

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan Ibu merupakan salah satu program yang menjadi prioritas dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama Angka Kematian Ibu (AKI). Selama periode tahun 2000 hingga 2023, lebih dari 90% kematian ibu terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah ke bawah. Pada tahun 2023, diperkirakan terdapat sekitar 260.000 kematian ibu secara global. Dari jumlah tersebut, sekitar 87% (225.000 kematian) terjadi di wilayah Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan. Secara spesifik, Asia Selatan menyumbang sekitar 17% (43.000 kematian) dari total kematian ibu global (*World Health Organization, 2023*).

Sustainable Development Goals (SDGs) yaitu sebuah dokumen yang akan menjadi sebuah acuan dalam kerangka pembangunan dan perundingan negara-negara di dunia. SDGs dirancang sebagai kerangka kerja pembangunan berkelanjutan untuk jangka waktu 15 tahun ke depan, yaitu hingga tahun 2030. Dalam pengembangan SDGs terdapat 3 pilar indikator antara lain pembangunan manusia, lingkungan kecil, dan lingkungan besar. Selain itu terdapat 17 tujuan SDGs untuk mencapai kehidupan lebih baik, khususnya tujuan yang diusung dalam bidang kesehatan terdapat tiga pilar yakni paradigma sehat, pelayanan kesehatan, dan jaminan kesehatan nasional. Pada target 3.1 pada tahun 2030, setiap negara diharapkan dapat mengurangi rasio Angka Kematian Ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia memiliki indikator Rasio Kematian Ibu atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) tertinggi dibandingkan dengan negara-negara lain di Asia Tenggara (Agustino,2023). Tiga penyebab utama kematian ibu adalah komplikasi non-obstetrik (35,2%), hipertensi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas (26,1%), serta perdarahan obstetrik (17,6%) (*Maternal Perinatal Death Notification*, 2024). Hal ini menunjukkan besarnya risiko kematian ibu pada fase kehamilan, persalinan dan masa nifas di antara 100.000 kelahiran hidup dalam satu wilayah pada kurun waktu tertentu.

Indonesia berkomitmen untuk mencapai MDG's (*Millennium Development Goals*), komitmen ini dipercaya dapat meningkatkan kesejahteraan rakyatnya dan memberikan kontribusi kepada peningkatan kesejahteraan masyarakat di dunia. MDG's merupakan acuan penting dalam penyusunan dokumen perencanaan nasional yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN 2005-2025), salah satu indikator penting yang terdapat dalam tujuan pembangunan millenium (MDG's) nomor 5 yaitu mengenai kesehatan ibu. Dalam dokumen RPJMN, disebutkan bahwa target nasional AKI pada tahun 2024 adalah 183 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Namun, data terakhir menunjukkan bahwa AKI di Indonesia masih berada di angka 305 per 100.000 kelahiran hidup, yang berarti masih jauh dari sasaran yang telah dirumuskan (Menteri Kesehatan, 2023). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Renstra Kemenkes RI) Tahun 2020–2024 menetapkan peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak sebagai salah satu prioritas utama dalam agenda pembangunan kesehatan nasional. Hal ini sejalan dengan amanat dalam Rencana Pembangunan Jangka

Menengah Nasional (RPJMN) 2020–2024, yang secara eksplisit menargetkan penurunan AKI sebagai indikator kunci pembangunan manusia.

World Health Organization (WHO) memproyeksikan sekitar 15–20% wanita hamil, baik di negara maju maupun berkembang, berpotensi menghadapi kehamilan berisiko atau komplikasi selama kehamilan. Risiko ini dapat dicegah jika komplikasi kehamilan terdeteksi secara dini dan diberikan layanan kesehatan yang sesuai. Melalui pelayanan antenatal yang berkualitas, deteksi awal risiko tinggi ini mampu mengurangi AKI hingga 20% (Suarayasa, 2020). Model pelayanan *antenatal* memberikan layanan medis, informasi yang sesuai dan tepat waktu, serta dukungan emosional ketika pemeriksaan ibu hamil dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan klinis yang handal dan keahlian dalam berinteraksi dengan baik secara personal (Lattof dkk., 2020).

Kementerian Kesehatan mengadaptasi rekomendasi WHO ke dalam buku Pedoman Pelayanan *Antenatal Care* terpadu yang disesuaikan dengan kondisi di Indonesia. Buku Pedoman ini mengikuti rekomendasi WHO yang telah disesuaikan, memastikan pelayanan *antenatal* yang sesuai dengan kebutuhan lokal serta kondisi spesifik di Indonesia (Menteri Kesehatan, 2020). Kemudian pedoman beriringan dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2021 yang mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebelum hamil, saat hamil, bersalin, dan pasca bersalin. Permenkes ini menjelaskan terkait standar pelayanan *Antenatal Care* (ANC) dikenal dengan sebutan 10 T, yang merangkum sepuluh komponen penting pemeriksaan kehamilan yang wajib dilakukan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan ini dirancang untuk memastikan

kualitas dan keselamatan ibu serta janin selama masa kehamilan, standar pelayanan ini meliputi :

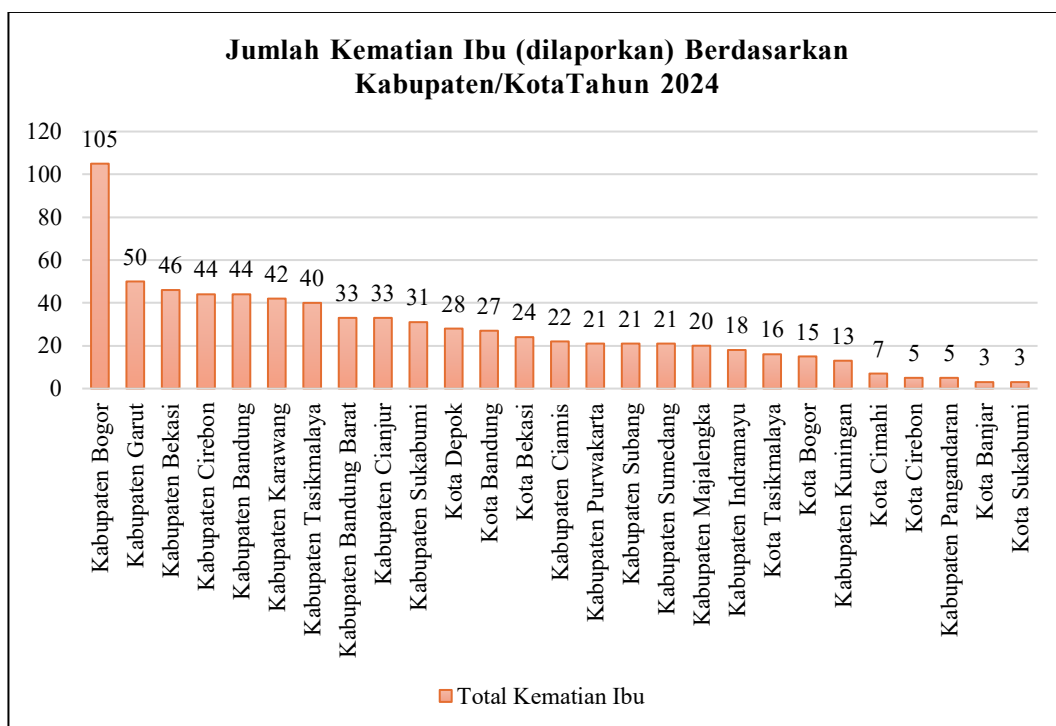
- 1) Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan ibu hamil,
- 2) Mengukur tekanan darah,
- 3) Menilai status gizi melalui pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA)
- 4) Pengukuran tinggi fundus uteri untuk mengetahui pertumbuhan janin,
- 5) Menentukan posisi janin dan memeriksa denyut jantung janin (DJJ),
- 6) Memberikan imunisasi sesuai kebutuhan,
- 7) Membagikan minimal 90 tablet tambah darah.
- 8) Pemeriksaan laboratorium,
- 9) Penanganan atau tatalaksana terhadap kondisi kesehatan tertentu, dan
- 10) Konseling atau temu wicara yang mencakup penilaian kesehatan jiwa ibu

Pelaksanaan pembangunan kesehatan di Provinsi Jawa Barat mengacu pada sejumlah regulasi yang masih berlaku hingga saat ini, di antaranya RPJMN, dan Perda Provinsi Jawa Barat Nomor 8 Tahun 2021 mengenai RPJMD Jawa Barat Tahun 2018–2023. Regulasi tersebut menjadi pedoman utama Pemerintah Provinsi Jawa Barat dalam menyusun arah kebijakan dan strategi pembangunan, termasuk di bidang kesehatan. Secara khusus, penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator prioritas utama dalam misi pembangunan daerah di bidang peningkatan derajat kesehatan masyarakat. RPJMD Jawa Barat menjelaskan bahwa peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak, termasuk penguatan layanan ANC, merupakan bagian penting dari upaya menekan AKI. Dalam konteks ini, pelaksanaan Program *Antenatal Care* dipahami sebagai bagian dari

implementasi kebijakan publik di bidang kesehatan yang menegaskan kesesuaian antara regulasi, sumber daya, dan pelaksanaan di tingkat pelayanan.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2024, tercatat bahwa jumlah kematian Ibu tahun 2024 sebanyak 749 kasus atau 98,60 per 100.000 KH, turun 43 kasus dibandingkan tahun 2023, yaitu 792 kasus. Kasus penyebab kematian ibu pada tahun 2024 yang tercatat di Provinsi Jawa Barat didominasi oleh Komplikasi Non Obstetrik (29,11%), Hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas (28,17%), Perdarahan Obstetrik (25,37%), Komplikasi Obstetrik lain (10,15%), dan faktor lainnya (0,53%). Data kematian ibu tertinggi di Jawa Barat tahun 2024 dimiliki oleh Kabupaten Bogor dengan 105 kasus kematian ibu. Hasil ini sesuai dengan data yang penulis peroleh pada grafik berikut:

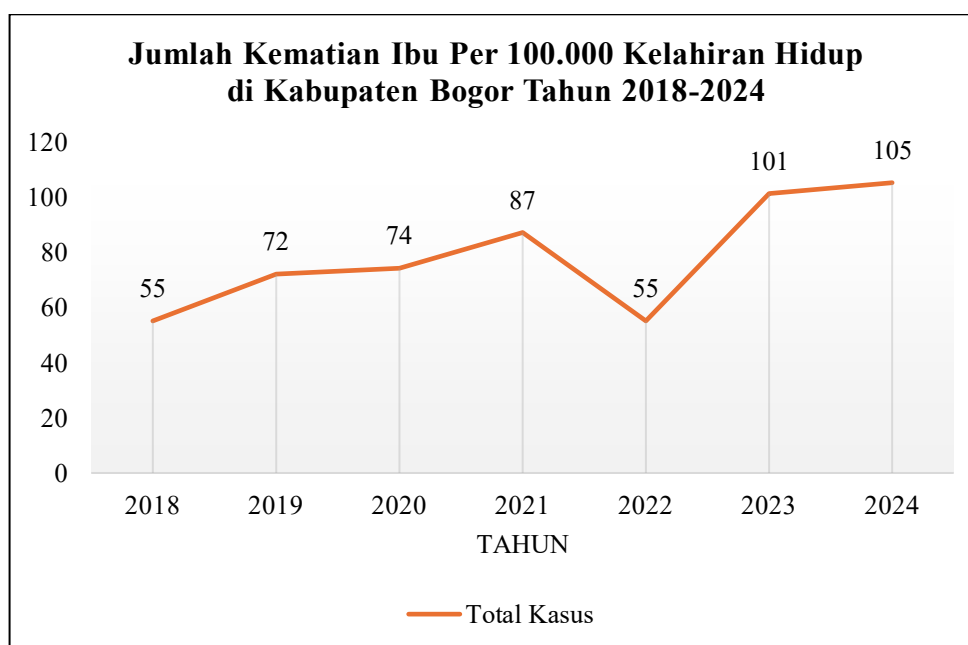
Grafik 1. 1 Data Jumlah Kematian Ibu Berdasarkan Wilayah di Jawa Barat Tahun 2024



Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2024

Berdasarkan grafik tersebut dapat terlihat bahwa Kabupaten Bogor menempati posisi tertinggi dalam jumlah kematian ibu, dengan total 105 kasus yang dilaporkan sepanjang tahun 2024. Angka ini secara signifikan lebih tinggi dibandingkan kabupaten/kota lainnya di Jawa Barat, seperti Kabupaten Garut (50 kasus), Kabupaten Bekasi (46 kasus), Kabupaten Cirebon (44 kasus), dan Kabupaten Bandung (44 kasus) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat). Menindaklanjuti tingginya kasus kematian ibu yang diperoleh Kabupaten Bogor di tingkat provinsi Jawa Barat, penulis menyajikan data jumlah kematian di Kabupaten Bogor pada tahun 2018-2023 sebagai berikut:

Grafik 1. 2 Jumlah Kematian Ibu di Kabupaten Bogor Tahun 2018-2024



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2024

Grafik diatas memperlihatkan bahwa jumlah kematian di Kabupaten Bogor berfluktuasi selama periode 2018–2024. Setelah berada di angka 55 kasus pada 2018, jumlahnya meningkat menjadi 72 kasus (2019) dan 74 kasus (2020), lalu

mencapai puncak 87 kasus pada 2021. Meski sempat turun ke 55 kasus pada 2022, angka tersebut kembali melonjak hingga 101 kasus pada 2023, dan terus naik hingga 105 kasus pada 2024. Jumlah kematian yang terus melonjak ini didominasi oleh penyebab kematian seperti gangguan *hipertensi* atau *eklampsia* sebanyak 26 kasus, diikuti oleh perdarahan obstetri sebanyak 21 kasus, dan gangguan jantung sebanyak 11 kasus. Penyebab lainnya meliputi infeksi, komplikasi pasca keguguran, serta kasus lain-lain yang tidak disebutkan secara spesifik namun mencakup proporsi terbesar, yakni 40 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, 2024).

