

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI KABUPATEN TAKALAR PROVINSI SULAWESI SELATAN

Oleh : Halwatiah
Stikes Anging Mamiri Makasar, Sulawesi Selatan

Abstract

Takalar district, South Sulawesi has a policy of maternal and child health by adopting indigenous shaman a major role in the birthing process in the form of Regulation No. 2 of 2010 on the Partnership midwife and healer. Based on the subject matter, the question of the proposed research is how the implementation of policies on Maternal and Child Health in Takalar district, South Sulawesi? How to model Policy Implementation Maternal and Child Health Care according to local conditions in the district of South Sulawesi Takalar? The method used is descriptive qualitative. The results showed that the results are good policy performance. The success of the policy program at the district MCH-KBD Takalar this policy to be a "pilot-project" for other regions. The contents of the policy is a creative solution based on local wisdom for facts on the ground people still believe their role. Program planning, implementation and evaluation are participatory stakeholders. Policy context, the views of the Situational factors, KBD is a form of cooperation with the shaman's midwife with the principle of mutual benefit sipakatau sipakainge upheld by society Takalar. This principle is implemented by creating the principle of openness, equality, and trust in an attempt to save the mother and baby. This partnership puts birth attendants and midwives as their role from birth attendant became a partner in caring for mothers and babies. In terms of structural factors, contextually seen that the decentralization policy in the health sector in the district Takalar has been used for the benefit of policy implementation KIA. KBD policy is local policy is based on local cultural values and fully supported by stakeholders.

Keywords: Implementation, health care, mother and child, shaman, Takalar

Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu, Bayi dan Balita di Indonesia masih cukup tinggi dan merupakan salah satu masalah utama kesehatan. Informasi terakhir dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menunjukkan AKI masih 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 34 per 100.000 kelahiran hidup dan AKABA 44 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) dan AKABA dalam 5 tahun terakhir menunjukkan

tren penurunan, namun tren AKI diperkirakan tidak akan dapat mencapai target MDGs.

Berdasarkan data pengeluaran KIA di Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan, proporsi pengeluaran KIA didominasi oleh sumber-sumber pemerintah pusat (di luar anggaran Jamkesmas). Pengeluaran pemerintah daerah hanya kurang dari 15%. Ada beberapa penjelasan dari rasa ikut memiliki pemerintah daerah yang rendah:

1. Kesehatan Anak adalah salah satu yang disebut program vertikal. Kebanyakan anggaran Kesehatan Anak datang dari pemerintah pusat (APBN). Anggaran ini dibagi berdasarkan direktorat jenderal dan sub-direktorat (pembagian pertama)
2. Kurangnya koordinasi lintas sektoral. Anggaran pemerintah daerah biasanya dipakai untuk pencegahan sekunder dan tersier. Pencegahan pertama lebih pada determinan sosial kesehatan. Programnya diatur oleh departemen lain, non-departemen kesehatan dalam pemerintah daerah. Ada satu lagi pembagian (pembagian kedua) yang mana proses perencanaan dan anggaran di departemen kesehatan dan departemen lain tidak terkoordinasi.

Pada 2004, UU No. 22/1999 diamandemen dengan UU no.32/2004. UU yang mengamandir pada peranan baru pemerintah pusat dan pemerintah provinsi. Namun sektor kesehatan masih tetap didesentralisasi. Kesenjangan antar provinsi, kabupaten/kota dan kelompok sosial ekonomi masih ada. Secara nasional, 46% kelahiran terjadi di fasilitas kesehatan, secara sub-nasional berkisar dari 91% di Bali dan 8% di Sulawesi Selatan. Perbedaan yang sama di antara kelompok sosial ekonomi juga dapat diamati. Saat ini 83% perempuan dari kuintil kemakmuran paling atas melahirkan di fasilitas kesehatan, hanya 14% perempuan dari kuintil paling bawah yang melahirkan di fasilitas kesehatan.

Kabupaten Takalar, Pemprov. Sulsel mengeluarkan Perda No 2 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi dan faktanya telah mencapai nol angka kematian ibu sehingga menjadi daerah percontohan bagi daerah lain (AH Maftuchan, Dani Manu, Hilmi Yumni, Nur Kholifah, Rosniaty Panguriseng (2013), Refleksi MDGs 4&5 Upaya Pencapaian di Daerah Menjelang 2015, Studi Kasus Kebijakan Penurunan Kematian Ibu & Anak Baru Lahir di Kabupaten Pasuruan, Takalar dan Kupang). Masalah KIA di Kabupaten Takalar sebelum dilakukan Kemitraan Bidan dengan Dukun adalah,

- a. Kematian ibu dan anak masih tinggi
- b. Kehamilan remaja
- c. Berat Badan Lahir Rendah
- d. Cakupan program KIA masih belum optimal
- e. Jumlah, distribusi dan kualifikasi tenaga kesehatan (bidan) di tingkat desa masih kurang/rendah

- f. Rendahnya pemberdayaan masyarakat untuk perbaikan status kesehatan
- g. Belum ada kemitraan dan kerjasama lintas sektor (Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar 2014)

Hal itu terjadi oleh karena sebagian besar persalinan terjadi di rumah karena alasan kepercayaan, budaya dan ekonomi. Dalam persalinan mereka umumnya ditolong oleh tenaga tidak terlatih yang menyebabkan terjadinya komplikasi perdarahan, infeksi dan umumnya bila terjadi kasus tidak segera tertangani. Bertolak dari teori dan kondisi emik seperti yang diuraikan diatas, penelitian ini mengkaji lebih lanjut implementasi kebijakan KIA.

Kebijakan daerah yang spesifik mengatur tentang penurunan AKI Kabupaten Takalar di Sulawesi Selatan dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dengan mengeluarkan Perda No 2 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun. Kebijakan Program Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD) ternyata berhasil dikembangkan untuk mengatasi masalah AKI di Kabupaten Takalar dalam pelaksanaannya telah mencapai nol angka kematian ibu, sehingga menjadi daerah percontohan bagi daerah lain. (Prakarsa, 2013b). Rujukan payung hukum KBD yaitu adanya Konteks kebijakan Nasional untuk munculnya Kebijakan Tingkat Kabupaten. Kabupaten Takalar kemudian mengeluarkan Perda Nomor 02 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD). Di lihat dari konteks kultur bahwa kepercayaan terhadap dukun sangat tinggi, dihormati karena senioritas dan peran spiritual di masyarakat bahwa persalinan ditolong dukun.

Stakeholder utama dalam seting agenda kebijakan adalah eksekutif, DPRD, CSO (*executive – driven*). Berdasarkan data lapangan ternyata penyusunan disahkan tanpa naskah akademik, draft disiapkan eksekutif dibantu donor kebijakan tingkat desa meskipun Perdesnya sendiri tidak ada. Anggaran untuk membiayai kebijakan KIA adalah APBD Kabupaten, APBD provinsi dan dana-dana pusat (dominan), donor asing. Koordinasi lintas, keterlibatan masyarakat/kader lokal dalam pelaksanaan dan improvisasi Kepala Puskesmas cukup baik. Sementara itu, donor asing berperan dalam drafting Perda, bantuan teknis.

Program Kemitraan Bidan-Dukun Bayi tahun 2007 diprakarsai Pemerintah Kabupaten Takalar dan difasilitasi Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk Anak-anak (Unicef), Suniati dan Dg Sina (narasumber: Dukun melahirkan) tak lagi berpraktik. Mereka membantu bidan dan mendapat insentif Rp 50.000 dari bidan untuk tiap calon ibu yang mau kontrol ke puskesmas sejak awal kehamilan sampai melahirkan. Program itu membuat situasi di Puskesmas Bontomarannu berubah, menurut Siti Rochani (50) koordinator bidan saat diwawancarai, bahwa sebelum adanya KBD, kontak pertama ibu hamil dengan kami rata-rata 60 persen, setelah kemitraan menjadi 100 persen, juga kunjungan lengkap. Wilayah

puskesmas itu mencakup sembilan desa dengan 22.139 jiwa atau 759 keluarga, separuhnya tergolong tak mampu. Komplikasi saat melahirkan pun bisa langsung ditangani. Tahun 2014 ada 7 (tujuh) ditangani, 23 dirujuk langsung ke rumah sakit. Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

- a. Bagaimana implementasi kebijakan Kemitraan Bidan dengan Dukun di kabupaten Takalar Sulawesi Selatan ?
- b. Bagaimana model Implementasi Kebijakan Kemitraan Bidan dengan Dukun sesuai kondisi lokal di kabupaten Takalar Sulawesi Selatan ?

Landasan Teoretik Kebijakan Publik

Kebijakan kesehatan dapat meliputi kebijakan publik dan swasta tentang kesehatan. Kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam system kesehatan. Kebijakan ini mencakup sektor publik (pemerintah) sekaligus sektor swasta. Tetapi karena kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor penentu diluar system kesehatan, para pengkaji kebijakan kesehatan juga menaruh perhatian pada segala tindakan dan rencana tindakan dari organisasi diluar sistem kesehatan yang memiliki dampak pada kesehatan.

