

# Mencari Ujung Tombak Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia



WOMEN  
RESEARCH  
INSTITUTE

Editor  
Edriana Noerdin



Mencari Ujung Tombak  
Penurunan Angka Kematian Ibu  
di Indonesia







Mencari Ujung Tombak  
Penurunan Angka Kematian Ibu  
di Indonesia

Women Research Institute  
2011





## **Mencari Ujung Tombak Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia**

ISBN: 978-602-9230-00-0

© Women Research Institute (WRI), 2011

### **Editor**

Edriana Noerdin, MA

### **Penyelar Bahasa**

Muninggar Saraswati

### **Disain Sampul & Tata Letak**

Sekar Pireno KS

### **Foto**

Dokumentasi WRI

Cetakan I, 2011

### **Penerbit**

#### **Women Research Institute**

Jl. Kalibata Utara II No. 25A, Jakarta 12740 - INDONESIA

Tel. (62-21) 799.5670 & 798.7345 Fax. (62-21) 798.7345

Email: [office@wri.or.id](mailto:office@wri.or.id) Website: [www.wri.or.id](http://www.wri.or.id)



## Daftar Isi

Daftar Tabel	vii
Daftar Grafik	xi
Ucapan Terima Kasih	xiii
Pengantar Penerbit	xv
Glossarium	xvii
Bab I. Pendahuluan Angka Kematian Ibu Tetap Tinggi di Indonesia	1
Bab II. Kurangnya Kemauan Politik dan Alokasi Anggaran untuk Kesehatan Reproduksi Perempuan	17
Bab III. Kualitas dan Kuantitas Tenaga Kesehatan Reproduksi Tidak Memadai	41
Bab IV. Pondok Bersalin Desa sebagai Langkah Awal Mengurangi Angka Kematian Ibu	85
Bab V. Dukun Bayi adalah Mitra Kerja	119
Bab VI. Wewenang atas Tubuh Perempuan dan Tingginya Angka Kematian Ibu	147
Kesimpulan: Satu Desa, Satu Polindes, Satu Bidan	175
Lampiran	183
Daftar Pustaka	189
Tentang Editor	194



## Daftar Tabel

Tabel 1.1.	Penolong Persalinan	6
Tabel 1.2.	Jumlah dan Distribusi Bidan, 2006	11
Tabel 1.3.	Permasalahan Bidan Penolong Persalinan	14
Tabel 1.4.	Penolong Persalinan di Tujuh Wilayah Penelitian WRI, 2007-2008	15
Tabel 1.5.	Insentif Tenaga Kesehatan	16
Tabel 2.1.	Alokasi Belanja Kesehatan	19
Tabel 2.2.	Kapasitas Fiskal Tujuh Kabupaten/Kota	19
Tabel 2.3.	Belanja Menurut Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan	23
Tabel 2.4.	Belanja Kesehatan Reproduksi Perempuan Urusan Keluarga Berencana	23
Tabel 2.5.	Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan	24
Tabel 2.6.	Belanja Program Dinas KB dan Kependudukan yang Berhubungan dengan Kesehatan Reproduksi Perempuan	25
Tabel 2.7.	Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan	26
Tabel 2.8.	Belanja Kesehatan Reproduksi Perempuan Urusan Keluarga Berencana	27

Tabel 2.9.	Belanja Program dan Kegiatan pada Dinas Kesehatan	29
Tabel 2.10.	Belanja Program Kesehatan Reproduksi Perempuan pada Dinas Sosial	30
Tabel 2.11.	Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan	31
Tabel 2.12.	Belanja Program dan Kegiatan Urusan Keluarga Berencana	32
Tabel 2.13.	Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan	33
Tabel 2.14.	Belanja Program Urusan Kesehatan	34
Tabel 2.15.	Belanja Program dan Kegiatan Urusan Keluarga Berencana	35
Tabel 3.1.	Rasio Ideal Tenaga Kesehatan Dibagi Jumlah Penduduk	41
Tabel 3.2.	Rasio Ideal, Ketersediaan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan, Sumba Barat	44
Tabel 3.3.	Rasio Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah	47
Tabel 3.4.	Jumlah Tenaga Medis di Kabupaten Lebak	51
Tabel 3.5.	Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lebak, 2006	51
Tabel 3.6.	Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Jembrana	56
Tabel 3.7.	Jumlah Tenaga Bidan di Sarana Kesehatan Kabupaten Jembrana	59
Tabel 3.8.	Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kota Surakarta, 2006	61
Tabel 3.9.	Jumlah Tenaga Kesehatan di Kota Surakarta, 2004	61
Tabel 3.10.	Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Wilayah Penelitian WRI, 2006	62
Tabel 3.11.	Rasio Ideal, Ketersediaan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan, Indramayu	69
Tabel 3.12.	Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Indramayu, 2006	70

Tabel 3.13.	Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Lampung Utara, 2006	74
Tabel 3.14.	Jumlah Tenaga Kesehatan yang Tinggal menurut Kecamatan dan Jenis Tenaga Kesehatan, 2007	81
Tabel 3.15.	Ringkasan Kekurangan Tenaga Bidan dan Tenaga Kesehatan, 2006	82
Tabel 4.1.	Tingkatan Pelayanan Kesehatan	86
Tabel 4.2.	Jenis Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan	88
Tabel 4.3.	Kegiatan Pokok Puskesmas	89
Tabel 4.4.	Pilihan Tempat Berobat Masyarakat Lombok Tengah	98
Tabel 4.5.	Jumlah Posyandu di Tujuh Kabupaten/Kota	99
Tabel 5.1.	Penolong Persalinan di Tujuh Wilayah Penelitian	121
Tabel 5.2.	Persentase Perempuan Hamil yang Mengalami Komplikasi Kehamilan	133
Tabel 5.3.	Data Komplikasi Ibu Hamil di Kabupaten Lombok Tengah, 2005	134
Tabel 5.4.	Faktor yang Mempengaruhi Pilihan Persalinan dengan Bantuan Dukun di Tujuh Wilayah Penelitian WRI, 2007-2008	135
Tabel 5.5.	Faktor yang Mempengaruhi Pilihan Persalinan dengan Bantuan Bidan di Tujuh Wilayah Penelitian WRI, 2007-2008	137
Tabel 6.1.	Pilihan Tempat Pengobatan Ketika Sakit	152
Tabel 6.2.	Gender-related Development Index (GDI), 2002	153
Tabel 6.3.	Gender Empowerment Measurement (GEM), 2002	154
Tabel 6.4.	Penggunaan Alat Kontrasepsi	155
Tabel 6.5.	Responden yang Mengalami Gejala PMS	158
Tabel 6.6.	Pilihan Tempat Pengobatan Gejala PMS	159



## Daftar Grafik

Grafik 1.1.	Kecenderungan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu (1966-2007)	2
Grafik 1.2.	Sebab Kematian Ibu	4
Grafik 1.3.	Tempat yang Dipilih Ketika Ibu Melahirkan	6
Grafik 1.4.	Penolong Persalinan versi IBI	7
Grafik 1.5.	Penolong Persalinan	8
Grafik 1.6.	Biaya Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan	9
Grafik 1.7.	Jarak Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan	10
Grafik 1.8.	Kualitas Tenaga Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan	10
Grafik 1.9.	Ringkasan Status Millenium Development Goals, Indonesia 2009	16
Grafik 2.1.	Belanja Berdasarkan Sumber Dana	21
Grafik 2.2.	Belanja Program Kegiatan Urusan Kesehatan	36
Grafik 2.3.	Pengeluaran Biaya Kesehatan vs Penghasilan, 2004	38
Grafik 4.1.	Biaya Transportasi ke Rumah Sakit	90
Grafik 4.2.	Jarak ke Puskesmas	91
Grafik 4.3.	Waktu Tempuh ke Puskesmas	91

Grafik 4.4.	Biaya Transportasi ke Puskesmas	93
Grafik 4.5.	Jarak Tempuh ke Bidan	95
Grafik 4.6.	Waktu Tempuh ke Tempat Praktek Bidan	95
Grafik 4.7.	Biaya Transportasi ke Bidan	96
Grafik 4.8.	Pilihan Fasilitas Kesehatan selama Kehamilan	100
Grafik 4.9.	Memiliki Jaminan Pelayanan Kesehatan	111

## Ucapan Terima Kasih

Pada tahun 2010, Women Research Institute (WRI) menerbitkan sebuah buku berjudul *Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 Sulit Dicapai*, dengan penulis Dr. Aris Arif Mundayat, Edriana Noerdin, MA, Erni Agustini, M.Si, Sita Aripurnami, M.Sc dan Sri Wahyuni, SE, 2010. Buku tersebut ditulis berdasarkan temuan penelitian yang dilakukan oleh tim peneliti WRI tentang akses dan pemanfaatan fasilitas kesehatan reproduksi bagi perempuan miskin di enam kabupaten dan satu kota, yaitu Lampung Utara, Lebak, Indramayu, Jembrana, Lombok Tengah, Sumba Barat dan Kota Surakarta. WRI kemudian meminta saya untuk menulis ulang dengan menentukan fokus dan memberikan judul baru atas hasil penelitian tersebut menjadi sebuah buku baru berjudul *In Search of a Spearhead for the Reduction of Maternal Mortality in Indonesia* (Mencari Ujung Tombak Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia).

Selama menulis ulang buku ini, saya melakukan serangkaian diskusi dan wawancara dengan peneliti WRI untuk mendapatkan informasi lebih lanjut serta melakukan analisis ulang dan menambahkan rekomendasi dalam buku tersebut. Saya ingin berterima kasih kepada peneliti WRI, terutama Erni Agustini dan Sri Wahyuni, yang telah memberikan informasi tambahan dan wawasan yang kaya dari temuan penelitian mereka yang sangat

membantu saya dalam menulis ulang buku ini. Saya juga berhutang budi kepada Sita Aripurnami, Direktur WRI, yang telah memberikan kepercayaan untuk menganalisis ulang hasil temuan penelitian dan kesimpulan serta mengemasnya menjadi sebuah buku baru. Penulis juga berterima kasih kepada Ursula Julita yang membantu menterjemahkan buku ini (*In Search of a Spearhead for the Reduction of Maternal Mortality in Indonesia*) ke dalam bahasa Indonesia dengan judul Mencari Ujung Tombak Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia. Buku ini tidak akan selesai tanpa peran Sekar Pireno KS, Manager Publikasi dan Kampanye WRI, yang tanpa kenal lelah mengingatkan penulis agar selalu konsisten dalam memenuhi tenggat waktu, sabar dan teliti dalam menyempurnakan naskah agar buku ini memenuhi standar penulisan yang baku serta konsep dan desain buku yang ramah perempuan. Terakhir, namun bukan berarti yang paling akhir, saya mengucapkan terima kasih kepada Alexander Irwan yang mengajak saya untuk selalu berpikir kritis dalam menafsirkan data, analisis dan rekomendasi.

Melalui penerbitan buku ini, saya berharap dapat memberikan masukan kepada pembuat kebijakan untuk mengembangkan dan melaksanakan program penurunan angka kematian ibu di Indonesia secara efektif.

## Pengantar Penerbit

**W**omen Research Institute (WRI) adalah sebuah lembaga penelitian yang bertujuan untuk melakukan kajian dengan menggunakan analisis gender dan metodologi feminis. Jenis penelitian ini akan menghasilkan analisis yang menunjukkan bagaimana perempuan diterima oleh masyarakat serta bagaimana perempuan melihat komunitas mereka.

Dalam konteks otonomi daerah, penelitian yang dilakukan oleh WRI selalu melihat situasi dan pengalaman perempuan di berbagai daerah untuk memperoleh gambaran yang menyeluruh tentang bagaimana perempuan dipengaruhi oleh kebijakan dan program pembangunan di tingkat lokal.

*In Search of a Spearhead for the Reduction of Maternal Mortality in Indonesia* (Mencari Ujung Tombak Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia) adalah sebuah buku yang diharapkan dapat memberikan wawasan untuk memandu pembuatan keputusan dalam mengambil langkah-langkah pemenuhan hak-hak reproduksi perempuan pada umumnya dan untuk mengurangi angka kematian ibu di Indonesia.

Ucapan terima kasih ditujukan kepada Dr. David Hulse, *Country Representative* Ford Foundation di Jakarta, yang telah membantu penerbitan buku ini melalui Ford Grant No: 1100-0121 dan IIE Program No: FF-5H016. Dukungan beliau yang tanpa henti terhadap mereka yang bekerja

pada isu Hak-hak Seksual dan Reproduksi yang memberikan dampak besar terhadap perbaikan kondisi kesehatan reproduksi seksual perempuan di Indonesia.

Penerbitan buku ini diharapkan dapat mendorong publik untuk menempatkan beragam isu dengan perspektif feminis serta menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Penerbitan buku ini juga diharapkan mampu memberikan pencerahan tentang adanya ketidaksetaraan hak atas pelayanan kesehatan reproduksi dalam upaya mengurangi angka kematian ibu di Indonesia. Edriana Noerdin menawarkan sudut pandang dan perspektif baru dalam menganalisis tantangan yang penting ini.

Jakarta, Februari 2011  
Women Research Institute

## Glossarium

3T	: Terlambat mengetahui, Terlambat mengambil keputusan, dan Terlambat menerima pertolongan
AKB	: Angka Kematian Bayi baru lahir
AKI	: Angka Kematian Ibu
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASB	: Analisa Standar Belanja
Askes	: Asuransi Kesehatan
Askeskin	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
Balita	: Anak di Bawah Lima Tahun
Bappenas	: Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
Batita	: Anak di Bawah Tiga Tahun
<i>Belis</i>	: Barang atau uang sebagai harga yang diberikan oleh keluarga mempelai pria kepada keluarga pengantin perempuan dalam upacara pernikahan di Sumba Barat
BDD	: Bidan Di Desa
Bides	: Bidan Desa
BKB	: Badan Keluarga Berencana

BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BKD	: Badan Kepegawaian Daerah
BP	: Balai Pengobatan
BPS	: Biro Pusat Statistik
Bumil	: Ibu Hamil
D1	: Diploma I
D3	: Diploma III
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DAU	: Dana Alokasi Umum
DBH	: Dana Bagi Hasil
Dinkes	: Dinas Kesehatan
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dukun	: Penyembuh Tradisional
FGD	: Focus Group Discussions
FITRA	: Forum Indonesia untuk Transparansi Anggaran
Gakin	: Keluarga Miskin
GBHN	: Garis-Garis Besar Haluan Negara
GDI	: Gender-related Development Index, mengukur pencapaian dalam dimensi-dimensi yang sama dengan menggunakan indikator-indikator yang sama seperti HDI tapi menangkap ketidaksetaraan dalam pencapaian antara perempuan dan laki-laki. Semakin besar kesenjangan gender dalam pembangunan manusia dasar, semakin rendah GDI sebuah negara secara relatif terhadap HDI negara tersebut.
GEM	: Gender Empowerment Measurement, ukuran pemberdayaan gender, ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan suatu bangsa dalam memajukan kaum perempuan di bidang ekonomi dan politik, termasuk di bidang-bidang pengambilan keputusan politik.
GSI	: Gerakan Sayang Ibu
HB	: Hemoglobin, (kependekan: Hb) merupakan molekul protein di dalam sel darah merah yang bergabung dengan oksigen dan karbon dioksida untuk

diangkut melalui sistem peredaran darah ke tisu-tisu dalam badan. Ion besi dalam bentuk Fe+2 dalam hemoglobin memberikan warna merah pada darah.

HDI	: Human Development Index, Indeks Pembangunan Manusia
HDR	: Human Development Report
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
HPI	: Human Poverty Index
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
ICU	: Intensive Care Unit, Unit Gawat Darurat
IMS	: Infeksi Menular Seksual
Imunisasi BCG	: Bacillus Calmette-Guerin. BCG adalah vaksin untuk mencegah penyakit TBC
Imunisasi DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
IPM	: Indeks Pembangunan Manusia
ISR	: Infeksi Saluran Reproduksi
IUD/AKDR/Spiral	: Adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rongga rahim, terbuat dari plastik fleksibel, beberapa jenis IUD/Spiral dililit tembaga atau tembaga campur perak. IUD bertembaga dapat dipakai 4-10 tahun
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Nasional
Jamu	: Minuman herbal yang digunakan untuk pengobatan kesehatan
JKM	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKJ	: Jaminan Kesehatan Jembrana
JPS	: Jaring Pengaman Sosial
KB	: Keluarga Berencana
KDS	: Kelompok Dana Sehat
Kesling	: Kesehatan Lingkungan
Kesmas	: Kesehatan Masyarakat
Kespro	: Kesehatan Reproduksi

KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KRR	: Kesehatan Reproduksi Remaja
KSK	: Kartu Susunan Keluarga
Lansia	: Lanjut Usia
LPP	: Laju Pertambahan Penduduk
Linakes	: Persalinan oleh Tenaga Kesehatan
Luruh duit	: 'Mencari atau memburu uang': banyak perempuan usia produktif di Indramayu menjadi pekerja seks komersial untuk mencari nafkah bagi keluarga
Menkes	: Menteri Kesehatan
Metode Rasio	: Metode ini menghitung rasio ideal tenaga kesehatan yang perlu disediakan sesuai jumlah populasi di suatu daerah
MDG	: Millenium Development Goal
MPS	: Making Pregnancy Safer
Musrenbang	: Musyawarah Perencanaan Pembangunan
Nakes	: Tenaga Kesehatan
<i>Ngakuk mulei</i>	: Harga yang diberikan oleh keluarga mempelai pria kepada keluarga pengantin perempuan dalam upacara pernikahan di Lampung
NTB	: Nusa Tenggara Barat
NTT	: Nusa Tenggara Timur
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
<i>Paman</i>	: Pelindung kekayaan dan aset keluarga di Sumba Barat
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
PDB	: Produk Domestik Bruto
PIN	: Pekan Imunisasi Nasional
PKK	: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PMKK	: Pelatihan Manajemen Kinerja Klinik
PMI	: Palang Merah Indonesia
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan

PNC	: Postnatal Care, Pelayanan ibu Nifas
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
POD	: Pos Obat Desa
POGI	: Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
PONED	: Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
Pos UKK	: Pos Upaya Kesehatan Kerja
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Posyandu Usila	: Pos Pelayanan Terpadu Usia Lanjut
Promkes	: Promosi Kesehatan
PTT	: Pegawai Tidak Tetap
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pusling	: Puskesmas Keliling
Pustu	: Puskesmas Pembantu
<i>Rembugan</i>	: Diskusi; mengacu pada praktek budaya di Lebak dimana untuk mengambil suatu keputusan seluruh anggota keluarga dilibatkan dalam diskusi atau yang disebut <i>rembugan</i>
RS	: Rumah Sakit
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RTM	: Rumah Tangga Miskin
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SIMO	: Surat Ijin Menyimpan Obat
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKD	: Sub Kesehatan Desa
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SKM	: Sarjana Kesehatan Masyarakat
SKPD	: Satuan Kerja Perangkat Desa
SKTM	: Surat Keterangan Miskin
SPK	: Sekolah Pendidikan Kebidanan
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
STD	: Sexually Transmitted Diseases, Infeksi Menular Seksual

Suntik TT	: Suntik Tetanus Toxoid
Suseda	: Survei Kesehatan Daerah
TFR	: Total Fertility Rate
TKS	: Tenaga Kesehatan Sementara
TKW	: Tenaga Kerja Wanita
TOI	: Turn of Interval, menunjukkan rata-rata lamanya hari tempat tidur tidak ditempati
Tuan Guru	: Ulama (istilah yang digunakan di daerah Nusa Tenggara Barat)
UKBM	: Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat
UKM	: Usaha Kesehatan Masyarakat
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
UNDP	: United Nations Development Program
UNFPA	: United Nations For Population Agency
UNICEF	: United Nations Children and Education Fund
UU SJSN	: UU Sistem Jaminan Sosial Nasional
Tubektomi	: Tubektomi, yaitu tindakan operasi berupa pemotongan dan atau pengikatan kedua saluran telur ( <i>tuba fallopii</i> )
Vasektomi	: Vasektomi, yaitu saluran sperma ( <i>vas deferens</i> ) ditutup dengan menggunakan teknik pengikatan atau pemotongan. Dengan begitu, sel telur dan sel sperma tak dapat bertemu sehingga pembuahan atau kehamilan tidak terjadi
<i>Walik dadab</i>	: Pemijatan kepada ibu pada hari keempat puluh setelah melahirkan untuk mengembalikan uterus pada posisi normal
WHO	: World Health Organization
WRI	: Women Research Institute
Yankes	: Pelayanan Kesehatan

# BAB I

## Pendahuluan

### Angka Kematian Ibu Tetap Tinggi di Indonesia

Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (Bappenas) menyatakan bahwa tantangan terbesar dalam menghadapi sektor kesehatan di Indonesia saat ini adalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI).<sup>1</sup> Isu tentang AKI terus menjadi perdebatan di negara ini. AKI yang “dilaporkan” oleh Indonesia selama tahun 2000-2007 adalah 310, sementara data AKI “yang telah disesuaikan” untuk tahun 2005 adalah 420 berdasarkan metode perbandingan internasional seperti yang digunakan oleh *United Nations Children and Education Fund* (UNICEF).<sup>2</sup> Laporan kependudukan dari the *United Nations For Population Agency* (UNFPA), yang senada dengan laporan UNICEF, menyebutkan bahwa AKI di Indonesia masih tinggi, yaitu 420 dari setiap 100.000 kelahiran<sup>3</sup> pada tahun 2005.

AKI di Indonesia yang dikeluarkan oleh dua organisasi internasional tersebut jauh berbeda dengan data nasional yang dikeluarkan oleh Bappenas

---

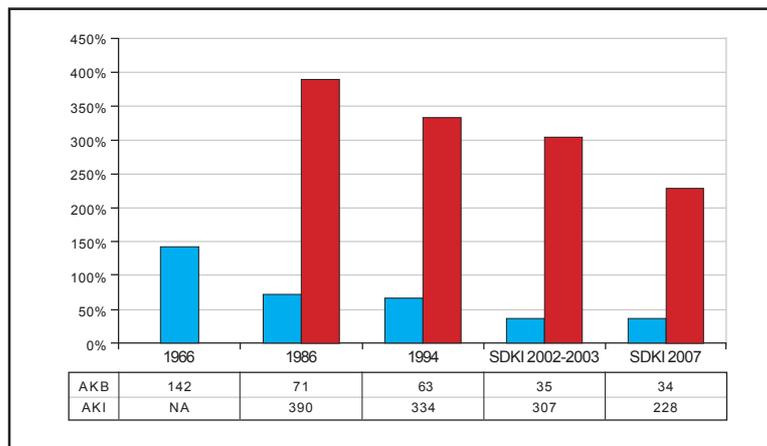
<sup>1</sup> Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) *Summary Report: Millennium Development Goals*, Indonesia 2007, hlm. 8.

<sup>2</sup> [www.unicef.org](http://www.unicef.org), Indonesia: Statistics: Women.

<sup>3</sup> *Kompas*, “Angka Kematian Ibu Dapat Diturunkan; Edisi Kesehatan Ibu dan Anak”, 23 Januari 2010, hlm. 36.

pada tahun 2007<sup>4</sup> dan 2009<sup>5</sup> yang mengindikasikan bahwa AKI di Indonesia telah menurun dari 390 pada tahun 1994 menjadi 307 pada tahun 2002-2003 dan terus menurun menjadi 228 pada tahun 2008. Meskipun angka nasional menunjukkan kecenderungan menurun (lihat Grafik 1.1.<sup>6</sup>), Bappenas mengindikasikan bahwa Indonesia akan sulit untuk mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk mengurangi AKI menjadi 102 pada tahun 2015. Dalam kedua laporan tersebut, Bappenas memperkirakan bahwa AKI di Indonesia akan mencapai angka 163 pada tahun 2015. AKI di Indonesia berada di belakang Malaysia dan Thailand, yang masing-masing mencapai 30 dan 24,<sup>7</sup> dan lebih dekat ke Vietnam (150), Filipina (230) dan Myanmar (380).<sup>8</sup> Meskipun pemerintah Indonesia mengesahkan AKI yang dikeluarkan oleh Bappenas, kalangan Lembaga

**Grafik 1.1.**  
**Kecenderungan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu (1966-2007)**



<sup>4</sup> Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), *Summary Report: Millennium Development Goals*, Indonesia 2007.

<sup>5</sup> Direktorat Evaluasi Pembangunan Sektor, (Bappenas), *Summary Report: Millennium Development Goals*, Indonesia 2009.

<sup>6</sup> Diambil dari presentasi Roy Tjiong pada peluncuran buku “Mengapa Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 Sulit Dicapai?”, 24 Maret 2010.

<sup>7</sup> www.unicef.org, Info by Country: Statistics: Women

<sup>8</sup> *Kompas*, “Angka Kematian Ibu Dapat Diturunkan; Edisi Kesehatan Ibu dan Anak”, 23 Januari 2010, hlm. 36.

Swadaya Masyarakat (LSM) cenderung untuk mempercayai lembaga internasional yang menggunakan metode yang berlaku secara internasional.

Dalam upaya untuk mengkaji tingginya AKI di Indonesia, Women Research Institute (WRI) melakukan penelitian tentang Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia yang meliputi Lampung Utara, Lebak, Indramayu, Jembrana, Lombok Utara, Sumbawa Barat dan Kota Surakarta. Penelitian ini penting dilakukan di tingkat kabupaten/kota karena pemerintah daerah umumnya mengeluarkan kebijakan dan mengalokasikan dana untuk program-program yang tidak bermanfaat untuk rakyat miskin, terutama perempuan, setelah berlakunya desentralisasi awal tahun 2000-an. Misalnya, bagian belanja kesehatan di Bab II memaparkan kenyataan bahwa hanya dua dari tujuh kabupaten/kota yang dipilih WRI yang memenuhi mandat UU No. 36/2009 tentang Kesehatan untuk mengalokasikan paling sedikit 10% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk kesehatan. Selain itu, alokasi untuk perbaikan kesehatan perempuan adalah kurang dari 1% dari total anggaran daerah dengan pengecualian Kota Surakarta.

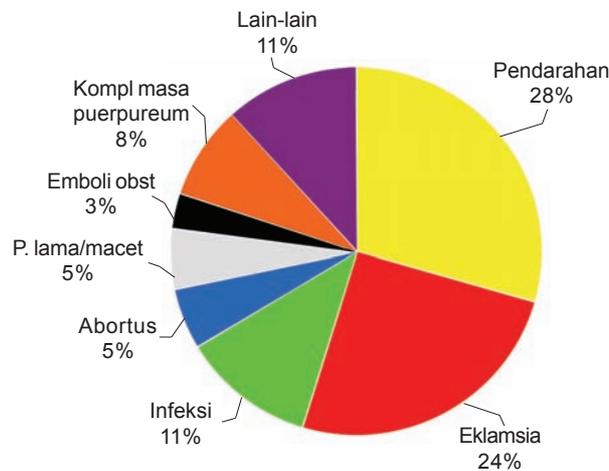
Pada bagian pendapatan, terlihat bahwa pemerintah daerah umumnya menetapkan biaya bagi orang miskin — yang tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan swasta — untuk mendapatkan pelayanan kesehatan umum di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Alih-alih menyediakan pelayanan kesehatan gratis seperti yang dimandatkan Konstitusi, pemerintah daerah justru menarik bayaran dari orang miskin untuk meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Data dari Sekretariat Nasional Forum Indonesia untuk Transparansi Anggaran (FITRA) mengindikasikan bahwa pendapatan dari Puskesmas dan RSUD mencapai 70% dari total PAD di Garut, 49% di Bondowoso, 48% di Parepare, 47% di Sumedang dan 43% di Boyolali pada tahun 2009. Terdapat paling tidak sekitar sembilan kabupaten atau kota lain yang pelayanan kesehatannya memberikan kontribusi lebih dari 30% PAD.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> FITRA, *Analisis Anggaran Daerah di Indonesia: Kajian Pengelolaan APBD di 41 Kabupaten/Kota*, 2010, hlm. 13.

Penetapan biaya untuk pelayanan Puskesmas dan RSUD telah meningkatkan biaya pelayanan kesehatan dan berpengaruh negatif pada perempuan dari keluarga miskin sebagai kelompok paling rentan di dalam masyarakat. Biaya kesehatan ini menurunkan kemampuan mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan, baik kesehatan umum maupun reproduksi.

Kurangnya akses pada fasilitas kesehatan reproduksi memberikan kontribusi terhadap tingginya AKI di Indonesia. Direktur Pelayanan Kesehatan Ibu pada Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Dr. Sri Hermiyanti melaporkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2008 yang mengindikasikan bahwa penyebab utama kematian ibu adalah pendarahan (28%), eklampsia (24%), infeksi (11%), persalinan yang lama (5%) dan aborsi (5%)<sup>10</sup>. Seperti yang dapat dilihat di Grafik 1.2., pendarahan dan eklamsia menyebabkan 52% kematian perempuan saat melahirkan. Sebenarnya, kedua kondisi medis ini dapat dicegah atau diatasi jika ibu dibantu oleh tenaga medis terlatih di

**Grafik 1.2. Sebab Kematian Ibu**



Sumber: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2008

<sup>10</sup> Kompas, "Perdarahan Penyebab Kematian Ibu: Edisi Kesehatan Ibu dan Anak", Sabtu, 30 Januari 2010, hlm. 13.

rumah bersalin yang memiliki perlengkapan medis dan persediaan obat-obatan yang memadai. Para ibu meninggal bukan hanya karena menderita pendarahan dan eklamsia, namun juga karena mereka tidak dapat mengakses pelayanan persalinan dan kesehatan yang memadai, terutama pelayanan gawat darurat. Terdapat tiga jenis keterlambatan yang menyebabkan kematian ibu saat melahirkan. Ketiga jenis keterlambatan itu berhubungan dengan kurangnya akses pada fasilitas kesehatan reproduksi yang memadai:

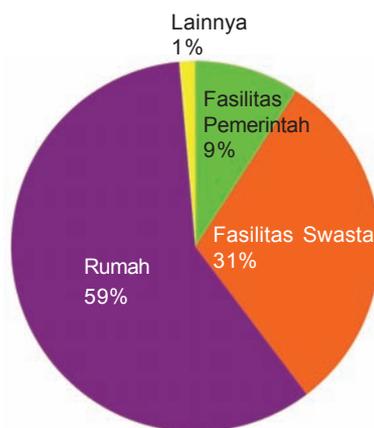
- Keterlambatan dalam mengenali tanda-tanda bahaya dan membuat keputusan;
- Keterlambatan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan;
- Keterlambatan menerima pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan

Pada tahun 1997, Prof. Mahmoud Fathalla, Profesor Obstetri dan Ginekologi di Universitas Asslut, Yunani menyatakan, “Perempuan meninggal bukan karena penyakit yang tidak dapat diobati. Mereka meninggal karena masyarakat belum memutuskan bahwa kehidupan perempuan itu layak diselamatkan.”

Ketiga keterlambatan yang seringkali menyebabkan kematian ibu saat melahirkan itu terkait erat dengan fakta bahwa mayoritas perempuan miskin, terutama di daerah pedesaan, melahirkan anak mereka di rumah. Grafik 1.3. mengindikasikan bahwa 59% kelahiran bayi berlangsung di rumah, sementara 41% sisanya berlangsung di rumah sakit bersalin swasta, rumah sakit umum atau di fasilitas kesehatan lain. Hasil penelitian dari Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) cabang Mataram juga menegaskan tingginya angka kelahiran bayi di rumah. Di 31 kecamatan di Nusa Tenggara Barat (NTB) yang memiliki AKI yang tinggi, 95,7% dari kelahiran tersebut berlangsung di rumah, 85% dibantu oleh dukun bayi dan 32% dari mereka dibantu oleh dukun bayi yang tidak terlatih. Hanya 2,6% kelahiran di wilayah ini yang berlangsung di rumah sakit.

Tabel 1.1. menunjukkan masih terdapat banyak dukun bayi di daerah pedesaan pada tahun 2002-2003 di tingkat nasional.

**Grafik 1.3.**  
Tempat yang Dipilih Ketika Ibu Melahirkan<sup>11</sup>



**Tabel 1.1.**  
Penolong Persalinan

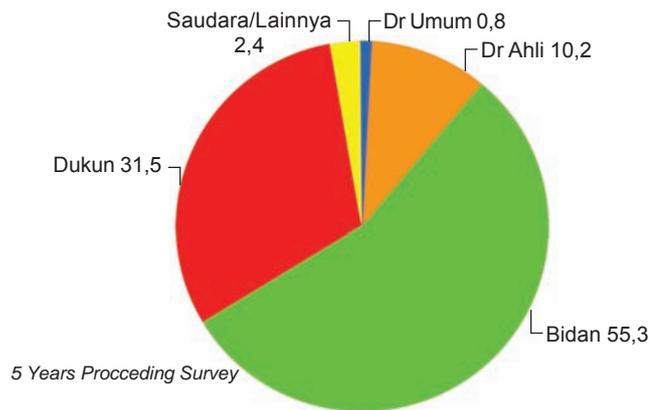
Penolong Persalinan	%
<b>Perkotaan</b>	
- Dokter Umum	3,6%
- Dokter SpOG	13,6%
- Bidan	61,8%
- Dukun Bayi	19,9%
- Lain-lain	1,1%
<b>Pedesaan</b>	
- Dokter Umum	0,9%
- Dokter SpOG	4,6%
- Bidan	49,7%
- Dukun Bayi	41,6%
- Lain-lain	2,1%

Sumber: SDKI 2002-2003

Grafik 1.4. mengindikasikan bahwa, seperti yang dilaporkan oleh Emi Nurjasmi dari Ikatan Bidan Indonesia (IBI), 31,5% dari seluruh kasus kelahiran ditangani oleh dukun bayi dan berlangsung di rumah. Hasil peneli-

<sup>11</sup> Emi Nurjasmi, *Bidan Ujung Tombak Pelayanan Kesehatan Ibu Anak*, PP IBI, 30 Juni 2008.

**Grafik 1.4.**  
**Penolong Persalinan versi IBI<sup>12</sup>**



tian WRI menunjukkan bahwa dukun bayi masih menjadi pilihan utama sebagai penolong persalinan di daerah miskin dan bidan adalah pilihan utama sebagai penolong persalinan di kota kecil, kota besar dan daerah yang tidak diklasifikasikan sebagai daerah miskin. Temuan-temuan penelitian WRI mengindikasikan bahwa persalinan yang berlangsung di rumah dan ditangani oleh dukun bayi seringkali menghadapi kesulitan, misalnya kekurangan air bersih, listrik untuk penerangan, tempat dan peralatan yang steril dan obat-obatan. Hal ini berisiko bagi kesehatan dan keselamatan ibu.

Terdapat empat alasan utama bagi ibu-ibu miskin untuk melahirkan di rumah dan dibantu oleh dukun bayi meskipun berisiko tinggi. Penelitian WRI<sup>13</sup> menunjukkan bahwa keempat alasan tersebut membuat para perempuan hamil di daerah pedesaan mengalami kesulitan untuk beralih dari dukun bayi ke bidan. Alasan pertama adalah kekurangan biaya, yang akan didiskusikan secara detail di Bab IV dan Bab V. Fakta ini ditegaskan oleh

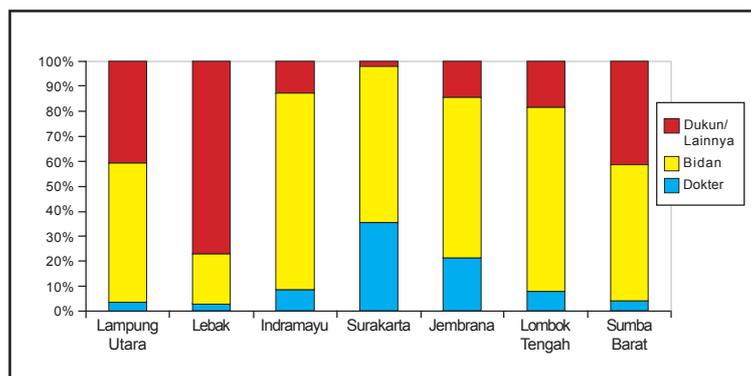
<sup>12</sup> Women Research Institute, *Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah Penelitian, 2007-2008*.

<sup>13</sup> Diambil dari presentasi Ketua POGI cabang Mataram, Dr. Soesbandoro, Spog, pada seminar Tahunan POGI, 3 Juli 2007.

hasil penelitian POGI di Mataram, Lombok Barat, yang menunjukkan bahwa 81% ibu hanya dapat membayar Rp. 10.000 untuk biaya persalinan.<sup>14</sup> Berkaitan dengan kekurangan biaya, terdapat pertimbangan jarak Puskesmas dan RSUD serta buruknya infrastruktur jalan dan kurangnya transportasi publik. Ibu-ibu miskin dari tujuh wilayah penelitian WRI mengatakan bahwa mereka menjatuhkan pilihan pertama pada dukun bayi sebagai penolong persalinan karena ada hubungan keluarga dan karena dukun bayi dapat dipanggil ke rumah mereka (lihat Grafik 1.5). Hal ini bukan berarti mereka tidak menyadari bahwa dokter dan bidan memiliki keahlian medis yang lebih baik daripada dukun bayi. Mereka memahami bahwa dukun bayi sebenarnya tidak direkomendasikan karena alasan-alasan medis (lihat Grafik 1.6). Namun, biaya pelayanan dukun bayi jauh lebih terjangkau dan dapat dibayar dengan barang yang nilainya setimpal.

Alasan kedua adalah, seperti yang digambarkan di dalam Bab V, jenis-jenis pelayanan yang ditawarkan oleh bidan tidak selengkap apa yang ditawarkan oleh dukun bayi. Pelayanan dukun bayi tidak terbatas pada perawatan sebelum persalinan dan saat persalinan saja, namun juga termasuk perawatan bayi yang baru lahir dan seluruh keluarga. Alasan ketiga lebih

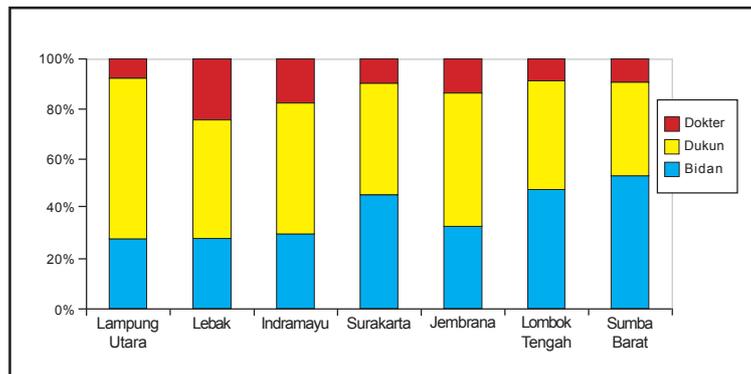
**Grafik 1.5.**  
**Penolong Persalinan**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

<sup>14</sup> Emi Nurjamsi, *Bidan Ujung Tombak Pelayanan Kesehatan Ibu Anak*, PP IBI, 30 Juni 2008.

**Grafik 1.6.**  
**Biaya Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian 2007-2008

bersifat spiritual. Banyak dukun bayi yang dianggap memiliki kekuatan spiritual yang dapat memberikan rasa nyaman dan jaminan untuk ibu yang akan bersalin, saat persalinan atau setelah persalinan. Alasan keempat adalah hambatan budaya yang dihadapi oleh perempuan di daerah pedesaan. Bab VI menggambarkan bahwa perempuan miskin tidak memiliki hak atas tubuhnya sendiri sehingga keputusan tempat melahirkan tidak diambil oleh ibu, melainkan oleh suami dan keluarga.

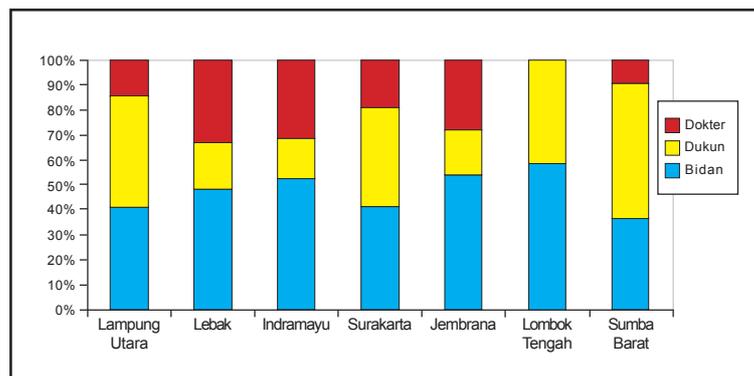
Hasil penelitian WRI juga mengungkap beberapa alasan selain biaya dan hambatan budaya yang mempengaruhi banyak perempuan untuk memilih dukun bayi sebagai penolong persalinan, yaitu:

- Semakin rendah tingkat pendidikan perempuan, semakin tinggi frekuensi pemilihan dukun bayi;
- Semakin banyak anak yang dimiliki perempuan, semakin tinggi frekuensi pemilihan dukun bayi;
- Semakin jauh dan sulit mengakses fasilitas dan tenaga kesehatan, semakin tinggi frekuensi pemilihan dukun bayi;
- Adanya pelayanan kesehatan gratis tidak menurunkan frekuensi pemilihan dukun bayi oleh perempuan miskin di tempat-tempat seperti Lebak, Lampung Utara dan Sumba Barat karena penyebaran informasi tentang pelayanan kesehatan gratis ini tidak memadai sementara dukun bayi mudah diakses;

- Kurangnya kebijakan khusus mengenai kesehatan reproduksi untuk perempuan, misalnya program bidan desan (bides);
- Terdapat banyak bidan muda yang ditugaskan di desa-desa, namun kurang berpengalaman dibandingkan dukun bayi yang lebih tua dan lebih sabar.

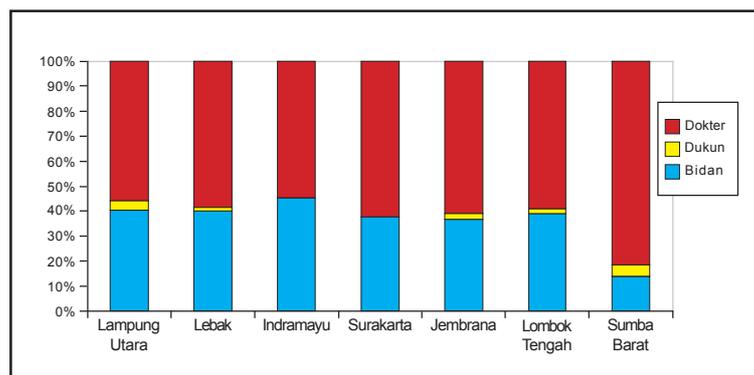
Kebijakan pemerintah juga menjadi faktor penting yang mempengaruhi jumlah persalinan di rumah. Tingginya angka dukun bayi yang membantu persalinan bukan terjadi karena jumlah bidan yang tidak mencukupi di

**Grafik 1.7.**  
**Jarak Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian 2007-2008

**Grafik 1.8.**  
**Kualitas Tenaga Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian 2007-2008

Indonesia. Menurut IBI Indonesia yang terdiri dari hampir 71.000 desa saat ini memiliki lebih dari 83.000 bidan, seperti yang terlihat di Tabel 1.2. Ini berarti bahwa jumlah bidan melebihi jumlah desa di Indonesia. Masalahnya adalah, seperti yang disebutkan di Bab III, distribusi bidan di kabupaten dan kota tidak merata. Di kabupaten/kota, mereka cenderung berkumpul di sekitar Puskesmas (pada tingkat kecamatan) dan rumah sakit (pada tingkat kota). Pemerintah belum responsif terhadap kebutuhan akan fasilitas pelayanan kesehatan di desa-desa, belum mengeluarkan kebijakan dan belum memberikan insentif keuangan yang memadai bagi bidan yang tinggal di desa-desa, terutama mereka yang berada di daerah terpencil. Semakin terisolir sebuah desa, AKI semakin tinggi. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Papua, AKI di Papua adalah 396 per 100.000 persalinan dan angka kematian bayi mencapai 52 per 1.000 persalinan.<sup>15</sup>

**Tabel 1.2.**  
**Jumlah dan Distribusi Bidan, 2006**

Jumlah Bidan	Distribusi Bidan
Di Rumah Sakit	10.086
Di Puskesmas	20.831
Bidan di Desa	52.091
Total	83.008

Sumber: IBI, 2006

Tabel 1.2. mengungkap beragam masalah lain yang dihadapi oleh bidan dalam membantu persalinan di desa-desa, terutama di desa terpencil. Masalah tersebut sebenarnya dapat diatasi dengan kebijakan pemerintah berupa pemberian insentif bagi bidan yang tinggal di desa-desa yang terisolir, penyediaan rumah yang layak, transportasi, fasilitas dan peralatan medis. Alih-alih mengeluarkan kebijakan untuk lebih mendekatkan fasilitas kesehatan yang memadai ke rumah para perempuan di daerah pedesaan, pemerintah hanya memperkenalkan kebijakan sporadis yang tidak men-

<sup>15</sup> *Tabloid Jubi*, "Angka Kematian Ibu Melahirkan di Papua Capai 396 per 1.000 Kelahiran Hidup," 23 Januari 2010.

jawab kesulitan perempuan miskin untuk mengakses fasilitas bersalin karena kekurangan biaya dan keterpencilan desa mereka.

Pemerintah pusat, misalnya, berusaha untuk mengatasi terbatasnya jumlah tenaga dokter dan bidan melalui program Pegawai Tidak Tetap (PTT). Menurut Kementerian Kesehatan, dokter PTT yang ditugaskan di Puskesmas terpencil akan menerima insentif, kenaikan empat kali lipat dari gaji yang dulu berjumlah Rp. 1,5 juta setiap bulan. Dokter PTT yang sudah bekerja selama dua tahun akan diijinkan untuk melanjutkan sekolah dan mengambil spesialisasi. Bidan yang ditugaskan di fasilitas pelayanan kesehatan di daerah terpencil akan menerima insentif sebesar Rp. 2,5 juta setiap bulan. Namun, kebijakan tersebut hanya menjangkau sampai tingkat kecamatan sehingga dokter dan bidan tidak tertarik untuk tinggal di desa, apalagi di desa terpencil. Tidak terdapat kebijakan terpadu untuk menyediakan rumah bagi bidan di desa-desa dengan fasilitas memadai (listrik, air bersih, dan sanitasi) dan peralatan untuk persalinan bayi.

Usaha pemerintah pusat yang setengah-setengah dalam menurunkan AKI juga tampak dalam program Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang diluncurkan oleh Presiden Soeharto pada tanggal 22 Desember 1996. Pemerintah menjalankan program GSI melalui beragam strategi. Pertama, pemerintah memperkenalkan Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman (*Making Pregnancy Safer/MPS*). Kedua, pemerintah mengembangkan kerjasama melalui program lintas sektor untuk memaksimalkan penggunaan berbagai sumber daya yang tersedia dan memperbaiki koordinasi antar program dan kegiatan MPS. Pelaksanaan GSI menggunakan pendekatan desentralisasi, berdasarkan UU No. 22/1999 tentang Pemerintah Daerah, UU No. 25/1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah dan Peraturan Pemerintah mengenai Petunjuk Pelaksanaan GSI (Kepmen No.75/Kep/MenUPW/X/1997). Tantangan paling dominan dalam melaksanakan program GSI di daerah adalah kesadaran bahwa mereka harus mengalokasikan dana khusus untuk perbaikan kesehatan dan pemberdayaan perempuan.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Erni Agustini dan Edriana Noerdin, et al., *Potret Kemiskinan Perempuan*, WRI, 2006.

Sepuluh tahun kemudian, pemerintah mengeluarkan kebijakan melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 mengenai pengembangan Desa Siaga untuk mengoptimalkan pelaksanaan program GSI. Kebijakan ini menjadi dasar bagi pemerintah daerah untuk menyediakan bantuan sejak dini bagi perempuan yang melahirkan dengan mengoptimalkan berbagai sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat di daerah tersebut. Namun, hal ini tergantung pada kemauan politik pemerintah daerah untuk menyediakan alokasi anggaran. Kenyataannya, tidak banyak pemerintah daerah yang melakukannya. Kebanyakan kabupaten enggan mengalokasikan dana untuk program kesehatan secara umum, khususnya untuk mengurangi AKI secara drastis.

Hasil dari penelitian FITRA tentang APBD di 41 kabupaten/kota menunjukkan bahwa alokasi anggaran untuk kesehatan dalam anggaran daerah ternyata sangat minim. Hanya 12 dari 41 kabupaten/kota yang diteliti mengalokasikan 10-16% anggaran APBD untuk kesehatan sementara sisanya hanya mengalokasikan kurang dari 10%.<sup>17</sup> Persentase alokasi anggaran untuk kesehatan ini terlihat minim jika dibandingkan dengan alokasi anggaran untuk pendidikan seperti yang dimandatkan oleh UUD 1945, yaitu 20% dari anggaran nasional. Akibatnya, pelaksanaan program GSI selama sepuluh tahun terakhir dan program PIT selama tiga tahun terakhir belum menunjukkan keberhasilan dalam mengatasi tidak meratanya distribusi bidan dan tenaga penolong persalinan lainnya. Hal ini menyebabkan tetap tingginya angka ibu yang bersalin di rumah dengan bantuan dukun bayi.

Sangat mengecewakan melihat pemerintah pusat tidak responsif terhadap kemitraan bidan dan dukun bayi untuk mengurangi AKI seperti yang digambarkan di dalam Bab V. Beberapa pemerintah daerah, termasuk Lombok Tengah, Indramayu dan Takalar, menunjukkan kemauan politik yang tinggi untuk mengurangi secara drastis angka persalinan yang dibantu oleh dukun bayi. Hasil penelitian WRI di tujuh wilayah yang dilakukan

---

<sup>17</sup> FITRA, *Analisis Anggaran Daerah di Indonesia: Kajian Pengelolaan APBD di 41 Kabupaten/Kota*, 2010, hlm. 32.

**Tabel 1.3.**  
**Permasalahan Bidan Penolong Persalinan**

Identifikasi Masalah Penolong Persalinan (Bidan) Di 7 Wilayah Penelitian: Sumba Barat, Lombok Tengah, Jembrana, Surakarta, Indramayu, Lampung Utara dan Lebak			
Sarana dan Prasarana	Kualitas dan Kuantitas	Sosial dan Geografi	Kebijakan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya rumah bersalin (polindes) di setiap desa; yang ada kondisinya tidak layak.</li> <li>• Fasilitas polindes sangat minim; banyak polindes yang tidak dilengkapi dengan listrik, air bersih, dan hanya memiliki dua ruangan.</li> <li>• Akibatnya, bidan tidak mau tinggal di polindes, dan mereka memilih membantu persalinan di rumah atau tempat praktik mereka sendiri.</li> <li>• Lokasi polindes jauh dari rumah penduduk.</li> <li>• Bidan memiliki peralatan yang minim, misalnya hanya alat pengukur HB, mini dopler, tes kehamilan, seperangkat peralatan persalinan, dan tidak ada lampu.</li> <li>• Tidak semua bidan dapat mengakses transportasi.</li> <li>• Bidan perlu tenaga administrasi untuk melengkapi laporan kerja mereka.</li> <li>• Dalam beberapa kasus kepemilikan polindes oleh swasta, ada kemungkinan pergantian pemilik.</li> <li>• Jaminan keamanan bagi bidan rendah, sementara mereka harus membayar biaya operasional polindes.</li> <li>• Banyak puskesmas dan pustu tidak menyediakan pelayanan persalinan karena tidak memiliki fasilitas rawat inap.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribusi bidan tidak merata, terutama di daerah terpencil.</li> <li>• Beberapa desa tidak memiliki bidan desa, mereka hanya memiliki mantri yang tinggal di desa tersebut.</li> <li>• Pendidikan bidan bervariasi: 85% Diploma 1 dan 15% Diploma 3.</li> <li>• Bidan jarang diberi pelatihan oleh Departemen Kesehatan, misalnya pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN).</li> <li>• Jumlah bidan yang dikirim untuk melanjutkan sekolah masih sangat minim.</li> <li>• Belum ada pelatihan kesehatan reproduksi yang komprehensif untuk bidan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masyarakat masih percaya dukun lebih efektif.</li> <li>• Tidak ada jaminan kesehatan bagi bidan yang bekerja di daerah terpencil. Kondisi jalan yang buruk dan transportasi yang terbatas menghambat pekerjaan bidan karena bidan sulit menjangkau pasien.</li> <li>• Kesadaran perempuan tentang kesehatan reproduksi masih rendah.</li> <li>• Keluarga dan nilai-nilai budaya masih memainkan peran utama dalam mengambil keputusan tentang kesehatan reproduksi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemerintah daerah tidak memperhatikan kesejahteraan bidan.</li> <li>• Tidak semua klaim asuransi kesehatan (Askeskin) dibayar oleh pemerintah, pembayaran tergantung ketersediaan dana.</li> <li>• Klaim Askeskin memerlukan waktu pencairan selama enam bulan, atau terkadang baru keluar di akhir tahun, sehingga bidan kesulitan mengurus Askeskin pasien dan terpaksa meminta bayaran tunai.</li> <li>• Kriteria mempekerjakan bidan sebagai pegawai negeri sipil masih belum jelas.</li> <li>• Gaji bidan sering terlambat 3-6 bulan.</li> </ul>

**Tabel 1.4.**  
**Penolong Persalinan di Tujuh Wilayah Penelitian WRI, 2007-2008**

Penolong Persalinan	Lebak	Lampung Utara	Sumba	Kota Surakarta	Jembrana	Lombok Tengah	Indramayu
Dokter Umum	1,0	1,3	0,7	4,3	3,3	1,3	0,3
Dokter Spesialis	1,3	1,7	2,7	31,0	17,7	5,7	8,7
Bidan Kandungan	21,3	55,3	54,7	62,7	64,3	74,3	78,7
Dukun/Lainnya	76,3	41,7	41,7	2,0	14,6	18,7	12,3

Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian 2007-2008

pada tahun 2007-2008,<sup>18</sup> seperti yang terlihat di Tabel 1.4., menunjukkan bahwa kabupaten miskin seperti Lombok Tengah dan Indramayu dapat mengurangi angka persalinan yang dibantu oleh dukun bayi menjadi di bawah 20%. Hasil ini mendekati pencapaian Kota Surakarta yang memiliki infrastruktur pelayanan kesehatan dan sistem transportasi yang jauh lebih baik dan Kabupaten Jembrana yang menyediakan pelayanan kesehatan gratis untuk semua penduduknya. Pencapaian Indramayu dan Lombok Tengah dimungkinkan karena kebijakan daerah yang mendukung kerjasama antara bidan dan dukun bayi sebagai tenaga penolong persalinan. Berdasarkan skema kerjasama ini, perempuan hamil berkonsultasi dengan dukun bayi selama kehamilan mereka dan pergi ke bidan untuk proses persalinan. Kabupaten Takalar di Sulawesi Selatan menjadi kabupaten pertama di Indonesia yang memiliki peraturan daerah yang telah disahkan oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) mengenai kemitraan bidan dan dukun bayi.<sup>19</sup> Namun, tidak ada upaya yang serius dari pemerintah pusat untuk mengembangkan suatu program nasional agar kerjasama ini juga diterapkan di kabupaten-kabupaten lain di negara ini.

