

EVALUASI KINERJA KEBIJAKAN KESEHATAN IBU DAN ANAK**(Studi Evaluasi *Policy Output* dan *Policy Outcome* Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di Kabupaten Sidoarjo)****Nurul Jamila Hariani**

Mahasiswa program studi Ilmu Administrasi Negara, FISIP, Universitas Airlangga

Abstract

This study aims to evaluate the performance and the factors that affected the performance of Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) program in Sidoarjo. The EMAS Program is a project of the Indonesian government in cooperation with USAID. In hope, this program could be replicated independently by the regions. Sidoarjo is one of several intervention areas of the EMAS program in East Java that was selected to be a pilot district. But, after the program ends, Sidoarjo didn't continue this program. Therefore, it is necessary to evaluate the program's performance to know how far the program can achieve the desired objectives. This research employed qualitative research method. Data collection was conducted using observation, in-depth interviews, and documentary. The informants were selected by purposive method and continued by snowball method.

This study finds that the performance of the EMAS Program in Sidoarjo is good enough. This is because, from seven indicators of policy output (access, bias, coverage, frequency, service provision, accountability, suitability of the program with the target groups), six indicators have been achieved. While, one indicator, called coverage, had not been achieved. In addition, the indicators of policy outcomes (initial, intermediate and long-term outcomes), have been achieved. This research also finds the factors that most affect the performance of the program are the resources, disposition and the communication between organizations and implementers. This study recommends the government of Sidoarjo to continue the EMAS program using independent financial resources. Although MMR and IMR haven't decreased significantly in the last 5 years, the outcomes can increase the community participation in improving the quality of maternal and neonatal services.

Keywords : Performance Evaluation, EMAS Program, Maternal and Neonatal Emergency Service Policy

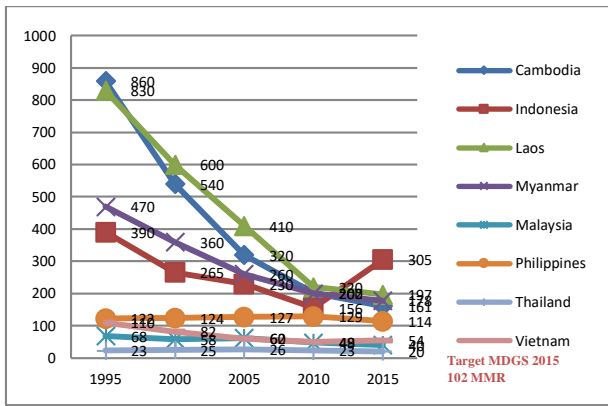
PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak dan kebutuhan universal yang mendasar bagi setiap manusia. Sebagai hak asasi, hak atas kesehatan bisa diartikan hak yang melekat pada seseorang karena kelahirannya sebagai manusia, bukan atas pemberian seseorang atau negara. Oleh sebab itu hak kesehatan tidak dapat dicabut atau dilanggar oleh siapapun termasuk oleh negara.

Setiap negara mengakui bahwa kesehatan adalah modal utama dalam mencapai kesejahteraan masyarakat. Hal ini digambarkan oleh keikutsertaan negara-negara dunia dalam *Millenium Development Goals* 2000-2015 yang saat ini dilanjutkan dengan *Sustainable Development Goals* 2016-2025. Tujuan Pembangunan *Millenium* yang disepakati oleh 189 negara anggota PBB terfokus pada pembangunan kesehatan. Hal ini tercermin dalam 8 Tujuan Pembangunan *Millenium*, dimana 3 diantaranya fokus pada pembangunan kesehatan. Tujuan-tujuan tersebut antara lain : menurunkan Angka Kematian Anak, meningkatkan Kesehatan Ibu dan memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya.

Di Indonesia sendiri, kondisi terkait kematian ibu dan kematian bayi masih dalam taraf yang tidak terlalu baik. Pasalnya mendekati berakhirnya MDG's pada tahun 2015, staf ahli Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat Bidang Pencapaian MDGs mengatakan "ada tiga tujuan yang tidak bisa kita capai pada 2015" (INFID dan ISAI, 2013). Rasio kematian ibu Indonesia, berdasarkan Data Survei Penduduk Antar Sensus yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik mencapai 305/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Masih sangat jauh dari target MDGs tahun 2015 yakni 102 / 100.000 kelahiran hidup.

Rendahnya kondisi kesehatan ibu dan bayi di Indonesia tercermin melalui data yang dihimpun oleh WHO, Worldbank, UNFPA dan UNPD mengenai jumlah kematian ibu dan bayi. Data yang dihimpun pada tahun 2015, tahun terakhir pelaksanaan Tujuan Pembangunan *Millenium*, menunjukkan bahwa komitmen Indonesia dalam meningkatkan kesehatan dengan menurunkan jumlah kematian ibu dan bayi masih rendah dibandingkan negara-negara di Asia lainnya.



Grafik I.1. Tren Kematian Ibu (Maternal) di Beberapa Negara ASEAN

(Sumber : WHO, <http://www.who.int/maternal>, 2016, diolah)

Berdasarkan Grafik I.1, dapat diketahui jika penurunan angka kematian ibu di Indonesia masih tertinggal dibandingkan Vietnam, Thailand, Filipina dan Malaysia. Kajian dari Perkumpulan Obsteri dan Ginekologi Indonesia (POGI) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian ibu yang dipresentasikan pada Kongres POGI pada tahun 2015 di Bandung, menunjukkan bahwa sebesar 72% kematian yang terjadi pada ibu dapat dicegah. Sejalan dengan kajian dari Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) pada tahun 2015, sebesar 70% kematian yang terjadi pada bayi juga dapat dicegah. Hal ini menunjukkan bahwa kematian ibu dan bayi dapat dicegah melalui peningkatan kualitas layanan kesehatan ibu dan bayi. Oleh karena itu, pemerintah Indonesia perlu melakukan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan agar dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi sesuai target MDGs.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia adalah bekerja sama dengan USAID untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi. Kerjasama tersebut melahirkan sebuah *pilot project* yang bernama program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* yang selanjutnya disingkat dengan EMAS. USAID memberikan dana hibah dan asistensi teknis untuk bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan RI yang berlangsung dalam kurun waktu 2012-2016. Program ini direncanakan akan menjadi *pilot project* bagi program kesehatan ibu dan bayi di Indonesia kedepannya. Sehingga setelah program ini selesai, daerah-daerah di Indonesia akan menerapkan pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang berkiblat pada program EMAS. Konsorsium dalam program ini terdiri dari JHPIEGO sebagai *lead firm*, *Save the Children*, *Research Triangle Institute*, Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan dan Muhammadiyah.

Tujuan umum dari program ini adalah menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% melalui peningkatan pelayanan kegawatdaruratan ibu dan bayi, peningkatan kualitas sistem rujukan dan peningkatan akuntabilitas melalui pemberdayaan masyarakat (emasindonesia.org). Program EMAS di Jawa Timur pertama kali diterapkan

di kabupaten Malang dan Kabupaten Sidoarjo. *Chief of Party* (COP) EMAS, Anne Hyer, menjelaskan bahwa :

“...dipilihnya Kabupaten Malang dan Kabupaten Sidoarjo dikarenakan keduanya memiliki angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang cukup tinggi, namun dinilai memiliki komitmen untuk menguranginya karena telah tersedia fasilitas yang cukup lengkap untuk pelayanan kesehatan ibu dan bayi di kedua kabupaten tersebut. Sehingga dengan sedikit bantuan, kedua kabupaten ini dianggap sudah siap membantu kabupaten lain di Jawa Timur jika ada penambahan daerah implementasi EMAS di wilayah Jawa Timur” (<https://ppidsidoarjo.wordpress.com/2012/11/28/sidoarjo-terpilih-sebagai-kabupaten-percon-tohan-program-emas-usaid/>).