Menurut United Nations dalam Abdul Wahab (2005:74) memberikan pengertian tentang kebijakan sebagai perilaku dari sejumlah aktor (penjabat, kelompok, instansi pemerintah) atau serangkaian aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu. Sedangkan Helco dan Jone (1991) mengemukakan pengertian kebijakan sebagai berikut : *“policy is a course of action intended to accomplish some end”*. Kebijakan adalah suatu arah kegiatan yang tertuju kepada tercapainya beberapa tujuan. Dari beberapa denifisi kebijakan tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kebijakan adalah suatu tindakan yang berpola yang diarahkan pada pencapaian tujuan tertentu sebagai pedoman untuk bertindak dan bukan hanya sekedar keputusan untuk melakukan sesuatu. Selanjutnya istilah kebijakan dikaitkan deangan kepetingan pemerintah atau Negara (public), sehingga akhirnya istilah kebijakan terkait erat dengan publik.

Ada 5 (lima) tahap proses pembuatan kebijakan Negara seperti yang dikemukakan oleh Dunn (2000:104) sebagai serangkaian tahap yang saling bergantung dan diatur menurut urutannya yaitu : 1) penyusunan agenda, 2) formulasi kebijakan, 3) adopsi kebijakan, 4) implementasi kebijakan, 5) penilaian menyebutkan bahwa ada 6 (enam) tahap proses pembuatan kebijakan Negara yaitu: 1) perumusan masalah kebijakan Negara, 2) penyusunan agenda pemerintah, 3) perumusan usulan kebijakan Negara, 4)

pengesahan kebijakan, 5) pelaksanaan kebijakan dan, 6) penilaian kebijakan Negara.

Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan (Bornemisza & Sondorp, 2002). Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan (Cassels, 1995).

Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendisain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan (Davies 2001; Milio 2001), termasuk kebijakan kesehatan internasional (Hunter 2005; Labonte, 1998; Mohindra 2007).

Implementasi Kebijakan

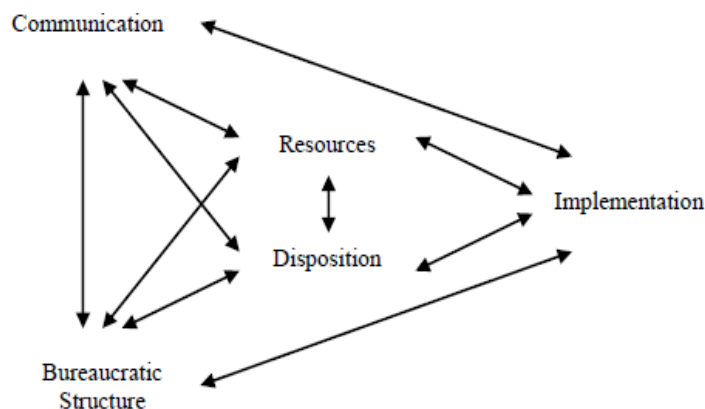
Implementasi kebijakan cenderung untuk memobilisasi keberadaan lembaga (Blakie & Soussan, 2001). Pada kebijakan dilihat apakah ada kesenjangan antara yang direncanakan dan yang terjadi sebagai suatu akibat dari kebijakan. Pendekatan pengembangan kebijakan oleh pembuat kebijakan biasanya berdasarkan hal-hal yang masuk akal dan mempertimbangkan informasi-informasi yang relevan. Namun demikian apabila pada implementasi tidak mencapai apa yang diharapkan, kesalahan sering kali bukan pada kebijakan itu, namun kepada faktor politik atau manajemen implementasi yang tidak mendukung (Juma & Clarke, 1995). Kegagalan dari implementasi kebijakan bisa disebabkan oleh karena tidak adanya dukungan politik, manajemen yang tidak sesuai atau sedikitnya sumber daya pendukung yang tersedia (Sutton, 1999). Suatu kebijakan kesehatan dapat berubah saat diimplementasikan, di mana bisa muncul output dan dampak yang tidak diharapkan dan tidak bermanfaat untuk masyarakat (Baker, 1996).

Implementasi kebijakan menurut Van Mater dan Van Horn dalam Abdul Wahab (2005) memberikan pernyataan bahwa *“policy implementation encompassed those actions by public and private individuals (and group) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions”*. Hal ini memberikan gambaran bahwa implementasi kebijakan merupakan tindakan yang dilaksanakan oleh individu-individu dan kelompok-kelompok, pemerintah dan swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan dan sasaran yang menjadi prioritas keputusan kebijakan. Proses implementasi setidaknya-tidaknya memiliki 4 (empat) elemen yaitu; 1). Pembentukan unit organisasi baru dan staf pelaksana, 2). Penjabaran tujuan kebijakan dalam berbagai aturan pelaksanaan dan pedoman pelaksanaan (*standard operating*

procedures/SOP). 3) Koordinasi berbagai sumber dan pengeluaran kepada kelompok sasaran, pembagian tugas di antara dinas-dinas/badan pelaksana, 4). Pengalokasian sumber-sumber daya untuk mencapai tujuan. Dengan demikian, keempat elemen ini harus dicermati dalam memformulasikan kebijakan (*policy making*), karena proses kebijakan merupakan daur/sirkulus yang tidak akan pernah berakhir.

Subarsono (2005) menyebutkan beberapa teoritis implementasi kebijakan yang menyebutkan berbagai macam variabel implementasi, mereka itu antara lain George C. Edwards III, Merilee S. Grindle, Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier, Donald Van Meter dan Carl Van Horn, Cheema dan Rondinelli, dan David L. Weimer dan Aidan R. Vining. Menurut Edwards III (1980: 9-11), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu (1) komunikasi, (2) sumber daya, (3) disposisi, dan (4) struktur birokrasi. Gambar Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III, terlihat dibawah ini;

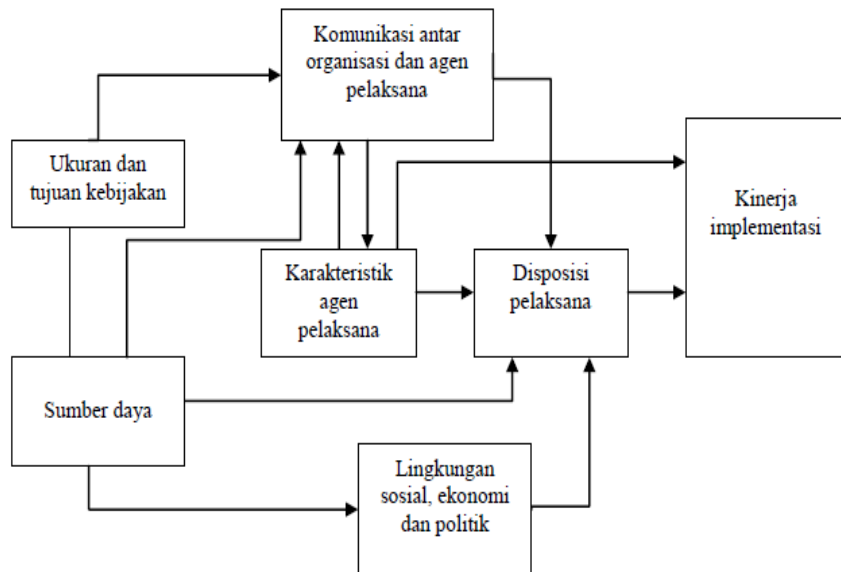
Gambar 2.1. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III



Sumber: Edwards III (1980: 148)

Van Meter dan Van Horn (Subarsono, 2005: 99) menyatakan terdapat lima variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu; “(1) standar dan sasaran kebijakan; (2) sumberdaya; (3) komunikasi antarorganisasi dan penguatan aktivitas; (4) karakteristik agen pelaksana; dan (5) kondisi sosial, ekonomi dan politik.”

Gambar 2.2. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Van Meter dan Van Horn



Sumber: Van Meter dan Van Horn dalam Subarsono (2005: 99)

Selanjutnya variabel-variabel yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn tersebut dijelaskan (Subarsono, 2005: 99);

- (1) Standar dan sasaran kebijakan. Standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur sehingga dapat direalisasikan. Apabila standar dan sasaran kebijakan kabur, maka akan terjadi multiinterpretasi dan mudah menimbulkan konflik di antara para agen implementasi.
- (2) Sumberdaya. Implementasi kebijakan perlu dukungan sumberdaya baik sumberdaya manusia (*human resources*) maupun sumberdaya non-manusia (*non-human resources*).
- (3) Hubungan antar Organisasi. Dalam banyak program, implementasi sebuah program perlu dukungan dan koordinasi dengan instansi lain. Untuk itu, diperlukan koordinasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan suatu program.
- (4) Karakteristik agen pelaksana. Yang dimaksud karakteristik agen pelaksana adalah mencakup birokrasi, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi dalam birokrasi, yang semuanya itu akan memengaruhi implementasi suatu program.
- (5) Kondisi sosial, politik, dan ekonomi. Variabel ini mencakup sumberdaya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan; sejauhmana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan; karakteristik para partisipan, yakni mendukung atau

menolak; bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan; dan apakah elite politik mendukung implementasi kebijakan.

