

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan aspek penting dalam bernegara karena pada dasarnya negara yang berhasil merumuskan kebijakan kesehatan dengan cemerlang merupakan salah satu perwujudan dari negara yang sejahtera, atau biasa disebut dengan *Welfare State*. *Welfare state* adalah sebuah konsepsi di mana negara dapat memenuhi semua kebutuhan masyarakatnya, mulai dari kebijakan dan pelayanan sektor publiknya yang masyarakat-sentris (Garland, 2016, hal. 8). Maksud dari kebijakan dan pelayanan sektor publik yang masyarakat-sentris adalah memprioritaskan kebutuhan masyarakat dengan tidak adanya intervensi kepentingan-kepentingan politis. Hal ini dimaksudkan agar terciptanya masyarakat yang makmur dan sejahtera.

Kesehatan memiliki peran penting dalam indikator keberhasilan tercapainya *Welfare State*, oleh karena itu pemerintah dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015 – 2019 berupaya untuk mewujudkan hal tersebut. Namun, sayangnya perhatian pemerintah terhadap *Maternal and Infant Mortality Rate* (MMR dan IMR) masih belum maksimal. MMR DAN IMR atau Bahasa Indonesianya adalah Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI dan AKB) adalah sebuah presentase yang menggambarkan keselamatan baik ibu dan bayi dalam persalinan. Keselamatan persalinan ini meliputi pra melahirkan (sebelum hamil dan saat hamil), saat prosesi persalinan, dan pasca melahirkan (MacMurchy, 1925, hal. 380).

Salah satu upaya pemerintah Indonesia melalui Kemenkes di kabinet Indonesia maju untuk membedah permasalahan tersebut ialah dengan menjadikan peningkatan kesehatan ibu, bayi, dan kesehatan reproduksi sebagai salah satu tujuan prioritas Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020 – 2024 di bidang kesehatan. Adanya RPJMN di bidang kesehatan yang fokus terhadap permasalahan tersebut menimbulkan strategi implementasinya yang berupa meningkatkan pelayanan maternal yang saling koheren di fasilitas publik dengan memasifkan seluruh bentuk pelayanan pada persalinan dengan meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan tenaga kesehatan, adanya perbaikan sistem, sarana, dan prasarana untuk menunjang keselamatan persalinan dengan tujuan menekan MMR dan IMR.

Angka keselamatan persalinan sangat penting bagi pemerintah demi mewujudkan *Welfare State*, maka dari itu pemerintah wajib memberikan jaminan berupa regulasi dan pelayanan yang mengatur secara spesifik tentang persalinan sesuai dengan RPJMN 2020 – 2024 di bidang kesehatan. Untuk mempertegas strategi implementasi yang sudah dicanangkan dan menekan MMR dan IMR, pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan (Kemenkes) sudah mengeluarkan berupa regulasi untuk menanggulangi hal tersebut. Peraturan yang mengatur perihal persalinan ini adalah Peraturan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) No. 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual untuk menggantikan

Permenkes No. 97 Tahun 2014 dengan judul yang serupa dan substansi yang lebih relevan.

Ketidakseriusan Kemenkes dalam mengatasi tingginya MMR dan IMR dibuktikan dalam 12 rencana strategis Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tidak ada yang secara eksplisit menjelaskan pentingnya menekan MMR dan IMR Pada RPJMN sebelumnya, yakni 2015 – 2019. Ketidakseriusan pemerintah Indonesia dalam memperhatikan MMR dan IMR berimplikasi pada adanya kenaikan yang cukup signifikan di Indonesia pada tahun 2018 hingga 2021, yakni yakni dari 4.226 Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 7.389 AKI.

Grafik 1. 1 Jumlah Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2018 - 2021

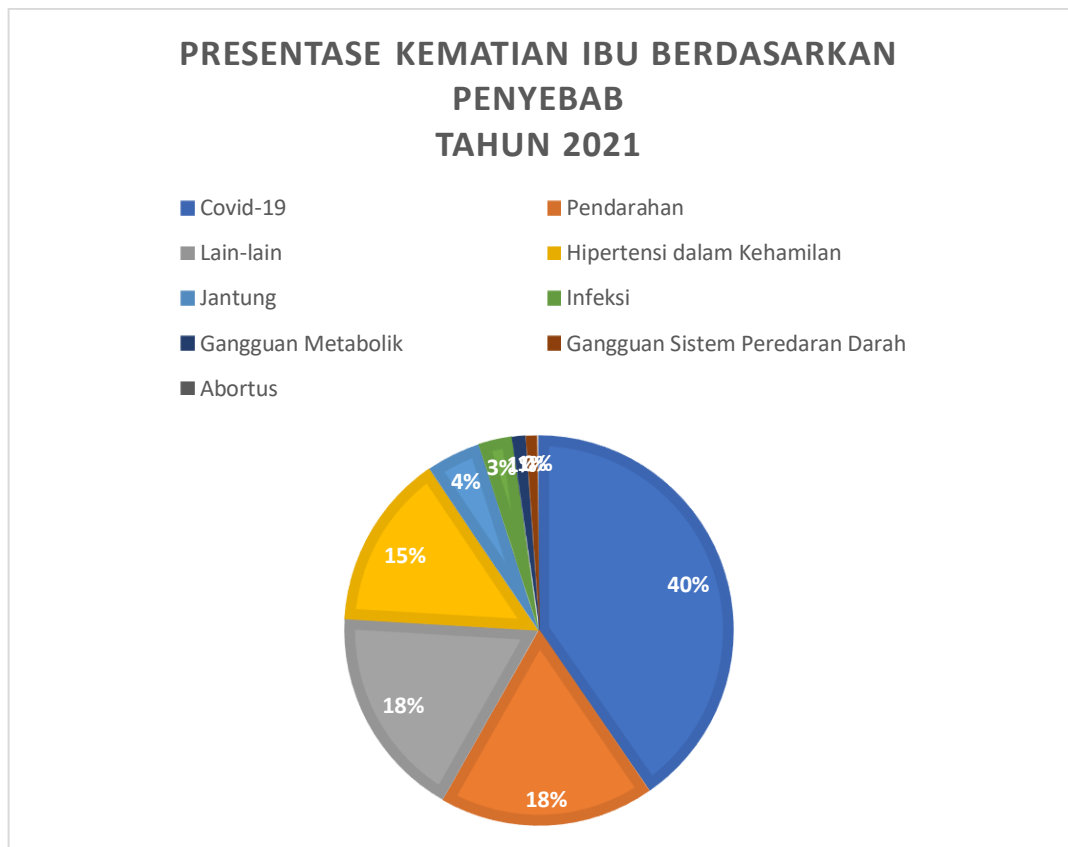


Sumber: Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2022

Meskipun begitu, naiknya secara signifikan AKI pada tahun 2021 disebabkan akibat adanya virus Covid-19 di Indonesia, yakni sebanyak 2.982 kasus, tidak dipengaruhi oleh kematian yang disebabkan oleh persalinan. Kemudian

disusul dengan kematian yang disebabkan dari prosesi kehamilan itu sendiri, yakni pendarahan dengan 1.320 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2022, hal. 109).

Grafik 1. 2 Presentase Kematian Ibu Berdasarkan Penyebab tahun 2021



Sumber: Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2022

Selanjutnya, dalam hal kematian bayi, perlu digarisbawahi bahwasanya kematian pada bayi tidak hanya terjadi pada saat proses persalinan berlangsung saja, melainkan pasca dan pra melahirkan pun merupakan bagian dari kematian bayi. Berdasarkan publikasi artikel oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) pada situs *daps.bps.go.id*, terdapat dua tempat untuk mengklasifikasikan kematian bayi, yakni di dalam rahim (*intra uterin*) dan di luar rahim (*extra uterin*). Kematian bayi dalam rahim meliputi:

1. Abortus, yakni janin yang mati dari minggu pertama kandungan hingga minggu ke-16 kandungan, biasanya kematian janin disebabkan oleh ibu yang keguguran dan ibu menggugurkan janin;
2. Immatur, yakni janin yang mati dari minggu ke-16 kandungan hingga minggu ke-28 kandungan, dan
3. Prematur, yakni janin yang mati dari minggu ke-28 kandungan hingga minggu ke 37 kandungan. Persalinan yang dilakukan secara prematur akan berimplikasi pada kesehatan dan keselamatan bayi, menurut *World Health Organization* (WHO) 35% kematian neonatal di dunia disebabkan oleh komplikasi pada persalinan yang dilakukan secara prematur.

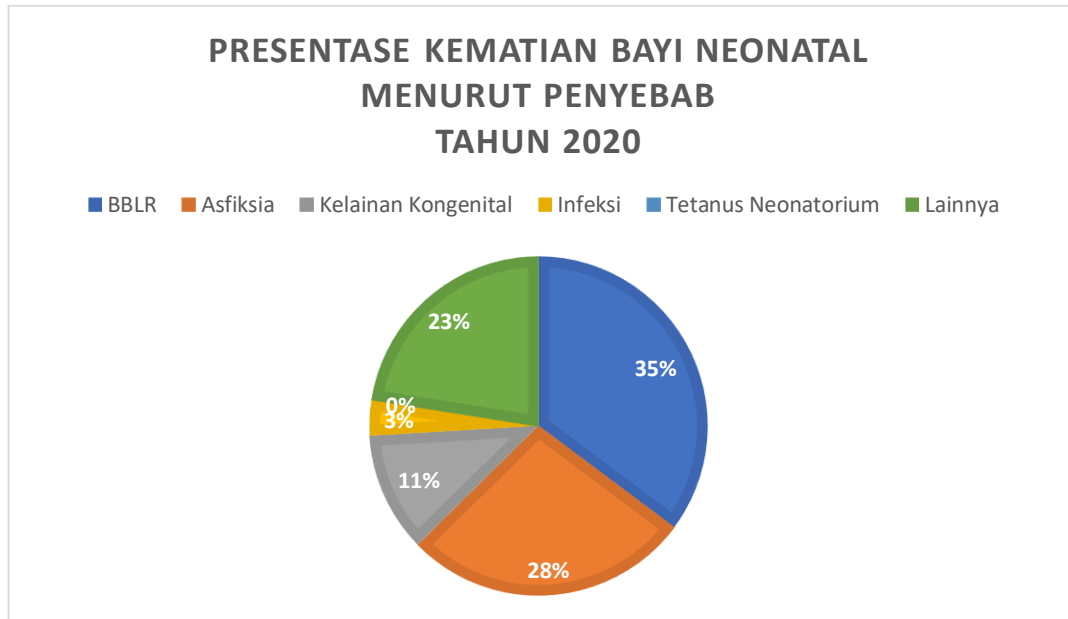
Selanjutnya, kematian bayi luar rahim meliputi:

1. Lahir mati (*still birth*), yakni saat bayi yang sudah lahir pada masa yang tepat tetapi saat proses persalinan tidak ada tanda-tanda kehidupan,
2. Kematian bayi baru lahir (*neo natal*), yakni saat bayi meninggal sebelum menyentuh satu bulan,
3. Kematian lepas baru lahir (*post natal death*), yakni saat bayi meninggal setelah satu bulan dan sebelum satu tahun.

