



## **TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

### **DETERMINAN KUALITAS PELAYANAN KB PASCA PERSALINAN DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG**



**UNIVERSITAS TERBUKA**

**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar Magister Ilmu Administrasi  
Bidang Minat Administrasi Publik**

**Disusun Oleh :**

**ANA PUSPANINGRUM  
NIM. 500641325**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
JAKARTA  
2017**

## ABSTRAK

Determinan Kualitas Pelayanan KB Pasca Persalinan di RSUP Dr. Kariadi Semarang

Ana Puspaningrum  
Universitas Terbuka  
[anapoespa@gmail.com](mailto:anapoespa@gmail.com)

Kata Kunci : Peran Institusi, Kualitas Pelayanan, Program KB, Kontrasepsi Pasca Persalinan

Keberhasilan inovasi pemasangan IUD pasca plasenta yang pernah dilakukan di RSUP Dr. Kariadi ternyata mengalami kemunduran di tiga tahun terakhir, pada tahun 2013-2015, hal tersebut menimbulkan pertanyaan yang berkaitan dengan peran rumah sakit dalam mendukung program Keluarga Berencana. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis elemen – elemen penting yang menjadi acuan pada pelaksanaan pelayanan KB pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi, menganalisis peran tim PKBRS dalam meningkatkan kualitas pelayanan KB, menganalisis hambatan dan menemukan solusi permasalahan, serta menemukan model yang tepat sebagai acuan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dan teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi. Hasil dari penelitian ini adalah ditemukannya hambatan antara lain meskipun terdapat kebijakan yang mendukung pelayanan IUD pasca plasenta, namun sebagian besar dokter masih belum pro aktif melakukannya, karena masing – masing dari mereka memiliki pertimbangan medis yang berbeda. Sistem pembiayaan melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional terhadap pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi juga masih terhambat oleh aturan – aturan yang berlaku di BPJS kesehatan. BPJS kesehatan menerapkan sistem berjenjang sehingga tidak semua metode kontrasepsi dapat di klaim. Kesimpulan dari penelitian ini antara lain Kebijakan yang diberlakukan pemerintah mengenai program KB pasca persalinan belum menyentuh KB itu sendiri dan masih ada perbedaan persepsi mengenai KB pasca persalinan di kalangan tenaga medis sehingga tindakan pelayanan KB pasca plasenta di Rumah Sakit belum bisa berjalan optimal. Penelitian ini menawarkan alternatif model kemitraan dan pelayanan untuk dapat meningkatkan pelayanan KB yang berkualitas di rumah sakit.



## ABSTRACT

Determinant of Service Quality on KB Pasca Plasenta  
in RSUP Dr. Kariadi Semarang

Ana Puspaningrum  
Universitas Terbuka  
[anapoespa@gmail.com](mailto:anapoespa@gmail.com)

Keywords : Institution Role, Service Quality, Family Planning Program, Post Partum Contraception

Success of IUD assemblies innovation pasca placenta which once implemented in RSUP Dr. Kariadi was get deterioration within last three years, on 2013-2015, that case was presence the question related to hospital role in support Family Planning program. Aim of this research was to analyzed important elements which been the reference on Family Planning service implementation pasca delivery in RSUP Dr. Kariadi, analyse important role of PKBRS team in increasing KB service quality, analyze obstacle and found the solution of problem, also found correct model as reference in order to increasing KB service quality in RSUP Dr. Kariadi. Research method used was qualitative research method and data collection technique was implemented by triangulation. Result of this research was found obstacle such as, although include policy which support IUD service pasca placenta, but most doctors still not pro active yet to do it, because each of them have different medical consideration. Defrayal system through National Health Assurance to Family Planning service in RSUP Dr. Kariadi also still impede by prevailing rule in health BPJS. Health BPJS applied stage system, therefore not all cntraception method coul be claim. Conclusion from this research was, policy prevailing by government about KB program pasca delivery wasn't touch KB itself and still include different perception about KB pasca delivery among medical staff therefore service action of KB pasca placenta in Hospital wasn't run optimal yet. This research offered partnership model alternative and service in order to increasing qualified KB service in hospital.



**LEMBAR PERSETUJUAN TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER  
(TAPM)**

Judul TAPM : Determinan Kualitas Pelayanan KB Pasca Persalinan  
di RSUP Dr. Kariadi Semarang

Nama : Ana Puspaningrum

NIM : 500641325

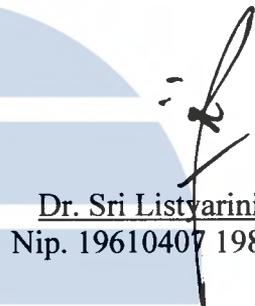
Program Studi : Magister Administrasi Publik

Pembimbing I

Pembimbing II



Prof. Dr. Ir. Saratri Wilonoyudho, M. Si  
Nip. 19630113 198803 1 001



Dr. Sri Listyarini, M. Ed  
Nip. 19610407 198602 2001

Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu  
Politik



Dr. Darmanto, M. Ed  
Nip. 19591027 198603 1 003

Direktur Program Pasca Sarjana



Dr. Liestyodono Bawono, M. Si  
Nip. 19581215 198601 1 009

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

**PERNYATAAN**

TAPM yang berjudul Determinan Kualitas Pelayanan KB Pasca Persalinan di  
RSUP Dr. Kariadi Semarang

Adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun  
dirujuk telah saya nyatakan benar. Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya  
Penjiplakan (Plagiat), maka saya bersedia menerima  
Sanksi akademik.

Semarang, 16 Juli 2017

Yang Menyatakan



(Ana Puspaningrum)

NIM 500641325

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

**PENGESAHAN**

Nama : Ana Puspaningrum  
NIM : 500641325  
Program Studi : Magister Administrasi Publik

Judul TAPM : Determinan Kualitas Pelayanan KB Pasca Persalinan  
di RSUP Dr. Kariadi Semarang

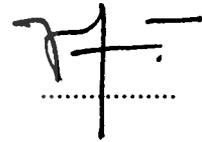
Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Program Administrasi Publik Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka pada:

Hari/tanggal : Minggu/16 Juli 2017  
Waktu : 09.30 WIB – 11.00 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS

**Panitia Penguji TAPM**

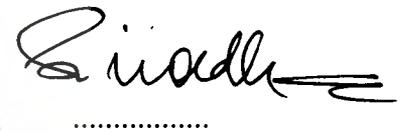
Ketua Komisi : Drs. Jamaluddin, M. Si  
Penguji



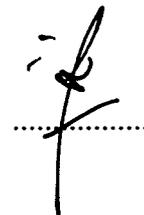
Penguji Ahli : Prof. Dr.rer.publ. Eko Prasajo, SIP,  
Mag.rer.publ



Pembimbing I : Prof. Dr. Ir. Saratri Wilonoyudho, M. Si



Pembimbing II : Dr. Sri Listyarini, M. Ed



## KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirrabil 'alamiin. Segala puji hanyalah kepada Allah SWT, dengan segala kuasaNya Tugas Akhir Program Magister yang berjudul : “Determinan Kualitas Pelayanan KB Pasca Persalinan di RSUP Dr. Kariadi Semarang” ini bisa terwujud. Shalawat beriring salam hanya kepada junjungan Rasulullah Muhammad SAW, yang melaluinya wahyu untuk membaca diturunkan, sehingga menuntun umatnya menjadi manusia-manusia pembelajar.

TAPM ini merupakan bentuk kerja keras yang tidak akan selesai begitu saja tanpa bimbingan, nasehat dan pertolongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, ijinilah saya sebagai penulis dalam kesempatan ini menghaturkan ucapan terima kasih saya yang sebesar-besarnya kepada :

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) yang telah memberikan saya beasiswa untuk dapat melanjutkan ke jenjang S2 pada Program Pasca Sarjana Jurusan Manajemen Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UPBJJ Semarang.
2. Pengelola Program Magister Administrasi Publik, beserta jajaran pengelola program lainnya yang telah memberikan banyak kontribusi demi terciptanya suasana belajar yang sangat kondusif dan terselesaikannya TAPM ini.
3. Prof. Dr. Ir. Saratri Wilonoyudho, M. Si, Bapak pembimbing baik hati yang telah menyediakan banyak waktu disela – sela kesibukannya untuk membantu proses penyelesaian penelitian ini. Membimbing saya dengan sabar untuk hasil TAPM yang lebih baik.
4. Dr. Sri Listyarini, M. Ed, Ibu pembimbing baik hati yang telah dengan sangat rinci memberikan banyak masukan dan koreksi untuk menyempurnakan TAPM ini. Meskipun terpisah kota namun proses bimbingan dapat berjalan lancar.
5. Prof. Dr. Eko Prasajo Mag. Rer. Publ sebagai penguji ahli dari Universitas Indonesia yang telah menguji TAPM saya hingga lulus.

6. Kepala Bagian Obstetri Ginekologi FK Undip RSUP dr. Kariadi atas ijin penelitian yang telah diberikan, dr. Hary Tjahjanto, SpOG(K) dan Dr. dr. Syarief Thaufik Hidayat, SpOG(K) atas dukungan dan bantuannya selama penelitian dan proses perolehan data sehingga membuat TAPM ini menjadi lebih lengkap.
7. Kedua orang tua dan ibu mertua saya yang sangat saya kasihi, Bapak Mochammad Zen dan Ibu Subandini, serta Ibu Ambarwati Sisponsorini, karena doa merekalah saya sampai di tahapan penting kehidupan saya ini, dan setiap doa ditujukan untuk masa depan keluarga kami yang lebih baik, semoga Allah selalu memberikan umur yang panjang, melimpahkan rejeki dan kesehatan serta membalas jasa Bapak dan ibu.
8. Suami tercinta : Dani Chandra Wijaya, yang selalu mendukung dan mengalirkan energi positif dan doa dalam setiap langkah saya hingga proses penyelesaian TAPM ini berjalan lancar. Anak – anak saya, Satria Ardana Parikenan dan Neisya Velika Wiryamanta, yang menjadi cahaya hati saya. Terima kasih untuk pengertian dan kasih sayang kalian untuk mama selama mama menuntut ilmu. Bagi mama kalian adalah penyemangat mama untuk segera menyelesaikan kuliah. Setelah lulus akan banyak waktu yang dapat kita lewati untuk bermain bersama. Saudara-Saudara saya Mas Adi dan mbak Rini serta Nita, untuk setiap perhatian dan dukungannya. *We might never be perfect for each other as brother and sisters, but it's perfect already as the way it is.*
9. Teman – teman seperjuangan mahasiswa bimbingan Prof Saratri dan Ibu Rini, antara lain : Mbak Endah, Mbak Susi, Mas Ayis dan Mbak Aning yang selalu saling mendukung dan menguatkan dalam perjuangan menyelesaikan TAPM ini.
10. Semua teman-teman seangkatan penerima beasiswa Program Pasca Sarjana Magister Administrasi Publik UPBJJ Semarang dari BKKBN, yang tetap kompak dan selalu berbagi sehingga membuat kuliah MAP ini menjadi amat menyenangkan.
11. Pihak-pihak lain yang telah memberikan kontribusinya namun tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Tesis adalah kuliah kehidupan. Yang setiap babnya mengajarkan tentang pembelajaran sebenarnya, pembelajaran tentang menghargai hasil karya orang lain, tentang ketelitian dan kesabaran untuk hasil yang maksimal, tentang terus berjalan walaupun habis terang, Pembelajaran untuk tidak menyerah sesulit apapun keadaannya dan yang terpenting, pembelajaran melawan diri sendiri... Akhir kata, Semoga Allah membalas setiap sumbangsih yang diberikan dan memberkatinya dengan kemudahan dalam setiap langkah yang diambil. Amin.

Semarang, 25 Oktober 2017  
Ana Puspaningrum



## RIWAYAT HIDUP

Nama : Ana Puspaningrum  
NIM : 500642325  
Program Studi : Magister Administrasi Publik  
Tempat dan Tanggal Lahir : Palembang, 15 November 1980

Riwayat Pendidikan : Lulus SD di SD N 15 Palembang Tahun 1993  
Lulus SMP di SMP N 8 Semarang Tahun 1996  
Lulus SMA di SMA N 11 Semarang Tahun 1999  
Lulus S1 di Undip Semarang Tahun 2005

Riwayat Pekerjaan : Tahun 2004 s/d 2011 sebagai tenaga administrasi  
di Program Pendidikan Dokter Spesialis I & II  
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Tahun 2011 s/d sekarang sebagai Penyuluh KB di  
Dinas Pengendalian Penduduk dan KB Kota  
Semarang

Semarang, 25 Oktober 2017



(Ana Puspaningrum)  
NIM. 500641325

## DAFTAR ISI

	Hal
ABSTRAKSI.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
RIWAYAT HIDUP.....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	14
C. Tujuan Penelitian .....	15
D. Kegunaan Penelitian.....	15
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>16</b>
A. Landasan Teori .....	16
1. Kebijakan Publik .....	16
2. Implementasi Kebijakan Publik.....	17
3. Pelayanan Publik .....	29
B. Penelitian Relevan .....	37
C. Kerangka Berfikir.....	42
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>46</b>
A. Jenis Penelitian.....	46
B. Ruang Lingkup Penelitian .....	47
C. Lokus Penelitian .....	47
D. Fenomena Penelitian .....	47
E. Subjek Penelitian .....	52
F. Sumber dan Jenis Data .....	55
G. Teknik Pengumpulan Data.....	56
H. Teknik Analisa Data .....	60
I. Kredibilitas Penelitian.....	62
J. Definisi Operasional.....	64

<b>BAB IV</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
	A. Kondisi Umum Wilayah Penelitian .....	65
	1. Sejarah Singkat Berdirinya RSUP Dr. Kariadi.....	65
	2. Gambaran RSUP dr. Kariadi Semarang.....	66
	3. Profil Bagian Obstetri dan Ginekologi.....	69
	B. Hasil dan Pembahasan.....	77
	1. Implementasi Kebijakan KB Pasca Persalinan.....	77
	2. Determinan pada Implementasi Kebijakan KB.....	94
	3. Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan KB.....	117
	4. Alternatif Model Pelayanan KB di Rumah Sakit.....	125
<b>BAB V</b>	<b>Kesimpulan dan Saran.....</b>	<b>128</b>
	A. Kesimpulan.....	128
	B. Saran.....	131
	<b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>135</b>
	Lampiran-lampiran .....	140



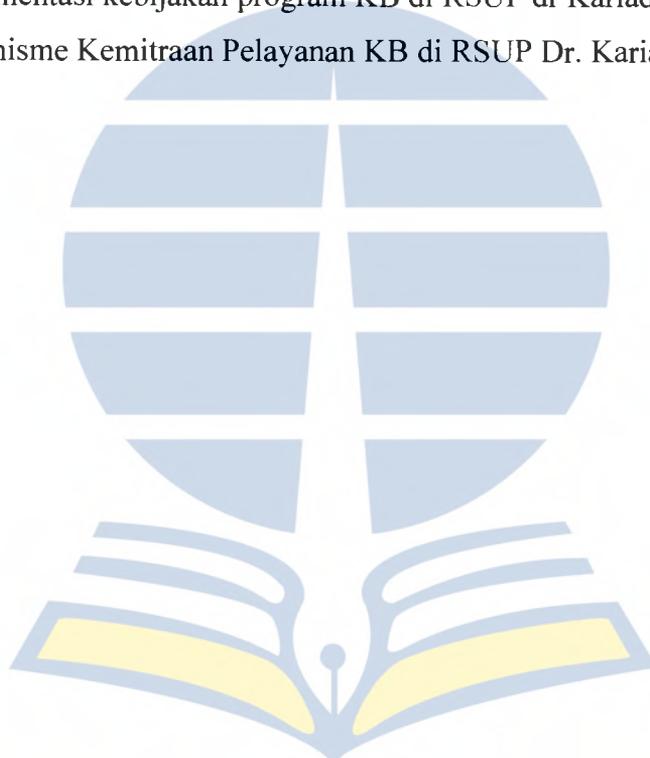
**DAFTAR GAMBAR**

		HAL
Gambar 1.1	Kesertaan KB MKJP dan NON MKJP dari tabel 2011 – 2015	09
Gambar 2.1	Kerangka Pemikiran	42
Gambar 4.1	Ruang Poliklinik Obstetri Ginekologi RSUP dr Kariadi	75
Gambar 4.2	Ruang Poliklinik Obstetri Ginekologi RSUP dr Kariadi	75
Gambar 4.3	Ruang Bersalin Obstetri Ginekologi RSUP dr. Kariadi	76
Gambar 4.4	Ruang Bersalin Obstetri Ginekologi RSUP dr. Kariadi	76
Gambar 4.5	Kunjungan di Poliklinik KB RSUP dr Kariadi di 2013 – 2015	81
Gambar 4.6	Tren pemakaian alat kontrasepsi pasca persalinan dengan semua metode kontrasepsi tahun 2011 – 2015	92



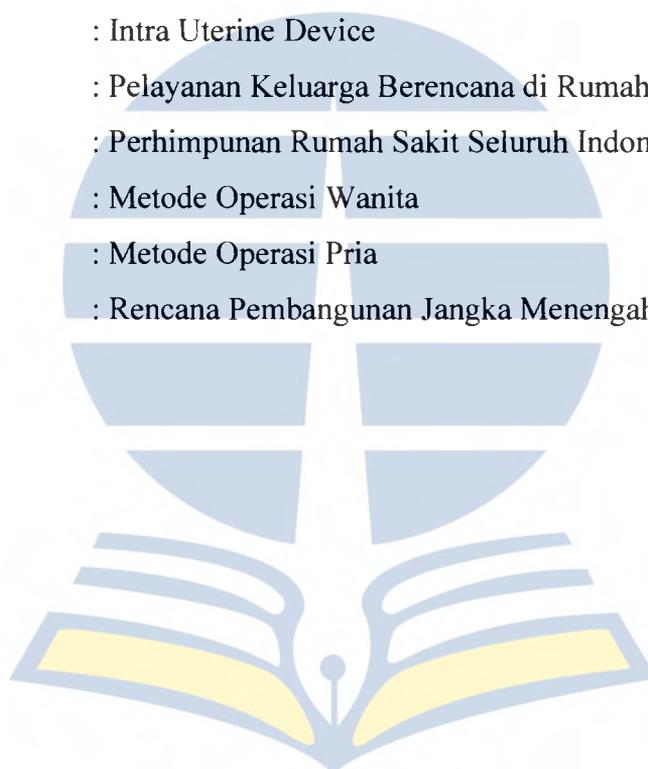
## DAFTAR TABEL

		HAL
Tabel 1.1	Iktisiar Research GAP penelitian Peran RS dalam meningkatkan Kualitas Pelayanan KB	13
Tabel 2.1	Penelitian Relevan	37
Tabel 3.1	Data Informan Penelitian	54
Tabel 3.2	Proses Pengembangan Metode Wawancara	55
Tabel 4.1	Tabel mekanisme dan elemen penting pada proses konseling pada pelayanan KB di RSUP dr Kariadi	93
Tabel 4.2	Pengaruh kebijakan terhadap mekanisme pelayanan KS bagi pasien di RSUP dr Kariadi	94
Tabel 4.3	Implementasi kebijakan program KB di RSUP dr Kariadi	101
Tabel 4.4	Mekanisme Kemitraan Pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi	115



**DAFTAR SINGKATAN**

BPS	: Badan Pusat Statistik
LPP	: Laju Pertumbuhan Penduduk
TFR	: Total Fertility Rate
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
ASFR	: The Age Spesific Fertility Rate
CPR	: Contraception Prevalence Rate
MKJP	: Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
BKKBN	: Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional
RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
MDGs	: Millenium Development Goals
IUD	: Intra Uterine Device
PKBRS	: Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit
PERSI	: Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
MOP	: Metode Operasi Wanita
MOP	: Metode Operasi Pria
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional



## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Permasalahan kependudukan yang sedang dialami Indonesia saat ini diantaranya terkait dengan jumlah penduduk yang padat disertai dengan tingkat pertumbuhan yang relatif tinggi serta persebaran penduduk yang tidak merata. Tingginya jumlah penduduk di Indonesia secara ekonomi merupakan sebuah potensi sumber daya dan pangsa pasar strategis. Namun hal tersebut juga dapat menjadi beban pembangunan jika tidak diarahkan pada peningkatan kualitas sumber daya manusia. Selain itu, banyaknya jumlah penduduk yang tidak disertai dengan ketersediaan lapangan pekerjaan dapat menimbulkan pengangguran, kriminalitas, yang bersinggungan pula dengan rusaknya moralitas masyarakat.

Perkembangan penduduk seharusnya diarahkan pada pengendalian kuantitas, pengembangan kualitas serta pengarahan mobilitas sehingga mempunyai ciri dan karakteristik yang menguntungkan bagi proses pembangunan. Pemerintah menawarkan serangkaian usaha untuk menekan laju pertumbuhan penduduk agar tidak terjadi ledakan penduduk yang lebih besar. Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah adalah dengan menggalakkan program KB (Keluarga Berencana). Hal ini berkaitan dengan pengembangan kualitas sumber daya manusia sehingga diperlukan perencanaan keluarga dimana pembangunan keluarga diupayakan menuju keluarga berkualitas, keluarga kecil bahagia sejahtera, yang kemudian dapat diwujudkan melalui program Keluarga Berencana.

menunjukkan bahwa 62% wanita kawin usia 15-49 tahun menggunakan alat cara KB, sebagian besar di antaranya menggunakan metode kontrasepsi modern (58%) dan 4% menggunakan metode kontrasepsi tradisional. Peningkatan sulit tercapai dikarenakan banyak yang mengalami ketidakberlangsungan (*Drop Out*), kegagalan dan efek samping dalam penggunaan kontrasepsi ditambah lagi dengan kurangnya penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang.

Keluarga Berencana merupakan suatu program pemerintah Indonesia yang bertujuan untuk mengendalikan jumlah penduduk dengan cara membatasi jumlah kelahiran guna menciptakan keluarga yang sehat dan sejahtera. Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) terus berupaya untuk dapat mengendalikan pertumbuhan jumlah penduduk melalui program keluarga berencana. Kebijakan dan strategi program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBP) ini juga terdapat dalam sembilan agenda prioritas pembangunan 2015-2019 (Nawacita) pada butir ke 5 yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.

Berkaitan dengan besarnya jumlah kelahiran per tahun maka diperlukan upaya untuk mengendalikan kelahiran yang ada di klinik dan rumah sakit melalui perencanaan keluarga dengan menggunakan kontrasepsi bagi wanita pasca melahirkan dan keguguran. Berdasarkan Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit, sebagai tingkat rujukan primer, sekunder dan tersier Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyediakan pelayanan Konseling KB (Komunikasi, Informasi dan Edukasi/ KIE) yang diarahkan pada terciptanya akseptor mantap (Metode Operasi Wanita/Metode Operasi Pria), penanganan efek samping dan

komplikasi serta kegagalan KB, penanganan rujukan KB yang meliputi pelimpahan kasus, peningkatan pengetahuan dan ketrampilan, penelitian dan pengembangan KB serta pembinaan medis pelayanan KB untuk fasilitas pelayanan dasar. (Kepmenkes: 2009)

Setiap kehamilan idealnya merupakan kehamilan yang direncanakan dan pelayanan kontrasepsi saat ini menjadi fokus pemerintah berkaitan dengan kekhawatiran adanya ledakan penduduk di masa depan. Pasangan Usia Subur merupakan target utama pelayanan kontrasepsi. Jumlah PUS yang ingin menunda kehamilan atau tidak ingin punya anak lagi namun tidak menggunakan kontrasepsi (*unmet need*) mencapai angka 13% menurut SDKI 2007 dan mengalami penurunan menjadi 11,5% pada SDKI tahun 2012. *Unmet Need* tersebut berdasarkan data SDKI 2007 disebabkan antara lain karena belum optimalnya konseling sebagai sarana komunikasi informasi dan edukasi pelayanan keluarga berencana (KB), ketakutan akan efek samping, serta *missed opportunities* pelayanan KB pada Pasca Persalinan atau Pasca Keguguran.

Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan dan pasca keguguran memberikan kontribusi yang sangat signifikan terhadap penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan pencapaian peserta KB Baru (PB) yang menjadi sasaran program KB. Menurut Ekoriano, dkk (2010), berdasarkan hasil pemantauan BKKBN terhadap pelayanan Keluarga Berencana (KB) Pasca persalinan dan pasca keguguran di 22 rumah sakit (14 provinsi) tahun 2008-2009, rata – rata yang ber-KB setelah bersalin dan keguguran hanya 5-10%. Dengan kondisi tersebut perlu dilakukan upaya terpadu untuk meningkatkan cakupan keluarga berencana pasca persalinan

dan pasca keguguran oleh para pengambil kebijakan, pengelola dan pelaksana program baik di tingkat Provinsi maupun tingkat kabupaten dan Kota.

Program KB tidak terbatas hanya membantu Pasangan Usia Subur untuk mampu mengatur jumlah anak yang ingin dimiliki, namun juga dapat digunakan untuk menjaga kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi kaum perempuan, mempertahankan kelestarian alam sekaligus meningkatkan kesejahteraan ekonomi keluarga dan masyarakat. Program KB juga merupakan indikator keberhasilan *Millenium Development Goals* (MDGs) 5b yaitu meningkatkan pemakaian kontrasepsi cara modern (CPR) menjadi 65 persen dan menurunkan *unmet need* hingga 5 persen pada tahun 2015. Melihat perkembangan hasil pembangunan di beberapa negara yang masih belum sesuai dengan target maka *Millenium Development Goals* (MDGs) diganti dengan nama SDGs (*Sustainable Development Goals*). Periode SDGs Tahun 2016-2030 merupakan program yang kegiatannya meneruskan agenda-agenda sekaligus menindaklanjuti program yang belum selesai.

Saat ini Indonesia berada pada periode Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 3 periode tahun 2015–2019 yaitu tercapainya kondisi penduduk tumbuh seimbang. Melihat kondisi tersebut maka perlu dilakukan upaya – upaya dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan KB khususnya MKJP di Rumah Sakit Pemerintah dan Puskesmas.

Dalam pelaksanaannya sampai dengan saat ini, program keluarga berencana harus dapat meningkatkan pencapaian kesertaan masyarakat dalam penggunaan metode kontrasepsi, khususnya Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP).

Peran rumah sakit baik pemerintah maupun swasta dalam memberikan pelayanan keluarga berencana juga sangat strategis untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk di Indonesia, hal ini juga turut andil dalam menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang masih tinggi.

Pada kenyataannya pelayanan KB di rumah sakit tidak mengalami peningkatan yang berarti dalam lima tahun terakhir. Hal ini didasarkan oleh hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 yang memperlihatkan hanya terjadi sedikit peningkatan pelayanan KB di Rumah Sakit, baik pemerintah maupun swasta, jika dibandingkan dengan hasil SDKI 2007, yaitu RS pemerintah sebesar 0,1% atau dari 4,3% menjadi 4,4%. Di rumah sakit swasta pun peningkatannya sama yaitu hanya 0,1 % atau dari 2,2 % menjadi 3,3%. Hasil survei tersebut juga menunjukkan pemakai kontrasepsi lebih banyak memanfaatkan jasa pelayanan sektor swasta daripada pemerintah (73 persen berbanding 23 persen). Pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta meningkat dari 69 persen pada SDKI menjadi 73 persen pada SDKI 2012. Dengan demikian, proporsi pemakai alat/cara KB yang memanfaatkan sumber pelayanan kesehatan pemerintah turun dari 26 % pada tahun 2007 dan diprediksi pada tahun 2012 akan menjadi 22 %. (Ekoriano, dkk, 2010).

Masih rendahnya minat peserta KB untuk menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) memerlukan usaha pemerintah untuk memperkuat peran konseling dalam meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai jenis kontrasepsi yang cocok pada masing – masing pasangan usia subur. Selain itu juga perlu adanya koordinasi dengan instansi terkait yang secara

langsung menangani calon akseptor, dalam hal ini rumah sakit agar bersama - sama meningkatkan pelayanan keluarga berencana.

Rumah sakit berperan dalam pelayanan semua jenis metode Keluarga Berencana, penanganan komplikasi, kegagalan dan efek samping Keluarga Berencana, penanganan kasus rujukan pelayanan Keluarga Berencana serta pembinaan pelayanan di tingkat Puskesmas dan bahwa pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit perlu dilaksanakan secara berkualitas dan berorientasi pada kesehatan serta keamanan pasien. Pelayanan keluarga berencana di rumah sakit sangat efektif bila dapat meminimalisir *miss opportunities* pasca persalinan dengan menggunakan Metode kontrasepsi jangka panjang. Pencegahan *zero miss opportunities* tersebut sangat efektif sebagai upaya rumah sakit untuk mendukung program keluarga berencana.

Dengan dasar pertimbangan tersebut maka pemerintah menetapkan kebijakan melalui Keputusan Menteri Kesehatan No: 590/Menkes/SK/VII/2009 tentang Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit, pedoman ini agar digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan keluarga berencana. Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan keputusan ini dilakukan oleh Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kabupaten/Kota dengan mengikutsertakan organisasi profesi sesuai tugas dan fungsinya masing – masing.

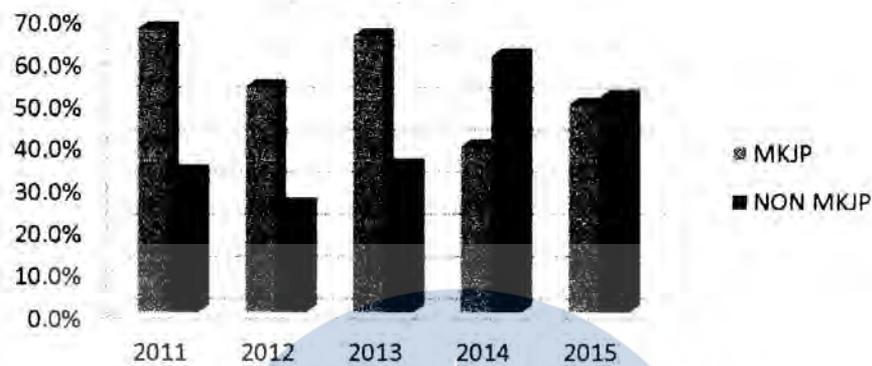
Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang adalah salah satu rumah sakit yang berperan serta aktif dalam mendukung program keluarga berencana,

salah satu inovasi yang pernah dilakukan adalah pemasangan IUD pasca persalinan, dalam rangka mendukung *zero miss opportunity* program keluarga berencana. Inovasi ini menjadikan proporsi pemasangan alat kontrasepsi sebanyak 90-95% pada ibu yang melahirkan di rumah sakit ini.

Pemasangan IUD pasca persalinan merupakan cara yang sangat efektif dalam menumbuhkan antusiasme pemasangan kontrasepsi bagi ibu pasca melahirkan dikarenakan keunggulan efisiensi waktu. Ketika ibu-ibu pasca persalinan pulang dari rumah sakit seharusnya sudah dapat dipastikan bahwa ibu tersebut telah menjadi akseptor KB, sehingga mereka tidak perlu lagi pergi ke tempat pelayanan kesehatan lainnya. Biasanya dalam pemasangan kontrasepsi, masih ada ibu yang tidak bersedia atau ragu dikarenakan cara pemasangan yang tidak nyaman atau beberapa alasan lainnya. Tetapi sesaat setelah melahirkan, keengganan tersebut akan hilang, karena pemasangan kontrasepsi pasca persalinan dapat langsung dilakukan setelah proses persalinan selesai.

Keberhasilan pencapaian pemasangan IUD pasca melahirkan di RSUP. Dr. Kariadi tersebut pada tahun 2015 mengalami penurunan dalam jumlah kesertaan KB pasca persalinan, demikian juga dengan terdapatnya penurunan peserta MKJP yang merupakan inovasi pelayanan KB Rumah Sakit bagi ibu pasca persalinan dan keguguran. Untuk tingkat kesertaan KB dengan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MOW/MOP, IUD dan Implan) telah mengalami penurunan selama jangka waktu dua tahun terakhir, yaitu pada tahun 2014 ke tahun 2015, dan pada tahun – tahun sebelumnya kesertaan KB masih didominasi oleh Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (IUD dan Implan). Adanya penurunan keikutsertaan

pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang tersebut menjadi bertolak belakang dengan adanya inovasi pemasangan KB pasca melahirkan dan keguguran yang dicanangkan oleh Rumah Sakit Dr. Kariadi melalui metode pemasangan kontrasepsi sesaat setelah persalinan, seperti yang ditunjukkan pada Gambar 1.1 berikut:



Gambar 1.1 Kesertaan KB MKJP dan Non MKJP dari Tahun 2011 - 2015  
(Sumber: Laporan Tahunan Sub Bagian Fertilitas Endokrinologi & Reproduksi Bagian Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi Semarang)

Dari latar belakang permasalahan tersebut, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana peran rumah sakit dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan serta pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang khususnya bagi pasien pasca persalinan, serta mengetahui efektifitas pelaksanaan pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit (PKBRS).

### 1. *Research Gap*

Penelitian mengenai upaya rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan KB sudah beberapa kali dilakukan. Penelitian Agarwal dan Gupta (2015) dan Mohammed *et al.* (2016) menyebutkan bahwa perlunya pihak rumah sakit memberikan penanaman konsep pemasangan kontrasepsi pasca melahirkan

sehingga rumah sakit harus melakukan konseling KB dalam masa antenatal (sebelum kelahiran) dan postnatal (setelah kelahiran) agar tidak berdampak pada terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan hilangnya kesempatan pasien *postpartum* untuk mengikuti KB. Penanaman konsep pemasangan IUD *post partum* tersebut lebih baik dimulai pada masa sebelum kelahiran (antenatal), hal ini akan mempengaruhi penyerapan dibandingkan dengan wanita yang dikonseling pada periode setelah melahirkan (*postnatal*).

Tindakan pemasangan IUD *post partum* yang cenderung diterima bila konselor KB atau petugas medis memberikan konseling pada periode antenatal tersebut memunculkan saran bahwa konseling untuk IUD *post partum* dimulai pada periode antenatal (sebelum kelahiran). Pada penjelasan diatas masih belum disebutkan mengenai model konseling dan inovasi dari rumah sakit yang diperlukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan KB pasca persalinan, padahal hal tersebut sangat signifikan dalam merumuskan strategi sebagai upaya implementasi KB pasca persalinan dan peningkatan kesertaan KB.

Ada beberapa elemen yang diperlukan dalam mendukung pelayanan KB di rumah sakit, pada penelitian yang telah dilakukan oleh Soelistiyowati (2011) dinyatakan bahwa dalam memberikan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui berbagai aspek kegiatan salah satunya dengan ketersediaan persetujuan tindakan medis (*informed concent*) dimana setiap tindakan medis yang mengandung resiko terlebih dahulu harus melalui persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan dalam keadaan sadar dan sehat. Berdasarkan hasil penelitian

tersebut *informed consent* merupakan suatu proses komunikasi antara dokter-pasien untuk menentukan upaya pelayanan medik yang dipandang terbaik dan bermutu.

Selain ketersediaan persetujuan tindakan medis, penelitian oleh Sileo dan Wanyenze (2015) menyebutkan bahwa terdapat faktor penentu lainnya mengenai keikutsetaan KB bagi calon akseptor yaitu tingkat pendidikan, bagaimana cara komunikasi dengan pasangan dan kesadaran pentingnya penggunaan alat kontrasepsi. Hal tersebut juga diperkuat oleh penelitian yang telah dilakukan oleh Yuliasri (2010) bahwasanya ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu tentang keluarga berencana terhadap pemilihan alat kontrasepsi, artinya pengetahuan ibu tentang KB berhubungan positif dan signifikan dengan pemilihan alat kontrasepsi setelah melahirkan. Sebagian besar dari mereka memilih metode kontrasepsi secara tepat sesuai dengan kondisi dan pengetahuan ibu.

Metode kontrasepsi yang selama ini diyakini paling efektif adalah alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau lebih dikenal sebagai IUD (*Intra Uterine Device*) dan implan yang merupakan alat kontrasepsi jangka panjang yang tingkat efektifitasnya lebih tinggi dibandingkan suntik, pil dan kondom. Untuk itu diperlukan strategi dan teknik dalam memberikan konseling kepada calon akseptor. Untuk penggunaan IUD dan implan secara berulang diperlukan teknik bongkar pasang apabila sudah mencapai masa efektifitasnya (IUD efektif selama 5 tahun, implan efektif selama 3 tahun).