- (6) Disposisi implementor. Disposisi implementor ini mencakup tiga hal yang penting, yakni: (a) respons implementor terhadap kebijakan, yang akan memengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan; (b) kognisi, yakni pemahamannya terhadap kebijakan; dan (c) intensitas disposisi implementor, yakni preferensi nilai yang dimiliki oleh implementor.

Dari keenam variabel yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn, yang agak berbeda adalah variabel (5) kondisi sosial, politik, dan ekonomi, yang tidak terdapat dalam model Edwards III. Pada variabel (5) ini terlihat bahwa model yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn juga mempertimbangkan faktor eksternal. Dilihat dari teori sistem kebijakan dari Dye yang melibatkan tiga elemen dalam sistem kebijakan, maka faktor sosial, politik, dan ekonomi dapat dimasukkan dalam elemen lingkungan kebijakan/*policy environment*. Di lain pihak, akan muncul pertanyaan mengapa Edwards III tidak memasukkan elemen lingkungan kebijakan dalam teorinya? Edwards III tidak memasukkan elemen lingkungan kebijakan karena memfokuskan teorinya pada aktor-aktor kebijakan yang mengimplementasikan kebijakan itu sendiri (implementor kebijakan) sehingga tidak memfokuskan pembahasan pada apa yang terdapat di luar implementor kebijakan.

Namun demikian ada satu hal yang terlihat menonjol pada gambar model implementasi menurut Van Meter dan Van Horn, yaitu model ini memperlihatkan bahwa implementasi kebijakan akan menuju “kinerja”. Kebanyakan ahli yang mengemukakan model proses kebijakan (Easton, Anderson, Patton & Savicky, dan Dunn) tidak memasukkan “kinerja kebijakan” dalam model proses kebijakan.

Kualitas Pelayanan Kesehatan

Pelayanan publik dewasa ini telah menjadi isu yang semakin strategis karena kualitas kinerja birokrasi pelayanan publik memiliki implikasi yang luas dalam kehidupan ekonomi dan politik. Dalam kehidupan politik, perbaikan kinerja birokrasi pelayanan publik akan mempunyai implikasi luas terutama dalam tingkat kepercayaan masyarakat kepada pemerintah. Berbagai konsep mengenai pelayanan banyak dikemukakan oleh para ahli seperti Haksever et al (2000) menyatakan bahwa jasa atau pelayanan (services) didefinisikan sebagai kegiatan ekonomi yang menghasilkan waktu, tempat, bentuk dan kegunaan psikologis. Menurut Edvardsson et al (2005) jasa atau pelayanan juga merupakan kegiatan, proses dan interaksi serta merupakan perubahan dalam kondisi orang atau sesuatu dalam kepemilikan pelanggan.

Salah satu faktor yang menentukan tingkat keberhasilan dan kualitas perusahaan menurut Lupiyoadi (2001, hal : 147) adalah kemampuan perusahaan dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan. Salah satu pendekatan kualitas pelayanan yang banyak dijadikan acuan dalam riset pemasaran adalah model Servqual (Service Quality) yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry dalam serangkaian penelitian mereka yang melibatkan 800 pelanggan terhadap enam sektor jasa : reparasi, peralatan rumah tangga, kartu kredit, asuransi, sambungan telepon jarak jauh, perbankan ritel, dan pialang sekuritas disimpulkan bahwa terdapat lima dimensi SERVQUAL sebagai berikut (Parasuraman et al, 1998) :

1. Tangibles, atau bukti fisik yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal.
2. Reliability, atau kehandalan yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya.
3. Responsiveness, atau ketanggapan yaitu suatu kemampuan untuk membantu dan memberi pelayanan yang cepat (responsif) dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas.
4. Assurance, atau jaminan dan kepastian yaitu pengetahuan, kesopansantunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan.
5. Emphaty, yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupayamemahami keinginan konsumen.

Metode Penelitian

Jenis dan Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus dengan penekanan pada kasus pelayanan kesehatan ibu dan anak di kabupaten Takalar dalam konteks studi implementasi kebijakan publik. Hal ini dijelaskan oleh Cresswell (1997) bahwa terdapat lima jenis penelitian yakni, biografi, fenomenologi, grounded theory etnograpi dan studi kasus. Pemilihan kasus ini dilatarbelakangi oleh kondisi objektif bahwa pelayanan kesehatan ibu dan anak ini belum optimal padahal instrumen kebijakan lewat Perda kabupaten telah dikeluarkan untuk meningkatkan kualitas layanan. Hal ini menjadi bagian dalam pelaksanaan studi kasus dipelajari.

Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan. Lokasi utama penelitian ini adalah pada organisasi birokrasi pemerintah kabupaten Takalar sebagai pelaksana kebijakan atau Perda tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak, lembaga legislative yang

merumuskan perda tersebut, dan puskesmas sebagai upaya untuk mendapatkan fakta yang terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Jenis dan Sumber Data

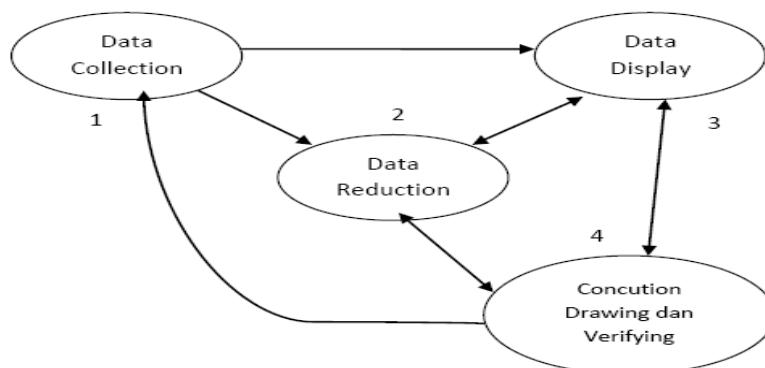
Penelitian ini memakai pendekatan studi kasus yang mempunyai langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Penelitian ini berasal dari observasi pelayanan kesehatan ibu dan anak di puskesmas, setelah melakukan berbagai observasi dan wawancara dan dokumentasi
- b. Pengumpulan data, terdapat beberapa teknik dalam pengumpulan data tetap lebih dipakai dalam penelitian kasus, serta dapat mengumpulkan data yang berbeda secara bersama
- c. Analisis data, setelah data terkumpul peneliti dapat mulai mengagregasi, mengorganisasi dan mengklasifikasi data menjadi unit-unit yang dapat dikelola. Agregasi merupakan proses megabstraksikan menjadi hal-hal mum guna menggunakan pola umum data.

Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan untuk kepentingan pembahasan hasil penelitian ini digunakan teknik analisis kualitatif dengan pendekatan analisis studi kasus baik pada kasus tunggal masing-masing kategori yang dianalisis maupun kasus jamak untuk semua atau kedua jenis dan kategori r tersebut. Sedangkan untuk menjamin keabsahan data hasil penelitian, maka peneliti menggunakan alat pengabsahan data hasil penelitian dengan menggunakan pendekatan baik melalui proses triangulasi, terutama triangulasi sumber data maupun melalui pengabsahan kredibilitas dan validitasnya.

Analisis data kualitatif dalam penelitian ini dengan merujuk pada model interaktif koleksi data atau pengumpulan data dengan anaisis data menurut Huberman dan Miles. Siklus analisis data ini seperti pada gambar berikut ini.



Gambar: 3.1. Model Interaktif Analisis Penelitian Kualitatif, (Miles and Huberman, 1992)

Penyajian Data Dan Pembahasan

Konteks kebijakan

Kebijakan KBD merupakan kebijakan lokal disusun berdasarkan nilai budaya lokal dan didukung sepenuhnya oleh pemangku kepentingan. Memang inisiatif kebijakan sering berasal dari UNICEF. Inisiatif daerah ini menimbulkan berbagai inovasi seperti adanya penyusunan manual rujukan dan Peraturan Gubernur dan kebijakan lokal yaitu KBD. Fakta lapangan memang belum adanya tim monitoring dan evaluasi kebijakan dan program KIA yang independen. Akibatnya belum ada mekanisme kontrol yang sehat terhadap efektifitas kebijakan dan program KIA.

a. Faktor Situasional

KBD adalah suatu bentuk kerja sama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip *sipakatau sipakainge* yang dijunjung tinggi oleh masyarakat Takalar. Prinsip ini dilaksanakan dengan menciptakan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Kemitraan ini menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalih fungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas.