Perempuan miskin, terutama mereka yang tinggal di daerah pedesaan, memilih untuk melahirkan di rumah dengan bantuan dukun bayi karena kurangnya kemauan politik dan alokasi dana. Reformasi kebijakan yang mendasar diperlukan untuk mengurangi jumlah perempuan miskin yang melahirkan di rumah dengan bantuan dukun bayi. Apa yang sebaiknya di-

<sup>18</sup> Women Research Institute, *Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin*, 2007-2008.

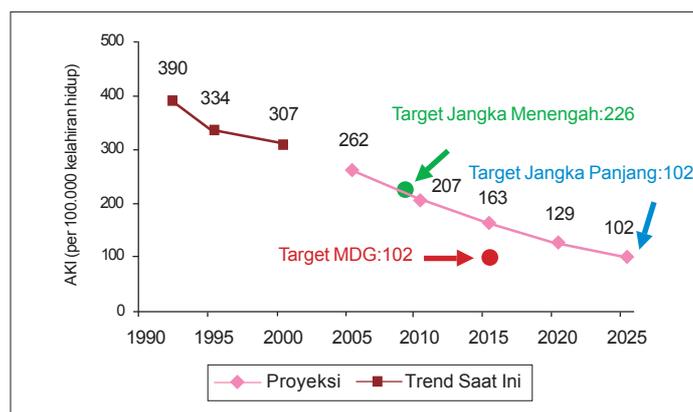
<sup>19</sup> Kompas, "Peraturan Daerah Pertama Kemitraan Dukun-Bidan", 1 Februari 2010, hlm. 13.

**Tabel 1.5.**  
**Insentif Tenaga Kesehatan**

No.	Tenaga Medis dan Bidan	Besaran Insentif
1.	Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil	Rp. 7.500.000,-
2.	Dokter/Dokter Gigi yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah sangat terpencil	Rp. 5.000.000,-
3.	Bidan yang diangkat dengan kriteria daerah terpencil dan bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah sangat terpencil	Rp. 2.500.000,-

Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian 2007-2008

**Grafik 1.9.**  
**Ringkasan Status Millenium Development Goals, Indonesia 2009<sup>20</sup>**



lakukan jika RSUD di kota, Puskesmas di kecamatan, dan bahkan bidan yang tinggal di desa dianggap terlalu mahal dan terlalu jauh dijangkau oleh perempuan miskin yang tinggal di daerah terpencil? Penelitian WRI tentang “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia”, yang dilakukan untuk mencari pelopor yang akan mendekatkan fasilitas kesehatan reproduksi ke rumah perempuan miskin di Indonesia, menyarankan pendekatan “Satu Desa, Satu Polindes, Satu Bidan” sebagai solusi untuk mengurangi tingginya AKI di Indonesia.

<sup>20</sup> Diambil dari presentasi Roy Tjiong pada peluncuran buku “Mengapa Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 Sulit Dicapai?”, 24 Maret 2010.



## BAB II

# Kurangnya Kemauan Politik dan Alokasi Anggaran untuk Kesehatan Reproduksi Perempuan

Undang-undang No. 36/2009 tentang Kesehatan menekankan bahwa semua lapisan masyarakat harus dapat mengakses pelayanan kesehatan dan tidak boleh ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam implementasi pelayanan kesehatan tersebut. Berdasarkan undang-undang tersebut, pemerintah harus mengembangkan program kesehatan, termasuk menyediakan pelayanan publik berdasarkan kesetaraan gender. Pasal 3 Ayat f di dalam undang-undang tersebut menegaskan,

“... implementasi dari pelayanan kesehatan harus berupa pelayanan yang adil dan setara untuk semua lapisan masyarakat dengan harga terjangkau.”

Pernyataan “adil dan setara untuk semua lapisan masyarakat” diperkuat oleh standar kesetaraan gender dalam Pasal 3 Ayat g yang menegaskan,

“...pengembangan kesehatan tidak dibedakan antara laki-laki dan perempuan”.

UU Kesehatan pun menetapkan bahwa pemerintah pusat harus mengalokasikan dana untuk kesehatan minimal 5% dari Anggaran Pen-



dapatan dan Belanja Negara (APBN) di luar alokasi dana untuk gaji. Pemerintah provinsi dan kabupaten/kota diharuskan untuk mengalokasikan dana minimal 10% dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji. UU Kesehatan secara tegas mensyaratkan 2/3 dari total dana kesehatan harus diprioritaskan untuk pelayanan publik yang dibutuhkan oleh masyarakat untuk memperbaiki standar kesehatan mereka.<sup>1</sup> Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah pusat dan daerah memiliki dasar hukum dalam mengalokasikan dana untuk mengembangkan program penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Pertanyaannya sekarang, seberapa jauh pemerintah pusat dan daerah menjalankan mandat undang-undang tersebut untuk mendanai dan melaksanakan pelayanan kesehatan publik? Komitmen dan kemauan politik pemerintah akan menyelamatkan hidup para perempuan miskin.

Bab ini mendiskusikan berbagai temuan Women Research Institute (WRI) mengenai pengeluaran dana kesehatan berdasarkan penelitian di enam kabupaten dan satu kota yang dilakukan pada tahun 2007-2008. Data mengenai alokasi anggaran diambil dari APBD 2007 di wilayah penelitian. Bagaimana gambaran pengeluaran kesehatan untuk kesehatan perempuan miskin di tujuh wilayah penelitian tersebut?

### **Kebijakan Belanja Kesehatan di Tujuh Wilayah Penelitian<sup>2</sup>**

Alokasi anggaran untuk kesehatan reproduksi perempuan dapat dianalisis melalui program dan pengeluaran anggaran kesehatan pemerintah daerah. Analisis ini dilakukan dengan mengidentifikasi program dan kegiatan yang langsung berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan dan penurunan AKI. Penelitian ini hanya mencakup anggaran kesehatan reproduksi

---

<sup>1</sup> Lihat UU Kesehatan No. 36/2009, Bab XV, Pasal 170-172 mengenai Pembiayaan Kesehatan.

<sup>2</sup> Bagian dari bab ini diambil dari artikel Yuna Farhan, "Menelusuri Kebijakan Alokasi Anggaran Kesehatan Reproduksi Perempuan di Tujuh Wilayah", yang dipresentasikan di dalam seminar "Hasil Penelitian WRI tentang Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah di Indonesia", 30 Juni 2008.

perempuan yang ditemukan di bidang kesehatan dan kesejahteraan keluarga. WRI menyadari program dan kegiatan tersebut bukan satu-satunya faktor yang memiliki kontribusi terhadap penurunan AKI. Beberapa program dan kegiatan pendidikan lain juga memiliki peran dalam perbaikan kesehatan reproduksi perempuan, termasuk keselamatan saat persalinan.

Gambaran tentang alokasi dana kesehatan di tujuh wilayah penelitian dapat dilihat pada Tabel 2.1. Hanya dua dari tujuh kabupaten/kota, yaitu Jembrana (10%) dan Lebak (10.7%), yang telah memenuhi mandat UU No. 36/2009 tentang Kesehatan untuk mengalokasikan minimum 10% APBD untuk kesehatan. Hal ini menarik karena Jembrana dan Lebak, seperti yang dapat dilihat di Tabel 2.2., adalah kabupaten dengan kemampuan fiskal terendah. Mereka memiliki Pendapatan Asli Daerah (PAD) dan Dana

**Tabel 2.1.**  
**Alokasi Belanja Kesehatan**

No.	Daerah	Belanja Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	% APBD	Per Kapita
1.	Indramayu	73.646	7,3	41.838
2.	Lombok Tengah	42.725	7,1	51.740
3.	Lebak	75.662	10,7	64.319
4.	Surakarta	37.155	5,8	65.934
5.	Lampung Utara	43.593	8	74.857
6.	Sumba Barat	38.098	9	95.182
7.	Jembrana	38.887	10	151.043

*Sumber:* Data diolah dari dokumen APBD 2007 dari tujuh wilayah penelitian WRI.

**Tabel 2.2.**  
**Kapasitas Fiskal Tujuh Kabupaten/Kota**

No.	Daerah	Pendapatan (Rp)	Kapasitas Fiskal (Rp)	Kapasitas Fiskal (%)
1.	Indramayu	959.915	210.877	22
2.	Lebak	664.871	67.894	10
3.	Surakarta	590.132	129.910	22
4.	Lombok Tengah	571.075	54.123	9
5.	Lampung Utara	542.889	59.647	11
6.	Sumba Barat	395.144	37.421	9
7.	Jembrana	378.668	26.075	7

*Sumber:* Data diolah dari dokumen APBD 2007 dari tujuh wilayah penelitian WRI.

Bagi Hasil (DBH) yang rendah sehingga mereka tergantung pada Dana Alokasi Umum (DAU) dari pemerintah pusat. Kemampuan fiskal Lebak adalah 10%, sedangkan Jembrana hanya 7%, jauh di bawah kemampuan fiskal Indramayu dan Surakarta yang masing-masing mencapai 22%. Dapat dikatakan bahwa kemampuan fiskal yang terbatas seharusnya tidak mencegah pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran yang lebih besar untuk kesehatan.

Lombok Tengah (9%), Sumba Barat (9%) dan Lampung Utara (11%) yang memiliki kemampuan fiskal kira-kira sama dengan Jembrana dan Lebak, atau Indramayu dan Surakarta yang kemampuan fiskalnya dua kali lipat dari Kabupaten Jembrana dan Lebak, tidak dapat menggunakan keterbatasan fiskal sebagai alasan. Yang dapat menyelamatkan hidup para perempuan miskin adalah kemauan politik pemerintah dalam memenuhi mandat UU Kesehatan untuk mengalokasikan minimum 10% dari anggaran APBD untuk kesehatan, bukan DAU atau PAD.

Persentase alokasi anggaran daerah sebenarnya bukan ukuran yang akurat untuk kebutuhan dana kesehatan karena kabupaten dan kota memiliki jumlah populasi yang berbeda. Persentase alokasi anggaran kesehatan dapat sama, lebih banyak atau lebih sedikit. Namun, karena jumlah populasi di Lebak jauh lebih banyak daripada di Jembrana, alokasi anggaran per kapita untuk kesehatan di dua kabupaten tersebut tidak sama. Di Lebak alokasi anggaran per kapita untuk kesehatan adalah Rp. 64.319 dan di Jembrana Rp. 151.043. Jika kita menggunakan target *Millennium Development Goals* (MDGs) untuk menentukan ambang batas anggaran kesehatan, target alokasi anggaran kesehatan per kapita adalah Rp. 120.000. Lebak telah mencapai 50% target MDGs, namun Jembrana telah melampaui target internasional. Meskipun Jembrana adalah kabupaten dengan kemampuan fiskal rendah, pemerintah daerahnya memiliki kemauan politik yang kuat untuk memprioritaskan pengeluaran untuk kesehatan.

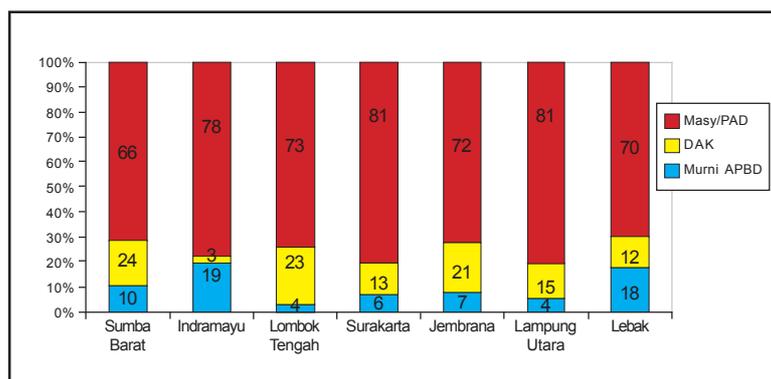
Selain jumlah alokasi dana, sumber-sumber pendapatan sebaiknya juga dikaji untuk menentukan apakah dana berpihak pada orang miskin atau tidak. Di dalam anggaran daerah, dana kesehatan dibedakan atas dana yang berasal dari biaya pengobatan, Dana Alokasi Khusus (DAK) dan

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Semakin banyak dana yang berasal dari biaya pengobatan (PAD), semakin kurang berpihak kepada rakyat miskin.

Grafik 2.1. menunjukkan bahwa 18% dan 19% anggaran kesehatan di Lebak dan Indramayu masing-masing berasal dari biaya pengobatan masyarakat. Meskipun Lebak telah memenuhi mandat UU Kesehatan untuk mengalokasikan minimum 10% dari APBD untuk kesehatan, pemerintah daerah memenuhi target ini dengan memberi beban kepada rakyat untuk membayar pelayanan kesehatan umum. Sebaliknya, Lombok Tengah, Surakarta, Lampung Utara dan Sumba Barat tidak memungut biaya pelayanan kesehatan umum meskipun mereka mengalokasikan kurang dari 10% anggaran APBD mereka untuk kesehatan.

Berdasarkan analisis ini, tampak bahwa pengeluaran kesehatan di Jembrana adalah yang paling pro rakyat dibandingkan dengan enam wilayah lainnya. *Pertama*, alokasi anggaran untuk kesehatan telah memenuhi mandat UU Kesehatan. *Kedua*, pengeluaran untuk kesehatan per kapita melebihi target MDGs. *Ketiga*, Pemerintah Daerah Jembrana tidak bergantung pada biaya kesehatan masyarakat sebagai sumber PAD. Harus pula diingat bahwa rendahnya kemampuan fiskal Jembrana tidak menjadi hambatan bagi kabupaten ini untuk menerapkan kemauan politik mereka dalam meng-

**Grafik 2.1.**  
**Belanja Berdasarkan Sumber Dana**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

alokasikan anggaran kesehatan yang berpihak pada kepentingan rakyat umum, khususnya rakyat miskin.

### **Mengkaji Belanja untuk Kesehatan Reproduksi Perempuan**

Belanja untuk kesehatan reproduksi perempuan dibagi menjadi dua bagian besar, yaitu organisasi dan kegiatan program. Kegiatan program dapat dibagi lagi menjadi beberapa program seperti masalah kesehatan, Keluarga Berencana (KB) dan kesejahteraan keluarga. Tujuan dari pengkajian belanja kesehatan reproduksi perempuan di tujuh wilayah penelitian adalah untuk menunjukkan kecilnya anggaran yang secara langsung dialokasikan untuk kebutuhan kesehatan reproduksi perempuan secara umum, dan khususnya untuk persalinan.

#### **Kabupaten Lampung Utara**

Kabupaten Lampung Utara mengalokasikan 8% anggarannya, atau sekitar Rp 75.000 per kapita, untuk kesehatan. Jumlah ini tidak memenuhi mandat UU Kesehatan dan target MDGs. Sebanyak 88% anggaran dialokasikan untuk pelayanan kesehatan dan 12% untuk RSUD. Dari jumlah ini, 54% (4,32% dari APBD) dialokasikan untuk pengeluaran langsung dan 47% (3,68% dari APBD) untuk pengeluaran tidak langsung. Dari 54% pengeluaran langsung, 9,04% (0,52% dari APBD) digunakan untuk mendanai pegawai administrasi, sementara 38,73% (Rp. 16,8 milyar) digunakan untuk peralatan dan infrastruktur kesehatan. Akibatnya, pengeluaran yang digunakan langsung untuk rakyat hanya 3,8% dari APBD (Rp. 19,34 milyar) dari 8% anggaran kesehatan. Jika jumlah dana ini dikurangi dana dari DAK yang diberikan oleh pemerintah pusat (Rp. 6,6 milyar) dan dari sektor kesehatan PAD (Rp. 1,5 milyar), maka komitmen pemerintah daerah Lampung Utara terhadap dana APBD untuk kesehatan yang digunakan langsung untuk rakyat adalah Rp. 11,2 milyar, atau 1,9% dari APBD. Tabel 2.3. menunjukkan bahwa pengeluaran untuk keselamatan ibu dalam persa-

**Tabel 2.3.**  
**Belanja Menurut Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Kesehatan		
		Total (Juta)	Anggaran Kesehatan (%)	APBD (%)
1.	Administrasi Aparatur	3.941	9,04	0,52
2.	Obat dan Perbekalan Kesehatan	1.543	3,54	0,27
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	278	0,64	0,05
4.	Promosi Kesehatan	82	0,19	0,01
5.	Perbaikan Gizi	66	0,15	0,01
6.	Pengembangan Lingkungan Sehat	86	0,20	0,01
7.	Penanggulangan Penyakit Menular	3.21	0,74	0,06
8.	Standarisasi Pelayanan	61	0,14	0,01
9.	Peningkatan Sarana Prasarana	16.884	38,73	2,91
10.	Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	27	0,06	0,005
11.	Peningkatan Peran Serta Masyarakat	257	0,59	0,04

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Lampung Utara

linan mendapat porsi paling sedikit di dalam anggaran, yaitu Rp. 27 juta atau 0,06% dari total belanja kesehatan. Ini artinya pelayanan kesehatan tidak menempatkan keselamatan ibu dan anak sebagai prioritas.

Karena berada di bawah pelayanan kesehatan, kesehatan reproduksi perempuan juga menerima alokasi anggaran dari program KB dan kesejahteraan keluarga. Program-program ini mencakup KB, Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), pelayanan kontrasepsi, pelayanan KB/KRR mandiri dan bimbingan konseling keluarga dengan total dana Rp. 211,9 juta atau 0,04% dari APBD. Ini berarti alokasi dana untuk kesehatan ibu dan anak

**Tabel 2.4.**  
**Belanja Kesehatan Reproduksi Perempuan Urusan Keluarga Berencana**

No.	Program	Alokasi (Rp)	APBD (%)
1.	Program Keluarga Berencana	40.000.000	0,01
2.	Program Kesehatan Reproduksi Remaja	23.500.000	0,004
3.	Program Pelayanan Kontrasepsi	55.050.000	0,01
4.	Program pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB/KR yang mandiri	35.000.000	0,01
5.	Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga	58.425.000	0,01
<b>Total</b>		<b>211.975.000</b>	<b>0,04</b>

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Lampung Utara

dari anggaran pelayanan kesehatan dan anggaran KB hanya Rp. 238,9 juta atau 0,1% dari APBD di Lampung Utara.

### Kabupaten Lebak

Dibandingkan dengan kabupaten lain, Lebak mengalokasikan jumlah paling besar untuk kesehatan: Rp. 75,6 milyar (10,7% dari APBD) atau Rp. 64.319 per kapita. Alokasi anggaran untuk kesehatan ini belum mencapai target MDGs sebesar Rp. 120.000 per kapita meskipun sudah memenuhi mandat UU Kesehatan. Kabupaten ini juga mengalokasikan lebih banyak anggaran untuk belanja langsung dibandingkan kabupaten lain. Belanja langsung untuk kesehatan di Lebak mencapai 75,9% dari anggaran, atau Rp. 57,4 milyar, sementara belanja tidak langsung mencapai 24,1%, atau Rp. 18,2 milyar. Namun, berdasarkan penelitian selanjutnya, terungkap bahwa belanja kesehatan di Lebak dikeluarkan untuk tiga departemen yaitu Pelayanan Kesehatan, RSUD dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Ketiganya memerlukan dana untuk pegawai administrasi mereka yang mencapai Rp. 11,2 milyar. Jadi, belanja kesehatan yang langsung di-

**Tabel 2.5.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan**

No.	Program/Kegiatan	Belanja Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Administrasi Aparatur	11.208	14,6	1,59
2.	Obat dan Perbekalan Kesehatan	4.550	6	0,65
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	783	1	0,11
4.	Promosi Kesehatan	147	0,2	0,02
5.	Perbaikan Gizi	8.692	11,5	1,23
6.	Pengembangan Lingkungan Sehat	922	1,2	0,13
7.	Penanggulangan Penyakit Menular	497	0,7	0,07
8.	Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	861	1,1	0,12
9.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	2.379	3,1	0,40
10.	Peningkatan Sarana Prasarana RS	24.450	32,3	3,47
11.	Pemeliharaan Sarana Prasarana RS	700	0,9	0,10
12.	Sumber Daya Kesehatan	1.140	1,5	0,16

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Lebak

nikmati rakyat hanya berjumlah Rp. 45 milyar atau 6% dari APBD. Jika jumlah ini dikurangi dana DAK dari pemerintah pusat yang berjumlah Rp. 9 milyar dan biaya pengobatan masyarakat sebesar Rp. 13,4 milyar, maka pengeluaran yang dirancang khusus untuk program dan kegiatan untuk rakyat yang murni berasal dari APBD hanya Rp. 22,6 milyar atau 3,2% dari anggaran daerah. Itulah persentase tertinggi anggaran kesehatan dari APBD di tujuh wilayah penelitian tersebut.

Di Lebak, program perbaikan peralatan dan infrastruktur rumah sakit menerima alokasi dana terbesar yang mencapai Rp. 24 milyar. Program ini menyerap lebih dari setengah anggaran kesehatan di luar pengeluaran program untuk pegawai administrasi. Fase ketiga pembangunan Rumah Sakit Adjidarmo di Lebak menunjukkan bahwa pemerintah daerah tidak memprioritaskan pengembangan pelayanan kesehatan yang mudah diakses oleh rakyat miskin. Hal ini tampak pada alokasi anggaran melalui subsidi silang untuk pelayanan kesehatan menengah yang umumnya hanya menguntungkan rakyat yang kaya karena rakyat miskin memiliki akses yang rendah terhadap pelayanan rumah sakit umum.<sup>3</sup>

Tabel 2.5. menunjukkan bahwa terdapat program kesehatan di Lebak yang secara jelas membahas persoalan kesehatan reproduksi perempuan pada umumnya, khususnya untuk mengurangi AKI. Terdapat pula alokasi anggaran di luar kesehatan yang ditujukan untuk kesehatan reproduksi perempuan dan penurunan AKI, seperti anggaran untuk KB dan kesejah-

**Tabel 2.6.**  
**Belanja Program Dinas KB dan Kependudukan yang Berhubungan dengan Kesehatan Reproduksi Perempuan**

No.	Program	Alokasi	% Dinas	% APBD
1.	Program Keluarga Berencana	425.000.000	7,4	0,06
2.	Program Kesehatan Reproduksi Remaja	25.000.000	0,4	0,00
3.	Program Pelayanan Kontrasepsi	400.000.000	7,0	0,06
4.	Pengarusutamaan Gender	50.000.000	0,9	0,01
<b>Total</b>		<b>900.000.000</b>	<b>15,7</b>	<b>0,13</b>

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Lebak

<sup>3</sup> World Bank, *Study of Indonesian Public Expenses 2007: Optimizing a New Opportunity*, 2007.

teraan keluarga. Namun, jumlah anggaran untuk program-program ini sangat kecil, yaitu total Rp. 5,7 milyar atau 0,8% dari APBD. Dari jumlah ini, Rp. 232 juta, atau 4,1% dari anggaran KB, dialokasikan untuk pegawai administrasi dan hanya Rp. 900 juta atau 0,13% dari APBD yang dialokasikan untuk program dan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan, seperti yang terlihat di Tabel 2.6.

### Kabupaten Indramayu

Kabupaten Indramayu mengalokasikan Rp. 73,6 milyar dari 7,3% APBD untuk anggaran kesehatan sehingga belanja kesehatan per kapita

**Tabel 2.7.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Administrasi Aparatur	9.099	13,8	0,96
2.	Obat dan perbekalan Kesehatan	4.333	6,6	0,46
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	4.115	6,2	0,43
4.	Promosi Kesehatan	392	0,6	0,04
5.	Perbaikan Gizi	386	0,6	0,04
6.	Pengembangan Lingkungan Sehat	156	0,2	0,02
7.	Penanggulangan Penyakit Menular	873	1,3	0,09
8.	Standarisasi Pelayanan	164	0,2	0,02
9.	Pelayanan Kesehatan (YanKes) Penduduk Miskin	1.502	2,3	0,16
10.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	8.128	12,3	0,86
11.	Peningkatan Sarana Prasarana Rumah Sakit	9.509	14,4	1,00
12.	Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit	203	0,3	0,02
13.	Program Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	935	1,4	0,10
14.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	71	0,1	0,01
15.	Program peningkatan pelayanan kesehatan Lansia	33	0,1	0,00
16.	Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	38	0,1	0,00
17.	Keselamatan Ibu melahirkan dan Anak	18	0,0	0,005

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Indramayu

mencapai Rp. 41.838. Jumlah anggaran sebesar ini tidak memenuhi mandat UU Kesehatan, apalagi target MDGs sebesar Rp. 120.000 per kapita. Di luar jumlah anggaran yang dialokasikan, jumlah yang ditetapkan untuk belanja langsung adalah 59% atau Rp. 43,4 milyar (4,3% dari APBD). Dari belanja langsung tersebut, 37,2% (Rp. 24,5 milyar) dialokasikan untuk Pelayanan Kesehatan dan 16,7% (Rp. 11 milyar) untuk RSUD. Karena pengeluaran yang dialokasikan untuk pegawai administrasi sebesar Rp. 9 milyar, pengeluaran yang digunakan untuk program dan kegiatan yang langsung dinikmati rakyat hanyalah Rp. 34,4 milyar atau 3,4% dari APBD. Jika jumlah ini dikurangi kontribusi dari PAD yang berasal dari biaya pengobatan masyarakat sejumlah Rp. 13,8 milyar dan DAK sebesar Rp. 2,1 milyar, maka pembiayaan untuk pelayanan kesehatan yang murni berasal dari APBD yang dapat langsung dinikmati oleh rakyat hanyalah Rp. 18,5 milyar atau 1,8% dari APBD.

Program yang khusus ditujukan untuk keselamatan ibu dan bayi hanya menerima jumlah yang sangat kecil yaitu Rp. 18 juta sedangkan peme-

**Tabel 2.8.**  
**Belanja Kesehatan Reproduksi Perempuan Urusan Keluarga Berencana**

No.	Program	Alokasi (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Program Keluarga Berencana	376	4,9	0,04
2.	Program pelayanan kontrasepsi	67	0,9	0,01
3.	Program pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB/KR yang mandiri	397	5,2	0,04
4.	Program promosi kesehatan ibu, bayi dan anak melalui kelompok kegiatan di masyarakat	5	0,1	0,00
5.	Program pengembangan pusat pelayanan informasi dan konseling KRR	66	0,9	0,01
6.	Program peningkatan penanggulangan narkoba, penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS	10	0,1	0,00
7.	Program pengembangan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak	36	0,5	0,00
8.	Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga	77	1,0	0,01
Total		1.034	13,6	0,11

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Indramayu

rintah daerah mengalokasikan Rp. 9,5 milyar untuk perbaikan peralatan dan infrastruktur rumah sakit serta Rp. 8,1 milyar untuk perbaikan peralatan dan Puskesmas. Hal ini mengindikasikan bahwa masalah kematian ibu tidak menjadi prioritas bagi pemerintah daerah. Belanja untuk kesehatan reproduksi ibu yang berhubungan dengan KB menerima anggaran yang jauh lebih besar, yaitu Rp. 1,03 milyar atau 0,11% dari total APBD.

### **Kota Surakarta**

Semua masalah yang berhubungan dengan kesehatan di Kota Surakarta ditempatkan di bawah unit Pelayanan Kesehatan yang menerima alokasi anggaran sebesar Rp. 37 milyar (5,8% dari APBD) atau Rp. 65.934 per kapita. Jumlah ini masih sangat jauh dari jumlah minimum sebesar 10% yang diamanatkan oleh UU Kesehatan. Jumlah ini juga jauh dari target MDGs sebesar Rp. 120.000 per kapita. Sebesar 45,1% dari anggaran yang diterima oleh Pelayanan Kesehatan dialokasikan untuk belanja tidak langsung sementara 54,9% (Rp. 20,3 milyar) atau 3,2% dari APBD untuk belanja langsung. Dari belanja langsung, Rp. 3,9 milyar digunakan untuk mendanai program yang menunjang pegawai administrasi. Karena itu, alokasi dana kesehatan yang dapat langsung dirasakan masyarakat adalah Rp. 16,4 milyar atau 2,5% dari APBD. Jika jumlah tersebut dikurangi kontribusi dari sektor kesehatan untuk PAD berjumlah Rp. 2,3 milyar dan DAK dari pemerintah pusat yang dialokasikan untuk peralatan dan infrastruktur mencapai Rp. 4,9 milyar, dana dari APBD yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan yang langsung dapat dinikmati masyarakat hanyalah Rp. 9,2 milyar atau 1,4% dari total APBD 2007. Alokasi dana terbesar di luar alokasi untuk pegawai administrasi adalah untuk perbaikan peralatan dan infrastruktur Puskesmas dan rumah sakit. Alokasi untuk peralatan dan infrastruktur merupakan bagian dari DAK yang jumlahnya jauh lebih besar dari anggaran untuk program dan kegiatan lainnya. Pelayanan Kesehatan juga mengalokasikan lebih banyak dana untuk obat-obatan dan program kesehatan masyarakat, seperti yang diperlihatkan secara detail di Tabel 2.9.

**Tabel 2.9.**  
**Belanja Program dan Kegiatan pada Dinas Kesehatan**

No.	Program	Belanja Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Administrasi Aparatur	3.944	10,6	0,62
2.	Obat dan Perbekalan Kesehatan	2.032	5,5	0,32
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	1.532	4,1	0,24
4.	Pengawasan Obat Makanan	7	0,0	0,001
5.	Promosi Kesehatan	178	0,5	0,03
6.	Perbaikan Gizi	1.522	4,1	0,24
7.	Pengembangan Lingkungan Sehat	19	0,1	0,003
8.	Penanggulangan Penyakit Menular	949	2,6	0,15
9.	Standarisasi Pelayanan	411	1,1	0,06
10.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	5.403	14,5	0,84
11.	Peningkatan Sarana Prasarana Rumah Sakit	2.916	7,8	0,46
12.	Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit	40	0,1	0,01
13.	Program Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	717	1,9	0,11
14.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	123	0,3	0,02
15.	Program peningkatan pelayanan kesehatan lansia	133	0,4	0,02
16.	Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	17	0,0	0,003
17.	Keselamatan Ibu melahirkan dan Anak	441	1,2	0,07

*Sumber:* Data diolah dari APBD 2007 Kota Surakarta

Program khusus untuk keselamatan ibu dan bayi yang baru lahir dan anak-anak menerima alokasi dana Rp. 441 juta atau 0,07% dari APBD. Sebagai tambahan, Unit Kesejahteraan Keluarga, Unit Pemberdayaan Perempuan dan program KB menerima alokasi dana sebesar Rp. 8,6 milyar atau 1,3% dari APBD. Sebanyak 5,7% dari pengeluaran Puskesmas atau Rp. 493 juta dialokasikan untuk program yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan, seperti yang terlihat pada Tabel 2.10. Jumlah minimal alokasi dana untuk program dan kegiatan ini tidak mencukupi untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi perempuan.

**Tabel 2.10.**  
**Belanja Program Kesehatan Reproduksi Perempuan pada Dinas Sosial**

No.	Program/Kegiatan	Alokasi (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Program Keluarga Berencana	104	1,2	0,02
2.	Kesehatan Reproduksi Remaja	165	1,9	0,03
3.	Program pelayanan kontrasepsi	105	1,2	0,02
4.	Program pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB/KR yang mandiri	12	0,1	0,002
5.	Program promosi kesehatan ibu, bayi dan anak melalui kelompok kegiatan di masyarakat	39	0,5	0,01
6.	Program pengembangan pusat pelayanan informasi dan konseling KRR	26	0,3	0,004
7.	Program pengembangan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak	15	0,2	0,002
8.	Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga	12	0,1	0,002
9.	Program pengembangan model operasional BKB-Posyandu-PADU	15	0,2	0,002
Total		493	5,7	0,09

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kota Surakarta

### **Kabupaten Jembrana**

Kabupaten Jembrana adalah daerah dengan alokasi per kapita tertinggi untuk belanja kesehatan, yaitu Rp. 151.043 atau Rp. 38,8 milyar (10% dari APBD). Jembrana adalah satu-satunya daerah dari tujuh wilayah penelitian WRI yang memenuhi mandat UU No. 36/2009 tentang Kesehatan dan melebihi target per kapita MDGs dalam alokasi anggaran kesehatan. Reformasi struktur birokrasi berupa pemangkasan dan penyatuan unit Kesejahteraan Sosial dan Pelayanan Kesehatan menjadi unit Puskesmas telah memperbaiki efisiensi pengeluaran untuk staf dan meningkatkan alokasi belanja publik untuk kesehatan.

Kabupaten Jembrana mengalokasikan 60% anggaran kesehatan untuk belanja langsung (6% dari APBD). Sebesar Rp. 23,8 milyar yang digunakan untuk belanja kesehatan langsung di Kabupaten Jembrana berasal dari DAK (Rp. 8,2 milyar) dan PAD yang dikeluarkan untuk sektor kesehatan

**Tabel 2.11.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Administrasi Aparatur	3.033	7,8	0,80
2.	Obat dan Perbekalan Kesehatan	150	0,4	0,04
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	8.108	20,9	0,24
4.	Pengawasan Obat Makanan	50	0,1	0,01
5.	Promosi Kesehatan	24	0,1	0,01
6.	Perbaikan Gizi	250	0,6	0,06
7.	Pengembangan Lingkungan Sehat	128	0,3	0,03
8.	Penanggulangan Penyakit Menular	64	0,2	0,02
9.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	9.237	23,8	2,30
10.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	98	0,3	0,02
11.	Program peningkatan pelayanan kesehatan lansia	40	0,1	0,01
12.	Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	20	0,1	0,01
13.	Keselamatan Ibu melahirkan dan Anak	300	0,8	0,07

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Jembrana

(Rp. 2,7 milyar). Jadi, Rp. 12,9 milyar atau 3,2%, berasal dari alokasi dana APBD Jembrana. Meskipun demikian, harus dicatat bahwa Rp. 3,03 milyar dari total belanja kesehatan secara langsung digunakan untuk memperbaiki kemampuan birokrasi dan pegawai administrasi. Hal ini berarti hanya Rp. 9,87 milyar atau 2,4% dari total APBD yang digunakan untuk belanja yang dapat dirasakan langsung oleh masyarakat diperoleh dari dana APBD.

Kabupaten Jembrana memprioritaskan Unit Kesehatan Masyarakat (UKM) dengan mengalokasikan 21% dari anggaran kesehatan (Rp. 8 milyar) untuk unit ini. Sebagian alokasi dana ini digunakan untuk membiayai asuransi kesehatan individu untuk semua masyarakat Jembrana. Unit Pelayanan Kesehatan juga mendanai perbaikan peralatan infrastruktur Puskesmas. Hal ini menunjukkan bahwa Jembrana memprioritaskan fasilitas kesehatan yang, jika dibandingkan dengan rumah sakit, lebih mudah diakses oleh rakyat miskin. Sektor kesehatan membuat alokasi khusus untuk keselamatan ibu dan anak sejumlah Rp. 300 juta atau 0,07% dari total

**Tabel 2.12.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Keluarga Berencana**

No.	Program/Kegiatan	Alokasi (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Administrasi Aparatur	-	-	-
2.	Program Keluarga Berencana	50	0,9	0,01
3.	Kesehatan Reproduksi Remaja	56	1,0	0,01
4.	Program Pelayanan Kontrasepsi	56	1,0	0,01
5.	Program pengembangan pusat pelayanan informasi dan konseling KRR	2	0,1	0,004
6.	Penanggulangan narkoba PMS, HIV AIDS	1	0,02	0,000
7.	Program pengembangan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak	2	0,05	0,002
8.	Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga	3	0,1	0,002
	<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>4,17</b>	<b>0,038</b>

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Jembrana

APBD. Unit Pelayanan Kesehatan juga memberikan dana untuk program-program preventif yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan dan keselamatan ibu dan bayi yang baru lahir.

Birokrasi untuk program KB dipangkas dan unit tersebut disatukan dengan Layanan Catatan Sipil dan Tenaga Kerja. Pemerintah mengalokasikan Rp. 170 juta atau 0,038% dari APBD untuk program dan kegiatan KB. Total dana yang digabung dari anggaran Pelayanan Kesehatan dan KB mencapai 0,1% dari APBD atau Rp. 470 juta untuk pelayanan kesehatan reproduksi perempuan. Dibandingkan dengan kabupaten lain, total alokasi dana di Jembrana termasuk kecil. Namun, program asuransi kesehatan untuk seluruh rakyat Jembrana memberikan sumbangan yang signifikan bagi kesehatan reproduksi perempuan.

### **Kabupaten Lombok Tengah**

Lombok Tengah mengalokasikan Rp. 42,7 milyar (7,1% dari APBD) atau Rp. 51.740 per kapita untuk belanja kesehatan. Alokasi sebesar ini tidak memenuhi mandat UU Kesehatan dan target MDGs yang mengalokasikan Rp. 120.000 per kapita. Sebanyak Rp. 25 milyar (59% dari anggaran

**Tabel 2.13.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Administrasi Aparatur	2.262	4,2	0,54
2.	Obat dan Perbekalan Kesehatan	93	0,2	0,02
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	6.024	11,3	1
4.	Pengawasan Obat Makanan	7	0,0	0,001
5.	Promosi Kesehatan	320	0,6	0,05
6.	Perbaikan Gizi	517	1,0	0,09
7.	Pengembangan Lingkungan Sehat	497	0,9	0,08
8.	Penanggulangan Penyakit Menular	1.037	1,9	0,17
9.	Standarisasi Pelayanan	1.018	1,9	1,71
10.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	15.668	29,3	2,6
11.	Peningkatan Sarana Prasarana Rumah Sakit	2.829	5,3	0,47
12.	Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit	116	0,2	0,02
13.	Program Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	105	0,2	0,02
14.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	441	0,8	0,07
15.	Program peningkatan pelayanan kesehatan lansia	61	0,1	0,01
16.	Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	55	0,1	0,01

*Sumber:* Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Lombok Tengah

kesehatan) dari total belanja kesehatan dialokasikan untuk pengeluaran langsung. Namun, alokasi anggaran untuk penguatan kapasitas pegawai administrasi (Rp. 2,6 miliar) yang tidak memberikan manfaat langsung bagi rakyat dimasukkan ke dalam belanja langsung untuk kesehatan. Selain itu, Rp. 10 milyar dari anggaran kesehatan berasal dari DAK dan Rp. 1,7 milyar dari pembayaran biaya pengobatan masyarakat. Hal ini berarti dana yang murni berasal dari APBD hanya Rp. 10,6 milyar atau 1,8% dari total APBD.

Prioritas utama dari belanja kesehatan di kabupaten ini adalah perbaikan peralatan dan infrastruktur jaringan Puskesmas yang mencapai Rp. 15,6 milyar atau 29% dari anggaran kesehatan. Prioritas kedua adalah perbaikan pelayanan kesehatan masyarakat termasuk penyediaan peralatan farmasi

sejumlah Rp. 4 milyar. Lombok Tengah tidak mengalokasikan secara khusus dana untuk program penyelamatan ibu atau kesehatan reproduksi perempuan. Meskipun terdapat kegiatan lain yang berhubungan dengan kesehatan ibu, seperti penyebaran informasi dan pertemuan, hal tersebut dianggap tidak terlalu penting. Alokasi dana untuk peralatan dan infrastruktur rumah sakit sebesar Rp. 2,8 milyar tidak dapat memperbaiki kemampuan rakyat miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ada.

### Kabupaten Sumba Barat

Kabupaten Sumba Barat mengalokasikan anggaran untuk kesehatan dengan jumlah total Rp. 38 milyar (9% dari APBD) atau Rp. 95.182 per kapita. Jumlah ini hampir memenuhi mandat UU Kesehatan dan tidak

**Tabel 2.14.**  
**Belanja Program Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Urusan Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Administrasi Aparatur	653	1,4	0,15
2.	Obat dan Perbekalan Kesehatan	1.329	2,9	0,31
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	2.001	4,4	0,47
4.	Pengawasan Obat Makanan	17	0,0	0,00
5.	Promosi Kesehatan	83	0,2	0,02
6.	Perbaikan Gizi	149	0,3	0,04
7.	Penanggulangan Penyakit Menular	236	0,5	0,06
8.	Yankes Masyarakat Miskin	47	0,1	0,01
9.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	12.630	27,7	2,98
10.	Peningkatan Sarana Prasarana Rumah Sakit	3.791	8,3	0,89
11.	Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit	140	0,3	0,03
12.	Program Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	1.394	3,1	0,33
13.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	145	0,3	0,02
14.	Program Sumber Daya Kesehatan	2.816	6,2	0,66
15.	Program Dana Pendamping DHS II	683	1,5	0,16
16.	Pemberdayaan Tenaga Kesehatan	1.342	2,9	0,32

Sumber: Data diolah dari APBD 2007 di Sumba Barat

jauh dari target MDGs untuk alokasi per kapita. Sebesar Rp. 21 milyar dari total alokasi anggaran (57%) dialokasikan untuk belanja langsung. Namun, anggaran untuk belanja langsung termasuk pula dana untuk pegawai administrasi sejumlah Rp. 653 juta. Selain itu, Rp. 9,2 milyar dari anggaran kesehatan berasal dari DAK dan Rp. 3,7 milyar dari biaya pengobatan masyarakat. Jadi, dana yang dialokasikan oleh Pemerintah Daerah Sumba Barat untuk belanja langsung untuk kesehatan sebenarnya hanya Rp. 7,3 milyar atau 2% dari APBD.

Seperti di kabupaten miskin lainnya dengan infrastruktur yang buruk, Pemerintah Daerah Lombok Barat juga menyediakan alokasi anggaran kesehatan yaitu sebesar Rp. 12,6 milyar atau 27,7% dari anggaran kesehatan untuk perbaikan peralatan dan infrastruktur Puskesmas. Jumlah alokasi untuk infrastruktur fisik merupakan konsekuensi dari DAK yang mewajibkan penggunaan dana untuk perbaikan infrastruktur kesehatan. Akibatnya, program ini menerima lebih banyak alokasi anggaran dibandingkan dengan program lain. Sumber daya manusia untuk sektor kesehatan menerima alokasi anggaran terbesar kedua sejumlah Rp. 2,8 milyar. Sebagian dari alokasi ini digunakan untuk memberikan honor tambahan petugas kesehatan. Program Kesehatan Masyarakat yang menyertakan asuransi kesehatan untuk rakyat miskin merupakan prioritas ketiga dengan total jumlah Rp. 1,5 milyar.

Sementara itu, anggaran khusus untuk kesehatan reproduksi perempuan dimasukkan dalam program untuk memperbaiki pelayanan kesehatan untuk balita, yang meliputi kegiatan seperti pelatihan perawatan pra kelahir-

**Tabel 2.15.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Keluarga Berencana**

No.	Program/Kegiatan	Alokasi (Juta)	Urusan (%)	APBD (%)
1.	Program Keluarga Berencana	123.550.000	2,8	0,03
2.	Program Pelayanan Kontrasepsi	673.275.000	15,2	0,16
3.	Program pengembangan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak	297.140.000	6,7	0,07
Total		493.000.000	5,7	0,09

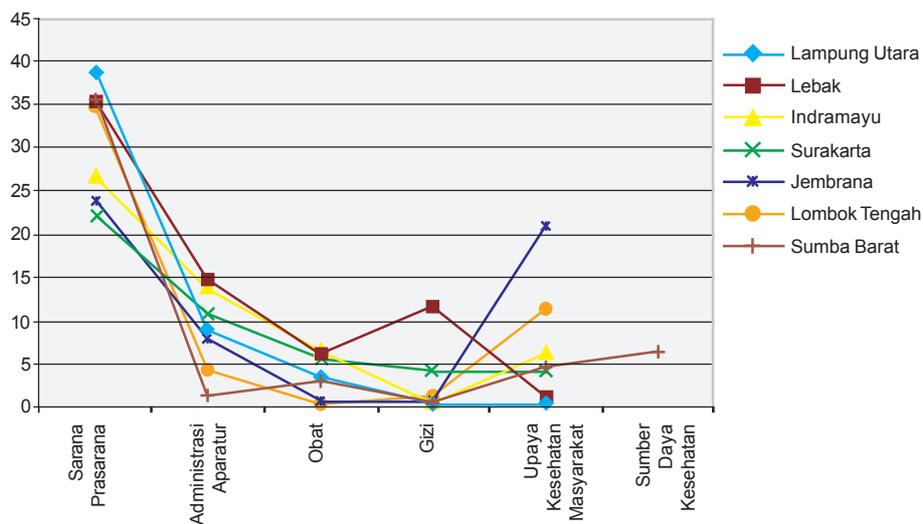
Sumber: Data diolah dari APBD 2007 di Sumba Barat

an, penyebaran informasi tentang kesehatan reproduksi, pelatihan kesehatan untuk remaja, pelatihan bimbingan konseling kelompok dan data untuk konseling bidan. Alokasi dana untuk kegiatan-kegiatan ini sebesar Rp. 110 juta atau 0,03% dari APBD. Anggaran untuk program KB yang memberi kontribusi untuk kesehatan reproduksi perempuan berjumlah Rp. 493 juta atau 0,09% dari APBD. Anggaran tersebut bagian dari Dinas Kependudukan Catatan Sipil dan KB. Hal ini berarti pemerintah daerah Sumba Barat mengalokasikan dana sejumlah Rp. 603 juta atau 0,12% dari APBD untuk kesehatan reproduksi perempuan.

### Analisis Perbandingan Belanja untuk Kesehatan Reproduksi Perempuan di Tujuh Wilayah Penelitian

Grafik 2.2. memperlihatkan persamaan pola belanja kesehatan di tujuh wilayah penelitian WRI. Namun, terdapat perbedaan yang signifikan antara Kabupaten Jembrana dan kabupaten/kota lainnya karena Kabupaten Jem-

**Grafik 2.2.**  
**Belanja Program Kegiatan Urusan Kesehatan**



brana telah memenuhi mandat UU Kesehatan dan mencapai target MDGs dalam belanja kesehatan per kapita. Pada tujuh wilayah pe-nelitian, bagian terbesar dari belanja kesehatan dialokasikan untuk per-alatan dan infrastruktur serta pegawai administrasi. Jumlah alokasi untuk peralatan fisik berhubungan dengan tuntutan DAK yaitu untuk pengem-bangan infrastruktur. Belanja untuk infrastruktur fisik lebih tinggi daripada kegiatan dan program lainnya. Kabupaten Jembrana menonjol jika diban-dingkan dengan kabupaten lain, karena kombinasi dari alokasi anggaran untuk peralatan, infrastruktur dan pegawai administrasi yang rendah. Pengeluaran yang tinggi digunakan untuk UKM yang sebagian besar digu-nakan untuk mendanai program asuransi kesehatan bagi setiap penduduk Jembrana.

Meskipun terdapat pola yang sama dalam memprioritaskan pengem-bangan peralatan dan infrastruktur, perlu dicatat bahwa terdapat alokasi anggaran kesehatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan rakyat miskin dengan cara yang berbeda-beda. Misalnya, Lebak dan Indramayu memprioritaskan perbaikan peralatan dan infrastruktur untuk rumah sakit sementara Lampung Utara mengalokasikan anggaran yang sangat tinggi untuk perbaikan peralatan dan infrastruktur Puskesmas agar rakyat miskin lebih mudah mengakses fasilitas kesehatan. Lebak juga mengalokasikan anggaran yang cukup signifikan untuk perbaikan gizi rakyat miskin yang tidak dilakukan oleh pemerintah daerah Lampung Utara. Harus dicatat pula bahwa di beberapa kabupaten, belanja khusus untuk kesehatan re-produksi perempuan dan program keselamatan ibu bersalin dapat ditemu-kan di dalam unit KB dan Kesehatan. Indramayu dan Lebak, misalnya, mengalokasikan anggaran untuk kesehatan reproduksi perempuan di dalam unit KB ini, termasuk kegiatan untuk pelayanan KB dan penanganan pe-nyakit menular seksual.

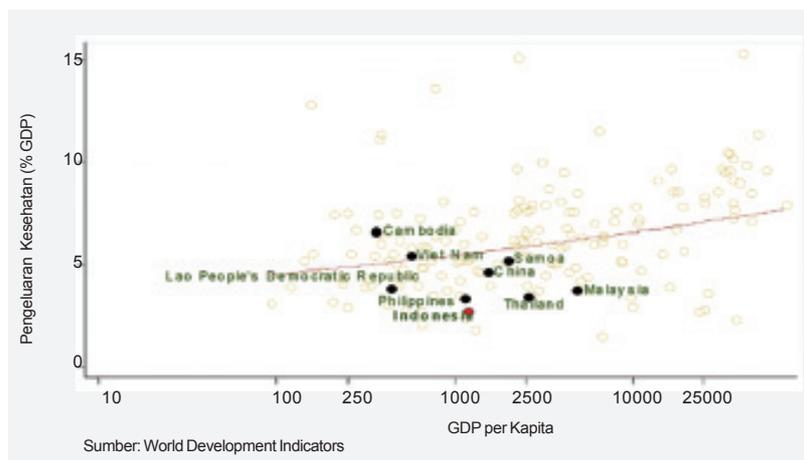
Dua dari tujuh wilayah penelitian, yaitu Jembrana dan Lebak, telah memenuhi mandat UU Kesehatan untuk mengalokasikan 10% dana APBD untuk belanja kesehatan secara umum. Masalahnya adalah alokasi anggar-an untuk program khusus peningkatan kesehatan perempuan tersebut ma-sih sangat rendah, yaitu 1% dari total anggaran, kecuali di Kota Surakarta.

Tampaknya perlu waktu yang cukup lama untuk dapat mengimplementasikan mandat 10% alokasi anggaran secara efektif. Undang-undang Kesehatan yang mendukung kesetaraan gender belum dapat membuat pemerintah daerah mengalokasikan anggaran kesehatan yang adil, terutama untuk kesehatan ibu, untuk menjamin keselamatan hidup perempuan di Indonesia.

Grafik 2.3. menegaskan bahwa Indonesia adalah salah satu negara yang mengalokasikan anggaran kesehatan terendah di Asia pada tahun 2004. Di Indonesia, anggaran politik belum menyentuh sektor kesehatan. Secara politis, kesehatan masih dipandang sebagai biaya sosial daripada investasi. Karena itu, masih perlu kerja keras untuk meningkatkan pengeluaran kesehatan, baik kesehatan secara umum maupun kesehatan perempuan pada khususnya.

Undang-undang No. 36/2009 tentang kesehatan telah memberi kesempatan bagi pemerintah untuk meningkatkan dana kesehatan di Indonesia. Undang-undang ini dapat menjadi acuan dalam meningkatkan pengeluaran kesehatan secara umum maupun kesehatan perempuan. Terdapat dua hal penting yang berhubungan dengan anggaran di tujuh wilayah pene-

**Grafik 2.3.**  
**Pengeluaran Biaya Kesehatan vs Penghasilan, 2004**



litian tersebut yang harus diperhatikan di masa depan untuk membantu usaha untuk melakukan advokasi anggaran, yaitu:

- Pertama, melakukan Analisis Standar Belanja (ASB), yang belum pernah dilakukan, untuk mengidentifikasi unit-unit dan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk mengurangi AKI dan memperbaiki kesehatan reproduksi perempuan. ASB ini akan mengindikasikan jumlah dana yang diperlukan untuk mengurangi satu kasus kematian ibu. Data ini dapat diperkirakan untuk memproyeksikan anggaran yang diperlukan.
- Kedua, memfasilitasi sebuah ruang untuk kelompok perempuan agar dapat menyuarakan kebutuhan mereka, terutama yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi, di dalam Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang). Suara perempuan miskin yang berasal dari rakyat ini akan mendorong advokasi anggaran di tingkat nasional maupun kabupaten/kota.

