

Studi Deskriptif tentang Implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Rizalaty Laily¹

Mahasiswa Program Studi Ilmu Administrasi Negara, FISIP, Universitas Airlangga

Abstract

Maternal Mortality Rate and Neonatal Mortality Rate Neonatal Mortality Rate and Maternal Mortality Rate is a health issue that is still constrain development in developing countries. The government has a variety of ways, one of them by encouraging Program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) which is a program of cooperation between the Government of Indonesia with USAID. This study aims to describe the implementation of the Program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) in the Sidoarjo District Health Office. The results showed that the implementation of the GOLD program has been going pretty well. The program has been communicated to the executor by clear and consistent. The bureaucratic structure shows the SOP effective and efficient and that fragmentation can be suppressed. Disposition showed good acceptance of the executor. The existing resources (financial, facilities, and authority) have been sufficient. However, the quantity of human resources is still insufficient. Even so, the existing human resources have had sufficient quality to run this program.

Keywords : *Implementation, Emergency Service, Referral System, Public Service Accountability*

Pendahuluan

Kesehatan merupakan kebutuhan paling mendasar bagi setiap manusia. Setiap individu berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur dan menyediakan pelayanan kesehatan yang memadai bagi seluruh lapisan masyarakat sebagaimana yang telah disebutkan dalam UUD RI Tahun 1945 Pasal 28H Ayat (1). Hak setiap individu atas kesehatan telah diakui tidak hanya dalam UUD, tapi juga dalam beberapa UU lain seperti UU RI No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, UU RI No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup Pasal 65 Ayat (1), UU RI No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Setiap negara mengakui bahwa kesehatan merupakan modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan. Menurut Hardiyansyah (2011), tingkat kesehatan masyarakat akan sangat berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat, karena tingkat kesehatan erat kaitannya dengan kemiskinan. Sementara tingkat kemiskinan akan terkait dengan tingkat kesejahteraan (Hardiyansyah, 2011:20). Dengan kata lain, salah satu indikator untuk menilai tingkat kesejahteraan masyarakat di suatu negara adalah dengan melihat derajat kesehatan masyarakat di negara tersebut. Sehingga sudah menjadi suatu keharusan bagi pemerintah di seluruh negara untuk terus meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya.

Salah satu langkah yang ditempuh oleh negara untuk membangun dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat adalah dengan turut berpartisipasi sebagai

negara yang mendeklarasikan tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2000, dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Millenium di New York, bersama-dengan 189 negara lain.

Sebagai negara yang telah ikut berkomitmen dalam pencapaian tujuan MDGs tersebut, Indonesia memiliki kewajiban untuk melaksanakan upaya-upaya pencapaian target dan memonitor perkembangan kemajuan pencapaiannya. Ada 8 tujuan yang hendak dicapai oleh MDGs ini yaitu:

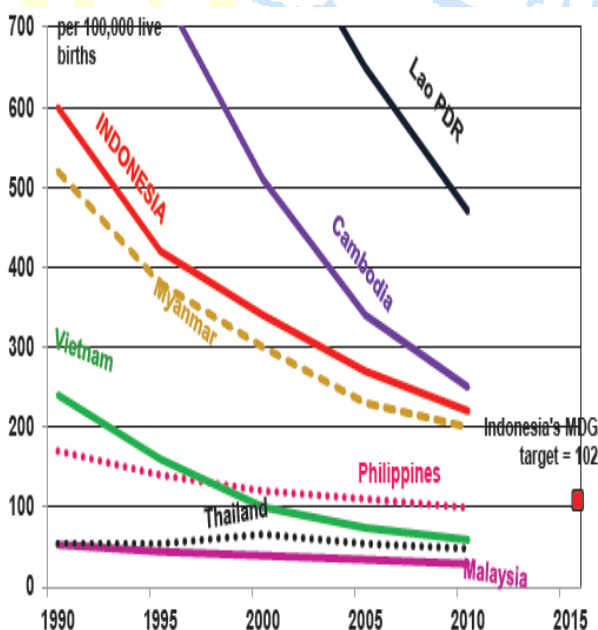
1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan;
2. Mencapai pendidikan dasar untuk semua;
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan;
4. Menurunkan angka kematian anak;
5. Meningkatkan kesehatan ibu;
6. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya;
7. Memastikan kelestarian lingkungan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

Peningkatan kesehatan ibu dan penurunan angka kematian anak merupakan hal yang penting untuk dicermati dalam kaitannya dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat di setiap negara karena angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu tolak ukur untuk menilai sejauh mana ketercapaian kesejahteraan rakyat sebagai

hasil dari pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan (Pramono, 2012:39)

Berdasarkan data WHO, sebanyak 5,9 juta anak dibawah usia 5 tahun meninggal dunia pada tahun 2015. Lebih dari setengahnya meninggal karena kasus-kasus yang sebenarnya dapat dicegah. Anak-anak yang paling beresiko meninggal adalah pada masa pertama kehidupannya yaitu di usia 0-28 hari pasca kelahiran (*newborn/neonatal*). Sedangkan untuk kematian ibu, WHO menyebutkan bahwa sekitar 830 wanita meninggal setiap harinya di karenakan kasus-kasus yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan melahirkan. Sebanyak 99% kematian ibu terjadi di negara-negara berkembang.

Di Indonesia sendiri, kondisi terkait kematian ibu dan kematian bayi belum bisa dikatakan baik. Berdasarkan ringkasan kajian Unicef Indonesia mengenai kesehatan ibu dan anak yang dirilis pada oktober 2012, setiap tiga menit, di manapun di Indonesia, satu anak balita meninggal dunia. Setiap jam, satu perempuan meninggal dunia ketika melahirkan atau karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan. Hal ini sangat mendesak untuk diselesaikan mengingat peningkatan kesehatan ibu di Indonesia berjalan lambat dalam beberapa tahun terakhir. Rasio kematian ibu, yang diperkirakan sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup, tetap tinggi di atas 200 selama 1 dekade terakhir, meskipun telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu. Hal ini bertentangan dengan negara-negara berkembang di sekitar Indonesia yang menunjukkan peningkatan lebih besar pada MDGS kelima seperti Malaysia, Thailand, Filipina, dan Vietnam (lihat gambar 1).