Pada tahun 2020, kematian bayi berusia di bawah lima tahun (balita) di Indonesia mencapai 28.158 jiwa. Dari jumlah tersebut, sebanyak 20.266 balita (71,97%) meninggal dalam rentang usia 0-28 hari (neonatal) dengan presentase penyebabnya adalah 35,2% kematian bayi neonatal disebabkan karena Berat Badan

Lahir Rendah (BBLR), asfiksia sebesar 27,4%, kelainan kongenital 11,4%, infeksi 3,4%, tetanus neonatorium 0,03%, dan lainnya (penyakit, wabah, KLB, dll) 22,5%.

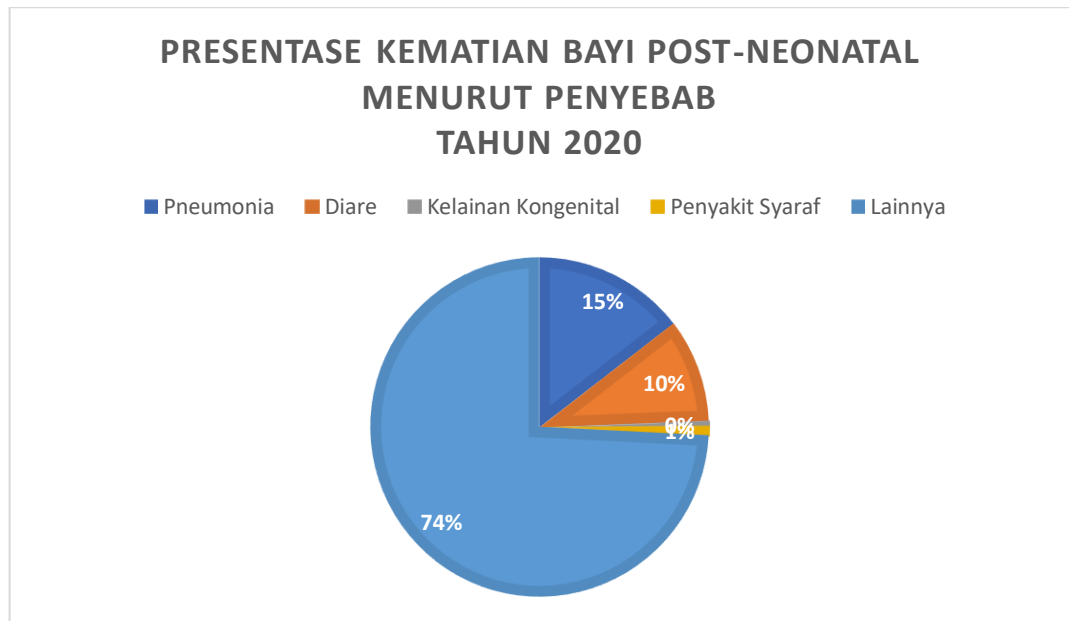
Grafik 1. 3 Presentase Kematian Bayi Neonatal Menurut Penyebab Tahun 2020



Sumber: Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2021

Kemudian, sebanyak 5.386 balita (19,13%) yang meninggal dalam rentang usia 29 hari-11 bulan (post-neonatal) mayoritas diakibatkan oleh pneumonia, yakni 14,5%. Ada pula kematian balita post-neonatal yang disebabkan diare sebesar 9,8%, adanya kelainan kongenital 0,5%, munculnya penyakit syaraf 0,9%, dan faktor lainnya (penyakit, wabah, KLB, dll) 73,9% (Kementrian Kesehatan RI, 2022, hal. 133).

Grafik 1. 4 Presentase Kematian Bayi Post-Neonatal di Indonesia tahun 2020



Sumber: Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2021

Dari grafik di atas dapat disimpulkan bahwasanya MMR dan IMR di Indonesia masih sangat tinggi sehingga perlu adanya penegasan lagi dari pemerintah terkait jaminan keselamatan dan kesehatan terutama dalam hal persalinan. Hal ini juga menjadi bukti bahwasanya kebijakan pemerintah melalui Permenkes No. 97 Tahun 2014 masih belum berhasil, terutama dalam kasus menekan angka kematian ibu dan bayi (Kementrian Kesehatan RI, 2022, hal. 133).

Permasalahan demografi, khususnya fertilitas dan mortalitas, menjadi permasalahan yang sudah menjadi perhatian dari banyak negara, termasuk *World Health Organization* (WHO). Pada dokumen *International Conference on Population and Development* yang dipublikasikan pada tahun 1994, 179 negara termasuk Indonesia sepakat bahwasanya MMR dan IMR pada tahun 2000 harus setengah dari tahun dokumen tersebut disepakati (Alfana, Hanif, & Iffani, 2015,

hal. 2). Pemerintah Indonesia sudah seharusnya menjadikan permasalahan keselamatan persalinan sebagai prioritas utama. Hal ini dikarenakan menurut Undang-Undang No. 30 Tahun 2014 dijelaskan bahwasanya salah satu fungsi pemerintah adalah fungsi pelayanan yang dalam kasus ini merupakan pelayanan kesehatan (Solechan, 2019, hal. 687).

Selain adanya regulasi baru yang mengatur tentang keselamatan persalinan, pemerintah melalui kemenkes juga sudah melakukan beberapa upaya seperti menerbitkan buku Kesehatan Ibu dan Bayi (Buku KIA) pada tahun 2020 dengan harapan dapat memberikan edukasi perihal keselamatan ibu dan bayi selama persalinan dan jaminan kesehatan berupa tanggungan biaya persalinan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

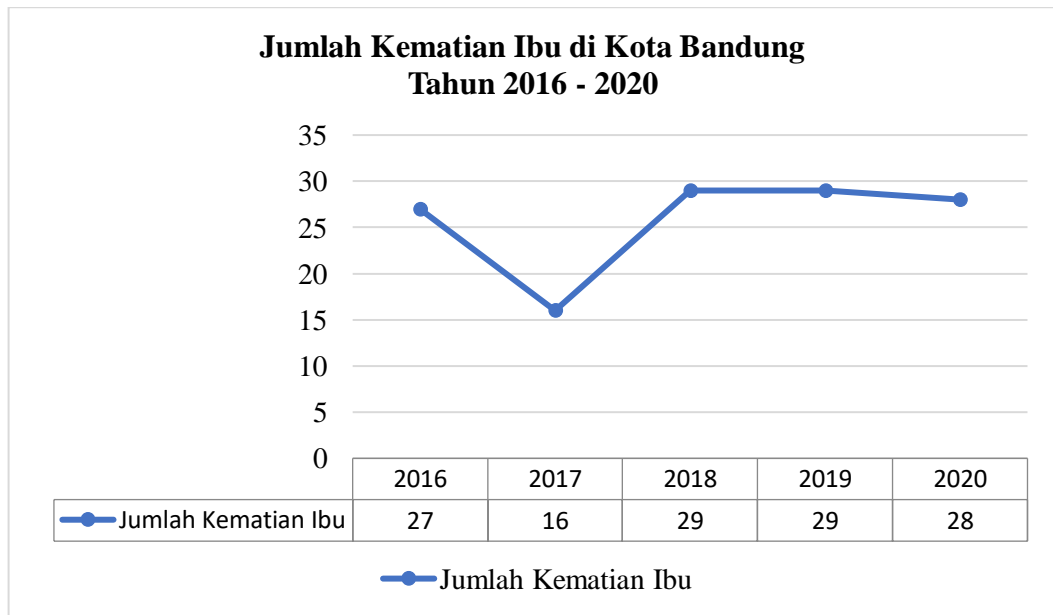
Sebagai salah satu kota besar, Kota Bandung memiliki andil besar dalam mengkritisi permasalahan yang sedang dialami Indonesia perihal MMR dan IMR. Mantan Wali Kota Bandung, Oded Muhammad Danial, melalui Rencana Strategi Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Bandung (RPJMD Kota Bandung) tahun 2018 – 2023 memiliki sasaran pada bidang kesehatan yang mengacu pada penekanan MMR dan IMR di Kota Bandung. Pada RPJMD Kota Bandung tahun 2018 – 2023, sasaran tersebut diberi nomenklatur “*terwujudnya masyarakat yang sehat secara jasmani dan rohani*”

Sayangnya, karena acuan penyusunan RPJMD Kota Bandung 2018 – 2023 masih RPJMN 2015 – 2019, Kota Bandung tidak memiliki program selain Bandung Salamina (Bandung Selamatkan Nyawa Ibu dan Bayi) dalam hal menekan MMR

dan IMR di Kota Bandung. Program itu pun sudah tidak aktif semenjak dua tahun yang lalu karena saat melakukan riset di internet, berita yang muncul adalah berita tahun 2021 itu pun sekedar deklarasi oleh Dinas Kesehatan Kota Bandung dan para bidan, tidak ada berita capaian atau lanjutan. Tidak jauh berbeda dengan Kota Semarang dengan program San Piisan-nya (Sayangi Dampingi Ibu dan Anak Kota Semarang) yang belum berhasil karena keterbatasan dukungan tokoh masyarakat, layanan, dan informasi (Lan Mei, Prabamurti, & Kusumawati, 2023, hal. 32).