Penelitian mengenai teknik bongkar pasang seperti IUD dan Implan yang dilakukan oleh Biggs dan Harper (2015), menyatakan ada sebagian penyedia layanan KB termasuk rumah sakit dan klinik yang belum mengadopsi metode pemasangan alat kontrasepsi bongkar pasang di hari yang sama karena beberapa alasan dan ini merupakan hambatan yang dialami pihak penyedia layanan KB. Alasan penundaan tersebut dikarenakan kebutuhan untuk skrining, menunggu hasil tes dan masalah penjadwalan klinik.

Dari beberapa elemen penting yang mempengaruhi keikutsertaan KB, para peneliti belum menyampaikan secara lengkap mengenai perlunya pihak rumah sakit memperhatikan dan mempersiapkan beberapa elemen penting yang secara komprehensif harus dimiliki oleh pihak rumah sakit dalam mendukung program pelayanan KB, artinya pihak rumah sakit harus secara aktif mengupayakan terwujudnya beberapa indikator pelayanan yang baik melalui satu pintu. Pada penelitian – penelitian tersebut juga belum disampaikan mengenai pentingnya peran tenaga medis dan konselor KB dalam mempengaruhi dan mengubah *mind set* dari calon peserta KB. Misalnya konselor KB harus memiliki *communication skill* yang ditunjang oleh beberapa kompetensi yang dimilikinya sehingga dalam memberikan konseling dapat mengubah *mind set* calon akseptor KB sekaligus membantu mereka dalam mengambil keputusan mengenai metode kontrasepsi yang tepat. Untuk lebih memperjelas *research gap* penelitian ini, dapat dilihat melalui Tabel 1.1 berikut ini:

Tabel 1.1 Ikhtisar Research Gap Penelitian Peran Rumah Sakit dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan KB

Permasalahan	Temuan	Peneliti	Research Gap
Upaya rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan program KB	Perlunya penanaman konsep pemasangan kontrasepsi pasca melahirkan sehingga rumah sakit harus melakukan konseling KB dalam masa antenatal (sebelum kelahiran) dan postnatal (setelah melahirkan) agar tidak berdampak pada terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan menghindari <i>miss opportunity</i> KB.	Agarwal dan Gupta (2015), Mohammed, <i>et al.</i> (2016),	Belum menyebutkan mengenai perlunya model yang tepat dalam pelayanan KB rumah sakit melalui satu pintu dan bagaimana upaya rumah sakit dalam mempertahankan inovasi kontrasepsi pasca persalinan.
Elemen penting yang menjadi acuan pelayanan KB di rumah sakit	Perlunya beberapa elemen yang mendukung pelayanan KB di rumah sakit seperti adanya persetujuan tindakan medis ( <i>informed consent</i> ), tingkat pengetahuan ibu tentang KB, kebijakan pemerintah yang mendukung KB, elemen tersebut disampaikan secara terpisah di masing – masing penelitian	Sileodan Wanyenze(2015), Soelistiyowati(2011), Yuliasri(2010), White(2015), Biggs <i>et al.</i> (2015)	Belum disebutkannya secara komprehensif beberapa indikator yang harus dimiliki dalam pelayanan KB, masing – masing elemen masih dijabarkan secara terpisah. Belum dinyatakan bahwa konselor kb yang memadai sangat berperan dalam mengubah <i>mind set</i> calon akseptor

## B. Perumusan Masalah

Sesuai dengan latar belakang yang telah diuraikan, penelitian ini akan mencoba menggali mengenai determinan kualitas pelayanan KB pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Keberhasilan Tim PKBRS dalam meningkatkan cakupan pemasangan IUD pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi sebagai upaya mengurangi *miss opportunities* KB telah mengalami kemunduran di tiga tahun terakhir, kemudian adanya penurunan pencapaian pemakaian alat kontrasepsi melalui Metode Kontrasepsi Jangka Panjang juga menimbulkan pertanyaan yang berkaitan dengan peran rumah sakit dalam mendukung program Keluarga Berencana, dan untuk menjawabnya, maka pertanyaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana mekanisme implementasi kebijakan pelaksanaan pelayanan KB pasca persalinan di RSUP. Dr. Kariadi?
2. Apa saja faktor determinan yang mempengaruhi keberhasilan peningkatan kualitas pelayanan kontrasepsi pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi?
3. Bagaimana upaya RSUP Dr. Kariadi dalam menghadapi hambatan dan menemukan solusi permasalahan pada pelaksanaan pelayanan KB pasca persalinan?
4. Bagaimana menemukan model yang cocok pada pelaksanaan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi sebagai acuan dalam upaya peningkatan kualitas dan peran rumah sakit terhadap program KB?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Menganalisis mekanisme implementasi kebijakan pelaksanaan pelayanan KB pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi.
2. Menganalisis faktor determinan yang mempengaruhi keberhasilan peningkatan kualitas pelayanan kontrasepsi pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi.
3. Menganalisis upaya RSUP Dr. Kariadi dalam menghadapi hambatan dan menemukan solusi permasalahan pada pelaksanaan pelayanan KB pasca persalinan.
4. Memformulasikan model yang cocok pada pelaksanaan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi sebagai acuan dalam upaya peningkatan kualitas dan peran rumah sakit terhadap program KB.

### **D. Kegunaan Penelitian**

Dalam penelitian ini diharapkan, peneliti dapat mengetahui lebih jelas dan terperinci mengenai mekanisme pelaksanaan pelayanan Keluarga Berencana di rumah sakit serta pengaruhnya terhadap peningkatan kesertaan KB pasca persalinan. Peneliti juga dapat mengetahui dengan jelas mengenai tingkat keberhasilan implementasi kebijakan Pelayanan KB Pasca Persalinan di rumah sakit dalam rangka peningkatan pemakaian alat kontrasepsi. Ketiga, memperoleh gambaran umum melalui hasil kajian dan analisis tentang kebijakan pelayanan KB di rumah sakit.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Landasan Teori

#### 1. Kebijakan Publik

Chandler dan Plano dalam Tangkilisan (2003) berpendapat bahwa : “kebijakan publik adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumberdaya – sumberdaya yang ada untuk memecahkan masalah – masalah publik atau pemerintah. Leslie A Pal dalam Widodo (2010) mengkategorikan definisi kebijakan publik menjadi dua macam yaitu definisi yang lebih menekankan pada maksud dan tujuan utama kebijakan dan definisi yang lebih menekankan pada dampak dari tindakan pemerintah. Thomas R. Dye dalam Subarsono (2009) mengatakan bahwa “*public policy is what ever government choose to do or not to do*”. Kebijakan publik merupakan apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Jadi bila ditinjau dari teori yang dikemukakan oleh Lislie A. Pal mengenai kebijakan publik yang merupakan pilihan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu, maka anjuran pemerintah untuk menggunakan alat kontrasepsi bagi pasangan usia subur adalah termasuk ke dalam kategori kebijakan pemerintah untuk melakukan sesuatu.

Program KB merupakan salah satu kebijakan publik yang dibuat oleh pemerintah untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu di masyarakat, diantaranya menekan laju pertumbuhan penduduk dengan membatasi jumlah kelahiran dan mewujudkan keluarga yang berkualitas. Melalui kebijakan Keluarga Berencana tersebut, masyarakat diharuskan untuk membatasi jumlah kelahiran dengan

anjuran pemerintah bahwa setiap keluarga hanya memiliki maksimal dua anak dan kebijakan ini diberlakukan kepada seluruh lapisan masyarakat. Karena mencakup masyarakat luas, maka kebijakan tersebut tentunya tidak mudah untuk diterima begitu saja oleh setiap warga masyarakat. Diperlukan upaya pemerintah untuk mengubah *mind set* masyarakat tentang pentingnya program Keluarga Berencana, sehingga masyarakat tidak hanya mendapat informasi yang lengkap mengenai program Keluarga Berencana melainkan juga beranggapan bahwa menjadi peserta KB merupakan suatu kebutuhan serta menyadari banyak sekali manfaat yang bisa diperoleh dari program ini.

## 2. Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi kebijakan bila dipandang dalam pengertian yang luas, merupakan alat administrasi hukum dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur dan teknik yang bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan (Winarno, 2005). Menurut Widodo (2010) pengertian implementasi adalah:

Implementasi merupakan suatu proses yang melibatkan sejumlah sumber yang termasuk manusia, dana, dan kemampuan organisasional yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta (individu atau kelompok). Proses tersebut dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya oleh pembuat kebijakan.

Sebuah implementasi kebijakan yang melibatkan banyak organisasi dan tingkatan birokrasi dapat dilihat dari beberapa sudut pandang. Menurut Wahab (1997) "Implementasi kebijakan dapat dilihat dari sudut pandang : (1) pembuat

kebijakan (2) pejabat – pejabat pelaksana di lapangan (3) sasaran kebijakan (*target group*). Perhatian utama pembuat kebijakan menurutnya adalah memfokuskan diri pada “sejauh mana kebijakan tersebut telah tercapai dan apa alasan yang menyebabkan keberhasilan atau kegagalan kebijakan tersebut”.

Pada implementasi program Keluarga Berencana di kota Semarang, dari sudut pandang *policy maker* yaitu para pejabat di lingkungan BKKBN, Pemerintah Kota Semarang khususnya Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang sebagai pembuat kebijakan (*public policy*), ditinjau dari implementator, mereka adalah penyuluh keluarga berencana dan petugas kesehatan dari instansi terkait, ditinjau dari *target groups*, kebijakan ini memang lebih ditekankan pada sasaran program KB yaitu pasangan usia subur yang ingin menunda kehamilan dan pasangan yang tidak menginginkan anak lagi, agar dapat menggunakan alat kontrasepsi untuk mengatur kehamilannya dan meningkatkan kualitas keluarga sejahtera.

Secara umum, hasil yang diperoleh dari program KB tersebut, baru akan bisa dirasakan di tahun – tahun mendatang, karena hal ini merupakan program investasi jangka panjang yaitu mencapai bonus demografi. Bonus demografi merupakan suatu fenomena dimana struktur penduduk sangat menguntungkan dari sisi pembangunan karena jumlah penduduk usia produktif sangat besar, sedang proporsi usia muda sudah semakin kecil dan proporsi usia lanjut belum banyak. Oleh karena itu, bonus demografi dapat menjadi anugerah bagi bangsa Indonesia, dengan syarat pemerintah harus menyiapkan generasi muda yang berkualitas. Sumber Daya Manusia yang berkualitas tersebut dapat ditunjang melalui

pendidikan, pelatihan, kesehatan, penyediaan lapangan kerja dan investasi. Dengan sasaran program KB yang begitu luas tentunya terdapat beberapa upaya dalam mengimplementasikan kebijakan tersebut.

Menurut Edward III yang dikutip oleh Winarno (2005), faktor - faktor yang mendukung implementasi kebijakan, yaitu : a) Komunikasi, b) Sumber daya, c) Disposisi, d) Struktur birokrasi.

### 1) **Komunikasi**

Menurut Agustino (2006); "Komunikasi merupakan salah-satu variabel penting yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik, komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik". Implementasi yang efektif akan terlaksana, jika para pembuat keputusan mengetahui mengenai apa yang akan mereka kerjakan. Informasi yang diketahui para pengambil keputusan hanya bisa didapat melalui komunikasi yang baik. Terdapat tiga indikator yang dapat digunakan dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi. Edward III dalam Agustino (2006) mengemukakan tiga variabel tersebut yaitu:

#### a. **Transmisi.**

Penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali terjadi masalah dalam penyaluran komunikasi yaitu adanya salah pengertian (*miss communication*) yang disebabkan banyaknya tingkatan birokrasi yang harus dilalui dalam proses komunikasi, sehingga apa yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan. Pada pelayanan KB di

Rumah Sakit telah dibentuk Tim PKBRS yang terdiri dari beberapa dokter dan petugas medis, tim ini yang nantinya akan menyalurkan informasi yang diterima ke pihak - pihak yang terkait dengan pelaksanaan pelayanan KB sehingga program ini akan berjalan efektif.

**b. Kejelasan.**

Komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan (*street-level-bureaucrats*) harus jelas dan tidak membingungkan atau tidak ambigu/mendua. Kejelasan mengenai tata kelola pelayanan KB di RS telah tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 590/Menkes/SK/VII/2009 tentang pedoman pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit yang digunakan sebagai acuan bagi rumah sakit dalam mengimplementasikan program yang ada.

**c. Konsistensi.**

Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi harus konsisten dan jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan. Dengan komunikasi yang jelas dan konsisten dari Tim Dokter PKBRS serta kejelasan panduan pelayanan KB maka akan berimplikasi pada peningkatan mutu pelayanan KB di Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil penelitian Edward III yang dirangkum dalam Winarno (2005) Terdapat beberapa hambatan umum yang biasa terjadi dalam transmisi komunikasi yaitu:

”Pertama, terdapat pertentangan antara pelaksana kebijakan dengan perintah yang dikeluarkan oleh pembuat kebijakan. Pertentangan seperti ini akan mengakibatkan distorsi dan hambatan yang langsung dalam komunikasi kebijakan. Kedua, informasi yang disampaikan melalui berlapis-lapis hierarki birokrasi. Distorsi komunikasi dapat terjadi karena panjangnya rantai informasi yang dapat mengakibatkan bias informasi. Ketiga, masalah penangkapan informasi juga diakibatkan oleh persepsi dan ketidakmampuan para pelaksana dalam memahami persyaratan-persyaratan suatu kebijakan”.

Menurut Winarno (2005) faktor-faktor yang mendorong ketidakjelasan informasi dalam implementasi kebijakan publik biasanya karena kompleksitas kebijakan, kurangnya konsensus mengenai tujuan-tujuan kebijakan publik, adanya masalah-masalah dalam memulai kebijakan yang baru serta adanya kecenderungan menghindari pertanggungjawaban kebijakan.

Pertanyaan berikutnya, bagaimana menjabarkan distorsi atau hambatan komunikasi. Proses implementasi kebijakan terdiri dari berbagai aktor yang terlibat mulai dari manajemen puncak sampai pada birokrasi tingkat bawah. Komunikasi yang efektif menuntut proses pengorganisasian komunikasi yang jelas ke semua tahap tadi. Jika terdapat pertentangan dari pelaksana, maka kebijakan tersebut akan diabaikan dan terdistorsi. Untuk itu, Winarno (2005) menyimpulkan ”semakin banyak lapisan atau aktor pelaksana yang terlibat dalam implementasi kebijakan, semakin besar kemungkinan hambatan dan distorsi yang dihadapi”.

Dalam mengelola komunikasi yang baik perlu dibangun dan dikembangkan saluran-saluran komunikasi yang efektif. Semakin baik pengembangan saluran-saluran komunikasi yang dibangun, maka semakin tinggi probabilitas perintah-perintah tersebut diteruskan secara benar. Saat ini teknologi telah membuat

saluran komunikasi menjadi lebih efektif dengan memanfaatkan sosial media akan memberikan kemudahan bagi para pimpinan atau Dokter untuk menyampaikan pesan atau perintah kepada pelaksana kebijakan atau tenaga medis yang ada di Rumah Sakit. Hal ini juga untuk mengantisipasi ditemukannya hambatan komunikasi dimana terdapat disiplin rendah dan pemahaman tugas serta tanggung jawab yang kurang dari petugas pelaksana kebijakan.

Faktor komunikasi sangat berpengaruh terhadap penerimaan kebijakan oleh kelompok sasaran, sehingga kualitas komunikasi akan mempengaruhi dalam pencapaian efektifitas implementasi kebijakan publik. Dengan demikian, penyebaran isi kebijakan melalui proses komunikasi yang baik akan berpengaruh terhadap implementasi kebijakan. Dalam hal ini, media komunikasi yang digunakan untuk menyebarluaskan isi kebijakan kepada kelompok sasaran akan sangat berperan, seperti dalam hal proses konseling terhadap calon akseptor yang merupakan *target group* dalam implementasi kebijakan ini.

## 2) Sumber Daya

Salah satu persyaratan berjalannya suatu organisasi adalah kepemilikan terhadap sumberdaya (*resources*). Edwards III (1980) mengategorikan sumber daya organisasi terdiri dari : "*Staff, information, authority, facilities; building, equipment, land and supplies*". Edward III mengemukakan bahwa sumberdaya tersebut dapat diukur dari aspek kecukupannya yang didalamnya tersirat kesesuaian dan kejelasan;

*“Insufficient resources will mean that laws will not be enforced, services will not be provided and reasonable regulation will not be developed”.*

Sumber daya diposisikan sebagai *input* dalam organisasi sebagai suatu sistem yang mempunyai implikasi yang bersifat ekonomis dan teknologis. Secara ekonomis, sumber daya bertalian dengan biaya atau pengorbanan langsung yang dikeluarkan oleh organisasi yang merefleksikan nilai atau kegunaan potensial dalam transformasinya ke dalam *output*. Sedang secara teknologis, sumberdaya bertalian dengan kemampuan transformasi dari organisasi.

Menurut Edward III dalam Widodo (2010), sumberdaya merupakan hal penting dalam implementasi kebijakan yang baik. Indikator-indikator yang digunakan untuk melihat sejauhmana sumberdaya mempengaruhi implementasi kebijakan terdiri dari:

**a. Sumber Daya Manusia (*Staff*)**

Implementasi kebijakan tidak akan berhasil tanpa adanya dukungan dari sumber daya manusia yang cukup kualitas dan kuantitasnya. Kualitas sumber daya manusia berkaitan dengan ketrampilan, dedikasi, profesionalitas, dan kompetensi di bidangnya, sedangkan kuantitas berkaitan dengan jumlah sumber daya manusia apakah sudah cukup untuk melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya manusia sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi, sebab tanpa sumber daya manusia yang handal, implementasi kebijakan akan berjalan lambat.

**b. Anggaran (*Budgetary*)**

Dalam implementasi kebijakan, anggaran berkaitan dengan kecukupan modal atau investasi atas suatu program atau kebijakan untuk menjamin terlaksananya kebijakan, sebab tanpa dukungan anggaran yang memadai, kebijakan tidak akan berjalan dengan efektif dalam mencapai tujuan dan sasaran.

**c. Fasilitas (*facility*)**

Fasilitas atau sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan. Pengadaan fasilitas yang layak, seperti gedung, tanah dan peralatan perkantoran akan menunjang dalam keberhasilan implementasi suatu program atau kebijakan.

**d. Informasi dan Kewenangan (*Information and Authority*)**

Informasi juga menjadi faktor penting dalam implementasi kebijakan, terutama informasi yang relevan dan cukup terkait bagaimana mengimplementasikan suatu kebijakan. Sementara wewenang berperan penting terutama untuk meyakinkan dan menjamin bahwa kebijakan yang dilaksanakan sesuai dengan yang dikehendaki.

Pada pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit, sumber daya yang mendukung meliputi tenaga medis yang berkompeten dan tim pelayanan kontrasepsi yang *concern* terhadap program Keluarga Berencana. Mereka adalah para dokter, tenaga medis, bidan maupun perawat, dilengkapi dengan fasilitas – fasilitas penunjang yang disediakan oleh Rumah Sakit (*Gynecology Bed*,

kontrasepsi dan obat – obatan) dan sarana KIE seperti Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) dan lembar balik.

### 3) Disposisi atau Kecenderungan

Menurut Edward III dalam Winarno (2005) mengemukakan "kecenderungan-kecenderungan atau disposisi merupakan salah-satu faktor yang mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif". Jika para pelaksana mempunyai kecenderungan atau sikap positif atau adanya dukungan terhadap implementasi kebijakan maka terdapat kemungkinan yang besar implementasi kebijakan akan terlaksana sesuai dengan keputusan awal. Demikian sebaliknya, jika para pelaksana bersikap negatif atau menolak terhadap implementasi kebijakan karena konflik kepentingan maka implementasi kebijakan akan menghadapi kendala yang serius.

Bentuk penolakan dapat bermacam-macam seperti yang dikemukakan Edward III tentang "zona ketidakacuhan" dimana para pelaksana kebijakan melalui keleluasaannya (diskresi) dengan cara yang halus menghambat implementasi kebijakan dengan cara mengacuhkan, menunda dan tindakan penghambatan lainnya. Menurut pendapat Van Metter dan Van Horn dalam Agustinus (2006) :

"Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *top down* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan".

Faktor-faktor yang menjadi perhatian Edward III dalam Agustinus (2006) mengenai disposisi dalam implementasi kebijakan terdiri dari:

a. **Pengangkatan Birokrasi**

Disposisi atau sikap pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personel yang ada tidak melaksanakan kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat yang lebih atas. Karena itu, pengangkatan dan pemilihan personel pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga masyarakat. Pada implementasi pelayanan KB, penentuan personil tim dokter, bidan dan tenaga medis yang berkompeten dan mampu melaksanakan tugas dengan baik dan bertanggung jawab sangat menentukan keberhasilan pelayanan KB di rumah sakit. Mereka yang berdedikasi tinggi dan *concern* terhadap peningkatan pemakaian alat kontrasepsi di rumah sakit tentunya akan memanfaatkan kegiatan konseling seoptimal mungkin agar dapat mengubah *mind set* para calon akseptor untuk memutuskan menggunakan kontrasepsi. Mereka inilah yang nantinya akan meningkatkan kualitas pelayanan dan peran rumah sakit terhadap program Keluarga Berencana.

b. **Insentif**

Merupakan salah-satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah sikap para pelaksana kebijakan dengan memanipulasi insentif. Pada dasarnya orang bergerak berdasarkan kepentingan dirinya 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 menjalankan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi atau organisasi.

Kecenderungan dari para pelaksana mempunyai konsekuensi - konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif. Jika para pelaksana bersikap baik terhadap suatu kebijakan tertentu yang dalam hal ini berarti adanya dukungan, kemungkinan besar mereka melaksanakan kebijakan sebagaimana yang diinginkan oleh para pembuat keputusan awal.

Para pelaksana kebijakan pelayanan KB di rumah sakit yang melaksanakan tugasnya dengan baik tentunya tidak hanya mendukung melainkan kedepannya mampu meningkatkan kualitas dari pelayanan KB itu sendiri. Dengan dibekali kompetensi mengenai keahliannya dan ditunjang dengan perilaku dan sikap melayani yang tulus, nantinya akan terbangun citra yang baik bagi masyarakat serta menimbulkan kepercayaan sehingga masyarakat tidak akan sungkan untuk datang lagi ataupun merekomendasikan rumah sakit tersebut sebagai pemberi pelayanan terbaik khususnya di bidang pelayanan Keluarga Berencana.

#### **4) Struktur birokrasi.**

Birokrasi merupakan salah satu institusi yang secara keseluruhan menjadi pelaksana kegiatan. Memahami struktur birokrasi merupakan faktor yang fundamental untuk mengkaji implementasi kebijakan publik. Menurut Edwards III dalam Winarno (2005) terdapat dua karakteristik utama dari birokrasi yakni:

"*Standard Operational Procedure (SOP) dan fragmentasi*". *Standard Operational Procedure (SOP)* merupakan perkembangan dari tuntutan internal akan kepastian waktu, sumber daya serta kebutuhan penyeragaman dalam organisasi kerja yang kompleks dan luas". (Winarno, 2005).

Ukuran dasar SOP atau prosedur kerja ini biasa digunakan untuk menanggulangi keadaan-keadaan umum diberbagai sektor publik dan swasta. Dengan menggunakan SOP, para pelaksana dapat mengoptimalkan waktu yang tersedia dan dapat berfungsi untuk menyeragamkan tindakan-tindakan pejabat dalam organisasi yang kompleks dan tersebar luas, sehingga dapat menimbulkan fleksibilitas yang besar dan kesamaan yang besar dalam penerapan peraturan. Pada implementasi kebijakan pelayanan KB, rumah sakit telah memiliki *Standard Operating Procedure* baik untuk tindakan medis maupun tindakan konseling.

Sifat kedua dari struktur birokrasi yang berpengaruh dalam pelaksanaan kebijakan adalah fragmentasi. Edward III dalam Winarno (2005) menjelaskan bahwa "fragmentasi merupakan penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi". Pada umumnya, semakin besar koordinasi yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan, semakin berkurang kemungkinan keberhasilan program atau kebijakan.

Fragmentasi mengakibatkan pandangan-pandangan yang sempit dari banyak lembaga birokrasi. Hal ini akan menimbulkan konsekuensi pokok yang merugikan bagi keberhasilan implementasi kebijakan. Berikut hambatan-hambatan yang terjadi dalam fragmentasi birokrasi berhubungan dengan implementasi kebijakan publik. (Winarno, 2005)

Keberhasilan implementasi kebijakan publik memerlukan pendekatan *top-down* dan *bottom-up* sekaligus. Pendekatan *top-down* terutama berfokus pada ketersediaan unit pelaksana (birokrasi); standar pelaksanaan; kewenangan; koordinasi; dan lain-lain. Pendekatan *bottom-up* menekankan pada strategi-strategi yang digunakan oleh pelaksana saat menentukan tujuan-tujuan yang hendak dicapai oleh suatu kebijakan publik sebagai dasar untuk memahami kebijakan publik itu secara keseluruhan.

Keberhasilan implementasi kebijakan publik sangat tergantung pada keberhasilan mengidentifikasi jejaring kerjasama antar aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan publik itu, karena pada akhirnya aktor itulah yang akan melaksanakan apapun kebijakan publik yang dibuat. Karena itu, sejak tahapan formulasi kebijakan publik sudah harus diketahui secara pasti siapa yang berkepentingan; bagaimana interaksi antar aktor terbentuk; serta strategi yang digunakan untuk mencapai kepentingan itu.

Menurut Mazmanian dan Sabatier (1983), ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yakni: (1) karakteristik dari masalah (*tractability of the problems*); (2) karakteristik kebijakan/undang-undang (*ability of statute to structure implementation*); (3) variabel lingkungan (*nonstatutory variables affecting implementations*).

### 3. Pelayanan Publik

Undang - Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik mendefinisikan pelayanan publik sebagai kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam

rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Lewis dan Gilman (2005) mendefinisikan pelayanan adalah kepercayaan publik. Warga negara berharap pelayanan publik dapat melayani dengan kejujuran dan pengelolaan sumber penghasilan secara tepat, dan dapat dipertanggungjawabkan kepada publik. Pelayanan publik yang adil dan dapat dipertanggung-jawabkan menghasilkan kepercayaan publik. Dibutuhkan etika pelayanan publik sebagai pilar dan kepercayaan publik sebagai dasar untuk mewujudkan pemerintah yang baik.

Pemberian pelayanan alat kontrasepsi dapat dikategorikan sebagai pelayanan publik, dikarenakan program ini merupakan upaya pemerintah untuk mengendalikan jumlah penduduk dan meningkatkan kualitas kesejahteraan masyarakat melalui program keluarga berencana. Penggunaan istilah pelayanan publik (*public service*) di Indonesia dianggap memiliki kesamaan arti dengan istilah pelayanan umum atau pelayanan masyarakat.

Secara umum, pelayanan dapat berbentuk barang yang nyata (*tangible*), barang tidak nyata (*intangible*), dan juga dapat berupa jasa. Layanan barang tidak nyata dan jasa adalah jenis layanan yang identik. Jenis-jenis pelayanan ini memiliki perbedaan mendasar, misalnya bahwa pelayanan barang sangat mudah diamati dan dinilai kualitasnya, sedangkan pelayanan jasa relatif lebih sulit untuk dinilai. Walaupun demikian dalam prakteknya keduanya sulit untuk dipisahkan.

Program Keluarga Berencana merupakan salah satu pelayanan publik karena merupakan jenis pelayanan pemerintah yang diberikan kepada publik atau masyarakat. Dan pelayanan ini dapat dikategorikan ke dalam pemberian pelayanan barang dan jasa. Pelayanan dimulai dari kunjungan rumah, pemberian konseling, pelayanan pemasangan kontrasepsi dan memantau akseptor yang telah terlayani sekaligus pemberian obat – obatan.

Dari berbagai jenis pengelolaan pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah tersebut, umumnya akan timbul beberapa persoalan dalam hal penyediaan pelayanan publik. Lembaga Administrasi Negara (LAN, 2003) mengidentifikasi persoalan-persoalan sebagai berikut:

1. Kelemahan yang berasal dari sulitnya menentukan atau mengukur output maupun kualitas dari pelayanan yang diberikan oleh pemerintah.
2. Pelayanan yang diberikan pemerintah memiliki ketidakpastian tinggi dalam hal teknologi produksi sehingga hubungan antara output dan input tidak dapat ditentukan dengan jelas.
3. Pelayanan pemerintah tidak mengenal "*bottom line*" artinya seburuk apapun kinerjanya, pelayanan pemerintah tidak mengenal istilah bangkrut.
4. Berbeda dengan mekanisme pasar yang memiliki kelemahan dalam memecahkan masalah *eksternalities*, organisasi pelayanan pemerintah menghadapi masalah berupa *internalities*. Artinya, organisasi pemerintah sangat sulit mencegah pengaruh nilai-nilai dan kepentingan para birokrat dari kepentingan umum masyarakat yang seharusnya dilayaninya.

Beberapa persoalan pelayanan publik tersebut berdampak terhadap kurang optimalnya pelayanan pemerintah saat ini. Pemerintah seharusnya menyesuaikan dengan paradigma baru dalam ilmu administrasi publik dimana pelayanan publik berkaitan dengan penggunaan pola hubungan antara negara dengan masyarakat, yang lebih menekankan kepada kepentingan masyarakat. Negara dituntut untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan lebih baik dan lebih demokratis.

Pemahaman yang senada diberikan oleh Denhardt bahwa paradigma baru pelayanan publik (*New Public Services Paradigm*) lebih diarahkan pada "*democracy, pride and citizen*". Lebih lanjut dikatakan bahwa "*Public servants do not deliver customer service, they deliver democracy*". Gagasan Denhardt & Denhardt tentang Pelayanan Publik Baru (PPB) menegaskan bahwa pemerintah seharusnya tidak dijalankan seperti layaknya sebuah perusahaan tetapi melayani masyarakat secara demokratis, adil, merata, tidak diskriminatif, jujur dan akuntabel.

Oleh karenanya pegawai pemerintah atau aparat birokrat harus senantiasa melakukan rekonstruksi dan membangun jejaring yang erat dengan masyarakat atau warganya. Organisasi diharapkan memiliki inovasi di era yang tidak pernah berhenti melakukan perubahan, mewujudkan bahwa perangkat dan teknik yang mereka kerjakan bermakna dalam memiliki batas akhir. Mewujudkan standar pelayanan publik yang partisipatif, kesamaan hak, keterbukaan dan akuntabel sebagaimana dijelaskan dalam Undang – Undang No. 25 tahun 2009, memerlukan pernyataan kedua pihak baik lembaga pemerintah maupun warga negara. Hal ini

dimaksudkan bahwa untuk dapat melaksanakan standar pelayanan publik tersebut para *provider* dan pengguna layanan, harus membuat kesepakatan secara demokratis atau dengan sistem (*citizen charter*), yang berorientasi visi dan misi pelayanan, standar yang diberlakukan (mulai dari jadwal, lamanya pelayanan, ruang pelayanan, alur pelayanan, hak dan kewajiban penyedia layanan dan pengguna layanan, sanksi – sanksi bagi penyedia layanan dan pengguna layanan, serta saran, kritik, dan metode keluhan yang disampaikan pengguna layanan kepada penyedia layanan.

Denhardt dan Denhardt (2003), menyatakan prinsip - prinsip paradigma *New Public Service* dalam administrasi publik, yaitu para birokrat/administrator harus:

1. Melayani dari pada mengendalikan (*service rather than steer*);
2. Mengutamakan kepentingan publik (*seek the public interest*);
3. Lebih menghargai warga Negara dari pada kewirausahaan (*value citizenship over entrepreneurship*);
4. Berpikir strategis, dan bertindak demokratis (*think strategically, act democratically*);
5. Melayani warga masyarakat, bukan pelanggan (*serve citizen not customer*);
6. Menyadari akuntabilitas bukan merupakan hal mudah (*recognize that accountability is not simple*);
7. Menghargai orang, bukan hanya produktivitas (*value people, not just productivity*).

Dalam upaya mencapai kualitas pelayanan yang baik, diperlukan penyusunan standar pelayanan publik yang dapat menjadi tolok ukur pelayanan yang berkualitas. Adapun yang dimaksud dengan standar pelayanan (LAN, 2003) adalah suatu tolok ukur yang dipergunakan untuk acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai komitmen atau janji dari pihak penyedia pelayanan kepada pelanggan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan berkualitas adalah pelayanan yang cepat, menyenangkan, tidak mengandung kesalahan, serta mengikuti proses dan prosedur yang telah ditetapkan terlebih dahulu. Jadi pelayanan yang berkualitas tidak hanya ditentukan oleh pihak yang melayani, tetapi juga pihak yang ingin dipuaskan ataupun dipenuhi kebutuhannya. Manfaat yang dapat diperoleh dengan adanya standar pelayanan (LAN, 2003) antara lain adalah:

1. Memberikan jaminan kepada masyarakat bahwa mereka mendapat pelayanan dalam kualitas yang dapat dipertanggungjawabkan
2. Melakukan perbaikan kinerja pelayanan publik.
3. Meningkatkan mutu pelayanan.

Dalam konteks reformasi pelayanan publik, salah satu upaya yang dilakukan adalah mengenalkan konsep Maklumat Pelayanan (*Citizen's Charter*). Tuntutan yang ada yakni pemerintah harus mampu memberikan pelayanan yang lebih baik dengan ongkos (*cost*) yang lebih minim. Pilihannya jelas, yakni pemerintah harus meningkatkan produktivitas dan kualitas pelayanan atau mengurangi beban layanan yang diberikan.

Menurut McGuire (2001), Maklumat Pelayanan merupakan suatu strategi penjamin kualitas yang mana sasaran eksplisitnya adalah untuk memperbaiki responsivitas penyedia pelayanan publik kepada para pengguna atau klien-nya. Hal ini karena Maklumat Pelayanan memandang pengguna layanan sebagai klien dan berfokus pada kepuasan pelanggan.

Dalam implementasinya Maklumat Pelayanan memungkinkan terjadinya proses pemberdayaan, baik itu warga negara maupun pegawai publik dalam memberikan pelayanan. Ide dasar dari Maklumat Pelayanan adalah bahwa pelanggan diinformasikan terlebih dahulu tentang pelayanan yang diharapkan, dibutuhkan, dan dituntut oleh otoritas publik. Ada dua pendekatan menyangkut maklumat pelayanan. Pertama adalah membuat para penyedia (*provider*) menjadi lebih responsif kepada konsumen serta lebih akuntabel kepada pemerintah dan masyarakat melalui proses monitoring kinerja. Pendekatan kedua adalah membuat para penyedia layanan menjadi lebih responsif kepada konsumen dengan menciptakan kompetisi diantara sesama penyedia pelayanan publik.

Program Maklumat Pelayanan menggabungkan beberapa inisiatif seperti menetapkan standar pelayanan, mekanisme konsultasi, penyediaan informasi kepada warga negara dan klien, mekanisme pengaduan (*complaint*) dan *quality award*. Maklumat Pelayanan bertujuan untuk memberikan kepuasan bagi warga negara (*citizens*) melalui perbaikan kualitas pelayanan publik.

Menurut Parasuraman, Zeithaml, dan Berry dalam Tjiptono (1998) ada beberapa kriteria yang menjadi dasar penilaian konsumen terhadap pelayanan yaitu:

1. *Tangible*, atau bukti fisik yaitu kemampuan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Yang dimaksudkan bahwa penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik dan keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dan pelayanan yang diberikan.
2. *Reliability*, atau kehandalan yaitu kemampuan dalam memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya.
3. *Responsiveness*, atau tanggapan yaitu suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada masyarakat dengan menyampaikan informasi yang jelas.
4. *Assurance*, atau jaminan dan kepastian yaitu pengetahuan, kesopansantunan, dan kemampuan para pegawai untuk menumbuhkan rasa percaya terhadap pelanggan. Terdiri dari beberapa komponen di antaranya adalah komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi dan sopan santun.
5. *Empathy*, yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada pelanggan dengan berupaya memahami keinginan pelanggan.