Gambar 1. Tren kematian ibu di beberapa negara ASEAN (Sumber: data UNICEF Indonesia, 2012)

Sebagian besar kematian anak di Indonesia saat ini terjadi pada masa baru lahir (*neonatal*), bulan pertama kehidupan. Berdasarkan data UNICEF Indonesia tahun 2012, kemungkinan anak meninggal pada usia yang berbeda adalah 19 per seribu selama masa neonatal, 15 per seribu dari usia 2 hingga 11 bulan dan 10 per seribu dari usia satu sampai lima tahun. (UNICEF INA, 2012:1)

Seperti di negara-negara berkembang lainnya, kematian anak di Indonesia karena infeksi dan penyakit anak-anak lainnya telah mengalami penurunan, seiring dengan peningkatan pendidikan ibu, kebersihan rumah tangga dan lingkungan, pendapatan dan akses ke pelayanan kesehatan (UNICEF INA, 2012:1). Kematian bayi baru lahir kini merupakan hambatan utama dalam menurunkan kematian anak lebih lanjut.

Kenyataan ini menggugah banyak pihak baik pihak internal (Pemerintah Indonesia) maupun pihak eksternal seperti organisasi-organisasi luar negeri untuk turun tangan memberikan kontribusi. Kedua pihak ini kemudian saling bekerja sama melakukan berbagai upaya untuk mengurangi angka kematian bayi dan angka kematian ibu secara signifikan. Beberapa program yang berupaya meningkatkan kesehatan ibu dan bayi di luncurkan, salah satunya adalah program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* yang selanjutnya disingkat dengan EMAS. Program EMAS ini merupakan program kerja sama antara pemerintah Indonesia dengan USAID selama lima tahun (2012-2016) yang memiliki target mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir sebesar 25% di Indonesia.

Beberapa daerah dipilih di Indonesia untuk menjadi *pilot project* dari program EMAS ini seperti Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Jawa Timur merupakan provinsi yang memiliki problem AKI dan AKB yang cukup tinggi. Menurut data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2014, Provinsi Jawa Timur masuk dalam 10 besar daerah dengan AKI dan AKB tertinggi di Indonesia.

Berdasarkan target MDGs (AKI menurun 5,5% per tahun, ≤ 23 pada tahun 2015), angka kematian ibu di Jawa Timur sudah melampaui target, dimana AKI Jatim tahun 2013 adalah 97,39/100.000 kelahiran hidup, dan tahun 2014 93,52/100.000 kelahiran hidup. Namun bila dilihat jumlah absolut kematian ibu di Jawa Timur pada tahun 2012 masih tinggi yakni terdapat 449 kasus ibu meninggal. Angka ini kemudian meningkat pada tahun 2013. Tercatat sebanyak 474 kasus kematian ibu pada tahun 2013 (www.unair.ac.id/filer/KERANGKAACUAN.doc diakses pada 10 oktober 2015 11:00).

Program EMAS di Jawa Timur pertama kali diterapkan di kabupaten Malang dan kabupaten Sidoarjo. Dipilihnya kedua kabupaten ini menurut *Chief of Party* (COP) EMAS, Anne Hyer, dikarenakan

keduanya memiliki angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang tinggi, namun dinilai memiliki komitmen yang tinggi untuk menguranginya. Hal ini dibuktikan dengan telah tersedianya fasilitas yang cukup lengkap untuk pelayanan kesehatan ibu dan bayi di kedua kabupaten tersebut (<http://dinkes.malangkab.go.id/berita-399.html>) diakses pada 27 Agustus 2015 pukul 11:15)

Pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo awalnya mendapat tanggapan yang positif dari berbagai pihak dan berjalan dengan cukup lancar. Namun pada tahun 2013 muncul wacana bahwa status daerah percontohan kabupaten Sidoarjo untuk program EMAS ini terancam dicabut (dprd-sidoarjo.kab.go.id/status-percontohan-terancam-dicabut.html) diakses pada 21 september 2014 11:03). Hal ini dilatar belakangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Sidoarjo masih berada di bawah angka nasional. Menurut Didiek Hadiprabowo selaku Provincial Team Leader EMAS, pelayanan kesehatan di Sidoarjo memang mengalami peningkatan, namun belum mencapai standar minimal yang ditetapkan, yakni 80 persen. Masih banyak kekurangan yang harus dibenahi oleh pemerintah Sidoarjo terutama terkait dengan sumber daya manusia. Perlu penambahan tenaga medis disana sini. Di banyak puskesmas di Sidoarjo masih kekurangan tenaga bidan dan sopir ambulans. Selain itu, Sidoarjo juga kekurangan sarana dan prasarana seperti kamar perawatan dan ruang bersalin. Kondisi ini semakin diperburuk dengan sikap masyarakat yang lebih memilih berobat ke RSUD Sidoarjo karena dinilai lebih lengkap. Hal ini membuat kondisi rumah sakit sesak.

Pemerintah Kabupaten Sidoarjo dituntut untuk membenahi keadaan ini bila masih ingin dijadikan daerah percontohan. Jika tidak, status daerah percontohan untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir akan di cabut, dan USAID akan mencari daerah lain yang bisa menjadi percontohan menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) masih tinggi pasca penerapan program EMAS. Padahal target EMAS adalah mengurangi AKI dan AKB sebesar 25% di tahun 2016 mendatang. Program ini sudah berjalan selama hampir 4 tahun dan akan memasuki tahun terakhirnya di tahun 2016 namun angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Kabupaten Sidoarjo masih saja berada di level mengkhawatirkan. Untuk memberi gambaran yang lebih jelas mengenai kondisi AKI dan AKB di Kabupaten Sidoarjo, berikut disajikan tabel mengenai angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Sidoarjo tahun 2010-2014.

