

**PENELITIAN UNTUK UPAYA ADVOKASI
PENINGKATAN KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN SESUAI MANDAT
MDGs**

**MENGUKUR KOMITEMEN PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
UNTUK PENURUNAN AKI**

LAPORAN DRAFT

Oleh:

Nila Wardani

Arini Izzati

Fatin Handayani

Asiswanto

Badri Hamzah

Sahal

KERJASAMA

RUANG MITRA PEREMPUAN (RUMPUN) MALANG

INTERNATIONAL NGO FORUM FOR INDONESIAN DEVELOPMENT (INFID)

JAKARTA

2012

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| Daftar Singkatan | 1 |
| Ringkasan | 2 |
| I. Pendahuluan | |
| I.1.Latar Belakang | 5 |
| I.2.Tujuan Penelitian | 8 |
| I.3.Pertanyaan Kunci | 9 |
| I.4.Waktu Penelitian | 9 |
| I.5.Lokasi Penelitian | 9 |
| I.6.Metode Pengumpulan Data | 10 |
| I.7.Metode Analisa Data | 11 |
| II. Analisa | |
| II.1.Profil Responden | 12 |
| II.2.Menjadi Akseptor KB – Pilihan Praktis Perempuan | 13 |
| II.3.Perempuan dan Kesehatan Reproduksi | 19 |
| II.4.Kualitas Layanan Kesehatan Ibu | 27 |
| II.5.Mengukur Komitmen Pemerintah – Kebijakan Anggaran Kesehatan | 34 |
| II.6.Implementasi Jampersal – Akses Keluarga Miskin | 36 |
| II.7. Gerakan Sayang Ibu – Program Setengah Hati | 38 |
| II.8.Capaian PERDA KIBBLA | 45 |
| III. Kesimpulan dan Rekomendasi | |
| III.1.Kesimpulan | 45 |
| III.2.Rekomendasi | 47 |
| Lampiran | |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|--------|--|
| AKB | : Angka Kematian Bayi |
| AKI | : Angka Kematian Ibu |
| APBD | : Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah |
| CEDAW | : <i>Convention on Elimination of Discrimination Against Women</i> (Konvensi mengenai Penghapusan Diskriminasi terhadap Perempuan) |
| FGD | : <i>Focus Group Discussion</i> (Diskusi Kelompok Terfokus) |
| GSI | : Gerakan Sayang Ibu |
| ICPD | : International Conference on Population and Development |
| KB | : Keluarga Berencana |
| KIBBLA | : Kesehatan Ibu Bayi Baru Lahir |
| KP3A | : Kantor Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak |
| KUA | : Kebijakan Umum Anggaran |
| MDG | : <i>Millenium Development Goal</i> (Tujuan Pembangunan Millenium) |
| P2TP2A | : Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak |
| PUG | : Pengarusutamaan Gender |
| RPJMD | : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah |

RPJMN : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional

SKPD : Satuan Kerja Perangkat Daerah

Ringkasan

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah salah satu indikator penting derajat kesehatan sebuah bangsa. Hal inipun menjadi salah satu indikator dalam pencapaian pembangunan milenium (MDGs) yang telah menjadi komitmen global termasuk Indonesia. Kabupaten Malang juga memiliki komitmen yang sama dalam menciptakan sumberdaya manusia yang handal sebagaimana termaktub dalam visi misi pembangunan dan rencana pembangunan jangka menengahnya. Salah satu komitmen pemerintah daerah ini adalah dikeluarkannya PERDA KIBLLA No. 13 tahun 2008, untuk memastikan layanan kesehatan bagi kelompok masyarakat terutama miskin dan perempuan. Namun laporan sektor kesehatan menunjukkan

bahwa AKI di kabupaten Malang masih fluktuatif. Banyak faktor yang memengaruhi hal ini. Penelitian salah satunya ditujukan untuk mengukur capaian komitmen pemerintah dalam hal AKI tersebut dengan cara membandingkannya dengan capaian di lapangan.

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif dengan menggunakan survey dilakukan kepada 150 responden di desa Srimulyo kecamatan Dampit dan desa Jatiguwi kecamatan Sumberpucung. Sementara metode kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam dengan beberapa narasumber lembaga pemerintah terkait dan juga pelaksana kesehatan reproduksi yang dilakukan oleh masyarakat seperti dukun dan beberapa ibu. Informasi kualitatif juga didapat dari FGD di dua desa dengan melibatkan masing-masing 25 perempuan peserta. Penelitian ini juga didukung dengan kajian dokumen kebijakan yang memperkaya pengambilan kesimpulan dan rekomendasi penelitian.

Secara umum penelitian ini menemukan bahwa perempuan yang terlibat aktif sebagai akseptor KB didasari pemikiran yang praktis karena mereka tidak ingin repot dengan penambahan anak, atau repot karena waktu produktif mencari nafkah tersita karena mengurus anak atau kehamilan. Ini terlihat saat sebagian besar responden menyatakan menjadi akseptor KB menjadi keputusannya sendiri. Ini diperkuat, bila perempuan memilih alat kontrasepsi juga dengan pertimbangan yang praktis, misalnya pilihan tersebut memiliki risiko kehamilan yang rendah (dan bukan risiko terhadap kesehatan/tubuh perempuan). Pilihan alat kontrasepsi juga dipengaruhi oleh harga (murah) dan ketersediaan (mudahnya didapat). Di bidan terdekat pelayanan (terutama yang gratis) adalah pil dan suntik.

Bidan masih menjadi andalan bagi perempuan dalam mencari informasi kesehatan reproduksi, memeriksakan kehamilan dan menjadi tujuan persalinan. Meskipun layanan bidan secara gratis hanya saat jam kerja di puskesmas dan selebihnya dengan praktik swasta harus membayar, namun bidan dianggap paling mudah dan murah dalam memberikan layanan. Namun dukun juga menjadi tujuan yang cukup berarti. Ini terutama terjadi pada daerah yang lebih terpencil, seperti kecamatan Dampit. Dukun dianggap sebagai alternatif atau bahkan pilihan utama karena dianggap memiliki layanan yang lengkap dan murah, termasuk karena faktor kenyamanan dan pandangan spiritual perempuan terhadap kemampuan dukun.

Informasi dan pemahaman perempuan mengenai kesehatan reproduksi sangat terbatas pada layanan KB dan persalinan. Ini disebabkan tidak adanya penyuluhan yang menyeluruh yang mereka dapatkan dari pihak-pihak terkait.

Bila bidan dan puskesmas menjadi andalan bagi peningkatan kesehatan reproduksi perempuan terutama dalam menurunkan AKI, maka layanannya harus ditingkatkan, mulai

dari kebijakan pealtihan dukun yang lebih intensif, penempatan bidan-bidan desa ke wilayah terpencil untuk mengakses kelompok miskin sesuai mandat dan komitmen pemerintah. Layanan gratis bagi perempuan miskin dalam persalinan dengan program jampersal juga baru dikenal di kalangan kader kesehatan dan diakui baru mereka kenal tahun 2012. Padahal program ini telah dimuai sejak tahun 2011. Pelaksanaan dan sosialisasi skema untuk kelompok miskin ini banyak mengalami kendala, termasuk keengganaan pihak terkait dalam melakukannya, atau dengan kata lain kurangnya kemauan. Hal yang sama juga terjadi pada program nasional Gerakan Sayang Ibu (GSI). Gerakan nasional yang telah dimulai sejak jaman Soeharto ini tidak berjalan sebagaimana mestinya. Di kabupaten Malang, ditemukan bahwa laporan mengenai kemajuan dan pelaksanaan GSI hanya ada di satu kecamatan, yakni kecamatan Tajinan. Ini masih jauh dariharapan mengingat kabupaten Malang terdapat 33 kecamatan. Di kecamatan inipun pelaksanaan GSI juga sebatas pada pendataan sesuai indicator yang diminta dalam petunjuk tenis pelaksanaan GSI.

Jalan masih panjang menuju penurunan AKI, juga ditunjukkan dengan alokasi anggaran kesehatan dari pemerintah kabupaten Malang, masih di bawah 10% sebagaimana diamanatkan oleh UU Kesehatan.

Secara umum, penelitian ini menyimpulkan bahwa persoalan kesehatan reproduksi perempuan guna penurunan AKI, tidak hanya menyangkut persoalan teknis kesehatan, namun juga perlu pemetaan dan pendekatan aksi dengan perspektif gender yang kuat. Mulai dari alokasi anggaran dan pelaksanaannya di lapangan. Kesehatan reproduksi perempuan juga menyangkut relasi gender perempuan di tengah keluarganya dan masyarakatnya. Bila kesehatan (terutama pada kelompok miskin) belum menjadi prioritas, apalagi kesehatan reproduksi perempuan, meskipun ini menyangkut perannya dalam menciptakan generasi bangsa yang baru.

I. PENDAHULUAN

I.1. Latar belakang

Ibu yang sehat akan melahirkan anak-anak yang sehat dan pada gilirannya menciptakan generasi yang sehat dan tangguh pula. Itulah sebabnya meningkatkan derajat kesehatan perempuan terutama ibu menjadi hal yang vital. Namun mencapai derajat kesehatan ibu yang baik merupakan upaya panjang dan komitmen yang kuat dari semua lini pembangunan terutama pemerintah. Untuk itulah peningkatan derajat kesehatan perempuan

menjadi satu tujuan yang harus dicapai dalam Pencapaian Pembangunan Milenium (Millenium Development Goals/MDGs).

Pencapaian Pembangunan Millenium (MGD) telah menjadi agenda global dan komitmen semua pemerintahan di dunia termasuk Indonesia. Dalam Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010 disebutkan bahwa secara global pencapaian tujuan 5 – yakni peningkatan kesehatan – terendah diantara tujuan-tujuan lainnya yang telah ditetapkan.

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Dalam laporan yang sama juga disebutkan bahwa di Indonesia, angka kematian ibu melahirkan menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007¹. Target pencapaian MDG pada tahun 2015 adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan kerja keras untuk mencapai target tersebut. Walaupun pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih cukup tinggi, beberapa faktor seperti risiko tinggi pada saat kehamilan dan aborsi perlu mendapat perhatian. Upaya menurunkan angka kematian ibu didukung pula dengan meningkatkan angka pemakaian kontrasepsi dan menurunkan *unmet need* yang dilakukan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Ke depan, upaya peningkatan kesehatan ibu diprioritaskan pada perluasan pelayanan kesehatan berkualitas, pelayanan obstetrik yang komprehensif, peningkatan pelayanan keluarga berencana dan penyebarluasan komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat.

Meskipun secara agregat AKI telah mengalami penurunan di Indonesia, namun kondisinya berbeda pada mereka yang berada di pedesaan dan perkotaan. Di pedesaan, sebagaimana disebutkan dalam Laporan Pencapaian Tujuan MDGs (2010) bahwa pedesaan masih relatif tinggi dibanding di perkotaan. Salah satu sebab yang bisa dilihat adalah hubungannya dengan tingkat kemiskinan. Pedesaan Indonesia masih merupakan kantong-kantong kemiskinan yang berimplikasi pada derajat kesehatan ibu baik secara langsung maupun tidak. Kemiskinan yang dimaksudkan dalam konteks ini tidak hanya pada level keluarga (ibu) namun juga kemiskinan pedesaan dalam artian infrastruktur dan kualitas layanan kesehatan bagi ibu. Sarana kesehatan bagi ibu di pedesaan seringkali tidak selengkap yang tersedia di kota. Lambatnya layanan dan pertolongan inilah yang bisa berkontribusi pada AKI yang tinggi.

¹ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), *Summary report: Millenium Development Goals*, Indonesia 2007.

Selain itu, AKI juga berhubungan dengan tingkat pendidikan sang ibu. Mereka yang tinggal di pedesaan dengan tingkat pendidikan rendah seringkali tidak mendapat informasi mengenai akses layanan kesehatan yang mestinya mereka terima. Padahal informasi yang disajikan tidak hanya berkaitan dengan fasilitas layanan yang ada, namun juga beragam informasi mengenai penanganan kesehatan ibu secara mandiri sebelum ditangani oleh tenaga ahli.

Mengurangi disparitas desa dan kota dalam pembangunan terutama mengenai layanan dasar kesehatan ibu, harus menjadi komitmen politik pemerintah. Di daerah atau level kabupaten misalnya, penyediaan infrastruktur kesehatan yang berkualitas bagi perempuan harus menjadi program strategis pemerintah daerah, sebagai bagian penciptaan sumberdaya manusia yang berkualitas.

Meskipun terjadi penurunan agregat AKI, diakui oleh Bappenas tetap mengindikasikan bahwa Indonesia masih sulit mencapai target MDGs untuk mengurangi AKI menjadi 102 di tahun 2015².

Kesehatan ibu merupakan indikator derajat kesehatan masyarakat dan bangsa. Itulah sebabnya peningkatan derajat kesehatan ibu harus menjadi garda depan program peningkatan sumberdaya manusia, termasuk di kabupaten Malang. Kabupaten Malang meletakkan pembangunan sumberdaya manusia yang produktif dan memiliki daya saing sebagai salah satu visi pemerintah daerahnya. Dalam RPJMD kabupaten tahun 2010 – 2015 disebutkan bahwa dalam pencapaian agenda pembangunan daerah maka salah prioritas yang disusun adalah adanya *Pelayanan kesehatan yang terjangkau; terutama penyediaan pelayanan bagi masyarakat miskin dan dusun-dusun terpencil*.

Selain itu ada serangkain komitmen pemerintah daerah yang secara spesifik ditujukan bagi pencapaian MDGs, termasuk perbaikan derajat kesehatan perempuan dengan penurunan AKI dan layanan kesehatan reproduksi lainnya, terutama KB. Pemerintah kabupaten Malang juga telah menyusun kebijakan terkait kesehatan ibu yakni PERDA No.13/2009 tentang KIBBLA atau Kesehatan Ibu Bayi Baru Lahir. Ini sebagai pengejawantahan komitmen nasional untuk nafas yang sama lewat program Gerakan Sayang Ibu (GSI). Pelaksanaan GSI juga menjadi kesatuan dengan adanya desa siaga.

Apakah dengan demikian banyaknya program yang diluncurkan pemerintah telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan perempuan, terutama ibu? Ada beberapa indikator mengenai derajat kesehatan ibu. Pertama adalah angka kematian ibu (AKI) Angka kematian

² Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), *Summary Report: Millenium Development Goals*, Indonesia, 2007

ibu melahirkan di kabupaten Malang, masih cukup tinggi yakni rata-rata mencapai 24 hingga 30 kasus setiap tahun. Laporan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Malang pada Roll News (Mei 2009) menyebutkan tingginya angka kematian ibu saat melahirkan tersebut disebabkan oleh banyak faktor diantaranya pendarahan, asupan gizi ketika mengandung hingga melahirkan serta minimnya tenaga kesehatan yang ada di desa. Berdasarkan data dari Dinkes Kabupaten Malang, angka kematian ibu melahirkan pada 2006 mencapai 30 kasus, pada 2007 sebanyak 25 kasus, 2008 sebanyak 24 kasus, 2009 sebanyak 20 kasus. Namun tahun 2010³ angka ini mengalami peningkatan. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang M Fauzi pada Rabu (15/11) mengatakan, angka kematian ibu melahirkan mencapai 30 orang (sampai bulan November). Sampai pada akhir tahun 2010 angka kematian ibu mencapai 32 kasus.⁴

"Meski meningkat, angka kematian ibu melahirkan ini masih di bawah angka nasional, yang mencapai 118 kematian dari 100.000 proses persalinan (kelahiran)," M. Fauzi

Menurut Fauzi, penyebab utama meningkatnya AKI melahirkan tersebut adalah pendarahan dan penyakit dasar yang menyertai ibu melahirkan. Pendarahan yang dialami ibu melahirkan sampai tidak tertolong jiwanya lebih banyak disebabkan si ibu mengalami kekurangan gizi dan proses persalinan tidak sesuai.

AKI erat kaitannya dengan pelaksanaan KB dan penanganan masa kehamilan dan paska melahirkan. Tingginya AKI bisa mengindikasikan layanan kesehatan yang dibutuhkan belum memadai. Misalnya keterjangkauan unit layanan di daerah terpencil dan aksesibilitasnya bagi kalangan miskin. Penanganan yang lambat akan berkontribusi potensi kematian ibu saat kehamilan dan melahirkan.

Selain itu, minimnya pengetahuan para ibu mengenai pentingnya pemeriksaan dan penanganan kehamilan yang baik, bisa pula mengindikasikan rendahnya layanan penyuluhan dan paket informasi lainnya yang dibutuhkan sehingga memungkinkan mereka melakukan upaya dini penanganan bila ada keluhan. Persoalan pemilihan alat kontrasepsi KB, misalnya, seringkali tidak dibarengi dengan informasi menyeluruh mengenai manfaatnya, dampaknya bagi tubuh akseptor, dan penanganan bila terjadi gejala dampak, dan lain-lainnya. Pilihan pada penggunaan KB alamiah oleh perempuan bisa disebabkan tingkat ketakutan yang tinggi pada kontrasepsi atau sistem KB modern yang tidak dimengerti secara menyeluruh.

Pilihan akan praktik KB juga dipengaruhi oleh budaya dan relasi gender di keluarga. Seringkali pilihan kontrasepsi oleh perempuan adalah pilihan mudah oleh suami karena

³ <http://health.kompas.com/read/2010/11/18/08313126/Kematian.Ibu.Meningkat>

⁴ Hasil wawancara dengan Ibu Anita - Kasie Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan kabupaten Malang, tgl. 11 Juni 2012

perempuan lemah dalam pengambilan keputusan di keluarga. Yang lain adalah rendahnya asupan gizi ibu hamil, karena memang rendahnya asupan makanan. Pada banyak kasus, perempuan yang bukan kepala keluarga tidak menerima porsi makanan terbanyak, apalagi bila kondisi hami. Ini diperparah bila perempuan berada dalam keluarga miskin.

Seiring dengan komitmen global termasuk pemerintah Indonesia dalam mencapai MDGs, terutama peningkatan kesehatan ibu maka penelitian mengenai akses layanan kesehatan ibu ini dilakukan di kabupaten Malang. Temuan dari penelitian ini diharapkan berupa gambaran kinerja layanan kesehatan ibu yang disediakan oleh pemerintah serta identifikasi preferensi layanan dan harapan perbaikan kesehatan ibu secara menyeluruh. Temuan mengenai kendala dan hambatan mencapai layanan sesuai yang diharapkan bagi penanganan kesehatan ibu diharapkan bisa menjadi acuan perbaikan bagi pengambil kebijakan, terutama untuk mewujudkan komitmen menyelamatkan kehidupan ibu dan bayi serta derajat kesehatan perempuan secara menyeluruh.

1.2. Tujuan penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Memetakan komitmen pemerintah dalam layanan kesehatan ibu, terutama penurunan AKI sebagai kontribusi pada percepatan pencapaian MDGs.
2. Memotret kinerja unit layanan kesehatan ibu yang diselenggarakan oleh pemerintah dan non pemerintah di kecamatan Sumberpucung dan kecamatan Dampit kabupaten Malang
3. Mengidentifikasi faktor terkait pada persoalan kesehatan ibu yang berkontribusi pada AKI
4. Memberikan rekomendasi perbaikan layanan kesehatan reproduksi perempuan guna penurunan AKI

3. Pertanyaan Kunci

1. Mengapa AKI masih tinggi di kabupaten Malang?
2. Sejauhmana komitmen pemerintah dalam mengupayakan layanan kesehatan yang bermutu dan murah sesuai mandatnya guna penurunan AKI?

4. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni hingga Juli 2012

5. Lokasi Penelitian

Penelitian ini difokuskan pada dua kecamatan di kabupaten Malang, yakni kecamatan Dampit dan kecamatan Sumberpucung. Kedua kecamatan ini memiliki unit layanan kesehatan (PUSKESMAS) unggulan untuk tingkat kabupaten. Puskesmas unggulan adalah puskesmas yang telah memiliki kelengkapan sarana dan fasilitas layanan sesuai dengan spesifikasi kebutuhan setempat. Puskesmas Dampit merupakan unggulan dalam hal layanan darurat untuk korban bencana alam karena wilayah ini tergolong rawan. Sementara puskesmas kecamatan Sumberpucung memiliki keunggulan layanan untuk kesehatan reproduksi.

Dari dua kecamatan ini, kemudian dipilih satu desa yang akan menjadi fokus penelitian. Desa Jatiguwi di Sumberpucung dan desa Srimulyo di Dampit dipilih karena keduanya termasuk kategori desa miskin. Pemilihan desa miskin dimaksudkan agar penelitian ini menghasilkan gambaran akses layanan kesehatan bagi ibu. Akses merupakan hal yang krusial bagi ibu terutama ketika membutuhkan layanan yang cepat atau menanganjani kondisi darurat, seperti saat kehamilan dan kelahiran. Kedua kondisi ini merupakan hal vital bagi kesehatan dan keselamatan ibu dan anak. Layanan kesehatan ibu yang mudah diakses berkontribusi pada penurunan angka kematian ibu saat kelahiran yang selama ini masih dianggap tinggi dan harus menjadi perhatian semua pihak.

6. Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif. Dengan menggunakan metode ini diperoleh gambaran yang lebih menyeluruh mengenai akses dan pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi perempuan desa.

Penelitian kuantitatif menggunakan metode survei melibatkan sebanyak 75 responden untuk setiap desa dengan total responden sebanyak 150. Angka ini bisa dianggap kurang memberikan gambaran menyeluruh persoalan kesehatan reproduksi perempuan, terutama pengungkapan pengalaman dan kasus unik dan spesifik oleh setiap individu ibu di wilayah penelitian apalagi untuk keseluruhan kabupaten Malang. Individu ibu bisa memiliki pengalaman yang sangat berbeda dengan lainnya terkait dengan kesehatan reproduksi terutama karena pengaruh banyak hal seperti latar belakang dan kondisi kemiskinan, tingkat pendidikan serta status sosial dan pandangan serta praktik budaya yang ada.

Data kualitatif didapatkan dengan metode FGD dengan perempuan responden yang diambil 25 orang per desa lokasi penelitian, ditamba dengan wawancara mendalam dengan

beberapa responden yang memiliki kasus unik terkait pegelamannya dengan kesehatan reproduksi. Wawancara mendalam juga dilakukan kepada dukun di desa dan bidan desa yang memberikan layanan di luar perannya di puskesmas. Wawancara dengan stakeholder pemerintah juga dilakukan yakni kepada; Kantor Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KP3A), sekretariat P2TP2A, dinas kesehatan kabupaten Malang, puskesmas di kecamatan Dampit dan kecamatan Sumberpucung, Pustu di desa jatiguwi dan desa Srimulyo.

Kajian dokumen dilakukan untuk mendapatkan fokus isu yang akan diperdalam dalam proses wawancara dengan stakeholder. Beberapa dokumen yang dikaji adalah visi misi pemerintah kabupaten, RPJMD, perencanaan strategis sektor kesehatan, program dan capaian programnya, laporan program dan capaian Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan data sekunder desa. Kajian dokumen juga dilakukan untuk mendapatkan data sekunder kuantitatif dan kualitatif penunjang penelitian.

7. Metode Analisa Data

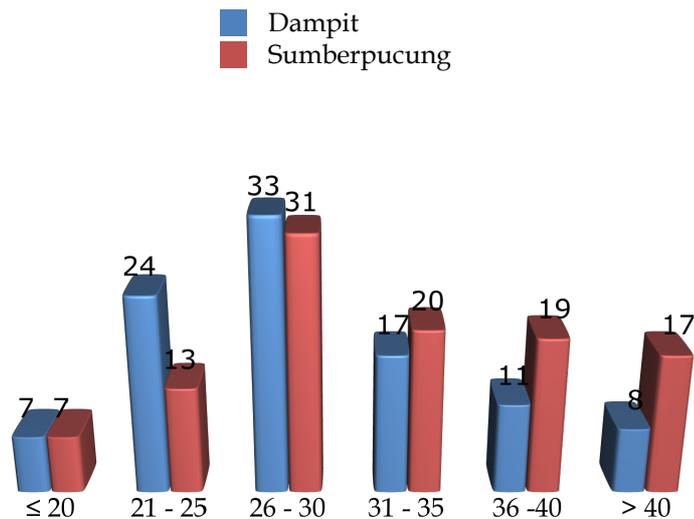
Hasil survey ditabulasi dan diolah menjadi data kuantitatif, meliputi klasifikasi, pemeriksaan kelengkapan data, koding, entri data, cleaning data, pengolahan data kuantitatif. Data kuantitatif ini lalu dianalisis setiap isunya diperkuat dengan hasil data kualitatif yang didapat dari FGD maupun wawancara mendalam, termasuk kajian dokumen sehingga didapat temuan yang komprehensif. Dalam analisis data dilakukan: Interpretasi data kuantitatif, artinya memaknai data kuantitatif dalam satu pengertian dan disusun dalam bentuk narasi atau penjelasan diskriptif. Pengambilan kesimpulan temuan didapatkan dari data kuantitatif yang dibandingkan dengan data kualitatif baik dari wawancara ataupun FGD. Bila memungkinkan juga akan didukung dengan data sekunder yang didapat dari kajian dokumen.

II. ANALISA

II.1. Profil Responden

Dari survey didapat gambaran bahwa responden berada pada kisaran usia produktif. Untuk kecamatan Dampit, hanya 8% yang berada pada usia di atas 40 tahun. Sementara untuk kecamatan Sumberpucung, ada 17%, sebagaimana tergambar dalam grafik di bawah. Ini merupakan usia kritis bagi masa kehamilan. Namun keterlibatan mereka sebagai akseptor KB menunjukkan bahwa mereka masih produktif dan potensial akan terjadinya kehamilan.

Sebaran usia responden di dua kecamatan (%)



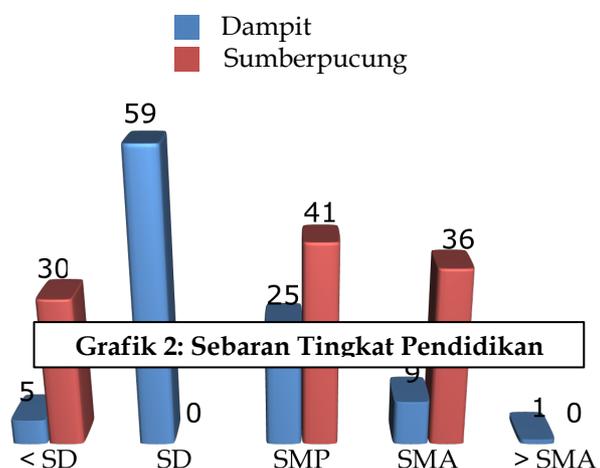
Grafik 1 - Sebaran Usia Responden Penelitian di dua kecamatan

Bila dilihat dari tingkat pendidikan, di kecamatan Dampit di atas 75% hanya mampu menyelesaikan pendidikan dasar setara SMP dan hanya kurang dari 1% yang memiliki pendidikan di atas SMA. Sementara untuk responden di kecamatan Sumberpucung sebaran tingkat pendidikan formal yang tidak terlalu luas. Pendidikan responden tertinggi di kecamatan Sumberpucung adalah setara SMA, ada 36% dan selebihnya adalah pendidikan dasar.

Responden adalah ibu rumah tangga, buruh tani dan buruh pada pekerjaan domestik lainnya seperti mencuci baju, pedagang makanan keliling atau warungan di desa maupun di pasar kecamatan. Mereka terbiasa melakukan pekerjaan berganda, sebagai ibu rumah tangga yang mengelola kebutuhan keluarga dan juga pencari nafkah.

Profil responden penting sebagai bahan kajian dalam penelitian ini terkait dengan tingkat pemahaman dan praktik yang dilakukan mengenai persoalan terkait kesehatan ibu, seperti pemilihan alat kontrasepsi dan akses terhadap informasi dan layanan lainnya yang dibutuhkan untuk menjaga kehamilan, melangsungkan persalinan dan penanganan paska persalinan.

Sebaran tingkat pendidikan responden di dua kecamatan (%)



Grafik 2: Sebaran Tingkat Pendidikan

II.2. Menjadi Akseptor Keluarga Berencana – Pilihan Praktis Perempuan

Keluarga Berencana merupakan program untuk pengaturan jumlah dan jarak kelahiran aman baik bagi sang bayi maupun ibu yang melahirkan. Selain itu program pengaturan juga bermanfaat bagi perencanaan sehat suatu keluarga. Keluarga seharusnya tidak hanya berkualitas dari sisi kesehatan fisik dan kemampuan penemuan kebutuhan materi bagi anggotanya, namun juga semestinya dibarengi dengan kesehatan sosial dan spiritual. Ini artinya, dalam keluarga yang diatur dan direncanakan diharapkan tumbuh menjadi keluarga yang baik secara sosial akren kualitas interaksi di dalam keluarga dan masyarakat. Keluarga yang tidak memiliki kualitas interaksi dari anggotanya, akan menciptakan masyarakat yang juga tidak berkualitas. Ini bisa dimulai dari kesehatan ibu yang paripurna. Ibu harus memiliki cukup waktu untuk pemulihan kesehatan dirinya, memiliki waktu berkualitas untuk menegembangkan pengetahuan dan keterampilannya, termasuk memiliki cukup waktu berkualitas membangun pola interaksi di dalam keluarga dan masyarakat.

Dalam penelitian ini KB dimaknai sebagai keikut-sertaan responden sebagai akseptor KB. Hampir semua responden menjadi akseptor KB modern sebagaimana yang diperkenalkan pemerintah lewat unit layanan KB. Tidak ada yang menggunakan KB alami semacam kalender. Dari 150 responden, untuk kecamatan Dampit ada 55 ibu yang sedang aktif sebagai akseptor, sedang di kecamatan Sumberpucung ada 53 (Grafik 3). Dari yang aktif sebagai akseptor ini mereka menggunakan beragam alat kontrasepsi sebagaimana terlihat pada Grafik 3 di bawah ini. Untuk kecamatan Dampit ditemukan 12 akseptor pernah melakukan pergantian alat kontrasepsi, yakni 11 kasus dari pil ke suntik, sementara untuk kecamatan Sumberpucung ditemukan hal yang sama pada 6 orang yakni dari pil ke suntik (2), dari pil ke spiral (2), dari pil ke suntik lalu ke susuk (1), dari pil ke spiral lalu suntik (1).

Menjadi akseptor KB adalah pilihan praktis perempuan desa (lihat *Box 1: Kisah Yani*). Dalam FGD mereka mengungkapkan beberapa alasan: (a) Mengatur jumlah anak (b) mengatur jarak kelahiran anak (c) Tidak ingin punya anak lagi, (d) Karena tidak mampu secara ekonomi maka membatasi jumlah anak (e) Memudahkan mengelola keuangan keluarga jika jumlah anak dibatasi (2 saja) dan ini menjadi program pemerintah.

Box 1: Yani Desa Jatiguwi – Sumberpucung

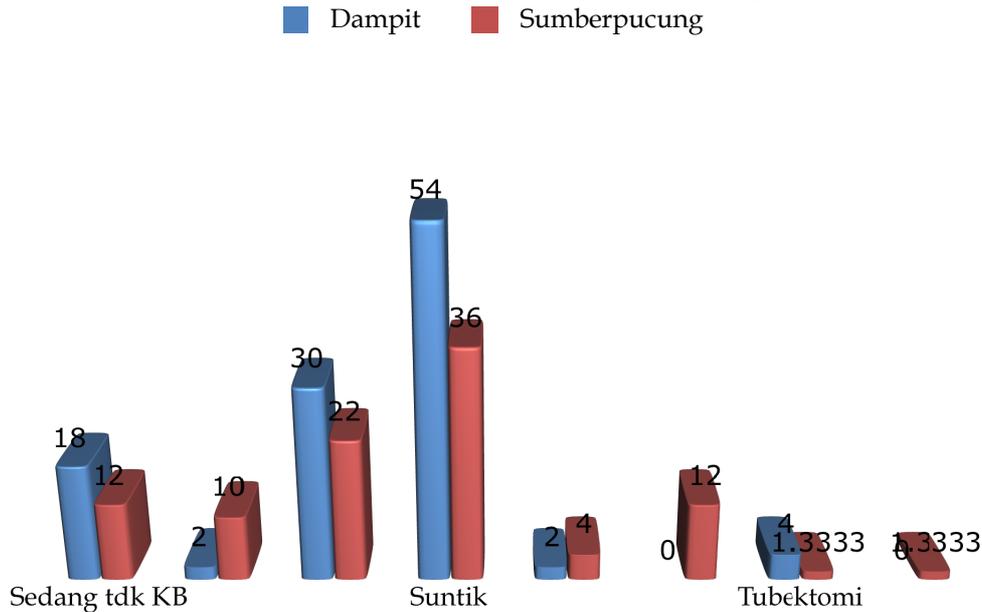
Berusia 35 tahun seorang buruh tani dengan 4 orang anak. Jarak kelahiran anak-anaknya relatif dekat yaitu 2 tahun. Anak pertama baru duduk di kelas 3 SD, anak kedua duduk di kelas 1 SD, anak ketiga berumur 4 tahun dan anak keempat berumur 2 tahun. Ibu Yani cukup sering berganti alat kontrasepsi, awalnya beliau memutuskan memakai pil tetapi ternyata sering mual dan pusing, akhirnya oleh bidan disarankan untuk menggunakan suntik. Selama menggunakan suntik sebenarnya tidak ada efek samping bagi tubuhnya. Beliau memutuskan sendiri untuk ber KB karena kondisi ekonomi rumah tangganya yang pas-pasan dan seringkali merasa capek mengurus anak-anak yang masih kecil.

Rasa capek dan stress mengurus rumah tangga dan anak-anak yang relatif dilakukan sendiri karena suami sibuk mencari nafkah sering melanda ibu Yani. Sampai-sampai terkadang dia lupa untuk melakukan suntik KB. Akhirnya kehamilan anak ke empat pun terjadi. Merasa bahwa ini merupakan kehamilan yang tidak beliau kehendaki, Ibu Yani meminum obat dan jamu tradisional untuk menggugurkan kandungan. Hal ini ternyata berdampak buruk bagi kesehatan ibu Yani, beliau mengalami pendarahan dan harus di rawat di tempat bidan desa. Beruntung nyawa beliau dan janin dapat tertolong, hingga melahirkan. Karena tingkat kesuburan Ibu Yani cukup tinggi (istilah jawa “peranakan banyak”) dan beliau memutuskan untuk tidak memiliki anak lagi, maka bidan desa menganjurkan beliau untuk ikut KB Susuk secara gratis yang dilakukan oleh PLKB Kec. Sumberpucung lewat program safari KB.

Bagi sejumlah responden yang tidak menjadi akseptor KB disebabkan bahwa mereka pada usia pernikahan yang relatif baru dan menginginkan memiliki anak, dan sebagiannya karena bersama suaminya berkeinginan memiliki anak berikutnya, dan sebagiannya memandang tidak perlu berKB karena pandangan agama, meskipun ini tidak signifikan.

Tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai pilihan jenis alat kontrasepsi antara kelompok perempuan di kecamatan Dampit dan kecamatan Sumberpucung. Pilihan tertinggi adalah suntik dan penggunaan pil. Sementara dari sisi alasan pemilihan jenis kontrasepsi di kecamatan Dampit ada 45% yang menyatakan bahwa harga menjadi alasan bahkan 3%nya menyatakan gratis. Sementara di kecamatan Sumberpucung ada 25% yang menyatakan hal serupa (grafik 4). Alasan ini erat kaitannya dengan kondisi ekonomi keluarga responden. Mereka cenderung memilih alat kontrasepsi yang murah dan mudah terjangkau, seperti pil. Selain murah, pil bisa dibeli dengan bebas. Untuk konteks lokasi penelitian pembelian di apotik bahkan tidak dibutuhkan, karena di warung juga seringkali tersedia.

Jumlah yang BerKB dan Jenis Kontrasepsinya



Grafik 3 - Jumlah Akseptor dan Pilihan Alat Kontrasepsi di dua Kecamatan

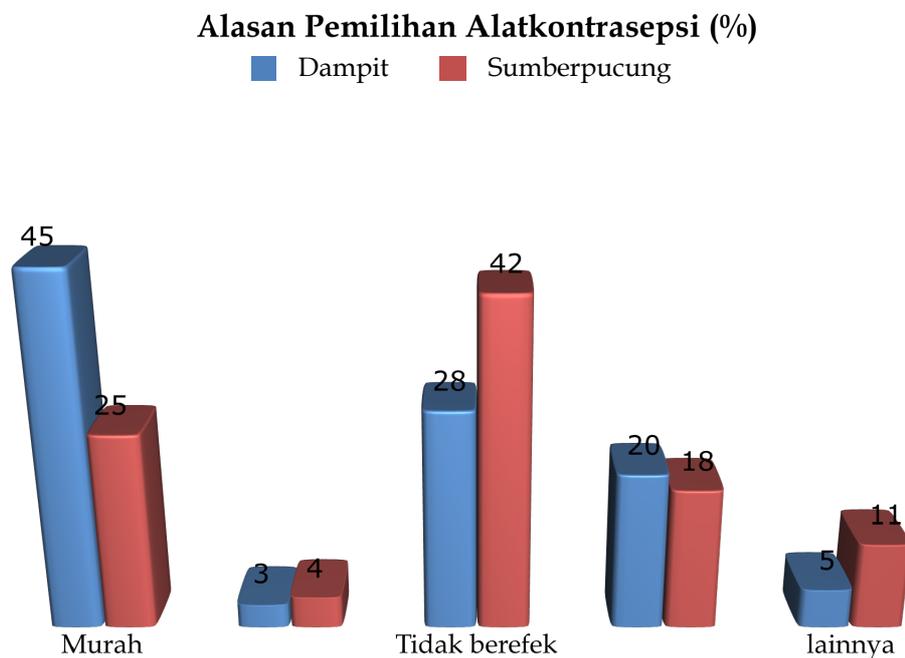
Meskipun pil menjadi pilihan karena dianggap mudah dan murah namun ada beberapa kasus pergantian ke suntik. Responden menyatakan bahwa mereka seringkali lupa meminum, padahal pil harus dikonsumsi secara rutin tanpa ada jeda. Tingginya kesibukan perempuan menjadikan mereka lalai. Sementara suntik menjadi pilihan alternatif termasuk ketika mengganti dari pil, lebih banyak disebabkan bahwa ini yang mudah dan tersedia layanannya di puskesmas atau bidan terdekat.

Kecamatan Sumberpucung menunjukkan tingkat kesadaran terhadap efek penggunaan alat kontrasepsi yang sedikit lebih baik dibanding dengan kecamatan Dampit, yakni 34% dibanding 28%. Ada beberapa alasan yang mendukung perbedaan ini. Pertama, desa penelitian di kecamatan Dampit termasuk terpencil dan sulit menjangkau layanan kesehatan dari Puskesmas, termasuk dalam layanan ini adalah pemberian informasi yang memadai mengenai alat kontrasepsi dan beragam efeknya. Kedua, karena Puskesmas kedua Puskesmas diarahkan untuk memiliki keunggulan dengan peran yang berbeda maka penanganan layanan yang menjadi prioritas juga berbeda. Di Dampit, Puskesmas menjadi unggulan untuk layanan tanggap bencana, karena wilayah ini memang rentan bencana alam terutama longsor karena pergerakan bumi (gempa tektonik). Sementara untuk kecamatan Sumberpucung, Puskesmasnya menjadi unggulan untuk penanganan kesehatan reproduksi dan berada pada wilayah *semi urban* sehingga mudah diakses. Saat wawancara⁵ dengan Puskesmas Sumberpucung dinyatakan bahwa kondisi semi urban ini mengakibatkan tingginya kasus-

⁵ Wawancara dengan Bagian Kespro Puskesmas Sumberpucung, tanggal 7 Juni 2012

kasus terkait kesehatan reproduksi karena pernikahan dini yang disebabkan oleh perubahan pola perilaku warganya. Dengan demikian informasi dan layanan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi termasuk KB di Puskesmas Sumberpucung bisa dianggap lebih maju bisa dianggap lebih baik dibanding Puskesmas Dampit. Ini berimplikasi pada pemahaman dan alasan pemilihan alat kontrasepsi bagi perempuan di dua kecamatan menunjukkan perbedaan.

Alasan pemilihan alat kontrasepsi karena risiko kehamilan rendah tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kecamatan Dampit dan Sumberpucung, yakni 20% dan 18%.



Grafik 4 - Alasan Pemilihan Alat Kontrasepsi di dua Kecamatan

Alasan pemilihan ini memperlihatkan bahwa pemakaian yang jangka panjang pada pil dan efeknya pada kondisi tubuh sang ibu kurang menjadi perhatian. Ini menunjukkan gejala umum bahwa bagi perempuan dan juga kebanyakan keluarga di pedesaan, kesehatan perempuan tidak terlalu diperhatikan dan menjadi prioritas keluarga. Tingginya volume dan beban kerja perempuan baik karena peran tradisionalnya untuk kerja-kerja reproduktif (domestik) maupun kerja produktif sebagai buruh tani atau buruh domestik dan informal lainnya, menjadikan perempuan tidak terlalu memperhatikan kesehatan badannya.

Kalaupun perempuan memilih alat kontrasepsi dengan alasan lain yang dominan adalah rendahnya efek ke tubuh termasuk risiko kehamilan. Ini artinya, perempuan memang memiliki beban berat bila harus menambah jumlah anak. Saat diskusi mendalam dan FGD

terungkap bahwa bila terjadi kehamilan atau penambahan anak, ujung-ujungnya yang sibuk dan bekerja lebih adalah perempuan atau ibu sendiri (lihat *Box 2: Menik*).

