

---

# Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah

Erni Agustini

---

## I. Pendahuluan

Lebih dari separo (104,6 juta orang) dari total penduduk Indonesia (208,2 juta orang) adalah perempuan. Namun, kualitas hidup perempuan jauh tertinggal dibandingkan laki-laki. Masih sedikit sekali perempuan yang mendapat akses dan peluang untuk berpartisipasi secara penuh dalam proses pembangunan. Tidak mengherankan bila jumlah perempuan yang menikmati hasil pembangunan lebih terbatas dibandingkan laki-laki. Hal itu terlihat dari semakin turunnya nilai Gender Development Index (GDI) Indonesia dari 0,651 atau peringkat ke 88 (HDR 1998) menjadi 0,664 atau peringkat ke 90 (HDR 2000).

Rendahnya kualitas hidup perempuan berdampak langsung pada kualitas kesehatan perempuan, khususnya kesehatan ibu. Hingga saat ini, Indonesia tercatat sebagai negara yang tertinggi tingkat angka kematian ibunya (AKI) di kawasan Asia Tenggara, yakni kematian yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan, dan 42 hari pascapersalinan. Departemen Kesehatan seperti diungkap oleh Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) menyebutkan, bahwa pada tahun 2001 AKI meningkat menjadi 396 per

100.000 kelahiran dari angka tahun 1995 yang jumlahnya sebesar 373 (*Kompas*, 22 Desember 2003). Adapun data survei terakhir menyebutkan bahwa angka kematian ibu mencapai 307/100 ribu (SDKI, 2003).

Indonesia belum memiliki data statistik vital yang dapat menghitung langsung angka kematian ibu. Estimasi AKI dalam hasil Survei Demografi dan Kesehatan Nasional Indonesia diperoleh dari mengumpulkan keterangan dari saudara perempuan yang meninggal semasa kehamilan, persalinan atau setelah melahirkan. Peneliti senior dari Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, S. Soemantri, mengatakan bahwa angka yang didapat sebenarnya masih sulit dipastikan validitasnya. Hal itu disebabkan oleh informasi tentang kematian maternal yang jauh lebih sulit didapat dibanding informasi kesuburan maupun jumlah dan komposisi penduduk (*Kompas*, 17 April 2003).

Di negara maju, diperkirakan kesalahan perhitungan AKI mencapai 50 persen. Oleh karena itu, diperkirakan AKI di Indonesia mungkin mencapai 594 per 100.000. Di negara-negara Asean lainnya, seperti Malaysia, angka kematian ibu melahirkan jumlahnya kira-kira 36 per 100.000 kelahiran hidup, di Singapura 6 per 100.000 kelahiran hidup, bahkan Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup Sementara itu, AKI rata-rata di dunia adalah 10 per 100.000. (*Kompas*, 17 April 2003).

Kantor Menteri Pemberdayaan Perempuan mencatat (2002):

- Sebanyak 21% dari seluruh kematian perempuan adalah kematian ibu.
- Tiap tahun sejumlah 18.000 ibu meninggal dunia karena kehamilan/persalinan.

Menurut sumber di atas, penyebab kematian bisa bersumber dari aspek medis, sosial, budaya, dan agama:

a. Aspek medis meliputi:

- perdarahan (45,2%), eklamsia (12,9%), komplikasi aborsi (11,1), sepsis postpartum (9,6%), persalinan lama (6,5%), anemia (1,6%) dan penyebab tidak langsung (14,1%).

b. Aspek sosial, antara lain:

- Suami/keluarga tidak mengetahui dan tidak tanggap terhadap

kondisi setiap ibu hamil yang beresiko.

- Sikap individualistik masyarakat yang menganggap kelahiran adalah tanggung jawab keluarga saja.
- Anggaran untuk kesehatan ibu hamil (bumil) dan ibu bersalin (bulin) dalam rumah tangga masih dianggap tidak penting.
- Pelayanan persalinan yang tidak terjangkau oleh masyarakat kurang mampu.

c. Aspek Agama, antara lain:

- Menganggap krisis selama persalinan merupakan hal yang biasa karena meninggal ketika bersalin adalah mati syahid.
- Menganggap hamil dan bersalin sebagai kodrat perempuan: tidak memperlakukan khusus bumil dan bulin.
- Jarangnya kajian agama yang memperbaharui anggapan tentang peran suami/masyarakat dalam membantu bumil dan bulin.
- Sikap pimpinan agama yang cenderung mempunyai banyak anak (melakukan 4-terlalu: sering, muda, banyak, tua).

d. Aspek Budaya:

- Terlalu banyak tabu yang merugikan bagi bumil dan bulin, baik dalam makan maupun sikap.
- Hamil dan persalinan dianggap peristiwa alami yang biasa.
- Suami tidak sensitif; beban kerja rumah tangga bumil dan tanggung jawabnya mencari nafkah masih sama seperti biasanya.
- Adanya bias gender; proses pengambilan keputusan masih di tangan laki-laki, yakni suami, bapak, mertua, bahkan untuk keperluan periksa hamil dan persalinan.

Dari beberapa aspek penyebab kematian seperti disebutkan di atas, penyebab yang paling mendasar dari kematian ibu, menurut Azrul Azwar dari Departemen Kesehatan, tidak semata-mata berhubungan langsung dengan kesehatan, seperti perdarahan, eklamsia, atau kandungan yang gugur. Penyebab utamanya adalah penyebab tidak langsung, yakni pendidikan dan perekonomian. Kedua hal tersebut berpengaruh pada terbatas-

nya akses perempuan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagaimana dipaparkan Azrul, "penyebab langsung ini bukan porsi kesehatan, tetapi urusan pendidikan, ekonomi," Azrul juga menjelaskan bahwa Departemen Kesehatan menyusun program yang membuat persalinan menjadi lebih aman dengan membuat kelahiran menjadi lebih aman (*Kompas*, 25 April 2005).