### BAB III

## Kualitas dan Kuantitas Tenaga Kesehatan Reproduksi Tidak Memadai

Jumlah tenaga kesehatan yang diperlukan di suatu wilayah dapat dihitung dengan menggunakan “Metode Rasio” seperti diamanatkan oleh Keputusan Menteri 1202/Menkes/VIII/2003. Metode ini menghitung rasio ideal tenaga kesehatan berdasarkan jumlah populasi di suatu daerah. Metode Rasio ini digunakan untuk menentukan indikator yang strategis dalam program Indonesia Sehat 2010. Tabel 3.1. memperlihatkan jumlah ideal tenaga kesehatan per 100.000 penduduk. Setiap daerah dari tujuh wilayah

**Tabel 3.1.**  
**Rasio Ideal Tenaga Kesehatan Dibagi Jumlah Penduduk**

No.	Tenaga Kesehatan	Rasio
1.	Dokter per 100.000 penduduk	40
2.	Dokter spesialis per 100.000	6
3.	Dokter keluarga per 1.000	2
4.	Dokter gigi per 100.000	11
5.	Apoteker per 100.000	10
6.	Bidan per 100.000	100
7.	Perawat per 100.000	117,5
8.	Ahli gizi per 100.000	22
9.	Ahli sanitasi per 100.000	40
10.	Ahli kesehatan masyarakat per 100.000	4

*Sumber:* Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat, 2005.

penelitian Women Research Institute (WRI) dianalisis dengan Metode Rasio ini.

Hasil perhitungan dengan Metode Rasio menunjukkan bahwa lima dari tujuh wilayah penelitian WRI sangat kekurangan jumlah tenaga kesehatan untuk menangani kesehatan reproduksi perempuan. Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Jembrana hampir mencukupi sementara Kota Surakarta mengalami kelebihan perawat, baik perawat umum maupun gigi. Kelebihan perawat di Kota Surakarta ini merupakan contoh kecenderungan tenaga kesehatan untuk tinggal di daerah perkotaan. Meskipun terdapat kelebihan perawat umum dan gigi di Surakarta, kota ini masih mengalami kekurangan yang cukup signifikan akan tenaga dokter dan bidan. Kekurangan tenaga dokter di Kota Surakarta ini tidak seserius Kabupaten Lebak, Sumba Barat, Indramayu, Lampung Utara dan Lombok Tengah. Kelebihan perawat di Kota Surakarta bukan akibat dari kebijakan anggaran pemerintah karena kota tersebut sebenarnya tidak memenuhi mandat UU No. 36/2009 tentang Kesehatan untuk mengalokasikan minimum 10% dari dana Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) untuk kesehatan. Kota Surakarta hanya mengalokasikan 5,8% dari dana APBD untuk kesehatan. Bukan pula karena kota ini memenuhi target MDGs untuk mengalokasikan anggaran kesehatan sejumlah Rp. 120.000 per kapita (Surakarta hanya mengalokasikan Rp. 65.934). Tampaknya infrastruktur kota yang baik dan kemampuan penduduknya untuk membayar pelayanan kesehatan telah mendorong para tenaga kesehatan untuk tinggal di kota.

Hasil dari kalkulasi Metode Rasio untuk Kabupaten Jembrana sangat menarik. Bab II memperlihatkan bahwa Jembrana adalah satu-satunya kabupaten dari tujuh wilayah penelitian WRI yang memenuhi mandat UU Kesehatan karena Jembrana mengalokasikan 10% APBD untuk kesehatan dan memenuhi target MDGs sebesar Rp. 120.000 per kapita (Jembrana mengalokasikan Rp. 151.043 per kapita). Kalkulasi Metode Rasio memperlihatkan bahwa kekurangan dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, bidan, perawat umum dan perawat gigi di Jembrana masih lebih sedikit dibandingkan dengan kabupaten lainnya. Kekurangan tenaga kesehatan di Jembrana hanya 35%, sementara di Sumba Barat 62,3%, Lombok Tengah 66,6%, Lampung Utara 67%, Indramayu 82% dan Lebak 82%.

Data ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara jumlah belanja kesehatan per kapita dengan suplai tenaga kesehatan seperti yang diindikasikan dalam kasus Jembrana. Kondisi di Lebak menguatkan hal ini. Meskipun Lebak mengalokasikan 10,7% dari APBD untuk belanja kesehatan — melebihi mandat UU Kesehatan— alokasi per kapita untuk belanja kesehatan ternyata hanya Rp. 64.319 atau setengah dari target MDGs karena jumlah penduduk di kabupaten ini tinggi. Karena itu, tidak heran Lebak mengalami kekurangan tenaga kesehatan yang cukup tinggi.

Tentu saja jumlah belanja kesehatan bukan satu-satunya faktor yang perlu diperhatikan. Alokasi dan penggunaan pengeluaran tersebut juga ikut menentukan ketersediaan tenaga kesehatan. Misalnya, seperti yang didiskusikan di Bab II, baik Jembrana maupun Lampung Utara memprioritaskan pengembangan peralatan dan infrastruktur pada jaringan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Peralatan dan infrastruktur yang lebih baik di Puskesmas mendukung ketersediaan tenaga kesehatan. Kekurangan tenaga kesehatan di Jembrana dan Lampung Utara relatif kecil, masing-masing 35% dan 67%, dibandingkan dengan kekurangan di Indramayu dan Lebak, masing-masing 82%, karena prioritas alokasi anggaran adalah untuk perbaikan peralatan dan infrastruktur rumah sakit di daerah perkotaan. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) di Jembrana yang mengikutsertakan seluruh penduduknya dalam program asuransi kesehatan perorangan juga berpengaruh terhadap rendahnya kekurangan tenaga kesehatan. Memang, masih diperlukan lebih banyak penelitian lagi untuk mengungkap dengan pasti hubungan antara alokasi anggaran untuk memperbaiki jaringan Puskesmas dan pemberian asuransi kesehatan untuk semua penduduk pada satu sisi dengan ketersediaan tenaga kesehatan pada sisi yang lain.

### **Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Sumba Barat**

Ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan di Sumba Barat masih jauh dari mencukupi. Tabel 3.2. menunjukkan bahwa secara keseluruhan, kekurangan tenaga kesehatan di Sumba Barat pada tahun 2006 mencapai 62,3%,

**Tabel 3.2.**  
**Rasio Ideal, Ketersediaan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan, Sumba Barat**

No.	Tenaga Kesehatan	Ketersediaan	Rasio yang Harus Tersedia	Kekurangan	Kekurangan (Persentase)
1.	Dokter	49	160	111	69,3
2.	Bidan	165	400	235	58,7
3.	Perawat	232	470	238	50,6
4.	Apoteker	20	40	20	50
5.	Ahli Gizi	8	88	80	90,9
6.	Tehnisi Medis	1	-	-	-
7.	Ahli Sanitasi	19	160	141	88
8.	Konselor Kesmas	8	16	8	50
<b>Total</b>		<b>502</b>	<b>1334</b>	<b>832</b>	<b>62,3</b>

*Sumber:* Data diolah dari Rencana Tahunan Pembangunan Kesehatan Kabupaten Sumba Barat, 2006.

kekurangan bidan mencapai 58.7% dan kekurangan ahli gizi 90,9%. Kekurangan ini terjadi karena sedikitnya jumlah suplai tenaga kesehatan dan distribusi yang tidak merata ke seluruh wilayah kabupaten. Tenaga kesehatan terkonsentrasi di daerah perkotaan.

Departemen Kesehatan telah melakukan sejumlah upaya untuk memperbaiki pelayanan jaringan Puskesmas dengan mendirikan Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Puskesmas Keliling (Pusling) untuk mencapai daerah-daerah yang terisolir di Sumba Barat. Namun, upaya ini terhambat karena sedikitnya jumlah tenaga kesehatan. Seorang staf Dinas Kesehatan Sumba Barat mengatakan:

“..... persoalan kami di sini adalah sulitnya mendapatkan tenaga kesehatan yang sesuai dengan standar Depkes. Puskesmas harus punya dua tenaga kesehatan, satu prakarya dan satu profesional, dan kami di sini sangat sulit untuk dapat memenuhinya. Paling kita hanya bisa menyediakan satu orang tenaga kesehatan, itupun biasanya bidan. Depkes sudah menyiapkan pembangunan Poskesdes. Jadi, mau tidak mau, harus kami siapkan juga tenaga pelayan kesehatannya berdasarkan kondisi yang ada”.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Diambil dari Aris Arif Mundayat et.al., *Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 Sulit Dicapai*, Women Research Institute, Jakarta, 2010, hlm. 159.

Kurangnya tenaga kesehatan berhubungan dengan kemampuan pemerintah daerah untuk membayar kompensasi bagi tenaga kesehatan. Sangat sedikit tenaga kesehatan yang ingin ditugaskan ke Sumba Barat, terutama ke daerah-daerah yang terpencil dan terisolasi yang jauh dari pusat kota. Pada akhirnya, dinas kesehatan meminta bantuan pemerintah pusat:

“Kami lebih mengharapkan pemerintah pusat. Berapa tenaga kesehatan yang diberikan oleh pemerintah pusat, itu yang kami terima. Mekanismenya adalah tenaga kesehatan ditugaskan oleh pemerintah pusat ke provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Banyak tenaga kesehatan di sini yang berasal dari Sumatera. Ada juga yang memang berasal dari daerah Sumba, yang datang kembali setelah selesai pendidikan karena ada ikatan dinas dengan pemerintah daerah”.<sup>2</sup>

### **Ketersediaan Dokter**

Pada tahun 2006, terdapat kekurangan 111 dokter (69,3%) di Sumba Barat, yang hanya memiliki 49 dokter. Dari 49 dokter tersebut, 12 orang ditugaskan untuk bekerja di Puskesmas dan 37 dokter di dua rumah sakit di kota kabupaten. Dokter yang ditugaskan di Puskesmas jarang sekali tinggal di desa dimana mereka ditugaskan. Mereka pergi ke desa-desa hanya pada jam kerja dan memilih untuk tinggal di kota agar mereka dapat membuka praktek pribadi di rumah mereka. Berdasarkan observasi lapangan yang dilakukan WRI, tiga dokter yang ditugaskan untuk melayani di Puskesmas Waikabubak tinggal di daerah kota di kecamatan. Mereka mengatakan bahwa mereka bisa mendapatkan pasien yang lebih banyak ketika membuka praktek di daerah perkotaan.

### **Ketersediaan Bidan**

Pada tahun 2006, jumlah bidan di Sumba Barat adalah 165 orang atau kurang dari setengah jumlah ideal bidan yang dibutuhkan. Kabupaten

---

<sup>2</sup> *Ibid.*

ini memerlukan tambahan 235 bidan (58,7%) untuk mencapai target indikator kesehatan 2010 yang menyatakan bahwa setiap 100.000 penduduk diperlukan 100 bidan atau satu bidan melayani 1.000 penduduk. Saat ini, Sumba Barat memiliki 400.260 penduduk, jadi satu bidan harus melayani sekitar 2.429 penduduk atau dua kali lebih banyak dari rasio ideal.

Seorang dokter di Puskesmas di Sumba Barat mengakui adanya kekurangan bidan, terutama bidan desa (bides). Pada tahun 2007, Sumba Barat memiliki 192 desa dan bidan baru ditempatkan di hampir 70-80% desa tersebut. Tidak semua bides tinggal di desa tempat mereka ditugaskan. Seorang petugas kesehatan di Sumba Barat menegaskan bahwa kebanyakan bides tidak tinggal di desa-desa dimana mereka ditugaskan karena kurangnya peralatan dan infrastruktur bagi mereka dan berhubungan dengan keamanan mereka. Meskipun demikian, dinas kesehatan terus merekrut bides untuk tinggal di desa-desa.

### **Ketersediaan Perawat**

Perawat, yang juga disebut mantri, sering diminta membantu pelayanan kesehatan. Pada tahun 2006, Sumba Barat mengalami kekurangan perawat yang cukup serius. Kabupaten ini memerlukan 238 perawat atau 50,6% berdasarkan rasio ideal. Biasanya, perawat ditugaskan sekaligus sebagai kepala dan pengelola Pustu terutama di desa-desa terpencil dimana perawat harus dapat mengatasi semua tugasnya tanpa asisten sama sekali. Jika perawat ini tidak datang, pasien tidak memiliki akses pada pelayanan kesehatan lain dan harus menunggu hingga perawat kembali karena tidak ada alternatif untuk perawatan medis. Padahal, pengetahuan perawat yang terbatas tidak dapat memberikan perawatan kesehatan untuk kondisi kesehatan yang serius. Karena itu, perawat harus merujuk pasien ke Puskesmas atau rumah sakit terdekat. Dalam banyak kasus, seperti di Desa Gaura, banyak pasien yang dirujuk ke Puskesmas terdekat memutuskan untuk tidak pergi ke sana karena perjalanannya memakan waktu lama. Akibatnya, mereka memilih pengobatan alternatif, seperti penyembuh tradisional (dukun) untuk mendapatkan obat tradisional atau tidak melakukan apa-apa.

### Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Lombok Tengah

Kekurangan tenaga kesehatan di Lombok Tengah pada tahun 2007 mencapai kondisi yang sangat serius. Tabel 3.3. menunjukkan bahwa kabupaten ini kekurangan dokter umum sampai 87,6%. Bagi rakyat miskin yang tinggal di daerah pedesaan yang terpencil, sulitnya mengakses dokter bukan hanya karena kurangnya tenaga dokter, namun juga karena sebagian besar dokter yang praktek di kabupaten tersebut hanya dapat ditemukan di kota atau pusat kota. Dokter yang ditugaskan di beberapa kecamatan tidak tinggal di desa tempat mereka ditugaskan. Pasien dari daerah pedesaan harus pergi jauh ke pusat kota untuk dapat berkonsultasi dengan dokter.

Lombok Tengah juga mengalami kekurangan bidan sebesar 79,5% dari rasio ideal. Dapat diasumsikan bahwa perempuan tidak menerima pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai karena bidan harus bekerja sebagai penyedia pelayanan kesehatan di Puskesmas di kota kecamatan dan sekaligus bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan di desa. Bidan pergi ke desa hanya ketika mereka dijadwalkan bertugas di Posyandu sebu-

**Tabel 3.3.**  
**Rasio Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah**

No.	Tenaga Kesehatan	Ketersediaan	Jumlah Ideal	Kekurangan	Kekurangan (Persentase)
1.	Dokter Umum	34	275	241	87,6
2.	Dokter Gigi	10	75	65	86,6
3.	Perawat	282	621	339	54,5
4.	Bidan	129	630	501	79,5
5.	Perawat Gigi	21	211	190	90,0
6.	Apoteker	9	223	214	95,9
7.	SKM	21	288	267	92,7
8.	Sanitarian	45	264	219	82,9
9.	Ahli Gizi	31	139	108	77,6
10.	Ahli Fisioterapi	1	30	29	96,6
11.	Perawat Anestesi	2	3	1	33,3
12.	Rontgen	1	3	2	66,6

Sumber: Data diolah dari Rencana Tahunan Pembangunan Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah, 2007

lan sekali, kemudian kembali ke pos mereka di Puskesmas. Sebagian besar bidan tinggal di kota kecamatan dan membuka praktek di rumah mereka.

Dalam upaya mengatasi kekurangan tenaga kesehatan di jaringan Puskesmas, Dinas Kesehatan daerah menyediakan insentif dengan menawarkan dana pendidikan bagi tenaga kesehatan untuk melanjutkan studi mereka setelah menyelesaikan tugas pelayanan mereka. Penyediaan dana pendidikan ini bervariasi sesuai kebutuhan dan ketersediaan dana. Bantuan ini sangat penting dalam menangani masalah banyaknya tenaga kesehatan yang tidak memiliki akreditasi yang sesuai dengan spesifikasi tugas mereka.

### **Distribusi dan Kualitas Tenaga Kesehatan**

Kekurangan tenaga kesehatan yang sudah mencapai tahap kritis di Lombok Tengah diperburuk dengan distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata.<sup>3</sup> Penempatan tenaga kesehatan di tingkat Puskesmas dilakukan oleh Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Lombok Tengah yang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Lombok Tengah. Tenaga kesehatan direkrut oleh BKD dan ditugaskan oleh Dinas Kesehatan.<sup>4</sup> Saat ini, penempatan berorientasi untuk mengisi posisi-posisi khusus tanpa mempertimbangkan latar belakang pendidikan para tenaga. Hasilnya, terdapat distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata dalam hal kualifikasi mereka. Dari 21 Puskesmas di Lombok Tengah, hanya Puskesmas Praya yang memiliki tenaga kesehatan yang memiliki kualifikasi sesuai dengan posisi mereka.

Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata juga terjadi di unit-unit pelayanan kesehatan yang berada di dalam jaringan Puskesmas, misalnya Pustu dan Pondok Bersalin Desa (Polindes). Idealnya, Pustu memiliki seorang bidan, seorang perawat, dua tenaga administrasi dan satu dokter atau dokter gigi. Kenyataannya, sebagian besar Pustu hanya memiliki se-

---

<sup>3</sup> Kristiani Taqjudin, *Gambaran Ketenagaan Puskesmas dan Upaya Redistribusinya di Kabupaten Lombok Tengah Propinsi NTB*.

<sup>4</sup> *Ibid.*

orang perawat yang menangani semua kebutuhan medis dan administratif. Seringkali, permintaan Pustu untuk menambah tenaga kesehatan tidak mendapatkan respon. Kepala Pustu Gerunung mengeluhkan hal ini:

“Kondisi tenaga kesehatan di Pustu memang kurang dan saya sudah melakukan pengajuan ke Puskemas untuk tambahan petugas, tetapi sampai saat ini belum ada penempatan untuk itu. Saya masih merangkap menjadi kepala Pustu, tenaga medis Pustu dan sekaligus tenaga administrasinya”.<sup>5</sup>

Distribusi bidan di desa-desa juga tidak merata. Masalah tidak hanya terletak pada distribusi yang tidak merata, namun juga kurangnya keahlian bidan dalam bertindak sebagai pembantu persalinan yang memenuhi syarat. Dari hasil wawancara dengan para ibu hamil, terungkap bahwa mereka merasa bidan kurang memiliki keahlian dalam membantu persalinan dibandingkan dengan dukun bayi. Bidan hanya memberikan bantuan pada saat bayi lahir, memotong tali pusar, kemudian menyerahkan pasien kepada dukun bayi atau keluarga mereka. Marnah mengisahkannya seperti ini:

“Saya merasa sama saja antara melahirkan di dukun dan bidan. Walaupun pernah ada kejadian keluarga saya melahirkan di dukun kemudian meninggal, saat itu saya takut kepada dukun. Setelah tahu bahwa keluarga saya itu memang sudah sakit sebelum meninggal, saya jadi tidak takut lagi”.<sup>6</sup>

Meskipun mengakui bahwa bidan memiliki lebih banyak peralatan untuk membantu persalinan daripada dukun bayi, Mamah mengatakan bahwa ia tidak takut melahirkan dengan bantuan dukun bayi.

Kualitas pelayanan bidan di Polindes dan Puskesmas berbeda dengan pelayanan bidan di tempat praktek pribadi mereka. Dirasakan bahwa bidan

---

<sup>5</sup> Wawancara dengan kepala Puskesmas Pembantu Desa Gerunung, Lombok Tengah, 14 Agustus 2007.

<sup>6</sup> Studi Kasus Marnah, Kelurahan Praya, Lombok Tengah, 19 Agustus 2007.

memberikan pelayanan dan perawatan yang lebih memuaskan di tempat praktek pribadi mereka. Biaya mahal yang ditetapkan bidan di tempat praktek pribadi mengindikasikan perbedaan kualitas perawatan. Di Praya, biaya untuk bidan di tempat praktek pribadi bervariasi antara Rp. 500.000 sampai Rp. 1.000.000. Di Polindes dan Puskesmas, beberapa bidan menarik biaya untuk pelayanan karena proses pembayaran dari pemerintah memerlukan waktu yang sangat lama meskipun sebenarnya pelayanan bantuan persalinan di sana gratis.

Menurut bidan, pembayaran untuk bantuan persalinan dilakukan oleh PT Askes setiap enam bulan. Akibatnya, bidan mengalami kesulitan menutup biaya operasional di Puskesmas. Pembayaran ini termasuk biaya transportasi, namun dibatasi hanya Rp. 10.000 per kasus. Bidan juga menerima pembayaran lembur ketika membantu pasien sebesar Rp. 15.000 per hari untuk lima hari. Meskipun jumlah ini tidak banyak, namun dapat membantu menutup biaya operasional bidan. Sayangnya, uang lembur dibayarkan setiap tiga bulan sekali. Sistem pembayaran dengan penundaan seperti ini menyulitkan bidan untuk menjaga standar kinerja mereka<sup>7</sup> dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat, terutama perempuan.

### **Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Lebak**

Kabupaten Lebak juga mengalami kekurangan tenaga kesehatan yang sangat serius. Meskipun terdapat peningkatan yang signifikan atas jumlah tenaga kesehatan antara tahun 2004-2006 (lihat Tabel 3.4.),<sup>8</sup> Tabel 3.5. menunjukkan bahwa kekurangan tenaga kesehatan di kabupaten ini mencapai 82% pada tahun 2006.

<sup>7</sup> M. As'ad, *Psikologi Industri*, Yogyakarta: Liberty, 2003.

<sup>8</sup> Berdasarkan data dari *Rencana Strategis Kabupaten Lebak, 2004-2009*.

**Tabel 3.4.**  
**Jumlah Tenaga Medis di Kabupaten Lebak**

No.	Tenaga Kesehatan	2004 <sup>9</sup>	2005	2006
1.	Dokter Umum	57	69	88
2.	Dokter Gigi	19	8	22
3.	Bidan	199	187	208
4.	Perawat Umum	185	232	232
5.	Perawat Gigi	10	17	20
6.	Tenaga Kesehatan Lainnya	38	272	272
<b>Jumlah</b>		<b>508</b>	<b>785</b>	<b>813</b>

Sumber: Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak, 2006

**Tabel 3.5.**  
**Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lebak, 2006**

No.	Tenaga Kesehatan	Ketersediaan	Kebutuhan Ideal	Kekurangan	Kekurangan (Persentase)
1.	Dokter Umum	88	471	383	81,3
2.	Dokter Gigi	22	129	107	83,0
3.	Bidan	208	1.176	968	82,3
4.	Perawat Umum & Gigi	252	1.382	1.130	81,8
<b>Total Nakes</b>		<b>570</b>	<b>3.158</b>	<b>2.588</b>	<b>82</b>

Sumber: Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak, 2006

### Ketersediaan Dokter

Pada tahun 2005, terdapat 77 dokter di Lebak yang terdiri dari 69 dokter umum dan 8 dokter gigi. Pada tahun 2006, jumlahnya menjadi 88 dokter umum dan 22 dokter gigi dengan adanya penempatan 33 dokter baru. Mereka tersebar di kecamatan. Rata-rata terdapat satu sampai lima dokter per kecamatan. Namun hanya ada sedikit penambahan jumlah perawat dan bidan dalam kurun waktu 2004-2006 sehingga angka kekurangan tenaga kesehatan tetap tinggi.

<sup>9</sup> Berdasarkan data dari *Data Pokok Pembangunan Kabupaten Lebak, 2005-2006*.

### **Ketersediaan Bidan**

Berdasarkan temuan WRI, penduduk Lebak cenderung memilih bidan untuk membantu persalinan daripada dokter. Alasannya adalah, sama seperti dukun bayi, pasien dapat meminta bidan untuk membantu persalinan di rumah mereka. Namun, bidan menemui banyak kesulitan dalam membantu persalinan di rumah-rumah penduduk. Pertama, jumlah bidan belum cukup untuk melayani kebutuhan kesehatan di dalam masyarakat yang memiliki 320 desa di Lebak meskipun jumlah bidan di Lebak meningkat dari 187 pada tahun 2005<sup>10</sup> menjadi 208 pada tahun 2006.<sup>11</sup> Kedua, rumah dan tempat praktek bidan seringkali sangat jauh dari rumah-rumah penduduk. Ketiga, bidan atau bides seringkali membuka praktek pribadi di rumah mereka yang jauh dari desa dimana mereka bertugas di Pustu, sehingga mereka tidak berada di desa setelah jam kerja mereka selesai. Karena alasan ini, banyak penduduk yang meminta bantuan dukun bayi untuk membantu persalinan. Terdapat banyak dukun bayi di daerah ini dan mereka mudah diakses karena sebagian besar dukun bayi tinggal di desa-desa tersebut. Akibatnya, persentase melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan di Lebak menurun dari 56% pada tahun 2005 menjadi 45,5% pada tahun 2006.

<sup>10</sup> Berdasarkan data dari Pusat Kesejahteraan Sosial dan Pelayanan Kesehatan, Lebak, 2005.

<sup>11</sup> Wawancara dengan Kepala Sektor Pelayanan Kesehatan, Lebak, 2007.

### **Rahma**

Desa Pasir Tanjung, Kecamatan Rangkasbitung,  
Kabupaten Lebak

Rahma mengakui bahwa ia kerap mengalami masalah saat menstruasi. Ia sering menderita kram perut seperti saat melahirkan dan merasa sangat mual. Sebelum menikah, menstruasinya sangat banyak, namun setelah menikah, menstruasinya menjadi sangat sedikit.

Rahma juga mengalami masalah kesehatan ketika ia hamil dan sakit selama satu bulan. Ketika ia akan melahirkan anak pertamanya, Rahma merasa mual sejak pagi. Suaminya memanggil dukun bayi, namun dukun bayi tersebut tidak dapat menyelamatkan bayi Rahma. Persalinannya sulit dan lama karena pantat bayi keluar lebih dulu, selain itu bayi tidak dapat bernapas.

Rahma juga mengalami sakit kepala dan pendarahan ketika mengonsumsi pil KB. Rahma beralih ke suntik KB, namun menstruasinya menjadi tidak teratur dan terkadang hanya mengeluarkan sedikit darah yang berlangsung lebih dari satu minggu. Sebelum menggunakan suntik KB, menstruasi Rahma berlangsung paling lama satu minggu. Ia tidak pernah diperiksa oleh bidan. Ia juga tidak bertanya kepada dukun bayi atau pergi ke fasilitas kesehatan lainnya. Rahma mengatasi masalah kesehatan dan ketidakhemannya hanya dengan minum jamu atau terkadang minum Sprite. Temannya memberitahu tentang pengobatan ini dan ia merasa nyaman dengan minum jamu. Untuk mengobati sakit kepala, ia hanya membeli obat di warung di dekat rumahnya. Karena banyak masalah yang muncul, akhirnya Rahma memutuskan untuk tidak menggunakan kontrasepsi apapun.

Selama kehamilan, Rahma biasanya pergi ke bidan untuk pemeriksaan rutin setiap bulan di Posyandu. Namun, setelah memasuki bulan keempat, ia mulai memeriksakan diri ke dukun bayi yang tinggal di desa tersebut. Perempuan yang hamil kurang dari empat bulan tidak diizinkan untuk diperiksa oleh dukun bayi yang biasanya memijat perut mereka. Menurut kepercayaan lokal, janin yang berusia tiga bulan masih berbentuk darah dan sebaiknya tidak dipijat.

Meskipun ia telah mendengar dan mengenal program Gakin, untuk mendapatkan bantuan persalinan dengan gratis, Rahma memilih untuk di-

bantu dukun bayi pada persalinan keduanya. Ia merasa lebih nyaman dengan pelayanan dukun bayi daripada bidan. Rahma mengatakan bahwa ia merasa sulit berkonsultasi dengan bidan tentang kesehatan reproduksinya karena tidak ada bidan yang tinggal di desanya. Bidan desa yang bertugas di daerahnya tinggal di kota. Ia dapat berkonsultasi dengan bidan hanya saat Posyandu dibuka sekali dalam sebulan.

Karena tidak ada bidan di desanya, Rahma harus pergi ke desa tetangga atau kota terdekat untuk berkonsultasi dengan bidan, yang berjarak paling sedikit dua kilometer dari desanya. Berhubung tidak ada transportasi umum di antara desa-desa tersebut, ia harus menyewa ojek, yang sangat berbahaya untuk perempuan hamil karena daerahnya bergunung-gunung dengan jalan yang curam sehingga menjadi licin saat hujan. Ditambah lagi, ia harus melintasi hutan dan perkebunan, yang dikenal tidak aman karena banyak penjahat yang merampok penduduk, termasuk perempuan hamil.



Bidan berjaga di Polindes, Sumba Barat

### **Ketersediaan Perawat dan Petugas Posyandu**

Tenaga pelayanan kesehatan lain di Lebak adalah petugas Posyandu yang mencapai 6.142 orang ketika penelitian ini dilakukan pada tahun 2007. Dari jumlah total petugas Posyandu tersebut, hanya 3.450 orang yang aktif. Berdasarkan data dari Pusat Kesejahteraan Sosial dan Pelayanan Kesehatan, terdapat 1.646 Posyandu di Lebak, termasuk 1.289 Posyandu Pratama, 252 Posyandu Madya, 103 Posyandu Purnama dan dua Posyandu Mandiri. Sebelum diangkat menjadi petugas Posyandu, mereka mendapat beragam pelatihan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi, suplemen untuk kehamilan dan 3T (masalah keterlambatan diagnosis, keterlambatan pengambilan keputusan dan keterlambatan penanganan) yang seringkali mengakibatkan kematian ibu dan bayi.<sup>12</sup> Mereka juga diberi pelatihan untuk mencatat data para perempuan hamil dengan risiko tinggi dan membuat persiapan persalinan, termasuk membuat pengaturan pemakaian ambulance. Para petugas ini juga mencatat jumlah bayi yang dianggap kurang gizi, menyediakan makanan tambahan dan mendorong para ibu untuk rajin memeriksakan diri ke Posyandu. Para petugas ini tidak dilatih untuk membantu persalinan.

Selain petugas Posyandu, perawat umum dan gigi juga memberikan bantuan yang signifikan pada penduduk desa. Jumlah perawat di Lebak meningkat dari 195 orang pada tahun 2004 menjadi 252 orang pada tahun 2006. Para perawat di daerah ini memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda. Sebagian besar dari mereka lulus dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan jenjang D1, sebagian lagi lulus jenjang D3 dan hanya beberapa di antara mereka yang lulus sarjana keperawatan. Di Lebak, para perawat biasanya membuka praktek pribadi untuk memberikan pelayanan kesehatan dan bersedia melakukan kunjungan ke rumah pasien meski untuk pasien yang menderita penyakit biasa atau ringan, misalnya sakit perut, sakit kepala, nyeri otot, sakit gigi, ruam kulit atau alergi, diare, demam, batuk, influenza, infeksi saluran pernapasan dan pertolongan pertama untuk

---

<sup>12</sup> Berdasarkan informasi dari salah satu petugas Posyandu di Cikarang, Lebak, 2007.

kecelakaan ringan. Hanya perawat perempuan yang membantu persalinan di rumah sakit di Lebak karena mereka telah mengikuti pelatihan yang memadai. Terdapat kekurangan perawat yang serius di Lebak, mereka membutuhkan hampir 82% dari jumlah ideal perawat yang dibutuhkan.

### Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Jembrana

Kekurangan tenaga kesehatan di Jembrana paling sedikit dibandingkan kabupaten lainnya. Tabel 3.6. menunjukkan bahwa kekurangan dokter umum dan bidan pada tahun 2006 masing-masing 27% dan 47% atau lebih rendah daripada kekurangan di Kota Surakarta pada tahun yang sama yang mencapai 35% dan 60%. Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ), sistem asuransi kesehatan untuk seluruh penduduk Jembrana, dan peraturan tentang praktek dan kualitas pelayanan bidan memberikan kontribusi pada suplai tenaga kesehatan yang lebih baik di kabupaten ini. Mayoritas dokter dan bidan di Jembrana berpartisipasi dalam JKJ.

**Tabel 3.6.**  
**Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Jembrana**

No.	Tenaga Kesehatan	Ketersediaan	Kebutuhan Ideal	Kekurangan	Kekurangan (Persentase)
1.	Dokter Spesialis	9	15	6	41
2.	Dokter Umum	74	101	27	27
3.	Dokter Gigi	15	28	13	46
4.	Bidan	134	253	119	47
5.	Perawat Umum & Gigi	217	298	81	27
<b>Total Nakes</b>		<b>449</b>	<b>696</b>	<b>247</b>	<b>35</b>

Sumber: Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, 2005.

### Ketersediaan Dokter

Keunikan Jembrana di antara daerah penelitian lainnya adalah karena sebagian besar dokter di kabupaten ini tercatat sebagai penyedia jasa (*provider*) di dalam program JKJ. Semua dokter di kabupaten ini, kecuali lima

dokter -tiga dokter umum dan dua dokter gigi- menangani pasien yang dilayani oleh fasilitas JKJ.<sup>13</sup> Terdapat 78 dokter yang memberikan pelayanan untuk pasien JKJ pada tahun 2005, termasuk 5 dokter di Kecamatan Melaya, 51 dokter di Kecamatan Negara, 14 dokter di Kecamatan Mendoyo dan 8 dokter di Kecamatan Pekutatan.<sup>14</sup>

Jika melihat sekilas jumlah desa dan dokter di Jembrana, tampaknya jumlah dokter telah memenuhi kebutuhan akan ahli medis di kabupaten ini. Namun, kenyataannya, distribusi dokter tidak merata di desa-desa. Mereka terkonsentrasi di wilayah-wilayah strategis seperti pusat kota. Sebagian besar dokter umum bertugas di rumah sakit umum, rumah sakit swasta, klinik, Puskesmas dan Pustu di pagi hari, lalu membuka praktek pribadi di sore hari mulai pukul 17.00-21.00.

Dokter-dokter tersebut memungut biaya Rp. 15.000 sampai Rp. 50.000 untuk pelayanan mereka. Biaya untuk kasus kesehatan reproduksi, misalnya keputihan yang abnormal, antara Rp. 20.000 sampai Rp. 30.000. Namun, pasien yang menjadi peserta JKJ menikmati pengobatan gratis. Badan Pelaksana Jaminan Sosial Daerah membayar premi untuk pelayanan kesehatan bagi peserta JKJ.

### **Ketersediaan Perawat**

Pada tahun 2005, terdapat 195 perawat umum dan 22 perawat gigi di Jembrana<sup>15</sup>. Sama dengan dokter, sebenarnya terdapat jumlah perawat yang mencukupi untuk melayani semua desa di kabupaten ini. Namun kenyataannya, distribusi perawat tidak merata sehingga beberapa desa tidak memiliki perawat sama sekali.

Perawat di Kabupaten Jembrana memberikan pelayanan kesehatan yang sama seperti bidan, yaitu memberikan pengobatan untuk penyakit-penyakit ringan. Namun, tidak seperti bidan, perawat tidak memberikan

<sup>13</sup> Data ini dapat dilihat di *Jembrana dalam Angka, 2006*.

<sup>14</sup> BPS, 2006. *Jembrana dalam Angka, 2006*, hlm. 146.

<sup>15</sup> Berdasarkan data dari Pusat Kesejahteraan Sosial dan Pelayanan Kesehatan Jembrana, 2005. Jumlah total termasuk perawat berijazah dan sarjana Keperawatan.

pelayanan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi, KB dan kesehatan ibu. Perawat biasanya membuka praktek sendiri untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Jika seorang pasien tidak dapat datang ke tempat prakteknya, perawat bersedia memberikan pengobatan di rumah pasien.

Jam kerja perawat bervariasi. Beberapa di antara mereka membuka praktek dari pukul 17.00-20.00, namun perawat yang lain membuka praktek sejak pagi hingga malam. Biaya yang ditetapkan bervariasi antara Rp 7.000 - Rp 25.000 untuk semua pasien, baik peserta JKJ atau bukan. Penduduk memilih untuk berkonsultasi dengan perawat karena perawat lebih mereka kenal, lebih dekat dengan rumah mereka, biayanya tidak mahal dan pengobatan mereka juga manjur.

### **Ketersediaan Bidan**

Pada tahun 2005, terdapat 134 bidan di Jembrana<sup>16</sup> dan meningkat menjadi 160 pada tahun 2010.<sup>17</sup> Dalam hal kuantitas, jumlah bidan di Jembrana melebihi jumlah desa di kabupaten ini yaitu 52 desa. Namun, seperti halnya dokter dan perawat, distribusi bidan tidak merata sehingga terdapat desa-desa yang tidak memiliki bidan atau bidan yang membuka praktek pribadi. Beberapa bidan bekerja untuk pemerintah di jaringan Puskesmas dan beberapa yang lain membuka praktek pribadi. Beberapa di antara mereka memiliki ijazah D3 Keperawatan.

Di Jembrana, mudah untuk mendapatkan izin praktek pribadi. Seorang bidan mengatakan bahwa pemerintah tidak mempersulit bidan untuk mendapatkan surat izin. Mereka hanya perlu mendaftar, membayar biaya administrasi dan menunggu izin keluar. Tidak perlu biaya lain untuk mendapatkan jaminan keluarnya izin tersebut. Bidan tidak perlu membayar lagi ketika memindahkan tempat prakteknya ke tempat lain.<sup>18</sup> Untuk mem-

<sup>16</sup> Berdasarkan data dari Pusat Kesejahteraan Sosial dan Pelayanan Kesehatan, Jembrana, 2005.

<sup>17</sup> Wawancara dengan Kepala Pelayanan Kesehatan, Jembrana, 2008.

<sup>18</sup> Wawancara dengan bidan Desa Candikusama, Jembrana, 2008.

peroleh izin praktek pribadi, bidan harus memiliki Surat Izin Menyimpan Obat (SIMO) yang menegaskan bahwa bidan memiliki peralatan dan obat-obatan standar yang memadai. Jika ditemukan obat-obatan yang tidak terdaftar di tempat prakteknya, bidan tersebut akan menerima peringatan dan izin prakteknya dapat dicabut.

Seorang bidan di Jembrana harus memiliki sertifikat Asuhan Persalinan Normal (APN). Tanpa sertifikat ini, mereka tidak mendapat izin untuk membuka praktek pribadi. Bidan yang membuka praktek sebelum mendapatkan sertifikat ini disarankan untuk segera mengikuti pelatihan APN. Selain itu, bidan juga harus memiliki sertifikat untuk perawatan bayi lahir dalam keadaan darurat dan mengikuti pelatihan Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (PMKK).<sup>19</sup> Dalam pelatihan ini, bidan mempelajari aneka prosedur standar dalam memberikan pelayanan kesehatan, termasuk penyelenggaraan vaksinasi, bantuan persalinan standar dan lain-lain. Semua bidan di Jembrana menandatangani kontrak dengan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) dan mereka memberikan pelayanan kesehatan untuk pasien JKJ.

Biaya yang ditetapkan bidan untuk pelayanan kesehatan bervariasi, tergantung pada jenis pelayanan yang diberikan. Biaya untuk pemeriksaan

**Tabel 3.7.**  
**Jumlah Tenaga Bidan di Sarana Kesehatan Kabupaten Jembrana**

No.	Unit Kerja	Jumlah Tenaga Medis		
		Bidan (D3)	Bidan	Jumlah
1.	Puskesmas termasuk Pustu	18	52	70
2.	RSUD Negara	11	22	33
3.	Dinas Kesehatan Kabupaten	2	0	2
4.	RS Praja Husada Gilimanuk	0	4	4
5.	RS Darma Sentana	0	5	5
6.	RS Bersalin Kerta Yasa	2	4	6
7.	Sarana Kesehatan lainnya	0	14	14
<b>Jumlah</b>		<b>33</b>	<b>101</b>	<b>134</b>

Sumber: Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, 2005.

<sup>19</sup> Wawancara dengan bidan Desa Melaya, Jembrana, 2008.

kehamilan rutin Rp. 20.000, sementara biaya untuk membantu persalinan antara Rp. 400.000 sampai Rp. 600.000. Namun, untuk persalinan yang sulit, biayanya dapat mencapai Rp. 1.000.000. Biaya persalinan ditetapkan untuk semua perempuan, termasuk mereka yang menggunakan kartu JKJ. Bidan juga menyediakan pelayanan Keluarga Berencana (KB), termasuk semua metode kontrasepsi, kecuali sterilisasi, vasektomi, kondom dan diafragma. Biaya untuk susuk bervariasi antara Rp. 150.000 sampai Rp. 250.000. Biaya untuk IUD/spiral bervariasi antara Rp. 75.000 sampai Rp. 150.000, sementara pasien membayar Rp. 15.000 untuk pil dan suntik KB. Biaya ini ditentukan berdasarkan biaya yang ditetapkan oleh JKJ. Bidan juga menyediakan pelayanan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi, namun untuk kasus yang serius, mereka merujuk pasien ke dokter spesialis.

Biaya yang dikenakan untuk pasien peserta program JKJ tidaklah sama. Pemegang kartu JKJ tidak dipungut biaya untuk pil dan suntik KB, namun harus membayar untuk IUD dan susuk. Mereka juga tidak dipungut biaya untuk pemeriksaan bayi dan anak-anak. Bidan juga menyediakan pelayanan kesehatan untuk penyakit-penyakit umum seperti demam, batuk, influenza, sakit kepala, sakit gigi dan sakit perut. Biaya untuk pengobatan penyakit ini bervariasi antara Rp. 7.000 sampai Rp. 25.000 untuk pasien yang bukan pemegang kartu JKJ. Pasien peserta JKJ tidak dipungut biaya.

Peraturan tentang izin praktek yang menjamin kualitas pelayanan bidan dan sistem JKJ telah memberikan pengaruh positif pada ketersediaan bidan di kabupaten ini. Antara tahun 2006 dan 2010, jumlah bidan di Jembrana meningkat hampir 20%.

### **Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Surakarta**

Kota Surakarta adalah satu-satunya daerah penelitian yang mengalami surplus tenaga kesehatan, terutama perawat yang melebihi rasio ideal (142%). Namun, Surakarta masih mengalami kekurangan dokter umum (35%) dan bidan (60%).

**Tabel 3.8.**  
**Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kota Surakarta, 2006**

No.	Tenaga Kesehatan	Ketersediaan	Kebutuhan Ideal	Kekurangan	Kekurangan (Persentase)
1.	Dokter Umum	138	214	76	35
2.	Bidan	216	535	319	60
3.	Perawat Umum & Gigi	1.521	628	(893)	(142)
	<b>Total</b>	<b>1.875</b>	<b>1.377</b>	<b>(498)</b>	<b>(36)</b>

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surakarta, 2007

### Ketersediaan Dokter

Pada tahun 2007, terdapat kekurangan dokter sejumlah 35% di Surakarta. Kekurangan dokter ini semakin besar karena ketidakseimbangan jumlah dokter yang bekerja di pelayanan kesehatan umum dengan dokter yang menjalankan praktek pribadi. Tabel 3.9. menunjukkan bahwa lebih dari 95% dari total 659 dokter di kota tersebut membuka praktek pribadi. Pelayanan kesehatan umum seperti Puskesmas, Pustu dan Pusling mengalami banyak kekurangan tenaga kesehatan, terutama dokter. Tabel 3.10.

**Tabel 3.9.**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan di Kota Surakarta, 2004**

No.	Tenaga Kesehatan	Unit Kerja Negeri	Unit Kerja Swasta
1.	Dokter	32	627
2.	Dokter Gigi	23	37
3.	Perawat	96	1.108
4.	Sarjana Keperawatan	-	13
5.	Bidan	90	143
6.	Tenaga Farmasi	37	136
7.	Sarjana Farmasi dan Apoteker	3	13
8.	Ahli Saniter	27	-
9.	Ahli Kesehatan Masyarakat	8	-
10.	Ahli Gizi	11	58
11.	Ahli Fisioterapi	-	48
12.	Tenaga Teknisi Medis	13	60
13.	Lainnya	269	-

Sumber: Laporan Monografi Statis Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, 2006

memberikan contoh kekurangan tenaga kesehatan di dua unit Puskesmas di wilayah penelitian ini. Puskesmas Sangkrah adalah fasilitas kesehatan umum di Kecamatan Pasar Kliwon yang melayani tiga wilayah - Sangkrah, Semanggi dan Kedung Lumbu – dengan total populasi 78.598.<sup>20</sup> Ini berarti setiap tiga dokter yang bertugas dengan dibantu lima perawat dan enam bidan harus memberikan pelayanan kepada sekitar 26.199 penduduk.

Puskesmas Gilingan adalah fasilitas kesehatan umum di Kecamatan Banjarsari yang melayani tiga wilayah –Gilingan, Kestalan, dan Punggawan- dengan total populasi 159.314.<sup>21</sup> Hal ini berarti setiap tiga dokter di Puskesmas yang dibantu oleh lima perawat dan lima bidan, harus melayani 53.104 penduduk. Dapat dibayangkan beban dokter bila semua penduduk bergantung pada puskesmas untuk berobat. Situasi ini semakin rumit dengan adanya fakta bahwa hanya satu dari tiga dokter yang bekerja di Puskesmas adalah dokter umum, dua dokter lainnya adalah dokter gigi.

### Kualitas dan Pelayanan Tenaga Kesehatan

Biasanya hanya terdapat satu, atau mungkin dua, dokter umum yang bertugas di Puskesmas dan tidak ada dokter spesialis. Perawat dan bidan yang membantu pelayanan kesehatan memiliki perbedaan tingkat pendidik-

**Tabel 3.10.**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Wilayah Penelitian WRI, 2006**

Unit Kerja	Tenaga Kesehatan								Jumlah
	Medis	Perawat	Bidan	Apoteker	Ahli Gizi	Teknisi Medis	Ahli Sanitasi	Ahli Kesmas	
Puskesmas Sangkrah	3	5	66	2	1	1	1	0	19
Puskesmas Gilingan	3	5	55	3	1	0	2	0	19

Sumber: SubBag Kepegawaian DKK Sarana Kesehatan, Kelurahan Sangkrah dan Gilingan

<sup>20</sup> Total populasi di Kecamatan Pasar Kliwon, berdasarkan data dari Profil Kesehatan, Surakarta, 2006.

<sup>21</sup> Total populasi di Kecamatan Banjarsari, berdasarkan data dari Profil Kesehatan, Surakarta, 2006.

an dan keahlian. Beberapa perawat lulus D3 Keperawatan, namun, sebagian besar dari mereka hanya sampai jenjang D1. Pasien yang memerlukan dokter spesialis harus dirujuk ke rumah sakit, baik rumah sakit umum maupun swasta, yang memiliki peralatan medis dan keahlian yang lebih baik untuk menangani kasus-kasus yang sulit.

Sekarang ini, beberapa Puskesmas di Surakarta mengembangkan kerjasama dengan rumah sakit-rumah sakit besar sehingga dokter spesialis, terutama dokter anak dan dokter spesialis kandungan, dapat datang sebulan sekali ke Puskesmas untuk memberikan konsultasi dan pengobatan. Namun, program kerjasama ini tidak mudah dilaksanakan karena sulitnya mengatur jadwal para dokter spesialis yang telah memiliki jadwal praktek yang padat dan biasanya lebih memprioritaskan tugas mereka di rumah sakit. Pasien di Puskesmas sering kecewa karena mereka tidak dapat berkonsultasi dengan dokter spesialis seperti yang dijanjikan. Selain itu, kunjungan dokter spesialis sebulan sekali tampaknya tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan pasien Puskesmas.

Jumlah dokter umum dan dokter spesialis yang tidak mencukupi di fasilitas kesehatan umum seperti Puskesmas menunjukkan bahwa pemerintah menghadapi masalah yang serius dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat umum. Kepala Puskesmas Gilingan, yang adalah seorang dokter gigi, mengatakan bahwa tidak mudah mengakomodasi kebutuhan masyarakat umum yang sangat bervariasi dengan staf yang terbatas di Puskesmas.<sup>22</sup> Seorang dokter umum tidak mampu memberikan pengobatan untuk seluruh pasien yang datang ke Puskesmas, yang rata-rata mencapai 70 orang per hari. Lagipula, Puskesmas juga memiliki program pelayanan kesehatan lain untuk masyarakat di daerah yang terpencil, termasuk Pustu, Pusling, penyebaran informasi kesehatan, kunjungan ke sekolah-sekolah Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan membantu Posyandu yang terdapat di setiap kelurahan di daerah tersebut.

---

<sup>22</sup> Wawancara dengan Dr. Sri Harnani, Kepala Puskesmas Gilingan, Surakarta, 13 dan 15 Agustus 2007.

Kepala Puskesmas Sangkrah juga menghadapi masalah yang sama.<sup>23</sup> Selain pengobatan rutin, Puskesmas juga menjalankan Klinik IMS (Infeksi Menular Seksual) yang membutuhkan kehadiran dokter.

“Terkadang kami ini ibaratnya harus berlari ke sana kemari untuk melayani pasien yang ada. Bila ada pasien yang datang dengan keluhan penyakit menular seksual harus diarahkan Klinik IMS, padahal dokter yang ada masih menangani pasien yang ada di Puskesmas. Jadi dokter harus membagi waktu untuk melayani pasien yang ada di Puskesmas maupun di Klinik IMS.”

Kehadiran perawat dan bidan sangat diperlukan. Karena dokter jarang datang, bidan atau perawat seringkali harus mengobati pasien di Puskesmas meskipun sebenarnya mereka tidak diharapkan untuk melakukan hal tersebut karena mereka tidak memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai untuk melakukan pengobatan.

### **Bidan dan Perawat**

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, pada tahun 2006, terdapat 1.919 bidan yang melayani 512.898 penduduk di Surakarta. Sebagian besar bidan ditugaskan untuk bekerja di rumah sakit (53,1%), sementara sisanya (31,9%) ditugaskan di jaringan Puskesmas, termasuk Pustu dan Polindes. Bidan mengobati ibu dan anak, sementara perawat memberikan perawatan lanjutan untuk pasien di bawah arahan dan pengawasan dokter. Seorang perawat biasanya tidak dilatih untuk mendiagnosis penyakit atau untuk mengobati pasien. Namun, dalam prakteknya, seorang bidan seringkali menjalankan fungsi seperti dokter, baik di Puskesmas maupun di tempat praktek pribadi mereka.

Di daerah Semanggi, terdapat seorang perawat yang melayani di Puskesmas dan menjalankan fungsi seperti dokter. Ia bahkan memeriksa dan

---

<sup>23</sup> Wawancara dengan Dr. Maria Retno S., Kepala Puskesmas Sangkrah, Surakarta, 8 Agustus 2007.

mengobati pasien yang positif menderita HIV. Perawat Nanik<sup>24</sup> ditugaskan untuk bekerja di Puskesmas Punggawan dan tinggal di rumah dinas dokter di Kelurahan Semanggi. Ia juga membuka praktek pribadi di rumahnya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada warga Semanggi. Perawat Nanik diminta tinggal di rumah dinas dokter karena tidak ada dokter yang bersedia untuk tinggal di bekas daerah prostitusi di Silir, yang sering mengalami masalah kejahatan dan masalah kesehatan, terutama penyakit menular seksual. Perawat Nanik mengobati bermacam-macam jenis penyakit, namun ia tidak melayani persalinan, meskipun banyak pasien yang menginginkannya. Ia mengakui bahwa ia hanya melakukan tugasnya sebagai perawat. Pasien datang kepadanya karena mudah dijangkau dan mereka yakin Nanik dapat mengobati penyakit mereka.

Bidan di Puskesmas, yang tugas utamanya membantu persalinan, memberikan imunisasi dan memeriksa wanita hamil dan bayi, juga mengalami situasi yang sama sulitnya. Mereka mengobati pasien seperti dokter baik di Puskesmas maupun di tempat praktek pribadi. Memang ada bidan yang telah diberi wewenang terbatas untuk bertindak sebagai dokter setelah mereka mengikuti pelatihan dan pendidikan khusus. Terdapat beberapa jenis pendidikan untuk bidan. Sekolah Perawat Kesehatan (SPK), sekolah setingkat SMU dengan masa studi empat tahun, program D1 dengan masa studi satu tahun untuk lulusan setingkat SMU dan program D3 dengan masa studi tiga tahun yang juga terbuka untuk lulusan setingkat SMU. Lulusan setiap program ini boleh membuka praktek setelah mengikuti ujian yang diselenggarakan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan menerima izin praktek dari Departemen Kesehatan. Biaya untuk mengurus izin ini sebesar Rp. 150.000 dan perlu diperbarui setiap lima tahun.<sup>25</sup> Untuk mendapatkan sertifikat Bidan Delima, yang memiliki wewenang untuk me-

---

<sup>24</sup> Wawancara dengan Perawat Nanik, Kelurahan Semanggi, Pasar Kliwon, Surakarta, 16 Agustus 2007.

<sup>25</sup> Berdasarkan Peraturan Daerah No. 4/2007 tentang Retribusi untuk Peralatan dan Izin Praktek di Sektor Kesehatan, Surakarta. Di dalam peraturan ini dikatakan bahwa biaya untuk izin praktek bagi bidan direvisi dari biaya sebelumnya sejumlah Rp. 300.000.

lakukan fungsi seperti dokter dalam situasi-situasi darurat saat dokter tidak ada, seorang bidan harus mengikuti program D3 dengan biaya paling sedikit Rp. 2.000.000. Karena itu, banyak bidan yang tidak mampu mendapatkan sertifikat tersebut karena tidak dapat menyelesaikan program D3.