Kesetaraan antara para bidan dan dukun dibangun bukan hanya kesetaraan peran sosial juga manfaat ekonomi yang merata juga berperan penting dalam suksesnya KBD.. Para dukun dan bidan bersepakat bahwa dari setiap kelahiran, jasa dukun dihargai sebesar Rp 50.000 hingga Rp 100.000 dari pihak puskesmas. Pemberian insentif ini di ikat dalam MoU atau nota kesepaktan antara dukun dan bidan yang ditandatangani oleh kepala UPTD Pukesmas dan perwakilan dukun.

b. Faktor Struktural

Secara kontekstual terlihat bahwa Kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan di kabupaten Takalar telah dipergunakan untuk kepentingan pelaksanaan kebijakan KIA. Isu program KIA sudah diperhatikan di daerah, sekaligus mendukung Pemerintah pusat sudah mempunyai perhatian besar untuk KIA. Di kabupaten Takalar anggaran untuk KIA sudah baik. Namun demikian, di kabupaten Takalar ternyata dampak kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan belum banyak diperhitungkan. Isu program KIA secara klinis belum diperhatikan karena memang dominannya peran budaya.

Implementasi KBD

Komunikasi

Untuk mengatasi kendala dalam penyampaian informasi kepada dukun yang sebagian besar tak bisa berbahasa Indonesia fasih, materi ini disampaikan dengan menggunakan bahasa daerah, bahasa Mangkasara.

Penggunaan bahasa ini juga dimaksudkan sebagai upaya mendekatkan diri dengan para dukun. Pelaksanaan KBD di Kabupaten Takalar diawali di tingkat kecamatan dengan memaksimalkan fungsi puskesmas. Pelaksanaan ini dimulai di Puskesmas Bontomarannu Kecamatan Galesong Selatan dan Puskesmas Galesong di Kecamatan Galesong. Tahap awal implementasi ini adalah dengan mengundang dukun di wilayah kedua kecamatan tersebut untuk mengikuti pelatihan yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan. Bagian ini diambil alih oleh pihak puskesmas dan bikor, selaku pihak yang dianggap berkompeten untuk mengundang dukun secara persuasif. Sebab berada dekat dengan masyarakat. Dan saat itu, pihak puskesmas beserta jajarannya berhasil mengajak para dukun untuk mengikuti pelatihan KBD.

Pelatihan diisi dengan materi perawatan kesehatan ibu dan anak pra dan pasca bersalin. Pelatihan ini juga menegaskan bahwa KBD adalah suatu bentuk kerja sama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip *sipakatau sipakainge* yang dijunjung tinggi oleh masyarakat Takalar. Prinsip ini dilaksanakan dengan menciptakan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Kemitraan ini menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas.

Sumberdaya

Menurut Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kab. Takalar, salah satu masalah yang dihadapi oleh Kabupaten Takalar adalah jumlah tenaga kesehatan. Laporan Kesehatan Keluarga Bidang Bina Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kab. Takalar Tahun 2007-2011 menyebutkan bahwa sejak tahun 2009 hingga tahun 2011, jumlah dukun selalu berjumlah sama yakni 188 dukun. Jika dibandingkan dengan jumlah dukun yang mencapai 188, jumlah bidan pada tahun yang sama yakni 2009, jauh dibawahnya yakni hanya mencapai 82 bidan. Dan 52 di antaranya, adalah bidan desa. Sementara jumlah desa saat itu sebanyak 77 desa dan 14 puskesmas.

Pemerintah Kabupaten Takalar menempatkan beberapa bidan yang menamatkan pendidikan kebidanan di beberapa kecamatan. Para bidan justru dipandang sebelah mata karena usia yang masih muda dan pengalaman yang minim.

Kelengkapan sarana dianggap sangat membantu dalam melakukan pelayanan, sesuai dengan pernyataan informan : *“Kalau menurutku bagus semua sarana dan prasarannya, nyaman kurasa kalo pemeriksaanka”* (NR 30 tahun, Ibu Hamil).

Berdasarkan informasi yang didapat bahwa dengan jumlah petugas (49 bidan dan 34 dukun), sudah cukup untuk melakukan pelayanan prima. Terpenuhinya penempatan bidan di tiap desa menjadi salah satu faktor yang

mempengaruhi keberhasilan program di wilayah kerja Puskesmas Galesong, ini sudah sesuai dengan SPM (Standar Pelayanan Minimal) Bidang kesehatan Kabupaten/Kota, tentang penempatan bidan untuk tiap desa (Depkes RI; 2008). Serta pemenuhan tujuan yakni untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan melalui puskesmas dan posyandu dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, anak balita dan menurunkan angka kelahiran, serta meningkatkan kesadaran masyarakat berperilaku hidup sehat.

Disposisi

Pelaksana Kebijakan KIA terdiri dari pemerintah (pusat dan daerah), organisasi internasional, LSM nasional dan internasional, kelompok penekan dan kelompok kepentingan, lembaga-lembaga bilateral, profesi dan lain-lain. Dengan menggunakan prinsip tata pemerintahan para pelaku kebijakan dikelompokkan menjadi: a. Pelaku yang terlibat dalam penyusunan kebijakan dan fungsi regulasi. Ada beragam organisasi yang dapat digambarkan sebagai sektor kesehatan dan sistem antar sektor. Penyusunan kebijakan sektor kesehatan dan peraturan diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Kelompok intersektoral dipimpin oleh Bappenas di tingkat pusat dan Bappeda di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. b. Pelaku pada fungsi keuangan. Sumber daya keuangan KIA bisa dari pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta. Beberapa pendanaan datang dari donor bilateral asing, rencana multilateral, dan Tanggug Jawab Social Perusahaan (CSR- Corporate Social Responsibility). c. Pelaku pada fungsi penyediaan layanan. Beragam institusi dan perorangan menyediakan layanan KIA seperti: rumah sakit pemerintah dan swasta, klinik, praktek perorangan. Dalam intervensi preventif dan promotif, beragam organisasi bekerja di KIA seperti sebagai LSM, organisasi swasta, pemimpin formal dan informal.

Jaringan kerja pelaku ini terlihat belum diatur oleh prinsip tata pemerintahan yang baik untuk meningkatkan akuntabilitas, keterbukaan, dan peran serta pihak-pihak yang berkepentingan. Setiap organisasi memiliki kekuatan politik untuk meningkatkan program KIA. Organisasi-organisasi tersebut dikelola oleh para profesional seperti: politisi, birokrat, manajer, dan profesional kesehatan. Di Indonesia, kebijakan KIA dipengaruhi oleh pelaku internasional dan diprakarsai oleh pemimpin pemerintahan dan politik yang kuat.

Untuk menjaga kelangsungan pelaksanaan ini diperlukan legitimasi hukum berupa MoU antara dukun dan bidan yang ditandatangani oleh dukun dan pihak puskesmas, SK Bupati serta perda tentang KBD seperti di Kabupaten Takalar. Salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu

melahirkan dan anak di Indonesia yakni karena lemahnya program imunisasi rutin dan kesehatan ibu dan anak (KIA).

Output dalam pelayanan KIA pasca kemitraan bidan dan dukun menunjukkan hasil yang sangat baik, dimana untuk cakupan K1 dan K4 masing-masing sudah melewati standar cakupan ANC yakni di atas 90%. Yang menunjukkan bahwa kemitraan bidan dan dukun menjadi program yang terbaik dalam mengendalikan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Takalar.

Para bidan dan dukun yang telah bekerja sama menangani ibu melahirkan di desa-desa. Kerja sama keduanya bisa menekan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB). Dukun lebih dulu dikenal dan dipercaya masyarakat di pedesaan. Namun, dukun umumnya tidak mengenyam pendidikan seperti bidan.

Dukun dan bidan bisa berbagi peran saat menangani para ibu yang melahirkan. Untuk itu bidan bekerja sama dengan dukun, menyebabkan ibu yang akan melahirkan bisa lebih tenang karena ada dukun dan bidan. Untuk keselamatan bisa dengan bidan, dan untuk kekuatan spiritual atau moralnya bisa didampingi oleh dukun. Kemitraan antara bidan dan dukun sebenarnya sudah berjalan di beberapa daerah. Di Kabupaten Takalar di Sulawesi Selatan telah memiliki peraturan daerah tentang kemitraan bidan dan dukun bayi. Sejak adanya program kemitraan tersebut tahun 2010, angka kematian bayi dan ibu pun menurun.

Struktur Birokrasi

Program ini juga diperkuat dengan Keputusan Bupati nomor 01 tahun 2008 tentang KBD Kabupaten Takalar dan Perda nomor 02 tahun 2010 tentang KBD Kabupaten Takalar yang mengatur peran, hak, kewajiban masing-masing profesi.