Adapun sama halnya seperti yang dikemukakan Zeithaml., Valiare A., dan Bitner (1996) terdapat 14 unsur yang relevan, valid dan reliabel berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/25/M.PAN/2004, terhadap pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah sebagai berikut, yaitu: Prosedur pelayanan, Persyaratan pelayanan,

Kejelasan petugas pelayanan, Kedisiplinan petugas pelayanan, Tanggungjawab petugas pelayanan, Kemampuan petugas pelayanan, Kecepatan pelayanan, Keadilan mendapatkan pelayanan, Kesopanan dan keramahan petugas, Kewajaran biaya pelayanan, Kepastian biaya pelayanan, Kepastian jadwal pelayanan, Kenyamanan lingkungan, dan Keamanan pelayanan.

## B. Penelitian Relevan

Tabel. 2.1 Penelitian Relevan

No	Penelitian	
1	Peneliti (tahun)	Soelistiyowati (2011)
	Judul	Penerapan hukum <i>informed consent</i> terhadap pelayanan Keluarga berencana di RS. Tugurejo Semarang
	Variabel yang diteliti	<i>Informed concent</i> , penerapan keluarga berencana
	Kesimpulan penelitian	Ditemukan bahwadalam memberikan pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi dapat dilakukan dengan berbagai aspek kegiatan yang diantaranya adanya persetujuan tindakan medis ( <i>informed concent</i> ). Berdasarkan hasil penelitian tersebut <i>informed concent</i> merupakan suatu proses komunikasi antara dokter-pasien untuk menentukan upaya pelayanan medik yang dipandang terbaik dan bermutu. Pelaksanaan <i>informed concent</i> yang dilakukan di RSUD Tugurejo telah dilaksanakan sesuai prosedur yang ditetapkan dalam protap penanganan pasien yang terinci dan tegas serta secara umum pelaksanaannya tidak mengalami kendala dari sisi manajemen maupun peralatan medis serta sumber daya manusianya. Adapun yang menjadi kendala adalah terletak pada pemahaman pasien.
2	Peneliti (tahun)	Yuliasri (2010)
	Judul	Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Keluarga Berencana Dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi Setelah

		Melahirkan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul
	Variabel yang diteliti	Tingkat pengetahuan ibu dan pemilihan alat kontrasepsi
	Kesimpulan penelitian	Tujuan Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang keluarga berencana dengan pemilihan alat kontrasepsi setelah melahirkan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul. Dari penelitian ini disimpulkan bahwa pengetahuan ibu tentang keluarga berencana berhubungan positif dan signifikan dengan pemilihan alat kontrasepsi setelah melahirkan. Responden yang memilih menggunakan metode kontrasepsi sebanyak 92,1% dan lebih dari separuhnya memilih dengan tepat sesuai dengan kondisi dan kebutuhan ibu. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah ada hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang keluarga berencana dengan pemilihan alat kontrasepsi setelah melahirkan.
3	Peneliti (tahun)	Agarwal dan Gupta (2015)
	Jurnal	International Journal Reproduction Contraceptive Obstetri Gynecology : 2015. 4(4) 1137 – 1141.
	Judul	Konseling antenatal sebagai alat untuk meningkatkan akseptabilitas pemasangan alat kontrasepsi pasca melahirkan di rumah sakit tersier
	Variabel yang diteliti	Pemasangan alat kontrasepsi Konseling periode antenatal dan postnatal
	Kesimpulan penelitian	Dinyatakan bahwa pemasangan alat kontrasepsi IUD sesaat setelah melahirkan (IUD postpartum) kepada perempuan di Uttar Pradesh dinyatakan cukup rendah. Dalam menanamkan konsep pemasangan IUD post partum ini lebih baik dimulai pada masa sebelum kelahiran, studi ini dirancang untuk menentukan apakah penyediaan ahli konseling kontrasepsi selama masa sebelum kelahiran (antenatal) akan mempengaruhi penyerapan dibandingkan dengan wanita yang dikonseling pada periode setelah melahirkan post partum.
4	Peneliti (tahun)	Sileo dan Wanyenze (2015)

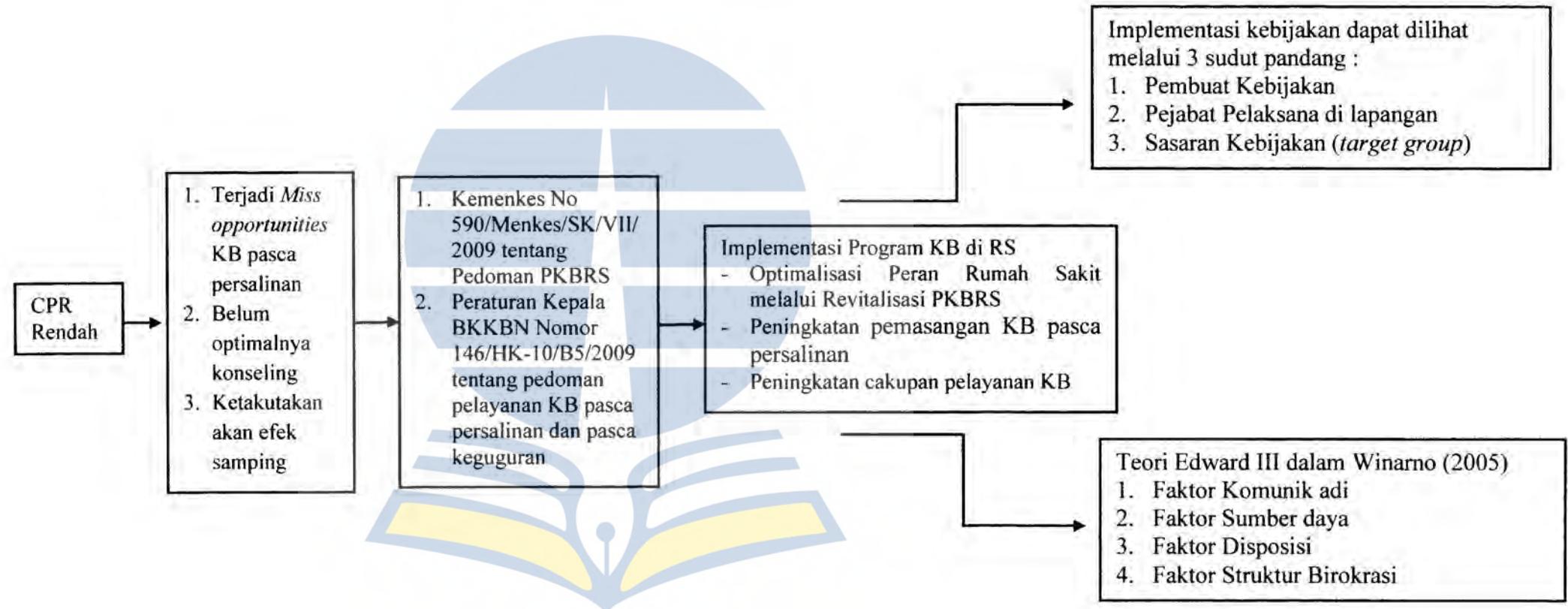
	Jurnal	International Journal Of Public Health, December 2015, volume 60, Issues 8, pp 987-997
	Judul	Determinant of family planning service uptake and use on contraceptives among postpartum women in rural Uganda
	Variabel yang diteliti	Faktor penentu keikutsertaan KB : Pendidikan, Komunikasi dengan pasangan dan Kesadaran pentingnya penggunaan alat kontrasepsi.
	Kesimpulan penelitian	Penelitian tersebut menyatakan bahwa secara global salah satu kebutuhan tertinggi yang belum terpenuhi di Uganda adalah keluarga berencana, yang dikaitkan dengan hasil kesehatan perempuan Uganda yang cenderung negatif dan adanya tingkat populasi yang berimplikasi terhadap kesehatan masyarakat. Penelitian cross-sectional ini mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga keluarga dalam penyerapan pelayanan Keluarga Berencana dan penggunaan kontrasepsi di kalangan perempuan pasca melahirkan di pedesaan Uganda. Kesimpulannya adalah pendidikan, komunikasi dengan pasangan, dan kesadaran tentang pentingnya kebutuhan keluarga berencana merupakan penentu utama bagi keluarga postpartum dalam menerima perencanaan keluarga dan penggunaan kontrasepsi, dan harus dipertimbangkan juga perlunya konseling keluarga berencana dalam masa antenatal dan postnatal.
5	Peneliti (tahun)	White (2015)
	Jurnal	American Journal of public health, Volume 105, Issue 5 (May 2015) pp 851-858
	Judul	The impact of Reproductive Health legislation on family Planning Clinic services in Texas
	Variabel yang diteliti	Undang – undang yang membatasi layanan KB
	Kesimpulan penelitian	Meneliti mengenai dampak dari undang-undang di Texas yang secara dramatis memotong dan membatasi partisipasi dalam program keluarga berencana pada tahun 2011, menggunakan survei dan wawancara dengan para pemimpin di organisasi yang menerima dana keluarga berencana. Secara keseluruhan, 25% dari klinik keluarga berencana di Texas ditutup. Pada tahun 2011, 71% dari organisasi secara luas ditawarkan long-acting

		<p>kontrasepsi reversibel; pada 2012-2013, hanya 46% yang melakukannya. Organisasi disajikan 54% lebih sedikit klien daripada yang mereka miliki pada periode sebelumnya. Penyedia keluarga berencana khusus, yang merupakan target dari undang-undang, mengalami penurunan terbesar dalam layanan, tetapi lembaga-lembaga lain juga terpengaruh. Memberikan pemahaman yang berharga tentang potensi bahwa undang-undang yang diusulkan di suatu negara mungkin memiliki dampak penting terhadap akses perempuan yang berpenghasilan rendah agar mengikuti layanan keluarga berencana.</p>
6	Peneliti (tahun)	Biggs dan Harper (2015)
	Jurnal	Obstetrics & Gynecology, August 2015 – volume 126 – Issue 2 – p 338 – 345
	Judul	California Family Planning Health Care Provider's Challenges to Same-Day Long-Acting Reversible Contraceptive Provision
	Variabel yang diteliti	Tujuan penelitian ini yaitu untuk menilai sejauh mana jasa perencanaan keluarga dapat menawarkan penggunaan intrauterine device (IUD) dan implan dalam satu kali kunjungan dan untuk mengidentifikasi alasan yang memungkinkan mengapa diperlukannya beberapa kali kunjungan.
	Kesimpulan penelitian	Kesimpulannya sebagian besar penyedia pelayanan keluarga berencana yang disurvei belum mengadopsi metode pemasangan bongkar pasang kontrasepsi jangka panjang di hari yang sama dan terlihat adanya hambatan untuk pelaksanaan tersebut. Mayoritas diperlukan dua atau lebih kunjungan untuk memantapkan IUD dan implan. Alasan penundaan tersebut dikarenakan kebutuhan untuk skrining, menunggu hasil tes dan masalah penjadwalan di klinik.
7	Peneliti (tahun)	Mohammed, S-, Adze. Bature, (2016)
	Jurnal	Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2016, Vol : 33, Issue : 2, Page 238 -242
	Judul	Choice of contraception after previous operative delivery at a family planning clinnic in Northern

Variabel yang diteliti	Untuk menentukan serapan dan pilihan kontrasepsi di antara perempuan dengan kondisi sebelum persalinan operatif.
Kesimpulan penelitian	Sebagian besar wanita dengan persalinan operatif sebelumnya memiliki risiko dari kehamilan yang tidak diinginkan karena mereka tidak menggunakan kontrasepsi dalam waktu 6 bulan sejak mereka melahirkan. Bentuk kontrasepsi yang mereka sukai yaitu kontrasepsi suntik dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), yang tidak secara signifikan berbeda dari metode yang dipilih oleh perempuan lain.

Pada penelitian – penelitian di atas disampaikan bahwa pentingnya pengetahuan ibu terhadap keluarga berencana yang akan berkorelasi terhadap kemampuannya dalam pemilihan alat kontrasepsi. Dari penelitian tersebut terdapat kesimpulan bahwa pengetahuan ibu tentang keluarga berencana berhubungan positif dan signifikan dengan pemilihan alat kontrasepsi setelah melahirkan. Mayoritas diperlukan dua atau lebih kunjungan atau konseling untuk memantapkan akseptor untuk menggunakan IUD dan implan.

Penelitian ini akan coba membahas secara detail dari sudut pandang rumah sakit sebagai institusi yang seharusnya dapat meningkatkan kualitas pelayanan KB dari beberapa elemen penting. Penelitian ini berusaha menggabungkan apa yang dinyatakan peneliti – peneliti sebelumnya, dan merangkum menjadi satu kesatuan yang utuh sehingga secara komprehensif dapat meningkatkan peran rumah sakit terhadap pelayanan KB dari beberapa sudut pandang.



Gambar 2.1. Kerangka Berfikir

Laju pertumbuhan penduduk yang masih tinggi saat ini dipicu oleh stagnansinya capaian *Total Fertility Rate* (TFR) dan rendahnya capaian *Contraception Prevalence Rate* (CPR) untuk cara modern. TFR sulit tercapai karena kenaikan CPR yang hanya sedikit, pemakaian alat kontrasepsi akan sangat berpengaruh terhadap penurunan TFR.

Peningkatan pemakaian alat kontrasepsi (CPR) didukung oleh tingkat pencapaian peserta KB aktif. Peningkatan CPR sulit tercapai dikarenakan banyak yang mengalami ketidakberlangsungan (DO), kegagalan dan efek samping dalam penggunaan kontrasepsi ditambah lagi dengan kurangnya penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. Salah satu upaya dalam mencapai sasaran tersebut yaitu dengan meningkatkan kesertaan ber – KB di klinik atau rumah sakit pemerintah dan swasta, termasuk penguatan kualitas fasilitas kesehatan saat ini.

Permasalahan yang harus diperoleh solusinya adalah adanya kebijakan yang tidak berpihak terhadap program KB di rumah sakit, terjadinya *miss opportunities* KB pasca persalinan di rumah sakit, dan penurunan cakupan KB di rumah sakit. Peran serta dari rumah sakit untuk meningkatkan penggunaan kontrasepsi terutama setelah kelahiran dan keguguran akan memberikan kontribusi terhadap penurunan Angka Kematian Ibu dan pencapaian peserta KB baru yang menjadi sasaran program KB. Upaya ini dapat ditempuh melalui revitalisasi pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit. Dalam merumuskan kebijakan Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit, prosesnya harus disusun berdasarkan kerja sama dari berbagai elemen. Implementasi kebijakan merupakan suatu proses

melaksanakan peraturan yang dibuat oleh pemerintah yang memiliki tujuan yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan.

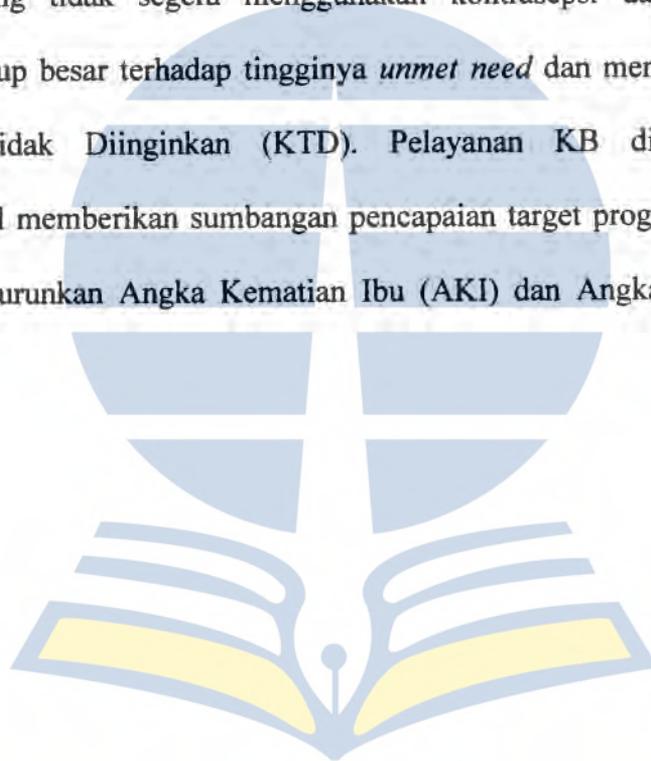
Dalam hal ini Kebijakan mengenai Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 590/Menkes/SK/VII/2009 tentang Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit, hal ini merupakan kebijakan yang diambil oleh Kementerian Kesehatan dalam rangka untuk lebih mengoptimalkan peran Rumah Sakit agar mampu meningkatkan akses, kualitas, dan pelayanan keluarga Berencana di Rumah Sakit. Keputusan Menteri Kesehatan tersebut diperkuat dengan adanya Ketentuan Pelayanan Keluarga Pascalin diatur oleh Peraturan Kepala BKKBN Nomor 146/HK-10/B5/2009 tentang pedoman pelayanan KB pasca persalinan dan pasca keguguran untuk kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak. Implementasi kebijakan merupakan tindak lanjut dari adanya sebuah kebijakan tertentu.

Dengan berlakunya kebijakan tersebut maka implementasi program KB di Rumah Sakit diharapkan dapat mencapai sasaran diantaranya : optimalisasi peran rumah sakit melalui revitalisasi PKBRS, peningkatan pemasangan KB pasca persalinan, dan peningkatan cakupan pelayanan KB. Pada tahapan tersebut, perlu adanya upaya atau usaha yang dilakukan oleh pihak Rumah Sakit agar dalam mengimplementasikan kebijakan dan memperhatikan faktor – faktor apa saja yang dapat mendukung keberhasilan suatu kebijakan, sesuai dengan tujuan kebijakan itu sendiri.

Dampak dari implementasi kebijakan yang baik akan menghasilkan sebuah sistem pelayanan dan tujuan yang sesuai dengan harapan. Apakah sampai saat ini

pelayanan KB di rumah sakit sudah terlaksana dengan baik, institusi-institusi mana yang ditunjuk terlibat dalam peningkatan kesertaan KB di Rumah Sakit. Selain itu, dalam mengimplementasikan kebijakan tersebut apakah ada faktor-faktor yang mendukung implementasi kebijakan tersebut dan juga apakah ada faktor-faktor yang menghambat dalam implementasi kebijakan, sehingga hal itu menjadi tantangan tersendiri dalam pelaksanaan pelayanan keluarga berencana di rumah sakit.

Rumah Sakit juga harus menciptakan inovasi tertentu dalam upaya meningkatkan kualitas dan pencapaian pemakaian alat kontrasepsi. Ibu Pasca Persalinan yang tidak segera menggunakan kontrasepsi dapat memberikan kontribusi cukup besar terhadap tingginya *unmet need* dan meningkatnya resiko Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD). Pelayanan KB di Rumah Sakit sangat potensial memberikan sumbangan pencapaian target program KB nasional sekaligus menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).



### BAB III

## METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Pada penelitian ini metode penelitian yang akan digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif. Menurut Kirk dan Miller (1986), penelitian kualitatif adalah tradisi tertentu dalam ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental bergantung pada pengamatan pada manusia baik dalam kawasannya maupun dalam peristilahannya. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah (sebagai lawannya adalah eksperimen) di mana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk mendapatkan data yang mendalam, suatu data yang mengandung makna. Makna adalah data yang sebenarnya, data yang pasti yang merupakan suatu nilai di balik data yang tampak.

Sedangkan jenis penelitian yang menggunakan metode deskriptif adalah penelitian yang dilakukan dengan memberikan gambaran yang lebih detail mengenai suatu gejala atau fenomena. Alasan peneliti menggunakan jenis penelitian deskripsi adalah karena dengan penelitian ini mampu memberikan gambaran yang menyeluruh dan jelas terhadap situasi satu dengan situasi sosial yang lain atau dari waktu tertentu dengan waktu yang lain, atau dapat menemukan

pola-pola hubungan antara aspek tertentu dengan aspek yang lain, dan dapat menemukan hipotesis dan teori.

#### **B. Ruang Lingkup Penelitian / Fokus Penelitian**

Penelitian ini membatasi penelitian pada ruang lingkup peran rumah sakit dan implementasi kebijakan pelayanan publik khususnya pelayanan Keluarga Berencana di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Penulis juga ingin mengetahui tentang bagaimana peran rumah sakit dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan KB terutama dalam hal pemakaian alat kontrasepsi bagi ibu pasca persalinan.

#### **C. Lokus Penelitian**

Lokasi penelitian yaitu di Bagian/SMF Obstetri Ginekologi RSUP. Dr. Kariadi Semarang di Jalan dr. Sutomo No. 18 Semarang.

#### **D. Fenomena Penelitian**

Dalam penelitian ini, peneliti mengamati peran rumah sakit dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan Keluarga Berencana khususnya bagi pasien pasca persalinan yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Berkurangnya prosentase kesertaan KB pasca persalinan utamanya dengan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (IUD dan Implan) serta Kontrasepsi Mantap (Vasektomi dan Tubektomi) membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai bagaimana peran rumah sakit dalam upaya meningkatkan kualitas

program Keluarga Berencana sebagai salah satu program pemerintah dalam hal pelayanan publik.

Adapun fenomena dalam penelitian ini adalah menggali aspek – aspek yang ada di dalam program Keluarga Berencana dan bagaimana pihak rumah sakit berperan serta untuk mendukungnya. Berikut fenomena – fenomena yang peneliti amati:

## 1. Implementasi

### a. Aktor/pelaksana program

Aktor pelaksana adalah para pelaksana pelayanan keluarga berencana yang melakukan tindakan pemasangan alat kontrasepsi di RSUP. Dr. Kariadi Semarang apakah sudah sesuai dengan aturan yang ditetapkan oleh pemerintah dan disertai dengan kemampuan untuk memberikan konseling KB yang memadai bagi pasien. Selain itu aktor pelaksana juga merupakan para pembuat kebijakan serta *stakeholder* yang terkait dengan RSUP. Dr. Kariadi dan memiliki kepentingan serta tujuan yang sama dalam hal mencapai perolehan kesertaan KB, khususnya pasca persalinan.

### b. Regulasi

Peraturan – peraturan yang telah ditetapkan oleh pemerintah untuk mengatur jalannya program keluarga berencanan di rumah sakit.

### c. Mekanisme

Penerapan pelayanan Keluarga Berencana di RSUP. Dr. Kariadi apakah sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh pemerintah.

## 2. Faktor – faktor Implementasi

### a. Faktor komunikasi/standar sasaran dan kejelasan kebijakan.

1. Komunikasi atau proses penyampaian informasi kebijakan, yakni penyampaian kejelasan informasi tentang Kebijakan Pelayanan Keluarga Berencana di era JKN saat ini, khususnya kepada pasien sebagai salah satu bentuk konseling yaitu upaya untuk memberikan informasi mengenai pelayanan Keluarga Berencana dan membantu pasien dalam memutuskan metode kontrasepsi apa yang akan dipilih.
2. Kejelasan informasi serta pemahaman para pelaksana kebijakan, pelaksanaan kebijakan disini adalah staff medis maupun non medis di bagian Obstetri Ginekologi RS. Dr. Kariadi Semarang yang memberikan semua metode pelayanan KB yakni sejauh mana para pelaksana tersebut memahami dan menguasai aturan dan tata cara melayani dan melakukan tindakan pemasangan kontrasepsi.
3. Konsistensi terhadap aturan kebijakan dan penerapan di lapangan, kejelasan aturan kebijakan harus disertai dengan kejelasan penerapan di lapangan, apakah sudah sesuai dengan pedoman ataupun aturan – aturan yang ditetapkan oleh pemerintah.

b. Faktor Sumber Daya

1. Jumlah personil pelaksana kebijakan yang berpengalaman dan terampil, jumlah tenaga medis maupun non medis harus mencukupi untuk menerapkan kebijakan pelayanan KB di RSUP. Dr. Kariadi.
2. Ketepatan alokasi sumber daya, yakni pembagian pekerjaan harus sesuai dengan keahlian masing – masing sehingga pelayanan kesehatan utamanya pelayanan keluarga berencana bisa berjalan optimal.
3. Sumber daya anggaran/pendanaan untuk implementasi pelayanan KB, yakni besaran anggaran yang diberikan APBN dan setiap tindakan medis pelayanan KB yang bisa diklaim melalui BPJS, yakni besaran anggaran yang diberikan BPJS melalui sistem kapitasi harus mencukupi dan didistribusikan tepat waktu untuk menjalankan kegiatan, tanpa didukung anggaran yang memadai maka proses pelaksanaan pelayanan KB tidak akan bisa terlaksana dengan baik bahkan cakupan kesertaan KB akan menurun.
4. Fasilitas pendukung pelaksanaan kebijakan, yakni alat – alat kesehatan, obat - obatan, perlengkapan laboratorium, dan kelengkapan administrasi untuk mendukung kelancaran kebijakan pelayanan KB di rumah sakit.

c. Disposisi

Kecenderungan para dokter dan tenaga medis untuk mengimplementasikan kebijakan mengenai pelayanan KB yang ada di RSUP Dr. Kariadi.

d. Struktur Birokrasi

1. Struktur birokrasi atau pembagian tanggung jawab kewenangan untuk pelaksana kebijakan, yakni masing – masing pelaksana kebijakan pelayanan kesehatan mempunyai tanggung jawab dan tugas yang berbeda sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya, sebagai contoh memeriksa dan memberikan pelayanan KB kepada pasien merupakan kewenangan dan tanggung jawab dokter, bidan dan perawat di hanya bertugas membantu dokter.
2. Hubungan antar organisasi, yakni hubungan antara pemerintah daerah, Dinas Pengendalian Penduduk dan KB Kota Semarang, BPJS, BKKBN, Dinas Kesehatan, dan instansi terkait lainnya harus saling berkoordinasi dalam melaksanakan program KB dan terjalin hubungan kemitraan dalam rangka mengoptimalkan peran rumah sakit meningkatkan kualitas pelayanan KB. Serta hubungan internal yang ada di rumah sakit dalam rangka meningkatkan pelayanan KB.

### E. Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan yang melakukan konseling (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) terhadap calon akseptor, para petugas medis dan dokter yang melakukan tindakan medis pemasangan alat kontrasepsi dan pasien pasca persalinan yang ada di RSUP Dr. Kariadi. Peneliti memperoleh informasi melalui beberapa informan dengan karakteristik jabatan, latar belakang tugas dan usia yang berbeda. Peneliti mengalami sedikit kesulitan saat melakukan wawancara dikarenakan pola kerja tenaga medis yang sangat sibuk dan dengan ritme kerja yang cepat, sehingga terkadang peneliti kesulitan untuk menemui informan walaupun sudah dijadwalkan.

Peneliti melakukan pencarian data melalui *indepth interview*, diawali dengan membuat janji terlebih dahulu dengan menyampaikan lembar kesediaan diwawancarai, kemudian ditentukan waktu kapan informan bisa diwawancarai, sehingga tidak bersamaan dengan jadwal visite pasien dan jadwal operasi pada dokter dan petugas kesehatan. Selain dengan melakukan wawancara formal, peneliti juga diijinkan masuk ke dalam berbagai ruangan yang ada di Bagian Obstetri Ginekologi mulai dari ruang VK, ruang *recovery*, ruang dokter Spesialis Obsgin, dan ruang pembiayaan/klaim BPJS. Disini peneliti mencoba menggali informasi sebanyak banyaknya mengenai peran rumah sakit terutama petugas kesehatan dalam tindakan pelayanan KB pasca persalinan.

Sebagai data awal peneliti menggunakan beberapa data sekunder yaitu beberapa artikel yang membahas mengenai pelayanan KB di rumah sakit, peneliti juga mencermati isi dari keputusan Menteri Kesehatan mengenai pedoman

pelayanan KB di Rumah Sakit dan pelayanan KB pasca persalinan. Sebagai data awal peneliti memperoleh laporan pelaksanaan pelayanan KB dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 dari laporan tahunan di Bagian Obstetri Ginekologi. Data ini juga yang digunakan sebagai dasar untuk mengolah latar belakang permasalahan yang ada di RSUP dr. Kariadi yaitu bahwa prosentasi pencapaian penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang cenderung mengalami penurunan selama kurun waktu lima tahun, dari tahun 2011 ke tahun 2015.

Selain itu untuk memperkuat informasi, peneliti mencoba menggali informasi dari tenaga medis yaitu meliputi kepala perawat di ruang VK dan beberapa bidan yang bertugas dikamar *recover*. Mengenai pembiayaan dan klaim BPJS peneliti menggali informasi ke bagian pembiayaan RSUP dr. Kariadi. Dan untuk membandingkan dengan rumah sakit tipe lainnya, peneliti mencoba menggali sumber informasi melalui rumah sakit lain yaitu RS. Roemani dan RS. Bhakti Wira Tamtama Semarang yang merupakan rumah sakit tipe B. Peneliti juga mencoba mengkonfirmasi hasil penelitian sementara kepada informan dari BKKBN dan BPJS agar didapatkan informasi yang lebih jelas dan valid.

Adapun beberapa narasumber yang informasinya sangat bermanfaat dan berkaitan dengan substansi penelitian ini yaitu faktor – faktor determinan yang mempengaruhi keberhasilan upaya peningkatan kualitas pelayanan KB pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi, maka peneliti menampilkan rincian mengenai beberapa informan tersebut yang disajikan dalam Tabel 3.1 berikut :

**Tabel 3.1 Data Informan Penelitian**

NO	KODE INFORMAN	USI A	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	JABATAN
1	Key person Dokter Sp	53	Laki-laki	PPDS 2	PNS	SpOG(K)
2	Key person BKKBN		Perempuan	PPS 1	PNS	Dokter
3	Key person BPJS	41	Perempuan	S1	BUMN	Ka.Unit
4	Informan Dokter Sp 1	54	Laki-laki	S3	PNS	SpOG(K)
5	Informan Dokter Sp 2	40	Laki-laki	PPDS 2	PNS	SpOG(K)
6	Informan Dokter Sp 3	54	Laki-laki	PPDS 2	PNS	SpOG(K)
7	Informan Dokter Sp 4	47	Laki-laki	PPDS 2	PNS	SpOG(K)
8	Informan Dokter Sp 5	63	Laki-laki	PPDS 2	PNS	SpOG(K)
9	Informan Dokter Sp 6	38	Perempuan	PPDS 2	PNS	SpOG(K)
10	Informan Dokter 1	40	Laki -laki	PPDS 1	Tugas belajar	Residen
11	Informan Dokter 2	37	Perempuan	PPDS 1	Tugas belajar	Residen
12	Informan Dokter 3	35	Perempuan	PPDS 1	Tugas belajar	Residen
13	Informan Dokter 4	42	Laki-laki	PPDS 1	Tugas belajar	Residen
14	Petugas Kesehatan 1	53	Perempuan	S1	PNS	Kaper
15	Petugas Kesehatan 2	37	Perempuan	D3	PNS	Bidan VK
16	Petugas Admin 1	38	Perempuan	D3	PNS	Admin klaim
17	Petugas Admin 2	35	Perempuan	D3	PNS	Sekretaris
18	Petugas Admin 3	50	Perempuan	D3	Non PNS	Sekretaris
19	Petugas Kesehatan RS 1	37	Perempuan	D3	Swasta	Bidan
20	Petugas Kesehatan RS 2	43	Perempuan	D3	PNS	Bidan
21	Informan Pasien 1	36	Perempuan	SMA	Swasta	-
22	Informan Pasien 2	37	Perempuan	SMP	Ibu RT	-
23	Informan pasien 3	29	Perempuan	SMA	Ibu RT	-

Sumber: Data Primer

Dalam penelitian ini, beberapa informasi dan hasil penelitian didapatkan dari beberapa narasumber melalui teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan menggunakan *interview guide*. Dalam hal ini masih terbuka kemungkinan untuk melakukan wawancara tidak terstruktur untuk memperoleh data lebih mendalam dan spesifik, agar peneliti dapat menggali lebih jauh mengenai apa saja faktor-faktor determinan dan upaya peningkatan kualitas pelayanan KB pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi. Seperti disajikan pada tabel 3.2 berikut :

**Tabel 3.2 : Proses Pengembangan Metode Wawancara**

Tujuan penelitian	Variabel penelitian	Indikator penelitian	pertanyaan
1. Menganalisis mekanisme implementasi kebijakan pelaksanaan pelayanan KB pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi.	1. Pembuat Kebijakan 2. Pelaksana Kebijakan 3. Sasaran Kebijakan	1. Pembuat keputusan kebijakan program KB, kepala bagian, dokter 2. Tim yang bertanggung jawab melaksanakan program KB pasca persalinan 3. Ibu hamil dan ibu pasca persalinan, konseling, partisipasi KB	Terdapat 5 pertanyaan (terlampir di pedoman wawancara)
2. Menganalisis faktor - faktor determinan yang mempengaruhi keberhasilan peningkatan kualitas pelayanan kontrasepsi pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi.	1. Faktor Komunikasi 2. Faktir Sumber Daya 3. Faktor Disposisi 4. Faktor Struktur Birokrasi	1. Transmisi informasi, kejelasan, konsistensi 2. Sumber Daya Manusia, Anggaran, Fasilitas 3. Sikap Pelaksana 4. Pembagian kewenangan dan Fragmentasi	Terdapat 6 pertanyaan (terlampir di pedoman wawancara)
3. Menganalisis upaya RSUP Dr. Kariadi dalam menghadapi hambatan dan menemukan solusi dalam pelaksanaan pelayanan KB pasca persalinan.	1. Hambatan 2. Solusi 4. Saran dan harapan	1. Resistensi kebijakan, efek samping kebijakan 2. Revitalisasi kebijakan, publikasi 3. Upaya kemitraan , pelatihan	Terdapat 5 pertanyaan (terlampir di pedoman wawancara)
4. Menemukan model yang cocok pada pelaksanaan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi sebagai acuan dalam upaya peningkatan kualitas dan peran rumah sakit terhadap program KB.	1. Proses internal 2. Proses eksternal	1. Elemen penting Pelayanan 2. Pola kemitraan berkesinambungan	

Sumber : Analisis Pribadi

## E. Sumber dan jenis data

### 1. Jenis data

Jenis data dalam penelitian ini ada dua macam, yaitu jenis data primer dan jenis data sekunder. Yang dimaksudkan dengan jenis data primer adalah jenis data

tentang gambaran pelaksanaan program komunikasi, informasi dan edukasi. Meliputi beberapa beberapa kegiatan. Data sekunder adalah data yang memuat identitas subyek dan beberapa dokumen penting lainnya tentang implementasi kebijakan Pelayanan KB di Rumah Sakit yang menjadi data penunjang atau data pelengkap.

## 2. Sumber data

Sumber untuk memperoleh data yang diperlukan adalah segala perilaku dan kata-kata subyek. Untuk keabsahan data peneliti menggunakan telaah teknik triangulasi sumber, yaitu penggunaan sumber yang berbeda untuk mengumpulkan data sejenis. Sumber data yang dimaksud adalah *significant other* yaitu istri subyek dan sahabat subyek beberapa sumber data. Sumber data bisa berbentuk kata-kata, perilaku dan sumber tertulis seperti data arsip tentang identitas subyek.

## G. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti (*triangulasi*) artinya teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti akan menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak.

## 1. Observasi Partisipatif

Dalam observasi ini, peneliti terlibat dengan kegiatan sehari-hari orang yang sedang diamati atau yang digunakan sebagai sumber data penelitian. Stainback (1988) menyatakan bahwa dalam observasi partisipatif peneliti mengamati apa yang dikerjakan orang, mendengarkan apa yang mereka ucapkan, dan berpartisipasi aktif dalam aktivitas mereka. Penelitian partisipatif ini kemudian dikhususkan lagi menjadi partisipasi pasif (*passive participation*) artinya peneliti datang ke tempat kegiatan orang yang diamati, tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut.

