

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU

Tema 4: Meningkatkan Status Kesehatan dan Gizi Perempuan



Dyan Widyaningsih

Elza Elmira

Dinar Dwi Prasetyo

LAPORAN PENELITIAN SMERU

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU
Tema 4: Meningkatkan Status Kesehatan dan
Gizi Perempuan

Dyan Widyaningsih

Elza Elmira

Dinar Dwi Prasetyo

Editor

Wiwin Purbaningrum

The SMERU Research Institute
Mei 2019

TIM PENELITIAN

Peneliti SMERU

Ahmad Zuhdi Dwi Kusuma

Ana Rosidha Tamyis

Dinar Dwi Prasetyo

Dyan Widyaningsih

Elza Elmira

Fatin Nuha Astini

Mayang Rizky

Niken Kusumawardhani

Nurmala Selly Saputri

Ridho Al Izzati

Stella Aleida Hugatalung

Veto Tyas Indrio

Peneliti Daerah:

Farida Hanim, Nur Fitri Yani Saputri, Steve Christiantara, M. Ridlo Susanto, Ratna Yunita, Rianigustin Mozar, Anas Sutisna, Lina Rozana, Mochamad Faizin, Andi Kasirang T. Baso, Andi Tenri Darhyati, Ari Ratna Kurniastuti, Abri Demang, Herry Widjanarko, Yakomina W. Nguru

Peneliti Lapangan

Elsa Melonika P. S., Firman Frans Silalahi, Lasma Delima Silitonga, Natasia Simangunsong, Nurhayani Lubis, Romi Comando Girsang, Romi Oktolius Ginting, Suci Andarini, Tengku Mossadeq Alqorny, Windo Harjoin Sidabuntar, Atin Supriyatin, Dhika Pratama A., Dwi Agustina, Fathurohim, Lia Restiawati H., Refa Nurasyifa R., Rizki Amalia H., Ani Kurniasih, Uli Nurjanah, Wahyu Romiyanto, Astarina Fiona Hayani, Milsa Nurhayati, Muhammad Taufiq, Purwa Indra Santoso, Rahmat Saiful, Rini Mulliyani, Shinta Damayanti Pratiwi, Siti Arbi'ah, Wahyu Hidayat, Annisa, Charis Suhud, Diesna Sari, Muhammad Rijal J., Nining Ade N., Nurmayasinta, Purnamasari, Ramlan Bahar, Riski Manwar, Uwais Al Qani, Rahmianti S., Ervilinda Teva, Feri Rince Sila, Jidream Marted Bell, Jonatan Pilmon Sila, Junedi Edison P. F., Naomi Dang, Ofin Zadrak Nakamnanu, Seleutaemar Bia, Yaner Adrianus Sae, Yefta Y. Naubnom

Data Katalog-dalam-Terbitan The SMERU Research Institute

Dyan Widyaningsih

LAPORAN PENELITIAN SMERU: Laporan Tematik Studi Midline MAMPU Tema 4: Meningkatkan Status Kesehatan dan Gizi Perempuan./

Ditulis oleh Dyan Widyaningsih; Elza Elmira; Dinar Dwi Prasetyo.

xiv; 59p.; 29 cm.

ISBN 978-602-7901-75-9 (versi cetak)

ISBN 978-602-7901-76-6 (versi elektronik)

1. Kesehatan – gizi

2. Perempuan

I. Judul

363.8 –ddc'23



Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial 4.0 Internasional.

Konten SMERU dapat disalin atau disebarluaskan untuk tujuan nonkomersial sejauh dilakukan dengan menyebutkan The SMERU Research Institute sebagai sumbernya. Jika tidak ada kesepakatan secara kelembagaan, format PDF publikasi SMERU tidak boleh diunggah dalam jaringan (daring) dan konten daring hanya bisa dipublikasikan melalui tautan ke situs web SMERU.

Laporan penelitian ini disusun dan diterbitkan oleh The SMERU Research Institute dengan dukungan dari Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU). Program MAMPU merupakan inisiatif bersama antara Pemerintah Indonesia dan Pemerintah Australia yang bertujuan meningkatkan akses perempuan miskin di Indonesia terhadap berbagai layanan publik dan program pemerintah dalam rangka mencapai kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Informasi yang disajikan dalam publikasi ini merupakan tanggung jawab tim penyusun dan tidak mewakili pandangan Pemerintah Indonesia dan Pemerintah Australia.

Studi dalam publikasi ini sebagian besar menggunakan metode wawancara dan diskusi kelompok terfokus. Semua informasi terkait direkam dan disimpan di kantor SMERU.

Untuk mendapatkan informasi mengenai publikasi SMERU, hubungi kami melalui nomor telepon 62-21-31936336, nomor faks 62-21-31930850, atau alamat surel smeru@smeru.or.id; atau kunjungi situs web www.smeru.or.id.

Foto Sampul: Dinar Dwi Prasetyo

UCAPAN TERIMA KASIH

Laporan ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Untuk itu, kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada Bapak/Ibu Stewart Norup, Atik Dewi, dan Astutik Supraptini dari Kemitraan Australia–Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU) yang telah memfasilitasi dan memberi arahan teknis selama pelaksanaan penelitian ini. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada mitra MAMPU, khususnya di wilayah penelitian, atas informasi berharga terkait kegiatan yang dilakukan dan gambaran umum kondisi wilayah penelitian.

Ucapan terima kasih kami sampaikan pula kepada pemerintah daerah wilayah penelitian, terutama para camat dan kepala desa beserta staf, yang telah memperlancar dan memberikan informasi berharga sehingga penelitian ini terlaksana dengan baik. Kami juga berterima kasih kepada para informan kunci lainnya di tingkat kabupaten, kecamatan, desa, dan masyarakat atas segala informasi yang berharga untuk penelitian ini. Penghargaan dan terima kasih juga kami sampaikan kepada semua keluarga responden yang telah bersedia diwawancarai dan meluangkan waktu mereka yang berharga. Terakhir, kami berterima kasih kepada seluruh peneliti tamu, peneliti lokal, dan pendata di wilayah penelitian yang telah membantu tim peneliti SMERU dalam melakukan wawancara dan mengumpulkan informasi di lapangan.

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU

Tema 4: Meningkatkan Status Kesehatan dan Gizi Perempuan

Dyan Widyaningsih dan Elza Elmira

Menurunnya performa kesehatan perempuan di Indonesia yang teridentifikasi sejak 2013 menjadi pendorong bagi pemerintah untuk mengejar ketertinggalan perbaikan pelayanan dan akses kesehatan reproduksi dan gizi. Untuk membenahi kualitas kesehatan, pemerintah telah berupaya menjamin akses kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 2014, yang kini lebih dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Atas kerja sama antara The SMERU Research Institute dan Program Program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU), studi ini bertujuan menangkap perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik, khususnya layanan kesehatan dan gizi. Studi ini menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif melihat secara deskriptif signifikansi perubahan yang terjadi pada 2014–2017, sementara metode kualitatif menggunakan pendekatan *contribution analysis* yang telah dimodifikasi untuk melihat faktor dan aktor yang memengaruhi terjadinya atau tidak terjadinya perubahan atas akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan dan gizi. Studi ini menemukan secara umum terdapat peningkatan akses dan kondisi kesehatan perempuan miskin terhadap berbagai layanan kesehatan reproduksi (*antenal care*, persalinan dengan tenaga kesehatan, kontrasepsi, IVA, dan *pap smear*) dan gizi. Salah satu hal yang memengaruhi perubahan ini adalah adanya berbagai program/kebijakan baik yang bersumber dari inisiatif lokal daerah maupun hasil adaptasi program/kebijakan Pemerintah Pusat. Terdapat sebagian kecil aturan di tingkat lokal yang bersifat represif bagi perempuan sehingga menghambat akses mereka terhadap layanan kesehatan reproduksi. Aturan ini seharusnya memperhatikan konteks lokal untuk meminimalkan hambatan-hambatan yang berpotensi muncul dalam pengimplementasiannya.

Kata kunci: akses perempuan miskin, kesehatan, kesehatan reproduksi, gizi

DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH	i
ABSTRAK	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR KOTAK	v
DAFTAR LAMPIRAN	v
DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM	vi
RANGKUMAN EKSEKUTIF	viii
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi	2
1.3 Metodologi	2
II. AKSES PEREMPUAN TERHADAP LAYANAN KESEHATAN DAN GIZI	9
2.1 Gambaran Umum Ketersediaan Layanan Kesehatan	9
2.2 Kesehatan dan Gizi Perempuan	16
III. ANALISIS PENYEBAB PERUBAHAN AKSES PEREMPUAN TERHADAP LAYANAN KESEHATAN DAN GIZI	39
3.1 Analisis Aktor Pendorong Perubahan Akses Perempuan terhadap Layanan Kesehatan dan Gizi	39
3.2 Analisis Faktor Pendorong dan Penghambat Perubahan Akses Perempuan terhadap Layanan Kesehatan dan Gizi	43
IV. PENUTUP	49
4.1 Kesimpulan	49
4.2 Rekomendasi	50
DAFTAR ACUAN	52
LAMPIRAN	54

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Lokasi Studi	3
Tabel 2. Kegiatan Pengumpulan Data Primer Kualitatif	7
Tabel 3. Ketersediaan Posyandu dan Fasilitas Kesehatan di Desa Studi pada 2017	10
Tabel 4. Perubahan Ketersediaan Layanan Kesehatan di Wilayah Studi	12
Tabel 5. Kebijakan/Program Kesehatan di Wilayah Studi pada 2017	14
Tabel 6. Penyediaan Layanan Kesehatan oleh Pihak Nonpemerintah	16
Tabel 7. Persentase Akses Perempuan terhadap Layanan Kesehatan	17
Tabel 8. Perubahan Jumlah dan Persentase Perempuan Miskin di Keluarga Penerima PKH Berdasarkan Akses terhadap Fasilitas Kesehatan	18

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Proporsi lokasi pemeriksaan kehamilan terakhir pada 2017	17
Gambar 2. Proporsi lokasi persalinan dan penolong utama persalinan di rumah pada 2017	20
Gambar 3. Kondisi akses jalan di desa studi di Kubu Raya dan TTS	22
Gambar 4. Perubahan akses perempuan terhadap penolong utama persalinan pada 2014–2017	24
Gambar 5. Proporsi gangguan kehamilan dan persalinan	26
Gambar 6. Alasan penggunaan alat kontrasepsi jangka pendek perempuan miskin	28
Gambar 7. Perubahan prevalensi perempuan yang sedang dan pernah menggunakan kontrasepsi	29
Gambar 8. Perubahan akses perempuan terhadap pemeriksaan kanker serviks dan payudara pada 2015–2017	33
Gambar 9. Persentase perempuan yang menerima sosialisasi mengenai IMD dan ASI berdasarkan sumber informasi	35
Gambar 10. Persentase konsumsi rumah tangga berdasarkan adanya anggota keluarga yang hamil	37
Gambar 11. Contoh kebijakan pemerintah daerah yang Integratif dalam meningkatkan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan yang aman	40

DAFTAR KOTAK

Kotak 1 Meningkatnya Kesadaran Perempuan terhadap Kesehatan dan Kemampuan Mereka Menyuarakan Layanan yang Dibutuhkan	34
Kotak 2 Konsekuensi Tak Terduga (<i>Unintended Consequences</i>) dari Penerapan Aturan tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak di Tingkat Desa	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Tabel A1. Data Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan per Daerah	55
Lampiran 2 Tabel A2. Karakteristik Perempuan Berdasarkan Lokasi Pemeriksaan Kehamilan	56
Lampiran 3 Tabel A3. Data Penggunaan Kontrasepsi per Daerah	57
Lampiran 4 Tabel A4. Karakteristik Perempuan Berdasarkan Jenis KB yang Digunakan	58
Lampiran 5 Gambar A1. Perbandingan proporsi perempuan yang pernah menerima sosialisasi mengenai alat kontrasepsi pada 2014–2017	59

DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM

ADD	Alokasi Dana Desa
AKI	angka kematian ibu
ANC	<i>antenatal care</i>
ASI	air susu ibu
ASIE	air susu ibu eksklusif
BBM	bahan bakar minyak
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BSA	Balai Sakinah 'Aisyiyah
CA	<i>contribution analysis</i>
CSR	<i>corporate social responsibility</i>
Faskes	fasilitas kesehatan
FGD	<i>focus group discussion</i> /diskusi kelompok terfokus
FKTP	fasilitas kesehatan tingkat pertama
GSC	Generasi Sehat Cerdas
IMD	inisiasi menyusui dini
IUD	<i>Intra-Uterine Device</i>
IVA	inspeksi vagina dengan asam asetat
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jampersalda	Jaminan Persalinan Daerah
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
JKN-KIS	Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat
JKN-KIS Daerah	Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat Daerah
KB	Keluarga Berencana
KEK	Kekurangan Energi Kronis
KIBBLA	Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak
KKL	keluarga yang dikepalai laki-laki
KKP	keluarga yang dikepalai perempuan
lansia	lanjut usia
MAMPU	Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan
MDGs	Millenium Development Goals/Tujuan Pembangunan Milenium
Pangkep	Pangkajene dan Kepulauan
PBI	penerima bantuan iuran