Tabel 1. AKI dan AKB di Kabupaten Sidoarjo 2010-2014

Hal	2010	2011	2012	2013	2014
-----	------	------	------	------	------

AKI	22	22	29	26	28
AKB	264	253	313	316	240

Data: dinas kesehatan Kab Sidoarjo (diolah)

Dilihat dari tabel tersebut, angka kematian ibu di Kabupaten Sidoarjo dari tahun 2010 hingga 2014 selalu berada diatas 20 dan cenderung mengalami peningkatan. Jumlah angka kematian bayi bahkan lebih banyak lagi. Jumlahnya selalu berada di angka ratusan per tahunnya meskipun telah terjadi penurunan di tahun 2014. Bila dihitung berdasarkan per 100 ribu kelahiran hidup maka AKI dan AKB di Kabupaten Sidoarjo sudah berada di bawah target MDGs. Namun bila dilihat dari angka absolut tergolong tinggi, karena jumlah lahir hidup, jumlah persalinan, dan jumlah penduduk di Kabupaten Sidoarjo sangat tinggi.

Persoalan yang terjadi ini memerlukan perhatian dari berbagai pihak yang ingin turut berkontribusi dalam memperbaiki kondisi saat ini. Berdasarkan keadaan tersebut maka peneliti ingin mengkaji lebih mendalam tentang implementasi program EMAS di Kabupaten Sidoarjo.

Penelitian terdahulu yang melatarbelakangi penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Nofriana Dewi Mutomima pada tahun 2014 yang berjudul "Implementasi Program Peningkatan Kelangsungan Hidup Ibu dan Bayi Sebagai Upaya untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan (Studi tentang Program Expanding Maternal and Neonatal Survival di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)". Menurut hasil penelitian tersebut, program EMAS di Kabupaten Sidoarjo telah berjalan baik apabila dilihat berdasarkan output, akan tetapi jika dilihat berdasarkan outcome hasil dari program ini belum terlihat secara signifikan. Faktor pendukung dalam penerapan program EMAS antara lain: Sumber Daya Manusia (SDM), serta pengadaan fasilitas dan alat-alat kesehatan, sedangkan faktor penghambatnya antara lain: komitmen dari pemerintah daerah, penolakan dari rumah sakit swasta, serta pembagian SDM yang tidak merata.

Penelitian ini bertujuan menjawab permasalahan penelitian yang diajukan yaitu mendeskripsikan bagaimana implementasi Program EMAS di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi perkembangan ilmu Administrasi Negara khususnya dalam kajian kebijakan publik dan menjadi sumber masukan bagi para pelaksana Program EMAS terutama kepada instansi terkait.

Kebijakan Publik

Kebijakan Publik menurut Robert Eyestone (1971) didefinisikan sebagai hubungan antara unit pemerintah dengan lingkungannya. (dalam Agustino, 2012: 6). Heinz Eulau dan Kenneth Prewitt

mengungkapkan bahwa kebijakan publik adalah keputusan tetap yang dicirikan dengan konsistensi dan pengulangan (repetisi) tingkah laku dari mereka yang membuat dan dari mereka yang mematuhi keputusan tersebut. (dalam Agustino, 2012: 6). Richard Rose mendefinisikan kebijakan public sebagai sebuah rangkaian panjang dari banyak-atau-sedikit kegiatan yang saling berhubungan dan memiliki konsekuensi bagi yang berkepentingan sebagai keputusan yang berlainan. (dalam Agustino, 2012: 7). Carl Frederick (1969) menyatakan bahwa kebijakan adalah serangkaian tindakan/ kegiatan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kemungkinan-kemungkinan (kesempatan-kesempatan) dimana kebijakan tersebut diusulkan agar berguna dalam mengatasinya untuk mencapai tujuan yang dimaksud. (dalam Agustino, 2012: 7)

James Anderson (1984) mendefinisikan kebijakan public sebagai serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud/ tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. (dalam Agustino, 2012: 7). Dye memberikan pendapatnya mengenai definisi dari kebijakan publik. Menurutnya, kebijakan publik adalah *whatever government choose to do or not to do*. Maksudnya adalah setiap pilihan yang diambil pemerintah, baik itu memberikan aksi dengan menangani maupun dengan membiarkan, itu adalah kebijakan publik.

Implementasi Kebijakan

Edward mengartikan implementasi sebagai tahapan dalam proses kebijakan yang berada diantara tahapan penyusunan kebijakan dan hasil atau konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan oleh kebijakan itu (*output, outcome*) (Triana, 2011: 186-187).

Pendekatan yang digunakan oleh Edwards dalam mengkaji implementasi kebijakan sering dikenal sebagai *implementing problem approach* (pendekatan masalah implementasi. menurutnya, terdapat 4 variabel kritis yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi yang didasarkan pada dua pertanyaan dalam pendekatannya yaitu “prakondisi apa yang harus ada agar implementasi berhasil?” dan “apa yang menjadi kendala pokok bagi suksesnya suatu implementasi?” (dalam Winarno, 2012: 177).

Terdapat empat variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan menurut Edwards yaitu:

1. Komunikasi;
2. Sumberdaya;
3. Kecenderungan pelaksana;
4. Struktur birokrasi;

Keempat variabel ini saling berhubungan dan saling mempengaruhi satu sama lain dalam menentukan keberhasilan maupun kegagalan implementasi.

Teori yang menjadi acuan dalam penelitian ini adalah teori dari George Edward III. Teori ini dipilih karena fokus dalam penelitian ini lebih tertuju pada instansi pelaksana Program EMAS yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo beserta jajarannya sehingga lebih menekankan pada unsur-unsur pokok dalam sebuah organisasi terutama aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Sedangkan model yang paling detail membahas mengenai keempat aspek ini adalah model milik George Edward III. Hal yang mendasari mengapa fokus penelitian tertuju pada instansi pelaksana adalah karena fokus Program EMAS sendiri lebih kepada perbaikan kualitas dalam diri pelaksana sendiri.

Komunikasi terdiri dari transmisi, kejelasan dan konsistensi perintah dan arahan kebijakan. Dimensi transmisi menghendaki agar kebijakan di komunikasikan terlebih dahulu kepada seluruh pelaksana terkait. Dimensi kejelasan menghendaki perintah dan arahan kebijakan dikomunikasikan dengan jelas agar tidak terjadi kesalahan penafsiran diantara para pelaksana. Sedangkan konsistensi menghendaki setiap perintah dan arahan kebijakan harus konsisten agar tidak menimbulkan kebingungan diantara para pelaksana (Winarno, 2012:178).

