

ANALISIS PROGRAM AUDIT MATERNAL-PERINATAL (AMP) DI KABUPATEN CIANJUR TAHUN 2012

¹⁾Sri Maryati¹, ²⁾Sutopo Patria Jati², ²⁾Lucia Ratna Kartika Wulan²

¹⁾ Klinik Ligar Medika Bandung

²⁾ Staf Pengajar Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

Abstrak

Program Audit Maternal dan Perinatal (AMP) merupakan program yang dibentuk untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi dengan cara menggali faktor penyebab kematian yang dapat dicegah. Di Kabupaten Cianjur program ini belum dapat terlaksana dengan optimal, hal ini dapat terlihat dari angka kematian ibu dan bayi yang masih cukup tinggi dari tahun ke tahun. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pelaksanaan Program Audit Maternal dan Perinatal di Kabupaten Cianjur. Desain penelitian menggunakan rancangan kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif. Informan utama adalah 4 orang tim AMP dan Informan triangulasi 9 orang. Data dikumpulkan dengan teknik wawancara mendalam. Analisis data menggunakan analisis isi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi program AMP belum optimal: tim AMP belum melibatkan lintas sektor dan sesi pembelajaran belum berkelanjutan, pemantauan dan evaluasi tidak menyeluruh dan tidak ada tindak lanjut. Sosialisasi belum sampai pada semua bidan, tidak ada pelatihan tim pengkaji. Dana terbatas untuk melakukan pertemuan pembahasan kasus, formulir kasus kematian diperbanyak oleh bidan. Dinas Kesehatan belum mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP) program AMP dan Surat Keputusan (SK) tim AMP belum ditandatangani Bapak Bupati. Disarankan untuk melakukan advokasi dengan bagian Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) untuk menindaklanjuti draft SK, melakukan evaluasi dan tindak lanjut secara berkala terhadap pelaksanaan sosialisasi AMP revisi oleh Puskesmas, membuat SOP program AMP, meningkatkan komitmen dan tanggungjawab pelaksana program dengan pemberian *reward*.

Kata Kunci : Implementasi, Program Audit Maternal-Perinatal, komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi.

ANALYSIS OF MATERNAL AND PERINATAL AUDIT PROGRAM IN CIANJUR REGENCY 2012

Abstract

Maternal and Perinatal audit program (AMP) is programme that was formed as an effort to reduce maternal and infant mortality by searching the causes of death that can be prevent. In Cianjur Regency this program has not implemented optimally, it can be seen from the high rate of maternal and infant mortality. The purpose of this study was to analyze the implementation of the Maternal and Perinatal Audit Program in Cianjur Regency. This research was a qualitative study, which is presented with explorative descriptive. Main informant was 4 AMP team, and informant triangulation was 9. Data were collected by in-depth interview techniques. Data analysis was using content analysis. The results showed that the implementation of AMP was not optimal: AMP team did not involve cross- sector and learning sessions did not sustainable, monitoring and evaluation did not complete and there was no follow-up. Socialization is not delivered to all midwives, and the study team did not get any training. Limited funds to conduct cases discussion meeting, deaths forms could be multiplied by midwives. District Health Office did not have Standart Procedure Operational (SPO) of AMP programme and team's employment letter has not been signed. It is recommended to conduct advocacy with SKPD to follow-up the draft of the employment letter, conduct evaluation and follow up of AMP-revised edition implementation socialization periodically by public health centers, making SPO of AMP program, enhancing the commitment and responsibility of implementing the programme by giving reward.

Keywords : Implementation, Audit Maternal-Perinatal Programme, communication, resources, disposition, structural bureaucracy

Korespondensi:

Sri Maryati

Program Studi D3 Kebidanan STIKes Budi Luhur Cimahi

Jalan Kerkoff No. 243 Leuwigajah Cimahi

Mobile: 081221445541

Email: sri_maryati22@rocketmail.com

Pendahuluan

Keberhasilan pembangunan di Indonesia masih belum memuaskan, terbukti dari masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010, AKI di Indonesia masih sebesar 240/100.000 kelahiran hidup. Di sisi lain berdasarkan kesepakatan *Millennium Development Goals (MDG`s)* 2015 AKI diharapkan turun menjadi 102/100.000 kelahiran hidup.(Depkes RI, 2011) Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 menunjukkan bahwa angka kematian bayi adalah 32 kasus kematian per 1000 kelahiran hidup, dimana penurunannya masih cukup lambat hal ini dapat terlihat dari data SDKI sebelumnya yaitu pada tahun 2007 terdapat 35 kasus kematian bayi per 1000 kelahiran hidup.(Kemenkes RI, 2012)

Berdasarkan SDKI 2012 tercatat rata-rata AKI adalah 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100 ribu kelahiran hidup. Hal ini tentu bertentangan dengan target pemerintah yang akan menurunkan AKI hingga 102 per 100 ribu pada 2015 sesuai dengan target MDGs, sedangkan kematian bayi (AKB) mengalami sedikit penurunan menjadi 32/1000 Kelahiran Hidup.