Alasan penggunaan pengamatan adalah karena teknik pengamatan ini didasarkan atas pengalaman secara langsung. Kedua karena teknik pengamatan memungkinkan melihat dan mengamati sendiri, kemudian mencatat perilaku dan kejadian sebagaimana yang terjadi pada keadaan sebenarnya. Ketiga, teknik pengamatan memungkinkan peneliti mencatat peristiwa dalam situasi yang berkaitan dengan pengetahuan proposisional maupun pengetahuan yang langsung diperoleh dari data. Keempat, dapat mencegah bias yang biasanya terjadi pada proses wawancara. Kelima, teknik pengamatan memungkinkan peneliti mampu memahami situasi-situasi yang rumit. Obyek observasi oleh Spradley (1980) dinamakan situasi sosial, yang terdiri atas:

- a. *Place*, tempat di mana interaksi dalam situasi sosial sedang berlangsung.
- b. *Actor*, pelaku atau orang-orang yang sedang memainkan peran tertentu.
- c. *Activity*, kegiatan yang dilakukan oleh aktor dalam situasi sosial yang sedang berlangsung.

Tahapan observasi menurut Spradley (1980) terdiri atas 3 tahapan, yaitu:

a. **Observasi deskriptif**

Dilakukan saat pertama kali memasuki situasi sosial tertentu sebagai subyek penelitian. Melakukan deskripsi terhadap semua yang dilihat, didengar, dan dirasakan. Semua data direkam. Disebut juga *grand tour observation* karena mampu menghasilkan kesimpulan pertama.

b. **Observasi terfokus**

Termasuk *mini tour observation*, artinya observasi telah dipersempit untuk difokuskan pada aspek-aspek tertentu, yaitu aspek *respon stress* dan *coping stress*.

c. **Observasi terseleksi**

Peneliti menguraikan fokus yang ditemukan sehingga data lebih rinci.

## 2. **Interview (Wawancara)**

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Wawancara digunakan apabila peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang diteliti, tetapi juga apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam. Wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara semi terstruktur (*semistructure interview*) di mana pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur.

Wawancara terstruktur yaitu bila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh. Oleh karena itu dalam melakukan wawancara, pengumpul data telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya telah disiapkan. Bedanya dengan semi terstruktur di sini adalah tidak memakai alternatif jawaban, namun pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya.

Wawancara ini termasuk wawancara mendalam (*in-depth interview*) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara, di mana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama.

Langkah-langkah dalam wawancara menurut Lincoln dan Guba dalam Sanapiah (1990) terdiri dari 7 tahap, yaitu:

- a. Menetapkan kepada siapa wawancara itu akan dilaksanakan
- b. Menyiapkan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan
- c. Mengawali atau membuka alur wawancara
- d. Melangsungkan alur wawancara
- e. Mengkonfirmasi ikhtisar hasil wawancara dan mengakhirinya
- f. Menuliskan hasil wawancara ke dalam catatan lapangan
- g. Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh.

Alat-alat yang kami gunakan dalam wawancara adalah buku catatan, laptop, tape recorder dan camera. Hal ini bermanfaat untuk mencatat dan mendokumentasikan semua percakapan dengan sumber data, di mana kesemuanya telah digunakan setelah mendapat izin dari sumber data. Karena wawancara yang digunakan adalah semi terstruktur, berikut ini adalah rancangan format wawancara yang memuat point-pointnya saja.

### **3. Dokumentasi**

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dalam hal ini kami menggunakan foto dan beberapa dokumen yang menceritakan tentang daftar riwayat hidupnya.

### **H. Teknik Analisa Data**

Analisis data kualitatif menurut Bogdan & Biklen (1982) sebagaimana dikutip Moleong (2007), adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceriterakan kepada orang lain. Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa langkah awal dari analisis data adalah mengumpulkan data yang ada, menyusun secara sistematis, kemudian mempresentasikan hasil penelitiannya kepada orang lain.

Mc Drury seperti yang dikutip Moleong (2007) tahapan analisis data kualitatif adalah sebagai berikut:

1. Membaca/mempelajari data, menandai kata-kata kunci dan gagasan yang ada dalam data,
2. Mempelajari kata-kata kunci itu, berupaya menemukan tema-tema yang berasal dari data.
3. Menuliskan 'model' yang ditemukan.
4. Koding yang telah dilakukan.

Analisis data dimulai dengan melakukan wawancara mendalam dengan informan kunci, yaitu seseorang yang benar-benar memahami dan mengetahui situasi obyek penelitian. Setelah melakukan wawancara, analisis data dimulai dengan membuat transkrip hasil wawancara, dengan cara memutar kembali rekaman hasil wawancara, mendengarkan dengan seksama, kemudian menuliskan kata-kata yang didengar sesuai dengan apa yang ada direkaman tersebut.

Setelah peneliti menulis hasil wawancara tersebut kedalam transkrip, selanjutnya peneliti harus membaca secara cermat untuk kemudian dilakukan reduksi data. Peneliti membuat reduksi data dengan cara membuat abstraksi, yaitu mengambil dan mencatat informasi-informasi yang bermanfaat sesuai dengan konteks penelitian atau mengabaikan kata – kata yang tidak perlu sehingga didapatkan inti kalimatnya saja, tapi bahasanya sesuai dengan informan.

Abstraksi yang sudah dibuat dalam bentuk satuan-satuan yang kemudian dikelompokkan dengan berdasarkan taksonomi dari domain penelitian. Analisis

Domain menurut Sugiyono (2009), adalah memperoleh gambaran yang umum dan menyeluruh dari obyek/penelitian atau situasi sosial. Peneliti memperoleh domain ini dengan cara melakukan pertanyaan *grand* dan *minitour*. Sementara itu, domain sangat penting bagi peneliti, karena sebagai pijakan untuk penelitian selanjutnya. Mengenai analisis taksonomi yaitu dengan memilih domain kemudian dijabarkan menjadi lebih terinci, sehingga dapat diketahui struktur internalnya.

### **I. Kredibilitas Penelitian**

Setiap penelitian harus memiliki kredibilitas sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Kredibilitas penelitian kualitatif adalah keberhasilan mencapai maksud mengeksplorasi masalah yang majemuk atau keterpercayaan terhadap hasil data penelitian. Upaya untuk menjaga kredibilitas dalam penelitian adalah melalui langkah-langkah sebagai berikut (Sugiyono, 2009) :

#### **1. Perpanjangan pengamatan**

Peneliti kembali lagi ke lapangan untuk melakukan pengamatan untuk mengetahui kebenaran data yang telah diperoleh maupun untuk menemukan data-data yang baru.

#### **2. Meningkatkan ketekunan**

Melakukan pengamatan secara lebih cermat dan berkesinambungan. Dengan meningkatkan ketekunan tersebut, maka peneliti akan melakukan pengecekan kembali apakah data yang telah ditemukan salah atau tidak.

### 3. Triangulasi

Pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu.

### 4. Analisis kasus negatif

Peneliti mencari data yang berbeda atau yang bertentangan dengan temuan data sebelumnya. Bila tidak ada lagi data yang berbeda atau bertentangan dengan temuan, berarti data yang ditemukan sudah dapat dipercaya.

### 5. Menggunakan bahan referensi

Bahan referensi yang dimaksud adalah adanya pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti. Sebagai contoh, data hasil wawancara perlu didukung dengan adanya rekaman wawancara.

### 6. Mengadakan *member check*

*Member check* adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data. Apabila data yang ditemukan disepakati oleh para pemberi data berarti data tersebut sudah valid, sehingga semakin kredibel atau dipercaya, tetapi apabila data yang ditemukan peneliti dengan berbagai penafsirannya tidak disepakati oleh pemberi data, maka peneliti perlu melakukan diskusi dengan pemberi data, dan apabila perbedaannya tajam, maka peneliti harus merubah temuannya, dan harus menyesuaikan dengan apa yang diberikan oleh pemberi data.

## **J. Definisi Operasional**

### **a. Kebijakan Keluarga Berencana**

Kebijakan Keluarga Berencana adalah program yang dicanangkan pemerintah dalam upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Undang – Undang No. 52 Tahun 2009).

### **b. Determinan Kebijakan KB di Rumah Sakit**

Determinan kebijakan KB di rumah sakit adalah Faktor – faktor yang mempengaruhi keberhasilan pelayanan KB di rumah sakit. Rumah sakit adalah pelayanan kesehatan yang mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (UU No. 44 Tahun 2009)

### **c. Pelayanan Publik**

Pelayanan publik adalah rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik. (Undang-Undang No. 25 Tahun 2009).

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Kondisi Umum Wilayah Penelitian

##### 1. Sejarah Singkat Berdirinya RSUP Dr. Kariadi

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Kariadi yang berdiri pada tahun 1925 merupakan salah satu rumah sakit di Semarang yang pengelolaannya dilakukan oleh Pemerintah Kota Semarang. Rumah sakit ini terletak di Kelurahan Randusari Kecamatan Semarang Selatan, tepatnya di Jl. Dr. Sutomo No.16. RSUP Dr. Kariadi menempati areal tanah seluas 210.080 m<sup>2</sup> yang meliputi bangunan rumah sakit dan bangunan kelengkapan lainnya termasuk gedung Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. RSUP Dr. Kariadi Semarang merupakan Rumah Sakit terbesar sekaligus berfungsi sebagai Rumah Sakit rujukan bagi wilayah Jawa Tengah. Saat ini RSUP Dr. Kariadi termasuk dalam kategori Rumah Sakit tipe A.

Secara struktural, RSUP dr. Kariadi merupakan Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Departemen Kesehatan dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan yang mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan upaya lain sesuai kebutuhan.

Didirikan pada masa penjajahan Belanda tanggal 9 September 1925 dengan nama *Centrale Buzgerlijke Ziekewatching (CBZ)*, dan pada jaman penjajahan Jepang menjadi Purusara/Pusat Rumah Sakit Rakyat.([www.rskariadi.co.id](http://www.rskariadi.co.id))

1. Menjadi rumah sakit vertikal milik Departemen Kesehatan dengan nama RSUP Dr. Kariadi berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No. 21215/Kab/1964 tanggal 14 April 1964.
2. Berdasarkan SK Menkes RI no.546/Men.Kes/SK/III/1978 diklasifikasi menjadi Rumah Sakit Umum klas B Pendidikan dan dengan SK Menkes RI no. 134/Menkes/SK/1978 mengatur tentang struktur RS. Dr. Kariadi.
3. Berdasarkan SK Menkes RI No.1130/Menkes/SK/XII/1003, tanggal 10 Desember 1993 ditetapkan menjadi RS Unit Swadana dengan struktur organisasi berdasarkan SK Menkes No. 546/Menkes/VI/1994 tanggal 13 Juni 1994 Tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Kariadi.
4. Pada tahun 1997 sebagai Instansi Pemerintah Pengguna Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) berdasarkan UU No. 20 tahun 1997.
5. Berdasarkan PP No. 120 Tahun 2000 tentang Pendirian Perusahaan Jawatan RSUP Dr. Kariadi, status rumah sakit berubah menjadi Perusahaan Jawatan yang operasional mulai Tahun 2002.
6. Terakhir pada tahun 2005 diubah statusnya menjadi Instansi Pemerintah yang menerapkan PPK-BLU berdasarkan PP No. 23 tahun 2005 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1243/MENKES/SK/VII/2005 tanggal 11 Agustus 2005.

## **2. Gambaran Umum RSUP Dr. Kariadi Semarang**

RSUP Dr. Kariadi terletak di kota Semarang Provinsi Jawa Tengah. Berdasarkan hasil registrasi penduduk tahun 2015 jumlah penduduk kota

semarang tercatat sebesar 1.595.267 jiwa dengan pertumbuhan penduduk selama tahun 2015 sebesar 0,65%. Kondisi tersebut memberi arti bahwa perkembangan kependudukan, khususnya usaha untuk menurunkan jumlah kelahiran memberikan hasil yang nyata. (BPS, 2016)

Sekitar 71,55% penduduk kota Semarang berumur produktif (15-64 th) sehingga angka beban tanggungan yaitu perbandingan antara penduduk usia produktif dengan penduduk dengan usia tidak produktif (0-14 dan 65 tahun keatas) pada tahun 2015 sebesar 39,77 yang berarti 100 orang penduduk usia produktif menanggung 40 orang penduduk usia tidak produktif. Dalam kurun waktu 5 tahun (2010-2015) kepadatan penduduk cenderung naik seiring dengan kenaikan jumlah penduduk. (BPS, 2016)

Rumah sakit akan memberikan semua pelayanan kesehatan bagi masyarakat di kota Semarang, disesuaikan dengan kelengkapan sarana dan prasana serta tenaga kesehatan yang dimiliki. Apabila terdapat pasien yang tidak dapat dilayani di rumah sakit tertentu karena keterbatasan fasilitas, maka pasien dapat dirujuk ke rumah sakit yang lebih lengkap dari sisi sarana dan tenaga kesehatan yang lebih berkompeten. Maka dengan dasar sarana dan prasarana yang dimiliki tersebut terdapat klasifikasi rumah sakit mulai dari tipe A sampai dengan tipe D.

RSUP Dr. Kariadi adalah Satuan Kerja/Unit Pelaksana Teknis yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Berdasarkan SK Menkes No. 1243/Menkes/SK/VIII/2005 telah ditetapkan menjadi Badan Layanan Umum (BLU), dengan menerapkan fleksibilitas pengelolaan keuangan sesuai dengan

yang telah diamanatkan dalam PP No.23 Tahun 2005. RSUP Dr. Kariadi Semarang merupakan Rumah Sakit terbesar sekaligus berfungsi sebagai Rumah Sakit rujukan bagi wilayah Jawa Tengah. Saat ini RSUP Dr. Kariadi adalah Rumah Sakit kelas A Pendidikan dan berfungsi sebagai Rumah sakit Pendidikan bagi dokter, dokter spesialis, dan sub spesialis dari FK UNDIP, dan Institusi Pendidikan lain serta tenaga kesehatan lainnya.

**a. Visi dan Misi RSUP Dr. Kariadi**

Visi RSUP. Dr. Kariadi adalah "Menjadi Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional yang Unggul", dengan misi yang diembannya adalah sebagai berikut :

1. Menyediakan pelayanan kesehatan dan rujukan yang paripurna, bermutu tinggi, menjamin keselamatan pasien dan menjangkau seluruh masyarakat.
2. Menyediakan pendidikan dan pelatihan yang berkualitas sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang tetap berorientasi pada keselamatan pasien.
3. Melaksanakan dan memfasilitasi penelitian yang berkualitas sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan dan perkembangan ilmu pengetahuan serta teknologi yang menjamin keselamatan pasien.

## b. **Filosofi, Motto dan Logo**

Filosofi yang dimiliki RSUP. Dr. Kariadi adalah “Dengan landasan kemanusiaan, motivasi, jujur, integritas yang tinggi akan mampu meningkatkan mutu pelayanan” Sedangkan motto RSUP Dr. Kariadi adalah “Sahabat Menuju Sehat” Dengan logo RSUP Dr Kariadi, adalah sebagai berikut :



## 3. **Profil Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr. Kariadi**

RSUP Dr. Kariadi sebagai rumah sakit rujukan tingkat akhir dan senter pendidikan bagi dokter spesialis (PPDS I) termasuk dalam kategori rumah sakit tipe A. Bagian Kebidanan dan Kandungan (sekarang dibakukan dengan nama Bagian Obstetri Ginekologi) merupakan salah satu cabang ilmu kedokteran yang terdapat di RSUP Dr. Kariadi yang mempelajari dan menangani kesehatan wanita. Sampai dengan tahun 2017, jumlah staf Bagian Obstetri Ginekologi FK Undip RSUP Dr. Kariadi adalah 22 staf dokter. Bagian kebidanan dan penyakit kandungan juga merupakan salah satu bagian klinik dari Perguruan tinggi kedokteran, sampai dengan tahun 2017, jumlah peserta didik PPDS I (residen) yang sedang menempuh pendidikan profesi dokter spesialis berjumlah 62 peserta didik.

Berdasarkan kesepakatan Kolegium, Bagian Obstetri dan Ginekologi mengembangkan 5 divisi, yakni divisi fetomaternal, fertilitas endokrinologi reproduksi, onkologi ginekologi, uroginekologi dan bedah rekonstruksi dan

obstetri ginekologi sosial. Divisi Fetomaternal terdiri dari 6 orang staf dokter, dokter. divisi fetomaternal merupakan sub spesialis atau cabang dari bagian Kebidanan dan Kandungan (*Obstetri Ginekologi*). Sub Spesialis ini mampu mendiagnosa atau mendeteksi kelainan pada janin (*fetus*) atau ibu (*materna*). Bahasa umum untuk dokter fetomaternal adalah dokter kelainan janin. Pemeriksaan di fetomaternal biasanya akan disarankan untuk dilakukan oleh dokter spesialis kandungan bagi ibu – ibu hamil dengan risiko tinggi, seperti jantung, diabetes, keguguran berulang yang tidak diketahui sebabnya, penyakit asma, paru, lupus, thalasemia dan lain-lain. Secara singkat sub divisi ini berfokus pada kesehatan ibu dan janin (*Mother Fetal Well Being*).

Divisi Fertilitas Endokrinologi Reproduksi terdiri dari 5 orang staf dokter. Divisi Fertilitas Endokrinologi Reproduksi (FER) merupakan sub spesialis yang menangani seputar kemampuan bereproduksi, hormon yang mempengaruhi kesuburan dan sistem reproduksi pada wanita. Karena itu berbagai metode kontrasepsi baru antara lain jenis AKDR (*Cu bearing IUD*, hormonal IUD), implant, sterilisasi (teknik sterilisasi) penanganan infertilitas operatif (*histeroskopi, laparoskopi*) pengembangan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (keluarga berencana, kesehatan maternal, kesehatan remaja, PMS) pelayanan kesehatan reproduksi berbasis gender terdapat di divisi ini.

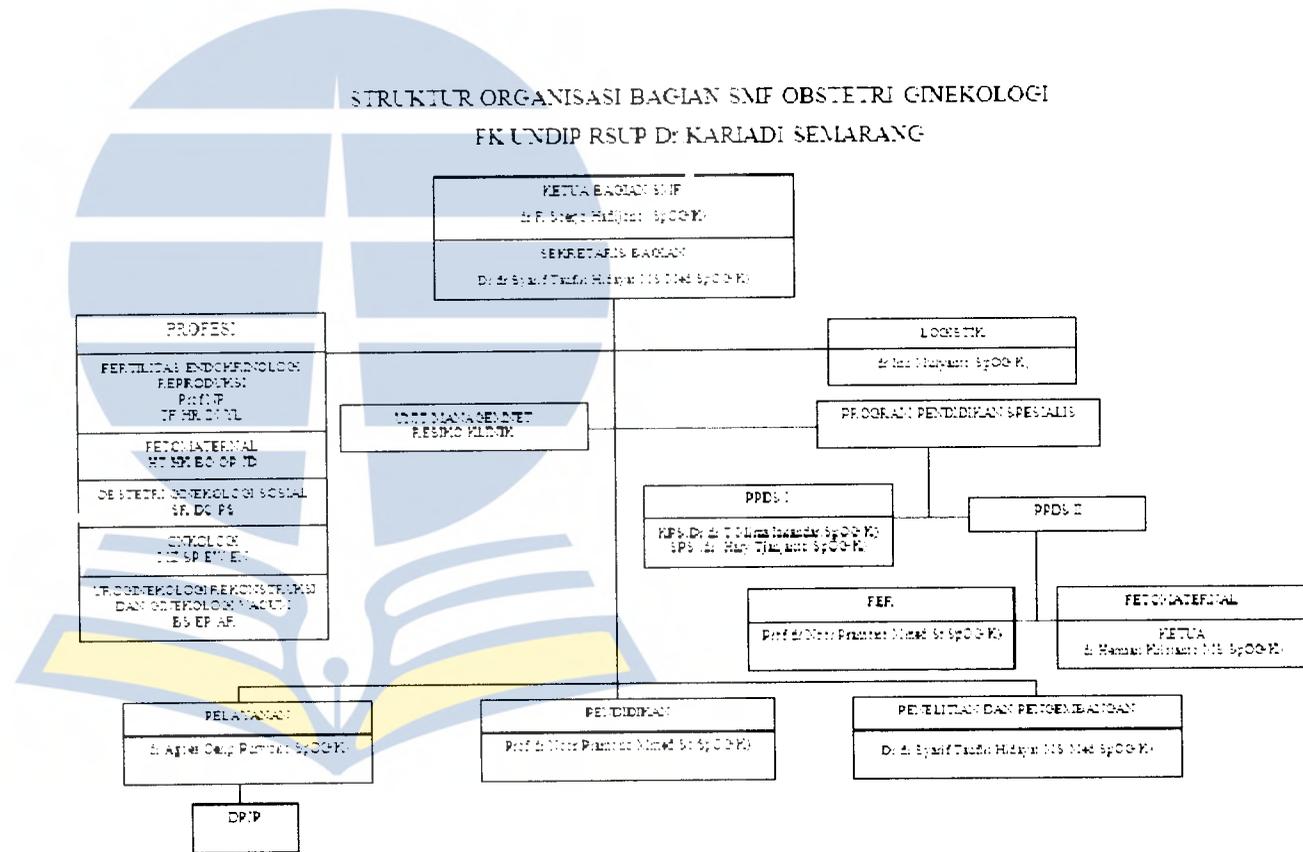
Divisi Onkologi Ginekologi terdiri dari 5 orang staf dokter. Divisi onkologi merupakan sub spesialis obstetri ginekologi yang mampu menangani segala hal yang berkaitan dengan diagnosa dan perawatan bagi wanita yang menderita

penyakit kanker pada sistem reproduksi. Penyakit tersebut diantaranya kanker indung telur, kanker rahim, kanker vagina, kanker serviks, dan kanker vulva.

Divisi Uroginekologi terdiri dari 3 orang staf dokter. Divisi Uroginekologi merupakan sub spesialis dari obstetri ginekologi yang menangani bedah rekonstruksi dan membantu wanita menangani masalah seputar organ reproduksi. Upaya tersebut meliputi konseling, pemeriksaan, dan penanganan masalah prolaps organ panggul (turun peranakan), gangguan berkemih pada perempuan, gangguan seksual perempuan, nyeri pada saat berhubungan seksual, fistula urogenital dan rektovaginal, dan peremajaan vagina.

Divisi Obsgin Sosial (Obsginsos) terdiri dari 3 orang staf dokter. Divisi Obsginsos merupakan pengembangan obstetri ginekologi dan tata laksanaanya dengan mengikutsertakan ilmu pencegahan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sehingga ikut serta memperhitungkan faktor lingkungan yang berkaitan dengan fenomena kematian maternal dan perinatal serta penyakit alat reproduksi wanita. Oleh karena tim di divisi ini mempunyai kompetensi dalam memberikan konsultasi untuk menyelesaikan masalah kesehatan reproduksi secara individu serta dalam masyarakat secara holistik, paripurna dan terintegrasi.





Bagian Kebidanan dan kandungan RSUP Dr. Kariadi diketuai oleh kepala bagian Obstetri Ginekologi dan kepala SMF Obstetri Ginekologi. Ketua Bagian diangkat oleh Rektor Universitas Diponegoro berdasarkan usulan Dekan Fakultas Kedokteran dengan persetujuan Senat Fakultas Kedokteran dan bertanggung jawab langsung kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Ketua Bagian adalah penanggung jawab pengelolaan Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi. Dalam menjalankan tugasnya Ketua Bagian /SMF bertanggung jawab kepada Dekan Fakultas Kedokteran UNDIP dan Direktur RSUP Dr. Kariadi. Dalam menjalankan tugasnya Ketua Bagian/SMF berkerja bersama-sama dan selalu bertindak atas nama Dekan dan Direktur rumah sakit. Untuk melaksanakan pengelolaan bagian, ketua bagian dibantu oleh Sekretaris Bagian dan Ketua Program Studi dengan bekerja secara bersama-sama serta membawahi Kepala Sub-Bagian.

(1) Ketua Bagian

Ketua Bagian/SMF mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijaksanaan, membina pelaksanaan Bagian Obstetri dan Ginekologi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Ketua Bagian bertugas memimpin dan mengkoordinasikan tugas semua dosen dan "*home staff*" serta tenaga lain di lingkungannya baik dalam bidang pendidikan, penelitian, pengabdian masyarakat maupun tugas lain dalam usahanya mengembangkan bagian. Salah satu uraian tugas Kepala Bagian adalah merumuskan kebijakan di Bagian/SMF Obstetri Ginekologi, Dalam segala hal yang menyangkut kepentingan bersama dalam Bagian/SMF, Ketua Bagian Wajib

meminta pendapat dosen lain/home staff dalam suatu rapat bagian dan hasil keputusan rapat dianggap keputusan bagian yang harus dilaksanakan.

(2) Ketua SMF

Ketua SMF adalah penanggung jawab pengelolaan SMF Obstetri dan Ginekologi. Dalam menjalankan tugasnya Kepala SMF bertanggung jawab kepada Direktur RSUP Dr. Kariadi Semarang. Dalam menjalankan tugasnya Kepala SMF dibantu oleh semua anggota Staf Medik Fungsional. Ketua SMF mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, membina dan mengkoordinasikan pelaksanaan di SMF Obstetri dan Ginekologi dan ikut merumuskan kebijakan di SMF Obstetri dan Ginekologi.

(3) Kepala Sub Bagian

Kepala sub bagian bertugas membantu Ketua Bagian untuk mengelola upaya penyelenggaraan dan pengembangan Sub-Bagian. Ketua Sub-Bagian bertugas memimpin, menyusun perencanaan, pelaksanaan, pengembangan, koordinasi dan mengawasi pelaksanaan penyelenggaraan kegiatan Sub-Bagian.

Pelayanan KB di Poliklinik KB dan Infertilitas RSUP Dr. Kariadi sudah jarang dijumpai sejak sistem BPJS Kesehatan diberlakukan pada tahun 2014. Terjadi penurunan yang sangat signifikan secara kuantitas dari kesertaan KB di poliklinik rawat jalan dikarenakan pelayanan KB tanpa komplikasi hanya bisa dilayani di FKTP atau faskes pertama. Poliklinik KB terpadu yang diberi nama

Klinik Fertilitas Endokrinologi dan Reproduksi terletak di lantai 2 namun sejak tahun 2016 sudah tidak beroperasi lagi dan lokasinya sekarang bergabung dengan poliklinik sub spesialis Obstetri Ginekologi lainnya.



**Gambar 4.1 Ruang Poliklinik Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi**  
Sumber: Dokumentasi Pribadi (2017)



**Gambar 4.2 Ruang Poliklinik Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi**  
Sumber: Dokumentasi Pribadi (2017)

Pelayanan KB pada pasien rawat inap ditujukan bagi pasien pasca persalinan dengan kehamilan beresiko dan pasien rujukan dengan komplikasi berat. Ruang VK merupakan ruang bersalin yang terletak di lantai dasar sebagai untuk tindakan persalinan *post partum* berdampingan dengan ruang rawat inap yang disebut sebagai ruang Cendrawasih Bagian Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi.



**Gambar 4.3 Ruang Bersalin Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi**  
Sumber: Dokumentasi Pribadi (2017)



**Gambar 4.4 Ruang bersalin Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi**  
Sumber: Dokumentasi Pribadi (2017)

## **B. Hasil dan Pembahasan**

Pada bagian ini akan diuraikan mengenai hasil dari penelitian di Bagian Obstetri Ginekologi RSUP. Dr. Kariadi terutama pada determinan dan upaya rumah sakit terhadap peningkatan kualitas pelayanan keluarga berencana, disini akan ditekankan pada peran rumah sakit Dr. Kariadi sebagai institusi atau lembaga pemerintah yang selayaknya mendukung pelaksanaan program keluarga berencana. Implementasi kebijakan tersebut adalah pada pelaksanaan program keluarga berencana yang secara teknis diwujudkan dalam bentuk pelayanan KB di rumah sakit. Maka penelitian ini hanya akan melihat pada sisi bagaimana optimalisasi determinan dan upaya rumah sakit terhadap peningkatan kualitas pelayanan KB sebagai salah satu implementasi kebijakan publik, yang secara spesifik terfokus pada sisi pelayanan publik, serta kendala atau hambatan yang ditemui ketika kebijakan tersebut diimplementasikan.

### **1. Implementasi Kebijakan Pelayanan KB Pasca Persalihan**

Program KB merupakan salah satu kebijakan publik yang dibuat oleh pemerintah untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu di masyarakat, diantaranya merupakan upaya promotif dan preventif untuk menekan laju pertumbuhan penduduk dengan membatasi jumlah kelahiran dan mewujudkan keluarga kecil yang berkualitas. Program KB adalah suatu kebijakan publik yang merupakan bagian dari pelayanan publik. Melalui kebijakan Keluarga Berencana tersebut, masyarakat diharuskan untuk membatasi jumlah kelahiran dengan anjuran pemerintah bahwa setiap keluarga hanya memiliki maksimal dua anak dan

kebijakan ini diberlakukan kepada seluruh lapisan masyarakat. Karena mencakup masyarakat luas, maka kebijakan tersebut tentunya tidak mudah untuk diterima begitu saja oleh setiap warga masyarakat dengan berbagai latar belakang sosial, ekonomi dan budaya.

Pada penelitian ini, optimalisasi determinan dan upaya rumah sakit akan menjadi sangat penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan Keluarga Berencana. Menurut Wahab (1997:63) “Implementasi kebijakan dapat dilihat dari sudut pandang: (1) Pembuat kebijakan (2) Pejabat – pejabat pelaksana di lapangan (3) Sasaran kebijakan (*target group*).” Pada tahap ini pembuat kebijakan mengenai pelayanan KB di rumah sakit akan terfokus pada sejauhmana kebijakan tersebut telah tercapai dan apa alasan yang menyebabkan keberhasilan atau kegagalan dari kebijakan tersebut.

### **1. Pembuat Kebijakan di RSUP Dr. Kariadi**

Pada implementasi program Keluarga Berencana di RSUP Dr. Kariadi pembuat kebijakan adalah aktor - aktor yang memiliki wewenang sebagai *policy maker* terkait dengan pelaksanaan pelayanan keluarga berencana di rumah sakit. Di lingkup rumah sakit, aktor tersebut adalah jajaran Direksi yang dalam hal ini paling berperan menentukan kebijakan adalah Direktur Pelayanan Medik. Secara vertikal bagian yang secara teknis memberikan pelayanan KB berada di bawah Direktur Pelayanan Medik yaitu Bagian Kebidanan dan Kandungan RSUP. Dr. Kariadi dan tim PKBRS. Aktor *policy maker* tersebut adalah Kepala Bagian Obstetri Ginekologi dan para dokter yang tergabung di dalam Tim Pelayanan KB

di Rumah Sakit. Jadi dimasing – masing tingkatan para aktor pembuat kebijakan telah merancang suatu kebijakan di lingkup internal dimana aktor tersebut berada.

Di bagian Obstetri Ginekologi, kebijakan internal yang diberlakukan terkait dengan pelayanan KB adalah dengan mengintensifkan pemberian pelayanan KB yang dilaporkan setiap hari (pagi dan sore) kepada dokter penanggung jawab pelayanan KB yang tergabung dalam tim PKBRS dalam bentuk pesan singkat melalui alat komunikasi *hand phone*. Selain itu laporan pelayanan KB juga disampaikan pada rapat bagian pada hari rabu setiap minggunya. Rapat bagian tersebut dihadiri oleh seluruh dokter DPJP dan residen yang ada di bagian Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi.

Salah satu materi yang disampaikan dalam rapat bagian yaitu laporan mingguan mengenai berapa jumlah pasien bersalin di RSUP Dr. Kariadi setiap minggunya. Dari jumlah pasien bersalin tersebut ada berapa pasien yang dilaporkan sudah menggunakan kontrasepsi berikut kontrasepsi yang mereka pilih. Hal tersebut menunjukkan adanya kontrol dan sistem *monitoring* yang diberlakukan di Bagian Obstetri Ginekologi setiap minggu terkait dengan pelayanan KB pasca persalinan. Menurut Informan Dokter Sp 5 selaku ketua Bagian Obstetri Ginekologi yang memiliki wewenang untuk membuat kebijakan internal mengenai pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi, beliau menyatakan:

*“Kalau kita 100% semua pasti dapat pelayanan KB, tergantung pada indikasinya, jadi contoh anak pertama keguguran ya pasti kita ndak akan kasih IUD, tapi kalau sudah lebih dari tiga, lebih dari empat, ya sudah pasti steril, kalo di kariadi lho ya saya mengharuskan untuk itu. Dan setiap Rabu dikontrol kog, tiap Rabu kan mereka laporan. KB suntik sekian, KB kondom sekian, yang kondom alasannya kenapa tidak IUD, tiap rabu laporan.’*

Hal tersebut senada dengan apa yang disampaikan Informan Dokter Sp3 selaku ketua Sub Bagian Fetomaternal Bagian Obstetri Ginekologi RSUP dr. Kariadi, sebagai berikut:

*“Iya ada surat dari PKBRS untuk menggalakkan KB, dan seminggu sekali kami ada rapat, kita selalu menyampaikan selama seminggu layanan KB nya berapa, kemudian KB apa yang banyak diberikan, pil, kondom, IUD.”*

Ketika berlakunya suatu kebijakan, maka kebijakan tersebut akan diiringi dengan konsekuensi yang akan diterima oleh implementator kebijakan, jika kebijakan tersebut tidak berjalan sebagaimana mestinya. Di RSUP Dr. Kariadi terdapat konsekuensi tertentu bagi dokter residen yang tidak berhasil melakukan tindakan pemasangan kontrasepsi pasca persalinan, mereka dianggap tidak mampu memberikan konseling kepada pasien, akibatnya dokter residen tersebut harus kembali belajar teknik konseling selama dua minggu di klinik KB. Seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 5, sebagai berikut:

*“Kalau saya terus terang kaku (tegas) di rumah sakit ini perkara KB, jadi kalau tidak bisa dikonseling KB, residennya boleh naik ke DPJP tapi residennya saya kembalikan ke klinik KB dua minggu, pendidikannya mundur dua minggu, supaya dia belajar konseling lagi disitu.”*

Hal yang sangat disayangkan bahwa kebijakan mengenai pemberlakuan konsekuensi tersebut hanya diberikan kepada residen sebagai peserta didik, dan tidak bagi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Pasien (DPJP). DPJP memiliki hak sendiri untuk memutuskan bahwa seorang pasien perlu diberikan pelayanan kontrasepsi atau tidak. Pernyataan Informan Dokter Sp 5 mengenai konsekuensi residen kembali ke poliklinik KB (rawat jalan) untuk memperdalam ilmu

konseling tersebut menjadi tidak optimal dikarenakan sejak BPJS kesehatan diberlakukan, jumlah kunjungan pasien yang datang ke poliklinik KB juga semakin berkurang, sehingga pada tahun 2016 keberadaan poliklinik KB telah digabungkan dengan poliklinik Obstetri Ginekologi. Penurunan jumlah kunjungan pasien KB di poliklinik KB tersebut dapat terlihat dari Gambar 4.6 berikut ini :



**Gambar 4.5 Kunjungan di Poliklinik KB RSUP Dr. Kariadi th 2013 - 2015**  
**Sumber : RSUP Dr. Kariadi (2015)**

Dari data yang peneliti peroleh, terlihat telah terjadi penurunan yang signifikan terhadap kunjungan pasien yang akan menggunakan kontrasepsi di RSUP Dr. Kariadi, hal tersebut dapat terlihat melalui data kunjungan pasien poliklinik KB dari tahun 2013 ke tahun 2015. Adanya kebijakan internal mengenai konskuensi bagi residen untuk kembali belajar konseling di poliklinik KB akan menjadi kurang bermakna. Hal ini disebabkan karena klinik KB tersebut justru saat ini sedang kesulitan mendapatkan pasien untuk dikonseling maupun diberikan pelayanan KB.