Variabel sumber daya mensyaratkan dalam implementasi sebuah kebijakan haruslah terlebih dahulu memiliki sumber daya yang memadai baik sumber daya fasilitas, kewenangan, finansial, dan staff. Khusus untuk sumber daya staff/manusia, selain jumlahnya harus mencukupi, kualitas SDM juga harus mencukupi (Winarno, 2012:191).

Variabel disposisi menghendaki bahwa keberhasilan implementasi sebuah kebijakan juga dipengaruhi oleh adanya respon positif berupa ‘sikap baik’ yang ditunjukkan oleh para pelaksana yang memperbesar kemungkinan suatu kebijakan ditaati dan dilaksanakan dengan sepenuh hati (Winarno, 2012: 197).

Variabel struktur birokrasi menghendaki bahwa agar kebijakan dapat diimplementasikan dengan baik maka harus memiliki *standart operating prosedures* (SOP) yang efisien, tidak berbelit-belit sehingga para pelaksana dapat dengan mudah melaksanakannya. Selain itu, dalam pelaksanaan sebuah kebijakan sebaiknya fragmentasi dapat ditekan sehingga kebijakan dapat berjalan secara efektif (Winarno, 2012: 205).

Program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS)

Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) adalah program kerja sama antara

Kementerian Kesehatan dengan USAID, dibawah koordinasi Kementerian Koordinasi Bidang Kesejahteraan Rakyat yang berlangsung dalam kurun waktu 2012-2016. Dalam implementasinya dibentuk suatu konsorsium yang terdiri atas *John Hopkins Program for Education in Gynecology and Obstetric (JHPIEGO)*, *Save the Children*, *Research Triangle Institute*, Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan, dan Muhammadiyah.

Tujuan umum dari program ini adalah untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal sebesar 25% dengan daerah intervensi 30 kabupaten di 6 provinsi, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan.

Intervensi dengan program EMAS dilakukan melalui pendekatan:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan neonatal minimal di 150 Rumah Sakit pemerintah dan swasta dan 300 puskesmas/balikesmas baik yang telah berstatus Pelayanan Obstetri Neonatus Emergency Dasar (PONED) maupun non PONED;
2. Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit;
3. Program dirancang agar dapat memberi dampak nasional (tidak hanya sebatas area kerja).

Strategi Program EMAS adalah sebagai berikut:

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.

Di daerah intervensi EMAS, dibentuk *Vanguard Network* untuk sistem rujukan antara 1 RSUD, 2-3 rumah sakit swasta, dan 5-10 puskesmas. Dalam sistem ini, dipilih rumah sakit dan puskesmas yang sudah cukup kuat agar berjejaring dan dapat membimbing jaringan kabupaten yang lain dengan melibatkan rumah sakit/rumah bersalin swasta untuk memperkuat jejaring sistem rujukan di daerah. Untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit. Dengan pembentukan *Vanguard Network*, maka daerah sekitar wilayah intervensi pun akan mendapat kemudahan dalam sistem rujukan.

Pada tahun pertamanya, tahun 2012, program EMAS sudah mengintervensi 10 kabupaten yaitu kabupaten Deli Serdang, kabupaten Asahan, kabupaten

Serang, kabupaten Bandung, kabupaten Cirebon, kabupaten Tegal, kabupaten Banyumas, kabupaten Malang, kabupaten Sidoarjo, dan kabupaten Pinrang.

Pada tahun 2013 program ini dikembangkan ke kabupaten Labuhan Batu, kabupaten Langkat, kota Semarang, kabupaten Brebes, kabupaten Cilacap, kabupaten Bogor, kota Bogor, kota Bandung, kabupaten Karawang, kabupaten Blitar, kota Blitar, kabupaten Jombang, kabupaten Pasuruan, kota Pasuruan, kabupaten Bulukumba, kabupaten Gowa, kota Pare-Pare, dan kota Makassar.

Implementasi Program EMAS di kabupaten sidoarjo didasarkan pada Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/298/KPTS/013/2012 tentang Penerima Bantuan Teknis Program *Expanded Maternal and Neonatal Survival* USAID tahun 2012-2016. Di dalam Kepgub tersebut, Kabupaten Sidoarjo terpilih sebagai perintis vanguard (barisan depan) rujukan ibu hamil resiko tinggi dan bayi baru lahir bersama dengan Kabupaten Malang.

Di Kabupaten Sidoarjo, pelaksana utama dari program ini adalah Dinas Kesehatan. Dalam implementasi program EMAS ini, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo telah menunjuk tiga rumah sakit dan delapan puskesmas di Kabupaten Sidoarjo. Tiga rumah sakit tersebut adalah RSUD Sidoarjo, RS Siti Khodijah Sepanjang, dan RSU Anwar Medika Balong Bendo yang sudah berstatus PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif). Puskesmas yang ditunjuk melaksanakan EMAS adalah puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) yaitu Puskesmas Waru, Taman, Tarik, Krian dan beberapa puskesmas non PONED yaitu Puskesmas Sedati, Sukodono, Balongbendo, Wonoayu.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Lokasi penelitian ini meliputi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo beserta fasilitas kesehatan yang di bawahnya. Adapun pertimbangan peneliti memilih lokasi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kabupaten Sidoarjo merupakan salah satu dari dua kabupaten yang terpilih untuk menjadi daerah yang pertama kali menjalankan program EMAS di Provinsi Jawa Timur bersama dengan Kabupaten Malang;
2. Berdasarkan penelitian terdahulu, pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo mengalami beberapa kendala seperti penolakan dari rumah sakit swasta, komitmen pemerintah daerah, dan pembagian sumber daya manusia yang tidak merata. Kondisi ini sangat berbeda dengan kondisi pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Malang yang telah memiliki banyak prestasi.

3. Munculnya wacana yang dikeluarkan oleh DPRD Kabupaten Sidoarjo mengenai ancaman pencabutan status percontohan Kabupaten Sidoarjo oleh tim EMAS Nasional (pusat)
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo merupakan pihak yang paling mengetahui informasi mengenai Program EMAS ini.