Penekanan angka kematian ibu tidak terlepas dari penegakan kebijakan dan peningkatan pelayanan kesehatan, sehingga setelah melonjaknya jumlah AKI Kabupaten Bogor yang menempati urutan pertama di Provinsi Jawa Barat menjadikan Kabupaten Bogor sebagai lokasi prioritas penanganan AKI hingga tahun 2024. Pemerintah Kabupaten Bogor memiliki tanggung jawab penuh dalam menjalankan rekomendasi yang diarahkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, melalui kebijakan program ANC. Program ini diluncurkan sebagai implementasi kebijakan kesehatan yang tertuang dalam Peraturan Daerah Kabupaten Bogor No. 5 Tahun 2018 tentang Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Bogor. Pasal 8 Peraturan Daerah Kabupaten Bogor No. 5 Tahun 2018 menjelaskan bahwa, setiap ibu hamil berhak:

- 1) Mendapatkan informasi kesehatan yang memadai tentang kehamilan yang sehat;
- 2) Mendapatkan pelayanan kesehatan selama kehamilan;

- 3) Mendapatkan nutrisi yang memadai selama kehamilan untuk mencegah terjadinya penyulit kehamilan dan persalinan;
- 4) Menolak pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga dan fasilitas yang tidak memadai; dan
- 5) Mendapatkan pelayanan konseling dan tes HIV sukarela

Pasal 18 Peraturan Daerah Kabupaten Bogor No. 5 Tahun 2018 juga menjelaskan bahwa, pemerintah daerah wajib:

- 1) Menjamin pemenuhan hak ibu dan anak diseluruh wilayah daerah;
- 2) Menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan untuk peningkatan KIA;
- 3) Menyediakan pelayanan KIA yang terjangkau, dapat diterima, dan berkualitas bagi setiap ibu dan anak secara berjenjang dan berkesinambungan;
- 4) Menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk pelayanan KIA meliputi tenaga kesehatan termasuk konselor menyusui, sarana dan prasarana, pendanaan dan lainnya terutama di fasilitas kesehatan pemerintah daerah sesuai kemampuan daerah;
- 5) Melakukan pengaturan dalam pelayanan KIA yang meliputi perizinan, pengawasan, pengendalian, dan pelaporan kepada publik;
- 6) Melakukan koordinasi dengan seluruh pemangku kepentingan untuk mengoptimalkan pelayanan KIA;
- 7) Melakukan AMP di fasilitas kesehatan apabila ditemukan kasus kematian ibu dan bayi baru lahir;

- 8) Menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak yang berisiko tinggi termasuk HIV/AIDS;
- 9) Menjamin ketersediaan pangan dan pemenuhan nutrisi yang memadai bagi ibu dan anak di seluruh wilayah daerah;
- 10) Mengembangkan program jaminan kesehatan bagi seluruh ibu dan anak yang terintegrasi dengan jaminan kesehatan nasional;
- 11) Menjamin pembiayaan pelayanan KIA untuk masyarakat tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- 12) Menyediakan fasilitas khusus untuk menyusui di institusi tempat kerja pemerintahan dan fasilitas layanan publik.

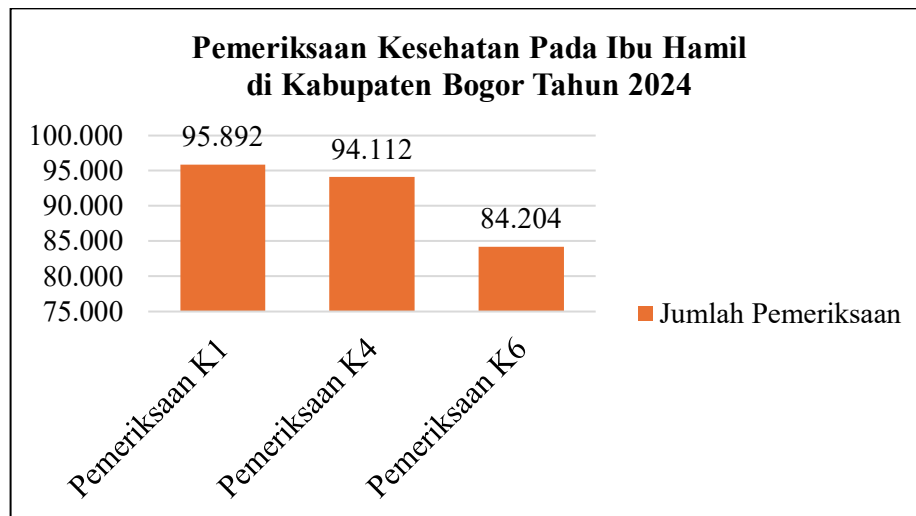
Kebijakan daerah yang tertera diatas pada poin empat menegaskan bahwa pemerintah daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, yang meliputi tenaga kesehatan, konselor menyusui, sarana prasarana, hingga pendanaan sesuai kemampuan daerah. Namun, kondisi di Kabupaten Bogor memperlihatkan adanya kesenjangan antara amanat regulasi dengan kenyataan di lapangan. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2024 mencatat jumlah ibu hamil mencapai 95.892 orang, sementara tenaga kesehatan yang bertugas terdiri dari 264 dokter umum, 4.153 bidan, dan 3.568 perawat. Jika dibandingkan dengan jumlah sasaran, rasio tenaga kesehatan terhadap ibu hamil masih jauh dari ideal, terutama karena bidan dan perawat yang menjadi ujung tombak pemeriksaan ANC harus melayani jumlah ibu hamil yang sangat besar. Meskipun regulasi telah mengamanatkan penyediaan tenaga kesehatan yang memadai, realisasi di lapangan masih belum optimal, sehingga perlu ditinjau ulang

apakah implementasi program ANC benar-benar layak dan efektif dalam menekan AKI di Kabupaten Bogor.

Kebijakan ini menjadi landasan utama dalam pelaksanaan program yang menunjukkan keseriusan dan komitmen pemerintah dalam menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi ibu secara menyeluruh dan berkualitas. Kebijakan tersebut dirancang sebagai bagian dari strategi preventif dan promotif yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu melalui peningkatan akses, mutu, dan kesinambungan layanan kesehatan sejak masa kehamilan.

Program ANC yang sudah dilakukan oleh pemerintah Kabupaten Bogor mencakup tiga indikator pemeriksaan yaitu K1, K4, dan K6. Pemeriksaan K1 merupakan pemeriksaan pertama kali selama kehamilan, idealnya pada trimester pertama (1-12 minggu), pemeriksaan K4 menunjukkan minimal empat kali pemeriksaan ANC selama kehamilan, dengan distribusi kunjungan di trimester pertama, kedua, dan ketiga, dan pemeriksaan K6 menunjukkan pemeriksaan ANC pada trimester ketiga, biasanya pada minggu ke-36 atau 37 kehamilan. Tujuan keberjalanan program ini menargetkan pemeriksaan K6 minimal 85% secara berkualitas sesuai standar WHO pada seluruh ibu hamil di Kabupaten Bogor. Pada tahun 2024 jumlah ibu hamil di Kabupaten Bogor mencapai 94.443 jiwa, dengan ini penulis menyajikan data pemeriksaan kesehatan pada ibu hamil di Kabupaten Bogor tahun 2024 sebagai berikut:

**Grafik 1. 3 Tren Pemeriksaan Kesehatan Pada Ibu Hamil
di Kabupaten Bogor Tahun 2024**



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2024

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2024, terlihat bahwa cakupan pemeriksaan kesehatan pada ibu hamil menunjukkan tren yang menurun seiring bertambahnya jumlah kunjungan. Pemeriksaan kehamilan pertama (K1) tercatat sebanyak 95.892 kunjungan, sementara pemeriksaan keempat (K4) menurun menjadi 94.112 kunjungan. Penurunan yang paling signifikan terlihat pada cakupan pemeriksaan keenam (K6), yakni hanya mencapai 84.204 kunjungan, atau sekitar 87,8% dari jumlah K1. Angka ini sebenarnya telah melampaui target minimal 85% sebagaimana ditetapkan dalam standar pelayanan ANC yang berkualitas oleh WHO, namun dalam realisasinya tetap menunjukkan adanya penurunan partisipasi dari ibu hamil dalam mengikuti pemeriksaan secara berkala. Kecenderungan menurunnya angka kunjungan secara bertahap mengindikasikan adanya ketidaksadaran ibu dalam melakukan pemeriksaan mendekati hari kelahiran.

Ketimpangan kunjungan KI, K4, hingga K6 diatas perlu ditindaklanjuti karena pada dasarnya sudah dijelaskan dalam Pasal 18 Peraturan Daerah Kabupaten Bogor Nomor 5 Tahun 2018 pada poin ke-3 bahwa pemerintah daerah untuk menyediakan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang terjangkau, dapat diterima, dan berkualitas secara berjenjang serta berkesinambungan. Namun, kondisi di Kabupaten Bogor menunjukkan adanya kesenjangan antara regulasi dengan realitas lapangan. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2024 mencatat cakupan pemeriksaan K6 hanya mencapai 87,8% dari K1. Walaupun angka ini sudah melampaui target minimal WHO sebesar 85%, tren penurunan kunjungan dari K1 hingga K6 mengindikasikan bahwa kesinambungan pelayanan ANC belum sepenuhnya berjalan dengan optimal. Hal ini memperlihatkan bahwa pelaksanaan amanat regulasi tentang penyediaan pelayanan KIA yang berkualitas dan berkesinambungan masih menghadapi hambatan serius di Kabupaten Bogor.

Standar pelayanan *Antenatal Care* (ANC) yang berkualitas sangat bergantung pada ketersediaan dan kompetensi tenaga kesehatan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan yang profesional dan terlatih memiliki peran penting dalam memastikan bahwa setiap ibu hamil mendapatkan layanan yang sesuai dengan standar medis dan kebutuhan individu. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024, pemerintah telah menetapkan standar minimal jumlah dan jenis sumber daya manusia kesehatan yang wajib tersedia di puskesmas, yang disesuaikan dengan kategori wilayah. Kategori tersebut mencakup wilayah tidak terpencil, terpencil, dan sangat terpencil, dengan ketentuan yang berbeda-beda. Pengelompokan ini penting untuk menjamin distribusi tenaga

kesehatan yang merata dan proporsional. Kabupaten Bogor, berdasarkan klasifikasi tersebut, termasuk dalam wilayah tidak terpencil. Oleh karena itu, puskesmas di Kabupaten Bogor diwajibkan memenuhi standar tenaga kesehatan yang berlaku untuk daerah tidak terpencil, baik dari segi jumlah maupun jenis profesi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan layanan ANC.

