

TESIS

**ANALISIS IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL
DI KABUPATEN KONAWE SELATAN**

**AN ANALYSIS OF MINIMUM SERVICE STANDARD IMPLEMENTATION
ON HEALTH SERVICE FOR PREGNANT WOMEN
IN SOUTH KONAWE REGENCY**

Disusun dan diajukan oleh

**RISMADIANTI
K012211055**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**ANALISIS IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL
DI KABUPATEN KONAWA SELATAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mendapat Gelar Magister

Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat

**Disusun dan diajukan oleh
RISMADIANTI**

Kepada

**PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL PELAYANAN
KESEHATAN IBU HAMIL DI KABUPATEN KONAWA SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

**RISMADIANTI
K012211055**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 12 Juni 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

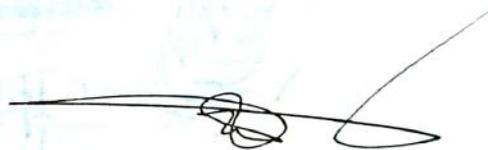
Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. Indar, SH., MPH
NIP. 19531110 198601 1 001



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001

**Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat**



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001

**Ketua Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat**



Prof. Dr. Ridwan, SKM., M.Kes., M.Sc., PH.
NIP. 19671227 199212 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rismadianti
NIM : K012211055
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul:

ANALISIS IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL DI KABUPATEN KONAWE SELATAN

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 12 Juni 2023

Yang menyatakan


Rismadianti

ABSTRAK

RISMADIANTI. *Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil di Kabupaten Konawe Selatan.*
(Dibimbing oleh Indar dan Sukri Palutturi)

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan Pelayanan Kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Konawe Selatan.

Desain penelitian ini menggunakan metode studi kasus pendekatan kualitatif-eksploratif dengan cara observasi, wawancara mendalam dan studi literature kepada seluruh informan penelitian dipilih secara purposive sampling. Variabel penelitian ini menggunakan teori implementasi kebijakan oleh Edward III (1980) meliputi: komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa komunikasi belum berjalan maksimal, informasi belum jelas dan mendetail. Unsur transmisi dan konsistensi sudah baik, namun unsur kejelasan belum berjalan optimal. Sumber daya masih kurang memadai, sumber daya manusia sudah tersedia sesuai kebutuhan, namun kemampuan SDM masih kurang optimal, masih terbatasnya anggaran, dan masih terdapat masalah terkait fasilitas kesehatan penunjang. Disposisi sudah berjalan cukup baik. komitmen dan dukungan pelaksanaan cukup baik, telah melaksanakan koordinasi dan komitmen melibatkan lintas program dan lintas sektoral terkait. Struktur birokrasi sudah berjalan cukup baik. Implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Konawe Selatan sudah berjalan cukup baik. Diharapkan dinas kesehatan, puskesmas, pemerintah daerah Kabupaten Konawe Selatan, agar meningkatkan aspek komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi dalam pelaksanaannya.

Kata Kunci: Implementasi, Kebijakan, Ibu Hamil, Standar Pelayanan Minimal, Puskesmas



ABSTRACT

RISMADIANTI. *An Analysis of Minimum Service Standard Implementation on Health Service for Pregnant Women in South Konawe Regency* (Supervised by Indar and Sukri Palutturi)

Minimum Service Standard (MSS) for health is a reference for Regional Government to provide Health Services that every citizen deserves to receive minimally. This study aimed to analyze the implementation of Minimum Service Standard for pregnant women's health service in South Konawe Regency.

All research informants were chosen by purposive sampling, and the research design used a case study technique with a qualitative-explorative strategy through observation, in-depth interviews, and literature studies. The Edward III (1980) theory of policy implementation was used to explain the variables in this research, which included bureaucratic structure, communication, resources, and disposition.

The results of this study indicate that communication has not clear and detailed of transmission and consistency. However, resources are still insufficient, human resources are available as needed, but capabilities are still not optimal, limited, and there are problems that related to support health facilities. The level of commitment and implementation support is quite high; cross-program coordination and commitment with relevant cross-sectors have been carried out in South Konawe Regency for the health services provided to expectant women. Furthermore, it is anticipated that the South Konawe Regency local government, Public Health Center, and health office will improve aspects of bureaucratic structure, disposition, and communication in their execution.

Keywords : Implementation, Policy, Pregnant Women, Minimum Service Standard, Community Health Center



PRAKATA



Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya yang tiada henti diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis yang berjudul “*Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil di Kabupaten Konawe Selatan*” sebagai syarat untuk penyelesaian studi magister pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penyelesaian tesis ini tentunya tak lepas dari bantuan dan dukungan dari banyak pihak. Melalui kesempatan ini, penulis menyampaikan rasa terima kasih dengan penuh hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada **Prof. Dr. Indar, SH., MPH** selaku Ketua Komisi Penasehat dan **Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D** selaku Anggota Komisi Penasehat atas kesabarannya membimbing dan memberi arahan kepada penulis dalam penyusunan tesis ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes, Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel., M.Kes, dan Dr. Vonni Polopadang, SKM., M.Kes selaku tim penguji atas bimbingan, saran dan masukan demi perbaikan penyusunan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Si selaku Rektor Universitas Hasanuddin;

2. Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin;
3. Prof. Dr. Ridwan, SKM.,M.Kes.,M.Sc.,PH selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin;
4. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, khususnya pada Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu dan pengalaman yang bermanfaat bagi penulis;
5. Abd. Rahman, ST selaku Pengelola Akademik Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan seluruh staf pengelola Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, khususnya Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan yang senantiasa memberikan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan dan dalam proses administrasi;
6. Badan PPSDMK (Pusat Peningkatan Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang telah memberikan kesempatan dan bantuan beasiswa pendidikan tugas belajar kepada penulis di Universitas Hasanuddin;
7. Pemerintah Kabupaten Konawe Selatan khususnya Dinas Kesehatan, Puskesmas Atari Jaya, Puskesmas Tinanggea, Puskesmas Motaha, Puskesmas Konda dan Badan Perencanaan dan Pembangunan

Daerah (Bappeda) yang telah mengizinkan dan membantu proses penelitian ini;

8. Teman-teman seperjuangan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2021, atas kebersamaan, semangat, bantuan, kerjasama dan motivasinya selama mengikuti pendidikan dan penyusunan tesis ini;
9. Ayahanda tercinta Alm. Drs. H. Budiman Tahir dan Ibunda tercinta Hj. Marlina Inggai, S.Pd yang telah membina, mendidik serta memberikan doa restu dan dorongan yang tidak terhingga kepada penulis, Rahmat Suharliman dan Ronal Rosiman Suharliman, dan seluruh keluarga saya yang tak henti-hentinya memberikan dukungan, semangat, kasih sayang, harapan dan doa selama mengikuti pendidikan;
10. Serta semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin khususnya dalam penyusunan tesis ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas masukan, kritik dan saran yang membangun demi perbaikan penulisan selanjutnya. Semoga penulisan tesis ini dapat menjadi bekal ilmu yang memberikan manfaat kepada semua pihak dalam memajukan pembangunan kesehatan.

Makassar, 12 Juni 2023

Rismadianti

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|----------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PENGAJUAN | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| PERNYATAAN KEASLIAN | iv |
| ABSTRAK | v |
| ABSTRACT | vi |
| PRAKATA | vii |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| DAFTAR SINGKATAN | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 12 |
| C. Tujuan Penelitian | 13 |
| D. Manfaat Penelitian | 14 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 15 |
| A. Tinjauan Umum Tentang Kebijakan Kesehatan | 15 |
| B. Tinjauan Umum Tentang Implementasi Kebijakan | 23 |
| C. Tinjauan Umum Tentang Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil..... | 41 |
| D. Sintesa Penelitian | 51 |
| E. Kerangka Teori | 59 |
| F. Kerangka Konseptual | 60 |
| G. Definisi Konseptual..... | 61 |
| | |
| BAB III METODE PENELITIAN | 65 |
| A. Jenis dan Rancangan Penelitian | 65 |
| B. Waktu dan Lokasi Penelitian | 66 |
| C. Informan Penelitian | 66 |
| D. Instrumen Penelitian | 68 |
| E. Variabel Penelitian..... | 69 |
| F. Sumber dan Teknik Pengumpulan Data | 71 |

| | |
|---|-----------|
| G. Analisa Data | 73 |
| H. Keabsahan Data | 74 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | 76 |
| A. Hasil Penelitian..... | 76 |
| B. Pembahasan..... | 124 |
| C. Keterbatasan Penellitian..... | 152 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Kesimpulan..... | 153 |
| B. Saran..... | 154 |

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| Nomor | | Halaman |
|--------------|---|----------------|
| Tabel 1 | Sintesa Penelitian Sebelumnya | 51 |
| Tabel 2 | Luas Wilayah Kabupaten Konawe Selatan Menurut Kecamatan Tahun 2021 | 77 |
| Tabel 3 | Jumlah Penduduk dan Kepadatan Penduduk Kabupaten Konawe Selatan Menurut Kecamatan Tahun 2021 | 78 |
| Tabel 4 | Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2021 | 79 |
| Tabel 5 | Karakteristik Informan Kunci dalam Wawancara | 81 |
| Tabel 6 | Karakteristik Informan Biasa dalam Wawancara | 82 |
| Tabel 7 | Matriks Analisis Implementasi SPM Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Variabel Komunikasi oleh Informan Kunci | 108 |
| Tabel 8 | Matriks Analisis Implementasi SPM Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Variabel Komunikasi oleh Informan Biasa | 110 |
| Tabel 9 | Matriks Analisis Implementasi SPM Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Variabel Sumber Daya oleh Informan Kunci | 113 |
| Tabel 10 | Matriks Analisis Implementasi SPM Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Variabel Sumber Daya oleh Informan Biasa | 115 |
| Tabel 11 | Matriks Analisis Implementasi SPM Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Variabel Disposisi oleh Informan Kunci | 118 |
| Tabel 12 | Matriks Analisis Implementasi SPM Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Variabel Disposisi oleh Informan Biasa | 119 |
| Tabel 13 | Matriks Analisis Implementasi SPM Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Variabel Struktur Birokrasi oleh Informan Kunci | 121 |
| Tabel 14 | Matriks Analisis Implementasi SPM Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Variabel Struktur Birokrasi oleh Informan Biasa | 122 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | | Halaman |
|--------------|--|----------------|
| Gambar 1 | Pendekatan Implementasi Kebijakan George C. Edward III (1980) | 38 |
| Gambar 2 | Pendekatan Implementasi Kebijakan Van Metter dan Van Horn (1975) | 39 |
| Gambar 3 | Kerangka Teori | 59 |
| Gambar 4 | Kerangka Konseptual Penelitian | 60 |
| Gambar 5 | Distribusi Pagu Anggaran Tahun 2022 Sub Kegiatan Peneglolaan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil | 94 |

DAFTAR SINGKATAN

| Singkatan | Keterangan |
|------------------|--|
| 10T | 10 Terpadu |
| AIDS | <i>acquired immunodeficiency syndrome</i> |
| AKB | Angka Kematian Bayi |
| AKI | Angka Kematian Ibu |
| APN | Acuan Persalinan Normal |
| COVID-19 | <i>coronavirus disease 2019</i> |
| DJJ | Denyut Jantung Janin |
| HIV | <i>human immunodeficiency virus</i> |
| ICU | <i>Intensive Care Unit</i> |
| K1 | Kunjungan baru ibu hamil |
| K4 | Kontak minimal 4 kali selama masa kehamilan |
| KAB. | Kabupaten |
| KASUBAG | Kepala Subbagian |
| KEMENKES | Kementerian Kesehatan |
| KH | Kelahiran Hidup |
| KIA | Kesehatan Ibu dan Anak |
| KIBBLA | Kesehatan ibu, balita dan bayi baru lahir |
| KIE | Komunikasi, Informasi dan Edukasi |
| KLB | Kejadian Luar Biasa |
| LILA | Lingkar Lengan Atas |
| LSM | Lembaga Swadaya Masyarakat |
| MENKES | Menteri Kesehatan |
| NSPK | Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria |
| ORTALA | Organisasi Tata Laksana |
| P4K | Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi |
| PERMENKES | Peraturan Menteri Kesehatan |
| RENJA | Rencana Kerja Pemerintah Daerah |
| RENSTRA | Rencana Strategi |
| RI | Republik Indonesia |
| RKPD | Rencana Kerja Pemerintah Daerah |
| SDGs | Sustainable Development Goals |
| SDM | Sumber Daya Manusia |
| SOP | Standard Operational Procedure |
| SPM | Standar Pelayanan Minimal |
| SPM-BK | Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan |
| TBC | Tuberculosis |
| Td | Tetanus differi |
| UUD | Undang-undang Dasar |

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor

| | |
|------------|---|
| Lampiran 1 | Lembar Persetujuan Informan (<i>Informed Consent</i>) |
| Lampiran 2 | Pedoman Wawancara |
| Lampiran 3 | Lembar Observasi |
| Lampiran 4 | Dokumentasi Penelitian |
| Lampiran 5 | Persuratan Penelitian |
| Lampiran 6 | <i>Curriculum Vitae</i> |

BAB I.