Penetapan dua kabupaten tersebut di Jawa Timur sebagai “Kabupaten Percontohan” pelaksanaan Program EMAS kemudian ditetapkan dalam Keputusan Gubernur Jawa Timur No.188/298/KPTS /013/2012 tentang Penerima Bantuan Teknis Program EMAS USAID Tahun 2012-2016. Di dalam Keputusan Gubernur tersebut, Kabupaten Sidoarjo terpilih sebagai perintis *vanguard* (barisan depan) rujukan ibu hamil resiko tinggi dan bayi baru lahir bersama dengan Kabupaten Malang. Kabupaten Sidoarjo dipilih karena dinilai memiliki populasi terpadat keempat di Jawa Timur sebesar 2.083.924 jiwa, namun angka kematian ibu dalam jajaran tiga terendah. Meskipun demikian, yang menjadi dasar penilaian dipilihnya Kabupaten Sidoarjo untuk poyek percontohan program EMAS ini tidak hanya dari satu sisi tersebut, melainkan juga dari sisi yang lain. Kabupaten Sidoarjo dinilai memiliki komitmen dan usaha yang konsisten dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi yang disertai dengan peningkatan fasilitas kesehatan ibu dan bayi.

Tabel I.1 AKI dan AKB Kabupaten Sidoarjo Tahun 2011-2015

| Angka Kematian Ibu | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|
| Kabupaten/ Kota | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Persentase Perubahan |
| Kab. Sidoarjo | 78.19 | 96.27 | 67.06 | 80.02 | 72.09 | Turun 8,4% |
| Angka Kematian Bayi | | | | | | |
| Kabupaten/ Kota | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Persentase Perubahan |
| Kab. Sidoarjo | 23,88 | 24,27 | 23,36 | 22,78 | 22,19 | Turun 7,8% |

(Sumber : Dinas Kesehatan Prov.Jatim, 2015, diolah)

Berdasarkan tabel I.1, diketahui bahwa penurunan yang terjadi belum mencapai target yang ditetapkan yakni 25%. Penurunan yang terjadi hanya sekitar 7%. Hal ini membuktikan bahwa ada permasalahan dengan kinerja program EMAS di Kabupaten Sidoarjo dalam menurunkan AKI dan AKB sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk mengambil lokus penelitian di Kabupaten Sidoarjo dengan alasan ingin mengetahui sejauh mana capaian program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Hal ini dikarenakan, setelah program ini berakhir Kabupaten Sidoarjo tidak melanjutkan program EMAS menjadi kebijakan berkekuatan hukum dalam penanganan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir secara

mandiri. Sedangkan Kabupaten Malang sudah melanjutkan program EMAS di fasilitas kesehatan seluruh kabupaten dengan dana PAK secara mandiri (emasindonesia.org/assets/up/2016/12/06-EMAS-Malang.pdf).

Kontribusi dari program EMAS dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Sidoarjo masih kurang signifikan. Seharusnya ada evaluasi program terlebih dahulu untuk membenarkan kebijakan agar kedepannya lebih signifikan dan efektif dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Evaluasi program tersebut bertujuan untuk menilai sejauh mana capaian atau kinerja dari program EMAS. Kemudian mencari apa penyebab hasil yang kurang maksimal dalam mencapai tujuan utama program EMAS. Faktor-faktor yang akan ditemukan bisa berasal kesalahan implementasi, faktor eksternal seperti budaya misalnya budaya pernikahan dini maupun kesalahan dalam hal formulasi kebijakan itu sendiri. Selanjutnya akan ditarik kesimpulan dari hasil temuan. Hasil temuan nantinya bisa digunakan untuk memperbaiki kekurangan dalam program yang menyebabkan kurang optimalnya pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Sehingga kedepannya akan memberikan perbaikan kebijakan dan lebih meningkatkan efektivitas program penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Sidoarjo.

Kebijakan Publik

Menurut Parsons (2011:2), ide kebijakan publik mengandung anggapan bahwa ada suatu ruang atau domain dalam kehidupan yang bukan privat atau murni milik individual, tetapi milik bersama atau milik umum. Carl Friedrich memandang kebijakan sebagai suatu arah tindakan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang memberikan hambatan-hambatan dan peluang-peluang terhadap kebijakan yang diusulkan untuk menggunakan dan mengatasi dalam rangka mencapai suatu tujuan atau merealisasikan suatu sasaran dan suatu maksud tertentu (Winarno, 2012 : 17).

Charles O Jones dalam Agustino Leo (2008:8), secara singkat mengatakan bahwa kebijakan publik adalah tindakan pemerintah atas permasalahan publik, yang didalamnya terkandung komponen-komponen.

1. *Goals* atau sasaran-sasaran yang merupakan tujuan akhir yang ingin dicapai
2. *Plans/proposals* atau rencana-rencana atau proposal yang merupakan spesifikasi alat untuk mencapai tujuan tersebut
3. *Programs* atau program-program yang alat formal untuk mencapai tujuan
4. *Decisions* atau keputusan-keputusan yang merupakan spesifikasi tindakan-tindakan yang diambil untuk mencapai tujuan, mengembangkan rencana, melaksanakan dan mengevaluasi program

5. Efek atau dampak sebagai hasil terukur dari pelaksanaan program, baik yang diharapkan atau yang tidak diharapkan baik dampak utama ataupun dampak sampingan

Sama halnya dengan Edwards III dan Sharkansy yang mengartikan definisi kebijakan publik adalah apa yang dinyatakan dan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah (Islamy, 1997:18). Begitu pula Anderson, yang mengatakan kebijakan publik adalah kebijakan negara adalah kebijakan-kebijakan yang dikembangkan oleh badan dan pejabat-pejabat pemerintah (Islamy, 1997:19). Sedangkan Kebijakan publik menurut Nugroho (2012:126), adalah tatanan yang mengatur kehidupan bersama dalam negara ataupun antarnegara untuk memastikan bahwa kehidupan bersama membawa kebaikan bersama.

Berdasarkan penjabaran di atas dapat disimpulkan makna dari kebijakan publik adalah segala tindakan/ kegiatan/ program pemerintah yang dipilih untuk dilakukan maupun tidak dilakukan pemerintah yang memiliki maksud dan tujuan untuk menyelesaikan berbagai permasalahan dalam masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan dan secara jelas ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan yang serta bersifat memaksa. Masalah yang dihadapi pemerintah dalam hal ini kaitannya dengan program penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Evaluasi Kebijakan Publik

Dalam studi analisis kebijakan publik, salah satu cabang bidang kajiannya adalah evaluasi kebijakan. Evaluasi dalam arti yang lebih spesifik, evaluasi kebijakan berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan (Wahab, 2008:51). Muhadjir menjelaskan bahwa evaluasi kebijakan publik merupakan suatu proses untuk menilai seberapa jauh suatu kebijakan publik dapat “membuahkan hasil”, yaitu dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan tujuan dan/atau target kebijakan publik yang ditentukan. Kebijakan publik tidak hanya untuk melihat hasil (*outcomes*) atau dampak (*impacts*) tapi dapat juga untuk melihat bagaimana proses pelaksanaan suatu kebijakan dilaksanakan (Widodo, 2007:85).

Berbeda dengan Lester dan Stewart dalam Agustino (2008:185), yang berpendapat bahwa evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebagian kegagalan suatu kebijakan dan untuk mengetahui apakah kebijakan yang telah dirumuskan dan dilaksanakan dapat menghasilkan dampak yang diinginkan. Evaluasi kebijakan pada dasarnya harus bisa menjelaskan seberapa jauh kebijakan dan implementasinya telah dapat mendekati tujuan. Karena itu evaluasi dilakukan dalam rangka mengukur efek suatu program dalam mencapai tujuan yang ditetapkan. Yang terpenting, suatu evaluasi hendaknya mampu memberikan informasi kritis yang berguna sebagai

feedback dalam melakukan perubahan kebijakan ke depan bisa jadi suatu kebijakan dipertahankan, dikembangkan, atau dihentikan.

Dari berbagai definisi tentang evaluasi kebijakan dari para ahli, maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi kebijakan merupakan suatu cara untuk melihat dan memeriksa seberapa jauh suatu kebijakan publik dengan objektif, sistematis, dan empiris terhadap implementasi dan efek dari kebijakan publik terhadap targetnya dari segi tujuan yang ingin dicapai dengan membandingkan input, output dan outcome dari pelaksanaan kebijakan yang dilakukan.