Faktor Pendorong, yaitu adanya komitmen untuk mengurangi angka kematian ibu saat melahirkan di Kabupaten Takalar; adanya komitmen dari pemerintah kabupaten Takalar dalam mendukung program kemitraan melalui kebijakan; adanya koordinasi antaran bidan dan dukun dalam menangani proses kelahiran; adanya bantuan pendampingan dari UNICEF; dan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dan mendukung program ini dengan pendekatan budaya sipakatau sipakainge (saling menghargai, mengetahui, dan mengingatkan).

Tahap Proses, inisiatif Pemda untuk mengurangi angka kematian ibu saat melahirkan di Kabupaten Takalar; komitmen dari pemerintah kabupaten Takalar dalam mendukung program kemitraan melalui kebijakan; mengeluarkan kebijakan daerah untuk mengatur dan memperkuat program kemitraan; melakukan kerjasama antara pemangku kebijakan (UNICEF); penguatan jaringan kerja melalui optimalisasi peran puskesmas, ketua penggerak PKK, dan kepala desa dalam memobilisasi dukun bayi di wilayah

setempat; sosialisasi program kemitraan kepada pihak terkait dan masyarakat; evaluasi dan monitori pelaksanaan program kemitraan bidan dan dukun.

Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten (2015), menurutnya tahun 2009 angka kematian ibu di Takalar nol. Kesuksesan pelaksanaan Program Kemitraan Bidan-Dukun Bayi ini kemudian mendorong diamanakannya dengan perda, disahkan DPRD, Januari 2015. Dengan perda itu, pemerintah kabupaten melalui APBD menyediakan insentif untuk dukun. Penurunan angka kematian ibu sampai 75 persen pada 2015 dari rasio angka kematian ibu tahun 1990 merupakan bagian dari target Sasaran Pembangunan Milenium (MDGs), suatu komitmen internasional yang disepakati di PBB tahun 2000.

Analisis KIA-KBD

Pendekatan KBD dilakukan dengan mengintegrasikan antara sistem kesehatan dengan budaya masyarakat. Dukun beranak ini diajak untuk berkolaborasi dengan bidan untuk melakukan pelatihan pertolongan persalinan serta pengamatan kondisi komplikasi. Dukun juga diajak untuk melakukan penyuluhan bersama untuk ibu hamil. Selain itu, dukun juga diberikan insentif apabila merujuk ibu hamil ke pusat pelayanan kesehatan.

Hasilnya sejak sistem kolaborasi ini diterapkan, angka kematian ibu dan anak menurun hingga nol persen di tahun 2011, dan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan meningkat drastis mencapai 96,4% pada tahun 2011.

Sinergitas antara Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten, Dinas Kesehatan dan Akademisi Kesehatan sangat diperlukan untuk efektivitas dan efisiensi program. Terdapat Perjanjian kerja sama (MoU) antara Pemerintah Provinsi dengan Kabupaten/ Kota tanggal 26 Juni 2008, untuk pelaksanaan program kesehatan gratis ini. Kerja sama yang terjadi antara Pemerintah Kabupaten dan Pemerintah Provinsi terlihat dengan adanya perjanjian kerja sama dan komitmen untuk menyediakan anggaran dari APBD untuk persediaan pelayanan kesehatan gratis, walaupun pencanangan atau kebijakan kesehatan gratis sudah dilakukan oleh beberapa daerah sebelum Gubernur Sulsel memprogramkannya (tahun 2008).

Pelaksanaan KBD menunjukkan bahwa telah terpenuhinya indikator keberhasilan yakni pada tahun 2009 hingga tahun 2011, jumlah dukun yang bermitra atau terlatih sebanyak 188 orang, jumlah linakes tahun 2009 hingga 2011 berturut-turut sebesar 91,88%, lalu meningkat menjadi 92,88%, dan meningkat menjadi 96,4%, cakupan ANC di tahun 2011 rata-rata *Bidan dan Dukun di Kabupaten Takalar* rata mencapai 97,57%, serta terbitnya Perda KBD Kabupaten Takalar.

Sejak pelaksanaan KBD diterapkan, secara statistik AKI menurun drastis. Bahkan hingga tahun 2012 bulan Juni, Kabupaten Takalar berhasil menekan jumlah kematian ibu dari enam kematian pada tahun 2006 atau setara dengan 300 kematian per 100.000 kelahiran menjadi 0 persen di tahun 2011. Bagi kelompok sasaran, dampak terlihat nyata pada cakupan kuncungan ANC (K1, dan K4), serta jumlah linakes di Kabupaten Takalar. Hingga tahun 2011, cakupan kunjungan terus meningkat dari tahun ke tahun. Sebelum KBD diterapkan yakni pada tahun 2006, jumlah kunjungan K1 hanya mencapai 23%. Sedangkan Pada tahun 2009, saat KBD diterapkan, kunjungan K1 sebesar 72,12%, , meningkat pada tahun 2010 sebesar 93,18%, dan tahun 2011 kunjungan K1 mencapai 98,37%. Sementara untuk kunjungan K4, pada tahun 2006 (sebelum KBD diterapkan), cakupan K4 sebesar 24,37%. Dan pada tahun 2009, kunjungan K4 mencapai 73,46%, meningkat di tahun 2010 menjadi 97,57%, dan di tahun 2011 sebesar 98,37%. Ini terlihat ahwa dari tahu ke tahun, sejak KBD diterapkan, pemantauan terhadap KIA lebih terkendali.

Sebelum pelaksanaan KBD diterapkan, masih didapatkan masyarakat Takalar yang melakukan persalinan di rumah dan dibantu oleh dukun. Bahkan 6 (enam) kematian ibu saat melahirkan di tahun 2006, terjadi akibat persalinan di rumah. Ini disebabkan masih tingginya kepercayaan masyarakat kepada dukun. Persalinan di rumah oleh dukun dengan fasilitas dan pengetahuan ala kadarnya, tentu berakibat pada keselamatan ibu saat melahirkan. Keterbatasan itu bisa memicu keterlambatan penanganan bahaya persalinan seperti pendarahan dan eklamsi sehingga dapat menyebabkan kematian ibu saat melahirkan. Berangkat dari asumsi ini, sejak KBD diterapkan, dukun sebagai pihak yang dipercaya oleh masyarakat diberi pemahaman agar ibu yang ditanganinya bersalin di fasilitas kesehatan. Pada tahun 2007, dimana jumlah kematian ibu dari 6 di tahun 2006 menurun menjadi 3 kematian ibu. Pada tahun 2008, menurun menjadi satu kematian ibu, pada tahun 2009, 2010,2011,hingga tahun 2012, tidak ditemukan lagi kematian ibu di Kabupaten Takalar.

Pelaksanaan KBD juga berdampak positif pada penguatan kelembagaan. Dimana kemitraan ini diperkuat terbitnya perda Kabupaten Takalar No.2 tahun 2010 yang terdiri dari 12 pasal, sehingga pihak yang terlibat seperti puskesmas, dukun, dan bidan terlindungi secara hukum. Pelaksanaan KBD Kabupaten Takalar yang dilakukan dengan menjunjung tinggi prinsip kemitraan yakni kesetaraan (saling menghargai kekuasaan dan keahlian mitranya), keterbukaan, dan saling menguntungkan. Merasakan kesetaraan peran dan manfaat ekonomi yang layak, para dukun mulai bersemangat mengidentifikasi ibu hamil, membawa mereka ke bidan, dan mengajak ibu hamil menjalani pemantauan kesehatan berkala di Puskesmas. Sementara para bidan yang mulai mendapat kepercayaan dari

masyarakat semakin percaya diri dalam melaksanakan pemeriksaan medis dan membantu kelahiran.

Melalui pelaksanaan ini para dukun juga memiliki penghasilan dengan jasa pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil sebesar Rp 50.000,- pada setiap persalinan yang didampinginya. Selain bidang sosial, pelaksanaan KBD juga memberikan peningkatan pengetahuan kepada para ibu dan dukun tentang perawatan kesehatan ibu dan anak. Upaya pelebagaan ini hadir dalam bentuk Perda No.02 Tahun 2010 tentang KBD Kabupaten Takalar. Pelebagaan ini tidak lahir begitu saja. Tetapi melalui proses yang panjang selama empat tahun, dari tahun 2007 hingga 2011.

Keberhasilan program KBD bisa dilihat dari peningkatan kunjungan cakupan K1 dan K4 serta pelayanan oleh tenaga kesehatan. Sebelum KBD diterapkan yakni pada tahun 2006, jumlah kunjungan K1 hanya mencapai 23%. Sedangkan pada tahun 2009, saat KBD diterapkan kunjungan K1 sebesar 72,12%, meningkat pada tahun 2010 sebesar 93,18% dan tahun 2011 kunjungan K1 mencapai 98,37%. Sementara untuk kunjungan K4, pada tahun 2006 (sebelum KBD diterapkan) cakupan K4 sebesar 24,37%. Pada tahun 2009, kunjungan K4 mencapai 73,46%, meningkat pada tahun 2010 menjadi 97,57%, dan pada tahun 2011 sebesar 98,37%. Dampak lain dari keberhasilan program KBD adalah dengan menurunnya angka kematian hingga nol persen pada tahun 2011. Hal ini menunjukkan bahwa pemantauan terhadap KIA lebih terkendali dari tahun ke tahun sejak KBD diterapkan (Depkes RI; 2014).