Menurut Tini Hadad dari Yayasan Kesehatan Perempuan, kesehatan reproduksi (kespro) adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh. Kespro bukan hanya keadaan bebas dari penyakit dan kecacatan, namun menyangkut segala aspek yang berhubungan dengan sistem, fungsi, serta proses reproduksi. Merujuk pada definisi itu, dapat dikatakan tingginya AKI di Indonesia merupakan cermin atas terabaikannya hak perempuan atas kesehatan reproduksinya. Hal itu seharusnya tidak terjadi mengingat hak atas kesehatan reproduksi dijamin melalui serangkaian konvensi internasional yang juga ditandatangani Pemerintah Indonesia, yaitu Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Ratifikasi Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, kesepakatan Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan di Cairo, Mesir, tahun 1994, dan Konferensi Dunia Keempat tentang Perempuan di Beijing tahun 1995. Hak atas kesehatan reproduksi juga dilindungi oleh Undang-Undang Dasar 1945 yang telah diamandemen, yang menyebutkan bahwa kesehatan adalah bagian dari hak asasi manusia (*Kompas*, 25 April 2005).

Hak atas kesehatan reproduksi pada dasarnya menjadi bagian dari hak asasi manusia, yang di dalamnya mencakup semua hak, termasuk hak untuk mendapat informasi dan pendidikan yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi; hak untuk kebebasan berpikir, termasuk kebebasan dari penafsiran ajaran agama, kepercayaan, filosofi, dan nilai-nilai tradisi yang sempit yang akan membatasi kebebasan berpikir tentang pelayanan reproduksi; hak atas kebebasan dan keamanan individu untuk mengatur kehidupan reproduksinya, termasuk untuk perempuan hamil atau tidak hamil; hak untuk hidup, yaitu dibebaskan dari risiko kematian karena kehamilan; hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan, termasuk hak atas informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan; hak memilih bentuk keluarga; dan hak kebebasan berkumpul dan

berpartisipasi dalam politik. Dengan sendirinya, kebutuhan untuk mende-sakkan kesehatan reproduksi agar menjadi prioritas dalam pembuatan kebijakan politik pemerintah menjadi hak asasi setiap warga negara.

Bila dikaji lebih jauh, faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya kualitas kespro perempuan di Indonesia di antaranya adalah faktor sosial-ekonomi dan demografi, budaya dan lingkungan, faktor biologis dan psikologis, pengetahuan perempuan yang sangat rendah mengenai kespro, dan kespro belum menjadi prioritas dalam kebijakan pemerintah pusat dan pemerintah daerah mengenai kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, seharusnya kespro menjadi substansi penting dalam konsep pembangunan kesehatan yang menjadi bagian dari pembangunan bangsa secara keseluruhan.

## **II. AKI dan Realitas Pembangunan di Indonesia**

Sebagaimana dipaparkan oleh WW Rostow, program pembangunan yang dilaksanakan pada masa Orde Baru, seperti Pelita I, II dan seterusnya, mencerminkan penerapan paradigma pembangunan yang menekankan sisi pertumbuhan ekonomi. Rostow membagi tahap-tahap perubahan sosial melalui lima tahapan pembangunan ekonomi, dari masyarakat tradisional, prakondisi tinggal landas, diikuti masyarakat tinggal landas, kemudian masyarakat pematangan pertumbuhan, dan akhirnya mencapai masyarakat modern yang dicita-citakan, yakni masyarakat industri yang disebutnya sebagai masyarakat konsumsi massa tinggi. (Fakih, 2002:56).

Pembangunan yang menitikberatkan pada sisi pertumbuhan di masa Orde Baru telah berhasil membawa kemakmuran umum, dan pendapatan per kapita yang secara riil meningkat empat kali (dari US\$ 300 ke US\$ 1200), namun di sisi lain juga membawa kesenjangan ekonomi dan sosial yang besar dan semakin membesar, kemunduran lingkungan hidup, serta pengurasan kekayaan alam (Kristiadi, 1999).

## 1. Angka Buta Huruf dan Putus Sekolah

Kesenjangan ekonomi berimplikasi pada tidak meratanya penguasaan sumber daya ekonomi dan pada akhirnya juga membatasi akses terhadap fasilitas pendidikan maupun kesehatan. Berikut ini adalah data tentang angka buta huruf yang bersumber dari *Statistik Kesejahteraan Rakyat*, BPS, 2004 dan UNFPA, 2004 (Budiharsana, 2005):

### Angka Buta Huruf

Usia > 10 tahun		Usia > 15 tahun
Perempuan	Pedesaan 10%	Perempuan 45%
	Perkotaan 7%	
Laki-laki	Pedesaan 8%	Laki-laki 23%
	Perkotaan 3%	

Sementara itu, angka perbandingan putus sekolah (*drop out*) antara perempuan dan laki-laki pada tahun 2003 adalah sebagai berikut:

### Angka putus sekolah penduduk usia 10-14 tahun<sup>1</sup>

- Laki-laki 32,1%
- Perempuan 36,2%

Dari data di atas kita ketahui bahwa tingkat pendidikan perempuan di Indonesia secara umum lebih rendah daripada laki-laki. Rendahnya tingkat pendidikan perempuan tidak dapat dilepaskan dari konstruksi sosial dan budaya yang menempatkan perempuan pada posisi marginal dibandingkan laki-laki, sehingga bila kondisi perekonomian sebuah keluarga terbatas, maka prioritas pendidikan lebih ditujukan pada laki-laki daripada perempuan. Hal ini pada akhirnya berpengaruh pada keterbatasan informasi yang diperoleh perempuan, termasuk di dalamnya informasi tentang kesehatan reproduksi perempuan.