Evaluasi Kinerja Kebijakan

Kinerja adalah gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan atau program dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi dan visi organisasi yang tertuang dalam perumusan skema strategis suatu organisasi (Bastian, 2002:274). Sedangkan menurut Kane dan Johnson dalam Riyanto (2006: 273), kinerja merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan atau program atau kebijakan organisasi dalam mewujudkan tujuan strategis yang ditetapkan organisasi, kepuasan pelanggan serta kontribusinya terhadap perkembangan ekonomi masyarakat. Dua pendapat tersebut didukung oleh pernyataan Gibson dalam Achmad (2009:25) yang menyatakan bahwa kinerja adalah tingkat keberhasilan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Batasan tersebut mengandung makna bahwa kinerja dinyatakan baik dan sukses jika tujuan yang dijanjikan dapat tercapai dengan baik.

Sedangkan menurut Nugroho (2012:497), evaluasi kinerja kebijakan dilakukan untuk menilai hasil yang dicapai oleh suatu kebijakan setelah kebijakan dilaksanakan. Hasil yang dicapai dapat diukur dalam ukuran jangka pendek atau *output*, dan jangka panjang atau *outcome*. Kinerja dengan demikian merujuk keluaran (*output*), hasil (*outcome*) atau pencapaian (*accomplishment*). Jika dikaitkan dengan kebijakan, kinerja suatu kebijakan dapat didefinisikan sebagai gambaran mengenai tingkat pencapaian implementasi dalam mewujudkan sasaran dan tujuan suatu kebijakan. Baik itu berupa keluaran kebijakan (*policy output*), maupun hasil kebijakan (*policy outcome*). Dalam menentukan tinggi-rendahnya kinerja implementasi suatu kebijakan maka penilaian terhadap kinerja (*performance measurement*) merupakan suatu yang penting.

Penilaian kinerja menjadi isu penting dalam kebijakan publik. Alasan pertama, karena kebijakan dibuat untuk suatu tujuan. Kebijakan dibuat tidak untuk kebijakan itu sendiri. Oleh karena itu kebijakan harus dinilai sejauh mana ia mencapai tujuan kebijakan yang diharapkan. Di sini kita memasuki alasan kedua, bahwa pengukuran kinerja menentukan ke mana kebijakan akan dibawa (Nugroho, 2012:744).

a. Dimensi Evaluasi Kinerja Kebijakan

Untuk dapat membuat justifikasi apakah suatu kebijakan gagal atau berhasil maka seorang peneliti perlu melakukan evaluasi terhadap kinerja kebijakan tersebut. Alat bantu yang dapat dipakai oleh seorang peneliti untuk dapat menilai baik atau buruknya kinerja implementasi suatu kebijakan disebut sebagai indikator.

Dalam kebijakan publik, indikator merupakan instrumen penting untuk mengevaluasi kinerja suatu kebijakan. Dengan adanya indikator maka peneliti dapat mengetahui keberhasilan atau kegagalan implementasi suatu kebijakan, program atau proyek. Worldbank dalam Purwanto dan Sulistyano (2015:102), mengemukakan fungsi indikator untuk mengetahui kinerja program dapat dilihat pada definisi berikut :

“Performance indicator are measure of project impact, outcomes, outputs and inputs that are monitored during project implementation to assess progress toward objectives. They are also used later to evaluate a project's success”

Sebagai alat ukur, indikator dapat bersifat kualitatif (naratif) maupun kuantitatif (angka). Angka atau deskripsi tersebut sangat berguna dalam menggambarkan tingkat pencapaian suatu sasaran atau tujuan kebijakan yang telah ditetapkan.

1. Indikator Keluaran Kebijakan

Dimensi utama untuk mengukur kinerja dibedakan menjadi dua, yaitu: dimensi *policy output* dan dimensi *policy outcome*. Dimensi *output* digunakan untuk mengetahui konsekuensi langsung yang dirasakan oleh kelompok sasaran sebagai akibat adanya realisasi kegiatan, aktivitas, pendistribusian hibah, subsidi dan lain-lain yang dilaksanakan dalam implementasi suatu kebijakan.

Berpedoman pada Ripley, Purwanto dan Sulistyani (2015: 106) menjelaskan bahwa berbagai indikator yang dapat digunakan untuk menilai kualitas hasil kebijakan adalah sebagai berikut:

a. Akses

Indikator akses digunakan untuk mengetahui bahwa program atau pelayanan yang diberikan mudah dijangkau oleh kelompok sasaran. Selain itu akses juga mengandung pengertian bahwa orang-orang bertanggung jawab untuk mengimplementasikan kebijakan atau program mudah dikontak oleh masyarakat yang menjadi kelompok sasaran kebijakan atau program tersebut apabila mereka membutuhkan informasi atau ingin menyampaikan pengaduan. Akses juga mengandung pengertian terjadinya kesamaan kesempatan bagi semua kelompok sasaran, apapun karakteristik individual atau kelompok yang melekat

pada dirinya, seperti: gender, etnisitas, agama, afiliasi politik. Dengan demikian, akses juga dapat berarti tidak terjadinya diskriminasi untuk terlibat dan menikmati manfaat kebijakan atau program karena karakteristik yang melekat pada individu atau kelompok.

b. Cakupan (*coverage*)

Indikator ini digunakan untuk menilai seberapa besar kelompok sasaran yang sudah dapat dijangkau (mendapatkan pelayanan, hibah, transfer dana dan sebagainya) oleh kebijakan publik yang diimplementasikan.

c. Frekuensi

Frekuensi merupakan indikator untuk mengukur seberapa sering kelompok sasaran dapat memperoleh layanan yang dijanjikan oleh suatu kebijakan atau program. Semakin tinggi frekuensi layanan maka akan semakin baik implementasi suatu kebijakan atau program tersebut.

d. Bias

Bias merupakan indikator yang digunakan untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan oleh implementer bias (menyimpang) kepada kelompok masyarakat yang bukan menjadi sasaran atau kelompok masyarakat yang tidak eligible untuk menikmati bantuan, hibah, atau pelayanan yang diberikan oleh pemerintah melalui suatu kebijakan atau program.

e. *Service delivery* (ketepatan layanan)

Indikator ini digunakan untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan dalam implementasi suatu program dilakukan tepat waktu atau tidak. Indikator sangat penting untuk menilai output suatu program yang memiliki sensitivitas terhadap waktu. Artinya keterlambatan dalam implementasi program akan membawa implikasi kegagalan mencapai program tersebut.

f. Akuntabilitas

Indikator ini digunakan untuk menilai apakah tindakan para implementer dalam menjalankan tugas mereka untuk menyampaikan keluaran kebijakan kepada kelompok sasaran dapat dipertanggungjawabkan atau tidak. Pertanyaan-pertanyaan penting yang perlu diajukan adalah menyangkut apakah kelompok sasaran dikurangi atau tidak. Jika ada pengurangan hak-hak kelompok sasaran apakah tindakan tersebut dapat dipertanggungjawabkan atau merupakan bentuk penyimpangan.

g. Kesesuaian program dengan kebutuhan

Indikator ini digunakan untuk mengukur apakah berbagai keluaran kebijakan atau program yang

diterima oleh kelompok sasaran memang sesuai dengan kebutuhan mereka atau tidak.

2. Indikator Hasil Kebijakan

Dimensi kedua adalah *policy outcome*, yaitu untuk menilai hasil implementasi suatu kebijakan. Berbagai perubahan yang muncul sebagai konsekuensi implementasi suatu kebijakan atau program tersebut perlu diukur untuk dapat diketahui sejauh mana kinerja implementasi kebijakan atau program. Menurut Purwanto dan Sulistyani (2015: 107), penilaian pada hasil (*outcome*) program meliputi tahap *initial outcome* (hasil langsung dari kebijakan), tahap *intermediate outcome* (hasil jangka menengah dari kebijakan), dan tahap *long-term outcome* (hasil jangka panjang dari kebijakan/ dampak).