Adapun usaha Dinas Kesehatan Kota Bandung (Dinkes Kota Bandung) adalah dengan mengimplementasikan regulasi yang lama (Permenkes No. 97 Tahun 2014), yang baru (Permenkes No. 21 Tahun 2021), pendistribusian Buku KIA sebagai garda terdepan dalam hal penanganan permasalahan gawat darurat mengenai persalinan, dan penyaluran BPJS yang tepat sasaran. Sebelum Permenkes No. 21 tahun 2021 disahkan, Kota Bandung merupakan salah satu kota yang berhasil menekan MMR dan IMR sehingga tidak adanya lonjakan kematian meskipun tidak signifikan.

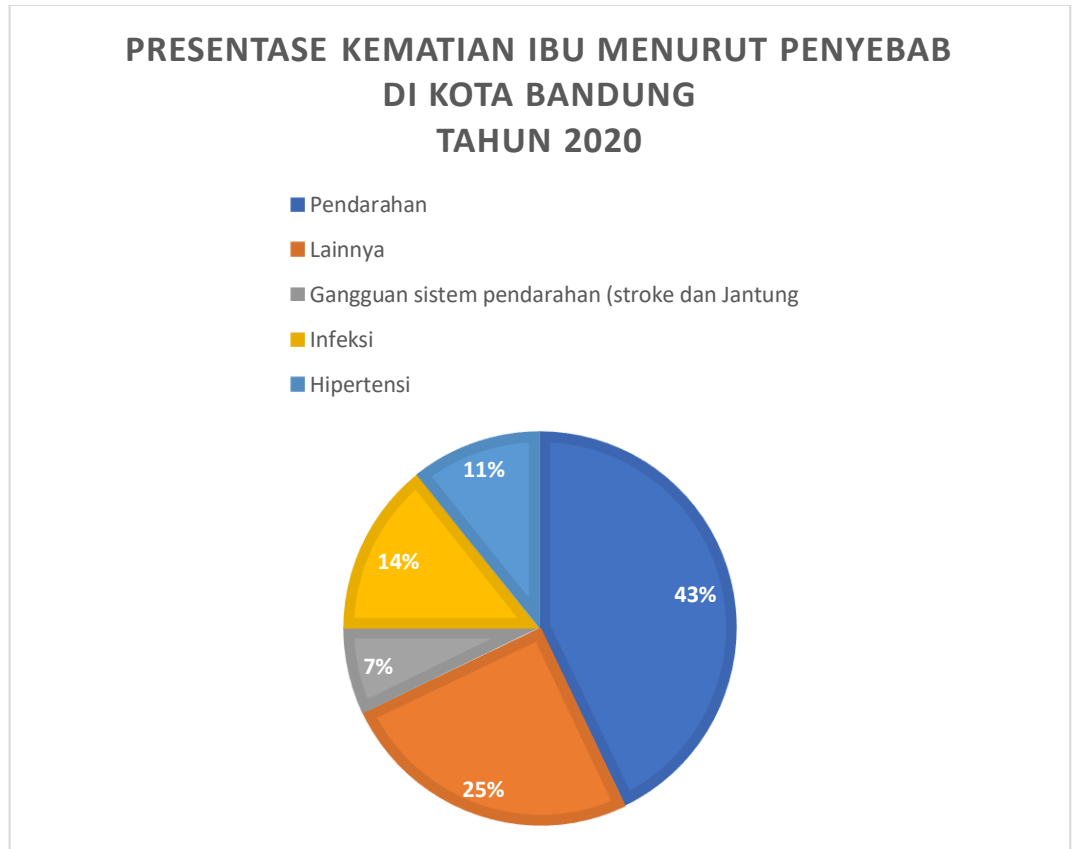
Grafik 1. 5 Jumlah Kematian Ibu di Kota Bandung Tahun 2016 - 2020



Sumber: LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan) Dinas Kota Bandung Tahun 2016 – 2020

Meskipun terjadi penurunan AKI, penyebab utama kematian ibu masih tetap didominasi oleh pendarahan yang disebabkan oleh persalinan yakni dengan jumlah 12 orang dan presentase 42,9% (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2022, hal. 29).

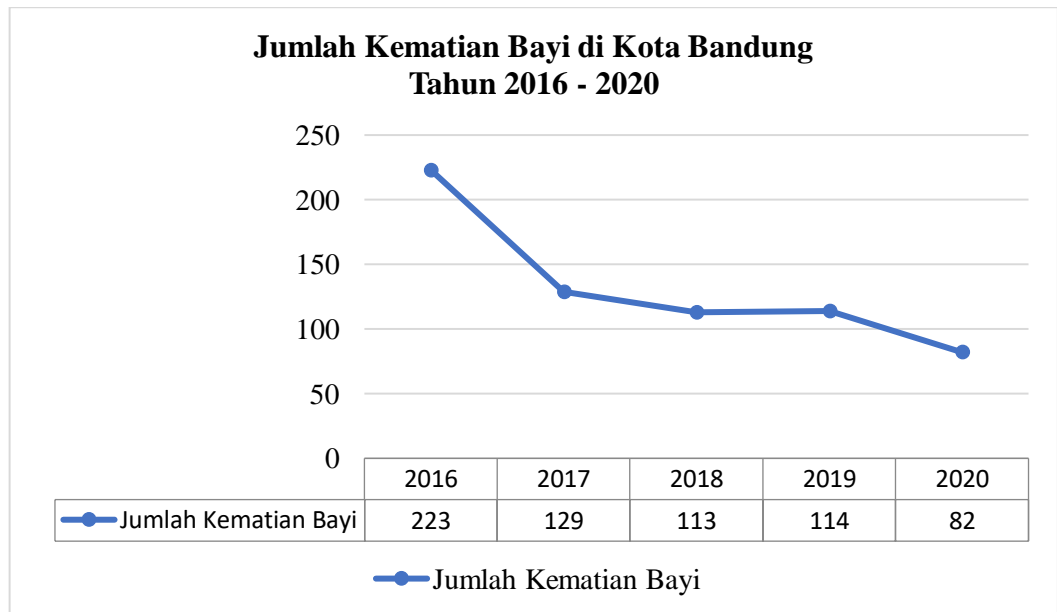
Grafik 1. 6 Presentase Kematian Ibu Menurut Penyebab di Kota Bandung Tahun 2020



Sumber: LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan) Dinas Kota Bandung Tahun 2020

Selain adanya penurunan pada kematian ibu, jumlah kematian bayi di Kota Bandung pun termasuk mengalami hasil yang progresif. Pada tahun 2016 jumlah kematian bayi di Kota Bandung mencapai 168 jiwa, tetapi pada tahun 2020 jumlahnya bisa ditekan hingga menyentuh ke 82 jiwa. (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2022, hal. 30). Dengan jumlah presentase kematian bayi yang didominasi oleh BBLR yakni sebesar 23,2% (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2022, hal. 24).

Grafik 1. 7 Jumlah Kematian Bayi di Kota Bandung Tahun 2016 - 2020



Sumber: LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan) Dinas Kota Bandung Tahun 2016 – 2020

Pada buku Rencana Strategis Perubahan (Renstra Perubahan) tahun 2018 – 2023 menganggap bahwa adanya tren yang positif dalam penekanan angka MMR dan IMR di Kota Bandung disebabkan oleh berhasilnya pendistribusian Buku KIA di tengah-tengah masyarakat, sehingga tidak adanya eksklusifitas penyimpanan buku untuk Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) saja. Ditambah, mereka menganggap bahwasanya adanya peningkatan pelayanan kesehatan di Kota Bandung dalam bentuk penambahan kuantitas tenaga kesehatan dan pelatihan untuk menambah kapabilitas tenaga kesehatan juga menurutnya berimplikasi secara langsung terhadap turunnya MMR dan IMR di Kota Bandung.

Meskipun begitu, menurut peneliti argumentasi yang disampaikan oleh Dinkes Kota Bandung masih belum bisa divalidasi kebenarannya karena justru menurut peneliti terdapat regresi dan inkonsistensi dalam hal pelayanan kesehatan,

terutama perihal menekan angka MMR di Kota Bandung. Hal ini karena berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) Jawa Barat, Kota Bandung memiliki lonjakan tenaga medis yang cukup signifikan dari tahun 2018 – 2019 (BPS Provinsi Jawa barat, 2021).

Tabel 1. 1 Jumlah Tenaga Kesehatan di Kota Bandung Tahun 2017 - 2019

<i>Kota</i>	<i>Jumlah Dokter</i>			<i>Jumlah Perawat</i>			<i>Jumlah Bidan</i>		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
<i>Kota Bandung</i>	279	116	259	-	301	986	-	332	977

Sumber: BPS Provinsi Jawa Barat Tahun 2021

Pada tabel jumlah tenaga kesehatan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwasanya penambahan kuantitas tenaga kesehatan tidak memiliki dampak yang signifikan terhadap keberhasilan menekan MMR di Kota Bandung. Pada tahun 2018 – 2019 jumlah perawat dan bidang memiliki lonjakan yang luar biasa pertumbuhannya, tetapi jika melihat grafik sebelumnya perihal MMR dan IMR di Kota Bandung jumlahnya tergolong stagnan dan penurunan yang sangat minim sehingga bisa dikatakan kebijakan sebelum Permenkes No. 21 Tahun 2021 masih belum efektif dan maksimal.