PEKKA	Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga
perbup	peraturan bupati
perda	peraturan daerah
perdes	peraturan desa
permenkes	peraturan menteri kesehatan
PKGBM	Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat
PKH	Program Keluarga Harapan
PLKB	penyuluh lapangan Keluarga Berencana
PNPM GSC	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Generasi Sehat Cerdas
polindes	pos bersalin desa
poskesdes	pos kesehatan desa
posyandu	pos pelayanan terpadu
PPSW	Pusat Pengembangan Sumber Daya Wanita
puskesmas	pusat kesehatan masyarakat
pustu	puskesmas pembantu
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
Sadari	pemeriksaan payudara sendiri
Sadanis	pemeriksaan payudara klinis
SDGs	Sustainable Development Goals/Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
RSUD	rumah sakit umum daerah
TTS	Timor Tengah Selatan

RANGKUMAN EKSEKUTIF

Latar Belakang

Studi akses perempuan miskin terhadap pelayanan umum merupakan bagian dari studi longitudinal yang dijalankan selama enam tahun (2014–2020) atas kerja sama antara The SMERU Research Institute dan program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU). Studi *Baseline* MAMPU tentang akses perempuan miskin ke layanan publik dan penghidupan telah dilakukan pada 2014, dan dinamika yang terjadi selama 2014–2017 perlu dipelajari secara saksama untuk mengamati perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Studi *Midline* MAMPU yang dilakukan pada 2017 ini bertujuan mendokumentasikan perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik yang terjadi di wilayah studi sepanjang tahun 2014–2017. Salah satu tema studi yang menjadi fokus program MAMPU adalah “*meningkatkan status kesehatan dan gizi perempuan.*”

Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator kemajuan suatu negara karena penatalaksanaannya melibatkan upaya komprehensif dan terintegrasi, dan saat ini AKI di Indonesia masih cukup tinggi. Beberapa faktor yang meningkatkan risiko selama persalinan adalah kesenjangan akses terhadap pelayanan kesehatan, tidak paripurnanya pemeriksaan kehamilan, buruknya kesehatan dan nutrisi ibu, kurangnya pengetahuan tentang kehamilan dan persalinan yang aman, dan kualitas pelayanan yang tidak memadai, terutama bagi perempuan yang hidup di bawah garis kemiskinan. Untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu, banyak aspek pelayanan kesehatan yang harus dibenahi. Di tengah peningkatan akses Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), evaluasi cakupan program dan pelayanan kesehatan reproduksi menjadi penting untuk dilaksanakan, terutama melihat dampaknya bagi perempuan miskin Indonesia.

Pada tema kesehatan perempuan, Studi *Midline* MAMPU ditujukan untuk mendalami perubahan terkait (i) kondisi kesehatan reproduksi perempuan, (ii) ketersediaan layanan reproduksi, (iii) perilaku perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi, dan (iv) proses terjadinya perubahan tersebut terutama sejak 2014, termasuk faktor dan aktor yang mendukung atau menghambat perubahan.

Akses dan Perilaku Perempuan Miskin terhadap Layanan Kesehatan dan Gizi: Kondisi 2017 dan Perubahannya

Ketersediaan Layanan Kesehatan

Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat desa di seluruh wilayah studi sangat beragam. Dibandingkan dengan desa-desa studi di Deli Serdang, jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan di desa studi lainnya masih lebih terbatas. Tingginya variasi jenis fasilitas kesehatan, seperti praktik swasta, memudahkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas kesehatan desa di wilayah studi lainnya masih sangat bergantung pada penyediaan fasilitas oleh pemerintah yang jumlah dan sebarannya terbatas. Sementara itu, meski bukan merupakan fasilitas kesehatan, pos pelayanan terpadu (posyandu) cukup berperan dalam memfasilitasi proses distribusi beberapa jenis layanan kesehatan, seperti pemeriksaan ibu hamil/bayi/balita, imunisasi, layanan kontrasepsi, dan pengobatan ringan bagi masyarakat umum.

Dalam tiga tahun terakhir, tidak terdapat peningkatan jumlah fasilitas kesehatan desa milik pemerintah seperti pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), puskesmas pembantu (pustu), pos kesehatan desa (poskesdes), dan pos bersalin desa (polindes) di seluruh desa studi. Meskipun demikian, terjadi perubahan pada ketersediaan layanan kesehatan. Mayoritas perubahan ini dapat terjadi karena adanya peran pemerintah daerah. Selain itu, pemanfaatan dana desa yang dialokasikan pada aspek kesehatan turut menunjang peningkatan ketersediaan layanan kesehatan bagi masyarakat.

Terkait dengan keberadaan program, studi ini menemukan banyak perubahan pada ketersediaan program di wilayah studi. Program Kampung Air Susu Ibu (Kampung ASI) di Deli Serdang dan Kampung Keluarga Berencana (Kampung KB) di Kubu Raya adalah contohnya. Sementara itu, terkait perubahan ketersediaan layanan informasi kesehatan, intensitas penyuluhan dari puskesmas kepada masyarakat mengalami peningkatan. Selain itu, ditemukan adanya kelas ibu hamil, pemberian makanan tambahan, dan edukasi mengenai gizi bagi ibu hamil.

Selain sarana dan prasarana, kapasitas penyedia layanan kesehatan di desa di seluruh wilayah studi yang sebagian besar digawangi oleh pemerintah daerah juga meningkat. Upaya peningkatan kapasitas dilakukan kepada tenaga kesehatan desa dan pendamping tenaga kesehatan desa (kader posyandu dan dukun bayi). Bentuk upaya tersebut di antaranya adalah (i) pelatihan *midwifery update*, *antental care*, dan pemeriksaan inspeksi vagina dengan asam asetat (IVA) kepada bidan puskesmas; (ii) pelatihan sosialisasi tentang kesehatan kepada pendamping tenaga kesehatan; dan (iii) pelatihan dan pemberian insentif bulanan kepada setiap kader posyandu dan dukun bayi yang sudah bermitra dengan bidan.

Kesehatan dan Gizi Perempuan

Secara umum, akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan selama kehamilan dan persalinan dan program kontrasepsi di seluruh wilayah studi mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan temuan pada 2014 walaupun angkanya masih lebih rendah dari rata-rata nasional. Jenis layanan kesehatan yang paling banyak diakses perempuan miskin adalah pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan. Sayangnya, tingginya tingkat pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan belum diikuti oleh tingginya tingkat persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan. Akses perempuan terhadap layanan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan masih di bawah persentase rata-rata nasional sebesar 93%. Akses perempuan miskin terhadap layanan kontrasepsi juga masih kurang dari 58% yang merupakan rata-rata nasional. Terkait dengan praktik pemberian nutrisi oleh perempuan, hasil survei menunjukkan bahwa persentase praktik inisiasi menyusui dini (IMD) adalah 45% dan pemberian air susu ibu secara eksklusif (ASIE) 35% di wilayah studi pada 2017. Angka-angka ini masih jauh di bawah rata-rata nasional, yakni 67% untuk IMD dan 42% untuk ASIE. Sementara itu, pemeriksaan IVA baru dilakukan oleh 5% responden survei. Fakta bahwa program ini baru dimulai pada awal 2017 diduga menjadi kontributor terhadap rendahnya persentase tersebut. Selain itu, perempuan yang memiliki akses yang baik terhadap layanan kesehatan adalah mereka yang telah menerima informasi mengenai layanan tersebut dari tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, atau perawat.

Sebagian besar perempuan miskin di seluruh kabupaten studi telah memiliki akses yang baik terhadap layanan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan. Lebih dari 90% perempuan miskin telah memeriksakan kehamilan terakhirnya di fasilitas kesehatan, termasuk posyandu. Walaupun demikian, akses perempuan miskin terhadap layanan persalinan belum sebaik akses mereka terhadap layanan pemeriksaan kehamilan. Hanya sekitar 67% perempuan dari seluruh perempuan miskin usia reproduktif yang mengakses layanan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan. Akses terhadap tenaga kesehatan ditemukan paling tinggi di Deli Serdang (96%) dan terendah di Kubu Raya (38%). Sementara itu, 78% responden di Kubu Raya melakukan persalinan di rumah

dengan pertolongan dukun bayi yang memiliki risiko tinggi. Hal ini mengonfirmasi buruknya akses perempuan miskin terhadap fasilitas kesehatan. Penyebab utamanya adalah ketersediaan fasilitas kesehatan desa yang masih sangat minim, terutama jika membandingkan jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan dengan luas wilayah.

Terdapat faktor internal dan eksternal yang menyebabkan ibu hamil di wilayah studi masih melakukan persalinan di rumah. Faktor internal ini meliputi (i) masih kurangnya kesadaran mengenai persalinan yang aman, (ii) adanya tradisi keluarga untuk melahirkan dengan bantuan dukun bayi, (iii) keterbatasan biaya untuk mengakses fasilitas kesehatan, dan (iv) pemahaman sebagian masyarakat bahwa waktu operasional penggunaan jaminan kesehatan untuk persalinan sama terbatasnya dengan penggunaan jaminan ini untuk berobat umum. Sementara itu, faktor eksternal yang menjadi pendorong persalinan di rumah adalah (i) buruknya kualitas infrastruktur jalan menuju fasilitas kesehatan, (ii) waktu operasional fasilitas kesehatan desa yang terkadang tidak menentu, (iii) keberadaan dukun bayi di sekitar masyarakat, dan (iv) adanya penerapan aturan lokal di tingkat desa.

Jumlah perempuan yang memeriksakan kehamilannya kepada bidan di posyandu cenderung meningkat dalam tiga tahun terakhir. Hal ini dipengaruhi oleh peningkatan ketersediaan layanan dan perubahan perilaku ibu hamil. Peningkatan ketersediaan layanan terjadi dalam bentuk (i) penambahan jumlah posyandu, (ii) kehadiran bidan dalam kegiatan rutin posyandu, (iii) adanya insentif bagi kader posyandu dan dukun bayi yang bermitra dengan bidan, dan (iv) penambahan jumlah penerima Program Keluarga Harapan (PKH). Meningkatnya pemeriksaan ibu hamil ke posyandu juga dipengaruhi oleh adanya pemberian insentif atau penambahan jumlah insentif kepada kader posyandu di wilayah studi. Sementara itu, peningkatan akses perempuan di wilayah studi terhadap layanan persalinan dalam tiga tahun terakhir dipengaruhi oleh akses ibu terhadap JKN-KIS, program-program pemerintah daerah, dan peraturan pemerintah desa. Selain itu, kondisi geografis, jarak, dan masih buruknya akses jalan menuju fasilitas kesehatan berkontribusi dalam mendorong bidan mendatangi rumah calon ibu bersalin untuk membantu melakukan persalinan di rumah.

Masih terdapat permasalahan nutrisi akut berupa Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan anemia selama masa kehamilan yang dialami perempuan miskin di wilayah studi. Kurangnya gizi pada perempuan hamil dapat termanifestasi sebagai gangguan selama masa kehamilan dan saat persalinan. Kondisi ini terutama ditemukan di Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep), Kubu Raya, dan Cilacap. Kultur pernikahan usia dini dapat berdampak pada kehamilan usia dini yang memperbesar potensi ibu hamil mengalami gangguan kehamilan. Selain itu, kepercayaan bahwa ukuran bayi yang terlalu besar dapat mempersulit persalinan menimbulkan kekhawatiran yang berlebihan. Kekhawatiran ini mengakibatkan ibu membatasi makan sehingga dapat berdampak pada kurangnya gizi selama masa kehamilan. Permasalahan lain yang dialami ibu hamil di wilayah studi adalah keengganan meminum vitamin penambah darah karena mereka merasa mual dengan rasa dan aromanya; padahal, vitamin ini penting untuk mencegah anemia saat kehamilan.