Jawa Barat merupakan penyumbang tertinggi angka kematian ibu di Indonesia. Berdasarkan Data Dinas Kesehatan Jawa Barat pada tahun 2010 sebanyak 804 kasus, pada tahun 2011 meningkat menjadi 850 kasus kematian dari 915.116 kelahiran dan pada tahun 2012 menurun menjadi 780 kasus kematian ibu dari 909.462 kelahiran. Kasus kematian bayi di Jawa Barat pada tahun 2010 adalah 4982, mengalami peningkatan menjadi 5070 pada tahun 2011 dan pada tahun 2012 terdapat 4628 kasus kematian bayi.(Dinkes Jawa Barat, 2012)

Kabupaten Cianjur merupakan salah satu kabupaten yang terletak di Jawa Barat. Berdasarkan data yang diperoleh dari profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, pada tahun 2011 Kabupaten Cianjur menempati urutan kedua penyumbang kasus kematian ibu tertinggi yaitu sebanyak 72 kasus kematian dari 50.272 kelahiran setelah Kabupaten Bogor (77 kasus kematian ibu). (Dinkes Jawa Barat, 2012) Pada tahun 2012 posisi Kabupaten Cianjur berada di urutan ketujuh yaitu dengan 48 kasus kematian ibu dari 49.369 kelahiran setelah Kabupaten Sukabumi (76 kasus kematian), Cirebon (65 kasus kematian), Tasikmalaya (60 kasus kematian), Karawang (55 kasus kematian), Bogor (53 kasus kematian) dan Bandung (49 kasus kematian).(Dinkes Jawa Barat, 2013) Pada tahun 2013 Kabupaten Cianjur masih berada di urutan 10 besar penyumbang angka kematian ibu dan bayi tertinggi yaitu jumlah kematian ibu 45 kasus.Kasus kematian bayi di kabupaten Cianjur, pada tahun 2010 terdapat 213 kasus kematian, pada tahun 2011 meningkat menjadi 313 kasus kematian, pada tahun 2012 terdapat 242 kasus kematian bayi dan pada tahun 2013 menurun menjadi 234 kasus kematian bayi. Jumlah ini memang mengalami penurunan, namun penurunannya belum signifikan.(Dinkes Kabupaten Cianjur, 2012)

Kematian ibu dan bayi merupakan hal yang masih mungkin dicegah.Untuk upaya pencegahan, diperlukan informasi akurat yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menyusun program kesehatan yang sesuai. Tidak cukup dengan hanya mengetahui tingkat kematian ibu dan bayi semata karena juga harus diketahui faktor-faktor apa yang mendasari terjadinya kematian itu.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam percepatan penurunan AKI dan AKB adalah melalui peningkatan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas dan penanganan kegawat daruratan maternal neonatal sesuai standar dan tepat waktu yang dapat di kaji melalui Audit Maternal dan Perinatal (AMP).Terlambat dirujuk dan terlambat memperoleh penanganan di fasilitas kesehatan merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia.Kondisi ini memerlukan analisis yang lebih mendalam untuk mencari akar permasalahan dan pemikiran untuk mencari alternatif solusinya.Salah satu kegiatan penting yang dapat digunakan untuk membantu menganalisis hal tersebut adalah Audit Maternal Perinatal.

Program Audit Maternal Perinatal (AMP) telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1997, namun implementasi dari kegiatan ini tidak diikuti dengan perbaikan pada kesehatan ibu dan bayi seperti yang diharapkan. Evaluasi mengungkapkan berbagai masalah yaitu terjadi : *Blaming, shaming, naming*, pencatatan dan pelaporan yang belum lengkap, tindak-lanjut dari rekomendasi yang didapatkan dari proses AMP, serta keterlibatan lintas sektoral yang belum memadai. (Dinkes Kabupaten Cianjur, 2012)

Pada saat ini Departemen Kesehatan telah mengupayakan revisi terhadap pelaksanaan Audit Maternal Perinatal sehingga diharapkan dapat melengkapi kekurangan Program AMP sebelumnya dan dapat menunjang penurunan angka kematian ibu dan bayi. Terdapat beberapa prinsip pada pelaksanaan AMP yang baru yaitu *no name, no shame, no blame, no pro justisia* dan pembelajaran/pembinaan. Kabupaten Cianjur mulai diperkenalkan dengan AMP revisi ini pada tahun 2011 oleh tingkat Provinsi. 25 April 2012 dibentuk tim AMP kabupaten dan baru menjalankan Program Audit Maternal dan Perinatal ini sejak Juli 2012. (Dinkes Kabupaten Cianjur, 2012)

Implementasi program AMP meliputi tahap persiapan, pelaksanaan dan tahap pemantauan dan evaluasi. Pada tahap persiapan dilakukan pembentukan tim AMP yang disahkan oleh Bupati. Pada tahap pelaksanaan, kegiatan yang dilakukan yaitu bidan

melaporkan kasus kematian, proses anonimasi pada semua kasus kematian, pembahasan kasus dan penyusunan rekomendasi awal serta dilakukannya sesi pembelajaran secara berkelanjutan. Pada tahap pemantauan dan evaluasi dilihat dari berbagai macam indikator yaitu indikator input, proses dan output.

Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur sudah melakukan berbagai upaya dalam mengoptimalkan pelaksanaan Program Audit Maternal-Perinatal, antara lain: pembentukan tim Audit Maternal Perinatal Tingkat Kabupaten, melakukan pendampingan kepada bidan yang belum mengerti mengenai pengisian formulir-formulir kasus kematian, melakukan pertemuan setiap 4 bulan untuk membahas kasus-kasus kematian yang terjadi, melakukan monitoring dan evaluasi terhadap rekomendasi tindak lanjut yang dibuat setiap 6 bulan sekali. (Dinkes Kabupaten Cianjur, 2012)

Faktor yang sangat besar pengaruhnya dalam kegiatan audit ini adalah keakuratan data. Untuk menjamin perolehan data yang akurat dan jujur, salah satu hal yang harus dikerjakan adalah penekanan kepada individu dan institusi yang terlibat bahwa proses Audit Maternal Perinatal/Neonatal Kabupaten/Kota akan menerapkan prinsip kerahasiaan individu dan institusi pada saat dilakukannya penilaian atau kajian kasus. Identitas individu kasus dan petugas kesehatan dan institusi hanya akan diketahui sampai tingkat Koordinator Audit Maternal Perinatal/Neonatal di Kabupaten/Kota. Dasar terjadinya kematian dan kesakitan maternal dan perinatal/neonatal seharusnya dapat diungkap tanpa harus membuka identitas pihak yang terkait kepada asesor. Adapun umpan balik untuk kepentingan pembelajaran, pembinaan dan perbaikan tetap dapat diberikan kepada pihak yang bersangkutan karena identitas pihak yang terkait diketahui oleh Koordinator AMP Kabupaten/Kota. (Depkes RI, 2010)

Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh beberapa bidan menyebutkan bahwa AMP revisi belum berdasarkan azas *no name*, karena pada saat pembinaan dilakukan bidan yang menangani kasus kematian tetap diberikan pertanyaan mengenai kasusnya itu sehingga formulir-formulir kasus kematian yang sudah diisi sebelumnya seolah-olah tidak bermanfaat. Selain itu, bidan juga menyebutkan bahwa formulir yang banyak menyebabkan kesulitan dalam pengisian sehingga membutuhkan waktu yang lama dalam pengisian formulir tersebut dan mereka mengungkapkan masih membutuhkan pendampingan dalam pengisian formulir tersebut.

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan pelaksanaan Program Audit Maternal-Perinatal belum optimal diantaranya dari aspek komunikasi yaitu kurang maksimalnya koordinasi antara pihak dinas kesehatan, tim pengkaji dalam hal ini dokter ahli sebagai tim AMP serta bidan sebagai pihak yang mengumpulkan data kematian. Dari aspek sumberdaya yang terbagi menjadi tiga yaitu tenaga, dana dan sarana prasarana. Tenaga yang ada sudah memenuhi, namun kemampuan yang digunakan belum maksimal. Dana yang dipergunakan berasal dari dana alokasi umum (DAU). Untuk dana tersebut masih belum mencukupi sehingga pertemuan pembahasan kasus hanya dilakukan 4x dalam setahun. Sedangkan dilihat dari sarana prasarana, permasalahan yang ada yaitu dalam hal pengadaan formulir-formulir kasus kematian dimana penyediaannya tidak ada yang mengkoordinir sehingga pengisi harus menyediakan sendiri formulirnya. Jika dilihat dari aspek disposisi, tidak ada masalah karena TIM mendukung dengan adanya program AMP. Untuk struktur birokrasi, pedoman AMP revisi sudah ada dari kemenkes, namun Kabupaten Cianjur belum memiliki pedoman tersebut. Dinas kesehatan Kabupaten Cianjur hanya mengacu pada power point yang diberikan oleh Provinsi pada saat sosialisasi AMP revisi.

Adapun tujuan penelitian ini untuk menganalisis implementasi Program Audit Maternal Perinatal di Kabupaten Cianjur tahun 2012 dilihat dari faktor komunikasi, faktor sumber daya, faktor disposisi dan faktor struktur birokrasi dalam implementasi program AMP di Kabupaten Cianjur

Metode

Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif untuk memberikan gambaran implementasi program AMP di Kabupaten Cianjur tahun 2012. Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, RSUD Cianjur, dan di 4 Puskesmas yang kasus kematiannya pernah dibahas pada pertemuan pembahasan kasus.

Informan utama dalam penelitian ini adalah 4 orang tim AMP dan informan triangulasi adalah Kabid Kesga dan bidan yang menangani kasus kematian. Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer melalui wawancara mendalam. Setelah pengumpulan data selesai dilaksanakan maka data dianalisis menggunakan metode analisis isi (*content analysis*), yaitu pengumpulan data, reduksi data, dan verifikasi.

Hasil

Wawancara mendalam dilakukan pada 4 (empat) informan utama dan 9 informan triangulasi. Informan utama adalah tim AMP Kabupaten, sedangkan informan triangulasi terdiri dari 1 orang Kepala Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur dan delapan orang

bidan yang menangani kasus kematian. karakteristik informan selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Karakteristik Informan Utama

No	Kode Informan	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Jabatan	Masa kerja (tahun)	Pendidikan
1	A 1	P	37	Sekretariat AMP	2	D IV Kebidanan
2	A 2	P	32	Tim Pengkaji Maternal	2	D IV Kebidanan
3	A 3	L	35	Tim Pengkaji Maternal	6	Spesialis Obstetri & Ginekologi
4	A 4	P	40	Tim Pengkaji Perinatal	13	D IV Kebidanan

Tabel 4.2 Karakteristik Informan Triangulasi

No	Kode Informan	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Jabatan	Lama Menjabat di institusi terakhir	Pendidikan terakhir
1	B1	P	36	Kabid Kesga	2	S1 kedokteran
2	C1	P	52	Bidan desa	25	D III Kebidanan
3	C2	P	30	Bidan desa	5	D IV Kebidanan
4	C3	P	27	Bidan desa	4	D IV Kebidanan
5	C4	P	48	Bidan desa	20	D III Kebidanan
6	C5	P	33	Bidan desa	8	D IV Kebidanan
7	C6	P	29	Bidan desa	3	D IV Kebidanan
8	C7	P	35	Bidan desa	10	DIII Kebidanan
9	C8	P	30	Bidan desa	7	D IV Kebidanan

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam dari informan utama kemudian dilakukan klarifikasi kepada informan triangulasi:

Pernyataan di bawah ini menyatakan bahwa Di Kabupaten Cianjur pelaksanaan program AMP belum optimal karena pada tahapan persiapan didapatkan bahwa tim AMP Kabupaten sudah dibentuk namun belum ditandatangani oleh Bupati.

