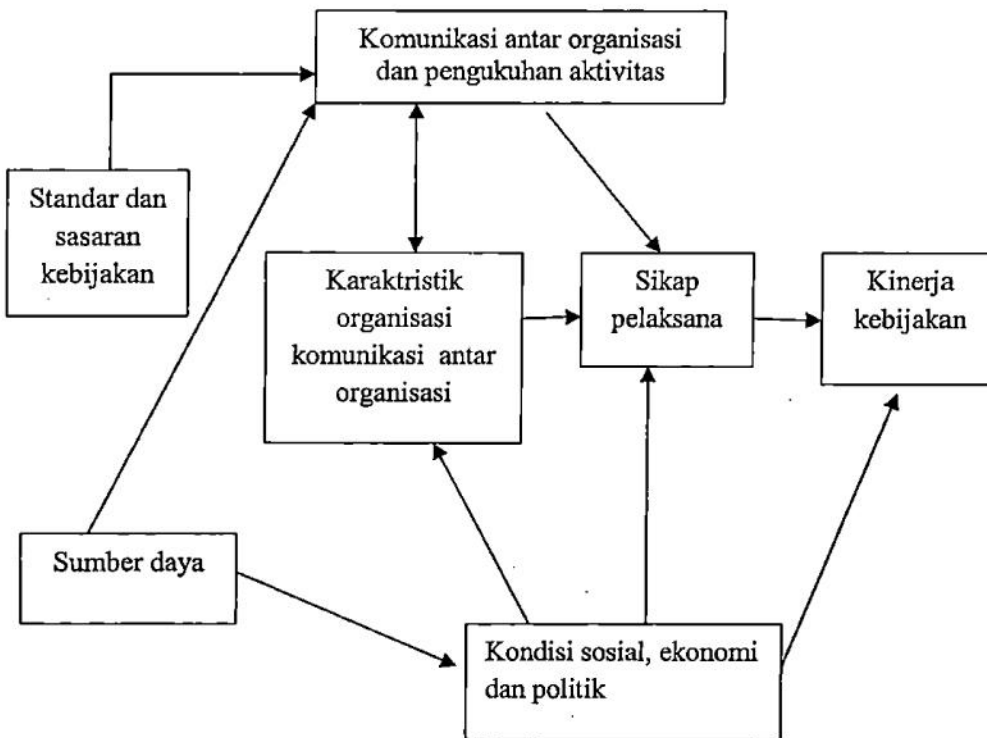
1. Model Donald Van Meter dan Carl Van Horn

Model ini adalah model paling klasik yang mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linier dari kebijakan publik, implementor dan kinerja kebijakan publik yang memiliki beberapa variabel yang mempengaruhi kebijakan publik, antara lain:

- Aktivitas implementasi dan komunikasi/ implementor,
- Karakteristik dari agen pelaksana/ implementor,
- Kondisi ekonomi, sosial dan politik,
- Kecenderungan (*disposition*) dari pelaksana/ implementor⁵⁵.

⁵⁴ Riant Nugroho D. Op.cit, *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo, 2004, hal. 179-182

⁵⁵ Riant Nugroho D. Op.cit, *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo, 2004, hal. 167