Persyaratan tenaga kesehatan menurut Permenkes Nomor 19 Tahun 2024 dalam pelayanan ANC, terdapat tiga tenaga kesehatan utama yang berperan langsung, yaitu dokter umum, bidan, dan perawat. Dokter umum dalam kategori wilayah tidak terpencil minimal terdapat 3-4 dokter dalam penanganan rawat inap dan non rawat inap. Kemudian bidan dalam kategori wilayah tidak terpencil minimal terdapat 7-8 bidan dalam penanganan rawat inap dan 6-8 bidan dalam penanganan non rawat inap. Sementara itu, perawat dalam kategori wilayah tidak terpencil minimal terdapat 8-10 perawat dalam penanganan rawat inap dan 7-9 perawat dalam penanganan non rawat inap. Berikut persebaran data tenaga kesehatan dokter umum, perawat, dan bidan yang tersebut dalam puskesmas, RSUD, dan fasilitas kesehatan lainnya di Kabupaten Bogor:

Tabel 1. 1 Data Tenaga Kesehatan Dokter Umum, Perawat dan Bidan di Kabupaten Bogor Tahun 2024

No.	Jenis Tenaga	Puskesmas	RSUD	Faskes Lain	Jmlh	Rasio terhadap Penduduk			
						Standar			Keadaan
1.	Dokter Umum	249	198	1.121	1.568	1: 1000	1: 1000	1: 1000	3.505
2.	Bidan	1.113	248	1.139	2.500	2: 1000	2: 1000	1:500	2.198
3.	Perawat	538	1.531	3.004	5.073	2,4: 1000	24: 1000	1:417	1.083
Total		1.900	1.977	5.264	9.141				

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2024

Jumlah tenaga kesehatan yang menangani langsung pelayanan ANC di Kabupaten Bogor pada tahun 2024 menurut data diatas terdiri dari 1.568 dokter umum, 2.500 bidan, dan 5.073 perawat diberbagai fasilitas kesehatan yang menangani penduduk Kabupaten Bogor yang mencapai 5.495.372 jiwa. Jika dikaitkan dengan jumlah kunjungan ibu hamil untuk pemeriksaan kehamilan, maka rasio ideal tenaga kesehatan per jumlah penduduk atau pengguna layanan menjadi sangat penting untuk diperhatikan. Berdasarkan standar, rasio tenaga kesehatan seperti dokter umum (1:1000), bidan (2:1000), dan perawat (24:1000) Dalam kenyataannya, rasio tenaga kesehatan di Kabupaten Bogor masih berada di bawah standar, rasio dokter umum tercatat 1:3.505, bidan 1:2.198, dan perawat 1:1.083. Artinya, beban kerja per tenaga kesehatan masih tinggi karena harus melayani jumlah ibu hamil yang besar, hal ini berpotensi dalam kualitas penanganan ANC.

Ketimpangan antara kebutuhan pelayanan dengan jumlah tenaga kesehatan menunjukkan adanya permasalahan yang belum sesuai dengan regulasi dalam Pasal 18 Peraturan Daerah Kabupaten Bogor Nomor 5 Tahun 2018. Poin ke-4 dalam regulasi tersebut mewajibkan pemerintah daerah menyediakan sumber daya kesehatan secara memadai. Data Dinas Kesehatan tahun 2024 mencatat 95.892 ibu hamil, sementara tenaga kesehatan yang tersedia hanya 264 dokter, 4.153 bidan, dan 3.568 perawat, jumlah yang belum sebanding dengan kebutuhan layanan. Kondisi ini memperlihatkan bahwa meskipun regulasi telah mengamanatkan pelayanan yang memadai, implementasi di lapangan masih belum optimal dan perlu ditinjau kembali efektivitasnya dalam menekan angka kematian ibu.

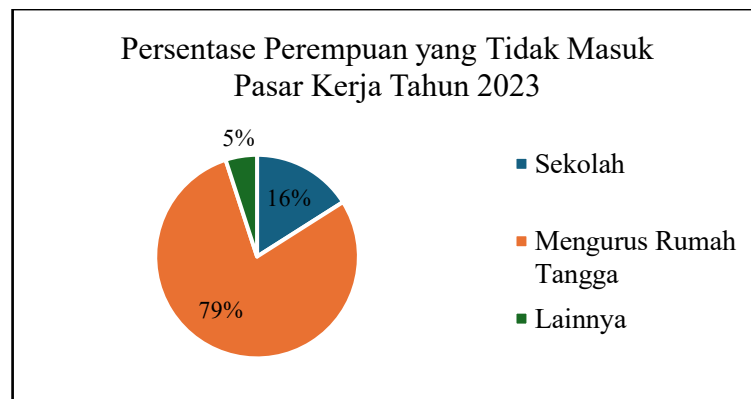
Salah satu indikator yang memperlihatkan kondisi ini adalah cakupan pelayanan kesehatan ibu bersalin. Pada Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor tahun 2023 jumlah ibu bersalin tercatat 117.919 orang dengan kelahiran hidup sebanyak 108.613 bayi. Dari jumlah tersebut, 106.370 ibu atau sekitar 92,11% melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan, meningkat 1,32% dibandingkan tahun 2022. Di sisi lain, persalinan yang masih ditolong oleh dukun terus mengalami penurunan. Tahun 2023 tercatat hanya 4.391 ibu (3,72%) yang masih menggunakan jasa dukun, turun dari 5.910 ibu (6,11%) pada tahun sebelumnya. Tren ini menunjukkan adanya perubahan perilaku masyarakat yang semakin mempercayai tenaga medis dalam proses persalinan. Perkembangan lima tahun terakhir juga memperlihatkan peningkatan persalinan oleh tenaga kesehatan dari 85,72% pada 2020 menjadi 90,21% pada 2023, sementara persalinan oleh dukun terus menurun dari 6,87% pada 2018 menjadi 3,72% pada 2023. Dalam penelitian ini, pola pengambilan keputusan dalam memilih tempat bersalin diposisikan sebagai tantangan eksternal yang memengaruhi pelaksanaan kebijakan, bukan sebagai objek utama kajian dalam penelitian ini.

Meskipun capaian ini menunjukkan tren positif, berbagai hambatan tetap ada. Keterbatasan finansial, pengaruh budaya lokal, dan rendahnya tingkat pendidikan masih menjadi faktor yang mengurangi partisipasi ibu hamil dalam mengikuti seluruh tahapan pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC). Padahal, Pasal 18 Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2018 poin ke-8 telah menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan berkesinambungan mulai dari kunjungan pertama (K1) hingga kunjungan keenam (K6). Kenyataannya, masih banyak ibu hamil yang tidak

menuntaskan pemeriksaan hingga K6 atau bahkan beralih ke tenaga tradisional seperti dukun beranak. Praktik ini menjadi salah satu penyebab tingginya risiko kegawatdaruratan obstetri yang tidak tertangani dengan cepat dan tepat.

Kondisi sosial perempuan merupakan salah satu faktor penting yang turut memengaruhi keberhasilan program kesehatan ibu, karena menunjukkan adanya determinan di luar aspek layanan kesehatan semata. Data Survei Angkatan Kerja Nasional dalam Profil Ketenagakerjaan Kabupaten Bogor di tahun 2023 memperlihatkan bahwa sebagian besar perempuan di Kabupaten Bogor tidak masuk dalam angkatan kerja disebabkan oleh peran domestik sebagai ibu rumah tangga, yaitu sebesar 79,54%. Sementara itu, perempuan yang tidak bekerja karena masih bersekolah tercatat sebesar 15,76% dan yang disebabkan oleh kegiatan lainnya sebesar 4,71%.

Grafik 1. 4 Persentase Perempuan yang Tidak Masuk Pasar Kerja



Sumber : Sakernas Agustus 2023

Kondisi tersebut menggambarkan bahwa mayoritas perempuan berada pada posisi ketergantungan ekonomi terhadap pasangan atau keluarga, yang berdampak pada keterbatasan akses terhadap informasi, rendahnya posisi tawar, serta minimnya kemandirian dalam pengambilan keputusan strategis bagi dirinya

sendiri. Ketergantungan ini menjadi semakin krusial dalam konteks kesehatan ibu, di mana keputusan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, memilih tempat persalinan, serta keberlanjutan kunjungan *Antenatal Care* (ANC) sering kali tidak sepenuhnya berada di tangan perempuan. Akibatnya, meskipun layanan ANC telah tersedia, pemanfaatannya belum optimal karena dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan relasi kuasa dalam keluarga

Permasalahan tingginya kematian ibu karena masih rendahnya kunjungan *Antenatal Care* (ANC) secara rutin dari awal kehamilan hingga menuju hari kelahiran sesuai standar yang ditetapkan. Oleh karena itu, penelitian ini secara sadar membatasi ruang lingkup analisis pada aspek implementasi Program *Antenatal Care* sebagai kebijakan publik menggunakan teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Riant Nugroho (2018), teori ini terdapat lima aspek yang harus dilaksanakan sebuah implementasi program, yaitu: tepat kebijakan, tepat pelaksana, tepat target, tepat lingkungan, dan tepat proses.

Ketimpangan antara target dan realisasi ini menunjukkan perlunya peninjauan menyeluruh terhadap pelaksanaan implementasi program *Antenatal Care* (ANC) di lapangan. Melalui penelitian ini, penulis berharap dapat memperoleh gambaran objektif mengenai pelaksanaan program ANC, sehingga pertanyaan penelitian yang akan dijawab penulis, yaitu: **“Mengapa Implementasi Program *Antenatal Care* Belum Berhasil Menekan Angka Kematian Ibu di Kabupaten Bogor?”**

1.2 Identifikasi Masalah

1. Tingginya angka kematian ibu di Kabupaten Bogor yang menjadi penyumbang terbesar di Provinsi Jawa Barat selama beberapa tahun terakhir.
2. Ketimpangan antara kebutuhan pelayanan dan rasio tenaga kesehatan di wilayah Kabupaten Bogor
3. Budaya lokal yang cukup berperan dalam pengambilan keputusan memilih tempat bersalin

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimana implementasi dan pemanfaatan layanan program *Antenatal Care* dalam upaya menekan Angka Kematian Ibu (AKI) oleh ibu hamil di Kabupaten Bogor?
2. Apa faktor pendorong dan penghambat implementasi program *Antenatal Care* (ANC) termasuk faktor perilaku pengguna layanan dalam menekan Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Bogor?

1.4 Tujuan Penelitian

1. Menganalisis implementasi dan pemanfaatan layanan program *Antenatal Care* dalam upaya menekan Angka Kematian Ibu (AKI) oleh ibu hamil di Kabupaten Bogor
2. Mengidentifikasi faktor pendorong dan penghambat implementasi program *Antenatal Care* (ANC) termasuk faktor perilaku pengguna layanan dalam menekan Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Bogor

1.5 Kegunaan Penelitian

1.5.1 Kegunaan Teoritis

Secara teoritis penelitian ini dapat menjadi referensi ilmiah dalam kajian implementasi kebijakan publik di bidang kesehatan, khususnya terkait pelaksanaan program *Antenatal Care* (ANC) sebagai upaya menekan angka kematian ibu. Penelitian ini memperluas kajian implementasi kebijakan dengan mengintegrasikan aspek sosial, keluarga, dan perilaku pengguna layanan sebagai bagian dari konteks keberhasilan implementasi program kesehatan ibu.

1.5.2 Kegunaan Praktis

1. Bagi Penulis

Penelitian ini memberikan pemahaman mengenai implementasi program *Antenatal Care* (ANC) di tingkat daerah serta faktor administratif, sosial, dan perilaku yang memengaruhi keberlanjutan pemanfaatan layanan ANC dalam upaya menekan angka kematian ibu di Kabupaten Bogor.

2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dalam meningkatkan efektivitas implementasi program *Antenatal Care* (ANC). Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai dasar perumusan desain intervensi kesehatan ibu yang berbasis keluarga dan komunitas, khususnya dalam mendorong perubahan perilaku ibu hamil dan penguatan dukungan keluarga agar pemanfaatan layanan

ANC dapat berlangsung secara berkelanjutan.

3. Bagi Pembaca

Penelitian ini memberikan pemahaman mengenai implementasi program Antenatal Care (ANC) dalam menekan angka kematian ibu, sekaligus memberikan gambaran mengenai peran keluarga, komunitas, dan perilaku pengguna layanan dalam mendukung keberhasilan program kesehatan ibu di tingkat daerah.

1.6 Kerangka Pemikiran Teoritis

1.6.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu dapat digunakan untuk membangun pengetahuan, mempelajari, dan mengatasi keterbatasan informasi yang ada agar dapat memperkaya teori sebagai acuan relevansi penelitian dengan penelitian yang dilakukan oleh penulis.

Tabel 1. 2 Penelitian Terdahulu

No.	Judul Penelitian	Teori Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Fifien Luthfia Rahmi (2020) Implementasi Program EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival) sebagai Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir di Kabupaten Tegal	Teori Efektivitas Implementasi Kebijakan oleh Riant Nugroho , yang terdiri dari aspek: 1. Tepat Kebijakan 2. Tepat Pelaksana 3. Tepat Target 4. Tepat Lingkungan 5. Tepat Proses	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif	Penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi program EMAS di Kabupaten Tegal belum mencapai target penurunan AKI dan AKB sebesar 25%, meskipun telah mengalami peningkatan pada aspek kualitas layanan dan koordinasi rujukan. Upaya pendampingan tenaga kesehatan dan pemberian fasilitas penunjang telah berjalan, namun belum sepenuhnya berdampak signifikan pada penurunan angka kematian ibu dan bayi. Beberapa indikator pelaksanaan seperti pemahaman pelaksana, pelatihan, dan kesiapan fasilitas telah berjalan cukup baik, tetapi hambatan struktural dan budaya masih menjadi tantangan utama.
2.	Febry Mega Kumalasari (2021) Implementasi Kebijakan Penanggulangan Tuberkulosis dengan Strategi <i>Directly Observed Treatment Short-Course</i> (Dots) di Puskesmas Kecamatan Bangsal Kabupaten Mojokerto	Teori Efektivitas Implementasi Kebijakan oleh Riant Nugroho , yang terdiri dari aspek: 1. Tepat Kebijakan 2. Tepat Pelaksana 3. Tepat Target 4. Tepat Lingkungan 5. Tepat Proses	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif	Penelitian ini menunjukkan bahwa ketepatan kebijakan sudah tepat, namun dalam pemecahan masalah masih kurang optimal pada kesadaran masyarakat dalam penghentian pengobatan sepihak jika sudah merasa sembuh oleh masyarakat dan ketakutan masyarakat terhadap ancaman virus COVID-19. Ketepatan pelaksanaan, pencapaian target strategi DOTS yang belum mencapai target karena dukungan pemerintah pada pendanaan untuk sosialisasi, penyuluhan dan promosi kesehatan terbatas. Ketepatan target belum optimal karena pada tahun 2020 Puskesmas Bangsal mendapatkan 43 kasus dan 250 orang yang diperiksa atau sekitar 53% dari target yang telah ditetapkan. Ketepatan Lingkungan, komunikasi dengan Dinas Kesehatan belum optimal dalam monitoring dan evaluasi, pelaporan STIB.