Data yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah informasi dari informan atau narasumber mengenai implementasi program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) meliputi variabel-variabel yang telah ditentukan dalam teori model implementasi yang digunakan yaitu mengenai pelaksanaan komunikasi, sumber-sumber yang digunakan untuk menjalankan program, gambaran tentang kondisi kecenderungan pelaksana (disposisi) dan gambaran mengenai struktur birokrasi yang digunakan dalam implementasi Program EMAS. Selain itu, data sekunder yang dibutuhkan berupa dokumen-dokumen perjanjian program EMAS, SOP program EMAS, data statistik mengenai angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Kabupaten Sidoarjo selama program EMAS berlangsung, dan laporan rutin program EMAS pertahun.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah dengan metode wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Teknik penentuan informan dilakukan dengan mencari *key informan*, lalu dilanjutkan dengan teknik purposive sesuai dengan arahan dari informan kunci. Informan dalam penelitian ini berjumlah 4 orang dengan rincian sebagai berikut:

1. dr. Idong Djuanda : merupakan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dan merupakan informan kunci (*key informan*) dalam penelitian ini.
2. Bapak Singgih Pribadi : merupakan koordinator (*district team leader*) tim EMAS Kabupaten Sidoarjo.
3. Ibu Listiana : merupakan bidan koordinator EMAS untuk Puskesmas Sukodono.
4. Ibu Kuriati : merupakan bidan koordinator EMAS untuk Puskesmas Tarik.

Teknik pengolahan dan pemeriksaan keabsahan data dilakukan dengan teknik triangulasi. Teknik analisis data dilakukan dengan mereduksi data kemudian menyajikan data, dan melakukan penarikan kesimpulan.

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/298/KPTS/013/2012 tentang Penerima Bantuan Teknis Program *Expanded Maternal and Neonatal Survival* USAID Tahun 2012-2016, Kabupaten Sidoarjo menjadi salah satu Kabupaten yang terpilih sebagai pelaksana Program EMAS di Provinsi Jawa Timur. SKPD yang berwenang melaksanakan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo

adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, yang selanjutnya menentukan fasilitas kesehatan manakah yang layak menjadi Vanguard. Bidang yang menangani EMAS di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo adalah bidang pelayanan kesehatan utamanya di sub bidang kesehatan keluarga.

Pada dasarnya, vanguard EMAS ditentukan berdasarkan beberapa kriteria yakni berdasarkan jumlah AKI dan AKB terbanyak, kepadatan penduduk, serta kemampuan puskesmas. Ada indikator lain yang digunakan untuk menentukan vanguard EMAS yakni dibagi berdasarkan kategori wilayah di Kabupaten Sidoarjo yakni vanguard wilayah Urban (perkotaan atau dekat perkotaan), dan vanguard wilayah Rural (pedesaan atau agak jauh dari perkotaan).

Program EMAS pada dasarnya merupakan program penyelamatan ibu dan bayi melalui 3 kegiatan yang menjadi pilar utama dalam Program EMAS yaitu peningkatan kualitas pelayanan emergency maternal dan neonatal, peningkatan efisiensi dan efektivitas sistem rujukan, dan peningkatan akuntabilitas pelayanan.

a. Komunikasi

Dari segi komunikasi, berdasarkan data yang berhasil dihimpun peneliti diketahui bahwa telah dilakukan sosialisasi kepada berbagai pihak yang terlibat dalam pelaksanaan Program EMAS seperti Bupati, DPRD, BAPPEDA, organisasi profesi, rumah sakit, dan puskesmas. Sosialisasi dilakukan bertahap, pada tahun-tahun pertama pelaksanaan, pertemuan yang diadakan oleh Dinkes sangat intens. Frekuensinya berangsur-angsur menurun setelah program berjalan selama 2 tahun. Hal ini dapat dipahami mengingat pada tahun-tahun awal pelaksanaan, para pelaksana masih menyesuaikan diri dengan program, kesalahan-kesalahan pelaksanaan masih banyak terjadi dan pelaksana terkadang masih memiliki banyak pertanyaan untuk di sampaikan kepada pihak terkait. Sehingga hal ini mendorong komunikasi yang lebih intens, selain untuk memberikan informasi-informasi baru juga sebagai wadah untuk konsultasi, saling bertukar pendapat dan berbagi pengalaman.

Lebih lanjut, sosialisasi juga telah dilakukan pada masing-masing kegiatan dalam Program EMAS. Pada kegiatan peningkatan kualitas pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal, vanguard diajak melakukan kunjungan ke Rumah Sakit Budi Kemulyaan yang telah memiliki penanganan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal yang baik, dibuktikan dengan jumlah kasus kematian karena pre eklamsi 0. Setelah melakukan kunjungan, dilakukan pendampingan rutin sebanyak 4 kali setahun atau setiap 3 bulan sekali. Pendampingan dilakukan untuk memastikan kemampuan para vanguard dan memantau perkembangan

pelaksanaan EMAS, selain itu pendampingan juga menjadi sarana komunikasi antara pihak vanguard dengan EMAS dan Dinas Kesehatan. Dari pendampingan nantinya tim EMAS akan memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan terkait perkembangan Program EMAS dan kebutuhan vanguard.

Pada kegiatan perbaikan sistem rujukan, SIJARIEMAS telah disosialisasikan kepada para pelaksana dalam pertemuan tingkat provinsi bersama Kabupaten Malang. Pertemuan ini membahas mengenai cara kerja SIJARIEMAS dan menjangkau masukan untuk menyempurnakan sistem ini.

Sosialisasi juga diberikan kepada masyarakat terkait FMM yang merupakan wujud dari kegiatan peningkatan akuntabilitas pelayanan. Dinas Kesehatan mengadakan pertemuan di setiap kecamatan dengan mengundang tokoh-tokoh dan kelompok-kelompok masyarakat untuk membicarakan mengenai pembentukan FMM di kecamatan mereka. Komunikasi antara Dinkes dengan FMM terus berjalan untuk memberikan informasi terkait kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Dari aspek kejelasan, informasi yang diberikan kepada para pelaksana terkait pelaksanaan kebijakan telah disampaikan dengan cukup jelas. Hal ini dibuktikan pelaksana dengan mudahnya para pelaksana memahami petunjuk dan arahan di masing-masing kegiatan. Prosedur dalam dashboard klinis pada umumnya merupakan prosedur-prosedur yang telah dikenal oleh para pelaksana, hanya saja di tata kembali sedemikian rupa hingga menjadi standar yang baik. Alur SIJARIEMAS juga di tata sedemikian rupa sehingga para pelaksana dapat dengan mudah memahaminya. Informasi yang diberikan kepada FMM juga telah disampaikan secara jelas oleh Dinas Kesehatan sebagai sumber informasi.