“...Nah, selanjutnya untuk euu SK tersebut kan harus ditandatangani oleh kepala daerah/bupati. nah disitu kita prosesnya agak sedikit mentok, hehe...jadi si draft SK yang kita buat itu sampai sekarang ini masih diproses di bagian hukum di Pemda...” (inf A1)

“...Tapi sekarang kan belum terbentuk karena masih ada di Bupati itunya belum ada keluar Surat Keputusannya...” (inf B1)

Pada tahap pelaksanaan bidan sudah melaporkan kematian yang ditanganinya, proses registrasi sudah dilaksanakan, proses pembahasan kasus sudah dilakukan sehingga bisa membuat rekomendasi awal dan menyebutkan faktor-faktor yang dapat dicegah. Namun, ada pula langkah-langkah yang belum dilaksanakan di tahap pelaksanaan ini yaitu formulir kasus kematian yang diisi oleh sasaran masih ada yang tidak lengkap.

“...Bidan melaporkan. Kalau masyarakat engga, pasti masyarakat lebih dekatnya dengan bidan-bidan dilapangan nya ...” (Inf A1)

“...ya kalau ada kematian, saya laporkan ke bidan koordinator kemudian bidan koordinator melaporkan ke Dinas Kesehatan...” (Inf C1)

“Biasanya rekomendasi itu sebelumnya sudah dibuat, tapi biasanya ditambahkan nanti ketika pertemuan dan sejauh ini yang menentukan faktornya sudah, tapi mungkin penatalaksanaannya agak susah tidak semudah itu.” (Inf A3)

“...dipresentasikan dulu, nah terus dibahas satu-satu mengenai penyebab kematian, dikaji faktor yang dapat dicegahnya, kita diskusi kemudian diambil kesimpulan dalam bentuk rekomendasi.” (Inf B1)

“...Ada yang lengkap ada yang engga, kalau ada yang tidak lengkap nanti dikonfirmasi lagi ke temen-temen untuk dilengkapi. Biasanya kalau ada yang tidak lengkap bidan-bidan menjawab lupa atau apa ya? Lebih banyaknya sih oh iya lupa begitu...” (Inf A1)

Tahap pemantauan dan evaluasi dilaksanakan hanya dalam bentuk pembinaan teknis tidak secara khusus memantau dan mengevaluasi program AMP.

“Bisa dilakukan dengan BINTEK ke lapangan, bisa juga monitoring lewat by phone bisa dilakukan. Tergantung kebutuhan apa yang akan dievaluasi. Itu ya paling rekomendasi-rekomendasi yang kita sampaikan sudah dilaksanakan atau belum. Kalau belum dimotivasi lagi untuk melakukan rekomendasi yang dianjurkan...Secara umum, evaluasinya kita liat tahun berikutnya kematiannya meningkat atau menurun.” (Inf A1)

“*Teu aya sih evaluasi mah mung pertemuan AMP mungkul, janten teu aya sumping ti Dinas ka Puskesmas kitu.*” (Inf C7)

Informan utama menyatakan bahwa pelatihan pengisian formulir kematian ini lebih dikatakan sebagai sosialisasi karena hanya dilakukan 1 hari kepada bidan-bidan yang ada kematian di Puskesmas dan bidan terpilih lain yang mewakili Puskesmasnya. Metode yang digunakan pada saat sosialisasi yaitu ceramah tanya jawab dan praktek pengisian langsung.

“...Pelatihan dilakukan oleh dinas. Pelatihan yang dilakukan euu kepada bidan terpilih saja waktu itu ya terutama yang kita utamakan waktu itu untuk yang ada kematiannya, kita panggil dari 55 Puskesmas...” (Inf A2)

“Belum ya..untuk ke kita mah belum sampai.” (Inf C3)

“...metode ceramah tanya jawab dan praktis, dilakukan 1x saja...” (Inf A2)

“Ceramah tanya jawab, dan memberi contoh pengisian formulir.” (Inf B1)

Berdasarkan wawancara mendalam yang dilakukan kepada informan utama dan informan triangulasi dapat diketahui bahwa sumber daya yang ada dalam pelaksanaan program AMP masih terbatas.

“Untuk saat ini belum jelas, mungkin masih ada yang perlu diperbaiki karena untuk di RS SK nya masih belum jelas ke personalnya...” (Inf A3)

Satu orang informan menyatakan bahwa alokasi dana difokuskan untuk pertemuan AMP, paket pertemuan termasuk didalamnya transportasi yaitu sebesar Rp.40.000.000 dalam setahun itu berarti dana yang dianggarkan untuk setiap pertemuan pembahasan kasus adalah Rp.10.000.000 dan pada setiap pertemuan yang dibahas adalah 2-4 kasus.

“Dana dialokasikan untuk pertemuan saja, ya seputar itu operasional itu mulai dari paket meetingnya penggantian ongkos dengan anggaran sekitar Rp.10.000.000 untuk setiap pertemuan jadi anggarannya keseluruhan kurang lebih Rp.40.000.000 dalam setahun untuk kegiatan AMP...” (Inf A1)

Hal yang disampaikan oleh bidan yang menangani kasus kematian bahwa formulir kasus kematian yang mereka isi, mereka memperbanyak sendiri.

“Fotokopi sendiri, tidak disiapkan dinas dan puskesmas.” (Inf C5)

Faktor disposisi yang dimiliki oleh tim AMP masih kurang baik. Hal ini dapat terlihat dari partisipasi para pelaksana program dalam kegiatan AMP masih kurang, terbukti dengan kehadirannya yang tidak setiap waktu.