Outcomes jangka pendek adalah pembelajaran (*learning*) meliputi: *Awareness* (kesadaran), *Knowledge* (pengetahuan), *Attitudes* (sikap), *Skill* (keterampilan), dan seterusnya. *Outcomes* jangka menengah adalah aksi (*action*) meliputi: *Behaviour* (perilaku), *Practice* (profesi/ praktek), *Decision Making* (pengambilan kebijakan), dan lain sebagainya. *Outcomes* jangka panjang adalah kondisi yang diharapkan (*conditions*) meliputi: Kondisi ekonomi, Kondisi sosial, Kondisi sipil, Kondisi kesehatan, dan lain sebagainya (University of Wisconsin, 2015).

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Kebijakan Publik

Menurut Meter dan Horn (dalam Agustino, 2012: 141-144), ada enam variabel yang mempengaruhi kinerja kebijakan publik, yaitu:

1. Ukuran dan tujuan kebijakan (*Standard objectives of policy*)

Ukuran dan tujuan kebijakan harus jelas agar kebijakan yang diimplementasikan dapat efektif dan tepat sasaran. Ukuran dan tujuan kebijakan wajib disesuaikan dengan kelompok sasaran agar implementasi dapat berhasil sesuai dengan rencana. Karena manakala ukuran dan tujuan kebijakan tidak sesuai dengan kelompok sasaran, maka akan sulit untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut.

2. Sumberdaya (*Supported Resources*)

Kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang ada merupakan kunci dari keberhasilan proses implementasi kebijakan. Sumberdaya disini terbagi menjadi tiga, yakni sumber daya manusia, sumberdaya finansial, dan sumberdaya waktu. Sumberdaya manusia merupakan komponen utama dan penentu dari kesuksesan proses implementasi (Agustino, 2012: 142). Sumberdaya finansial juga merupakan faktor penting yang menjadi penopang keberlangsungan program. Karena meskipun sumberdaya manusia yang berkualitas dan kompeten sudah terpenuhi tapi dana yang dikucurkan kurang memadai, maka akan terjadi

masalah dalam realisasi tujuan kebijakan. Selain kedua sumberdaya tersebut, terdapat sumberdaya lain yaitu sumberdaya waktu. Bila waktu yang diberikan kurang diperhitungkan secara tepat, maka pelaksanaan kebijakan kemungkinan akan menuai permasalahan. Dalam beberapa kebijakan, ada yang cenderung membutuhkan waktu relatif lama. Sehingga bila dipaksakan dengan waktu yang singkat, maka hasil yang diperoleh pun bisa tidak sesuai dengan keinginan.

3. Karakteristik agen pelaksana (*Characteristic of Implementing Agencies*)

Sebuah kebijakan akan dapat diimplementasikan secara maksimal apabila karakteristik dari kebijakan tersebut cocok dengan karakteristik organisasi implementor. Misalnya, implementasi kebijakan publik yang berusaha untuk merubah perilaku atau tnh laku manusia secara radikal, maka agen pelaksana proyek itu haruslah berkarakteristik keras dan ketat pada aturan dan sanksi hukum (Agustino, 2012: 143).

4. Sikap/kecenderungan (disposisi) para pelaksana (*The acceptance of implementers*)

Kecenderungan sikap pelaksana untuk menolak atau mendukung suatu kebijakan merupakan salah satu faktor penentu dari keberhasilan implemetansi sebuah kebijakan. Jika kecenderungan sikap pelaksana lebih mengarah pada penolakan, besar kemungkinan suatu kebijakan akan sulit diimplementasikan.

5. Komunikasi antarorganisasi dan aktivitas pelaksana (*Organizational Communications*)

Koordinasi yang baik antara masing-masing pelaksana juga dapat membuat implementasi berjalan dengan baik mengingat beberapa kebijakan tidak hanya bergantung pada satu pelaksana. Ibarat sebuah sistem, proses implementasi kebijakan akan berjalan dengan baik apabila masing-masing pelaksana dapat bekerja sama dengan baik pula. Bila ada salah satu implementor yang tidak dapat bekerja sama dengan baik, maka akan mengganggu jalannya proses implementasi yang kemudian berakibat pada pencapaian tujuan kebijakan.

6. Lingkungan ekonomi, sosial, dan politik (*Economic, Social and Political Conditions*)

Implementasi kebijakan dapat berjalan dengan baik apabila kondisi lingkungan eksternal seperti kondisi ekonomi, sosial, dan politik juga kondusif. Kondisi ekonomi, sosial, dan politik yang tidak kondusif bisa menjadi sebab sebuah kebijakan sulit atau bahkan gagal untuk implementasikan.

Program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS)

Program EMAS ini merupakan program kerjasama antara pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan dengan *United States Agency*

for International Development (USAID) selama lima tahun (2011-2016). USAID memberikan dana hibah dan asistensi teknis untuk bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan RI yang berlangsung dalam kurun waktu 2012-2016. Program ini direncanakan akan menjadi *pilot project* bagi program kesehatan ibu dan bayi di Indonesia kedepannya. Sehingga setelah program ini selesai, daerah-daerah di Indonesia akan menerapkan pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang berkiblat pada program EMAS. Implementasi program ini membentuk suatu konsorsium yang terdiri atas JHPIEGO, *Save the Children*, *Research Triangle Institute*, Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan dan Muhammadiyah.

Tujuan umum dari program ini adalah memiliki target menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% dengan daerah intervensi 30 kabupaten di 6 provinsi, yaitu Sumatera Utara, banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan.

Tujuan khusus program EMAS antara lain :

1. Meningkatkan kualitas Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).
 - a) Memastikan intervensi medis prioritas yang mempunyai dampak besar pada penurunan kematian diterapkan di Rumah Sakit dan Puskesmas.
 - b) Pendekatan tata kelola klinis (*clinical governance*) diterapkan di Rumah Sakit dan Puskesmas.
2. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi sistem rujukan antar Puskesmas/Balkesmas dan Rumah Sakit.
 - a) Penguatan sistem rujukan.
 - b) Meningkatkan peran serta masyarakat dalam menjamin akuntabilitas dan kualitas tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan dan pemerintah daerah.
 - c) Meningkatkan akses masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Intervensi program EMAS adalah melalui:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan neonatal minimal di 150 Rumah Sakit (PONEK) Pemerintah & Swasta dan 300 Puskesmas/Balkesmas (PONED) melalui penerapan tata kelola yang baik terkait kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir,
2. Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit,
3. Pemanfaatan teknologi informasi mutakhir (SMS, hotline, media sosial) untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan kegawatdaruratan kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
4. Program dirancang agar dapat memberi dampak nasional (tidak hanya sebatas area kerja).

Strategi program EMAS, yaitu :

- 1) Menangani penyebab utama kematian ibu (perdarahan, eklamsi dan infeksi) dan kematian neonatal (asfiksia, bayi berat lahir rendah/prematuritas dan sepsis).
- 2) Penerapan good governance-accountability untuk meningkatkan pengawasan dari masyarakat madani.
- 3) Membangun jejaring fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta.
- 4) Penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk memperbaiki rujukan.

Metode Penelitian

Pendekatan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Bogdan & Taylor, 2006 :85). Jenis penelitian dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Penelitian ini akan menjelaskan mengenai evaluasi kebijakan program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Alasan peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif adalah sifat masalah yang diteliti, karena begitu kompleks maka peneliti ingin memperoleh gambaran fenomena secara holistik dan dapat dijelaskan secara rinci untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dan beberapa rumah sakit serta puskesmas di Kabupaten Sidoarjo. Informan dalam penelitian ini ditentukan dengan teknik *purposive* dengan dilanjutkan menggunakan teknik *snowball*. Informan yang dipilih berasal dari empat kategori yaitu : Implementor, Kelompok Sasaran, Kelompok *Beneficiaries*, Stakeholders lain yang terlibat. Berdasarkan kategori tersebut, maka dipilih 20 informan yang dirasa dapat memberikan informasi secara representatif dalam penelitian ini.