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap orang dapat menjalani kehidupan sosial dan ekonomi yang produktif apabila sehat jasmani, rohani, rohani, dan sosialnya. Pembangunan kesehatan merupakan investasi dalam pertumbuhan sumber daya manusia yang bernilai sosial dan ekonomi dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan setiap orang untuk hidup sehat guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Depkes RI, 2009).

Salah satu indikator yang dapat menilai derajat kesehatan masyarakat di suatu negara adalah angka kematian ibu. Hal ini karena angka kematian ibu menunjukkan kepekaan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan, baik dari segi aksesibilitas maupun kualitas. Apabila angka kematian ibu di suatu negara masih tinggi, hal ini dapat menjadi tolak ukur dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan di negara tersebut.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tertinggi ketiga di Asia Tenggara (WHO, 2019) dan masih jauh dari target global SDGs (Sustainable Development Goals) untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 dan kurang dari itu, pada tahun 2030, dari 70 per 100.000 KH. Situasi ini menunjukkan perlunya inisiatif strategis dan menyeluruh yang lebih besar, karena dibutuhkan setidaknya 5,5%

penurunan kematian ibu per tahun untuk memenuhi target AKI sebesar 183 per 100.000 KH pada tahun 2024. Sementara itu, jumlah kematian ibu di Indonesia meningkat dari 4.197 kasus kematian ibu pada tahun 2019 menjadi 4.627 kasus kematian ibu pada tahun 2020. Tingginya AKI dan lambatnya penurunan angka tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan ibu sangat perlu ditingkatkan, baik dari segi jangkauan maupun kualitas pelayanan.

Penelitian yang dilakukan Susiana (2019) untuk menurunkan AKI, kebijakan-kebijakan yang telah dilakukan pemerintah bisa terlaksana efektif jika didukung oleh semua pihak. Kebijakan dirancang untuk menyelesaikan masalah yang menjadi penyebab tingginya Angka Kematian Ibu seperti sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu.

Pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menjamin pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakatnya. Dalam menjamin warga negara Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan bermutu. Keterlibatan pemerintah diperlukan dalam penyediaan barang/jasa untuk: 1) memastikan warga negara yang membutuhkan layanan kesehatan dapat menerimanya sesuai dengan kebutuhannya; dan 2) menawarkan layanan kesehatan bagi warga negara yang tidak dapat memenuhi tuntutan mereka dalam industri perawatan kesehatan.

Mengingat dalam menyediakan layanan kesehatan yang sesuai kebutuhan, pemerintah berperan dalam memenuhi kebutuhan di bidang

kesehatan yang terstandarisasi. Sehingga standar tersebut dapat menjadi tolak ukur apakah pelayanan kesehatan yang diberikan telah memenuhi kualitas pelayanan bukan hanya mengejar ketercapaian kuantitas. Kualitas pelayanan kesehatan akan ditetapkan pada pelaksanaan/implementasi kebijakan-kebijakan yang telah dirancang.

Sejak reformasi, Pemerintah Daerah (PEMDA) secara bertahap mengambil alih kendali penyelenggaraan pemerintahan dari pemerintah pusat. Hal ini sesuai dengan Pasal 18 ayat 6 amandemen UUD 1945 yang menyatakan bahwa PEMDA menjalankan tugas dengan otonomi yang seluas-luasnya. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014, pengganti Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, merupakan peraturan perundang-undangan terbaru yang mengatur tentang pembagian tugas Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Masalah kesehatan merupakan salah satu dari enam (enam) hal yang bersamaan (bersama-sama) dipersyaratkan dan dikaitkan dengan item pelayanan dasar dalam UU 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. (Kemenkes RI, 2019).

Pemenuhan jaminan pelayanan tersebut dapat diakses oleh semua orang, maka penyelenggaraan 6 (enam) urusan tersebut diatur dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang memperhatikan indikator kemampuan sumber daya Pemerintah Daerah di seluruh Indonesia. bervariasi. SPM setidaknya memiliki dua tujuan: (i) membantu pemerintah daerah dalam memberikan pelayanan publik yang tepat kepada masyarakat; dan (ii) sebagai alat bagi masyarakat untuk mengontrol

seberapa baik pemerintah memberikan pelayanan publik di bidang kesehatan. (Kemenkes RI, 2019).

Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan diatur Peraturan Menteri Kesehatan 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan adalah ketentuan yang berlaku sebelumnya. Saat ini yang berlaku adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang kesehatan. Peraturan ini memuat berbagai macam penjelasan dan tata cara teknis dalam pemenuhan SPM bidang kesehatan.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ada saat ini lebih menitikberatkan pada kinerja PEMDA yang merupakan penilaian kinerja daerah dalam memberikan pelayanan dasar kepada penduduk Indonesia dibandingkan dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebelumnya yang lebih kepada kinerja kesehatan program. Hal-hal lain menjadi dasar bagi Pemerintah Pusat dalam merumuskan kebijakan nasional, pemberian insentif, disinsentif, dan sanksi administratif bagi Kepala Daerah yang bersangkutan. (Kemenkes RI, 2019).

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan ini sebagai acuan PEMDA dalam mempertimbangkan profesi dan kemampuan daerah, dapat dilaksanakan dengan mensyaratkan adanya Standar Teknis SPM yang memuat prosedur operasional pencapaian SPM-BK di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota (Kemenkes RI, 2019). Implementasi SPM ini

lebih berfokus pada segi promotif–preventif, oleh karena itu diinginkan agar bisa berdampak dalam menurunkan masalah kesehatan yang terjadi. Jika dikaitkan dengan permasalahan pelayanan kesehatan ibu, dalam SPM Bidang kesehatan salah satu jenis pelayanan kesehatan dasar yang terfokus pada pelayanan kesehatan ibuyakni SPM pelayanan kesehatan ibu hamil.

Perbandingan dilihat dengan target pencapaian 100%, persentase pelayanan kesehatan ibu hamil di Indonesia yang memenuhi SPM menurun dari 74,6% pada tahun 2020 menjadi 35,96% pada tahun 2021, yang menunjukkan belum tercapainya target tersebut. Sehingga masih diperlukannya strategi. (Kemenkes RI, 2022).

Salah satu kriteria dasar pelayanan yang memadai adalah mutu, yang menunjukkan derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang ditawarkan, dapat memuaskan pengguna pelayanan, dan diselenggarakan dengan cara yang sesuai dengan standar dan kode etik yang telah ditetapkan. Untuk mendorong individu agar lebih berhati-hati, terutama ketika memilih lokasi untuk layanan kesehatan, kepentingan masyarakat mungkin dapat mendorong perubahan dalam beberapa situasi saat ini (Indar et al., 2020). Fasilitas kesehatan yang memiliki staf dan perlengkapan yang memadai dapat memberikan perawatan berkualitas tinggi pada saat-saat penting seputar persalinan dan persalinan,. Kematian ibu dapat dicegah dengan perawatan berkualitas tinggi.

Penekanan berkelanjutan pada kualitas perawatan di fasilitas sangat penting untuk memajukan kesehatan ibu.

Penelitian yang dilakukan oleh Marita dkk. (2021) mengungkapkan bahwa terdapat perbedaan beban kerja SDM pada sarana dan prasarana Posyandu dan Polindes. Kondisi ini mempengaruhi bagaimana layanan konseling diberikan, dan lila tidak mengikuti norma-norma yang telah ditetapkan. Cakupan program yang tinggi dipengaruhi oleh hal ini, meskipun kesulitan kehamilan tidak dapat ditangani dengan baik di Puskesmas Sidining. Pemantauan dan evaluasi harus dilakukan dalam pelayanan ibu hamil yang terstandarisasi karena standar mutu pelayanan dari segi input dan elemen proses belum memadai.

Kerangka kerja WHO (2020) dalam menjaga kualitas perawatan kesehatan ibu mengidentifikasi tiga dimensi (penyediaan perawatan, pengalaman perawatan, dan sumber daya) dan delapan standar kualitas perawatan, yakni: 1) praktik berbasis bukti untuk perawatan rutin dan manajemen komplikasi, 2) sistem informasi yang dapat ditindaklanjuti, 3) sistem rujukan yang berfungsi, 4) komunikasi yang efektif, 5) menghormati dan menjaga martabat, 6) dukungan emosional, 7) personel yang kompeten dan termotivasi, dan 8) ketersediaan sumber daya fisik yang esensial. Hal-hal ini harus ditargetkan untuk menilai, meningkatkan dan memantau perawatan bersama dua dimensi penyediaan dan pengalaman perawatan yang penting dan saling terkait.

Standar Teknis tersebut bermaksud untuk membantu PEMDA terkait penyusunan dokumen perencanaan pada implementasi SPM-BK di Prov/Kab/Kota. Setiap wanita hamil menerima pelayanan antenatal standar, sesuai dengan deklarasi standar untuk layanan kesehatan bagi ibu hamil. Setiap ibu hamil di wilayah kerjanya wajib mendapatkan pelayanan antenatal yang terstandar, yang meliputi kriteria standar kualitas dan kuantitas, dari pemerintah daerah kabupaten/kota dalam waktu satu tahun. (Kemenkes RI, 2019).

Implementasi standar kualitas perawatan kesehatan ibu dan bayi baru dan pernyataan kualitas terkait yang dapat ditindaklanjuti membutuhkan kebijakan dan strategi kualitas perawatan yang menguntungkan di setiap negara untuk mengatasi kekurangan sistemik dan membutuhkan banyak sekali intervensi yang meningkatkan kualitas secara luas. Mengidentifikasi dan membangun pemahaman bersama tentang bagaimana intervensi ini dapat meningkatkan kualitas perawatan Kesehatan Ibu dan Bayi memungkinkan pelaksana membuat pilihan berdasarkan informasi tentang intervensi mana yang harus diprioritaskan di berbagai sistem kesehatan, dan tingkat implementasi. Implementasi yang selaras dan harmonis dari intervensi spesifik dengan tujuan untuk meningkatkan mutu dan kualitas perawatan kesehatan ibu dan anak memungkinkan alokasi dan penggunaan sumber daya yang lebih baik, penguatan sistem dan struktur terkait, dan pencapaian hasil kesehatan ibu dan anak yang ditargetkan (WHO, 2021).

Menurut data capaian SPM Pelayanan kesehatan ibu hamil Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2020 sebesar 26,97%, dan terjadi peningkatan menjadi sebesar 61,63% di tahun 2021 (Kemenkes RI, 2022). Peningkatan SPM pelayanan kesehatan ibu ini memang telah mengalami peningkatan, tapi hal ini berbanding terbalik jika dilihat dari jumlah kasus kematian ibu di tahun 2020 sebanyak 57 kasus kematian menjadi 116 kasus kematian di tahun 2021. Penyumbang terbesar terhadap jumlah kematian ibu di Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2021 adalah Kabupaten Konawe Selatan dengan prosentase 16,38% dari jumlah kematian ibu di 17 kab/kota.

Angka kematian ibu di Kab. Konawe Selatan mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun 2017 sebesar 125 per 100.000 KH dengan jumlah kasus sebanyak 7 kasus kematian ibu menjadi 152 per 100.000 KH dimana jumlah kasus terjadi sebanyak 9 kasus kematian di tahun 2019 (Dinas Kesehatan Kab. Konawe Selatan, 2020). Penurunan AKI sebesar 34 per 100.000 KH di tahun 2020 dimana jumlah kasus terjadi sebanyak 2 kasus kematian, tapi kembali meningkat menjadi 261 per 100.000 KH dimana jumlah kasus terjadi sebanyak 19 kasus kematian di tahun 2021 (Dinas Kesehatan Kab. Konawe Selatan, 2022a). Dibandingkan dengan target nasional 183 per 100.000 KH pada tahun 2024, angka kematian ibu masih tinggi pada tahun 2021.

Berdasarkan laporan pencapaian SPM kesehatan kabupaten, Wilayah Konawe Selatan belum mencapai target 100% untuk memberikan

pelayanan kehamilan pada tahun 2020. Pada tahun 2020, 60,91% dari SPM pelayanan perawatan kehamilan akan terpenuhi. (Dinas Kesehatan Kab. Konawe Selatan, 2021). Pencapaian SPM turun menjadi 58% di tahun 2021.(Dinas Kesehatan Kab. Konawe Selatan, 2022b).

Kabupaten Konawe Selatan memiliki 25 kecamatan di wilayah kerjanya, sehingga masalah-masalah dalam melakukan implementasi suatu kebijakan seringkali ditemukan. Keterlibatan berbagai Organisasi Perangkat Daerah dan beserta jaringannya menjadi sangat penting untuk diperhatikan. Ruang lingkup Dinas Kesehatan Kab. Konawe Selatan sendiri memiliki 25 puskesmas sebagai fasilitas kesehatan dasar di masing-masing kecamatan. Tantangan yang sering ditemukan di Kab. Konawe Selatan yakni bagaimana suatu kebijakan mampu diterapkan mencakup berbagai macam permasalahan seperti geografis (akses jalan), budaya (kecenderungan masyarakat lokal pada suatu persepsi), sosial (lingkungan sebagai pendorong masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan), ekonomi (pendapatan masyarakat sebagai faktor pendukung) dan sebagainya. Berdasarkan laporan kematian ibu dari tahun 2019-2021, puskesmas yang memiliki kasus kematian ibu terbanyak adalah puskesmas tinanggea, puskesmas Atari jaya, puskesmas konda, dan puskesmas motaha.