Menurut aturan dari BPJS kesehatan, calon akseptor yang akan ber KB akan dilayani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk mendapatkan berbagai metode pelayanan kontrasepsi kecuali MOW dan MOP, atau akseptor dengan kompliasi. Pasien yang berkunjung ke RSUP Dr. Kariadi adalah pasien yang ingin ber KB tapi dengan komplikasi. Dan di tahun 2017 ini, keberadaan poliklinik KB telah digabungkan dengan poliklinik Obstetri Ginekologi, begitupun bagi petugas medisnya, bidan poliklinik KB juga bertugas di poliklinik Obstetri Ginekologi. Mengenai penggabungan poliklinik Obsgin tersebut, sesuai dengan keterangan yang disampaikan Informan Dokter Sp 1 selaku staf di Sub bagian Fertilitas Endokrinologi Reproduksi berikut :

*“Di Kariadi ini kan poliklinik KB sudah ga jalan karena tidak bisa diklaim pasiennya, jadi pelayanannya kan tidak bisa kesini tapi ke tipe C, itu saja sudah habis, yang kesini paling yang komplikasi, yang komplikasi pun sudah jarang sekarang, karena KB sudah tidak di tipe A lagi, nah paling yang dikerjakan disini adalah KB pasca persalinan itu karena sekalian, itupun kemaren sempet ribut karena tidak bisa di klaim jadi pada males, tapi kan yang menjadi masalah yang sudah diteliti disini lho ya, kan banyak masalah KB pasca persalinan itu, perdarahannya banyak, ekspulsinya tinggi, kayaknya agak mbleret ini, lagian ngga semua mau mengerjakan”*

Berkurangnya akseptor KB yang berkunjung ke poliklinik KB, secara otomatis akan berdampak pada berkurangnya kesempatan residen untuk memberikan konseling di klinik KB. Proses pemberian konseling justru akan dapat diberikan pada pasien ibu hamil, baik pada saat *antenatal care* (ANC) maupun *postnatal care* (PNC). Hal tersebut dikarenakan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi saat ini hanya dapat dikerjakan ketika pasca persalinan. Kebijakan internal mengenai anjuran keharusan memasang KB pasca persalinan yang diberlakukan Kepala Bagian kepada seluruh dokter di Bagian Obsteri Ginekologi,

pada kenyataannya dalam implementasinya tidak terlalu ketat, seperti keterangan yang disampaikan oleh Informan Dokter Sp 2 berikut:

*“Kalau IUD post partum kan istilahnya itu tidak diwajibkan, jadi hanya dokter dokter tertentu saja, kalo jampersal dulu diwajibkan.”*

Dan keterangan – keterangan yang diperoleh tersebut, maka perlu adanya revisi mengenai kebijakan internal yang telah ditetapkan oleh kepala bagian. Selain itu juga pentingnya menanamkan motivasi tidak hanya bagi residen akan tetapi juga bagi DPJP (dokter SpOG) selaku penanggung jawab pasien agar dapat memberikan KB pasca persalinan bagi pasien. Hal tersebut bertujuan agar selain meningkatkan cakupan KB di rumah sakit juga secara langsung mencegah terjadinya Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) bagi ibu hamil dengan komplikasi dan berkontribusi terhadap penurunan Angka Kematian Ibu.

#### **b. Pejabat – pejabat pelaksana di RSUP Dr. Kariadi**

Para implementator pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi adalah tenaga medis diantaranya dokter DPJP (dokter SpOG) dan dokter residen (dokter umum yang sedang menempuh program pendidikan dokter spesialis), sedangkan untuk bidan serta perawat dan coas sifatnya hanya sebagai asisten. Sesuai dengan Undang Undang RI Nomor 39 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit maka diberlakukan sistem DPJP yaitu Dokter Penanggung Jawab Pelayanan. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan atau disingkat DPJP adalah seorang dokter yang bertanggung jawab atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien jadi setiap pasien memiliki satu orang dokter

penanggung jawab. Hal ini bertujuan untuk menjamin tercapainya *Patient Safety* melalui pelaksanaan pelayanan yang berfokus pada pasien.

Kepemimpinan klinik (*clinical leadership*) yang kuat di rumah sakit diperlukan agar pimpinan rumah sakit dapat mempercayakan pasien rumah sakit pada pemimpin klinik ini dalam upaya pelayanan kesehatan pada pasien rumah sakit. Direktur RSUP Dr. Kariadi mempunyai 2 unsur penjamin terlaksananya pelayanan pada pasien, yaitu unsur manajemen pelayanan yang dipercayakan pada Manajer Pelayanan Pasien (*case manager*) dan unsur asuhan klinis pasien yang dipercayakan pada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Pasien (DPJP).

Pada sistem DPJP ini ternyata memiliki pengaruh terhadap keberlangsungan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi karena setiap Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Pasien bebas menentukan apakah pasien yang dilayani akan diberi kontrasepsi ataupun tidak. Seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 6, salah satu staf di sub bagian Obsginsos Bagian Obsgin RSUP dr. Kariadi, sebagai berikut:

*“Sebetulnya dari kita, kembali Kepala Bagian itu sangat menganjurkan untuk pemasangan KB tapi ya memang ada kebijakan dari DPJP masing – masing.”*

Berbeda halnya dengan ketika sistem DPJP belum diberlakukan, pasien merupakan tanggung jawab bersama, kebijakan untuk memberikan kontrasepsi pasca persalinan lebih permisif untuk dilakukan kepada semua pasien yang bersalin di RSUP Dr. Kariadi, dikarenakan setiap pasien tidak memiliki dokter penanggung jawab pelayanan pasien. Hal ini semakin ditegaskan oleh Informan

dokter Sp 2 selaku salah satu staf sub Bagian Fertilitas Endokrinologi Reproduksi, bahwa:

*“Kenapa dulu kontrasepsi itu bisa seakan – akan kompak semua terlibat, karena dulu belum ada sistem DPJP, Dokter Penanggung Jawab Pasien. Jadi dulu pasien – pasien kelas 3, yang bukan di kutilang, garuda, itu istilahnya milik bersama, itu ndak ada milik seseorang dokter, itu milik bagian, itu mulai berubah tahun 2013 ke 2014 itu berubah drastis terutama begitu akreditasi, jadi sekarang setiap pasien mempunyai DPJP, masing – masing. Bahkan di poliklinik pun sekarang DPJP yang bertugas harus stand by, artinya begini, kalau jaman dulu, itu melalui dokter – dokter residen itu kompak, pokoknya waktu itu komandannya PKBRS dr. Hary tinggal ngomong sama residen, pokoknya semua pasien yang partus yang bersalin harus semuanya KB, beres serentak, sekarang ndak, sekarang dokter A, dokter B, ada yang setuju dengan IUD post partum, ada yang nggak, ada yang wajib, ada yang nggak, ada yang nggak peduli, nah itu akhirnya masing – masing instruksi beda.”*

Pernyataan diatas menyebutkan bahwa salah satu dokter yang berperan dalam tim PKBRS dan beliau merupakan salah satu dokter di bagian Obstetri Ginekologi yang pernah bekerjasama dengan BKKBN melakukan penelitian mengenai AKDR pasca plasenta di RSUP Dr. Kariadi pada tahun 2009. Menurut keterangan *Key Person* Dokter Sp bahwa IUD pasca plasenta sangat penting diberikan bagi ibu pasca persalinan, seperti disampaikan sebagai berikut:

*“Pemasangan IUD pasca persalinan memang disarankan untuk mencegah kehamilan karena untuk pasien yang ANC tidak rutin dengan dokter yang bersangkutan (DPJP) nanti ketika waktunya kontrol tidak akan kembali lagi, jadi dia akan kehilangan (akseptor) dan tidak ber KB karena mereka adalah pasien rujukan”*

Dari pernyataan tersebut, dapat disimpulkan bahwa RSUP Dr. Kariadi sebagai rumah sakit tersier dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) tentunya tidak akan menerima pasien pasca bersalin tersebut untuk kembali kontrol ke RSUP Dr. Kariadi. Pada ibu pasca bersalin, ketika setelah nifas mereka

akan dapat dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yaitu puskesmas dan dokter keluarga. Jika yang bersangkutan memiliki kesadaran untuk melakukan kontrol dan menggunakan kontrasepsi tentunya ia akan kembali ke faskes pertama, namun jika ia tidak berminat atau memiliki pemahaman yang terbatas mengenai pentingnya menggunakan kontrasepsi disaat kembalinya kesuburan, maka yang bersangkutan akan enggan datang ke faskes tingkat pertama tersebut, ditambah lagi dengan alasan kesibukannya merawat bayi yang baru dilahirkannya. Hal inilah yang kemungkinan akan menyebabkan terjadinya Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) terhadap ibu – ibu yang memiliki kecenderungan komplikasi dan berisiko tinggi tersebut.

Pentingnya pemasangan IUD pasca plasenta tersebut didukung juga oleh beberapa penelitian IUD pasca plasenta yang dilakukan di beberapa senter rumah sakit di Indonesia. Selain pelaksanaan di RSUP dr. Kariadi, penelitian tersebut juga dilaksanakan bersamaan dengan rumah sakit lainnya yaitu RS. Abdoel – Muluk Lampung, RS. Saiful Anwar Malang, RS. Kanda'o Manado, RSUD Sardjito, RS Hasan Sadikin, RS Wlingi Blitar dan beberapa rumah sakit lainnya. (Kepmenkes, 2012)

Pada tahun 2012 Kementrian Kesehatan RI menerbitkan Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Pada saat ini tenaga kesehatan belum memiliki persepsi yang sama tentang pelayanan KB pasca persalinan. Pedoman ini diberikan sebagai acuan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan KB pasca persalinan. Dalam pedoman ini dijelaskan tentang metode dan jenis kontrasepsi KB pasca persalinan, konseling

dan manajemen pelayanan KB pasca persalinan serta dilampirkan Standar Operasional Prosedur (SOP) AKDR pasca persalinan. Pemakaian kontrasepsi pasca persalinan diharapkan dapat mencegah terjadinya kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat (salah satu komponen 4 terlalu) sehingga diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam menghindari terjadinya komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang menyebabkan kematian ibu.

Berkaitan dengan para implementator kebijakan pemasangan KB pasca persalinan ini, selain dokter DPJP, para pelaksana pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi adalah Residen yaitu dokter yang sedang menempuh Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS I) di RSUP Dr. Kariadi, dokter residen tersebut ada dibawah tanggung jawab DPJP. Setiap DPJP memiliki persepsi dan teknik tersendiri dalam menganjurkan pemasangan KB bagi pasien bersalin. Tidak semua DPJP setuju memberikan pelayanan KB pasca plasenta dengan berbagai alasan medis yang mereka berikan. Sebagian dokter lebih memilih menganjurkan pemasangan KB pada ibu bersalin setelah masa nifas. Untuk bidan sendiri sifatnya lebih banyak membantu sebagai asisten.

Berdasarkan keterangan - keterangan yang peneliti peroleh, terdapat beberapa dokter yang lebih menganjurkan penggunaan kontrasepsi bagi ibu pasca melahirkan justru pada periode setelah nifas (setelah 40 hari). Bagi rumah sakit, hal tersebut berarti akan memicu terjadinya *miss opportunity* atau kehilangan kesempatan ber-KB bagi ibu setelah melahirkan yang akan berimbas pada berkurangnya cakupan KB di rumah sakit. Selain itu, di kemudian hari tidak ada jaminan bahwa pasien tersebut akan memilih menggunakan atau tidak

menggunakan kontrasepsi ketika masa nifas berakhir, tanpa adanya monitoring dari rumah sakit. Terdapat beberapa pendapat yang menganjurkan KB pasca nifas dengan beberapa pertimbangan, seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 1, berikut kutipan wawancaranya:

*“Ya pasca nifas, kalo pasca persalinan untuk apa coba, 40 hari kan tidak mungkin hamil, kalo dari sisi medis ya ini dari india, ternyata sudah beberapa kali ada jurnal, ada penelitiannya siapa, ternyata kan ada masalah ekspulsinya tinggi banget, perdarahan ada yang sampai transfusi, kalau sectio itu, sekarang banyak yang dilepas tidak bisa, perdarahan banyak.”*

Hal yang hampir senada diungkapkan pula oleh Informan Dokter Sp 3 mengenai KB pasca nifas, berikut pernyataannya :

*“Kalau saya lebih condong memasang pasca nifas, kalau saya biasanya ke pasien menganjurkan untuk ikut KB kalau tentang IUD saya biasanya menganjurkan nanti setelah nifas kembali untuk dipasang karena rahim kan sudah kembali kepada uterus yang semestinya, soalnya kalau pasca plasenta kasusnya masih belum banyak sehingga berapa ekspulsinya, berapa dislokasinya, bagaimana itu saya belum bisa menyampaikan konklusinya, tapi kalau pasca nifas no problem selama ini.”*

Pernyataan dari ketua Sub Bagian Fetomaternal Informan Dokter Sp 3 tersebut didukung oleh keterangan dari ketua sub Bagian Uroginekologi yaitu Informan Dokter Sp 4, sebagai berikut :

*“Pada orang – orang yang educated kadang-kadang justru menolak IUD post plasenta pada saat caesar karena orang bisa memilih logika apabila ditanamkan IUD pada saat rahim masih besar, masih ada perjalanan inklusi, proses pengecilan uterus itu bisa mengakibatkan posisi rahim itu berubah atau bahkan lepas, atau ekspulsi, jadi pada saat itu ketika pasien diberitahukan akan hal itu, sebagian pasien menolak penggunaan IUD pasca plasenta.”*

Dari beberapa keterangan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa para pelaksana atau implementator kebijakan dalam hal ini dokter DPJP dan residen,

memiliki alasan medis tersendiri untuk memilih memasang ataupun tidak memasang IUD pasca plasenta. Kecenderungan untuk menganjurkan pemasangan KB pasca nifas tersebut juga dipengaruhi oleh pola berfikir masyarakat saat ini. Menurut sebagian dokter, para pasien yang memiliki wawasan dan bisa berfikir logis, tentunya akan lebih memilih untuk tidak menggunakan KB pasca plasenta, kemungkinan karena kekhawatiran yang dimiliki mereka. Padahal apabila dilakukan tenaga profesional kemungkinan beberapa keluhan tersebut tidak akan terjadi. oleh

Saat ini masyarakat dapat lebih mudah memperoleh berbagai informasi dari internet mengenai beragam metode kontrasepsi baik itu kelebihan dan kekurangannya. Bagi masyarakat yang berfikir praktis dan tidak ingin direpotkan oleh pemasangan alat kontrasepsi setelah nifas, kemungkinan akan meminta kepada dokter untuk pemasangan kontrasepsi pasca plasenta. Sedangkan bagi masyarakat lain yang memiliki pandangan tertentu mengenai kelemahan IUD pasca plasenta dan memiliki kekhawatiran akan efek samping yang akan diterimanya, tentunya masih berfikir dua kali untuk menerima tindakan tersebut.

**c. Sasaran Kebijakan Pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi**

Sasaran kebijakan (*target group*) program KB di RSUP Dr. Kariadi adalah semua ibu pasca persalinan dan pasangan usia subur yang ingin menunda kehamilan. Pada ibu pasca persalinan, mereka adalah pasien yang dirujuk karena komplikasi tertentu sehingga tidak bisa dilayani di rumah sakit tipe C dan B. Dengan diagnosa dan komplikasinya tersebut diharapkan setelah persalinan

seorang ibu sudah menggunakan kontrasepsi sebelum meninggalkan rumah sakit. Hal ini bertujuan agar tidak terjadi Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD) yang disebabkan oleh *miss opportunity* KB pasca persalinan, secara eksplisit hal ini berimplikasi pada penurunan angka kematian Ibu serta peningkatan cakupan KB di rumah sakit.

Penerapan sistem berjenjang bagi peserta BPJS kesehatan ini sangat berdampak terhadap penurunan jumlah kunjungan pasien yang ingin ber KB. Pada pasangan usia subur yang ingin menunda kehamilan atau tidak menginginkan anak lagi, namun membutuhkan kontrasepsi, mereka tidak akan dapat dilayani di RSUP dr. Kariadi. Hal ini dikarenakan pelayanan KB bagi ibu yang masih berstatus PUS atau ibu hamil tanpa komplikasi yang terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan, hanya dapat dilayani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau Faskes pertama, seperti puskesmas dan dokter keluarga.

RSUP Dr. Kariadi merupakan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), sehingga akan sangat jarang ditemui pasien yang ingin menggunakan kontrasepsi tanpa adanya indikasi atau komplikasi tertentu. Seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 2, sebagai berikut :

*“Disini tipe A, hal itu (MOW) hanya bisa dilayani di tipe C dulu, makanya disini akhirnya jauh berkurang memang untuk metode yang permanen itu. Termasuk misalnya pelayanan KB di poliklinik, tidak bakal bisa di kariadi, karena harus dilayani di level primer untuk kontrasepsi IUD.”*

Beberapa alasan yang mendasari hal tersebut adalah karena RSUP Dr. Kariadi merupakan rumah sakit tipe A yang bersifat tersier yaitu sebagai rujukan terakhir di tingkat provinsi Jawa Tengah dan tentunya pasien hamil yang dirujuk

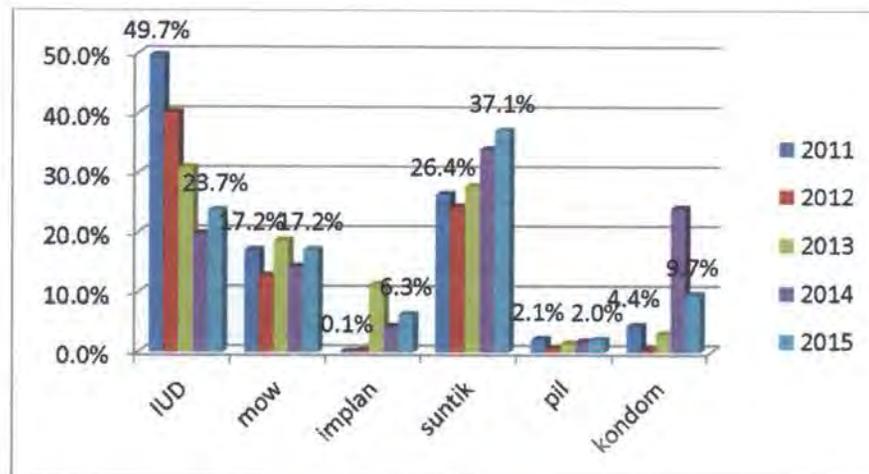
rumah sakit ini adalah pasien dengan kehamilan beresiko tinggi atau dengan komplikasi tertentu. Sehingga secara kuantitas dibandingkan tahun – tahun sebelumnya, jumlah pasien ibu hamil juga mengalami penurunan, dan bagi pasien yang tidak mengalami komplikasi sudah dapat dilayani di fasilitas kesehatan primer. Seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 2, sebagai berikut :

*“Iya karena kalau rumah sakit tipe A dan tipe B itu akan sulit terutama kalau pelayanan KB interval, akan kesulitan karena ndak bakal bisa masuk, kecuali ada orang mau steril tapi punya penyakit jantung, lha itu tapi kan jarang sekali.”*

Penggunaan kontrasepsi akan menjadi penting manakala dihadapkan dengan kasus komplikasi yang dimiliki oleh pasien – pasien tersebut. Ibu hamil dengan komplikasi tertentu, akan memberi sumbangan terhadap tingginya Angka Kematian Ibu bila kasus ini tidak dapat teratasi. Dan dalam hal ini rumah sakit memiliki dua tugas yang berkaitan dengan penanganan ibu hamil tersebut, pertama yaitu bagaimana tugas dokter dalam menolong persalinan dengan komplikasi dalam rangka menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, kedua bagaimana langkah yang ditempuh dokter agar tidak terjadi kehamilan lagi pada ibu dengan komplikasi karena dapat mengakibatkan kematian.

Adapun mengenai pemakaian kontrasepsi KB pasca persalinan secara terperinci terlihat adanya penurunan pada prosentase kesertaan KB yang meliputi berbagai jenis kontrasepsi khususnya KB IUD pasca melahirkan di instalasi rawat inap dalam jangka waktu lima tahun mulai dari tahun 2011-2015. Pemakaian IUD di tahun 2011 mencapai 49,7% dan terjadi penurunan menjadi 23,7% di tahun 2015. Sementara Metode Operasi Wanita dan penggunaan pil cenderung di angka

yang tetap. Untuk kontrasepsi implan, suntik dan kondom cenderung mengalami peningkatan. Seperti yang terlihat pada Gambar 4.6 berikut ini :



**Gambar 4.6 Tren Pemakaian Alat Kontrasepsi Pasca Persalinan dengan Semua Metode Kontrasepsi Tahun 2011- 2015**  
Sumber: RSUP Dr. Kariadi (2015)

Adanya penurunan kesertaan KB MKJP terutama pada kontrasepsi IUD yang terlihat dari tahun 2011 ke tahun 2015 bukan tanpa alasan, adanya kecenderungan pasien untuk beralih ke kontrasepsi suntik, implan serta kondom merupakan dampak dari adanya beberapa kebijakan yang ditetapkan pemerintah. Disini perlunya dukungan dari dokter untuk tidak berhenti memberikan konseling kepada ibu hamil dengan komplikasi dan beresiko tinggi tersebut, terutama pada saat *antenatal care (ANC)* dan *postnatal care (PNC)*. Adapun mengenai mekanisme proses konseling tersebut dapat dilihat melalui Tabel 4.1 berikut ini :

**Tabel. 4.1 Tabel Mekanisme dan Elemen Penting pada Proses Konseling pada Pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi**

KONSELOR	WAKTU KONSELING	TEMPAT	SASARAN
Semua petugas staf para medis/bidan dan residen PPDS Obsgin di RSUP Dr. Kariadi	- Antenatal Care (ANC) - Postnatal Care (PNC)	IGD Bag Obsgin, Bangsal Nifas, di VK/Kamar bersalin, Irja dan IBS	- Ibu hamil rujukan dengan resiko tinggi - Pasca persalinan pervaginam & bedah sesar
<b>KONTEN KONSELING</b>			
Pentingnya mengakhiri kehamilan bagi ibu risti untuk menghindari KTD & menurunkan AKI	Saran untuk sebaiknya menggunakan KB sebelum pulang dari rumah sakit agar segera terlindungi	IUD Pasca Plasenta paling efektif dari segi waktu hanya 10 menit dan secara medis aman	
<b>HAMBATAN</b>			
Tidak semua dokter memiliki pertimbangan medis yang sama mengenai KB Pasca Plasenta, ada yang cenderung menyarankan pasca nifas		Alasan : kondisi rahim masih belum kembali ke ukuran semestinya, menghindari terjadinya efek samping ekspulsi dan perdarahan	

**Sumber : Analisis Pribadi**

Selain mekanisme konseling yang masih memiliki hambatan, kesadaran dokter untuk memberikan KB pasca persalinan sebelum ibu pulang dari rumah sakit sangat penting agar ibu pasca persalinan sudah dapat dipastikan terlindungi oleh kontrasepsi baik itu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang maupun Kontrasepsi Mantap (Tubektomi).

Dari ketiga elemen yang telah disebutkan diatas, diantaranya : kebijakan, pejabat pelaksana kebijakan dan sasaran kebijakan, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pelayanan KB pada era JKN dan sebelum JKN, hal tersebut yang memberikan dampak terhadap mekanisme pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi, mekanisme pelayanan KB pada era JKN ini dapat dilihat dari Tabel 4.2 sebagai berikut :

**Tabel 4.2 : Pengaruh Kebijakan terhadap Mekanisme Pelayanan KB bagi Pasien di RSUP Dr. Kariadi**

SEBELUM JKN DIBERLAKUKAN	ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL	PENGARUH TERHADAP MEKANISME PELAYANAN
RS dapat menerima setiap pasien yang ingin berKB dan bersalin, baik yang rujukan maupun yang tidak	Pelayanan KB dengan sistem berjenjang, RSUP Dr. Kariadi sebagai rumah sakit rujukan terakhir (tersier) dengan kategori tipe A	Pemberian akses pelayanan KB menjadi berkurang, pasien yang dirawat hanya ibu bersalin dengan risti
Semua biaya persalinan ditanggung oleh jampersal termasuk alat kontrasepsi iud & implan, sehingga lebih mudah memotivasi pasien untuk ikut KB	Di era JKN dalam hal pembiayaan pelayanan KB pasca persalinan tidak dicover oleh BPJS Kesehatan, didalam tarif INA CBGs istilah "tubektomi" belum tercover	Pelaksanaan KB pasca persalinan menjadi tidak optimal dan cenderung berkurang
Tersedia poliklinik KB terpadu dengan beberapa kunjungan pelayanan KB	Hampir tidak ditemukan adanya pasien datang hanya untuk ber KB di poliklinik KB	Keberadaan Poliklinik KB Terpadu sudah digabung dengan Poliklinik Obsgin begitupun petugas medisnya

Sumber : Analisis Pribadi

## 2. Determinan Pada Implementasi Kebijakan KB

### a. Faktor Komunikasi

Pada penelitian ini faktor komunikasi atau kejelasan informasi di RSUP. Dr. Kariadi belum dapat berjalan secara optimal. Komunikasi yang merupakan variabel yang sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan pelayanan keluarga berencana, pada era jaminan kesehatan nasional ini masih mengalami banyak hambatan dan ketidakjelasan baik itu bagi petugas medis dan bagi para dokter sebagai pelaksana kebijakan di

RSUP Dr. Kariadi serta pasien pasca persalinan yang merupakan target sasaran kebijakan pelayanan KB di rumah sakit ini..

1) Proses transmisi informasi pelayanan KB di RS. Dr. Kariadi

Pelayanan KB di rumah sakit ini dilaksanakan di Bagian Kebidanan dan Kandungan (Obstetri dan Ginekologi) yang target sarannya yaitu pasien yang terdapat di instalasi rawat jalan maupun rawat inap. Proses penyaluran komunikasi kurang berjalan efektif karena terdapat tingkatan birokrasi dari satu unit ke unit lainnya. Disini peran tim PKBRS menjadi sangat penting sebagai unit yang bertanggung jawab untuk menyalurkan informasi mengenai program keluarga berencana ini sampai ke tingkat pelaksana dan pihak – pihak terkait yang ada di rumah sakit.

Menurut informasi dari staf di Obstetri Giekologi, tim PKBRS pernah memberikan himbauan mengenai pelayanan KB yang ditujukan kepada dokter dan petugas medis di rumah sakit untuk mensosialisasikan pelayanan KB pada unit dimana mereka berada, dan juga himbauan memberikan pelayanan KB bagi dokter yang membantu persalinan di RS dr. Kariadi. Seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 3, berikut ini :

*“Peran rumah sakit ada yaitu memberikan semacam perintah dalam tanda kutip pada para dokter untuk menghidupkan lagi kegiatan mulai dari konseling sampai dengan pelayanan KB.”*

Dari keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa transmisi informasi secara resmi sudah pernah diberikan oleh tim PKBRS melalui surat edaran resmi.

Adapun mengenai himbauan sudah pernah dilakukan namun cara ini masih belum efektif karena tidak dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

## 2) Kejelasan informasi pelayanan KB

Pada penelitian ini, faktor kejelasan informasi mengenai pelayanan KB bagi petugas pelaksana kebijakan yang dalam hal ini adalah dokter dan petugas medis masih belum berjalan secara maksimal. Kejelasan mengenai tata kelola pelayanan KB Rumah sakit yang telah tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 590/Kemenkes/SK/VII/2009 tentang pedoman pelayanan keluarga berencana di Rumah Sakit yang digunakan sebagai acuan bagi rumah sakit untuk mengimplementasikan program pelayanan KB. Himbauan pemerintah mengenai pelayanan KB di rumah sakit ini semakin diperjelas dengan diterbitkannya Peraturan Kepala BKKBN Nomor 146/HK-10/B5/2009 tentang Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran, disini dicantumkan pula mengenai prosedur teknik pemasangan AKDR pasca plasenta.

Kejelasan mengenai pelayanan KB di rumah sakit meliputi kejelasan pelaksanaan kebijakan KB di lingkup rumah sakit dan juga yang tidak kalah penting adalah penjelasan resmi mengenai pembiayaan bagi pelayanan KB yang dapat di klaim oleh BPJS. Selain itu penjelasan mengenai tarif pelayanan KB yang ditanggung BPJS bagi pasien juga harus dimengerti oleh para pelaksana kebijakan, agar tidak terjadi kesalahan persepsi ketika hal tersebut disampaikan kepada pasien. Hal tersebut seperti disampaikan Informan dokter Sp 6, berikut :

*“Saya sendiri secara pribadi juga belum tahu masalah klaim – klaimannya seperti itu, kalau kita di kariadi itu menjadi pertanyaan.”*

Pernyataan diatas semakin ditegaskan dengan adanya ketidak jelasan informasi yang disampaikan tersebut dikarenakan adanya informasi pembiayaan pelayanan KB yang belum disampaikan secara jelas kepada para implementator kebijakan, seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 4 selaku staf Bagian Obstetri Ginekologi berikut :

*“Belum ada edaran resmi yang membuat kita berani mengatakan bahwa KB metode apapun yang mana itu akan dicover BPJS dalam rangka JKN.”*

Seperti halnya pernyataan diatas, kejelasan informasi telah mengalami sedikit distorsi ketika kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional mulai diberlakukan pemerintah di tahun 2014, ada beberapa pelayanan KB yang tindakan medisnya dilakukan namun tidak mendapatkan imbalan karena dianggap tidak bisa diklaim oleh BPJS. Masa transisi dari kebijakan jampersal menuju pemberlakuan kebijakan JKN merupakan kompleksitas kebijakan yang tentunya mengakibatkan program keluarga berencana ini sedikit terabaikan dan terdistorsi. Seperti disampaikan Informan Dokter Sp 4, berikut ini :

*“Kalau dulu, jampersal itu menanggung semuanya, karena bagaimanapun juga yang menanggung itu pemkot, jadi jampersal kota atau provinsi, bahkan KB pun di klaim dalam arti pasien benar – benar diberi bantuan, jadi metode kontrasepsi malah dapat, tapi sekarang BPJS malah tidak menanggung apapun.”*

Pada saat penerapan sistem JKN, yang pada awalnya menimbulkan ketidakjelasan bagi pelaksana kebijakan apakah mereka harus tetap memberikan pelayanan KB pasca persalinan yang tidak bisa di klaim ataukah pasien diminta berkonsultasi kembali setelah masa nifas di faskes pertama, sehingga akibatnya terjadi penurunan jumlah kesertaan KB pasca persalinan pada awal pemberlakuan

BPJS sampai dengan saat ini. Hal tersebut seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 2, berikut ini :

*“Ya itu peralihannya di tahun 2013 dan 2014, saat itu kan peralihan dari jampersal, jampersal itu kan dulu gampang sekali untuk berobat ke rumah sakit, dan belum ada tipe – tipean, katakanlah dari bidan itu langsung ke sini bisa, dan hanya dengan syarat bersedia untuk memakai alat kontrasepsi. Itu aja. Jadi waktu itu memang digalakkan sekali untuk Keluarga berencana, tetapi di era BPJS ini kan agak berbeda karena BPJS itu istilahnya tidak mengcover pelayanan KB.”*

Hal serupa disampaikan oleh Key Informan dari BKKBN bahwa ada perbedaan sejak JKN diberlakukan, seperti dinyatakan sebagai berikut :

*“RS Kariadi mendapat juara 1 nasional dalam kategori KB pasca persalinan dan keguguran pada tahun 2009 dan 2013 lomba KB pasca persalinan tipe A karena cakupannya paling tinggi sampai 90 % waktu itu, cuman waktu terakhir dr. Hary juga cerita sejak era JKN tidak setinggi pada waktu lalu karena kan pembiayaannya IUD sendiri dirumah sakit kan sekarang belum tercover bener, MOW pun juga sekarangkan pasca salin pervaginam hampir sama biayanya, bedah sesar pun selisih tapi sedikit, itu permasalahannya.”*

Dari keterangan - keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa mengenai kejelasan informasi dalam pelayanan KB belum dapat dikatakan optimal. Ada beberapa dokter yang belum memahami mengenai pelayanan KB di era JKN ini khususnya mengenai pembiayaan. Dalam hal pembiayaan pelayanan KB, informasi sifatnya masih simpang siur karena pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi dapat dilakukan akan tetapi tindakan tersebut belum bisa diklaim ke BPJS kesehatan, artinya dilakukan atau tidak dilakukan tindakan MOW pasca persalinan, tetap masih menjadi satu kesatuan tindakan dengan tarif yang tetap sama.

Dalam hal ini, berkaitan dengan kejelasan komunikasi belum dapat diaplikasikan pihak rumah sakit dikarenakan ada beberapa informasi yang masih belum dapat diterima dengan jelas oleh tim dokter berkaitan dengan pelayanan MOW sehingga menimbulkan kebingungan dan bermakna ambigu.

### 3) Konsistensi antara kebijakan dengan regulasi

Konsistensi ataupun ketepatan layanan dengan regulasi merupakan hal yang mendasar dalam sebuah pelayanan publik. Dalam hal ini kebijakan pelayanan keluarga berencana harus didukung dengan aturan kebijakan dan regulasi agar pada implementasinya bisa berjalan secara berkesinambungan. Namun pada kenyataannya pelayanan KB di rumah sakit, dari segi pembiayaan belum sepenuhnya didukung oleh regulasi yang ada. Hal tersebut seperti disampaikan Informan Dokter Sp 4, berikut ini :

*“Dari atas ya seharusnya ada kebijakan yang jelas, JKN ini peduli ndak sama keluarga berencana, sampai sekarang kepeduliannya masih dirasakan tidak menyentuh ke arah kontrasepsi, tidak menyentuh sama sekali justru yang disentuh adalah orang – orang yang dianggap nantinya kalau melahirkan beresiko tinggi, nah pencegahan itu kan semestinya sebelum dia hamil.”*

Kebijakan mengenai pelaksanaan pelayanan KB seharusnya dapat menyentuh sampai ke setiap fasilitas kesehatan yang ada maupun rumah sakit primer, sekunder dan tersier. Kebijakan Sistem JKN yang menempatkan pelayanan kesehatan berjenjang ini memiliki kelebihan dan kekurangan tertentu. Bagi RSUP Dr. Kariadi dengan kategori tersier, tentunya pelayanan KB yang bisa di tangani hanya Metode Operasi Wanita (tubektomi) saja, sedangkan untuk alat

kontrasepsi metode lainnya dapat dilayani di Faskes tingkat 1 sehingga pemasangan metode IUD atau implan di RSUP Dr. Kariadi tidak dapat diklaim dikarenakan metode tersebut hanya dapat di klaim di faskes tingkat pertama, hal tersebut seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 5, berikut ini :

*“Jadi BPJS itu selalu kaku.. kakunya begini karena bunyinya IUD pasca plasenta jadi pelayanannya IUD, IUD itu cuman hanya dilayani menurut BPJS di FKTP.*

Dalam hal ini ketidakconsistenan regulasi disebabkan karena pelayanan KB tidak didukung oleh pembiayaan dari sistem INA CBG;s. Hal tersebut menjadi salah satu kendala yang menyebabkan penurunan angka kesertaan KB MKJP di RSUP Dr. Kariadi. Dampak yang secara tidak langsung mempengaruhi kebijakan pelayanan KB ini, oleh beberapa dokter dianggap sebagai kebijakan yang terbalik, artinya di RSUP Dr. Kariadi yang merupakan rumah sakit tipe A dengan pasien ibu hamil komplikasi beresiko tinggi tentunya KB dianggap vital karena dapat mencegah terjadinya kembali kehamilan beresiko yang berdampak pada kematian ibu dan bayi, seperti disampaikan Informan Dokter Sp4, berikut ini :

*“Sebetulnya harapannya kalau idealnya yang ditanggung proses persalinan itu ya yang betul - betul beresiko tinggi, itu okelah, yang tidak beresiko tinggi, hamil ke tiga, partus normal dengan kemungkinan normal itu tidak perlu ditanggung, yang ditanggung justru terbalik, sekarang itu BPJS menerapkan suatu kebijakan yang terbalik, ketika orang sudah beresiko tinggi malah dibiarkan tidak ber KB karena biaya ber KB justru tidak ada.”*

Dari beberapa keterangan diatas, berkaitan dengan konsistensi kebijakan maka dapat disimpulkan bahwa terdapat ketidak konsistenan antara ketentuan program pemerintah dan regulasi yang ada. Disatu sisi terdapat himbauan pelayanan KB sebagai salah satu kebijakan pemerintah dalam bentuk pelayanan

publik, disisi lain kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional justru kurang menyentuh program Keluarga Berencana. Hal ini menimbulkan pertentangan yang mengakibatkan distorsi dan hambatan yang langsung dalam komunikasi kebijakan.

Pemasangan kontrasepsi yang merupakan salah satu program pemerintah hendaknya mendapatkan dukungan penuh dari pemerintah, salah satunya melalui pembiayaan di setiap jenjang fasilitas kesehatan baik itu faskes pertama maupun kedua. Tindakan pelayanan KB hendaknya dapat diperoleh masyarakat luas di fasilitas kesehatan manapun, termasuk rumah sakit primer, sekunder dan tersier. RSUP Dr. Kariadi sebagai rumah sakit tersier, tidak dapat menerima semua jenis metode kontrasepsi dan semua pelayanan KB.