<sup>1</sup> Angka-angka tersebut dicuplik dari presentasi *power point* Meiwita Budiharsana, "Anggaran Berkeadilan Gender: Hubungannya dengan Penanggulangan AKI dan Kesehatan Reproduksi" untuk Seminar Advokasi Anggaran yang Berkeadilan Gender, diselenggarakan Women Research Institute di Gd. S. Widjono, Jakarta, 13 September 2005)

## 2. Tenaga dan Fasilitas Kesehatan

Di bidang ekonomi, menurut Prof. Dr. Gunawan Sumodiningrat (2003), jumlah penduduk Indonesia yang saat ini hidup di bawah garis kemiskinan dan ketidakberdayaan berjumlah sekitar 60%. Kelompok miskin ini termasuk di dalamnya perempuan, tidak mampu menjangkau fasilitas kesehatan yang semakin mahal.

Tingginya AKI di Indonesia, juga tidak dapat dilepaskan dari kondisi kemiskinan yang ada. Sebanyak 80% dari mereka (perempuan yang hamil, melahirkan dan meninggal) tinggal di perdesaan, 40% di antaranya tinggal di rumah-rumah dengan luas kurang dari 50 m<sup>2</sup> dan 26% darinya tinggal di rumah berlantai tanah (BKKBN, 2000). Daya kemampuan belanjanya rata-rata di bawah Rp 5.000. Keterbatasan dana yang ada sangat berpotensi menyebabkan terjadinya 3T, yakni:

- *Terlambat mengenali bahaya dan pengambilan keputusan.* Hal ini karena kurangnya pemahaman tentang kesehatan reproduksi perempuan. Selain itu, 60-70% persalinan dilakukan oleh dukun bersalin/bayi. Pengetahuan dukun yang terbatas akan menimbulkan resiko kurang mampunya mengenali kondisi gawat darurat. Keputusan seorang ibu hamil untuk menentukan di mana dan menggunakan jasa siapa untuk menolong persalinannya seringkali ditentukan justru oleh suami atau orang tua/mertua. Ini berkaitan erat dengan posisi perempuan yang lemah dan kurang diperhitungkan dalam proses pengambilan keputusan-bahkan untuk masalah yang berkaitan dengan tubuhnya sendiri.
- *Terlambat dalam transportasi dari rumah bumil ke puskesmas/rumah sakit.* Selain karena faktor dana, hal ini juga bisa terjadi karena kondisi geografis yang sulit, terutama untuk daerah yang terpencil dan susah dijangkau oleh kendaraan umum.
- *Terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat.* Hal ini diakibatkan oleh kurang memadainya prasarana dan fasilitas kesehatan.

Sementara itu, jumlah tenaga kesehatan di seluruh Indonesia adalah sebagai berikut (Ikatan Bidan Indonesia, 2003; Depkes, 2001):

### Total Bidan Desa

· Tahun 2000: 62.906

· Tahun 2003: 39.906

Rasio bidan: 71 (per 100.000 perempuan usia reproduksi) tahun 2000.

Data tersebut menunjukkan betapa minimnya ketersediaan tenaga yang diharapkan dapat membantu proses persalinan, padahal keberadaan tenaga bidan sangat vital di daerah-daerah, terutama yang terpencil karena ke-mampuan masyarakat untuk menjangkau fasilitas tenaga medis seperti dokter sangat terbatas.

### 3. Alokasi Dana Pemerintah untuk Pendidikan dan Kesehatan

Upaya dan keseriusan pemerintah dalam melakukan perbaikan di bidang pendidikan dan kesehatan ternyata belumlah optimal. Hal ini tercermin dari alokasi dana pemerintah pusat untuk pendidikan dan kesehatan yang masih minim, sebagaimana tertera di bawah ini:

Pendidikan		Kesehatan	
2005 - 2006	6,4%	2005 - 2006	Data tidak tersedia
1996 - 2000	< 2%	1996 - 2000	< 1%
1996 - 1998	1,4%	1996 - 1998	0,5%

### 4. Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu yang Tinggi

Upaya untuk penurunan angka kematian ibu di Indonesia adalah agenda yang mendesak untuk dilakukan pemerintah. Diperlukan upaya penanggulangan kematian ibu secara lebih holistik dan terintegrasi antar departemen dan instansi terkait, termasuk juga antara pemerintah pusat dan daerah. Program tersebut hendaknya memiliki dimensi yang luas, meliputi:

1. Amandemen ataupun pembuatan kebijakan publik yang lebih sensitif gender dan memiliki keberpihakan terhadap kepentingan perempuan (di antaranya untuk kesehatan reproduksi perempuan),

misalnya alokasi anggaran yang cukup bagi kesehatan reproduksi perempuan. Selain itu, perlu adanya amandemen terhadap Undang-Undang Kesehatan yang melarang aborsi karena hal ini mendorong perempuan melakukan aborsi dengan tenaga dukun/bidan. Hal ini sangat beresiko menyebabkan kematian ibu. Simak data berikut ini (Budiharsana, 2005):

### Alokasi Dana Pemerintah Pusat<sup>2</sup>

Kasus Aborsi per tahun		Aborsi karena kegagalan KB	
1993	170.000-2 juta/tahun	2004	36%
2000	2 juta/tahun	2000-2003	31%
2005	2,3 juta/tahun		