Dari aspek konsistensi, diketahui bahwa Program EMAS telah menggunakan kurikulum yang pas dan sesuai dengan standar kementerian kesehatan dalam SOP nya sehingga belum pernah terjadi perubahan terhadap SOP EMAS. Bahkan berdasarkan informasi yang di dapat peneliti, SOP EMAS ini rencananya akan di adopsi oleh Kementerian Kesehatan untuk dicanangkan secara nasional.

Konsistensi juga diakui oleh para pelaksana terkait alur SIJARIEMAS. Belum pernah terjadi perubahan terhadap alur SIJARIEMAS, semua tetap sama seperti pertama kali di sosialisasikan. Informasi yang diberikan kepada masyarakat juga telah konsisten. Belum pernah ada ralat terhadap informasi yang karena informasi yang diberikan kepada masyarakat adalah informasi yang valid,

sesuai dengan ilmu pengetahuan yang ada. Informasi telah disusun sedemikian rupa agar masyarakat dapat mengerti dengan mudah.

b. Sumber Daya

Dari segi sumber daya, kuantitas sumber daya staff dalam tataran medis khususnya instansi informan dapat dikatakan kurang memadai. Belum ada bidan yang bertugas secara khusus untuk ruangan gawat darurat maternal dan neonatal. Hal ini menyebabkan bidan memiliki tugas ganda, yaitu melayani di puskesmas (poli KIA dan poli KB), bertugas sebagai bidan desa, serta menangani kasus kegawat daruratan maternal neonatal.

Berdasarkan informasi yang di dapatkan peneliti dari beberapa informan yang ditemui di beberapa puskesmas diketahui bahwa untuk bidan koordinator yang menjadi mentor EMAS, tugasnya bertambah satu lagi yaitu menjadi pengajar EMAS bagi daerah lain sehingga kebanyakan mentor harus mewakilkan tugasnya sebagai bidan di puskesmas untuk berkeliling mengajar daerah lain.

Informasi mengenai kurangnya tenaga bidan ini dikuatkan juga dengan data yang dirilis oleh BPS Kabupaten Sidoarjo mengenai jumlah bidan dari tahun 2011-2014 yang menunjukkan penurunan jumlah bidan dari tahun ke tahun sebagai berikut:

Tabel 4. Jumlah Bidan Tahun 2011-2014

Jenis Tenaga Kesehatan	Tahun			
	2011	2012	2013	2014
Bidan	848	765	679	681

Sumber: BPS Kab. Sidoarjo

Kurangnya jumlah tenaga kesehatan ini dapat menjadi penghambat pencapaian tujuan kebijakan apabila di biarkan berlarut-larut. Beban tugas yang beragam dapat menyebabkan pelaksana menjadi tidak fokus melaksanakan tugasnya. Hal ini tidak sesuai dengan teori Edward mengenai kuantitas pelaksana yang harus memadai untuk melakukan tugas-tugas yang ada dalam program.

Berbeda dengan jumlah pelaksana dalam tataran medis, pelaksana yang berasal dari masyarakat jumlahnya dapat dikatakan telah mencukupi. Hal ini dikarenakan setiap kecamatan di Kabupaten Sidoarjo telah memiliki Forum Masyarakat Madani. Sehingga informasi mengenai kegawat daruratan maternal neonatal dapat diterima oleh seluruh masyarakat meskipun puskesmas pelaksana EMAS hanya ada di beberapa kecamatan tertentu. Dari segi kualitas staffnya, dapat diketahui bahwa puskesmas

vanguard EMAS merupakan puskesmas pilihan yang dipilih berdasarkan kriteria tertentu, diantaranya adalah puskesmas yang telah berstatus PONED atau puskesmas yang berstatus Non PONED namun dinilai memiliki kemampuan melaksanakan Program EMAS. Sehingga status ini sedikit banyak dapat memberikan gambaran mengenai kualitas para pelaksana Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo.

Bila dilihat dari jumlah pelatihan, pengarahan dan pembinaan yang diterima oleh para pelaksana, dapat diketahui bahwa masing-masing kegiatan dalam EMAS telah mendapatkan pelatihan, pengarahan, dan pembinaan yang cukup. Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan gawat darurat maternal neonatal, pelatihan telah diberikan kepada pelaksana terkait cara melakukan skill assessment melalui drill emergency. Khusus untuk pelaksana yang menjadi mentor bagi daerah lain terdapat pelatihan tambahan. Dalam upaya perbaikan sistem rujukan para pelaksana juga telah diberikan pengarahan cara kerja dan format sms dalam SIJARIEMAS. MKIA juga telah diberi pengarahan mengenai maksud penempatan bola-bola berwarna di rumah warga yang sedang hamil.

Dari segi sumber daya finansial, diketahui bahwa sumber dana dalam Program EMAS didapatkan dari bantuan USAID dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Untuk melakukan rutinitas kegiatan EMAS sebagian besar di dapatkan dari dana Dinas Kesehatan. Sedangkan dana bantuan dari USAID digunakan untuk pelaksanaan kegiatan tim EMAS yang bertugas untuk memantau perkembangan pelaksanaan EMAS setiap 3 bulan sekali. Bantuan USAID yang diberikan kepada vanguard selama ini berupa peralatan penunjang. Meskipun begitu, pemberian peralatan ini sebenarnya tidak ada dalam workplan EMAS. Pemberian peralatan ini dilakukan dengan tujuan agar para pelaksana lebih semangat untuk menjalankan tugasnya.

Pembiayaan oleh dinas kesehatan meliputi seluruh kegiatan EMAS, termasuk untuk kebutuhan teknis vanguard, pemeliharaan alat-alat IT SIJARIEMAS, dan pemenuhan kebutuhan masyarakat yang tergabung dalam MKIA. Selain itu, berdasarkan beberapa informasi yang diberikan oleh beberapa informan diketahui bahwa pembiayaan pelaksanaan Program EMAS juga di dapatkan dari CSR pihak swasta. Salah satu pihak yang pernah memberikan CSR adalah La Tulip.