*“Saya tidak pernah memeriksakan kehamilan karena tidak pernah mengalami keluhan atau kelainan, sampai suatu temuan bidan setelah kelahiran normal anak ketiga. Bidan mencurigai ada benjolan tumor di perut saya dan perlu rontgen untuk memastikannya. **Namun suami saya tidak mau mengantar.** Hingga beberapa minggu, atas saran tetangga dan saya mulai kuatir akhirnya pergi periksa, dan benar ditemukan tumor. Saya harus menjalani operasi pengangkatan tumor sekaligus rahim.” Khusnul Khotimah – 40 tahun.⁶*

Box 2: Menik Suryati, Kec. Sumberpucung

Dia berusia 33 tahun memiliki 3 orang anak. Ia seorang akseptor KB implant selama 11 tahun. Pilihannya memilih jenis kontrasepsi implant karena jenis ini cukup lama dalam menunda kehamilan dan lebih efisien. Kontrasepsi implant diperolehnya dari program Safari KB. Namun dia terkejut karena kini dirinya dinyatakan hamil (saat interview usia kandungan 4 bulan) padahal kontrasepsi implant masih tertanam di lengannya. Hal ini sudah dikonsultasikan ke bidan desa dan mau tidak mau ia harus menerima kehamilannya kali ini, walaupun ia tidak menghendakinya. Implantnya pun untuk saat ini belum dilepas karena menurut bidan selama tidak menimbulkan gangguan bagi si janin dan ibu maka tidak perlu dilepas.

Bu Menik sangat kecewa dengan kehamilan ini, ia membayangkan betapa semakin melelahkan hari-harinya esok. Dengan 3 anak yang masih kecil, bu Menik kerepotan dengan adanya satu anak lagi nantinya. Ia juga harus bekerja sebagai buruh tani yang banyak mengandalkan tenaganya.

Kedua, para ibu seringkali harus mencari nafkah tambahan bagi keluarga termasuk ketika hamil. Sehingga kehamilan dirasakan mengganggu masa produktif (mencari nafkah) sang ibu karena harus mengurangi volume kerja dan ini berarti mengurangi pendapatan. Bila telah dilahirkan kebutuhan keluarga pasti akan meningkat karena kehadiran anak. Lebih jauh, kehadiran anak tambahan lebih dirasakan sebagai penambahan beban kerja bagi perempuan selain beban ekonomi. Pemikiran ini erat kaitannya dengan ideology dominan mengenai peran gender tradisional bahwa merawat dan mendidik anak menjadi urusan perempuan. Ketika keluarga tidak memiliki pandangan mengenai pembagian kerja yang setara dan adil berdasar gender, maka perempuan akan semakin repot dengan kelahiran anak. Di sisi lain, hegemoni dalam keluarga juga menjadi salah satu alasan. Dalam FGD di kecamatan Dampit terungkap bahwa peran perempuan melayani suami (secara biologis) harus tetap berlangsung dengan baik, karena ini menyangkut keharmonisan keluarga dan tugas perempuan berdasar tuntunan agama yang mereka pahami. Sehingga tidak mungkin perempuan menghindari

⁶Responden dari kecamatan Dampit, wawancara mendalam tanggal 10 Juni 2012

kehamilan dengan cara mengatur kehidupan biologisnya, karena perempuan sama sekali tidak memiliki kontrol terhadap hal ini. Untuk itu pilihan penggunaan alat kontrasepsi adalah yang paling kecil risiko kehamilannya.

*“Soalnya kalau banyak anak maka keluarga jadi tidak harmonis, karena kemudian suami jadi kurang perhatian karena kita terlalu sibuk mengurus anak”.*⁷

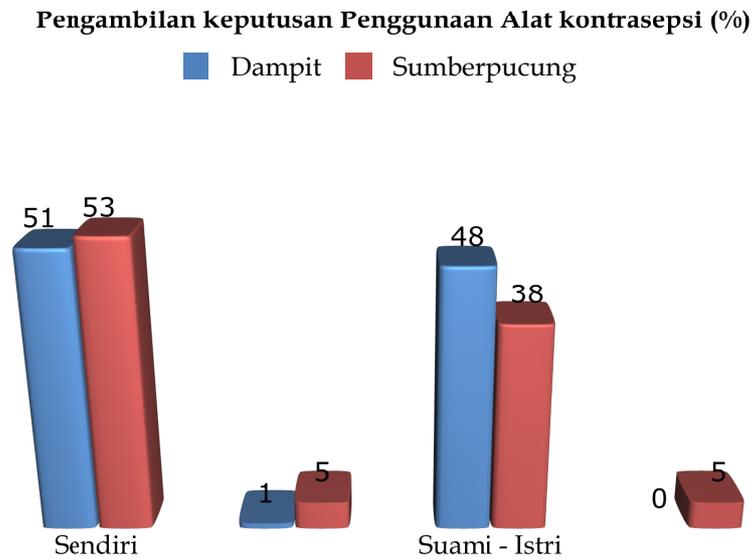
Sementara pilihan alasan lain-lain dalam *Grafik 4* di atas adalah bermasalah dengan alat kontrasepsi yang lama seperti menstruasi berhenti total atau tidak teratur dan bosan. Ada juga yang menyatakan bahwa pilihan alat kontrasepsi yang memiliki jangka waktu lama (tidak perlu segera diganti). Penelitian ini menemukan bahwa pilihan alat kontrasepsi bagi perempuan tidak didasari pengetahuan yang cukup, baik mengenai masa penggunaan dan risikonya. Bahkan seringkali perempuan dihadapkan pada pilihan yang terbatas pula. Ini terjadi karena pada dasarnya jenis alat kontrasepsi yang bisa diakses dengan mudah, baik karena dekat atau karena murah terbatas. Dalam wawancara, bidan mengungkapkan bahwa mereka hanya memiliki pil dan suntik. Oleh karena itu, hanya alat itulah yang mereka kenalkan kepada masyarakat. Dengan demikian karena tidak melakukan layanan untuk alat kontrasepsi yang lain, bahkan mereka tidak menyediakan informasinya. *Tabel 1* di bawah menunjukkan jenis layanan alat kontrasepsi yang tersedia dekat di desa:

| No | Tempat Layanan | Jenis Layanan Alat Kontrasepsi | |
|----|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | | Dampit | Sumberpucung |
| 1 | Polindes | Suntik, Pil | Suntik, Pil |
| 2 | Pustu | Suntik, Pil | - |
| 3 | Bidan desa (Praktek swasta) | Suntik, Pil, Implan | Suntik, Pil, Implan |
| 4 | Puskesmas | Suntik, Pil, Implan, IUD | Suntik, Pil, Implan, IUD |
| 5 | Dokter swasta | MOP/MOW | MOP/MOW |

Alasan di atas sejalan dengan pola pengambilan keputusan mengenai alat kontrasepsi yang dipakai. Mayoritas perempuan menyatakan memutuskan sendiri pilihannya (*Grafik 5*). Dalam FGD terungkap meskipun ada dialog dengan suami, namun pada gilirannya mereka memutuskan sendiri, karena merekalah yang paling peduli dan merasakan apa yang terjadi

⁷ Salah satu peserta FGD – kecamatan Dampit

pada tubuhnya. Bila terjadi sesuatu dengan penggunaan alat kontrasepsi, perempuan memilih tidak mendiskusikannya dengan suami karena ini dianggap tabu, atau bahkan sebagian mengatakan bahwa suami tidak bisa memberikan jalan keluar atau tidak terlalu peduli. Hanya 5% responden yang memilih alat kontrasepsi berdasarkan saran bidan atau dokter, yang terjadi di kecamatan Sumberpucung.



Grafik 5 - Pola pengambilan keputusan pemilihan alatkontrasepsi

II.3. Perempuan dan Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi perempuan menjadi hal krusial untuk mengukur derajat kesehatan ibu terutama dengan tujuan penurunan angka kematian ibu. Kasus yang paling mudah dikenal oleh perempuan mengenai kesehatan reproduksi perempuan adalah layanan KB dan kehamilan serta persalinan.

Dalam program KB di Indonesia, sejak dicanangkannya pada masa pemerintahan Orde Baru, yang bahkan dianggap menjadi salah satu tonggak keberhasilannya, perempuan menjadi tumpuan sasaran. Meskipun sudah mulai disosialisasikannya partisipasi laki-laki dalam program ini, namun hal ini belum populer. Paradigma pembangunan yang bias gender adalah satu penyebabnya. Padahal menjadi akseptor KB bukan tanpa risiko kesehatan bagi perempuan. Meskipun menjadi akseptor KB adalah pilihan logis perempuan karena menghindari ‘penambahan’ beban kerja terutama pada perempuan dan beban ekonomi keluarga, namun menjadi akseptor KB bukan tanpa risiko bagi tubuh perempuan. *Grafik 6* di bawah menunjukkan ragam keluhan yang dirasakan perempuan akseptor KB.

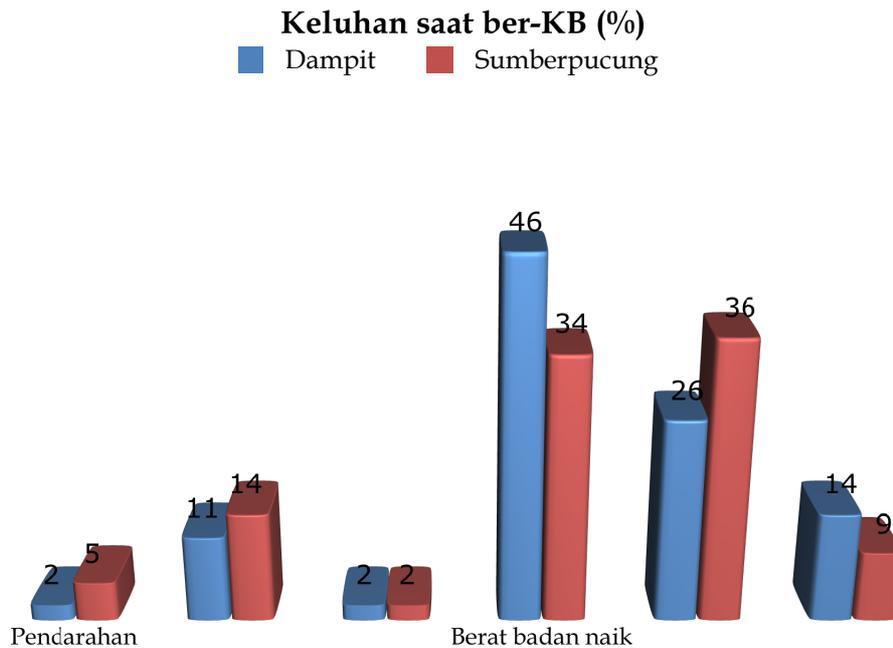
Keluhan penambahan berat badan menjadi pokok permasalahan yang dirasakan perempuan saat menjadi akseptor KB (34 - 46 %), diikuti oleh gangguan menstruasi bisa rasa sakit bahkan berhenti sama sekali selama beberapa bulan (26-36%). Sementara gangguan lain yang mereka keluhkan adalah muntah, lengan sakit bila dibuat kerja (terutama pengguna susuk), memar/biru bila capek bekerja yang mencapai 9-14%.

Menarik untuk ditelusuri adalah penanganan saat terjadi keluhan yang terkait alat kontrasepsi. Sebagian besar melakukan konsultasi ke pemasang termasuk kembali ke bidan yang terdekat (60-61%). Namun tiak sedikit yang mengambil keputusan sendiri, seperti penghentian sementara, meminum obat yang dijual bebas dan bahkan dibiarkan saja (36-40%).

“Jangankan untuk memeriksakan kehamilannya, memeriksakan diri ke bidan ketika sakit pun tidak berani saya lakukan. Jika sakit saya akan meminum jamu atau obat yang dijual bebas di warung terdekat. Saya merasa tidak nyaman dengan ruangan tempat layanan kesehatan (bidan, dokter, puskesmas dll) dan takut jarum suntik”. Khusnul Khotimah – 40.⁸

Hanya 3% responden dari kecamatan Sumberpucung yang bisa mengakses layanan konsultasi dokter bila terjadi gangguan, sementara 7% responden dari kecamatan Dampit menanggulangi gangguannya dengan meminum ramuan (jamu) tradisional. Gangguan sakit kepala yang sering muncul dimengerti sebagai ekses penggunaan alat kontrasepsi, namun penanganannya disamakan dengan sakit kepala lainnya sehingga menggunakan obat umum dianggap bisa menghentikan keluhan. Yang dikhawatirkan adalah penanganan ini tidak menjawab persoalan keluhan karena tidak ada konsultasi ahli. Persoalan pembiaran keluhan juga harus menjadi perhatian, karena hal ini berpotensi pada gangguan kesehatan yang lebih serius terutama persoalan kesehatan reproduksi perempuan.

⁸ Responden dari kecamatan Dampit, wawancara mendalam tanggal 10 Juni 2012



Ketidak-cermatan melaksanakan KB, menjadikan perempuan ‘bereksperimen’ dengan tubuhnya karena kehamilan. Tidak cermat ini bisa berarti lupa meminum pil atau melakukan suntik ulang pada periode yang dibutuhkan. Kondisi ini tentu saja sangat berisiko. Beberapa kasus khas yang ditemui:

1. **Kasus Bu Wiji**⁹: akseptor KB suntik yang telah dijalannya selama 13 tahun. Dia memilih menggunakan jasa bidan desa untuk KB suntik per 3 bulan tersebut. Selama menjadi akseptor KB suntik dia tidak mengalami menstruasi. Dia menganggap sebagai hal yang biasa saja karena ‘kata orang itu lumrah’ terjadi pada pengguna KB suntik 3 bulanan, sehingga ia tidak khawatir. Dari informasi bidan yang dia diterima, gangguan siklus menstruasi selama menjadi akseptor itu hal yang lumrah, tapi pertanyaannya kemudian, apakah tidak menstruasi sama sekali itu dapat dipersamakan dengan gangguan siklus menstruasi?
2. **Kasus Bu Sugiati**¹⁰: memiliki 3 orang anak. Anak ke tiga baru berumur 4 bulan dianggap “kecelakaan”, karena merupakan kehamilan yang tidak direncanakan. Setelah anak kedua, dia memutuskan sendiri untuk meminum pil KB guna mencegah kehamilan. Informasi tentang penggunaan pil awalnya diperoleh dari bidan desa. Di bulan berikutnya dia dapat memperoleh pil dengan mudah di warung-warung terdekat, tidak

⁹ Sumberpucung, 35 tahun, wawancara mendalam, tanggal 22 Mei 2012

¹⁰ Dampit, 41 tahun, wawancara mendalam, tanggal 10 Juni 2012

harus membeli di apotek. Beberapa kali dia lupa meminumnya, akhirnya terjadilah kehamilan anak ke tiga. Selama kehamilan dia sering mengalami mual dan pusing yang membuatnya tidak dapat mengkonsumsi makanan sehingga ketika dilakukan pemeriksaan ke bidan desa, beliau harus istirahat di tempat bidan dan diberi vitamin dan obat juga harus di infus selama 2-3 hari. Setelah membaik diperbolehkan pulang, tetapi ketika di rumah keluhan tersebut sering muncul sehingga mengharuskan dia beberapa kali (hampir tiga bulan) opname di tempat bidan dan diinfus hingga usia kehamilan 7 bulan.

3. **Kasus Bu Poniti**¹¹: Setelah kelahiran anak ke dua, 13 tahun silam, dia memutuskan untuk menggunakan IUD (Spiral) yang memiliki batas pemakaian 3-5 tahun. Pada tahun ke-5 seharusnya dia memeriksakan spiralnya. Namun tidak terjadi hingga tahun ke-13 dia periksa ke bidan karena merasa perutnya sering kontraksi. Dia disarankan untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut ke prakti dokter swasta di kecamatan yang memiliki alat lebih lengkap. Dari pemeriksaan dokter melalui USG diketahui bahwa beliau telah mengandung dan spiral masih terpasang. Menurut dokter, posisi spiral tidak mengganggu janin sehingga tidak harus dilepas. Selama kehamilannya kali ini ibu Poniti sering mengalami keluhan, yaitu perutnya sering keras. Akhirnya disarankan oleh dokter untuk selalu memeriksakan diri setiap 10 hari sekali hingga melahirkan. Pada bulan kedua dokter yang menanganinya berpindah tugas, tetapi dia tetap memeriksakan diri di tempat yang sama tetapi ditangani oleh dokter umum. Oleh dokter umum diminta menjalani USG, hasilnya selain mengandung, juga ada kista. Kemudian disarankan untuk memeriksakan diri ke RS Panti Husada di Malang karena memiliki peralatan yang lebih lengkap. Di RS Panti Husada ternyata hasil pemeriksaan berbeda dengan hasil pemeriksaan dokter. Kali ini diketahui bahwa bukan kista tetapi janin baru dengan waktu pembuahan yang berbeda. Selisih umur janin I dan II adalah satu bulan. Hal ini menjadi penemuan baru bagi pihak RS, karena selama hamil ibu Poniti tidak pernah melakukan hubungan badan dengan suami. Kondisi fisiknya sangat lemah ketika hamil kali ini. Pemeriksaan tiap 10 hari sekali terus dilakukan, pihak RS menyarankan jika kandungan sudah cukup kuat maka spiral hendaknya di lepas. Pada bulan ke enam ibu Poniti hendak melepas spiralnya, ternyata spiral tersebut sudah lepas dengan sendirinya.

¹¹ Sumberpucung, 40 tahun, wawancara mendalam, tanggal 5 Juni 2012

Kasus-kasus di atas sebenarnya hanya sedikit kasus yang mencuat ke permukaan dan diketahui serta mendapat penanganan. Juga sangat beruntung bila penanganan yang dibutuhkan bisa menyelamatkan jiwa ibu. Kasus ketiga, menunjukkan bahwa penanganan yang diterima dari unit layanan yang tersedia tidak selalu cermat diagnosisnya. Ini membuktikan bahwa perempuan menjadi risiko utama pada hasil ketidak-cermatan KB dan penangannya.

Yang menarik, dalam penelitian juga terungkap kasus bahwa eksperimentasi dengan tubuh perempuan lewat KB juga didasari oleh mitos yang dipegang oleh sementara kelompok masyarakat, terutama seputar perempuan.

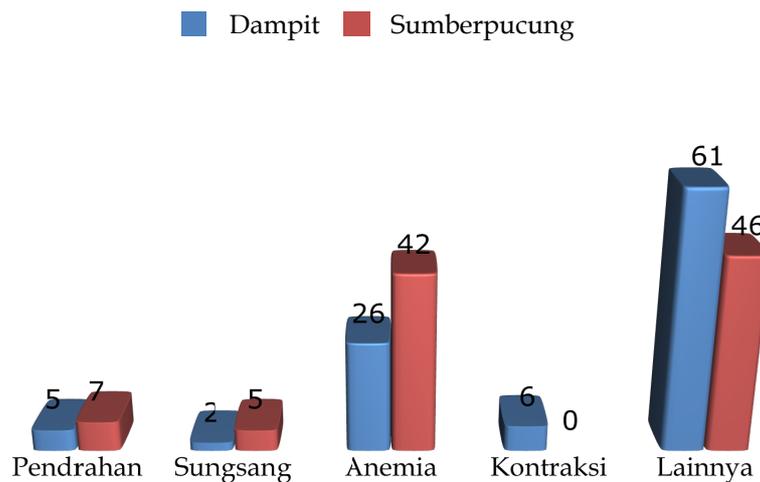
“Tiga tahun yang lalu saya pernah KB, namun saat ini tidak. Saya tidak tahu kalau saya sedang ber-KB. Ceritanya, setelah menikah saya tinggal dengan mertua saya. Oleh mertua perempuan, saya diajak suntik ke bidan beberapa kali. Saya tidak paham suntikan apa itu. Pada suatu ketika, setelah pernikahan saya berjalan lebih dari enam bulan, mertua perempuan saya bertanya apakah suntikan KB saya dilanjutkan. Saat itu saya sangat kaget menyadari bahwa suntikan yang selama ini saya terima adalah KB. Saya sangat marah dan kecewa, hingga beberapa bulan setelah berfikir saya memutuskan perceraian. Menurut mertua saya, dia melakukan itu karena menginginkan cucu perempuan, dan itu katanya bisa didapat bila pasangan baru menunda kehamilan beberapa waktu.”Wulan22 tahun¹²

Kehamilan dan persalinan merupakan masa paling kritis ibu. Kehamilan yang tidak sehat dan berisiko, akan berisiko kematian ibu bahkan bayinya. Laporan internasional menyebutkan bahwa setiap 90 detik, satu perempuan meninggal karena komplikasi kehamilan¹³. Komplikasi bisa dimulai dari hal yang paling sederhana, misalnya mual dan kurang nafsu makan, akan berakibat rendahnya asupan gizi pada sanga bayi, yang berakibat bayi tidak berkembangan dengan baik, termasuk yang paling sering dialami kurangnya supunan zat besi (anemia). Atau bahkan hingga yang paling kompleks seperti adanya pendarahan dan anemia atau kekuarang dan Dalam survey yang dilakukan RUMPUN di daerah penelitian menggambarkan bahwa 65-68% perempuan mengalami keluhan selama kehamilan. *Grafik 7* menunjukkan keragaman jenis keluhan ibu saat kehamilan.