Pendidikan yang intensif sampai ke masyarakat lapis paling bawah tentang cara hidup sehat, juga pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sejak dini sangat diperlukan. Hal ini harus dilakukan guna memberikan penyadaran bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia. Sebagaimana diutarakan oleh dr. Adi Sasongko dari Yayasan Kusuma Buana, hal ini mengandung konsekuensi berat dan komitmen yang kuat, serta mensyaratkan perubahan paradigma kesehatan, yakni dari yang kuratif ke paradigma kesehatan yang mengutamakan upaya promosi dan prevensi (*Kompas*, 3 September 2005). Selain itu, juga perlu dilakukan sosialisasi secara terus-menerus kepada masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan, tentang pemahaman gender yang lebih adil, agar hak-hak perempuan terutama haknya terhadap kesehatan reproduksi mendapatkan perhatian yang semestinya.

<sup>2</sup> Angka-angka tersebut dicuplik dari presentasi *power point* Meiwita Budiharsana, "Anggaran Berkeadilan Gender: Hubungannya dengan Penanggulangan AKI dan Kesehatan Reproduksi" untuk Seminar Advokasi Anggaran yang Berkeadilan Gender, diselenggarakan Women Research Institute di Gd. S. Widjojo, Jakarta, 13 September 2005).

2. Dalam konteks otonomi daerah, perlu adanya koordinasi antara pusat dan daerah dalam melaksanakan kebijakan dan program kesehatan di daerah, termasuk di dalamnya, adanya perimbangan keuangan pusat dan daerah.
3. Menghidupkan dan mengintensifkan kembali program yang telah dilakukan pemerintah, di antaranya adalah Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang dicanangkan sejak upacara peringatan Hari Ibu tanggal 22 Desember 1996 di Desa Jaten, Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah. Hal ini selanjutnya dituangkan dalam Keputusan Meneg UPW Nomor 75/Kep/Men UPW/X/1997 tentang Pedoman Gerakan Sayang Ibu (Cholil, 1996).

Pada bagian selanjutnya, penulis akan menguraikan secara rinci program GSI yang dilakukan pemerintah, mengingat ini adalah salah satu contoh kebijakan konkrit yang dilakukan pemerintah dalam upayanya untuk menurunkan AKI.

### III. Gerakan Sayang Ibu

Gerakan Sayang Ibu (GSI) merupakan upaya untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan dan mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi dan merupakan gerakan masyarakat bekerja sama dengan pemerintah. Dengan demikian, yang dimaksud dengan GSI adalah suatu gerakan yang dilaksanakan oleh masyarakat bekerja sama dengan pemerintah untuk meningkatkan perbaikan kualitas hidup perempuan (sebagai sumber daya manusia) melalui berbagai kegiatan yang mempunyai dampak terhadap upaya penurunan angka kematian ibu karena hamil, melahirkan, dan nifas, serta kematian bayi.

GSI yang kegiatannya ditunjang oleh Tim Pokja dan Tim Satgas GSI diarahkan agar mampu mendorong masyarakat untuk berperan aktif dan mengembangkan potensinya dengan melahirkan ide-ide kreatif dalam melaksanakan GSI di daerahnya. Kegiatan-kegiatannya antara lain:

1. Melaksanakan pendataan ibu hamil, memberikan kode-kode tertent-

- tu untuk memberi tanda bagi ibu hamil beresiko tinggi (tanda biru), untuk yang normal diberi tanda kuning. Ini pertama kali dikembangkan di Sumatera Selatan, lalu dikembangkan di daerah lain.
2. Melaksanakan kegiatan KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi), melalui pengajian dan penyuluhan bagi calon pengantin, bisa juga dikembangkan dalam bentuk nyanyian, tarian, operet, puisi sayang ibu. Hendaknya juga didukung oleh para Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), Petugas Depag, Dinas Kesehatan dan sebagainya.
  3. Menyediakan Pondok Sayang Ibu. Ide ini pertama kali dicetuskan di Lampung.
  4. Menggalang Dana Bersalin (Arlin) dari masyarakat sebagai bentuk kepedulian.
  5. Menggalang sumbangan donor darah untuk membantu persalinan.
  6. Menyediakan Ambulans Desa, bisa berupa becak, mobil roda empat milik warga yang dipinjamkan.

## 1. Kebijakan GSI

- 1 Pemantapan dan peningkatan dukungan legislatif dan eksekutif terhadap GSI di semua tingkatan wilayah kerja.
- 2 Perluasan pelaksanaan GSI ke beberapa propinsi bersama pemerintah daerah dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) terkait.
- 3 Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat mengenai hak reproduksi dan kesehatan reproduksi serta berbagai permasalahan yang menyebabkan kematian ibu hamil dan melahirkan.
- 4 Mengembangkan dan memanfaatkan berbagai forum koordinasi dan keterpaduan antara sektoral, instansi pemerintah, swasta, LSM serta institusi masyarakat untuk memberikan dukungan yang optimal terhadap pelaksanaan GSI.
- 5 Meningkatkan dan memantapkan pola pendekatan kemandirian dan kemitraan.
- 6 Melaksanakan kegiatan advokasi bersama sektor terkait, LSM, Pusat Studi Wanita (PSW), untuk legislatif (DPR) eksekutif (Bupati, Wali-

kota, dsb) guna membangun dan memantapkan dukungan pelaksanaan operasional.

- 7 Mengembangkan pelaksanaan GSI pada era Otonomi Daerah (Otda).