Dari segi sumber daya kewenangan, diketahui bahwa dalam Program EMAS ini terdapat regulasi baru yang menjamin pelaksana melakukan beberapa prosedur terkait

emergency maternal dan neonatal yang tadinya merupakan kewenangan pihak rumah sakit, menjadi kewenangan yang boleh dilakukan oleh pihak puskesmas, contohnya prosedur PEB (Pre Eklampsia Berat). Sebagian besar informan, terutama pelaksana puskesmas merasa terlindungi dengan adanya regulasi baru ini. Hal ini dapat dikarenakan para pelaksana puskesmas merasa dapat lebih cepat menangani pasien yang mengalami kondisi *emergency* maternal dan neonatal tanpa harus menunggu proses rujukan ke rumah sakit dan pada akhirnya dapat mengurangi resiko kematian ibu dan bayi.

Selain kewenangan melalui regulasi baru, para pelaksana juga diberikan kewenangan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit vanguard yang telah di tentukan dimana sebelum adanya Program EMAS ini para pelaksana cenderung takut untuk melakukan rujukan ke rumah sakit.

Masyarakat yang tergabung dalam MKIA juga diberi kewenangan untuk membantu petugas puskesmas. Petugas puskesmas sendiri mengakui kewenangan yang dimiliki para kader MKIA.

Dari segi sumber daya fasilitas, dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, fasilitas fisik yang ada mengalami perbaikan secara bertahap. Yang pada awalnya tidak terstandar, perlahan-lahan diperbaiki hingga mencapai standar yang ditentukan. Vanguard sendiri senantiasa berusaha untuk memenuhi standar yang ada dan mengajukan bantuan dana kepada Dinas Kesehatan apabila dirasa ada fasilitas yang kurang untuk pelaksanaan Program EMAS.

Sampai pada saat peneliti melakukan penelitian, fasilitas fisik yang dimiliki vanguard EMAS telah mencukupi untuk berjalannya program. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti, beberapa puskesmas telah menjalankan prosedur berupa menempatkan VK dekat dengan UGD, contohnya adalah Puskesmas Tarik. Fasilitas yang menjadi standar EMAS berupa peralatan-peralatan *emergency* maternal dan neonatal sebagian juga telah di *support* oleh EMAS, selebihnya oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

c. Disposisi

Dari segi disposisi, diketahui bahwa para pelaksana dalam Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo telah memiliki pengetahuan dan pemahaman yang mencukupi mengenai kebijakan. Hal ini dibuktikan dengan pelaksana dapat menyebutkan secara rinci tujuan dan kegiatan-kegiatan yang ada dalam Program EMAS.

Lebih lanjut, para pelaksana telah memiliki kesadaran mengenai pentingnya untuk mengurangi jumlah AKI dan AKB yang merupakan tujuan utama dari Program EMAS, khususnya di wilayah kerja para informan. Hal ini dibuktikan dengan keprihatinan para informan mengenai AKI dan AKB yang disampaikan kepada peneliti. Para informan menilai bahwa kematian baik ibu maupun bayi baru lahir memiliki dampak yang besar bagi masyarakat sehingga upaya untuk menurunkan AKI dan AKB adalah upaya yang harus mendapat dukungan dari berbagai pihak.

Arah respon pelaksana cenderung positif, dibuktikan dengan para pelaksana sangat mendukung dan merasa terbantu dengan adanya berbagai perbaikan dan inovasi dalam program ini. Sambutan yang baik dari pelaksana Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo ini juga di buktikan dengan telah berjalannya rencana replikasi EMAS ke seluruh fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Sidoarjo dengan dibiayai oleh APBD.

d. Struktur Birokrasi

Dilihat dari segi struktur birokrasi, *Standart Operating Procedures* (SOP) yang ada dalam Program EMAS telah cukup jelas dan para pelaksana juga telah mengetahui dan memahami prosedur dan alur yang ada di dalamnya. Hal ini dibuktikan dengan adanya pengorganisasian alat-alat kesehatan sesuai dengan SOP dan pengisian laporan skill assessment yang merupakan penilaian kemampuan para pelaksana menangani kasus sesuai dengan SOP.

Dalam pelaksanaan Program EMAS, kemungkinan terjadinya fragmentasi sangat kecil dan cenderung dapat ditekan. Hal ini dapat dibuktikan dengan tetap bersatunya para pelaksana untuk mensukseskan Program EMAS meskipun masing-masing pelaksana memiliki kewenangan dan tanggung jawab yang berbeda. Para pelaksana saling mendukung untuk mencapai tujuan pelaksanaan Program EMAS, yaitu mengurangi AKI dan AKB.

Kesimpulan dan Saran

Dari hasil penelitian tentang implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) ini dapat diambil kesimpulan bahwa Implementasi Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo telah berjalan sesuai dengan teori George Edward III. Setiap variabel dalam teori Edward III (komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi) dinilai telah mencukupi untuk berjalannya program.

Program EMAS telah di komunikasikan melalui pertemuan dengan pihak-pihak terkait dan

melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan yang memiliki pelayanan kegawat daruratan yang sangat baik. Penyampaian informasi yang telah dilakukan secara jelas dan konsisten.