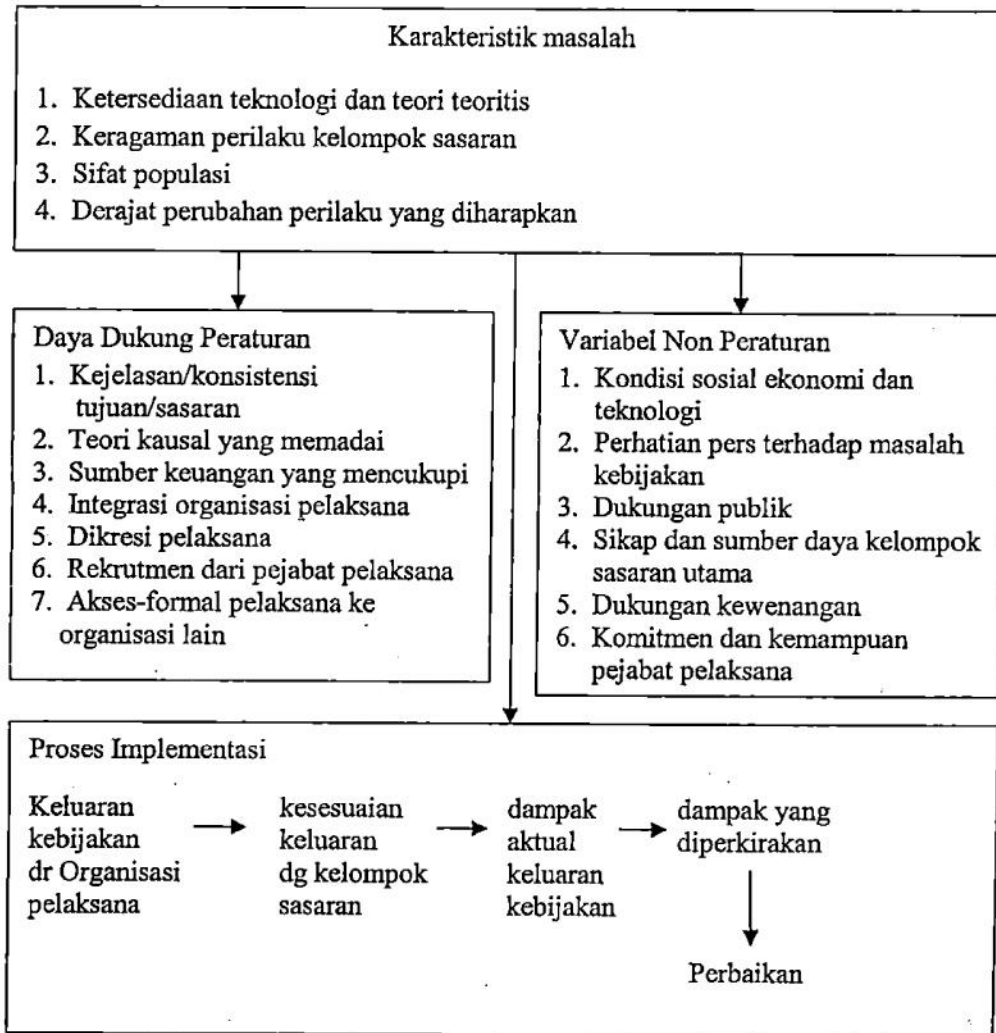
Gambar 1.2

Model Van Meter dan Carl Van Horn

2. Model Daniel Mazmanian dan Paul A. Sabatier

Model ini disebut juga kerangka Analisis Implementasi (*A Framework for Implementation Analysis*), model ini dibagi menjadi tiga variabel, yaitu variabel independen dengan indikator masalah teori dan teknis pelaksanaan, variabel intervening sebagai variabel yang mampu untuk menstrukturkan proses implementasi dengan indikator kejelasan dan konsistensi tujuan, terakhir yaitu variabel dependen sebagai tahapan dalam proses implementasi yang

mengarah pada revisi atas kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan bersifat mendasar⁵⁶.