## 2. Strategi Pelaksanaan Gerakan Sayang Ibu

1. Menerapkan Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman (*Making Pregnancy Safer* atau MPS), yang ditujukan untuk memastikan tiga hal berikut:
  - a. Semua ibu hamil dan bayi baru lahir harus mempunyai akses terhadap pelayanan kehamilan, persalinan, dan nifas oleh tenaga kesehatan yang terampil.
  - b. Semua komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang memadai.
  - c. Setiap perempuan usia subur harus mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.
2. Membangun kemitraan yang efektif melalui kerja sama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumber daya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan (MPS). Langkah yang dilakukan antara lain:
  - a. Pendekatan Kemasyarakatan  
GSI dilaksanakan secara koordinatif dan integratif dengan instansi sektoral terkait, organisasi profesi, ormas, organisasi perempuan, organisasi keagamaan, swasta, LSM dan perguruan tinggi. Kemasyarakatan berarti peran masyarakat menjadi langkah utama.
  - b. Pendekatan Desentralisasi  
Pelaksanaan GSI didasarkan pada pelaksanaan UU No. 22 Tahun 1999 dan UU No. 25 Tahun 1999 dan peraturan pemerintah.
  - c. Pendekatan Kemitraan  
Merupakan dasar kepedulian dan peran serta kemitraan kerja yang sejajar dan saling menguntungkan.

d. Pendekatan Kemandirian

Mendorong berbagai pihak agar ikut serta secara aktif mengelola GSI atas dasar kemandirian.

e. Pendekatan Keluarga

Sasaran GSI adalah keluarga secara utuh (suami-istri dan anggota keluarga lain) yang mengacu pada siklus perkembangan keluarga. Dengan pendekatan ini pemerintah bermaksud untuk:

1) Mendorong pemberdayaan perempuan dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Pokok kegiatan dalam strategi ini adalah:

- Kegiatan Suami Siaga untuk memantapkan peranan suami dalam pelayanan kesehatan ibu, kesehatan bayi baru lahir dan Keluarga Berencana (KB).
- Menggunakan pesan MPS dalam kampanye Suami Siaga, terutama dalam pemanfaatan pelayanan untuk ibu dan bayi baru lahir dalam kasus kegawatdarutan.
- Mempromosikan partisipasi aktif suami dalam penerimaan KB pada masa nifas dan pascakeguguran.
- Kegiatan untuk meningkatkan peran aktif keluarga dalam menjamin akses terhadap pelayanan ibu, bayi baru lahir, dan KB (4-terlalu) yang memadai, termasuk pemberian ASI eksklusif.

2) Mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Pokok kegiatannya, antara lain:

- Menelaah dan menggunakan pesan MPS, terutama tentang persalinan oleh tenaga kesehatan, tanda bahaya, dan hak perempuan dan bayi.
- Meningkatkan pengetahuan tokoh dan kader masyarakat.
- Mendorong pengembangan atau pemanfaatan Tabulin, Dana Sehat atau JPKM.

### 3. Upaya Peningkatan Kesehatan Perempuan

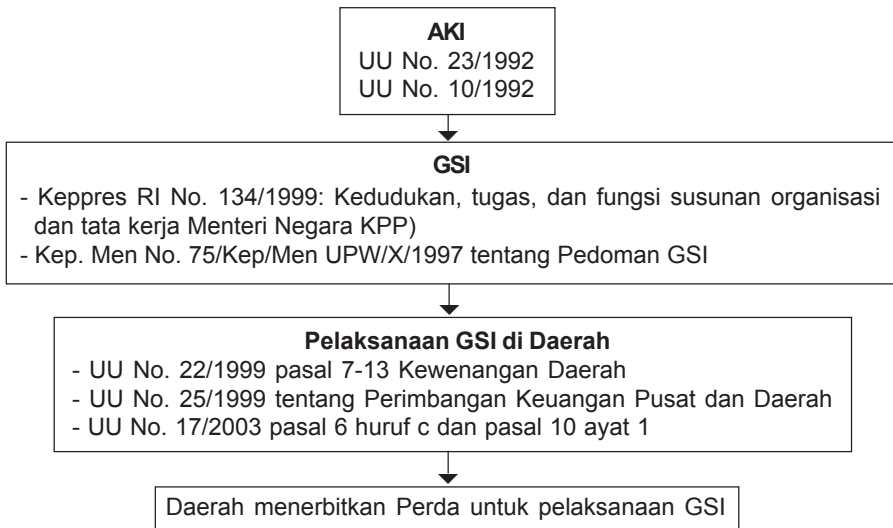
Didalam pasal-pasal UU Kesehatan No. 23 Tahun 1999 diketahui bahwa pemerintah telah berupaya untuk memberikan perhatian khusus bagi peningkatan kesehatan istri, terutama ibu. Pasal 10 menyebutkan bahwa: “Peningkatan kesehatan istri, terutama kesehatan ibu meliputi peningkatan kesehatan pada masa prakehamilan, kehamilan, prakelahiran, persalinan, pascakelahiran dan masa di luar kehamilan dan kelahiran.” Sementara itu, pasal 33 menyediakan sarana kesehatan yang meliputi puskesmas, praktik dokter/dokter gigi, balai pengobatan, rumah sakit, praktik dokter/dokter gigi spesial, pabrik obat, laboratorium dan sarana kesehatan.