“Emmm tidak hadir semua, tentunya orang-orang yang akan euu yang bertugas untuk menyampaikan saja...” (Inf A1)

“Ga semuanya tim AMP hadir, jadi yang mewakili atau yang bisa. Kan dari tim AMP itu tidak pure semuanya punya waktu di AMP kan di program lain juga.” (Inf B1)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa di Kabupaten Cianjur faktor struktur birokrasinya kurang baik. Hal ini dapat dilihat dari SK yang belum ditandatangani oleh Bapak Bupati dan belum adanya pedoman pelaksanaan AMP di Kabupaten Cianjur, jadi tim AMP hanya mengacu pada power point yang diberikan oleh Provinsi. Hal berbeda disampaikan oleh informan triangulasi yaitu Kabid Kesga bahwa pedoman AMP sudah ada dalam bentuk file

“Pedoman AMP kita mengikuti aturan AMP yang disampaikan oleh Provinsi ketika sosialisasi itu...” (Inf A2)

“Ada, di situ di atas atuh, di simpan dalam bentuk file.” (Inf B1)

Pembahasan

Implementasi Program Audit Maternal-Perinatal adalah pelaksanaan program yang telah ditetapkan untuk melakukan audit maternal-perinatal meliputi persiapan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur.

Pembentukan Tim AMP Kabupaten/Kota yang terdiri dari : (1) Tim Manajemen, (2) Tim Pengkaji, dan (3) Komunitas Pelayanan dilakukan terlebih dahulu dan ditetapkan dengan surat keputusan dari Bupati/Walikota. Pembentukan tim AMP dibuat berdasarkan jabatan, bukan perorangan. Bila pemegang jabatan tersebut diganti, maka harus diterbitkan SK baru bagi pejabat penggantinya. Masa kerja tim AMP Kabupaten/Kota ditentukan oleh masing-masing Kabupaten/Kota tersebut.

Idealnya dalam pembentukan tim AMP itu akan disahkan dalam bentuk Surat Keputusan (SK) oleh Kepala Daerah yaitu Bapak Bupati. Namun, disinilah kendala yang muncul bahwa sampai sekarang draft SK yang sudah diajukan belum ditandatangani oleh Bapak Bupati. SK yang belum ditandatangani menggambarkan bahwa pihak Bupati belum memahami mengenai program AMP serta tidak menganggap bahwa tingginya AKI dan AKB merupakan masalah serius yang harus segera diselesaikan. Oleh karenanya perlu dilakukan penjelasan mengenai pentingnya program AMP dalam menurunkan AKI dan AKB sehingga proses pengesahan SK nya bisa lebih cepat.

Pada tahapan persiapan ini terlihat bahwa tim AMP belum siap untuk melaksanakan program AMP. Selain itu, Tim AMP tidak cepat tanggap dalam menyelesaikan permasalahan SK. Sementara SK ini sangat penting dalam pelaksanaan AMP terutama untuk mendapat dukungan dana dan melibatkan lintas sektor.

Dalam langkah identifikasi ini belum optimal karena belum bisa melibatkan masyarakat untuk melaporkan kasus kematian, namun masyarakat sudah terlibat secara tidak langsung karena dalam pengisian formulir kasus kematian, bidan melakukan konfirmasi kepada keluarga mengenai kronologis kematian ibu atau bayi, hal ini biasanya terjadi pada persalinan yang tidak ditolong oleh tenaga kesehatan.

Masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan harus ikut andil dalam penyelesaian masalah kematian ibu dan bayiyaitu dengan pencegahan kematian dan pelaporan kasus kematian ke petugas kesehatan contohnya apabila persalinan dilakukan oleh dukun bayi. Banyak sekali kasus kematian di dukun bayi yang tidak dilaporkan secara rinci karena keluarga sendiri menutup-nutupi kejadian yang sebenarnya. Oleh karena itu, perlu meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan Program AMP.

Setelah diterimanya laporan kematian maka seharusnya penanggungjawab Tim AMP Kabupaten/Kota meminta data kematian kepada Bidan Koordinator (untuk kejadian kematian di masyarakat) atau kepada Pimpinan Fasilitas Pelayanan (termasuk puskesmas dan rumah sakit). Data kematian yang dilaporkan ditulis pada formulir yang sudah disediakan.

Pengisian formulir kasus kematian merupakan awal dari proses pelaksanaan program AMP. Dari sekian banyak kegiatan AMP, apabila mulai dari pengisian formulir saja sudah lama maka akan berdampak pada proses yang lainnya. Hal ini menjadi pelajaran buat bidan untuk lebih bisa meluangkan waktu dalam pengisian formulir kematian meskipun tugas bidan banyak.

Formulir kasus kematian biasanya diisi dengan lengkap, akan tetapi ada juga yang tidak lengkap. Apabila terdapat ketidaklengkapan maka pihak Dinas Kesehatan akan menanyakan kepada bidan koordinator yang kemudian akan disampaikan kepada bidan yang menangani kasus kematiannya. Ketidaklengkapan pengisian ini biasanya disebabkan karena lupa bukan karena formulir yang terlalu banyak sehingga bidan-bidan mengalami kesulitan dalam mengisinya. Pemantauan dan evaluasi idealnya dilakukan secara berkala untuk menilai pelaksanaan program AMP. Hal ini dilihat dari beberapa indikator yaitu indikator input, proses, output dan indikator outcome.

Kelengkapan pengisian formulir kasus kematian yang diisi oleh bidan sangat diperlukan untuk kebutuhan analisis permasalahan kasus kematian. Hambatan yang ada yaitu masih adanya ketidaklengkapan dalam pengisian formulir kasus kematian karena kurangnya pemahaman dari bidan sendiri mengenai pengisiannya termasuk pertanyaan mana saja yang memang harus diisi oleh bidan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, pada saat pembahasan kasus para pelaksana program langsung memaparkan analisis kematian dengan menggali faktor-faktor yang dapat dicegah, penentuan penyebab kematian serta penyusunan rekomendasi karena ketiga hal tersebut biasanya sudah ditentukan sebelum pertemuan dilakukan. Jadi tim AMP baik itu tim di Dinas Kesehatan maupun tim AMP yang di Rumah Sakit sudah melakukan diskusi secara intern untuk menentukan ketiganya. Akan tetapi pada saat pembahasan dilaksanakan para tim memberikan masukan-masukan apabila masih ada yang kurang.