Menurut salah seorang bidan yang telah mendapatkan sertifikat Bidan Delima, dalam kenyataannya, banyak bidan yang membuka praktek pribadi tanpa memiliki sertifikat dan izin praktek.<sup>26</sup> Mereka biasanya bidan yang baru lulus dari sekolah perawat. Untuk mendapatkan izin praktek, seorang bidan harus menjalani tes kompetensi yang diselenggarakan oleh IBI untuk menentukan apakah ia memiliki pengetahuan dan keahlian untuk menjalankan praktek pribadi. Umumnya proses ini memerlukan waktu enam bulan hingga Departemen Kesehatan mengeluarkan surat izin. Beberapa bidan mengeluh karena lamanya proses tersebut. Mereka khawatir petugas dari Departemen Kesehatan akan memeriksa tempat praktek mereka sebelum surat izin keluar. Permintaan untuk memperpanjang izin praktek di Surakarta harus dilakukan tiga bulan sebelum habis masa berlakunya. Sistem pemberian izin di Jembrana jauh lebih mudah. Untuk membuka praktek, seorang bidan hanya perlu membayar biaya administrasi. Proses pengurusan izin praktek yang mudah dan tidak mahal di Jembrana ini menyebabkan kekurangan tenaga bidan di sana hanya 47%, sementara di Surakarta mencapai 60%.

---

<sup>26</sup> Wawancara dengan Lestari Anggraeni, Bidan Delima Puskesmas Gilingan, Surakarta, 13 Agustus 2007.

### **Wulansari**

Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, Surakarta

Wulan adalah anak bungsu dari enam bersaudara dan hanya tamat SD. Ketika berumur 18 tahun, ia menikah dengan Basuki, yang hanya tamat SD juga. Suami Wulan bekerja sebagai petugas parkir di toko pakaian dan ia tidak memiliki gaji tetap. Wulansari berjualan sayuran. Meskipun mereka berdua bekerja, pendapatan per bulan mereka kurang dari Rp. 600.000, sehingga mereka boleh menjadi pemegang kartu Askeskin.

Ketika berumur 35 tahun, Wulansari telah memiliki enam anak. Anak bungusnya sekarang berumur 15 bulan. Wulansari mengakui bahwa ia tidak ingin memiliki anak lagi dan ia sekarang menggunakan kontrasepsi. Setelah melahirkan anak kedua, Wulansari menggunakan suntik KB yang dilakukan di Puskesmas Sangkrah, dimana ia membayar Rp. 4.000 untuk sekali suntik sebulan sekali. Suntik KB ini membuat menstruasinya tidak teratur. Ia memeriksakan diri kepada bidan di Puskesmas tersebut, namun karena kondisinya tidak membaik, ia memutuskan untuk menghentikan pengobatan. Tidak lama setelah itu, ia hamil anak ketiga. Setelah melahirkan, bidan menyarankan untuk menggunakan IUD, namun tanpa memberikan penjelasan apa saja risiko jika menggunakan alat KB tersebut. Ia membayar Rp. 10.000 untuk biaya dokter memasang IUD.

IUD ternyata menyebabkan beberapa efek samping, seperti pendarahan yang banyak dan lama, dan sakit perut hebat pada saat menstruasi. Ia juga merasakan panas dan sakit di daerah vaginanya, dan menderita kram perut. Wulansari sering mengeluh ke Puskesmas namun kondisinya tidak membaik. Setelah lima tahun, ia memutuskan untuk melepaskan IUD dan menggunakan suntik KB kembali. Ia tidak membayar untuk pelayanan ini karena ia pemegang kartu Askeskin

Kehamilan yang keempat tidak dapat dihindari. Setelah melahirkan anak keempat, ia memutuskan untuk melakukan program sterilisasi, tubektomi, yang diselenggarakan oleh Badan Keluarga Berencana dengan biaya Rp. 60.000. Biaya ini dianggap tidak mahal jika dibandingkan dengan biaya tubektomi di rumah sakit yang berkisar antara Rp. 500.000 sampai Rp. 700.000.

Sebelum operasi, Wulansari disarankan untuk puasa satu hari dan tidak boleh minum kopi. Hari itu terdapat tiga perempuan lagi yang akan melakukan sterilisasi. Wulansari mengakui bahwa ia sebenarnya tidak mengerti apa yang akan dilakukan dokter dalam operasi itu. Ia hanya percaya bahwa dengan sterilisasi, ia tidak akan bisa hamil lagi. Operasi dimulai pukul 11.00. Meskipun tiga perempuan lain yang sama-sama dioperasi telah sadar kembali dan diperbolehkan pulang, Wulansari masih belum sadar sampai pukul 20.00. Suami dan keluarganya menjadi cemas. Basuki pergi ke rumah sakit untuk menanyakan kondisi isterinya. Ia tidak pernah memberi izin pada Wulansari untuk melakukan tubektomi dan menolak menandatangani surat persetujuan. Ayahnya juga menolak untuk menandatangani surat persetujuan karena ia takut operasi akan gagal. Namun, Wulansari tetap dioperasi meski tanpa persetujuan suami dan orangtuanya. Ia pergi ke rumah sakit bersama bidan dari Puskesmas. Basuki terkejut dan marah karena Wulansari tidak segera sadar setelah operasi.

Tenaga kesehatan menjelaskan bahwa memang proses kembalinya kesadaran Wulansari sulit karena ia dianastesi lebih dari satu kali. Menurut dokter, setelah dianastesi pertama, Wulansari tetap merasa sakit dan ia menjerit-jerit selama operasi. Karena itu, dokter memberinya dosis anastesi kedua. Namun, efek dosis kedua ini sangat kuat sehingga ia tetap tidak sadar untuk waktu yang lama. Ketika detak jantungnya berhenti, dokter segera membawanya ke ICU. Wulansari hampir meninggal. Setelah sadar kembali, ia mengatakan bahwa ketika jantungnya mulai berdetak kembali, ia dapat mendengar suara-suara di sekitarnya namun ia terlalu lemah untuk merespon.

Operasi yang hampir merenggut nyawa Wulansari tersebut gagal karena enam bulan setelah operasi, ia hamil anak kelima. Ia memprotes kehamilan pasca sterilisasi ini ke rumah sakit Jebres, tempat operasi dilakukan, namun mereka tidak memiliki kebijakan untuk menangani kasus-kasus kegagalan kontrasepsi. Tenaga kesehatan di Puskesmas Sangkrah menolak untuk menanganinya ketika ia ingin menggunakan kontrasepsi lagi. Ia dipaksa untuk pergi ke dokter dan membayar Rp. 75.000 untuk memasang IUD. Ia merasa biaya ini terlalu mahal karena sebelumnya ia mendapat pelayanan KB gratis dari Puskesmas karena ia memegang kartu Askeskin.

### Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Indramayu

Indramayu dan Lebak adalah dua wilayah penelitian yang mengalami kekurangan yang serius atas tenaga kesehatan yaitu mencapai 82%. Tabel 3.11. menunjukkan bahwa ketersediaan tenaga kesehatan di Indramayu pada tahun 2006 masih sangat jauh dari standar ideal tahun 2010 sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di sektor kesehatan. Data yang dikumpulkan oleh WRI mengindikasikan bahwa banyak orang, baik laki-laki maupun perempuan, membeli obat-obatan di apotek atau toko obat untuk mengobati diri mereka sendiri. Banyak orang yang membeli obat untuk mengobati diri sendiri meskipun konsultasi dengan dokter dan bidan masih menjadi pilihan mereka. Jadi terdapat dua kesimpulan yang dapat ditarik di sini. Pertama, banyak orang yang tidak mau berkonsultasi dengan tenaga kesehatan karena jumlah tenaga kesehatan tidak mencukupi, dan kedua, banyak orang tidak menyadari keuntungan yang akan mereka peroleh dengan berkonsultasi pada petugas kesehatan.

**Tabel 3.11.**  
**Rasio Ideal, Ketersediaan dan Kekurangan Tenaga Kesehatan, Indramayu**

No.	Tenaga Kesehatan	Ketersediaan	Kebutuhan Ideal	Kekurangan	Kekurangan (Persentase)
1.	Perawat	894	2.008	1.114	55,5
2.	Bidan	456	1.709	1.253	73,3
3.	Dokter Spesialis	13	103	90	87,4
4.	Dokter Umum	91	684	593	86,7
5.	Dokter Gigi	34	188	154	82
<b>Total Nakes</b>		<b>1.488</b>	<b>978.717</b>	<b>839.367</b>	<b>82</b>

*Sumber:* Data diolah dari Laporan Kepegawaian Kabupaten Indramayu dengan jumlah penduduk 1.709.128 jiwa

Di Indramayu terdapat masalah kekurangan tenaga kesehatan dan distribusi tenaga pelayanan kesehatan yang tidak merata. Sebanyak 69 dokter umum ditugaskan di 49 Puskesmas di kabupaten ini. Sembilan Puskesmas memiliki dua dokter, empat Puskesmas memiliki tiga dokter, dua Puskesmas memiliki empat dokter dan 34 Puskesmas lainnya hanya

Tabel 3.12.  
Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Indramayu, 2006

No. Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah Institusi			Jumlah Total	Jumlah Penduduk	Rasio/ 100.000 Penduduk		Kebutuhan Nakes	Kekurangan
	Puskesmas	RSUD	RS. Swasta			Dinkes	2006		
1. Perawat	642	74	167	894	1.709.128	52,31	117,5	2.008	1.114
2. Bidan	402	20	26	456	1.709.128	26,68	100	1.709	1.253
3. Apoteker	8	9	13	34	1.709.128	1,99	10	171	137
4. Ahli Gizi	32	2	4	45	1.709.128	2,63	22	376	331
5. Ahli Sanitasi	34	0	3	54	1.709.128	3,16	40	684	630
6. Ahli Kesmas	9	1	5	26	1.709.128	1,52	40	684	658
7. Dokter Sp	-	12	1	13	1.709.128	0,76	6	103	90
8. Dokter Umum	68	14	3	91	1.709.128	5,32	40	684	593
9. Dokter Gigi	28	2	3	34	1.709.128	1,99	11	188	154

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu, 2005 & 2006.

memiliki satu dokter. Dua Puskesmas bahkan tidak memiliki dokter atau dokter gigi yang bertugas di sana.

Secara umum, pasien berkonsultasi pada dokter di Puskesmas atau tempat praktek pribadi mereka jika bidan tidak dapat menangani penyakit mereka lagi. Beberapa dokter tinggal di Puskesmas atau di dekat Puskesmas tempat mereka ditugaskan di Indramayu. Para dokter ini bertugas di Puskesmas antara pukul 08.00-12.00, dan membuka praktek pribadi setelah jam tersebut. Seorang dokter berbicara tentang sistem pembayaran untuk pelayanan tersebut:

“Untuk pelayanan gawat darurat di luar jam kerja, kami tidak menolak, tetap kami layani karena dokter tinggal di Puskesmas dan pasien dilayani dalam kasus pertolongan pertama saja. Kalau mereka memberi uang kami terima. Kalau kondisinya gawat darurat, dokter melakukan rujukan ke PONEC dan perawatan atau rumah sakit”.

Dokter Bintang, yang praktek di Puskesmas Kandanghaur, tidak membuka praktek pribadi di rumahnya dan ia selalu bersedia jika dibutuhkan di Puskesmas. Awalnya, ia mencoba membuka praktek di rumahnya. Namun karena ia sering dipanggil ke Puskesmas untuk menangani kasus-kasus gawat darurat di luar jam kerjanya, ia kesulitan untuk membagi waktu dengan pasien-pasien di tempat praktek pribadinya. Idealnya, dokter yang memegang posisi fungsional di Puskesmas menangani pengobatan pasien di Puskesmas, sementara ahli kesehatan masyarakat yang memegang posisi struktural menangani tugas-tugas administratif. Dengan demikian, dokter dapat berkonsentrasi pada pengobatan medis.

### **Ketersediaan Bidan**

Tugas dan fungsi utama bidan desa, seperti yang disebutkan di dalam surat edaran No. 429/Binkesmas/DJ/89 yang dikeluarkan Direktorat Jenderal Pembina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan, adalah memperbaiki kualitas dan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan

KB untuk mengurangi jumlah kematian ibu dan bayi dalam persalinan. Jadi, penting untuk memeriksa bagaimana bidan memenuhi peran dan fungsi ini.

Pada tahun 2005, terdapat 416 bidan di Indramayu. Tahun berikutnya, jumlah ini meningkat menjadi 456 bidan. Dari jumlah ini, 378 bidan ditugaskan untuk bekerja di jaringan Puskesmas, 26 bidan di RSU Indramayu, empat bidan di RS Pertamina Balongan dan satu bidan di RS Zam-Zam Jatibarang. Tujuh bidan lainnya bekerja di dinas kesehatan di kantor Kabupaten Indramayu. Jumlah bidan yang sebenarnya di Indramayu adalah 73,3% dari jumlah ideal. Selain kekurangan jumlah bidan, distribusi bidan yang tersedia pun tidak merata ke seluruh wilayah. Beberapa Puskesmas hanya memiliki dua bidan yang bertugas, sementara Puskesmas yang lain memiliki lebih dari sepuluh bidan. Puskesmas melayani tiga sampai 13 desa. Ini artinya Puskesmas yang hanya memiliki dua bidan tersebut mengalami kesulitan untuk menugaskan mereka ke desa-desa di wilayah kerja mereka. Misalnya, Puskesmas Kertawinangun yang hanya memiliki dua bidan harus menangani lima desa, sementara Puskesmas Kertasemaya yang memiliki 15 bidan melayani 13 desa.

Distribusi bidan tidak merata karena penempatan mereka di Puskesmas tidak berdasarkan jumlah desa di area kerja Puskesmas. Ditambah lagi, bides tidak tinggal di desa tersebut, namun lebih memilih tinggal di daerah kota. WRI mengamati bahwa banyak kota dan kota kecil memiliki jumlah bidan yang mencukupi. Di Kecamatan Indramayu Kota sangat mudah menemukan tiga atau empat bidan yang membuka praktek pribadi di tempat yang berdekatan. Namun di kecamatan di pedesaan, mungkin hanya terdapat satu bidan untuk melayani seluruh kecamatan. Jika bides tidak tinggal di desa, penduduk desa harus pergi ke kota terdekat untuk mengakses bidan yang membuka praktek pribadi.

Banyak bides yang tidak tinggal desa tempat mereka ditempatkan karena tidak semua desa memiliki fasilitas Pondok Bersalin Desa (Polindes) dimana seorang bides dapat tinggal di sana dan menyediakan pelayanan kesehatan. Di Indramayu hanya terdapat 20 Polindes. Menurut Bidan Yetty di Pekandangan Jaya, hanya dua dari 20 Polindes yang berfungsi. Sisanya

tidak digunakan karena tidak memadainya peralatan dan infrastruktur. Akibatnya, menurut seorang informan yang tinggal jauh dari Puskesmas dan Pustu, seorang ibu yang memeriksakan kehamilannya ke bidan meminta bantuan dukun bayi ketika melahirkan karena bidan yang memeriksanya tidak ada saat ia hendak melahirkan.

Penting pula untuk melihat kualitas pelayanan yang disediakan oleh bidan. Dari 378 bidan yang ditempatkan di jaringan Puskesmas pada tahun 2005, kira-kira 85% di antaranya lulus pendidikan bidan dengan jenjang D1 dan hanya 15% yang memenuhi tuntutan kompetensi seperti yang diharapkan yaitu jenjang D3. Latar belakang pendidikan bidan memengaruhi kualitas pelayanan yang mereka berikan. Berdasarkan survei WRI di Indramayu, tenaga kesehatan di kabupaten ini hanya memberikan sedikit informasi tentang kesehatan kepada masyarakat. Hanya 27,3% responden menerima informasi tentang komplikasi yang mungkin terjadi pada saat kehamilan, persalinan dan setelah persalinan. Persentase ini yang paling rendah jika dibandingkan dengan enam daerah penelitian WRI yang lain dan jauh di bawah Surakarta, dimana 60,7% responden menerima informasi tentang kesehatan reproduksi.

Dalam upaya untuk memperluas akses masyarakat terhadap fasilitas dan pelayanan kesehatan, Pemerintah Daerah Indramayu mengeluarkan kebijakan tentang pelayanan gratis untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Pustu. Namun, implementasi dari kebijakan ini mempengaruhi beban kerja tenaga kesehatan. Menurut data dari dinas kesehatan, jumlah pasien yang datang ke Puskesmas meningkat 50% sejak kebijakan ini diperkenalkan. Para tenaga kesehatan di Puskesmas harus bekerja ekstra keras untuk mengobati semua pasien dan ini tentu saja memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Dari hasil wawancara diketahui bahwa pasien harus menunggu lama untuk mendapatkan pengobatan di Puskesmas. Bagi pasien yang tidak mampu berobat ke pelayanan kesehatan swasta, mereka harus bersedia menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan di Puskesmas.

## Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Lampung Utara

Pada tahun 2006, kekurangan tenaga kesehatan di Lampung Utara mencapai 67% atau kira-kira sama dengan kekurangan tenaga kesehatan di Lombok Tengah (66,6%) dan Sumba Barat (62,3%). Meskipun kekurangan tersebut belum seserius di Indramayu dan Lebak (82%), Lampung Utara jauh di bawah Jembrana yang hanya mengalami kekuarangan tenaga kesehatan sebesar 35%.

### Ketersediaan Dokter

Tabel 3.13. menunjukkan bahwa pada tahun 2006, terdapat 71 dokter dan dokter gigi di Lampung Utara, termasuk 44 dokter umum, 7 dokter spesialis dan 20 dokter gigi.<sup>27</sup> Seorang dokter umum ditugaskan untuk bekerja di dinas kesehatan di kantor Kabupaten Lampung Utara, sementara 33 dokter bekerja di jaringan Puskesmas dan 10 dokter bertugas di rumah sakit. Salah satu sebab kekurangan dokter di Lampung Utara adalah beberapa dokter dipindah ke kabupaten lain dan belum ada dokter yang ditugaskan untuk menggantikan mereka sehingga mempengaruhi pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Meskipun mereka hanya ditugaskan untuk mem-

**Tabel 3.13.**  
**Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Lampung Utara, 2006**

No.	Jenis Tenaga	Ketersediaan	Kebutuhan Ideal	Kekurangan	Kekurangan (Persentase)
1.	Dokter Spesialis	7	34	27	79
2.	Dokter Umum	44	224	180	80
3.	Dokter Gigi	20	62	42	68
4.	Bidan	167	561	394	70
5.	Perawat Umum & Gigi	264	662	398	60
<b>Total Nakes</b>		<b>502</b>	<b>1,543</b>	<b>1,041</b>	<b>67</b>

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Utara, 2006

<sup>27</sup> Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Lampung Utara, 2006.

bantu persalinan, seorang bidan atau perawat di Puskesmas terpaksa untuk memberikan pelayanan kesehatan yang seharusnya dilakukan oleh seorang dokter.

### Lokasi Bidan

Menurut Dinas Kesehatan Lampung Utara, jumlah bidan di kabupaten ini meningkat dari 167 pada tahun 2006 menjadi 284 pada tahun 2010. Bidan ditempatkan di rumah sakit, Puskesmas, Pustu, Pusling dan Polindes. Umumnya mereka juga membuka praktek pribadi di rumah.

Di setiap fasilitas kesehatan, ditempatkan minimum tiga bidan untuk membantu dokter dan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Saat ini bidan yang sudah lulus ditempatkan sebagai bides di Pustu atau Polindes dan bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan untuk ibu dan anak di satu desa tersebut. Namun, jarang sekali ada seorang bides yang tinggal di Polindes dan siap melayani pasien selama 24 jam. Bidan bertugas di fasilitas kesehatan pada pukul 08.00-13.00, setelah itu mereka membuka praktek di rumah.



Fasilitas Kesehatan di Polindes, Sumba Barat

### **Pendidikan dan Pelayanan yang Diberikan oleh Bidan**

Sebagian besar dari 284 bidan di Lampung Utara pada tahun 2010 memiliki ijazah D1 (242 bidan, 85%). Hanya 42 bidan (15%) yang memiliki ijazah D3. Standar nasional untuk bidan yang ditetapkan tahun 2010 adalah bidan yang berpraktek minimal memiliki ijazah D3 dan mereka diharapkan untuk melanjutkan pendidikan mereka ke jenjang D4. Namun kebijakan ini tidak diikuti dengan memberikan bantuan keuangan bagi bidan yang memerlukan pendidikan lebih tinggi. Hal ini patut disayangkan mengingat fakta bahwa bidan seringkali diminta untuk menggantikan dokter.

#### **Purwati**

(Desa Hanakau Jaya, Kecamatan Lampung Utara)

#### ***“Ketersediaan Fasilitas Kesehatan yang Terbatas”***

Purwati adalah seorang ibu berusia 32 tahun yang memiliki dua orang anak. Ia hanya lulus SD, sedangkan suaminya, Paturoni, tidak pernah bersekolah. Paturoni bekerja sebagai buruh lepas, ia melakukan pekerjaan apa saja yang ditawarkan kepadanya. Ini berarti ia tidak memiliki pekerjaan tetap sehingga tidak mempunyai penghasilan rutin setiap bulan. Sementara itu Purwati sendiri adalah seorang ibu rumah tangga. Pendapatan rata-rata mereka per bulan sekitar Rp 600.000.

Purwati dan Paturoni tinggal bersama orangtua Purwati di rumah kecil berukuran 20 m<sup>2</sup> (5 x 4 m). Enam orang tinggal di rumah milik orangtua Purwati ini. Mereka mendapatkan air bersih dari sumur umum yang harus ditempuh selama lima belas menit dari rumah mereka. Keluarga ini tidak memiliki kamar mandi yang memadai, jadi untuk kebutuhan pribadi, mereka menggunakan sebuah lubang di tanah di belakang rumah mereka. Awalnya, Purwati dan keluarganya terdaftar sebagai pemegang kartu Askeskin. Mereka menerima kartu tersebut setelah petugas mengunjungi rumah mereka dan mencatat nama-nama mereka.

Purwati memiliki dua orang anak, yang paling kecil berusia dua tahun dan sedang mengandung anak ketiga. Purwati lebih memilih untuk meng-

obati dirinya sendiri dengan obat tradisional. Misalnya, ia minum jamu untuk mengobati rasa tidak nyaman saat menstruasi, melahirkan dan setelah melahirkan. Karenanya, ia jarang sekali pergi ke fasilitas kesehatan. Ia tidak pernah diimunisasi tetanus dalam setiap kehamilan dan anaknya yang paling kecil tidak pernah diimunisasi. Purwati tidak memahami pentingnya imunisasi bagi bayi dan anak. Ketika mengalami rasa tidak nyaman pada organ reproduksinya, misalnya iritasi di sekitar vagina, rasa sakit selama berhubungan seksual dan kram di perut bagian bawah, ia pergi ke dukun bayi untuk diobati. Dukun bayi tinggal di dekat rumahnya dan biayanya Rp. 5.000. Sepanjang kehamilan dan ketika mengalami keguguran, ia ditangani oleh dukun bayi yang sama. Ketika melahirkan anaknya yang terakhir, Purwati membayar dukun bayi tersebut sebesar Rp. 150.000, jauh lebih murah dibandingkan biaya melahirkan di fasilitas kesehatan.

Purwati tinggal di Desa Hanakau Jaya yang jauh dari pusat kota di Lampung Utara. Infrastruktur di Hanakau Jaya sangat terbatas. Untuk mencapai desa tersebut, seseorang harus melewati perkebunan singkong dan kelapa sawit sepanjang 15 kilometer. Dibutuhkan waktu dua jam untuk mencapai pusat kota di Kotabumi dengan menumpang bus. Jalan utama rusak parah, penuh lubang, berbatu dan di beberapa tempat terdapat lumpur yang berbahaya karena licin. Kondisi ini diperburuk dengan para penjahat yang sering menyerang mereka di jalan dan merampas sepeda motor mereka. Transportasi sangat terbatas. Hanya terdapat satu bus umum yang melintas di pagi dan sore hari. Pilihan transportasi lain adalah ojek. Purwati mengatakan bahwa suaminya bersikap dominan dalam membuat keputusan keluarga, termasuk pemilihan pengobatan, persalinan dan transportasi yang digunakan ketika mencari pengobatan saat sakit.

Hanya terdapat satu Pustu di desa ini yang memberikan pelayanan setiap Senin sampai Sabtu, dari Pukul. 08.00-12.00. Terdapat satu perawat yang bertugas yang juga menjadi kepala Pustu. Penduduk Desa Hanakau Jaya biasanya meminta bantuan dukun bayi untuk membantu persalinan. Hanya sedikit orang yang memilih untuk mengakses fasilitas kesehatan yang memiliki bidan di Puskesmas di kota kecamatan karena jauhnya jarak yang harus mereka tempuh. Purwati memilih untuk dibantu dukun bayi di dekat rumahnya ketika ia mengalami berbagai masalah kesehatan dan selama kehamilan, melahirkan dan pasca melahirkan. Ia dan suaminya tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi.

Bidan Yanti di Desa Negara Ratu menangani sejumlah keluhan kesehatan dari pasien-pasiennya di tempat prakteknya yang sederhana dan memberikan pengobatan medis seperti dokter. Dari pagi sampai siang, ia bekerja di kantor kecamatan menangani masalah-masalah populasi dan KB. Ia membuka praktek pribadi di rumahnya pada sore hari. Bidan Yanti mengakui bahwa ia menghabiskan lebih banyak waktu di rumah menerima pasien daripada bekerja di kantor. Ia hanya datang ke kantor dua atau tiga hari setiap minggu. Bidan Yanti menangani berbagai kasus di tempat prakteknya, mulai dari memeriksa kehamilan, membantu persalinan, memberikan imunisasi, mengobati penyakit-penyakit ringan, melakukan sunat dan memberikan pertolongan pertama untuk korban kecelakaan.

Bidan Yanti mengenakan tarif yang berbeda untuk pelayanannya. Pasien ia kenakan biaya antara Rp. 15.000 sampai Rp. 25.000, tergantung jenis penyakit dan obatnya untuk pengobatan penyakit ringan seperti hidung tersumbat, diare, batuk dan lain-lain. Pemeriksaan kehamilan dikenakan biaya Rp. 10.000 sampai Rp. 15.000, khitan anak perempuan Rp. 25.000 dan biaya persalinan minimal Rp. 450.000.

Pasien biasanya berkonsultasi dengan bidan karena tempat praktek bidan berada di lokasi yang dekat dengan rumah mereka. Beberapa bidan mengatakan bahwa mereka harus fleksibel dalam mengenakan biaya pada pasien karena mereka harus mempertimbangkan kemampuan finansial pasien. Seringkali, pasien yang tidak dapat membayar pengobatan bertanya apakah pembayaran dapat ditunda. Beberapa bidan bersedia kompromi dengan pasien mereka dan membiarkan mereka membayar dengan mencicil.

Kehadiran bidan di desa-desa di Lampung Utara benar-benar penting untuk penduduk desa karena biaya berobat ke bidan lebih murah daripada dokter. Mereka juga dianggap cepat namun berhati-hati dalam menangani keluhan pasien. Pasien seringkali tidak peduli dengan terbatasnya kualifikasi bidan. Mengobati penyakit serius seperti TBC, misalnya, di luar bidang keahlian bidan. Banyak bidan yang buka praktek 24 jam sehari. Meskipun demikian, terdapat bidan yang tidak menerima pasien setelah lewat tengah malam atau jika mereka telah tidur.

Karena terdapat kekurangan bidan di wilayah ini, bidan yang tersedia menjadi sangat sibuk. Beberapa responden melaporkan bahwa mereka mengalami kesulitan mengakses bidan. Ketika pasien sampai di Pustu atau Polindes, seringkali bidan sudah pulang. Namun ketika mereka pergi ke rumah bidan, terkadang bidan tidak ada karena bidan pergi ke rumah pasien untuk membantu melahirkan. Akibatnya, pasien harus menunggu untuk waktu yang lama. Tidak tersedianya bidan juga mempengaruhi kurangnya informasi kesehatan yang diberikan kepada pasien. Beberapa responden mengatakan bahwa ketika mereka mendapatkan pelayanan KB, bidan tidak memberikan penjelasan yang memadai mengenai bagaimana kerja kontrasepsi atau efek samping yang mungkin timbul. Banyak pasien merasa bahwa mereka tidak diberi kesempatan untuk memilih metode kontrasepsi yang paling nyaman untuk mereka.

Bidan Melita di Desa Negara Ratu menjelaskan jadwalnya yang sangat padat. Selain membantu di Polindes, satu minggu sekali mereka juga bertugas di Puskesmas utama di kota kecamatan. Di rumah, bidan masih harus buka praktek untuk mendapatkan tambahan penghasilan. Seorang bidan biasanya menangani 5-10 pasien setiap hari.

### **Ketersediaan Perawat**

Terdapat 387 perawat di Lampung Utara pada tahun 2010. Jumlah ini meningkat dari 264 perawat di tahun 2006. Para perawat ini lulus dari akademi perawat (227), Sekolah Pendidikan Kebidanan (SPK) (156) dan universitas (4). Mereka ditugaskan di berbagai fasilitas kesehatan, termasuk dua orang di Dinas Kesehatan, 202 di Puskesmas dan 152 di rumah sakit umum. Seorang perawat memberikan pelayanan kesehatan melengkapi pelayanan yang diberikan oleh dokter dan bidan. Misalnya, mereka menangani pelayanan rawat jalan, pengobatan pasien diabetes yang memerlukan suntikan insulin dan berbagai perawatan sesuai rekomendasi dari dokter. Namun, kekurangan dokter dan bidan di wilayah ini memaksa perawat untuk menggantikan dokter.

Perawat di desa-desa juga membuka praktek pribadi dan menerima pasien. Beberapa responden percaya bahwa kemampuan perawat sama dengan bidan. Karena tidak ada dokter atau bidan di Desa Hanakau Jaya, penduduk bergantung kepada perawat. Para perawat ini biasanya laki-laki yang bersedia dipanggil ke rumah pasien. Biaya yang mereka kenakan sama dengan bidan, yaitu antara Rp. 10.000 sampai Rp. 20.000 untuk pemeriksaan dan obat atau vitamin C. Ada bidan yang bersedia membantu persalinan, meskipun jelas-jelas di luar keahliannya dan sangat berisiko untuk pasien.

### **Distribusi Tenaga Kesehatan**

Tabel 3.14. menunjukkan distribusi tenaga kesehatan di 16 kecamatan di Lampung Utara pada tahun 2007.<sup>28</sup> Jumlah dokter tidak sama di setiap kecamatan. Kecamatan dengan jumlah dokter terbanyak (6) adalah Kota-bumi Selatan, sementara lima kecamatan lain masing-masing hanya memiliki satu dokter. Dua kecamatan lain, Abung Timur dan Muara Sungkai, tidak memiliki dokter sama sekali. Untuk bidan dan perawat, masalahnya bukan hanya kekurangan tenaga, namun distribusinya tidak merata.

### **Kesimpulan**

Di dalam pengantar bab ini, ditegaskan bahwa terdapat indikasi adanya korelasi positif antara jumlah pengeluaran kesehatan per kapita dengan jumlah tenaga kesehatan di suatu kabupaten seperti yang terjadi dengan kasus Jembrana. Alokasi dan penggunaan pengeluaran anggaran juga mempengaruhi ketersediaan tenaga kesehatan. Kabupaten Jembrana dan Lampung Utara — yang memprioritaskan pada pengembangan infrastruktur jaringan Puskesmas dan bukan rumah sakit di daerah perkotaan— mengalami lebih sedikit kekurangan tenaga kesehatan, yaitu masing-masing

<sup>28</sup> Data diambil dari *Potensi Desa Kabupaten Lampung Utara, 2006*.

**Tabel 3.14.**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan yang Tinggal menurut**  
**Kecamatan dan Jenis Tenaga Kesehatan, 2007**

No.	Kecamatan	Dokter		Mantri Kesehatan	Bidan
		Laki-laki	Perempuan		
1.	Bukit Kemuning	1	1	2	8
2.	Abung Tinggi	1	0	1	6
3.	Tanjung Raja	1	1	7	16
4.	Abung Barat	1	0	3	17
5.	Abung Tengah	1	0	5	9
6.	Kotabumi	3	1	7	11
7.	Kotabumi Utara	1	1	2	7
8.	Kotabumi Selatan	3	3	7	11
9.	Abung Selatan	3	1	6	14
10.	Abung Semuli	1	1	5	5
11.	Abung Timur	0	0	3	11
12.	Abung Surakarta	2	2	5	7
13.	Sungkai Selatan	2	2	4	18
14.	Muara Sungkai	0	0	4	5
15.	Bunga Mayang	1	0	2	5
16.	Sungkai Utara	1	0	9	17
<b>Jumlah</b>		<b>22</b>	<b>13</b>	<b>72</b>	<b>167</b>

*Sumber:* Lampung Utara dalam Angka, 2007

35% dan 67%, dibandingkan dengan Kabupaten Indramayu dan Lebak, yang target alokasi anggarannya adalah perbaikan peralatan dan infrastruktur di rumah sakit dan kekurangan tenaga kesehatan mencapai 82%.

Di samping anggaran yang mencukupi untuk kesehatan reproduksi, alokasi yang tepat juga menjadi kunci suksesnya pengurangan AKI. Untuk mengurangi AKI secara signifikan, anggaran dan alokasinya harus memprioritaskan dukungannya pada tiga program. Pertama, karena terdapat kekurangan bidan yang serius (Lihat Tabel 3.15.), harus ada program untuk meningkatkan jumlah bidan, terutama untuk membantu persalinan

Kedua, karena distribusi bidan di desa-desa, terutama di desa terpencil dan miskin, tidak merata, harus ada program untuk meningkatkan jumlah Polindes yang memiliki ruangan dan fasilitas yang memadai bagi bidan untuk tinggal di desa. Saat ini, Polindes tidak dapat memenuhi fungsinya

**Tabel 3.15.**  
**Ringkasan Kekurangan Tenaga Bidan dan Tenaga Kesehatan, 2006**

No.	Kabupaten/Kota	Kekurangan Bidan (%)	Kekurangan Total Tenaga Kesehatan (%)
1.	Lebak	83,3	82,0
2.	Lombok Tengah	79,5	66,6
3.	Indramayu	73,3	82,0
4.	Lampung Utara	70,0	67,0
5.	Surakarta	60,0	(36,0)
6.	Sumba Barat	58,7	62,3
7.	Jembrana	47,0	35

Sumber: Lampung Utara dalam Angka, 2007

dalam mengurangi AKI karena beberapa alasan yang membuat bidan desa sulit tinggal di desa sehingga dapat melayani penduduk sepanjang hari:

- Kondisi fisik bangunan Polindes tidak memadai untuk tempat tinggal. Pada kenyataannya, Polindes memang kecil dan sederhana, banyak bangunan yang rusak dan kotor karena kurang dirawat.
- Tidak ada fasilitas air bersih dan listrik yang mendukung bagi pelayanan kesehatan dan juga lemari pendingin untuk menyimpan obat, dan kebutuhan sehari-hari.
- Di dalam Polindes tidak terdapat fasilitas untuk memeriksa pasien seperti tempat tidur, bangku, meja dan lain-lain.
- Gaji untuk bidan tidak mencukupi untuk mendukung biaya hidup mereka. Gaji tidak hanya digunakan untuk kebutuhan sehari-hari bidan, namun juga untuk membayar listrik dan peralatan untuk operasional Polindes.
- Tidak ada perlindungan atau jaminan keamanan untuk bidan yang ditugaskan di desa-desa. Beberapa dokter mengungkapkan keprihatinan mereka tentang keamanan bidan desa yang ditugaskan di desa terpencil karena ada beberapa laporan tentang penculikan dan pemerkosaan bidan desa yang harus datang ke rumah pasien untuk membantu persalinan.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Di Kabupaten Lampung Utara, tradisi penculikan mempelai perempuan masih dipraktikkan. Terkadang ini bukan bagian dari proses perkawinan formal, namun menjadi modus operandi kejahatan – memaksa seorang perempuan untuk menikah.



Penimbangan bayi di posyandu, Jembrana

- Bidan yang sudah menikah dan memiliki keluarga cenderung untuk memilih tinggal dengan keluarga mereka dan tidak tinggal di Polin-des dimana mereka ditugaskan

Ketiga, karena pemerintah memiliki sistem pengembalian biaya melahirkan yang buruk — bisa mencapai enam bulan— harus ada peraturan baru untuk mempercepat proses tersebut sehingga bidan dapat berkonsentrasi pada pelayanan kesehatan.

## BAB IV

# Pondok Bersalin Desa sebagai Langkah Awal Mengurangi Angka Kematian Ibu

Ketetapan MPR No. II/1983 tentang Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) menegaskan bahwa “dalam rangka meningkatkan standar kesehatan dan kecerdasan masyarakat, peningkatan kesehatan, termasuk gizi, harus dilakukan dengan mengembangkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN)”<sup>1</sup>. Kebijakan ini memberi mandat kepada pemerintah untuk membangun fasilitas pelayanan kesehatan yang akan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat secara umum. Mandat ini tidak hanya memperhatikan masalah penyediaan peralatan dan infrastruktur di fasilitas kesehatan, namun juga pelayanan berkualitas tinggi yang terjangkau dan mudah diakses oleh masyarakat.

Tabel 4.1. menunjukkan hirarki pelayanan kesehatan SKN dari tingkat rumah tangga hingga rumah sakit.<sup>2</sup> Rumah sakit dikelola oleh pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten atau pihak swasta. Dibandingkan dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, rumah sakit memiliki jenis pelayanan dan tenaga kesehatan yang paling lengkap, termasuk dokter

---

<sup>1</sup> “*Sejarah Promosi Kesehatan dalam Kebidanan*”, <http://mindaxpromkes.blogspot.com/2009/10/tugas-promosi-kesehatan-sejarah-promosi.html>.

<sup>2</sup> “*Sejarah Promosi Kesehatan*”, <http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=225>.

umum, dokter spesialis, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, ahli gizi, teknisi medis (analisis, teknisi radiologi, anastesi, fisioterapi dan lain-lain) dan ahli sanitasi.

**Tabel 4.1.**  
**Tingkatan Pelayanan Kesehatan**

No.	Tingkatan	Komponen atau Unsur Pelayanan Kesehatan
1.	Tingkat Rumah Tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau keluarga sendiri
2.	Tingkat Masyarakat	Pelayanan kesehatan oleh kegiatan swadaya masyarakat atau oleh kader kesehatan: Posyandu dan Polindes
3.	Tingkat Pertama Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling
4.	Tingkat Rujukan Pertama	Rumah Sakit Tingkat Kabupaten
5.	Tingkat Rujukan Lebih Tinggi	Rumah Sakit Kelas B atau A

Sumber: Departemen Kesehatan RI, 2001.

Pelayanan untuk kesehatan perempuan yang disediakan oleh rumah sakit meliputi pemantauan nutrisi untuk ibu hamil, pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemulihan pasca persalinan, pelayanan kesehatan reproduksi dan pelayanan kontrasepsi. Pemeriksaan kehamilan di rumah sakit termasuk pemantauan berat badan, tinggi badan, tekanan darah, pemeriksaan janin, pemantauan nutrisi dan imunisasi tetanus. Rumah sakit melayani pemeriksaan ibu hamil, persalinan, perawatan ibu bersalin, bayi lahir, termasuk saran tentang nutrisi, perawatan dan pengobatan jahitan. Sebagai tambahan untuk pelayanan ini, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) juga menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pengobatan organ reproduksi, infertilitas dan penyebaran informasi melalui program Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE).

Pelayanan Keluarga Berencana (KB) yang disediakan oleh RSUD mencakup penyebaran informasi dan konseling serta pemasangan alat kontrasepsi. RSUD menyediakan pelayanan tubektomi, vasektomi, pil KB, IUD/AKDR/spiral, suntik KB, susuk dan kondom. Diafragma tidak tersedia di RSUD. Pemberian informasi dan konseling tentang KB, yang dilakukan oleh dokter spesialis dan bidan terfokus pada bagaimana alat-alat tersebut bekerja, keuntungan dan efek samping penggunaannya. Ru-

mah sakit juga menyediakan pelayanan seperti pemantauan nutrisi dan penimbangan bayi dan balita setiap satu bulan sekali yang akan dicatat di dalam Kartu Menuju Sehat (KMS). Pemantauan perkembangan anak yang mencakup pengukuran lingkaran kepala, panjang badan, berat badan, imunisasi dan konsultasi perkembangan. Banyak RSUD yang masih belum siap menerima pasien HIV/AIDS untuk pemeriksaan awal, perawatan dan pengobatan.

Puskesmas diposisikan di bawah rumah sakit pada tingkat kecamatan dan berperan sebagai unit kesehatan pertama. Saat ini terdapat satu Puskesmas di setiap kecamatan di Indonesia. Puskesmas memiliki tiga fungsi: pusat pengembangan kesehatan masyarakat, pusat pembentukan partisipasi masyarakat dalam perbaikan kemampuan untuk mengembangkan gaya hidup yang sehat dan pusat pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terpadu. Puskesmas memiliki lima program Promosi Kesehatan (Promkes) yang meliputi: a) Kesehatan Lingkungan (Kesling); Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), termasuk; c) Perbaikan Nutrisi; d) Pengendalian Penyakit Infeksi dan e) Pengobatan. Terdapat beberapa Puskesmas di Lombok Tengah yang juga menyediakan pengobatan untuk pasien HIV/AIDS dan pelayanan kesehatan reproduksi. Namun, tidak semua Puskesmas dapat memberikan pengobatan untuk pasien HIV/AIDS. Lampung Utara saat ini sedang mempersiapkan pemberian pengobatan HIV/AIDS di dalam sistem Puskesmas mereka. Puskesmas di Jembrana memiliki ruangan yang terpisah untuk pengobatan gigi dan Kesehatan Ibu dan Anak serta memiliki laboratorium sederhana yang dapat digunakan untuk pemeriksaan darah dasar, pemeriksaan dahak, hemoglobin (HB), malaria dan lepra. Mereka juga menyediakan mobil *ambulance* gratis yang dapat diakses selama 24 jam. Lebih dari separuh Puskesmas di Indramayu juga memiliki laboratorium sederhana

Rasio jumlah Puskesmas dan penduduk secara nasional adalah 1:30.000. Puskesmas juga melayani orang miskin yang memiliki kartu asuransi kesehatan Askeskin/Jamkesmas. Di Lombok Tengah, Puskesmas juga melayani pegawai negeri sipil yang memiliki kartu Askes dan pasien yang memiliki Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM).

**Tabel 4.2.**  
**Jenis Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan**

No.	Jenis Pelayanan	Pelayanan Kesehatan
1.	Pelayanan Kesehatan Dasar	Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM). Bentuk UKBM yang paling luas distribusinya adalah: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)</li> <li>· Pos Obat Desa (POD)</li> <li>· Pondok Bersalin Desa (Polindes)</li> <li>· Kelompok Dana Sehat (KDS)</li> <li>· Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)</li> <li>· Puskesmas, Puskesmas dengan Tempat Perawatan (DTP), Puskesmas Pembantu (Pustu), dan Puskesmas Keliling (Pusling)</li> </ul>
2.	Pelayanan Kesehatan Sekunder	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Rumah Sakit Umum</li> <li>· Rumah Sakit Swasta</li> <li>· Rumah Sakit Khusus</li> <li>· Balai Pengobatan (BP) Spesialis, misalnya: BP Paru, BP Mata</li> </ul>
3.	Pelayanan Kesehatan Tersier	Rumah sakit dengan peralatan canggih seperti Rumah Sakit Ibu dan Anak, Rumah Sakit Kanker, Rumah Sakit Jantung
4.	Pelayanan Kesehatan masyarakat	Contoh: Pekan Imunisasi Nasional (PIN) untuk membasmi polio
5.	Pelayanan Kesehatan Tradisional	Pengobat tradisional

*Sumber:* Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah, 2005.

Untuk memperluas pelayanan kesehatan ke desa-desa dan dusun kecil, jaringan Puskesmas mengembangkan Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Puskesmas Keliling (Pusling). Selain itu, pada tingkat masyarakat, terdapat Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan Pondok Bersalin Desa (Polindes) yang merupakan kerjasama antara pemerintah dan masyarakat. Pemerintah daerah menyediakan dana untuk Posyandu, sedangkan masyarakat setempat menyediakan petugas. Desa atau dusun kecil menyediakan tempat untuk Polindes, baik tanah desa maupun tanah milik pribadi, sementara pemerintah daerah menyediakan dana, bangunan dan tenaga kesehatan.

Pertanyaan yang muncul adalah: Mengapa pelayanan-pelayanan kesehatan yang dapat menjangkau setiap lapisan masyarakat ini tidak dapat mengurangi tingginya Angka Kematian Ibu (AKI)?

### Perempuan miskin mengalami kesulitan mengakses rumah sakit dan puskesmas

Pada tahun 1970, Pertemuan Tenaga Kesehatan Nasional III hanya menetapkan satu jenis Puskesmas untuk menjalankan tujuh kegiatan dasar. Saat ini, berdasarkan Pedoman Kerja Puskesmas, jaringan Puskesmas meliputi Puskesmas, Pustu, Pusling, Posyandu dan Polindes dan menjalankan 18 kegiatan kesehatan dasar, seperti yang diperlihatkan di Tabel 4.3.

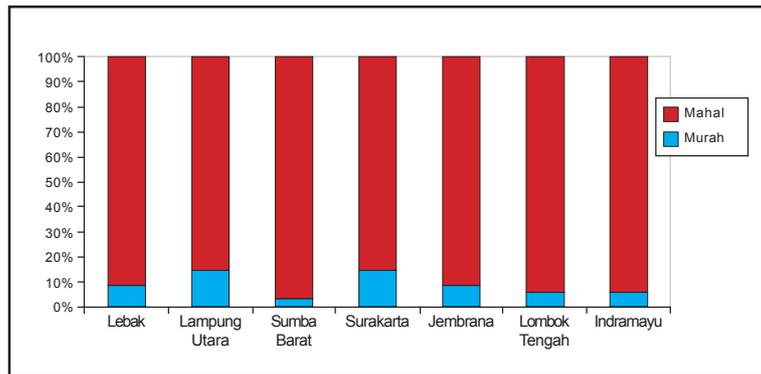
**Tabel 4.3.**  
**Kegiatan Pokok Puskesmas**

No.	Kegiatan Pokok
1.	Kesehatan ibu dan anak
2.	Keluarga berencana
3.	Perbaikan gizi
4.	Kesehatan lingkungan
5.	Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
6.	Upaya pengobatan
7.	Upaya penyuluhan kesehatan masyarakat
8.	Upaya kesehatan sekolah
9.	Upaya kesehatan olah raga
10.	Upaya perawatan kesehatan masyarakat
11.	Upaya peningkatan kesehatan kerja
12.	Upaya kesehatan gigi dan mulut
13.	Upaya kesehatan jiwa
14.	Upaya kesehatan mata
15.	Laboratorium kesehatan
16.	Upaya pencatatan dan pelaporan
17.	Upaya pembinaan peran serta masyarakat
18.	Upaya pembinaan pengobatan tradisional

*Sumber:* Pedoman Kerja Puskesmas Departemen Kesehatan RI, 1990.

Meskipun program yang lengkap seperti ini telah direncanakan, sulit bagi penduduk desa untuk mengakses Puskesmas yang berlokasi di kota kecamatan dan di rumah sakit di kota kabupaten karena fasilitas kesehatan ini sangat jauh dari desa mereka, jalan-jalan yang harus mereka lalui dalam kondisi yang sangat buruk dan alat transportasi sangat terbatas. Hasil dari penelitian WRI di tujuh wilayah yang ditampilkan di Grafik 4.1. menunjuk-

**Grafik 4.1.**  
**Biaya Transportasi ke Rumah Sakit**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

kan bahwa persepsi yang berlaku di dalam masyarakat adalah transportasi menuju fasilitas kesehatan itu mahal. Hanya sedikit responden yang mengatakan bahwa transportasi ke rumah sakit itu tidak mahal. Biaya transportasi dipengaruhi oleh sejumlah faktor, seperti jarak rumah sakit, kondisi jalan dan ketersediaan alat transportasi.

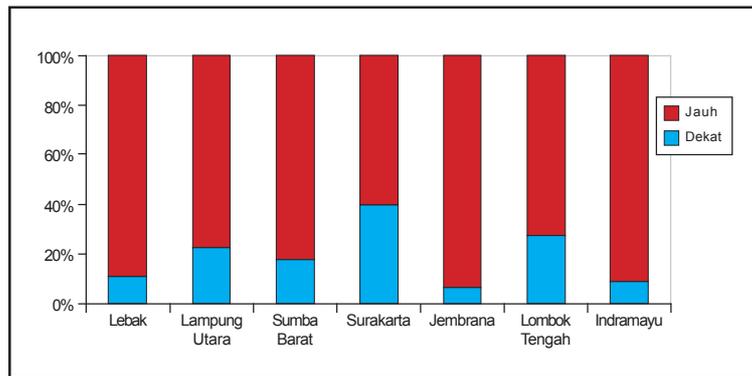
Di Lampung Utara, biaya transportasi untuk pergi ke rumah sakit di Kota Kecamatan Kotabumi antara Rp. 2.000 sampai Rp. 20.000, tergantung jarak dan jenis transportasi, misalnya becak, taksi, atau bus umum. Baik rumah sakit pemerintah maupun swasta memberikan pelayanan gratis kepada pemegang kartu Askeskin dan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) untuk pemeriksaan kehamilan, imunisasi dan KB. Namun, perempuan di wilayah penelitian ini umumnya mengatakan bahwa mereka sangat jarang pergi ke rumah sakit kabupaten untuk pemeriksaan kesehatan atau pengobatan. Mereka pergi ke rumah sakit hanya bila menderita penyakit yang serius atau dirujuk oleh Puskesmas setempat. Meskipun pelayanan medis tersebut gratis karena mereka menjadi peserta Askeskin, namun mereka tidak mau mengeluarkan uang untuk transportasi.

Misalnya, perempuan-perempuan di wilayah penelitian Hanakau Jaya di Kecamatan Sungkai Utara dan Tulungmili (Kotabumi Ilir) mengatakan bahwa mereka enggan pergi ke rumah sakit karena mereka harus lama menunggu bus yang hanya datang dua kali sehari. Lagipula, mereka harus

menyusuri jalan setapak yang gelap melintasi perkebunan untuk mencapai pemberhentian bus. Penyerangan dan perampokan barang berharga dan motor sering terjadi di sepanjang jalan yang sepi ketika melintasi perkebunan di daerah Tulungmili. Karena hal tersebut, para perempuan seringkali tidak diizinkan untuk meninggalkan rumah seorang diri dengan alasan keamanan. Banyak di antara mereka memilih untuk mengobati diri mereka sendiri ketika mereka mengalami masalah kesehatan.

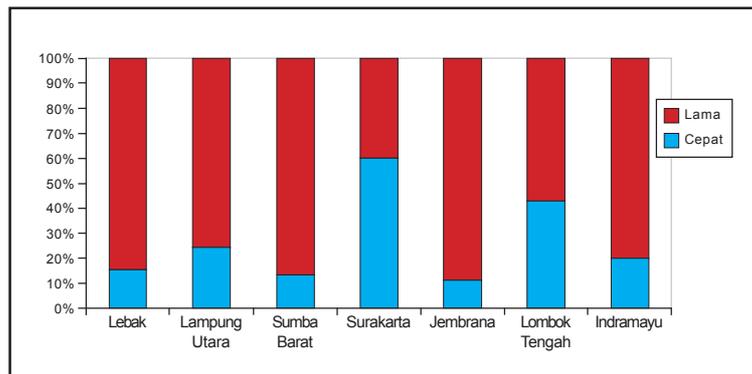
Hasil penelitian yang ditunjukkan pada Grafik 4.2. dan 4.3. mengindikasikan bahwa rumah sakit dan Puskesmas sama-sama sulit diakses. Di

**Grafik 4.2.**  
**Jarak ke Puskesmas**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

**Grafik 4.3.**  
**Waktu Tempuh ke Puskesmas**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

Jembrana, masalah jarak Puskesmas dan rumah sakit ini sangat menonjol. Tampaknya sistem asuransi kesehatan untuk seluruh penduduk tidak mempertimbangkan masalah jarak yang harus ditempuh penduduk desa untuk mengakses fasilitas kesehatan. Di Lombok Tengah, jarak antara Desa Sengkol dan Puskesmas di Kecamatan Pujut sekitar 30 km. Desa Ketare lebih dekat, namun masih berjarak 4 km dari Puskesmas. Desa Ketare tidak memiliki fasilitas kesehatan. Transportasi umum, seperti bemo dan ojek, memerlukan waktu sekitar 90 menit untuk mencapai dusun terjauh.

Jarak dan waktu yang diperlukan untuk mencapai Puskesmas membuat biaya transportasi menjadi mahal (lihat Grafik 4.4.). Marjah dari Desa Ketare mengeluhkan tentang mahalnya biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan:

*“Edak piye kepeng, mun araq kepeng jak bagusn beli beras kance pak.... Ite jak dengan jeleng, edak piye elen pengawean. (Tidak ada uang, kalau pun ada lebih baik untuk membeli beras dan lauk, kami orang miskin, ndak punya pekerjaan--terjemahan)”<sup>3</sup>*

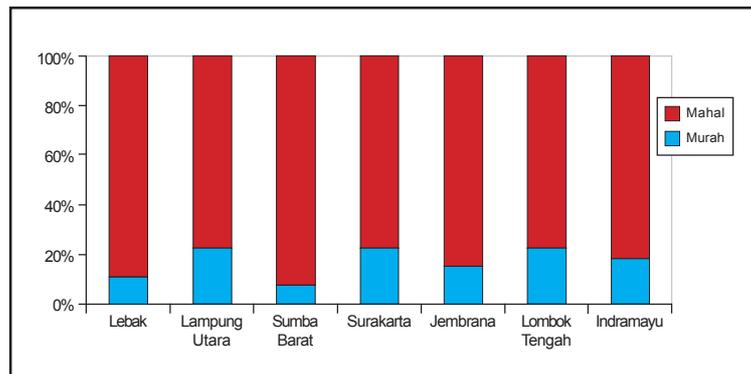
Pernyataan di atas memperlihatkan bahwa biaya transportasi menjadi beban berat bagi keluarga-keluarga miskin. Ongkos ojek dari sebagian besar dusun yang terpencil di Desa Ketare dan Sengkol ke fasilitas kesehatan terdekat bervariasi dari Rp. 5.000 sampai Rp. 30.000. Ongkos transportasi ini hampir sama dengan gaji sehari buruh perempuan di sawah.