Meskipun terdapat permasalahan di atas, jumlah ibu hamil yang mengalami KEK dan anemia cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir karena beberapa hal. Pertama, posyandu menjadi akses terdekat bagi ibu hamil untuk memperoleh vitamin penambah darah secara gratis. Kedua, proporsi keluarga dengan ibu hamil yang menerima PKH di mayoritas wilayah studi meningkat. Ketiga, terdapat kelas ibu hamil di tingkat desa. Keempat, pemerintah dan pihak nonpemerintah di seluruh wilayah studi memberikan bantuan makanan tambahan bagi ibu hamil. Kelima, terdapat sosialisasi dari pemerintah dan nonpemerintah mengenai pentingnya menjaga gizi ibu hamil. Sosialisasi ini biasanya disampaikan melalui bidan, kegiatan rutin posyandu, kelas ibu hamil, dan kegiatan kelompok dampingan mitra MAMPU seperti Balai Sakinah 'Aisyiyah (BSA). Terakhir, perubahan perilaku positif, seperti mengonsumsi susu dan sayur-sayuran, diduga turut berkontribusi terhadap penurunan jumlah ibu hamil yang mengalami KEK dan anemia di wilayah studi.

Sebagian perempuan miskin di wilayah studi memiliki akses terhadap layanan kontrasepsi dan menggunakan layanan ini. Sebagian besar perempuan memilih menggunakan alat kontrasepsi jangka pendek (suntik dan pil) karena beberapa alasan, yaitu kemudahan penggunaan, anjuran tenaga medis, masalah kesehatan, dan permintaan pasangan. Dari sisi ketersediaan, jenis kontrasepsi jangka pendek relatif lebih mudah diperoleh daripada jenis kontrasepsi jangka panjang. Jika dibandingkan dengan alat kontrasepsi jangka pendek, *intra-uterine device* (IUD)/implan yang merupakan alat kontrasepsi jangka panjang lebih banyak diakses menggunakan bantuan pemerintah.

Peningkatan penggunaan kontrasepsi yang cukup signifikan dalam tiga tahun terakhir menunjukkan akses perempuan miskin terhadap alat kontrasepsi yang makin baik. Kubu Raya merupakan satu-satunya kabupaten studi dengan persentase penggunaan kontrasepsi yang berada di atas rata-rata nasional. Temuan ini bisa menjadi salah satu indikasi positif dari dampak keberadaan Program Kampung KB di Kubu Raya sejak awal 2017. Selain itu, sosialisasi mengenai KB terbukti dapat meningkatkan pengetahuan perempuan mengenai kontrasepsi. Sosialisasi ini dilakukan oleh tenaga kesehatan dan juga pihak lain di luar tenaga kesehatan, seperti keluarga, kelompok dampingan mitra MAMPU, dan tokoh agama di tingkat desa baik laki-laki maupun perempuan. Temuan studi ini menunjukkan pentingnya peran setiap pihak sebagai kontributor peningkatan pengetahuan perempuan.

Sebagian kecil perempuan memiliki akses terhadap layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi seperti IVA, pemeriksaan payudara sendiri (Sadari), dan pemeriksaan payudara klinis (Sadanis). Hal ini disebabkan masih terbatasnya pengetahuan perempuan tentang pemeriksaan kesehatan reproduksi. Saat ini di seluruh kabupaten studi telah tersedia layanan pemeriksaan IVA dan *pap smear* gratis. Tingkat pemeriksaan IVA tertinggi terdapat di Cilacap (7%), diikuti Kubu Raya (3,2%), dan Pangkep (3%). Hal ini didukung oleh adanya instruksi dari pemerintah daerah, penyediaan layanan di puskesmas, dan adanya layanan pemeriksaan gratis. Namun, layanan pemeriksaan IVA gratis cenderung masih hanya diakses oleh kader posyandu dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU.

Masih rendahnya tingkat pemeriksaan IVA oleh perempuan dari kalangan keluarga miskin dan sangat miskin disebabkan oleh beberapa faktor internal dan eksternal. Faktor internal ini meliputi (i) kurangnya pengetahuan tentang pemeriksaan IVA, (ii) ketidaktahuan adanya pemeriksaan IVA gratis, (iii) kurangnya kesadaran untuk melakukan pencegahan penyakit, (iv) tabu/malu, dan (v) larangan suami. Selain itu, faktor eksternal tersebut meliputi (i) kurangnya sosialisasi tentang pelaksanaan pemeriksaan IVA gratis, (ii) terbatasnya waktu pelaksanaan pemeriksaan IVA gratis, dan (iii) kendala terkait akses transportasi untuk mendapatkan layanan pemeriksaan IVA gratis.

Sosialisasi pemeriksaan kesehatan reproduksi di wilayah studi yang umumnya dilakukan oleh bidan, kader posyandu, dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU merupakan salah satu determinan meningkatnya akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi. Sosialisasi mengenai pentingnya hal ini perlu diberikan tidak hanya kepada perempuan tetapi juga laki-laki karena adanya faktor budaya dan nilai-nilai patriarki yang berpotensi menghambat akses perempuan terhadap pemeriksaan IVA gratis.

Beberapa faktor yang berkontribusi dalam meningkatkan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi adalah perubahan ketersediaan layanan dan perubahan perilaku perempuan. Sejak 2016, pemerintah kabupaten studi di Deli Serdang, Kubu Raya, dan Pangkep mulai memfasilitasi pemeriksaan IVA gratis di fasilitas kesehatan desa. Bahkan, pemeriksaan IVA secara rutin di salah satu desa di Deli Serdang sudah tersedia sejak 2016. Konsisten dengan temuan ini, terdapat peningkatan jumlah wanita yang melakukan pemeriksaan kanker serviks (IVA dan *pap smear*) dan pemeriksaan payudara (Sadari dan Sadanis). Meningkatnya

pengetahuan perempuan mengenai bahaya kanker serviks juga mendorong perempuan untuk melakukan pemeriksaan tersebut.

Hasil survei rumah tangga menunjukkan bahwa baru sebagian kecil perempuan telah mempraktikkan IMD dan ASIE. Beberapa penyebab masih rendahnya praktik IMD di wilayah studi di antaranya adalah lebih dari setengah perempuan belum mendapat sosialisasi dari tenaga kesehatan mengenai IMD dan masih banyak perempuan yang melakukan persalinan dengan bantuan dukun bayi. Selain itu, persepsi yang salah mengenai proses fisiologis bayi dan kebiasaan pola pengasuhan bersama oleh keluarga besar juga mendorong pemberian makanan saat seharusnya bayi hanya mengonsumsi ASI.

Analisis Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan terhadap Layanan Kesehatan dan Gizi

Faktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan

Faktor pendorong utama yang meningkatkan akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi adalah tersedianya cukup banyak program/kebijakan, baik yang cakupannya nasional maupun kabupaten, yang berpotensi menunjang peningkatan kesehatan dan gizi perempuan. Di antara program/kebijakan ini, ada yang merupakan hasil adopsi program di tingkat nasional dan ada pula yang merupakan hasil inisiatif di tingkat kabupaten. Pengadaan program di daerah juga ditujukan untuk melengkapi program nasional yang sudah ada, misalnya dari sisi cakupan jumlah penerima program, cakupan manfaat layanan, atau dari sisi kriteria penetapan sasaran. Keberadaan Jaminan Persalinan Daerah (Jampersalda) juga berpotensi meningkatkan perilaku perempuan untuk melahirkan di fasilitas kesehatan melalui penetapan kriteria tertentu yang harus dipenuhi calon penerima manfaat program ini. Selain itu, terdapat program/bantuan lain dari pemerintah kabupaten yang sifatnya melengkapi program peningkatan kesehatan dan gizi perempuan yang sudah ada di tingkat nasional. Namun, bentuk program/bantuan tersebut berbeda-beda, bergantung pada komitmen dan prioritas setiap pemerintah kabupaten. Di sisi lain, terdapat pula program/bantuan dari lembaga nonpemerintah yang umumnya diberikan di tingkat desa. Bentuk program/bantuan ini juga berbeda-beda di tiap kabupaten dan umumnya dapat diakses seluruh masyarakat miskin tanpa adanya kriteria khusus, misalnya pemeriksaan IVA.

Faktor kedua yang turut berperan mendorong peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan adalah pemberian uang atau tunjangan yang diberikan secara rutin kepada aktor-aktor di tingkat masyarakat. Dalam hal ini, pemberian insentif kepada kader posyandu dan dukun bayi berpotensi meningkatkan akses perempuan terhadap berbagai layanan kesehatan dan gizi, khususnya pemeriksaan kehamilan dan layanan persalinan yang aman. Pemberian insentif dapat mendorong dukun bayi untuk tidak membantu persalinan. Sementara itu, skema pemberian insentif kepada kader posyandu berpotensi mendorong mereka untuk lebih aktif mengajak ibu hamil dan ibu dengan bayi/balita untuk datang ke posyandu.

Faktor lain yang turut berperan mendorong peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan adalah sosialisasi dan rumah tunggu kelahiran. Sosialisasi memegang peranan penting dalam meningkatkan kesehatan dan gizi perempuan. Kegiatan ini terutama dilakukan di tingkat desa dan masyarakat melalui kegiatan-kegiatan rutin, seperti posyandu, pertemuan kelompok dampingan, dan kegiatan keagamaan. Penyediaan rumah tunggu kelahiran merupakan salah satu upaya pemerintah desa dan pemerintah daerah mendorong masyarakat untuk melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Fasilitas ini sebetulnya sudah tersedia di beberapa wilayah studi.

Namun, masyarakat belum banyak yang memanfaatkannya karena masih adanya biaya nonmedis yang tidak ditanggung jaminan kesehatan, seperti biaya makan, air, dan listrik.

Di sisi lain, penyedia layanan kesehatan desa yang mencakup fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan di beberapa wilayah studi masih sangat terbatas, baik dari sisi jumlah maupun sebaran. Padahal, di seluruh desa studi terdapat peningkatan ketersediaan layanan kesehatan, baik dalam bentuk perbaikan fasilitas kesehatan yang sudah ada, penambahan peralatan/sarana penunjang, maupun penambahan jenis layanan. Namun, fakta bahwa peningkatan akses perempuan terhadap persalinan yang aman masih jauh lebih rendah daripada akses mereka terhadap pemeriksaan kehamilan mengindikasikan adanya faktor determinan lain yang menyebabkan peningkatan tersebut belum optimal. Kontribusi dari penambahan sarana persalinan di fasilitas kesehatan desa akan menjadi tidak signifikan jika tidak diimbangi dengan perbaikan infrastruktur jalan menuju fasilitas kesehatan untuk memudahkan akses persalinan di fasilitas tersebut. Determinan lainnya adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang masih minim di beberapa wilayah studi. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan seperti bidan dan keberadaan dukun bayi di tengah masyarakat menyebabkan dukun bayi menjadi pilihan yang lebih mudah diakses untuk membantu proses persalinan.

Selain itu, keberadaan aturan desa yang menetapkan denda persalinan justru berpotensi menghambat perempuan memperoleh persalinan yang aman. Di satu sisi, denda ini berkontribusi terhadap penurunan jumlah persalinan dengan bantuan dukun bayi. Di sisi lain, denda tersebut juga berkontribusi terhadap peningkatan jumlah persalinan di rumah dengan bantuan keluarga/kerabat; padahal, persalinan tersebut tidak lebih aman dibandingkan dengan persalinan yang dibantu dukun bayi. Bagi masyarakat miskin, keterbatasan biaya sering kali menjadi faktor terbesar yang menghambat akses perempuan terhadap layanan kesehatan, khususnya persalinan yang aman. Dalam kondisi tertentu, keberadaan jaminan perlindungan kesehatan, seperti JKN-KIS dan Jampersalda, dirasa belum terlalu membantu. Selain hanya bisa diakses di fasilitas kesehatan, terdapat biaya-biaya yang tidak ditanggung program tersebut. Pada akhirnya, persalinan yang kemudian dipilih adalah persalinan yang dilakukan di rumah, baik dengan bantuan dukun bayi, keluarga, maupun tanpa bantuan siapa pun.

Dalam konteks lokal tertentu, nilai-nilai yang berlaku dan dipercaya sebagian masyarakat, disadari atau tidak, dapat menghambat perempuan baik dalam memperoleh layanan kesehatan tertentu maupun dalam melakukan praktik pemberian gizi kepada bayi. Studi ini menemukan bahwa beberapa nilai di tingkat lokal menjadi salah satu determinan penting yang berpotensi menghambat akses perempuan terhadap layanan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan, pemeriksaan IVA, penggunaan kontrasepsi, dan praktik pemberian ASI. Sementara itu, tabu dan nilai-nilai patriarki di masyarakat berkontribusi dalam memengaruhi pengambilan keputusan oleh perempuan untuk melakukan atau tidak melakukan pemeriksaan IVA. Selain itu, upaya preventif terkait dengan kesehatan reproduksi belum menjadi kebiasaan baik di kalangan masyarakat. Hal-hal tersebut merupakan beberapa faktor internal yang menghambat akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi terutama pemeriksaan IVA gratis.

Aktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan

Di seluruh wilayah studi, aktor yang paling berperan adalah pemerintah daerah di tingkat kabupaten, tenaga kesehatan baik di tingkat kecamatan maupun di tingkat desa, dan kader posyandu di tingkat masyarakat. Bidan desa dan kader posyandu merupakan aktor-aktor di tingkat lokal yang secara aktif menjadi kepanjangan tangan dari puskesmas dan Dinas Kesehatan. Sementara itu, di beberapa wilayah studi, pemerintah desa memiliki peran yang cukup besar khususnya terkait perubahan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pemeriksaan kesehatan reproduksi.

Selain pemerintah daerah dan aktor-aktor kepanjangan tangannya, di beberapa wilayah studi juga terdapat pihak nonpemerintah yang turut berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan dan gizi perempuan. Mereka berada di tingkat kabupaten, desa, dan masyarakat. Di tingkat kabupaten, pihak nonpemerintah tersebut terdiri atas organisasi mitra kerja MAMPU ('Aisyiyah di Cilacap dan Pangkep serta PEKKA di Kubu Raya) dan organisasi lain di luar mitra MAMPU. Di tingkat desa, pihak nonpemerintah yang berperan adalah tokoh agama. Sementara itu, pihak nonpemerintah yang berperan di tingkat masyarakat adalah anggota kelompok dampingan mitra MAMPU, dampingan nonmitra MAMPU, dan dukun bayi. Dibandingkan dengan aktor-aktor lainnya, lingkup keterlibatan aktor-aktor nonpemerintah di tingkat masyarakat relatif masih terbatas pada kelompok lingkungan tertentu.

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Studi akses perempuan miskin terhadap layanan umum merupakan bagian dari studi longitudinal yang dijalankan selama enam tahun (2014–2020) atas kerja sama antara The SMERU Research Institute dan program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU)¹. Sebagai program yang bertujuan meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik, upaya MAMPU untuk mencapai tujuan jangka panjangnya perlu didokumentasikan dalam bentuk penelitian longitudinal. Studi *Baseline* MAMPU tentang akses perempuan miskin terhadap layanan publik dan penghidupan telah dilakukan pada 2014, dan dinamika yang terjadi selama 2014–2017 perlu dipelajari secara saksama untuk mengamati perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Pada 2015, MAMPU dan The SMERU Research Institute kembali melakukan sebuah studi yang diberi nama Studi Modul. Studi Modul secara khusus melihat dinamika kehidupan perempuan miskin saat terjadi perubahan kebijakan subsidi bahan bakar minyak (BBM) pada 2015 sebagai bagian dari rangkaian penelitian longitudinal sepanjang 2014–2020. Studi *Midline* MAMPU yang dilakukan pada 2017 ini bertujuan mendokumentasikan perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik yang terjadi di wilayah studi sepanjang tahun 2014–2017.

Studi ini mendalami lima tema² yang menjadi fokus kerja MAMPU, salah satunya adalah “*meningkatkan status kesehatan dan gizi perempuan.*” Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator kemajuan suatu negara karena penatalaksanaannya melibatkan upaya komprehensif dan terintegrasi (Sajedinejad *et al.*, 2015). Di Indonesia sendiri saat ini AKI masih cukup tinggi. Berdasarkan laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI pada 2012 mencapai 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Badan Litbangkes, 2013). Selain itu, prevalensi *stunting* yang sudah memasuki tingkat yang mengkhawatirkan, yaitu 37%, mengindikasikan permasalahan kesehatan perempuan di Indonesia (Badan Litbangkes, 2013). Beberapa faktor yang meningkatkan risiko dalam kesehatan reproduksi adalah kesenjangan akses terhadap layanan kesehatan, tidak paripurnanya pemeriksaan kehamilan, buruknya kesehatan dan nutrisi ibu, kurangnya pengetahuan tentang kehamilan dan persalinan yang aman, dan kualitas pelayanan yang tidak memadai, terutama bagi perempuan yang hidup di bawah garis kemiskinan (UNICEF Indonesia, 2012).

Didorong oleh ketertinggalan pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium atau Millenium Development Goals (MDGs) pada 2015, Pemerintah Indonesia saat ini sedang giat mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau Sustainable Development Goals (SDGs) yang terdiri atas 17 tujuan. Salah satunya adalah perbaikan kesehatan dan kesejahteraan termasuk pengukuran akses terhadap kesehatan reproduksi. Ketertinggalan dalam mencapai indikator-indikator kesehatan maternal menunjukkan ketimpangan akses kesehatan masyarakat (Xu, Saksena, dan Evans, 2010). Untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu, banyak aspek layanan kesehatan yang harus dibenahi. Aspek tersebut mencakup sistem pembiayaan kesehatan, dinamika epidemiologis dan demografis, peningkatan layanan kesehatan preventif dan promotif, serta penanganan permasalahan kesehatan ibu secara multisektoral (World Bank, 2010).

¹Program MAMPU adalah bentuk kemitraan antara Pemerintah Australia dan Pemerintah Indonesia untuk kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. MAMPU memfokuskan intervensi pada perempuan miskin dan organisasi perempuan yang memperjuangkan hak-hak perempuan miskin.

²Empat tema lainnya adalah akses perempuan terhadap program perlindungan sosial, perempuan pekerja rumahan, perempuan pekerja migran, dan mengurangi kekerasan terhadap perempuan.

Untuk membenahi kualitas kesehatan, Pemerintah Indonesia telah berupaya menjamin akses kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 2014 yang kini lebih dikenal dengan sebutan Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Program ini dilaksanakan untuk menjamin perempuan dan anak yang hidup dalam kemiskinan mendapatkan dukungan untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi, seperti pemeriksaan kehamilan, persalinan, konseling dan pemasangan alat kontrasepsi, serta pemeriksaan kanker serviks dan payudara. Sayangnya, cakupan penerima bantuan iuran (PBI) JKN-KIS baru mencapai 34% hingga tahun keempat pelaksanaannya (Suryahadi, Febriany, dan Yumna, 2017). Temuan ini mengindikasikan masih adanya kesenjangan dalam pelayanan kesehatan dasar yang diterima penduduk miskin (Kementerian PPN/Bappenas, 2015).

Terlepas masih adanya kesenjangan akses pelayanan kesehatan, pemerintah kabupaten/kota dan desa melakukan sejumlah inisiatif lokal untuk menjamin kesehatan masyarakatnya. Beberapa inisiatif ini terdapat di wilayah studi dan sudah ditemukan sejak Studi *Baseline* MAMPU. Laporan ini memfokuskan pembahasan pada topik pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan kesehatan reproduksi, serta praktik inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian air susu ibu secara eksklusif (ASIE).

1.2 Tujuan Studi

Studi *Baseline* MAMPU dilakukan untuk mendapatkan gambaran awal tentang kehidupan perempuan miskin dan akses mereka terhadap layanan publik. Studi *Midline* MAMPU ditujukan untuk memantau perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan dasar sejak Studi *Baseline* MAMPU. Pada tema “akses terhadap layanan kesehatan reproduksi dan gizi perempuan,” Studi *Midline* MAMPU ditujukan untuk mendalami (i) perubahan kondisi layanan kesehatan dan gizi perempuan dalam tiga tahun terakhir, (ii) perubahan akses dan perilaku perempuan terhadap layanan kesehatan dan gizi, dan (iii) proses terjadinya perubahan tersebut termasuk faktor dan aktor yang mendukung dan menghambat perubahan. Untuk tahun 2017, tim peneliti menambah satu analisis mengenai kondisi dan perilaku pemberian gizi bagi anak di antara keluarga perempuan miskin melalui praktik IMD dan pemberian ASIE.

1.3 Metodologi

1.3.1 Lokasi Studi

Kabupaten dan desa yang menjadi sampel wilayah pada Studi *Midline* MAMPU masih sama dengan sampel pada Studi *Baseline* MAMPU. Wilayah studi yang dipilih dengan metode *purposive sampling* (penentuan sampel wilayah dengan pertimbangan tertentu)³ mewakili (i) lima pulau/kepulauan besar di Indonesia, yaitu Sumatra, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, dan Nusa Tenggara; (ii) daerah dengan tingkat kemiskinan yang relatif tinggi di tingkat nasional ataupun provinsi; (iii) daerah yang merepresentasikan lima tema area kerja MAMPU; dan (iv) wilayah kerja organisasi yang menjadi mitra MAMPU. Berikut adalah informasi lengkap mengenai lokasi wilayah sampel.

³Deskripsi lengkap tahapan pemilihan wilayah studi dapat dibaca pada Bab 3 laporan “Penghidupan Perempuan Miskin dan Akses Mereka terhadap Pelayanan Umum” (Rahmitha *et al.*, 2015).

Tabel 1. Lokasi Studi

Provinsi	Kabupaten	Desa ^a
Sumatra Utara	Deli Serdang	A, B, C
Jawa Tengah	Cilacap	D, E, F
Kalimantan Barat	Kubu Raya	G, H, I
Sulawesi Selatan	Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep)	J, K, L
Nusa Tenggara Timur (NTT)	Timor Tengah Selatan (TTS)	M, N, O

^aNama desa disamarkan.

Pengumpulan data primer terbagi dalam dua tahap, yaitu tahapan studi pada tingkat pusat dan studi lapangan. Kegiatan pengumpulan data pada tingkat pusat dilakukan pada periode Juni–September 2017. Pengumpulan data pada tahapan studi lapangan untuk pendekatan kualitatif dilakukan selama Oktober–November 2017 di kelima wilayah studi. Sedangkan untuk pendekatan kuantitatif, tahapan studi lapangan terbagi dalam dua periode, yaitu November dan Desember 2017.

1.3.2 Metodologi Studi

Studi ini menggunakan dua metode, yakni metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif digunakan untuk mendalami akses, pengetahuan, dan sosialisasi yang diterima perempuan miskin terkait layanan kesehatan dan gizi. Sementara itu, metode penelitian kualitatif digunakan untuk mengetahui kondisi kesehatan dan gizi perempuan, akses mereka terhadap layanan kesehatan dan gizi, serta faktor dan aktor yang memengaruhi terjadinya atau tidak terjadinya perubahan atas akses mereka terhadap layanan kesehatan dan gizi. Penggunaan kedua metode ini juga dimaksudkan untuk menggali perubahan kondisi tersebut dalam tiga tahun terakhir dan faktor dan aktor yang berkontribusi terhadap perubahan.

Pengumpulan data primer terbagi dalam dua tahap, yakni pada awal studi dan saat kegiatan lapangan pengambilan data. Pengumpulan data pada tahap awal dilakukan dengan wawancara di tingkat pusat pada Juni–September 2017. Wawancara ini dilakukan bersama-sama oleh peneliti kualitatif dan kuantitatif. Kegiatan pengambilan data lapangan secara kualitatif dilakukan serentak pada Oktober–November 2017, sedangkan pengambilan data kuantitatif dilakukan bertahap pada November dan Desember 2017. Pada tahap awal studi, baik kuantitatif maupun kualitatif, dilakukan kajian literatur terkait tema kesehatan dan gizi perempuan. Secara bersama-sama, data kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh pada studi ini diolah untuk menjawab pertanyaan penelitian yang telah dipaparkan pada bagian 1.2 Tujuan Studi.

1.3.3 Metode Kuantitatif

Sampel keluarga untuk metode kuantitatif merupakan keluarga miskin yang telah didata pada Studi *Baseline* MAMPU. Pada saat pelaksanaan Studi *Baseline* MAMPU, telah dilakukan pemilihan keluarga yang menjadi responden melalui kegiatan diskusi kelompok terfokus (FGD) bersama masyarakat setempat dengan mengacu pada karakteristik kesejahteraan sesuai konteks lokal yang juga ditentukan bersama saat FGD. Di setiap desa dipilih 100 keluarga miskin dari dua dusun yang terdiri atas keluarga yang dikepalai perempuan (KKP) dan keluarga yang dikepalai laki-laki (KKL).⁴

⁴Jumlah KKP dan KKL yang didata di setiap wilayah studi diusahakan berada dalam perbandingan 50:50. Namun, kenyataannya, di seluruh wilayah studi angka perbandingan ini sangat sulit dicapai. Di beberapa wilayah studi, peneliti

Pemilihan keluarga dilakukan dengan mengacu pada persyaratan tertentu, yaitu keluarga yang tidak berencana pindah, usia kepala keluarga atau pasangannya 15–64 tahun, dan terdapat anggota perempuan di dalamnya. Keluarga miskin dengan anggota perempuan dipilih karena fokus penelitian ini adalah penghidupan perempuan miskin. Prosedur lengkap penentuan keluarga miskin yang menjadi responden rumah tangga dapat dilihat di laporan Studi *Baseline* MAMPU (Rahmitha *et al.*, 2016).