Dengan perda itu terjadi perubahan kearah yang lebih baik sejak dilaksanakannya kebijakan kesehatan ibu dan anak. Berikut ini perubahan yang terjadi adalah;

Tabel Aspek Perubahan

No.	Aspek Perubahan	Peningkatan
1.	K1	Peningkatan signifikan (hampir 5x) dari 2006 (23,10%) sampai 2012 (105%)
2.	K4	Peningkatan signifikan (4x) dari 2006 sampai 2012.
3.	Persalinan ditolong nakes (tolnakes)	Peningkatan signifikan antara tahun 2006 sampai 2011 (81% pada 2006 menjadi 96,4% pada 2011)
4.	Jumlah bumil risti yang ditangani nakes	-
5.	Kepercayaan diri pelaksana dalam bertugas karena ada jaminan hukum	Perda meningkatkan kepercayaan diri Tim pelaksana, bidan dan dukun karena sebelumnya bidan masih 'kurang dianggap' dimasyarakat.
6.	AKI per 100.000 KH	Menurun drastis dari 300 pada tahun 2006 menjadi 56,32 (2007), 17,79 (2008), dan tetap

		pada angka 0 antara 2009-2012.
7.	AKB per 1000 KH	-
8.	Perilaku pemeriksakan diri ke nakes dan di faskes	Meningkat, begitu juga kesadaran anggota keluarga lain untuk mengingatkan.
9.	Pengetahuan kader Kesehatan	-
10.	Posisi dukun	Dukun mendapat insentif dan pelatihan (cakupan KBD luas, seluruh kabupaten)

Sumber : Olah Lapangan

Ada beberapa poin kunci sukses dalam menurunkan AKI. *Pertama*, adanya inovasi kebijakan yang dilakukan oleh pemerintah daerah dalam bentuk regulasi. Regulasi tersebut sangat mempengaruhi keberhasilan pemerintah daerah dalam akselerasi penurunan angka kematian ibu. *Kedua*, pelibatan seluruh kelompok masyarakat dalam proses pembuatan kebijakan sangat mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi regulasi yang ada. Kebijakan tidak hanya menjadi sekedar ‘formalitas’ karena hanya didorong oleh pihak eksekutif, namun dimiliki bersama semua kelompok. Kepemilikan masyarakat atas program menjadi tinggi sehingga warga selain sebagai penerima manfaat juga dapat berperan sebagai aktor pembangunan. *Ketiga*, alokasi anggaran untuk program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Pertengahan tahun 2007, pelaksanaan KBD menuai hasil yang memuaskan. Angka persalinan di rumah dan AKI mulai terlihat menurun yakni menjadi tiga kematian ibu saat melahirkan yang awalnya berjumlah 6 kematian di tahun 2006. Sejak saat itu, Pemda Kabupaten Takalar mulai merumuskan legitimasi hukum agar pelaksanaan KBD di terapkan di seluruh wilayah Kabupaten Takalar.

Pada tahun 2008, Pemda dalam hal ini Bupati Kabupaten Takalar mengeluarkan Keputusan Bupati Takalar No.01 Tahun 2008 tentang KBD Kabupaten Takalar. Surat Keputusan Bupati yang lahir ditindaklanjuti dengan perundingan pembuatan Perda terkait KBD Kabupaten Takalar. Pada tahun 2009, Pemda mengeluarkan Rancangan Perda Kabupaten Takalar tentang KBD kabupaten Takalar. Rancangan ini berisi 12 pasal yang mengatur segala hak, kewajiban, tugas, wewenang, sanksi, dalam proses KBD Kabupaten Takalar dalam hal ini bidan dan dukun.

Selama proses penyempurnaan Perda, kemitraan yang terbangun antara bidan dan dukun diikat dalam MoU atau nota kesepakatan yang di tandatangani oleh dukun dan pihak puskesmas. Nota kesepakatan tersebut berisi tentang batasan tugas bidan dan dukun dalam bermitra, dana insentif yang diterima dukun setiap persalinan yang dilakukan di fasilitas kesehatan, dan sanksi. Nota kesepakatan ini dipegang oleh pihak puskesmas dan dukun.

Penyempurnaan rancangan perda lahir di tahun 2010. Bersama DPRD, pemerintah daerah dalam hal ini Bupati Takalar menyetujui dan mensahkan Perda Kabupaten Takalar No.02 tahun 2010 tentang KBD di Kabupaten Takalar. Perda ini kemudian dipublikasikan melalui pembagian brosur yang sebar ke segala instansi terkait dan pihak yang terlibat di dalam KBD termasuk dukun. Sosialisasi KBD juga diselenggarakan melalui karnaval, dimana setiap desa dan kecamatan melakukan simulasi melahirkan yang melibatkan dukun dan bidan. Pelembagaan dalam pengembangan ini mendapat dua tantangan yakni dukungan masyarakat dan dukungan anggaran. Menghadapi masyarakat pedesaan di Kabupaten Takalar yang masih kental adat perdukunannya, adalah tantangan besar dalam pelaksanaan ini. Hanya saja, masalah ini tertaktisi dengan pendekatan budaya yang dilakukan oleh bikor dan pihak puskesmas.

Tantangan kedua adalah dukungan anggaran dari pemerintah. Hingga saat ini, Pemda belum menetapkan APBD untuk pelaksanaan KBD di Kabupaten Takalar. Sumber pendanaan pelaksanaan KBD hanya diatur dalam SK Bupati Takalar No.01 Tahun 2008 tentang KBD yang menyatakan bahwa biaya yang timbul dengan ditetapkannya keputusan ini bersumber dari bantuan dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat. Sehingga untuk pendanaan KBD di Kabupaten Takalar yakni pembayaran insentif atau jasa kepada dukun diambil dari BOK dan Jampersal. Meski strategi ini tidak menghambat program Jampersal, namun keberadaan APBD untuk pelaksanaan KBD sangat diharapkan dalam pengembangan inovasi ini.

Dari proses pengembangan pelaksanaan KBD di Kabupaten Takalar, dapat di tarik beberapa poin pembelajaran; Pertama, pentingnya pendekatan budaya, Pendekatan budaya yang diterapkan dalam pelaksanaan KBD adalah kunci keberhasilan inovasi ini. Kabupaten Takalar adalah daerah yang masih kental tradisi perdukunannya. Dukun yang lahir, tumbuh, dan berkembang dalam masyarakat mendapat kepercayaan yang lebih dari masyarakat ketimbang tenaga kesehatan terampil, dalam hal ini bidan yang selalu dianggap sebelah mata dan tak berpengalaman oleh masyarakat Takalar, khususnya yang berada di pedesaan. Sementara seperti yang diketahui sebelumnya, bahwa potensi terbesar terjadinya kematian ibu terdapat di pedesaan. Celah inilah yang dimanfaatkan dan diberdayakan oleh Dinkes Kabupaten Takalar untuk mengatasi AKI yang cukup tinggi di tahun 2006. Dengan melatih dukun untuk mengetahui perawatan KIA pra dan pasca persalinan. Sebagai tokoh yang didengarkan oleh masyarakat, dukun memiliki kemampuan untuk menggerakkan dan memobilisasi masyarakat sekitarnya. Metode pendekatan budaya ini dilakukan dengan mengajak dukun sebagai mitra kerja bidan. Sehingga keberadaan bidan sebagai tenaga medis serta dukun yang bertindak sebagai pendamping bisa

saling bekerja sama. Program kesehatan berjalan dengan tidak menyinggikan budaya setempat.

Kedua, membangun kerja sama tim antara pengambil kebijakan. Keberhasilan KBD terlihat pada lahirnya Perda Kabupaten Takalar Tahun 2009, tentang KBD di Kabupaten Takalar. Kemajuan ini tidak terlepas dari adanya penciptaan kerja sama koperatif antara Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar sebagai inisiator dan konseptor pelaksanaan KBD, dengan pihak Pemda kabupaten Takalar, DPRD, sebagai legitimasi dalam pelembagaan pelaksanaan KBD di Kabupaten Takalar.

Kerja sama tim ini juga terbangun dalam jajaran staf Dinkes Kabupaten Takalar. Dimana para staf ini bertugas dalam penyusunan tata laksana proses implementasi. Di lapangan, keberhasilan KBD di Kabupaten Takalar tidak lepas dari peranan dukun dan bidan yang telah menjalin kerja sama dengan menghargai kedudukan dan fungsi masing-masing melalui adat *sipakatau sipakainge*.