¹² Diungkapkan ketika FGD di kecamatan Sumberpucung

¹³ CEDPA International report

Jenis keluhan selama kehamilan (%)



Keluhan tertinggi dalam survey ini adalah kategori lainnya, yang tercatat adalah: mual, pusing, nafsu makan hilang, nyeri dan kram perut, kaki sakit, keputihan. Sementara itu ada 26-42% perempuan yang mengalami anemia. Ini terkait dengan keluhan mual dan kurang nafsu makan yang berkepanjangan. Sebab lainnya adalah rendahnya asupan gizi yang diberikan pada ibu hamil. Rendahnya asupan makanan dan pada gilirannya asupan gizi pada perempuan desa bukanlah hal unik. Kondisi ini terkait dengan beragam sebab. Dalam kondisi tanpa kehamilan pun porsi makan perempuan (istri) biasanya lebih sedikit dibanding anggota keluarga lainnya terutama kepala keluarga. Ini menyangkut pola relasi gender yang timpang dan menganggap kepala sebagai *'bread winner'* – pencari nafkah utama sehingga sudah selayaknya mendapat porsi makanan lebih besar dan lebih berkualitas. Ini semakin parah bila suatu keluarga dalam kondisi miskin. Kemiskinan menjadikan pola konsumsi yang ada dalam keluarga tidak mencukupi untuk kebutuhan ibu hamil, padahal pada kondisi demikian ibu harus mengonsumsi makanan yang tidak hanya lebih banyak dari biasanya, bahkan juga lebih beragam dan berkualitas nilai gizinya.

Sebab lainnya, adalah mitos yang masih dipegang oleh sementara perempuan pedesaan. Misalnya, perempuan hamil dilarang mengonsumsi ikan dan jenis makanan hewani lainnya (yang notabene memiliki nilai protein tinggi). Mitos ini muncul saat wawancara mendalam atau FGD. Meskipun responden penelitian berada pada kisaran usia muda yang tidak lagi terbelenggu mitos, namun kenyatannya, saat hamil mitos yang melingkupinya lebih banyak diembuskan oleh generasi di atasnya, misalnya orangtua bahkan neneknya, bahkan generasi tua yang tidak ada hubungan kekerabatan dengan ibu yang sedang hamil. Masa kehamilan memang masa kritis bagi perempuan, tidak hanya dalam artian kesehatan fisiknya, namun juga mitos yang melingkupi tubuhnya.

“Tidak boleh makan makanan berlemak dan minum minyak kelapa murni. Setelah masa nifas tidak boleh makan ikan dan pisang. Itu nasihat dukun yang pernah saya terima.”¹⁴

Belum lagi bila kondisi kehamilan berisiko dan harus dilakukan penanganan khusus seperti operasi. Kondisi tidak tenang dengan kehamilan (saat kehamilan) secara psikologis ini akan berpengaruh pada kondisi pertumbuhan bayi yang dikandungnya. Padahal ibu mengandung sangat dianjurkan berada dalam kondisi tenang agar bisa konsentrasi dengan kehamilan dan dirinya sendiri. Namun itu tidak mudah dipenuhi oleh perempuan desa. Pertama, kehamilan berarti peningkatan kebutuhan dan pengeluaran yang sudah pasti. Bagi keluarga miskin ini beban ekonomi yang sangat konkrit. Meskipun ada bantuan persalinan gratis (Jampersal) bagi keluarga miskin, namun dalam FGD terungkap bahwa ini bukan pilihan yang baik. Pelayanan gratis seringkali bukan pelayanan terbaik. Mereka mengungkap bahwa karena gratis bahkan penanganan cenderung sekenanya. Salah satu perempuan responden mengungkapkan bahwa dia mendapati sendiri penggunaan bak dan air mandi bagi bayi baru lahir digunakan untuk beberapa bayi tanpa diganti. Di sisi lain Jampersal adalah program baru yang ketika ada kasus melahirkan oleh sebagian besar responden, program ini belum ada.

Penanganan keluhan adanya kelainan selama kehamilan juga beragam. *Tabel 2* di bawah memberi gambaran mengenai tujuan bila terjadi keluhan dan penanganan yang diterima.

| Puskesmas | Diberi vitamin |
|----------------------|--|
| Bidan | Vitamin, obat tambah darah, saran olah raga, saran untuk makan buah dan sayur, suntik |
| Polindes | Diberi obat, diberi obat tambah darah, vitamin, infus |
| RS | Diberi vitamin dan obat, penanganan operasi |
| Dokter swasta | USG, (awalnya ditemukan kista, rujukan dari Bidan) |
| Dukun | Dipijat, diputar posisi bayinya, saran untuk sering olah raga, saran pengaturan posisi tidur dan bangun, saran meminum ramuan herbal untuk kebersihan rahim dan kelancaran ASI |
| BKIA | USG, dibiarkan |

¹⁴ Diungkapkan saat FGD kecamatan Dampit,

Namun survey dalam penelitian ini menemukan bahwa kesadaran perempuan untuk memeriksakan diri di masa kehamilan sudah sangat tinggi. Ini Ada 89-96% telah memeriksakan sebanyak 4 kali atau selama kehamilan, meskipun ada sebagian kecil yang kurang dari 4 kali, dan bahkan tidak pernah sama sekali. Ini sejalan dengan indikator MDGs dalam rangka penurunan AKI. Namun hal ini tidak dibarengai dengan pengetahuan dan kesadaran mengenai kesehatan reproduksi perempuan secara menyeluruh. Tabel bawah menunjukkan tingkat pengetahuan perempuan di dua kecamatan terkait persoalan kesehatan reproduksi:

| No | Isu Kespro | % yang paham | |
|----|----------------------|--------------|--------------|
| | | Dampit | Sumberpucung |
| 1 | KB | 84 | 69 |
| 2 | Kanker serviks | 12 | 21 |
| 3 | Kesehatan rahim | 1 | 23 |
| 4 | HIV/AIDS | 19 | 9 |
| 5 | Pemeriksaan Papsmear | 7 | 9 |
| 6 | Kehamilan | 60 | 53 |
| 7 | Persalinan | 51 | 41 |
| 8 | ASI eksklusif | 47 | 53 |
| 9 | Menyusui dini | 48 | 37 |
| 10 | Kanker payudara | 0 | 0 |

Penelitian menemukan bahwa pengetahuan yang mereka miliki didapat bila mereka mendapat informasi dari unit layanan kesehatan yang ada di wilayahnya, misalnya bidan dan dokter baik di puskesmas maupun praktik swasta dan RS. Menariknya di Dampit hanya 1% dari responden yang menyatakan mendapatkan informasi mengenai kesehatan rahim. Sedikit perempuan yang mengetahui dan melaksanakan pentingnya pemeriksaan papsmear, yakni 7-9% saja. Data tabel di atas menunjukkan bahwa bila mengandalkan penyuluhan sebagai pelayanan informasi guna peningkatan pengetahuan dan kesadaran perempuan terkait kesehatan reproduksi, di lapangan masih jauh dari harapan.

II.4. Kualitas Layanan Kesehatan Ibu

Akses layanan kesehatan yang terjangkau mempengaruhi kecepatan penanganan bila terjadi persoalan pada kesehatan reproduksi perempuan, misalnya penanganan saat kehamilan dan kelahiran. Aksesibilitas layanan dipengaruhi oleh ketersediaan tenaga penanganan, ketersediaan jenis layanan termasuk sarana untuk layanan, jarak dan harga yang harus dibayar bila membutuhkan layanan. Penanganan yang cepat akan sangat berkontribusi pada penurunan risiko pada ibu termasuk risiko fatal kematian.

Berdasarkan temuan dari dinas kesehatan bahwa kematian tersebut lebih banyak disebabkan oleh faktor lain –penyakit lain yang memang diderita ibu hamil, atau dengan bahasa yang lebih familiar “sudah dari sononya”. Misal, si Ibu sudah memiliki riwayat penyakit jantung, darah tinggi dan sebagainya. Pada tahun 2011 misalnya AKI tercatat sebanyak 26 kasus sedangkan pada tahun sebelumnya (2010) sebanyak 32 kasus, dan sampai dengan paruh tahun 2012 (Juni) 8 kasus. Jadi bisa dikatakan bahwa dalam tiga tahun terakhir angka kematian ibu mengalami penurunan. Dan kalau dilihat mulai tahun 2000, AKI belum mengalami perubahan yang signifikan.

Para ibu meninggal bukan hanya karena menderita penyakit yang dideritanya, namun juga karena mereka tidak dapat mengakses pelayanan persalinan dan kesehatan yang memadai, terutama pada pelayanan gawat darurat. Terdapat tiga jenis keterlambatan yang menyebabkan kematian ibu saat melahirkan. Ketiga jenis keterlambatan itu berkaitan dengan kurangnya akses pada fasilitas kesehatan reproduksi yang memadai:

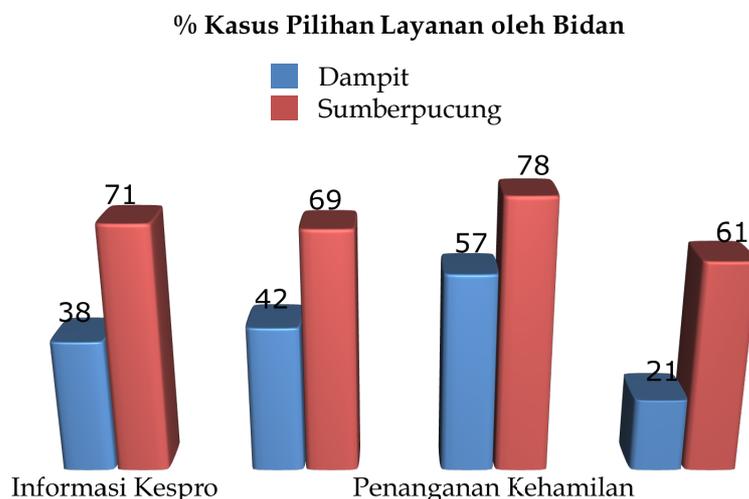
- Keterlambatan dalam mengenali tanda-tanda bahaya dan membuat keputusan;
- Keterlambatan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan;
- Keterlambatan menerima pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan

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 layak diselamatkan.”

Untuk konteks wilayah penelitian, bidan masih menjadi andalan tujuan layanan kesehatan bagi wilayah terpencil seperti lokasi penelitian ini. Dokter dan RS diakses bila terjadi kebutuhan penanganan khusus, dan biasanya dilakukan atas rujukan bidan. *Grafik 6*. di bawah menunjukkan % kasus untuk peran-peran bidan yang menjadi pilihan perempuan terkait kesehatan reproduksinya. Data menunjukkan bahwa peran bidan menjadi krusial dalam konteks penanganan kesehatan reproduksi perempuan, termasuk upaya mengurangi AKI, terutama untuk daerah pedesaan yang relatif terpencil. Dengan demikian bidan tidak hanya harus cukup kemampuannya dan dilengkapi dengan fasilitas yang memadai terutama ketika menangani kasus yang membutuhkan pertolongan segera, namun jumlah bidan yang mumpuni juga mesti diperhatikan. Kecamatan Dampit misalnya, masih banyak wilayah

dalam desa yang sulit terjangkau karena luasnya wilayah dan rendahnya kualitas sarana dan prasarana transportasi. Jalan dengan tanah liat dan batu-batu besar menganggan dimana-mana, tentu akan menyulitkan mobilitas ibu yang membutuhkan penanganan segera.

Puskesmas sebagai salah satu tempat layanan persalinan juga masih mengalami kekurangan dalam berbagai hal, baik dari sisi anggaran, prasarana maupun sisi tenaga kesehatan yang menunjang. Kendala dalam pelayanan melahirkan misalnya, saat ini semua puskesmas melayani pemeriksaan kehamilan yang hanya dilayani oleh bidan dan dokter umum saja. Padahal untuk menjalankan Standar Operasional Prosedur diperlukan tenaga Spesialis kandungan (SPOG) yang saat ini masih belum ada di tingkat puskesmas. Meskipun pelayanan pemeriksaan kehamilannya cukup dilayani oleh bidan, akan tetapi hal ini tidak menjamin keakuratan diagnosa utamanya jika ada kehamilan dengan kasus maupun resiko tinggi.

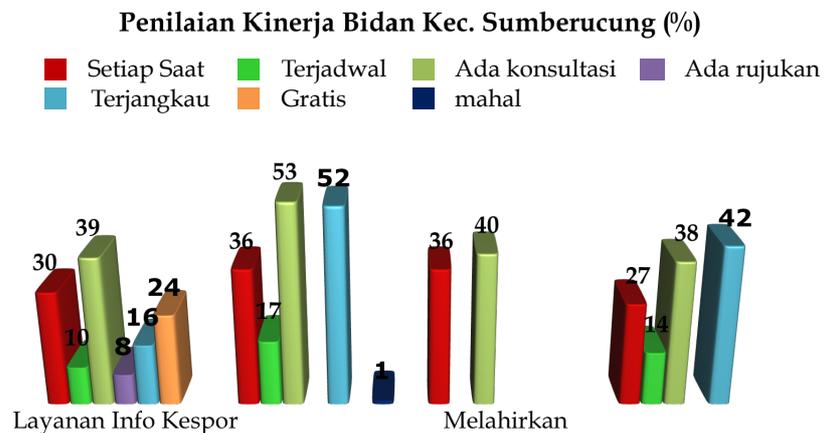


Grafik 6 - % Kasus-kasus yang Dipilih ditangani Bidan

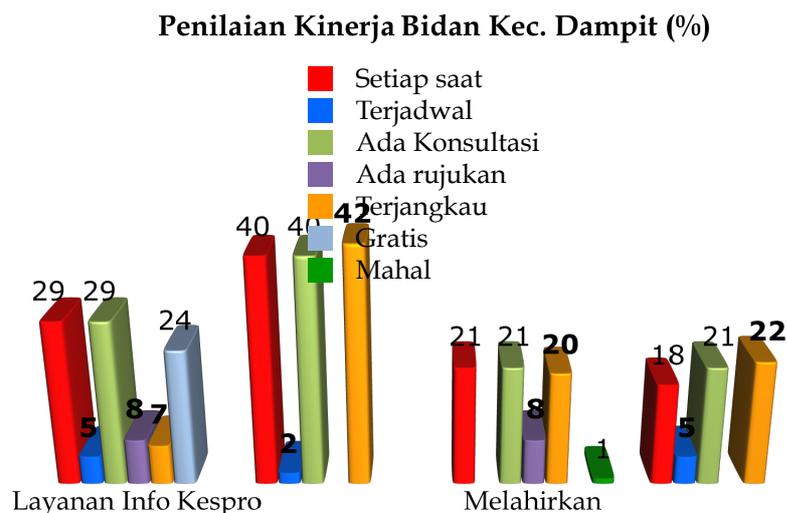
Dari grafik ini terlihat bahwa untuk kecamatan Sumberpucung, peran bidan sangat penting dan menjadi pilihan utama untuk beberapa jenis pelayanan kesehatan reproduksi. Ini tidak lepas dari peran Puskesmas Sumberpucung yang menjadi unggulan untuk bidang kespro (diungkap bagian lain laporan ini). Sementara untuk kecamatan Dampit yang lebih terpencil peran meskipun peran bidan masih dominan, namun terjadi sebaran cukup merata dengan unit layanan lainnya, termasuk peran dukun. Dari data survey yang lain disebutkan bahwa peran dukun sebagai tujuan kelahiran masih cukup tinggi (30%) untuk konteks kecamatan Dampit.

Grafik di bawah menunjukkan beberapa faktor yang menunjukkan alasan bagi perempuan dalam mengukur kinerja bidan di kecamatan Sumberpucung. Bidan melakukan

perannya hampir memenuhi seluruh kebutuhan perempuan. Namun hanya dibawah 40% yang menyatakan layanan bidan bisa diakses setiap saat. Meskipun tidak gratis, kecuali informasi kespro, layanan bidan masih dianggap bisa terjangkau harganya. Hanya 1% responden yang menyatakan penanganan kehamilan dianggap mahal. Ada 38-52% yang menyatakan keluluasaan mereka dalam berkonsultasi dan mampu memberikan rujukan bila dibutuhkan.



Sementara kinerja bidan di kecamatan Dampit, diperlihatkan pada grafik di bawah menunjukkan anggapan yang relatif sama. Sekitar 18-40% yang menyatakan layanan bidan bisa diakses setiap saat. Layanan pemeriksaan kehamilan memiliki potret kinerja terbaik, rata-rata 40% menyatakan bisa diakses setiap saat, dilengkapi dengan konsultasi dan harga terjangkau. Sementara untuk layanan KB dan saat persalinan memiliki memiliki nilai kinerja yang hamper sama, dengan rerata 20% untuk faktor-faktor yang disebut di atas. Dalam kasus layanan ini, hanya 1% menyatakan mahal.



Pihak dinas kesehatan kabupaten Malang mengakui¹⁵ bahwa bidan menjadi ujung tombak upaya penurunan AKI. Namun persoalannya apakah jumlah bidan tersedia cukup di wilayah pedesaan. Dalam laporan Kompas¹⁶, disebutkan bahwa tahun 2011, di kabupaten Malang terdapat sekitar 800 bidan yang masih aktif. Sebanyak 570 bidan berstatus pegawai negeri sipil yang dinaungi organisasi Ikatan Bidan Indonesia. Tabel di bawah menunjukkan ketersediaan layanan di masing-masing kecamatan.

Tabel di bawah menunjukkan ketersediaan fasilitas kesehatan di dua kecamatan¹⁷

| Fasilitas | Dampit | Sumberpucung |
|-----------------------------------|--------|--------------|
| RS Swasta | - | - |
| Rumah Bersalin | 1 | 1 |
| Puskesmas pusat | 2 | 1 |
| Puskesmas pembantu | 4 | 1 |
| Puskesmas Keliling | - | 3 |
| Posyandu | 109 | 62 |
| Polindes | 9 | 6 |
| Praktek dokter | | 7 |
| Poliklinik | 2 | 1 |
| Apotik/toko obat | 2 | 2 |
| Tempat tidur rawat inap puskesmas | 30 | 30 |
| Orang sakit | 1.805 | 1.161 |
| Hari perawatan | 5.736 | 3.543 |
| Tenaga medis | 5 | 3 |
| Perawat/Bidan | 45 | 27 |
| Tenaga Farmasi | 2 | 1 |
| Tenaga Gizi | 1 | 1 |

¹⁵ Wawancara dengan dinas kesehatan kabupaten Malang, tanggal 11 Juni 2012

¹⁶<http://health.kompas.com/read/2010/11/18/08313126/Kematian.Ibu.Meningkat>

¹⁷Diolah dari beberapa sumber: Kabupaten Malang dalam angka tahun 2010, data puskesmas wawancara penelitian.

| | | |
|----------------------------|----|----|
| Teknisi medis | 1 | 2 |
| Tenaga sanitasi | 1 | - |
| Dokter spesialis puskesmas | - | - |
| Dokter umum puskesmas | 5 | 2 |
| Dokter gigi puskesmas | 5 | 3 |
| Mantri (umum) | 22 | 38 |
| Bidan (umum) | 19 | 23 |
| Dukun bayi terlatih | 45 | 6 |
| Dukun bayi tidak terlatih | 26 | 1 |

Seperti tergambar pada **Tabel di bawah** di Kabupaten Malang, ketersediaan dokter dan paramedis belum memadai bila dilihat dari rasio pelayanannya, dimana rasio pelayanan dokter 1:30.380 dan rasio pelayanan paramedis 1:1963

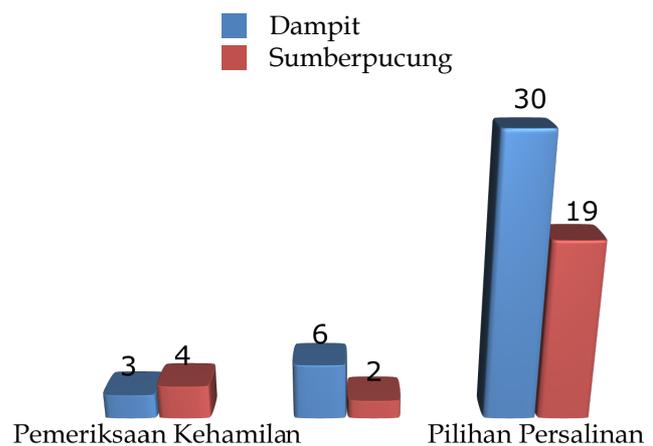
Rasio Tenaga Kesehatan Kab. Malang 2008

| TENAGAKESEHATAN | RASIO STANDAR | KAB. MALANG 2008 |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| JUMLAH PENDUDUK | | 2.346.710 |
| DOKTER UMUM | 1 Dokter : 2,500 penduduk | 1 Dokter : 30.380 penduduk |
| PERAWAT/ PARAMEDIC | 1 Paramedis : 851 penduduk | 1 Paramedis : 1.963 penduduk |

Disamping itu, wilayah Kabupaten Malang yang begitu luas, walaupun ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan jumlahnya banyak namun lokasi keberadaannya tidak merata. Berbagai fasilitas tersebut belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat, utamanya masyarakat miskin terkait dengan biaya dan jarak transportasi. Dari data yang ada menunjukkan bahwa penduduk yang memanfaatkan fasilitas rumah sakit sekitar 9,73% pada tahun 2004, sedangkan penduduk yang memanfaatkan fasilitas puskesmas hanya sekitar 59,88% saja.