No.	Judul Penelitian	Teori Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				Ketepatan Proses, Puskesmas Bangsal mulai dari penemuan kasus, pengobatan hingga ke pelaporan sudah sesuai dengan SOP pelaksanaan kebijakan DOTS
3.	Monica Tiara Samboina (2022) Analisis Implementasi Program <i>Antenatal Care</i> (ANC) dalam Upaya Menekan Angka Kematian Ibu (AKI) di Kota Palembang di Masa Pandemi Covid-19	Teori Implementasi oleh George C. Edwards III , yang terdiri dari: 1. Komunikasi 2. Sumber Daya 3. Disposisi/Sikap Pelaksana 4. Struktur Birokrasi	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif	Penelitian ini mengungkap bahwa koordinasi antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan berjalan cukup baik, namun masih ditemukan kendala pada transmisi pelayanan, kurangnya fasilitas seperti APD, dan pelaksanaan SOP yang belum konsisten di lapangan. Akibatnya, pelayanan ANC belum optimal dan berdampak terhadap peningkatan AKI.
4.	Ulfa Rahma Hidayah (2022) Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Puskesmas Dupak Kecamatan Krembangan Kota Surabaya	Teori Implementasi Kebijakan oleh Van Meter dan Van Horn , yang terdiri dari aspek: 1. Standar dan Tujuan Kebijakan 2. Sumber Daya 3. Karakteristik Agen Pelaksana.	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif	Penelitian tersebut menemukan bahwa dari 12 kegiatan program, hanya dua yang mencapai target. Kendala utama berasal dari keterbatasan sumber daya manusia, terutama tenaga bidan, serta dampak pandemi COVID-19 yang menyebabkan pengalihan fokus pelayanan dan menurunnya partisipasi masyarakat.

No.	Judul Penelitian	Teori Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
		4. Sikap para Pelaksana 5. Komunikasi Antar Organisasi. 6. Lingkungan Sosial, Ekonomi, dan Politik		
5.	Siti Aisyah (2022) Implementasi Kebijakan Universal Health Coverage untuk Mengatasi Masalah Kesehatan bagi Masyarakat Kurang Mampu di Kota Semarang	Teori Efektivitas Implementasi Kebijakan oleh Riant Nugroho , yang terdiri dari aspek: 1. Tepat Kebijakan 2. Tepat Pelaksana 3. Tepat Target 4. Tepat Lingkungan 5. Tepat Proses	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif	Penelitian ini memberikan Gambaran implementasi kebijakan Universal Health Coverage (UHC) di Kota Semarang tergolong cukup baik, khususnya dalam aspek ketepatan kebijakan, ketepatan pelaksana, dan ketepatan sasaran. Program ini didukung oleh komitmen pemerintah daerah melalui penyediaan layanan kesehatan tanpa biaya dan berbagai inovasi seperti Ambulance Hebat, PUSTAKA, dan Konter Dokter. Namun demikian, masih ditemukan kendala di lapangan, seperti terbatasnya jumlah petugas di loket UHC yang menyebabkan beban kerja menumpuk (overlapping), serta masalah integrasi data kependudukan secara otomatis yang menghambat efisiensi layanan. Faktor-faktor ini menjadi penghambat dalam optimalisasi pelayanan, meskipun secara umum UHC telah menjangkau lebih dari 95% penduduk. Hambatan tersebut menunjukkan bahwa aspek sumber daya dan hubungan antar organisasi masih perlu diperbaiki agar implementasi kebijakan berjalan lebih efektif dan merata.
6.	Isnawati (2024) Upaya Pencegahan	Teori Implementasi oleh George C. Edwards III , yang terdiri dari:	Penelitian ini menggunakan metode	Hasil penelitian menunjukkan adanya sejumlah kendala dalam pelaksanaan program, seperti kesenjangan antara kebijakan daerah dan standar nasional, keterbatasan SDM, sarana prasarana yang belum optimal, serta rendahnya

No.	Judul Penelitian	Teori Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Kematian Ibu melalui Kebijakan Program <i>Antenatal Care</i> di Puskesmas Pamijahan Kabupaten Bogor Tahun 2023	1. Komunikasi 2. Sumber Daya 3. Disposisi/Sikap Pelaksana 4. Struktur Birokrasi	kualitatif	penyerapan dana program. Capaian indikator ANC juga belum maksimal, terutama pada cakupan kunjungan ANC ke 6 yang hanya mencapai 33,72%.
7.	Pricilia Mawuntu (2022) Efektivitas Kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) Skala Mikro dalam Penyebaran COVID-19 di Desa Warembungan	Teori Efektivitas Implementasi Kebijakan oleh Riant Nugroho , yang terdiri dari aspek: 1. Tepat Kebijakan 2. Tepat Pelaksana 3. Tepat Target 4. Tepat Lingkungan 5. Tepat Proses	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan PPKM skala mikro di Desa Warembungan berjalan cukup efektif, khususnya dalam aspek ketepatan kebijakan, pelaksana, lingkungan, dan proses. Penerapan kebijakan ini berhasil menekan penyebaran COVID-19 dan mengurangi aktivitas malam hari yang sebelumnya menimbulkan kerumunan. Kebijakan ini didukung oleh koordinasi antar pelaksana, seperti pemerintah desa, satgas COVID-19, serta aparat keamanan. Namun demikian, masih terdapat sejumlah kendala dalam pelaksanaan, antara lain kurangnya sosialisasi kepada masyarakat—khususnya yang berasal dari luar desa—dan belum optimalnya pengawasan terhadap pelanggaran kebijakan.
8.	Oktaviana Putri Prisilia (2024) Implementasi Inovasi SAN PIISAN (Sayangi Dampingi Ibu dan Anak) dalam	Teori Implementasi Kebijakan oleh Merilee S. Grindle , yang terdiri dari: 1. Isi Kebijakan (<i>Content of Policy</i>)	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif	Penelitian ini menunjukkan bahwa secara substansi, SAN PIISAN telah meningkatkan akses, kualitas, dan informasi layanan kesehatan bagi ibu hamil. Namun implementasinya belum optimal karena rendahnya penggunaan aplikasi pendukung serta keterbatasan jumlah pelaksana di lapangan. Faktor pendorong berupa kerja sama yang baik antar pihak dan penerimaan masyarakat yang positif, sedangkan faktor penghambatnya

No.	Judul Penelitian	Teori Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	menekan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang	2. Konteks Pelaksanaan (<i>Context of Implementation</i>)		adalah kurangnya SDM dan kurangnya pemanfaatan teknologi yang telah disediakan.
9.	Fauzi Rohman (2024) Mewujudkan Desa Ramah Perempuan dan Peduli Anak dalam Terciptanya Lingkungan Inklusi sebagai Implementasi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional	Pendekatan Pengarusutamaan Gender dan Inklusi Sosial	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi program DRPPA mampu meningkatkan partisipasi perempuan dan pemenuhan hak anak serta menciptakan lingkungan desa yang lebih inklusif. Namun, keberhasilan program masih menghadapi kendala berupa keterbatasan kapasitas kelembagaan desa, pemahaman aparat, serta belum optimalnya koordinasi lintas sektor dalam mendukung keberlanjutan program
10.	Rahman (2025) Aksesibilitas, Ketersediaan Tenaga Kerja, dan Ketersediaan Fasilitas Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Wilayah Pesisir	Teori Andersen's Behavioral Model of Health Services Use , yang terdiri dari : 1. Predisposing Factors 2. Enabling Factors 3. Need Factors	Penelitian ini menggunakan metode literature review	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan puskesmas sangat dipengaruhi oleh faktor enabling , khususnya aksesibilitas wilayah, ketersediaan tenaga kesehatan, dan kelengkapan fasilitas pelayanan. Faktor kebutuhan kesehatan masyarakat juga berperan dalam mendorong pemanfaatan layanan, sedangkan faktor predisposisi berpengaruh melalui tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Temuan ini menegaskan relevansi Andersen's Behavioral Model dalam menjelaskan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah dengan keterbatasan akses.

Penelitian sebelumnya berfokus pada penerapan kebijakan pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI), seperti yang ditunjukkan dalam temuan penelitian terdahulu, yang dapat dilihat dalam Tabel 1.2. Sebagian besar penelitian menggunakan teori Riant Nugroho, Van Meter dan Van Horn, George C. Edwards III, dan Merilee S. Grindle tentang implementasi kebijakan publik. Pendekatan ini mengacu pada aspek standar dan tujuan kebijakan, sumber daya, disposisi pelaksana, komunikasi antarorganisasi, karakteristik pelaksana, dan struktur birokrasi. Studi sebelumnya mencakup berbagai subjek penelitian, termasuk program EMAS, KIA, dan layanan ANC di berbagai daerah.

Salah satu pola yang dapat disimpulkan dari kajian-kajian tersebut adalah penekanan pada faktor implementasi yang melibatkan ketersediaan sumber daya manusia, koordinasi lintas sektor, keterlibatan kader, serta dukungan regulasi dan sarana pelayanan yang memadai. Fifien Luthfia Rahmi (2020) menunjukkan bahwa penerapan teknologi SIJARIEMAS dan pelatihan intensif menjadi faktor pendorong dalam program EMAS. Sementara itu, Isnawati (2024) menggarisbawahi pentingnya ketersediaan sarana ANC serta komunikasi efektif antarinstansi dalam pelaksanaan pelayanan ibu hamil di Puskesmas Pamijahan.

Berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian ini berfokus pada Kabupaten Bogor sebagai wilayah dengan angka kematian ibu tertinggi di Jawa Barat tahun 2024. Program *Antenatal Care* (ANC) merupakan upaya sistematis untuk menekan AKI melalui layanan preventif dan promotif yang memiliki standar K1, K4, dan K6 sesuai dengan rekomendasi WHO dan Peraturan Menteri Kesehatan. Penelitian ini menggunakan teori implementasi kebijakan dari Riant Nugroho yang menekankan lima aspek ketepatan,

yaitu tepat kebijakan, tepat pelaksana, tepat target, tepat lingkungan, dan tepat proses, sebagai kerangka utama untuk menilai keberhasilan implementasi program di tingkat daerah. Selain itu, penelitian ini juga menggunakan Andersen's Behavioral sebagai teori pendukung untuk menganalisis perilaku pemanfaatan layanan ANC oleh ibu hamil, yang dipengaruhi oleh *predisposing factors*, *enabling factors*, dan *need factors*. Integrasi kedua teori tersebut memungkinkan penelitian ini tidak hanya menilai implementasi kebijakan secara struktural, tetapi juga memahami faktor perilaku dan sosial yang memengaruhi pemanfaatan layanan ANC di Kabupaten Bogor.

Perbedaan utama antara penelitian ini dan penelitian terdahulu terletak pada fokus kajian terhadap implementasi Program *Antenatal Care* (ANC) di wilayah dengan beban Angka Kematian Ibu (AKI) tertinggi, yaitu Kabupaten Bogor, serta pada pendekatan analisis yang mengintegrasikan indikator ketepatan implementasi kebijakan dengan faktor perilaku pemanfaatan layanan kesehatan. Penelitian-penelitian sebelumnya cenderung menitikberatkan pada capaian akhir dan efektivitas program ANC di wilayah dengan kondisi relatif stabil atau capaian program yang telah mendekati target. Sebaliknya, penelitian ini memberikan sudut pandang yang lebih komprehensif dengan menelaah proses implementasi program ANC secara mendalam, mulai dari aspek kebijakan hingga perilaku ibu hamil dalam memanfaatkan layanan, sehingga mampu mengungkap adanya kesenjangan antara target dan realisasi program ANC di Kabupaten Bogor sebagai daerah prioritas penanganan AKI secara nasional.