Ketiga, penguatan jaringan. Pelaksanaan KBD yang diterima oleh masyarakat tidak lepas dari penguatan jaringan yang dibangun Dinkes Kabupaten Takalar melalui optimalisasi peran pukesmas, Ketua Penggerak PKK, dan Kepala Desa dalam memobilisasi dukun di wilayah setempat. Keempat, pemberdayaan NGO, yaitu kurangnya dukungan pemerintah dalam KBD Kabupaten Takalar seperti APBD untuk pelaksanaan ini, disebabkan kurangnya dukungan dari lembaga-lembaga *Non Government Organisation* (NGO), seperti lembaga swadaya masyarakat (LSM) di wilayah Takalar. Padahal pemberdayaan LSM sangat penting sebagai kekuatan untuk mendukung pelaksanaan KBD. Mengingat NGO dan LSM adalah organisasi masyarakat yang bisa ikut mengadvokasi pengadaaan APBD untuk pelaksanaan KBD di Kabupaten Takalar.

Dalam pelaksanaan praktik KBD kebutuhan dasar yang harus terpenuhi adalah terdapatnya dukun yang bersedia bermitra dengan bidan, Kepala desa, Ketua Tim Penggerak PKK, serta tenaga kesehatan puskesmas. Kelompok pendukung ini memegang peranan vital, mengingat basis pelaksanaan KBD berada dalam masyarakat, sehingga keberadaan kelompok pendukung seperti pemerintah desa, tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM, tim PKK, mampu memperkuat kelangsungan pelaksanaan KBD.

Selanjutnya keberadaan lembaga internasional seperti UNICEF adalah pihak yang bisa memfasilitasi jalannya praktik KBD. Di kabupaten Takalar, UNICEF adalah pihak pertama yang digandeng oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar untuk menjalankan pelaksanaan KBD. Lembaga bantuan internasional bisa dijadikan sebagai salah satu sumber pendanaan KBD.

Instrumen lainnya dalam pelaksanaan KBD adalah tenaga kesehatan, serta fasilitas kesehatan. Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah bidan

desa, kepala puskesmas serta bikor yang akan bertanggung jawab dalam pengelolaan pelaksanaan KBD, tenaga kesehatan sebagai pelatih yang memberikan pengarahan akan peningkatan pengetahuan dukun terkait KIA. Ketersediaan fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah puskesmas, polindes, atau posyandu sebagai tempat magang ukun yang bermitra dengan bidan desa.

Kesimpulan

1. Kebijakan KBD dilihat pada isi kebijakan merupakan solusi kreatif berbasis kearifan lokal karena fakta lapangan masyarakat masih mempercayai peran dukun. Penggunaan data pasien sudah cukup dimaksimalkan. Kebijakan ini diterima dengan senang dan terbuka oleh semua pihak. Kebijakan monitoring dan evaluasi program juga berjalan dengan baik. Dana bersumber dari pusat, provinsi, kabupaten, internasional dan juga dari swasta sudah digunakan dengan maksimal. Struktur Birokrasi telah berjalan dengan baik meskipun belum ada SOP. Hal ini karena adanya komitmen semua pihak untuk melaksanakan dengan baik. Sumberdaya sudah memadai baik sarana dan prasarana, anggaran dan pelaksanaannya, tetapi perlu ditingkatkan dari sisi medis bagi dukun. Disposisi juga sudah baik, keterlibatan semua pihak dan dukungan/asistensi dari Unicef meningkatkan kinerja kebijakan KBD. Dalam sisi komunikasi juga sudah baik, adanya pertemuan rutin agen pelaksana, pelatihan yang telah dilakukan sehingga agen pelaksana sudah mengetahui persis apa yang harus dilakukan.
2. Model Implementasi Kebijakan Pelayanan KIA – KBD sebagai kebijakan lokal harus memiliki payung hukum kebijakan nasional. Dukungan politik dan ekonomi untuk menunjang keberlanjutan, optimalisasi pelaksanaan sangat diperlukan sehingga variabel struktur birokrasi, sumberdaya, disposisi dan komunikasi dapat dilaksanakan dengan baik. Pelaksanaan yang baik meningkatkan kinerja pelaksanaan kebijakan Kemitraan Bidan dengan Dukun.

Daftar Pustaka

- Abdul Wahab, Sholichin, (2005). *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta : Bumi Aksara.
- _____, 1997. *Evaluasi Kebijakan publik*, penerbit FIA Unibraw, dan IKIP Malang
- Action*. PLoS Medicine. Vol. 2. 7. 166. Brehaut JD and Juzwishin D, 2005. *The Use of Research Evidence in Policy Development*. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada.

- Ahmad Dkk. Pelaksanaan Program Jaminan Persalinan (Jampersal) di Dinas Kesehatan Kabupaten Buol. *Jurnal AKK*. 2012; Vol 2 No 2, Mei 2013, hal 19-28
- Amdadi. Evaluasi Pelayanan Persalinan oleh Bidan Desa Selama Pelaksanaan program jaminan Persalinan di Puskesmas Salomekko Kabupaten Bone Sulawesi Selatan Tahun 2012. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2012; Vol 1: 173-179
- Anderson, James E. 2011. *Public Policymaking: An Introduction*, Seventh Edition. Boston: Cengage Learning.
- Anggorodi, Rina. Dukun Bayi dalam Persalinan Oleh Masyarakat Indonesia. *Makara Kesehatan*. 2009; Vol. 13, No.1, Juni 2009: 9-14.
- Arunathilake, I.M. 2012. Health Changes in Sri Lanka: Benefits of Primary Health Care and Public Health. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 24, 663-671.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2013. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012*. Jakarta: BKKBN.
- Bagason, Peter. 2000. *Public Policy and local Governance : Institution in postmodern Society*. Edward Elga. Cheltenham, UK dan Northampton, MA, USA
- Baker C, 1996. *The Health Care Policy Process*. Sage Publication Inc. London. UK.
- Bornemisza O and Sondorp E, 2002. *Health Policy Formulation In Complex Political Emergencies*, London School of Hygiene & Tropical Medicine University of London. Department of Public Health and Policy. Health Policy Unit London UK.
- Bungin, Burhan, 2001, *Metodologi Penelitian Sosial : Format-format Kuantitatif dan Kualitatif*, Airlangga University Press, Surabaya
- Buse K, May N, Walt G, 2005. *Making Health Policy. Understanding Public Health*. Open University Press McGraw – Hill House. Berkshire England. UK.
- Cresswell, John W. *Research Design. Quantitative & Qualitative Approaches*, 2002, New York: Sage Publication, Inc.
- Denhardt & Denhardt, 2003. *The New Public Service*. M.E Sharpe: New York.
- Depkes RI. Hasil Survei Kesehatan Nasional (Susenas) Tahun 2007. Jakarta: Depkes RI ; 2008.
- Dinkes Kabupaten Takalar. Data Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi, 2006-2007. Takalar: Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar; 2007.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Laporan Pertanggungjawaban Bidang Kesehatan Masyarakat, Program KiA, 2006-2012. Makassar: Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan; 2012.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Dunn N, William, 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua*, Universitas Gadjah Mada
- Dwiyanto, Agus. 2006. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia pusat Studi Kependudukan dan kebijakan*. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- , *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*, Gajah Mada University Press.
- Dye, Thomas R. 1995. *Understanding Public Policy*. New Jersey: Prentice Hall.
- Edwards III. George C. 1980. *Implementing Public Policy, Congressional Quarterly Inc. Wanshington Dc*.
- Erlina. Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan di Desa Dalam Pencapaian Target Cakupan K4 di Kabupaten Parigi Moutong Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2011 [Skripsi]. Depok: Universitas Indonesia.
- Fafard P, 2008. *Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy US.
- Frenk J, 1993. The health transition and the dimensions of health system reform. Paper presented at the *Conference on Health Sector Reform in Developing* pp. 10–13. Harvard School of Public Health, New Hampshire. In Macrae, Zwi and Gilson, 1996 *Ibid*.
- Gormley K, 1999. *Social Policy and Health Care*. Churchill Livingstone.
- Grenn J and Thorogood N, 1998. *Analysing Health Policy. A sociological Approach*. Addison Wesley Longman Ltd. Essex.
- Grindle, Merilee S and Thomes, John W., 1991. *Public Choices and Policy Change : Political Economy of Review in Developing Countries* Baltimore and London. The John Hopkins University Press.
- Grossman, Michael. 1972. On The Concept of Health Capital and Demand for Health. *Journal of Political Economic*. Vol. 80.
- Hidayat AA. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Empat.
- Hogwood, Brian W., and Gunn, Lewis A., 1986. *Policy Analysis For the Real World*, Oxford University Press.
- Howlett, Michael and M. Ramesh, 1995. *Stuying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystem*. Oxford University Press. Toronto-Newyork-Oxford
- Jati, Wasisto Raharjo. 2011. “Pembangunan Gerus Kearifan Lokal” dalam Kompas, 20 April 2011, Jakarta.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2011, [serial online]. <http://depkes.go.id>. [3 juni 2013].
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Profil Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI, Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota. Jakarta : Depkes RI; 2008.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dan Biro Pusat Statistik. Pembangunan Manusia Berbasis Gender 2012. Jakarta : Permata Andhika, 2012.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2001. Rencana Strategis Nasional “Making Pregnancy Safer” di Indonesia 2001 – 2010. Jakarta.
- Keputusan Menkes No. 374/MENKES/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
- Kotler, Philip, 1994, *Marketing Management; Analysis, Planning, Implementation and Control*, 8 th, Englewood, Cliff, NJ. Prantice Hall International, Inc.
- Labonte R, 1998. Healthy public policy and the World Trade Organization a proposal for an international health presence in future world trade/investment talks. *Health Promotion International* 13(3): 245–56.
- Lane, Jan Erick, 1995. *The Public Sector. Concept, Models and Approaches*, London: Sage Publications
- Lee K, Buse K and Fustukian S, 2002. *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge University Press. UK Milio N. (2001). Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(9) (September 1): 622–3.
- Mardiyanta Antun, 2011 Kebijakan Publik Deliberatif: Relevansi dan Tantangan Implementasinya, di Terbitkan Universitas Departemen Ilmu Administrasi FISIP Universitas Airlangga jurnal Vol 24 No.3.
- Miles, Matthew B & A.M Huberman, 1992, *Analisis Data Kualitatif*, diterjemahkan T.R.Rohidi, UI Pers, Jakarta
- Mohindra KS, 2007. Healthy public policy in poor countries: Tackling macro-economic policies. *Health Promotion International* 22(2) (June 1): 163–9.