Dalam konteks membantu persalinan, penelitian ini menunjukkan bahwa peran dukun masih cukup berarti dan dipilih. Meskipun semakin menyempit seiring dengan kampanye pemerintah untuk menggunakan tenaga medis 'formal' namun dukun di daerah pedesaan mereka masih memiliki peran cukup signifikan dalam beberapa kasus terkait kesehatan reproduksi perempuan. Dari survey terlihat beberapa % kasus yang bisa diperan yang masih dimainkan dukun. Di kecamatan Dampit 30% kasus persalinan masih menggunakan dukun sebagai pilihan tempat melahirkan bagi ibu. Sementara di kecamatan Sumberpucung mencapai 19% kasus persalinan. Ini terutama dilakukan saat persalinan anak pertama, dimana penyuluhan tentang pentingnya layanan kesehatan oleh ahli dan peralatan pelayanan yang bersih belum segenar saat ini. Ini artinya layanan persalinan oleh dukun telah mengalami penurunan. Namun tidak berarti sama sekali tidak ada keinginan untuk meninggalkan peran ini. Ada beberapa alasan bagi perempuan memilih dukun sebagai tempat melahirkan atau meminta bantuan. Pertama tentu biaya, secara umum pelayanan dukun dianggap lebih murah dibandingkan apabila mereka harus pergi ke bidan, apalagi ke RS. Data survey menemukan dukun tidak memberikan tarif tertentu yang harus dibayarkan oleh pasien. Secara umum layanan dukun berada pada kisaran Rp. 100.000 – 150.000 (dilakukan oleh dukun tidak terlatih) dan Rp. 250.000 – 300.000 oleh dukun terlatih dan biasanya bisa dilakukan di rumah pasien. Dalam beberapa kasus, pembayaran dukun bahkan bisa ditunda. Sementara bidan desa berkisar antara 250.000 – 500.000 untuk satu layanan persalinan. Ini belum ditambah biaya transportasi yang perlu disiapkan menuju tempat praktik atau rumah bidan.

% Kasus Pilihan Layanan Kesehatan oleh Dukun



Box 3: Bu Wiji - Sumberpucung

Berusia 35, selama kehamilan anak keduanya dia rutin memeriksakan kandungan pada bidan desa, namun ia tetap memilih untuk melahirkan di rumah. Memang ada seorang dukun yang membantu kelahiran, tapi kedatangannya setelah proses kelahiran. Dukun hanya membantu memotong tali pusar si bayi. Dia memilih melahirkan di rumah karena merasakan kenyamanan untuk melahirkan di rumah.

Sugiati- Dampit

Ketiga anak ibu Sugiati lahir di rumah dengan bantuan persalinan dari dukun terlatih. Dia beranggapan, lebih nyaman melahirkan di rumah dibantu oleh dukun, jika ada masalah dan dukun tidak bisa membantu baru ke bidan desa terdekat itupun dengan ditemani dukun. Pilihan melahirkan di rumah selain karena biaya lebih murah sehingga sisa dana bisa digunakan untuk mengadakan ritual selamat bayi, juga untuk menghindari "gunem" atau gunjingan jika kesulitan dalam proses melahirkan. Dia menghindari gunjingan bahwa bayi yang susah lahir menunjukkan ibunya yang malas. Menurutnya gunjingan ini yang membuat perempuan seringkali bertahan dalam kesakitan sendirian, dan baru meminta tolong dukun jika dirasa bayi

kecamatan Dampit¹⁸, terungkap beberapa perandukun yang masih bisa dilakukan adalah: (a) memijat/membetulkan posisi atau letak bayi/janin, (b) membantu proses persalinan normal¹⁹, (c) merawat bayi paska lahir (memijat, memandikan, dan merawat pusar bayi), (d) menemani proses melahirkan di bidan atau RS atas permintaan pasien. Peran-peran diatas tetap dilakukan oleh dukun, selama ibu-ibu menghendaki jasa layanan tersebut. Selama ini belum pernah ada pemberitahuan dari bidan desa atau dinas kesehatan setempat jika dukun sudah tidak diperbolehkan membantu proses persalinan. Sementara dalam proses FGD yang sama di kecamatan Sumberpucung menunjukkan hal yang tidak berbeda. Dukun masih memainkan peran: (a) membantu pemijatan ibu hamil dan bayi (b) membantu merawat bayi paska melahirkan bahkan hingga 36 hari (c) memberikan ramuan tradisional untuk memperlancar ASI. Kelengkapan layanan dukun ini tidak diberikan oleh bidan. Alasan ketiga adalah yang bersifat spiritual menyangkut tingkat kenyamanan. Meskipun persalinan di dukun mengandung risiko yang lebih tinggi karena biasanya kesulitan air bersih, tidak sterilnya peralatan dan tempat yang dipergunakan, namun tingginya kasus persalinan yang ditangani dukun menunjukkan bahwa kondisi ini masih diabaikan oleh pasien. Banyak dukun bayi yang dianggap memiliki kekuatan spiritual yang dapat memberikan rasa nyaman dan jaminan untuk ibu yang akan bersalin, saat persalinan atau paska persalinan. Rasa nyaman yang dikehendaki pasien juga diakui oleh bidan desa Srimulyo:

¹⁸ Di desa Srimulyo - Dampit ada dua dukun, satu sudah terlatih (tahun 2000) dan satu belum terlatih. Menurut mereka, setelah pergantian Bidan Puskesmas (tahun....) tidak pernah ada lagi program pelatihan untuk dukun

¹⁹ Dukun ybs menyatakan tidak pernah membantu proses persalinan dari kehamilan yang bermasalah

“Ketergantungan ibu-ibu terhadap dukun dalam membantu proses persalinan relatif tinggi. Bidan desa hanya bisa menyarankan agar ibu melahirkan di Polindes atau Bidan desa. Tetapi itu semua berpulang kepada ibu sendiri, dimana dia merasa nyaman untuk melahirkan. Setelah adanya PERDA KIBBLA²⁰ peran dukun tidak boleh lagi membantu proses melahirkan, artinya perannya dikurangi hanya membantu paska melahirkan”²¹.

Di desa Jatiguwi kecamatan Sumberpucung, sebenarnya terdapat beberapa dukun. Namun tidak semuanya terlatih. Dukun terlatih diharuskan bermitra dengan puskesmas. Mereka mendapat pelatihan tidak hanya berkaitan dengan kebidanan, namun juga informasi mengenai beragam penyakit yang berjangkit di desa. Pembinaan dukun di puskesmas Sumberpucung telah dilakukan secara rutin setiap bulan. Selain membantu proses persalinan tugas dukun terlatih adalah mensosialisasikan kepada perempuan desa untuk menggunakan layanan persalinan yang professional.

II.5. Mengukur Komitmen Pemerintah – Kebijakan Anggaran Kesehatan

Undang-undang kesehatan No. 36/2009 menyebutkan bahwa semua lapisan masyarakat harus dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa membedakan laki-laki atau perempuan dalam implementasinya.

UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 171 dinyatakan bahwa: (1) *Besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji.* (2) *Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.*

Dari kajian Pattiro Malang dan Fitra Jawa Timur tahun 2010 menunjukkan bahwa anggaran urusan Kesehatan di Kabupaten Malang ternyata masih belum mencerminkan amanat pasal 171 UU No. 36 tahun 2009 tersebut di atas. Data yang ada menunjukkan bahwa anggaran urusan kesehatan termasuk gaji pegawai tahun 2011 hanya mencapai kisaran 143,2 M yang setara dengan 7,86% saja dari total APBD. Apabila gaji tidak dihitung maka anggaran kesehatan hanya mencapai 58,8 M saja atau setara dengan 3,23 % dari APBD

²⁰ PERDA Kabupaten Malang No. 13 Tahun 2008

²¹ Wawancara mendalam, tanggal 28 Mei 2012

Kabupaten Malang. Sedangkan pada tahun 2012 anggaran urusan kesehatan termasuk gaji pegawai hanya mencapai angka 170,8 M saja atau setara dengan 7,9% dari total APBD. Jika gaji tidak dihitung maka anggaran kesehatan hanya mencapai angka 104,9 M saja atau setara dengan 4,86% dari total APBD.

Hal ini menunjukkan bahwa komitmen pemerintah Kabupaten Malang untuk meningkatkan derajat kesehatan sangat minim, bahkan tidak sampai memenuhi separuh anggaran dari yang diamanatkan oleh Undang-undang sebesar minimal 10%. Dengan demikian wajar jika masyarakat mengalami banyak kendala utamanya kelompok miskin dalam mengakses kesehatan yang terjangkau dan berkualitas.

Keterbatasan anggaran ini tentu saja berdampak pada implementasi program kesehatan yang digawangi oleh dinas dan badan. Berdasarkan keterangan dinas Kesehatan²² pada tahun 2008/2009 anggaran untuk Kesehatan Ibu dan Anak tidak mencapai 1%, padahal angka kematian ibu dan bayi masih tergolong cukup tinggi di Kabupaten Malang.

Hasil analisis terhadap dokumen kebijakan publik tahun 2009 dapat dijadikan pijakan betapa amanat UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan memang urgen untuk didorong implementasinya di daerah. Pemerintah Kabupaten Malang tahun 2009 melaksanakan kebijakan bidang kesehatan seperti tertuang dalam Kebijakan Umum APBD (KUA) Malang 2009. Dalam bidang Kesehatan terdapat empat kegiatan utama yang dilaksanakan pada 2009, yaitu a) Mengembangkan Puskesmas Ideal, b) Memperkuat peran dan fungsi posyandu; dan c) Meningkatkan *performance* Rumah Sakit Daerah sebagai Badan Layanan Umum kesehatan.

Dengan target prioritas demikian, dianggarkan belanja langsung sebesar Rp. 89.9 milyar atau 4,93% dari total belanja langsung daerah. Dengan besar anggaran tersebut, Pemerintah Kabupaten Malang bertekad memastikan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan berkualitas. Namun tekad dan kapasitas anggaran demikian tidak sebanding dengan beratnya permasalahan pembangunan kesehatan. Ketidak-cukupan jumlah dokter yang tersedia belum dijadikan pijakan untuk suatu arah kebijakan anggaran kesehatan yang lebih memadai, minimal memenuhi prinsip anggaran kesehatan sebagaimana UU No. 36 tahun 2009.

II.6. Implementasi Jampersal – Akses Keluarga Miskin

²²Wawancara dengan Ibu Anita, Kasie Kesehatan Keluarga, dinas kesehatan kabupaten Malang, tgl 7 Juni 2012

Tahun 2012, Kabupaten Malang mendapat anggaran pusat untuk Jampersal sebesar Rp2,8 miliar yang dialokasikan khusus untuk puskesmas dan tidak termasuk yang dilayani Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kepanjen Kanjuruhan. Jumlah ini dihitung berdasarkan data keluarga miskin (gakin) di Kabupaten Malang sebanyak 563.173 jiwa. Anggaran rata-rata per kasus dianggarkan Rp. 350.000. Anggaran ini untuk melayani persalinan ibu melahirkan yang memenuhi syarat²³. Menurut bidan desa Srimulyo kecamatan Dampit, cakupan dalam Jampersal meliputi: pemeriksaan kehamilan secara gratis sebanyak 4 kali, layanan KB gratis 2 kali, persalinan gratis hingga ke Rumah Sakit Daerah jika harus dirujuk.

Anggaran pemerintah ini tidak sepenuhnya bisa dimanfaatkan oleh masyarakat. Persoalannya adalah lemahnya sosialisasi ke masyarakat. Banyak temuan menyebutkan bahwa upaya sosialisasi Jampersal seringkali dihambat oleh bidan dan petugas puskesmas. Mereka rata-rata enggan melayani persalinan pasien yang menggunakan Jampersal. Bahkan petugas puskesmas samasekali tidak menyodorkan program ini kepada pasien. Bidan desa maupun petugas puskesmas kebanyakan langsung mengarahkan pasien yang akan bersalin ke rumah sakit (RS) tanpa diperiksa lebih dulu. Padahal prosedurnya pasien harus menjalani pemeriksaan di puskesmas. Jika ada masalah baru dirujuk ke RS. Beberapa pasien setelah datang ke RS ternyata juga disarankan untuk tidak menggunakan Jampersal²⁴. Keengganan bidan dan petugas puskesmas mensosialisasikan Jampersal bisa jadi terkait dengan potensi kehilangan fee. Sebelum ada program ini setiap kasus rujukan mereka bisa mendapat fee sebesar Rp. 500.000 – 700.000²⁵

Rendahnya pengetahuan perempuan terhadap Jampersal juga terlihat saat proses FGD. Dari 25 orang peserta FGD di Sumberpucung, hanya 2 orang yang mengetahui syarat pengurusan Jampersal (foto kopi KTP, KK, serta materai 6000,-) dan diserahkan ke bidan desa. Sedangkan peserta yang lain tidak mengetahui cara dan syarat pengurusan tetapi mengetahui manfaat dari Jampersal yaitu biaya persalinan gratis. Sementara yang lainnya menyebutkan hanya pernah mendengar atau bahkan belum pernah mendengar sama sekali. Sementarasat FGD di kecamatan Dampit, seorang peserta yang juga kader posyandu mengungkapkan²⁶ bahwa Jampersal baru disosialisasikan di tahun ini (2012). Ini diperkuat dari hasil survey yang menunjukkan bahwa dari 49 kasus persalinan (diluar 30 kasus yang ditolong dukun) di kecamatan Dampit hanya 4 yang telah memanfaatkan fasilitas ini, 3

²³ http://www.pkb-jatim.com/index.php?page=berita_detail&id_berita=2455&kategori=7

²⁴ <http://www.mediaindonesia.com/read/2011/10/29/272203/289/101/Sebagian-Warga-Kabupaten-Malang-tidak-Tahu-Jampersal>

²⁵ <http://rri.co.id/index.php/detailberita/detail/1776#.UAZB0fLWDQI>

²⁶ Diungkap saat FGD Dampit, tanggal 18 Juni 2012

terjadi di polindes dan 1 di puskesmas. Untuk kecamatan Sumberpucung, dari 61 kasus persalinan yang ada (diluar yang terjadi di dukun), tidak satupun yang memanfaatkan fasilitas Jampersal.

Menurut pengakuannya, Dinas Kesehatan kabupaten Malang memprioritaskan program menurunkan AKI yang setiap tahunnya mengalami fluktuasi. Dalam rangka efektifitas implementasinya, dinas kesehatan telah berupaya untuk mewujudkan integrasi inter-seksi, artinya program-program terkait kesehatan dari setiap seksi atau bidang di wilayah dinas kesehatan kabupaten Malang dan bahkan lintas SKPD harus diselaraskan sehingga tidak “berjalan sendiri-sendiri”.

Selain itu, juga melibatkan lintas sektor termasuk para kader kesehatan, NGO dan organisasi masyarakat yang memiliki kepedulian terhadap program-program kesehatan ibu seperti Muslimat NU, Fatayat NU Kabupaten Malang. Salah satu kegiatan yang dilakukan adalah lebih menekankan pada langkah antisipatif, seperti up date data -selain bersumber pada data BPS juga berdasarkan laporan dari stakeholder terutama kader-kader kesehatan desa. Juga penelusuran dan pemantauan wilayah setempat. Pada tahun 2010 juga pernah mendapatkan asistensi dalam bentuk program *capacity building* dari HSP (Health Support Program²⁷). Program tersebut sangat membantu pemerintah daerah dalam upaya memperdayakan tenaga dan kader kesehatan sampai ke desa-desa. Selama program bantuan tersebut berjalan angka kematian ibu bisa ditekan, tetapi setelah program bantuan selesai angka kematian ibu meningkat lagi. Hal ini mengindikasikan bahwa upaya yang sudah dilakukan yang berdampak positif kurang bisa menjadi pelajaran yang baik dan didukung menjadi sebuah kebijakan daerah.

Adapun kendala yang dihadapi masih bersifat klasik, yaitu anggaran dan sumberdaya manusia. Proses penganggaran sudah dijalankan sebagaimana seharusnya dengan melibatkan stakeholder serta memperhatikan kebutuhan di lapangan, akan tetapi realisasinya masih jauh dari harapan sehingga program tidak bisa berjalan optimal. Dalam bahasa lain, kebijakan penganggaran masih politis. Selain itu, juga karena faktor keterbatasan SDM baik dari segi kualitas maupun kuantitas yang tidak sebanding dengan luasnya wilayah. Pendistribusian tenaga bukan wewenang dinas kesehatan tapi Badan Kepegawaian Daerah (BKD) langsung.

Kendala lainnya adalah ketika dinas kesehatan memiliki banyak program dan harus dilaksanakan sampai tingkat puskesmas, ternyata tidak semua puskesmas mau menerima program tersebut karena masing-masing puskesmas sudah memiliki program dan unggulan masing-masing sesuai kebutuhan daerah.²⁸ Hal ini juga mengindikasikan bahwa pelaksanaan

²⁷ Dukungan USAID

²⁸ Wawancara dengan Ibu Anita- dinas kesehatan kabupaten Malang, tanggal 11 Juni 2012

program bisa dibidang tidak terkoordinir dengan baik. Bagaimana program bisa berhasil dan bermanfaat jika pelaksanaannya enggan menjalankan?

II.7. Gerakan Sayang Ibu –Setengah Hati

Tak sedikit nyawa ibu dipertaruhkan saat persalinan, setidaknya setengah juta warga dunia meninggal akibat persalinan setiap tahunnya. Dari jumlah yang disampaikan tersebut, sebagian terbesar berada di wilayah negara berkembang seperti Indonesia. Keprihatinan atas tingginya kematian ibu telah disinggung dalam beberapa konvensi, missal CEDAW, ICPD dan Beijing Plat Form Action. Bentuk nyata untuk mengurangi kasus kematian ibu kembali ditekankan dalam program *Making Pregnancy Safer Program (Menciptakan Kehamilan yang Lebih Aman)* yang dilaksanakan oleh *World Health Organisation (WHO)*.

Sebagai bagian dari masyarakat internasional pemerintah Indonesia kemudian tidak tinggal diam. Dengan merespon salah satu rekomendasi dari konferensi internasional kesehatan dunia, *Internasional Conference on Population and Development*, di Mesir, Kairo, 1994 dan *The World Conference on Women*, di Beijing, 1995, Indonesia kemudian menginisiasi program *Safe Motherhood Program (Gerakan Sayang Ibu)*. (Rahima, 2005)

Gerakan Sayang Ibu yang selanjutnya disebut GSI adalah gerakan yang dilaksanakan oleh masyarakat dan pemerintah untuk peningkatan kualitas hidup perempuan melalui berbagai kegiatan yang mempunyai dampak terhadap upaya percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) karena hamil, bersalin dan nifas serta penurunan angka kematian bayi (AKB). Sebagai suatu gerakan nasional, GSI pertama kali muncul tepat pada peringatan Hari Ibu pada tahun 1996. Pada kesempatan tersebut Presiden Soeharto meluncurkan Gerakan Sayang Ibu yang bertujuan mempercepat penurunan *Angka Kematian Ibu (AKI)*. Sebelumnya, pada 19-21 Juni 1996, diadakan lokakarya penurunan Angka Kematian Ibu di Jakarta. Di situ, presiden menekankan perlunya percepatan penurunan AKI.

Dicanangkan sejak tahun 1996 program ini ternyata mengalami pasang-surut. Adanya otonomi daerah ditengarai menjadi salah satu penyebab “longgarnya” agenda-agenda dari tingkat nasional. Hal ini kemudian mendorong Ibu Negara Ani Yudhoyono untuk melakukan revitalisasi GSI, pada tanggal 19 April 2007 di Karawang, Jawa Barat, dengan tujuan yang sama yakni penurunan AKI dan Angka kematian bayi (AKB).