1.6.2 Kajian Teori

1.6.2.1 Administrasi Publik

Ilmu administrasi negara atau administrasi publik lahir sejak Woodrow Wilson (1887), yang kemudian beliau menjabat sebagai presiden Amerika Serikat pada 1913-1921, menulis artikel "*The Study of Administration*" untuk jurnal *Political Science Quarterly*. Artikel itu sendiri muncul sebagai hasil dari keprihatinan Wilson tentang kebutuhan untuk perubahan terhadap praktik tata pemerintahan yang berlaku di Amerika Serikat pada saat itu, yang ditandai dengan penyebaran praktik *spoil system*, yang menyebabkan administrasi negara menjadi tidak efektif dan tidak efisien. Pada saat itu, kajian ilmu politik yang berkembang tidak dapat menjawab masalah tersebut. Ini karena fokus kajian ilmu politik bukan pada studi pengelolaan pemerintahan yang efektif dan efisien, tetapi lebih pada masalah konstitusi dan bagaimana keputusan politik dibuat.

Menurut Keban (2014:4-5), istilah "administrasi untuk publik" menunjukkan bagaimana pemerintah bertindak sebagai agen tunggal yang berkuasa. Ini juga dapat disebut sebagai regulator yang aktif, yang berinisiatif untuk mengatur atau mengambil tindakan dan prakarsa yang mereka anggap bermanfaat atau penting bagi masyarakat. Ini dilakukan karena dianggap bahwa masyarakat adalah pihak yang tidak bergerak dan kurang mampu dan harus tunduk dan menerima aturan pemerintah. Nigro & Nigro (dalam Keban, 2014: 5) juga mengemukakan bahwa administrasi publik sebagai usaha kerjasama antara legislatif, eksekutif, dan yudikatif yang berada dalam lingkungan publik, peranan ketiga cabang sangatlah penting. Senada dengan Nigro & Nigro, menurut Chandler dan Plano (dalam Keban, 2014: 3) administrasi publik adalah proses melakukan organisasi dan koordinasi sumber daya dan aktor publik dalam serangkaian pengaturan Keputusan.

Mengacu pada definisi yang disampaikan para ahli bahwa administrasi publik merupakan usaha pengelolaan sumberdaya oleh lembaga legislatif, eksekutif, dan yudikatif yang menjadi personel publik guna memenuhi kepentingan yang menjadi kebutuhan masyarakat. Cakupan administrasi publik tidak terbatas pada aktivitas yang dilakukan oleh pemerintah semata. Penelitian ini juga membahas upaya yang diambil pemerintah dalam memenuhi kebutuhan masyarakat, administrasi publik disini juga melibatkan seluruh tahapan proses, mulai dari perumusan tujuan hingga pelaksanaan yang diarahkan untuk mencapai target yang telah ditentukan.

1.6.2.2 Paradigma Administrasi Publik

Ilmu administrasi publik sebagai sebuah cabang keilmuan terus mengalami dinamika dan perkembangan seiring dengan perubahan konteks sosial, politik, ekonomi, dan budaya dalam kehidupan masyarakat. Perjalanan panjang perkembangan administrasi publik ditandai dengan bergesernya paradigma-paradigma utama yang tidak hanya memengaruhi cara pandang terhadap birokrasi, tetapi juga terhadap bagaimana kebijakan publik dirumuskan, dilaksanakan, dan dievaluasi. Pergeseran paradigma ini menjadi penting untuk dipahami karena turut membentuk praktik administrasi publik termasuk dalam bidang pelayanan kesehatan, berikut klasifikasi administrasi publik dalam enam paradigma, yaitu:

1. **Paradigma Dikotomi Politik dan Administrasi (1900–1926)**

Paradigma ini dipelopori oleh Franks Goodnow dan Leonard D. White yang memisahkan secara tegas antara fungsi-fungsi politik dan fungsi administrasi, di mana administrasi diposisikan sebagai kegiatan teknis dan netral yang semata-mata bertugas untuk melaksanakan keputusan politik. Administrasi publik tidak

seharusnya terlibat dalam perumusan kebijakan, melainkan cukup menjalankan instruksi yang ditetapkan oleh aktor politik.

2. Paradigma Prinsip-Prinsip Administrasi Publik (1927–1937)

Paradigma kedua dalam administrasi publik menekankan pentingnya penerapan prinsip-prinsip universal yang rasional dan sistematis untuk menciptakan administrasi yang efisien dan ekonomis. Tokoh seperti Luther Gulick dan Lyndall Urwick memperkenalkan konsep *planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting* (POSDCORB) yang menjadi dasar dalam pengelolaan organisasi publik maupun swasta.

3. Paradigma Administrasi Negara sebagai Ilmu Politik (1950–1970)

Paradigma ini merupakan respon atas kelemahan pendekatan sebelumnya yang terlalu formal dan struktural. Pada masa ini, Herbert Simon dan Dwight Waldo mulai memandang administrasi sebagai bagian dari ilmu sosial yang tidak dapat dipisahkan dari perilaku manusia, nilai-nilai, serta dinamika sosial politik. Paradigma ini juga memperkenalkan konsep pengambilan keputusan sebagai inti dari aktivitas administratif, sebagaimana dikemukakan oleh Simon melalui teorinya tentang *bounded rationality*.

4. Paradigma Administrasi Publik sebagai Ilmu Administrasi (1956–1970)

Paradigma ini muncul sebagai respons terhadap kelemahan pendekatan sebelumnya yang terlalu formal dan struktural. Herbert Simon dan Dwight Waldo mulai melihat administrasi sebagai bagian dari ilmu sosial yang erat kaitannya dengan perilaku manusia, nilai, serta dinamika sosial politik. Administrasi publik mulai bertransformasi dari studi tentang efisiensi menjadi studi yang

memperhatikan dimensi etis, moral, dan keadilan.

5. Paradigma Administrasi Publik sebagai Administrasi Publik (1970–sekarang)

Paradigma kelima dikenal sebagai era *New Public Management* (NPM), yang muncul sebagai respons terhadap kelemahan birokrasi tradisional yang dianggap lamban dan tidak efisien. Christopher Hood serta Osborne & Gaebler mendorong transformasi sektor publik agar lebih inovatif dan adaptif. Paradigma ini mengadopsi prinsip manajemen sektor swasta, seperti efisiensi, orientasi hasil, desentralisasi, dan pemberdayaan masyarakat sebagai konsumen layanan publik.

6. Paradigma Administrasi Publik sebagai Governance (1990-sekarang)

Paradigma keenam dalam perkembangan Administrasi Publik sebagai Governance, yang mulai berkembang sejak tahun 1990-an hingga sekarang. Paradigma ini lahir sebagai respons terhadap keterbatasan pendekatan *New Public Management* yang terlalu berorientasi pada efisiensi dan model pasar. Sehingga, paradigma ini menempatkan pemerintah sebagai fasilitator yang bekerja sama dengan sektor swasta, masyarakat sipil, dan aktor lainnya dalam pengelolaan urusan publik.

Berdasarkan klasifikasi paradigma administrasi publik yang telah dijelaskan sebelumnya, penelitian mengenai analisis ketepatan implementasi program *Antenatal Care* dalam menekan angka kematian ibu di Kabupaten Bogor berada dalam kerangka paradigma kelima, yaitu administrasi publik sebagai administrasi publik. Paradigma ini menyoroti peran penting teori organisasi, manajemen, serta kebijakan publik sebagai landasan utama dalam mengatasi berbagai permasalahan sosial, khususnya dalam bidang kesehatan masyarakat. Inti dari paradigma ini terletak pada proses perancangan,

pelaksanaan, dan evaluasi kebijakan publik yang terstruktur oleh lembaga pemerintah guna memenuhi kebutuhan masyarakat. Pendekatan ini sejalan dengan arah penelitian terkait sejauh mana implementasi program *Antenatal Care* yang dalam menekan angka kematian ibu.

Program ANC di Kabupaten Bogor merupakan wujud implementasi kebijakan publik di bidang kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu layanan bagi ibu hamil, mengidentifikasi potensi risiko kehamilan sedini mungkin, serta memperkuat kolaborasi antar fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan program ini dilakukan secara sistematis dengan melibatkan berbagai unit birokrasi kesehatan, mulai dari puskesmas hingga rumah sakit rujukan, serta didukung oleh sistem pemantauan dan evaluasi berbasis data yang terintegrasi. Oleh sebab itu, penelitian ini dapat dikategorikan paradigma kelima, karena mencerminkan peran administrasi publik dalam mengelola program yang berbasis data, sistematis, dan berorientasi pada hasil demi meningkatkan harapan hidup masyarakat, khususnya dalam menekan angka kematian ibu di wilayah Kabupaten Bogor.

1.6.2.3 Kebijakan Publik

Kebijakan publik merupakan kumpulan keputusan yang dibuat oleh pemerintah atau pihak berwenang untuk mengatasi berbagai persoalan yang dihadapi masyarakat, termasuk dalam bidang kesehatan. Anderson dalam Irawati & Ambar (2015: 10) mendefinisikan kebijakan publik sebagai serangkaian kegiatan yang dipilih oleh aktor tertentu untuk menyelesaikan masalah dengan menekankan peran aktor dalam menentukan pilihan kebijakan secara sadar dan terarah. Selain Anderson, Easton (1965) juga mendefinisikan kebijakan publik sebagai alokasi nilai secara otoritatif bagi masyarakat, hal ini menunjukkan bahwa kebijakan publik berfungsi sebagai alat

pemerintah dalam mendistribusikan kepentingan dan sumber daya kepada masyarakat.

Secara umum, istilah kebijakan (*policy*) sering digunakan untuk menggambarkan tindakan yang dilakukan oleh pejabat, kelompok, atau lembaga pemerintah dalam bidang tertentu. Menurut Winarno dalam Rosyidin (2025), kebijakan berbeda dengan kebijaksanaan. Kebijaksanaan lebih merujuk pada penerapan aturan yang disesuaikan dengan kondisi dan situasi lokal. Sementara itu, William N. Dunn dalam Rosyidin (2025) menjelaskan bahwa kebijakan publik merupakan rangkaian keputusan yang dibuat oleh pemerintah untuk menyelesaikan berbagai persoalan yang berkaitan dengan kepentingan masyarakat luas, seperti pertahanan, keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial.

Chandler dan Plano dalam Keban (2014: 60) menyatakan bahwa kebijakan publik merupakan bentuk campur tangan pemerintah yang dilakukan secara berkelanjutan untuk memenuhi kepentingan masyarakat. Tujuan dari campur tangan ini adalah agar masyarakat dapat berkontribusi terhadap penyelenggaraan pemerintahan. Disisi lain, Birkland (2011) mendefinisikan kebijakan publik sebagai hasil keputusan kolektif yang diambil oleh lembaga pemerintah untuk mengatasi masalah publik. Perspektif ini menunjukkan bahwa kebijakan adalah hasil dari proses politik yang kompleks, melibatkan kompromi, negosiasi, dan evaluasi terhadap kebutuhan publik.

Berdasarkan definisi yang disampaikan para ahli dapat dipahami bahwa kebijakan publik merupakan seluruh tindakan pemerintah lakukan atau tidak lakukan sebagai langkah penyelesaian masalah publik untuk mencapai tujuan publik. Kebijakan penurunan angka kematian ibu melalui program ANC yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Bogor menjadi representasi nyata dari komitmen pemerintah daerah melalui

kebijakan publik di sektor kesehatan.

1.6.2.4 Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan proses administrasi yang melibatkan aktor, organisasi, prosedur, dan teknik untuk mencapai tujuan kebijakan. Eugene Bardach dalam Agustino (2008:138) menyatakan bahwa membuat program atau kebijakan yang terlihat baik di atas kertas bukanlah hal yang sulit. Namun, pemerintah menghadapi tantangan saat menerjemahkan program tersebut ke dalam tindakan nyata yang dapat memuaskan semua pihak, terutama masyarakat sebagai penerima manfaat.

Menurut Zaenudin (2014:19), Implementasi kebijakan pada dasarnya adalah tindakan nyata yang dilakukan oleh pihak-pihak pelaksana, baik dari instansi pemerintah maupun swasta, secara individu atau bersama-sama, untuk mewujudkan tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu kebijakan. Secara sederhana, implementasi bisa dipahami sebagai proses mengubah kebijakan yang masih bersifat umum atau abstrak menjadi langkah-langkah nyata dan terukur di lapangan. Dengan kata lain, implementasi merupakan tahap pelaksanaan dari kebijakan yang telah dirancang, mencakup kegiatan manajerial dan teknis. Tahap ini baru dimulai setelah tujuan ditetapkan, program kerja disusun, serta dukungan anggaran tersedia untuk mencapai target yang telah direncanakan.

Keberhasilan implementasi kebijakan publik tidak terlepas dari sejumlah faktor pendukung yang merujuk pada enam jenis sumber daya utama dalam manajemen menurut George R. Terry dalam Mulyadi (2016) :

1. Sumber daya manusia (*men*),

Aspek yang tidak hanya harus kompeten, tetapi juga memenuhi kualifikasi karier sesuai ketentuan dalam manajemen publik;

2. Keuangan (*money*),

Menyangkut tersedianya anggaran sesuai alokasi yang telah direncanakan.

3. Logistik (*material*),

Merupakan sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan kebijakan.