Realitas di lapangan menunjukkan bahwa penyediaan sarana kesehatan bagi peningkatan kesehatan reproduksi perempuan—termasuk ibu hamil dan melahirkan—yang menjadi tanggung jawab pemerintah melalui Departemen Kesehatan dan BKKBN, belum optimal. Ada 255 kabupaten/kota yang tak memiliki instansi pengontrol KB (padahal salah satu tujuan KB adalah untuk menurunkan resiko kematian ibu). Baru 38,8% atau 161 kabupaten/kota yang mempunyai BKKBN. Dengan kata lain, ada sekitar 61,2% atau 255 kabupaten/kota di Indonesia selama ini yang belum memiliki lembaga/instansi yang berfungsi mengontrol jumlah kelahiran penduduk (*Kompas*, 8 Januari 2004).

Adapun penyelenggaraan sarana dan prasarana kesehatan (juga program-program kesehatan, termasuk GSI) dalam era otonomi daerah menjadi tanggung jawab/otoritas pemerintah daerah ataupun pihak swasta di daerah setempat. Hal ini sesuai dengan pasal 7-13 UU No. 22/1999 tentang Kewenangan Daerah. Sedangkan dari sisi penyediaan dana serta alokasinya juga menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.<sup>3</sup> Hal ini sejalan dengan Kebijakan Desentralisasi Bidang Kesehatan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 004/Menkes/SK/I/2003) tanggal 28-07-2004. Dengan terjadinya desentralisasi diperlukan pengembangan kebijakan yang mendukung penerapan desentralisasi dalam mewujudkan pembangunan kesehatan sesuai kebutuhan daerah ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)).

---

<sup>3</sup>. Lihat UU No, 17/2003 tentang Keuangan Negara Bab II: Kekuasaan atas Pengelolaan Keuangan Negara, pasal 6 dan 10.

**Bagan 1. Implementasi GSI dalam Kerangka Otda**

Dalam kaitannya dengan GSI, selain GSI dilaksanakan secara koordinatif dan integratif dengan berbagai unsur masyarakat, GSI juga dilaksanakan dengan penekanan pada desentralisasi dengan memberdayakan segala potensi dan sumber daya daerah untuk bersama-sama menekan AKI.

Dalam pelaksanaan GSI di lapangan, dukungan dari semua unsur masyarakat dan instansi terkait sangat menentukan tingkat keberhasilannya, termasuk di dalamnya adalah dukungan dana. Dalam hal ini, diperlukan kesadaran daerah untuk memasukkan perspektif gender dalam penyusunan anggaran (APBD) sehingga terdapat alokasi dana yang memadai bagi pembiayaan program peningkatan kesehatan perempuan, khususnya program GSI.

#### **4. Kendala dalam Pelaksanaan Program GSI**

Hambatan yang paling dominan dalam pelaksanaan program GSI di daerah adalah keterbatasan dana operasional program karena tidak semua daerah memiliki kesadaran untuk mengalokasikan anggaran khusus bagi pening-

katan kesehatan ataupun pemberdayaan perempuan.<sup>4</sup>

Menurut dr. Kriel Trangga Widjayanti, MMR, Kepala Deputy III Kementerian Pemberdayaan Perempuan (KPP), Menteri Pemberdayaan Perempuan melalui KPP memang memiliki wewenang untuk perumusan dan koordinasi serta peningkatan keterpaduan penyusunan rencana, pemantauan, dan evaluasi terhadap program pemberdayaan perempuan (termasuk GSI). Namun sesuai dengan wewenang yang dimiliki, maka strategi nasional untuk percepatan penurunan kematian ibu perlu disesuaikan dengan wewenang yang dimiliki oleh propinsi sebagai daerah otonom. Kebijakan, strategi, dan program merupakan wewenang dari propinsi dan kabupaten/kota. Setiap daerah dapat melakukan adaptasi dan perubahan sesuai dengan kondisi masing-masing daerah. Dalam konteks ini, GSI bagi daerah terutama dalam jangka pendek bertujuan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi, sedangkan dalam jangka panjang bertujuan untuk meningkatkan kualitas SDM sebagai investasi pembangunan daerah.

Implikasi langsung dari kebijakan otonomi daerah ini adalah bahwa pelaksanaan GSI tidak hanya dibiayai oleh pendanaan dari pusat, tetapi juga ditunjang oleh kemampuan daerah untuk mengalokasikan anggaran pada pos terkait.

Salah satu program konkrit yang telah dilaksanakan, menurut dr. Kriel, adalah apa yang disebut "Minigrand", yakni subsidi dana yang diberikan untuk membiayai transpor ibu-ibu tidak mampu yang akan melahirkan. Dana utama subsidi ini berasal dari UNDP, sebesar Rp 2.000.000,- untuk tiap daerah kabupaten yang dipilih. Dalam pemilihan ini diprioritaskan daerah dengan AKI tertinggi. Selain itu, tempat pelayanan kesehatan harus bisa dijangkau dalam waktu maksimal dua jam, dan ada bidan desa yang tinggal di desa tersebut. Dalam satu propinsi dipilih dua kecamatan. Dana senilai Rp 2 juta tersebut masih harus dipotong sebesar 20% untuk biaya operasional di daerah masing-masing. Jadi jumlah yang diterima setiap daerah adalah:  $20\% \times \text{total jumlah ibu hamil} \times \text{biaya transpor}$  (sesuai kondisi daerah).

---

<sup>4</sup> Wawancara dengan Kepala Deputy III (Bidang Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan), dr. Kriel Trangga Widjayanti, MMR, di Kantor Kementerian Pemberdayaan Perempuan, tahun 2004.

Dapat dibayangkan betapa terbatasnya cakupan pembiayaan yang dapat dilakukan guna membantu program penurunan AKI bila tidak didukung dana dari daerah itu sendiri.