Pembahasan kasus dilakukan dengan mendatangkan tim AMP meliputi Koordinator tim AMP, Sekretariat tim AMP, tim pengkaji maternal dan tim pengkaji neonatal. Rekomendasi yang sudah dibuat sejauh ini berkaitan dengan rekomendasi dibidang kesehatan misalnya bidan yang menangani persalinan harus sudah mengikuti pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN), sedangkan untuk rekomendasi lintas sektor belum bisa dibuat karena belum bisa melibatkan lintas sektor dalam tim AMP. Hal ini berkaitan dengan SK yang belum ditandatangani oleh Bupati.

Pemantauan adalah pengumpulan data secara berkala dan tepat waktu untuk menentukan apakah kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana. Pemantauan merupakan proses yang berjalan terus menerus selama siklus proyek, dari pelatihan dan sosialisasi, hingga perencanaan, pelaksanaan, dan pemeliharaan. Hasil pemantauan digunakan untuk meningkatkan mutu pelaksanaan dan menyesuaikan perencanaan. Evaluasi adalah menilai secara berkala apa yang telah dihasilkan, untuk mengetahui apakah proyek berhasil mencapai tujuan-tujuan utamanya. Pemantauan dan evaluasi yang belum dilakukan secara berkala di Kabupaten Cianjur berdampak terhadap tidak adanya tindak lanjut yang sesuai dengan permasalahan yang ditemukan sehingga tidak ada perbaikan terhadap program yang sedang dilaksanakan. (Kemenkes RI, 2008)

Komunikasi dalam Program AMP adalah bagaimana Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur mensosialisasikan Program AMP kepada tim AMP, bagaimana pelaksanaan pelatihan pengumpulan dan pelaporan data kepada bidan koordinator/bidan Puskesmas/bidan RS, dan dokter penanggungjawab pelayanan dalam pengisian formulir-formulir untuk audit kematian maternal/perinatal, dan pelatihan kepada tim pengkaji untuk menganalisis kasus kematian secara jelas dan konsisten. Bentuk komunikasi yang dilakukan baik secara verbal maupun nonverbal.

Komunikasi yang dilakukan dalam program AMP di Kabupaten Cianjur masih kurang baik karena sosialisasi yang diberikan hanya kepada tim AMP dan bidan koordinator tidak langsung ke semua sasaran yaitu bidan-bidan di lapangan. Selain itu, tim AMP tidak melakukan tindak lanjut terhadap pelaksanaan sosialisasi di tingkat Puskesmas sehingga sosialisasi mengenai program AMP dan pengisian formulirnya belum merata. Kemudian, pelatihan tim pengkaji tidak pernah dilakukan padahal dalam pedomannya harus melakukan pelatihan tim pengkaji sehingga proses pembahasan kasus lebih optimal.

Sosialisasi merupakan upaya untuk memasyarakatkan program sehingga dapat dikenal, difahami atau dihayati para pelaksana program agar dapat menumbuhkan kesadaran kritis, menumbuhkan perubahan sikap, dan perilaku pelaksana. (Depkes RI, 2007)

Komunikasi organisasi secara sederhana, bisa dipahami sebagai jaringan kerja yang dirancang dalam suatu sistem dan proses untuk mengalihkan informasi dari seseorang atau sekelompok orang kepada seorang atau sekelompok orang demi tercapainya tujuan organisasi. (Saefullah K, Sule T.E, 2009) Salah satu bentuk komunikasi yang paling efektif dan terarah dalam komunikasi kesehatan adalah *Interpersonal communication (face to face communication)*. Komunikasi ini dilakukan oleh komunikan dan komunikator secara langsung dan tatap muka sehingga stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan oleh komunikan langsung direspon atau ditanggapi pada saat itu juga. Apabila terjadi ketidakjelasan pesan dapat diklarifikasi oleh komunikator. (Fitriani S, 2011) Komunikasi organisasi bukan hanya antara bawahan dan atasan dalam menyampaikan perintah-perintah kerja, atau respon terhadap perintah vertikal, namun juga komunikasi diantara karyawan. (Notoatmojo S, 2007)

Penelitian oleh Robert Heller dan Tim Hindle (1998) menunjukkan bahwa jarak antara pengirim dan penerima pesan akan menentukan frekuensi komunikasi, karena jarak yang cukup jauh membatasi kesempatan untuk berkomunikasi secara efektif. Sekalipun menggunakan alat komunikasi, tetapi tetap bahwa tingkat keefektifan komunikasi relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan komunikasi secara langsung. Hal itu berarti bahwa semakin tinggi peran mediator dalam menjembatani atau menyalurkan pesan/informasi yang harus dikomunikasikan. (Saefullah K, Sule T.E, 2009) Keberhasilan komunikasi dalam suatu organisasi akan ditentukan oleh kesamaan pemahaman antar orang yang terlibat dalam kegiatan komunikasi, kesamaan pemahaman ini dipengaruhi oleh kejelasan pesan, cara penyampaian pesan, perilaku komunikasi dan situasi (tempat dan waktu) komunikasi. (Mangku PS, 2007)

Hal ini dipertajam lagi oleh pernyataan menurut George C. Edward III dalam Indiahono, bahwa kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (*target group*). Tujuan dan sasaran dari program/kebijakan dapat disosialisasikan secara baik sehingga dapat menghindari adanya distorsi atas kebijakan dan program. Ini menjadi penting karena semakin tinggi

pengetahuan kelompok sasaran atas program maka akan mengurangi tingkat penolakan dan kekeliruan dalam mengaplikasikan program dan kebijakan dalam ranah yang sesungguhnya. (Indiahono D, 2009)