Kemampuan sumber daya manusia dalam instansi informan secara kuantitas belum mencukupi. Belum ada bidan yang berjaga secara khusus di ruang gawat darurat maternal neonatal. Para bidan di puskesmas *vanguard* selama ini memiliki tugas ganda yaitu berjaga di Poli KIA dan Poli KB, serta menangani kasus kegawat daruratan maternal dan neonatal. Dilihat dari segi kualitas, para pelaksana telah diberikan pelatihan dan pengarahan yang cukup. Sumber daya finansial dalam pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo berasal dari bantuan USAID, APBD, dan CSR swasta. Jumlahnya telah mencukupi untuk pelaksanaan kegiatan selama ini. Dana USAID digunakan untuk pelaksanaan kegiatan tim EMAS Kabupaten Sidoarjo dan memberi bantuan peralatan untuk menunjang pelaksanaan *drill emergency* para *vanguard*. Sedangkan dana untuk kebutuhan *vanguard* sehari-hari berasal dari dana APBD Kabupaten Sidoarjo yang disalurkan berdasarkan anggaran yang diajukan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Sumber daya kewenangan telah mencukupi. Pelaksana di puskesmas telah diberikan kewenangan untuk melakukan beberapa prosedur yang tadinya hanya boleh dilakukan rumah sakit, sekarang boleh dilakukan oleh pihak puskesmas. Kewenangan ini dilindungi dalam suatu regulasi. Fasilitas fisik yang dimiliki *vanguard* telah cukup memadai untuk berjalannya kegiatan-kegiatan EMAS selama ini. Penyempurnaan fasilitas fisik yang dimiliki *vanguard* terus diupayakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

Dilihat dari disposisi pelaksana, tingkat pengetahuan dan pemahaman pelaksana terhadap maksud dan tujuan kebijakan telah cukup baik. Pelaksana juga memberikan respon yang positif terhadap pelaksanaan Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo. Pelaksana merasakan manfaat yang besar dengan adanya program ini. Respon positif ini juga ditunjukkan dengan adanya rencana total coverage Program EMAS yang saat ini telah dibicarakan dengan segenap fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Sidoarjo.

Dilihat dari struktur birokrasi, SOP yang ada tidak berbelit-belit, cukup efisien dan sesuai dengan kebutuhan para pelaksana. Fragmentasi juga dapat ditekan, dibuktikan dengan para pelaksana dapat bekerja sama dengan baik untuk mencapai tujuan kebijakan.

SARAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan mengenai implementasi Program EMAS di Kabupaten Sidoarjo, dapat diajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Penambahan jumlah bidan perlu dilakukan agar Program EMAS dapat dilaksanakan dengan baik. Selain menunjuk bidan koordinator EMAS di masing-masing puskesmas vanguard, petugas khusus ruang gawat darurat maternal dan neonatal juga perlu di tunjuk agar pelaksanaan Program EMAS di puskesmas vanguard dapat berjalan secara optimal
 2. Ketersediaan dana harus diperhatikan agar semua kebutuhan yang diperlukan untuk mengoperasikan Program EMAS dapat terpenuhi dengan baik sehingga pelaksanaan program dapat berjalan dengan lancar.
 3. 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.
 4. Kemampuan sumber daya manusia sebagai pelaksana program perlu ditingkatkan dengan melakukan penambahan pelatihan bagi para pelaksana.
 5. Dinas kesehatan diharapkan dapat memberikan bantuan berupa tambahan peralatan yang diperlukan untuk melakukan drill emergency untuk kasus kegawat daruratan ibu melahirkan.
- Daftar Pustaka**
- Buku**
- Agustino, Leo. 2006. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Alfabeta: Bandung
- Agustino, leo. 2012. *Dasar-dasar kebijakan publik*. alfabeta: bandung
- Alamsyah E. 2012. *Expanding of Maternal and Neonatal Survival (EMAS)*. Jakarta: PERINASIA (Buletin Perinasia Tahun XVIII, Nomor 1, Edisi Juni 2012 hal 1-8)
- Hardiyansyah. 2011. *Kualitas pelayanan publik, konsep, dimensi, indikator dan implementasinya*. Yogyakarta: gava media
- Indiahono, Dwiyanto. 2009. *Kebijakan Publik berbasis Dynamic Policy Analysis*. Yogyakarta: Gava Media
- Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/298/KPTS/013/2012. Tentang Penerima Bantuan Teknis Program Expanded Maternal and Neonatal Survival USAID tahun 2012-2016
- Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 40 tahun 2008 tentang rincian tugas, fungsi dan tata kerja dinas kesehatan kabupaten sidoarjo
- Purtiningtyas, Endah. 2010. *Implementasi Program Keluarga Harapan Bidang Kesehatan di Kecamatan Megaluh Kabupaten Jombang*. Surabaya: Tesis Universitas Airlangga
- Susiloadi, priyanto. 2006. *Peranan pemerintah dan partisipasi masyarakat dalam pelayanan publik*. spirit publik: vol. 2 no. 2 hal 81-90
- Syukur, Abdullah M. 1988. *Perkembangan dan Penerapan Studi Implementasi*. Jakarta: LAN RI
- Tjokroamidjoyo, Bintoro. 1990. *Pengantar Administrasi Pembangunan*. LP3ES: Jakarta
- Triana, Rochyati Wahyuni. 2011. *Implementasi dan evaluasi kebijakan publik*. surabaya: PT REVKA Petra Media
- Wahab, Solichin Abdul. 1997. *Evaluasi Kebijakan Publik*. Malang: FIA Unibraw dan IKIP.
- Wahab, Solichin Abdul. 2012. *Analisis Kebijaksanaan: dari formulasi ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Wasisto, Broto dkk. 2014. *Report of Mid-Term Evaluation Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) Program USAID/Indonesia*. Jakarta: Kemenkes
- Internet**
- (<http://bisnis.liputan6.com/read/2079787/pelayanan-publik-indonesia-di-urutan-129> diakses pada 14 september 2015 pukul 12:23).
- www.unair.ac.id/filer/KERANGKAACUAN.doc diakses pada 10 oktober 2015 11:00
- dprd-sidoarjo.kab.go.id/status-percontohan-terancam-dicabut.html diakses pada 21 september 2014 11:03
- http://rochyati-w-t-fisip.web.unair.ac.id/artikel_detail-69584-Umum-PENDEKATAN%20DAN%20TEORI%20%20E2%80%93%20TEORI%20IMPLEMENTASI%20%20KEBIYAKAN%20PUBLIK.html diakses pada 10 nov 2015 pukul 09:27
- <http://perinasia.com/download/3/20120614-00000006aa326fcea71079074db59a5bda910.pdf>
- http://www.siknasonline.depkes.go.id/laporan_puskesmas_detail_kab.php?kd_propinsi=35&kd_kabupaten=15&tahun=2015&nama_kabupaten=KAB.%20SIDOARJO
- <http://sidoarjo.kab.go.id>
- <http://sidoarjo.kab.go.id>