Pada kenyataannya pembiayaan pelayanan KB yang tidak dapat diklaim oleh Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan tersebut nampaknya menimbulkan adanya sedikit demotivasi di kalangan sebagian dokter tertentu. Dampaknya beberapa dokter merasa pemasangan KB pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi bukan menjadi suatu prioritas lagi di rumah sakit ini artinya bertentangan dengan kebijakan internal yang diberlakukan di Bagian Obsgin bahwa dokter harus mengutamakan pemberian pelayanan KB pasca persalinan maka timbullah resistensi terhadap kebijakan tersebut. Adapun gambaran mengenai implementasi kebijakan di RSUP Dr. Kariadi dapat dilihat dari Tabel 4.3 berikut ini :

**Tabel 4.3 Implementasi Kebijakan Program KB di RSUP Dr. Kariadi**

Aktor & Implementator	Substansi Kebijakan	Resistensi kebijakan
- Aktor pembuat kebijakan pelayanan KB adalah Jajaran Direksi dan	- Anjuran pemberian KB pasca persalinan dengan indikasi, terutama IUD	- Tindakan KB pasca persalinan tidak termasuk dalam tarif

<p>Manajemen Rumah Sakit, Kepala Bagian Obstetri Ginekologi (Ka KSM), tim PKBRS dan Sub Bagian Fertilitas Endokrinologi Reproduksi</p> <p>- Implemenator Kebijakan adalah semua Dokter SpOG, Residen, dan Bidan di RSUP Dr. Kariadi</p>	<p>pasca plasenta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laporan rutin pelayanan KB/monitoring harian, setiap selesai tugas pagi dan tugas jaga</li> <li>- Setiap 2-3 hari residen melaporkan bukti pencatatan dalam buku harian pelayanan KB kepada penanggung jawab KB</li> <li>- Rapat evaluasi khusus PKBRS setiap hari senin : materi meliputi evaluasi mingguan, strategi peningkatan cakupan dan mutu pelayanan</li> <li>- Laporan rutin pelayanan KB di rapat bagian setiap minggu di hari Rabu, materi pertemuan jaga mutu pelayanan</li> <li>- Rapat Kerja Bagian, setiap jumat ke 4 , materi : laporan penting pelayanan KB bila ada komplikasi/efek samping</li> <li>- Konskuensi bagi dokter residen PPDS I yang tidak mampu memberi konseling</li> </ul>	<p>INA CBG's pada sistem JKN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya demotivasi dari sebagian dokter untuk melakukan tindakan KB pasca persalinan</li> <li>- Pelaksanaan KB tidak optimal karena ada sistem DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien)</li> <li>- Poliklinik KB terpadu sudah tidak ada.</li> </ul>
---	--	--

Sumber : Analisis Pribadi

#### b. Faktor Sumber Daya

Faktor Sumber daya turut berperan dalam menentukan keberhasilan maupun kegagalan sebuah implementasi kebijakan, indikator – indikator yang digunakan untuk mengukur sejauh mana sumber daya mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijaksanaan terdiri dari staff, ketersediaan anggaran, informasi dan wewenang dan fasilitas. berikut adalah penjelasannya :

1) Jumlah personil pelaksana pelayanan KB di rumah sakit.

Petugas medis di RS. Dr. Kariadi terdiri dari 22 Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan, 62 Residen atau Dokter umum yang sedang menempuh pendidikan Spesialis Obstetri dan Ginekologi, Mahasiswa yang sedang menempuh pendidikan profesi dokter (Co.As), bidan dan perawat. Dengan jumlah personil yang cukup memadai dan dengan kompetensi yang dimiliki mereka, pelayanan KB akan menjadi lebih optimal berkat dukungan dan pemberian konseling kepada calon akseptor dan ibu hamil pada masa *antenatal care* (ANC) dan *postnatal care* (PNC).

Bagian Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi terdiri dari 5 divisi yang masing – masing memiliki sub spesialis dari ilmu obstetri ginekologi yaitu sub bagian Fertilitas Endokrinologi Reproduksi, sub bagian Fetomaternal, Sub Bagian uroginekologi, Sub bagian Obsginsos dan Sub bagian Onkologi. Berkaitan pelayanan KB di rumah sakit, pelaksanan utama adalah staf dari Sub bagian Fertilitas Endokrinologi Reproduksi.

2) Ketersediaan anggaran pelayanan KB di Rumah Sakit.

Dalam hal anggaran, pembiayaan diperoleh melalui sistem JKN yang diklaim rumah sakit kepada BPJS kesehatan dengan berpedoman pada sistem INA CBG's yang merupakan sistem paket berdasarkan diagnosa. Berkaitan dengan ketersediaan alat kontrasepsi Pembiayaan pelayanan KB di FKTP dan FKRTL telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program

Jaminan Kesehatan. Menurut Permenkes No. 59/2014 pasal 3 disebutkan bahwa pil dan kondom untuk pelayanan KB hanya dapat dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan dibiayai JKN melalui sistem kapitasi. Berbeda dengan metode kontrasepsi selain pil dan kondom, metode lainnya menggunakan tarif Non Kapitasi. Tarif pembiayaan tersebut yaitu pelayanan KB suntik Rp15 ribu, pemasangan atau pencabutan IUD Rp100 ribu, pemasangan atau pencabutan implan 100 ribu rupiah, vasektomi 350 ribu rupiah, komplikasi pasca penggunaan kontrasepsi 125 ribu rupiah.

Sementara pelayanan KB di FKRTL yang bersifat operatif atau berdasarkan indikasi medis rujukan dari FKTP diklaim dari paket INA CBGs. Di RSUP dr. Kariadi sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut merupakan fasilitas kesehatan tingkat tersier yang menangani kasus komplikasi tertentu dengan rujukan. Adapun tarif pelayanan KB dengan paket INA CBG's merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket" berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis.

Sistem pembayaran menggunakan Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs) yang digunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak akan merugikan rumah sakit (RS) karena sebagian besar tarifnya diatas standar. Tujuan penggunaan tarif paket INA CBG's dalam JKN adalah untuk mendorong efisiensi tanpa mengurangi mutu pelayanan. INA CBGs merupakan *cost effective system*.

Di RSUP Dr. Kariadi, kaitannya dengan pembiayaan KB di era JKN ini masih banyak dokter yang belum memahami tentang pembiayaan pelayanan KB.

Pada tahun 2014 mulai diberlakukan sistem JKN namun sama sekali belum menyentuh pelayanan KB. Tindakan KB pasca salin masih belum tercantum dalam paket persalinan seperti yang diungkapkan Informan Dokter Sp 6, berikut :

*“Ternyata tidak masuk dalam anggaran JKN, di rumah sakit lain pun juga sama tidak masuk didalam anggaran JKN, kalau bisa itu dibuat menjadi satu paket pelayanan ibu melahirkan itu kan lebih baik untuk KB pasca salinnya.”*

Pada saat dikonfirmasi dengan key informan dari BPJS, beliau mengatakan bahwa penting sosialisasi di kalangan dokter mengenai pembiayaan oleh sistem BPJS akan tetapi dari BPJS sendiri menemui beberapa kendala bila terkait dengan sosialisasi terhadap dokter seperti dikatan key informan dari BPJS, berikut ini :

*“Untuk sosialisasi tentunya sangat perlu, tetapi yang namanya BPJS itu kerjasama dengan direktur rumah sakit secara institusi. Ada yang namanya sosialisasi harusnya itu juga menjadi rumah sakit mensosialisasikan kepada dokternya, karena kalau kami hanya sebatas mengundang perwakilan dari rumah sakit dari 24 rumah sakit di kota Semarang dan Demak. Kami undang semua rumah sakit untuk pencegahan kecurangan - kecurangan, kan tidak mungkin kami undang sivitas akademika rumah sakit, nah tugas mereka yang mengundang untuk mensosialisasikan, ya yang namanya dokter waktunya susah, diundang tidak datang, diberi buku bacaan tidak dibaca.”*

Dari keterangan tersebut, maka dapat diketahui bahwa sosialisasi sangat diperlukan, terutama pihak penyelenggara adalah dari rumah sakit, karena manajemen rumah sakit yang memiliki tugas untuk mensosialisasikan informasi yang mereka terima dari BPJS kepada para petugas medis terutama para dokter SpOG sebagai pelaksana pelayanan KB di rumah sakit.

### 3) Fasilitas Pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi

Fasilitas yang mendukung pelaksanaan program Keluarga Berencana di RS. Dr. Kariadi sudah cukup lengkap, diantaranya ketersediaan peralatan kesehatan

modern yaitu alat laparoskopi yang digunakan untuk tindakan tubektomi. Fasilitas lainnya seperti halnya alat – alat medis dan *gynecologi bed*, karena kondisi saat ini poliklinik KB tersebut sudah digabungkan maka peralatan medis juga sudah berpindah ke poliklinik gabungan. Mengenai alat laparoskopi untuk pelayanan MOW dari BKKBN Provinsi Jawa Tengah, RSUP Dr. Kariadi pernah menerima bantuan alat laparoskopi sebanyak dua buah, seperti yang disampaikan Key Informan dari BKKBN sebagai berikut :

*“Ada alatnya laparoskopi bantuan dari kita, terakhir diberikan tahun 2015, kariadi sudah pernah dapat laparoskopi dua kali, laparoskopi kan harganya 250 juta satu set, jadi terakhir dari PKMI kita kerjasama, rumah sakit yang sudah di dropping laparoskopi juga harus ada pelatihannya, tapi berhenti di tahun 2015, karena dari 35 laparoskopi hanya 5 rumah sakit yang menggunakan laparoskopi, ada yang sudah dilatih ndak pede, kalo tidak jeli kan susah, ada yang minta diberi monitor, cuma harga monitornya kan 100 juta.”*

Dari apa yang disampaikan tersebut, BKKBN memang perlu melakukan *follow up* ke 35 kabupaten/kota untuk mengetahui dan mengevaluasi penggunaan alat laparoskopi yang pernah diberikan kepada rumah sakit serta pelatihan kepada dokter dan bidan yang pernah diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan bekerjasama dengan BKKBN Provinsi Jawa Tengah.

Dari beberapa keterangan diatas, berkaitan dengan variabel sumber daya yang dimiliki RSUP dr. Kariadi maka ketersediaan sumber daya yang meliputi staff, anggaran dan fasilitas jumlahnya sudah cukup memenuhi. Kualitas sumber daya manusia yang terdiri dari tim dokter yang berkompeten dalam bidang program KB jumlahnya cukup tersedia dengan ketrampilan yang terus dikembangkan melalui pelatihan – pelatihan kontrasepsi terkini yang diikuti

mereka secara periodik sehingga kompetensi mereka dalam mendukung implementasi kebijakan KB dapat berjalan beriringan. Hal tersebut juga ditunjang dengan sarana dan prasana lengkap yang dimiliki RSUP. Dr. Kariadi.

### c. Faktor Disposisi

Kecenderungan perilaku yang dimiliki oleh para implementator pelayanan KB di Rumah Sakit sangat dipengaruhi oleh kebijakan yang berlaku di rumah sakit mengenai pelayanan KB itu sendiri. Karakter penting yang harus dimiliki oleh para dokter dan petugas medis misalnya kejujuran dan komitmen. Kejujuran akan mengarahkan mereka untuk tetap berada dalam tujuan program yang telah digariskan, serta komitmen yang tinggi akan membuat mereka selalu antusias dalam melaksanakan tugas, wewenang, fungsi dan tanggung jawab sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan.

Di RSUP Dr. Kariadi untuk semua tindakan medis pemasangan alat kontrasepsi dilakukan oleh petugas medis yaitu Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Komitmen untuk memberikan konseling dan pelayanan KB bagi ibu pasca persalinan telah dimiliki dokter tersebut dalam rangka menggalakkan program KB di rumah sakit. Namun pada era Jaminan Kesehatan Nasional ini, komitmen tersebut mulai sedikit luntur seiring dengan berlakunya kebijakan BPJS yang tidak dapat mengklaim tindakan pemasangan kontrasepsi.

Hal ini menimbulkan demotivasi bagi sebagian dokter tersebut untuk tetap melaksanakan pelayanan KB yang merupakan salah satu bentuk kebijakan publik yang ditetapkan pemerintah. Bagi beberapa dokter yang memiliki komitmen

tinggi akan pentingnya pelayanan KB bagi ibu pasca persalinan tentunya kebijakan yang tidak berpihak terhadap KB tersebut tidak terlalu mempengaruhi keputusan mereka untuk tetap memberikan layanan KB walaupun tindakan medis mereka tidak bisa di klaim oleh BPJS. Sebagian dokter lainnya menyatakan bahwa tetap menganjurkan pasien pasca persalinan untuk ikut KB akan tetapi tidak memaksakan kehendak pasien karena pemasangan KB pasca persalinan juga bukan tanpa komplikasi. Dan sebagian yang lain ada yang menyatakan mereka memang tidak memberikan layanan KB pasca persalinan karena tidak bisa di klaim oleh BPJS.

Kecenderungan – kecenderungan tersebut tentunya sangat dipengaruhi oleh kebijakan yang ada saat ini. Pada saat kebijakan program jampersal diberlakukan, setiap pasien yang akan melahirkan diharuskan untuk mengikuti KB setelah proses persalinan, namun hal ini berbeda pada saat JKN diberlakukan sehingga kecenderungan para implementator untuk melaksanakan pelayanan KB menjadi berkurang. Hal ini disampaikan oleh Informan Dokter Sp 2, berikut ini:

*“Jampersal waktu itu ditekankan sekali kontrasepsi itu, istilah nya pasien harus kontrasepsi baru bisa dilayani dengan jampersal. Makanya kan waktu itu galak sekali, tapi begitu BPJS kan hilang, motivasi itu hilang”*

Meskipun terdapat perubahan dalam hal kebijakan pelayanan KB dari sistem Jampersal ke BPJS, namun hal ini bagi sebagian dokter tidak mempengaruhi kecenderungan mereka untuk tetap memberikan pelayanan KB pasca persalinan. Sebagian dokter tetap memiliki komitmen yang tinggi untuk selalu memberikan pelayanan KB dengan didasari alasan bahwa pasien adalah ibu

hamil yang memiliki resiko tinggi dan harus mengakhiri kehamilan, seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 5 selaku Kepala Bagian Obstetri Ginekologi sebagai berikut :

*“Ada BPJS atau tidak ada BPJS saya tetap pasang IUD pasca plasenta, saya tetap steril, ndak ambil pusing saya, soalnya kalo dia hamil lagi, nanti kariadi lagi yang rugi, ke ICU siapa yang bayar, tekor kita, kalo mati salah lagi kita, rumah sakit... mati dirumah sakit, katanya semuanya sudah mati di rumah sakit, jadi yaa di KB aja sekarang”*

Sebagian dokter yang lain juga berasumsi sama bahwa pemasangan kontrasepsi sangat diperlukan bagi ibu hamil yang memiliki resiko tinggi dan komplikasi, seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 6, berikut :

*“Kalo disini ibunya resiko tinggi pasti pake KB pasca salin, yaa bisa IUD bisa implanon, lansung setelah persalinan, kalo implanon biasanya sebelum pulang kita sudah pasang”*

Ada dua teknik yang digunakan dokter untuk memberikan kontrasepsi kepada pasien ibu hamil pasca persalinan, pertama metode kontrasepsi pasca plasenta yang diberikan sesaat setelah persalinan, yaitu IUD Postpartum kontrasepsi ini bisa diberikan untuk tindakan persalinan normal maupun operasi Sesar (Sectio Cesaria) dari segi waktu sangat efisien karena hanya membutuhkan waktu pemasangan 10 menit setelah proses persalinan berlangsung. Yang kedua yaitu metode kontrasepsi pasca persalinan dimana pemasangan kontrasepsi diberikan beberapa hari setelah persalinan namun sebelum pasien pulang dari rumah sakit. Kedua metode ini, dari segi pembiayaan tidak dapat diklaim oleh BPJS dikarenakan berbenturan dengan ketentuan yang diberlakukan BPJS dimana pemasangan kontrasepsi IUD hanya dilayani di FKTP itu artinya ibu pasca

persalinan harus pulang terlebih dahulu dan kemudian pergi ke FKTP untuk dipasang kontrasepsi.

Kecenderungan untuk memberikan kontrasepsi pasca persalinan baik pasca plasenta maupun tidak memunculkan dua metode pemasangan KB yang berbeda, terdapat beberapa dokter yang beranggapan bahwa pemasangan IUD pasca plasenta belum bisa dikategorikan kasus yang sering mereka tangani dengan alasan menurut beberapa dokter, waktu pemasangan alat kontrasepsi yang ideal adalah menunggu setelah selesai masa nifas (40 hari). Seperti yang disampaikan oleh Informan Dokter Sp3, berikut ini :

*“Kalau saya sendiri sih lebih prefer memasang pasien nifas ya. Kalau saya biasanya, saya sampaikan nanti harus KB ya, pasien bertanya baiknya apa dok, kalau tentang IUD itu saya memang menganjurkan nanti setelah nifas, datang kembali untuk memasang, alasannya karena rahim sudah kembali pada uterus semestinya, soalnya kalo pasca plasenta yang tadi yang saya sampaikan, mungkin kasusnya belum banyak, sehingga berapa ekspulsinya, berapa dislokasinya, bagaimanapun saya belum bisa menyampaikan konklusinya.”*

Beberapa alasan untuk tidak memasang IUD pasca plasenta itu muncul karena didasari oleh berbagai pertimbangan medis para dokter. Hal tersebut senada dengan apa yang disampaikan Informan Dokter Sp 4 terhadap pilihannya untuk tidak menyarankan pemasangan IUD pasca plasenta bagi ibu pasca persalinan. Hal tersebut seperti yang disampaikan Informan Dokter Sp 4, sebagai berikut :

*“Pada orang – orang yang educated kadang-kadang justru menolak IUD post plasenta pada saat caesar karena orang bisa memilih logika apabila ditanamkan IUD pada saat rahim masih besar, masih ada perjalanan inklusi, proses pengecilan uterus itu bisa mengakibatkan posisi rahim itu berubah atau bahkan lepas, atau ekspulsi, jadi pada saat itu ketika pasien diberitahukan akan hal itu, sebagian pasien menolak penggunaan IUD pasca plasenta.*

Bahkan beliau sempat menyatakan bahwa ada beberapa pasien yang mengeluh mengalami komplikasi dan datang kembali ke tempat praktek untuk minta dilepas alat kontrasepsinya atau karena alat kontrasepsi tersebut lepas dengan sendirinya, seperti dikutip sebagai berikut :

*“Sebetulnya jujur IUD pasca plasenta itu bukan tanpa komplikasi, pada beberapa tahun yang lalu ketika kita menggalakkan IUD pasca plasenta yang terjadi adalah permintaan yang meningkat pelepasan IUD setelah beberapa bulan pemakaian, jadi sebenarnya kita harus jujur untuk menggunakan IUD pasca plasenta sebetulnya bukan berapa yang berhasil dipasang tetapi berapa yang melanjutkan kontinuitas sampai satu tahun atau 2 tahun atau bahkan 3 tahun. Kalau saya pribadi menganggap IUD itu gagal kalau dalam waktu enam bulan IUD sudah diminta dilepas lagi entah karena alasan nyeri atau alasan perdarahan.”*

Adapun mengenai masih terdapatnya keluhan - keluhan setelah beberapa bulan pemasangan IUD pasca plasenta tersebut juga disampaikan oleh Informan Dokter Sp 1, sebagai berikut :

*“Kalau post partum kan 40 hari dengan uterus sebesar itu, ekspulsinya tinggi banget lho, kamu tanya ke IBI itu bidan – bidan itu, akseptor datang sendiri sudah bawa IUD karena lepas sendiri, jadi mereka ke bidan ga mungkin kesini, di daerah - daerah itu banyak bidan – bidan yang membawa karena lepas.”*

Kaitannya dengan keluhan pemasangan IUD pasca plasenta, menurut key informan BKKBN mengatakan bahwa pentingnya kompetensi bagi tenaga kesehatan untuk memahami teknik pemasangan yang benar dan diperlukan pelatihan khusus untuk itu, seperti yang disampaikan sebagai berikut :

*“IUD pasca plasenta memang harus ada pelatihan khusus, sudah dilaksanakan oleh dinas kesehatan dengan lima angkatan, kebetulan kita BKKBN menjadi narasumber, prakteknya di Kariadi, cuma mungkin kelemahan kita follow up dari pelatihan tersebut, jadi yang sudah dilatih itu nanti kita tidak tau kan IUD pasca plasenta itu dipraktikkan atau tidak, tapi*

*IUD pasca plasenta kita keliling 35 kabupaten semua sudah melaksanakan.”*

Dari keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa keluhan tentang kegagalan pemasangan IUD pasca plasenta memang hanya beredar di kalangan dokter di Bagian Obstetri Ginekologi, masyarakat sebagai target pelayanan KB tidak banyak mengetahui hal ini, kecuali bagi mereka yang langsung mengalami keluhan tersebut. Dan dari beberapa dokter memiliki pendapat yang berbeda akan hal tersebut, pentingnya pemasangan KB setelah persalinan baik itu sesaat setelah persalinan (pasca plasenta) atau setelah masa nifas masing-masing metode memiliki kelebihan dan kekurangan.

Pada pemasangan IUD pasca persalinan, tindakan yang dilakukan dokter tersebut tidak bisa diklaim oleh BPJS karena tindakan medis tersebut dikategorikan menjadi satu paket persalinan padahal keduanya merupakan tindakan medis yang berbeda. Dan pada pemasangan kontrasepsi setelah nifas ini hanya bisa dilayani di FKTP, bukan di RSUP Dr. Kariadi lagi, sehingga dari segi waktu hal ini kurang efisien. Perlu diselenggarakan pelatihan khusus mengenai IUD pasca plasenta ini agar dokter lebih memahami teknik pemasangan yang benar untuk meminimalisir terjadinya ekspulsi.

Dari keterangan diatas, ditinjau dari faktor disposisi yang mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif, para pelaksana kegiatan terbagi menjadi dua, sebagian ada yang memiliki sikap kecenderungan positif untuk melaksanakan program kebijakan, sementara sebagian lainnya ada yang masuk kedalam “zona ketidak acuhan” dimana para pelaksana tersebut melalui keleluasaannya (diskresi) dengan cara halus menghambat implementasi

kebijakan dengan cara menunda, mengacuhkan atau tidak melaksanakannya. Ada beberapa alasan yang mendasari hal tersebut, seperti misalnya program kontrasepsi pasca persalinan yang merupakan salah satu kebijakan, masing – masing pelaksana (dokter) memiliki alasan medis mengenai mengapa mereka memilih untuk melakukan atau tidak melakukan kegiatan tersebut. Hal ini yang menyebabkan dukungan program KB masih belum dirasakan optimal karena tidak semua dokter melaksanakan kebijakan pelayanan KB pasca melahirkan.

#### **d. Faktor Struktur Birokrasi**

Struktur organisasi di rumah sakit memiliki pengaruh yang sangat signifikan terhadap implementasi kebijakan pelayanan KB. Aspek – aspek struktur birokrasi meliputi pembagian kewenangan dan hubungan antar unit – unit organisasi atau lembaga, dalam hal ini adalah hubungan manajemen RS. Dr. Kariadi dengan para Dokter Obstetri Ginekologi sebagai implementator kebijakan. Pada faktor struktur birokrasi ini terdapat dua indikator yaitu indikator pembagian kewenangan dalam menjalankan program/implementasi kebijakan pelayanan KB dan indikator hubungan kerjasama serta penanganan kerjasama antara rumah sakit dan penanganan keluhan akseptor.

##### **1) Pembagian kewenangan dalam implementasi pelayanan KB**

Sesuai dengan struktur birokrasi di RS. Dr. Kariadi, bagian yang memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan pelayanan Keluarga Berencana adalah Bagian – SMF Obstetri Ginekologi yang terdiri dari dokter – dokter spesialis Obstetri Ginekologi. Di bagian ini terbagi lima sub bagian yang masing –

masing memiliki tugas pokok dan fungsi sesuai dengan spesifikasinya. Ke lima sub bagian tersebut yaitu sub bagian Fetomaternal, sub bagian Ginekologi, sub bagian Onkologi, sub bagian Obsgin Sosial, dan sub bagian Fertilitas Endokrinologi Reproduksi.

Sub bagian Fertilitas Endokrinologi Reproduksi memiliki tugas yang lebih terfokus pada permasalahan reproduksi dan kesuburan, termasuk didalamnya adalah pelayanan KB, terdiri dari tim dokter yang memiliki keahlian dan kompetensi dalam hal Fertilitas Endokrinologi dan Reproduksi. Tim dokter tersebut juga *concern* terhadap permasalahan Keluarga Berencana dan memiliki komitmen yang tinggi terhadap program KB.

Pada indikator pembagian kewenangan dalam implementasi pelayanan KB di RS. Dr. Kariadi, masing – masing sub bagian memiliki tugas pokok dan fungsi sesuai dengan spesifikasi sub bagian tersebut dan masing – masing dari mereka dipimpin oleh kepala sub bagian. Hanya saja untuk pelayanan KB setiap dokter memiliki peran dan tugas yang sama dalam hal komitmen mereka untuk menganjurkan pemasangan alat kontrasepsi bagi pasiennya. Komitmen yang sama ini merupakan kewenangan Kepala Bagian Obstetri Ginekologi dalam memberlakukan kebijakan pelayanan KB tersebut. Kebijakan tersebut ditujukan bagi semua dokter Obstetri Ginekologi di RS. Dr. Kariadi. Hal ini diungkapkan oleh Kepala bagian Obstetri Ginekologi bahwa tujuan untuk memberikan kontrasepsi bagi ibu pasca persalinan menjadi penting, seperti dinyatakan Informan Dokter Sp 5, sebagai berikut :

*“Sebenarnya kalau kita bisa meyakinkan para dokter ini, daripada dia (pasien) tahun depan menyusahkan kita lagi, kenapa tidak di lakukan tindakan KB sekarang saja.”*

Bentuk kewenangan yang diberikan Kepala bagian Obstetri Ginekologi tersebut sedikit berbenturan dengan berlakunya sistem BPJS yang tidak memberikan klaim terhadap layanan KB di RS. Dr. Kariadi. Hal tersebut menimbulkan hambatan manakala, instruksi yang disampaikan kepada dokter menjadi tidak bermakna. Akan tetapi bagi sebagian dokter hal tersebut tidak mempengaruhi kesediaan mereka untuk tetap memberikan pelayanan KB pasca persalinan, walaupun dengan istilah “kerja bhakti” akan tetapi tindakan ini tetap dilaksanakan apabila pasien menghendaki. Seperti disampaikan

## 2) Hubungan kerja sama antar organisasi dalam pelayanan KB

Di bagian Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi bernaung organisasi profesi yaitu perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia disingkat POGI organisasi tersebut sebagai wadah bagi perhimpunan para dokter spesialis Obstetri Ginekologi yang memiliki visi menjadi organisasi pelopor dalam hal memperjuangkan hak – hak kesehatan reproduksi untuk mencapai taraf kesehatan yang optimal di Indonesia, selain itu terdapat juga organisasi profesi di bagian Obstetri Ginekologi yang lebih spesifik menangani seputar kontrasepsi dan sistem reproduksi yaitu Himpunan Fertilitas Endokrinologi dan Reproduksi (HIFERI).

Dalam hal pelayanan kontrasepsi ini RSUP Dr. Kariadi bekerja sama dengan POGI mengadakan pertemuan - pertemuan seperti pelatihan dan seminar yang berkaitan dengan kontrasepsi terkini (*Contraception Update*). Selain

organisasi POGI terdapat beberapa lembaga yang memfasilitasi KB diantaranya P2KS (Pusat Pelatihan Klinik Sekunder) dan PKMI (Persatuan Kontrasepsi Mantap Indonesia), saat ini RSUP Dr. Kariadi juga menjalin kerjasama dengan dinas dan instansi terkait (milik pemerintah) dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan KB di Rumah Sakit dan memberi edukasi bagi masyarakat akan pentingnya program KB bagi kesehatan ibu. Adapun peran RSUP Dr. Kariadi dalam hal kemitraan tersebut dapat dilihat dari Tabel 4.4 berikut ini :

**Tabel 4.4 Mekanisme Kemitraan Pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi**

BKKBN Prov Jateng	Dinas Terkait	Organisasi Profesi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- MOU kerjasama dalam pelayanan Laparoskopi Tubektomi (MOW sedang alam proses tandatangan walikota)</li> <li>- Tim dokter PKBRS sebagai pelatih tk Jateng pada pelatihan CTU bagi bidan dan dokter, MOW bagi dokter umum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sebagai petugas medis pada pelaksanaan pelayanan KB gratis (MUYAN) dengan tenaga kesehatan</li> <li>-Memberikan Edukasi mengenai pentingnya KB kepada ibu hamil risti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melalui POGI mengadakan seminar nasional bagi SpOG mengenai teknik dan kontrasepsi terkini</li> <li>- Mengadakan pelayanan MOW dan MOP gratis dalam rangka pengabdian masyarakat</li> </ul>

**Sumber : Analisis Pribadi**

Ditinjau dari variabel struktur birokrasi, berkaitan dengan *Standartd Operational Procedure*, rumah sakit telah memiliki SOP yang jelas berkaitan dengan pelaksanaan kebijakan pelayanan KB pasca persalinan, baik untuk kegiatan medis maupun kegiatan konseling. Dalam hal berkaitan dengan fragmentasi atau penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan ke beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi, RSUP dr, Kariadi telah menunjuk salah satu sub di bagian Obstetri Ginekologi yaitu Sub Bagian Fertilitas Endokrinologi dan Reproduksi untuk mengoptimalisasi pelaksanaan program KB pasca persalinan.

Koordinasi dengan dinas terkait juga terus dilakukan untuk mendukung keberhasilan program.

### **3. Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan KB**

#### **a. Peningkatan Kualitas melalui Indikator Pelayanan Publik**

Pelayanan publik cenderung menjadi konsep yang sering digunakan oleh banyak pihak, baik dari kalangan praktisi maupun ilmuwan, dengan makna yang berbeda – beda. Pelayanan publik dipahami secara sederhana sebagai pelayanan yang diberikan oleh pemerintah. Dalam hal ini rumah sakit Dr. Kariadi sebagai salah satu lembaga pemerintah yang bertanggung jawab terhadap pemberian pelayanan kesehatan secara paripurna kepada seseorang, tentunya merupakan salah satu lembaga yang berperan dalam pemberian pelayanan publik. Indikator keberhasilan pelayanan KB di RS. Dr. Kariadi dapat ditelaah dari beberapa indikator keberhasilan kualitas pelayanan, sebagai berikut :

##### **1) Bukti Langsung (*tangibles*)**

Bukti langsung mengenai pelayanan KB ini ditunjukkan melalui bukti fisik seperti kemampuan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Di RSUP Dr. Kariadi, penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik dan keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dan pelayanan yang diberikan. Adanya fasilitas yang modern dalam hal pelayanan KB dengan ditunjang kompetensi para dokter untuk bisa melakukan pemasangan kontrasepsi dengan teknik terbaru merupakan salah satu bukti fisik yang dimiliki rumah sakit.

2) Keandalan (*reliability*)

Keandalan merupakan kemampuan dalam memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Keandalan ini dapat diperoleh dari hasil kinerja sumber daya yang berkompeten dalam hal pemasangan kontrasepsi dengan teknik terbaru. Inovasi tersebut adalah keandalan dalam hal tindakan tubektomi dengan menggunakan teknik laparoskopi dan tindakan pemasangan IUD pasca plasenta Di RSUP Dr. Kariadi. Kompetensi tersebut tidak serta merta dapat dimiliki oleh setiap dokter tanpa adanya kajian yang lebih mendalam dan pendalaman ketrampilan/keilmuan dalam hal tersebut.

3) Daya tanggap (*responsiveness*)

Daya tanggap merupakan suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada masyarakat dengan menyampaikan informasi yang jelas. Beberapa dokter di RSUP Dr. Kariadi akan memberikan pelayanan KB sesuai permintaan pasien dan sesuai indikasi medis. Pemasangan kontrasepsi akan menjadi sangat penting manakala hal tersebut dilakukan oleh Ibu bersalin dengan resiko tinggi, harapannya pasien segera terlindungi sehingga kemungkinan terjadinya kehamilan tidak diinginkan dapat diminimalisir dan tentunya hal ini berkontribusi pada penurunan Angka Kematian Ibu.

4) Jaminan (*assurance*)

Sesuai dengan moto yang dimiliki RSUP Dr. Kariadi yaitu “Sahabat Menuju Sehat” rumah sakit ini menawarkan pelayanan KB yang memihak kepada pasien,

artinya *pasien safety* tetap lebih diutamakan. Anjuran dan konseling untuk menggunakan kontrasepsi selalu diberikan bagi pasien ibu hamil dengan komplikasi. Dengan bermodalkan pengetahuan, kesopan santunan, dan kemampuan para dokter untuk menumbuhkan rasa percaya terhadap pasien tentunya akan mendukung program pelayanan KB di rumah sakit ini.

(5) Empati (*empaty*)

Sikap empati merupakan sikap memberikan perhatian yang tulus dan bersifat pribadi yang diberikan kepada pasien dengan berupaya memahami keinginan pasien tersebut. Sikap empati sangat membantu dalam hal teknik konseling, memberikan pemahaman dengan melibatkan empati akan memudahkan dokter dalam membantu pasien mengambil keputusan mengenai kontrasepsi apa yang diinginkan. Sikap empati dokter juga dapat membantu dalam memberikan pemahaman mengenai indikasi medis yang dimiliki pasien.

Pemasangan alat kontrasepsi atau program keluarga berencana merupakan bagian terkecil dalam tindakan rumah sakit karena sifatnya masih tersier dikarenakan pelayanan KB merupakan upaya promotif dan preventif yang penanganannya tidak memerlukan penanganan segera seperti halnya penanganan kuratif atau pengobatan dan rehabilitatif.

Namun demikian konsep pelayanan yang berbasis *New Public Management* (NPM) tetap harus diaplikasikan sebagai wujud komitmen rumah sakit dalam upaya menjaga kualitas dan mutu serta upaya yang bermuara pada *pasien safety*. Salah satu upaya penerapan *New Public Management* yaitu diberlakukannya

akreditasi di semua rumah sakit yang ada di Indonesia. Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan resmi dari pemerintah kepada rumah sakit yang telah memenuhi standar pelayanan kesehatan dan wajib dilakukan oleh semua rumah sakit di Indonesia. Setiap rumah sakit memiliki kewajiban diakreditasi minimal 3 tahun sekali. Akreditasi rumah sakit diperlukan sebagai cara efektif untuk mengevaluasi mutu suatu rumah sakit dengan penetapan standar-standar mutu pelayanan.

Penilaian akreditasi di Indonesia dilakukan oleh lembaga independen yang diakui oleh pemerintah yaitu Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan Joint Commission International (JCI). Hal tersebut juga merupakan salah satu upaya pemerintah dalam menetapkan Standar Pelayanan Minimum (SPM) bagi semua pelayanan publik yang penting dan strategis bagi kehidupan warganya. SPM menjamin warga dimanapun mereka berada untuk memperoleh akses terhadap pelayanan publik dengan volume dan kualitas yang sama.

#### **b. Sistem Pelayanan KB yang Memihak kepada Masyarakat**

Membangun sistem pelayanan KB di rumah sakit yang memihak kepada masyarakat tentunya memerlukan standar proses pelayanan yang mengatur tentang apa yang minimal harus dilakukan oleh birokrasi pelayanan dalam melayani warganya. Termasuk dalam standar proses pelayanan ini adalah standar sikap dan perilaku petugas pelayanan ketika berhubungan dengan warga pengguna, seperti aparat harus bersikap sopan, menghargai martabat masyarakat, menolong (*helpful*) dan ramah. Perlindungan terhadap privasi dan martabat

masyarakat pengguna ketika mengakses pelayanan publik juga penting untuk diatur.