Data yang peneliti paparkan di atas menunjukkan bahwa upaya Kemenkes dengan segala kebijakan dan peraturannya berupa Permenkes No. 97 Tahun 2014 masih belum mampu untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Adanya penambahan kuantitas tenaga kesehatan juga tidak menjadi jaminan bahwasanya MMR dan IMR dapat ditekan. Lebih lanjut, pemilihan Kota Bandung menjadi studi

kasus penelitian ini karena adanya anomali berupa fungsi-fungsi tenaga kesehatan yang seharusnya menjadi pelaksana kebijakan masih belum bisa bekerja secara maksimal dengan stagnansi yang ada. Kemudian ditambah dengan tingkat urgensinya permasalahan mortalitas dan fertilitas di dunia, terutama di Indonesia, dan khususnya di Kota Bandung. Tidak terlaksananya regulasi ini yang menurut peneliti menjadi celah antara kebijakan tentang persalinan dan realita yang ada di lapangan. Di mana, banyaknya upaya yang dilakukan pemerintah untuk menanggulangi kematian ibu dan bayi di Kota Bandung tidak memiliki dampak yang signifikan.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat diidentifikasi masalah sebagai berikut:

1. Tidak signifikannya pengimplementasian Permenkes No. 97 Tahun 2014 terhadap *Maternal Mortality Rate* dan *Infant Mortality Rate* di Kota Bandung.
2. Banyaknya dan meningkatnya jumlah tenaga kesehatan di Kota Bandung tidak menjadi jawaban atas kebutuhan masyarakat akan pertolongan dalam hal keselamatan dalam persalinan dengan tingginya kematian ibu akibat persalinan.
3. Kematian yang secara teknis terjadi pada fase persalinan seperti pendaharan menandakan bahwa tidak kompetennya tenaga kesehatan yang ada.

4. Hal tersebut menandakan bahwa adanya ketidaksinambungan antara *statement* Dinkes Kota Bandung yang menyatakan bahwa mereka berhasil menekan MMR dan IMR.
5. Selain itu, masih tingginya kematian bayi akibat BBLR menunjukkan bahwasanya tidak ada penegasan kebijakan lebih lanjut pemerintah terhadap gizi ibu selama masa hamil sehingga berimplikasi terhadap keselamatan bayi.

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimana Implementasi Permenkes Nomor 21 Tahun 2021 dalam menekan *Maternal Mortality Rate* dan *Infant Mortality Rate* di Kota Bandung Tahun 2021 – 2023?

1.4 Tujuan penelitian

Adapun tujuan adanya penelitian ini adalah untuk:

1. Menganalisis implementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 terhadap penekanan *Maternal* dan *Infant Mortality Rate* di Kota Bandung.

1.5 Manfaat penelitian

a. Manfaat Teoritis

1. peneliti berharap penelitian ini dapat berkontribusi terhadap perkembangan teori dalam hal implementasi kebijakan pemerintah, terutama dalam hal kebijakan kesehatan.

2. peneliti berharap penelitian ini dapat menjadi sumber wawasan dan ilmu pengetahuan perihal implementasi kebijakan permenkes terhadap civitas akademika.
3. peneliti berharap penelitian ini dapat menjadi sumber penelitian kredibel dan tervalidasi untuk penelitian dengan topik serupa.

b. Manfaat Praktis

1. penelitian ini dapat menjadi wadah praktik dari ilmu yang didapatkan peneliti selama perkuliahan, dan mengimplementasikannya ke dunia ilmiah. Terutama dalam hal analisis kebijakan, implementasinya, evaluasinya, serta rekomendasi-rekomendasinya dalam Permenkes No. 21 Tahun 2021.
2. penelitian ini dapat menjadi wadah menuangkan pandangan serta perspektif bagi para pembaca, civitas akademik, serta ibu dan tenaga kesehatan yang merasakan dampaknya secara langsung.
3. penelitian ini dapat menjadi acuan serta arah berpikir pemerintah dalam mencanangkan gagasan kebijakan permenkes yang pengimplementasiannya lebih berhasil dan tepat sasaran.

1.6 penelitian Terdahulu

penelitian terdahulu merupakan penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya dengan topik serupa sehingga dapat menjadi sumber informasi untuk menjadi referensi dan faktor pembanding dalam penelitian karya ilmiah yang peneliti teliti. Dengan adanya penelitian terdahulu, maka peneliti akan mendapat perspektif lain sehingga penelitian ini tidak terperangkap pada satu argumentasi

peneliti saja. Berikut beberapa literatur terdahulu yang peneliti jadikan acuan, dengan catatan peneliti tidak dapat menemukan judul penelitian yang persis serupa dengan penelitian ini. Berikut merupakan penelitiannya;

1. Efektivitas Kebijakan Daerah dalam Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi oleh Wiko Saputra, Victoria Fanggalda, Ah Mafthuchan (2013)

Dalam artikelnya tersebut, Saputra dkk kesulitan menemukan jawaban atas mengapa desentralisasi dalam hal perumusan kebijakan kesehatan tidak berhasil di beberapa daerah, padahal justru salah satu fungsi desentralisasi adalah untuk memudahkan urusan administratif daerah berupa pelayanan kesehatan. Namun, ada beberapa daerah yang menjadi pengecualian dengan memanfaatkan desentralisasi dan membuat inovasi kebijakan kaitannya dengan menekan MMR dan IMR, yakni Kabupaten Pasuruan, Takalar, dan Kupang.

Saputra dkk dalam penelitiannya ini menggunakan metode kualitatif, dengan teknisnya melakukan wawancara, observasi, dokumentasi, *Forum Group Discussion*. Adapun pihak-pihak yang diwawancara adalah Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), yang kemudian memberi rekomendasi untuk mewawancarai bidan, dukun, kader, dan aktivis LSM.

Pada penelitian tersebut, Saputra dkk menemukan keunikan pada Kabupaten Pasuruan, Takalar, dan Kupang yang dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi dengan keragaman peraturan daerahnya masing-

masing. Baik Pemda Pasuruan, Takalar, maupun Kupang memiliki ketergantungan yang sama terhadap kebijakan pusat karena keterbatasan anggaran yang mereka miliki, tetapi penerapannya lebih berhasil karena mereka mampu menyisihkan anggarannya untuk keperluan kesehatan, terutama dalam hal keselamatan ibu dan bayi. Adapun beberapa kebijakan yang diambil adalah dengan memaksimalkan Buku KIA, pelatihan bagi tiap puskesmas dan posyandu, bahkan dukun untuk memaksimalkan kebutuhan akan tenaga kesehatan yang terbatas.

2. Strategi Optimalisasi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk keluarga miskin di Puskesmas Kedamean oleh Yudiyanto Tri Kurniawan, Sanggar Kanto, Mardiyono (2015)

Jaminan kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam mewujudkan *Welfare State* oleh karena itu, pemerintah pusat berusaha melakukan inovasi, salah satunya adalah dengan mengganti JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Puskesmas) untuk masyarakat miskin dengan JKN-PBI (Jaminan Kesehatan Nasional-Penerima Bantuan Iuran) yang nantinya berganti nama menjadi BPJS Kesehatan. Permasalahan yang timbul dari transisi program ini adalah masyarakat yang sebelumnya termasuk kedalam JAMKESMAS menjadi tidak termasuk. Sebagai kecamatan dengan mayoritas persentasenya adalah keluarga miskin, Kadamean merupakan kecamatan yang terkena dampak dari permasalahan ini secara langsung.

Kurniawan dkk dalam penelitiannya ini menggunakan metode kualitatif, dengan teknisnya melakukan wawancara, observasi, dokumentasi

dan *Forum Group Discussion*. Adapun pihak-pihak yang diwawancara adalah Aparatur Puskesmas, kantor kecamatan dan desa, dan keluarga miskin. Semua informan tersebut ditentukan dengan melakukan triangulasi, yakni *purposive*, *snowball*, dan aksidental sampling.

Artikel ini secara khusus memberikan perhatian terhadap pengimplementasian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi masyarakat miskin di Kedamean yang belum berhasil. Menurut Kurniawan dkk (2015) aspek yang paling berpengaruh terhadap ketidakberhasilannya kebijakan dibagi menjadi dua faktor, yakni internal, berupa manajemen puskesmas yang terbelakang, tenaga medis yang terbatas, dan sarana prasarana yang tidak mendukung. Kemudian, pada faktor eksternal yang paling berpengaruh adalah kebijakan serta regulasi yang diputuskan oleh pemerintah pusat. Kurniawan dkk merekomendasikan untuk mengimplementasi JKN di masyarakat miskin Kedamean adalah dengan memprioritaskan faktor internal terlebih dahulu, seperti mengutamakan pelatihan tenaga kesehatan di posyandu, serta menumbuhkan rasa empati pada aktor yang terlibat.

3. Optimalisasi Kebijakan Pemerintah dalam Strategi Penanganan Covid-19 dan Hak Masyarakat Atas Kesehatan oleh Muhammad Taqiyyudin Azka (2021)

Pemerintah sudah menjamin dan menjanjikan kesehatan bagi seluruh masyarakatnya melalui Pasal 28H (1) UUD NRI 1945, sehingga pemerintah Indonesia wajib bertanggung jawab terhadap pemberian

jaminan kesehatan. Pada saat pandemi Covid-19 terjadi, pemerintah pusat sudah berusaha semaksimal mungkin untuk menjamin keselamatan masyarakat Indonesia melalui perumusan dan pembentukan berbagai macam kebijakan dan badan. Dari hasil pembahasan di atas, pertanyaan seperti bagaimana nasib status perekonomian Indonesia? dan Bagaimana kondisi pengimplementasiannya di daerah-daerah? Pun muncul. Apakah kedua aspek tersebut sudah mewujudkan kesejahteraan dengan menjamin kesehatan masyarakat sesuai dengan Pasal 28H (1) UUD NRI 1946?

Azka menggunakan metode penelitian pustaka (*library research*) dalam mengumpulkan datanya. Dengan tipe penelitian deskriptik analitik, Azka megumpulkan datanya melalui buku dan dokumen yang relevan dengan pembahasannya.

Dalam artikelnya tersebut, Azka berpendapat bahwa JKN merupakan aspek penting yang harus pemerintah prioritaskan karena sudah termanifestasikan pada Konstitusi Negara Indonesia sehingga untuk mencapai *Welfare State* sudah sepatutnya pemerintah cepat tanggap, terutama dalam hal kesehatan. Namun, justru sikap pemerintah yang lamban dalam penanganan Covid-19 justru sangat berkontradiksi dengan apa yang sudah seharusnya mereka lakukan. Terlebih, pada saat kemunculannya pemerintah pada saat itu bersikap denial, justru meremehkan. Meskipun begitu, pemerintah sudah berupaya untuk menangani kasus tersebut dengan mengambil kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dengan mempertimbangan sektor lainnya, seperti ekonomi. Meskipun demikian,

terdapat kekurangan yang membuat keberjalanan PSBB belum berhasil, yakni minimnya pengetahuan masyarakat terhadap hal tersebut sehingga tidak jarang masyarakat masih 'bandel' keluar rumah karena kurangnya penindakan secara kontinuitas oleh pemerintah pusat ke daerah. Dengan begitu, dapat disimpulkan bahwa pemerintah pusat belum bisa mendelegasikan kebijakannya hingga ke tingkat kabupaten/kota bahkan desa.