Transportasi umum yang terbatas menjadi masalah utama di Sumba Barat yang memiliki area seluas 4.051,92 km<sup>2</sup> dan populasi 400.262 orang yang tinggal di 17 kecamatan, 182 desa dan 10 kelurahan. Hampir 50% tanah di Sumba Barat berbukit-bukit dengan keterjalan 14°- 40°. Karena kondisi tanah yang seperti ini, penduduk Sumba Barat membangun desa-desa mereka di puncak-puncak bukit. Pola pemukiman tradisional ini dapat ditelusuri kembali ratusan tahun yang lalu dari nenek moyang orang Sumba. Menurut para tetua desa, semakin tinggi sebuah desa, pen-

---

<sup>3</sup> Wawancara dengan Marjah, Desa Ketare, Lombok Tengah, 17 April 2007.

**Grafik 4.4.**  
**Biaya Transportasi ke Puskesmas**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

duduk merasa semakin aman. Mereka merasa terlindungi dari serangan musuh, pencuri dan binatang buas. Saat ini, banyak penduduk yang mulai membangun rumah mereka di dataran rendah dan disebut “turun dari desa”. Namun, desa tradisional mereka harus tetap dihuni dan mereka tidak diperkenankan untuk meninggalkan desa. Keluarga-keluarga yang “turun dari desa” ini membangun rumah baru tanpa meninggalkan ikatan sosial budaya dengan desa lama mereka. Desa-desa lama dibangun di tengah-tengah hutan atau di puncak bukit yang jauh dari pusat pemerintahan di dataran rendah. Misalnya, Desa Kodaka berjarak 7 km dari pusat administratif Waikabubuak di Sumba Barat.

Beberapa dusun kecil dapat dicapai dengan ojek, namun masih banyak yang hanya dapat dijangkau dengan berjalan kaki. Inilah salah satu alasan mengapa perempuan sulit mengakses fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk mencapai Puskesmas, perempuan miskin harus berjalan dari desanya sejauh 4 kilometer. Para perempuan di Sumba Barat biasanya berjalan kaki untuk pergi kemana-mana, namun berjalan jauh menjadi tantangan yang serius bagi perempuan hamil. Pada awal masa kehamilan, mereka dapat berjalan sejauh 4 kilometer untuk mendapatkan pemeriksaan medis oleh tenaga kesehatan profesional. Namun ketika kehamilan mereka bertambah besar, para perempuan miskin memilih untuk memeriksakan kehamilannya ke dukun bayi di desa mereka yang juga menyediakan paket pelayanan

untuk persalinan. Ketika suami pergi memanggil bidan (di Puskesmas), mungkin sekali saat bidan datang, bayi sudah lahir dengan bantuan dukun bayi. Keterlambatan bidan dikarenakan jarak yang jauh dan kondisi jalan antara rumah pasien dan Puskesmas. Hampir 90% persalinan para perempuan miskin di dua kecamatan yang menjadi fokus penelitian Women Research Institute (WRI) ini dilakukan di rumah dan dibantu oleh dukun bayi atau bidan. Menurut para perempuan miskin ini, alasan yang paling umum untuk melahirkan di rumah adalah jarak yang jauh menuju fasilitas kesehatan dan praktik bidan. Karena tidak ada transportasi umum antara desa mereka dan kota kecamatan, mereka tidak dapat menempuh perjalanan tersebut pada akhir masa kehamilan mereka. Ojek adalah satu-satunya kendaraan yang tersedia, namun perempuan yang akan melahirkan tidak dapat membonceng ojek.

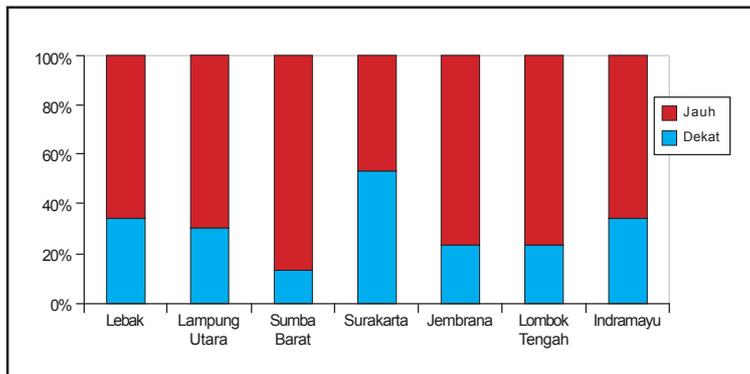
Gaura, sebuah desa di Kecamatan Lamboya berjarak 48 kilometer dari kota Kecamatan Waikabubak, merupakan contoh sulitnya transportasi umum. Jalan dari dan menuju ke desa tersebut berada di tepi “jurang maut” yang berliku-liku dengan belokan-belokan tajam. Hanya truk yang berani membawa penumpang ke Desa Gaura dan beberapa desa terpencil lain di Kecamatan Lamboya. Truk harus merangkak di sepanjang jalan yang berbukit dan terjal yang dipenuhi lubang dan rusak berat. Terkadang, truk harus berhenti dulu di tengah-tengah bukit yang terjal baru bisa berjalan maju lagi. Jalan-jalan menjadi sangat licin dan berbahaya saat hujan lebat. Meskipun ongkos naik truk Rp 5.000 dianggap tidak mahal, sebagian besar perempuan hamil tidak berani untuk naik truk menuju Puskesmas di Desa Kabukarudi untuk memeriksakan kesehatan mereka.

Selain dengan truk, Waikabubak dapat juga diakses dengan ojek, namun sangat mahal, sekitar Rp. 100.000 untuk sekali jalan. Tidak ada alat transportasi lain antara Gaura dan desa-desa tetangganya. Pemerintah tidak mengaspal jalan-jalan di daerah Gaura. Banyak perempuan miskin yang memilih untuk melewati jalan pintas melintasi hutan dan perkebunan daripada melewati jalan berbukit tersebut.

Hasil penelitian WRI, seperti yang ditunjukkan pada Grafik 4.5., 4.6., dan 4.7., juga mengindikasikan adanya persepsi di dalam masyarakat ten-

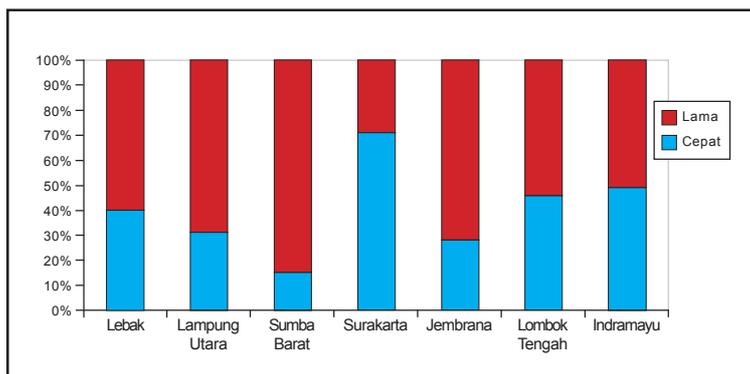
tang lokasi praktek bidan yang jauh sehingga membutuhkan waktu lama untuk menuju ke sana dan biaya transportasi menjadi mahal. Grafik 4.6. menunjukkan bahwa hanya responden di Kota Surakarta yang mengatakan bahwa praktik bidan mudah dan cepat diakses. Di daerah lain, kondisinya jauh lebih buruk. Paile Deke, dari Desa Kalembu Kuni di Waikabubak, adalah salah satu perempuan yang tidak dapat mengakses bidan. Empat anaknya meninggal saat dilahirkan atau tidak lama setelah dilahirkan. Paile tidak mengetahui alasan kematian bayinya. Ia hanya dapat mengatakan

**Grafik 4.5.**  
**Jarak Tempuh ke Bidan**



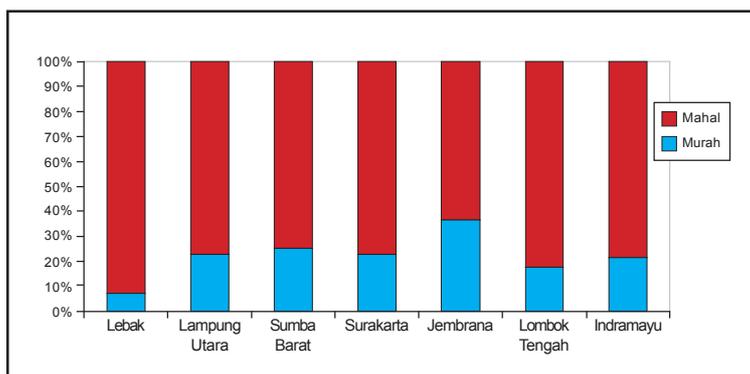
Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

**Grafik 4.6.**  
**Waktu Tempuh ke Tempat Praktek Bidan**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

**Grafik 4.7.**  
**Biaya Transportasi ke Bidan**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

bahwa, “Biasanya dukun bayi yang membantu saya. Waktu anak-anak sakit, saya membawanya ke dukun bayi. Biasanya mereka sembuh.” Kematian ini berhubungan dengan kesulitan mengakses fasilitas kesehatan yang *higienis*.

Wini Mude, yang tinggal di desa yang sama dengan Paile, menegaskan bahwa ia mengalami dua kali keguguran. Ia mengatakan bahwa ia selalu berkonsultasi dengan dukun bayi.

“Sejak dulu mamak kami selalu datang berobat ke dukun, kami di kampung sudah biasa periksa ke dukun, tempatnya dekat dan cepat dicari.... ibu bidan baru saja datang ke desa sini, dahulu kami tidak tahu ada ibu bidan yang dapat periksa-periksa. Kami tidak tahu harus periksa apa di ibu bidan, kalau di dukun semua dapat kami kata, periksa sakit-sakit saat hamil dan melahirkan semua diurus dukun”.<sup>4</sup>

Pergi ke dukun bayi yang tinggal di desa itu juga sangatlah murah. Wini sering memberikan daun sirih sebagai bayaran atas bantuan dukun bayi.

<sup>4</sup> Wawancara dengan Wini Mude, Desa Kalembu Kuni, Sumba Barat, 8 Desember 2007.

Untuk berkonsultasi dengan bidan, Wini harus mengeluarkan ongkos transportasi dengan naik ojek karena tempat praktek bidan jauh dari rumahnya.

Jarak dan kondisi jalan desa menjadi hambatan utama bagi bidan untuk membantu penduduk desa. Betty, bides di Kodaka, mengatakan bahwa sebagai bidan, ia harus selalu siap dijemput dan diantar ke rumah pasien oleh suami pasien kapanpun mereka membutuhkan bantuannya. Seringkali bidan dihubungi di tengah malam dan harus mememphui perjalanan melalui jalan-jalan yang rusak. Terkadang bidan takut menuju rumah pasien dengan alasan keamanan. Namun, jika pasien dalam kondisi kritis, bidan harus tetap pergi ke rumah pasien. Estiana Multi, bidan di Desa Kalembu Kuni, menjelaskan:

“Sebenarnya tempatnya tidak jauh. Tetapi karena berbukit-bukit dan berbelok-belok, rasanya setengah mati saya untuk mencapai perkampungan mereka.”<sup>5</sup>

Banyak bidan harus menghadapi kondisi yang sama setiap hari untuk mencapai rumah pasien. Beban berat ini memunculkan kepedulian penduduk desa. Mereka yang tinggal di dusun paling terpencil di Desa Kalembu Kuni berinisiatif untuk membawa perempuan yang akan melahirkan ke rumah penduduk desa yang dekat dengan tempat praktik bidan untuk tinggal sementara di sana. Mereka sudah melakukannya selama hampir satu tahun. Meskipun tidak semua dusun menjalankan hal ini, namun bidan di daerah tersebut bersyukur ia dapat menjangkau pasiennya dengan lebih mudah.

Jarak yang jauh, sulitnya transportasi dan mahalny biaya transportasi menuju Puskesmas menjadi alasan mengapa Puskesmas tidak dapat mencapai target untuk melayani 100% kebutuhan medis di area ini. Di Sumba Barat, misalnya, kunjungan ke Puskesmas hanya mencapai 61,37% dari kebutuhan yang sebenarnya. Kondisi ini menegaskan hasil survei WRI di Lombok Tengah mengenai pilihan masyarakat atas pengobatan untuk

---

<sup>5</sup> Wawancara dengan Estiana Multi, Desa Kalembu Kuni, Sumba Barat, 8 Desember 2007.

penyakit umum. Tabel 4.4. menunjukkan bahwa 46,2% laki-laki dan 36,5% perempuan masih memilih untuk membeli obat sendiri untuk mengobati penyakitnya.

**Tabel 4.4.**  
**Pilihan Tempat Berobat Masyarakat Lombok Tengah**

Tempat Berobat	Laki-Laki Persentase (%)	Perempuan Persentase (%)
Puskesmas	34,5	36,5
Klinik/dokter/bidan	17,6	22,6
Beli obat/lainnya	46,2	36,5
Tidak diobati	1,7	4,3

*Sumber:* Hasil survei WRI di wilayah Lombok Tengah, 2008

Dalam rangka membawa pelayanan kesehatan lebih dekat kepada penduduk di desa-desa dan dusun terpencil, Puskesmas didukung oleh Pustu dan Pusling. Pustu adalah Puskesmas kecil yang melayani satu atau dua dusun dengan target populasi 2.500 orang (di luar Jawa) sampai 6.000 orang (Jawa dan Bali). Terdapat 60 Pustu di Sumba Barat. Karena jumlah populasi mencapai 400.262 orang, satu Pustu melayani 6.671 orang. Untuk mencapai rasio yang ideal, kabupaten ini memerlukan 100 Pustu lagi.

Pustu memberikan kemungkinan terbaik untuk perawatan medis bagi penduduk miskin di komunitas yang jauh dari Puskesmas, misalnya mereka yang harus menempuh perjalanan paling sedikit dua jam melintasi jalan-jalan yang rusak dan berbahaya. Namun, umumnya, seperti yang diakui oleh Departemen Kesehatan, jumlah tenaga kesehatan di Pustu sangat terbatas. Biasanya, hanya ada satu bidan atau perawat yang juga merangkap sebagai kepala administratif Pustu. Semua tugas tersebut, baik medis maupun administratif, dilakukan oleh satu orang. Jika orang tersebut pergi ke kota kecamatan atau ke Puskesmas, Pustu akan ditutup dan pasien harus kembali lagi untuk mendapatkan pengobatan. Karena itu, Pustu belum efektif dalam memperluas pelayanan kesehatan di desa-desa

Penduduk desa membantu pemerintah dalam mengimplementasikan pelayanan kesehatan di tingkat desa dengan berpartisipasi dalam program

Posyandu dan Polindes. Ini adalah program *hibrida* yang merupakan kolaborasi antara pemerintah dan penduduk desa. Setiap dusun kecil diharapkan memiliki satu Posyandu. Posyandu dibuka sebulan sekali di setiap dusun, biasanya antara pukul 09.00 sampai 12.00. Seorang bidan dan seorang perawat dari Puskesmas terdekat biasanya datang untuk melayani di Posyandu dan mereka dibantu oleh dua sampai lima petugas. Mayoritas petugas tersebut adalah perempuan anggota Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) di daerah tersebut. Satu hari sebelum Posyandu dibuka, salah satu petugas akan berkeliling desa untuk mengingatkan para perempuan hamil dan ibu-ibu yang memiliki bayi dan balita untuk datang ke Posyandu keesokan harinya. Para petugas ini membantu bidan untuk menimbang bayi dan mencatat data pasien. Di Indramayu, pelayanan Posyandu termasuk pemeriksaan kehamilan dan imunisasi BCG, DPT, hepatitis, cacar air, polio dan tetanus. Selain itu juga pemberian vitamin A dan zat besi.

Jumlah Posyandu dan Polindes yang beroperasi di negara ini sangat mengesankan. Tabel 4.5. menunjukkan bahwa di tujuh wilayah penelitian WRI, rata-rata terdapat satu Posyandu yang melayani sekitar 540 penduduk (di Indramayu) sampai 914 penduduk (di Lampung Utara). Statistik ini sangat mengesankan mengingat rasio idealnya adalah satu bidan atau perawat melayani 1,000 penduduk (lihat Tabel 3.1. di Bab III).

**Tabel 4.5.**  
**Jumlah Posyandu di Tujuh Kabupaten/Kota**

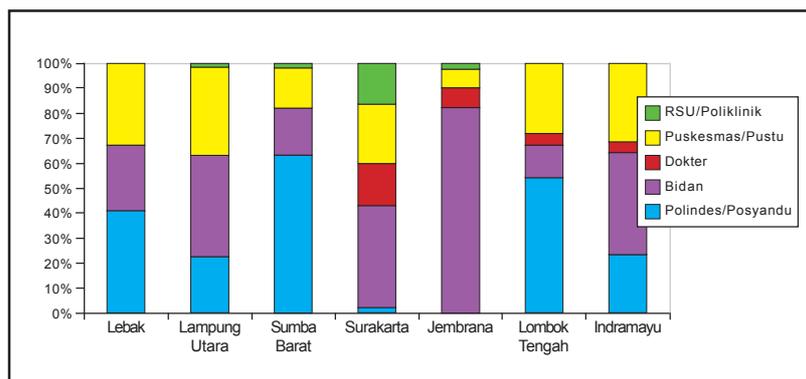
Kabupaten/Kota	Jumlah Posyandu (Tahun)	Jumlah Penduduk (Rasio Posyandu: Jumlah Penduduk), 2005*
Surakarta	586 (2006)	506.397 (1 : 864)
Lampung Utara	606 (2006)	554.136 (1 : 914)
Indramayu	3.126 (2004)	1.689.247 (1 : 540)
Jembrana	325 (2005)	247.102 (1 : 760)
Lebak	1.646 (2006/2007)	1.154.890 (1 : 701)
Lombok Tengah	1.131 (2007)	810.645 (1 : 716)
Sumba Barat	576 (2006)	400.244 (1 : 694)

*Sumber:* Data diolah dari tujuh wilayah penelitian WRI, 2007-2008.

\* *Sumber:* SPAN (Sensus Penduduk Aceh dan Nias), SUPAS (Sensus Penduduk Antar Sensus) 2005.

Grafik 4.8. menunjukkan hasil dari survei WRI mengenai pilihan-pilihan pelayanan kesehatan selama kehamilan yang diambil oleh kaum perempuan. Data ini mengindikasikan bahwa mayoritas perempuan memilih untuk memeriksakan diri ke Posyandu atau Polindes (Lebak, Lampung Utara, Sumba Barat, Lombok Tengah dan Indramayu), sementara lebih banyak perempuan di Surakarta dan Jembrana yang memilih untuk berkonsultasi ke bidan untuk pemeriksaan kehamilan. Jika Posyandu dan Polindes tersebar merata dan berfungsi baik di setiap kabupaten dan kota di Indonesia, dalam arti mereka diberi peralatan dan fasilitas yang memadai, dukungan sumber daya manusia dan dana, mereka seharusnya dapat memecahkan masalah tingginya AKI. Namun, mengapa hal ini tidak terjadi?

**Grafik 4.8.**  
**Pilihan Fasilitas Kesehatan Selama Kehamilan**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

### Fasilitas Posyandu di Tujuh Wilayah Penelitian

Posyandu adalah unit pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat atau sukarelawan dan untuk masyarakat dengan bantuan teknis dari Puskesmas. Masyarakat menyediakan tempat sebagai partisipasi mereka dalam pengembangan kesehatan ibu dan anak. Posyandu menawarkan lima program kesehatan dasar: KB, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), gizi, imunisasi dan pengobatan diare. Biasanya terdapat tiga sampai lima petugas yang membantu bidan untuk menyelenggarakan program Posyandu. Istri

kepala administratif dusun biasanya memilih para perempuan untuk menjadi petugas Posyandu atau ada pula yang mengajukan diri secara sukarela. Para petugas juga aktif memberikan informasi tentang kesehatan dan mengajak para perempuan lain untuk mengikuti program Posyandu.

Idealnya, sebuah posyandu memiliki lima tabel untuk mengakomodasi kegiatan berikut ini:

1. **Tabel 1:** Petugas kesehatan mendaftarkan penduduk yang datang ke Posyandu, yang dibedakan menjadi tiga kelompok: bayi dan balita, ibu hamil dan menyusui, perempuan menikah pada usia subur.
2. **Tabel 2:** Petugas kesehatan menimbang bayi, anak-anak dan perempuan hamil untuk memonitor perkembangan mereka.
3. **Tabel 3:** Petugas kesehatan mencatat berat badan bayi, anak-anak dan perempuan hamil pada KMS.
4. **Tabel 4:** Tenaga kesehatan, seperti bidan, memberikan konsultasi dan informasi kepada ibu-ibu tentang gizi dan KB.
5. **Tabel 5:** Bidan atau paramedis dari Puskesmas memberikan imunisasi, memasang alat KB, mengobati bayi dan melakukan pemeriksaan kehamilan. Beberapa kasus yang tidak dapat ditangani di Posyandu dirujuk ke Puskesmas.

Berdasarkan penelitian WRI, *alasan pertama* mengapa Posyandu belum menjadi pelopor dalam upaya untuk mengurangi AKI karena kemampuan dan pelayanan yang terbatas. Tidak ada Posyandu yang memiliki kapasitas untuk menjalankan seluruh sistem lima tabel tersebut.

Terdapat empat jenis Posyandu menurut fasilitas dan pelayanan yang disediakan.

**a. Posyandu Pratama**

Jenis Posyandu ini dijalankan oleh lima petugas. Mereka tidak memiliki kegiatan rutin untuk bayi dan balita dan tidak memiliki fasilitas yang memadai. Papan nama Posyandu ini dicat merah.

**b. Posyandu Madya**

Jenis Posyandu ini dijalankan oleh lima petugas dan mereka memiliki kegiatan rutin untuk bayi dan balita. Papan nama Posyandu dicat kuning.

**c. Posyandu Purnama**

Jenis Posyandu ini dijalankan oleh lima petugas dan mereka memiliki program dan dana rutin yang dikumpulkan secara sukarela dari masyarakat untuk mendanai biaya operasional Posyandu. Papan nama Posyandu dicat hijau.

**d. Posyandu Mandiri**

Posyandu yang dijalankan oleh paling sedikit lima petugas atau lebih. Mereka memiliki dana untuk biaya operasional dan menjalankan program tambahan, misalnya Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan apotek hidup.

Mayoritas Posyandu termasuk dalam kategori pertama dan kedua. Menurut hasil penelitian WRI, pada tahun 2005, dari 563 Posyandu di Lampung Utara, 33,57% adalah Posyandu Pratama, 40,32% adalah Posyandu Madya, 22,74% masuk kategori Posyandu Purnama dan hanya 3,37% yang dikategorikan sebagai Posyandu Mandiri. Sementara itu di Lebak, dari 1.646 Posyandu, 78,31% di antaranya Posyandu Pratama, 15,30% Posyandu Madya, 6,25% Posyandu Purnama dan 0,12% Posyandu Mandiri. Pada tahun yang sama, di Lampung Utara, terdapat 563 Posyandu yang terdiri dari 33,57% Posyandu Pratama, 40,32% Posyandu Madya, 22,47% Posyandu Purnama dan hanya 3,37% Posyandu Mandiri.

*Alasan kedua* kurangnya efektivitas sistem Posyandu adalah tidak meratanya distribusi Posyandu di tingkat desa. Karena terbatasnya fasilitas, banyak desa yang memusatkan pelayanan Posyandu di pusat desa dan tidak menjangkau daerah-daerah terpencil. Misalnya, Posyandu di Desa Kalembu Kuni di Kota Kabupaten Waikabubak di Sumba Barat berlokasi di kantor kepala desa

*Alasan ketiga* adalah tidak tersedianya sumber daya manusia yang mencukupi untuk menjadi petugas Posyandu dan perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi. Misalnya, ketika bidan tidak dapat datang ke Kalembu Kuni di Waikabubak, Sumba Barat karena cuti hamil, Puskesmas mengirimkan perawat untuk menggantikannya. Namun, perawat tersebut tidak memiliki kapasitas untuk menjelaskan penggunaan

dan risiko yang berhubungan dengan metode kontrasepsi. Dalam pemeriksaan kehamilan, perawat dibantu oleh salah satu petugas Posyandu dan hanya mencatat berat badan ibu hamil di dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tanpa melakukan pemeriksaan medis. Banyak petugas Posyandu yang kurang memiliki kapasitas dalam menyediakan informasi tentang kehamilan, persalinan dan pasca persalinan. Kapasitas Posyandu sangat terbatas dalam menyediakan pelayanan kesehatan dan informasi tentang kesehatan reproduksi perempuan

*Alasan keempat* adalah tidak ada sistem yang menjamin penyediaan kompensasi keuangan untuk petugas Posyandu. Sekarang ini, petugas Posyandu adalah sukarelawan dan karena dilakukan dengan sukarela, maka sebenarnya mengancam keberlangsungan dan kualitas pelayanan Posyandu karena banyak petugas yang tidak dapat terus-menerus menyediakan waktu dan tenaganya tanpa menerima kompensasi apapun. Misalnya, di Lebak, hanya 3.450 yang aktif dari total 6.142 petugas Posyandu. Karena itu, beberapa Posyandu memberikan insentif kepada para petugas mereka. Di Lampung Utara, pasien Posyandu dikenai biasa antara Rp. 10.000 sampai Rp. 15.000 untuk mendapatkan suntikan KB yang seharusnya gratis karena telah disediakan oleh Pusat Pelayanan Kesehatan. Pasien diberi tahu bahwa biaya tersebut untuk membeli jarum suntik. Suntikan lain yang seharusnya gratis juga dikenakan biaya antara Rp. 1.000 sampai Rp. 5.000 untuk alasan yang sama. Bidan di Posyandu Kalembu Kuni Sumba Barat menarik biaya Rp. 3.500 untuk setiap suntik KB yang seharusnya gratis. Uang yang dikumpulkan dari biaya suntik tersebut digunakan sebagai dana operasional Posyandu untuk membeli teh dan makanan kecil untuk petugas Posyandu. Sisa uangnya diberikan kepada para petugas Posyandu. Beberapa petugas Posyandu di Sumba Barat mengatakan bahwa mereka menerima insentif antara Rp. 10.000 sampai Rp. 15.000 setiap bulan, jumlah ini terlalu kecil jika dibandingkan dengan pekerjaan yang harus mereka lakukan. Sejak awal 2007, diputuskan bahwa petugas Posyandu sebaiknya menerima insentif Rp. 20.000 per bulan. Namun, para petugas mengatakan bahwa mereka menerima sejumlah tersebut hanya satu kali.

Dinas Kesehatan di Lampung Utara sebenarnya mempunyai dana insentif untuk para petugas Posyandu. Namun, alokasinya sangat kecil, yaitu Rp. 8.000 per bulan per petugas dan hanya untuk enam bulan di tahun anggaran 2007. Alokasi ini disediakan hanya untuk maksimal lima petugas di setiap Posyandu. Petugas yang telah aktif di dalam menjalankan aktivitas Posyandu mengeluh tentang kecilnya anggaran tersebut. Mereka merasa bahwa anggaran untuk insentif terlalu kecil jika dibandingkan dengan pekerjaan yang harus mereka lakukan, yaitu termasuk memasak makanan untuk dibagikan setiap hari kepada balita yang menderita kekurangan gizi selama tiga bulan penuh.

*Alasan kelima* yang membuat jaringan Posyandu kurang efektif adalah alokasi anggaran untuk kegiatan Posyandu yang terlalu kecil. Di Lampung Utara, kegiatan Posyandu didanai dari anggaran revitalisasi Posyandu yang ditetapkan oleh gubernur Lampung sebesar Rp 1,8 juta per tahun. Dana ini disalurkan ke sejumlah Puskesmas, yang lalu mendistribusikannya ke Posyandu di setiap desa untuk keperluan membuat seragam, petunjuk teknis, peralatan dan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita yang kelurgan gizi. Tidak dapat dibayangkan dana sejumlah itu digunakan untuk membiayai semua kegiatan selama satu tahun. Jika



Antri pemeriksaan bayi rutin setiap bulan di posyandu, Sumba Barat

setiap bulan dibutuhkan dana minimal Rp. 100.000, lalu setiap Posyandu akan membutuhkan Rp. 1.200.000 per tahun. Karena setiap desa memiliki minimum dua Posyandu, dana revitalisasi yang ada di Lampung Utara kecil sekali dibandingkan dengan jumlah yang dibutuhkan untuk membiayai kegiatan Posyandu selama satu tahun..

Di Surakarta, dinas kesehatan hanya mengalokasikan Rp. 900.000 per tahun per Posyandu. Jumlah ini meningkat dari Rp. 600.000 yang dialokasikan pada tahun 2006. Dana yang disalurkan ke Posyandu melalui Puskesmas ini harus dibelanjakan dengan sangat hemat agar dapat membiayai kegiatan Posyandu selama satu tahun, termasuk menyediakan peralatan yang mendukung, makanan tambahan dan biaya transportasi para petugas yang memerlukannya. Meskipun anggaran telah meningkat, para petugas masih merasa bahwa anggaran tersebut tidak mencukupi untuk menutup biaya operasional. Setiap Posyandu dibuka, mereka akan melayani sekitar 50 sampai 100 orang, berikut teh dan makanan kecil untuk para petugas sehingga perlu biaya kira-kira Rp. 100.000. Dana dari APBD hanya cukup untuk mendanai sembilan Posyandu dalam satu tahun dan tidak dapat dialokasikan untuk peralatan dan kompensasi transportasi. Untuk menutup kekurangan dana, para petugas Posyandu menerima tambahan dana dari kontribusi kelurahan setempat dan penyumbang pribadi.

### **Kesulitan Membuka dan Mengoperasikan Polindes**

Mayoritas penduduk Sumba Barat yang tinggal di dataran tinggi dan bukit-bukit yang jauh dari jalan raya memberikan gambaran berbagai kesulitan yang harus dihadapi oleh perempuan desa yang sedang hamil ketika mereka perlu pergi ke fasilitas kesehatan di kota kecamatan. Keterpencilan beberapa daerah, jalan rusak, kemiskinan dan kurangnya transportasi umum merupakan kondisi yang penting untuk dijadikan pertimbangan mengapa harus ada satu Polindes di setiap desa di Sumba Barat. Bangunan Polindes harus merupakan tempat yang memadai untuk ibu-ibu melakukan persalinan

dan memulihkan diri serta memadai sebagai tempat tinggal bidan desa (bides). Para perempuan hamil mengatakan bahwa mereka lebih mudah mengakses Posyandu dan Polindes daripada Puskesmas. Di samping fakta bahwa Posyandu dan Polindes lebih dekat dengan tempat tinggal mereka, para perempuan tersebut juga memiliki hubungan yang informal dengan bides sehingga mereka merasa nyaman.

Bides di Polindes melakukan beberapa tugas termasuk memberikan pelayanan kesehatan untuk seluruh penduduk desa di wilayah tempat ia tinggal. Pelayanan yang diberikan di Polindes sama dengan yang disediakan oleh Puskesmas, seperti pelayanan kesehatan untuk ibu dan anak, KB, imunisasi dan membantu persalinan. Bides di Polindes dapat dipanggil 24 jam sehari, kecuali satu hari setiap minggu ketika ia bertugas di Puskesmas di kecamatan. .

Saat ini terdapat banyak desa yang tidak memiliki Polindes. Di empat desa yang disurvei tim penelitian WRI di Sumba Barat, misalnya, tidak ada satu pun yang memiliki Polindes. Bides harus mencari tempat alternatif untuk dijadikan Polindes. Bides Kodaka menjelaskan:

“Saya berinisiatif sendiri minta rumah penduduk untuk dijadikan Polindes. Tapi Dinas Puskesmas bilang lokasinya masih dekat dengan Puskesmas. Jadi kalau ada prioritas pembangunan akan dilakukan di desa-desa luar dulu. Tapi dananya memang belum ada, dan sudah diusulkan terus di Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang)”<sup>6</sup>

Alasan pertama mengapa Polindes yang ada tidak dapat menjadi pelopor dalam usaha untuk mengurangi AKI karena kondisi bangunan yang buruk dan fasilitas yang tidak memadai. Bides di Lampung Utara mengeluhkan masalah kecilnya bangunan Polindes yang hanya berukuran 2 x 3 meter dan tidak dilengkapi dengan fasilitas untuk memeriksa pasien, listrik dan air bersih. Pemerintah hanya memberikan obat-obatan dan peralatan

---

<sup>6</sup> Wawancara dengan Bety Mode, Desa Kodaka, Sumba Barat, 12 Desember 2007.

dasar untuk pengobatan medis dan bides harus menyediakan sendiri kebutuhan lainnya.

Dari 100 Polindes di Lombok Tengah, 37 di antaranya rusak dan memerlukan perbaikan. Menurut bides, meskipun 63 Polindes lainnya tidak rusak, namun harus dilengkapi dengan perabotan dan peralatan agar layak untuk tempat tinggal dan tempat persalinan. Polindes yang lain memiliki bangunan yang baik, namun tidak ada air bersih, listrik atau kamar mandi. Banyak diantaranya yang hanya memiliki satu ruang periksa dan tempat tidur, sehingga Polindes hanya dapat menerima satu pasien setiap kali periksa. Jika dua orang pasien datang pada saat yang bersamaan, bidan harus memutuskan siapa yang akan melahirkan lebih dulu. Keputusan ini tidak selalu mudah diambil. Di dalam FGD yang diselenggarakan oleh WRI,<sup>7</sup> terungkap bahwa:

“Seorang bidan pernah menyuruh pulang pasien yang dianggap belum saatnya melahirkan karena satu-satunya tempat tidur di Polindes sudah diisi oleh satu orang pasien yang akan melahirkan. Tidak disangka, pasien yang disuruh pulang tersebut tak lama kemudian melahirkan di rumah dan bayinya meninggal. Mendengar kabar tersebut, Bides lari ke rumah pasien untuk memberikan pertolongan namun sudah terlambat. Bides disidang di Puskesmas dan di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten untuk dimintai pertanggungjawaban. Dia dituduh lalai karena menyuruh pasien pulang kembali setelah dia datang di Polindes untuk melahirkan.”

Alasan kedua tidak efektifnya Polindes yang ada karena Polindes berlokasi di daerah terpencil yang tidak aman. Karena Polindes dibangun di tanah adat, masyarakat atau administrasi desa tersebut cenderung membangun Polindes di atas tanah yang tidak produktif dengan nilai komersial rendah yang berlokasi jauh dari rumah penduduk. Menurut salah seorang bides, beberapa Polindes dibangun di bekas makam yang sudah tidak ter-

---

<sup>7</sup> FGD Presentasi Hasil Sementara Penelitian WRI, “*Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Lombok Tengah*”, 9 Juni 2008.

pakai lagi. Lokasi Polindes yang terpencil membuat bides sulit memberikan bantuan gawat darurat, selain itu juga ada beberapa kejadian perampokan yang terjadi di sejumlah Polindes yang terisolir. Bides di Lampung Utara yang masih lajang merasa tidak aman karena ada tradisi penculikan mempelai perempuan yang diinginkan oleh seorang laki-laki.

Menghadapi kesulitan mencari tempat untuk Polindes, bidan Kodaka di Sumba Barat berinisiatif untuk menyediakan pelayanan 24 jam di rumah salah seorang penduduk yang dengan sukarela meminjamkan rumahnya untuk Polindes. Bidan Kodaka memberikan pelayanan kesehatan rutin di dalam ruangan tersendiri. Inisiatifnya berhasil membawa pelayanan kesehatan ke tengah-tengah masyarakat. Banyak perempuan yang pergi ke Polindes Kodaka untuk memeriksakan kehamilan mereka. Beberapa bides yang lain, seperti bides di Kalembu Kuni, juga meminjam kantor kepala desa untuk dijadikan Polindes sementara.

Alasan ketiga mengapa Polindes yang ada tidak dapat menjadi pelopor dalam usaha mengurangi AKI adalah karena banyak bides yang tidak tinggal di Polindes. Karena itu, mereka tidak dapat dihubungi selama 24 jam. Banyak bidan lebih memilih untuk kembali ke rumah dan membuka praktek pribadi agar mendapatkan lebih banyak pendapatan karena gaji mereka tidak mencukupi. Pilihan ini juga disebabkan alasan yang bervariasi seperti buruknya kondisi bangunan Polindes, fasilitas yang minim dan lokasi Polindes yang terpencil. Seorang bidan dengan status pegawai tidak tetap (PTT) hanya menerima gaji sebesar Rp. 250.000 per bulan selama tahun pertama dan meningkat menjadi Rp. 600.000 per bulan setelah satu tahun bekerja. Setelah menjadi pegawai negeri sipil, selama satu tahun pertama ia akan menerima 80% dari gajinya, atau Rp. 851.000 per bulan. Ia akan menerima gaji secara utuh sebesar Rp. 900.000 per bulan setelah satu tahun bekerja sebagai pegawai negeri sipil.

Temuan-temuan penelitian WRI mengungkapkan bahwa Polindes di Kecamatan Gerunung di Lombok Tengah belum dipergunakan oleh bides karena ia memilih untuk tinggal di rumahnya sendiri sehingga ia dapat membuka praktik pribadi. Bangunan Polindes di sebelah kantor kepala desa dibiarkan kosong dan terlantar. Demikian juga di Desa Ketare, Polin-

des telah kosong selama empat tahun dan bangunannya rusak. Ketika akhirnya Puskesmas menunjuk seorang bidan untuk bertugas di Desa Ketare pada tahun 2007, bidan tersebut tidak tinggal di Polindes. Meskipun ditugaskan di Ketare, namun ia tinggal di Desa Sengkol, yang berada di kota Kecamatan Pujut. Ia pergi ke Ketare hanya sesuai jadwal kegiatan Posyandu dan ketika warga desa membutuhkan pelayanannya. Menurut penduduk desa, bides tidak tinggal di Polindes karena ia merasa tidak aman di sana dan bangunan Polindes tidak layak untuk dijadikan tempat tinggal.

### **Katarina**

Desa Gaura, Kecamatan Lamboya, Sumba Barat

#### *Kesulitan Mengakses Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Tenaga Kesehatan*

Katarina, 16 tahun. Berasal dari Desa Gaura di kecamatan Lamboya di Sumba Barat. Di usia muda, ia telah memiliki empat anak. Seorang anak meninggal segera setelah dilahirkan. Katarina mengatakan bahwa ia menikah di usia muda karena keluarganya miskin. Suaminya adalah petani. Setelah menyelesaikan pekerjaan rumah tangga dan mengurus anaknya, ia selalu membantu suaminya di kebun sayur untuk mendapatkan nafkah bagi keluarganya.

Katarina mengakui bahwa ia mengalami beberapa masalah dengan sistem reproduksinya. Ia sering merasa sakit di sekitar vagina, terutama setelah berhubungan seksual dengan suaminya. Seringkali ia pendarahan setelah berhubungan seksual dan vaginanya sering iritasi dan terasa panas. Ia juga menderita kram di perut bagian bawah. Ia mengalami masalah dengan organ reproduksinya untuk waktu yang lama. Ketika ia memeriksa diri ke bidan, bidan di desanya hanya memberikan obat penghilang rasa sakit selama dua hari. Ketika sakitnya kambuh, Katarina hanya dapat menerima nasib. Ia mengatakan bahwa,

*“Bidan itu malas. Ia tidak mau melihat atau memeriksa orang luar dengan baik. Kalau keluarganya sendiri, ia tangani dengan baik.”*

Katarina tidak pernah menceritakan masalahnya kepada orang lain, bahkan suaminya sendiri, karena ia tidak tahu seberapa seriusnya penyakitnya dan ia takut untuk menceritakan masalah ini kepada suami atau keluarganya yang lain.

Ketika ia melahirkan anaknya yang terakhir, Katarina hanya memanggil dukun bayi di desanya. Ia tidak ingin meminta bantuan bidan. Persalinan itu ternyata sulit. Ia merasa mual-mual hampir dua hari penuh dan kontraksi tidak berhenti. Ia merasa seolah-olah ia akan meninggal. Ia ingat bahwa tetangganya menderita kesulitan yang sama dan meninggal dalam persalinan karena pendarahan hebat. Ketika ia tidak dapat menahan sakitnya lagi, Katarina meminta suaminya untuk memanggil bidan. Sebelum bidan datang, bayinya lahir dengan selamat. Namun, pendarahan tidak berhenti dan Katarina menderita sakit kepala yang parah. Ia menjadi sangat lemah dan pingsan. Satu-satunya yang ia ingat sebelum pingsan adalah dukun bayi berteriak histeris melihat pendarahan hebat yang ia alami.

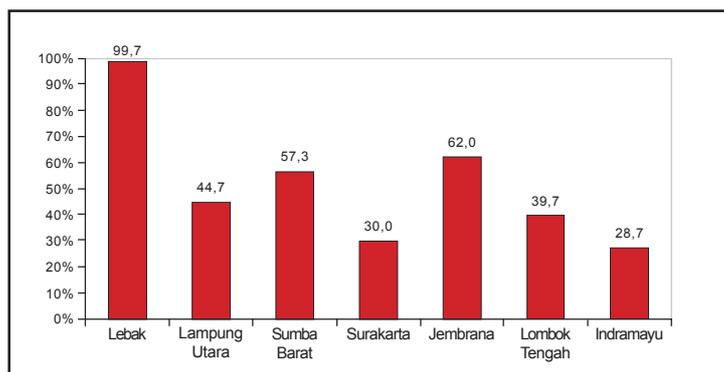
Setelah memberikan beberapa suntikan, bidan meminta suami Katarina untuk mencari kendaraan agar dapat membawanya ke Puskesmas. Hal ini sangat sulit dilakukan. Gaura terletak di gunung yang tinggi, dan perjalanan ke Puskesmas harus melintasi jalan-jalan yang rusak selama dua jam. Satu-satunya alat transportasi adalah truk yang hanya beroperasi sekali sehari. Pilihan lain, penduduk desa harus menyewa ojek dan membayar Rp. 100.000. Perjalanan ini sangat berat. Terdapat beberapa kasus dimana perempuan yang mengalami pendarahan meninggal selama perjalanan yang panjang karena kondisi jalan yang sulit.

Karena sulit mendapatkan kendaraan, bidan panik dan pergi untuk meminta bantuan beberapa bidan di wilayah tersebut. Setelah bekerja selama empat jam, para bidan dapat menghentikan pendarahan dan kondisi Katarina pelan-pelan membaik.

### Asuransi Kesehatan Sosial Tidak Memecahkan Masalah Perempuan Miskin yang Kesulitan Mengakses Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Para kandidat yang mencalonkan diri dalam pemilihan kepala daerah seringkali menggunakan asuransi kesehatan sosial untuk keluarga di pedesaan dan perkotaan sebagai janji kampanye. Asuransi kesehatan sosial di Jemberna yang menjangkau seluruh penduduk telah ditiru oleh sejumlah kabupaten lain. Pada dasarnya, asuransi kesehatan sosial bertujuan untuk mengurangi beban ekonomi keluarga miskin. Namun, penelitian WRI menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam implementasi asuransi kesehatan sosial di tujuh wilayah penelitian. Grafik 4.9. mengindikasikan bahwa banyak penduduk miskin yang belum memiliki asuransi kesehatan sosial dan persentase pemegang kartu Askeskin di tujuh wilayah penelitian juga bervariasi. Persentase terendah pemegang kartu Askeskin di Indramayu dan Surakarta masing-masing 28,7% dan 30%, sementara persentase tertinggi di Lebak, 99,7%. Pemerintah daerah mengizinkan penduduk miskin yang tidak memiliki kartu Askeskin untuk mengajukan pelayanan kesehatan gratis dengan menunjukkan SKTM. Terdapat penduduk miskin di beberapa desa terpencil di Sumba Barat, seperti Gaura, yang belum meneri-

**Grafik 4.9.**  
**Memiliki Jaminan Pelayanan Kesehatan**



Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

ma kartu Askeskin. Mereka masih menggunakan ‘kartu kuning’ atau kartu Jaminan Pengaman Sosial (JPS) yang sudah lama untuk membuktikan status ekonomi mereka ketika mereka pergi untuk mendapatkan pengobatan di fasilitas kesehatan. Beberapa perempuan miskin mengatakan bahwa mereka harus membayar seluruh pengobatan yang mereka terima dari Puskesmas sebelum mereka menerima kartu Askeskin. Perempuan miskin tidak perlu membayar untuk bantuan persalinan jika mereka menggunakan kartu Askeskin, SKTM atau asuransi lain.

Namun, pemilik kartu Askeskin atau SKTM tidak secara otomatis mendapatkan kemudahan dalam mengakses fasilitas kesehatan yang ada di wilayahnya. Kondisi rumah di gunung-gunung, jalan rusak, jarak yang jauh, kesulitan mendapatkan transportasi, dan kemiskinan, membuat para pemegang kartu Askeskin sulit mengakses fasilitas pelayanan kesehatan. Hambatan ini mengurangi keefektifan asuransi kesehatan sosial dalam memberikan akses ke pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan miskin. Akibatnya, masih terdapat banyak perempuan miskin yang tinggal di desa-desa terpencil, jauh dari pelayanan kesehatan, yang memilih untuk melahirkan di rumah dengan bantuan dukun karena lebih murah dan mereka selalu ada di desa tempat tinggal mereka. Jika mereka memutuskan untuk menemui bidan, mereka harus mengatasi masalah uang dan transportasi, penginapan, dan makan untuk anggota keluarga yang menemani. Sementara itu, pembayaran untuk dukun berkisar antara Rp. 5.000 sampai Rp. 30.000, ditambah daun sirih dan beras. Terkadang, seorang pasien akan memberikan selembar kain kepada dukun. Jumlah ini jauh lebih murah jika dibandingkan dengan biaya yang harus dikeluarkan untuk membayar pelayanan bidan sebesar Rp. 100.000 sampai Rp. 200.000, atau untuk praktek pribadi bidan sebesar Rp. 200.000 sampai Rp. 1.000.000.

### Patisina

Dusun Golulowo, Desa Kalembu Kuni,  
Kota Kecamatan Waikabubak, Sumba Barat

*“Jika kamu lapar, mengapa harus pergi ke bidan?”*

Patisina diwawancarai di Dusun Golulowo yang dapat dicapai dengan berjalan kaki selama 30 menit. Jika menggunakan ojek perlu biaya Rp. 5.000. Dusun ini terletak di Desa Kalembu Kuni, sekitar 7 km dari pusat Kota Waikabubak. Rumahnya berukuran 6 x 6 m dengan lantai tanah dan dinding bambu. Patisina tinggal dengan enam anggota keluarganya. Saat berusia 27 tahun, Patisina hamil untuk keenam kalinya. Ia telah melahirkan empat anak dan mengalami dua kali keguguran.

Patisina harus bangun pagi-pagi sekali dan memasak untuk keluarganya. Sebelum pergi bekerja di ladang, ia harus yakin semua pekerjaan rumah tangga, termasuk mengambil air bersih untuk memasak, telah selesai dilakukan. Perjalanan dari rumahnya ke sumber air memerlukan waktu 90 menit. Patisina membawa dua jerigen air yang masing-masing berisi lima liter air dan sebuah ember yang ia letakkan di kepalanya. Air sebanyak ini biasanya digunakan untuk dua atau tiga hari. Patisina tetap melakukan rutinitas ini meski ia sedang hamil. Setelah pekerjaan rumah selesai, Patisina membantu suaminya membersihkan ladang dan menanam sayuran dan umbi-umbian di tanah yang kering. Lokasi ladang itu jauh dari rumah mereka. Seringkali ia membawa singkong dari ladang untuk dimasak dan dikeringkan di bawah sinar matahari. Ia juga memberikan singkong ini untuk dimakan keluarganya saat pulang ke rumah atau menyimpannya untuk dikonsumsi saat mereka kehabisan beras.

Karena dikategorikan sebagai keluarga miskin, mereka memiliki kartu Askeskin. Selama musim hujan, mereka menanam padi yang akan menjamin kehidupan mereka selama enam bulan. Selama musim kering, Patisina harus bekerja lebih keras menanam sayuran yang akan ia jual untuk membeli beras. Ketika ditanya tentang pendapatannya dari menjual sayuran, Patisina menjawab:

*“Dapatnya tidak banyak, hanya Rp. 20.000 sekali jual. Tapi bagaimana lagi kami akan mendapatkan uang? Kami tidak mempunyai apapun, kami*

*tidak mempunyai babi... Jika kami tidak mempunyai uang, biasanya kami makan singkong hasil panen.”*

Patisina merasa bahwa dua kali keguguran yang ia alami disebabkan karena ia terlalu lelah bekerja di ladang. Meskipun ia menderita pendarahan hebat, Patisina berkonsultasi tentang kondisinya ke dukun bayi di dusunnya. Umumnya, ia mengalami beberapa masalah kesehatan reproduksi, termasuk sakit di daerah vagina, gatal-gatal, keputihan yang abnormal dan rasa sakit di perut bagian bawah. Ia tidak pernah diperiksa di fasilitas pelayanan kesehatan.

Patisina melahirkan anak keempat di rumahnya dengan bantuan dukun bayi. Persalinan yang normal tanpa banyak kesulitan. Namun, ia mengalami pendarahan pasca melahirkan. Dukun bayi memberikan daun sirih yang telah dikunyah dan didoakan untuk dimakan oleh Patisina. Setelah memandikan bayi dan meletakkan bayi itu di atas kain di sebelah Patisina, dukun bayi pergi dan berjanji akan memeriksa Patisina setiap hari karena ia tinggal di dekat rumahnya. Suami Patisina memberikan uang Rp 100.000 kepada dukun bayi itu.

Setelah melahirkan, Patisina sangat lemah dan hanya dapat berbaring. Ia tidak dapat melakukan apapun. Selama lebih dari satu minggu, ia menderita pendarahan hebat, yang menghabiskan tiga baju setiap hari. Ia mengalami panas tinggi, vaginanya mengeluarkan bau yang tidak sedap dan dadanya sangat sakit. Ia berbaring di tempat tidur selama dua minggu. Karena kondisi ekonomi mereka lemah, Patisina tidak berkonsultasi pada bidan. Ia hanya membawa bayinya ke Posyandu ketika bayinya berumur tiga minggu.

## Kesimpulan

Dari diskusi tentang masalah kesehatan reproduksi di atas, kita dapat melihat bahwa masalah utama dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan adalah kemiskinan, kondisi jalan yang rusak, akses alat transportasi, biaya transportasi dan jarak antara tempat pelayanan dan rumah penduduk. Karena masalah-masalah tersebut, asuransi kesehatan sosial, seperti

Askeskin dan asuransi lainnya yang ditawarkan pemerintah tidak efektif membantu perempuan miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan. Banyak perempuan miskin yang cenderung menggunakan pelayanan dukun bayi untuk membantu proses persalinan di rumah.

Karena jarak untuk mencapai Puskesmas dan bidan serta biaya menuju ke sana menjadi hambatan mereka dalam mengakses asuransi kesehatan, tidak ada pilihan bagi pemerintah selain memperbaiki dan mengembangkan jaringan Posyandu dan Polindes untuk memberikan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi kepada perempuan miskin. Dana untuk sistem Posyandu dan Polindes harus ditingkatkan secara signifikan karena tingginya AKI berhubungan dengan keterpencilan dan kemiskinan. Posyandu dan Polindes di dusun-dusun harus menjadi pelopor untuk usaha mengurangi AKI karena Puskesmas terletak di pusat kecamatan,

Pertanyaannya sekarang adalah apakah ada kemauan politik dari pemerintah untuk menyelamatkan kehidupan perempuan miskin dengan mendorong pengembangan jaringan Posyandu dan Polindes, sehingga perempuan miskin dapat mengakses pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan cepat dan mudah?



Penimbangan bayi, Sumba Barat

### Saidah

*“Persalinan dibantu suami karena mereka tidak dapat membayar pelayanan kesehatan”*

Saidah (41 tahun) adalah ibu dari enam anak. Ia menikah dengan Joko Saryono ketika ia berusia 21 tahun. Mereka berdua berasal dari Surakarta. Saidah dan suaminya tidak pernah mengecap pendidikan di sekolah. Mereka tidak dapat membaca dan menulis dan tidak pernah mengikuti program pemberantasan buta huruf. Saidah membantu suaminya membuat kok di rumah mereka. Mereka menerima pesanan, namun tidak selalu ada. Pendapatan mereka per bulan tidak tetap, sekitar Rp. 600,000. Saidah mengatakan bahwa mereka tidak mendapatkan pesanan selama enam bulan terakhir, jadi mereka harus mendapatkan pekerjaan lain untuk menafkahi keluarga mereka.