Pada proses awal dimana pasien melahirkan akan ditangani, hendaknya saat itu proses konseling sudah dilakukan. Konseling dilakukan dengan tetap menghargai hak pasien untuk memutuskan KB apa yang akan mereka pilih, disampaikan dengan bahasa yang sopan dan sikap yang ramah dan disertai dengan tujuan ingin menolong mereka, karena mereka yang di rujuk ke rumah sakit tipe A ini adalah ibu hamil yang memiliki berbagai komplikasi dengan kehamilan risiko tinggi. Proses konseling ini penting untuk dilakukan, karena itu para pasien pasca persalinan yang tidak menggunakan kontrasepsi setelah bersalin, para dokter atau residen dianggap gagal memberikan konseling akan diminta belajar mengenai teknik konseling kembali.

Dalam hal ini penggunaan kontrasepsi menjadi sangat krusial dan penting karena dapat mencegah terjadinya atau terulangnya kembali kehamilan yang berisiko maka dalam hal ini disarankan juga untuk penggunaan kontrasepsi mantap (MOW dan MOP). Kontrasepsi mantap menjadi sangat diperlukan untuk mengakhiri periode kehamilan dengan resiko tinggi tersebut. Akan tetapi adanya sistem Dokter Penanggung Jawab Pasien yang baru berjalan bersamaan dengan berlakunya BPJS ini, memunculkan masalah baru yang menyebabkan berkurangnya kesertaan untuk ikut KB pasca persalinan di rumah sakit dr. Kariadi. Masing – masing dokter memiliki pemahaman sendiri mengenai kontrasepsi apa yang sebaiknya diberikan pada pasien pasca persalinan dan kapan waktu terbaik untuk memberikannya.

Mengenai standar proses pelayanan sebaiknya hanya mengatur tentang prinsip dasar dalam mengelola pelayanan publik. Standar tidak perlu mengatur proses pelayanan secara rinci dan terperangkap pada kedetilan seperti yang terjadi dalam petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis) dalam berbagai birokrasi pemerintah. Hal tersebut penting diingat karena pengalaman menunjukkan bahwa pembuatan juklak dan juknis semacam itu justru membelenggu aparat birokrasi sehingga mereka mengalami kesulitan untuk merespon dinamika yang terjadi di lingkungan. Mengenai ilmu kedokteran yang selalu berkembang dengan temuan beberapa teknik atau tindakan dan ditunjang dengan alat kesehatan modern tentunya petunjuk pelaksanaan atau petunjuk teknis akan membelenggu kompetensi para dokter tersebut.

Dinamika pelayanan KB di rumah sakit pada era Jaminan Kesehatan Nasional ini memiliki juklak dan juknis yang sedikit membelenggu para dokter untuk melakukan pelayanan KB. Bagaimana tidak, untuk melakukan tindakan pelayanan KB saja, dibutuhkan persyaratan tertentu agar tindakan tersebut dapat diklaim ke BPJS oleh pihak rumah sakit, namun bagi sebagian dokter di rumah sakit kariadi, hal tersebut tidak memberikan pengaruh apapun kepada mereka untuk tetap memutuskan memberikan pelayanan KB baik itu akan di klaim ataupun tidak.

Dan dari keterangan diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan KB yang memihak kepada masyarakat artinya pelayanan KB tersebut dapat mempermudah masyarakat untuk memperolehnya melalui seluruh faskes kesehatan yang ada, baik itu faskes pertama maupun faskes kedua, baik itu rumah sakit primer,

sekunder maupun tersier, sehingga memudahkan masyarakat untuk menjangkaunya secara efisien dapat menambah cakupan pelayanan KB di faskes manapun.

**c. Manajemen Pelayanan KB yang Responsif dan Inklusif**

Kecenderungan birokrasi pemerintah atau rumah sakit dalam mengembangkan pelayanan yang memenuhi standar dan bersifat umum seringkali mengkerdilkan kemampuan pemerintah untuk secara responsif memenuhi kebutuhan khusus dari kelompok warga yang terpinggirkan atau minoritas. Standarisasi dan prosedur rutinitas seringkali membelenggu akal budi aparat birokrasi sehingga mereka menjadi tidak terlatih untuk berpikir kreatif dan bertindak inovatif dalam mengelola pelayanan publik (Lipsky, 1980).

Kategori pasien yang menjadi target sasaran pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi adalah ibu hamil pasca bersalin dengan resiko tinggi dan komplikasi, mereka merupakan kelompok minoritas yang dikirim melalui rujukan mencakup wilayah se Jawa Tengah dengan diagnosa tertentu sehingga tidak dapat dilayani oleh berbagai rumah sakit yang ada di wilayahnya. Berkaitan dengan pelayanan yang responsif dan inklusif bagi kaum minoritas tersebut, program pelayanan KB sebagai pelayanan publik seharusnya merupakan hak semua warga Indonesia, maka birokrasi pelayanan publik seharusnya memiliki kewajiban untuk mengembangkan manajemen pelayanan yang mampu menjamin semua warga tanpa terkecuali untuk dapat mengakses pelayanan KB di faskes manapun. Birokrasi pemerintah dan dalam hal ini juga berkolaborasi dengan kebijakan dari

rumah sakit, harus membuat pelayanan KB yang diselenggarakannya dapat diakses oleh semua orang secara sama, apapun kondisi dan kendala mereka.

Untuk dapat mewujudkan prularitas pelayanan KB maka wawasan struktural menjadi sangat penting dalam kehidupan birokrasi pemerintah. Tradisi untuk hidup dalam lingkungan yang beragam bersama dengan pemangku kepentingan yang memiliki kecenderungan dan kepentingan yang berbeda – beda harus dikenalkan dalam kehidupan birokrasi rumah sakit. Dan birokrasi rumah sakit harus terbuka terhadap pruralitas budaya, etnis, pengetahuan dan agama yang dimiliki oleh para pemangku kepentingan.

Pengembangan kapasitas birokrasi diperlukan untuk mengubah manajemen pelayanan publik yang konvensional menjadi berwawasan pluralistik dan keadilan. Untuk itu ada beberapa hal yang perlu dilakukan pemerintah dan birokrasi rumah sakit diantaranya : *pertama*, pemerintah perlu meninjau kembali keseluruhan pengaturan dalam penyelenggaraan pelayanan KB. Apakah ada peraturan yang bertentangan dan tidak harmonis dengan prinsip – prinsip penyelenggaraan layanan yang menjunjung nilai- nilai pluralisme, kreativitas dan keadilan. Jika ada maka *review* dan revisi perlu dilakukan untuk menjamin agar semua peraturan perundangan yang ada tidak menghalangi atau bahkan mampu memberikan dukungan terhadap layanan KB.

*Kedua*, manajemen pelayanan publik harus mampu menerapkan prinsip inklusivitas, sistem pelayanan publik harus bersifat terbuka dan mudah diakses oleh siapapun. Termasuk warga yang karena keterbatasan fisik, karakteristik sosial ekonomi, umur atau kendala geografis mengalami kesulitan untuk

mengakses pelayanan secara wajar. Penerapan prinsip inklusivitas harus menjadi indikator kinerja yang penting dari suatu manajemen pelayanan publik. Dalam hal pelayanan KB di rumah sakit ada batasan tersendiri mengenai metode apa saja yang dapat diberikan. Untuk semua metode kontrasepsi selain tubektomi dan vasektomi akan dilayani difasilitas kesehatan tingkat pertama, itu artinya ibu pasca bersalin akan bisa dilayani dengan metode KB selain tubektomi di faskes pertama, dan otomatis pelayanan KB pasca plasenta atau pasca bersalin sebelum pasien pulang tidak dapat diselenggarakan secara optimal.

Dari sisi regulasi pemerintah belum menyentuh pelayanan KB secara inklusivitas masih adanya batasan terhadap tindakan apa saja yang dapat dan tidak dapat diklaim oleh BPJS. Jadi dengan mengabaikan sistem berjenjang tersebut dan mengutamakan keselamatan pasien, program KB seharusnya dan idealnya dapat melayani semua warga dan mempermudah akses mereka terhadap pelayanan KB itu sendiri dan hal tersebut harus menjadi misi utama birokrasi pelayanan yang ada di rumah sakit.

#### **4. Alternatif Model Pelayanan KB di Rumah Sakit**

Pelayanan KB di Rumah Sakit melalui tim PKBRS telah diupayakan sejak tahun 2009 dan mendapat anugerah rumah sakit dengan kategori *Hospital Family Planning Project* melalui PERSI AWARD. Untuk mengoptimalkan pelayanan KB di rumah sakit diperlukan adanya alternatif strategi dalam mengupayakan kualitas pelayanan KB yang prima. Teknik konseling yang efektif sangat dianjurkan pada pasien *antenatal care/* sebelum melahirkan. Peran Penyuluh KKBPK dalam

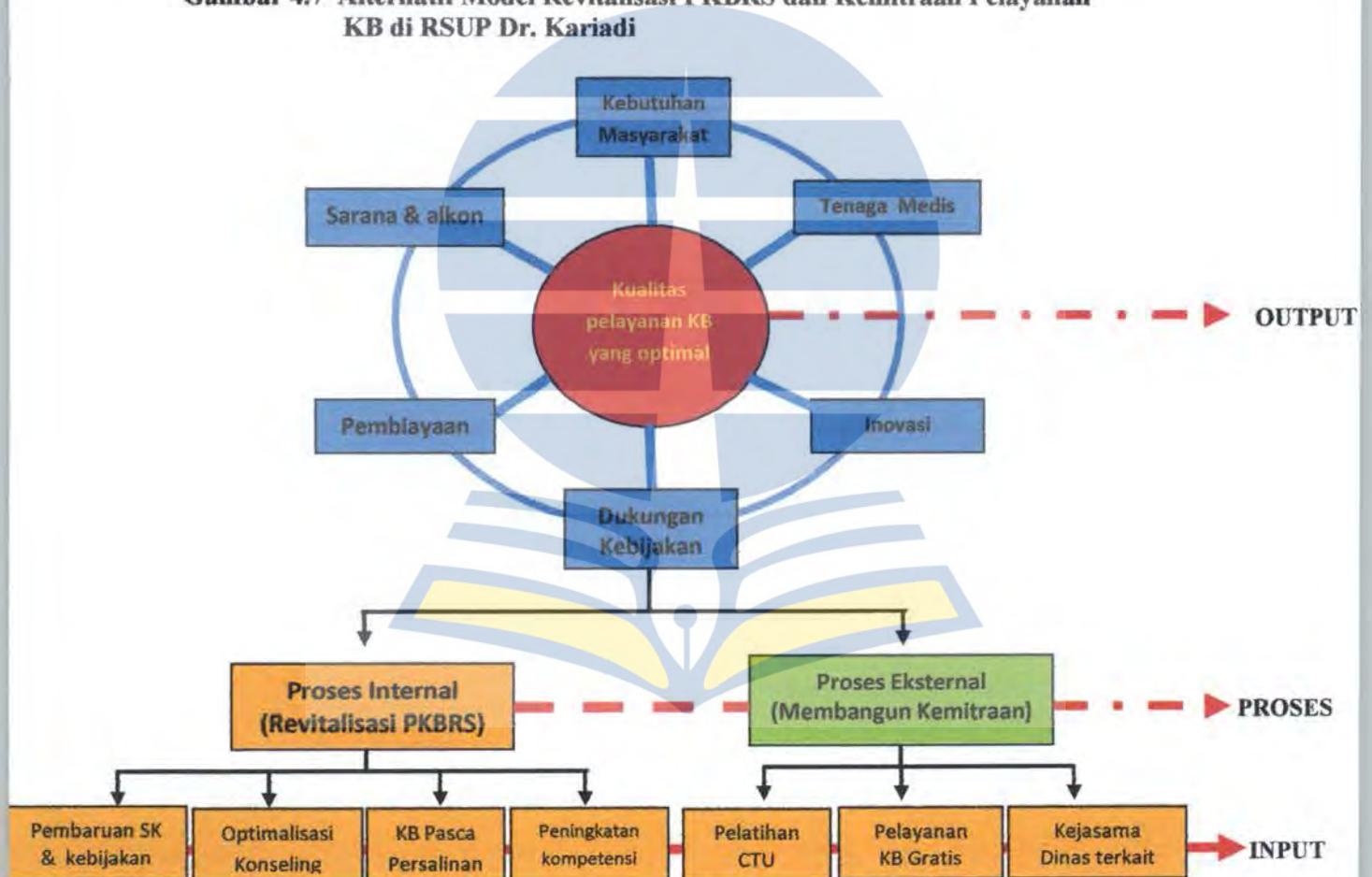
memberikan konseling juga sangat diperlukan pada masa kehamilan seorang ibu, untuk itu RSUP Dr. Kariadi perlu berkoordinasi dan menjalin pola kemitraan dengan instansi terkait, antara lain : BKKBN Perwakilan Provinsi Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Dinas Pengendalian Penduduk dan KB Kota Semarang, serta Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Anak Kota Semarang untuk bersinergi mencapai tujuan peningkatan kualitas hidup dan kesehatan wanita dan keluarga di Indonesia.

Kualitas Pelayanan Keluarga Berencana yang optimal dapat diraih melalui enam elemen penting yang harus dimiliki oleh rumah sakit. Elemen penting tersebut diantaranya pertama adalah memahami kebutuhan masyarakat. Memahami kebutuhan masyarakat artinya mampu memberikan pelayanan KB yang berpihak kepada masyarakat. Kemudian tenaga medis sebagai sumber daya manusia yang kompeten dan terlatih, sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan pelayanan KB termasuk ketersediaan alat kontrasepsi, pembiayaan yang dapat menunjang kegiatan di rumah sakit dan dapat memfasilitasi akseptor, kemitraan terhadap instansi terkait untuk mempromosikan program KB kepada masyarakat dan *stakeholder*, serta kebijakan yang berpihak pada pelayanan KB.

Adanya dukungan kebijakan dalam pelaksanaan KB pasca persalinan di Rumah Sakit dapat diraih melalui upaya optimalisasi pelayanan KB dengan memperhatikan enam elemen penting tersebut, dan mekanismenya melalui dua tahapan proses, yaitu proses internal di dalam rumah sakit itu sendiri, dan proses eksternal yang melibatkan stakeholder. Proses internal diupayakan melalui efektifitas pemberian konseling di waktu yang tepat agar pesan yang disampaikan

dapat diterima dengan baik, dan dengan memanfaatkan media lembar balik dan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK), keberhasilan konseling tentunya akan berkontribusi terhadap peningkatan pelayanan IUD pasca plasenta di rumah sakit sehingga dapat meningkatkan cakupan KB di rumah sakit. Adapun mengenai proses eksternal yang melibatkan stakeholder, upaya yang ditempuh antara lain dengan menyelenggarakan pelatihan melalui kerjasama dengan organisasi profesi dan menjalin kemitraan dengan dinas terkait dalam hal pelayanan KB gratis dan membangun kerjasama yang baik dengan BKKBN. Alternatif model pelayanan KB pasca persalinan di Rumah sakit dapat dilihat dalam Gambar 4.7 berikut ini :

**Gambar 4.7** Alternatif Model Revitalisasi PKBRS dan Kemitraan Pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari hasil pembahasan mengenai “Determinan Kualitas Pelayanan KB Pasca Persalinan di RSUP. Dr. Kariadi Semarang,” maka dapat dihasilkan kesimpulan bahwa:

1. Mekanisme kebijakan pada peningkatan kualitas pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi yaitu dengan menganalisis kebijakan melalui tiga sudut pandang yaitu penentu kebijakan, pelaksana kebijakan dan sasaran kebijakan. Berkaitan dengan faktor kebijakan, di RSUP Dr. Kariadi terdapat kebijakan dari Kepala Bagian mengenai dukungan Pelayanan KB pasca persalinan. Berkaitan dengan faktor pelaksana kebijakan, para tenaga medis dan dokter sebagian mendukung kebijakan tersebut, sebagian lainnya tidak pro aktif karena beberapa pertimbangan medis. Berkaitan dengan faktor sasaran kebijakan di RSUP Dr. Kariadi, kelompok sasaran adalah pasien pasca bersalin dengan resiko tinggi yang harus dibekali kontrasepsi pasca persalinan dengan mengoptimalkan proses konseling pelayanan KB sesuai dengan indikasi pasien tersebut.
2. Faktor determinan yang mempengaruhi keberhasilan peningkatan kualitas pelayanan KB pasca persalinan ditinjau dari empat faktor yaitu faktor komunikasi, faktor sumber daya, faktor disposisi, dan

faktor struktur birokrasi. Berkaitan dengan faktor komunikasi, informasi di lingkup pelaksana kebijakan dan lingkup sasaran kebijakan sudah cukup jelas dan optimal, untuk menjangkau kelompok sasaran kebijakan terdapat media komunikasi seperti poster dan leaflet yang dipasang di tempat – tempat strategis, serta pemberian konseling secara efektif. Berkaitan dengan faktor sumber daya, telah tersedia tenaga SDM berkompeten dan memahami pentingnya memberikan konseling KB dengan ditunjang fasilitas, sarana dan prasarana yang lengkap sehingga menjadikan RSUP Dr. Kariadi dalam kategori rumah sakit tipe A. Kaitannya dengan faktor struktur birokrasi, terdapat tim PKBRS yang memiliki kewenangan untuk mengoptimalkan kebijakan pelayanan KB pasca persalinan. Berkaitan dengan faktor disposisi, terdapat dua kecenderungan pelaksanaan kebijakan pelayanan KB pasca persalinan, sebagian mendukung sedangkan sebagian yang lain memiliki persepsi yang berbeda. Secara keseluruhan cakupan peserta KB pasca persalinan dalam kategori baik karena cakupan KB mencapai 90-95 % itu artinya setiap pasien pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi sudah dibekali kontrasepsi sebelum meninggalkan rumah sakit.

3. Beberapa kendala mengenai pelayanan KB yang ditemukan di RSUP Dr. Kariadi antara lain: pertama, masih terhambatnya sistem pembiayaan melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional karena beberapa kontrasepsi justru tidak bisa di klaim oleh rumah sakit

kepada BPJS Kesehatan. Kedua, RSUP Dr. Kariadi sebagai rumah sakit dengan kategori tipe A (tersier) menjadikan rumah sakit ini sebagai Faskes Rujukan Tingkat Lanjut tingkat provinsi yang menurut BPJS hanya dapat melayani metode KB tertentu dikarenakan metode lainnya sudah dapat dilakukan di Faskes Tingkat Pertama artinya disini terdapat batasan dalam hal pelayanan KB padahal untuk menuju *universal coverage* seharusnya BPJS mendukung pelayanan KB secara menyeluruh di setiap faskes tingkat pertama ataupun tingkat lanjut. Ketiga, adanya hambatan lain yaitu tindakan tubektomi masih termasuk ke dalam paket persalinan, tidak dipisahkan dan tidak diperhitungkan sebagai salah satu tindakan yang dapat di klaim oleh rumah sakit ke BPJS Kesehatan artinya ketika dokter melakukan tindakan medis tubektomi pasca persalinan, kemudian pada proses klaim ketika tindakan tersebut di entry ke dalam aplikasi INA CBG's tindakan tersebut tidak dimunculkan sehingga pelayanan persalinan dengan atau tanpa tubektomi tarif klaim tetap sama, hal ini yang secara tidak langsung memunculkan demotivasi di kalangan dokter untuk melakukan tindakan KB pasca persalinan.

4. Dari beberapa kebijakan serta hambatan yang ditemui RSUP Dr. Kariadi maka dibutuhkan solusi dan upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan KB pasca persalinan, sehingga perlu diformulasikan alternatif model pelayanan KB pasca persalinan yang cocok agar dapat meningkatkan kembali cakupan pelayanan IUD pasca plasenta dan

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang yang cenderung mengalami penurunan. Prosedur tersebut dapat diaplikasi dengan memberi perhatian lebih kepada proses internal dan eksternal yang ada di RSUP Dr. Kariadi yang saat ini masih belum dapat dilakukan secara optimal. RSUP Dr. Kariadi juga perlu untuk menjalin pola kemitraan dengan instansi terkait dan penyuluh KKBPK untuk menindaklanjuti pasien pasca bersalin yang belum sempat menggunakan kontrasepsi pasca persalinan di RSUP. Dr. Kariadi.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian terhadap determinan kualitas pelayanan keluarga berencana pasca persalinan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, terdapat berbagai saran sebagai bahan pertimbangan :

1. Berkaitan dengan faktor sumber daya yang dapat mendukung optimalisasi kinerja dan implementasi kebijakan, RSUP Dr. Kariadi perlu melakukan revitalisasi PKBRS diantaranya dengan pembaruan SK PKBRS yang telah habis masa berlakunya, adapun SK PKBRS diterbitkan pada tahun 2009 dengan masa berlaku selama lima tahun sampai saat ini belum pernah diperbaharui. Diperlukan koordinasi mengenai kemungkinan perlu adanya penambahan personil baru bagi tim tersebut. Kemudian perlu diupayakan optimalisasi pemenuhan sarana dan prasarana pelayanan PKBRS di RSUP dr. Kariadi yaitu dengan tersedianya dukungan logistik yang memadai seperti : alat

kontrasepsi, sarana lembar balik untuk konseling dan media KIE (seperti leaflet, brosur, poster, ABPK dan lain – lain), kelengkapan formulir untuk pencatatan pelaporan dan informed consent, dan sistem pencatatan pelaporan.

2. Berkaitan dengan faktor struktur birokrasi, pola kemitraan yang telah ada hendaknya diupayakan dapat berlangsung secara berkelanjutan agar dapat menunjang peran rumah sakit dalam pelayanan KB, diantaranya RSUP. Dr. Kariadi sebagai *provider* pelayanan KB pasca persalinan hendaknya berkoordinasi dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Kantor Perwakilan Jawa Tengah atau Dinas Pengendalian Penduduk dan KB Kota Semarang, melalui pemberian informasi kepada petugas penyuluh KB agar dapat diberikan *follow up* kepada pasien pasca persalinan setelah pulang dari rumah sakit untuk memantau status keikutsertaan KB pasien tersebut. Adanya inovasi pemasangan IUD post partum di RSUP Dr. Kariadi tidak serta merta membuat semua tenaga medis tergerak untuk melakukannya. Berbagai pertimbangan medis menyatakan teknik tersebut masih memiliki banyak kelemahan. Disini perlu dilakukan evaluasi tentang teknik pemasangan IUD Post Partum agar dapat memperoleh teknik yang efektif dan efisien serta minim kegagalan. BKKBN hendaknya memfasilitasi kontrasepsi IUD yang diperuntukkan khusus untuk pelayanan pasca persalinan agar dapat mengurangi terjadinya ekspulsi dan kegagalan setelah pemasangan.

3. Berkaitan dengan faktor disposisi atau kecenderungan bagi pelaksana dalam mengimplementasikan kebijakan, RSUP Dr. Kariadi hendaknya perlu menyelenggarakan kegiatan pelatihan - pelatihan mengenai KIE/Konseling dan metode KB pasca persalinan bagi petugas medis/dokter. Pelatihan konseling didasari oleh pentingnya pemberian konseling pada ibu hamil yang diberikan dimulai pada saat periode perawatan kehamilan (*Antenatal Care*) hingga setelah persalinan (*Postnatal Care*) sehingga setiap ibu pasca persalinan sudah mendapat pengetahuan dan memahami berbagai metode kontrasepsi sebelum mereka pulang dari rumah sakit, hal ini juga memotivasi ibu pasca bersalin untuk segera memutuskan kontrasepsi apa yang akan dipilih pasca persalinan. Sedangkan pelatihan mengenai KB pasca persalinan bagi petugas medis/dokter juga penting dilakukan untuk memberikan informasi yang lebih jelas mengenai metode yang aman sehingga hal ini dapat meminimisir terjadinya efek samping yang dikawatirkan terjadi.
4. Dalam hal optimalisasi dari segi komunikasi dan penyampaian publikasi mengenai program Keluarga Berencana, RSUP Dr. Kariadi perlu menyelenggarakan kegiatan edukasi dan sosialisasi mengenai KB kepada masyarakat untuk mengantisipasi rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai kontrasepsi KB, secara periodik dan berkelanjutan. Upaya yang ditempuh yaitu dengan mengadakan kegiatan seminar awam kepada ibu hamil resiko tinggi dimana mereka

merupakan salah satu sasaran utama kontrasepsi mantap dan MKJP. Selain itu juga diperlukan kerjasama kemitraan dengan stakeholder dalam rangka meningkatkan kesertaan KB di rumah sakit. Hal tersebut dilakukan dalam rangka mensosialisasikan pentingnya KB pasca persalinan, misalnya dengan Dinas Kesehatan dalam hal pentingnya KB bagi ibu pasca bersalin khususnya dengan resiko tinggi agar terjadi penurunan Angka Kematian Ibu dan penurunan TFR.

5. Publikasi mengenai pelayanan KB juga dapat diselenggarakan melalui penyebaran brosur dan leaflet yang sangat diperlukan sebagai media informasi/KIE bagi para calon akseptor untuk menambah pengetahuan masyarakat mengenai berbagai jenis metode kontrasepsi. Penempatan brosur dan leaflet di RSUP. Dr. Kariadi hendaknya bisa disebarluaskan tidak hanya di poli kebidanan dan kandungan, akan tetapi dapat menjangkau sasaran secara lebih luas, seperti di poli anak dan poli lainnya yang masih memungkinkan untuk menjangkau target sasaran yaitu pasangan usia subur.



## DAFTAR PUSTAKA

- Agarwal, N. dan Gupta, M. (2015). Konseling antenatal sebagai alat untuk meningkatkan akseptabilitas pemasangan alat kontrasepsi paska melahirkan di rumah sakit tersier International. *Journal Reproduction Contraceptive Obstetri Gynecology*. 4(4) 1137 – 1141.
- Agustino, L. (2006a). *Dasar - Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Agustinus, L. (2006b). *Politik dan Kebijakan Publik*. Bandung: AIPI.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Pendataan Program Perlindungan Sosial Tahun 2008*. Jakarta Pusat: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. (2009). *Pedoman Pendataan Survei Angkatan Kerja Nasional Tahun 2009*. Jakarta Pusat: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik Jakarta Pusat. (2010). *Statistik Indonesia Tahun 2010*. Jakarta Pusat: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik Kota Semarang. (2012). *Kota Semarang Dalam Angka 2016*. Semarang: Badan Pusat Statistik Kota Semarang.
- Badan Pusat Statistik. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana. (2015). *Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2015-2019*. Jakarta: BKKBN.
- Biggs, M. A and Harper (2015). California Family Planning Health Care provider's Challenges to Same-Day Long-Acting Reversible contraceptive Provision California Harper. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 126 (2) 338 – 345.
- Denhardt, J.V. and Denhardt, R. B. (2003). *The New Public Service: Serving, not Steering*. New York: M.E. Sharpe. Inc.
- Dwiyanto, A. (2015). *Manajemen Pelayanan Publik Peduli, Inklusif dan Kolaboratif*. Yogyakarta: Edisi keempat, Gajah Mada University Press.
- Dye, Thomas R. (1987) *Understanding Public Policy*. Englewood Chief. New Jersey: Prentice - Hall Inc.

- Effendy, O. U. (1993) *Human Relations dan Public Relations*. Bandung: Mandar Maju.
- Ekoriano, M., Anggraeni, M. dan Popy. (2010). *Upaya meningkatkan pemakaian alat kontrasepsi (KB) pasca persalinan dan paska keguguran di Rumah Sakit*, diambil 4 Oktober 2016, dari situs World Wide Web: [www.bkkbn.go.id/.../Policy%20Brief%20Upaya%20KB%20di%20RS%2](http://www.bkkbn.go.id/.../Policy%20Brief%20Upaya%20KB%20di%20RS%2)
- Kirk, J. & Miller, M. L. (1986) *Reliability and Validity in Qualitative Research*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lembaga Administrasi Negara. (2003). *Penyusunan Standar Pelayanan Publik*. Jakarta: LAN.
- Lewis, C. W. and Gilman, S. C. (2005). *The Ethics Challenge in Public Service: A Problem-Solving Guide*. San Fransisco: Market Street.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy*. New York: Russell Sage
- Mazmanian, Daniel H., dan Sabatier, P.A (1983). *Implementation and Public Policy*. New York: Harper Collins.
- McGuire, Linda. (2001). *Service Charters – Global Convergence or National Divergence? A Comparison of Initiatives in Australia, the United Kingdom and the United States*. *Public Management Review*.
- Mohammed, S., Adze, J. dan Bature S. (2016) Choice of Contraception after previous Operative at a Family Planning Clinnic in Northem. *Tropical Journal of obstetrics and Gynaecology*. Vol: 33, Issue: 2. Page 238-242.
- Moleong, L. J. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Mustafa, A. T. (2017). *Kemitraan Dalam Pelayanan Publik*. Yogyakarta: cetakan kedua, Calpulis.
- Nasrul, E (1998). *Dasar-dasar kesehatan masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Philip., Kotler dan Garry, A. (1997). *Dasar-dasar Pemasaran* (terjemahan). Jilid 1&2. Edisi Indonesia. Jakarta: Prenhallindo.

- Perwakilan BKKBN Provinsi Jawa Tengah. (2016). *Profil Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit*. Semarang: Perwakilan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Provinsi Jawa Tengah.
- Rahayu, M (2015). *Analisis situasi dan kebijakan KB di Indonesia*. Disampaikan pada Seminar Ilmiah Nasional dan Regional Kedokteran – Kesehatan 2015. Semarang. 28 Maret.
- Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi. (2015). *Laporan Tahunan sub Bagian Fertilitas Endokrinologi dan Reproduksi Bagian obstetri Ginekologi*. Semarang: Bagian Obstetri Ginekologi RSUP Dr. Kariadi.
- Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi (2017). [www.rskariadi.co.id](http://www.rskariadi.co.id)
- Sanapiah, F. (1990). *Penelitian Kualitatif, Dasar-dasar dan Aplikasi*. Malang: Yayasan Asih, Asah dan Asuh.
- Sileo, M dan Wanyenze, R. K. (2015). Determinant of family planning service uptake and use on contraceptives among postpartum women in rural Uganda. *International Journal Of Public Health*. Volume 60, Issues 8, pp 987-997.
- Stainback, S. W. (1988). *Understanding & Conducting Qualitative Research*, Kendall/Hunt Publishing Company. Dubuque: Iowa.
- Spradley, J.(1980). *Participant Observation*. (terj.). Edisi Kedua. Yogyakarta: Tiara Wacana.
- Suara Merdeka.com. 10 Mei 2014. *Inovasi dan pelayanan KB di Rumah Sakit*. Diambil tanggal 6 Februari 2017, dari situs World Wide Web: <http://www.suaramerdeka.com/v1/index.php/read/cetak/2014/05/10/261200/Inovasi-Pelayanan-KB-di-Rumah-Sakit>
- Subarsono, A. G. (2009). *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: C. Alfabeta.
- Suharno. (2010). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Yogyakarta: UNY Press.
- Soelistiyowati, T. (2011). *Penerapan hukum informed consent terhadap pelayanan Keluarga Berencana di RS Tugurejo Semarang*. Semarang: AkBid Abdi Husada.

- Tangkilisan, H. N. (2003). *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Lukman Offset YPAPI
- Tjiptono, F. (1998). *Total Quality Management*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Wahab, S. A. (1997). *Analisis kebijaksanaan, dari Formulasi Ke implementasi kebijaksanaan Negara*, Jakarta: Edisi Kedua, Bumi Aksara.
- White, K. (2015). The impact of Reproductive Health legislation on family Planning Clinic services in Texas. *American Journal of Public Health*, Volume 105, Issue 5 pp 851-858.
- Widodo, J. (2010). *Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Bayumedia.
- Winarno, B. (2005). *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo (Anggota IKAPI).
- Yuliasri, T. R. (2010). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Keluarga Berencana Dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi Setelah Melahirkan di RSKIA Ummi Khasanah Bantul*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Zeithaml., Valiare A., dan Bitner. (1996). *Services Marketing*. Edisi 1. Boston: MCGraw-Hill.

#### **Peraturan dan Perundang - undangan**

- Republik Indonesia (2009). *Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik*. Jakarta: Sekretaris Negara Republik Indonesia.
- Republik Indonesia (2009). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 590/Menkes/SK/VII/2009 tentang pedoman pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Republik Indonesia (2004). *Keputusan Menpan No. 25/KEP/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah*. Jakarta: Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara.
- Republik Indonesia (1993). *Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 1 tahun 1993 Tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum*. Jakarta: Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara.

Republik Indonesia (2003). *Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan*. Jakarta: Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara.

Republik Indonesia (2004). *Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 26 Tahun 2004 tentang Transparansi dan Akuntabilitas Pelayanan*. Jakarta: Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara.

Republik Indonesia (2009). *Peraturan Kepala BKKBN Nomor 146/HK-10/B5/2009 tentang Pedoman Pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran*. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.

Republik Indonesia (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/per/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran; Keputusan Menteri kesehatan Nomor 13 menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia.