Program lain dari GSI adalah pengadaan Rumah Sakit Sayang Ibu, juga Kecamatan Sayang Ibu, namun seperti dituturkan dr. Kriel, ini belum diterapkan menyeluruh di semua daerah kabupaten/walikota di Indonesia, mengingat keterbatasan dana yang ada. Dalam APBN 2003, alokasi anggaran untuk kesehatan hanya sebesar 5,4 triliun rupiah, atau 1,6% dari total belanja publik terhadap penerimaan dalam negeri. Bandingkan dengan alokasi bagi pendidikan yang sebesar 13,6 triliun atau 4% dari total nilai belanja publik terhadap penerimaan dalam negeri.

Standar WHO menentukan alokasi 15% dari penerimaan dalam negeri diperuntukkan bagi pos belanja publik untuk bidang kesehatan. Artinya, setiap negara diharapkan membelanjakan minimal 15% dari belanja publiknya untuk sektor pelayanan kesehatan. Dalam Ketetapan MPR No. VI/TAP MPR/02, MPR merekomendasikan kepada Presiden untuk: "Mengupayakan peningkatan anggaran kesehatan secara bertahap sampai mencapai jumlah sebesar 15% sesuai dengan keuangan negara dari APBN/APBD, sebagaimana ditetapkan WHO."

Dengan demikian, jika bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial dialokasikan sebesar 15% dari total penerimaan dalam negeri, pemerintah bisa berbuat lebih banyak lagi bagi pelayanan kesehatan masyarakat, pembangunan infrastruktur rumah sakit umum dan puskesmas, penambahan tenaga medis, perbaikan gizi masyarakat, penyediaan obat-obatan, dan pengembangan sebuah sistem pelayanan kesejahteraan sosial.

Pengeluaran untuk kesehatan rata-rata per kapita dari total penerimaan dalam negeri berdasarkan olahan data dari Survey Sosial dan Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 1999 adalah sebesar Rp 25.404,-. Dengan asumsi bahwa pertumbuhan penduduk Indonesia adalah sebesar 6% per tahun, maka jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2003 adalah sebesar 224.049020 jiwa. Diperkirakan pemerintah perlu mengalokasikan dana sebesar Rp 5,7 triliun per tahunnya ( $Rp\ 25.404 \times 224.049.020$  penduduk) agar seluruh penduduk Indonesia bisa mendapatkan pelayanan kesehatan dasar dengan cuma-cuma. Ini hanya untuk perkiraan tahun 2003, sedang-

kan untuk 2004 seharusnya mengalami jumlah peningkatan sesuai dengan pertumbuhan penduduk yang ada.<sup>5</sup>

Malaysia adalah negara yang pernah memperoleh peringkat AKI terbesar yang sebanding dengan Indonesia, namun dalam perkembangannya sekarang ternyata mampu menurunkan AKI di negaranya secara cepat. Sebagai gambaran, untuk setiap 270 ibu hanya ada satu angka mortalitas (kematian), sedangkan Indonesia ada satu kematian untuk setiap 41 ibu. Menurut dr. Kriel, hal ini karena Malaysia bersungguh-sungguh mengupayakan penurunan AKI dengan pengalokasian anggaran kesehatan dalam jumlah yang cukup besar. Malaysia memberikan fasilitas gratis bagi setiap perempuan yang melahirkan di daerah AKI tertinggi, dengan fasilitas pelayanan dan tenaga medis yang optimal.

Kembali pada masalah pendanaan bagi program GSI di daerah, kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa masih banyak daerah yang tidak mengalokasikan anggaran yang cukup bagi kepentingan peningkatan kesehatan perempuan, khususnya ibu hamil/melahirkan, sementara dana dari pusat juga terbatas. Oleh karena itu, wajar apabila AKI di Indonesia secara umum belum mengalami penurunan yang berarti.

Data dari hasil penelitian WRI (Women Research Institute) 2003 tentang alokasi dana APBD menunjukkan belum adanya pemisahan secara khusus untuk kesehatan reproduksi ataupun program pemberdayaan perempuan.

Daerah	Perda	Jumlah Anggaran (Rp)	Total APBD	% terhadap total APBD
Mataram	Perda No. 1/2001	3.288.750.000	158.559.000.000	0,03
Samarinda	Perda No. 3/2002	6.054.811.600	567.649.792.344	0,00043

Dari tabel tersebut, dapat dilihat betapa minimnya pengalokasian anggaran untuk kepentingan kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi perempuan, dan itu pun masih belum dipisahkan dengan keperluan untuk

<sup>5</sup>. Analisis yang dilakukan oleh JARI (2003:77) untuk bahan rekomendasi bagi anggaran yang berkeadilan dan berbasis hak ekonomi-sosial rakyat.

pemberdayaan perempuan ataupun kesejahteraan sosial. Hal ini menunjukkan kurangnya kepekaan/kepedulian dari daerah untuk mengintegrasikan perspektif gender dan menerapkan *gender budgeting* dalam menyusun alokasi anggarannya.

Bila kita hubungkan dengan upaya pelaksanaan program GSI di daerah, maka jelas bahwa kita belum bisa mengharapkan bantuan pendanaan secara memadai dari daerah. Walaupun secara substansi program GSI relatif baik, namun bila tidak diimbangi dengan implementasi yang maksimal dan dengan dukungan pendanaan yang memadai, baik dari pusat maupun daerah, maka keberhasilan dalam penurunan AKI di Indonesia belum bisa diharapkan.