Saidah telah hamil selama sembilan kali dan lima di antaranya lahir dengan selamat. Ia menderita dua kali keguguran dan sedang hamil lagi. Karena kemiskinan dan kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, Saidah tidak pernah memeriksakan kehamilannya atau mengonsultasikan keluhannya tentang sistem reproduksinya (misalnya keputihan yang abnormal dan gatal-gatal). Saidah mengatakan bahwa ia mengalami beberapa masalah dengan sistem reproduksinya, termasuk komplikasi selama persalinan, seperti mual-mual yang berat selama lebih dari 24 jam. Ia juga menderita pendarahan hebat pasca melahirkan dan sakit di payudaranya. Namun, ia tidak pergi ke pusat pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri. Ia memilih untuk beristirahat di rumah. Saidah dan suaminya tidak menggunakan alat kontrasepsi karena dianggap terlalu mahal dengan pendapatan yang tidak menentu setiap bulannya.

Ketika anaknya yang keenam lahir, Saidah tidak pergi ke bidan. Persalinan ini dibantu oleh suaminya dengan menggunakan peralatan apa saja yang terdapat di rumah mereka. Mereka tidak mampu membayar pelayanan kesehatan di rumah sakit. Suami Saidah menggunakan pisau cukur yang dilumuri dengan kunyit untuk menggunting tali pusar bayi. Hanya setelah bayi mereka lahir dan tali pusar telah dipotong, ia memanggil bidan untuk

membantu mereka. Dengan cara ini, mereka hanya membayar Rp. 50.000 untuk pelayanan tersebut.

Saidah tinggal di daerah miskin yang dapat dengan mudah mengakses fasilitas kesehatan di Kecamatan Semanggi. Di sana terdapat Pustu dan Pusling yang menyediakan pelayanan kesehatan tiga kali seminggu. Tenaga kesehatan tersedia di tempat praktek bidan, tempat praktik dokter, dan klinik, termasuk klinik PMS (Penyakit Menular Seksual) yang memberikan pelayanan gratis. Tanpa memperhatikan tersedianya berbagai fasilitas kesehatan, Saidah dan keluarganya tidak dapat mengakses fasilitas tersebut karena mereka takut akan dikenakan biaya untuk pelayanan di sana. Di Posyandu yang seharusnya memberikan imunisasi gratis, pasien dikenai biaya Rp. 6.000 atau meminta biaya sukarela untuk menutup biaya administrasi.

Sebagai pemegang kartu Askeskin, Saidah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan ketika berobat di rumah sakit. Ia pernah melahirkan di rumah sakit di dekat rumahnya dengan menggunakan kartu Askeskin. Ia merasakan kontraksi di pagi hari Pukul 04.30 dan segera pergi ke rumah sakit. Ketika ia sampai di sana, ia diminta untuk berbaring di ruang melahirkan dan menunggu bidan yang sedang melakukan sholat subuh. Kontraksi Saidah meningkat dan ia memanggil petugas untuk membantunya, namun tidak ada petugas di sana. Akhirnya, Saidah melahirkan bayinya tanpa bantuan, karena petugas rumah sakit baru datang satu jam kemudian. Bayinya membiru karena terlalu banyak minum air ketuban dan kemudian meninggal. Sejak itu, Saidah menolak untuk melahirkan di rumah sakit meskipun gratis untuk pemegang kartu Askeskin.



## BAB V

### Dukun Bayi adalah Mitra Kerja

**D**ukun bayi seharusnya tidak diperlakukan sebagai “musuh” yang menyebabkan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Mereka bisa menjadi mitra kerja penting dalam menurunkan AKI, karena rumah sakit, Puskesmas dan bidan terlalu jauh untuk dijangkau dan terlalu mahal serta banyak desa yang tidak memiliki Polindes dan Posyandu. Bagaimana mungkin kita membuat kampanye “jangan melahirkan di rumah” kepada perempuan miskin yang tinggal di desa-desa terpencil dengan infrastruktur jalan yang buruk dan sedikitnya akses angkutan umum? Kampanye “jangan melahirkan di rumah” hanya akan efektif jika kualitas fasilitas pelayanan kesehatan untuk kesehatan reproduksi perempuan, termasuk persalinan, mudah diakses dan murah. Sementara itu, peran dan kemampuan dukun bayi seharusnya tidak dipinggirkan.



### Mutiara

*“Dukun bayi lebih mudah diakses dan lebih murah di pedalaman Lombok Tengah”*

Mutiara, 35 tahun, tinggal di Desa Rancak, 3 kilometer dari kota Kecamatan Praya di Lombok Tengah. Rumahnya sulit ditemukan karena terletak di tempat yang terpencil. Tempat ini kotor. Kandang sapi, kuda dan ayam tersebar dimana-mana dan sangat dekat dengan rumah. Rumah-rumah dibangun berdekatan dan hanya dipisahkan dengan halaman yang sempit.

Mutiara memiliki tiga anak. Anak tertuanya kelas 1 SMP, anak kedua di sekolah dasar dan yang bungsu hampir berumur tiga tahun. Mutiara hamil empat kali, namun pernah satu kali keguguran.

Selama kehamilan pertamanya, Mutiara tidak mengetahui bahwa ia hamil. Ia terus melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasa. Suatu hari, ia merasakan sakit yang terus-menerus di perutnya dan juga demam. Setelah dua hari, suaminya membawanya ke Puskesmas di Praya. Setelah memeriksa Mutiara, petugas kesehatan yang bertugas di Puskesmas tersebut memberikan suntikan dan beberapa obat untuk diminum. Malam itu, Mutiara kaget ketika melihat vaginanya berdarah. Karena sangat takut, suami Mutiara meminta seorang dukun bayi untuk memeriksa isterinya. Dukun bayi memijat bagian perut Mutiara dan mengatakan bahwa Mutiara hamil tiga bulan, namun janinnya telah meninggal. Baru pada saat itulah Mutiara menyadari bahwa ia hamil. Petugas kesehatan di Puskesmas tidak mengatakan apapun tentang kehamilannya. Dukun bayi kemudian memijat perutnya selama satu jam sampai janinnya keluar. Setelah itu, pendarahan berhenti.

Meskipun Mutiara menyadari bahwa bidan memiliki peralatan yang lebih baik, ia lebih percaya kepada dukun bayi. Ia mengatakan bahwa melahirkan dengan dibantu bidan memerlukan biaya lebih dari Rp. 100.000, meskipun seharusnya gratis. Bidan tidak menjelaskan bahwa persalinan tidak dipungut biaya dan ia menerima pembayaran ketika pasien menawarkan untuk membayar. Mutiara merasa malu jika ia tidak menawarkan pembayaran kepada bidan.

Setelah melahirkan, Mutiara menderita keputihan yang abnormal, selalu sakit perut, dadanya membengkak dan sakit. Untuk mengatasi rasa sakitnya,

ia membeli obat herbal dari dukun bayi di desa lain. Menurut tetangganya, obat tradisional sangat efektif untuk sakit setelah melahirkan. Harga obat herbal Rp 10.000 per pak dan ia rutin meminumnya sampai keputihan dan rasa sakitnya reda.

### Mengembangkan Kemitraan dengan Dukun

Angka Kematian Ibu (AKI) berhubungan dengan ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, akses menuju pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan persalinan dan mekanisme rujukan ketika muncul masalah pada saat persalinan. Bab ini akan mendiskusikan ketersediaan pelayanan persalinan dalam masyarakat. Saat ini, terdapat dua kategori petugas persalinan: tenaga kesehatan, misalnya dokter atau bidan yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dasar untuk membantu persalinan dengan metode standar; dan tenaga non-medis, seperti dukun bayi yang menerapkan metode tradisional dalam memberikan pelayanan kesehatan dan bantuan persalinan. Kedua kategori petugas persalinan ini hidup berdampingan di dalam masyarakat dan mereka masing-masing memiliki segmen tersendiri.

Hasil penelitian pada Tabel 5.1. mengindikasikan bahwa di tujuh wilayah penelitian, dukun bayi masih memainkan peran penting dalam membantu persalinan, kecuali di Kota Surakarta. Infrastruktur Kota Surakarta telah berkembang dengan baik sehingga penduduk dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dengan mudah. Di Jembrana, kebijakan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) membuat perempuan lebih mudah mengakses

**Tabel 5.1.**  
**Penolong Persalinan di Tujuh Wilayah Penelitian**

No.	Penolong Persalinan	Lebak (%)	Lampung Utara (%)	Sumba Barat (%)	Surakarta (%)	Jembrana (%)	Lombok Tengah (%)	Indramayu (%)
1.	Dokter	2,3	3,0	3,3	35,3	21,0	7,0	9,0
2.	Bidan	21,3	55,3	54,7	62,7	64,3	74,3	78,7
3.	Dukun/Lain	76,3	41,7	41,7	2,0	14,6	18,7	12,3

*Sumber:* Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

dokter dan bantuan persalinan dengan biaya yang murah. Di Lombok dan Indramayu, kebijakan untuk memberikan bantuan persalinan gratis juga membuat perempuan miskin lebih mudah mengakses pelayanan yang diberikan oleh bidan. Dibandingkan dengan wilayah lain, seperti Lebak, Lampung Utara, dan Sumba Barat; penduduk di Jembrana, Lombok Tengah dan Indramayu lebih mudah mengakses pelayanan persalinan yang diberikan oleh bidan karena tersedianya pelayanan persalinan gratis, tradisi budaya serta kondisi geografis yang lebih baik dan lebih mudahnya akses transportasi.

Di Sumba Barat, tradisi budaya dan sulitnya mengakses bidan akibat kondisi geografis menyebabkan 41,7% perempuan di kabupaten tersebut menggunakan pelayanan persalinan yang diberikan oleh dukun bayi. Di Lampung Utara, *Human Development Index* menunjukkan bahwa jumlah petugas persalinan non-medis pada tahun 2004 mencapai 48,8% atau hampir setengah dari jumlah total persalinan. Pada kenyataannya, bahkan saat terjadi komplikasi, 80,8% perempuan di Sumba Barat masih memilih dukun bayi untuk membantu mereka saat persalinan karena dukun bayi biasanya tinggal di dekat rumah mereka dan tidak meminta bayaran untuk bantuan mereka. Pasien dan keluarganya menentukan berapa besar mereka akan membayar dukun bayi berdasarkan kemampuan dan kerelaan mereka. Inilah alasan mengapa dukun bayi yang dipilih, bukannya petugas kesehatan lainnya.

Kepercayaan masyarakat terhadap dukun bayi merupakan warisan budaya yang telah diturunkan dari generasi ke generasi. Perempuan seringkali didorong oleh orangtua dan mertua mereka untuk meminta bantuan dukun bayi, seperti yang diperlihatkan di dalam cerita berikut ini:

“Saya waktu melahirkan ditolong oleh dukun. Waktu mau melahirkan ibu mertua saya langsung menyuruh suami saya memanggil dukun saja. *Ya udah*, akhirnya saya dibantu sama dukun. Lagian kalau panggil bidan saya nggak punya uang karena katanya mahal. Saya *nggak* tahu *sib* berapa, tapi kata orang-orang mahal kalau minta tolong bidan.”

**Farida**

Desa Ketare, Lombok Tengah

*Wanita Miskin Memilih Dukun Bayi untuk Membantu Persalinan*

Farida, 40 tahun, berasal dari keluarga miskin yang bekerja sebagai buruh tani harian. Karena mereka menjadi buruh harian, Farida dan suaminya tidak memiliki tenaga tetap. Karena sebagian besar tanah di Lombok Tengah bagian selatan tidak memiliki sistem irigasi dan hanya menghasilkan beras sekali setahun, air tanah digunakan untuk menanam jagung, kacang atau melon. Sisa tanah yang lain tidak dapat ditanami. Hal ini berarti Farida dan suaminya hanya bekerja selama musim tanam dan panen.

Farida memiliki enam anak. Pada saat wawancara, ia sedang mengasuh anak termudanya yang berumur sembilan bulan. Farida mengatakan bahwa ia sedang hamil anak kedelapan. Seorang anaknya meninggal pada usia 50 hari dan satu anak lagi meninggal di dalam kandungan. Tujuh dari delapan kehamilan dan persalinannya dibantu oleh dukun bayi di dusunnya. Hanya anak terakhir yang lahir di Puskesmas. Meskipun Puskesmas memberikan pelayanan gratis, tetap ada pengeluaran seperti transportasi dan makanan saat menuju Puskesmas, sehingga persalinan anak ini lebih mahal daripada anak-anak yang lain. Karena itu, Farida tidak ingin melahirkan di Puskesmas lagi. Menurut Farida, ia memiliki banyak anak karena ia tidak mampu membayar suntik KB seharga Rp. 15.000. Ia lebih memilih menggunakan uang tersebut untuk membeli makanan untuk keluarganya.

Farida mengalami keguguran ketika mengandung anak keempat. Ia mengalami pendarahan hebat selama satu minggu dan ia tidak dapat berjalan selama dua hari karena rasa sakit yang luar biasa yang ia rasakan di daerah vaginanya. Meskipun ia menderita dan mengalami pendarahan, ia masih harus mencuci sendiri baju dan sprei yang terkena noda darah dan memasak untuk anak dan suaminya.

Dalam salah satu persalinan, Farida menderita mual yang hebat sepanjang hari dan malam. Perutnya terasa sangat sakit. Seorang dukun bayi dipanggil untuk membantunya. Ia mengatakan kepada Farida untuk melahirkan bayinya dalam posisi duduk agar proses melahirkan menjadi lebih cepat. Setelah beberapa kontraksi, bayi lahir di kedua telapak tangan dukun

bayi yang tidak menggunakan sarung tangan. Dukun bayi memotong tali pusar dengan sepotong bambu yang diambil dari rangka rumah Farida yang disebut *adas-adas* di Sasak. Lalu dukun bayi menaruh biji merica di pusar si bayi agar cepat kering. Jika pusar terinfeksi, dukun bayi biasanya akan meminta ibu si bayi untuk menempelkan abu dari tungku pada tali pusar. Menurut dukun bayi, abu tersebut akan menyembuhkan dan menge-ringkan pusar.

Setelah melahirkan, Farida mengalami pendarahan hebat pasca melahirkan selama tujuh hari. Setiap hari ia memerlukan tiga baju untuk menampung pendarahannya. Ia mengalami kesakitan dan kram dan tidak dapat berjalan selama tiga hari. Ia menderita panas tinggi selama dua hari dan beberapa masalah lain, misalnya dada membengkak dan bau tidak sedap yang berasal dari vaginanya.

Tidak ada bidan di Desa Ketare. Fasilitas kesehatan terdekat yang dapat dijangkau oleh Farida adalah Puskesmas di Sengkol yang berjarak sekitar 7 kilometer dari desanya. Jarak dari rumahnya ke jalan utama desa sekitar 3 kilometer. Ia harus berjalan kaki atau naik ojek dengan biaya Rp. 5.000 untuk mencapai jalan utama dan menemukan transportasi umum untuk sampai ke Puskesmas dengan biaya Rp. 2.500. Artinya, Farida harus mengeluarkan uang sebesar Rp. 15.000 untuk pulang-pergi ke Puskesmas. Jumlah ini lebih besar dari upah sehari-hari yang ia terima dari pemilik pertanian. Upahnya per hari hanya Rp 10.000, sementara suaminya Rp. 15.000. Ia tidak mungkin menghabiskan uang sebesar itu untuk membayar transportasi ke fasilitas kesehatan. Ia memilih menggunakan uang itu untuk membeli makanan untuk keluarganya.

Setelah melahirkan, dukun bayi memberikan beberapa pengobatan kepada Farida, yaitu:

Pertama, untuk mengecilkan vaginanya, Farida diminta untuk memanasakan sebuah batu. Batu panas itu lalu dibungkus dengan popok bayi dan digunakan untuk menghangatkan tubuhnya, termasuk vaginanya.

Kedua, untuk menyembuhkan vaginanya, Farida mandi dengan air yang telah dicampur dengan rempah-rempah dan daun-daunan. Setelah mandi, Farida duduk di atas batu panas yang telah dijemur di bawah sinar matahari (antara pukul 11.00-12.00). Ketika duduk di atas batu panas tersebut, vagina Farida harus menyentuh batu agar proses penyembuhan berjalan dengan cepat.

Ketiga, untuk memulihkan kesehatan tubuh, dukun bayi membuat obat tradisional untuk Farida yang terbuat dari gula jawa dan merica, yang harus diminum sampai ia sembuh. Kalau tubuhnya menolak jamu tersebut, Farida bisa terserang diare.

Keempat, untuk mengurangi bau tidak sedap di vagina, Farida mendidihkan air di dalam panci besi berukuran sedang di atas tungku. Setelah air mendidih, panci tersebut diletakkan di bawah vaginanya. Meskipun uap panas tersebut terasa sangat sakit di vaginanya, namun efektif untuk mengurangi bau tidak sedap.

Farida mengatakan bahwa orang percaya kalau perempuan sebaiknya tidak makan ayam setelah melahirkan karena dapat membuat tubuh bayi sepanas badan ayam. Karena itu ibu sebaiknya tidak makan ayam sampai bayinya berumur enam bulan.

Ninuk Widyantoro<sup>1</sup> berpendapat bahwa kita tidak dapat menghilangkan peran dukun bayi di dalam masyarakat. Dukun bayi memberikan pelayanan kesehatan, terutama untuk rakyat miskin yang tidak dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan karena jarak dan ketidakmampuan mereka membayar biaya transportasi. Di daerah miskin dan terpencil, dukun bayi adalah penolong persalinan yang utama. Hasil penelitian Women Research Institute (WRI) menunjukkan bahwa di Lampung Utara, terdapat paling sedikit empat atau lima dukun bayi di dalam satu desa. Mereka dapat dipanggil 24 jam sehari. Karena itulah penduduk desa lebih mudah menghubungi dukun bayi untuk meminta bantuan mereka. Mereka tidak harus membayar uang ekstra untuk transportasi dan bayaran dukun bayi relatif lebih murah dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya.

Menurut Roy Tjiong<sup>2</sup>, melahirkan dengan bantuan dukun bayi memiliki kelebihan meskipun ada juga kelemahannya. Dukun bayi biasanya perempuan yang berumur lebih tua dan memiliki lebih banyak pengalaman

<sup>1</sup> Women Research Institute, *Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah Penelitian*, 2007-2008.

<sup>2</sup> *Ibid.*

dalam membantu persalinan dibandingkan bidan muda yang baru saja lulus D1 atau D3. Dukun bayi biasanya sangat sabar dan penuh perhatian dalam membantu persalinan. Jenis pelayanan yang disediakan dukun bayi lebih lengkap, diawali dengan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan perawatan pasca persalinan. Hasil dari penelitian WRI menunjukkan bahwa untuk perawatan kehamilan, dukun bayi memijat perut wanita hamil untuk mengetahui apakah posisi janin normal sehingga proses kelahiran dapat berlangsung normal pula. Ketika dokter atau bidan mengatakan bahwa posisi bayi tidak normal, biasanya para perempuan meminta dukun bayi untuk memutar posisi bayi menjadi normal untuk menghindari biaya ekstra saat persalinan. Para perempuan merasa bahwa kemampuan dukun bayi untuk mengubah posisi bayi di dalam rahim adalah keterampilan yang tidak dimiliki oleh petugas medis seperti dokter dan bidan. Dukun bayi biasanya memijat pasien saat kehamilan berumur satu, lima dan tujuh bulan. Sekali pijat, biayanya berkisar antara Rp. 15.000 sampai Rp. 25.000 tergantung apakah dukun bayi tersebut terkenal atau tidak.

Setiap dukun bayi memiliki cara sendiri untuk membantu persalinan, namun biasanya mereka mulai dengan mempersiapkan peralatan dan pengobatan herbal tertentu. Seperti Mbah Girah dari Desa Hanakau Jaya di Lampung Utara. Ia selalu memulai proses dengan meminta pasien minum air yang telah ia doakan. Lalu ia melumurkan kunyit pada sebilah bambu, yang disebut *ulat*, yang akan ia gunakan untuk memotong tali pusar. Ia percaya bahwa kunyit mengandung antibiotik alami. Ia menghancurkan daun sirih dan membungkusnya dengan daun sirih utuh untuk diletakkan di vagina guna meredakan pendarahan dan mempercepat penyembuhan setelah bersalin. Ada dukun bayi yang menggunakan cara yang tidak lazim, seperti menyemprot vagina dengan alkohol untuk mematikan bakteri dan menyembuhkan luka. Tentu saja, cara ini menyebabkan pasien kesakitan. Sementara itu, Mbak Yat dari Kecamatan Kotabumi Ilir di Lampung Utara memiliki teknik khusus untuk mengatasi persalinan yang lama. Ia meminta pasien untuk mengunyah pala dan kemudian menelannya untuk membantu mempercepat proses kelahiran. Menurut Mbak Yat, pengobatan ini lebih efektif dan aman dibandingkan jika melahirkan dengan bantuan suntikan.

Dukun bayi biasanya sangat sabar dan hati-hati dalam menangani ibu-ibu yang melahirkan. Mereka bersedia menunggu berjam-jam sampai bayi lahir. Jarang sekali perempuan yang dibantu dukun bayi mengalami perobekan vagina yang memerlukan jahitan karena dukun bayi sabar dalam memotivasi mereka untuk melahirkan secara normal dan aman. Setelah bayi lahir, dukun bayi memandikan ibu dan bayi. Terkadang dukun bayi membantu mereka mencuci pakaian dan sprei yang terkena noda darah.

Biasanya, dukun bayi tidak menyebutkan bayaran tertentu untuk pelayanannya. Pasien membayar pelayanannya sesuai dengan kemampuan dukun bayi. Mereka membayar mulai dari Rp. 50.000 sampai Rp. 250.000. Beberapa orang tidak membayar apapun karena mereka tidak mampu. Ketika mereka tidak dibayar pun, dukun bayi biasanya menganggap hal tersebut sebagai nasib sehingga mereka akan tetap mengunjungi pasien dan merawatnya serta memandikan bayi sampai tali pusarnya lepas. Dukun bayi juga memijat ibu untuk mengembalikan kekuatan dan staminanya sehingga dapat pulih dengan cepat. Bayi juga dipijat secara rutin sehingga dapat tidur nyenyak dan tumbuh normal. Dukun bayi mengunjungi ibu dan bayi yang baru lahir setiap hari selama dua minggu sampai satu bulan untuk meyakinkan bahwa pasien telah sembuh total. Ia juga akan memijat ibu pada hari keempat puluh setelah melahirkan untuk mengembalikan uterus pada posisi normal. Pijatan ini disebut *walik dadah*. Dukun bayi tidak meminta bayaran ekstra untuk kunjungan setelah persalinan. Namun, ia juga tidak menolak pemberian atau tip sebagai ucapan terima kasih. Sulit bagi dokter atau bidan untuk bersaing dengan dukun bayi dalam memberikan pelayanan seperti ini.

Beberapa responden menegaskan bahwa mereka mempercayai dukun bayi karena pengalaman, usia dan doa mereka yang manjur. Dukun bayi memberikan pelayanan sesuai dengan tradisi lokal dan banyak di antara mereka yang dipercaya memiliki kemampuan mistis untuk membuat pengobatan herbal tradisional. Misalnya, Mbah Kasiyem dari Desa Negara Ratu di Lampung Utara dipercaya memiliki kekuatan supranatural oleh penduduk desa. Ia memiliki sebuah batu yang disebut *Batu Wali Songo* yang memiliki kekuatan untuk menyembuhkan berbagai macam penyakit. Mbah

Kasiyem menyatakan bahwa batu itu mengandung roh yang hidup di makam Wali Songo (sembilan ulama Jawa yang mulai mengajarkan Islam di Jawa) dan menguasai sungai di desanya. Untuk mempermudah persalinan, Mbah Kasiyem biasanya meminta ibu untuk minum air yang telah digunakan untuk merendam batu *Wali Songo*. Sementara itu, di Sumba Barat, beberapa dukun bayi meminta perempuan yang akan melahirkan untuk minum campuran akar-akaran untuk meredakan sakit saat melahirkan. Minuman tradisional juga diberikan kepada perempuan yang merasa kesakitan setelah melahirkan.

Ita, seorang dukun bayi yang tinggal di Kecamatan Cempedak di Lampung Utara, memiliki cara yang berbeda dalam menangani ibu hamil. Ia mengeringkan plasenta anak-anak kucing yang baru lahir, merebusnya sampai mendidih, lalu memberikan airnya untuk diminum ibu yang akan melahirkan untuk mempercepat kontraksi dan proses melahirkan. Ia kemudian mengeringkan plasenta itu lagi dan menyimpannya untuk pasien lain. Ada pula dukun bayi yang menggunakan teh yang terbuat dari rumput fatimah (rumpun kering berwarna hitam yang diimpor dari Timur Tengah) yang digunakan untuk mempercepat kontraksi dan memudahkan proses persalinan. Kepercayaan tentang dukun bayi yang memiliki kekuatan mistis dan kemampuan untuk memberikan pengobatan tradisional dapat ditemukan di Lombok Tengah, Indramayu, Lampung Utara dan Lebak. Kepercayaan ini dapat memberikan rasa aman kepada pasien.

Bagaimanapun juga, Widyantoro dan Tjiong juga setuju bahwa dukun bayi tidak mengikuti pelatihan formal tentang persalinan. Banyak dukun bayi di wilayah penelitian mengatakan bahwa mereka mendapat keterampilan secara turun-temurun dari ibunya yang mengajak mereka saat si ibu membantu persalinan. Anak-anak dukun bayi mempelajari keterampilan bersalin dengan melihat dan membantu ibu mereka. Ada pula dukun bayi yang menyatakan bahwa mereka mendapatkan kemampuan untuk mengobati melalui proses mistis dengan menjalankan latihan-latihan spiritual. Perlu dicatat pula bahwa dukun bayi menggunakan bermacam-macam alat seperti pisau bambu atau besi untuk memotong tali pusar. Alat-alat tersebut tidak disterilkan lebih dulu dan digunakan di tempat yang tidak

memenuhi standar kesehatan minimum dari *World Health Organization* (WHO).

### Salsabilah

*Askeskin tidak membuat para ibu melahirkan di fasilitas kesehatan*

Salsabilah, 40 tahun, adalah anak kedelapan dari sepuluh bersaudara. Ia bersekolah sampai kelas dua SD, namun dipaksa keluar karena orangtuanya tidak mampu menyekolahkanya lagi. Pada usia 16 tahun, tidak lama setelah dia mendapatkan menstruasi pertamanya, Salsabilah menikah dengan Ahmad Toni, yang lebih tua satu tahun. Menikah di usia muda sudah biasa di dalam keluarganya. Hal tersebut biasa terjadi di daerah itu dimana menstruasi pertama dianggap sebagai tanda bahwa anak gadis telah siap untuk menikah. Menikahkan anak-anak gadis pada usia muda paling tidak akan mengurangi beban ekonomi keluarga.

Satu tahun kemudian, ia melahirkan anak pertamanya. Ia berusia 17 tahun. Salsabilah melakukan pekerjaan tidak tetap, seperti mencuci baju, memotong rumput, membersihkan rumah dan lain-lain. Suaminya, Ahmad Toni, juga melakukan pekerjaan tidak tetap, seperti menggali sumur, memotong pohon dan lain-lain. Mereka tidak memiliki pemasukan tetap setiap bulan. Terkadang mereka dapat mengumpulkan uang Rp. 200.000, namun seringkali mereka tidak dapat mengumpulkan uang sama sekali selama satu bulan.

Saat ini, Salsabilah memiliki sembilan anak – lima perempuan dan empat laki-laki. Tiga dari sembilan anaknya lahir dengan bantuan dukun bayi, satu dengan bidan dan ia melahirkan lima anak lainnya dengan bantuan suaminya. Hanya setelah bayinya lahir saja mereka memanggil bidan atau dukun bayi untuk memotong tali pusar dan memandikan bayi. Mereka melakukan hal ini untuk menghemat biaya. Biasanya, bayaran untuk dukun bayi sekitar Rp. 150.000 dan untuk bidan Rp. 350.000. Dengan melahirkan sendiri, Salsabilah hanya perlu mengeluarkan biaya sebesar Rp. 50.000 untuk dukun bayi, atau Rp. 100.000 untuk bidan, untuk memandikan bayi dan memberikan suntikan atau obat.

Salsabilah mengatakan bahwa ia dan keluarganya jarang pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan, seperti Puskesmas atau bidan, karena mereka tidak memiliki uang. Selain itu, ia pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan ketika menggunakan kartu Askeskin di Puskesmas. Ia merasa bahwa ia diabaikan, diremehkan, ditolak dan tidak diobati dengan baik karena petugas Puskesmas tidak ramah pada pemegang kartu Askeskin.

Salsabilah dan suaminya mengatakan bahwa mereka tidak menikmati keuntungan menggunakan Askeskin yang diberikan oleh pemerintah. Berdasarkan pengalaman mereka, tidak ada pelayanan kesehatan yang benar-benar gratis meskipun menggunakan fasilitas Askeskin. “Tanpa uang, kita tidak akan mendapatkan pelayanan kesehatan.” Mereka mengatakan bahwa mereka membeli obat hanya jika mereka mempunyai uang. Jika tidak mampu membelinya, mereka mengobati diri sendiri dengan obat yang mereka beli dari toko.

Ketika Salsabilah membawa anak bungsunya ke Puskesmas untuk imunisasi, ia mengetahui bahwa pelayanan di sana tidak gratis. Ia harus membayar minimum Rp. 1.000 untuk setiap imunisasi. Jika tidak, petugas Puskesmas tidak akan memberikan imunisasi pada anaknya. Ia mengatakan bahwa setelah membayar, Puskesmas menolak memberikan makanan tambahan untuk anaknya karena anak yang berumur tiga tahun sudah dianggap bukan bayi lagi.

Salsabilah mempunyai pengalaman mengecewakan yang lain ketika menggunakan kartu Askeskin pada saat ia minta pengobatan untuk anak keduanya yang menderita *talassemia* berat. Askeskin hanya menyediakan ruangan, pelayanan dokter dan obat yang tersedia di rumah sakit secara gratis. Namun, pengobatan penyakit seperti *talassemia*, yang membutuhkan transfusi darah, tidaklah gratis. Setiap kali transfusi, Salsabilah harus membeli darah dari Palang Merah Indonesia (PMI) seharga Rp. 60.000 per kantong. Ini terlalu mahal bagi Salsabilah karena setiap pengobatan memerlukan empat kantong darah, yang berarti ia harus membayar Rp. 240.000 setiap kali transfusi yang harus dilakukan dua atau tiga kali sebulan. Beban ini menjadi semakin berat ketika persediaan darah di PMI sedikit, Salsabilah harus membayar Rp. 100.000 per kantong. Anaknya akhirnya meninggal karena tidak menerima pengobatan yang memadai. Sebelum meninggal, ia dirawat di rumah sakit selama satu bulan. Biaya rumah sakit mencapai

Rp. 1.500.000, dan ia masih harus membayar ongkos transportasi dan makanan untuk keluarga yang menunggu anaknya di rumah sakit. Salsabilah dan suaminya berharap bahwa akan ada kebijakan pemerintah yang benar-benar menggratiskan semua pengobatan untuk orang miskin.

Dalam beberapa kasus, dukun bayi adalah bagian dari praktek budaya yang mengancam hidup perempuan yang mengalami pendarahan sebelum, selama dan sesudah persalinan. Di Sumba Barat, terdapat upacara tradisional yang diadakan untuk perempuan yang menderita pendarahan hebat akibat komplikasi saat persalinan.<sup>3</sup> Kepala adat memanggil dukun bayi, lalu mereka bersama-sama memotong ayam, kerbau atau babi. Mereka segera mengambil jantung binatang tersebut. Jika hatinya berwarna merah terang atau dalam kondisi baik, mereka percaya bahwa perempuan itu akan selamat selama proses persalinan. Namun, jika jantung binatang itu hitam atau kondisinya tidak sehat, mereka percaya bahwa perempuan itu akan memerlukan bantuan selama persalinan sehingga mereka akan berusaha mencari bidan untuk membantu mengatasi komplikasi dalam persalinan. Seringkali, usaha untuk menyelamatkan hidup perempuan sudah terlambat karena perempuan itu mengalami pendarahan terus selama upacara adat berlangsung.

Praktek budaya *rembugan* atau ‘diskusi’ di Lebak mirip dengan upacara adat di Sumba Barat. Jika seorang perempuan mengalami pendarahan hebat, ia tidak dapat segera mengakses bantuan medis karena keluarga harus berkumpul untuk mendiskusikan situasi ini. Praktek *rembugan* ini membutuhkan waktu yang lama karena seluruh anggota keluarga, bahkan yang tinggal di tempat yang jauh, harus diundang untuk berpartisipasi di dalam diskusi keluarga tersebut, untuk mengambil keputusan. Proses ini penting terutama jika menyangkut masalah biaya. Tidak jarang seorang perempuan meninggal selama proses diskusi yang lama tersebut. Sehubungan dengan

<sup>3</sup> Wawancara dengan Leni Marlina Puling, Desa Gaura, Kecamatan Lamboya, Sumba Barat, 18 Desember 2009.

praktek ini, direktur Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan divisi kesehatan ibu di Kabupaten Lebak mengatakan:

“Budaya *rembugan* keluarga sangat memakan waktu lama sehingga dalam kondisi kegawat-daruratan dapat mengakibatkan hal-hal yang tidak diinginkan terkait dengan kondisi istri. Selain itu, suami juga disudutkan oleh kondisi ekonomi yang tidak mampu membiayai persalinan. Suami juga tidak bisa mengambil keputusan istri harus dibawa kemana ketika tidak mempunyai uang. Kasus kegawat-daruratan semacam ini banyak terjadi di Lebak. Keterlambatan dalam pertolongan persalinan juga banyak disebabkan oleh masalah ekonomi.”<sup>4</sup>

Menurut Widyantoro dan Tjiong, dukun bayi sebaiknya hanya menangani persalinan normal tanpa adanya kesulitan atau komplikasi. Kombinasi antara tingginya risiko persalinan dan kurangnya pengetahuan serta keahlian dukun bayi memberi kontribusi pada tingginya AKI. Penelitian WRI juga menunjukkan bahwa pengetahuan dukun bayi yang kuno membatasi efektifitas mereka di dalam mendidik para perempuan yang percaya pada mitos-mitos lokal yang merugikan mereka. Banyak perempuan di Indramayu percaya bahwa perempuan hamil tidak boleh makan makanan yang mengandung protein tinggi seperti ikan asin, cumi dan udang, karena bayi mereka akan terlambat lahir atau tubuh mereka akan melengkung seperti udang. Ketika mereka dalam perawatan, mereka percaya bahwa mereka tidak boleh makan ikan jenis apapun, terutama ikan asin, telur dan sayuran berkuah, dan lebih baik makan tempe yang terbuat dari kedelai atau direbus tanpa bumbu agar jahitan cepat kering. Setelah melahirkan, mereka percaya bahwa tidur sepanjang hari akan membuat darah mereka mengalir ke mata sehingga mata mereka menjadi kabur. Salah seorang responden menceritakan tentang tabu ini:

---

<sup>4</sup> Wawancara dengan Ketua IBI dan Kasi Kesehatan Ibu Kabupaten Lebak, April 2008.

“Saya hanya makan lauk tempe rebus tanpa bumbu apapun selama 40 hari setelah melahirkan dan membuat badan terasa sangat lemah tidak bertenaga. Namun biasanya para perempuan tetap menjalankan anjuran pantang makanan tersebut karena dipaksa oleh orangtua dengan alasan demi kebaikan sang anak walaupun merasa bosan, lemah dan tidak bertenaga”

Dukun bayi juga tidak memberikan informasi tentang keluarga berencana (KB). Mereka justru menganjurkan keyakinan “banyak anak banyak rejeki”, yang berarti setiap anak membawa keberuntungan sendiri. Salah satu responden di Lebak mengatakan:

“Anak saya memang banyak, tapi ya mau *gimana* lagi. Saya *mah* pasrah *aja*, *kan* katanya rejeki itu di tangan Allah. Lagian kan anak itu *mah* bawa rejeki masing-masing”.

Dukun bayi tidak memiliki pengetahuan untuk mengubah persepsi masyarakat. Mereka tidak dapat memberikan argumen bahwa memiliki banyak anak akan merugikan kesehatan ibu. Di daerah pedesaan di Lebak, terdapat seorang perempuan yang memiliki lebih dari enam anak dan beberapa perempuan memiliki 12 anak. Dukun bayi juga tidak mampu mengajari perempuan tentang komplikasi dalam persalinan. Hasil penelitian WRI menunjukkan bahwa mayoritas perempuan, baik di daerah perkotaan maupun pedesaan, tidak memiliki pengetahuan tentang kondisi yang dapat meningkatkan risiko pada saat hamil dan bersalin. Karena itu, perempuan hamil tidak dapat melakukan deteksi dini terhadap berbagai

**Tabel 5.2.**  
**Persentase Perempuan Hamil yang Mengalami Komplikasi Kehamilan**

No.	Komplikasi Kehamilan	Lombok Tengah
1.	Mules sebelum 9 bulan	40,7
2.	Perdarahan	4,7
3.	Demam yang tinggi	24,0
4.	Kejang-kejang dan pingsan	6,7
5.	Mengalami salah satu	51,0

Sumber: Hasil survei WRI di Lombok Tengah 2008

komplikasi yang sangat mungkin muncul dalam masa kehamilan dan persalinan.

Tabel 5.2. menunjukkan bahwa 51% responden di Lombok Tengah mengalami paling sedikit satu dari empat gejala di dalam tabel di atas. Sekitar 72,3% perempuan di kabupaten ini tidak mengetahui sama sekali bahwa komplikasi merupakan bahaya yang potensial mereka alami selama kehamilan. Kira-kira 43% perempuan hamil di Lombok Tengah tidak diperiksa selama kehamilan mereka, meskipun mereka mengalami paling sedikit satu dari gejala komplikasi tersebut pada saat hamil, bersalin dan pasca persalinan. Seperti yang dikatakan seorang perempuan hamil yang mengalami komplikasi di Desa Ketare ini:

“Saya tidak punya uang untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, dan keadaan ini hal biasa buat saya. Saya kuat menahan rasa sakitnya”.<sup>5</sup>

Karena dukun bayi memiliki kemampuan terbatas, perlu usaha khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan keahlian mereka agar mereka dapat membantu persalinan normal sesuai dengan standar praktek kesehatan persalinan. Widyantoro mengusulkan kemitraan antara dukun bayi dan

**Tabel 5.3.**  
**Data Komplikasi Ibu Hamil di Kabupaten Lombok Tengah, 2005**

No.	Jenis Resiko Tinggi (Resti)	Ibu Hamil Resiko Tinggi yang Dirujuk		
		2003	2004	2005
1.	Perkiraan Bumil	21.450	21.450	21.450
2.	Perkiraan Resti (20%)	4.290	4.290	4.290
3.	% Kasus yang ditangani	9,18	8,33	9,50
4.	Perdarahan	1.034	918	1.006
5.	Infeksi	72	49	55
6.	Eklamsia	198	155	178
7.	Partus Lama	364	414	449
8.	Lain-lain	304	255	375

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah, 2005

<sup>5</sup> Wawancara dengan Marian, Dusun Embung Rungkas, Desa Ketare, Lombok Tengah, 19 April 2007.

**Tabel 5.4.**  
**Faktor yang Mempengaruhi Pilihan Persalinan dengan Bantuan Dukun**  
**di Tujuh Wilayah Penelitian WRI, 2007-2008**

Alasan Memilih Dukun	Alasan Tidak Memilih Dukun
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukun mudah diakses karena mereka tinggal di dekat rumah penduduk yang memerlukan bantuan mereka.</li> <li>2. Dukun bersedia dipanggil ke rumah pasien dimana saja dan kapan saja dibutuhkan.</li> <li>3. Dukun bersikap fleksibel dalam hal pembayaran, sesuai dengan kemampuan pasien.</li> <li>4. Dukun memberikan pelayanan sesuai dengan tradisi setempat, misalnya membuat obat tradisional dan berdoa untuk mereka.</li> <li>5. Dukun memiliki keyakinan tertentu dan kemampuan praktiknya diperoleh secara turun-temurun dari generasi ke generasi.</li> <li>6. Dukun sangat sabar, perhatian, dan tenang.</li> <li>7. Dukun selalu dapat dijadikan tempat bertanya saat bidan tidak ada di rumah atau di polindes, atau sedang berlibur.</li> <li>8. Dukun memiliki hubungan emosional dengan pasien karena mereka bertetangga atau bersaudara, jadi pasien lebih mudah mengungkapkan masalah kesehatannya kepada dukun.</li> <li>9. Dukun memberikan perawatan untuk bayi yang baru lahir dan ibunya selama 40 hari setelah persalinan, dan berpartisipasi dalam upacara ritual merayakan bayi yang berumur satu bulan.</li> <li>10. Dukun lebih tua dan lebih dapat dipercaya oleh masyarakat untuk menyembuhkan masalah kesehatan dan penyakit yang beraneka ragam.</li> <li>11. Masyarakat setempat percaya bahwa ada penyakit yang bukan penyakit fisik (disebabkan oleh roh halus), dan penyakit seperti ini dapat disembuhkan oleh dukun.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengalami kehamilan dan persalinan berisiko tinggi.</li> <li>2. Adanya kampanye promosi kesehatan oleh pekerja kesehatan dan asisten mereka melalui posyandu tentang perempuan hamil yang sebaiknya pergi ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dan persalinan dengan bantuan petugas medis.</li> <li>3. Tersedianya pengobatan gratis dari bidan untuk peserta JKJ dan Askeskin.</li> <li>4. Bertambahnya jumlah bidan yang ditugaskan di desa-desa dan dapat diakses 24 jam sehari (di Surakarta, Jembrana).</li> <li>5. Dukun khawatir ia akan diberi sanksi oleh pemerintah daerah, apabila terjadi masalah dalam persalinan yang ia bantu.</li> </ol>

bidan dimana dukun bayi tidak memberikan pelayanan sebagai petugas persalinan utama. Mbah Marto, seorang dukun bayi yang berusia 80 tahun,<sup>6</sup> merupakan salah satu dukun bayi yang mengikuti program kemitraan tersebut. Pada tahun 1990-an, Mbah Marto mengikuti pelatihan dan menerima peralatan dari Puskesmas setempat untuk meningkatkan pelayanannya dalam membantu persalinan. Puskesmas memberikan gunting, pisau bedah, alkohol dan peralatan sterilisasi juga obat-obatan standar untuk pemulihan pasca persalinan, termasuk paracetamol. Bidan dari Puskesmas berkomunikasi secara rutin dengan Mbah Marto dan mengundangnya secara rutin untuk melakukan pertemuan dengan bidan-bidan lain dan IBI. Dengan cara ini, Puskesmas mengetahui aktivitas Mbah Marto dalam membantu perempuan hamil di daerah tersebut dan siap membantu jika terjadi situasi gawat darurat.

Saat ini, Mbah Marto tidak membantu persalinan lagi, namun mengkhususkan diri dalam memijat bayi. Meskipun demikian, ia masih sering diminta untuk memijat perempuan yang baru saja melahirkan untuk memulihkan kesehatan rahim mereka. Ada pula perempuan yang datang kepadanya karena mereka mengalami kesulitan pasca persalinan, misalnya pendarahan. Mereka percaya bahwa mereka akan sembuh jika Mbah Marto memijat mereka. Banyak perempuan yang tinggal di dekat rumahnya, juga membawa bayi mereka kepada Mbah Marto untuk dipijat ketika bayi mereka demam, rewel atau terjatuh. Pasien membayar Mbah Marto dengan apa saja sesuai kemampuan mereka. Terkadang Mbah Marto tidak meminta bayaran jika pasiennya benar-benar tidak dapat membayar.

### **Bidan Seharusnya Menjadi Pelopor yang Efektif**

Jika bidan ditugaskan hanya untuk bekerja di Puskesmas di kota kecamatan atau membuka praktek pribadi di rumahnya di kota, ia tidak akan menjadi pelopor yang efektif dalam usaha untuk mengurangi AKI karena

---

<sup>6</sup> Wawancara dengan Mbah Marto, Desa Sangkrah, Kota Surakarta, 15 Agustus 2007.

**Tabel 5.5.**  
**Faktor yang Mempengaruhi Pilihan Persalinan dengan Bantuan Bidan di Tujuh Wilayah Penelitian WRI, 2007-2008**

Alasan Memilih Bidan	Alasan Tidak Memilih Bidan
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Di beberapa daerah, pemerintah daerah memberikan pelayanan persalinan gratis dengan bantuan bidan melalui Askeskin atau JKJ (di Jembrana).</li> <li>2. Bidan memiliki peralatan yang lebih baik dan komplet dibandingkan dukun.</li> <li>3. Kedekatan hubungan emosional antara bidan dan pasien.</li> <li>4. Bidan bersedia datang ke rumah pasien.</li> <li>5. Obat-obatan yang diberikan oleh bidan dianggap efektif.</li> <li>6. Penyebaran informasi oleh posyandu tentang pentingnya melakukan pemeriksaan secara rutin pada bidan.</li> <li>7. Bidan relatif dekat dan mudah dijangkau dibandingkan dokter.</li> <li>8. Terdapat lebih banyak bidan dibandingkan dokter.</li> <li>9. Pembayaran untuk bidan bisa fleksibel (dalam beberapa kasus, pasien dapat membayar dengan mencicil dan pasien dibebaskan dari pembayaran jika memang tidak mampu membayar).</li> <li>10. Perempuan cenderung memilih bidan ketika mengalami kehamilan berisiko tinggi.</li> <li>11. Bidan adalah perempuan. Beberapa perempuan di Lampung Utara menolak untuk diperiksa oleh dokter laki-laki karena alasan agama.</li> <li>12. Perempuan yang mengalami masalah pada kehamilan sebelumnya cenderung memilih bidan untuk membantu persalinan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Banyak bidan tidak tinggal di daerah praktek mereka di desa dan mereka jarang di rumah.</li> <li>2. Meskipun pengobatan oleh bidan gratis, pasien malu jika mereka tidak memberikan sesuatu sebagai tanda terima kasih atas bantuan bidan.</li> <li>3. Bidan tidak menetapkan biaya tertentu sehingga pasien bingung berapa besar mereka harus membayar.</li> <li>4. Dalam beberapa kasus, bidan tidak ramah, terutama kepada pasien peserta Askeskin, dan tidak berhati-hati seperti dukun.</li> <li>5. Jumlah bidan terbatas di daerah terpencil dan di beberapa daerah bahkan tidak ada bidan sama sekali.</li> <li>6. Biaya persalinan dengan bantuan bidan terasa mahal bagi orang miskin yang tidak menjadi peserta Askeskin, yaitu antara Rp. 350.000 sampai Rp. 600.000. Persalinan yang sulit bisa mengeluarkan biaya sebesar Rp. 1 juta.</li> <li>7. Bidan bekerja di dua tempat, yaitu puskesmas dan tempat praktek pribadinya di rumah, jadi terkadang ia tidak dapat ditemui.</li> <li>8. Beberapa bidan bersedia membantu persalinan di rumah pasien, namun beberapa lagi tidak bersedia, terutama jika rumah pasien sangat kecil dan tidak memiliki air bersih.</li> <li>9. Jarak tempat praktek bidan sangat jauh dan perlu waktu lama untuk mencapainya, sehingga pasien harus berpikir dua kali untuk menghubungi bidan.</li> <li>10. Bidan kadang melakukan episiotomi, sementara dukun tidak pernah melakukannya. Untuk alasan ini, pasien cenderung memilih dukun.</li> </ol>

ia tidak akan dapat mencapai daerah-daerah terpencil yang menjadi kantong-kantong kematian ibu yang tinggi. Bidan hanya akan efektif bila ia tinggal di Polindes, aktif di Posyandu dan membina hubungan yang baik dengan dukun bayi di desa-desa tempat ia ditugaskan.

### Indah

Kelurahan Gerunung, Kecamatan Praya, Lombok Tengah

#### *Berkonsultasi ke Dukun Bayi karena Bidan Tidak Tersedia*

Ketika kami menemukan desanya di Kesambi Numpuk di Gerunung, Indah, 21 tahun, mengatakan bahwa ia masih tinggal dengan mertuanya, dimana ia bersama suami dan anaknya menempati satu kamar tidur. Ia mengatakan bahwa mertuanya membantu mereka menyediakan bermacam-macam kebutuhan rumah tangga. Suaminya bekerja sebagai buruh harian dan menerima upah Rp. 7.000 per hari. Selama masa panen, ia dibayar dengan 25 kg beras per hari. Saat tidak ada pekerjaan, Indah dan suaminya sering menanam atau memanen sawah kecil milik mertuanya dan dibayar satu kantong beras saat panen.

Indah menikah saat ia berusia 18 tahun. Di desanya, sudah lazim para gadis menikah pada usia tersebut, bahkan ada yang menikah di usia yang lebih muda dari Indah. Beberapa anggota masyarakat di Lombok Tengah merasa bahwa gadis-gadis muda seumur Indah sudah pantas untuk menikah dan memiliki keluarga, meskipun mereka tidak memiliki pekerjaan yang layak.

Karena dikategorikan sebagai penduduk miskin, mereka menerima kartu Askeskin dari aparat desa dan mereka seringkali menggunakan kartu tersebut ketika mereka sakit. Namun, masih sulit bagi Indah untuk mengakses fasilitas kesehatan. Ia harus membayar ojek karena ia tinggal 2 kilometer jauhnya, baik dari Pustu maupun Puskesmas, dan jalan menuju ke sana dalam kondisi buruk. Seringkali Indah hanya membeli obat dari warung yang harganya lebih murah dibandingkan jika harus pergi ke Puskesmas Pembantu (Pustu) terdekat.

Ibu mertua Indah adalah seorang dukun bayi yang membantu persalinan di daerah Kesambi Numpuk. Sejak ada bidan di kecamatan Gerunung, ibu mertuanya diajak untuk bekerja dengan bidan dan membantu bidan pada saat menolong persalinan di rumahnya. Ketika Indah hamil, ia diperiksa oleh mertuanya dan jarang pergi ke bidan. Namun, ketika akan melahirkan, ibu mertuanya membawanya ke rumah bidan, yang berjarak 2 kilometer dari rumahnya. Sayangnya, bidan tidak ada karena sedang pergi ke rumah kerabatnya. Jadi, Indah dan ibu mertuanya kembali ke rumahnya dan Indah melahirkan di rumah. Indah merasa nyaman dibantu oleh mertuanya, meskipun persalinannya sulit dan lama karena ia merasa mual-mual selama beberapa hari. Namun, ibu mertuanya sabar dan memijat perutnya untuk mengurangi rasa sakit. Dua hari setelah melahirkan, bidan mengunjungi dan memberikan suntikan. Sejak itu, Indah tidak pernah memeriksakan diri ke bidan. Ia memilih untuk mendapatkan perawatan dari ibu mertuanya.

Karena terdapat banyak desa terpencil di Sumba Barat, pilihan perempuan dipengaruhi oleh jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan, waktu yang ditempuh untuk menuju ke sana dan biaya yang harus dikeluarkan. Mereka lebih baik pergi ke Posyandu dan Polindes di desa mereka sendiri daripada pergi ke Puskesmas di kota kecamatan, meskipun pelayanan di Posyandu dan Polindes terbatas. Jumlah pasien perempuan yang mengunjungi beberapa Posyandu di Kecamatan Waikabubak dan Kabukarudi sekitar 50-150 orang per hari. Sekitar 10% - 50% di antara mereka melakukan pemeriksaan kehamilan. Mayoritas perempuan hamil di Indramayu juga memilih untuk memeriksakan kehamilan di Posyandu karena mudah diakses dan mereka memiliki hubungan emosional yang dekat dengan bidan. Beberapa Posyandu di kecamatan memungut bayaran Rp. 300 sampai Rp. 1.000 dari setiap pasien dan menggunakan uang tersebut untuk membeli telur dan susu untuk pasien Posyandu.

Karena banyak Polindes yang tidak layak untuk tempat tinggal bidan, pengurangan AKI memerlukan kemitraan antara bidan dan dukun bayi. Dukun bayi harus dipandang sebagai mitra potensial untuk bidan. Terdapat

beberapa kemitraan yang berhasil antara bidan dan dukun bayi. Kesuksesan mereka seharusnya dipelajari agar dapat diterapkan di daerah lain.

Terdapat bermacam-macam strategi kemitraan yang dapat dikembangkan. Pertama, dinas memberikan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dukun bayi. Program ini dilakukan secara periodik di Indramayu, Lebak, Jembrana dan Lampung Utara. Setiap dukun bayi di kabupaten ini diwajibkan untuk mengikuti program pelatihan oleh dinas kesehatan. Di Indramayu, setiap dukun bayi yang berpartisipasi di dalam program pelatihan menerima Rp. 20.000 sampai Rp. 25.000. Materi yang diberikan di dalam pelatihan ini meliputi:

- a. Bagaimana menggunakan peralatan untuk membantu persalinan;
- b. Bagaimana menangani perempuan hamil;
- c. Informasi tentang perempuan hamil dan persalinan;
- d. Informasi tentang tanda-tanda bahaya dalam persalinan;
- e. Metode melakukan persalinan yang steril;
- f. Bagaimana menangani tali pusar;
- g. Bagaimana memandikan dan merawat bayi baru lahir;
- h. Bagaimana memberikan informasi kepada perempuan hamil agar bersedia diberi imunisasi tetanus (IT);
- i. Informasi tentang tetanus;
- j. Informasi tentang akte kelahiran.