Data dalam penelitian ini dikumpulkan melalui: Observasi, Wawancara mendalam (*in-depth interview*), dan Dokumentasi. Teknik pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber data yang dilakukan dengan cara membandingkan hasil data pengamatan dengan data hasil wawancara dan membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan. Miles and Huberman dalam Sugiyono (2013: 246) mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Aktivitas dalam analisis data, yaitu *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing/verification*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Evaluasi Kinerja Program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) di Kabupaten Sidoarjo

1) Policy Output

a. Akses

Indikator akses digunakan untuk mengetahui bahwa program atau pelayanan yang diberikan mudah dijangkau oleh kelompok sasaran. Selain itu akses juga mengandung pengertian orang-orang bertanggung jawab untuk mengimplementasikan kebijakan atau program mudah dikontak masyarakat yang menjadi kelompok sasaran kebijakan / program apabila mereka membutuhkan informasi / menyampaikan pengaduan.

Tenaga Kesehatan sebagai kelompok sasaran sudah mendapatkan akses yang bagus untuk mendapatkan pendampingan. Namun, hal tersebut hanya berlaku bagi fasilitas kesehatan *vanguard* saja, sedangkan untuk fasilitas kesehatan *non vanguard* tidak mendapatkan akses pendampingan. Sedangkan akses dari masyarakat sebagai kelompok *beneficiaries* terhadap pelayanan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir sudah baik. Hal ini dikarenakan rujukan pusat di Kabupaten Sidoarjo telah terinterasi dengan program EMAS dan termasuk salah satu fasilitas kesehatan *vanguard*. Kegiatan kedua adalah peningkatan sistem rujukan melalui SIJARIEMAS. Akses dari kelompok *beneficiaries* dan kelompok sasaran terhadap SIJARIEMAS sudah sangat mudah. Hal ini dibuktikan dengan penggunaan teknologi informasi dan komunikasi dalam rujukan. Rujukan menjadi lebih mudah karena hanya dengan menggunakan *sms gateway* yang aktif 24 jam.

Selanjutnya kegiatan ketiga adalah peningkatan akuntabilitas melalui pemberdayaan masyarakat. Masyarakat sudah membentuk Forum Masyarakat Madani (FMM) dan Motivator Kesehatan Ibu dan Anak (MKIA) dalam meningkatkan akuntabilitas pelayanan kegawatdaruratan sekaligus memonitor pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan. Akses kelompok *beneficiaries* terhadap FMM dan MKIA juga sangat mudah. Hal ini dikarenakan FMM dan MKIA berada di lingkungan sekitar kelompok *beneficiaries*.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa akses mudah didapatkan. Jika dibandingkan dengan kondisi sebelum, terdapat peningkatan akses. Dengan demikian, aspek akses yang diukur dari dimensi *policy output* sudah memadai.

b. Cakupan (*coverage*)

Indikator ini digunakan untuk menilai seberapa besar kelompok sasaran yang sudah dapat dijangkau oleh kebijakan publik yang diimplementasikan. Cakupan terhadap kelompok sasaran harus menyeluruh. Hal inilah yang menandakan suatu kebijakan dapat menjangkau kelompok sasaran yang lebih luas atau bahkan seluruhnya.

Tidak semua tenaga kesehatan masuk dalam cakupan program EMAS. Cakupan program EMAS hanya berlaku bagi fasilitas kesehatan *vanguard* saja, sedangkan untuk fasilitas kesehatan non *vanguard* tidak mendapatkan akses pendampingan. Begitu pula dengan cakupan kepada masyarakat sebagai kelompok *beneficiaries*, hanya masyarakat yang tinggal di sekitar wilayah *vanguard* saja yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir yang prima. Kegiatan kedua adalah peningkatan sistem rujukan melalui SIJARIEMAS. Cakupan dari kelompok *beneficiaries* dan kelompok sasaran terhadap SIJARIEMAS sudah menyeluruh ke seluruh Kabupaten Sidoarjo karena telah dibentuk jaringan kerjasama antar fasilitas kesehatan. Hal ini dibuktikan dengan penggunaan SIJARIEMAS yang dapat digunakan di fasilitas kesehatan bukan *vanguard*.

Selanjutnya kegiatan ketiga adalah peningkatan akuntabilitas melalui pemberdayaan masyarakat. Masyarakat sudah membentuk FMM dan MKIA dalam meningkatkan akuntabilitas pelayanan sekaligus memonitor pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan. Cakupan kelompok *beneficiaries* terhadap FMM dan MKIA hanya di wilayah *full support*. Sedangkan wilayah *not full support* hanya mendapatkan cakupan MKIA tidak mendapatkan cakupan FMM.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa cakupan masih kurang. Jika dibandingkan dengan kondisi sebelum memang terdapat perbedaan kegiatan, dari yang sebelumnya tidak ada menjadi ada. Namun cakupan program EMAS ini tidak merata, sehingga aspek akses yang diukur dari *policy output* masih kurang memadai.

c. Frekuensi

Frekuensi merupakan indikator untuk mengukur seberapa sering kelompok sasaran dapat memperoleh layanan yang dijanjikan oleh suatu kebijakan atau program. Semakin tinggi frekuensi layanan maka akan semakin baik implementasi suatu kebijakan atau program tersebut.

Frekuensi yang diperoleh oleh kelompok sasaran harus didapatkan dengan *intens*. Tenaga Kesehatan sebagai kelompok sasaran sudah mendapatkan frekuensi yang bagus untuk mendapatkan pendampingan yakni tiga bulan sekali. Namun, hal tersebut hanya berlaku bagi fasilitas kesehatan *vanguard* saja, sedangkan untuk fasilitas kesehatan non *vanguard* tidak mendapatkan pendampingan. Sedangkan frekuensi layanan yang didapat masyarakat sebagai kelompok *beneficiaries* semakin tinggi. Hal ini dikarenakan adanya pemeriksaan yang harus dilakukan setiap hari Rabu. Selain itu frekuensi pelayanan dari FMM dan MKIA terhadap masyarakat sudah sangat mudah. Hal ini dibuktikan dengan pengecekan intens oleh MKIA ketika ada Ibu Hamil di wilayahnya.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa frekuensi sudah memadai. Jika dibandingkan dengan kondisi sebelum memang ada perubahan. Namun untuk frekuensi pelayanan sudah cukup bagi penanganan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir. Dengan demikian, aspek frekuensi yang diukur dari dimensi *policy output* sudah memadai.

d. Bias

Bias merupakan indikator yang digunakan untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan oleh implementer bias (menyimpang) kepada kelompok masyarakat yang bukan menjadi sasaran atau kelompok masyarakat yang tidak eligible untuk menikmati bantuan, hibah, atau pelayanan yang diberikan oleh pemerintah melalui suatu kebijakan atau program.

Bias dari pelayanan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir, sistem jejaring rujukan maupun FMM dan MKIA dari segi pemberdayaan masyarakat di Kabupaten Sidoarjo tidak terlihat. Hal ini dikarenakan sasaran yang akan dilayani atau dipantau dalam hal ini sudah sangat jelas, yakni Ibu Hamil dan Bayi Baru Lahir, jadi tidak mungkin pelayanan yang khusus diberikan kepada Ibu Hamil dan Bayi Baru Lahir menyimpang ke kelompok masyarakat yang lain.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa bias dari kegiatan-kegiatan tersebut adalah tidak ada. Dengan demikian, aspek bias program yang diukur dari dimensi *policy output* tidak ada. Sehingga dapat digeneralisir bahwa aspek bias sudah tercapai, karena tidak ada bias yang terjadi.

e. Service delivery (ketepatan layanan)

Indikator ini digunakan untuk menilai apakah pelayanan yang diberikan dalam implementasi suatu program dilakukan tepat waktu atau tidak. Indikator sangat penting untuk menilai output suatu program yang memiliki sensitivitas terhadap waktu. Artinya keterlambatan dalam implementasi program akan membawa implikasi kegagalan mencapai program tersebut. Ketepatan layanan kegawatdaruratan dan sistem jejaring rujukan Ibu dan Bayi baru lahir sudah sangat tepat waktu. Hal ini dikarenakan terjadi peningkatan waktu penanganan kegawatdaruratan setelah adanya SIJARIEMAS Sedangkan untuk ketepatan layanan dari FMM dan MKIA sudah sangat tepat waktu.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa ketepatan layanan sudah sangat tepat. Jika dibandingkan dengan kondisi sebelum, memang terjadi perubahan yang sangat besar. Hal ini dikarenakan masyarakat juga ikut berpartisipasi dalam upaya penurunan AKI dan AKB. Sehingga ketepatan layanan menjadi lebih meningkat. Dengan demikian, aspek ketepatan layanan program yang diukur dari dimensi *policy output* sudah sangat memadai.

f. Akuntabilitas

Indikator ini digunakan untuk menilai apakah tindakan para implementer dalam menjalankan tugas mereka untuk menyampaikan keluaran kebijakan kepada kelompok sasaran dapat dipertanggungjawabkan atau tidak. Jika ada pengurangan hak-hak kelompok sasaran apakah tindakan tersebut dapat dipertanggungjawabkan atau merupakan bentuk penyimpangan.