4. Mesin atau informasi (*machine*),

Sistem informasi seperti surat-menyurat, komunikasi, dokumentasi, serta pengarsipan yang mendukung proses manajerial.

5. Metode (*methods*),

Merupakan prosedur yang sah secara hukum serta sesuai dengan regulasi yang berlaku.

6. Partisipasi masyarakat (*market*),

Mencakup keterlibatan publik baik dalam bentuk dukungan maupun kritik, sebagai masukan penting dalam menjalankan kebijakan secara efektif.

Implementasi kebijakan merupakan tahapan penting yang menilai sejauh mana suatu kebijakan publik mampu mencapai tujuan yang telah dirumuskan, seperti meminimalkan dan menyelesaikan persoalan publik. Dalam praktiknya, kebijakan publik biasanya dilakukan ke dalam bentuk program yang lebih spesifik agar dapat dioperasionalkan di lapangan. Program menjadi instrumen pelaksana dari kebijakan yang lebih umum, sehingga keberhasilan implementasi kebijakan sangat bergantung pada efektivitas pelaksanaan program tersebut. Ketepatan suatu implementasi dipengaruhi oleh sejauh mana kebijakan dan program dijalankan sesuai dengan kondisi sosial, ekonomi, dan politik di wilayah pelaksanaannya. Dalam konteks ini, Riant Nugroho (2014:686) berhasil memecahkan suatu masalah dengan kebutuhan yang ada di masyarakat dengan

lima aspek ketepatan sebagai berikut:

1. Tepat kebijakan

Kebijakan yang tepat diukur dari kemampuan kebijakan tersebut dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Kebijakan harus disesuaikan dengan sifat dan karakter dari masalah yang ditangani, serta dirancang oleh instansi yang memiliki otoritas dalam bidang terkait. Hal ini penting agar kebijakan memiliki legitimasi hukum yang kuat dan selaras dengan kebutuhan masyarakat yang menjadi sasaran program

2. Tepat Pelaksana

Pelaksanaan kebijakan tidak semata-mata menjadi tanggung jawab pemerintah, tetapi juga dapat melibatkan masyarakat maupun sektor swasta. Kebijakan yang bersifat pelayanan publik, pelaksanaannya lebih tepat jika ditangani langsung oleh pemerintah. Namun, dalam terlaksananya kebijakan tetap memerlukan keterlibatan aktif masyarakat dan dijalankan melalui kolaborasi antara pemerintah dan masyarakat.

3. Tepat Target

Berjalannya suatu kebijakan sangat ditentukan oleh ketepatan dalam menentukan sasaran atau target yang akan diintervensi. Target yang tepat harus sejalan dengan perencanaan awal, tidak bertabrakan dengan kebijakan lain yang sedang berjalan, berada dalam kondisi yang memungkinkan untuk menerima pelaksanaan kebijakan tersebut, dan dapat berupa kebijakan baru ataupun hasil penyempurnaan dari kebijakan yang telah ada sebelumnya

4. Tepat Lingkungan

Pelaksanaan kebijakan dipengaruhi oleh dua jenis lingkungan, yaitu lingkungan kebijakan yang mencakup hubungan antara lembaga dan pelaksana kebijakan, serta lingkungan eksternal yang melibatkan pendapat publik, pandangan strategis dari berbagai kelompok kepentingan, dan tokoh-tokoh yang memiliki peran penting dalam membentuk persepsi masyarakat terhadap kebijakan.

5. Tepat Proses

Pelaksanaan kebijakan publik terdiri dari tiga tahapan utama. Pertama, *policy acceptance*, yang melihat sejauh mana masyarakat memahami kebijakan sebagai aturan yang harus dijalankan. Kedua, *policy adoption*, yaitu penerimaan kebijakan sebagai norma yang perlu dipatuhi. Ketiga, *strategic readiness*, yakni kesiapan masyarakat dan birokrasi dalam melaksanakan kebijakan secara efektif.

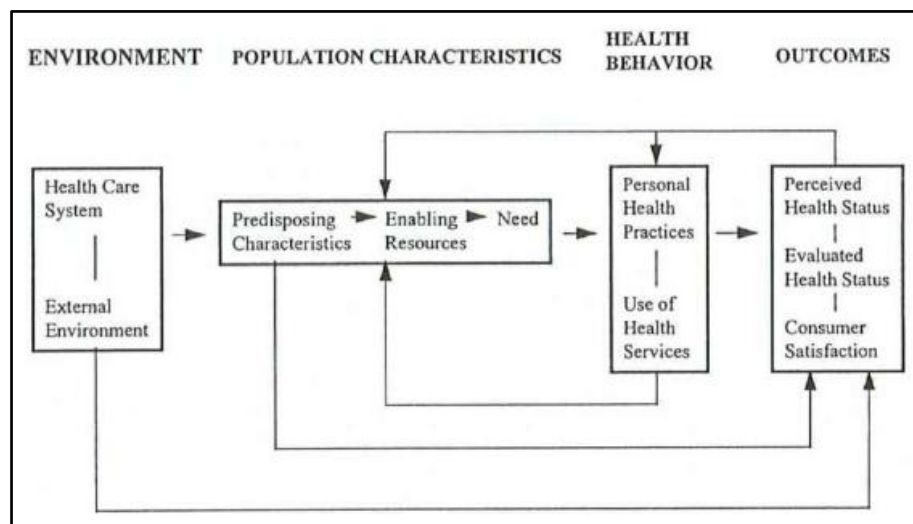
Teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Riant Nugroho (2014) digunakan dalam penelitian ini karena memberikan kerangka analisis yang komprehensif untuk menilai keberhasilan pelaksanaan kebijakan publik berdasarkan lima dimensi utama, yaitu tepat kebijakan, tepat pelaksana, tepat target, tepat lingkungan, dan tepat proses. Melalui teori ini, pelaksanaan program ANC di Kabupaten Bogor dapat dianalisis secara mendalam untuk melihat sejauh mana kebijakan tersebut sesuai dengan kebutuhan masyarakat, dilaksanakan oleh pelaksana yang kompeten, menyasar sasaran yang tepat, beradaptasi dengan kondisi lingkungan sosial dan kelembagaan, serta dijalankan melalui proses yang sistematis dan berkesinambungan. Dengan demikian, teori Riant Nugroho memberikan dasar konseptual yang kuat dalam memahami efektivitas implementasi kebijakan kesehatan di tingkat daerah.

1.6.2.5 Pemanfaatan Layanan

Pemanfaatan layanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan kebijakan dan program, tetapi juga oleh perilaku individu dan konteks sosial yang melingkupinya. Salah satu model yang banyak digunakan untuk menjelaskan perilaku pemanfaatan layanan kesehatan adalah Andersen's Behavioral Model, yang dikembangkan oleh Andersen dan Newman (1973) dan diperbarui oleh Andersen (1995).

Andersen's Behavioral Model menjelaskan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga kelompok faktor utama, yaitu faktor predisposisi (predisposing factors), faktor pendukung (enabling factors), dan faktor kebutuhan (need factors). Model ini menempatkan individu sebagai subjek utama dalam pengambilan keputusan untuk menggunakan layanan kesehatan, dengan tetap mempertimbangkan pengaruh sistem pelayanan dan kebijakan kesehatan yang berlaku.

Gambar 1. 1 Andersen's Behavioral Model



Sumber : R. M. Andersen (1995)

Model ini relevan digunakan dalam penelitian ini karena mampu menjelaskan perilaku ibu hamil dalam memanfaatkan layanan *Antenatal Care* (ANC) tidak hanya dari

sisi kebijakan, tetapi juga dari faktor sosial, keluarga, dan persepsi kebutuhan kesehatan. Secara rinci, faktor-faktor dalam Andersen's Behavioral Model dijelaskan sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor predisposisi mencakup karakteristik individu yang membentuk kecenderungan seseorang dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Faktor ini meliputi usia, tingkat pendidikan, pengetahuan kesehatan, nilai budaya, kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan, serta norma sosial yang berkembang di masyarakat.

2. Faktor Pendukung (*Enabling Factors*)

Faktor pendukung berkaitan dengan sumber daya yang memungkinkan atau menghambat individu dalam mengakses layanan kesehatan. Faktor ini meliputi ketersediaan fasilitas kesehatan, akses geografis, dukungan keluarga, kepemilikan jaminan kesehatan, serta kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

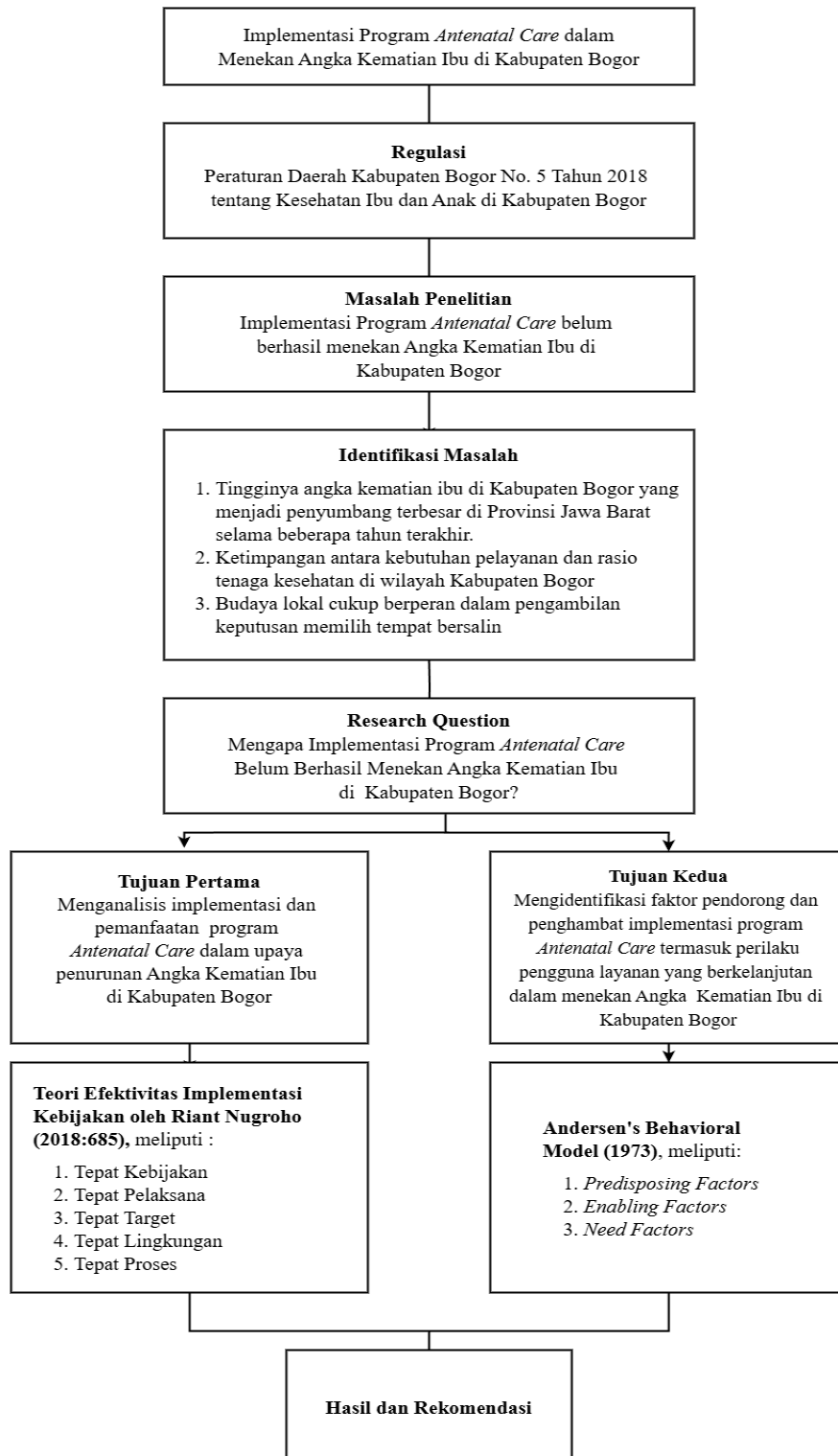
3. Faktor Kebutuhan (*Need Factors*)

Faktor kebutuhan berkaitan dengan kondisi kesehatan individu, baik yang dirasakan (*perceived need*) maupun yang dinilai secara klinis (*evaluated need*).

Penggunaan Andersen's Behavioral Model dalam penelitian ini memungkinkan analisis yang lebih komprehensif terhadap hubungan antara implementasi program ANC dan perilaku pemanfaatan layanan oleh ibu hamil. Model ini menempatkan kebijakan kesehatan sebagai faktor kontekstual yang berinteraksi dengan kondisi sosial, keluarga, dan individu dalam menentukan keberhasilan program dalam menekan Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Bogor.