Setiap dukun bayi yang telah mengikuti program pelatihan diberi seperangkat peralatan dan obat-obatan untuk membantu persalinan. Paket ini termasuk gunting, kain pembalut, sebuah wadah untuk menaruh plasenta, sarung tangan, *Betadine*, obat penghilang rasa sakit dan antibiotik yang digunakan untuk mencegah infeksi pada ibu yang baru saja melahirkan. Para dukun bayi telah menggunakan peralatan dan obat-obatan tersebut. Mereka berkoordinasi dengan bidan di Puskesmas ketika mereka memerlukan lebih banyak obat-obatan.

Strategi kemitraan yang kedua melibatkan supervisi dan pemantauan. Strategi ini diterapkan di Lampung Utara. Melalui bidan di Puskesmas, pemerintah daerah melakukan supervisi terus-menerus atas praktek dukun

bayi dalam membantu persalinan. Langkah pertama yang diambil oleh pemerintah daerah adalah mencatat dukun-dukun bayi yang terdapat di daerah tersebut dan mengkategorikan mereka berdasarkan pengalamannya. Pemantauan juga meliputi dokumentasi kasus persalinan dengan bayi hidup dan meninggal yang ditangani oleh dukun bayi dan bagaimana mereka menangani setiap kasus.

Strategi ketiga adalah menyelenggarakan forum rutin untuk dukun bayi. Di Lampung Utara, bidan di daerah Kotabumi mengumpulkan seluruh dukun bayi untuk melakukan pertemuan pada hari kelima setiap bulan di rumahnya untuk mengikuti pelatihan yang akan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka. Namun, tidak mudah meyakinkan para dukun bayi untuk datang mengikuti pelatihan ini. Di samping karena para dukun bayi ini sudah tua, jarak yang harus mereka tempuh untuk sampai di tempat pelatihan seringkali menjadi hambatan bagi mereka untuk datang dalam pertemuan rutin sebulan sekali. Di dalam pertemuan ini, disarankan agar dukun bayi membentuk kemitraan dengan bidan yang terdekat untuk membantu persalinan bersama-sama. Seorang dukun bayi didorong untuk memanggil bidan ketika seorang ibu akan melahirkan. Bidan juga didorong untuk meminta bantuan dukun bayi dalam proses persalinan, yang akan semakin berkurang di masa depan. Dukun bayi akan diarahkan untuk lebih fokus pada perawatan bayi yang baru lahir.

### **Insentif dan/atau Sanksi**

Dinas Kesehatan di Indramayu, Lebak, Jembrana, Lampung Utara, Lombok Tengah dan Sumba Barat telah memiliki kebijakan untuk memberikan insentif kepada dukun bayi dan bidan yang bersedia membentuk kemitraan. Insentif ini bervariasi di tiap daerah. Di Indramayu, jika dukun bayi memanggil bidan untuk membantu persalinan, ia akan menerima insentif Rp. 50.000. Namun, dukun bayi juga akan dikenai sanksi membayar denda Rp. 50.000 jika menangani persalinan tanpa bantuan bidan.

Di Lombok Tengah, seorang dukun bayi menerima Rp. 25.000 untuk setiap pasien yang ia bawa ke fasilitas kesehatan atau petugas medis. Menurut salah seorang bidan, jika dukun bayi membantunya dalam persalinan, ia akan memberi uang Rp. 25.000 kepada dukun bayi dari kantungnya sendiri. Ia lalu akan memproses *klaim* ke PT Askes untuk mendapatkan penggantian sekaligus dengan biaya persalinan. Namun, tampaknya sistem ini tidak berjalan dengan mulus. Di Desa Praya, misalnya, dukun bayi yang membawa pasien ke Puskesmas jarang mendapatkan kompensasi apapun.<sup>7</sup> Akibatnya, beberapa dukun bayi tidak bersedia berpartisipasi dalam program ini dan menangani persalinan sendiri.

Di Lampung Utara, dukun bayi didorong untuk memanggil bidan saat membantu persalinan, sementara bidan juga didorong untuk melibatkan dukun bayi sebagai asisten mereka. Pembayaran yang diterima dari pasien dibagi di antara dukun bayi dan bidan, namun bidan menerima bagian yang lebih besar daripada dukun bayi. Seorang dukun bayi di daerah Cempedak mengatakan bahwa ia menerima insentif mulai dari Rp. 50.000 sampai Rp. 150.000 untuk membantu bidan memberikan bantuan persalinan. Kemitraan antara dukun bayi dan bidan akan mengurangi risiko dalam proses persalinan yang membahayakan ibu.

Kemauan politik pemerintah daerah Kabupaten Takalar di Sulawesi Selatan dalam mengembangkan kemitraan antara dukun bayi dan bidan patut dicontoh. Persetujuan dari Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) pada tanggal 29 Januari 2010 membuat Takalar menjadi kabupaten pertama di Indonesia yang mengeluarkan peraturan daerah tentang kemitraan antara bidan dan dukun bayi. Program kemitraan ini dimulai pada tahun 2007 ketika pemerintah Kabupaten Takalar bersama-sama dengan *The United Nations Children and Education Fund* (UNICEF) menyelenggarakan program pelatihan tentang kemitraan antara bidan dan dukun bayi di Kecamatan Galesong dan Polombangkeng Utara. Karena program kemitraan akan dilembagakan melalui Anggaran Rumah Tangga Daerah untuk diimplementasikan secara luas di kabupaten, pemerintah

---

<sup>7</sup> Wawancara dengan Inaq Kinah, Kelurahan Praya, Lombok Tengah, 21 Agustus 2007.

daerah menyediakan dana khusus dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang besarnya akan disesuaikan dengan permintaan bidan.<sup>8</sup> Sebuah pertemuan yang dihadiri oleh 32 dukun bayi dan 50 bidan menghasilkan kesepakatan bersama yang membagi tugas di antara dua kelompok tersebut. Dukun bayi akan membantu bidan untuk seluruh proses perawatan ibu sejak hamil hingga bersalin. Seorang dukun bayi akan menerima insentif sebesar Rp. 50.000 untuk setiap ibu yang akan bersalin yang ia bawa ke Puskesmas. Menurut Direktur Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar Dr. Grace V. Dumalang pelaksanaan kemitraan ini telah dapat memberi kontribusi pada penurunan angka kematian ibu dari delapan orang pada tahun 2006 menjadi tiga orang pada tahun 2007, satu orang pada tahun 2008 dan nol pada tahun 2009. Peran pemerintah dalam mengeluarkan kebijakan dan mengalokasikan dana merupakan hal yang vital untuk suksesnya pengurangan AKI melalui kemitraan antara bidan dan dukun bayi.

Sementara itu, pemerintah daerah di Sumba Barat mengeluarkan kebijakan lebih dari sekedar memberikan insentif untuk dukun bayi dan bidan yang bersedia bekerjasama di dalam kemitraan. Pemerintah daerah menggunakan Askeskin untuk memberikan pelayanan gratis persalinan di Polindes dan Puskesmas. Pasien boleh memberikan pembayaran tambahan untuk bidan, namun tidak dalam bentuk uang, bisa pakaian atau ayam, sebagai ekspresi dari rasa terima kasih mereka. Bidan seringkali tidak dapat menolak pemberian ini, karena penduduk akan menganggap bahwa ia tidak menghargai pemberian mereka. Keseriusan pemerintah daerah Kabupaten Takalar, Indramayu, Lebak, Jembrana, Lampung Utara, Lombok Tengah dan Sumba Barat untuk mendorong kemitraan antara bidan dan dukun bayi serta untuk memberikan pelayanan gratis untuk persalinan harus ditiru oleh daerah-daerah lain.

---

<sup>8</sup> *Kompas*, "Peraturan Daerah Pertama Kemitraan Dukun-Bidan", 1 Februari 2010, hlm. 13.

### Lestari

Desa Pekandangan Jaya, Desa Indramayu Ayu, Indramayu

Lestari, 35 tahun, adalah anak tertua dari enam bersaudara, dua di antaranya meninggal dunia. Ibu Lestari menikah enam kali dan semua pernikahan itu berakhir dengan perceraian setelah kita-kira satu atau dua tahun. Lestari mengatakan bahwa ia tidak mengenal ayahnya dengan baik, karena ia hanya diasuh oleh ibunya. Ia hanya ingat bahwa terdapat beberapa laki-laki yang berteman dengan ibunya dan meninggalkan ibunya dengan anak-anak. Ia tidak mengetahui apakah ibunya pernah menikah dengan salah satu laki-laki tersebut secara resmi atau nikah siri. Ibu Lestari memiliki seorang anak dari setiap laki-laki yang dekat dengannya, jadi Lestari memiliki dua adik laki-laki dan dua adik perempuan, yang masing-masing dari ayah yang berbeda. Hanya Lestari yang diasuh oleh ibunya.

Setelah menyelesaikan sekolah dasar, Lestari mulai bekerja untuk membantu keluarganya. Ia mulai bekerja sebagai buruh cuci dan membersihkan rumah hingga akhirnya menjadi buruh migran ketika ia berusia 13 tahun. Paman dan keluarga besarnya mendesaknya untuk bekerja di luar negeri untuk membantu keluarga dan merenovasi rumah mereka yang sudah ambruk. Paman Lestari mengirimnya bekerja di Arab Saudi sebagai pembantu selama empat bulan. Setiap bulan ia menerima gaji Rp. 600.000. Ia tidak meneruskan pekerjaannya karena ia kurang kuat dan rindu dengan kampungnya. Ketika kembali dari Arab Saudi, Lestari kesulitan menemukan pekerjaan karena terbatasnya pendidikan formalnya. Karena itu, ia menerima tawaran bekerja sebagai pembantu di Batam. Namun, ketika sampai di Batam, ia menyadari bahwa ia telah ditipu dan dipaksa untuk menjadi tenaga seks. Ia tidak dapat menolak karena ia harus membayar hutang tiketnya ke Batam sejumlah Rp. 2 juta. Lestari dipaksa untuk bekerja sebagai tenaga seks selama dua bulan untuk mengumpulkan uang agar dapat membayar hutang, kemudian ia pulang ke rumahnya di Indramayu.

Pada saat ia bekerja sebagai tenaga seks di Batam, Lestari menderita keputihan, peradangan dan gatal-gatal di area vaginanya. Namun ia tidak pernah pergi ke fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kesehatannya. Untuk mengobati gejala ini, ia hanya membeli aspirin, dipijat, membeli atau membuat jamu sendiri yaitu campuran akar lengkuas dan kunyit dan membeli

antibiotik di warung. Setelah kembali ke Indramayu, Lestari berhubungan dan tinggal dengan beberapa laki-laki yang berbeda. Pacarnya sekarang ini adalah seorang makelar yang mencari perempuan yang bersedia menjadi tenaga seks. Lestari mendapat bantuan keuangan dari pacarnya untuk membantu ibunya. Tidak ada satu pun pacar Lestari yang bersedia menikahinya meskipun ia telah hamil dua kali.

Selama kehamilan pertamanya, Lestari memeriksakan diri ke bidan sebanyak tiga kali. Ia juga pergi ke dukun bayi dua kali untuk dipijat agar janinnya berada di posisi normal pada usia kehamilan dua dan lima bulan. Pemijatan ini terasa menyakitkan karena dukun bayi menekan dengan kuat perutnya, namun ia tetap melakukannya karena anjuran ibu dan keluarganya. Sepanjang kehamilannya, Lestari sering pingsan karena ia menderita anemia. Bidan memberinya obat untuk mengatasi kekurangan zat besi yang dideritanya. Ia juga menderita sakit kepala, merasa lemas dan mudah jatuh.

Ketika melahirkan, Lestari meminta bantuan tetangganya untuk memanggil bidan ke rumahnya. Persalinan tersebut sangat sulit dan Lestari merasakan kesakitan yang hebat. Bidan yang menangani persalinan menjadi tidak sabar dan bingung. Ia mengoleskan satu liter minyak goreng pada vagina Lestari karena janin belum keluar juga setelah 24 jam. Lestari menjadi begitu lemah untuk mendorong pada saat kontraksi. Mereka tidak mengetahui mengapa persalinan tersebut menjadi sulit. Selama pemeriksaan kehamilan, bidan mengatakan bahwa kehamilannya normal.

Akhirnya, bidan menekan perut Lestari. Ia meminta beberapa orang untuk membantunya menekan perut Lestari untuk mendorong bayinya keluar. Lima orang laki-laki membantu bidan. Mereka menarik kaki, badan dan kepala bayi. Lestari berteriak kesakitan. Ketika bayi keluar, ternyata sudah meninggal. Lestari merasa sangat sedih karena kehilangan bayinya. Ia mengeluarkan Rp. 300.000 dari tabungannya untuk membayar bidan yang telah membantunya. Setelah melahirkan, vaginanya bengkak sehingga ia tidak dapat berjalan selama lima bulan.

Selama kehamilan keduanya, Lestari pergi ke bidan yang praktek sejauh 3 kilometer dari rumahnya. Ia juga memeriksakan diri ke dukun bayi. Kali ini, persalinan yang dibantu oleh bidan dan dukun bayi ini, berjalan dengan normal, tanpa kesulitan. Lestari melahirkan bayi perempuan. Dukun bayi meminta bayaran Rp. 400.000 karena ia datang setiap hari untuk mencuci

pakaian Lestari dan anaknya selama satu bulan. Bidan juga meminta bayaran sebesar Rp. 400.000 untuk pelayanan persalinan. Jadi Lestari membayar Rp. 800.000. Jumlah ini terlalu berat untuk Lestari. Untungnya, bidan memperbolehkannya untuk membayar dengan mencicil.

Terdapat banyak kasus seperti Lestari di Indramayu.

## BAB VI

# Wewenang atas Tubuh Perempuan dan Tingginya Angka Kematian Ibu

*“Perempuan meninggal bukan karena penyakit yang tidak dapat diobati. Perempuan meninggal karena masyarakat belum memutuskan bahwa nyawa perempuan layak untuk diselamatkan”<sup>1</sup>*

Pernyataan Prof. Mahmoud Fathalla ini mengingatkan kita akan beragamnya kasus yang ditemukan oleh Women Research Institute (WRI) dalam *Focus Group Discussions* (FGD) yang membicarakan tentang strategi untuk mendorong pemerintah mengalokasikan anggaran untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI). Peserta FGD terdiri dari bermacam-macam kalangan seperti anggota masyarakat lokal, bidan, tenaga pelayanan kesehatan lainnya, anggota organisasi masyarakat dan lain-lain. Di dalam FGD yang dilakukan di Kota Banda Aceh, salah seorang peserta menceritakan kasus berikut ini:

“Seorang ibu yang selama ini dengan rutin memeriksakan kehamilannya ke Polindes merasa yakin untuk melahirkan di rumah karena menurut Bidan kehamilan ibu tersebut tidak ada masalah. Pada saat melahirkan di rumah ibu tersebut dibantu oleh Bidan, namun setelah anaknya lahir ibu tersebut mengalami pendarahan hebat. Bidan kemudian menyarankan kepada suami si Ibu agar membawa ke rumah

---

<sup>1</sup> Prof. Mahmoud Fathalla 1997, mantan Presiden FIGO, Profesor Obstetri dan Ginekologi, Universitas Asslut, Yunani.

sakit terdekat untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Lalu suami si Ibu tersebut mengatakan bahwa dia tidak bisa memutuskan begitu saja karena dia harus meminta pendapat orang tua dan mertuanya terlebih dahulu. Setelah berembuk cukup lama lalu suami si Ibu mengatakan kepada Bidan “setelah berembuk akhirnya keluarga kami memutuskan bahwa nyawa di tangan Tuhan, kalau istri saya tetap harus meninggal biarlah dia meninggal di rumah saja. Bidan tersebut merasa sangat sedih karena tidak bisa berbuat apa-apa setelah mendengar keputusan bahwa Ibu tersebut tidak akan di bawa ke rumah sakit. Dengan putus asa akhirnya Bidan tetap berusaha dengan keras membantu menghentikan pendarahan, tetapi karena minimnya peralatan dan tidak ada sarana infus dan transfusi darah akhirnya si Ibu meninggal karena komplikasi melahirkan yang menyebabkan pendarahan hebat yang tidak tertolong”.<sup>2</sup>

WRI memperoleh banyak kasus selama wawancara dan FGD. Perempuan masih tidak memiliki wewenang atas tubuhnya sendiri, suami dan keluarganya yang membuat keputusan untuk tubuhnya. Realitas ketidaksetaraan gender yang menempatkan perempuan di tataran terendah di dalam masyarakat ini merupakan salah satu hambatan yang paling sulit untuk diatasi dalam upaya mengurangi AKI di Indonesia. Program-program yang bertujuan untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas peralatan dan kapasitas tenaga kesehatan tidak efektif untuk mengurangi AKI. Pendidikan tentang kesetaraan gender dan keadilan gender untuk mempromosikan penghargaan yang setara atas hidup laki-laki dan perempuan merupakan faktor yang menentukan suksesnya program pengurangan AKI.

Bab ini mengajak kita untuk memahami bagaimana relasi gender yang tidak setara terwujud dalam berbagai bentuk sosial dan telah mengkondisikan perempuan untuk menjadi orang yang paling miskin dan terpinggirkan di dalam masyarakat. Banyak kemiskinan perempuan berakar dari perbedaan peran gender yang direfleksikan dalam ketidaksetaraan kondisi dan posisi perempuan dan laki-laki di dalam masyarakat.

---

<sup>2</sup> Wawancara dengan salah satu peserta FGD di Kota Banda Aceh, 22 Agustus 2007.

### **Ketidaksetaraan Gender dan Beban Ganda Perempuan**

Ketidaksetaraan gender didasarkan pada nilai-nilai patriarki yang sangat mempengaruhi relasi antara laki-laki dan perempuan. Nilai-nilai patriarkis yang menempatkan laki-laki pada posisi yang lebih tinggi dari perempuan terwujud di dalam pembagian peran gender dimana perempuan ditempatkan di ruang domestik sementara laki-laki aktif di ruang publik. Untuk memenuhi peran tersebut, perempuan mulai bekerja sejak pagi hingga malam, mulai sebelum anggota keluarga yang lain bangun sampai setelah mereka tidur. Perempuan miskin di Sumba Barat harus bangun dini hari lalu memasak sarapan untuk suaminya yang akan bekerja di ladang, mengasuh anak-anak mereka dan selama musim kering mereka harus berjalan hampir dua jam untuk mengambil air minum dari mata air di tengah hutan. Fakta bahwa perempuan bekerja lebih lama tidak memperbaiki situasi ekonomi mereka karena pekerjaan domestik merupakan pekerjaan tanpa bayaran.

Dalam banyak kasus, perempuan harus bekerja untuk mendapatkan penghasilan bagi keluarga mereka dan ini memberikan beban ganda sebagai pencari nafkah dan tenaga domestik. Beban ganda ini berbahaya bagi kesehatan reproduksi perempuan, bahkan ketika mereka hamil, perempuan harus terus bekerja dari pagi sampai malam. Di daerah pedesaan, perempuan hamil tetap harus bekerja di ladang atau mengambil air dari sumur umum yang jauh dari rumah, sementara asupan gizi mereka tidak ditambah.

Perempuan miskin di Sumba Barat, misalnya, harus membantu untuk menopang keluarga mereka dengan membantu suami mereka bekerja di sawah dari pagi sampai petang. Ketika musim menanam usai, mereka menenun kain yang kemudian mereka jual untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari. Banyak perempuan miskin yang menerima kontrak menenun, dimana orang yang memberikan pesanan menyediakan semua bahan untuk menenun. Sepotong kain membutuhkan waktu 7-14 hari dan mereka menjualnya sekitar Rp. 10.000 sampai Rp. 100.000 tergantung tingkat kesulitan saat menenun. Salah seorang responden mengatakan:

“Kalau kami tidak kerja, tidak makan kami *to*, biar badan capek tapi kami dapat beri makan anak dan keluarga.... di Sumba susah cari makan, air sulit, jual sayur pun murah”.<sup>3</sup>

Selama musim panen sayuran, para perempuan berjalan sejauh 7 kilometer ke pasar untuk menjual sayuran mereka demi mendapatkan uang sekitar Rp. 20.000 sampai Rp. 40.000 per pikul sayuran. Mereka mendapatkan sangat sedikit uang karena biasanya mereka hanya menjual daun singkong, bunga pepaya dan umbi-umbian. Di daerah pedesaan di Lombok Tengah, perempuan harus membantu suami mereka sebagai buruh tani selama musim menanam dan panen. Perempuan menerima upah antara Rp. 10.000 sampai Rp. 15.000 per hari, sementara laki-laki menerima antara Rp. 15.000 sampai Rp. 25.000 untuk setengah hari kerja.<sup>4</sup> Jika mereka dibayar dengan beras, upah mereka akan dihitung berdasarkan jumlah beras yang mereka panen dalam sehari. Perempuan di Kecamatan Pujut menjadi penggembala ternak atau kerbau ketika musim panen usai. Binatang-binatang ini bukan milik mereka, namun milik orang lain yang membayar mereka dengan keturunan ternak yang mereka gembalakan.

Di Surakarta, tidak jarang para penjual di pasar tradisional atau di Pasar Klewer membawa anak-anak mereka sambil menjual dagangan mereka.

“Sebagai perempuan sudah menjadi kewajiban kita untuk mengurus anak dan suami, mulai dari bersih-bersih rumah, mencuci, memasak. Walaupun kita ada kesibukan dagang di pasar, tetaplah, kewajiban di rumah harus dilakukan dulu.”

Perempuan yang lain menambahkan:

“Saya biasa membawa anak saya ikut menunggu dagangan di pasar... bagaimana lagi... dia masih kecil untuk bisa ditinggal di rumah.

<sup>3</sup> Wawancara dengan Ina Sode, Waikabubak, Sumba Barat, 20 Desember 2007.

<sup>4</sup> Hasil observasi dan diskusi dengan petani di Desa Ketare dan Desa Sengkol, Lombok Tengah, April 2007.

Daripada tidak ada yang mengurus anak di rumah, lebih baik saya ajak. Ya agak sedikit repot, tapi saya sudah biasa...”<sup>5</sup>

Ani dari Indramayu mengatakan bahwa hampir seluruh waktunya dihabiskan dengan bekerja, baik di rumah atau di sawah. Ia bekerja sebagai buruh tani dan harus bangun pagi-pagi sekali saat masih gelap untuk memasak dan menyiapkan sarapan untuk keluarganya. Lalu ia pergi ke sawah untuk bekerja sepanjang hari. Setelah pulang ke rumah, ia membersihkan rumah, mencuci pakaian dan mengasuh anaknya. Singkatnya, ia tidak memiliki waktu untuk melakukan hal lain seperti pergi ke fasilitas kesehatan atau pengobatan medis. Ani mengatakan bahwa ia tidak pernah berobat secara medis ketika ia sakit.<sup>6</sup> Beban pekerjaan, baik di dalam maupun di luar rumah, membatasi kemampuan perempuan untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan.

Meskipun perempuan menjalankan peran ganda sebagai tenaga domestik dan pencari nafkah, yang berarti bahwa mereka juga aktif di lingkungan publik seperti laki-laki, tradisi patriarki dan nilai-nilai sosial menghambat mereka untuk mendapatkan wewenang atas tubuh mereka sendiri dan kehidupan reproduksi mereka. Jadi, laki-laki tetap menjadi pengambil keputusan tentang siapa yang diminta untuk membantu persalinan. Seperti yang dijelaskan oleh salah seorang responden, perempuan cenderung mengikuti suami mereka untuk meminta bantuan dukun bayi membantu persalinan.<sup>7</sup>

“Waktu melahirkan saya ditolong sama paraji. Waktu itu suami saya yang memanggilnya. Saya *mah nurut aja* sama suami. Waktu mau melahirkan saya pingsan. Terus suami saya memanggil paraji. Jadi saya *nggak* ikut *mutusin* mau *manggil* siapa. Lagian kalau mau *manggil* bidan, saya *nggak* ada biaya karena katanya mahal kalau *manggil* bidan”.

<sup>5</sup> Wawancara dengan Sularni, Desa Sangkrah, Pasar Kliwon, Kota Surakarta 8 Agustus 2007.

<sup>6</sup> Wawancara dengan Ani, Indramayu, Agustus 2007.

<sup>7</sup> Wawancara dengan seorang responden, Desa Cikarang, Kecamatan Muncang, Kabupaten Lebak, April 2008.

## Ketidaksetaraan Gender dan Kesehatan Reproduksi Perempuan

**Tabel 6.1.**  
**Pilihan Tempat Pengobatan Ketika Sakit**

No.	Pilihan Tempat Pengobatan	Lebak		Lampung Utara		Sumba		Surakarta		Jembrana		Lombok Tengah		Indramayu	
		♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
1.	Rumah Sakit/dokter	11,3	6,8	17,5	16,6	20,4	14,6	39,6	32,5	63,1	54,7	26,4	27,4	20,8	14,3
2.	Puskesmas/ Puskesmas Pembantu	24,5	28,8	30,2	31,8	48	59,2	23,3	23	4,1	6,2	23,1	26,5	20,1	25
3.	Bidan	1,9	8,5	7,9	16,7	1	18,4	2,3	6,8	2,7	12,4	0,8	6,9	8,4	9,5
4.	Tanpa pengobatan/ Membeli obat di warung	49,1	56	30,2	34,8	12,3	9,7	25,6	38,9	19,2	25,5	29,8	38,4	36	50,5

Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007

Tabel 6.1. menunjukkan bahwa persentase laki-laki yang memilih pengobatan medis di rumah sakit atau dokter lebih tinggi daripada perempuan karena biaya pengobatan lebih mahal dan laki-laki lebih mudah bepergian dibandingkan perempuan. Sulit bagi perempuan untuk meninggalkan rumah mereka untuk mendapatkan pengobatan karena beban ganda sebagai tenaga domestik dan pencari nafkah yang harus mereka lakukan. Responden perempuan mengatakan bahwa mereka tidak dapat pergi ke rumah sakit karena jaraknya terlalu jauh (di kota kabupaten) dan terlalu mahal (mereka tidak ingin menghabiskan uang untuk diri mereka sendiri). Lebih banyak perempuan yang memilih untuk berobat ke Puskesmas atau Pustu atau berkonsultasi ke bidan karena lebih dekat dan murah.

Sebab lain lebih rendahnya jumlah perempuan yang memilih pengobatan medis adalah perbedaan persepsi tentang penyakit antara laki-laki dan perempuan. Perempuan melihat penyakit sebagai kondisi yang mencegah mereka melakukan aktivitas domestik sehari-hari seperti memasak, membersihkan rumah, mencuci pakaian dan mengasuh anak-anak. Sementara itu, laki-laki melihat penyakit sebagai sesuatu yang mengganggu kondisi kesehatan mereka. Beberapa responden perempuan di wilayah penelitian mengatakan bahwa mereka menganggap sakit kepala dan de-

mam bukan penyakit karena mereka masih dapat melakukan pekerjaan rumah tangga mereka. Mereka baru merasa memerlukan pengobatan jika mereka sudah tidak dapat bangun lagi dari tempat tidur. Sebaliknya, laki-laki cenderung bereaksi lebih cepat terhadap penyakit karena ada pendapat umum di dalam masyarakat bahwa laki-laki adalah pencari nafkah. Laki-laki cenderung memprioritaskan kesehatan mereka dibandingkan kesehatan perempuan karena pekerjaan rumah tangga tidak memiliki 'nilai ekonomi'. Tabel 6.1. menunjukkan banyak perempuan yang hanya membeli obat di warung kalau mereka merasa sakit. Pilihan tempat pengobatan sangat dipengaruhi oleh kemampuan warga masyarakat untuk membayar pelayanan tersebut, akses masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan dan infrastruktur serta nilai-nilai patriarkis yang membentuk persepsi tentang penyakit di dalam masyarakat.

Data dari *Gender-related Development Index* dalam Tabel 6.2. menunjukkan bahwa harapan hidup perempuan lebih rendah daripada harapan hidup laki-laki di semua wilayah penelitian WRI. Menurut temuan penelitian WRI, sejumlah besar perempuan tidak dapat mengungkapkan rasa sakit dan ketidaknyamanan mereka karena seluruh peran dan tanggung jawab sosial, ekonomi, dan domestik membuat mereka tidak memiliki waktu untuk mendapatkan pengobatan. Apa yang menarik dari data yang

**Tabel 6.2.**  
**Gender-related Development Index (GDI), 2002<sup>8</sup>**

No.	Kabupaten/Kota	Perbandingan population (%)		Harapan hidup (per tahun)		Melek Huruf (%)		Rata-rata jumlah tahun di sekolah		Kontribusi untuk pendapatan	
		♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
1.	Kota Surakarta	47,9	52,1	69,1	73,0	89,3	96,8	9,2	10,5	33,2	66,8
2.	Lampung Utara	50,2	49,8	63,4	67,3	97,7	94,3	7,6	6,8	65,8	34,2
3.	Jembrana	50,1	49,9	68,5	72,4	91,3	81,6	7,9	6,3	71,1	28,9
4.	Indramayu	49,7	50,3	61,8	65,6	85,1	67,4	5,8	4,4	80,9	19,1
5.	Lebak										
6.	Lombok Tengah	46,8	53,2	55,7	59,2	78,4	59,8	5,9	3,9	55,6	44,4
7.	Sumba Barat	50,1	49,9	60,5	64,2	74,9	68,4	5,6	5,0	60,4	39,6

<sup>8</sup> Indonesia Laporan Pembangunan Manusia 2004, Ekonomi dari Demokrasi, Membiayai Pembangunan Manusia Indonesia, BPS, Bappenas, UNDP.

dipresentasikan di bawah ini adalah bahwa, kecuali di Surakarta, angka melek huruf perempuan di enam wilayah penelitian tersebut lebih tinggi dari laki-laki. Alasan untuk hal ini adalah karena laki-laki diharapkan untuk menyokong kehidupan keluarga, sehingga banyak di antara mereka yang meninggalkan sekolah saat masih kecil untuk bekerja. Jadi, peran gender tampaknya juga merugikan laki-laki dalam hubungannya dengan pendidikan formal.

Hal menarik lainnya adalah bahwa, kecuali di Surakarta, perempuan memberikan lebih banyak kontribusi pada pendapatan keluarga dibandingkan laki-laki. Hal ini membuktikan bahwa perempuan memang bekerja di dua dunia, yaitu publik dan domestik, untuk menyokong keluarga mereka. Dapat dikatakan pula bahwa pendapatan perempuan digunakan untuk kebutuhan rumah tangga, sementara pendapatan laki-laki digunakan untuk kebutuhan pribadi. Tidak jarang laki-laki menggunakan pendapatannya untuk menikah lagi. Karena itu, mereka harus menyokong lebih dari satu isteri dan isteri-isteri mereka harus bekerja juga untuk menyokong kebutuhan rumah tangga mereka. Kabupaten Indramayu menarik untuk dianalisis. Kontribusi perempuan pada pendapatan keluarga sangat besar diban-

**Tabel 6.3.**  
**Gender Empowerment Measurement (GEM) 2002<sup>9</sup>**

No.	Kabupaten/Kota	Partisipasi Perempuan di Palemen (% anggota di parlemen)	Perempuan dalam Posisi Profesional, Teknik, Kepemimpinan, & Administratif (% dari total)	Perempuan di Tempat Kerja (% dari total)	Perempuan di dalam Kependudukan (% dari total)	Upah Rata-rata di Sektor Non-Pertanian (Rp)	
						♀	♂
1.	Kota Surakarta	2,2	51,3	43,6	52,1	297,7	461,8
2.	Lampung Utara	6,7	56,9	38,1	49,8	528,4	626,9
3.	Jembrana	0,0	38,6	43,3	49,9	314,3	591,1
4.	Indramayu	2,2	42,6	35,2	50,3	318,9	731,8
5.	Lebak						
6.	Lombok Tengah	6,7	28,2	50,4	53,2	273,5	348,7
7.	Sumba Barat	0,0	36,8	44,2	49,9	431,0	520,2

<sup>9</sup> *Ibid.*

dingkan laki-laki. Ini berarti, anak gadis dan perempuan dewasa di Indramayu merupakan aset untuk keluarga mereka, seperti yang telah disebutkan di bab sebelumnya.

Informasi tentang ketidaksetaraan gender dapat dilihat lebih detail di Tabel 6.3., yang menunjukkan bahwa tingkat partisipasi perempuan di parlemen di semua wilayah penelitian sangat rendah. Di Jembrana dan Sumba Barat, tidak ada perempuan anggota di DPRD. Ini merupakan temuan yang penting karena rendahnya tingkat partisipasi perempuan di parlemen berarti bahwa kebijakan publik di kabupaten tersebut didominasi oleh kepentingan dan kebutuhan laki-laki. Jadi, laki-laki mendominasi formulasi program dan kegiatan pemerintah. Jelas terlihat bahwa terdapat korelasi positif antara nilai-nilai patriarkis dan sejumlah kecil perempuan yang menempati posisi sebagai pengambil keputusan di dalam ruang publik di wilayah-wilayah ini.

### Wewenang atas Tubuh Perempuan dan Pilihan Alat Kontrasepsi

Tabel 6.4. menunjukkan bahwa jauh lebih banyak perempuan dibandingkan laki-laki yang menggunakan alat kontrasepsi di tujuh wilayah penelitian. Hal ini berkaitan dengan program pelayanan Keluarga Berencana

**Tabel 6.4.**  
**Penggunaan Alat Kontrasepsi**

Alat Kontrasepsi yang digunakan (%)	Lebak	Lampung Utara	Sumba	Kota Surakarta	Jembrana	Lombok Tengah	Indramayu
<b>Laki-laki</b>	0,4	2,2	5,2	23,2	2,4	6,2	2,8
Vasektomi	0,0	1,0	2,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Kondom	0,0	0,0	0,0	13,6	1,2	1,8	2,4
Tanpa Kontrasepsi	0,4	1,2	3,2	9,6	0,8	4,4	0,4
<b>Perempuan</b>	75,3	78,1	36,8	42,8	81,3	69,1	80,9
Pil	14,5	20,3	11,1	11,1	8,8	16,4	24,3
IUD	0,0	1,7	1,6	7,1	5,6	13,3	4,0
Suntikan	74,0	76,8	73,8	56,6	76,5	63,3	65,7
Susuk	11,9	0,8	0,0	1,5	6,4	4,9	1,6
Tanpa Kontrasepsi	24,3	19,7	58,0	34,0	16,3	24,7	16,3

*Sumber:* Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

(KB) yang lebih ditujukan untuk perempuan, baik dalam penyebaran informasi maupun penyediaan alat kontrasepsi. Program KB dan kebijakan yang ditujukan kepada perempuan menunjukkan bahwa pemerintah melihat tubuh perempuan lebih mudah diatur. Banyak jenis kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam tubuh perempuan tanpa mempertimbangkan pengaruhnya pada kesehatan perempuan. Seringkali, pilihan alat kontrasepsi apa yang akan digunakan tidak dibuat oleh perempuan sendiri melainkan oleh suami atau tenaga kesehatan. Ini berarti bahwa perempuan tidak memiliki wewenang atas tubuh mereka sendiri dalam membuat keputusan berdasarkan informasi tentang kapan perempuan akan hamil, berapa banyak anak yang ingin dimiliki dan bagaimana untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Sementara itu, tenaga kesehatan mengatakan bahwa para suami menolak menggunakan kondom. Hampir semua perempuan yang diwawancarai juga mengatakan bahwa suami mereka menolak menggunakan kondom.

Tabel 6.4. juga menunjukkan bahwa lebih dari setengah jumlah perempuan menggunakan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan, kecuali di Sumba Barat dan Surakarta, dimana persentase penggunaannya kurang dari 50%. Rendahnya jumlah peserta KB di Sumba Barat (36,8%) adalah akibat fasilitas ini sulit diakses perempuan Sumba karena faktor budaya yang menganggap anak laki-laki sebagai penerus nama keluarga. Kepercayaan ini menjadi beban bagi perempuan untuk melahirkan anak laki-laki. Jadi, kontrasepsi tidak digunakan sampai keluarga mendapatkan anak laki-laki. Hal ini, tentu saja, memberi implikasi negatif pada kesehatan reproduksi perempuan. Tidak berpartisipasi dalam keluarga berencana meningkatkan potensi perempuan untuk mengalami kehamilan yang berisiko tinggi, karena sudah memiliki terlalu banyak anak atau jarak antara kehamilan anak yang satu dan lainnya terlalu dekat.

Sementara itu, rendahnya jumlah perempuan peserta KB di Kota Surakarta (42,5%) sebaiknya dijelaskan dengan cara yang berbeda. Pemerintah Kota Surakarta serius dalam menyediakan informasi tentang KB kepada laki-laki dan perempuan. Pemerintah daerah memiliki program yang dinamakan *Pria Utomo* untuk laki-laki dan mengajak mereka untuk

aktif berpartisipasi dalam mengatur jarak antar anak dengan menggunakan kontrasepsi. Dalam rangka menaikkan jumlah peserta KB, pemerintah lokal memberikan suplai alat KB yang mencukupi di setiap Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas Keliling (Pusling) dan bahkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Surakarta dianggap sebagai kota yang menawarkan akses yang lebih mudah atas informasi KB kepada masyarakat umum. Hal ini mempengaruhi kesadaran tentang isu-isu gender sehingga lebih mudah bagi perempuan untuk meminta suaminya menggunakan kondom atau bagi laki-laki untuk memilih kondom. Karena itu, dibandingkan dengan enam wilayah penelitian lainnya, Surakarta memiliki persentase laki-laki peserta KB yang paling tinggi. Hal ini mencerminkan awal tumbuhnya partisipasi laki-laki di dalam program KB untuk mencegah kehamilan.

#### **Santi dan Masalah Kesehatan yang Berhubungan dengan Alat Kontrasepsi**

Kelurahan Pasar Kliwon, Kecamatan Sangkrah, Surakarta

Santi dilahirkan 21 Agustus 1969. Ibu rumah tangga ini berusia 39 tahun saat diwawancara. Ia telah hamil dan melahirkan sebanyak lima kali dan tidak pernah mengalami keguguran. Jarak antara anaknya sangat dekat. Ketika anak keempatnya baru berumur satu bulan, Santi telah mengandung anak kelima. Anak keempatnya belum berumur satu tahun ketika ia melahirkan anak kelima.

Santi awalnya menggunakan pil KB yang diberikan secara gratis oleh Puskesmas bagi peserta Askeskin. Ketika pil KB itu membuatnya sakit, ia melaporkannya kepada petugas di Puskesmas dan menggantinya dengan suntik KB untuk tiga bulan. Alat KB inipun disediakan gratis oleh Puskesmas. Setelah mengandung anak keempat, ia memakai IUD/spiral. Meskipun mengalami sakit kepala setelah IUD dipasang, Santi tidak memeriksakan diri kepada tenaga kesehatan di Puskesmas sampai ia merasakan tanda-tanda kehamilan. Awalnya, ia tidak percaya bahwa ia hamil lagi. Dokter yang memeriksanya mengatakan bahwa ia memang hamil dan IUD sudah tidak ada di tempatnya.

### Penyakit Menular Seksual Merupakan Tanda Kesehatan Reproduksi Perempuan yang Buruk

Tabel 6.5. menunjukkan bahwa mayoritas responden perempuan (lebih dari 50%) di tujuh wilayah penelitian mengakui bahwa mereka pernah mengalami gejala yang berkaitan dengan penyakit menular seksual (PMS). Keluhan yang paling banyak disebutkan oleh responden adalah keputihan yang abnormal, diikuti rasa gatal di daerah vagina.

**Tabel 6.5.**  
**Responden yang Mengalami Gejala PMS**

Jenis Masalah	Lebak	Lampung Utara	Sumba	Kota Surakarta	Jembrana	Lombok Tengah	Indramayu
Mengalami masalah PMS	62,0	56,3	72,7	67,3	40,3	81,0	82,7
Sakit/tidak nyaman daerah vagina	8,7	6,7	26,3	8,7	4,7	26,3	18,7
Bisul dan kutil di daerah vagina	3,3	1,0	6,7	0,7	0,7	5,7	6,0
Gatal-gatal di daerah vagina	27,3	23,0	36,7	32,7	18,3	41,0	41,7
Keputihan yang tidak biasa	54,3	46,0	65,0	57,7	33,3	60,0	71,7
Peradangan di daerah vagina	7,3	2,3	23,3	3,0	1,3	10,7	5,3
Sakit selama sanggama	12,7	8,0	27,3	10,0	5,3	20,0	17,0
Pendarahan setelah sanggama	4,0	2,0	13,3	2,0	1,7	8,3	2,3
Kram di perut bagian bawah	18,0	17,0	40,7	25,0	13,0	48,7	37,7

Sumber: Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

Kabupaten Indramayu mencatat angka tertinggi jumlah responden yang mengalami gejala PMS, mencapai 82,7%, dengan persentase tertinggi pada dua gejala PMS, yaitu keputihan yang abnormal dan gatal-gatal di daerah vagina. Tampaknya, dua gejala PMS tersebut berhubungan dengan kebiasaan setempat yang disebut *luruh duit*, yang mendorong banyak perempuan usia produktif di Indramayu untuk menjadi pekerja seks komersial untuk mencari nafkah bagi keluarga. Tradisi ini akan didiskusikan lebih lanjut di dalam bab ini.

Pengetahuan dan kesadaran kesehatan reproduksi perempuan umumnya masih sangat rendah, sehingga potensi untuk mengalami infeksi PMS masih sangat tinggi. Hal ini sangat berhubungan dengan rendahnya persentase laki-laki yang menggunakan kondom selama berhubungan seksual. Ini juga menunjukkan berulangnya fakta bahwa perempuan tidak memiliki

**Tabel 6.6.**  
**Pilihan Tempat untuk Pengobatan Gejala PMS**

Pilihan Pengobatan	Lebak	Lampung Utara	Sumba	Kota Surakarta	Jembrana	Lombok Tengah	Indramayu
Tanpa pemeriksaan	72,2	72,8	70,8	70,8	73,6	81,9	63,7
Dukun	11,8	13,6	1,8	10,9	3,3	3,7	18,5
Bidan/dokter pribadi	8,0	4,1	3,7	8,9	23,1	4,5	14,1
Puskesmas/Pustu/Perawat	5,3	7,7	17,3	6,9	0,0	7,4	3,6
Posyandu/Polindes	2,1	1,2	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Rumah Sakit	0,5	0,6	2,3	2,5	0,0	2,5	0,0

*Sumber:* Hasil survei WRI di tujuh wilayah penelitian, 2007-2008

wewenang atas tubuh mereka sendiri, sehingga kontrol mereka atas kesehatan reproduksi mereka sendiri sangat lemah. Banyak perempuan mengakui bahwa mereka lebih memilih minum jamu atau antibiotik yang dijual tanpa resep untuk mengobati gejala PMS daripada pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan medis. Tabel 6.6. menunjukkan pilihan tindakan yang bervariasi yang dilakukan oleh responden perempuan ketika mereka mengalami gejala PMS.

Tabel 6.6. menunjukkan bahwa mayoritas responden perempuan yang mengalami gejala PMS, kira-kira lebih dari 60%, memilih untuk tidak melakukan pemeriksaan medis. Wawancara ini mengungkap bahwa responden perempuan di wilayah penelitian merasa malu jika vaginanya diperiksa ketika mereka mengalami gejala-gejala tersebut. Banyak perempuan mengakui mereka akan dipermalukan jika orang lain, termasuk suaminya, menemukan gejala tersebut. Mereka takut dipersalahkan dan dianggap sebagai perempuan 'nakal', meskipun mereka terinfeksi oleh suami atau pasangan mereka. Lagipula, banyak perempuan menganggap bahwa beberapa gejala PMS bukanlah kondisi yang tidak lazim yang memerlukan pengobatan. Mereka menganggap bahwa gejala-gejala tersebut akan hilang tanpa perlu pengobatan.

Hanya sedikit perempuan yang menyadari perlunya memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan atau ke bidan. Hal ini merupakan masalah yang serius karena gejala PMS seharusnya tidak diabaikan karena dapat menular ke pasangan seksual atau mencetuskan penyakit yang lebih serius yang berakibat negatif pada kesehatan reproduksi perempuan, termasuk janin.

Banyak responden perempuan yang tidak menyadari bahwa mereka ketularan gejala PMS dari suami atau pasangan mereka. Karena pengetahuan mereka yang kurang tentang kesehatan reproduksi perempuan, tidak ada usaha untuk mencegah penularan infeksi kepada pasangan.

Sementara itu, hanya sedikit tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang menyediakan informasi dan pengobatan khusus untuk kesehatan reproduksi perempuan. Hanya Kota Surakarta yang memiliki fasilitas kesehatan yang khusus menangani pengobatan PMS, yaitu Puskesmas yang berada di Kecamatan Sangkrah. Seorang tenaga kesehatan di Puskesmas Sangkrah menjelaskan bahwa tenaga kesehatan membangun kepercayaan di antara pasien, terutama mereka yang menderita HIV/AIDS, dengan menjamin kerahasiaan identitas dan catatan kesehatan pasien sehingga mereka bersedia diperiksa. Mereka juga proaktif dalam mendekati berbagai kelompok yang memiliki risiko tinggi tertular PMS dan HIV/AIDS dengan mendorong mereka agar mau memeriksakan diri dan membuat perjanjian pemeriksaan.

Namun, usaha para tenaga kesehatan di Surakarta untuk meningkatkan jumlah penderita PMS yang mengakses fasilitas kesehatan tidak meningkatkan secara signifikan jumlah pasien yang pergi ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pengobatan atas gejala PMS mereka. Persentase perempuan yang memilih untuk mengobati diri sendiri masih tinggi (70,8%). Informasi yang tidak memadai tentang kesehatan reproduksi mereka serta tradisi dan tabu yang diskriminatif masih menjadi batu sandungan bagi perempuan untuk memberi lebih banyak perhatian pada tubuh dan kesehatan reproduksi mereka.

### **Budaya Lokal yang Meminggirkan Perempuan**

Perempuan di tujuh wilayah penelitian WRI hidup di bawah relasi budaya dan sosial yang patriarkis yang membuat mereka tidak dapat mengambil keputusan tentang kehidupan reproduksi mereka sendiri. Perempuan tidak dapat menentukan untuk diri mereka sendiri apakah mereka ingin melaku-



Gadis kecil mengasuh adik di daerah miskin di Indramayu

kan hubungan seksual atau tidak, apakah mereka ingin memiliki anak atau tidak, serta apakah mereka ingin pergi ke fasilitas kesehatan atau tidak ketika mereka mengalami pendarahan dan komplikasi pada saat persalinan. Suami dan keluarganya yang mengendalikan tubuh dan hidup mereka.

Interpretasi keagamaan tidak mendukung perempuan untuk memiliki wewenang atas tubuh mereka. Banyak interpretasi keagamaan yang mengatur bahwa istri 'dilarang' untuk menolak ketika laki-laki menuntut untuk melakukan hubungan seksual.

Beberapa interpretasi menga-

takan bahwa isteri akan dikutuk jika ia menolak hasrat suaminya untuk berhubungan seksual, meskipun dalam situasi tertentu, hubungan seksual dapat membahayakan kesehatan reproduksi perempuan. Wewenang perempuan atas tubuhnya tidak diakui oleh nilai-nilai sosial, budaya dan agama.

Catatan berikut ini adalah tentang kebudayaan lokal di beberapa wilayah penelitian WRI yang menolak hak perempuan untuk mengambil keputusan tentang kehidupan mereka secara umum, khususnya kesehatan reproduksi mereka. Dalam rangka untuk mengurangi AKI, kita perlu menyediakan fasilitas, peralatan dan tenaga kesehatan yang memadai. Kita perlu mempromosikan perubahan budaya agar memperbolehkan perempuan mengambil keputusan tentang kehidupan dan kesehatan reproduksi mereka.

### Di Sumba Barat, Perempuan Dibeli oleh Keluarga Suaminya

Di Sumba Barat terdapat tradisi, perspektif dan nilai-nilai sosial yang secara tidak langsung menyebabkan lemahnya posisi perempuan di dalam keluarga, masyarakat dan relasi sosial lainnya. Misalnya, tradisi *belis* yang secara harafiah berarti sejumlah uang yang diberikan oleh keluarga mempelai laki-laki kepada keluarga mempelai perempuan. Bagi laki-laki Sumba, *belis* sering diinterpretasikan sebagai pengalihan hak atas perempuan dari keluarga kandungnya kepada keluarga suaminya. Perempuan sekarang menjadi milik suami dan keluarga suaminya.

“Dengan diterimanya uang atau barang (*belis*) oleh pihak perempuan, maka berarti setelah pernikahan si perempuan akan mengikatkan diri pada perjanjian untuk ikut dalam keluarga suami, baik pribadi maupun harta benda yang dibawa, akan tunduk pada hukum adat suami, karena ia merupakan pembantu suami dalam hubungan kekerabatan maupun hubungan kemasyarakatan. Selanjutnya, hubungan kekerabatan ini juga menganut hubungan pernikahan “Ganti Suami”, artinya, apabila suami meninggal, maka istri harus kawin dengan saudara laki-laki dari almarhum suaminya.” (Hadikusuma, 1990:73).

Secara umum, *belis* dapat berupa sapi, kerbau, kuda, babi dan beberapa *kombo* (kain tenun Sumba). Jumlah ternak untuk *belis* bisa mencapai lusinan atau ratusan. Sebagai balasannya, keluarga mempelai laki-laki diberi *mamuli*, perhiasan emas Sumba berupa giwang, kalung, gelang dan gelang kaki yang dikenakan perempuan pada saat upacara tradisional. *Belis* sering dianggap simbol kekayaan dan kekuasaan laki-laki yang dapat membayar dengan nilai tinggi. *Belis* juga seringkali merupakan simbol kekayaan dan kekuasaan bagi laki-laki yang dapat membayar dengan harga tinggi yang menandakan awal hubungan jangka panjang kedua keluarga. Di dalam hukum tradisi yang tidak tertulis, *belis* tidak harus dibayarkan kepada keluarga mempelai perempuan tepat pada saat perkawinan. *Belis* boleh dibayar dengan cara mencicil bahkan sampai kematian pasangan tersebut. Anak-

anak dari pasangan tersebut juga harus ikut membayar cicilan. Hal ini menandakan ikatan antara kedua keluarga tidak akan pernah terputus.<sup>10</sup>

Sebagai seorang isteri, perempuan harus benar-benar tunduk kepada suaminya dalam segala hal, bahkan ketika ia mengalami kekerasan psikologis, ekonomi dan fisik. Terdapat pepatah tradisional yang diturunkan dari ibu kepada anak perempuannya dalam memandang masalah keluarga, “Bahkan jika kamu dipukuli oleh suami atau ayah mertuamu, jangan sekali-kali pulang ke rumah! Sangat memalukan kalau sampai pulang!” Ini berarti meskipun perempuan menerima perlakuan yang sangat buruk dari suami dan mertuanya, ia harus menerimanya. Orangtua merasa malu menerima kembali anak perempuannya yang sudah menikah. Karena itu, isteri harus menanggung kekerasan domestik tanpa dukungan dan bantuan dari keluarganya.

Menurut Ety Rambu Baba, seorang aktivis perempuan di Sumba Barat,

“Di masyarakat Sumba masih sangat tinggi angka kekerasan dan pola relasi yang sangat tidak adil yang dirasakan oleh perempuan. Banyak perempuan tidak dapat mengadukan masalah mereka kepada orangtua mereka, karena orangtua perempuan sudah lepas tangan dan menganggap kendali anak perempuannya berada sepenuhnya ditangan suami atau keluarga suaminya. Bahkan perempuan tidak boleh pergi dari suaminya, karena dalam pernikahan masyarakat Sumba Barat, tidak mengenal kata perceraian. Perempuan harus menerima keadaannya tanpa dapat berbuat apa pun. Bagi laki-laki yang mampu dan kaya, dapat memiliki istri lebih dari satu, hal itu sekaligus simbol keperkasaan bagi laki-laki tersebut.”<sup>11</sup>

Kata ‘cerai’ tidak dikenal di dalam masyarakat Sumba. Sekali menikah, pasangan akan tetap bersama sepanjang hidup mereka. Konsekuensi dari mahalanya *belis* dari keluarga mempelai laki-laki adalah keluarga mempelai perempuan harus mengembalikan nilai *belis* kepada keluarga mempelai

<sup>10</sup> Wawancara dengan Jack Karimata, Sumba Barat, 21 Desember 2007.

<sup>11</sup> Wawancara dengan Ety Rambu Baba, Sumba Barat, 7 Desember 2007.

laki-laki jika pasangan tersebut berpisah. Artinya, perempuan yang dipersalahkan atas kegagalan perkawinan tersebut.

Sebagai konsekuensi dari tradisi *belis* tersebut, perempuan tidak dapat berpartisipasi di dalam pengambilan keputusan yang dianggap merupakan wilayah laki-laki. Misalnya, tidak boleh ada perempuan yang mengikuti proses *belis* dan pertemuan kedua keluarga dalam upacara perkawinan. Perempuan berada di belakang, menyiapkan makanan untuk tamu laki-laki. Arsitektur rumah juga menunjukkan polarisasi gender. Rumah-rumah tradisional di Sumba<sup>12</sup> biasanya memiliki dua pintu. Pintu utama untuk tamu dan laki-laki, sementara pintu belakang digunakan untuk aktivitas yang berhubungan dengan perempuan.