Dari sisi akuntabilitas pelayanan, sistem jaringan rujukan dan FMM serta MKIA dalam penanganan Ibu dan Bayi Baru lahir di Kabupaten Sidoarjo sudah baik. Hal ini dikarenakan selalu ada monitoring dan kontrol dari Tim EMAS ketika mendapatkan intervensi EMAS. Hal ini dikarenakan telah terjadi pembagian tanggungjawab dalam penanganan kegawatdaruratan setelah adanya intervensi emas. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa akuntabilitas yang ada di Kabupaten Sidoarjo dinilai bertumbuh tapi tidak merata.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa akuntabilitas sudah akuntabel. Jika dibandingkan dengan kondisi sebelum memang terjadi perubahan akuntabilitas. Hal ini dikarenakan adanya monitoring dan kontrol dari Tim EMAS. Selain itu, penguatan maklumat pelayanan dan pembagian tanggung jawab dan peran dalam drill emergendy membuat akuntabilitas semakin meningkat. Dengan demikian, aspek akuntabilitas program yang diukur dari dimensi *policy output* sudah sangat memadai.

g. Kesesuaian program dengan kebutuhan

Indikator ini digunakan untuk mengukur apakah berbagai keluaran kebijakan atau program yang diterima oleh kelompok sasaran memang sesuai dengan kebutuhan mereka atau tidak.

Program EMAS sudah sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran di Kabupaten Sidoarjo terkait peningkatan kemampuan dari tenaga kesehatan yang akan berdampak pada peningkatan pelayanan kegawatdaruratan dan sistem jejaring rujukan Ibu dan Bayi Baru Lahir sesuai dengan harapan masyarakat. Program ini sudah sesuai dengan kebutuhan penanganan kegawatdaruratan dan peningkatan sistem jejaring rujukan yakni mengoptimalkan pedoman yang sudah ada dari kementerian, karena pedoman yang ada cenderung tidak digubris. Program EMAS sudah sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran di Kabupaten Sidoarjo terkait peningkatan kemampuan dari tenaga kesehatan yang akan berdampak pada peningkatan akuntabilitas melalui peran serta masyarakat sesuai dengan harapan masyarakat.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa kesesuaian program dengan kebutuhan masyarakat sudah sangat sesuai. Hal ini dikarenakan kesadaran masyarakat setelah program

EMAS disosialisasikan yakni masyarakat menjadi paham pentingnya resiko ibu hamil dan penanganan kegawatdaruratan sejak dini. Sehingga mereka merasa bahwa program ini adalah program yang sangat mereka butuhkan. Dengan demikian, aspek kesesuaian program dengan kebutuhan masyarakat dari dimensi *policy output* sudah sangat sesuai.

2) Policy Outcome

Dimensi kedua adalah *policy outcome*, yaitu untuk menilai hasil implementasi suatu kebijakan. Berbagai perubahan yang muncul sebagai konsekuensi implementasi suatu kebijakan atau program tersebut perlu diukur untuk dapat diketahui sejauh mana kinerja implementasi kebijakan atau program.

Menurut Ripley dalam Purwanto dan Sulistyani (2015: 107), penilaian pada hasil (*outcome*) program meliputi tahap *initial outcome*, *intermediate outcome* dan *long-term outcome*.

a. Outcomes jangka pendek

Awareness (kesadaran) : Kesadaran yang diterima dari kelompok sasaran setelah mendapatkan intervensi Program EMAS adalah peningkatan kesadaran akan pentingnya penanganan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir demi mencegah kematian.

Knowledge (pengetahuan) : Pengetahuan yang didapatkan oleh tenaga kesehatan juga meningkat, hal ini dikarenakan ada aktivitas *sharing experience*.

Skill (keterampilan) : Keterampilan merupakan hal utama yang akan didapatkan oleh tenaga kesehatan dengan adanya kegiatan peningkatan pelayanan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir tersebut. Hal ini dikarenakan ada aktivitas *drill emergency* yang bertujuan meningkatkan *skill* sehingga petugas medis menjadi terampil 24 jam.

b. Outcomes jangka menengah

Behaviour (perilaku) : Hasil dari kebijakan jangka menengah yakni adanya perubahan perilaku tenaga kesehatan yang mau menjadi mentor bagi fasilitas kesehatan lainnya. Perilaku masyarakat juga berubah menjadi lebih cepat tanggap dalam melaporkan kematian Ibu di daerahnya dan perkembangan Ibu Hamil di daerahnya .

Decision Making (pengambilan kebijakan) : Hasil dari kebijakan program EMAS menghasilkan pengambilan kebijakan atau keputusan mengenai tindak lanjut program pilot project ini yang ditetapkan dalam Peraturan resmi yang legal secara hukum

c. Outcomes jangka panjang

Outcomes jangka panjang adalah kondisi yang diharapkan (*conditions*) yaitu : Outcome jangka panjang yang ingin dicapai dari program EMAS adalah

penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Sidoarjo. Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi sudah tercapai meskipun belum signifikan dan optimal.

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo

a. Ukuran dan tujuan kebijakan

Ukuran dan tujuan kebijakan harus jelas agar kebijakan yang diimplementasikan dapat efektif dan tepat sasaran. Tujuan dari kebijakan ini sudah dirumuskan jelas dan sejak dari dulu sudah menjadi pedoman dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Ukuran dan tujuan kebijakan sudah dirumuskan secara jelas dan memiliki pengaruh yang tidak terlalu besar. Meskipun ukuran dan tujuan kebijakan adalah hal krusial, karena harus dirumuskan secara jelas. Namun, dalam pelaksanaan EMAS hal tersebut tidak berpengaruh terlalu besar. Hal ini dikarenakan, ukuran dan tujuan kebijakan sudah dirumuskan oleh Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan RI.

b. Sumberdaya

Kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang ada merupakan kunci dari keberhasilan proses implementasi kebijakan. Sumberdaya disini terbagi menjadi tiga, yakni sumber daya manusia, sumberdaya finansial, dan sumberdaya waktu.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa untuk mengetahui kecukupan jumlah (kuantitas) staf, terlebih dahulu akan dibahas mengenai susunan aktor-aktor pelaksana dari program EMAS. Dari wawancara dan observasi yang dilakukan oleh peneliti, dalam pelaksanaan Program EMAS dibentuk kelompok-kelompok kerja (pokja) sesuai dengan bidang masing-masing. Pokja menurut buku EMAS merupakan forum koordinasi lintas sektor untuk mengoptimalkan peran masing-masing pihak yang terkait dengan pelayanan kesehatan ibu dan bayi dalam ikut menurunkan kesakitan dan kematian maternal dan bayi baru lahir di suatu wilayah (provinsi/kabupaten/kota). Pokja terdiri dari 15 orang yang terbagi dalam 5 bidang berbeda. Pokja EMAS ditunjuk oleh bupati dan disahkan melalui SK Bupati. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo secara umum di danai oleh lembaga donor USAID dan APBD kabupaten Sidoarjo melalui anggaran yang diajukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