## PANDUAN WAWANCARA

### A. IDENTITAS INFORMAN

**NAMA** :  
**UMUR** :  
**PEKERJAAN** :  
**PENDIDIKAN** :

### B. PANDUAN WAWANCARA

No	Item pertanyaan	INFORMAN		
		Pembuat kebijakan	Tenaga medis/ dokter	Pasien/ calon akseptor
1	2	3	4	5
1	<b>Bagaimana mekanisme implementasi kebijakan pada pelaksanaan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi</b> a. Siapa aktor pembuat kebijakan dan siapa implementator kebijakan dalam pelayanan KB di RSUP dr. Kariadi ? b. Bagaimana bentuk kebijakan yang diberlakukan rumah sakit mengenai pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi ? c. Siapa yang merupakan target sasaran kebijakan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi? d. Apakah petugas medis cukup banyak membantu bapak dan ibu dalam memilih metode kontrasepsi	 V V V X	 V V V X	 X X X V
2	<b>Apa faktor determinan yang mempengaruhi keberhasilan peningkatan kualitas Pelayanan KB pada pasien pasca persalinan</b> a. Menurut Bapak/Ibu bagaimana mekanisme pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi di era Jaminan Kesehatan Nasional ini ?	 V	 V	 X

	b. Apa saja fasilitas pelayanan KB yang dimiliki RSUP dr. Kariadi, termasuk fasilitas, sarana dan prasarana yang hanya dimiliki RS tipe A?	V	V	X
	c. Apakah dokter/petugas medis memberikan konseling yang baik pada pelayanan KB ?	X	X	V
	d. Bagaimana proses transmisi informasi pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi	V	V	X
	e. Kapan sebaiknya proses konseling pelayanan KB itu dilakukan ?	V	V	X
	f. Bagaimana kecenderungan sikap atau tindakan para petugas medis dalam memutuskan metode apa yang diberikan kepada pasien pasca bersalin?	V	V	X
	g. Apakah ada anjuran dari anjuran dari dokter untuk memberikan metode KB tertentu setelah persalinan, metode KB yang bagaimana mohon dijelaskan ?	V	V	V
	h. Sebagai pembuat kebijakan menurut dokter bagaimana timbal balik dari pelaksana kebijakan tersebut?	V	V	X
3	<b>Upaya Rumah sakit dalam menangani hambatan dan mencari solusi permasalahan pada pelaksanaan pelayanan KB di rumah sakit</b>			
	a. Apa saja hambatan yang sering terjadi berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi?	V	V	V
	b. Bagaimana upaya yang sebaiknya dilakukan untuk menyelesaikan masalah tersebut?	V	V	V
	c. Apakah ada pelatihan mengenai kontrasespi yang pernah diikuti oleh petugas medis/ dokter yang			

	diselenggarasskan oleh pihak rumah sakit ? jelaskan ?	V	V	X
	d. Bagaimana pendapat bapak/ibu mengenai KB Pasca Persalinan dan AKDR Pasca Plasenta ?	V	V	V
	e. Apakah ada saran dan harapan dokter terkait dengan regulasi agar kedepannya program KB pasca persalinan ini bisa meningkatkan cakupan di rumah sakit dan menurunkan AKI	V	V	X
4	<u>Upaya menemukan model yang cocok ada pelaksanaan pelayanan KB di RSUP. Dr. Kariadi</u>			

Keterangan :

V : yang ditanyakan kepada informan

X : yang tidak ditanyakan terhadap informan



## RANGKUMAN WAWANCARA

NO	ITEM PERTANYAAN DAN JAWABAN
1	2
1	<b>Bagaimana mekanisme implementasi kebijakan pada pelaksanaan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi</b>
<b>Pembuat Kebijakan</b>	
a. <i>Siapa aktor pembuat kebijakan dan siapa implementator kebijakan dalam pelayanan KB di RSUP dr. Kariadi ?</i>	
<b>Informan Dokter Sp 1</b>	PKBRS
<b>Informan Dokter Sp 3</b>	Kepala Bagian
<b>Key Informan Dokter Sp</b>	Rumah Sakit melalui Ka KSM (Kelompok Staf Medik)
<b>Informan Residen 1</b>	Aktor : Direktur dan manajemen rumah sakit, implementator : dokter dan bidan
<b>Informan Residen 2</b>	Sub bagian FER KSM obsgin RSUP Dr. Kariadi (dr. Hary Tjahjanto, SpOG(K))
<b>Bentuk Kebijakan</b>	
b. <i>Bagaimana bentuk kebijakan yang diberlakukan rumah sakit mengenai pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi ?</i>	
<b>Informan Dokter Sp 5</b>	Setiap Rabu dikontrol kog, tiap Rabu kan mereka laporan. KB suntik sekian, KB kondom sekian, yang kondom alasannya kenapa tidak IUD, tiap rabu laporan, yang tidak bisa konseling dia boleh lapor ke DPJP, ya tho karena itu tanggung jawab DPJP ne pasien tapi dia kembali ke klinik KB 2 minggu karena dia tidak bisa konseling.
<b>Informan Dokter Sp 2</b>	Kalau IUD post partum kan istilahnya itu tidak diwajibkan, jadi hanya dokter dokter tertentu saja, kalo jampersal dulu diwajibkan.
<b>Informan Dokter Sp6</b>	Sebetulnya dari kita, kembali Kepala Bagian itu sangat menganjurkan untuk pemasangan KB tapi ya memang ada kebijakan dari DPJP masing – masing.
<b>Key Informan dokter Sp</b>	Yang berkaitan dengan KB rumah sakit kan, untuk menggerakkan ibu hamil ikut KB harus menggerakkan motivatornya, motivatornya kan dari PPDS, PPDS nantikan yang menggerakkan supervisornya, walaupun selama ini yang jalan yang rutin saya sama kepala bagian tok, setau saya ketua SMF sama saya, kalau saya tiap hari rutin sehari dua kali dengan cara melaporkan hasil pelayanan PKBRS, dengan cara melaporkan kan sama saja dia jadi inget terus. Itu caranya dengan melaporkan hasil kegiatan dua kali sehari untuk mengingatkan, mengerakkan, mengoreksi apabila ada kekurangan pelayanan.”
<b>Informan Residen 2</b>	Kebijakannya adalah setiap pasien pasca persalinan sudah ber KB saat pulang rawat inap, pasien dengan penyakit sistemik seperti hipertensi, penyakit jantung diedukasi mengenai KB non hormonal.
<b>Petugas kesehatan 1</b>	Karena ada kebijakan di rumah sakit bahwa pasien pulang dari rumah sakit harus ber KB, apapun yang dipakai.
<b>Sasaran Kebijakan</b>	

<i>c. Siapa yang merupakan target sasaran kebijakan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi?</i>	
<b>Informan Dokter 2</b>	<i>Iya karena kalau rumah sakit tipe A dan tipe B itu akan sulit terutama kalau pelayanan KB interval, akan kesulitan karena ndak bakal bisa masuk, kecuali ada orang mau steril tapi punya penyakit jantung, lha itu tapi kan jarang sekali.</i>
<b>Informan Dokter 1</b>	<i>Semua ibu post partum dan pasangan usia subur yang ingin menunda kehamilan</i>
<b>Informan Residen 2</b>	<i>Ibu hamil resiko tinggi serta ibu pasca persalinan baik pervaginam maupun perabdominal</i>
<b>Petugas Kesehatan 1</b>	<i>Pasien rujukan dengan resiko berat, PE berat atau gangguan hormonal</i>
<b>Aktor – aktor pelaksana kebijakan</b>	
<i>d. Apakah petugas medis cukup banyak membantu bapak dan ibu dalam memilih metode kontrasepsi</i>	
<b>Informan Pasien 2</b>	<i>Iya saya steril, dokter bilang ini kan putra ketiga, pernah sesar, resiko tensi tinggi.</i>
<b>Informan Pasien 3</b>	<i>Iya disarankan IUD langsung dipasang setelah melahirkan</i>
<b>2</b>	<b><i>Apa faktor determinan yang mempengaruhi keberhasilan peningkatan kualitas Pelayanan KB pada pasien pasca persalinan</i></b>
<b>Faktor Sumber Daya</b>	
<i>a. Menurut Bapak/Ibu bagaimana mekanisme pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi di era Jaminan Kesehatan Nasional ini ?</i>	
<b>Informan Dokter Sp1</b>	<i>Di Kariadi ini kan poliklinik KB sudah ga jalan karena tidak bisa diklaim pasiennya, jadi pelayanannya kan tidak bisa kesini tapi ke tipe C, itu saja sudah habis, yang kesini paling yang komplikasi, yang komplikasi pun sudah jarang sekarang, karena KB sudah tidak di tipe A lagi</i>
<b>Informan Dokter Sp 2</b>	<i>Disini tipe A, hal itu (MOW) hanya bisa dilayani di tipe C dulu, makanya disini akhirnya jauh berkurang memang untuk metode yang permanen itu. Termasuk misalnya pelayanan KB di poliklinik, tidak bakal bisa di kariadi, karena harus dilayani di level primer untuk kontrasepsi IUD.</i>
<b>Informan Dokter Sp4</b>	<i>Kalau dulu, jampersal itu menanggung semuanya, karena bagaimanapun juga yang menanggung itu pemkot, jadi jampersal kota atau provinsi, bahkan KB pun di klaim dalam arti pasien benar – benar diberi bantuan, jadi metode kontrasepsi malah dapat, tapi sekarang BPJS malah tidak menanggung apapun.</i>
<b>Informan Dokter Sp 5</b>	<i>Jadi BPJS itu selalu kaku... kakunya begini karena bunyinya IUD pasca plasenta jadi pelayanannya IUD, IUD itu bisanya hanya dilayani menurut BPJS di FKTP.</i>
<b>Petugas Kesehatan 1</b>	<i>Kalau era JKN itu satu karena pasien itu datang di kariadi harus sesuai dengan alur pelayanan otomatis jumlah pasien lebih banyak tahun – tahun lalu daripada sekarang, karena kalau tidak sesuai alur pasien tidak bisa dicover oleh BPJS, harus ada rujukan berjenjang</i>
<b>Informan Residen 1</b>	<i>Mekanisme pada era JKN menurun, operator siap kadang SDA tidak tersedia, sosialisasi sumber pembiayaan kurang</i>
<b>Informan Residen 2</b>	<i>Pelayanan KB berjalan baik, targetnya setiap pasien pasca persalinan sudah menggunakan KB, kekurangannya MOW tidak masuk dalam klaim BPJS</i>
<b>Key Person BPJS</b>	<i>BPJS dalam hal biaya itu pasif, jadi kami tidak nawar, jadi yang kami tawar adalah pengajuan rumah sakit atau verifikasi, kami tidak akan</i>

	<i>membayar kalau rumah sakit tidak setuju. Jadi dalam hal pembayaran, bpjs itu hanya dapat membayar sebesar pengajuan yang diajukan rumah sakit.</i>
<b>Key person BKKBN</b>	<i>RS Kariadi mendapat juara 1 nasional dalam kategori KB pasca persalinan dan keguguran pada tahun 2009 dan 2013 lomba KB pasca persalinan tipe A karena cakupannya paling tinggi sampai 90 % waktu itu, cuman waktu terakhir dr. Hary juga cerita sejak era JKN tidak setinggi pada waktu lalu karena kan pembiayaannya IUD sendiri dirumah sakit kan sekarang belum tercover bener, MOW pun juga sekarangkan pasca salin pervaginam hampir sama biayanya, bedah sesar pun selisih tapi sedikit, itu permasalahannya.</i>
<b>b. Apa saja fasilitas pelayanan KB yang dimiliki RSUP dr. Kariadi, termasuk fasilitas, sarana dan prasarana yang hanya dimiliki RS tipe A?</b>	
<b>Informan Dokter 1</b>	<i>Laparoskopi dan laparotomi</i>
<b>Informan Residen 2</b>	<i>Laparoskopi</i>
<b>Informan Residen 4</b>	<i>Pasang dan lepas IUD, pasang dan lepas implan, MOW laparoskopi dan laparotomi</i>
<b>Key person BKKBN</b>	<i>Ada alatnya laparoskopi bantuan dari kita, terakhir diberikan tahun 2015, kariadi sudah pernah dapat laparoskopi dua kali, laparoskopi kan harganya 250 juta satu set, jadi terakhir dari PKMI kita kerjasama, rumah sakit yang sudah di dropping laparoskopi juga harus ada pelatihannya, tapi berhenti di tahun 2015, karena dari 35 laparoskopi hanya 5 rumah sakit yang menggunakan laparoskopi, ada yang sudah dilatih ndak pede, kalo tidak jeli kan susah, ada yang minta diberi monitor, cuma harga monitornya kan 100 juta.</i>
<b>Faktor Komunikasi</b>	
<b>c. Apakah dokter/petugas medis memberikan konseling yang baik pada pelayanan KB ?</b>	
<b>Key person Dokter Sp</b>	<i>Iya konseling diberikan yang diutamakan IUD pasca plasenta, bila tidak mau IUD kita tawarkan implan, bila tidak mau implan kita tawarkan suntik, bila tidak mau pil jika tetap menolak kita beri kondom.</i>
<b>Informan Residen 2</b>	<i>Waktu yang tepat saat ANC (suami – istri) atau saat pasien datang pertama untuk rawat inap atau paling tidak sebelu persalinan</i>
<b>Petugas Kesehatan 1</b>	<i>Pasien yang dari kita itu sudah dari poliklinik tapi pasien yang datang dengan rujukan kita lihat situasi, saat pasiennya tidak bisa menahan sakit masak kita konseling kan tidak ada manfaatnya, kepurusannya tidak efektif, kalau pasiennya masih bisa diajak komunikasi dengan baik saat inpartu kalau rujukan tentunya datang sudah dikondisi yang seperti itu. kalau yang dari kita begitu masuk di poli sudah diinformasikan KB nya apa.</i>
<b>Key person BKKBN</b>	<i>Kalau di kariadi itu kan bagus dia jadi kayak bikin poster – poster itu kan yang dipasang – pasang.</i>
<b>Informan Pasien 1</b>	<i>Iya sudah ditawari setelah bersalin, kulo hipertensi, kulo rujukan saking kabupaten demak, dokter nawari nek mboten IUD sing tunggale, tapi mboten nawari sing suntik.</i>
<b>Informan Pasien 2</b>	<i>Iya bidan dan dokter sewaktu di UGD</i>
<b>d. Bagaimana proses transmisi informasi pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi</b>	
<b>Informan</b>	<i>Iya ada surat dari PKBRS untuk menggalakkan KB, dan seminggu sekali</i>

<b>Dokter Sp 3</b>	<i>kami ada rapat, kita selalu menyampaikan selama seminggu layanan KB nya berapa, kemudian KB apa yang banyak diberikan, pil, kondom, IUD.</i>
<b>Informan Dokter Sp 2</b>	<i>Peran rumah sakit ada yaitu memberikan semacam perintah dalam tanda kutip pada para dokter untuk menghidupkan lagi kegiatan mulai dari konseling sampai dengan pelayanan KB.</i>
<b>Informan Dokter Sp 6</b>	<i>Saya sendiri secara pribadi juga belum tahu masalah klaim – klaimannya seperti itu, kalau kita di kariadi itu menjadi pertanyaan.</i>
<b>Informan Dokter Sp 4</b>	<i>belum ada edaran resmi yang membuat kita berani mengatakan bahwa KB metode apapun yang mana itu akan dicover BPJS dalam rangka JKN.</i>
<b>Informan Residen 1</b>	<i>Konseling oleh konselor melalui beberapa cara yaitu secara lisan, alat peraga dan pamflet atau poster</i>
<b>e. Kapan sebaiknya proses konseling pelayanan KB itu dilakukan ?</b>	
<b>Informan Dokter Sp4</b>	<i>Kalau ada pasien post partum yang inpartu atau pada proses persalinan, ANC, KB itu selalu disampaikan tapi pada kenyataannya, beberapa pasien juga mempunyai pendapat sendiri untuk memilih, karena itu hak, tidak boleh memaksakan, jadi sebetulnya kalau saya boleh mengatakan 100% edukasi itu pasti ada, hanya apakah dipahami oleh pasien dan ditindaklanjuti oleh pasien,akhirnya itu tidak semua akan menjalani, atau mungkin ada yang menolak dengan halus, dia akan menggunakan kondom atau suntik, maksudnya tidak serta merta menggunakan IUD, kalau IUD masih menjadi momok buat banyak orang padahal sebenarnya tidak.</i>
<b>Informan Dokter Sp 3</b>	<i>Oh ya selalu, nanti bisa di cek di resume saya, untuk pasien – pasien habis persalinan itu selalu nasehat selalu ASI eksklusif dan Kontraspei, selalu itu saya menulis begitu.</i>
<b>Informan Residen 1</b>	<i>pada semua wanita usia subur yang berobat ke RSDK</i>
<b>Informan Residen 2</b>	<i>Pada saat ANC yang menjadi sasaran adalah suami istri, jika terlewat dapat dilakukan saat menjelang persalinan</i>
<b>Faktor Disposisi</b>	
<b>f. Bagaimana kecenderungan sikap atau tindakan para petugas medis dalam memutuskan metode apa yang diberikan kepada pasien pasca bersalin?</b>	
<b>Informan Dokter Sp 2</b>	<i>Kenapa dulu kontrasepsi itu seakan – akan kompak semua terlibat, karena dulu belum ada DPJP, Dokter Penanggung Jawab Pasien. Jadi dulu pasien – pasien kelas 3, yang bukan di kutilang, garuda, itu istilahnya milik bersama, itu ndak ada milik seseorang dokter, itu milik bagian, itu mulai berubah tahun 2013 ke 2014 itu berubah drastis terutama begitu akreditasi, jadi sekarang setiap pasien mempunyai DPJP, masing - masing. Bahkan di poliklinik pun sekarang DPJP yang bertugas harus stand by, artinya begini, kalau jaman dulu, itu melalui dokter – dokter residen itu kompak, pokoknya waktu itu komandannya PKBRS dr. Hary tinggal ngomong sama residen, pokoknya semua pasien yang partus yang bersalin harus semuanya KB, beres serentak, sekarang ndak, sekarang dokter A, dokter B, ada yang setuju dengan IUD post partum, ada yang nggak, ada yang wajib, ada yang nggak, ada yang nggak peduli, nah itu akhirnya masing – masing instruksi beda.</i>
<b>Informan Dokter Sp 1</b>	<i>Kayaknya agak mbleret ini, lagian ngga semua mau mengerjakan</i>
<b>Key Informan</b>	<i>Kalau kita 100% semua pasti dapat pelayanan KB, tergantung pada indikasinya, jadi contoh anak pertama keguguran ya pasti kita ndak akan</i>

<b>Dokter Sp</b>	<i>kasih IUD, tapi kalau sudah lebih dari tiga, lebih dari empat, ya sudah pasti steril, kalo di kariadi lho ya saya mengharuskan untuk itu.</i>
<b>Informan Residen 1</b>	<i>Kurang mengarahkan ke MKJP</i>
<b>Informan Residen 2</b>	<i>Disesuaikan dengan penyakit/kondisi pasien/paritas dan keinginan pasien dalam ber KB</i>
<b>Informan Residen 3</b>	<i>Petugas medis menyarankan metode KB Jangka Panjang tanpa adanya unsur pemaksaan</i>
g. <i>Apakah ada anjuran dari anjuran dari dokter untuk memberikan metode KB tertentu setelah persalinan, metode KB yang bagaimana mohon dijelaskan ?</i>	
<b>Informan Dokter Sp 6</b>	<i>Kalo disini ibunya resiko tinggi pasti pake KB pasca salin, yaa bisa IUD bisa implanon, langsung setelah persalinan, kalo implanon biasanya sebelum pulang kita sudah pasang</i>
<b>Informan Dokter Sp 1</b>	<i>Nah paling yang dikerjakan disini adalah KB pasca persalinan itu karena sekalian, itupun kemaren sempet ribut karena tidak bisa di klaim jadi pada males</i>
<b>Informan Dokter Sp 4</b>	<i>Pada orang – orang yang educated kadang-kadang justru menolak IUD post plasenta pada saat caesar karena orang bisa memilih logika apabila ditanamkan IUD pada saat rahim masih besar, masih ada perjalanan inklusi, proses pengecilan uterus itu bisa mengakibatkan posisi rahim itu berubah atau bahkan lepas, atau ekspulsi, jadi pada saat itu ketika pasien diberitahukan akan hal itu, sebagian pasien menolak penggunaan IUD pasca plasenta.</i>
<b>Key Informan Dokter Sp</b>	<i>Walaupun ada kebijakan dari rumah sakit melalui Ka SMF untuk pelayanan KB pasca persalinan di rumah sakit, tapi khusus untuk pelayanan IUD pasca plasenta, sebagian besar masih belum pro aktif</i>
<b>Key informan BKKBN</b>	<i>Kalo di Kariadi, memang untuk KB pasca plasenta hanya beberapa orang saja yang support karena pertimbangannya gini, sebenarnya kuncinya ada pada KIE nya, kalo saat ANC dia di konseling KB pada saat dia pulang dia pasti selama masa nifas itu kalau ber KB ndak papa, kita sedang memperkenalkan sistem konseling berimbang, jadi kuncinyajika pasien dikonseling dengan baik pasti dia akan kembali ike situ untuk memasang IUD.</i>
<b>Faktor Struktur Birokrasi</b>	
<b>Kewenangan dan fragmentasi</b>	
h. <i>Sebagai pembuat kebijakan menurut dokter bagaimana timbal balik dari pelaksana kebijakan tersebut?</i>	
<b>Informan Dokter Sp5</b>	<i>Sebenarnya kalau kita bisa meyakinkan para dokter ini, daripada dia (pasien) tahun depan menyusahkan kita lagi, kenapa tidak di lakukan tindakan KB sekarang saja.</i>
<b>3</b>	<b><i>Upaya Rumah sakit dalam menangani hambatan dan mencari solusi permasalahan pada pelaksanaan pelayanan KB di rumah sakit</i></b>
<b>Faktor Disposisi dan Faktor Struktur Birokrasi</b>	
a. <i>Apa saja hambatan yang sering terjadi berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan KB di RSUP Dr. Kariadi?</i>	
<b>Informan Dokter Sp 2</b>	<i>Ya itu peralihannya di tahun 2013 dan 2014, saat itu kan peralihan dari jampersal, jampersal itu kan dulu gampang sekali untuk berobat ke rumah sakit, dan belum ada tipe – tipean, katakanlah dari bidan itu langsung ke sini bisa, dan hanya dengan syarat bersedia untuk memakai alat</i>

	<i>kontrasepsi. Itu aja. Jadi waktu itu memang digalakkan sekali untuk Keluarga berencana, tetapi di era BPJS ini kan agak berbeda karena BPJS itu istilahnya tidak mengcover pelayanan KB.</i>
<b>Informan Dokter Sp 1</b>	<i>Yang menjadi masalah yang sudah diteliti disini lho ya, kan banyak masalah KB pasca persalinan itu, perdarahannya banyak, ekspulsinya tinggi, Kalau post partum kan 40 hari dengan uterus sebesar itu, ekspulsinya tinggi banget lho, kamu tanya ke IBI itu bidan – bidan itu, akseptor datang sendiri sudah bawa IUD karena lepas sendiri, jadi mereka ke bidan ga mungkin kesini, di daerah – daerah itu banyak bidan – bidan, pasien yang membawa IUD karena lepas.</i>
<b>Informan Dokter Sp 6</b>	<i>Ternyata tidak masuk dalam anggaran JKN, di rumah sakit lain pun juga sama tidak masuk didalam anggaran JKN</i>
<b>Informan Dokter Sp 5</b>	<i>Jadi begini lho.. akseptornya itu sudah sampai di rumah sakit.. kenapa tidak dipasang, karena BPJS tidak mau bayar, sementara kalian susah – susah mendatangkan akseptor, sementara akseptor yang sudah didepan mata ini orak digarap. Makanya itu yang saya suka heran, sibuk perkara akseptor yang dibawa kesini sementara akseptor yang sudah di depan mata tidak digarap, katanya itu urusan pelayanan</i>
<b>Informan Dokter Sp 4</b>	<i>Apapun yang terjadi kehamilan resiko tinggi itu meningkatkan AKI, jadi goalnya kebelakang AKI dan AKB tidak bisa turun, karena sebetulnya yang beresiko tinggi itu ibu hamil, untuk mengurangi AKI kan kalau bisa ibu tidak hamil to... Nah itu sebabnya tubektomi sebaiknya di cover, dan pada saat ini tindakan cesaria, bekas cesar 3 kali kita mau tubektomi yah tidak ditanggung</i>
<b>Informan Residen 1</b>	<i>Motivasi dari tenaga kesehatan kurang, rumah sakit dan manajemen kurang mensosialisasikan kebijakan</i>
<b>Petugas Kesehatan 1</b>	<i>Kendalanya yang tampak kalau dulu pasien apapun bisa masuk kariadi dengan jamkesmas dan jampersal itu banyak, persalinan banyak sehingga pasien pasca plasenta masih tinggi, ya memang ada pemikiran kalau pasca plasenta itu keluar dsb, tapi itu kan rumor, ada kegagalan tapi mungkin tidak banyak.</i>
<b>b. Bagaimana upaya yang sebaiknya dilakukan untuk menyelesaikan masalah tersebut?</b>	
<b>Informan Dokter Sp 5</b>	<i>Sebenarnya kalau kita bisa meyakinkan para dokter ini, daripada dia (pasien) tahun depan menyusahkan kita lagi, kenapa tidak di lakukan tindakan KB sekarang saja. Jadikan mestinya rumah sakit ngeklaim ke BPJS tapi tidak 79ras di klaim ke BPJS, saya dibilang merugikan rumah sakit karena saya terus pasang IUD pasca plasenta yang tidak dapat di klaim.</i>
<b>Informan Dokter Sp 6</b>	<i>Kalau bisa itu dibuat menjadi satu paket pelayanan ibu melahirkan itu kan lebih baik untuk KB pasca salinnya.</i>
<b>Informan Dokter Sp 4</b>	<i>Dari atas ya seharusnya ada kebijakan yang jelas, JKN ini peduli ndak sama keluarga berencana, sampai sekarang kepeduliannya masih dirasakan tidak menyentuh kontrasepsi, tidak menyentuh sama sekali justru yang disentuh adalah orang – orang yang dianggap nantinya kalau melahirkan beresiko tinggi, nah pencegahan itu kan semestinya sebelum dia hamil.</i>
<b>Informan Residen 1</b>	<i>Koordinasi antara pemangku kebijakan</i>
<b>c. Apakah ada pelatihan mengenai kontrasespi yang pernah diikuti oleh petugas medis/ dokter yang diselenggarakan oleh pihak rumah sakit ? jelaskan ?</b>	

<b>Informan Dokter Sp3</b>	Coba masuk lewat organisasi profesi ya POGI, kan selama ini sering nih berkomunikasi dan mengadakan pertemuan tentang hal itu, tentang KB, juga melibatkan rumah sakit – rumah sakit
<b>Informan Dokter Sp 1</b>	Pelatihan kontrasepsi terkini melalui teknik laparoskopi bagi dokter Spesialis Obstetri Ginekologi, bulan juli tahun ini ada workshop IGES”
<b>Informan Dokter Sp2</b>	Sebenarnya kalau di tingkat nasional sekarang malah diarahkannya ke pre service, jadi kalau saat ini dokter - dokter yang sudah lulus jadi misalkan dokter – dokter yang bertugas di puskesmas A, B, C dan D itu dipanggil di latih untuk melayani KB, ternyata itu tidak efektif, karena kebanyakan masih dipegang sama bidannya kan, ngelatih dokter percuma.. hihi.. makanya sekarang dengan perubahan era BPJS ini kan seharusnya yang pegang kendali adalah dokter – dokter primer, dokter - dokter umum
<b>Informan Dokter Sp5</b>	J : Saya pasang 3712 implan satu bantang.di 28 kabupate dalam tempo satu bulan dan 3712 orang ini tidak akan mengganggu saya sampai tahun 2018. T : Itu kegiatan apa ya dok : obsgin atau apa? J : Pelatihan, biasa P2KS.... galak saya kalo mengenai KB, karena tidak ada jalan keluar, BKKBN juga kadang – kadang angot – angotan T : Angot – angotan bagaimana dok? J : Lho ini kan gaweannya BKKBN
<b>Petugas admin 3</b>	Kegiatan PKMI itu Pelatihan tim medis bagi dokter umum atau dokter spesialis, yaitu kontrasepsi mantap (MOW dan MOP), sebenarnya 2016 itu ada, tapi dicancel sama presiden jadi akhirnya kan tertunda, tahun 2015 ada tapi ndak jalan ya karena waktu itu terbatas sih tenaga medisnya, kan saat itu pada IVA
<b>Informan Residen 1</b>	Belum
<b>Key Informan BKKBN</b>	IUD pasca plasenta memang harus ada pelatihan khusus, sudah dilaksanakan oleh dinas kesehatan dengan lima angkatan, kebetulan kita BKKBN menjadi narasumber, prakteknya di Kariadi, cuma mungkin kelemahan kita follow up dari pelatihan tersebut, jadi yang sudah dilatih itu nanti kita tidak tau kan IUD pasca plasenta itu dipraktekkan atau tidak, tapi IUD pasca plasenta kita keliling 35 kabupaten semua sudah melaksanakan.
<b>d. Bagaimana pendapat bapak/ibu mengenai KB Pasca Persalinan dan AKDR Pasca Plasenta ?</b>	
<b>Key Informan Dokter Sp</b>	Pemasangan IUD pasca persalinan memang disarankan untuk mencegah kehamilan karena untuk pasien yang ANC tidak rutin dengan dokter yang bersangkutan (DPJP) nanti ketika waktunya kontrol tidak akan kembali lagi, jadi dia akan kehilangan (akseptor) dan tidak ber KB karena mereka adalah pasien rujukan
<b>Informan Dokter Sp 1</b>	Ya pasca nifas, kalo pasca persalinan untuk apa coba, 40 hari kan tidak mungkin hamil, kalo dari sisi medis ya ini dari india, ternyata sudah beberapa kali ada jurnal, ada penelitiannya siapa, ternyata kan ada masalah ekspulsi nya tinggi banget, perdarahan ada yang sampai transfusi, kalau sectio itu sekarang banyak yang dilepas tidak bisa, perdarahan banyak.
<b>Informan Dokter Sp 3</b>	Kalau saya lebih condong memasang pasca nifas, kalau saya biasanya ke pasien menganjurkan untuk ikut KB kalau tentang IUD saya biasanya

	<i>menganjurkan nanti setelah nifas kembali untuk dipasang karena rahim kan sudah kembali kepada uterus yang semestinya, soalnya kalau pasca plasenta kasusnya masih belum banyak sehingga berapa ekspulsinya, berapa dislokasinya, bagaimana itu saya belum bisa menyampaikan konklusinya, tapi kalau pasca nifas no problem selama ini.</i>
<b>Informan Dokter Sp 2</b>	<i>Jampersal waktu itu ditekankan sekali kontrasepsi itu, istilah nya pasien harus kontrasepsi baru bisa dilayani dengan jampersal. Makanya kan waktu itu galak sekali, tapi begitu BPJS kan hilang, motivasi itu hilang</i>
<b>Informan Residen 1</b>	<i>Baik, dan harus ditekankan kepada petugas kesehatan untuk dipromosikan</i>
<b>Informan Residen 2</b>	<i>KB pasca persalinan itu efektif dan nyaman untuk pasien, AKDR pasca plasenta juga efektif dan mudah diaplikasikan.</i>
<b>Key informan BKKBN</b>	<i>Sebenarnya IUD pasca plasenta itu bukan tidak efektif, tapi ada tekniknya, jadi saat baru melahirkan rahim masih besar, dan dia butuh waktu untuk mengecil, jadi dari RS Sardjito beliau mengatakan hasil penelitian bahwa kalau SpOG tidak memiliki teknik khusus memang resiko ekspulsinya tinggi, tapi kalau dr. Hary kan punya teknik sendiri pakai push and touch pakai jari, trus ada yang pakai ovarium klem, kalau andalan itu punya IUD khusus pasca salin, kalo IUD biasa panjang inserternya sekitar 25 cm, jadi kalau IUD andalan itu 35 sampai 40, jadi panjang bisa sampai di ujung vundus.</i>
<i>e. Apakah ada saran dan harapan dokter terkait dengan regulasi agar kedepannya program KB pasca persalinan ini bisa meningkatkan cakupan di rumah sakit dan menurunkan AKI</i>	
<b>Informan Dokter Sp 4</b>	<i>Nah inilah yang terjadi di Indonesia, cara mengedukasi itu tidak bisa dengan skup kecil, tapi global, menyeluruh, sampai ke tingkat dasar, dari atas dan kebawah, itu semangatnya sama, seperti sekarang ini semangat seorang dokter sangat berbeda dengan kebijakan JKN seperti ini kita berbenturan, satu orang ketika melahirkan normal, kemudian kontrol "Bu, besok KB tapi KB nya bayar sendiri ya ?" nggak akan datang dia, padahal mahal.</i>
<b>Informan Dokter Sp 1</b>	<i>Ya BPJS harus dilibatkan, untuk menuju universal coverage nantinya, mestinya BPJS mendukung sepenuhnya program KB tersebut</i>
<b>Informan Dokter Sp 5</b>	<i>BKKBN itu tugasnya memberikan advokasi sampai ke tingkat presiden bahwa KB itu penting jadi itu sebenarnya tugasnya BKKBN, kebijakan rumah sakit, kebijakan supaya BPJS membayar rumah sakit kalau dilakukan pemasangan IUD itu pekerjaannya BKKBN.</i>
<b>Key informan BPJS</b>	<i>Untuk sosialisasi tentunya sangat perlu, tetapi yang namanya BPJS itu kerjasama dengan direktur rumah sakit secara institusi. Ada yang namanya sosialisasi harusnya itu juga menjadi rumah sakit mensosialisasikan kepada dokternya, karena kalau kami hanya sebatas mengundang perwakilan dari rumah sakit dari 24 rumah sakit di kota semarang dan demak. Kami undang semua rumah sakit untuk pencegahan kecurangan - kecurangan, kan tidak mungkin kami undang sivitas akademika rumah sakit, nah tugas mereka yang mengundang untuk mensosialisasikan, ya yang nama nya dokter waktunya susah, diundang tidak datang, diberi buku bacaan tidak dibaca.</i>
<b>Informan Residen 1</b>	<i>Pelatihan terhadap pelaksana karena bila tidak dilatih akan terjadi komplikasi dan kegagalan tinggi dan muncul stigma buruk di masyarakat sehingga berimbas pada cakupan yang rendah.</i>

<b>Informan Residen 2</b>	<i>Setiap pasien dengan pembiayaan JKN wajib ker KB, jika menolak JKN tidak dapat digunakan (konsekuensinya biaya mandiri)</i>
4	<i>Model pengembangan program keluarga berencana di Rumah Sakit</i>
	<i>Model dimunculkan dari resume hasil 1,2,3</i>



SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA  
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER KARIADI SEMARANG  
 Nomor : KP. 08.02 - 639

Tentang:  
 TIM PELAYANAN KELUARGA BERENCANA RUMAH SAKIT  
 (PKBRS)  
 DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG.

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. KARIADI SEMARANG

Menimbang :

- a. bahwa sebagai Rumah Sakit rujukan dan pendidikan RSUP Dr. Kariadi harus memberikan pelayanan dasar secara komprehensif serta mampu sebagai tempat pelatihan dan penelitian khususnya untuk keluarga berencana (KB)
- b. bahwa pelayanan keluarga berencana merupakan pelayanan dasar yang harus disediakan oleh RSUP Dr. Kariadi
- c. bahwa Tim PKBRS yang sudah ada selama ini perlu direvitalisasi dan reorganisasi
- d. bahwa untuk maksud tersebut di atas perlu dibuat Surat Keputusan Tim PKBRS yang baru

Mengingat :

- a. Undang – Undang No. 23 tahun 1982 tentang Kesehatan
- b. Peraturan Pemerintah No. 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum ( BLU )
- c. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1675 /Menkes/Per/XII/2005 tanggal 27 Desember 2005, tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Kariadi Semarang

Memperhatikan :

1. Surat Direktur Jendral Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI No, BM.01.04/III/451/2009 tanggal 16 Februari 2009, tentang Himbuan untuk Meningkatkan Pelayanan KB di Rumah Sakit.
2. Surat dari Kepala BKKBN No. 193/PL.201/E5/2009 tanggal 27 April 2009, tentang Penggunaan Kontrasepsi pada Ibu Pasca Keguguran dan Pasca Persalinan.

**ME MUTUSKAN :**

Menetapkan :

Pertama : Mencabut Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi Semarang tentang Pembentukan Tim Pengelola Program KKB di Rumah Sakit Dr. Kariadi No: 02/09/A II/84 tanggal 16 Februari 1984 dengan ucapan terima kasih atas jasa-jasanya.

Kedua : Menetapkan kembali susunan Tim Pengelola Keluarga Berencana Rumah Sakit di RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan susunan personil sebagai berikut :

1. Pelindung : Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi Semarang

2. Penasehat : Ketua Komite Medik
3. Penanggung Jawab: Direktur Medik dan Keperawatan.
4. Ketua : Dr. Ardy Santoso, SpU
5. Sekretaris : Dr. Hary Tjahjanto, SpOG(K)
6. Anggota :

Sub Tim KB Pria:

1. Dr. M. Adi Soedarso, SpU (Ketua Sub Tim)
2. Dr. Sidharta Darsoyono, SpB SpU (Ketua Rekanalisasi)
3. Dr. Eriawan SpU
4. Prof. DR. dr. H. Rifki Muslim SpB SpU
5. Karsi, AMK

Sub Tim KB Wanita:

1. Dr. Syarief Thaufik H, SpOG(K) (Ketua Sub Tim)
2. Dr. Hary Tjahjanto, SpOG(K)
3. Dr. Inu Mulyantoro, SpOG
4. Tiasnah Dahlia R, AmKeb
5. Wahyu Widayati

Ka Instalasi Farmasi (ex officio)  
 Ka Bidang Pelayanan Medik (ex officio)  
 Ka Bidang Keperawatan (ex officio)  
 Ka Bidang Penunjang (ex officio)  
 Ka Bagian Hukmas (ex officio)  
 Ka Bagian Pelaporan dan Evaluasi (ex officio)

- Ketiga : Tugas Tim adalah :
1. Memberikan masukan kebijakan dan pembuatan SOP pelayanan KB RS kepada pimpinan RS
  2. Melakukan Monitoring dan Evaluasi Pelayanan KB RS
  3. Memberikan feed back pelayanan kepada pihak terkait
  4. Melakukan pelatihan dan penelitian yang terkait dengan KB
  5. Melakukan kerja sama dengan pihak pihak lain yang terkait atas nama dan seijin pimpinan RS

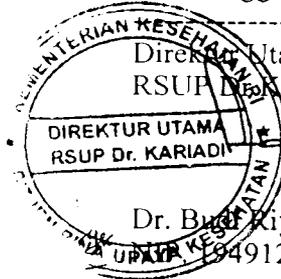
Keempat : Dalam melaksanakan tugas tersebut Tim bertanggung jawab kepada Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi melalui Direktur Medik dan Keperawatan.

Kelima : Semua biaya yang timbul untuk kegiatan Tim dibebankan kepada anggaran RSUP Dr Kariadi Semarang

Keenam : Surat Keputusan ini berlaku dihitung mulai tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : S e m a r a n g

Pada tanggal : 21 JUL 2009



Direktur Utama  
RSUP Dr. Kariadi Semarang

Dr. Budi Riyanto, MSc, SpPD, KPTI

4912291978111001