Gambar 1.3

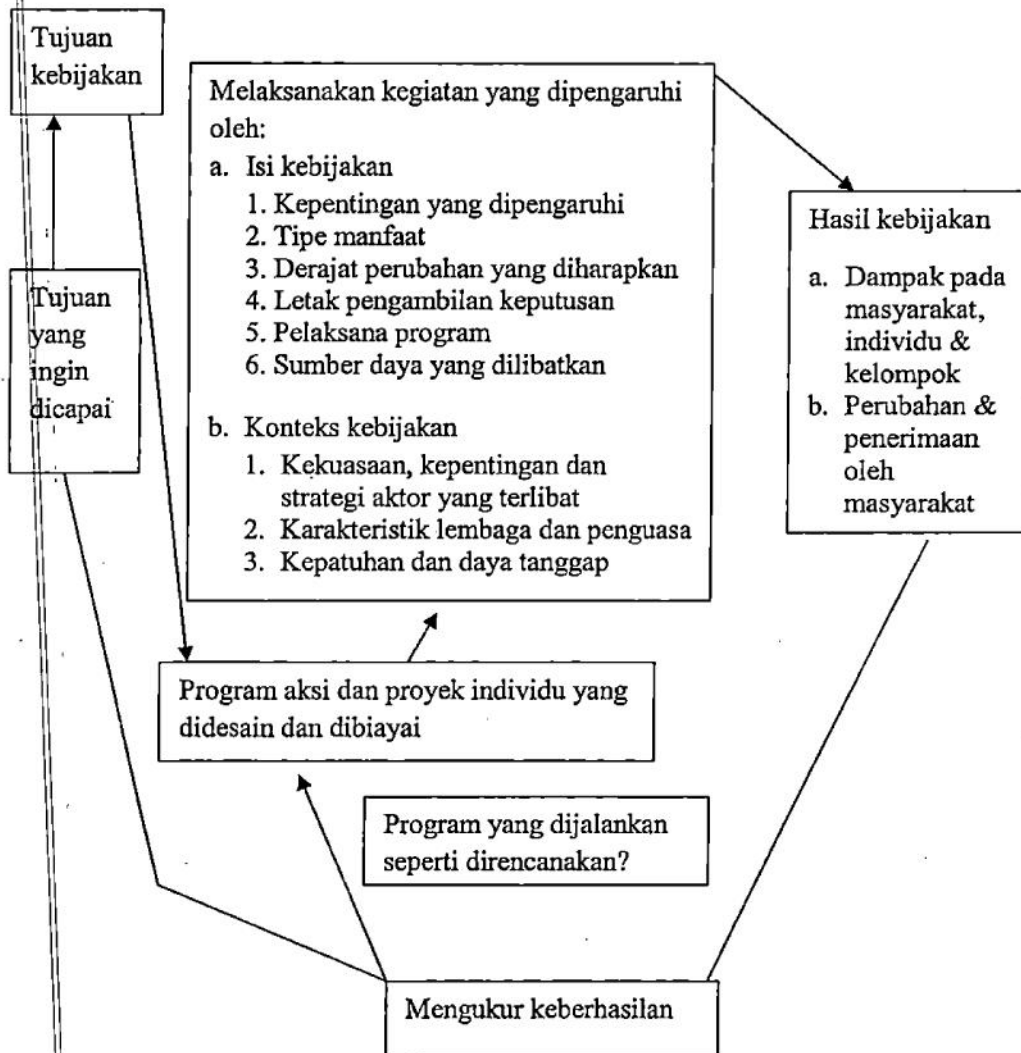
Model Daniel Mazmanian dan Paul A. Sabatier

3. Model Merilee S. Grindle

Model Grindle ditentukan oleh isi kebijakan dan konteks implementasinya, sebagai ide dasarnya adalah setelah kebijakan

⁵⁶ Riant Nugroho D. Op.cit, *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo, 2004, hal. 169

ditransformasikan, maka implementasi kebijakan dilakukan yang menurut Wibawa dalam Riant Nugroho keberhasilan tersebut ditentukan oleh derajat *implementability* dari kebijakan tersebut⁵⁷.



Gambar 1.4

Model Merilee S. Grindle

⁵⁷ Riant Nugroho D. Op.cit, *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo, 2004, hal. 174-175

E. Definisi Konseptual

1. Peran Pemerintah Daerah adalah Peran yang dilakukan oleh penyelenggara pemerintah daerah, yaitu Gubernur, Bupati atau Walikota, dan perangkat daerah yang diberikan wewenang dan tanggungjawab untuk mengurus urusan pemerintahan di tingkat daerah.
2. Dinas Daerah adalah unsur pelaksana pemerintah daerah yang menyelenggarakan fungsi perumusan kebijakan, pemberian izin, pelaksana pelayanan publik dan pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya.
3. Implementasi Kebijakan sebagai pelaksanaan dari kebijakan publik yang dibuat oleh lembaga pembuat kebijakan publik melalui formulasi kebijakan yang dirumuskan sesuai dengan karakter masalah yang hendak dipecahkan.
4. Kesehatan Ibu merupakan salah satu indikator mengukur derajat kesehatan suatu negara, juga sebagai salah satu target MDGs yaitu meningkatkan kesehatan ibu dengan mengurangi resiko AKI. AKI adalah jumlah kematian ibu yang diakibatkan oleh beberapa faktor, yaitu kesehatan, budaya, sosial, ekonomi, kebijakan dan faktor lainnya yang dihitung menggunakan rumus tertentu.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah batasan pengertian yang dijadikan pedoman untuk melakukan suatu kegiatan/ pekerjaan, misalnya penelitian.