1.7 Kerangka Pemikiran Teoritis

Gambar 1. 2 Kerangka Pemikiran Teoritis



Sumber : Data diolah oleh Penulis

1.8 Operasionalisasi Konsep

Operasionalisasi konsep merupakan proses untuk mengidentifikasi implementasi program dan menganalisis faktor pendorong dan penghambat implementasi program yang diukur secara sistematis dalam penelitian. Langkah yang digunakan untuk memperdalam penelitian untuk menentukan alur berpikir dan penyesuaian teori implementasi program *Antenatal Care*. Fenomena dan indikasi yang akan diteliti, meliputi:

1. Implementasi Program ANC dalam menekan Angka Kematian Ibu

Alur berpikir yang digunakan dalam melihat implementasi program penulis menggunakan lima indikator, yaitu: tepat kebijakan, tepat pelaksana, tepat target, tepat lingkungan, dan tepat proses. Indikator-indikator tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Tepat Kebijakan

Program yang dilaksanakan harus berdasarkan kebijakan yang relevan dengan permasalahan yang ada, sehingga tujuan program dapat tercapai secara optimal.

Sub gejala yang dapat diamati meliputi:

- Sinkronasi regulasi daerah dan regulasi pusat.
- Dukungan dan pemahaman pelaksana.

2) Tepat Pelaksana

Pelaksanaan program harus dilakukan oleh aktor atau lembaga yang memiliki kompetensi, kapasitas, dan pemahaman yang memadai terhadap program tersebut, guna memastikan implementasi berjalan efektif. Sub gejala yang dapat diamati meliputi:

- Kapasitas pelaksana program
- Kejelasan tugas dan pembagian peran
- Kondisi pelaksanaan program

3) Tepat Target

Sasaran program harus ditetapkan secara akurat, yaitu menyasar pihak yang memang membutuhkan intervensi, agar manfaat program dapat diterima oleh penerima yang tepat. Penelitian ini memfokuskan ibu hamil untuk menjadi penerima manfaat. Sub gejala yang dapat diamati meliputi:

- Ketepatan sasaran program kepada ibu hamil sejak awal kehamilan hingga mendekati waktu bersalin sesuai data jumlah ibu yang melakukan ANC.
- Capaian target kunjungan program pemeriksaan kehamilan berkala (K1-K6).
- Kepercayaan masyarakat dalam ketepatan sasaran program.

4) Tepat Lingkungan

Implementasi program perlu mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan, baik sosial, budaya, politik, maupun ekonomi, sehingga program dapat diterima dan didukung oleh masyarakat setempat. Sub gejala yang dapat diamati meliputi:

- Kondisi sosial dan budaya masyarakat.
- Kondisi ekonomi dan aksesibilitas wilayah
- Dukungan lintas sektor dan tokoh masyarakat
- Pemanfaatan teknologi dan media dalam promosi kesehatan

5) Tepat Proses

Proses pelaksanaan program harus mengikuti prosedur, mekanisme, dan tahapan yang telah ditetapkan, sehingga program dapat berjalan secara sistematis, efektif,

dan akuntabel. Sub gejala yang dapat diamati meliputi:

- Implementasi harus sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP)
- Mekanisme rujukan dan alur layanan kegawatdaruratan
- Pelaksanaan layanan masyarakat

2. Faktor Pendorong dan Penghambat Implementasi Program *Antenatal Care* (ANC) termasuk Faktor Perilaku Pengguna Layanan yang Berkelanjutan dalam Menekan Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Bogor

Faktor pendorong dan penghambat dalam penelitian ini dianalisis sebagai faktor-faktor yang memengaruhi perilaku ibu hamil dalam memanfaatkan layanan ANC, yang dikelompokkan ke dalam faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor kebutuhan.

Dalam penelitian ini, indikator yang diamati sebagai berikut:

1) Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor ini berkaitan dengan karakteristik individu dan sosial yang membentuk kecenderungan ibu hamil dalam memanfaatkan layanan ANC. Sub gejala yang dapat diamati meliputi:

- Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan ANC.
- Nilai budaya dan kepercayaan terkait kehamilan dan persalinan.
- Pengaruh keputusan keluarga, khususnya suami dan orang tua, dalam pemanfaatan layanan ANC.

2) Faktor Pendukung (*Enabling Factors*)

Faktor ini berkaitan dengan sumber daya dan sistem pelayanan yang memungkinkan atau menghambat akses ANC. Sub gejala yang dapat diamati mencakup:

- Akses geografis dan ketersediaan fasilitas kesehatan.
- Dukungan keluarga terhadap ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan ANC.
- Ketersediaan tenaga kesehatan dan kualitas pelayanan ANC

3) Faktor Kebutuhan (*Need Factors*)

Faktor kebutuhan berkaitan dengan kondisi kesehatan dan persepsi ibu hamil terhadap risiko kehamilan Sub gejala mencakup:

- Persepsi ibu hamil terhadap kondisi kehamilan dan tingkat risiko.
- Pengalaman kesehatan sebelumnya yang memengaruhi kebutuhan ANC.
- Deteksi risiko kehamilan oleh tenaga kesehatan sebagai dasar kebutuhan layanan.

Tabel 1. 3 Fenomena Penelitian

No.	Fenomena	Sub Fenomena	Gejala yang Diamati	Informan
1.	Implementasi dan pemanfaatan layanan program <i>Antenatal Care</i>	Tepat Kebijakan	Sinkronasi Regulasi Pusat dan Daerah	1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 2. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 3. Plt. Kepala Puskesmas Cijeruk
			Dukungan dan Pemahaman Pelaksana	4. Wakil Direktur RSUD Dr. K.H. Idham Chalid 5. Bidan Puskesmas Cijeruk 6. Bidan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Puskesmas Cijeruk 7. Bidan Desa Kecamatan Cijeruk 8. Dokter Puskesmas Cijeruk 9. Perawat Puskesmas Cijeruk 10. Kader Posyandu wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk
		Tepat Pelaksana	Kapasitas Pelaksana Program	1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor
			Kejelasan Tugas dan Pembagian Peran Pelaksana Program	2. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas

No.	Fenomena	Sub Fenomena	Gejala yang Diamati	Informan
			Kondisi Pelaksanaan Program	Kesehatan Kabupaten Bogor 3. Plt. Kepala Puskesmas Cijeruk 4. Bidan Puskesmas Cijeruk 5. Bidan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Puskesmas Cijeruk 6. Bidan Desa Kecamatan Cijeruk 7. Dokter Puskesmas Cijeruk 8. Perawat Puskesmas Cijeruk 9. Kader Posyandu wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk 10. Paraji atau Dukun Beranak
			Tepat Target	1. Ibu Hamil 2. Ibu Pasca Bersalin 3. Bidan Puskesmas Cijeruk 4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 5. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 6. Plt. Kepala Puskesmas Cijeruk 7. Bidan Desa Kecamatan Cijeruk 8. Bidan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) 9. Paraji atau Dukun Beranak 10. Kader Posyandu wilayah Kerja Puskesmas Cijeruk
			Ketepatan Sasaran Program	
			Capaian Target Kunjungan Program	
			Kepercayaan Masyarakat dalam Ketepatan Sasaran Program	
			Tepat Lingkungan	1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 2. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kabupaten Bogor 3. Plt. Kepala Puskesmas Cijeruk 4. Bidan Puskesmas Cijeruk 5. Bidan Desa Kecamatan Cijeruk 6. Bidan Pelayanan Obsterti Neonatal Emergensi Dasar (PONED) 7. Paraji atau Dukun Beranak 8. Kader Posyandu wilayah Kecamatan Cijeruk 9. Ibu Hamil 10. Ibu Pasca Bersalin
			Kondisi Sosial dan Budaya Masyarakat	
			Kondisi Ekonomu dan Aksesibilitas Wilayah	
			Dukungan Lintas Sektor dan Tokoh Masyarakat	
			Pemanfaatan Teknologi dan Media dalam Promosi Kesehatan	

No.	Fenomena	Sub Fenomena	Gejala yang Diamati	Informan
		Tepat Proses	Prosedur Pelaksanaan Program Antenatal Care	1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 2. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 3. Plt. Kepala Puskesmas Cijeruk 4. Bidan Desa Kecamatan Cijeruk 5. Bidan Puskesmas Cijeruk 6. Kader Posyandu wilayah Kecamatan Cijeruk 7. Ibu Hamil 8. Ibu Pasca Bersalin
			Koordinasi dan Mekanisme Rujukan Layanan	
			Pelaksanaan Layanan Masyarakat	
2.	Faktor Pendorong dan Penghambat Implementasi Program <i>Antenatal Care</i> (ANC) termasuk Faktor Perilaku Pengguna Layanan yang Berkelanjutan dalam Menekan Angka Kematian Ibu (AKI)	<i>Predisposing Factors</i>	Tingkat pengetahuan ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan ANC.	1. Kader Posyandu Kecamatan Cijeruk 2. Ibu Hamil 3. Ibu Pasca Bersalin 4. Dukun Beranak (Paraji)
			Nilai budaya dan kepercayaan dalam kehamilan dan persalinan.	
			Pengambilan Keputusan dalam pemanfaatan layanan ANC	
		<i>Enabling Factors</i>	Akses geografis dan ketersediaan fasilitas kesehatan	1. Bidan Puskesmas Cijeruk 2. Bidan Desa Kecamatan Cijeruk 3. Bidan Pelayanan Obsterti Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Kecamatan Cijeruk 4. Perawat Puskesmas Cijeruk 5. Dokter Puskesmas Cijeruk 6. Kader Posyandu Kecamatan Cijeruk
			Dukungan keluarga	
			Ketersediaan tenaga kesehatan dan kualitas pelayanan ANC.	
			Persepsi ibu hamil dalam kondisi kehamilan dan tingkat risiko.	
		<i>Need Factors</i>	Pengalaman kesehatan sehingga membutuhkan ANC	1. Bidan Puskesmas Cijeruk 2. Bidan Desa Kecamatan Cijeruk 3. Dokter Puskesmas Cijeruk 4. Perawat Puskesmas Cijeruk 5. Ibu hamil 6. Ibu pasca bersalin
			Deteksi risiko kehamilan oleh tenaga kesehatan	
			Koordinasi Lintas Sektor dan Integrasi Sistem Pelaporan	

Sumber : Diolah oleh Penulis (2025)

1.9 Argumen Penelitian

Program *Antenatal Care* (ANC) yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Bogor telah menunjukkan capaian kunjungan awal (K1) yang cukup tinggi, Namun, terdapat penurunan signifikan pada pemeriksaan (K6) menjelang hari persalinan pencapaian. Hal tersebut menjadi faktor tingginya jumlah kematian ibu di Kabupaten Bogor yang mencapai 105 kasus, hingga menjadikannya wilayah Kabupaten Bogor menjadi penyumbang AKI tertinggi di Provinsi Jawa Barat. Fenomena ini mengindikasikan bahwa keberhasilan program ANC tidak cukup diukur dari tingginya capaian kunjungan awal, melainkan perlu dilihat dari kesinambungan pemanfaatan layanan hingga akhir masa kehamilan.

Implementasi kebijakan publik menjelaskan bahwa keberhasilan suatu program tidak hanya dinilai dari capaian output administratif atau indikator statistik semata, tetapi juga dari sejauh mana kebijakan tersebut diimplementasikan secara tepat sesuai dengan tujuan yang telah dirumuskan serta mampu memberikan dampak nyata bagi kelompok sasaran. Implementasi kebijakan yang efektif menuntut adanya kesesuaian antara substansi kebijakan, aktor pelaksana, target program, lingkungan sosial, serta proses pelaksanaan di lapangan.

Penelitian ini menggunakan teori implementasi kebijakan dari Riant Nugroho (2014:686) sebagai kerangka utama analisis. Teori ini menekankan lima indikator ketepatan implementasi, yaitu tepat kebijakan, tepat pelaksana, tepat target, tepat lingkungan, dan tepat proses. Pendekatan ini dinilai relevan karena mampu menjelaskan keterpaduan antara desain kebijakan program *Antenatal Care* dengan praktik implementasinya di tingkat daerah, khususnya dalam konteks penyediaan layanan

kesehatan ibu oleh pemerintah daerah.

Penelitian ini juga memanfaatkan Andersen's Behavioral Model sebagai kerangka pendukung untuk menjelaskan perilaku pengguna layanan kesehatan. Model ini menekankan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor kebutuhan. Penggunaan model ini memungkinkan penelitian untuk memahami bagaimana faktor sosial, budaya, dan persepsi kebutuhan ibu hamil berinteraksi dengan implementasi kebijakan ANC yang dijalankan oleh pemerintah daerah.

Program *Antenatal Care* (ANC) di Kabupaten Bogor tidak hanya ditentukan oleh ketepatan pelaksanaan kebijakan secara administratif, tetapi juga oleh sejauh mana kebijakan tersebut mampu mendorong pemanfaatan layanan ANC secara berkelanjutan oleh ibu hamil. Dengan demikian, penelitian ini berupaya menganalisis implementasi program ANC melalui pendekatan implementasi kebijakan publik yang dikaitkan dengan perilaku pengguna layanan, guna mengidentifikasi faktor pendorong dan penghambat dalam menekan Angka Kematian Ibu di Kabupaten Bogor.