Penelitian yang dilakukan oleh Ernawati (2021) jauh lebih sedikit kabupaten/kota di Sumatera Barat dari yang diperkirakan telah memanfaatkan layanan SPM-Bidang Kesehatan, khususnya yang

berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak. Tingginya angka kematian ibu dan bayi disebabkan oleh beberapa faktor. Pelaksana SPM kabupaten/kota belum secara rutin melaksanakan tugasnya, antara lain mengkoordinasikan integrasi SPM-BK dalam dokumen perencanaan, pengawasan dan pengendalian hal-hal yang terkait dengan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), rencana strategis (renstra), dan rencana kerja (renja) Pemda. Dinas Kesehatan melakukan monitoring dan evaluasi capaian SPM, serta melaksanakan rutin pelaksanaan SPM kabupaten/kota. Masih banyak catatan yang perlu diperbaiki terkait SPM.

Penelitian oleh Zudi et. al. (2021), tentang analisis penerapan SPM bidang kesehatan di Puskesmas Guntur I Kab. Demak, sesuai dengan penelitian tersebut di atas, menggambarkan bahwa salah satu indikator SPM-BK yang masih belum tercapai adalah pelayanan kesehatan ibu hamil. Faktor yang menghambat dalam mempengaruhi implementasi SPM dalam penelitian tersebut diantaranya adalah kuantitas sumber daya yang masih kurang dari kebutuhan. Sumberdaya kurang tersebut contohnya bidan dan tenaga lainnya di puskesmas. Kekurangan sumberdaya ini dapat mempengaruhi beban kerja yang diemban oleh petugas kesehatan, petugas kesehatan atau tenaga kesehatan lainnya tidak dapat berkonsentrasi dalam menyelesaikan tanggung jawab pelayanan yang telah diberikan karena kekurangan pegawai, yang menyebabkan tenaga kesehatan lain mendapat tugas tambahan atau mampu menangani beberapa peran.

Infrastruktur merupakan salah satu elemen tambahan yang membatasi ketersediaan sumber daya. Salah satu syarat yang harus dipenuhi untuk setiap pelayanan kesehatan adalah infrastruktur. Untuk memastikan implementasi yang efektif dan penyampaian layanan kesehatan berkualitas tinggi, kualitas dan kuantitas fasilitas infrastruktur harus diperhatikan. Hambatan lain adalah tim tidak menerapkan komitmen untuk maju dalam pelayanan untuk memberikan layanan terbaik kepada masyarakat. Baik pimpinan kelompok usaha maupun kepala puskesmas harus mampu menjelaskan dan mengembangkan tindakan strategis yang perlu dilakukan puskesmas untuk mencapai tujuan masa depan mereka.

Menurut teori Edward III (1980), disebabkan beberapa faktor, antara lain komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi, pelaksanaan suatu program belum berjalan seefektif yang seharusnya. Unsur-unsur ini dapat mempengaruhi efektivitas implementasi kebijakan karena tanpa implementasi yang sukses, pilihan atau rencana pembuat kebijakan tidak akan terlaksana.

Berdasarkan temuan dari wawancara singkat dengan koordinator pengelola program kesehatan ibu dinas kesehatan Kab. Konawe selatan, permasalahan yang terjadi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil ini yakni belum optimalnya pelaksanaan kegiatan-kegiatan terkait pelayanan kesehatan ibu disebabkan oleh kurang memadainya sumber daya (SDMK, fasilitas pelayanan dan anggaran) dalam pelaksanaan kegiatan, kurangnya kesadaran ibu hamil dan keluarga (khususnya

keterlibatan dalam Perencanaan Persalinan & Pencegahan Komplikasi), evaluasi implementasi pelayanan kesehatan bumil belum dilakukan secara detail di puskesmas hanya melihat secara umum pencapaian program apakah tercapai atau tidak tercapai, dan perencanaan kegiatan yang tidak menyesuaikan prioritas masalah. Selain itu keterlibatan lintas sektor dalam mendukung pelayanan kesehatan ibu hamil di Kab. Konawe Selatan juga masih kurang dikarenakan masih adanya stigma bahwa pelayanan kesehatan ibu hamil hanya sebagai urusan dinas kesehatan sebagai *leading sector* dalam permasalahan kesehatan.

Jika melihat permasalahan-permasalahan di atas, masih diperlukannya penelitian yang dapat menganalisa bagaimana implementasi pelayanan kesehatan ibu hamil dalam hal ini terkait pelaksanaan pelayanan yang seharusnya sesuai standar kebutuhan/ standar pelayanan minimal. Oleh karena itu, tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu di Kabupaten Konawe Selatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah tersebut, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kab. Konawe Selatan berdasarkan aspek komunikasi?

2. Bagaimana implementasi standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kab. Konawe Selatan berdasarkan aspek sumber daya?
3. Bagaimana implementasi standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kab. Konawe Selatan berdasarkan aspek disposisi/sikap?
4. Bagaimana implementasi standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kab. Konawe Selatan berdasarkan aspek struktur birokrasi?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis implementasi standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Konawe Selatan

2. Tujuan Khusus

- a) Untuk menganalisis mekanisme komunikasi kebijakan standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Konawe Selatan
- b) Untuk menganalisis kemampuan sumber daya mengimplementasikan standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Konawe Selatan
- c) Untuk menganalisis aspek disposisi/sikap dalam implementasi standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Konawe Selatan

- d) Untuk menganalisis aspek struktur birokrasi dalam implementasi standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Konawe Selatan

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan sebagai bahan rujukan dalam menganalisa standar pelayanan minimal bidang kesehatan pelayanan kesehatan ibu hamil dan sebagai bahan informasi bagi peneliti selanjutnya yang relevan dengan penelitian ini.

2. Manfaat Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam perbaikan pelayanan kesehatan ibu hamil yang sesuai standar dalam bentuk kebijakan-kebijakan sehingga dapat mencegah ancaman kematian yang dapat terjadi pada ibu dan mendukung tercapainya derajat kesehatan ibu.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Memberikan penulis pengalaman melakukan penelitian dan mempraktikkan berbagai teori dan konsep yang dipelajari dalam kuliah dalam bentuk studi ilmiah.

BAB II.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kebijakan Kesehatan

1. Kebijakan Kesehatan

Menurut Thomas R. Dye (1975) dalam (Winarno, 2007), apapun yang diputuskan pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan (*whatever governments choose to do or no to do*) dianggap sebagai kebijakan publik. Seorang ahli lainnya, Crinson (2009) dalam Ayuningtyas (2014), menyatakan dengan kata lain, sulit untuk mendefinisikan kebijakan karena merupakan gagasan daripada kejadian nyata atau nyata. Selain itu, Crinson berpendapat bahwa kebijakan akan jauh lebih bermanfaat jika dipandang sebagai seperangkat keputusan, serangkaian keputusan, atau urutan keputusan yang terkait satu sama lain.

Kebijakan publik adalah perintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu untuk mempengaruhi semua entitas pemerintahan dan membawa perubahan dalam kehidupan masyarakat yang terkena dampaknya. Kebijakan publik adalah “panduan untuk bertindak”, yang mengacu pada seperangkat instruksi untuk melaksanakan tugas atau tindakan dalam upaya mencapai tujuan tertentu. Dalam membahas kebijakan publik, semua persoalan yang berdampak pada kehidupan masyarakat harus diperhatikan, termasuk bidang kesehatan yang

tidak dapat dipisahkan dari kehidupan masyarakat. (Ayuningtyas, 2014).

Setiap negara pasti mempunyai permasalahan yang harus diselesaikan, baik masalah antarwarga negara, antara warga negara dan pemerintah maupun pemerintah satu negara dengan negara lain. Masalah yang menyangkut urusan orang banyak disebut masalah publik. Dalam siklus kebijakan publik, pendefinisian dan penetapan masalah publik tidak cukup dilakukan hanya satu kali dan kemudian digunakan untuk waktu yang panjang karena pemahaman tentang sebuah masalah terus berkembang. Analisis kebijakan harus mempertimbangkan karakteristik dan dimensi dari masalah publik agar dapat mendesain solusi-solusi yang efektif. Kesempatan untuk mengajukan rancangan kebijakan semakin besar jika berhubungan dengan masalah yang dianggap penting dan mendesak oleh publik (Ayuningtyas, 2014).

Suatu keadaan atau peristiwa yang telah terjadi atau berpotensi mempengaruhi kesehatan masyarakat disebut sebagai masalah kesehatan. Tiga faktor, termasuk perbedaan antara kenyataan dan keadaan ideal atau yang dimaksudkan, kurangnya kejelasan penyebab perbedaan, dan adanya beberapa solusi potensial untuk masalah tersebut, memerlukan studi untuk mengidentifikasi masalah tersebut. (Ayuningtyas, 2014).

Kebijakan terkait kesehatan publik dan swasta dapat dimasukkan dalam kebijakan kesehatan. Kebijakan kesehatan digambarkan sebagai mencakup berbagai tindakan (dan tindakan) yang berdampak pada berbagai institusi, organisasi, layanan, dan pengaturan keuangan untuk sistem kesehatan. Ini berlaku untuk kebijakan sektor publik (yaitu pemerintah) dan sektor swasta (yaitu bisnis). Analisis kebijakan kesehatan juga tertarik pada tindakan dan rencana tindakan kelompok di luar sistem kesehatan yang berdampak pada kesehatan, seperti industri makanan, rokok, atau farmasi, karena kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor di luar sistem kesehatan. (Buse et al., 2005).

Ada beberapa konsep seputar pemeriksaan kebijakan kesehatan, dan poin utamanya adalah: Seorang perencana memandang kebijakan kesehatan sebagai sarana untuk mempengaruhi determinan kesehatan dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat; seorang ekonom mungkin mengklaim bahwa kebijakan kesehatan adalah tentang alokasi sumber daya yang terbatas untuk kesehatan; Yang penting bagi seorang dokter adalah perawatan kesehatan (Walt, 1994). Walt memandang politik identik dengan kebijakan kesehatan dan secara langsung menghubungkan faktor-faktor ini dengan siapa yang memengaruhi pembuatan kebijakan, bagaimana mereka melakukannya, dan dalam keadaan apa. (Buse et al., 2005).

Nutbeam (1998, p.357) dalam Palutturi (2021), merangkum sejumlah istilah dalam bidang kesehatan atau promosi kesehatan “*Health Promotion Glossary*”, Beliau mendefinisikan:

“Health Policy as a formal statement or procedure within institutions (notably government) which defines priorities and the parameters for action in response to health needs, available resources and other political pressures”. Definisi ini menunjukkan bahwa kebijakan kesehatan adalah sebagai pernyataan formal atau prosedur dalam institusi (terutama pemerintah) yang mendefinisikan prioritas dan parameter untuk tindakan dalam menanggapi kebutuhan kesehatan, sumber daya yang tersedia dan tekanan politik lainnya.

Berdasarkan definisi tersebut di atas dapat kita lihat bahwa kebijakan kesehatan itu berkaitan dengan tindakan atau pengambilam keputusan baik oleh pemerintah, individu atau masyarakat yang mempengaruhi terhadap kesehatan, baik kesehatan dalam pengertian positif atau pun negative. Kebijakan kesehatan itu berkaitan dengan siapa yang mempengaruhi siapa, sebuah proses yang berkaitan dengan kekuasaan dan kepentingan politik yang memberi dampak pada kesehatan (Palutturi, 2021).

2. Faktor Kontekstual yang Mempengaruhi Kebijakan Kesehatan

Concerning context menggambarkan seperangkat elemen nasional, internasional, dan sosial, ekonomi, dan politik yang dilembagakan yang dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan. Ada beberapa metode untuk melakukan segmentasi faktor, tetapi Leichter (1979) dalam Indar (2022) menjabarkan beberapa cara yang bermanfaat:

- a. Faktor situasional, yaitu kondisi yang tidak tetap atau khusus dapat mempengaruhi kebijakan. Hal-hal ini biasanya dikenal sebagai 'peristiwa pemfokusan'. Kejadian ini hanya satu kejadian, seperti peraturan gedung rumah sakit, atau terlalu lama perhatian masyarakat pada masalah baru. Misalnya terjadinya endemik HIV/AIDS memicu ditemukannya pengobatan baru dan kebijakan pengawasan tuberkulosis karena keterkaitan kedua penyakit tersebut dan ODHA lebih rentan terhadap sejumlah penyakit, dan HIV dapat menyebabkan TB.
- b. Faktor struktural, milik peradaban yang belum mengalami perubahan signifikan. Variabel tersebut meliputi sistem politik, yang meliputi transparansi dan kesempatan bagi individu untuk terlibat dalam debat dan pilihan kebijakan publik; variabel struktural juga mencakup sifat ekonomi dan angkatan kerja. Misalnya, negara-negara mungkin melihat perpindahan para ahli ini ke wilayah masyarakat terbelakang ketika gaji perawat rendah atau tidak tersedia cukup lapangan kerja untuk pekerja yang memenuhi syarat. Keadaan populasi dan kemajuan teknologi adalah elemen struktural lain yang mungkin memengaruhi strategi kesehatan masyarakat. Misalnya, negara dengan tingkat penuaan yang tinggi memiliki lebih banyak fasilitas dan persediaan medis untuk lansia karena kebutuhan individu tersebut dapat meningkat seiring bertambahnya usia. Di banyak

negara, kemajuan teknologi telah menyebabkan peningkatan jumlah ibu hamil yang melahirkan melalui operasi caesar. Ketergantungan profesi yang semakin besar pada teknologi mutakhir, yang menghadapi tuntutan, masalah, dan kekhawatiran, adalah salah satu penyebabnya. Dengan demikian, tingkat pendapatan suatu negara dapat berdampak signifikan pada jenis perawatan kesehatan yang ditawarkannya.