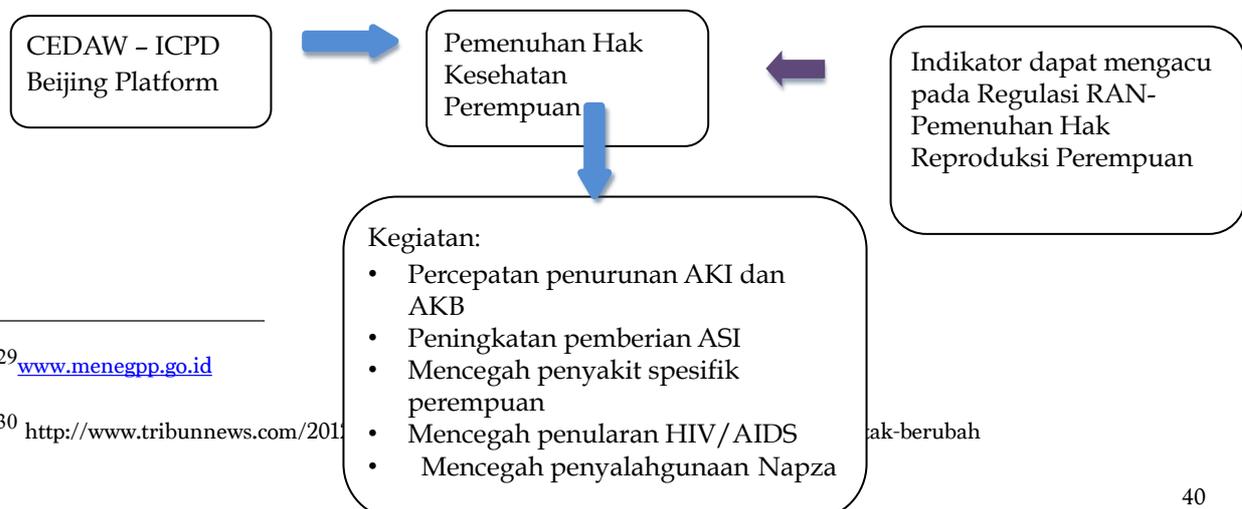
AKI sendiri merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang dituangkan dalam *Millenium Development Goals (Tujuan Pembangunan Millennium)* atau dikenal dengan MDGs. Secara lebih lebih spesifik pada tujuan ke-5 dari MDGs, yakni meningkatkan kesehatan ibu dengan target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai

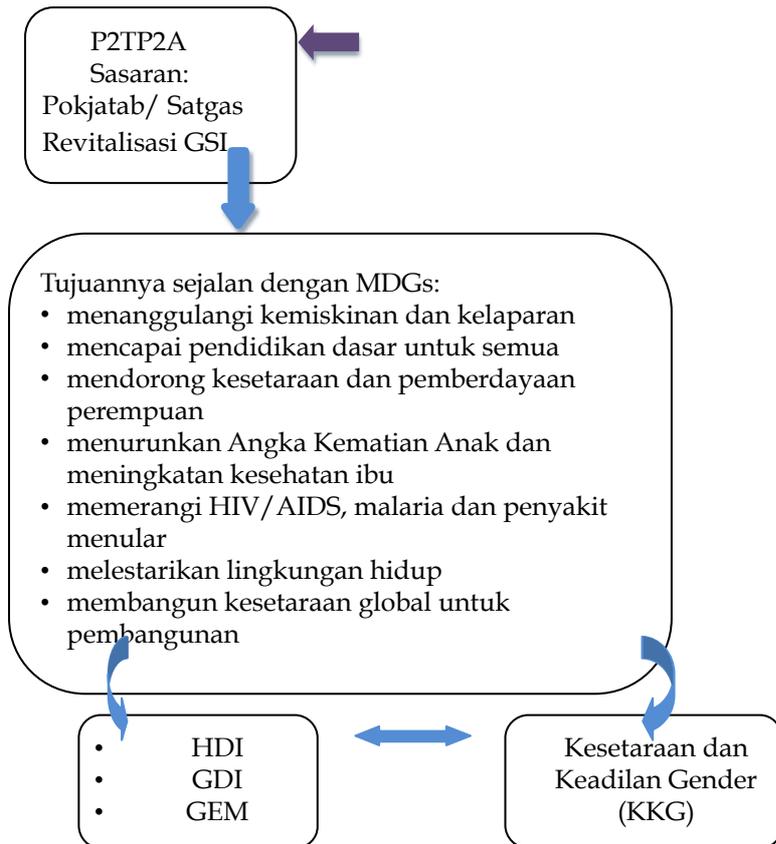
tiga per empat resiko jumlah kematian ibu. Survei terakhir tahun 2007 AKI Indonesia sebesar 228 per 100.000 Kelahiran Hidup.²⁹ Harapan agar angka tersebut menurun ternyata terpatahkan, selama lima tahun terakhir angka ini tidak mengalami perubahan, bahkan dibandingkan dengan angka kematian ibu di wilayah Asean lainnya, angka AKI di Indonesia 3-6 kali lebih besar dibandingkan dengan negara lain di kawasan Asean.³⁰

Kebulatan tekad masyarakat internasional dalam mengupayakan penurunan AKI kemudian merangsang Indonesia untuk secara intensif menggalakan GSI secara massif. Dasar hukum untuk memperkuat program ini dirujuk dari:

1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984, tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Penghapusan segala bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan;
2. Kesepakatan Menteri Koordinasi Kesejahteraan Rakyat, Menteri Kesehatan, Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan pada tanggal 12 Maret 2002.
3. Peraturan Menteri negara Pemberdayaan Perempuan Nomor 2 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Revitalisasi Gerakan Sayang Ibu (GSI) dalam Rangka Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu Karena Hamil, Melahirkan, dan Nifas serta Angka Kematian Bayi di Daerah;
4. Surat keputusan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Nomor 28/SK/MEN.PP/V/2007 tanggal 30 Mei 2007 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Tetap Gerakan Sayang Ibu;
5. Surat Edaran Menteri dalam Negeri Nomor 411/2772/SJ tanggal 15 november 2006 tentang pelaksanaan Gerakan Sayang Ibu;
6. Surat Menteri Dalam Negeri No.411.2/2765/PMD tanggal 27 Agustus 2008 tentang Revitalisasi Gerakan Sayang ibu.

Apabila diruntut dari latar belakang terbentuknya, GSI merupakan program yang diinisiasi secara *top-down*, mulai dari seruan global, diturunkan dalam regulasi nasional, dan sampai pada implementasi di lapangan. Dalam RPJMN II 2010-2014, GSI merupakan salah satu prioritas dalam program Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan untuk isu kesehatan.





Adapun implementasi dari GSI ternyata sangat beragam, dikarenakan tiap daerah memiliki variasi alternatif pemecahan masalah yang berbedabeda. Untuk itu, jenis-jenis intervensi yang dilakukan disesuaikan dengan kondisi sosial-budaya, ekonomi, tingkat pendidikan keluarga dan masyarakat, serta mempertimbangkan faktor penyebab kematian yang menonjol di daerah tersebut.

Struktur organisasi dari kegiatan GSI ini terbilang cukup kompleks, di mana dari tingkat pusat sampai ke tingkat desa memiliki tugas pokok masing-masing. Di tingkat pusat dibentuk Kelompok Kerja (Pokja) dan Tim Asistensi GSI. Di tingkat kabupaten dibentuk Pokja Gerakan Sayang Ibu yang diketuai bupati. Di tingkat kecamatan dibentuk Satuan Tugas (Satgas) Sayang Ibu yang diketuai camat. Di tingkat desa/kelurahan dibentuk Satgas Sayang Ibu yang diketuai kepala desa. Tugas pokok mereka adalah menghimpun data tentang ibu hamil dan bersalin, memberikan penyuluhan, dan mengoordinasi berbagai kegiatan pendukung lain.

Alur kerja GSI pun dituntut untuk bersinergi dengan berbagai macam *stakeholder*, mulai dari pemerintah, organisasi kemasyarakatan, organisasi perempuan, organisasi profesi, dan masyarakat secara umum. Keterlibatan masyarakat secara aktif menunjukkan bahwa paradigma yang dibangun dari GSI ialah relasi kemitraan dan berbasis kemasyarakatan. Hal ini diharapkan dapat meng-inisiasi pengetahuan, kesadaran dan kepedulian kolektif akan pentingnya program tersebut.

Revitalisasi Gerakan Sayang Ibu (GSI) adalah upaya pengembangan GSI melalui upaya ekstensifikasi, intensifikasi dan institusionalisasi. Salah satu tujuan dari revitalisasi GSI ialah meningkatkan jumlah dan kualitas kecamatan sayang ibu. Lalu apa saja yang menjadi program dari revitalisasi GSI. Apabila dilihat dari buku panduan penilaian kecamatan sayang ibu dan pelaksanaan revitalisasi GSI, dapat ditangkap bahwa GSI sangat berakar dari masyarakat dengan tujuan:

1. Menggerakkan seluruh komponen masyarakat dan potensi yang ada guna berpartisipasi aktif dalam merealisasikan tujuan Revitalisasi GSI, terutama pada aspek penurunan AKI dan AKB.
2. Menghimpun, menggerakkan, menyediakan dan memanfaatkan sumberdaya baik yang berasal dari Pemerintah Kabupaten maupun masyarakat secara efektif untuk kegiatan percepatan penurunan AKI dan AKB.
3. Pengorganisasian Dasolin/Tabulin.
4. Pengorganisasian Ambulan Desa.
5. Pengorganisasian Penghubung/Liason.
6. Memfasilitasi pelaksanaan Revitalisasi GSI di Tingkat Desa.
7. Melakukan optimalisasi peran forum-forum yang ada di masyarakat, termasuk juga TOMA dan TOGA, yang bermuara pada penguatan Revitalisasi GSI.
8. Menggalang seluruh potensi yang ada di masyarakat untuk mengembangkan Desa Siaga serta dukungan terhadap Revitalisasi GSI.

Untuk kabupaten Malang penguatan program GSI dituangkan dalam Keputusan Bupati Malang No. 180/466/KEP/421.013/2008 mengenai Kelompok Kerja Tetap (POKJATAP) Gerakan Sayang Ibu. Adapun POKJATAP GSI kabupaten Malang bertugas:

1. Mengkoordinasikan perumusan dan penyusunan kebijakan strategis dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka percepatan penurunan AKI karena hamil, melajirkan dan nifas serta AKB sesuai kebijakan, strategis dan pedoman yang ditetapkan kelompok Kerja tetap Gerakan Sayang Ibu Nasional;
2. Memimpin, mengelola, mengendalikan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan operasional GSI;
3. Menghimpun, menggerakkan, menyediakan, dan memanfaatkan sumberdaya baik yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat dan bantuan luar negeri secara efektif untuk kegiatan percepatan penurunan AKI karena melahirkan dan nifas serta angka AKB;
4. Mengkoordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi masing-masing instansi, organisasi profesi dan kemasyarakatan;

5. Menyebarluaskan informasi dan melakukan penyuluhan tentang upaya percepatan penurunan AKI karena hamil, melahirkan dan nifas serta AKB kepada aparat dan masyarakat;
6. Memfasilitasi satuan tugas gerakan sayang ibu tingkat kecamatan dan satuan tugas gerakan sayang ibu tingkat desa;
7. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan operasional gerakan sayang ibu serta menyampaikan laporan secara berkala dan berjenjang kepada Kelompok Kerja Tetap Provinsi;
8. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada bupati melalui sekretaris daerah.

Kesuksesan revitalisasi GSI ditingkat daerah tergantung pada kemauan pemerintah daerah mengintegrasikan GSI kedalam struktur pemerintahan setempat. GSI merupakan salah satu pengejawantahan program KP3A³¹ yang termasuk di dalamnya adalah isu kesehatan reproduksi perempuan. Tujuan yang ingin dicapai ialah “Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan dan Anak”. Namun hal ini tidak mutlak menjadi beban KP3A karena keterlibatan semua stakeholder lebih menentukan sukses tidaknya GSI.

Sebagaimana yang di utarakan oleh kepala KP3A³² Kab. Malang, bahwa pemantapan revitalisasi GSI Kab. Malang membutuhkan keterlibatan beberapa stakeholder. Misal saja dengan menggandeng Dinas Kesehatan. Kegiatan yang dilakukan lebih banyak pada pengautan kader GSI. Namun penguatan yang dilakukan Dinas Kesehatan ternyata hanya mampu menjangkau separo dari kader GSI. Oleh karenanya Dinas Kesehatan Kab.Malang kemudian menggandeng pihak Puskesmas untuk melakukan penguatan kader GSI. Namun bentuk penguatan ini hanyalah pelatihan.

Peran P2TP2A juga tidak cukup signifikan dalam mendukung GSI di kabupaten Malang. Wawancara dengan KP3A juga menyatakan bahwa institsusi ini fokus persoalan terkait kekerasan pada perempuan. Ini juga diperkuat ketika dilakukan wawancara dengan Sekretaris P2TP2A, bahwa lembaganya belum fokus pada program terkait kesehatan, termasuk kesehatan pada perempuan.

Signifikansi keberhasilan GSI di Kab. Malang belum terukur dengan baik. Karena tidak semua kecamatan di Kab. Malang memenuhi kriteria-kriteria sebagaimana yang ditentukan dalam regulasi. Hanya satu kecamatan saja yakni kecamatan Tajinan³³. Banyak kendala mengapa sangat sulit mewujudkan GSI sampai tingkat desa. Yang paling fatal ialah ketiadaan

³¹ Kantor Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

³² Wawancara mendalam

³³ Laporan GSI kecamatan Tajinan, tahun 2011

profil desa yang memotret potensi persoalan kesehatan ibu di desa, artinya peran pemerintah desa tidak berjalan. Pertanyaannya, mengapa hal semacam ini bisa terjadi. Bukankah desentralisasi bertujuan untuk memberikan otonomi pada daerah dalam pembangunan, lalu apakah hal tersebut bisa dicapai apabila suatu daerah kemudian tidak memiliki profil daerahnya/tidak mengenal daerahnya?

Ungkapan di atas berbeda dengan klaim puskesmas Dampit yang menyatakan semua desa di Kecamatan Dampit³⁴ sudah termasuk dalam desa Siaga dimana program GSI dan KIBBLA masuk di dalamnya. Tetapi belum semua berjalan dengan baik, hal ini sangat bergantung pada kesiapan dan kesungguhan perangkat desa yang sekaligus juga menjadi salah satu kader nya dalam mensosialisasikan gerakan tersebut di masyarakat. Hal ini diperkuat dengan pernyataan bidan³⁵. Menurunnya terdapat beberapa point/kriteria dalam program GSI salah satunya adalah 2 bidan desa dan 1 orang mantri, ini sudah di miliki desa Srimulyo (lokasi penelitian). Tetapi peran keswadayaan belum ada, masih terdapat beberapa kendala contohnya pengadaan ambulance desa. Dahulu pernah ada pendataan kepemilikan kendaraan bermotor terutama mobil dan kesediaan untuk dijadikan ambulance desa tetapi pada prakteknya mobil ada tetapi tidak ada sopirnya. Dan sekarang terhenti lagi.

“Terkesan bahwa program ini dilaksanakan secara hangat-hangat tai ayam”. Bidan kecamatan Dampit

Sementara untuk puskesmas kecamatan Sumberpucung tidak ada informasi mengenai perkembangan pelaksanaan GSI yang bisa diungkap. Meskipun puskesmas di kecamatan ini dinilai sebagai puskesmas unggulan dengan spesifikasi penanganan kesehatan reproduksi, namun yang menjadi tekanan adalah layanan terkait kasus HIV/AIDS.

Lebih jauh diungkapkan kepala kantor P3A bahwa banyak problem yang dihadapi untuk mensukseskan GSI sampai tingkat desa. Selain indikator yang sulit dicapai ternyata problem juga berasal dari internal KP3A. Diakui sendiri oleh beliau bahwa secara institusi KP3A memiliki keterbatasan SDM, bukan dari sisi jumlah, namun kapabilitas yang responsif terhadap isu perempuan. Ini tentu menghambat kerja institusi. Padahal PUG menuntut terintegrasi isu perempuan dalam seluruh tatanan pemerintahan. Maka tidak heran apabila banyak pihak yang menyangsikan pencapaian PUG apabila sampai saat ini isu perempuan begitu terasing dari aparatur Negara, termasuk isu kesehatan perempuan yang menjadi komitmen Negara dalam mencapai MDGs, sebagai bagian dari komitmen global.

³⁴ Dampit terdiri dari 11 desa dan 1 kelurahan. Hasil wawancara mendalam tanggal 9 Juni 2012

³⁵ Wawancara mendalam tanggal 29 Mei 2012

Pemantapan revitalisasi GSI Kab. Malang masih jauh dari harapan, terutama bila instansi yang berkepentingan terkesan saling melempar tanggung jawab, sebagaimana terungkap di atas. Bahkan hasil dari penelitian kali ini menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak mengetahui apa itu GSI. Hal ini sangat disayangkan, berpuluh-puluh tahun dicanangkan ternyata tidak membekas bahkan pada ingatan seseorang. Ketika FGD penelitian ini dilakukan di kecamatan Sumberpucung hanya satu orang yang mampu menerangkan GSI sesuai dengan pengertiannya. Menurutnya: GSI adalah program pemerintah untuk memperhatikan ibu dan balita. Tetapi apa saja yang ada dalam GSI tidak ada satupun peserta yang mengetahui dan dapat menjelaskannya.

Revitalisasi GSI diharapkan mampu memacu kesadaran setiap orang akan pentingnya kesehatan ibu. Namun jangan sampai program GSI terjebak pada data dan angka semata. Kekhawatiran ini berangkat dari kriteria penilaian yang ditetapkan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak bersifat kuantitatif dan formalistik. Regulasi pendataan jumlah ibu hamil, pendonor darah, tabulin, ambulan desa, dst sangat mudah untuk dimanipulasi. Padahal yang terpenting dari GSI ialah menumbuhkan kesadaran internal keluarga dan masyarakat dalam memandang persoalan kesehatan perempuan adalah persoalan publik (analisis relasi gender). Apakah sudah ada relasi yang setara antara suami-istri dalam persoalan kehamilan, persalinan, pemilihan kontrasepsi dan pengasuhan anak. Dan apakah pola-pola pelaksanaan program GSI oleh institusi terkait telah menggunakan analisis yang mempertimbangkan pola relasi gender dalam keluarga dan di masyarakat ini. Ini menjadi hal yang paling penting karena dapat mengukur tingkat keberhasilan GSI.

II.8. Capaian PERDA KIBBLA

Salah satu komitmen pemerintah daerah kabupaten Malang dalam meningkatkan derajat kesehatan ibu adalah ditetapkannya payung hukum dengan penerbitan PERDA No. 13/2008 tentang KIBBLA atau kesehatan ibu, bayi baru lahir. Sejak diPERDAkan, kemudian ditindaklanjuti dengan PERDES atau peraturan desa dengan tema yang sama, guna menerjemahkan pelaksanaannya di tingkat masyarakat.

Namun di dua kecamatan yang menjadi sasaran penelitian tidak satupun desa yang memiliki PERDES KIBBLA. Di tingkat masyarakat, informasi tentang KIBBLA hanya dimiliki oleh kader posyandu, itupun dengan pemahaman yang sangat terbatas.