Secara garis besar, ketiga literatur penelitian tersebut sama-sama memiliki fokus permasalahan yang kaitannya dengan *Welfare State*, yakni bagaimana pemerintah Indonesia hadir mewujudkan negara sejahtera dalam bentuk peraturan dan kebijakan kesehatan. JKN, PSBB, juga Permenkes No. 21 Tahun 2021 adalah kebijakan dan peraturan yang pemerintah pusat hadirkan demi terwujudnya *welfare state* di bidang kesehatan. Namun, yang jadi permasalahan adalah bagaimana pemerintah daerah menindaklanjuti kebijakan yang sudah dibentuk oleh pemerintah pusat, demi terwujudnya pengimplementasian kebijakan yang berhasil.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan, dkk (2015) dan Azka (2021) hasil pembahasannya cenderung tidak berhasil karena tidak adanya inisiasi yang baik dari pemerintah daerah untuk meneruskan kebijakan yang sudah ditentukan oleh pemerintah pusat. Berbeda dengan hasil temuan Saputra dkk (2013) yang hasil temuan implementasi kebijakannya cenderung berhasil karena peran pemerintah daerah yang mampu mengadopsi kebijakannya sesuai dengan kultur dan kebiasaan

masyarakatnya. Seperti contohnya di Kecamatan Kedamean melakukan pendekatan melalui kearifan lokal, sementara daerah seperti Pasuruan, Takalar, dan Kupang memanfaatkan ormas-ormas dan paguyuban.

Dengan mengelaborasi ketiga literatur penelitian tersebut dengan penelitian peneliti, maka dapat ditemukan benang merahnya bahwasanya topik pembahasannya sama yakni, bagaimana implementasi kebijakan yang sudah ditetapkan oleh pemerintah pusat di bidang kesehatan menjadi berhasil demi terwujudnya *welfare state*. Pada ketiga penelitian tersebut dijelaskan secara implisit dan eksplisit bahwasanya peran negara adalah menjamin kesehatan warga negaranya sesuai dengan konstitusi, yang kemudian pada penelitian yang peneliti lakukan *welfare state* diterjemahkan sebagai salah perwujudan RPJMD Kota Bandung Tahun 2018 – 2023. Pertanyaan dari ketiga penelitian tersebut dengan penelitian yang peneliti lakukan juga serupa, yakni bagaimana dengan implementasinya, apa faktor yang membuat kebijakan tersebut berjalan dengan berhasil pada penelitian Saputra (2013) dan belum berhasil pada penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan, dkk (2015) dan Azka (2021). Yang menjadi pembeda di antara ketiga penelitian tersebut dengan yang peneliti lakukan ialah fokus pembahasannya karena penelitian ini berfokus pada penekanan MMR dan IMR di Kota Bandung yang berlandaskan dengan Permenkes No. 21 Tahun 2021.

1.7 Landasan Teori

1.7.1 Implementasi Kebijakan Kesehatan

1.7.1.1 Kebijakan Kesehatan

Elau dan Pewitt (1973) dalam Ayuningtyas (2018) mendefinisikan kebijakan sebagai sebuah ketetapan yang berlaku dengan perilaku yang konsisten dan repetitif, baik dari yang merumuskannya maupun yang menaatinya. Kebijakan dapat secara komprehensif dapat diartikan sebagai rangkaian kegiatan yang menjadi ketetapan pemerintah dalam mengelola negaranya (Ayuningtyas, 2018, hal. 90). Sementara itu, menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kebijakan adalah konsep dan asas yang menjadi landasan dalam melaksanakan suatu kegiatan dan tindakan. Tidak jauh berbeda dengan Elau dan Pewitt, Carl. J Fredrick dalam Taufiqurokhman (2014) mendeskripsikan kebijakan sebagai rangkaian perilaku atau tindakan yang diberi usul oleh aktor dan pemangku kepentingan (individu, kelompok masyarakat, atau negara dalam pemerintahan), yang dalam prosesnya terdapat hambatan dan kesempatan untuk mencapai tujuan tertentu.

Jika berbicara kebijakan pada ranah publik, maka dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwasanya kebijakan publik merupakan rangkaian kegiatan atau tindakan oleh pemerintah dengan berorientasi pada suatu tujuan, dengan harapan menjawab permasalahan yang ada pada ranah publik (Ayuningtyas, 2018, hal. 92). Oleh karena itu, cakupan kebijakan publik sangat spesifik dan variatif, seperti kebijakan transportasi, kebijakan pendidikan, kebijakan usaha, kebijakan ekonomi, dan kebijakan kesehatan.

Adapun objektif dari perumusan kebijakan publik tersebut, adalah agar terwujudnya kepentingan publik. Nantinya, bentuk dari hasil perumusan kebijakan publik adalah peraturan yang sifatnya mengikat masyarakat.

World Health Organization (WHO) (2016) dalam buku *Analisis Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi* oleh Dumilah Ayuningtyas (2018) menjelaskan bahwasanya kebijakan publik pada ranah kesehatan merupakan langkah yang mengelaborasi rencana, perumusan, dan tindakan untuk mengakomodir kepentingan masyarakat pada bidang kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mewujudkan visi pemerintah pada sektor kesehatan dalam jangka pendek, menengah, hingga panjang dengan melibatkan pemangku kepentingan intra dan antarsektor. Carol Barker pada karya ilmiahnya yang berjudul *The Health Care Policy Process* (1996) mengungkapkan, sebagai bagian dari kebijakan publik, kebijakan kesehatan merupakan himpunan dari keputusan-keputusan yang saling berkorelasi, dan kemudian membentuk rumusan strategi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan (Baker, 1996, hal. 24).

Sementara itu, Walt dan Gilson dalam artikelnya yang berjudul *Reforming Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis* mengungkapkan bahwasanya dalam perumusan kebijakan kesehatan, terdapat intervensi politik yang memengaruhinya (Walt & Gilson, 1994, hal. 360). Mereka mengklasifikasikan pengaruh politik tersebut menjadi dua jenis, yakni:

1. Politik Makro / *High Politic Issue*

Pengaruhnya berdampak ke semua lapisan masyarakat (satu negara), dan melibatkan tujuan jangka panjang pemerintahan atau negara.

2. Politik Mikro / *Low Politics Issue*

Pengaruhnya bersifat lokal, dan hanya melibatkan kepentingan sektoral jangka pendek menengah. Meskipun begitu, menurut Walt (1994) permasalahan politik mikro ini dapat menjadi politik makro seiring dengan dinamika aspek ekonomi, sosial, budaya, pertahanan, dan lain sebagainya.

1.7.1.2 Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan secara garis besar merupakan salah satu dari sekian proses kebijakan yang berorientasi pada tahapan agar sebuah kebijakan dapat berjalan sesuai dengan tujuannya (Kasmad, 2013, hal. 4). Oleh karena itu, proses kebijakan ini berkaitan dengan kegiatan administratif pasca ditetapkannya suatu kebijakan (di antara perumusan kebijakan dan evaluasi kebijakan). Sementara itu Merilee S. Grindle (1980) dalam bukunya yang bertajuk "*Politics and Policy Implementation in the Third World*" mengungkapkan bahwa tugas implementasi pada suatu rangkaian kebijakan adalah membentuk suatu koneksi yang merealisasikan tujuan kebijakan dengan mudah. Grindle (1980) menamai model tersebut dengan sebutan "*Implementation as a Political and Administrative Process*".

Lebih lanjut, Grindle menjelaskan dua faktor yang mempengaruhi implementasi dari kebijakan itu terdiri dari *content*/isi dan *context*/lingkungan dari kebijakan tersebut (Kasmad, 2013, hal. 53). Jika dijabarkan lebih lanjut, maka:

1. Isi Kebijakan meliputi:

a. Kepentingan yang Memengaruhi

Indikator ini menyebutkan bahwasanya berhasil atau tidaknya suatu kebijakan dipengaruhi oleh keterwakilan kepentingan beberapa atau semua golongan masyarakat. Kebijakan akan berhasil diimplementasikan jika kebijakan tersebut menjawab permasalahan dari kepentingan masyarakat luas sebagai sasarannya.

b. Tipe Kebermanfaatan

Kebijakan yang berhasil adalah kebijakan yang bermanfaat bagi masyarakat secara luas sebagai kelompok sasarannya. Kebermanfaatan ini tidak diperbolehkan untuk ditunjukkan kepada beberapa golongan saja.

c. Derajat Perubahan yang Ingin Diwujudkan

Indikator ini berkaitan dengan tingkat kebesaran dari perubahan yang ingin diwujudkan pada implementasi kebijakan. Jika kebijakan cenderung memiliki tujuan perubahan yang masif, maka implementasinya akan lebih sulit berhasil.

d. Lokasi Pengambilan Keputusan

Berhasil atau tidaknya suatu kebijakan dipengaruhi oleh tempat pengambilan keputusan. Keputusan yang penetapan lokasinya cenderung lebih jauh, memiliki kemungkinan untuk gagal dalam mengimplementasikan kebijakannya.

e. Implementor Program

Indikator ini berkaitan dengan komitmen dan integritas yang dimiliki oleh implementor, dalam hal ini adalah organisasi atau instansi. Implementor dengan kapabilitas integritas dan komitmen yang kuat akan berdampak secara langsung terhadap keberhasilan implementasi dari suatu kebijakan.

f. Sumberdaya yang Dikerahkan

Indikator terakhir pada faktor *content* adalah ketersediaan sumberdaya yang menjadi penopang implementasi suatu kebijakan. Sumberdaya ini berkaitan dengan manusia, finansial, juga fisik. Sumberdaya yang memadai akan membantu pengimplementasian suatu kebijakan menjadi lebih mudah sehingga probabilitas untuk kebijakan tersebut dapat berhasil menjadi lebih tinggi.