Definisi ini juga disebut sebagai definisi kerja karena dijadikan pedoman

untuk melaksanakan penelitian/ pekerjaan tertentu. Sebutan lain adalah definisi subyektif karena disusun berdasar keinginan orang yang melakukan penelitian⁵⁸.

Penelitian terhadap Peran Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dalam mengurangi resiko AKI, diperlukan indikator-indikator sebagai berikut:

1. Peran Pemerintah Daerah Kota Yogyakarta
 - Merencanakan program pengurangan resiko AKI
 - Melaksanakan program pengurangan resiko AKI
 - Mengevaluasi program pengurangan resiko AKI

Indikator peran Pemerintah Daerah Kota Yogyakarta meliputi merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program pengurangan resiko AKI dapat diukur keberhasilannya dari hasil pelaksanaan program dan penurunan AKI.

G. Metode Penelitian

Dalam melakukan suatu penelitian diperlukan metode yang digunakan untuk mendapatkan data dalam rangka analisis data yang diperoleh, selain itu juga untuk mempermudah dalam mencapai tujuan penulis. Metode yang digunakan akan diuraikan sebagai berikut:

1. Jenis Penelitian

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode penelitian kualitatif. Dimana menurut Bogdan dan Taylor dalam Lexy J.

⁵⁸ Widjono HS, *Bahasa Indonesia; Mata Kuliah Pengembangan Kepribadian di Perguruan Tinggi*, Jakarta, Grasindo, 2007, hal. 120

Moleong⁵⁹ mendefinisikan penelitian kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Peneliti menggunakan pendekatan tersebut dengan metode kualitatif sebagai pendekatan utama, sementara metode kuantitatif sebagai fasilitator, sehingga data yang disajikan menggunakan data triangulasi.

Menurut Bryman⁶⁰ karakteristik penelitian jenis ini dengan teknik pengambilan data secara kuantitatif untuk membantu pemilihan subjek bagi penelitian kualitatif dan dilanjutkan dengan pengambilan data dan analisis data secara kualitatif⁶¹. Pengertian lain dari metode triangulasi adalah pemikiran bahwa kesimpulan suatu studi memiliki validitas yang lebih banyak apabila peneliti menggunakan lebih dari satu metode pengumpulan atau analisis data⁶².

Dalam pembahasan penelitian dengan menggunakan metode triangulasi, peneliti dapat menekankan pada metode kualitatif, metode kuantitatif atau dapat juga dengan menekankan pada kedua metode. Apabila peneliti menekankan pada metode kualitatif, maka metode kuantitatif dapat digunakan sebagai fasilitator dalam membantu

⁵⁹ Lexy J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung, PT Remaja Rosdakarya, 2001, hal. 3

⁶⁰ Laura Irma Alanda, dkk, *Jurnal: Provitae Fakultas Psikologi Universitas Tarumanegara Jakarta bekerjasama dengan Yayasan Obor Indonesia*, volume III No. 1 Mei 2007, hal. 7

⁶¹ Laura Irma Alanda, dkk, *Op.cit*, *Jurnal: Provitae Fakultas Psikologi Universitas Tarumanegara Jakarta bekerjasama dengan Yayasan Obor Indonesia*, volume III No. 1 Mei 2007, hal. 7

⁶² Albert R. Roberts dan Gilbert J. Greene "*Social Workers Desk Reference*" yang di terjemahkan dalam Bahasa Indonesia dengan judul "*Buku Pintar Pekerja Sosial (Jilid 2)*", PT BPK Gunung Mulia, Jakarta, 2009 hal 517