- Moleong, Lexy J. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Muhtadi, Dedi. 2011. “Ketika Kearifan Lokal Tergerus Zaman” dalam Kompas, 23 April 2011, Jakarta.
- Muninjaya, Gde AA. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC; 2011.
- Murti, Bhisma, 2006. “*Contracting Out Pelayanan Kesehatan*” Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 09, No. 3 September 2006
- Nasution, S, 1988, *Metode Penelitian Naturalistik - Kualitatif*, Tarsito, Bandung
- Nawawi, H. Hadari dkk, 1992, *Instrumen Penelitian Bidang Sosial*, Cetakan I, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Natzir, 1983, *Metode Penelitian*, Ghalia Indonesia, Jakarta
- Ndraha Taliziduhu, 1997, *Budaya Organisasi*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- _____, 2003, *Kybemology (Ilmu Pemerintahan Baru) 2*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Nguyen, K.H., Bauze, A.E., Jimenez-Soto, E. and Muhidin, S. (2011). Indonesia: developing an investment case for financing equitable progress towards MDGs 4 and 5 in the Asia-Pacific region: Equity Report. Brisbane, Australia: School of Population Health, the University of Queensland
- Nogi S. Tangkilisan, Hessel, 2005, *Manajemen Publik*, PT Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta
- Nogroho Riant 2012, *Publik Policy* Penerbit PT Elex Media Komputindo
- N. Dunn, William, 2003, *Anahsis Kebijakan Publik*, PT Hanindita Graha Widya, Yogyakarta
- Nugroho Riant, 2003, *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*, Gramedia, Jakarta
- Parsons Wayne, 2005. *Public Policy : Pengantar Teori & Praktik Analisis Kebijakan*. 2001 Edward Elgar Publishing, Ltd, Edisi Pertama, Cetakan Ke-1
- Peabody JW *et al.*, 1999. *Policy and Health: Implication for Development in Asia*. Cambrige University Press. Cambrige UK.
- Peraturan Daerah Kabupaten Takalar Nomor 02 Tahun 2010 tentang Kemitaraan Bidan dan Dukun Bayi di Kabupaten Takalar
- Poter J, Ogden J, Pronyk P, 1999. *Infectious disease policy: towards the production of health*. Health Policy and Planning; 14(4): 322–8.
- Prakarsa. 2013. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak: Pembelajaran dari Nepal dan Sri Lanka. Prakarsa Research Report.
- Prakarsa. 2013. Refleksi Upaya Pencapaian MDGs 4 dan 5 di Daerah menjelang 2015: Studi Kasus Kebijakan Penurunan Kematian

- Ibu dan Anak Baru Lahir di Kabupaten Pasuruan, Takalar dan Kupang. Prakarsa Research Report.
- Prakarsa. 2013. Strategi dan Program Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia. Prakarsa Policy Paper/Public Health/2013.
- Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2008. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Makassar ; 2009.
- Profil Provinsi Sulawesi Selatan. Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan. Makassar; 2010
- Rahmawati. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pencapaian Cakupan K4 di Puskesmas Rowosari Semarang tahun 2011. Jurnal Kesehatan Masyarakat 2013 ;Volume 2, Nomor 1, Januari 2013
- Quade, B.S, 1984, *Analysis for Public Decisions*, North-Bolland, New York.
- Rest, James, 1999. The Major Components of Morality, in Kurtinez, William M. & Jacob L. Gewirtz, 1994. *Moral Behavior and Moral Development*. John Wiley & sons
- Ritsatakis A, Barnes R, Dekker E, Harrington P, Kokko S, Makara P, 2000. *Exploring health policy development in Europe*. WHO regional publications. European series; No. 86. Copenhagen Denmark.
- Sabatier, P.A., and Mazmanian, D. 1979. "The Conditioning of effective Implementation" dalam *policy Analysis*. 5,481-504.
- Salham, Munir dkk. Kemitraan Bidan dan Dukun Bayi sebagai Upaya Alih Peran Pertolongan Persalinan di Sulawesi Tengah, Kerjasama Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah dengan Fakultas Ekonomi Universitas Tadulako [skripsi]. Kendari : Universitas Tadulako 2008
- Siagian, Sondang P. 2002, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Cetakan kesembilan, Bumi Aksara, Jakarta
- Subarsono AG, 2005, *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Sugiarto, Endar, 2002, *Psikologi Pelayanan dalam Industri Jasa*, Cetakan Kedua, Gramedia Pustaka Utama, Andi, Yogyakarta
- Sugiyono, *Metode Penelitian Administrasi*, 2001, Alfabeta, Bandung
- Sutcliffe S and Court J, 2006. *A Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries*. Overseas Development Institute. Research and Policy in Development Programme. London UK.
- Sutton F and Gormley K, 1999. *Social Policy and Health Care*. Churchill Livingstone Harcourt Brace. London. UK.
- Suwarsono, 1999, *Manajemen Kualitas Pelayanan*, PT. Mandala Krida, Jakarta
- Tangkilisan, Hessel Nogis, *Kebijakan dan Manajemen Otonomi Daerah*, Lukman Offset, Yogyakarta.

- Tjiptono, Fandy dan Anastasia Diana, 2000, *Total Quality Management*, Penerbit NDI Yogyakarta
- Tibamdebage, Paula, 1999. "Charging For Health Care in Tanzania : Official Pricing in A Lliberalized Environment, Dalam Mackintosh. Maureen and Roy, Rathin, 1999, Economic Decentralization and Public Management Reform Cheltenham: Edward Elgar.
- UNFPA. 2005. Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia. Jakarta.
- Van meter dan Van Horn, 1978. Developing Performance Monitoring in public sector Organization, new York.
- Walt G, 1994. *Health policy: an introduction to process and power*. London: Zed Books. UK.
- Walt G and Gilson L, 1994. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9(4): 353–70.
- World Bank (2010): Indonesia Health Sector Review. Accelerating Improvement in Maternal Health: Why reform is needed. Policy and Discussion Notes, August 2010. Jakarta: World Bank
- World Bank: World Development Indicators database. Available from: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> Accessed 7 August 2012.
- World Health Organisation (WHO), 2000. *The World Health Report: Health System: Improving Perfomance* (p. 1–125). Geneva.
- World Health Organization (WHO). 2013. Maternal Mortality Database in World.
- Wooding S, Scoggins A, Lundin P, Ling T, 2004. *Talking Policy An examination of public dialogue in science and technology policy*. RAND Corporation Santa Monica, CA US.
- Zauhar, Soesilo, 1994, Kualitas Pelayana Publik Suatu Paparan Teoritik, Majalah Administrator, Edisi 2 XX 1994.
- Zauhar, Soesilo. 2001. *Administrasi Pealayanan Publik*, Sebuah Perbincangan Awal. Jurnal Administrasi Negara. 2;1-12
- Zeithaml, V.A.,A. Parasuraman dan L.LLeonard, Berry. 1990. Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation. NewYork: The Free Press.
 Htt://www.jstor.org/about/terms.html