2. Konteks Pengimplementasian

a. Kekuatan, Kepentingan, dan Strategi yang terlibat

Keberhasilan suatu kebijakan sangat dipengaruhi oleh kekuasaan, kepentingan, dan strategi dari aktor yang selaras dengan realita permasalahan di masyarakat. Aktor dengan kekuasaan yang besar,

kepentingan yang tidak individualis, dan strategi yang konstruktif akan lebih mudah mencapai tujuan kebijakan.

b. Karakteristik Institusi dan Rezim

Dukungan dari insitusi dan rezim yang berkuasa juga menjadi indikator penting untuk mewujudkan keberhasilan implementasi dari suatu kebijakan. Jika institusi dan rezim yang terlibat memiliki karakteristik yang humanis dan mengutamakan kepentingan masyarakat luas maka keberhasilan dari suatu kebijakan yang diimplementasikan akan lebih mudah digapai.

c. Ketegasan dan Daya Tanggap

Indikator terakhir ini berkaitan dengan keselarasan tanggung jawab para implementor kebijakan dan responsifitasnya dalam menanggapi kebijakan yang sedang diimplementasikan. Konsistensi implementor dalam perencanaan program dan tujuan kebijakan akan berpengaruh terhadap keberhasilannya.

Kriteria dan indikator tersebut merupakan aspek penting dalam penelitian yang peneliti ambil, karena peneliti akan memanfaatkan keenam kriteria tersebut sebagai indikator utama pertanyaan penelitian perihal implementasi kebijakan. Hal tersebut disebabkan model teori yang Grindle (1980) kemukakan ini bukan hanya mengidentifikasi birokrat sebagai implementor kebijakan, tetapi juga kekuasaan dan pemangku kepentingan yang terlibat dalam implementasi kebijakan tersebut.

Dengan memanfaatkan kriteria dan indikator tersebut peneliti akan mengetahui apakah Permenkes No. 21 Tahun 2021 sudah berhasil sehingga berfungsi sebagaimana mestinya untuk menekan MMR di Kota Bandung demi terwujudnya *Welfare State*.

1.7.2 Maternal and Infant Mortality Rate

Mortalitas atau merupakan salah satu dari tiga komponen penting dalam proses dinamika demografi atau kependudukan, yakni adalah kematian (Mantra, 2000, hal. 63). Lebih lanjut, kematian terjadi setelah adanya proses fertilitas (kelahiran) dan merupakan hilangnya semua bentuk tanda-tanda kehidupan secara permanen (Utomo, 1985, hal. 16). Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwasanya kematian merupakan peristiwa hilangnya nyawa dari setiap individu.

Kemudian, karena mortalitas merupakan salah satu dari tiga komponen unsur dalam proses demografi, maka mortalitas perlu dilakukan sensus atau perhitungan. Oleh karena itu, terdapat indeks atau angka kematian yang ukuran umumnya merupakan rasio/*rate* dengan fungsi untuk mengukur atau menghitung angka kematian dari suatu daerah. yang kemudian disebut dengan *Mortality Rate*. Adapun karena fokus pembahasan penelitian ini adalah kematian ibu dan bayi maka angka atau indeks perhitungannya berfokus pada *Maternal Mortality Rate and Infant Mortality Rate*.

Seperti yang sudah dipaparkan di latar belakang, bahwasanya *Maternal Mortality Rate* dan *Infant Mortality Rate* merupakan sebuah angka-angka yang berhubungan secara langsung dengan AKI dan AKB. Penggunaan *Maternal Mortality Rate* dan *Infant Mortality rate* ini sudah sangat umum digunakan oleh

para tenaga kesehatan dan akademisi kesehatan sejak lama untuk menghitung rasio kematian baik ibu maupun bayi, dengan penyebab yang variatif (Taylor & Francis, Ltd., 2008). Korelasi keduanya adalah mayoritas kematian yang terjadi pada bayi, baik saat *intra urerin* dan *ekstra urerin* disebabkan oleh kesehatan ibu (Lee, 1977, hal. 262). Menurut Lee, kondisi kesehatan ibu saat fase hamil menentukan keselamatan bayi yang dikandung, argumentasi ini juga didukung oleh data yang peneliti sajikan pada latar belakang.

Berdasarkan artikel yang dikeluarkan oleh permenkes melalui *daps.bps.go.id* dan Alfana (2015) dalam papernya, rumus untuk menghitung MMR dan IMR adalah:

1. *Infant Mortality Rate* (angka kematian bayi)

$$\text{IMR} = \frac{D_1}{B} \times k$$

Di mana:

- IMR = *Infant Mortality Rate*
- $D_{<1}$ = Jumlah kematian bayi yang umurnya kurang dari satu tahun
- B = Jumlah bayi yang lahir dengan selamat
- K = Bilangan konstan yang berjumlah 1000

2. *Maternal Mortality Rate* (angka kematian ibu)

$$\text{MMR} = \frac{\text{JumlahKematianIBU}}{\text{JumlahKelahiranHidup}} \times k$$

Di mana:

- MMR = *Maternal Mortality Rate*
- $D_{<1}$ = Jumlah ibu yang disebabkan karena persalinan, kehamilan, dan nifas
- B = Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama
- K = Bilangan konstan yang berjumlah 1000

1.8 Operasionalisasi Konsep

Kebijakan yang sudah mencapai tahapan implementasi maka kaitannya sudah berhasil atau gagal, oleh karena itu diperlukan perencanaan yang konstruktif sebelum suatu kebijakan diimplementasikan. Implementasi kebijakan dilaksanakan melalui serangkaian aktivitas dan tindakan oleh implementor (dalam hal ini adalah pemerintah) sehingga menjadi hasil dari implementasi kebijakan tersebut dapat diobservasi keberhasilannya secara konkret. Salah satu kebijakan tersebut ialah Permenkes No. 21 Tahun 2021 dan berhasil atau gagalnya mengimplementasikan kebijakan tersebut dalam menekan MMR dan IMR di Kota Bandung.

1.8.1 Kerangka Konseptual

1. Implementasi Kebijakan adalah teori yang melihat bagaimana implementasi kebijakan dirasakan oleh masyarakat. implementasi kebijakan berguna sebagai landasan dalam tolak ukur apakah kebijakan tersebut sudah berjalan dengan baik dan dapat dirasakan dampaknya kepada masyarakat atau tidak. Terdapat dua faktor dan enam kriteria untuk mengimplementasi sebuah kebijakan, yakni *content* dan *context*. *Content* meliputi *interested affected, type of benefits, extent of change evision, site of decision making, program implementors, dan resourced commited*. Sementara itu, untuk *context* meliputi *power, interest, and strategies of actors involved, institution and regime characteristic, dan compliance and responsiveness*. Kriteria tersebut nantinya digunakan sebagai indikator dalam penyusunan naskah wawancara guna mencari

tahu dan menganalisis sudah atau belum berhasil Permenkes No. 21 Tahun 2021

2. MMR (*Maternal Mortality Rate*) dan IMR (*Infant Mortality Rate*) adalah cara untuk mengetahui angka-angka atau presentase yang berkaitan dengan kematian ibu dan bayi dalam persalinan. Kedua variabel tersebut memiliki sifat yang saling keterkaitan (Lee, 1977, hal. 262). MMR dan IMR biasanya dikaitkan dengan rumus yang berfungsi sebagai langkah utama untuk mencari data dalam penelitian ini. Adapun rumus tersebut akan berhubungan secara langsung dengan faktor penghambat dan pendukung dari tingginya MMR dan IMR, yang kemudian akan diasosiasikan dengan berhasil atau tidaknya Permenkes No. 21 Tahun 2021 diimplementasikan di masyarakat Kota Bandung.

Mengelaborasi implementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 dengan teori implementasi kebijakan oleh Merilee S. Grindle (1980) maka ditemukan variabel, dimensi, dan indikator sebagaimana berikut ini:

Tabel 1. 2 Operasionalisasi Konsep

No.	Variabel	Dimensi	Indikator
1.	<i>Content of Policy</i>	<i>Interest Affected</i>	Kepentingan pemerintah dan masyarakat luas, meliputi: <ol style="list-style-type: none">a. Keterwakilan kepentingan perempuan usia produktif dalam perumusan dan penetapan Permenkes No. 21 Tahun 2021.b. Kepentingan Kemenkes beserta Dinas Kesehatan

			Kota Bandung dalam penyusunan dan penetapan Permenkes No.21 Tahun 2021.
		<i>Type of Benefits</i>	Kebermanfaatan yang dirasakan masyarakat luas, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> a. Kemudahan akses edukasi dan informasi mengenai penekanan MMR dan IMR di Kota Bandung. b. Pelayanan kesehatan yang menunjang kebutuhan pra, saat, dan pasca persalinan di Kota Bandung. c. Keselamatan ibu dan bayi saat persalinan di Kota Bandung.
		<i>Extent of Change Evisioned</i>	Menurunnya secara signifikan MMR dan IMR di Kota Bandung.
		<i>Site of Decision Making</i>	Lokasi pemangku kepentingan yang terlibat saat keputusan ini dirumuskan dan ditetapkan (Kemenkes dan Dinas Kesehatan Kota Bandung)
		<i>Program Implementors</i>	Aktor yang terlibat dalam pengimplementasian kebijakan, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> a. Kemenkes, sebagai insiator perumusan dan penetapan Permenkes No. 21 Tahun 2021 b. Dinas Kesehatan, dan Puskesmas Kota Bandung sebagai