III. KESIMPULAN dan REKOMENDASI

III.1. Kesimpulan

1. Perempuan memilih atau memutuskan menjadi akseptor KB sebagai pilihan praktis dan belum sepenuhnya sebagai kesadaran karena perlunya menjaga kesehatan tubuh mereka. Ini disebabkan perempuan desa, harus melakukan kerja domestik sekaligus kerja produktif sebagai pencari nafkah. Kehamilan atau menambah anak sejatinya adalah hal yang membebankan perempuan karena mengurangi porsi kerja produktif mereka. Pemilihan alat kontrasepsi memperkuat temuan ini karena bagi perempuan pilihan lebih pada rendahnya harga dan rendahnya risiko kehamilan.
2. Perempuan desa memiliki keterbatasan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi, yakni hanya seputar KB, kehamilan dan persalinan. Menjadi akseptor KB juga memberikan dampak yang tidak diinginkan oleh perempuan. Namun penanganannya belum optimal. Beberapa kasus bahkan dibiarkan saja. Keterbatasan pengetahuan perempuan desa akan kesehatan reproduksi mereka menunjukkan bahwa hak atas informasi ternyata tidak menyentuh perempuan desa. Padahal ketersediaan informasi yang terbuka merupakan hak bagi setiap orang dan hal ini akan berpengaruh pula pada perilaku masyarakatnya.
3. Bidan menjadi pilihan utama bagi layanan kesehatan reproduksi bagi perempuan, selain dukun. Layanan bidan di puskesmas atau pusku biasanya gratis, namun bila di luar jam kerja, dengan praktik sendiri di rumah, biasanya pasien harus membayar. Misalnya layanan alat kontrasepsi yang dikenalkan gratis hanya suntik dan pil.
4. Bagi perempuan desa terutama kelompok miskin, dukun masih memainkan peran yang penting pada masyarakat desa. Minat perempuan desa untuk menggunakan jasa dukun dalam persalinan ternyata cukup tinggi. Walaupun ini tidak sejalan dengan komitmen penurunan AKI (yakni menggunakan tenaga medis saat persalinan), pilihan ini ternyata menjadi hal yang paling mudah diambil oleh perempuan karena masalah pendidikan dan pengetahuan, kemiskinan, dan persepsi psikologi dan budaya. Pilihan ke dukun juga

dipengaruhi oleh jumlah anak, semakin banyak anak ada kecenderungan pilihan ke dukun semakin tinggi

5. Upaya penurunan AKI sangat dipengaruhi oleh ketersediaan dan kualitas layanan pemerintah terutama bagi kelompok miskin desa. Keberadaan Jampersal tidak selalu berpengaruh positif pada akses perempuan miskin pada layanan kesehatan. Rendahnya pengetahuan mereka mengenai hal ini salah satunya dipicu oleh rendahnya kemaunan pihak terkait dalam memberikan sosialisasi.
6. Kabupaten Malang telah mengeluarkan beberapa kebijakan terkait kesehatan reproduksi perempuan, terutama kesehatan ibu guna penurunan AKI. Misalnya PERDA KIBBA yang salah satunya guna mendukung program nasional GSI. Namun pelaksanaannya masih belum optimal di lapangan, ini ditandai bahwa desa penelitian belum memahami PERDA tersebut, apalagi melaksanakannya. Sementara untuk GSI pelaksanaannya belum konsisten.
7. Penurunan AKI terkait dengan banya faktor dalam pemahaman dan penanganan secara komprehensif akan kesehatan reproduksi perempuan. Termasuk di dalam hal ini adalah pelaksanaan program KB, layanan kehamilan dan persalinan.
8. Komitmen pemerintah daerah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tidak diimbangi dengan komitmen yang dituangkan dalam program dan anggaran dalam APBD. Anggaran 3 tahun terakhir menunjukkan bahwa pemerintah daerah Kabupaten Malang tidak mampu memenuhi bahkan masih jauh dari yang sudah diamanatkan oleh Undang-Undang.

III.2. Rekomendasi

1. Upaya penuruan AKI tidak hanya persoalan medis, namun juga persoalan budaya dan idiologi gender yang timpang. Perlu penanganan dengan perspektif gender secara konstan dan kontinu bila memang berkehendak meningkatkan derajat kesehatan ibu dan

penurunan AKI. Analisis ini mulai dari tingkat identifikasi masalah, penetapan prioritas dan alokasi anggaran berprespektif gender, termasuk membangun kesadaran bahwa persoalan kesehatan reproduksi perempuan adalah agenda publik yang mendesak. Ini butuh kemauan politik.

2. Perlu koordinasi lintas sektor guna penanganan kasus kesehatan ibu, dinas teknis, dan instansi yang memiliki kewenangan pemberdayaan perempuan. Lembaga Swadaya Masyarakat dan organisasi berbasis masyarakat perlu dilibatkan di tingkat lapangan.
3. GSI dan desa siaga merupakan program yang komprehensif, perlu pelaksanaan pendataan yang berkesinambungan, termasuk membangun kemauan desa melaksanakannya. Program-program kesehatan (seperti GSI, KIBBLA, Jampersal) belum dipublikasikan secara memadai kepada para penerima manfaat khususnya di daerah pedesaan yang terpencil. Masih banyak masyarakat yang belum mengetahui adanya Program tersebut. karena itu perlu ditingkatkan secara memadai Sosialisasi program yang efektif (cara memperoleh program, prosedur pemakaian, cakupan layanan, dll) kepada penerima manfaat.
4. Perlu peningkatan pengetahuan, kesadaran yang dibangun secara konstan dan konsisten mengenai kesehatan reproduksi perempuan oleh unit layanan terkait dari pemerintah dengan pelibatan perempuan sasaran dan pasangannya dalam keluarga, sehingga terbangun kesadaran dalam keluarga bahwa kesehatan reproduksi perempuan menjadi urusan keluarga, bukan hanya urusan perempuan dan harus menjadi prioritas.
5. Perlu penambahan alokasi anggaran kesehatan terutama bagi kesehatan reproduksi perempuan bila hendak menurunkan AKI sebagaimana menjadi mandat UUKesehatan No 36/2009.

1. Daftar Narasumber

| No | Nama | Institusi |
|----|---------------------------------------|---|
| 1 | Dra Pantjaningsih Sri Rejeki | Kepala kantor P3A Kabupaten Malang |
| 2 | Dra Hikmah Bafaqih | Sekretaris P2TP2A |
| 3 | Dr Anita | Kasie Kesehatan Keluarga – Dinas Kesehatan Kabupaten Malang |
| 5 | Ibu x | Unit Layanan KB Puskesmas Kec. Dampit |
| 6 | Ibu y | Unit Layanan KIA Puskesmas Kec. Dampit |
| 7 | Ibu Suyati | Kabid Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Kec. Sumberpucung |
| 8 | Ibu Supin | Dukun desa Jatiguwi kec. Sumberpucung |
| 9 | Ibu Sulastri & Ibu Sainen | Dukun desa Srimulyo kec. Dampit |
| 10 | Esa Rosulillah Amd Keb & Anis Amd Keb | Bidan desa Srimulyo Kec. Dampit |
| 11 | Nur Khusniati Amd Keb | Bidan desa Jatiguwi Kec. Sumberpucung |
| 12 | Sugianto | Perawat, Konselor VCT Puskesmas Sumberpucung |

Peserta FGD

| No | Nama | |
|----|------------------------------|------------------------|
| | Desa Jatiguwi - Sumberpucung | Desa Srimulyo - Dampit |
| 1 | Mundi | Lastri |
| 2 | Dewi Susanti | Mara Ulfa |
| 3 | Ponida | Andayani |
| 4 | Khusnul K | Usrotul |
| 5 | Khusnul Khotimah | Mistinah |
| 6 | Sulistiani | Dewi Sri |
| 7 | Syarofah | Umi Nafiah |
| 8 | Juwartini | Mujiati |
| 9 | Srimulyati | Mudrika |
| 10 | Endah | Sugiani |
| 11 | Anita Y | Puji Wahyu |
| 12 | Sriani | Sainten |
| 13 | Nurul | Poniyem |
| 14 | Siti Fitria | Ninik |
| 15 | Yayuk | Sutarsih |
| 16 | Sulikah | Ervita I |
| 17 | Djamilatun A | Sisulowati |
| 18 | Risa | Sumiati |
| 19 | Wulan | Lilik |
| 20 | Astutik | Sumariati |
| 21 | Poniti | Sugiati |
| 22 | Yanti | Khusnul Kotimah |
| 23 | Wiji | Sriminingsih |
| 24 | Menik Suryati | Misnawati |
| 25 | Winarsih | Sutimah |

2. Daftar Dokumen

1. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), *Summary report: Millenium Development Goals*, Indonesia, 2007.
2. Bada Pusat Stastitik Kabupaten Malang, 2011, *Malang dalam Angka 2010*, Malang
3. *Laporan Gerakan Sayang Ibu*, 2011, kecamatan Tajinan, Kabupaten Malang
4. Noerdin, Edriana (ed.), 2011, *Mencari Ujung Tombak Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia*, Women Research Institute, Jakarta
5. Mundayat, AA (dk), 2010, *Target MDGs – Menurunkan Angka Kematian Ibu tahun 2015, Sulit Dicapai*, Women Research Institute, Jakarta
6. Priyahita, Widya dkk, Menguapayakan Persalinan Aman bagi Warga: Belajar GSI dari gampong Tibang Kota anda Aceh dalam www.igi.fisipol.ugm.ac.id/index2.php?option=com
7. <http://www.menegpp.go.id>
8. <http://www.tribunnews.com/2012/05/15/lima-tahun-angka-kematian-ibu-melahirkan-tak-berubah>
9. Pemerintah Kabupaten Malang, *PERDA No. 13/2009* tentang KIBBLA, Kabupaten Malang
10. Peraturan Daerah Kabupaten Malang, No. 6 Tahun 2008, Tanggal: 14 April 2008, Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Daerah Kabupaten Malang Periode Tahun 2005 – 2025
11. Peraturan Bupati Malang No. 15 TAHUN 2011, Tentang Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) Tahun 2012

12. Peraturan Daerah Kabupaten Malang No. 1 Tahun 2012 Tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2012
13. Peraturan Bupati Malang No. 1 Tahun 2012 Tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2012
14. Peraturan Daerah Kabupaten Malang No. 2 Tahun 2011 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) KABUPATEN Malang Tahun 2010-2015
15. Profil Kesehatan Kabupaten Malang Tahun 2010
16. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota
17. PERDA No.16 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Kesehatan di PUSKESMAS, Kabupaten Malang
18. Undang-Undang Kesehatan No. 13/2009
19. Keputusan Bupati Malang No. 180/466/KEP/421.013/2008 mengenai Kelompok Kerja Tetap (POKJATAP) Gerakan Sayang Ibu
20. Irawati, Diah, 2009, *Kematian Ibu dan Anak dan Beberapa Persoalan Mendasar Kesehatan dan Hak Reproduksi*, Artikel dalam <http://www.komnasperempuan.or.id/2009/08/kematian-ibu-dan-anak-dan-beberapa-persoalan-mendasar-kesehatan-dan-hak-reproduksi/>
21. <http://www.mediaindonesia.com/read/2011/10/29/272203/289/101/Sebagian-Warga-Kabupaten-Malang-tidak-Tahu-Jampersal>
22. <http://rri.co.id/index.php/detailberita/detail/1776#.UAZB0fLWDQI>
23. http://www.pkb-jatim.com/index.php?page=berita_detail&id_berita=2455&kategori=7
24. <http://health.kompas.com/read/2010/11/18/08313126/Kematian.Ibu.Meningkat>

25. Study Anggaran Daerah, 2010, Kinerja Pengelolaan Anggaran di 5 Kota/Kabupaten di Jawa Timur, Pattiro Malang dan Fitra Jawa Timur

3. Daftar Pertanyaan Wawancara, FGD

1. Pertanyaan FGD – Responden

- a. Alasan ber-KB
- b. Keluhan ber-KB, tindakan ketika kembali ke pemasang
- c. Saran yang diberikan oleh dukun
- d. Jenis obat yang diberikan untuk kasus kehamilan
- e. Peran yang dimainkan dukun/diharapkan dari dukun
- f. Harapan layanan kesehatan ibu
- g. Layanan Jampersal
- h. Apa GSI
- i. Apa KIBBLA

2. Pertanyaan FGD – Dukun

- a. Konsultasi yang diberikan kepada kasus kehamilan
- b. Kasus yang ditangani
- c. Pernah dilatih/tidak
- d. Isi pelatihan
- e. Peran yang boleh dan tidak boleh dilakukan?
- f. Siapa yang melarang? Mengapa?
- g. Peran yang masih dilakukan
- h. Harapan peran dukun di masa mendatang

3. Wawancara Dinkes, Kantor KB, KP3A, Puskesmas

- a. Apa program prioritas untuk kesehatan perempuan? Mengapa?
- b. Berapa alokasi anggaran untuk program tersebut? Bagaimana mekanisme anggaran ditetapkan khusus untuk isu kesehatan perempuan ini?
- c. Bagaimana mekanisme pelaksanaan program ini? Siapa saja pelaksana di lapangan yang dilibatkan?
- d. Apa capaian pelaksanaan program tersebut? Apa hikmah pembelajaran dari program ini? Apa ukuran keberhasilannya?
- e. Bagaimana tindak-lanjut program ini di masa mendatang terutama untuk menjangkau desa terpencil lainnya?
- f. Sejauh mana capaian program kesehatan ibu sebagaimana tertuang dalam perda KIBBLA (Ibu hamil, ibu nifas, KB, Menyusui dini, ASI eksklusif dll)?
- g. Sejauh mana capaian program kesehatan ibu sebagaimana tertuang dalam indikator GSI (data terpilah berdasarkan gender, ambulans desa, pendataan ibu hamil, pendataan gol darah, mekanisme rujukan, pondok sayang ibu, dll)?
- h. Apakah ada program dalam rangka upaya preventif terhadap isu kesehatan ibu secara holistic (lewat unit pendidikan)?

4. *Wawancara tenaga medis – paramedic*

- a. Apa kasus yang berhubungan dengan kesehatan ibu?
- b. Bagaimana mekanisme penanganan kasus kesehatan ibu?
- c. Bagaimana menjalankan SOP? Kendala (teknis, non teknis? System rujukan?
- d. Apa pandangan anda mengenai pemahaman ibu atas kesehatan mereka?
- e. Bagaimana seharusnya ibu menjaga kesehatan? Adakah pedoman? (misalnya: Deteksi dini bila ada kelainan)
- f. Capaian SPM Kesehatan
- g. Crosscek BOK

5. *Wawancara Dukun*

- a. Apa saja peran yang anda lakukan selama ini, terutama yang terkait dengan kesehatan perempuan.
- b. Sebagai dukun terlatih, bagaimana anda menjalin kerjasama dengan bidan setempat?
- c. Apakah Puskesmas menjalankan pembinaan terhadap profesi anda?
- d. Apa manfaat yang anda dapat dari pembinaan yang Puskesmas lakukan selama ini?
- e. Apakah banyak ibu2 dari desa ini yang menggunakan jasa anda terutama selama masa kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan?
- f. Kebanyakan ibu2 disini menggunkana jasa anda untuk hal apa?
- g. Apakah anda pernah menangani persalinan?
- h. Apabila anda tidak dapat mengatasi persalinan tersebut, apa yang anda lakukan?
- i. Apa harapan anda terkait dengan profesi yang anda lakukan selama ini.

Instrumen Survey

INSTRUMEN SURVEY LAYANAN KESEHATAN IBU

DATA RESPONDEN:

| | | |
|--------------------|---|--|
| Nama | : | |
| Alamat | : | |
| Usia | : | |
| Jumlah anak | : | |
| Tingkat Pendidikan | : | |
| Usia Kehamilan | : | |
| Tanggal survey | : | |

A. INFORMASI LAYANAN KB

1. Apakah anda sedang ber KB?

| | | | |
|---|----|---|--------------------------|
| a | Ya | b | Tidak, alasan : |
| | | | |

2. Sebagai peserta KB sejak?

- | | | | |
|----------------------------|--------------|----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> a | >5 tahun | <input type="checkbox"/> c | 1-3 tahun |
| <input type="checkbox"/> b | <3 - 5 tahun | <input type="checkbox"/> d | < 12 bulan terakhir |

3. Apakah anda pernah ber KB?

- | | | | |
|----------------------------|----|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> a | Ya | <input type="checkbox"/> b | Tidak, alasan : |
| | | | |

4. Kapan anda terakhir ber KB?

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------|----------------------------|-----------|----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> a | < satu tahun | <input type="checkbox"/> b | 1-3 tahun | <input type="checkbox"/> c | >3 tahun |
|----------------------------|--------------|----------------------------|-----------|----------------------------|----------|

5. Siapa yang memutuskan berhenti ber KB?

- | | | | |
|----------------------------|--------------|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> a | Diri sendiri | <input type="checkbox"/> c | Suami-istri |
| <input type="checkbox"/> b | Suami | <input type="checkbox"/> d | Lainnya, |

6. Apa alasan berhenti ber KB.....

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a | Ingin Punya anak | <input type="checkbox"/> d | Berencana ganti alat kontrasepsi (alasanya.....) |
| <input type="checkbox"/> b | Alat kontrasepsi bermasalah | <input type="checkbox"/> e | Lainnya, |
| <input type="checkbox"/> c | Dilarang suami | | |

7. Jika anda sedang ber KB/ dulu pernah ber KB, dimana anda mendapat informasi KB?

- | | | | |
|----------------------------|-----------|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> a | Koran | <input type="checkbox"/> d | Dokter |
| <input type="checkbox"/> b | Puskesmas | <input type="checkbox"/> e | Dukun |
| <input type="checkbox"/> c | Bidan | <input type="checkbox"/> f | Lainnya, |
| | | | |

8. Jenis kontrasepsi apa yang anda gunakan?

- | | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a | Pil | <input type="checkbox"/> e | vasektomi |
| <input type="checkbox"/> b | Spiral | <input type="checkbox"/> f | tubektomi |
| <input type="checkbox"/> c | Suntik | <input type="checkbox"/> g | Alamiah: (kalender, kondom, dll) |
| <input type="checkbox"/> d | Susuk | <input type="checkbox"/> h | |

9. Alasan pilihan jenis kontrasepsi tersebut : (jawaban bisa lebih dari satu)

- | | | | |
|----------------------------|-------|----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> a | Murah | <input type="checkbox"/> e | Risiko kehamilan rendah |
|----------------------------|-------|----------------------------|-------------------------|

- | | | | |
|---|------------------------|---|-------------------|
| b | Gratis | f | Lainnya: |
| c | Tidak ada efek samping | | |

10. Siapa yang memutuskan pilihan jenis kontrasepsi yang anda gunakan?

- | | | | |
|---|--------------|---|-------------------|
| a | Diri sendiri | c | Suami-istri |
| b | Suami | d | Lainnya, |

11. Di mana anda memasang alat kontrasepsi?

- | | | | |
|---|-------------|---|-------------------------------|
| a | Puskesmas | e | Dokter swasta |
| b | Bidan Desa | f | Dukun Terlatih/tidak terlatih |
| c | Polindes | g | Lainnya, |
| d | Rumah Sakit | | |

12. Alasan anda memilih jasa pemasangan alat kontrasepsi di pilihan no. 10.

- | | | | |
|---|---------------|---|--------------------|
| a | Dekat | d | Ada konsultasinya |
| b | Murah | e | Masukan orang lain |
| c | Layanan ramah | f | Lainnya: |

13. Apakah anda pernah mengalami/merasakan keluhan selama ber-KB?

- | | | | |
|---|----|---|-------|
| a | Ya | b | Tidak |
|---|----|---|-------|

14. Apa keluhan ber-KB yang pernah dialami/dirasakan:

- | | | | |
|---|---------------------------|---|--------------------------------|
| a | Pendarahan | d | Kurang nafsu makan |
| b | Pindah posisi dalam tubuh | e | Penambahan berat badan |
| c | Sakit kepala/pening | f | Menstruasi tidak teratur/sakit |
| | | g | Lainnya..... |

15. Penanganan bila terjadi keluhan selama ber-KB (bisa lebih dari 1 jawaban)

- | | | | |
|---|------------------------|---|----------------|
| a | Konsultasi ke pemasang | d | Dibiarkan saja |
| b | Meminum obat umum | e | Lainnya: |
| c | Penghentian sementara | | |

16. Tempat Layanan KB yang diakses

| | | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|-----|
| a | Puskesmas | | | | | |
| a.1 | Waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal | |
| a.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi | |
| a.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal | Rp: |
| a.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan | |

| | | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|----|
| b | Bidan Desa | | | | | |
| b.1 | Waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal | |
| b.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi | |
| b.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal | Rp |
| b.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan | |

| | | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|----|
| c | Polindes | | | | | |
| c.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal | |
| c.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi | |
| c.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal | Rp |
| c.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan | |

| | | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|----|
| d | Rumah Sakit | | | | | |
| d.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal | |
| d.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi | |
| d.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal | Rp |
| d.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan | |

| | | | | | | |
|-----|--------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|--|
| e | Dokter | | | | | |
| e.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal | |

| | | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|----|
| e.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi | |
| e.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal | Rp |
| e.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan | |

| | | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|----|
| f | Dukun Terlatih | | | | | |
| f.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal | |
| f.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi | |
| f.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal | Rp |
| f.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan | |

B. Layanan Kesehatan Reproduksi

17. Informasi kesehatan reproduksi yang pernah diterima (pilihan boleh lebih dari satu)

| | | | |
|---|----------------------|---|----------------------------|
| a | KB | f | Kesehatan rahim/ kesuburan |
| b | Kanker serviks | g | HIV/AIDS |
| c | Pemeriksaan papsmear | h | Kehamilan |
| d | Persalinan | i | Menyusui dini |
| e | ASI eksklusif | j | Lainnya, |

18. Apakah informasi mengenai KesPro tersebut penting?

| | | | | | |
|---|--------|---|-------|---|-------|
| a | Sangat | b | Cukup | C | Tidak |
|---|--------|---|-------|---|-------|

19. Informasi kesehatan reproduksi diatas diperoleh dari

| | | | |
|---|---------------|---|-------------------|
| a | Dokter swasta | f | Puskesmas |
| b | Bidan desa | g | Pustu |
| c | Polindes | h | RS |
| d | Dukun | i | lainnya, |
| e | Puskesmas | | |

20. Apakah informasi KesPro tersebut bermanfaat?

| | | | | | |
|---|--------|---|-------|---|-------|
| a | Sangat | b | Cukup | C | Tidak |
|---|--------|---|-------|---|-------|