Survei keluarga pada studi ini menggunakan pendekatan longitudinal, artinya keluarga yang telah terdata pada Studi *Baseline* MAMPU kembali dikunjungi untuk diwawancarai ulang dan datanya diperbarui dengan syarat keluarga tersebut masih berdomisili di salah satu desa sampel pada kabupaten yang sama. Pelacakan (*tracking*) dilakukan terhadap sampel keluarga yang telah berpindah alamat dan/atau mengalami pemekaran⁵. Jika ada keluarga yang berpindah alamat ke luar wilayah studi, dipilih keluarga pengganti berdasarkan daftar keluarga miskin yang diperoleh melalui diskusi kelompok terfokus (FGD) dusun pada Studi *Baseline* MAMPU. Apabila semua keluarga pada daftar keluarga miskin hasil FGD pada Studi *Baseline* MAMPU telah habis terdata, dipilih keluarga miskin lain sebagai keluarga pengganti melalui metode *snowballing*, yakni melalui informasi yang diperoleh dari aparat setempat maupun tokoh masyarakat dengan tetap mengacu pada kriteria keluarga miskin di desa studi berdasarkan hasil FGD pada Studi *Baseline* MAMPU. Keluarga yang menjadi pengganti adalah keluarga yang terutama memiliki kemiripan karakteristik dengan sampel keluarga yang hilang atau tidak dapat diwawancarai kembali.

Secara keseluruhan, pencacahan keluarga pada Studi *Midline* MAMPU berhasil mendata 1.661 keluarga dengan mencakup 6.052 anggota keluarga. Dari total 1.661 keluarga yang didata, 1.374 keluarga adalah keluarga induk, 152 keluarga pecahan, dan 135 keluarga pengganti. *Tracking rate* atau tingkat kesuksesan pelacakan pada Studi *Midline* MAMPU mencapai 90,5% dari total keluarga yang pertama kali terdata pada Studi *Baseline* MAMPU. Dilihat dari jenis kelamin kepala keluarga, komposisi keluarga pada Studi *Midline* MAMPU menunjukkan 67,9% dari keluarga sampel adalah KKL dan 32,1% adalah KKP.

Pada pelaksanaannya, sebanyak 77 keluarga yang diwawancarai pada Studi Modul tidak dapat diwawancarai kembali pada Studi *Midline* MAMPU karena berbagai alasan, misalnya (i) berpindah alamat ke luar wilayah studi, (ii) berpindah alamat tetapi tidak terlacak⁶, (iii) tidak satu pun anggota keluarga berada di rumah pada saat tim peneliti melakukan pencacahan di lapangan, dan (iv) keluarga menolak untuk diwawancarai kembali. Beberapa keluarga induk menolak untuk diwawancarai kembali dengan berbagai alasan, di antaranya yaitu (i) pertanyaan yang harus dijawab cukup banyak sehingga menghambat aktivitas harian; dan (ii) pendataan pada Studi *Baseline* MAMPU tidak meningkatkan jumlah bantuan atau program perlindungan sosial yang diterima keluarga tersebut.

Pengambilan data untuk metode kuantitatif dilakukan melalui pencacahan keluarga dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner Studi *Midline* MAMPU merupakan hasil pengembangan

juga mengalami kesulitan untuk menemukan keluarga yang mengakui bahwa kepala keluarganya perempuan, misalnya di TTS yang jumlah KKP-nya sangat sedikit karena di wilayah ini perceraian sangat dihindari (baik secara agama maupun adat). Penentuan jumlah sampel sebanyak 100 keluarga miskin dilakukan untuk memastikan signifikansi hasil secara statistik di tingkat desa.

⁵Pemekaran dalam hal ini adalah adanya anggota keluarga yang menikah dan membentuk keluarga baru sehingga terpisah dari unit keluarga yang menjadi sampel pada Studi *Baseline* MAMPU.

⁶Keluarga induk tidak terlacak karena berpindah alamat tetapi alamat terbarunya tidak diketahui oleh siapapun, dan enumerator tidak dapat menghubungi keluarga tersebut melalui nomor telepon yang diperoleh pada data *baseline*.

kuesioner Studi *Baseline* MAMPU. Kuesioner berisi pertanyaan untuk tingkat keluarga dan individu (anggota keluarga) dengan rincian sebagai berikut.

- a) Bab E: bertujuan menentukan kelayakan keluarga untuk menjadi sampel. Untuk layak menjadi keluarga sampel, sebuah keluarga harus tidak memiliki rencana pindah, dikepalai oleh individu berusia lebih dari 15 tahun, dan memiliki anggota keluarga yang berjenis kelamin perempuan.
- b) Bab S: informasi mengenai alamat dan nomor telepon keluarga.
- c) Bab R: data-data dasar seluruh anggota keluarga, seperti jenis kelamin, usia, kepemilikan dokumen kependudukan, status pernikahan, pendidikan, dan lain-lain.
- d) Bab W: informasi mengenai keterangan pekerjaan yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga yang berusia lebih dari 5 tahun dan tidak sedang bermigrasi.
- e) Bab M: informasi mengenai migrasi yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga yang sedang melakukan migrasi.
- f) Bab I: informasi mengenai kesehatan ibu dan reproduksi yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga perempuan yang berusia 6–49 tahun dan pernah/sedang hamil.
- g) Bab H: informasi di tingkat keluarga mengenai kondisi rumah, harta, pinjaman, konsumsi, program-program perlindungan sosial dari pemerintah/pihak nonpemerintah yang diterima, serta partisipasi perempuan di masyarakat.
- h) Bab K dan K1: informasi mengenai kesehatan di tingkat keluarga, seperti penyakit yang diderita, pengobatan, dan pemanfaatan asuransi kesehatan yang dimiliki.
- i) Bab F: informasi mengenai partisipasi anggota keluarga perempuan berusia 15–40 tahun dalam kegiatan di masyarakat. Bab F baru ditambahkan pada Studi *Midline* MAMPU.
- j) Bab V: informasi mengenai persepsi anggota keluarga perempuan berusia 15–40 tahun yang pernah menikah terkait kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dan sikap terhadap upaya pelaporan KDRT. Bab V baru ditambahkan pada Studi *Midline* MAMPU.

Bab I khusus ditanyakan kepada setiap perempuan yang memenuhi kriteria pengisian dan tidak boleh diwakilkan oleh anggota keluarga lainnya apabila tidak sedang berada di rumah. Fokus dari Bab I adalah untuk mengetahui kondisi kesehatan reproduksi dan akses pelayanan kesehatan, serta mengobservasi perubahan yang terjadi berikut aktor dan faktor yang memengaruhi semenjak Studi *Baseline* MAMPU. Informasi yang digali saat Studi *Baseline* MAMPU hanya mencakup kesehatan reproduksi. Terkait kesehatan reproduksi, akses terhadap pelayanan yang diobservasi meliputi pemeriksaan kehamilan, persalinan, kontrasepsi, dan pemeriksaan organ kewanitaan. Pada 2017, studi ini menambahkan variabel untuk menggali status gizi perempuan, khususnya ibu hamil, dan status pemberian nutrisi oleh perempuan kepada bayi termasuk praktik dan pengetahuan mengenai IMD dan pemberian ASIE.

1.3.4 Metode Kualitatif

Pada metode kualitatif, data primer diperoleh melalui wawancara mendalam, diskusi kelompok terfokus/*focus group discussion* (FGD), dan observasi. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara semi terstruktur. Di setiap kabupaten terdapat sekitar 60 wawancara yang dilakukan di tingkat keluarga, masyarakat/desa, kecamatan, dan kabupaten. Wawancara di tingkat keluarga mencakup wawancara dengan keluarga responden Studi *Baseline* MAMPU yang didatangi kembali saat Studi *Midline* MAMPU. Sementara itu, FGD yang dilakukan terdiri atas FGD mini dan FGD desa. FGD mini merupakan FGD kecil yang diikuti lima perempuan

miskin yang semuanya merupakan anggota kelompok dampingan⁷ atau semuanya bukan merupakan anggota kelompok dampingan. Di setiap desa dilakukan lima FGD mini dan tiap FGD mini hanya membahas satu tema kerja MAMPU. Setiap FGD mini memiliki kriteria peserta tertentu sesuai dengan setiap tema yang dibahas. Sementara itu, FGD desa dilakukan satu kali setelah semua FGD mini selesai. FGD desa melibatkan perwakilan kelompok perempuan miskin dan tokoh-tokoh masyarakat atau kelompok elite desa.

Wawancara mendalam dan FGD mini bertujuan mendalami perubahan kondisi kesehatan dan gizi perempuan miskin, ketersediaan layanan kesehatan dan gizi bagi perempuan di tingkat desa, serta faktor dan aktor yang memengaruhi perubahan tersebut. Observasi dilakukan di tingkat desa untuk mendapatkan gambaran yang lebih menyeluruh terkait ketersediaan layanan yang memengaruhi perubahan kondisi kesehatan dan gizi perempuan di lokasi studi. FGD desa dilakukan untuk mengonfirmasi temuan lapangan berdasarkan hasil wawancara mendalam, FGD mini, dan observasi kepada forum di tingkat desa, sekaligus menggali informasi lain yang relevan dan belum muncul dari penggalan sebelumnya. FGD desa juga berperan dalam memetakan informan untuk wawancara pendalaman. Rangkuman kegiatan pengumpulan data primer kualitatif dapat dilihat pada Tabel 2.

⁷Kelompok perempuan yang mendapat pendampingan dari lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan, baik yang berafiliasi dengan MAMPU maupun tidak. Pendampingan ini biasanya mencakup berbagai kegiatan pemberdayaan dan pelatihan bagi perempuan, baik terkait ekonomi maupun hal-hal nonekonomi.

Tabel 2. Kegiatan Pengumpulan Data Primer Kualitatif

Tingkat	Informan	Kegiatan Pengumpulan Data
Pusat	Direktorat Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan	Wawancara mendalam
	Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan	
	Mitra MAMPU untuk tema kesehatan dan gizi perempuan: 'Aisyiyah	
Kabupaten	Dinas Kesehatan	Wawancara mendalam
	Dinas Sosial	
	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	
	Mitra MAMPU yang melakukan intervensi pada tema kesehatan dan gizi perempuan: 'Aisyiyah	
	Mitra MAMPU yang melakukan intervensi terkait tema kesehatan dan gizi perempuan: Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA)	
	Organisasi lain yang melakukan intervensi terkait tema kesehatan dan gizi perempuan: Pusat Pengembangan Sumber Daya Wanita (PPSW) Borneo	
Kecamatan	Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas)	Wawancara mendalam
	Penyuluh lapangan Keluarga Berencana (PLKB)	
Desa	Pemerintah desa (kepala desa dan aparat desa)	Wawancara mendalam dan observasi
	Tokoh masyarakat (laki-laki dan perempuan)	
	Tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas kesehatan desa	
	Kader pos pelayanan terpadu (posyandu)	
	Kader tingkat desa atau aktivis perempuan di tingkat desa (baik dari lembaga mitra MAMPU maupun lembaga lain)	FGD mini
	Pihak yang berkontribusi terhadap perubahan akses, ketersediaan layanan, dan perilaku perempuan terkait kesehatan dan gizi	
	Perempuan miskin yang mengalami perubahan akses atau perilaku terhadap layanan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan reproduksi	
	Perempuan miskin anggota kelompok dampingan atau bukan anggota kelompok dampingan (baik mitra MAMPU maupun lembaga lain)	
Masyarakat elite desa (laki-laki dan perempuan) dan perempuan miskin perwakilan peserta FGD mini		FGD tingkat desa
Keluarga	Keluarga miskin yang pernah diwawancarai saat Studi <i>Baseline</i> MAMPU	Wawancara mendalam dan observasi

1.3.5 Analisis Data

Data kuantitatif dianalisis dengan menggunakan pendekatan statistik deskriptif yang membandingkan kondisi pada dua waktu, yakni 2014 (Studi *Baseline* MAMPU) dan 2017 (Studi *Midline* MAMPU).