- c. Faktor budaya, mempengaruhi kebijakan yang berhubungan dengan kesehatan. Akan sangat sulit untuk mempertanyakan atau mengkritik pejabat tinggi atau atasan dalam budaya di mana hierarki memainkan peran penting. Karena status mereka sebagai kelompok minoritas atau hambatan bahasa, kelompok eksklusif mungkin mendapatkan layanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan mereka atau informasi yang tidak akurat tentang hak-hak hukum mereka. Pemerintah terpaksa menerapkan sistem kunjungan dari pintu ke pintu di beberapa negara di mana perempuan tidak dapat dengan mudah mengunjungi fasilitas kesehatan (karena harus didampingi oleh suami mereka) atau ketika ada stigma seputar penyakit (seperti HIV atau TB). Sikap Presiden George W. Bush yang tidak konsisten tentang undang-undang seksual di awal tahun 2000-an yang meningkatkan penggunaan kontrasepsi atau akses ke aborsi adalah salah satu contoh bagaimana pertimbangan

agama dapat berdampak signifikan pada kebijakan. Karena LSM untuk layanan Kesehatan Reproduksi sangat dibatasi atau pemerintah AS memotong uang jika mereka tidak menjunjung tinggi tradisi budaya Presiden Bush, ini mungkin berdampak pada kebijakan di AS dan negara lain.

- d. Faktor internasional Meningkatnya saling ketergantungan antar bangsa dapat berdampak pada kemandirian nasional dan kerjasama kesehatan global. Organisasi nasional, regional, atau multinasional harus bekerja sama untuk mengatasi berbagai tantangan kesehatan, meskipun banyak di antaranya terkait dengan pemerintah nasional. Misalnya, kampanye nasional atau regional hampir secara universal digunakan untuk memberantas polio, seringkali dengan bantuan organisasi internasional seperti WHO. Sekalipun suatu daerah berhasil memvaksinasi polio untuk semua anaknya yang berusia di bawah lima tahun dan cakupannya terjaga, virus polio masih dapat menyusup ke daerah tersebut dari luar dengan melintasi perbatasan. Mengacu pada Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) kebijakan pembangunan kesehatan nasional, pelaksanaan proses kebijakan dilakukan seefektif mungkin dengan menetapkan skala prioritas berdasarkan bukti dari berbagai sumber yang tersedia melalui proses review dan perumusan kebijakan. yang melibatkan masyarakat dan berbagai pemangku kepentingan.

3. Tahapan Kebijakan Kesehatan

Perkembangan kebijakan kesehatan terjadi secara bertahap. Tahapan kebijakan kesehatan adalah tren menyeluruh dalam mengembangkan kebijakan kesehatan dalam kaitannya dengan desain, implementasi, dan penilaian dampak sosialnya. Proses penyusunan kebijakan kesehatan sulit karena terdiri dari beberapa prosedur dan banyak elemen yang perlu diteliti. Fase kebijakan kesehatan terkait dengan beberapa faktor, termasuk eksekutif, undang-undang, tempat media, spesialis, akademisi, dan banyak profesional industri kesehatan. Agar lebih mudah menganalisis kebijakan saat ini, para ahli membagi proses pembuatan kebijakan menjadi beberapa tahap. Pandangan dari 2 (dua) orang ahli yang terlibat dalam proses pembuatan kebijakan adalah sebagai berikut. (Indar, 2022):

a. Menurut Thomas R. Dye

- 1) Identifikasi masalah kebijakan (*identification of policy*)
- 2) Pengaturan agenda (*agenda setting*)
- 3) Perumusan kebijakan (*policy formulation*)
- 4) Pengesahan kebijakan (*policy legitimation*)
- 5) Pelaksanaan kebijakan (*policy implementation*)
- 6) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*)

b. Menurut James Anderson, David W. Brady, dan Charles Bullock III menyatakan proses suatu kebijakan sebagai berikut:

- 1) Agenda kebijakan (*policy agenda*)
- 2) Perumusan kebijakan (*policy formulation*)
- 3) Penetapan kebijakan (*policy adoption*)
- 4) Pelaksanaan kebijakan (*policy implementation*)
- 5) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*)

B. Tinjauan umum Tentang Implementasi Kebijakan

1. Implementasi Kebijakan

Tahap implementasi kebijakan adalah ketika ditentukan apakah kebijakan publik telah berhasil atau tidak dalam menyelesaikan isu-isu yang pertama kali dipertimbangkan selama penetapan agenda dan kemudian diartikulasikan secara formal selama pengembangan kebijakan. Purwanto & Sulistiyastuti (2012) menjelaskan implementasi kebijakan sebagai suatu kegiatan yang dilakukan oleh pelaksana untuk menyampaikan keluaran kebijakan kepada kelompok sasaran (*target group*) dalam rangka mencapai tujuan kebijakan. Hal ini senada dengan pandangan Pressman dan Wildavsky (1984) dalam Paudel (2009) yang menggambarkan bagaimana menentukan tujuan dan mengambil langkah-langkah untuk mencapainya berinteraksi dalam proses implementasi kebijakan.

Sementara van Meter dan van Horn (1975) berpendapat kegiatan yang dilakukan oleh orang (atau kelompok) di sektor publik dan swasta untuk mencapai tujuan yang digariskan dalam pilihan kebijakan merupakan implementasi kebijakan.

Terdapat batasan implementasi kebijakan dalam kerangka yang lebih kompleks, *“Implementation means transaction. To carry out a program implementers must continually deal with the tasks, environments, clients, and each other. The formalities of organization and the mechanics of administration are important as background but the key to success is continual coping with contexts, personalities, alliances and events. And crucial to such adaptation is the willingness to acknowledge and correct mistakes, to shift directions and learn from doing. Nothing is more vital to implementation than self correction; nothing more lethal than blind perseveration”* (Warick dalam Purwanto & Sulistiyastuti (2012)). Definisi ini mengasumsikan bahwa implementasi adalah prosedur transaksi. Artinya, untuk melaksanakan program, pelaksana harus melakukan kegiatan yang dijanjikan akan dilakukan untuk menangani pelanggan, lingkungan, dan tantangan lainnya. Sebagai landasan untuk melaksanakan implementasi, formalitas organisasi dan administrasi sangat penting, tetapi rahasia kesuksesan adalah menyelesaikan keadaan, kepribadian, aliansi, dan kegiatan secara terus menerus.

Kemampuan untuk mengakui dan mengatasi kekurangan, berkonsentrasi pada tujuan, dan belajar dari prosedur sebelumnya dan kesalahan merupakan komponen penting dari proses adaptasi dalam implementasi. Untuk menjamin bahwa tujuan yang telah

ditetapkan dalam kebijakan akan terlaksana, perbaikan sangat penting selama implementasi.

Tantangan terbesar dalam mengembangkan kebijakan tidak hanya sekedar meletakkannya di atas kertas tetapi juga memastikan bahwa kebijakan tersebut benar-benar diimplementasikan di lapangan untuk mencapai tujuan. Alokasi pendanaan, penugasan para pelaksana, dan pengembangan standar dan prosedur untuk menyiapkan implementasi sebuah kebijakan (Birkland, 2016). Dalam pelaksanaan kebijakan tentu tidak akan semudah yang dibayangkan serta banyak faktor yang dapat memengaruhi efektivitasnya. Faktor penting yang mempengaruhi kemampuan pembuat kebijakan untuk terlibat dalam pembuatan kebijakan berbasis bukti berkaitan dengan “kapasitas analisis kebijakan” pemerintah dan non-pemerintah. Hal ini menunjukkan bahwa untuk melaksanakan pembuatan kebijakan berbasis bukti dan mencegah beberapa penyebab paling umum dari kegagalan kebijakan, pemerintah perlu memiliki tingkat kemampuan analisis kebijakan yang cukup tinggi. (Howlett, 2009).

Meskipun rumit, proses implementasi kebijakan sangat penting untuk pengembangan kebijakan publik. Pilihan kebijakan tak lebih dari catatan di meja pejabat tanpa eksekusi. (Winarno, 2007). Pengetahuan mengenai model analisis implementasi pun menjadi penting didalami para implementor maupun analis kebijakan demi terciptanya mekanisme pelaksanaan implementasi yang efektif.

2. Fokus Utama Analisis Implementasi Kebijakan

Ketepatan penentuan penekanan, isu atau pertanyaan utama (materi pelajaran), menentukan, antara lain, keberhasilan studi implementasi kebijakan. O'Toole memperjelas salah satu dari ini ketika dia menyatakan bahwa perhatian atau pertanyaan utama dalam analisis implementasi adalah "*Apa yang terjadi antara asal mula suatu kebijakan dan bagaimana hal itu berdampak pada dunia.*" (O'Toole, 2000).

Menurut ontologi, analisis implementasi bertujuan untuk memahami fenomena implementasi kebijakan, termasuk (i) mengapa suatu kebijakan gagal diterapkan di suatu wilayah; (ii) mengapa kebijakan publik yang sama yang dikembangkan oleh pemerintah memiliki tingkat keberhasilan yang berbeda ketika diimplementasikan oleh pemerintah daerah; (iii) mengapa satu jenis kebijakan lebih sederhana dari yang lain; dan (iv) mengapa variasi kelompok sasaran kebijakan mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan. Untuk memetakan elemen apa (variabel penjelas) yang memengaruhi asal-usul fenomena implementasi tertentu, upaya untuk memahami fenomena implementasi yang berbeda pada akhirnya ditujukan untuk melakukan hal itu. (Ripley 1986 dalam Purwanto & Sulistiyastuti (2012)).

Dalam menganalisis suatu kebijakan, sejumlah faktor harus diperhitungkan, antara lain sebagai berikut:

- a. Output, yang digunakan untuk menilai dampak langsung dari pelaksanaan kebijakan terhadap kelompok sasaran.
- b. Akses, yang berkaitan dengan betapa mudahnya bagi populasi sasaran untuk mendapatkan layanan ketika sebuah kebijakan diterapkan Untuk menentukan seberapa sering kelompok sasaran menerima layanan kebijakan.
- c. Cakupan, informasi tentang kelompok sasaran—serta proporsi kelompok sasaran yang telah menerima layanan terhadap seluruh kelompok sasaran—juga dapat dievaluasi.
- d. Bias, memeriksa potensi “penyimpangan” atau kesalahan dalam penerapan kebijakan.
- e. Ketepatan layanan, yang berkaitan dengan selesai atau tidaknya layanan yang ditawarkan tepat waktu.
- f. Akuntabilitas, yang berfokus pada bagaimana kebijakan diimplementasikan dalam hal akuntabilitas.
- g. Kesesuaian program dengan kebutuhan, yang melibatkan penilaian apakah kebijakan yang diambil sejalan dengan kebutuhan tersebut atau masyarakat.
- h. Outcome, yang digunakan untuk mengukur efektivitas kebijakan. Outputnya berlanjut dengan ini.