21. Tempat Layanan Kesehatan Reproduksi yang diakses

| | | | | | | |
|-----|----------------|--|------------------|--|----------------|----------------------|
| a | Puskesmas | | | | | |
| a.1 | Waktu | | Setiap Saat | | Terjadwal | |
| a.2 | Kualitas | | Ada Konsultasi | | Ada rujukan | Tidak Ada Konsultasi |
| a.3 | Biaya | | Terjangkau Rp... | | Mahal Rp..... | Gratis |
| a.4 | keterjangkauan | | Di Kecamatan | | Kecamatan lain | |

| | | | | | | |
|-----|----------------|--|------------------|--|---------------|----------------------|
| b | Bidan Desa | | | | | |
| b.1 | Waktu | | Setiap Saat | | Terjadwal | |
| b.2 | Kualitas | | Ada Konsultasi | | Ada rujukan | Tidak Ada Konsultasi |
| b.3 | Biaya | | Terjangkau Rp... | | Mahal Rp..... | Gratis |
| b.4 | keterjangkauan | | Di Desa | | Di desa lain | |

| | | | | | | |
|-----|----------------|--|------------------|--|---------------|----------------------|
| c | Polindes | | | | | |
| c.1 | waktu | | Setiap Saat | | Terjadwal | |
| c.2 | Kualitas | | Ada Konsultasi | | Ada rujukan | Tidak Ada Konsultasi |
| c.3 | Biaya | | Terjangkau Rp... | | Mahal Rp..... | Gratis |
| c.4 | keterjangkauan | | Di Desa | | Desa lain | |

| | | | | | | |
|-----|------------------------------|--|------------------|--|---------------|----------------------|
| d | Rumah Sakit (RSUD)/RS Swasta | | | | | |
| d.1 | waktu | | Setiap Saat | | Terjadwal | |
| d.2 | Kualitas | | Ada Konsultasi | | Ada rujukan | Tidak Ada Konsultasi |
| d.3 | Biaya | | Terjangkau Rp... | | Mahal Rp..... | Gratis |
| d.4 | keterjangkauan | | Kecamatan | | Kabupaten | |

| | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------|
| e | Dokter | | | | |
| e.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |
| e.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi |
| e.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau Rp... | <input type="checkbox"/> | Mahal Rp..... Gratis |
| e.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Desa lain Di Kecamatan |

| | | | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--|
| f | Dukun Terlatih/Tidak terlatih | | | | |
| f.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |
| f.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Ada rujukan Tidak Ada Konsultasi |
| f.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau Rp... | <input type="checkbox"/> | Mahal Rp..... Gratis |
| f.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di desa lain |

C. Layanan Pemeriksaan Kehamilan

22. Di mana anda memeriksakan kehamilan?

| | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|
| a | Puskesmas | | | | |
| a.1 | Waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |
| a.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi |
| a.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal |
| a.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan |

| | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|
| b | Bidan Desa | | | | |
| b.1 | Waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |
| b.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi |
| b.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal |
| b.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan |

| | | | | | |
|-----|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|
| c | Polindes | | | | |
| c.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |

| | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|
| c.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi |
| c.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal |
| c.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan |

| | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|
| d | Rumah Sakit | | | | |
| d.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |
| d.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi |
| d.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal |
| d.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan |

| | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|
| e | Dokter | | | | |
| e.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |
| e.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi |
| e.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal |
| e.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan |

| | | | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|
| f | Dukun Terlatih/tidak terlatih | | | | |
| f.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |
| f.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi |
| f.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal |
| f.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan |

| | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|
| g | PUSTU | | | | |
| g.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal |
| g.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Tidak Ada Konsultasi |
| g.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau | <input type="checkbox"/> | Mahal |
| g.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Kecamatan |

23. Jumlah pemeriksaan selama kehamilan

- a 1 (satu) kali
 c 3 (tiga) kali
 e > 4 (empat) kali

b 2 (dua) kali d 4 (empat) kali f

24. Apakah pernah mengalami keluhan selama kehamilan?

a pernah b Tidak pernah

25. Jenis gangguan/ keluhan selama kehamilan yang pernah dialami.

| | | | |
|---|------------|---|--------------------|
| a | Pendarahan | d | kontraksi |
| b | Sungsang | e | Kurang berat janin |
| c | Anemia | f | Lainnya: |

26. Bila ada keluhan, anda pergi kemana?

| | | | |
|---|-------------|---|-------------------------------|
| a | Puskesmas | e | Dokter swasta |
| b | Bidan Desa | f | Dukun Terlatih/tidak terlatih |
| c | Polindes | g | Lainnya, |
| d | Rumah Sakit | | |

27. Bagaimana penanganan jika terjadi keluhan kehamilan.....

| | |
|---|------------------------------------|
| a | Puskesmas..... |
| | |
| b | Bidan Desa..... |
| | |
| c | Polindes..... |
| | |
| d | Rumah Sakit..... |
| | |
| e | Dokter swasta..... |
| f | Dukun Terlatih/tidak terlatih..... |
| g | Lainnya, |

28. Bagaimana pendapat anda mengenai penanganan tersebut.

| | | | |
|---|-----------------|---|----------------------------------|
| a | Memuaskan | c | Kurang memuaskan |
| b | Cukup memuaskan | d | Tidak memuaskan, alasannya:..... |

29. Layanan tempat Melahirkan

| | | | | | |
|-----|----------------|--|------------------|--|-------------------------|
| a | Puskesmas | | | | |
| a.1 | Waktu | | Setiap Saat | | Terjadwal |
| a.2 | Kualitas | | Ada Konsultasi | | Tidak Ada Konsultasi |
| a.3 | Biaya | | Terjangkau Rp... | | Mahal Rp..... Gratis |
| a.4 | keterjangkauan | | Di Kecamatan | | Kecamatan lain |

| | | | | | |
|-----|----------------|--|------------------|--|-------------------------|
| b | Bidan Desa | | | | |
| b.1 | Waktu | | Setiap Saat | | Terjadwal |
| b.2 | Kualitas | | Ada Konsultasi | | Tidak Ada Konsultasi |
| b.3 | Biaya | | Terjangkau Rp... | | Mahal Rp..... Gratis |
| b.4 | keterjangkauan | | Di Desa | | Di desa lain |

| | | | | | |
|-----|----------------|--|------------------|--|-------------------------|
| c | Polindes | | | | |
| c.1 | waktu | | Setiap Saat | | Terjadwal |
| c.2 | Kualitas | | Ada Konsultasi | | Tidak Ada Konsultasi |
| c.3 | Biaya | | Terjangkau Rp... | | Mahal Rp..... Gratis |
| c.4 | keterjangkauan | | Di Desa | | Desa lain |

| | | | | | |
|-----|------------------------------|--|------------------|--|-------------------------|
| d | Rumah Sakit (RSUD)/RS Swasta | | | | |
| d.1 | waktu | | Setiap Saat | | Terjadwal |
| d.2 | Kualitas | | Ada Konsultasi | | Tidak Ada Konsultasi |
| d.3 | Biaya | | Terjangkau Rp... | | Mahal Rp..... Gratis |
| d.4 | keterjangkauan | | Kecamatan | | Kabupaten |

| | | | | | |
|---|--------|--|--|--|--|
| e | Dokter | | | | |
|---|--------|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| e.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal | <input type="checkbox"/> |
| e.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Ada rujukan | <input type="checkbox"/> |
| e.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau Rp... | <input type="checkbox"/> | Mahal Rp..... | <input type="checkbox"/> |
| e.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di Desa lain | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| f | Dukun Terlatih/Tidak terlatih | | | | | |
| f.1 | waktu | <input type="checkbox"/> | Setiap Saat | <input type="checkbox"/> | Terjadwal | <input type="checkbox"/> |
| f.2 | Kualitas | <input type="checkbox"/> | Ada Konsultasi | <input type="checkbox"/> | Ada rujukan | <input type="checkbox"/> |
| f.3 | Biaya | <input type="checkbox"/> | Terjangkau Rp... | <input type="checkbox"/> | Mahal Rp..... | <input type="checkbox"/> |
| f.4 | keterjangkauan | <input type="checkbox"/> | Di Desa | <input type="checkbox"/> | Di desa lain | <input type="checkbox"/> |

30. Program Kesehatan Ibu yang Diketahui

1. Gerakan Sayang Ibu (GSI)

a Ya b Tidak

2. Jaminan Persalinan (Jampersal)

a Ya b Tidak

3. KIBBLA (Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir & Anak)

a Ya b Tidak

31. Program Kesehatan Ibu yang Diakses

1. Gerakan Sayang Ibu (GSI)

a Ya b Tidak

2. Jaminan Persalinan (Jampersal)

a Ya b Tidak

3. KIBBLA (Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir & Anak)

a Ya b Tidak

32. Apakah anda merasakan manfaat dari program tersebut.

- | | |
|---|-----------------------|
| a | Tidak, alasannya..... |
| b | Ya, alasannya; |

DESAIN PENELITIAN UNTUK ADVOKASI

MENGUKUR KOMITMEN PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
DALAM PELAYANAN KESEHATAN PEREMPUAN
(Mencapai MDGs dan 5)

Judul Penelitian:

Persepsi Perempuan Mengenai Kinerja Layanan KB, masa kehamilan, proses dan paska melahirkan oleh unit layanan kesehatan di wilayahnya serta preferensi nya

1.1. Latar belakang

Ibu yang sehat akan melahirkan anak-anak yang sehat dan pada gilirannya menciptakan generasi yang sehat dan tangguh pula. Itulah sebabnya meningkatkan derajat kesehatan perempuan terutama ibu menjadi hal yang vital. Namun mencapai derajat kesehatan ibu yang baik merupakan upaya panjang dan komitmen yang kuat dari semua lini pembangunan terutama pemerintah. Untuk itulah peningkatan derajat kesehatan perempuan menjadi satu tujuan yang harus dicapai dalam Pencapaian Pembangunan Milenium (Millenium Development Goals/MDGs).

Pencapaian Pembangunan Millenium (MGD) telah menjadi agenda global dan komitmen semua pemerintahan di dunia termasuk Indonesia. Dalam Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010 disebutkan bahwa secara global pencapaian tujuan 5 – yakni peningkatan kesehatan – terendah diantara tujuan-tujuan lainnya yang telah ditetapkan.

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Dalam laporan yang sama juga disebutkan bahwa di Indonesia, angka kematian ibu melahirkan (MMR/*Maternal Mortality Rate*) menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Target pencapaian MDG pada tahun 2015 adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup,

sehingga diperlukan kerja keras untuk mencapai target tersebut. Walaupun pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih cukup tinggi, beberapa faktor seperti risiko tinggi pada saat kehamilan dan aborsi perlu mendapat perhatian. Upaya menurunkan angka kematian ibu didukung pula dengan meningkatkan angka pemakaian kontrasepsi dan menurunkan *unmet need* yang dilakukan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Ke depan, upaya peningkatan kesehatan ibu diprioritaskan pada perluasan pelayanan kesehatan berkualitas, pelayanan obstetrik yang komprehensif, peningkatan pelayanan keluarga berencana dan penyebarluasan komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat.

Meskipun secara agregat AKI telah mengalami penurunan di Indonesia, namun kondisinya berbeda pada mereka yang berada di pedesaan dan perkotaan. Di pedesaan, sebagaimana disebutkan dalam Laporanbahwa pedesaan masih relative tinggi disbanding di perkotaan.

Salah satu sebab yang bisa dilihat adalah hubungannya dengan tingkat kemiskinan. Pedesaan Indonesia masih merupakan kantong-kantong kemiskinan yang berimplikasi pada derajat kesehatan ibu baik secara langsung maupun tidak. Kemiskinan yang dimasukkan dalam konteks ini tidak hanya pada level keluarga (ibu) namun juga kemiskinan pedesaan dalam artian infrastruktur dan kualitas layanan kesehatan bagi ibu. Sara kesehatan bagi ibu di pedesaan seringkali tidak selengkap yang tersedia di kota. Lambatnya layanan dan pertolongan inilah yang bisa berkontribusi pada AKI yang tinggi.

Mengurangi disparitas desa dan kota dalam pembangunan terutama mengenai layanan dasar kesehatan ibu, harus menjadi komitmen politik pemerintah. Di daerah atau level kabupaten misalnya, penyediaan infrastruktur kesehatan yang berkualitas bagi perempuan harus menjadi program strategis pemerintah daerah, sebagai bagian penciptaan sumberdaya manusia yang berkualitas.

Kabupaten Malang meletakkan pembangunan sumberdaya manusia yang produktif dan memiliki daya saing sebagai salah satu visi pemerintah daerahnya. Dalam RPJMD kabupaten tahun 2010 - 2015 disebutkan bahwa dalam pencapaian agenda pembangunan daerah maka salah prioritas yang disusun adalah adanya *Pelayanan kesehatan yang terjangkau; terutama penyediaan pelayanan bagi masyarakat miskin dan dusun-dusun terpencil.*

Selain itu ada serangkain komitmen pemerintah daerah yang secara spesifik ditujukan bagi pencapaian MDGs, termasuk perbaikan derajat kesehatan perempuan dengan penurunan AKI dan layanan kesehatan reproduksi lainnya, terutama KB.

1.2. Identifikasi permasalahan

Kesehatan ibu merupakan indikator derajat kesehatan masyarakat dan bangsa. Itulah sebabnya peningkatan derajat kesehatan ibu harus menjadi garda depan program peningkatan sumberdaya manusia, termasuk di kabupaten Malang.

Ada beberapa indikator mengenai derajat kesehatan ibu. Pertama adalah angka kematian ibu (AKI) Angka kematian ibu melahirkan di kabupaten Malang, masih cukup tinggi yakni rata-rata mencapai 24 hingga 30 kasus setiap tahun. Laporan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Malang pada Roll News (Mei 2009) menyebutkan tingginya angka kematian ibu saat melahirkan tersebut disebabkan oleh banyak faktor diantaranya pendarahan, asupan gizi ketika mengandung hingga melahirkan serta minimnyatenaga kesehatan yang ada di desa. Berdasarkan data dari Dinkes Kabupaten Malang, angka kematian ibu melahirkan pada 2006 mencapai 30 kasus, pada 2007 sebanyak 25 kasus, 2008 sebanyak 24 kasus dan 2009 (Januari hingga Mei) sebanyak 7 kasus.

AKI erat kaitannya dengan pelaksanaan KB dan penanganan masa kehamilan dan paska melahirkan. Tingginya AKI bisa mengindikasikan layanan kesehatan yang dibutuhkan sebelum memadai. Misalnya keterjangkaun unit layanan di daerah terpencil dan aksesibilitasnya bagi kalangan miskin. Penanganan yang lambat akan berkontribusi potensi kematian ibu saat kehamilan dan melahirkan.

Selain itu, minimnya pengetahuan para ibu mengenai pentingnya pemeriksaan dan penanganan kehamilan yang baik, bisa pula mengindikasikan rendahnya layanan penyuluhan dan paket informasi lainnya yang dibutuhkan sehingga memungkinkan mereka melakukan upaya dini penanganan bila ada keluhan. Persoalan pemilihan alat kontrasepsi KB, misalnya, seringkali tidak dibarengi dengan informasi menyeluruh mengenai manfaatnya, dampaknya bagi tubuh akseptor, dan penanganan bila terjadi gejala dampak, dan lain-lainnya. Pilihan pada penggunaan KB alamiah oleh perempuan bisa disebabkan tingkat ketakutan yang tinggi pada kontrasepsi atau system KB modern yang tidak dimengerti secara menyeluruh.

Pilihan akan praktik KB juga dipanguhi oleh budaya dan relasi gender di keluarga. Seringkali pilihan kontrasepsi oleh perempuan adalah pilihan mudah oleh suami karena perempuan lemah dalam pengambilan keputusan di keluarga.

1.3. Fokus penelitian

- a. Pernyataan kebijakan pemerintah daerah sebagai komitmen mengenai layanan kesehatan ibu guna pengurangan kematian ibu, terutama mengenai layanan KB, pemeriksaan masa kehamilan, layanan proses dan paska melahirkan. Komitmen pemerintah daerah ini diindikasikan dengan adanya visi, program prioritas, program pendukung dan ketersediaan unit layanan (infrastruktur) serta ketersediaan anggaran yang memadai.
- b. Kinerja unit layanan kesehatan sesuai dengan indikator layanan public yang baik, termasuk kualitas layanan, keterjangkaun bagi pengguna layanan dan ketersediaan serta bentuk implementasi SOP dari unit layanan tersebut.
- c. Persepsi sasaran layanan mengenai kinerja dari unit layanan pemerintah dan non pemerintah sesuai dengan preferensi mereka

1.4. Tujuan penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

- a. Memetakan komitmen pemerintah dalam layanan kesehatan ibu, sebagai kontribusi pada percepatan pencapaian MDGs.
- b. Memotret kinerja unit layanan kesehatan ibu yang diselenggarakan oleh pemerintah dan non pemerintah
- c. Mengidentifikasi preferensi layanan kesehatan ibu sesuai kebutuhan dan kondisi mereka

1.5. Metode Pengumpulan Data dan Responden

Penelitian ini menggunakan penggabungan metode kualitatif dan kuantitatif. Data dan informasi dilakukan dengan metode:

- a. kajian dokumen (desk review), terutama untuk mengkaji mengenai: PERDA KIBBLA, Visi Pemkab yang terutang dalam RPJMD/P, prioritas pembangunan kesehatan yang tertuang dalam RENSTRA SKPD Dinas kesehatan, program kesehatan Ibu yang diarahkan untuk mendukung MDGs yakni Gerakan Sayang dan JAMPERSAL,
- b. Wawancara mendalam (in-depth interview) kepada: Kepala Dinas Kesehatan, Puskesmas, Polindes, Bidan Desa, Dukun, KP3A, P2TP2A. Interview ini selain untuk mendapat informasi mendalam dari dokumen yang dikaji, termasuk kinerja layanan kesehatan pada unit layanan dan pelaksana program kesehatan ibu lainnya di kabupaten. Interview mendalam juga dilakukan kepada beberapa ibu yang menjadi sasaran program kesehatan ibu, yang dimaksudkan untuk

memotret secara mendalam kasus-kasus yang dialami beberapa ibu dalam mengakses layanan KB, masa kehamilan, proses dan paska melahirkan.

- c. Survey: akan dilakukan dengan mengembangkan instrument dengan mengukur beberapa indicator dari kinerja layanan kesehatan ibu, serta preferensi layanan KB, masa kehamilan, proses dan paska melahirkan. Survey akan dilakukan kepada kelompok ibu hamil, ibu akseptor, ibu usia produktif.
- d. FGD akan dilakukan pada kelompok ibu di desa penelitian yang menjadi target program layanan kesehatan ibu. Hal ini dilakukan untuk melakukan kros cek pada hasil jawaban penelitian dengan menggunakan survey

Responden adalah individu penanggungjawab penyelenggaraan layanan kesehatan ibu baik dari unit layanan yang diselenggarakan pemerintah maupun swasta atau berbasis masyarakat, serta kelompok ibu usia produktif (15 -49 th) yang berada di desa lokasi penelitian, terutama

1.6. Lokasi Penelitian:

Penelitian akan difokuskan pada dua desa di dua kecamatan; yakni desa Srimulyo kecamatan Dampit dan desa Jatiguwi kecamatan Sumberpucung kabupaten Malang. Kedua desa penelitian ini merupakan desa dengan kategori miskin menurut dokumen resmi kabupaten Malang.

1.7. Fokus informasi yang akan digali pada instrumen untuk seurvey:

- a. Layanan Yang Pernah Digunakan
- b. Layanan Yang Dituju, Alasan
- c. Pilihan KB, Alasan
- d. Jumlah Kunjungan
- e. Kasus/Keluhan
- f. Sistem Rujukan
- g. Kelengkapan Informasi

1.8. Schedule Tentative

| No | Kegiatan | April | | Mei | | | | Juni | | | |
|----|-------------------------------------|-------|----|-----|----|----|----|------|----|----|----|
| | | M3 | M4 | M1 | M2 | M3 | M4 | M1 | M2 | M3 | M4 |
| 1 | Penyiapan desain | | | | | | | | | | |
| 2 | Pengembangan instrumen | | | | | | | | | | |
| 3 | Pelatihan internal | | | | | | | | | | |
| 4 | konsultasi dengan INFID | | | | | | | | | | |
| 5 | uji coba instrumen | | | | | | | | | | |
| 6 | kajian dokumen | | | | | | | | | | |
| 7 | indepth interview di kab | | | | | | | | | | |
| 8 | survey di desa | | | | | | | | | | |
| 9 | FGD dan indepth di desa | | | | | | | | | | |
| 10 | entry data | | | | | | | | | | |
| 11 | penulisan draft laporan | | | | | | | | | | |
| 12 | penyelesaian dan pengiriman laporan | | | | | | | | | | |