Sementara itu, analisis data kualitatif pada studi ini terinspirasi oleh pendekatan *contribution analysis* (CA) yang dipelopori oleh John Mayne pada 2001. CA adalah pendekatan untuk mengkaji

atribusi para pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program. CA tidak menekankan pada kausalitas dari intervensi dan dampak, tetapi justru bertujuan mengurangi ketidakpastian dalam mengkaji dampak program atau berbagai program yang berjalan terhadap perubahan yang diharapkan. Data kualitatif pada studi ini dianalisis menggunakan pendekatan CA yang telah dimodifikasi sesuai kebutuhan studi.

Pada tahap awal, tim peneliti mengembangkan kerangka berpikir dari setiap tema kerja yang mencakup (i) permasalahan pada setiap tema kerja, (ii) hambatan pada setiap tema kerja, dan (iii) identifikasi intervensi yang sudah dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada. Kerangka berpikir dari setiap tema inilah yang membantu tim peneliti dalam menyusun pertanyaan penelitian dan instrumen penelitian. Selanjutnya, data kualitatif diolah dalam matriks dan dianalisis. Pada tahap akhir, data kuantitatif dan kualitatif bersifat saling melengkapi dalam menjawab pertanyaan penelitian yang diajukan.

II. AKSES PEREMPUAN TERHADAP LAYANAN KESEHATAN DAN GIZI

Secara umum, studi ini menemukan terjadinya peningkatan ketersediaan layanan kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi, dibandingkan dengan saat Studi *Baseline* MAMPU. Di seluruh wilayah studi telah tersedia berbagai layanan kesehatan bagi masyarakat, baik di tingkat desa, kecamatan, maupun kabupaten. Meskipun demikian, terdapat perbedaan dalam hal kuantitas dan kualitas layanan yang dipengaruhi di antaranya oleh budaya, kondisi geografis, dan kebijakan/program di setiap wilayah. Bagian ini menyajikan temuan mengenai akses perempuan terhadap berbagai layanan kesehatan, dengan memisahkan antara kondisi pada 2017 dan perubahan yang terjadi selama tiga tahun terakhir. Selain itu, terdapat analisis tambahan mengenai pengetahuan dan praktik yang dilakukan oleh perempuan dalam pemberian gizi bagi bayi/balita.

2.1 Gambaran Umum Ketersediaan Layanan Kesehatan

2.1.1 Fasilitas dan Layanan Kesehatan

Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat desa di seluruh wilayah studi sangat beragam. Kecuali di desa-desa studi di Deli Serdang, jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan di desa studi lainnya masih terbatas (seperti di Cilacap dan Pangkep) atau bahkan sangat terbatas (seperti di Kubu Raya dan TTS). Hal ini, antara lain, karena mayoritas desa studi di Deli Serdang sudah bercirikan perkotaan dengan tingkat kepadatan penduduk relatif tinggi dan memiliki berbagai fasilitas umum, termasuk fasilitas kesehatan (Rahmitha *et al.*, 2016). Berbeda dengan fasilitas kesehatan di Deli Serdang yang bersifat lebih menyebar hingga ke tingkat dusun, fasilitas kesehatan desa di wilayah studi umumnya berada di sekitar pusat pemerintahan desa.

Di antara 15 desa studi, hanya 2 desa yang memiliki puskesmas⁸ dan jumlah tersebut tidak berubah sejak 2014. Di desa-desa yang tidak memiliki puskesmas, variasi jarak ke puskesmas terdekat adalah 1–21 km. Masyarakat di Kubu Raya harus menempuh jarak lebih jauh daripada rata-rata masyarakat di kabupaten studi lainnya dengan waktu sekitar 45–60 menit menggunakan akses jalan air dan darat.⁹ Masyarakat Desa D di Cilacap harus pergi ke kecamatan lain untuk mengakses puskesmas terdekat karena jarak ke puskesmas di kecamatannya justru lebih jauh. Sementara itu, masyarakat Deli Serdang memiliki akses yang lebih mudah terhadap layanan puskesmas. Salah satu puskesmas di Deli Serdang menyediakan mobil layanan untuk menjangkau desa-desa layanannya secara bergilir, termasuk Desa B dan Desa C. Perbandingan ketersediaan fasilitas kesehatan di 15 desa studi tersaji dalam Tabel 3. Tabel ini menunjukkan bahwa layanan praktik swasta lebih banyak tersedia di desa-desa studi yang berada di wilayah Indonesia bagian barat. Sementara itu, dari sisi ketersediaan penyedia layanan, mayoritas tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas kesehatan desa adalah bidan atau perawat, tetapi khusus di Desa C (Deli Serdang) terdapat tenaga kesehatan yang berstatus dokter.

⁸Salah satu kecamatan studi di Deli Serdang memiliki tiga puskesmas, termasuk satu puskesmas yang berada di Desa A. Sementara itu, salah satu kecamatan studi di Pangkep memiliki dua puskesmas dan satu di antaranya terletak di Desa J.

⁹Jika hanya menggunakan akses jalan darat, waktu tempuh dari Desa H dan Desa I ke puskesmas lebih dari dua jam karena beberapa ruas jalan masih rusak dan beberapa ruas jalan lainnya sedang dalam perbaikan.

Tabel 3. Ketersediaan Posyandu dan Fasilitas Kesehatan di Desa Studi pada 2017

Kabupaten	Desa	Posyandu	Fasilitas Kesehatan					
			Poskesdes/ Polindes	Pustu	Puskesmas (jika tidak ada, maka jarak ke puskesmas terdekat)	Praktik Dokter	Praktik Bidan	Praktik Perawat
Deli Serdang	A	Ada	-	-	Ada	Ada	Ada	-
	B	Ada	Ada	Ada	± 20 km	-	Ada	Ada
	C	Ada	-	Ada	± 15 km	Ada	Ada	Ada
Cilacap	D	Ada	-	Ada	± 7 km	-	Ada	-
	E	Ada	Ada	-	± 13 km	-	Ada	Ada
	F	Ada	Ada	-	± 9 km	-	Ada	Ada
Kubu Raya	G	Ada	Ada	Ada	± 16 km	-	Ada	-
	H	Ada	Ada	Ada	± 8 km (via sungai)	-	Ada	-
	I	Ada	Ada	-	± 21 km (via sungai + jalan darat)	-	Ada	-
Pangkep	J	Ada	-	-	Ada	-	Ada	Ada
	K	Ada	Ada	Ada	± 2 km	-	-	-
	L	Ada	Ada	-	± 2 km	-	-	-
TTS	M	Ada	Ada	-	± 10 km	-	-	-
	N	Ada	Ada	-	± 9 km	-	-	-
	O	Ada	-	-	± 1 km	-	-	-

Sumber: Hasil olah data wawancara individu, 2017.

Tabel 3 di atas memperlihatkan bahwa dibandingkan dengan desa studi di keempat kabupaten lainnya, ketiga desa studi di Deli Serdang memiliki variasi jenis fasilitas kesehatan yang paling banyak, baik yang disediakan pemerintah maupun swasta. Kondisi ini tidak hanya memudahkan akses masyarakat, tetapi juga dapat memberikan lebih banyak pilihan layanan kesehatan. Keberadaan praktik swasta di Deli Serdang juga relatif tersebar dan cukup mudah diakses masyarakat. Sebaliknya, ketersediaan fasilitas kesehatan desa di wilayah studi lainnya masih sangat bergantung pada penyediaan fasilitas oleh pemerintah, seperti pos kesehatan desa (poskesdes) dan puskesmas pembantu (pustu), yang jumlah dan sebarannya relatif terbatas. Fasilitas kesehatan milik pemerintah biasanya berada di sekitar pusat pemerintahan desa sehingga terkadang sulit diakses oleh masyarakat dari dusun/wilayah terpencil.

Untuk mendukung fasilitas kesehatan yang ada, bidan atau perawat di mayoritas desa studi membuka layanan praktik di luar jam layanan poskesdes/pos bersalin desa (polindes). Umumnya mereka merupakan tenaga kesehatan yang juga bertugas di poskesdes/polindes. Khusus Deli Serdang, praktik swasta di wilayah ini bukan berasal dari tenaga kesehatan yang bertugas di poskesdes/polindes. Secara umum, keberadaan praktik bidan atau perawat di desa-desa studi dapat memudahkan masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan sewaktu-waktu, terutama di luar jam layanan poskesdes/polindes.

Ketiga desa studi di TTS serta Desa K dan Desa L di Pangkep merupakan desa-desa studi yang tidak memiliki layanan praktik swasta. Layanan kesehatan yang tersedia di desa-desa tersebut hanya berasal dari pemerintah yang jumlah dan sebarannya pun terbatas. Namun, khusus di Desa K dan Desa L di Pangkep terdapat ketentuan dari pemerintah kabupaten yang mengharuskan bidan-bidan di poskesdes untuk menetap di tempatnya bertugas. Ketentuan ini memungkinkan masyarakat tetap dapat mengakses bidan di luar jam operasional poskesdes. Dampaknya, akses masyarakat terhadap tenaga kesehatan desa secara umum relatif baik meski variasi dan jumlah fasilitas kesehatan di tingkat desa terbatas. Berbeda dengan Pangkep, tidak terdapat kebijakan khusus dari Pemerintah Kabupaten TTS untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan fasilitas kesehatan desa. Dibandingkan dengan keempat kabupaten lainnya, variasi jenis fasilitas kesehatan di Kabupaten TTS memang terlihat paling sedikit.

Sementara itu, meski bukan merupakan fasilitas kesehatan, posyandu cukup berperan dalam memfasilitasi proses distribusi beberapa jenis layanan kesehatan, seperti pemeriksaan ibu hamil/bayi/balita, imunisasi, layanan kontrasepsi, dan pengobatan ringan bagi masyarakat umum. Karena peranannya yang cukup besar, terdapat upaya penambahan posyandu dalam rangka meningkatkan ketersediaan layanan kesehatan di tingkat desa di seluruh kabupaten studi (Tabel 4). Tenaga kesehatan di desa bertugas untuk membina posyandu yang berada di wilayah pelayanannya, termasuk dengan menghadiri kegiatan rutin posyandu yang diadakan secara bergilir. Biasanya posyandu tersedia di tingkat dusun. Khusus di Desa L (Pangkep), saat ini terdapat posyandu keliling setiap dua bulan sekali untuk menjangkau kampung terpencil.

Meski terdapat penambahan jumlah posyandu, tidak terdapat penambahan jumlah fasilitas kesehatan desa milik pemerintah (puskesmas, pustu, poskesdes, dan polindes) dalam tiga tahun terakhir di seluruh desa studi. Upaya yang banyak dilakukan oleh pemerintah daerah lebih pada peningkatan layanan kesehatan seperti posyandu dan perbaikan fasilitas kesehatan desa (poskesdes, pustu, dan puskesmas) seperti yang terjadi di Deli Serdang, Kubu Raya, dan Pangkep (Tabel 6). Peningkatan dan perubahan layanan kesehatan lebih banyak terjadi di tingkat desa meski ada sebagian kecil yang terjadi di tingkat kecamatan. Contoh perubahan yang terjadi di tingkat kecamatan adalah pengadaan mobil layanan oleh salah satu puskesmas di Deli Serdang. Mobil layanan yang beroperasi sejak 2015 ini melayani dua desa studi di kabupaten tersebut. Jenis layanan yang bisa diakses adalah pemasangan kontrasepsi, imunisasi, dan pemeriksaan ibu hamil. Keberadaan mobil layanan tersebut mempermudah akses perempuan terhadap layanan kesehatan.

Perubahan lainnya terjadi di Pangkep, yakni berupa pembangunan fasilitas rumah tunggu pasien di samping puskesmas di Desa J yang dapat juga digunakan sebagai rumah tunggu kelahiran. Dinas Kesehatan Pangkep membangun fasilitas ini pada 2016 untuk mempermudah akses masyarakat, terutama yang berasal dari luar desa. Sementara itu, polindes di Desa M (TTS) yang sempat tidak aktif sejak 2014 karena bidan yang bertugas sedang melanjutkan pendidikan kini telah aktif kembali sejak adanya penempatan tenaga kesehatan baru pada 2017. Kondisi ini makin memperlihatkan bahwa jumlah tenaga kesehatan di TTS masih minim dan bahwa keberadaan fasilitas kesehatan akan menjadi tidak bermakna jika tidak ada tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas tersebut.