Pelatihan adalah merupakan bagian dari suatu proses pendidikan formal yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan kerja seseorang atau sekelompok orang. (Adisasmitho W, 2007) Pelatihan untuk pengisian formulir yang diperlukan untuk mengumpulkan data dalam kegiatan AMP. Pelatihan ini ditujukan kepada para bidan koordinator/bidan Puskesmas/bidan RS, dan dokter penanggungjawab pelayanan di RS dalam mengisi formulir RMM/RMP, RMMP/RMPP dan OVM/OVP, dan formulir-formulir untuk audit kematian perinatal/neonatal. (Depkes RI, 2010) Pada penelitian ini, sosialisasi cara pengumpulan dan pelaporan data yang minim berdampak terhadap tidak tersampainya informasi mengenai program AMP revisi kepada seluruh sasaran sehingga menyulitkan saran dalam pengisian formulir kasus kematian.

Tenaga /karyawan merupakan aset utama dalam suatu perusahaan atau organisasi yang menjadi perencana dan pelaku aktif dari setiap aktivitas organisasi. Kualitas dan kuantitas karyawan harus sesuai dengan kebutuhan perusahaan, supaya efektif dan efisien menunjang tercapainya tujuan. Penempatan tenaga kerja juga harus tepat sesuai dengan keinginan dan keterampilannya. Dengan demikian gairah kerja dan kedisiplinannya akan lebih baik serta efektif menunjang terwujudnya tujuan perusahaan. (Adisasmitho W, 2007)

Pembagian tugas dalam tim AMP sudah ditetapkan dalam SK yang dibuat. Namun, karena SK tim AMP belum disahkan maka pembagian tugas masih belum sesuai dengan yang seharusnya. Disini dapat dilihat dengan belum terlibatnya komunitas pelayanan dalam pelaksanaan program AMP. Pembagian kerja yang jelas dalam struktur organisasi dan didukung pula oleh sumberdaya manusia yang handal akan mendorong terciptanya profesionalisme kerja dalam organisasi tersebut. Pentingnya mencermati pembagian kerja dan profesionalisme kerja pada organisasi pemerintah atau biasa dikenal dengan organisasi publik karena para aparturnya cenderung bersikap masa bodoh terhadap tugas dan tanggung jawab mereka sebagai pelayan publik, mengingat besarnya tugas dan fungsi mereka sebagai organisatoris pemerintah maka diperlukan struktur yang mapan dalam pembagian kerjanya untuk menumbuhkembangkan profesionalisme kerja pegawai (Hasibuan PS, 2002)

Sumber daya finansial adalah kecukupan modal investasi atas sebuah program atau kebijakan. Sumber daya finansial menjamin keberlangsungan program/kebijakan. Tanpa ada dukungan dana yang memadai, program tidak dapat berjalan efektif dan cepat dalam mencapai tujuan dan sasaran. (Agustino L, 2008)

Edward mengatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan memanipulasi insentif. Oleh karena itu, pada umumnya orang bertindak menurut kepentingan mereka sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi (*self interest*) atau organisasi. Jadi, faktor insentif ini dapat dijadikan salah satu faktor penghambat dalam pelaksanaan program AMP. (Agustino L, 2008)

Dana yang masih belum mencukupi menyebabkan para pelaksana harus membatasi kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan dalam program AMP salah satunya dengan memanfaatkan tenaga yang sudah ada. Kabid Kesga mempunyai pernyataan yang sama mengenai tindakan implementor dalam menyikapi keterbatasan dana bahwa dana dibuat cukup untuk kegiatan AMP yang harus dilakukan, namun apabila memang harus dilakukan AMP maka akan dilakukan alih anggaran artinya anggaran untuk kegiatan lain dialihkan untuk kegiatan AMP.

Fasilitas fisik juga merupakan faktor yang penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki staf yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukannya, dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi tersebut tidak akan berhasil. (Agustino L, 2008)

Disposisi adalah sikap dan kesediaan yang dimiliki oleh tim AMP seperti komitmen, kejujuran dan tanggung jawab terhadap tugas yang diberikan dan melaksanakan program Audit Maternal dan Perinatal.

Salah satu komitmen yang harus diterapkan oleh tim AMP yaitu penerapan azas AMP revisi, sulitnya penerapan azas AMP revisi dapat dikaitkan dengan sifat dasar manusia. Pada dasarnya memang sudah ada pada diri manusia bahwa manusia memiliki rasa keingintahuan terhadap orang lain. Manusia tidak bisa hidup sendiri dan cenderung akan selalu melakukan *sharing* (berbagi bersama) dengan manusia yang lain. Proses *sharing* ini lalu diserap sebagai pengetahuan individual lewat proses belajar yang dilakukannya. Apabila hasil dari proses *sharing* ini terus menerus disosialisasikan dan dimantapkan akhirnya relatif membentuk pemahaman yang sama tentang sesuatu, relatif memiliki kesamaan pola pengetahuan, bahkan dalam banyak hal relatif memiliki artefak atau material yang sama. (Sunarto K, 2004) Berdasarkan teori tersebut sebetulnya dapat disimpulkan bahwa akan sulit menerapkan azas

AMP revisi apabila dilihat berdasarkan sifat dasar manusia. Indonesia mengusung kebebasan berpendapat sehingga masyarakatnya cenderung mempunyai perilaku aktif untuk saling bertukar informasi melalui mulut ke mulut baik itu informasi baik maupun informasi yang buruk. Dengan kondisi masyarakat yang seperti ini akan lebih menyulitkan terhadap penerapan azas-azas AMP revisi.