Berdasarkan hasil temuan dapat disimpulkan, sumberdaya merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program EMAS. Sumber daya manusia yang dimiliki Kabupaten Sidoarjo sudah sangat memadai. Sehingga tidak memiliki permasalahan. Pada saat pelaksanaan EMAS masih berafiliasi dengan lembaga donor USAID, pemerintah Kabupaten Sidoarjo tidak memiliki

permasalahan dana. Namun setelah afiliasinya terputus, Sidoarjo belum bisa melanjutkan program karena terkendala dana. Sedangkan untuk sumberdaya waktu yang dibutuhkan memang dalam jangka waktu lama untuk dapat melihat perubahan-perubahan yang terjadi

c. Karakteristik agen pelaksana

Sebuah kebijakan akan dapat diimplementasikan secara maksimal apabila karakteristik dari kebijakan tersebut cocok dengan karakteristik organisasi implementor (Agustino, 2012: 143). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa para pelaksana program EMAS berkarakteristik dan berkemauan kuat untuk membantu menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir. Sehingga dalam penelitian dapat disimpulkan bahwa, karakteristik agen pelaksana sudah sangat bagus. Karakteristik agen pelaksana juga berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Namun dukungan dari pihak berwenang di atasnya masih kurang. Seharusnya ada reward bagi tenaga kesehatan yang berkomitmen dalam menyelamatkan Ibu dan Bayi Baru Lahir di Kabupaten Sidoarjo.

d. Sikap/kecenderungan (disposisi) para pelaksana

Kecenderungan sikap pelaksana untuk menolak atau mendukung suatu kebijakan merupakan salah satu faktor penentu dari keberhasilan implementasi sebuah kebijakan. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sikap atau kecenderungan para pelaksana adalah mendukung terhadap kebijakan ini. Sikap/kecenderungan para pelaksana sangat berpengaruh dalam keberhasilan implementasi program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Sikap/kecenderungan dari pelaksana (tenaga kesehatan) program EMAS sudah sangat mendukung bahkan berkomitmen penuh. Namun dari pihak berwenang di atasnya yakni Dinas Kesehatan kurang memberikan dukungan. Hal ini kemudian menjadi salah satu distorsi dalam pelaksanaan program EMAS. Dimana antara Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo komunikasi yang terjalin kurang berjalan dengan baik.

e. Komunikasi antarorganisasi dan aktivitas pelaksana

Koordinasi yang baik antara masing-masing pelaksana juga dapat membuat implementasi berjalan dengan baik mengingat beberapa kebijakan tidak hanya bergantung pada satu pelaksana. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa komunikasi antar pelaku kebijakan kurang baik karena terjadi sedikit konflik. Komunikasi antar organisasi dan aktivitas pelaksana adalah hal yang sangat berpengaruh. Di Kabupaten Sidoarjo ditemukan distorsi komunikasi antar pelaksana teknis dengan pelaksana kebijakan. Dimana antara Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo komunikasi yang terjalin kurang berjalan dengan baik. Selain itu, pihak Dinas Kesehatan dalam hal ini juga mengalami

hubungan yang kurang baik dengan tenaga kesehatan tingkat bawah. Hal ini dikarenakan komitmen dari tenaga kesehatan tingkat bawah tidak diberikan dukungan. Seharusnya pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan memberikan dukungan bagi kader kesehatan maupun tenaga kesehatan yang berkomitmen dalam penyelamatan Ibu dan Bayi Baru Lahir atau setidaknya tidak memberikan *punishment* bagi mereka.

f. Lingkungan ekonomi, sosial, dan politik

Implementasi kebijakan dapat berjalan dengan baik apabila kondisi lingkungan eksternal seperti kondisi ekonomi, sosial, dan politik juga kondusif. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa lingkungan di Kabupaten Sidoarjo sangat mendukung adanya program EMAS, hal ini dikarenakan masyarakat juga mau ikut andil dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Lingkungan ekonomi, sosial dan politik cukup berpengaruh dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik cukup mendukung keberhasilan program EMAS. Hal ini dikarenakan ada dukungan dari masyarakat dan tenaga kesehatan tingkat bawah. Namun dukungan dari pihak SKPD terkait masih kurang. Selain itu komunikasi antara pelaksana kebijakan kurang terjalin harmonis, sehingga banyak distorsi internal yang menghambat kinerja program EMAS.

KESIMPULAN

1. Kinerja program EMAS sudah berhasil dalam mencapai tujuan. Program EMAS mampu berkontribusi terhadap penurunan AKI dan AKB yang diharapkan oleh program MDG's. Dari segi *policy output* dan *policy outcome* tujuan yang ditetapkan telah tercapai meski ada satu aspek yang belum memenuhi kriteria. Aspek dari *policy output* yang sudah memadai antara lain :

a. Akses

Akses yang didapatkan kelompok sasaran dan kelompok *beneficiaries* sangat mudah. Hal ini dikarenakan rujukan pusat di Kabupaten Sidoarjo telah terinterasi dengan program EMAS dan termasuk salah satu fasilitas kesehatan *vanguard*. Selain itu, akses terhadap rujukan menjadi lebih mudah karena hanya dengan menggunakan *sms gateway* serta pemantauan rujukan yang aktif 24 jam. Akses terhadap FMM dan MKIA juga sangat mudah, karena FMM dan MKIA berada di lingkungan sekitar kelompok *beneficiaries*.

b. Frekuensi

Frekuensi yang diperoleh oleh kelompok sudah memadai. Tenaga Kesehatan sebagai kelompok sasaran sudah mendapatkan frekuensi pendampingan yang bagus yakni tiga bulan sekali. Sedangkan frekuensi layanan yang didapat kelompok *beneficiaries* semakin

tinggi, karena ada pemeriksaan rutin ibu hamil setiap hari Rabu. Selain itu frekuensi pelayanan dari FMM dan MKIA sudah sangat mudah. Hal ini dibuktikan dengan pengecekan intens MKIA ketika ada Ibu Hamil di wilayahnya.

c. Bias

Bias dari pelayanan, sistem jejaring rujukan maupun FMM dan MKIA tidak terlihat. Hal ini dikarenakan sasaran yang akan dilayani dalam hal ini sudah sangat jelas, yakni Ibu Hamil dan Bayi Baru Lahir. Jadi tidak mungkin pelayanan khusus Ibu Hamil dan Bayi Baru Lahir menyimpang ke kelompok masyarakat yang lain.

d. *Service delivery* (ketepatan layanan)

Ketepatan layanan kegawatdaruratan dan sistem jejaring rujukan Ibu dan Bayi baru lahir sudah sangat tepat waktu. Hal ini dikarenakan terjadi peningkatan waktu penanganan kegawatdaruratan setelah adanya SIJARIEMAS Sedangkan untuk ketepatan layanan dari FMM dan MKIA sudah sangat tepat waktu.

e. Akuntabilitas

Akuntabilitas pelayanan kegawatdaruratan, sistem jaringan rujukan dan FMM serta MKIA di Kabupaten Sidoarjo sudah baik. Hal ini dikarenakan selalu ada *monitoring* dan kontrol dari Tim EMAS ketika mendapatkan intervensi EMAS. Ada pembagian tanggungjawab dalam penanganan kegawatdaruratan setelah adanya intervensi EMAS.

f. Kesesuaian program dengan kebutuhan

Program EMAS sudah sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran dan harapan masyarakat di Kabupaten Sidoarjo. Program ini sudah sesuai dengan kebutuhan penanganan kegawatdaruratan dan peningkatan sistem jejaring rujukan dengan mengoptimalkan sesuai pedoman yang sudah ada dari kementerian.

Sedangkan aspek *policy output* yang belum memadai adalah :

a. Cakupan (*coverage*)

Cakupan program EMAS masih kurang. Hal ini dikarenakan cakupannya hanya berlaku bagi fasilitas kesehatan *vanguard* saja, sedangkan untuk fasilitas kesehatan non *vanguard* tidak mendapatkan akses pendampingan. Meski begitu, cakupan terhadap SIJARIEMAS sudah menyeluruh ke seluruh Kabupaten Sidoarjo karena telah dibentuk jaringan kerjasama antar fasilitas kesehatan. Sedangkan, cakupan kelompok *beneficiaries* terhadap FMM dan MKIA hanya di wilayah *full support*. Sedangkan wilayah *not full support* hanya mendapatkan cakupan MKIA.