Tabel 4. Perubahan Ketersediaan Layanan Kesehatan di Wilayah Studi

Bentuk dan Sifat Perubahan (+ atau -)	Wilayah Studi
Pemeriksaan IVA gratis (+)	Seluruh wilayah studi
Pembangunan/penambahan posyandu (+)	Seluruh wilayah studi (termasuk pengadaan posyandu keliling di Pangkep)
Pengadaan kelas ibu hamil di desa (+)	Kecuali Deli Serdang
Penambahan sarana/peralatan di fasilitas kesehatan desa yang sudah ada (+)	<ul style="list-style-type: none"> • Deli Serdang (pos jaga untuk menyusui) • Cilacap (kursi persalinan) • Kubu Raya (ruang bersalin dan kursi persalinan) • Pangkep (rumah tunggu pasien)
Perbaikan fasilitas kesehatan desa (poskesdes/pustu/puskesmas) (+)	Deli Serdang, Kubu Raya, dan Pangkep
Perubahan jam layanan fasilitas kesehatan (+)	<ul style="list-style-type: none"> • Cilacap (puskesmas) • Kubu Raya (poskesdes)
Pengadaan mobil layanan oleh puskesmas (+)	Deli Serdang
Pembangunan fasilitas penunjang (rumah tunggu kelahiran di tingkat kecamatan) (+)	Kubu Raya
Penyediaan alat-alat kesehatan dari Dinas Kesehatan (+)	Pangkep
Perubahan/perluasan fasilitas kesehatan yang bisa diakses (+)	Pangkep
Salah satu polindes menjadi tidak aktif (-)	TTS
Pengaktifan kembali polindes di salah satu desa (+)	TTS

Sumber: Hasil olah data wawancara individu, 2017.

Keterangan:

(+) = perubahan bersifat positif.

(-) = perubahan bersifat negatif.

Dalam rangka mendukung layanan kesehatan, pemerintah daerah juga memberikan perhatian pada peningkatan kapasitas penyedia layanan. Di seluruh kabupaten studi, ditemukan adanya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan desa dan pendamping tenaga kesehatan desa selama 2014–2017. Mayoritas pihak yang berperan melakukan upaya peningkatan kapasitas tersebut adalah pemerintah daerah. Beberapa kegiatan dalam rangka meningkatkan kapasitas penyedia layanan kesehatan di desa adalah sebagai berikut.

a) Tenaga kesehatan desa

Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan desa dilakukan oleh pemerintah daerah dan organisasi nonpemerintah. Di Cilacap dan Pangkep, bentuk kegiatan yang dilakukan adalah pelatihan *midwifery update* dan *antenatal care* dari Dinas Kesehatan dan 'Aisyiyah serta pelatihan pemeriksaan IVA dari 'Aisyiyah kepada bidan puskesmas. Di Desa J (Pangkep) terdapat empat bidan puskesmas yang telah mengikuti pelatihan tersebut dan kini mereka telah tersertifikasi untuk melakukan pemeriksaan IVA. Puskesmas di Desa J ini melayani dua dari tiga desa studi di Pangkep.

b) Pendamping tenaga kesehatan desa

Peningkatan kapasitas pendamping tenaga kesehatan desa dilakukan oleh pemerintah daerah. Pendamping tenaga kesehatan desa terdiri atas kader posyandu dan dukun bayi yang

sudah bermitra dengan bidan. Mereka merupakan pihak-pihak yang menjadi kepanjangan tangan bidan atau tenaga kesehatan desa di tingkat masyarakat, terutama untuk memberikan berbagai sosialisasi tentang kesehatan, seperti pemeriksaan kehamilan dan bayi/balita di posyandu, persalinan di fasilitas kesehatan, dan penggunaan alat kontrasepsi. Kader posyandu dan dukun bayi relatif lebih mudah dijangkau oleh masyarakat karena mereka memiliki kedekatan dari sisi tempat tinggal. Biasanya mobilitas kader posyandu dan dukun bayi berada di tingkat lingkungan baik RT maupun dusun sehingga lebih mudah dijangkau masyarakat daripada bidan atau tenaga kesehatan yang biasanya berlokasi di sekitar pusat kegiatan desa.

(1) Kader posyandu

Bentuk kegiatan pemberdayaan kader posyandu yang ada di seluruh wilayah studi adalah pelatihan dan pemberian insentif bulanan kepada setiap kader. Nominal insentif bulanan ini bervariasi antarwilayah studi, mulai dari Rp50.000 hingga Rp150.000. Kubu Raya merupakan kabupaten studi yang memberikan insentif kepada kader posyandu dengan nominal terbesar. Selain itu, Kubu Raya memiliki Program Inovasi Pemberdayaan Kader Posyandu. Program ini bertujuan meningkatkan pemahaman kader posyandu, sekaligus menugaskan setiap kader untuk mendampingi lima ibu hamil dan membina sepuluh keluarga dengan bayi/balita di desanya.

(2) Dukun bayi

Upaya meningkatkan kapasitas dukun bayi dilakukan dalam rangka kemitraan bidan dan dukun bayi. Kemitraan ini terdapat di seluruh wilayah studi dan salah satu kegiatan utamanya adalah memberikan pelatihan/pembinaan kepada dukun bayi secara rutin. Khusus di Kubu Raya, sejak 2015 pemerintah daerah juga memberikan insentif bulanan kepada dukun bayi yang telah bermitra. Nominal insentif ini adalah Rp300.000/bulan dan pengambilannya dilakukan secara langsung di puskesmas. Sementara itu, bidan di Desa K (Pangkep) biasa memberikan insentif Rp25.000 kepada dukun bayi yang membawa calon ibu bersalin ke poskesdes. Hal ini merupakan upaya bidan meningkatkan motivasi dukun bayi untuk tidak membantu persalinan tanpa bidan.

2.1.2 Kebijakan/Program/Bantuan Layanan Kesehatan

Selain fasilitas kesehatan, ketersediaan layanan kesehatan juga dilihat dalam bentuk kebijakan/program kesehatan daerah yang bisa diakses masyarakat di wilayah studi. Ringkasan variasi kebijakan/program kesehatan daerah yang terdapat di setiap wilayah studi tersaji dalam Tabel 5. Tabel ini memperlihatkan program jaminan perlindungan kesehatan daerah di seluruh kabupaten studi, baik yang sudah berintegrasi dengan JKN-KIS maupun belum, dan jaminan persalinan. Di wilayah studi yang jaminan kesehatan daerahnya telah berintegrasi dengan JKN-KIS dan menjadi JKN-KIS Daerah, pengelolaan jaminan kesehatan dilakukan oleh BPJS Kesehatan seperti halnya JKN-KIS. Sementara itu, program pemeriksaan inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) secara gratis yang ada di seluruh kabupaten studi merupakan bagian dari gerakan nasional untuk mencegah dan mendeteksi dini kanker serviks. Pemerintah mencanangkan gerakan ini sejak 2015 hingga 2019.

Tabel 5. Kebijakan/Program Kesehatan di Wilayah Studi pada 2017

Kebijakan/Program	Deli Serdang	Cilacap	Kubu Raya	Pangkep	TTS
Jaminan perlindungan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> •JKN-KIS •JKS-KIS Daerah 	<ul style="list-style-type: none"> •JKN-KIS •Jamkesda 	<ul style="list-style-type: none"> • JKN-KIS • JKS-KIS Daerah 	<ul style="list-style-type: none"> •JKN-KIS •JKS-KIS Daerah 	<ul style="list-style-type: none"> •JKN-KIS •JKS-KIS Daerah
Jaminan persalinan	Jampersalda	Jampersalda	Jampersalda	Jampersalda	Jampersalda
Pencegahan kanker serviks dan payudara	Tes IVA gratis	<ul style="list-style-type: none"> •Tes IVA gratis •Sadanis¹⁰ 	Tes IVA gratis	<ul style="list-style-type: none"> •Tes IVA gratis •Sadanis 	Tes IVA gratis
Fasilitas penunjang			Rumah tunggu kelahiran	Rumah tunggu pasien	Rumah tunggu kelahiran
Pemberian insentif bulanan kepada pendamping tenaga kesehatan desa	Kader posyandu: Rp50.000	Kader posyandu	<ul style="list-style-type: none"> • Kader posyandu: Rp150.000 • Dukun bayi: Rp300.000 	Kader posyandu: Rp90.000	Kader posyandu
Kebijakan/program lainnya	<ul style="list-style-type: none"> • Kemitraan bidan dan dukun bayi • Kampung ASI (Air Susu Ibu) • SE Bupati tentang anjuran persalinan di fasilitas kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> •Kemitraan bidan dan dukun bayi •<i>Antenatal care</i> dan <i>postnatal care</i> terintegrasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Kemitraan bidan dan dukun bayi • Program GSC¹¹ • Program inovasi pemberdayaan kader posyandu • Kampung KB (Keluarga Berencana) 	<ul style="list-style-type: none"> •Kemitraan bidan dan dukun bayi •Fasilitas kesehatan desa bisa diakses 24 jam •SE Bupati tentang ASIE¹² 	<ul style="list-style-type: none"> • Kemitraan bidan dan dukun bayi • Peraturan Daerah (Perda) TTS dan aturan desa¹³ tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak (KIBBLA)¹⁴

Sumber: Hasil olah data wawancara individu, 2017.

Studi ini juga mencatat bahwa pada 2017 terdapat program dan kebijakan baru di salah satu desa studi yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah, seperti Program Kampung ASI di Deli Serdang dan Kampung KB di Kubu Raya. Salah satu kegiatan Kampung ASI adalah membangun pos jaga untuk menyusui pada 2017 di salah satu dusun dengan jumlah balita terbanyak. Namun, pada dasarnya Kampung ASI dan Kampung KB juga mencakup layanan lain di luar ASI dan KB, seperti sosialisasi tentang kontrasepsi, kanker serviks dan pemeriksaan IVA, serta inisiasi menyusui dini (IMD).

Selain itu, terdapat peningkatan intensitas penyuluhan dari puskesmas kepada masyarakat yang berada di wilayah pelayanannya di Pangkep. Hal ini merupakan upaya puskesmas menerapkan

¹⁰Pemeriksaan payudara secara klinis.

¹¹ Program Generasi Sehat dan Cerdas; sebelumnya bernama Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Generasi Sehat dan Cerdas (PNPM GSC). Pada 2015, PNPM GSC berubah nama menjadi Program GSC.

¹²Air Susu Ibu Eksklusif, yakni pemberian air susu ibu secara eksklusif (tanpa dicampur atau didampingi sumber makanan lain) selama enam bulan pertama kelahiran.

¹³Disebut aturan desa dan bukan peraturan desa (perdes) karena ketentuan tentang KIBBLA di tingkat desa tidak selalu dituangkan dalam peraturan formal (perdes). Penetapan ketentuan ini lebih bersifat lisan yang disampaikan dalam forum rapat desa.

¹⁴Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak.

aturan terkait dana kapitasi¹⁵ peserta JKN-KIS. Aturan ini mewajibkan setiap fasilitas kesehatan yang menerima kapitasi untuk melakukan kontak sehat kepada masyarakat peserta JKN-KIS yang kemudian diukur sebagai Angka Kontak¹⁶ fasilitas kesehatan.

Bentuk kegiatan kontak sehat ini berupa sosialisasi dan penyuluhan. Penerapan aturan tersebut berdampak pada meningkatnya ketersediaan layanan kesehatan nonpemeriksaan dan nonpengobatan di wilayah studi, seperti pengadaan kegiatan senam sehat lanjut usia (lansia) dan kelas ibu hamil di puskesmas. Kedua kegiatan ini menjadi salah satu media penyebaran informasi tentang kesehatan dan layanan kesehatan yang tersedia di puskesmas. Makin sering masyarakat Pangkep melakukan kontak dengan penyedia layanan kesehatan, makin besar pula peluang mereka mendapatkan informasi layanan.

Selain di Pangkep, kelas ibu hamil juga terdapat di mayoritas kabupaten studi lainnya. Pelaksanaan kelas ibu hamil berada di bawah pengawasan bidan desa atas arahan puskesmas dan biasanya dilakukan di salah satu posyandu. Secara umum, bentuk kegiatan kelas ibu hamil meliputi senam ibu hamil, pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil, penyuluhan jenis makanan yang harus dikonsumsi ibu hamil, dan penyuluhan cara menjaga kesehatan selama masa kehamilan.

Kebijakan baru lainnya yang tidak ditemukan pada Studi *Baseline* MAMPU adalah adanya pemanfaatan Dana Desa untuk aspek kesehatan. Keberadaan UU No. 6 Tahun 2014 tentang Desa memungkinkan pemerintah desa menentukan penggunaan Dana Desa secara otonom. Mengacu pada pasal 74 ayat 2 dan pasal 80 ayat 4 UU Desa, pemerintah desa mendapat amanat untuk menyediakan layanan dasar bagi masyarakat desa termasuk layanan kesehatan. Amanat ini kemudian diwujudkan, antara lain, melalui pengalokasian Dana Desa pada aspek kesehatan. Hasil wawancara mendalam menemukan di seluruh desa studi terdapat pengalokasian Dana Desa untuk kegiatan posyandu, baik untuk biaya operasional kegiatan maupun untuk memberikan/menambah insentif bagi para kader. Khusus di Desa M (TTS), pemerintah desa juga mengalokasikan sejumlah Dana Desa untuk menambah honor tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas kesehatan desa. Pemerintah Desa M juga memperbaiki jalan dusun untuk memudahkan akses jalan menuju fasilitas kesehatan. Adanya pengalokasian Dana Desa untuk berbagai aspek kesehatan tersebut dapat berkontribusi meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan di tingkat desa.