### Menundukkan Perempuan Sasak Melalui Perkawinan

Terdapat tradisi diantara orang Sasak, etnik terbesar di Lombok, yang disebut *merariq*, dimana seorang laki-laki menculik perempuan pilihannya. Perempuan dibawa ke rumah seorang kerabat si penculik, yang kemudian mengabarkan kepada keluarga si perempuan bahwa penculik akan melamar secara resmi. Meskipun banyak perempuan tidak setuju, namun tradisi tersebut masih dipraktikkan. Seorang perempuan menegaskan bahwa:

“Jika laki-laki yang membawanya lari bukan pilihannya, tetapi berasal dari unsur keluarganya dan berstatus bangsawan, maka perempuan tersebut tidak berani menolak kehendak keluarga dan adat. Pemberontakan tidak memberi solusi apapun kecuali harus tetap menikah dengan laki-laki tersebut.”<sup>13</sup>

Tradisi ini menempatkan perempuan sebagai objek perebutan, yang dimiliki dengan kekuatan. Tradisi Sasak yang lain membuat perempuan kehilangan dukungan dari keluarganya. Seorang perempuan Sasak yang

<sup>12</sup> *Sinar Harapan*, Pulau Sumbawa, 'Tawaran Berwisata ke Masa Silam', <http://www.sinarharapan.co.id>

<sup>13</sup> Diskusi dengan para perempuan dengan status sosial tinggi di Desa Batujai, Lombok Tengah.

menikahi laki-laki dengan status sosial lebih rendah akan tidak diakui oleh keluarganya dan orangtua tidak akan menghadiri perkawinan mereka. Sebaliknya, laki-laki Sasak tidak akan pernah tidak diakui oleh keluarganya dan mereka dapat menikahi perempuan dari kelas sosial apa saja.

Dua tradisi tersebut menempatkan perempuan Sasak pada posisi yang tidak menguntungkan. Perempuan Sasak tidak berani mengambil keputusan untuk diri mereka sendiri. Suami menentukan berapa banyak anak harus dilahirkan isteri dan kapan melakukan hubungan seksual. Hasil penelitian WRI menunjukkan bahwa hanya 2,3% responden perempuan di kabupaten ini yang berani mengambil keputusan tentang berapa anak yang akan dimiliki oleh keluarga tersebut. Mayoritas perempuan, sejumlah 57,7%, bahkan tidak memeriksakan kesehatannya jika mereka tidak mendapat izin dari suami mereka.

### **Meminggirkan Perempuan di Lampung Utara melalui Perkawinan dan Keturunan**

Sama dengan tradisi orang Sasak di Lombok Barat, perkawinan di Lampung diikat dengan harga mempelai perempuan (*ngakuk mulei*) yang diberikan oleh keluarga mempelai laki-laki kepada keluarga mempelai perempuan. Ini menandakan pemindahan 'kepemilikan' dari keluarga perempuan kepada suami dan keluarganya dan pada dasarnya berlaku selamanya. Perceraian jarang sekali terjadi di Lampung. Menurut tradisi, perceraian dilarang dan dikatakan bahwa tidak ada perceraian kecuali karena kematian. Mereka yang melakukan perceraian akan menanggung malu, tidak hanya diri mereka sendiri namun juga seluruh keluarga. Karena itu, banyak pasangan yang memilih untuk tetap mempertahankan perkawinan meskipun mereka tidak bahagia. Dalam kasus kekerasan domestik, perempuan seringkali memilih untuk tetap diam, karena menurut interpretasi dalam agama Islam, ia sebaiknya melindungi reputasi suaminya. Seorang isteri dilarang berbicara kepada publik tentang perilaku kejahatan suaminya.

Perempuan di Lampung Utara juga tidak mendapat warisan. Karakter masyarakat patrilineal membuat anak laki-laki tertua mendapat warisan

dari ayahnya, dan juga wewenang, serta aset di dalam keluarga. Warisan kekuasaan dari ayah ke anak laki-lakinya memposisikan perempuan sebagai anggota keluarga kelas dua yang tidak memiliki akses atas wewenang atau kepemilikan aset keluarga yang produktif. Karena perempuan tidak menerima warisan, mereka menjadi tergantung secara ekonomi kepada laki-laki – ayah, suami, saudara laki-laki mereka. Perempuan yang tidak memiliki pendapatan dan aset ekonomi, terutama jika pendidikan formal mereka terbatas, sangat sulit untuk membuat keputusan di dalam keluarga, apalagi untuk bercerai dari suaminya.

### **Menundukkan Perempuan Melalui Pekerja Seks Indramayu**

Indramayu merupakan wilayah yang strategis secara geografis karena berada di jalan raya pantai utara Jawa yang merupakan urat nadi ekonomi nasional. Karena itu, Indramayu menjadi tempat singgah bagi para pendatang baru sehingga terjadi percampuran budaya lokal dengan banyak budaya lain. Budaya *luruh duit* dikenal luas di Indramayu dan umumnya diasosiasikan dengan perempuan yang menjadi pekerja seks komersial untuk membantu keluarga mereka. Di Indramayu, sudah lazim seorang ibu mempersiapkan anak perempuannya yang masih muda menjadi pekerja seks setelah mereka matang. Masyarakat ini menerima fenomena orangtua yang menjual anak perempuannya atau bahkan suami menjual isterinya dalam kerangka *luruh duit* tanpa ada pelabelan negatif. Dalam *luruh duit*, perempuan yang sukses mengangkat status ekonomi keluarga mereka dihargai sebagai pahlawan oleh anggota keluarga mereka. Tidak jarang, sebelum seorang gadis muda meninggalkan kota tersebut, keluarganya mengadakan doa bersama yang dipimpin oleh pemimpin agama setempat untuk mendoakan keselamatan dan mudah menemukan peruntungan baik di kota.

Budaya *luruh duit* pada dasarnya memperlakukan perempuan sebagai objek seks dan memunculkan masalah kesehatan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan. Penelitian WRI terhadap perempuan di empat desa di Indramayu ini mengungkapkan bahwa mereka memiliki lebih banyak masalah kesehatan reproduksi dibandingkan dengan pe-

rempuan di enam wilayah lainnya. Hasil survei juga memperlihatkan bahwa hanya beberapa perempuan yang memiliki gejala PMS yang memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan di daerah ini. Sebagian besar di antara mereka (46.7%) memilih untuk mengobati diri sendiri, sementara yang lain mengabaikan gejala-gejala tersebut atau tidak mengobatinya sama sekali. Sangat sulit bagi perempuan di Indramayu untuk membuat keputusan tentang kesehatan reproduksi mereka sendiri.

### **Penaklukan Dimulai dengan Perkawinan pada Usia Muda**

Perkawinan di usia muda merupakan tradisi yang terdapat di banyak kebudayaan. Tradisi menikah muda juga menjadi hambatan bagi perempuan untuk dapat membuat keputusan tentang kehidupan reproduksi mereka. Banyak perempuan di daerah pedesaan menikah pada usia 13 dan 15 tahun. Tradisi ini berakar dari beberapa faktor, termasuk kesulitan ekonomi. Bagi keluarga miskin, anak perempuan merupakan aset sekaligus beban. Menikahkan anak perempuan mungkin menjadi jalan terbaik bagi keluarga miskin untuk membebaskan diri mereka dari salah satu 'beban'. Nilai-nilai ini menggambarkan strata sosial yang telah ada dari generasi ke generasi dan diperparah dengan kemiskinan.

Di Lombok Tengah, keluarga miskin menganggap anak perempuan mereka sebagai investasi dan mengatur agar mereka menikah ketika mereka masih muda di usia 15 tahun atau bahkan 13 tahun. Mereka sering ditawarkan kepada guru agama di wilayah ini, karena guru-guru ini dihormati dan dianggap mapan secara ekonomi untuk menghidupi dua, tiga, atau bahkan empat isteri. Fenomena menikah muda ini juga ditemukan di Indramayu di Provinsi Jawa Barat. Rata-rata usia pasangan usia subur pada saat menikah pertama kali di Jawa Barat (termasuk Indramayu) adalah 17 tahun. Data pada tahun 2002-2003 yang dikeluarkan oleh Penelitian Kesehatan Dasar Indonesia menunjukkan bahwa 126 dari 1.000 perempuan usia subur antara umur 15-19 tahun di Jawa Barat sudah pernah melahirkan. Perkawinan gadis-gadis muda ini dianggap biasa, terutama di kelas menengah dan bawah, karena mereka mengurangi beban ekonomi di dalam

keluarga. Ketika mereka menikah pada usia yang sangat muda, ketika mereka sebenarnya masih anak-anak, mereka tidak berada dalam posisi sebagai pengambil keputusan untuk kehidupan reproduksi mereka. Posisi mereka semakin rendah karena keluarga miskin biasanya tidak menyekolahkan anak perempuannya, apalagi memberikan pendidikan dengan tingkat yang lebih tinggi.

### **Interpretasi Agama yang Meminggirkan Perempuan**

Terdapat banyak kasus poligami ditemukan di masyarakat Indonesia karena banyak orang menginterpretasikan sebuah ayat di dalam Al Quran bahwa laki-laki diijinkan memiliki empat isteri. Ketika diwawancara, responden perempuan di Lombok Tengah<sup>14</sup> mengatakan bahwa mereka tidak menginginkan pernikahan poligami. Namun, tidak ada ruang bagi perempuan untuk melawan keinginan suami mereka karena pilihan mereka hanya poligami atau bercerai. Perceraian akan memaksa mereka untuk menghidupi diri sendiri dan anak-anak mereka. Ancaman poligami cenderung membuat perempuan patuh kepada suaminya. Banyak kasus kekerasan domestik terjadi setelah suami menikahi perempuan lain. Kekerasan pada umumnya merupakan strategi suami untuk menghindari pertanyaan dan keluhan dari isteri pertama.

Terkadang interpretasi agama diperkuat dengan tradisi lokal. Di Sumba Barat, seorang laki-laki diperbolehkan menikahi isteri kedua jika isteri pertama tidak dapat melahirkan anak laki-laki. Mayoritas masyarakat Sumba Barat menghargai anak laki-laki karena mereka adalah *pamaus*, pelindung kekayaan dan aset keluarga. Anak laki-laki mewarisi seluruh kekayaan keluarga karena anak perempuan dianggap menjadi bagian dari keluarga suaminya dan tidak memiliki hak atas warisan dari orangtua kandungnya. Jika sebuah keluarga tidak memiliki anak laki-laki, warisan akan jatuh ke tangan saudara laki-laki ayah

---

<sup>14</sup> Wawancara dengan Sarni, Kelurahan Praya, Kecamatan Gerunung, Lombok Tengah, 12 Agustus 2007.

Interpretasi agama juga memberi pengaruh kuat pada perspektif sosial tentang keluarga berencana. Terdapat perspektif bahwa Islam melarang penggunaan IUD yang dimasukkan ke dalam vagina karena tenaga kesehatan harus membuka aurat perempuan untuk memasukkan alat kontrasepsi tersebut. Interpretasi agama ini mengesampingkan pilihan perempuan untuk menggunakan IUD sebagai alat kontrasepsi.

Interpretasi agama yang lain bahkan mendukung kematian ibu. Beberapa masyarakat percaya bahwa perempuan yang meninggal saat persalinan adalah martir yang otomatis akan masuk surga. Pandangan ini, yang sangat merugikan perempuan dan tidak mendorong penurunan AKI, mengurangi keseriusan persiapan persalinan. Karena konsepsi ini, keluarga dan anggota masyarakat tidak melakukan usaha yang maksimal untuk mengatasi masalah ketika terjadi komplikasi dalam persalinan.

### Mutmainah

#### *"Nilai-nilai Religius Menentukan Jumlah Anak di dalam Keluarga"*

Mutmainah, 46 tahun, adalah seorang ibu rumah tangga. Ia lulus dari sekolah dasar. Mutmainah memiliki delapan anak dari delapan kehamilan dan tidak pernah mengalami keguguran. Anak bungsunya, perempuan, berusia sembilan bulan saat ia diwawancarai. Suaminya juga lulus pendidikan sekolah dasar dan bekerja sebagai buruh harian. Pendapatannya per bulan sekitar Rp. 600.000 dan harus menghidupi lima orang keluarganya.

Keluarga Mutmainah memerlukan Rp. 156.700 per minggu untuk makanan, sementara pengeluaran keluarga yang lain sekitar Rp. 261.800 per bulan. Kebiasaan merokok suaminya menghabiskan Rp. 35.000 per minggu atau Rp. 140.000 per bulan. Keluarganya hanya mampu makan dua kali sehari.

Mutmainah dan keluarganya tinggal di sebuah rumah berukuran 24m<sup>2</sup> dengan lantai semen dan dinding yang terbuat dari papan. Ia tinggal dengan suami, anak-anak, menantu, dan cucunya. Mereka adalah pemegang kartu Askeskin.

Mutmainah memenuhi kategori 3T(Terlalu), yang berarti ia sudah terlalu tua untuk melahirkan, ia memiliki terlalu banyak anak dan jarak antar anak terlalu dekat. Pada saat wawancara, anak bungsunya berusia sembilan bulan, sama dengan usia cucunya. Meski menggunakan pil KB, ia percaya bahwa anak-anak adalah hadiah dari Tuhan. Karena situasi ekonomi keluarganya, Mutmainah tidak pergi ke fasilitas kesehatan untuk memeriksakan diri ketika ia sakit. Suaminya tidak mendorongnya untuk menjaga kesehatan dan tidak ada saat ia melahirkan.

Mutmainah tidak mengerti pentingnya merawat kesehatan reproduksinya dan ia tidak menerima informasi yang diperlukan dari tenaga kesehatan atau media massa tentang risiko menjadi perempuan 3T. Mutmainah juga merasa bahwa seorang isteri tidak boleh menolak hasrat suaminya untuk melakukan hubungan seksual meskipun ketika ia sedang kelelahan karena ia menganggap penolakan tersebut sebagai dosa.

Beberapa interpretasi dari ajaran Hindu yang ditemukan di Kabupaten Jembrana juga tidak memberikan warisan keluarga dan pura keluarga kepada perempuan. Praktik ini membatasi kesempatan mereka untuk mendapatkan pendidikan yang lebih tinggi. Persepsi umum yang berlaku adalah anak perempuan tidak perlu mendapatkan pengetahuan dan pendidikan yang lebih tinggi, seperti yang dikatakan seorang responden di Jembrana ini.<sup>15</sup>

“Dalam adat Hindu, anak perempuan tidak dihargai, karena anak perempuan nantinya tidak akan mendapatkan warisan sepeser pun. Warisan keluarga nantinya hanya akan dimiliki oleh anak laki-laki. Anak perempuan juga tidak mewarisi pura keluarga. Anak perempuan dalam Hindu itu ya anak titipan sementara yang nantinya akan diambil oleh keluarga suami. Jadi kalau ada keluarga Hindu yang hanya mempunyai anak perempuan, biasanya mereka membeli anak laki-laki dengan upacara adat agar pura keluarganya ada yang mewarisi. Anak laki-laki tersebut biasanya ada juga yang sebenarnya nantinya menjadi menantunya atau seperti kebanyakan anak laki-laki lainnya.”

<sup>15</sup> *Ibid.*

Responden yang lain mengatakan demikian<sup>16</sup>

“Di dalam agama Hindu, anak perempuan cenderung mendapatkan diskriminasi di dalam keluarga, antara lain, cenderung tidak disekolahkan, baru diperbolehkan makan setelah anak laki-laki makan, sehingga hanya mendapatkan sisa makanan. Tetapi sekarang banyak juga keluarga yang justru berpandangan bahwa jika anak perempuan nanti tidak mendapatkan warisan, maka harus disekolahkan agar bisa mandiri.”

Perspektif dan kebiasaan ini telah menyebabkan kemiskinan perempuan. Karena anak perempuan tidak menerima aset ekonomi dari keluarga mereka, mereka tidak dapat membawa kekayaan apapun dalam perkawinan. Karena itu, mereka tidak berharga di mata keluarga suami mereka dan mereka mudah menjadi sasaran perlakuan yang tidak adil. Di Jembrana, perempuan tidak dapat menjadi pemimpin agama, ulama atau kepala desa. Perempuan tidak berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan untuk menentukan kebijakan desa dan peraturan desa.

Di Surakarta, nilai-nilai Jawa menempatkan perempuan sebagai *konco wingking*, ‘teman belakang rumah’, yang mengacu pada dapur, tempat mencuci dan tempat tidur. Perempuan tidak memiliki posisi tawar untuk berpartisipasi dalam menentukan keputusan keluarga untuk masalah-masalah seperti pembelian tanah, properti atau aset ekonomi lainnya. Konsep ini mempengaruhi pengasuhan anak perempuan, dimana nilai-nilai budaya menghargai perempuan yang pintar memasak (di dapur), melakukan pekerjaan rumah tangga (di tempat mencuci) dan melayani suaminya (di tempat tidur). Budaya lokal ini diperkuat dengan kepercayaan religius bahwa isteri dituntut untuk melakukan apapun yang diinginkan suaminya. Beberapa responden mengatakan bahwa mereka takut berbuat dosa jika menolak tuntutan seksual suaminya.

---

<sup>16</sup> Wawancara dengan seorang responden, Desa Baler Bale Agung, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana, Maret-April 2007.

“Seorang isteri dituntut untuk melayani suaminya dengan baik. Ia tidak boleh menolak suaminya yang ingin berhubungan seksual... itu dilarang, dosa. Lebih lagi kalau suaminya selingkuh. Kami harus memberikan pelayanan yang lebih baik lagi agar ia tidak meninggalkan kami”.<sup>17</sup>

Seperti di daerah-daerah lain di Indonesia, banyak penduduk Muslim di Lampung Utara menolak menggunakan alat kontrasepsi untuk membatasi jumlah anak di dalam keluarga. Mereka memilih untuk menerima ‘kehendak Tuhan’, karena mereka percaya bahwa setiap anak membawa keberuntungan sendiri dan mereka tidak perlu cemas tentang bagaimana membiayai pengasuhan anak-anak mereka. Penggunaan kontrasepsi dianggap menolak keberuntungan dari Tuhan. Banyak perempuan di wilayah penelitian



Dua gadis kecil harus jalan kaki 5 km mencari air bersih, Sumba Barat

yang memiliki tiga sampai delapan anak. Kepercayaan tentang banyak anak banyak rejeki juga ditemukan di antara perempuan (keluarga) dengan tingkat pendidikan rendah (paling banyak sekolah dasar). Perempuan de-

<sup>17</sup> *Ibid.*

ngan pendidikan formal yang lebih tinggi cenderung lebih menyadari pentingnya membatasi jumlah anak di dalam keluarga.

### **Wewenang Tubuh Perempuan dan Tingginya Angka Kematian Ibu**

Masalah ketidaksetaraan gender berdasarkan nilai-nilai sosial budaya yang didiskusikan di atas menunjukkan bahwa usaha-usaha untuk mengurangi AKI sebaiknya diikuti dengan pendidikan publik mengenai relasi gender yang tidak seimbang. Program-program pemerintah yang hanya menargetkan perbaikan peralatan, infrastruktur dan penyedia pelayanan kesehatan, seperti tenaga kesehatan, telah terbukti tidak efektif mengurangi AKI di Indonesia. Kesenjangan gender dan keadilan akan memungkinkan perempuan untuk mengatur tubuh dan hidup mereka sendiri, sehingga perempuan dapat mengambil keputusan tentang kehidupan reproduksi seperti menentukan siapa yang akan membantunya dalam persalinan, menerima nutrisi yang baik sehingga mereka tidak menderita anemia selama kehamilan, persalinan, dan menyusui, dan memutuskan apakah mereka ingin berhubungan seksual atau tidak, serta apakah ingin memiliki anak lagi atau tidak. Pengakuan atas wewenang perempuan terhadap tubuh mereka sendiri akan membuat mereka menerima pelayanan yang paling terjangkau untuk memelihara kesehatan reproduksi mereka.

Ketidaksetaraan gender dan ketidakadilan yang berakar dari nilai-nilai budaya dan interpretasi agama menyebabkan sulitnya upaya untuk mengurangi AKI di Indonesia. Membangkitkan kesadaran masyarakat penting untuk memelihara kesehatan, terutama untuk kesehatan reproduksi perempuan dan untuk kepentingan kesuksesan program pengurangan AKI. Sebaiknya dilakukan kampanye untuk menarik perhatian publik bahwa menyelamatkan hidup perempuan dalam persalinan berarti menyelamatkan sumber daya produktif keluarga. Di samping menghancurkan keluarga inti, kematian ibu dalam persalinan menurunkan sumber daya produktif keluarga dan masyarakat karena kontribusi perempuan dalam pendapatan

keluarga sangat tinggi. Dalam banyak kasus, perempuan memiliki kontribusi yang lebih banyak untuk pendapatan keluarga dibandingkan laki-laki.

## Kesimpulan

# Satu Desa, Satu Polindes, Satu Bidan

Pada tahun 2010, *Human Development Index* (HDI) untuk Indonesia, seperti yang dipublikasikan oleh *the United Nations Development Program* (UNDP), meningkat dari 107 menjadi 111. Beberapa indikator utama HDI berhubungan dekat dengan kesehatan, termasuk Tingkat Harapan Hidup, Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu (AKI). Tingginya AKI di Indonesia pada tahun 2009 menyebabkan menurunnya posisi HDI Indonesia.

Tingginya AKI mencerminkan tidak memadainya pelayanan kesehatan reproduksi untuk perempuan miskin yang sedang hamil dan sulitnya perempuan miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi. Mengulang pertanyaan yang disebutkan di Bab I, “Apa yang sebaiknya dilakukan jika Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di kota, Puskesmas di wilayah kecamatan dan bidan yang tinggal di desa dianggap terlalu mahal dan terlalu jauh oleh perempuan miskin yang tinggal di daerah-daerah terpencil?” Strategi yang diterapkan sebaiknya tidak mengucurkan semua sumber daya untuk memperbaiki rumah sakit umum di kota dan Puskesmas di tingkat kecamatan karena adanya alasan tidak memiliki uang, kondisi geografis yang berat, jalan-jalan yang rusak dan langkanya alat transportasi umum. Strategi yang diterapkan seharusnya membawa fasilitas kesehatan

reproduksi mendekati rumah penduduk. Buku ini mendorong pemerintah untuk mengeluarkan kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes, Satu Bidan” dan mengalokasikan anggaran yang cukup untuk menerapkannya dalam mengatasi kurangnya ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan miskin yang sedang hamil. Kebijakan tersebut sebaiknya mewajibkan pemerintah menyediakan tempat untuk membangun Pondok Persalinan Desa (Polindes) dan tempat tersebut sebaiknya berada di tengah desa. Saat ini, karena masyarakat yang harus menyediakan tempat untuk Polindes, mereka memberikan tanah di daerah terpencil yang tidak layak untuk ditinggali. Kebijakan ini sebaiknya juga mengatur agar pemerintah menyediakan anggaran yang mencukupi untuk melengkapi Polindes dengan listrik, air bersih, sanitasi dan peralatan yang memadai untuk persalinan.

Kebijakan ini sebaiknya juga mengatur bahwa satu bidan harus tinggal di setiap Polindes agar bidan dapat diakses selama 24 jam sehari. Dalam upaya menarik para bidan untuk tinggal di desa, pemerintah juga perlu memberikan sepeda motor untuk bidan agar mobilitas mereka dalam memberikan pelayanan persalinan menjadi lebih baik dan mempercepat proses dalam sistem pengembalian *klaim* asuransi yang diajukan oleh bidan. Agar dapat menjadi pelopor yang efektif dalam menghentikan tingginya AKI di Indonesia, kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan” perlu didukung asuransi kesehatan umum yang mampu memberikan perlindungan kepada masyarakat yang tinggal di daerah terpencil. Namun asuransi kesehatan umum sendiri sebaiknya tidak diperlakukan sebagai ujung tombak dalam mengurangi AKI.

Temuan-temuan penelitian WRI di tujuh wilayah memperlihatkan bahwa meskipun mayoritas populasi dilindungi oleh asuransi kesehatan yang disediakan oleh pemerintah (Askeskin yang pada tahun 2008 dirumuskan kembali oleh Menteri Kesehatan menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat/Jamkesmas) atau Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), mereka tetap sulit mengakses pelayanan kesehatan karena jauhnya jarak dari rumah mereka ke fasilitas kesehatan tersebut. Kondisi alam yang bergunung-gunung, jalan rusak dan kurangnya transportasi umum juga

menjadi penyebab sulitnya mereka mengakses pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat diakses oleh perempuan miskin karena mereka harus membayar ongkos transportasi yang relatif mahal karena biaya transportasi tidak tercakup di dalam asuransi kesehatan. Idealnya, semua perempuan miskin dilindungi oleh asuransi dan mereka dapat dengan mudah pergi ke Polindes di desa mereka masing-masing untuk mendapatkan pelayanan bersalin secara gratis.

Jamkesmas sendiri perlu diperbaiki agar menjadi fasilitas pendukung yang efektif untuk kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan”. Dulu, penyebaran informasi tentang Askeskin tidak efektif. WRI menemukan bahwa banyak masyarakat miskin yang tidak mengetahui apapun tentang Askeskin atau bagaimana cara mendapatkannya. Alasan-alasan mengapa banyak keluarga yang benar-benar miskin tidak tercatat sebagai peserta asuransi adalah:

- Masyarakat miskin tidak memiliki akses untuk mendapatkan informasi tentang Askeskin;
- Masyarakat miskin mengalami banyak kesulitan dalam mendapatkan kartu identitas karena kurangnya informasi, kurangnya sumber daya ekonomi atau karena mereka adalah penduduk baru di wilayah tersebut.

Masyarakat miskin memiliki posisi tawar yang rendah dibandingkan dengan mereka yang menggunakan wewenang dan koneksi keluarga untuk memaksa petugas yang berwenang memasukkan mereka sebagai peserta Askeskin. Seorang petugas Posyandu di Sangkrah mengakui bahwa seleksi peserta Askeskin yang dilakukan di kantor kecamatan tidak merujuk pada kriteria keluarga miskin seperti yang ditetapkan oleh BPS. Koneksi keluarga dan alasan pribadi atau sosial justru menjadi kriteria seleksi sehingga penduduk yang tidak miskin juga mendapatkan kartu Askeskin.

Sistem pengembalian *klaim* Askeskin/Jamkesmas juga perlu diperbaiki. Saat ini, *klaim* untuk persalinan memerlukan waktu pemrosesan yang lama membuat bidan enggan memberikan pelayanan gratis untuk pasien Askeskin. Menurut peraturan, proses *klaim* seharusnya selesai dalam

dua atau tiga minggu, namun, dalam prakteknya, membutuhkan waktu yang lama, bahkan sampai enam bulan. Kelambatan proses *klaim* ini mengganggu keuangan Puskesmas.

Masalahnya sekarang adalah bagaimana mendorong kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan” berjalan efektif dengan dukungan alokasi anggaran yang memadai. Menurut Prof. Mahmoud Fathalla, hambatan utama untuk membuat kebijakan dan memberikan alokasi anggaran adalah para pembuat kebijakan, yang sebagian besar laki-laki, yang tidak memandang kehidupan perempuan miskin layak untuk diselamatkan. Realitas ketidaksetaraan gender yang mengakibatkan sulitnya mempromosikan kebijakan dan alokasi anggaran yang berbasis gender menjadi salah satu hambatan yang paling sulit dalam usaha untuk mengurangi AKI di Indonesia. Kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan” hanya akan berhasil menjadi pelopor pengurangan AKI secara drastis jika diikuti dengan pendidikan keadilan dan kesetaraan gender untuk para pembuat keputusan agar mereka memahami bahwa hidup perempuan juga layak diselamatkan sama seperti hidup laki-laki.

Keberhasilan mempengaruhi pembuat keputusan untuk mengeluarkan kebijakan dan mengalokasikan dana untuk kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan” sebaiknya juga disertai dengan pendidikan



Ibu-ibu memperlihatkan Askeskin berupa selembar kertas, Sumba Barat

publik tentang keadilan dan kesetaraan gender. Bab VI mendokumentasikan banyaknya kasus perempuan miskin yang tidak memiliki wewenang atas tubuhnya sendiri dan bahwa keputusan tentang hidup dan matinya selama persalinan berada di tangan suami dan keluarganya. Bertahannya ketidaksetaraan gender di dalam masyarakat yang menempatkan laki-laki pada posisi yang lebih tinggi daripada perempuan akan mengurangi efektivitas kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan” dalam menjangkau perempuan miskin yang tinggal di daerah-daerah terpencil. Suami dan keluarga menganggap tidak ada gunanya membawa perempuan yang mengalami pendarahan dan komplikasi ke Polindes yang berada di bagian lain dari desa tersebut karena hidup perempuan tidak dianggap penting untuk diselamatkan.

Transformasi Jamkesmas menjadi Jaminan Kesehatan Nasional (Jamkesmas) akan mendorong efektifnya implementasi kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan”. Jamkesmas digunakan untuk memenuhi mandat Pasal 5 Ayat 1 UU No. 36/2009 tentang Kesehatan yang menegaskan: “Setiap orang memiliki hak yang sama untuk mendapatkan akses atas sumber daya di bidang kesehatan”. Pasal 5 Ayat 2 UU No. 36/2009 tentang Kesehatan menyatakan, “Setiap orang memiliki hak untuk menerima pelayanan kesehatan yang aman, berkualitas, dan terjangkau”. Ini berarti bahwa Pemerintah Indonesia memandang pelayanan kesehatan sebagai hak setiap warganegara. Setiap orang, apakah laki-laki atau perempuan, apakah mampu secara ekonomi atau dikategorikan sebagai masyarakat miskin, memiliki hak atas pelayanan kesehatan. Untuk memperkuat komitmen atas hak kesehatan ini, Indonesia telah meratifikasi Konvensi atas Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya pada tahun 2006.<sup>1</sup> Salah satu konse-

<sup>1</sup> Tahun 2006, Indonesia meratifikasi Konvensi Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya melalui UU No. 11/2006. Ratifikasi ini menegaskan tanggung jawab dan peran pemerintah sebagai pengemban tugas untuk memenuhi kebutuhan minimal warganegara atas hak ekonomi, sosial, dan budaya, termasuk kesanggupan untuk menyediakan fasilitas dan keahlian minimal dalam penyediaan makanan, pendidikan, kesehatan, perumahan, dan pekerjaan untuk memastikan setiap individu di dalam masyarakat mendapatkan hak untuk hidup. Tanggung jawab ini tentu saja termasuk mekanisme akuntabilitas pemerintah dalam mengimplementasikan jaminan atas hak ekonomi, sosial, dan budaya (Sumber: [http://pusham.uui.ac.id/upl/article/id\\_ekosob1raf1.pdf](http://pusham.uui.ac.id/upl/article/id_ekosob1raf1.pdf), diakses 18 Januari 2010).

kuensinya adalah negara diharapkan menjamin pemenuhan hak atas kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan yang terjangkau dan mekanisme penyelesaian hukum bagi pelanggar hak kesehatan tersebut. Tanggung jawab pemerintah untuk menjamin kesehatan masyarakat diperkuat dengan Pasal 20 UU No. 36/2009 tentang Kesehatan yang menyatakan, “Pemerintah bertanggung jawab untuk menjamin kesehatan masyarakat melalui suatu sistem jaminan sosial nasional untuk kesehatan perorangan”. Peraturan ini mengindikasikan bahwa pemerintah harus membayar premi asuransi kesehatan untuk warganegara dengan mengimplementasikan program Asuransi Kesehatan Menyeluruh.

Menanggapi banyaknya usulan untuk mengevaluasi Jamkesmas, Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih mengungkapkan perhatiannya pada sistem pengembalian asuransi kesehatan sebelumnya, misalnya proses pengembalian *klaim*. Untuk memastikan proses tersebut berjalan dengan mulus, Menteri Kesehatan mengkaji berbagai peraturan yang ada yang berkaitan dengan asuransi kesehatan. Lebih jauh lagi, Menteri Kesehatan menjelaskan bahwa sistem Jamkesmas memang kontradiktif dengan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Menteri sedang membuat draf pemetaan untuk program kesehatan nasional. Jamkesmas berangsur-angsur akan diubah menjadi asuransi nasional. Pada tahun 2014 diharapkan tercapai jaminan kesehatan semesta yang menjangkau seluruh penduduk. “Turun orang miskin dibayar pemerintah, sedangkan untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) dibayar pekerja dan pemberi kerja,” ujar Menteri Kesehatan.<sup>2</sup>

Jamkesmas akan menjadi pemanis untuk membantu pelaksanaan kebijakan “Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan” berjalan dengan efektif. Kasus Jembrana menunjukkan bahwa akan muncul dampak yang bermanfaat bagi pemenuhan hak kesehatan reproduksi perempuan jika pemerintah memiliki kemauan politik untuk memperkenalkan asuransi kesehatan yang melindungi seluruh penduduk. Hal yang membuat kasus Jembrana ini makin menarik adalah karena Jembrana dikategorikan sebagai kabupaten miskin dalam Indeks Kemiskinan yang dikeluarkan oleh SMERU Research

<sup>2</sup> *Media Indonesia Online*, Pemerintah Rancang Jaminan Kesehatan Semesta, 10 November 2009.

Institute.<sup>3</sup> Sumber daya yang terbatas tidak mengecilkan hati Pemerintah Daerah Jembrana untuk mengimplementasikan suatu kebijakan asuransi di tingkat kabupaten yang menyediakan pelayanan kesehatan gratis untuk seluruh penduduknya, termasuk perempuan miskin. Alokasi anggaran kesehatan per orang di Jembrana pada tahun 2007 sangat tinggi, yaitu Rp. 151.043 per orang, jauh lebih tinggi dari Kota Surakarta yang jauh lebih kuat secara finansial, namun hanya mengalokasikan Rp. 65.934 per orang. Tidak mengherankan bahwa AKI di Jembrana sangat rendah, yaitu 55/100.000 persalinan hidup<sup>4</sup> yang jauh lebih rendah dari rata-rata nasional dan telah melampaui target MDGs untuk tahun 2015, yaitu 102/100.000 persalinan hidup.

---

<sup>3</sup> Peta Kemiskinan, Indonesia 2000, SMERU Research Institute, 2004.

<sup>4</sup> Yuna Farhan, "Menelusuri Kebijakan Alokasi Anggaran Kesehatan Reproduksi Perempuan di Tujuh Daerah", hlm. 3 dan 23, dipresentasikan di dalam seminar "Hasil Penelitian WRI tentang Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah Penelitian, 2007-2008", 30 Juni 2008.

## Lampiran Metode Penelitian

Penelitian Women Research Institute (WRI) tentang “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia” menggabungkan metode penelitian kualitatif dan kuantitatif untuk meneliti masalah-masalah dalam usaha mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI). Kombinasi dua metode ini diharapkan dapat memberikan gambaran menyeluruh tentang masalah-masalah yang dihadapi perempuan miskin dalam mengakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi.

Penelitian kuantitatif dilakukan melalui survei dengan melibatkan 300 responden di setiap kabupaten dan kota yang diteliti sehingga jumlah total responden menjadi 2.100 orang. Penelitian kuantitatif ini tidak dapat menjelaskan secara menyeluruh masalah-masalah khusus dan unik yang dialami oleh perempuan dengan latar belakang pendidikan, budaya, status sosial dan agama yang berbeda. Untuk melengkapi hasil penelitian kuantitatif, WRI juga menggunakan metode penelitian kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam terhadap 30 orang di setiap kabupaten/kota (total berjumlah 210 orang) dan melakukan *Focus Group Discussions* (FGD) di setiap kabupaten/kota. Setiap FGD melibatkan 30 orang sehingga jumlah peserta mencapai 210 orang.

WRI juga mendokumentasikan beberapa studi kasus yang dianggap mewakili berbagai pengalaman perempuan dalam hubungannya dengan kesehatan reproduksi. Kombinasi metode kuantitatif dan kualitatif serta studi kasus diharapkan mampu memberikan gambaran menyeluruh mengenai masalah-masalah yang dihadapi oleh perempuan miskin dalam mengakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi. Pada akhirnya, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi para pengambil keputusan dan pembuat kebijakan dalam menentukan kebijakan bagi kesehatan reproduksi perempuan, terutama perempuan miskin.

WRI berharap penelitian ini dapat memberi kontribusi berupa masukan-masukan tentang cara untuk mempercepat pengurangan AKI di Indonesia. Penelitian ini mengidentifikasi berbagai masalah yang dihadapi perempuan miskin dalam mengakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kualitas dan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan serta masalah keluarga dan sosial budaya. Penelitian ini juga mengidentifikasi cara-cara untuk memperbaiki fasilitas pelayanan kesehatan sehingga perempuan memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas.

### **Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian ini adalah kelompok-kelompok desa miskin, terutama perempuan. Penelitian ini dilakukan dalam dua tahap.

Tahap pertama dilakukan di empat wilayah:

1. Surakarta
2. Lombok Tengah
3. Indramayu
4. Jembrana

Tahap kedua dilakukan di tiga wilayah:

1. Lebak
2. Lampung Utara
3. Sumba Barat

Pemilihan Surakarta dan Jember sebagai wilayah penelitian berdasarkan pertimbangan kebijakan pemerintah daerah mereka telah memberi manfaat bagi masyarakat. Sedangkan dua kabupaten lain yaitu Indragiri dan Lombok Tengah dipilih karena memiliki indeks kemiskinan tertinggi di Indonesia berdasarkan data dari SMERU Research Institute. Sementara tiga kabupaten lain yaitu Lebak, Lampung Utara dan Sumba Barat dipilih berdasarkan tingginya jumlah keluarga miskin, rendahnya akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan dan buruknya kondisi kesehatan masyarakat.

Karakteristik sampel penelitian adalah perempuan yang memiliki anak di bawah tiga tahun (batita). Sampel diambil dari dua daerah miskin, satu daerah pedesaan dan satu daerah perkotaan di dalam setiap kabupaten/kota yang dipilih. Seleksi daerah miskin ini didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU Research Institute (indeks kemiskinan per desa yang dibuat dari angka proyeksi, semakin tinggi indeksnya semakin miskin desa tersebut). Pemilihan ibu yang memiliki batita sebagai karakteristik sampel didasarkan pada pertimbangan bahwa mereka akan memberikan informasi yang aktual tentang penggunaan pelayanan dan program kesehatan reproduksi, seperti Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi. Pertimbangan lain dalam memilih ibu yang memiliki anak batita adalah untuk mengurangi bias dalam proses mengingat kembali pengalaman mereka.

## **Lokasi Penelitian Tahap I**

### **Kota Surakarta**

Kota Surakarta dipilih sebagai salah satu wilayah penelitian karena pemerintah daerah Surakarta telah melakukan upaya untuk memperbaiki kesehatan perempuan. Usaha ini dilakukan dengan menentukan anggaran yang mencukupi untuk pelayanan kesehatan perempuan dan anak. Surakarta juga memiliki persentase tinggi dalam ketersediaan tenaga persalinan.

### **Kabupaten Jembrana**

Kabupaten Jembrana dipilih sebagai wilayah penelitian karena pemerintah daerah Jembrana telah merevisi anggaran untuk mengakomodasi skema pembayaran yang inovatif untuk pelayanan kesehatan gratis bagi penduduknya. Meskipun pemerintah daerah tersebut tidak merancang kebijakan ini berdasarkan perspektif gender, namun kebijakan ini telah membawa dampak positif untuk kesehatan perempuan.

### **Kabupaten Lombok Tengah**

Kabupaten Lombok Tengah dipilih karena memiliki *Human Development Index* (HDI) terendah, yaitu 338, dari semua kabupaten dan kota di propinsi Nusa Tenggara Barat (NTB). Kabupaten Lombok Tengah juga menempati ranking kedua terendah di dalam *Human Poverty Index* (HPI) dibandingkan semua kabupaten dan kota di NTB, yaitu 298.

### **Kabupaten Indramayu**

Kabupaten Indramayu dipilih karena memberi pasokan terbesar perempuan pekerja migran di Indonesia setelah NTB dan Jawa Timur. Selain itu, kabupaten ini memiliki tingkat *Gender-related Development Index* (GDI) yang cukup rendah, yaitu 325; *Gender Empowerment Measure* (GEM) yang rendah, 278; HDI yang rendah, 303 dan HPI yang rendah, 254. Kabupaten Indramayu juga memiliki angka terendah dalam jumlah penduduk yang pernah bersekolah formal di Jawa Barat dan memiliki Angka Kematian Bayi (AKB) tertinggi setelah Subang.

### **Kabupaten Lampung Utara**

Kabupaten Lampung Utara dipilih sebagai lokasi penelitian karena memiliki populasi penduduk miskin cukup tinggi yaitu 33,81% dan besarnya jumlah penduduk yang tidak memiliki akses pada fasilitas pelayanan

kesehatan yaitu 49,1%. Alasan lain adalah karena jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan (linakes) hanya 60,83%, sementara rata-rata nasional mencapai 65%<sup>1</sup> AKB di Lampung Utara juga tinggi, 46,9/1000 kelahiran hidup, di atas AKB nasional yang mencapai 35/1000 kelahiran hidup.<sup>2</sup>

### **Kabupaten Lebak**

Kabupaten Lebak dipilih karena capaian linakes masih jauh di bawah linakes nasional yaitu 36,3%. Tingginya AKB (59,9/1000 kelahiran hidup) dan AKI (594/100.000 kelahiran hidup). AKI di Kabupaten Lebak tersebut hampir dua kali lipat AKI nasional yaitu 307/100.000 kelahiran hidup.<sup>3</sup> Meskipun hanya 12,09% populasi (dari 1,1 juta penduduk) dikategorikan sebagai penduduk miskin, namun sebagian besar daerah di Kabupaten Lebak, 52,5%, tidak dapat menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan. Pada tahun 2006, Lebak ditetapkan menjadi daerah binaan Kementerian Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal.<sup>4</sup>

### **Kabupaten Sumba Barat**

Kabupaten Sumba Barat diikutsertakan dalam penelitian karena tingginya jumlah penduduk miskin, 42,04%, dan karena 55,5% di antara penduduk miskin tersebut tidak dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu capaian linakes hanya 29,2%, atau setengah dari linakes nasional 73%<sup>5</sup> dan AKB mencapai 59/1.000 kelahiran hidup.

---

<sup>1</sup> Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2002-2003.

<sup>2</sup> Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2002-2003.

<sup>3</sup> Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2002-2003.

<sup>4</sup> *Kompas*, Saijah-Adinda dan Potret Kemiskinan di Banten, 5 Desember 2006.

<sup>5</sup> Data *Demographic and Health Surveys* (DHS), 2007.

## Daftar Pustaka

- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Lebak, dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Lebak. 2005. *Pemetaan Keluarga Miskin Kabupaten Lebak*, Lebak.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Lebak, dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Lebak. 2006. *Data Pokok Pembangunan Kabupaten Lebak Tahun 2005/2006*, Lebak.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Lebak, dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Lebak. 2006. *Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten Lebak*, Lebak.
- Badan Pusat Statistik. 2006. *Profil Kesehatan Ibu dan Anak*. Indonesia, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Utara. 2003. *Sungkai Utara Dalam Angka 2003*, Lampung Utara.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Utara. 2005. *Kota Bumi Dalam Angka 2005*. Lampung Utara.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Utara. 2006. *Lampung Utara Dalam Angka 2006*, Lampung Utara.
- Badan Pusat Statistik Kota Surakarta. 2004. *Kota Surakarta Dalam Angka 2004*, Surakarta.

- Badan Pusat Statistik Propinsi Lampung. 2007. *Lampung Dalam Angka 2007*, Lampung Utara.
- Bagian Hukum Sekretaris Daerah Kabupaten Indramayu. 2005. *Sosialisasi Peraturan Daerah Kabupaten Indramayu Tahun 2006, Perda Kabupaten Indramayu Nomor 14 Tahun 2005, tentang Pencegahan dan Pelarangan Trafiking untuk Eksploitasi Seksual Komersial Anak di Kabupaten Indramayu*.
- Bagian Kepegawaian Indramayu. 2006. *Laporan Kepegawaian*, Indramayu.
- Bupati Lampung Utara. 1999. *Keputusan Bupati Lampung Utara Nomor 11 Tahun 1999 tentang Pendirian Puskesmas Unit Swadana*, Lampung Utara.
- Bupati Lebak. 2007. *Peraturan Bupati Lebak Nomor 14 Tahun 2007 tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak Tahun Anggaran 2007*, Lebak.
- Departemen Kesehatan RI. 1990. *Pedoman Kerja Puskesmas Departemen Kesehatan RI*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. *Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan tentang Pelayanan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Standar Pelayanan Kebidanan*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2004*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) 2007*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008*, Jakarta: Penerbit Ombak.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008. DTPS-KIBBLA Referensi Advokasi Anggaran dan Kebijakan, Perencanaan Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak dengan Pemecahan Masalah melalui Pendekatan Tim Kabupaten/Kota.

- Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. 2005. *Profil Kesehatan Kabupaten Indramayu Tahun 2005*, Indramayu.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Indramayu Tahun 2006*, Indramayu.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. 2006. *Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Tahun 2006-2011*, Indramayu.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. 2008. *Petunjuk Tehnis Pengembangan Desa Siaga 2008*, Indramayu.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara. 2005. *Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2005*, Lampung Utara.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara. 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2006*, Lampung Utara.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah. 2005. *Profil Kesehatan 2005*, Lombok Tengah.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat. 2005. *Profil Kesehatan 2005*, Sumba Barat.
- Dinas Kesehatan Kota Surakarta. 2006. *Buku Saku Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) untuk Remaja Usia 14-19 Tahun*, Surakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Surakarta. 2007. *Profil Kesehatan Kota Surakarta Th. 2006*. Surakarta.
- Hadikusuma, Hilman. 1990. *Hukum Perkawinan Adat*, Pt Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Kelompok Kerja Convention Watch Universitas Indonesia. 2006. *Implementasi Pasal 12 Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 Pelayanan Kehamilan Persalinan dan Pasca Persalinan*, Yogyakarta: *Surviva Paski*.
- Kelurahan Gilingan. 2007. *Laporan Monografi Dinamis Kelurahan Gilingan Kecamatan Banjarsari periode Juli 2007*.
- Kelurahan Kestalan. 2006. *Laporan Monografi Statis Kelurahan Kestalan Kecamatan Banjarsari, periode semester II 2006*.
- Kelurahan Kestalan. 2007. *Laporan Monografi Dinamis Kelurahan Kestalan Kecamatan Banjarsari, periode Juni 2007*.

- Kelurahan Sangkrah. 2006. *Laporan Monografi Statis Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, periode semester II 2006*.
- Kelurahan Sangkrah. 2007. *Laporan Monografi Dinamis Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, periode Juni 2007*.
- Kelurahan Semanggi. 2006. *Laporan Monografi Statis Kelurahan Semanggi Kecamatan Pasar Kliwon, periode semester II 2006*.
- Kelurahan Semanggi. 2007. *Laporan Monografi Dinamis Kelurahan Semanggi, Kecamatan Pasar Kliwon, periode Juli 2007*.
- Maine D. 1999. What's So Special about Maternal Mortality?, in *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. Berer M *et al* (eds). Blackwell Science Limited: London.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara. 2002. *PERDA Nomor 5 Tahun 2002, Tanggal 26 September 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Unit Swadana, Lampung Utara*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara. 2002. *PERDA Nomor 8 Tahun 2002, Tanggal 14 Oktober 2002 tentang Retribusi Pelayanan Puskesmas, Lampung Utara*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara. 2006. *Potensi Desa Kabupaten Lampung Utara Tahun 2006, Lampung Utara*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara. 2007. *Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Lampung Utara Tahun Anggaran 2007, Lampung Utara*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2002. *Peraturan Daerah Kabupaten Lebak Nomor 6 Tahun 2002 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Adjidarmo*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2004. *Rencana Strategi Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak Tahun 2004-2009, Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2004. *Rencana Strategis Kabupaten Lebak Tahun 2004-2009*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2007. *Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Lebak Tahun Anggaran 2007*.

- Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2007. *Prioritas dan Plafon Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Sementara (PPAS) Kabupaten Lebak Tahun Anggaran 2008*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Tengah. 2007. *Rencana Tabunan (2007) Pembangunan Kesehatan, Lombok Tengah*.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat. 2006. *Rencana Tabunan (2006) Pembangunan Kesehatan, Sumba Barat*.
- Pemerintah Daerah Kota Surakarta. 1998. Perda No. 7 Th. 1998 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan, Surakarta.
- Pemerintah Daerah Kota Surakarta. 2003. *Perda No. 4 Th. 2003 tentang Perubahan Pertama atas Perda Kotamadya Daerah Tingkat II Surakarta No. 7 Th. 1998 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan*.
- Pemerintah Daerah Kota Surakarta. 2007. *Perda No. 4 Th. 2007 tentang Retribusi Perizinan Sarana dan Tenaga Bidang Kesehatan, Kota Surakarta*.
- Pemerintah Daerah Kota Surakarta. 2007. *Perda No. 3 Th. 2007 tentang Perizinan Sarana dan Tenaga Bidang Kesehatan, Kota Surakarta*.
- Puskesmas Giligan. 2007. *Perencanaan Umum Tingkat Puskesmas Tahun 2007*, Surakarta.
- Puskesmas Giligan. 2009. *Perencanaan Terpadu Puskesmas Tahun 2009*, Surakarta.
- Puskesmas Rangkasbitung. 2007. *Profil Puskesmas Rangkasbitung Tahun 2007*.
- Puskesmas Sangkrah. 2007. *POA (Planning of Action) Tahun 2007*, Surakarta.
- Sciortino, Rosalia. 1999. *Menuju Kesehatan Madani*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group*. WHO: Geneva.

## Tentang Editor



### **EDRIANA NOERDIN**

Direktur Program Women Research Institute

Edriana aktif dalam gerakan perempuan di Indonesia sejak 1986. Minat yang kuat pada isu-isu perempuan membawanya untuk mengambil gelar master dalam kajian perempuan. Pada akhir tahun 2000, ia menyelesaikan studi S2 dalam *Women and Development* di Institute of Social Studies, The Hague, Belanda. Sebagai akademisi dan aktivis, Edriana telah menulis artikel dan makalah terkait isu-isu perempuan di beberapa media. Ia juga aktif sebagai pembicara dalam berbagai forum di dalam dan luar negeri serta produktif dalam menulis dan menyunting beberapa buku yang diterbitkan oleh Women Research Institute (WRI).

Berangkat dari pengamatan masih kurangnya data yang terpilah antara laki-laki dan perempuan atau data yang berperspektif feminis, Edriana dan sejumlah rekan mendirikan WRI pada tahun 2002. WRI bertujuan sebagai pusat pembelajaran dan penelitian berperspektif feminis dalam melihat dampak desentralisasi terhadap partisipasi politik perempuan dalam politik lokal. WRI juga memfasilitasi masyarakat, khususnya perempuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai alokasi anggaran pemerintah di tingkat lokal untuk membuat anggaran yang responsif terhadap kebutuhan perempuan. Selain itu WRI melakukan penelitian dan pelatihan tentang ibu, kesehatan bayi dan anak, termasuk advokasi untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi.

Mencari Ujung Tombak  
Penurunan Angka Kematian Ibu  
di Indonesia



Editor  
Edriana Noordin

ISBN 978-602-9230-00-0



9 786029 230000

Buku ini bertujuan mencari ujung tombak untuk memutus tingginya angka kematian ibu yang terus terjadi di Indonesia berdasarkan penelitian WRI mengenai akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan miskin di enam kabupaten dan satu kota. Buku ini berpendapat bahwa di satu sisi ada kekurangan kemauan politik, kebijakan dan alokasi anggaran untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi perempuan. Di sisi lain, kemiskinan, buruknya infrastruktur jalan, terpencilnya tempat tinggal dan terbatasnya transportasi umum membuat perempuan miskin yang hidup di daerah-daerah terpencil menganggap rumah sakit di kota dan Puskesmas di kelurahan terlalu jauh untuk dicapai dan terlampau mahal. Karena itulah, pemerintah pusat seharusnya mengeluarkan kebijakan "Satu Desa, Satu Polindes, Satu Bidan" dan mengalokasikan anggaran yang cukup untuk membuat berbagai fasilitas kesehatan yang memadai agar lebih dekat dengan tempat tinggal perempuan miskin di daerah-daerah terpencil. Namun, efektifitas pelaksanaan kebijakan "Satu Desa, Satu Polindes, Satu Bidan" tidak hanya bersandar pada kecukupan anggaran semata.

Buku ini berpendapat bahwa keberhasilan pelaksanaan kebijakan "Satu Desa, Satu Polindes, Satu Bidan" juga tergantung pada efektifitas pendidikan umum mengenai kesetaraan dan keadilan gender, agar membuat suami dan keluarga perempuan miskin di daerah-daerah terpencil menyadari bahwa hidup perempuan juga layak diselamatkan. Fakta bahwa perempuan miskin tidak memiliki kontrol atas tubuh mereka adalah sebuah kendala utama dalam upaya penurunan angka kematian ibu yang tinggi di negeri ini. Pendidikan mengenai kesetaraan dan keadilan gender selain diberikan kepada masyarakat seharusnya juga diberikan kepada para pembuat kebijakan. Asuransi kesehatan nasional yang menyeluruh yang mencakup seluruh penduduk, termasuk perempuan miskin yang tinggal di daerah terpencil, akan menjadi pelengkap bagi efektifitas pelaksanaan kebijakan "Satu Desa, Satu Polindes dan Satu Bidan", sehingga diperlukan banyak pembuat kebijakan yang *gender sensitive* untuk bisa mengesahkannya.



Women Research Institute (WRI) adalah lembaga penelitian yang mengembangkan konsep tata pemerintahan adil gender. WRI menggunakan metode feminis dalam setiap penelitiannya. Fokus WRI untuk melihat dampak otonomi daerah terhadap partisipasi politik perempuan dalam politik lokal.