			<p>pelaksana kebijakan Permenkes No. 21 Tahun 2021</p> <p>Integritas dan komitmen aktor tersebut, meliputi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Efisiensi waktu dalam perumusan Permenkes No. 21 Tahun 2021 b. Keberpihakan aktor pada kepentingan masyarakat dalam menekan MMR dan IMR c. Intervensi kepentingan pihak tidak terlibat yang diabaikan
		<i>Resourced Committed</i>	<p>Sumberdaya yang dibutuhkan dalam mengimplementasikan Permenkes No. 21 Tahun 2021, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sumberdaya manusia yang dilibatkan dalam pengimplementasian Permenkes No. 21 Tahun 2021 di Kota Bandung b. Anggaran yang dibutuhkan oleh Kemenkes dan Kedinasan terkait di Kota Bandung untuk mengimplementasikan Permenkes No.21 Tahun 2021 (sumber dan yang dialokasikan) c. Sarana dan prasarana yang membantu implementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 untuk

			menekan MMR dan IMR di Kota Bandung
2.	<i>Context Of Implementation</i>	<i>Power, Interest, and Strategic Actor Involved</i>	<p>Pemanfaatan kekuasaan, kepentingan umum, dan strategi dalam mengimplementasikan Permenkes No. 21 Tahun 2021, meliputi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keselarasan kepentingan presiden dan Kemenkes (sebagai pemegang kekuasaan tertinggi dalam bidang ini) dengan Dinkes, dan Puskesmas Kota Bandung dalam menekan MMR dan IMR di Kota Bandung b. Strategi Kemenkes dalam merumuskan dan mengimplementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 c. Kebijakan inovatif lanjutan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Bandung untuk menekan MMR dan IMR
		<i>Institution and Regime Characteristic</i>	<p>Karakteristik Kemenkes, Dinkes, dan DP3A dalam mengimplementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemerintah yang inovatif dan adaptif dalam menangani MMR dan IMR di Kota Bandung. b. Pemerintah yang berorientasi pada penekanan MMR dan IMR sehingga

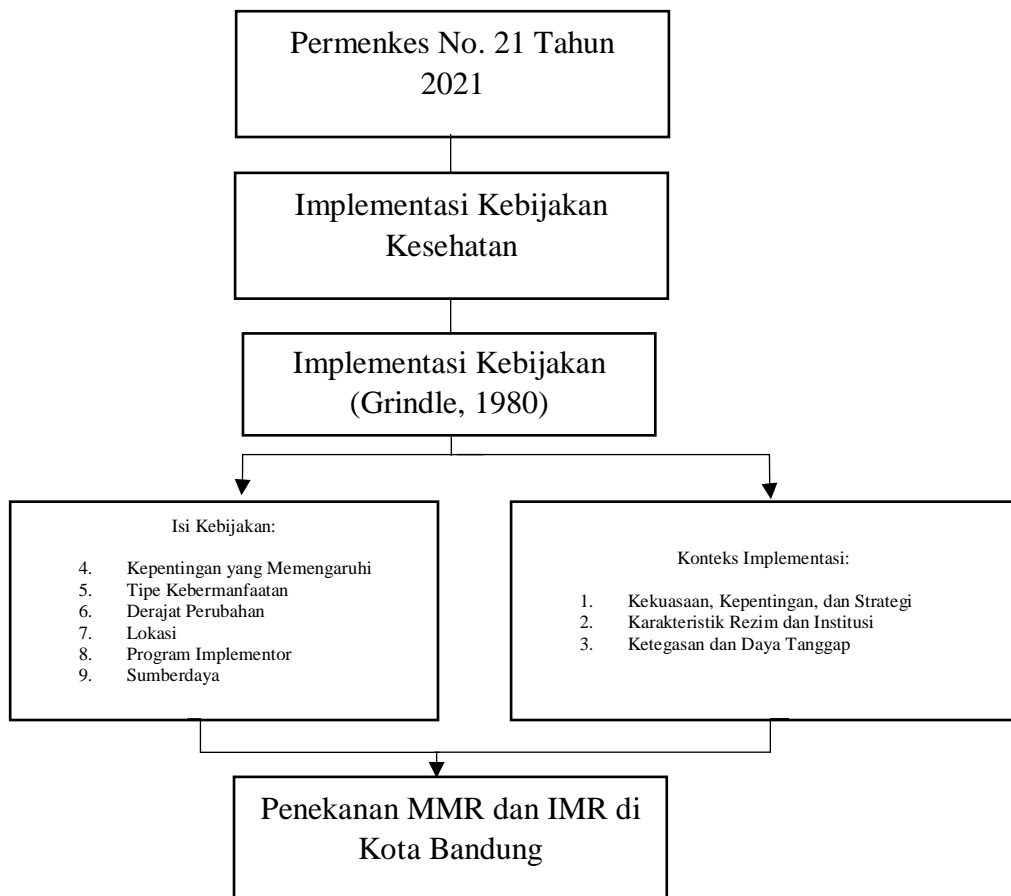
			<p>melahirkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien di Kota Bandung</p> <p>c. Pemerintah yang kolaboratif dengan masyarakat dalam mengimplementasikan Permenkes No. 21 Tahun 2021 di Kota Bandung</p>
		<i>Compliance and Responsiveness</i>	<p>Konsistensi responsifitas dan tanggung jawab pemerintah dalam implementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 di Kota Bandung, meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ketegasan pemerintah dalam melaksanakan kebijakan b. Ketersediaan informasi dan layanan pengaduan. c. Transparansi terhadap kritik serta saran. <p>Kepatuhan masyarakat kota Bandung dalam melaksanakan kebijakan, meliputi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Presepsi masyarakat Kota Bandung terhadap Permenkes No. 21 Tahun 2021. b. Masyarakat Kota Bandung yang taat pada Permenkes No. 21 Tahun 2021.

Sumber: Hasil Olah peneliti

1.8.2 Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran adalah rangkaian proses untuk menyatukan antara landasan teori dengan berbagai macam komponen penting dari permasalahan (Sugiyono, 2013, hal. 222), dengan tujuan agar arah dan tujuan penelitian jelas dan relevan, tanpa adanya bahasan-bahasan yang tidak penting. Berikut merupakan kerangka pemikiran peneliti:

Gambar 1.1 Kerangka Pemikiran



Sumber: Hasil Olah peneliti

1.9 Metode penelitian

1.9.1 Desain penelitian

Jenis penelitian dalam penelitian ini adalah kualitatif-deskriptif. Kualitatif adalah jenis penelitian yang temuannya tidak melalui angka statistik dan hitungan sejenis. Hal ini disebabkan kualitatif menekankan kepada pola dan perilaku dari manusia yang tidak bisa diukur menggunakan angka (Harahap, 2020, hal. 78). Terdapat beberapa karakter penelitian kualitatif yakni, pengambilan data berdasarkan realita (tidak ada intervensi pada subjek penelitian), bersifat deskriptif, penekanannya ada pada proses kerja (bukan hasil), induktif sebagai pendekatannya, dan menitikberatkan pada pemaknaan (Harahap, 2020, hal. 101). Penggunaan metode kualitatif-deskriptif pada penelitian peneliti adalah karena peneliti berusaha untuk mendeskripsikan dan menjelaskan secara rinci implementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 dan dampaknya terhadap penurunan IMR dan MMR di Kota Bandung. Selain itu, teknik mencari Informan yang peneliti lakukan adalah *purposive* dan *snowball*, dengan triangulasi sebagai teknik pengumpulan datanya. Kemudian, karena jangkauan waktu penelitian dilakukan hanya satu waktu dan bukan penelitian yang dilakukan secara kontinuitas, maka penelitian ini termasuk ke dalam *cross-sectional* (Priyono, 2008, hal. 40).

1.9.2 Lokasi dan Waktu

1. Lokasi

Lokasi penelitian ini berada di Kota Bandung, Jawa Barat karena penelitian ini berfokus pada implementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 dan upayanya dalam menekan MMR dan IMR. Untuk secara spesifiknya, peneliti mendatangi Dinas Kesehatan Kota Bandung yang berlokasi di Jl. Supratman No. 73, Cihapit, Bandung Wetan, Kota Bandung. Selain itu, peneliti juga mendatangi Puskesmas Kota Cibuntu, serta Kantin Fakultas Pendidikan Teknologi dan Kejuruan Universitas Pendidikan Indonesia. Untuk lokasi lainnya yang berlokasi di luar Kota Bandung adalah Kantor Kementerian Kesehatan yang berada di Kecamatan Setiabudi, Jakarta.

2. Waktu

Waktu untuk melaksanakan penelitian ini adalah selama 3 bulan dengan rincian pengumpulan data (wawancara, observasi, dan dokumentasi) pengolahan data, dan penyimpulan akhir hingga berbentuk penelitian.

1.9.3 Subjek penelitian

Subjek penelitian adalah individu atau sekelompok narasumber atau informan yang dapat menyediakan data dan informasi terkait permasalahan pada penelitian. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *purposive sampling*, yakni peneliti menetapkan informan ataupun narasumber berdasarkan kebutuhan penelitian agar permasalahan yang peneliti hadapi dapat dijawab dengan informasi yang relevan. Hal ini tentu saja penting karena dengan menggunakan *purposive sampling* maka diharapkan para informan dan narasumber memahami fokus

permasalahan pada penelitian peneliti (Creswell, 2016, hal. 39). Adapun yang menjadi subjek penelitian peneliti ialah:

1. Kepala Tim Kesehatan Maternal dan Neonatal Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak (Gizi Kia) Kementerian Kesehatan, dr. Layla Mahmudah MPH sebagai perumus dan inisiator kebijakan dan peraturan Peraturan Kementerian Kesehatan No. 21 Tahun 2021 tentang Permenkes No. 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual
2. Staff Bidang Kesehatan dan Pelayanan Dinas Kesehatan Kota Bandung, Lilis Supartini, S.K.M., sebagai perpanjangan tangan dari Kementerian Kesehatan, dan kedinasan yang secara langsung memiliki tanggung jawab terhadap naik/turunnya MMR dan IMR, entah dari aspek pelayanan kesehatan, penerapan/inovasi program kesehatan, hingga pendataan penyebab kematian.
3. Kepala Program Keluarga Berencana dan Bidan Pusat Kesejahteraan Masyarakat Cibuntu Kota Bandung, Bdn. Novita Nurlaelasari, S.Keb sebagai pusat pelayanan yang melayani persalinan di kelurahan di Kota Bandung.
4. Masyarakat yang terdampak kebijakan, khususnya perempuan yang sudah berusia produktif di Kota Bandung, Diva Aulia Ningrum dan Widi Utari

1.9.4 Jenis dan Sumber Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat secara langsung dari objek penelitian yang sedang diteliti (Arikunto, 2010). Untuk mendapatkan data primer, peneliti melakukan observasi, wawancara dan dokumentasi secara langsung dengan objek penelitian peneliti, yang dalam hal ini melibatkan Dinas Kesehatan Kota Bandung, Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Bandung, dan masyarakat Kota Bandung, lebih tepatnya perempuan usia produktif.