Aspek *policy outcome* sudah tercapai, diantaranya :

a. *Outcomes* jangka pendek adalah pembelajaran (*learning*) yaitu:

Pertama, kesadaran yang diterima dari kelompok sasaran adalah peningkatan kesadaran akan pentingnya penanganan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir demi mencegah kematian. Kedua, pengetahuan yang didapatkan oleh tenaga kesehatan juga meningkat, karena ada aktivitas *sharing experience*. Ketiga, Keterampilan tenaga kesehatan juga meningkat karena adanya aktivitas *drill emergency* yang meningkatkan *skill* sehingga petugas medis menjadi terampil 24 jam.

b. *Outcomes* jangka menengah adalah aksi (*action*) yaitu:

Pertama, adanya perubahan perilaku tenaga kesehatan yang menjadi mentor bagi fasilitas kesehatan lainnya. Masyarakat juga menjadi lebih tanggap dalam melaporkan kematian Ibu dan perkembangan Ibu Hamil di daerahnya. Kedua, kebijakan atau keputusan mengenai tindak lanjut program *pilot project* ini yang ditetapkan dalam Peraturan resmi yang legal.

c. *Outcomes* jangka panjang adalah kondisi yang diharapkan (*conditions*) yaitu :

Outcome jangka panjang dari program EMAS adalah penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Sidoarjo. Penurunan sudah tercapai meskipun belum signifikan dan optimal.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kinerja Kebijakan antara lain:

1. Ukuran dan tujuan kebijakan

Ukuran dan tujuan kebijakan sudah dirumuskan secara jelas dan memiliki pengaruh yang tidak terlalu besar. Ukuran dan tujuan kebijakan sudah dirumuskan oleh Pemerintah Pusat melalui Kementerian Kesehatan RI..

2. Sumberdaya

Sumberdaya merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program EMAS. Sumber daya manusia Kabupaten Sidoarjo sudah sangat memadai. Pada saat pelaksanaan EMAS masih berafiliasi dengan lembaga donor USAID, pemerintah Kabupaten Sidoarjo tidak memiliki permasalahan dana. Namun setelah afiliasinya terputus, Sidoarjo belum bisa melanjutkan program karena terkendala dana. Sedangkan sumberdaya waktu yang dibutuhkan memang dalam jangka waktu lama untuk dapat melihat perubahan-perubahan yang terjadi.

3. Karakteristik agen pelaksana

Karakteristik agen pelaksana berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan program EMAS di

Kabupaten Sidoarjo. Namun dukungan dari pihak berwenang di atasnya masih kurang.

4. Sikap/kecenderungan (disposisi) para pelaksana

Sikap/ kecenderungan para pelaksana sangat berpengaruh dalam keberhasilan program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Sikap/ kecenderungan dari pelaksana (tenaga kesehatan) sudah sangat mendukung bahkan berkomitmen penuh. Namun dari pihak berwenang di atasnya kurang memberikan dukungan.

5. Komunikasi antarorganisasi dan aktivitas pelaksana.

Komunikasi antar organisasi dan aktivitas pelaksana adalah hal yang sangat berpengaruh. Di Kabupaten Sidoarjo ditemukan distorsi komunikasi antar pelaksana teknis dengan pelaksana kebijakan. Dimana antara Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo komunikasi yang terjalin kurang berjalan dengan baik.

6. Lingkungan ekonomi, sosial, dan politik

Lingkungan ekonomi, sosial dan politik cukup berpengaruh dalam pelaksanaan program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik cukup mendukung keberhasilan program EMAS.

Saran

1. Pemerintah Kabupaten Sidoarjo agar lebih memperhatikan permasalahan kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir. Penetapan regulasi pendukung penanganan kegawatdaruratan Ibu dan BBL, seperti regulasi sumber dana, harus segera dilakukan agar mekanisme penanganan lebih baik dan responsif.
2. Pemerintah Kabupaten Sidoarjo tidak hanya membebaskan penurunan kematian ibu dan bayi menjadi tugas sektoral Dinas Kesehatan saja, melainkan juga menjangkau keterlibatan masyarakat dalam upaya penurunan AKI dan AKB.
3. Pemerintah Kabupaten Sidoarjo harus segera mencari solusi atas distorsi kewenangan dan komunikasi yang terjadi antara Dinas Kesehatan dan RSUD Kabupaten Sidoarjo.
4. Dinas Kesehatan sebagai penanggungjawab pelaksana penanganan kegawatdaruratan Ibu dan Bayi seharusnya menjadi *lead firm* dengan memberikan dukungan penuh.
5. Dinas kesehatan diharapkan membenahi fasilitas kesehatannya, terutama pada sarana dan prasarannya agar dapat menunjang keberlangsungan pelaksanaan Program EMAS. Sehingga penurunan AKI dan AKB dapat dicapai.
6. Dinas kesehatan dan RSUD Sidoarjo sebaiknya memperbaiki komunikasi yang terjalin. Hal ini ditujukan agar pelayanan kesehatan di Kabupaten Sidoarjo dapat berjalan maksimal.

Rekomendasi Kebijakan

1. Melanjutkan Program EMAS dengan menggunakan sumber dana secara mandiri.
Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo tidak memiliki keberlanjutan setelah USAID berhenti menyuntikkan dana pada tahun 2016. Kabupaten Sidoarjo bisa mempersiapkan dana untuk penurunan AKI dan AKB secara mandiri menggunakan APBD, dana CSR, maupun dari dana desa. Selain itu program ini dapat meningkatkan partisipasi dari masyarakat dalam menurunkan AKI dan AKB dengan adanya FMM dan MKIA.
2. Penambahan cakupan layanan program hingga ke 25 Puskesmas dan 26 Rumah Sakit di Kabupaten Sidoarjo serta membentuk FMM di seluruh kecamatan di Kabupaten Sidoarjo.
Cakupan pelayanan masih kurang berhasil karena tidak mampu menjangkau keseluruhan kelompok *beneficiaries*. Agar kebijakan lebih tinggi capaian keberhasilannya, cakupan harus diperluas hingga ke seluruh daerah di Kabupaten Sidoarjo.

Daftar Pustaka

- Agustino, Leo, 2008, *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*, Bandung : Alfabeta
- Bastian, Indra, 2006, *Sistem Perencanaan dan Penganggaran Pemerintahan Daerah di Indonesia*, Salemba Empat, Jakarta
- Bogdan, Robert dan Steven J. Taylor., 1992, *Pengantar Metode Penelitian Kualitatif*, Surabaya: Usaha Nasional
- emasindonesia.org
- emasindonesia.org/assets/up/2016/12/06-EMAS-Malang.pdf
- <http://www.who.int/maternal>
- INFID ISAI, 2013, <http://infid.org/pdfdo/1393225294.pdf> diakses tanggal 17 Mei 2017
- Islamy, Irfan, 1997, *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*, Jakarta: PT Bumi Aksara
- Keputusan Gubernur Jawa Timur No.188/298/KPTS /013/2012 tentang *Penerima Bantuan Teknis Program EMAS USAID Tahun 2012-2016*
- Nugroho, Riant, 2012, *Public Policy*, Jakarta : Elek Media Komputindo
- Parsons, Wayne, 2011, *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*, Jakarta : Kencana Prenada Media Group
- Purwanto, Irwan Agus dan Dyah Ratih Sulistyastuti cetakan kedua, 2015, *Implementasi Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*, Yogyakarta : Gava Media
- Sugiyono, 2014, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan RD cetakan ke 21*, Bandung : Penerbit Alfabeta
- University of Wisconsin, 2015, *Extension, Cooperative Extension, Program Development and Evaluatio*, fyi.uwex.edu/programdevelopment/ diakses tanggal 16 April 2017
- Wahab, Solichin Abdul, 2008, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Malang : UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang
- Wibawa, Samodra, Yuyun Purbokusumo & Agus Pramusinto, 1994, *Evaluasi Kebijakan Publik*, Jakarta: Rajagrafindo
- Widodo, Joko, 2007, *Analisa Kebijakan Publik*, Malang: Bayu Media Publishing
- Winarno, Budi, 2012, *Kebijakan Publik Teori dan Proses dan Studi Kasus*, Yogyakarta: CAPS