Analisis kebijakan yang efektif akan dapat mengenali dan menanggapi implementasi yang kemungkinan akan mengalami

masalah. Berikut adalah beberapa contoh kebijakan yang sering menimbulkan masalah implementasi: (Winarno, 2012)

a. Kebijakan baru

Implementasi aturan baru sering mengalami masalah karena berbagai alasan. Pertama, meskipun komunikasi yang baik sangat penting untuk keberhasilan implementasi kebijakan, jalur komunikasi tetap dibangun. Kedua, tujuan seringkali kurang jelas. Ketiga, pedoman pelaksanaan masih terdapat kesalahan pada tahap awal. Keempat, keterbatasan dana dan sumber daya lainnya cenderung mempengaruhi kebijakan baru. Pertama, pelaksana sering kurang memberikan penekanan dan perhatian. Keenam, kebijakan menyerukan kegiatan yang belum pernah dilakukan atau belum pernah dilakukan. Ketujuh, pelaksana kebijakan baru masih memiliki opsi untuk memodifikasinya agar sesuai dengan praktik yang sudah ketinggalan zaman.

b. Kebijakan yang didesentralisasikan

Sejumlah besar orang sering terlibat dalam pengelolaan kebijakan yang dikontrakkan kepada entitas yang lebih kecil. Distorsi informasi lebih mungkin terjadi semakin banyak entitas yang terlibat dan semakin panjang rantai birokrasi. Pengawasan kebijakan yang terdesentralisasi juga akan menjadi lebih sulit.

c. Kebijakan kontroversial

Proses kompromi besar diperlukan untuk kebijakan yang dihasilkan dari diskusi "besar" tentang keuntungan dan kerugian. Kebijakan kontroversial juga memotivasi pihak lawan untuk mempengaruhi prosedur implementasi dengan cara yang mengurangi efektivitas pencapaian tujuan kebijakan.

a. Kebijakan yang kompleks

Efektivitas suatu kebijakan juga dapat dipengaruhi oleh seberapa rumit kebijakan tersebut. Kebijakan yang kompleks akan mempersulit mereka yang menjalankannya.

b. Kebijakan yang terkait dengan krisis

Situasi krisis seringkali membutuhkan keputusan cepat dan fleksibilitas, tetapi juga meningkatkan risiko penolakan kebijakan yang tidak diinginkan. Keterbatasan waktu dan sumber daya membuat proses implementasi menjadi menantang.

c. Kebijakan yang ditetapkan oleh pengadilan

Putusan pengadilan seringkali berbentuk pernyataan normatif yang menuntut analisis mendalam. Ini menyisakan ruang untuk kesalahpahaman ketika menafsirkan dan kemudian mempraktikkan kebijakan.

3. Model Implementasi Kebijakan

Banyak ahli mencoba untuk mengidentifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi seberapa berhasil program pemerintah

diimplementasikan. Menurut Edwards III, langkah awal dalam teknik penelitian implementasi kebijakan adalah membuat gambaran umum dan mengajukan pertanyaan mengenai prasyarat keberhasilan implementasi kebijakan serta hambatan utamanya. Menanggapi hal tersebut, Edwards III menawarkan dan mempertimbangkan empat unsur implementasi kebijakan publik, yaitu: komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi (Mulyadi, 2015).

a. Komunikasi

Mengirim dan menerima informasi atau pesan antara dua (atau lebih) orang yang cukup efisien untuk dipahami disebut sebagai komunikasi. Edward III mendefinisikan komunikasi sebagai “proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan” dalam kamusnya. Menurut Edward III, pelaku kebijakan perlu mendapatkan informasi tentang kebijakan publik agar mereka dapat memahami apa yang harus dilakukan untuk mengimplementasikan kebijakan dan mencapai tujuan dan sasaran kebijakan yang diperlukan.

Edward III tentang komunikasi kebijakan memiliki beberapa dimensi, antara lain dimensi Transmisi (transmission), Kejelasan (clarity), dan Konsistensi (consistency).

- 1) Dimensi transmisi mengamanatkan bahwa kebijakan publik dikomunikasikan kepada kelompok sasaran kebijakan, pihak

lain yang memiliki kepentingan langsung maupun tidak langsung, serta pelaksana kebijakan.

- 2) Dimensi kejelasan (clarity) menuntut agar kebijakan dikomunikasikan kepada para pelaksana, kelompok sasaran, dan pihak lain dengan kepentingan yang telah ditetapkan agar mereka mengetahui tujuan, sasaran, dan prinsip inti dari kebijakan publik serta dapat memahami apa yang dimaksud dengan kebijakan publik. yang harus direncanakan dan dilaksanakan agar kebijakan berhasil dan efisien.
- 3) Dimensi konsistensi penting untuk menghindari eksekusi kebijakan, kelompok sasaran, dan pihak-pihak yang berkepentingan menjadi bingung dengan kebijakan yang diambil (Agustino, 2016).

Beberapa faktor yang berpengaruh dengan komunikasi yaitu:

- 1) Pengetahuan

Tingkat pengetahuan individu mampu menjadi faktor yang paling penting dalam komunikasi. Seseorang dengan pengetahuan yang luas mungkin dapat mengkomunikasikan gagasan dengan jelas. Kemampuan komunikator memilih kata (diksi) untuk menyampaikan informasi kepada penerima atau komunikan difasilitasi oleh tingkat pengetahuannya yang tinggi. Hal ini juga berlaku bagi penerima komunikasi atau komunikan. Jika seorang komunikator memiliki keahlian yang

tinggi, maka komunikasi dapat merespon dan memahami informasi dengan baik.

2) Perkembangan

Perkembangan dalam hal ini memiliki dua aspek, yakni:

a) Pertumbuhan manusia

Pola pikir manusia dapat dipengaruhi oleh pertumbuhan. Penyaluran informasi oleh komunikator kepada komunikasi dan bagaimana komunikasi bereaksi terhadap informasi tersebut. Untuk mendapatkan hasil yang diinginkan, setiap orang mengkomunikasikan informasi dengan caranya sendiri yang unik. Misalnya, jelas ada perbedaan dalam cara Anda berkomunikasi dengan balita dan remaja. Ada metode untuk mencapai keseimbangan.

b) Keterampilan menguasai Bahasa

Salah satu unsur yang paling erat hubungannya dengan pertumbuhan adalah kemampuan memahami bahasa ini. Misalnya, jika kita terlibat dengan remaja, kita dapat lebih memahami bahasa gaul atau bahasa sehari-hari yang mereka gunakan untuk membangun komunikasi yang efektif. Hal yang sama berlaku untuk bayi yang berkomunikasi secara eksklusif melalui

tanda-tanda non-verbal, seperti berteriak ketika mereka tidak sehat, haus, atau lapar.

3) Persepsi

Persepsi mengacu pada bagaimana seseorang menggambarkan atau menginterpretasikan data yang diubah menjadi sebuah visi. Kesan ini berkembang sejalan dengan pengalaman, harapan, dan kekhawatiran. Seseorang mungkin memiliki perspektif yang berbeda tentang bagaimana mereka memahami stimulus atau serangkaian rangsangan. Selain memiliki efek positif, persepsi dapat mencegah komunikasi.

4) Peran dan korelasi (hubungan)

Tergantung pada topik atau topik yang sedang didiskusikan, peran dan korelasi (hubungan) dapat mempengaruhi bagaimana informasi ditransmisikan atau bagaimana taktik komunikasi digunakan. Jika komunikator dan komunikan tidak memiliki hubungan yang erat, komunikasi formal akan berlangsung.

5) Lingkungan

Lingkungan dalam interaksi mempengaruhi proses komunikasi. Lingkungan yang nyaman dan kondusif dapat mempengaruhi bagaimana proses komunikasi berlangsung.

b. Sumber Daya

Sekalipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, implementasinya tidak akan efektif jika pelaksana kekurangan dana yang diperlukan untuk melaksanakannya. Karena sumber daya kebijakan hanya datang dalam bentuk kertas dan kertas, sumber daya memainkan peran penting dalam implementasi kebijakan.

Menurut Edward III, pertimbangan sumber daya sangat penting dalam pelaksanaan kebijakan. Sumber daya ini mencakup sumber daya personel, keuangan dan material, serta sumber daya terkait otoritas.

1) Sumberdaya Manusia

Sumberdaya manusia merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi kebijakan

2) Sumberdaya Anggaran

Keterbatasan anggaran dapat berdampak pada seberapa berhasil suatu program dilaksanakan. Selain itu, karena keterbatasan anggaran, inisiatif tidak dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

3) Sumberdaya Peralatan

Bangunan, tanah, dan fasilitas lainnya, serta segala sesuatu yang memudahkan penyediaan layanan bagi

implementasi kebijakan, merupakan contoh sumber daya peralatan, yaitu fasilitas, yang digunakan dalam operasionalisasi implementasi kebijakan..

4) Sumberdaya Kewenangan

Otoritas adalah sumber daya yang berbeda yang dapat berdampak pada seberapa baik suatu kebijakan diimplementasikan. Seseorang dengan kekuatan yang cukup untuk membuat keputusan untuk dirinya sendiri dan yang menjadi anggota organisasi dapat mempengaruhi implementasi kebijakan organisasi tersebut. Ketika mereka menghadapi masalah dan ingin diselesaikan dengan cepat, otoritas ini mungkin sangat penting (Agustino, 2016).

Para pemain utama dalam kebijakan harus diberikan kekuatan yang cukup untuk memutuskan bagaimana kebijakan yang termasuk dalam lingkup mereka akan dilaksanakan.

c. Disposisi

Disposisi mengacu pada kepribadian, sifat, atau sikap yang dimiliki pelaksana, seperti dedikasi, integritas, dan karakter demokratis. Kebijakan dapat diimplementasikan sebagaimana yang diinginkan oleh pembuat kebijakan jika implementor sudah memiliki disposisi positif. Jika implementor berbeda dengan pembuat kebijakan dalam hal sifat kepribadian atau pandangan

dunia, proses implementasi kebijakan tidak akan berfungsi sebagaimana dimaksud (Suhadi & Rais, 2015).

“Kehendak, keinginan, dan kecenderungan pelaku kebijakan untuk melaksanakan kebijakan dengan sungguh-sungguh sehingga apa yang menjadi tujuan kebijakan dapat tercapai”, menurut Edward III, merupakan pengertian dari disposisi. Implementasi suatu kebijakan dapat dilakukan dengan sukses dan efisien jika pelaksana (implementors) memiliki kemauan untuk mencapainya disamping memahami apa yang perlu dilakukan dan memiliki keterampilan yang diperlukan.

d. Struktur Birokrasi

Sebuah organisasi birokrasi adalah salah satu di mana tugas operasional yang sangat teratur dilakukan melalui spesialisasi, aturan dan peraturan yang sangat formal, pembagian tugas menjadi divisi fungsional yang berbeda, otoritas terpusat, rentang kendali terbatas, dan rantai pengambilan keputusan. memerintah. Hal ini sejalan dengan apa yang dikatakan Ripley dan Franklin ketika mereka mengidentifikasi enam ciri birokrasi sebagai konsekuensi dari menyaksikan birokrasi, yaitu:

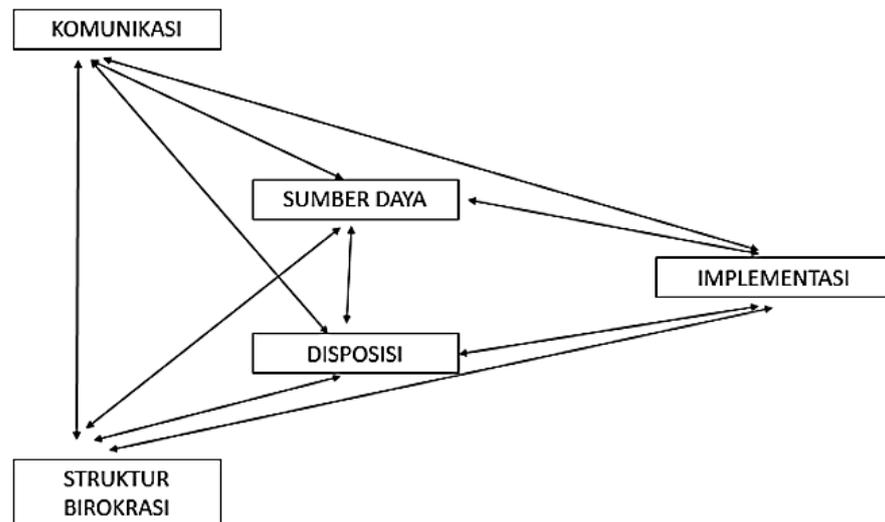
- 1) Birokrasi diciptakan sebagai instrument dalam menangani keperluan-keperluan publik (*public affair*).

- 2) Birokrasi merupakan institusi yang dominan, dalam implementasi kebijakan publik yang mempunyai kepentingan yang berbeda-beda dalam setiap hierarkinya.
- 3) Birokrasi mempunyai sejumlah tujuan yang berbeda.
- 4) Fungsi birokrasi berada dalam lingkungan yang kompleks dan luas.
- 5) Birokrasi mempunyai naluri bertahan hidup yang tinggi dengan begitu jarang ditemukan birokrasi yang mati.
- 6) Birokrasi bukan kekuatan yang netral dan tidak dalam kendali penuh dari pihak luar.

Meskipun ada cukup sumber daya untuk melaksanakan suatu kebijakan, para pelaksana memiliki pengetahuan tentang bagaimana melakukannya dan termotivasi untuk melakukannya, tetapi implementasi kebijakan mungkin masih gagal karena sistem birokrasi yang tidak efisien. Menurut Edward III struktur birokrasi ini mempertimbangkan hal-hal seperti hubungan organisasi, hubungan kewenangan, dan sebagainya.

"Prosedur Operasional Standar (SOP) dan fragmentasi" adalah dua ciri utama birokrasi, menurut Edward III. Dalam organisasi kerja yang besar dan kompleks, prosedur operasi standar (SOP) adalah penetapan ekspektasi internal untuk kepastian waktu, sumber daya, dan persyaratan konsistensi.