melancarkan kegiatan penelitian, dan sebaliknya jika menekankan metode kuantitatif. Namun, apabila peneliti memberi tekanan yang sama terhadap kedua metode penelitian (kuantitatif - kualitatif) ada beberapa hal yang harus diperhatikan dan harus dilakukan yakni; *pertama*, memahami masing-masing metode dan pentingnya metode tersebut dalam suatu penelitian yang akan dilakukan. *Kedua*, memahami permasalahan dan tujuan penelitian yang akan dilakukan sehingga penggunaan metode kualitatif dan metode kuantitatif ini disesuaikan dengan masalah dan tujuan dari penelitian yang ingin dicapai. *Ketiga*, kedua metode yang digunakan juga dapat dilakukan dengan mempertimbangkan prioritas kepentingan, dimana kedua metode dapat digunakan dalam desain secara bersama-sama namun pada laporan penelitian hanya diperhitungkan salah satunya saja. Kedua metode juga digunakan berdasarkan pertimbangan keterampilan peneliti, yang terlibat dalam satu kegiatan penelitian secara simultan apabila ada hubungan dengan masalah dan tujuan penelitian⁶³.

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta dan hubungan antar fenomena yang diteliti dengan membandingkan temuan data yang diperoleh dengan menggunakan suatu metode tertentu (misal: *in depth interview*) dengan data yang diperoleh dengan metode lainnya (misal: kuesioner)

⁶³ Burhan Bungin, *Analisis Data Penelitian Kualitatif: Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*, Jakarta, Rajagrafindo Persada, 2003, hal 85

mengenai suatu persoalan dan dari sumber yang sama, dalam hal ini berusaha untuk menguji tingkat validitas⁶⁴.

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Yogyakarta, khususnya di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dengan studi kasus di Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Mergangsan. Hal ini didasarkan karena di Kota Yogyakarta AKI-nya paling rendah di DIY. Sedangkan pemilihan 3 kecamatan tersebut didasarkan karena baru 3 kecamatan tersebut yang Puskesmasnya telah menerapkan fasilitas PONEB. Sehingga dapat diketahui peran Dinas Kesehatan melalui pelaksanaan PONEB dengan tinggi atau rendahnya AKI di Kota Yogyakarta.

2. Unit Analisa

Sesuai dengan pokok pembahasan pada penelitian ini, yang dijadikan sebagai unit analisa dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dengan studi kasus di Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Mergangsan mengenai kebijakannya dalam mengurangi AKI. Adapun unit analisa yang dijadikan sumber antara lain:

- a. Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
- b. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta

⁶⁴ Pawito, *Penelitian Komunikasi Kualitatif*, Yogyakarta, PT LkiS Pelangi Aksara, 2008, hal. 99

- c. Kepala Bidang Kesmas Kecamatan
- d. Kepala Bagian Pelayanan Kesehatan Perorangan Puskesmas Jetis
- e. Kepala Bagian Pelayanan Kesehatan Perorangan Puskesmas Tegalrejo
- f. Kepala Bagian Pelayanan Kesehatan Perorangan Puskesmas Mergangsan
- g. Bumil dan atau Bulin penduduk Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Mergangsan sebanyak 30 orang sebagai responden.

2. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari nara sumber yang langsung berhubungan dengan penelitian ini dan mampu memberikan informasi, untuk mendapatkan data primer ini dilaksanakan dengan wawancara terhadap unit analisa yang dijadikan sebagai sumber. Wawancara tersebut akan dilaksanakan dengan nara sumber dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dengan pokok wawancara tentang peran Dinas Kesehatan dalam menurunkan resiko AKI. Wawancara juga akan dilaksanakan dengan nara sumber dari Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Mergangsan beserta Puskesmas di masing-masing kecamatan dengan pokok wawancara tentang program pengurangan

resiko AKI, khususnya mengenai program PONED. Selain itu juga menggunakan kuesioner yang ditujukan kepada ibu hamil dan atau ibu melahirkan penduduk Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Mergangsan yang akan dipilih secara acak (simple random sampling) sebanyak 30 orang sebagai responden untuk memberikan hasil yang terpercaya dalam penelitian ini dan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya bias saat pengambilan data, pengolahan dan penafsiran. Pemilihan teknik simple random sampling dengan memilih secara acak ibu hamil dan atau ibu melahirkan di tiga kecamatan tersebut sesuai dengan studi kasus dalam penelitian ini.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh melalui koran, perundangan, jurnal, website dan dokumen-dokumen resmi lainnya seperti arsip kecamatan, laporan kinerja program dan kegiatan kecamatan, Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas (SP2TP), Pedoman Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Dinas Kesehatan.