2. Data Sekunder

Berbeda dengan data primer, data sekunder menggali informasi dari pihak kedua atau tidak secara langsung berinteraksi dengan objek penelitian. Dalam hal ini bisa berupa koran, jurnal, buku, artikel, skripsi, dan lain sebagainya (Sugiyono, 2013, hal. 145). Untuk itu, dalam memenuhi data-data yang peneliti butuhkan, peneliti akan memanfaatkan literatur-literatur berupa artikel dan berita yang memuat tentang MMR dan IMR.

1.9.5 Teknik Pengumpulan data

1. Wawancara

Teknik survei adalah teknik penelitian yang memanfaatkan kegiatan komunikasi secara verbal yang sistematis. Sistematis di sini ialah dengan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan yang substantif dan konstruktif agar informasi yang didapat lebih merinci. Umumnya, teknik ini

dilakukan antar individu (pewawancara dan informan), tetapi bisa juga dilaksanakan secara kelompok dan kolektif. Menurut Harahap (2020), terdapat dua cara melakukan wawancara, yakni menggali secara mendalam dengan selalu fokus pada koridor pertanyaan (*directive*) dan secara umum agar bisa lebih mengeksplorasi informasi (*nondirective*). Dua cara wawancara tersebut bisa dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan penelitian. Adapun peneliti sendiri akan mewawancarai Kemenkes, Dinkes Kota Bandung, Puskesmas Cibuntu, dan masyarakat. Pertanyaan yang disampaikan nantinya akan didiversifikasi sesuai dengan ranah dari kedinasan tersebut.

Pelaksanaan wawancara dengan Ketua Tim Kesehatan Maternal dan Neonatal, Ditjen Gizi KIA merupakan sudah menjadi intensi penulis sejak awal dalam meneliti Permenkes No. 21 Tahun 2021. Terlebih peneliti menggunakan teori milik Grindle yang menitikberatkan pada isi dan konteks suatu kebijakan. Dalam kasus Permenkes No. 21 Tahun 2021, dr. Layla Mahmudah MPH beserta dengan timnya lah yang memprakasai adanya perubahan Permenkes No. 97 Tahun 2014 karena di rasa masih cukup jauh dalam menekan MMR dan IMR di Indonesia yang masih fluktuatif. Hal ini juga didukung dengan dorongan dari para pakar dan ahli yang menuntut adanya perubahan pada isi Permenkes No. 97 Tahun 2014 karena jika berlandaskan pada WHO, maka cara penekanan MMR dan IMR di Indonesia, baik dari segi fasilitas pelayanan kesehatan maupun SDM-nya masih ketinggalan cukup jauh.

Wawancara dengan dr. Layla berjalan dengan sangat baik, jika dibandingkan melakukan penelitian di kementerian dan di kedinasan, tahapannya sangat jauh berbeda. Meneliti di Kementerian secara birokratis memiliki alur yang sangat singkat, penjadwalan pun berjalan dengan cepat karena Ditjen yang dituju pada surat langsung ditanggapi oleh Ditjen yang bersangkutan. Tidak melewati biro administrasi umum dan lain sebagainya.

Berkontradiksi dengan apa yang peneliti rasakan saat meneliti di Kemenkes, meneliti dengan Dinas Kesehatan Kota Bandung cukup merepotkan, karena pada dasarnya penulis harus memiliki surat rujukan terlebih dahulu yang dituju ke Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bandung (Kesbangpol). Kemudian, untuk melakukan penjadwalan perlu menunggu surat izin penelitian terbit yang memakan waktu hingga 14 hari. Untung saja, Bu Lilis Supartini mau peneliti temui di luar jadwal yang sudah ditentukan. Kesulitan penulis dalam birokrasi yang berbelit ini terjawab dengan jawaban wawancara yang komprehensif. Bu Lilis, beserta beberapa staff yang tergabung dalam Bidang Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinkes Kota Bandung secara seksama dan kolektif menjawab pertanyaan peneliti.

Kemudian, untuk memvalidasi pernyataan-pernyataan Dinkes Kota Bandung mengenai program yang sudah dijalankan beserta dengan sarana dan prasarana yang menunjang, peneliti bergegas mewawancarai informan penulis yang selanjutnya, yakni Bu Bdn. Novita, selaku kepala

Program Keluarga Berencana sekaligus Bidan yang bekerja di Puskesmas Cibuntu. Sama seperti dengan jawaban-jawaban dari narasumber sebelumnya, jawaban Bu Novita sangat komprehensif. Alur untuk melakukan wawancara dengan Bu Novita juga tidak sulit karena tidak perlu melalui surat rujukan apapun. Padahal pada saat itu kondisi Puskesmas Cibuntu sedang ramai dengan pasien, tetapi beliau tetap meluangkan waktunya di tengah-tengah istirahat jam makan siang untuk melakukan wawancara dengan peneliti.

Sebelum peneliti meneliti Puskesmas Cibuntu, peneliti sudah melakukan wawancara terlebih dahulu dengan perempuan berusia produktif yang sedang menjadi mahasiswi Program Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Pendidikan Indonesia. Pelaksanaan penelitian berjalan dengan lancar di kampus Universitas Pendidikan Indonesia yang rindang, di tambah karena keduanya memiliki latar belakang yang berbeda dalam hal tempat tinggal dan asal domisili, membuat penelitian yang penulis teliti mengenai Implementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 memiliki warna baru dan seolah-olah menjadi kepingan puzzle yang mengisi kekosongan.

2. Observasi

Observasi merupakan sebuah teknik pengumpulan data dengan memantau dan menganalisis langsung ke lapangan (Priyono, 2008, hal. 108). Adanya observasi ini dengan tujuan untuk mengetahui realitas permasalahan yang ada di lapangan, apakah sesuai dengan jawaban-

jawaban dari hasil wawancara yang sudah dilakukan. Dengan begitu, observasi akan membuka perspektif baru terhadap pengolahan data nantinya. peneliti nantinya akan mengobservasi secara langsung bagaimana Dinas Kesehatan Kota Bandung dan Puskesmas Cibuntu menginterpretasi dan mengimplementasi kebijakan Permenkes No. 21 Tahun 2021 hingga dapat berjalan sesuai dengan orientasi keberhasilan. Kemudian saat peneliti memantau realitanya pada masyarakat yang menjadi fokus utama kebijakan tersebut, khususnya perempuan di usia produktif, fakta di lapangan menjawab mengapa Implementasi Kebijakan Permenkes No. 21 Tahun 2021 belum berjalan secara maksimal

3. Dokumentasi

Adanya teknik pengumpulan data melalui dokumentasi adalah untuk memahami permasalahan dengan pendekatan historis. Pada teknik pengumpulan ini, peneliti memanfaatkan dokumen-dokumen yang berkaitan secara langsung dengan inti permasalahan pada penelitian ini, yakni tingkat penekanan *Maternal* dan *Infant Mortality Rate* di Kota Bandung, seperti data resmi yang dipublikasikan oleh BPS, Dinkes Kota Bandung, dan regulasinya itu sendiri, Permenkes No. 21 Tahun 2021, kemudian Renstra Kota Bandung, serta Profil Kesehatan Kota Bandung.

1.9.6 Analisis dan Intepretasi Data

Data-data yang sudah peneliti kumpulkan melalui teknik-teknik pengumpulan data, memerlukan analisis serta pengkajian lebih lanjut untuk kemudian diolah menjadi hasil dari penelitiannya. penelitian ini sendiri

menggunakan teknik analisis deskriptif, di mana nantinya hasil dari jawaban-jawaban yang didapatkan melalui Dinas Kesehatan Kota Bandung dan perempuan di usia produktif tentang implementasi Permenkes No. 21 Tahun 2021 dapat dijabarkan dengan baik. Adapun teknik analisisnya berupa;

1. Reduksi Data

Reduksi data adalah tahapan di mana peneliti mengeliminasi data-data yang tidak relevan dengan penelitian peneliti. Hal ini menghindari adanya data-data yang tidak dibutuhkan dan tidak koheren terdapat pada hasil penelitian peneliti.

2. Penyajian Data

Untuk penyajian data sendiri peneliti selain akan mendeskripsikan secara rinci hasil temuan peneliti, peneliti telah menyematkan tabel dan gambar sebagai asistensi dalam penelitian peneliti dengan tujuan menjawab variabel-variabel yang menjadi pertanyaan besar pada penelitian ini.

3. Analisis Data

Analisis data berkaitan dengan mengobservasi data yang sudah peneliti dapatkan melalui informan, dan mengelaborasikannya dengan teori yang sudah peneliti jadikan landasan penelitian. Pada tahap ini, peneliti telah menyelaraskan teori, data yang sudah peneliti peroleh, dengan hasil intepretasi peneliti sendiri dengan harapan menemukan data yang komprehensif untuk dilampirkan pada skripsi ini.

4. Kesimpulan

Setelah pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data sudah selesai dilaksanakan maka peneliti mendapatkan kesimpulan dari apa yang sudah teliti.

1.9.7 Keabsahan Data

Menurut Sugiyono (2015:83) triangulasi data merupakan teknik pengumpulan data yang melibatkan berbagai macam data dan sumber yang sudah peneliti kumpulkan. (wawancara, observasi, dan dokumentasi). Melalui teknik triangulasi, data yang sudah penulis kumpulkan dari informan dan dokumentasi, mampu divalidasi dengan observasi secara langsung. Peneliti saat mewawancarai Kemenkes, Dinkes Kota Bandung, dan Puskesmas, juga melakukan validasi dengan melihat secara langsung di Puskesmas. Penulis juga membandingkan dengan data yang tersedia di internet dengan Profil Kesehatan Kota Bandung dan BPS. Selain itu, penulis juga melakukan triangulasi waktu, yang mayoritas wawancara penulis lakukan di laksanakan pagi hari dan siang hari saat istirahat makan siang. Secara psikologis, waktu tersebut adalah waktu terbaik untuk menggali informasi karena otak sedang merilis dophamine kebahagiaan, sehingga potensi kredibilitas data yang penulis dapatkan akan semakin tinggi.