Adapun korelasi terkait beberapa indikator tersebut dapat diilustrasikan sebagai berikut:



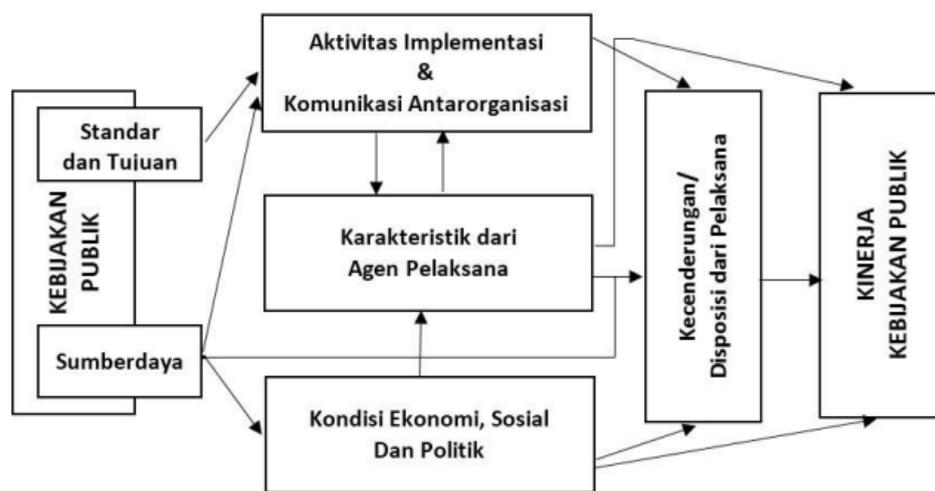
Gambar 1. Pendekatan Implementasi kebijakan George C. Edward III (1980) dalam Agustino (2016)

Paling tidak, dari gambaran di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat keterkaitan antar variabel sehingga memungkinkan pengaruhnya terhadap laju implementasi kebijakan. Misalnya, komunikasi yang efektif sangat penting untuk memasok sumber daya, memilih birokrasi, dan memastikan bahwa kebijakan diterapkan sebagaimana dimaksud selama tahap implementasi.

Selaras dengan apa yang dinyatakan oleh Edward III, Donald Van Meter dan Carl Van Horn (1975) mengajukan 6 (enam) variabel yang memiliki pengaruh pada keberhasilan implementasi kebijakan, yaitu: a) Standar dan sasaran kebijakan harusnya jelas dan terukur; b) Sumber daya yang memadai; c)

Hubungan antarorganisasi; d) Karakteristik agen pelaksana; e) Kondisi sosial, politik dan ekonomi; dan f) Disposisi implementor (Respon implementor, kognisi, dan intensitas disposisi implementor) (Mulyadi, 2015).

Berikut gambaran interaksi diantara beberapa variabel di atas:



Gambar 2. Pendekatan Implementasi kebijakan Van Metter dan Van Horn (1975) dalam Agustino (2016)

Selain 2 model analisis implementasi kebijakan di atas, Merilee S. Grindle (Mulyadi, 2015) menegaskan bahwa substansi kebijakan yang dapat berubah dan lingkungan implementasi kebijakan (konteks implementasi) merupakan dua (dua) faktor penting yang dapat berdampak pada keberhasilan implementasi kebijakan. Model Grindle memperjelas bahwa kekhasan model ini terletak pada pemahamannya yang menyeluruh tentang konteks kebijakan, khususnya yang berkaitan dengan pelaksana, penerima implementasi, dan area konflik potensial antara aktor pelaksana,

serta persyaratan sumber daya implementasi. Konten variabel kebijakan terdiri dari sejumlah item, termasuk:

- a. Sejauh mana kepentingan kelompok target atau *target groups* termuat pada isi kebijakan
- b. Jenis manfaat yang akan diterima oleh kelompok target, seharusnya sebuah kebijakan akan lebih bermanfaat jika sesuai dengan kebutuhan yang diinginkan
- c. Sejauh mana perubahan yang diharapkan dari sebuah kebijakan
- d. Apakah institusi/ implementor sebuah program sudah sesuai
- e. Apakah sebuah kebijakan telah menyebut implementornya secara rinci
- f. Apakah suatu program memiliki sumber daya yang diperlukan (keuangan atau kompetensi pelaksana) untuk mempertahankannya (Mulyadi, 2015).

Sedangkan 3 (tiga) faktor yang membentuk variabel lingkungan implementasi kebijakan adalah sebagai berikut:

- a. Seberapa besar kekuasaan, kepentingan, serta strategi para pelaku (*actors*) yang terlibat pada implementasi kebijakan
- b. Ciri-ciri institusi rejim yang berkuasa
- c. Tingkat kepatuhan dan tanggap kelompok sasaran

C. Tinjauan Tentang Standar Pelayanan Minimal Pelayanan

Kesehatan Ibu

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Ibu adalah bagian penting dari keluarga yang mengawasi semua hal yang berkaitan dengan rumah, pendidikan anak, dan kesehatan keluarga secara keseluruhan. Fokus dalam mengembangkan inisiatif kesehatan harus ditujukan kepada ibu dan anak karena mereka adalah anggota keluarga. Oleh karena itu, inisiatif untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak mendapat perhatian khusus. Memantau keadaan kesehatan seseorang dan efektivitas inisiatif kesehatan ibu sangat penting. Hal ini disebabkan oleh Angka Kematian Ibu (AKI) yang merupakan indikasi sensitif kesejahteraan sosial suatu bangsa (Kemenkes RI, 2015).

Kesehatan wanita selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas disebut sebagai kesehatan ibu. Untuk memastikan bahwa ibu dan anak mereka yang belum lahir mencapai potensi kesehatan dan kesejahteraan maksimal mereka, setiap tahap harus menyenangkan. Meskipun terjadi peningkatan yang signifikan selama dua dekade sebelumnya, pada tahun 2017 terdapat lebih dari 295.000 kematian di kalangan wanita hamil dan pascapersalinan. Angka ini cukup tinggi (WHO, 2022).

elain faktor tidak langsung termasuk anemia, malaria, dan penyakit jantung, penyebab langsung cedera dan kematian ibu yang

paling sering termasuk kehilangan darah yang berlebihan, infeksi, tekanan darah tinggi, aborsi yang tidak aman, dan persalinan macet (WHO, 2022).

Menurut definisi WHO, kematian ibu adalah kematian yang terjadi selama kehamilan atau dalam 42 hari setelah akhir kehamilan dan disebabkan oleh sebab apa pun yang berhubungan dengan atau diperparah oleh kehamilan atau perawatan yang diberikan padanya, tetapi bukan kecelakaan atau cedera (Kemenkes RI, 2015).

Sebagian besar kematian ibu dapat dihindari dengan intervensi segera oleh petugas layanan kesehatan berpendidikan yang beroperasi dalam suasana yang mendukung. Prioritas utama dunia harus terus mengakhiri kematian ibu yang tidak perlu. Namun, hanya melalui kehamilan dan persalinan tidak pernah dapat dianggap sebagai tanda perawatan kesehatan ibu yang efektif. Untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan ibu, penting untuk meningkatkan upaya untuk mencegah cedera dan gangguan ibu. (WHO, 2022).

Setiap kehamilan dan persalinan berbeda. Untuk menjamin bahwa semua perempuan memiliki akses ke perawatan maternitas yang baik dan terhormat, penting untuk mengatasi kesenjangan yang berdampak pada hasil kesehatan, terutama yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi serta hak dan gender (WHO, 2022).

Setiap ibu harus memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, dimulai dengan perawatan prenatal, bantuan medis terampil selama persalinan, perawatan pascapersalinan untuk ibu dan anak, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2015).

Pada saat seorang wanita bersiap untuk hamil, selama kehamilan, persalinan, masa nifas, dan menyusui, serta selama menggunakan alat kontrasepsi KB hingga usia lanjut, kesehatan ibu harus diutamakan. Kesehatan bayi harus dipantau selama proses kehamilan dan kelahiran, serta apakah anak tersebut masih bayi, balita, anak prasekolah, atau remaja (Kemenkes RI, 2015).

Upaya kesehatan ibu terdiri dari: (1) pelayanan kesehatan ibu hamil, (2) pelayanan imunisasi Tetanus bagi wanita usia subur dan ibu hamil, (3) pemberian tablet tambah darah, (4) pelayanan kesehatan ibu bersalin, (5) pelayanan kesehatan ibu nifas, (6) Puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), (7) pelayanan kontrasepsi/KB dan (8) pemeriksaan HIV dan Hepatitis B (Kemenkes RI, 2021).

Setiap tindakan atau serangkaian tindakan yang diambil dari konsepsi hingga persalinan dianggap sebagai layanan kesehatan maternitas. Tujuan pelayanan kesehatan maternitas adalah untuk menegakkan hak setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga dapat menjalani kehamilan yang

sehat, melahirkan tanpa insiden, dan melahirkan seorang anak. kesehatan dan keunggulan. Memanfaatkan konsep pelayanan antenatal terintegrasi dan standar (Kemenkes, 2021):

- a. deteksi dini masalah penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan
- b. stimulasi janin pada saat kehamilan
- c. persiapan persalinan yang bersih dan aman
- d. perencanaan dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi
- e. melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarga dalam
- f. menjaga wanita hamil dengan baik dan makan, mengatur kelahiran, dan siap jika ada kesulitan.

Menurut persyaratan perundang-undangan, perawatan kesehatan pralahir harus didokumentasikan pada kartu ibu/rekam medis, formulir pendaftaran kohort, dan buku kesehatan ibu dan anak (Kemenkes, 2021).

2. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan merupakan pedoman tentang jenis dan mutu pelayanan esensial minimum yang diwajibkan oleh undang-undang dan yang berhak diterima oleh setiap orang.

Akibat penerapan ketentuan Pasal 18 ayat (3) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah,

kebijakan SPM berubah dengan ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal. Sesuai dengan kebijakan tersebut dan Standar Pelayanan Minimal Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal, SPM bidang kesehatan mengalami beberapa kali perubahan yang signifikan dari SPM sebelumnya.

Pedoman Teknis Pelayanan Kecil Standar bidang kesehatan meliputi persyaratan jumlah dan mutu barang dan/atau jasa, serta kebutuhan tenaga dan sumber daya manusia kesehatan. Mereka juga mencakup petunjuk teknis atau prosedur untuk memenuhi standar untuk setiap jenis serta standar SPM dalam pelayanan dasar sektor kesehatan.

Pencapaian target SPM yang baru lebih difokuskan pada kinerja Pemerintah Daerah, menjadi penilaian keberhasilan daerah dalam memberikan pelayanan dasar. Pencapaian target SPM sebelumnya lebih difokuskan pada kinerja program kesehatan. layanan kepada publik. Selain itu, dengan memberikan sanksi administratif, insentif, dan disinsentif kepada kepala daerah, Pemerintah Pusat dapat menggunakan informasi tersebut untuk merumuskan kebijakan nasional.

Tujuan Standar Teknis ini adalah untuk memberikan saran kepada pemerintah daerah tentang bagaimana implementasi SPM di bidang kesehatan dan kebijakan urusan pemerintahan berdasarkan

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan peraturan pelaksanaannya.

Berikut adalah Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar SPM Bidang Kesehatan:

- 1) standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
 - 2) standar jumlah dan kualitas pendidik dan tenaga kependidikan; dan
 - 3) petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar,
- untuk setiap jenis pelayanan dasar pada SPM bidang Kesehatan, baik ditingkat Pemerintah Daerah Provinsi, maupun di tingkat Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.

Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Provinsi terdiri atas:

- a. pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi;
- dan
- b. pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi.

Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri atas:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu hamil;
- 2) Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- 3) Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- 4) Pelayanan kesehatan balita;
- 5) Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- 6) Pelayanan kesehatan pada usia produktif;

- 7) Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- 8) Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- 9) Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
- 10) Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- 11) Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
- 12) Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/ preventif.

3. Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Dalam Permenkes RI No. 4 Tahun 2019 (Kemenkes RI, 2019), terdapat jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu, yakni pelayanan kesehatan ibu hamil. Ruang lingkup dalam standar pelayanan minimal pelayanan ibu hamil adalah sebagai berikut:

- 1) Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa
 - a) Vaksin Tetanus Difteri (Td)
 - b) Tablet Tambah Darah, 90 tablet tambah darah untuk 1 ibu hamil
 - c) Alat deteksi risiko ibu hamil. Adapun kegiatan yang terkait deteksi risiko ibu hamil adalah: tes kehamilan, pemeriksaan Hb, pemeriksaan golongan darah, dan pemeriksaan glukoprotein urin

d) Kartu Ibu/ Rekam Medis Ibu

e) Buku KIA

2) Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia Kesehatan

Tenaga kesehatan meliputi:

a) Dokter/ dokter spesialis kebidanan, atau

b) Bidan, atau

c) Perawat

3) Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

Pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar adalah setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. Pemerintah Daerah tingkat kabupaten/kota wajib memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar kepada semua ibu hamil di wilayah kerja tersebut dalam kurun waktu satu tahun. Pelayanan antenatal yang sesuai standar yang meliputi: 1) Standar kuantitas, dan 2) Standar kualitas (Kemenkes RI, 2019)

Penetapan sasaran ibu hamil di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

Standar kuantitas adalah Kunjungan 4 kali selama periode kehamilan (K4) dengan ketentuan:

- a) Satu kali pada trimester pertama,
- b) Satu kali pada trimester kedua, dan
- c) Dua kali pada trimester ketiga. Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T, meliputi:
 - (1) Pengukuran berat badan.
 - (2) Pengukuran tekanan darah.
 - (3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).
 - (4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).
 - (5) Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ).
 - (6) Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi.
 - (7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet.
 - (8) Tes Laboratorium.
 - (9) Tatalaksana/penanganan kasus.
 - (10) Temu wicara (konseling) (Kemenkes RI, 2019).

Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar di wilayah kerjanya selama 1 (satu) tahun digunakan untuk menilai kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu hamil. Ibu hamil di luar wilayah kerja Kabupaten/Kota tetap harus diperhatikan dan disimpan pencatatannya, tetapi tidak termasuk dalam

cakupan pelayanan yang diberikan oleh Kabupaten/Kota. Dilaporkan ke Kabupaten/Kota beserta alamat rumah ibu hamil tersebut.

Metode berikut digunakan untuk perhitungan pembiayaan pelayanan kesehatan ibu hamil adalah sebagai berikut:

- 1) Langkah kegiatan,
- 2) Variabel,
- 3) Komponen, dan
- 4) Volume.

D. Sintesa Penelitian

Tabel 1. Sintesa Penelitian Sebelumnya

| No | Nama Peneliti | Judul | Sumber | Metode | Hasil |
|----|--|--|--|-----------------------|---|
| 1 | Zudi, dkk. (2021) https://jurnal.sti.kescendekiauta.makudus.ac.id/index.php/JKM/article/view/681 | Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Guntur I Kabupaten Demak | Jurnal Kesehatan Masyarakat | Kualitatif deskriptif | Salah satu indikator pelayanan yang belum memenuhi standar adalah pelayanan kesehatan bumil. Penargetan SPM diperlambat oleh beberapa faktor, seperti manajemen pemantauan dan evaluasi yang tidak memadai, infrastruktur dan sarana yang tidak memadai, sarana dan prasarana yang tidak memadai karena wilayah demografis yang besar, dan manajemen sumber daya manusia yang tidak memadai dari segi kuantitas dan kualitas. |
| 2 | Gabe Gusmi Aprilla (2020) http://ejournal.unmuha.ac.id/index.php/JKMA/article/view/900 | Analisa Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Kesehatan Balita Kota Depok menurut Segitiga Kebijakan Kesehatan | Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh | Kualitatif | Untuk balita, 91,8% pelayanan kesehatan tercakup pada tahun 2018. Dinas Kesehatan Kota Depok bekerja sama dengan kader dan bidan dalam praktik mandiri untuk mencapai SPM kesehatan balita. Dinas Kesehatan Kota Depok harus mengikutsertakan tenaga non kesehatan lainnya, seperti tenaga pengajar PAUD, karena target SPM tahun depan adalah 100% |
| 3 | Nova Wahyuni & Ana Farida (2021) https://ejournal.ppm-unbaja.ac.id/index.php/adkes/article/view/1501 | Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas Curug, Kota Serang | Journal of Baja Health Science (JOUBAHS) | Kualitatif deskriptif | Dikarenakan beberapa indikator tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan oleh SPM bidang kesehatan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019, implementasi SPM bidang kesehatan oleh Puskesmas Curug belum terlaksana dengan baik. Salah satunya pelayanan kesehatan untuk ibu Hamill. |

| No | Nama Peneliti | Judul | Sumber | Metode | Hasil |
|----|---|--|--------------------------------------|----------------------|---|
| 4 | Desy Lustiyani Rajahguguk, dkk. (2022) https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/prepotif/article/view/2747 | Belum Tercapainya Indikator Standar Pelayanan Minimal Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Studi Kualitatif di Puskesmas Sei Rampah, Kabupaten Serdang Bedagai | Jurnal Kesehatan Masyarakat | Kualitatif | Indikator program KIA Puskesmas Sei Ramah belum semuanya mencapai 100%. Karena keengganan masyarakat untuk memeriksakan kesehatannya di Puskesmas selama wabah Covid-19, SPM Program KIA tidak dapat dijangkau. Manajemen Puskesmas berupaya menambah jumlah bidan, memberikan home care, menginformasikan kepada masyarakat tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan di puskesmas melalui spanduk atau leaflet, dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan prosedur protokol kesehatan Covid-19 |
| 5 | Harimat Hendarwan, dkk. (2015) http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/iek/article/view/4716 | Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota | Jurnal Ekologi Kesehatan | Studi Potong Lintang | Implementasi SPM-BK memiliki permasalahan, antara lain beberapa indikator yang tidak memenuhi kriteria SMART, judul indikator yang tidak konsisten, definisi operasional, dan formula, serta perbedaan tingkat cakupan yang mencolok antara kabupaten dan kota yang berbeda serta dalam satu kabupaten dari waktu ke waktu. Selain itu, perbedaan operasional mungkin terlihat dalam kaitannya dengan pemantauan, advokasi, penjangkauan, dan penilaian |
| 6 | Tuty Ernawati (2021) https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/69497 | Capaian Implementasi SPM Khusus Kesehatan Ibu dan Anak (KIA): Solusi Penurunan KIA di Sumatera Barat | Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia | Deskriptif | Pemanfaatan SPM-BK, khususnya pelayanan KIA di kabupaten dan kota di Sumatera Barat belum mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Tingginya angka kematian ibu dan bayi di Provinsi Sumatera Barat tahun 2019 disebabkan oleh beberapa variabel. Ini termasuk sistem tata kelola, pembiayaan, dan aksesibilitas layanan (pengiriman) |

| No | Nama Peneliti | Judul | Sumber | Metode | Hasil |
|----|---|--|------------------------------|---|---|
| 7 | Armita Sri Azhari (2021) https://ojs.fdk.ac.id/index.php/humancare/article/download/1192/pdf | Analisis Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Ibu Bersalin dan Ibu Nifas melalui Pendekatan <i>Continuum of Care</i> di Puskesmas se-Kota Bukit Tinggi | Jurnal Human Care | kualitatif dengan pendekatan fenomenologi | Input, proses dan output, didapatkan program Continuum Of Care pada Ibu hamil, Ibu Bersalin dan Ibu Nifas yang ada di Puskesmas kota Bukittinggi terlaksana dengan baik karena bagus kinerja dari tenaga kesehatan dan dukungan dari pemerintah. Disimpulkan bahwa program Continuum Of Care di puskesmas kota Bukittinggi sudah terlaksana dengan baik. |
| 8 | Dessy Elvira dkk. (2019) http://scholar.unand.ac.id/54691/ | Studi Kualitatif Analisis Implementasi Standar Pelayanan Antenatal Care 10 Terpadu Pada Ibu Hamil di Puskesmas Bungus Kota Padang Tahun 2019 | Jurnal Kesehatan Masyarakat, | deskriptif kualitatif | Input pelaksanaan ANC 10 terpadu menunjukkan untuk meningkatkan sumber daya manusia bidan sudah mengikuti pelatihan pelayanan antenatal 10 Terpadu, sarana yang dimiliki sudah lengkap dan berfungsi dengan baik. SOP pelayanan antenatal sudah disesuaikan dengan standar pelayanan 10T dan mengalami pembaharuan setiap 3 tahun sekali. Perencanaan pelayanan antenatal 10 Terpadu dilakukan melalui loka karya mini tingkat Puskesmas dan melalui musyawarah dengan lintas sektoral. Hambatan implementasi pelayanan yaitu kurang maksimalnya pelayanan dari Bidan di Puskesmas karena beban kerja yang berlebih, jangkauan rumah penduduk yang jauh dari Puskesmas sementara ketersediaan waktu kunjungan dan pelayanan tidak mencukupi |

| No | Nama Peneliti | Judul | Sumber | Metode | Hasil |
|----|---|---|-----------------------------------|---|--|
| 9 | Luluk Hidayah dkk (2016) https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/phpi/article/view/7754 | Pelayanan Kesehatan Maternal dalam Akselerasi Penurunan Maternal Mortality | Public Health Perspective Journal | Kualitatif | Aspek input pelayanan kesehatan maternal meliputi SDM, sumberdana, sarana prasarana, dan SOP tersediadengan baik. Proses pelayanan kesehatan maternal sudah sesuai standar pelayanan kebidanan, namun output belum optimal karena ada kesenjangan antara cakupan K1 dan K4. Supervisi, bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan maternal dilakukan secara rutin oleh bidan koordinator. Perlu optimalisasi kemitraan dengan berbagai pihak dalam upaya akselerasi penurunan maternal mortality. |
| 10 | Ariuni Suparman (2020) https://jurnal.unigal.ac.id/index.php/moderat/article/download/3609/3578 | Implementasi kebijakan program pelayanan kesehatan dalam rangka menurunkan AKI dan AKB di Puskesmas Sukaraja Kabupaten Sukabumi | Jurnal MODERAT | penelitian kualitatif dengan pendekatan Phenomenology | Kondisi lingkungan ekonomi dan politik mendukung program pelayanan kesehatan dalam rangka penurunan AKI dan AKB, tetapi untuk kondisi sosial masyarakat masih banyak yang berpendidikan rendah sehingga menghambat keberhasilan program. Untuk komunikasi dan koordinasi dengan pihak lain seperti Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten, Rumah sakit pemerintah dan swasta, Bidan Praktek Mandiri, serta kelurahan-kelurahan berjalan dengan baik. Untuk Sumber daya fasilitas yang berupa sarana dan prasarana yang sudah baik, nemun perlu ditingkatkan kualitasnya. Untuk Karakteristik Puskesmas Sukaraja Kabupaten Sukabumi sebagai pelaksana Program Pelayanan Kesehatan dalam Rangka Penurunan AKI dan AKB sudah sesuai dengan kebijakan, bahkan juga sesuai dengan permasalahan yang ada. |

| No | Nama Peneliti | Judul | Sumber | Metode | Hasil |
|----|---|---|---|------------------------------------|--|
| 11 | Erika Pebriyanti dkk. (2021) https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JKS/article/view/3166 | Implementasi Kebijakan Pelayanan Antenatal Care (ANC) bagi Ibu Hamil pada Masa Pandemi COVID-19 | Jurnal Keperawatan Silampari | deskriptif kualitatif | Komunikasi antara pihak tenaga kesehatan dengan ibu hamil, suami atau keluarga dalam pelaksanaan kegiatan antenatal care pada ibu hamil terjalin cukup lancar, sumber daya manusia dari tenaga kesehatan pelaksana kegiatan antenatal care telah tersedia sesuai kebutuhan, disposisi dan struktur birokrasi pada implementasi layanan antenatal care bagi ibu hamil pada masa pandemi COVID-19 di Kabupaten Kepahiang berjalan dengan baik. |
| 12 | Tesfalidet Beyene et. al. (2022) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35140528/ | Severe Maternal Outcomes and Quality of Maternal Health Care in South Ethiopia | International Journal of Women's Health | A facility-based prospective study | The SMO (Severe Maternal Outcomes) ratio was comparable to other studies in the country. Most women with SMO were referred from other health facilities, which demonstrates the presence of the first delay (seeking care) and/or the second delay (reaching care) in the study area. The study suggests that effectively using the ICU, reducing delays, and improving the referral system may reduce SMO and improve the quality of care in the hospitals. Furthermore, continuous reviewing of SMO is needed to learn what treatment was given to women who experienced complications in the hospitals. |
| 13 | Yayan Hartawi (2018) http://repo.umb.ac.id/items/show/606 | Analisis Pelaksanaan Program Antenatal Terpadu di Puskesmas Tungkal Kecamatan Pino Raya Kabupaten | Universitas Muhammadiyah Bengkulu | Penelitian kualitatif | 5 jenis pelayanan yang ada dalam Program ANC Terpadu, hanya 2 jenis pelayanan yang sudah dilaksanakan sesuai standar yaitu pemeriksaan fisik dan tindak lanjut kasus, sedangkan 3 jenis pelayanan yaitu anamnesa, pencatatan hasil pemeriksaan, dan KIE belum dilaksanakan sesuai dengan standar Permenkes No. 97 Tahun 2014. Cakupan pelayanan |

| No | Nama Peneliti | Judul | Sumber | Metode | Hasil |
|----|--|--|------------------------|---|---|
| | | Bengkulu Selatan Tahun 2018 | | | K1 dan K4 di Puskesmas Tungkal pada tahun 2017 masing-masing sebesar 96% dan 94%, meskipun belum sesuai dengan target Puskesmas Tungkal namun angka tersebut jauh di atas rata-rata Nasional. |
| 14 | Nita Ike Dwi Kurniasih, dkk. (2020) https://juriskes.com/index.php/jrk/article/download/1795/432/6058 | Evaluasi Penerapan Standar Pelayanan 10 T Antenatal Care (ANC) | Jurnal Riset Kesehatan | penelitian kualitatif pendekatan fenomenologi | Evaluasi context menunjukkan masih ditemukannya kebutuhan yang belum terpenuhi dari sasaran. Evaluasi input menunjukkan masih ditemui kendala pendistribusian/pembagian tugas SDM, serta belum adanya sosialisasi dan SOP yang spesifik mengenai standar pelayanan ANC 10T. Evaluasi process memperlihatkan pelaksanaan kesepuluh komponen standar ANC 10T belum dijalankan secara optimal sesuai dengan prosedur/tatalaksana yang sudah ada, dan masih ditemui beberapa kendala. Evaluasi product menunjukkan adanya pencapaian dari tujuan standar pelayanan ANC 10T namun hasilnya belum optimal yaitu mulai dari penerapan tindakan kesepuluh komponen 10T oleh bidan, capaian K1 dan K4, komplikasi ibu hamil serta tidak ditemuinya kematian ibu dan bayi. implementasi standar pelayanan ANC 10T memperlihatkan beberapa pencapaian sebagaimana dari tujuan pelaksanaannya, namun untuk hasilnya belum optimal. Hal ini dikarenakan masih ditemui beberapa kendala dan perlu dilakukan perbaikan untuk dapat melanjutkan implementasinya dimasa yang akan datang untuk mencapai hasil yang optimal |