1.10 Metode Penelitian

Metode penelitian merupakan serangkaian langkah sistematis yang dilakukan untuk mencari kebenaran dalam suatu kajian ilmiah. Proses ini dimulai dari perumusan masalah berdasarkan pemikiran awal, yang kemudian melahirkan dugaan atau hipotesis. Merujuk pada hasil penelitian sebelumnya, data yang diperoleh dianalisis secara mendalam hingga menghasilkan kesimpulan akhir. Dengan adanya metode penelitian, capaian yang dihasilkan dari sebuah penelitian dapat diuji kebenarannya sehingga dapat memberikan output yang bermakna bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

1.10.1 Tipe Penelitian

Tipe penelitian merupakan rencana atau strategi yang digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan penelitian. Menurut Effendi & Tukiran (2017: 5), penelitian deskriptif bertujuan untuk menelaah dan menjelaskan gejala-gejala sosial secara jelas serta mendalam sesuai dengan kondisi yang terjadi di lapangan. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan tujuan tidak hanya untuk menggambarkan aspek administratif implementasi program ANC, tetapi juga untuk memahami bagaimana ibu hamil sebagai pengguna layanan memaknai, merespons, dan memanfaatkan pelayanan ANC dalam kehidupan sehari-hari. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk mengkaji fenomena sosial secara menyeluruh dan sistematis, khususnya dalam konteks pelayanan kesehatan ibu.

1.10.2 Situs Penelitian

Situs penelitian merupakan tempat atau lokasi penelitian dilakukan. Menurut Sukmadinata (2009:53-60), situs penelitian merupakan suatu focus yang ingin dibahas pada penelitian. Situs penelitian juga merupakan tempat yang dipilih untuk menunjukkan keadaan sebenarnya dari objek yang diteliti, sehingga peneliti dapat memperoleh data dan informasi yang diperlukan dalam proses penelitian. Lokasi dalam penelitian ini adalah di Kabupaten Bogor, Provinsi Jawa Barat. Penulis memilih Kabupaten Bogor sebagai lokus karena daerah ini tercatat memiliki angka kematian ibu (AKI) tertinggi di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2024, yaitu sebanyak 105 kasus. Tingginya angka kematian ibu di wilayah ini menjadi dasar penelitian terkait sejauh mana implementasi program *Antenatal Care* telah dilaksanakan oleh pemerintah daerah.

1.10.3 Subjek Penelitian

Penentuan subjek dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Winarno (2013) menjelaskan bahwa *purposive sampling* adalah metode pemilihan informan yang tidak bergantung pada jenjang, status, aturan, atau lokasi geografis, melainkan ditentukan berdasarkan tujuan dan pertimbangan tertentu yang relevan dengan topik penelitian. Teknik ini digunakan karena penelitian menunjukkan bahwa informan tidak hanya memahami kebijakan, tetapi juga mengalami langsung proses pemanfaatan layanan ANC. Informan dalam penelitian ini adalah individu yang diyakini memiliki wawasan mendalam mengenai implementasi program *Antenatal Care* (ANC). Adapun subjek dalam penelitian ini meliputi:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor
2. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor
3. Kepala Puskesmas dan Rumah Sakit wilayah prioritas
4. Tenaga Kesehatan di wilayah Kabupaten Bogor meliputi Dokter, Bidan, Perawat yang menangani pelayanan *Antenatal Care*
5. Tokoh Masyarakat atau Kader Posyandu
6. Ibu Hamil atau Ibu Pasca Persalinan
7. Paraji atau Dukun Beranak

1.10.4 Jenis Data

Jenis data dalam penelitian kualitatif berbentuk teks sebagai penggambaran orang, tindakan, dan peristiwa dalam kehidupan sosial. Menurut Sugiyono (2017), jenis data terbagi data kualitatif, kuantitatif dan gabungan antara keduanya. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini dibagi menjadi:

1. Kata-kata dan Tindakan

Sumber data utama penelitian diperoleh dari informan penelitian yang diwawancarai dan diobservasi. Informan tersebut terdiri dari aparatur Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, tenaga kesehatan seperti bidan atau dokter di puskesmas, serta ibu hamil atau ibu pasca persalinan yang menjadi penerima manfaat layanan ANC.

2. Sumber data tertulis

Terdiri dari arsip dan dokumen kebijakan dari instansi pemerintah yang relevan.

Sumber data tertulis meliputi:

- 1) Peraturan Daerah Kabupaten Bogor Nomor 5 Tahun 2018 tentang Kesehatan Ibu dan Anak.
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu Sebelum Hamil, Saat Hamil, Bersalin, dan Pasca Bersalin.
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Standar Tenaga Kesehatan.
- 4) Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2020–2024.
- 5) Laporan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2024.
- 6) Laporan Profil Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2024
- 7) Laporan Profil Ketenagakerjaan Kabupaten Bogor Tahun 2023
- 8) Data statistik cakupan layanan ANC K1, K4, dan K6 Kabupaten Bogor Tahun 2024 dari Dinas Kesehatan.
- 9) Laporan Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Bogor tahun 2018–2024

1.10.5 Sumber Data

Sumber data merupakan informasi yang diperoleh oleh peneliti untuk menjawab pertanyaan dalam penelitian. Sumber data adalah subjek dari mana data dapat diperoleh, baik berupa orang, dokumen, atau peristiwa (Sugiyono, 2013). Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua jenis, yaitu data primer dan data sekunder, sebagai berikut:

1. Data Primer

Diperoleh dengan melakukan wawancara kepada informan penelitian dan observasi langsung terkait pelaksanaan program *Antenatal Care* (ANC) dalam upaya menekan angka kematian ibu di Kabupaten Bogor.

2. Data Sekunder

Diperoleh dengan melakukan studi pustaka terkait dengan data angka kematian ibu (AKI) di Kabupaten Bogor, cakupan pelayanan ANC (K1, K4, dan K6), serta dokumen kebijakan seperti Peraturan Daerah, Peraturan Menteri Kesehatan, dan laporan profil kesehatan Kabupaten Bogor.

1.10.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan tahapan penting dalam penelitian kualitatif karena menentukan kedalaman dan makna data yang diperoleh. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data dirancang untuk menggali secara mendalam pengalaman, rasionalitas, dan perilaku pemanfaatan layanan *Antenatal Care* (ANC) oleh ibu hamil sebagai pengguna layanan, serta untuk memahami konteks implementasi kebijakan dari perspektif pelaksana dan komunitas. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan tiga teknik, yaitu:

1. Wawancara

Menurut Esterberg (dalam Sugiyono, 2013: 231), wawancara merupakan proses pertukaran informasi dan gagasan melalui tanya jawab antara dua pihak, sehingga dapat membangun pemahaman yang mendalam terhadap suatu topik. Wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara semi-terstruktur. Teknik ini dipilih karena bersifat fleksibel dan memungkinkan peneliti menggali informasi secara lebih terbuka dan mendalam mengenai implementasi program ANC di Kabupaten Bogor. Dalam proses wawancara, penulis mendengarkan secara aktif dan mencatat informasi penting yang disampaikan oleh narasumber, seperti pegawai Dinas Kesehatan, tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, kader posyandu, dan ibu hamil atau pasca melahirkan.

2. Observasi

Menurut Marshall (dalam Sugiyono, 2013: 226), observasi memungkinkan peneliti mempelajari perilaku dan makna dari tindakan yang dilakukan oleh individu atau kelompok. Observasi dalam penelitian ini dilakukan secara langsung di lapangan untuk mengetahui bagaimana implementasi program *Antenatal Care* (ANC) dijalankan di fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Bogor. Jenis observasi yang digunakan adalah observasi terbuka, di mana peneliti melakukan pengamatan terhadap proses pemeriksaan kehamilan (K1, K4, K6), interaksi tenaga kesehatan dengan pasien, serta kondisi fasilitas kesehatan. Pada tahap ini Peneliti mencatat semua kejadian penting di lapangan untuk mendukung analisis fenomena implementasi program.

3. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang telah terjadi dalam bentuk tulisan, gambar, laporan, atau arsip lainnya yang berfungsi sebagai pelengkap dari observasi dan

wawancara. Dalam penelitian ini, dokumentasi dilakukan untuk mengumpulkan data sekunder yang berkaitan dengan angka kematian ibu (AKI), cakupan layanan ANC, rasio tenaga kesehatan, serta regulasi yang mendasari pelaksanaan program, dan laporan dari instansi terkait. Dokumentasi berperan penting sebagai bukti empiris yang memperkuat data hasil wawancara dan observasi. Kegiatan dokumentasi mencakup proses pengumpulan, penelaahan, dan analisis terhadap dokumen yang relevan guna memperoleh pemahaman yang menyeluruh terkait kesesuaian pelaksanaan program.

1.10.7 Analisis dan Interpretasi Data

Penelitian ini menerapkan metode analisis kualitatif dengan tujuan merangkum data secara tepat serta dapat dipertanggungjawabkan. Teknik yang digunakan adalah analisis dominan, yaitu pendekatan yang berfungsi untuk memperoleh pemahaman secara umum dan menyeluruh mengenai pokok permasalahan yang diteliti. Dalam pendekatan kualitatif, analisis data dilakukan secara terus-menerus, baik sebelum, saat, maupun setelah pengumpulan data di lapangan. Miles dan Huberman (2014), proses analisis data dilakukan melalui tiga alur kegiatan yang berlangsung secara bersamaan antara lain, yaitu:

1. Kondensasi Data

Kondensasi Data merupakan proses memilih, menyederhanakan, mengabstrakkan, dan atau mentransformasikan data yang mendekati keseluruhan bagian dari catatan-catatan lapangan secara tertulis, transkrip wawancara, dan dokumen-dokumen lainnya. Data yang telah dipilih kemudian akan dikaitkan dengan kerangka teoritis yang digunakan oleh peneliti. Dalam tahap ini, peneliti akan menyusun dan memilih data yang relevan dengan gejala yang ada dalam teori analisis kinerja organisasi

publik.

2. Penyajian Data

Langkah selanjutnya adalah menyusun data dalam bentuk yang mudah dipahami. Penyajian data dilakukan agar informasi tersusun secara rapi dan sistematis. Dalam penelitian ini, data disajikan dalam bentuk narasi deskriptif yang menguraikan hasil wawancara dan observasi secara kronologis dan tematik. Hal ini memudahkan peneliti dalam menarik kesimpulan berdasarkan bukti yang telah dikumpulkan.

3. Penarikan Kesimpulan

Tahapan terakhir dalam analisis data adalah penarikan Kesimpulan. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif merupakan hasil interpretasi terhadap data yang telah dianalisis, serta bisa berupa temuan baru yang sebelumnya belum terungkap. Memastikan keabsahan data, peneliti melakukan verifikasi atau pengecekan ulang ke lapangan bila diperlukan. Kesimpulan dalam penelitian ini akan ditarik berdasarkan konsistensi antara data empiris dan kerangka teori implementasi kebijakan publik yang digunakan.

1.10.8 Kualitas Data dan Validitas Data

Teknik yang digunakan dalam uji kualitas data pada penelitian kualitatif ini adalah teknik triangulasi, yaitu langkah untuk mengecek keabsahan data dari berbagai sumber, dengan pendekatan yang berbeda serta dalam waktu yang berbeda pula (Sugiyono, 2013: 273). Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini meliputi tiga jenis, yaitu:

1. Triangulasi Sumber

Triangulasi ini dilakukan dengan cara membandingkan dan mengkonfirmasi informasi yang diperoleh dari berbagai informan, seperti aparatur Dinas Kesehatan, tenaga kesehatan di puskesmas, dan ibu hamil dan ibu pasca persalinan sebagai pengguna

layanan. Dengan uji kualitas ini, penelitian tidak hanya menampilkan perspektif institusional, tetapi juga menangkap realitas sosial yang memengaruhi keberlanjutan kunjungan ANC.

2. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara mendalam, observasi lapangan, dan dokumentasi. Wawancara digunakan untuk menggali pengalaman subjektif dan pertimbangan rasional ibu hamil dalam mengikuti atau menghentikan kunjungan ANC, sementara observasi memberikan gambaran nyata mengenai praktik pelayanan di fasilitas kesehatan. Data dokumentasi, seperti laporan cakupan K1, K4, dan K6 serta angka kematian ibu, digunakan sebagai data pendukung untuk memverifikasi temuan empiris.

3. Triangulasi Waktu

Triangulasi waktu dilakukan dengan melakukan konfirmasi data pada waktu dan situasi yang berbeda kepada informan yang sama, khususnya ibu hamil dan tenaga kesehatan. Langkah ini bertujuan untuk memastikan bahwa informasi yang diperoleh bersifat konsisten dan tidak dipengaruhi oleh kondisi sesaat. Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis secara berulang dan diverifikasi untuk menjamin stabilitas serta kredibilitas temuan penelitian.