3. Teknik Pengumpulan Data

Dalam mengumpulkan data untuk mendukung penelitian ini, penulis menggunakan teknik-teknik pengumpulan data sebagai berikut:

2. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data dengan berbagai kajian pustaka melalui koran, website, arsip dan dokumen resmi lainnya seperti arsip kecamatan, laporan kinerja program dan kegiatan kecamatan, Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas (SP2TP), Pedoman Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Dinas Kesehatan dan dokumen lainnya.

3. Kuesioner

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan kepada responden untuk dijawab. Kuesioner digunakan dalam pengumpulan pertanyaan-pertanyaan dengan harapan responden akan memberikan respon atas daftar pertanyaan tersebut. Kuesioner ini akan diberikan kepada ibu hamil dan atau ibu melahirkan yang dipilih secara acak yang merupakan penduduk Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo dan Kecamatan Mergangsan, sebanyak 30 orang sebagai responden untuk memberikan hasil yang terpercaya dalam penelitian ini dan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya bias saat pengambilan data, pengolahan dan penafsiran.

4. Teknik Analisis Data

Teknik analisa data adalah teknis dalam proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema⁶⁵.

Teknik analisis data yang digunakan sesuai dengan Miles dan Huberman dalam Pawito⁶⁶ yang disebut juga sebagai *interactive model* yang terdiri dari empat komponen, yaitu:

1. Pengumpulan data

Penelitian mencatat semua data secara obyektif dan apa adanya sesuai dengan hasil wawancara dan dokumentasi⁶⁷. Wawancara tersebut mengenai peran Dinas Kesehatan dalam mengurangi resiko AKI dengan studi kasus di Kecamatan Jetis, Kecamatan Tegalrejo, dan Kecamatan Merangsan, serta hasil dokumentasi diperoleh dari arsip kecamatan, laporan kinerja program dan kegiatan kecamatan, serta Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas (SP2TP), Pedoman Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Dinas Kesehatan.

2. Reduksi

Reduksi ini melibatkan tiga tahapan, yaitu:

a. Editing, pengelompokan dan meringkas data,

⁶⁵ Lexy J. Moleong, Op.cit., *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung, PT Remaja Rosdakarya, 2001 hal. 103

⁶⁶ Pawito, Op.cit., *Penelitian Komunikasi Kualitatif*, Yogyakarta, PT LkiS Pelangi Aksara, 2008, hal. 104

⁶⁷ Pawito, Op.cit., *Penelitian Komunikasi Kualitatif*, Yogyakarta, PT LkiS Pelangi Aksara, 2008, hal. 104

- b. Menyusun kode-kode dan catatan-catatan (memo) mengenai beberapa hal, catatan ini mengenai/ mengarah pada teorisasi berkenaan dengan data yang ditemui, dan
- c. Menyusun rancangan konsep-konsep/ mengupayakan konseptualisasi serta penjelasan-penjelasan berkenaan dengan tema pola, atau kelompok-kelompok data bersangkutan⁶⁸.

3. Penyajian data

Dalam penyajian data melibatkan langkah-langkah mengorganisasikan data, yakni menjalin (kelompok) data yang satu dengan yang lain sehingga seluruh data yang dianalisis benar-benar dilibatkan dalam satu kesatuan. Data yang tersaji saling dikaitkan sesuai kerangka teori yang digunakan⁶⁹.

4. Penarikan dan pengujian kesimpulan

Peneliti harus mengkonfirmasi, mempertajam atau merevisi kesimpulan yang telah dibuat untuk mendapatkan kesimpulan final berupa proposisi-proposisi ilmiah mengenai realitas yang diteliti⁷⁰.

⁶⁸ Pawito, Op.cit, *Penelitian Komunikasi Kualitatif*, Yogyakarta, PT LkiS Pelangi Aksara, 2008, hal. 104

⁶⁹ Pawito, Op.cit, *Penelitian Komunikasi Kualitatif*, Yogyakarta, PT LkiS Pelangi Aksara, 2008, hal. 105

⁷⁰ Pawito, Op.cit, *Penelitian Komunikasi Kualitatif*, Yogyakarta, PT LkiS Pelangi Aksara, 2008, hal. 106