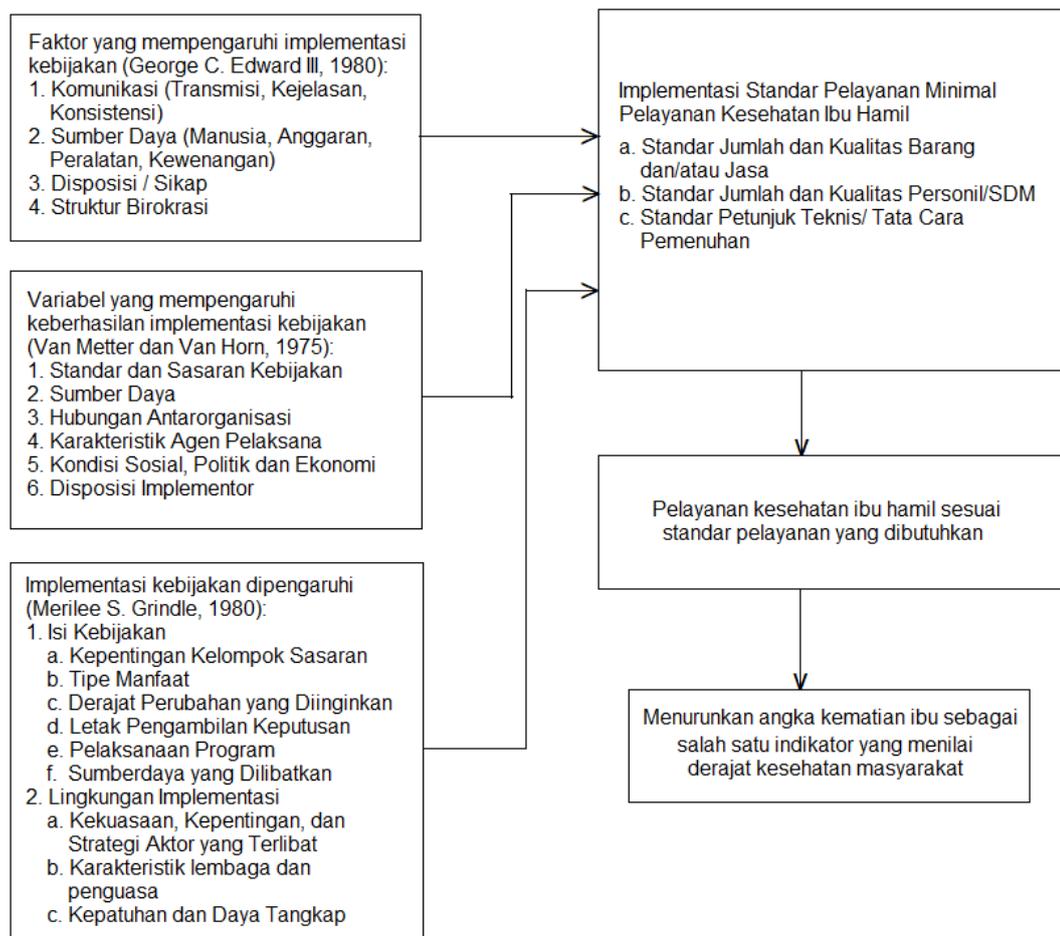
| No | Nama Peneliti | Judul | Sumber | Metode | Hasil |
|----|---|--|---------------------------------------|--|---|
| 15 | Asep Hergantara, dkk. (2021) https://jurnal.unpad.ac.id/responsive/article/view/34743 | Implementasi Kebijakan Kesehatan Ibu, Bayi, Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA) di Kabupaten Bandung | Responsive | penelitian kualitatif | implementasi Perda KIBBLA di Kabupaten Bandung sudah dilaksanakan namun dalam pelaksanaannya ditemukan beberapa kendala dilapangan seperti pada keterbatasan sumber daya, keterbatasan informasi, pada dimensi struktur birokrasi yaitu belum berjalannya sistem rujukan, dan SMS gate way belum berjalan sehingga penanganan kegawatdarutan KIBBLA menjadi terhambat, sebaiknya dilakukan koordinasi antara pemerintah kabupaten Bandung sebagai pengambil kebijakan dengan implementor kebijakan KIBBLA |
| 16 | Bui Thi Thu Ha et. al. (2020) https://www.dovepress.com/implementation-of-health-policy-on-establishment-of-provincial-center-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP | Implementation of health policy on establishment of provincial center of diseases control (Cdc) in vietnam | Risk Management and Healthcare Policy | a cross-sectional and mixed methods design | Implementation of CDC establishment policy was influenced by 1) management support; 2) alignment between policy and practice; 3) values towards CDC; and 4) implementation climate. Other external key influencers included political, social, and cultural factors. |

| No | Nama Peneliti | Judul | Sumber | Metode | Hasil |
|----|---|---|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 17 | Danielle Wilhelm et. al (2019) https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-019-0790-0 | Quality of maternal obstetric and neonatal care in low-income countries: development of a composite index | BMC Medical Research Methodology | various methodological approaches | The resulting composite scores varied considerably in absolute values and ranges based on the method chosen. However, the respective coefficients produced by the Spearman rank correlations comparing facility rankings by method choice showed a high degree of correlation. Differences in the method of aggregation had the greatest amount of variation in facility rankings compared to the base case. Z-score standardization is most closely aligned with the base case, but limited comparability at disaggregated levels. |

Sumber : Data Sekunder, 2022

E. Kerangka Teori

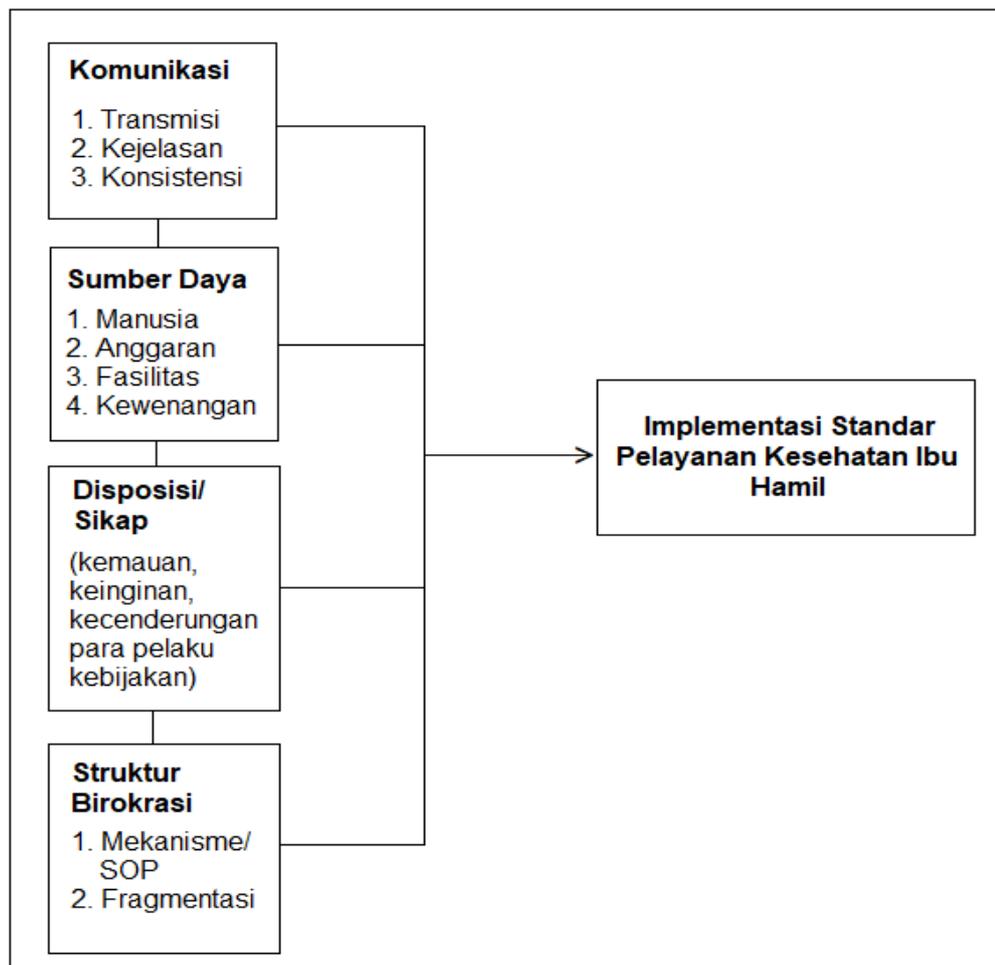
Berdasarkan beberapa teori – teori yang telah diuraikan sebelumnya, maka peneliti akan menganalisis implementasi kebijakan standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan ibu hamil di dengan berdasarkan pandangan teori George C. Edward III (1980), teori Van Meter & Van Horn (1975), Merilee S. Grindle (1980) dimana implementasi kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel yang digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3. Kerangka Teori (Modifikasi dari Teori George C. Edward III (1980), Teori Van Meter & Van Horn (1975) dan Merilee S. Grindle (1980))

F. Kerangka Konseptual

Berdasarkan kerangka teori di atas, peneliti memilih menggunakan teori George C. Edward III (1980) dalam menganalisa implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil dengan alasan karena teori ini sesuai dengan beberapa permasalahan yang telah dijelaskan pada latar belakang penelitian ini. Pertimbangan lainnya adalah variabel dari teori ini lebih mudah dalam menginterpretasikan gambaran yang peneliti inginkan untuk mencapai tujuan penelitian ini. Berikut kerangka konseptual penelitian ini:



Gambar 4. Kerangka Konseptual Penelitian

Penelitian ini akan berfokus pada implementasi SPM pelayanan kesehatan ibuhamil di Kabupaten Konawe Selatan dimana terdapat 4 fokus dalam mengkaji implementasi tersebut yakni 1) Komunikasi (transmisi, kejelasan, dan konsistensi), 2) Sumber daya (manusia, anggaran, fasilitas, kewenangan), 3) Disposisi/sikap (kemauan, keingunan, kecenderungan) dan 4) Struktur birokrasi (Mekanisme/SOP dan fragmentasi).

G. Definisi Konseptual

Definisi konseptual terkait empat variabel penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Komunikasi : Cara dan/atau proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (policy makers) kepada pelaksana kebijakan (policy implementors) dalam implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil. Terdapat 3 unsur dalam variabel komunikasi, yakni sebagai berikut:

a) Transmisi : Cara penyebaran informasi dalam rangka mensosialisasikan kebijakan implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

- b) Kejelasan : Pemahaman terhadap informasi yang disampaikan kepada pelaksana implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil.

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

- c) Konsistensi : Adanya kesesuaian/ kesamaan informasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan SPM pelayanan kesehatan ibu hamil.

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

2. Sumber daya : Sumber pendukung dalam mengimplementasikan SPM pelayanan kesehatan ibu. Terdapat 4 unsur dalam variabel sumber daya, yakni sebagai berikut:

- a) Sumber Daya Manusia : Ketersediaan dan kemampuan staf/tenaga kesehatan dalam implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

- b) Anggaran : Ketersediaan anggaran dalam implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

- c) Fasilitas :Adanya fasilitas yang mendukung implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

- d) Informasi/Kewenangan :Adanya informasi yang relevan dan diberikan kewenangan dalam implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

3. Disposisi/sikap : Adanya komitmen, kemauan, keinginan dan sikap dari pelaksana kebijakan dalam implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil.

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

4. Struktur birokrasi : Adanya mekanisme dan struktur birokrasi yang mendukung implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil.

Terdapat 2 unsur dalam variabel struktur birokrasi, yakni sebagai berikut:

- a) Mekanisme/SOP : Pedoman dalam implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa

- b) Fragmentasi : Adanya penyebaran atau pembagian kerja dan tanggung jawab para pelaksana implementasi SPM pelayanan kesehatan ibu hamil

Cara ukur: Wawancara mendalam, telaah dokumen

Alat ukur : Alat tulis, perekam, pedoman wawancara

Informan : Informan Kunci, Informan Biasa