#### IV. Penutup

Angka kematian ibu di Indonesia masih cukup memprihatinkan karena belum menunjukkan tanda-tanda penurunan secara berarti selama 10 tahun terakhir. Dari pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa pemerintah melalui Menteri Pemberdayaan Perempuan telah berupaya secara terus-menerus untuk menciptakan berbagai program guna mengatasi AKI yang tinggi, di antaranya dengan mencanangkan Gerakan Sayang Ibu sejak 22 Desember 1996.

Secara substantif mulai ada perubahan dalam paradigma yang digunakan untuk memecahkan masalah. Kini program-program tidak hanya tertuju pada perempuan saja, tetapi juga seluruh relasi yang terkait dengannya, yakni keluarga (suami, orang tua, dan sebagainya), masyarakat dan lingkungan sekitarnya. Hal ini patut digarisbawahi mengingat bahwa perempuan secara umum biasanya tidak memiliki otoritas atas tubuhnya sendiri sehingga tidak memiliki kesempatan untuk memilih alat kontrasepsi yang diinginkan, menentukan kapan ingin hamil, serta apakah ingin mempunyai anak atau tidak. Bahkan perempuan tidak dapat memutuskan fasilitas dan tempat pelayanan kesehatan yang dinginkannya. Semua itu tak lepas dari tekanan orang-orang di sekitarnya, baik suami maupun orang tua, mertua, dan sebagainya. Hal ini berpotensi membahayakan kesehatan

reproduksi perempuan itu sendiri, bahkan juga keselamatan jiwanya. Hal ini bisa dilihat dari hasil temuan yang menunjukkan sebab-sebab utama kematian ibu, yaitu melahirkan terlalu muda, terlalu dekat jarak anaknya, terlalu banyak anaknya, dan terlalu tua. Selain itu, ada faktor tiga terlambat yakni: terlambat mengenali bahaya dan penentuan keputusan, terlambat dalam transportasi dari rumah bumil ke puskesmas/rumah sakit, dan terlambat mendapatkan pertolongan.

Perlu terus menggugah kesadaran semua pihak, terutama para pengambil keputusan dan pembuat kebijakan publik untuk mengupayakan pengarusutamaan gender dalam program dan kebijakan pembangunan nasional. Keberhasilan pengarusutamaan gender tercermin dari kebijakan publik yang ada, baik itu undang-undang, perda, maupun komposisi APBN/APBD.

Pada akhirnya, diharapkan ada upaya sungguh-sungguh, baik dari pemerintah pusat dan daerah maupun masyarakat luas untuk lebih memperhatikan kepentingan perempuan, terutama keselamatan ibu hamil dan melahirkan, agar perempuan tidak menjadi korban sia-sia dari sistem yang tidak berpihak padanya. Dengan demikian, tidak akan ada lagi ibu yang kehilangan nyawanya justru karena melahirkan generasi yang baru. Apalagi Indonesia telah berkomitmen melaksanakan kesepakatan dalam *Millenium Development Goals/MDGs* yang mensyaratkan tujuh program aksi, termasuk di dalamnya menjamin hak-hak kesehatan reproduksi dan seksual perempuan.

## Daftar Pustaka

- Badan Pusat Statistik Indonesia (BPS) dan ORC Macro (2003) Indonesian Demographic and Health Survey 2002-2003. Calverton, Maryland, USA: BPS and ORC Macro.
- BPS, Bappenas dan UNDP Indonesia (1998) Indonesia Human Development Report 1998. Jakarta:UNDP.
- BPS, Bappenas dan UNDP Indonesia (2001) Indonesia Human Development Report 2001. Jakarta:UNDP.
- BPS, Bappenas dan UNDP Indonesia (2003) Indonesia Human Development Report 2003. Jakarta:UNDP.
- BPS, Bappenas dan UNDP Indonesia (2004) Indonesia Human Development Report 2004. Jakarta:UNDP.
- Budiharsana, Meiwita. Makalah. "Anggaran Berkeadilan Gender: Hubungannya dengan Penanggulangan AKI dan Kesehatan Reproduksi." Dipresentasikan dalam Seminar Advokasi Anggaran yang Berkeadilan Gender di Gd. S. Widjojo, Jakarta, 13 September 2005.
- Cholil, Abdullah (1996) Menyongsong Diluncurkannya Gerakan Sayang Ibu sebagai Gerakan Nasional. Jakarta: Kantor Menteri Negara Urusan Peranan Wanita.
- Depdiknas (2003) Statistik dan Indikator Pendidikan Dasar 2003.

Depkes (2001) *Profil Kesehatan 2000*. Jakarta: DepKes.

Fakir, Mansour (2002) *Runtuhnya Teori Pembangunan dan Globalisasi*. Yogyakarta: Insist Press.

Ikatan Bidan Indonesia (2003) *Direct Information*.

Kantor Menteri Negara Peranan Wanita (1999) "Bunga Rampai Gerakan Sayang Ibu di Kabupaten Uji Coba." Jakarta.

Katjasungkana, Nursyahbani & Liza Hadiz. Tanpa Tahun. *Pelaksanaan Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan*. Jakarta: APIK.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan (2002) *Gerakan Sayang Ibu*. Jakarta.

Neraca Pembangunan (2003) *Audit Pembangunan Versi Publik, Negara Masih Gagal dalam Pemenuhan Hak-hak Dasar Rakyat*. JARI Indonesia.

Sasono, Adi et al (1999) *Indonesia yang Berubah, Kumpulan Wawancara Ekonomi Politik*. Jakarta: Pusat Data Indikator.

Undang-Undang Keuangan Negara, Undang-Undang No.17 Tahun 2003, Undang-Undang No.12 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, Undang-Undang No.15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara. (2005). Jakarta: Pustaka Pergaulan.