Faktor-faktor yang mendorong para pelaksana program dalam melaksanakan program AMP ini lebih kepada ingin menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Cianjur. Besarnya faktor pendorong yang ada dalam diri seseorang akan terhambat apabila muncul faktor penghambat yang lebih besar. Oleh karena itu, diperlukan usaha untuk meruntuhkan faktor penghambat yang ada sehingga program yang ada dapat berjalan dengan optimal sesuai dengan tujuan yang sudah ditetapkan.

Struktur birokrasi adalah kewenangan, supervisi dan Standar Operasional Prosedur (SOP). Kewenangan adalah hak dan kekuasaan yang didelegasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur kepada tim AMP dalam bentuk Surat Keputusan (SK). Sedangkan Standar Operasional Prosedur (SOP) meliputi ketersediaan pedoman pelaksanaan AMP dalam pelaksanaan Program AMP.

Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering bertugasmengimplementasikan kebijakan dan memiliki pengaruh yang signifikan terhadapimplementasi kebijakan. Teori tersebut berlaku pada penelitian ini, bahwa struktur birokrasi mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan program AMP. Data yang didapatkan, SK tim AMP Kabupaten belum ditandatangani oleh Bapak Bupati. Hal tersebut berdampak pada faktor-faktor lain yaitu sumber daya (tenaga dan dana) dan disposisi. Hasil tersebut membenarkan teori model implementasi kebijakan menurut George C. Edward III yang menyebutkan bahwa tidak ada variabel tunggal dalam suatu kegiatan implementasi kebijakan, artinya faktor yang satu dapat mempengaruhi faktor yang lainnya. (Winarno B, 2008)

Simpulan dan Saran

Pelaksanaan program audit maternal dan perinatal (AMP) belum optimal. Kegiatan yang belum dilaksanakan antara lain sektor lain selain kesehatan belum dilibatkan. Pengisian formulir kasus kematian lama dan terkadang tidak lengkap, sesi pembelajaran belum dilakukan secara berkelanjutan, pemantauan dan evaluasi tidak menyeluruh dan tidak ada tindak lanjut. Faktor komunikasi dalam program AMP revisi masih kurang karena sosialisasi hanya dilakukan pada bidan koordinator dan bidan koordinator belum menyampaikan sosialisasi kepada bidan lain. Selain itu, pelatihan kepada tim pengkaji AMP juga belum dilakukan. Faktor sumber daya masih terbatas terbukti dengan terbatasnya dana untuk melakukan kegiatan AMP dan pemberian insentif. Sarana dan prasarana yang diperlukan untuk pertemuan pembahasan kasus tidak tersedia secara khusus serta pengadaan formulir kasus kematian dilakukan oleh bidan. Faktor disposisi dalam pelaksanaan program AMP masih kurang karena kehadiran tim AMP dalam pelaksanaan sosialisasi AMP revisi dan pertemuan pembahasan kasus sering tidak lengkap. Pertemuan pembahasan kasus tidak sesuai dengan jumlah kasus yang ada dan dalam hal struktur birokrasi, buku pedoman pelaksanaan AMP belum tersedia di DKK sehingga pelaksanaannya hanya mengacu pada *slide* presentasi yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi pada saat sosialisasi program AMP revisi. SK tim AMP belum disahkan oleh Bapak Bupati.

Saran bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur perlu melakukan advokasi dengan bagian SKPD untuk menindaklanjuti draft SK, melakukan evaluasi dan tindak lanjut secara berkala terhadap pelaksanaan sosialisasi AMP revisi oleh Puskesmas, membuat SOP pelaksanaan program AMP, meningkatkan komitmen dan tanggungjawab para pelaksana program dengan cara pemberian *reward*.

Daftar Pustaka

- Adisasmito W, 2007. Sistem Kesehatan. Cetakan ketiga. Depkes RI, Pergerakan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan. Jakarta: BPPSDM.
- Agustino L, 2008. Dasar-Dasar Kebijakan Publik. Bandung: Alfabeta.
- Depkes RI, 2007. Komunikasi, Advokasi dan Negosiasi. Jakarta: PPSDM; 2007.
- Depkes RI, 2010. Pedoman Audit Maternal/Perinatal di Tingkat Kabupaten/Kota. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI, 2011. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta: Depkes RI.
- Dinkes Jawa Barat, 2012. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2011. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.

- Dinkes Jawa Barat, 2013. Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2012. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Dinkes Kabupaten Cianjur, 2012. Profil Kesehatan Kabupaten Cianjur 2011. Cianjur: Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur.
- Dinkes Kabupaten Cianjur, 2012. Konsep AMP Kabupaten Cianjur 2012. Cianjur: Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur.
- Dinkes Kabupaten Cianjur, 2012 Strategi dan Kebijakan serta Rencana Aksi dalam Akselerasi Penurunan AKI dan AKB di Kabupaten Cianjur tahun 2012. Cianjur: Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur
- Fitriani S,2011. Promosi Kesehatan. Cetakan pertama, Edisi pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hasibuan PS,2002. Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Indiahono D, 2009. Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis. Yogyakarta: Gava Media.
- Kemenkes RI, 2008. Pedoman Pelaksanaan Pemantauan dan Evaluasi PNPM Mandiri. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI, 2012. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Mangku PS, 2007. Manajemen Mutu Sumber Daya Manusia. Bogor: Galia Indonesia
- Notoatmojo S, 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta:Rineka Cipta.
- Saefullah K, Sule T.E,2009. Pengantar Manajemen. Cetakan keempat, Edisi I, Jakarta: Kencana.
- Sunarto K, 2004. Pengantar Sosiologi (Edisi Revisi). Jakarta : Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Winarno B, 2008. Kebijakan Publik, Teori dan Proses. Yogyakarta: MedPress