Selain pemerintah, studi ini menemukan adanya keterlibatan pihak-pihak nonpemerintah terkait bantuan penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat. Keterlibatan ini ditemukan di seluruh kabupaten studi meski lokasinya tidak terdapat di ketiga desa studi di kabupaten yang sama. Tabel 6 menyajikan informasi tentang pihak-pihak nonpemerintah, baik organisasi nonpemerintah, perusahaan, maupun kelompok keagamaan, yang turut membantu menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah studi. Seluruh bantuan layanan yang mereka berikan bersifat natura, dan salah satu bentuknya adalah pengobatan gratis. Mayoritas bantuan dari pihak nonpemerintah tersebut memiliki cakupan desa dan tidak memiliki kriteria khusus sehingga dapat diakses secara terbuka oleh masyarakat umum. Namun, beberapa jenis bantuan hanya dapat diakses oleh perempuan, seperti pemeriksaan IVA, pemberian makanan tambahan, dan

¹⁵Dana kapitasi JKN-KIS adalah dana yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan bagi peserta JKN-KIS. Sumber dana kapitasi berasal dari hasil pengelolaan dan pengembangan dana iuran peserta JKN-KIS oleh BPJS Kesehatan (Tim UJDIH BPK Perwakilan Provinsi Bangka Belitung, 2016).

¹⁶Indikator untuk mengetahui aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) oleh peserta, serta untuk mengetahui kepedulian dan upaya FKTP terhadap kesehatan peserta untuk setiap seribu peserta yang terdaftar di FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 2 Tahun 2015).

pemberian insentif ke posyandu. Pemberian makanan tambahan ini ada yang ditujukan bagi ibu hamil dan ada pula yang ditujukan bagi bayi/balita. Sementara itu, insentif hanya diberikan kepada ibu yang membawa bayi/balitanya untuk melakukan pemeriksaan rutin di posyandu.

Tabel 6. Penyediaan Layanan Kesehatan oleh Pihak Nonpemerintah

Kabupaten	Penyedia Layanan	Bentuk Layanan
Deli Serdang	Koramil	Pengobatan gratis
	<i>Corporate social responsibility (CSR)</i> PT PGN	Pengobatan gratis
	Wihara desa	Pengobatan gratis
Cilacap	'Aisyiyah	Pemeriksaan IVA gratis, penyuluhan kesehatan, dan pelatihan bidan
	CSR	Pembiayaan Jamkesda
Kubu Raya	Perkumpulan masyarakat Tionghoa	Pengobatan gratis
	IMA World Health dan PPSW Borneo dalam bentuk Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM)	Pemberian makanan tambahan dan paket insentif ke posyandu
Pangkep	'Aisyiyah	Pemeriksaan IVA gratis, penyuluhan kesehatan, dan pelatihan bidan
	CSR PT Tonasa	Pengobatan gratis dan bantuan alat kesehatan
TTS	<i>World Food Programme (WFP)</i> Indonesia	Pemberian makanan tambahan
	<i>Church World Service (CWS)</i> Indonesia	Pemberian makanan tambahan
	Koramil	Pembangunan posyandu

Sumber: Hasil olah data wawancara individu, 2017.

2.2 Kesehatan dan Gizi Perempuan

2.2.1 Akses Pemeriksaan Kesehatan, Kehamilan, dan Persalinan

a) Layanan Pemeriksaan Kesehatan dan Kehamilan

Secara umum, akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan selama kehamilan dan persalinan di seluruh wilayah studi mengalami perbaikan jika dibandingkan dengan temuan pada 2014. Tabel 7 menunjukkan bahwa jenis layanan kesehatan yang paling banyak diakses perempuan miskin adalah pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan. Berdasarkan hasil survei rumah tangga, akses perempuan miskin terhadap pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan meningkat dari rata-rata 70% pada 2014 menjadi lebih dari 90%¹⁷ pada 2017. Layanan pemeriksaan kehamilan yang paling banyak diakses adalah puskesmas (terutama di Pangkep) dan praktik bidan swasta (terutama di Deli Serdang dan Cilacap). Temuan ini sejalan dengan kondisi ketersediaan puskesmas di Desa J (Pangkep) dan banyaknya praktik bidan swasta di Deli Serdang (Tabel 3).

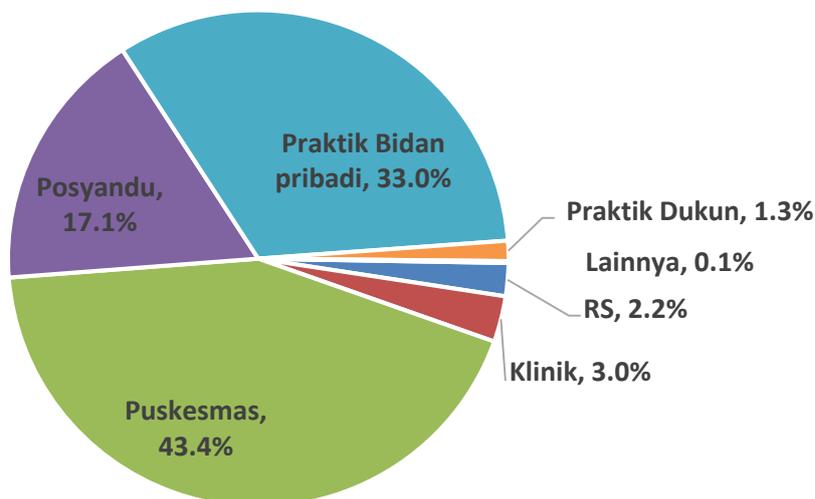
¹⁷Di dalam kuesioner, survei kuantitatif memasukkan posyandu sebagai salah satu jenis fasilitas kesehatan. Ada kemungkinan bahwa kontributor terbesar pada tingginya persentase pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan adalah posyandu.

Tabel 7. Persentase Akses Perempuan terhadap Layanan Kesehatan

Kabupaten	ANC ¹⁸	Persalinan oleh Tenaga Medis	KB	IVA/Pap Smear	Sadari/Sadonis ¹⁹	IMD	ASIE
Deli Serdang	94,80	91,91	48,55	IVA: 0,58 Pap smear: 4,05	Sadari: 4,05 Sadonis: 1,73	34,10	19,08
Cilacap	97,42	73,55	46,45	IVA: 7,10 Pap smear: 1,94	Sadari: 1,94 Sadonis: 2,58	41,94	42,58
Kubu Raya	81,28	35,16	61,64	IVA: 3,20 Pap smear: 1,83	Sadari: 13,70 Sadonis: 4,57	42,47	16,89
Pangkep	91,12	75,15	44,97	IVA: 2,96 Pap smear: 3,55	Sadari: 1,78 Sadonis: 1,18	48,52	34,32
TTS	89,90	68,69	55,05	IVA: 1,01 Pap smear: 1,52	Sadari: 0,51 Sadonis: 1,52	58,08	63,64
Total	90,26	67,07	52,08	IVA: 2,84 Pap smear: 2,52	Sadari: 4,81 Sadonis: 2,41	45,30	35,01

Sumber: Hasil survei wawancara rumah tangga, 2017.

Sementara itu, beberapa perempuan miskin memeriksakan kehamilan di posyandu karena jaraknya relatif lebih dekat dari tempat tinggal. Kondisi ini terutama ditemukan di Kubu Raya dan TTS sebagai dua wilayah studi yang ketersediaan fasilitas kesehatannya masih sangat terbatas. Di TTS, pemeriksaan kehamilan di posyandu juga didorong adanya instruksi Dinas Kesehatan kepada pemerintah desa agar menerapkan denda Rp5.000 bagi ibu hamil dan ibu dengan bayi/balita yang tidak datang ke posyandu (Rahmitha *et al.*, 2016: 65). Jenis fasilitas kesehatan yang dipilih perempuan di wilayah studi untuk pemeriksaan kehamilan dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Proporsi lokasi pemeriksaan kehamilan terakhir pada 2017

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Jumlah sampel adalah 837 perempuan yang pernah memeriksakan kehamilan.

¹⁸ANC adalah kependekan dari *antenal care*, yakni pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

¹⁹Pemeriksaan payudara sendiri atau klinis.

Hasil wawancara mendalam dan FGD mini menunjukkan bahwa perempuan yang memeriksakan kehamilannya kepada bidan di posyandu cenderung meningkat dalam tiga tahun terakhir. Peningkatan ini dipengaruhi oleh perubahan ketersediaan layanan dan perubahan perilaku ibu hamil. Dari sisi ketersediaan layanan, perubahan yang terjadi adalah (i) penambahan jumlah posyandu, (ii) kehadiran bidan dalam kegiatan rutin posyandu, (iii) adanya insentif bagi kader posyandu dan dukun bayi yang bermitra dengan bidan, dan (iv) penambahan jumlah penerima Program Keluarga Harapan (PKH).

Tabel 4 menunjukkan bahwa di seluruh wilayah studi terdapat penambahan jumlah posyandu. Bagi masyarakat desa studi, akses terdekat untuk pemeriksaan kehamilan oleh bidan adalah kegiatan rutin posyandu. Kondisi ini mengindikasikan adanya korelasi positif antara penambahan jumlah posyandu dan meningkatnya pemeriksaan kehamilan ke bidan di posyandu. Di Desa I (Kubu Raya), ibu hamil yang datang ke posyandu meningkat seiring hadirnya bidan saat pemeriksaan rutin. Sebelumnya, tenaga kesehatan yang datang ke posyandu hanya mantri (laki-laki perawat), sehingga ibu-ibu merasa kurang nyaman untuk memeriksakan kehamilannya. Sementara itu, ibu-ibu hamil di Desa N dan Desa O (TTS) makin aktif ke posyandu agar tidak dikenakan denda Rp5.000. Pemerintah di kedua desa ini memberlakukan denda bagi ibu yang tidak memeriksakan kehamilannya di posyandu. Di Desa N penerapan denda ini dimulai pada 2016, sedangkan di Desa O penerapannya dua tahun lebih awal.

Meningkatnya pemeriksaan ibu hamil di posyandu juga dipengaruhi oleh adanya pemberian insentif atau penambahan jumlah insentif kepada kader posyandu di wilayah studi (Tabel 5). Khusus di Kubu Raya, kebijakan insentif juga diberikan kepada dukun bayi yang bermitra dengan bidan. Pemberian insentif kepada kader posyandu dan dukun bayi mendorong mereka menjadi lebih giat memotivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke posyandu. Sementara itu, sebagai bantuan tunai bersyarat, PKH mensyaratkan bahwa ibu hamil yang menerima PKH harus memeriksakan kehamilannya secara rutin ke posyandu. Dilihat dari jumlah absolut perempuan di keluarga penerima PKH yang mengakses fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan, persentasenya meningkat 3–4 kali lipat dibandingkan dengan 2014 (Tabel 8). Dengan bertambahnya jumlah penerima PKH di wilayah studi, potensi ibu hamil yang datang ke posyandu pun ikut meningkat.

Tabel 8. Perubahan Jumlah dan Persentase Perempuan Miskin di Keluarga Penerima PKH Berdasarkan Akses terhadap Fasilitas Kesehatan

Jenis Fasilitas		Jumlah 2014 (%)	Jumlah 2017 (%)
Pemeriksaan kehamilan	nonfaskes	18 (19,35%)	35 (13,83%)
	faskes	75 (80,65%)	218 (86,17%)
Persalinan	nonfaskes	65 (69,89%)	124 (49,01%)
	faskes	28 (30,11%)	129 (50,99%)

Sumber: Hasil survei wawancara rumah tangga, 2017.

Sementara itu, dari sisi perubahan perilaku ibu hamil, bidan desa dan kader posyandu di seluruh wilayah studi menyebutkan bahwa terdapat peningkatan partisipasi ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilannya di posyandu. Perubahan perilaku ini terjadi seiring meningkatnya ketersediaan layanan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan. Hasil survei juga menemukan bahwa proporsi ibu hamil yang memeriksakan kehamilan ke fasilitas kesehatan meningkat seiring meningkatnya pendidikan ibu.

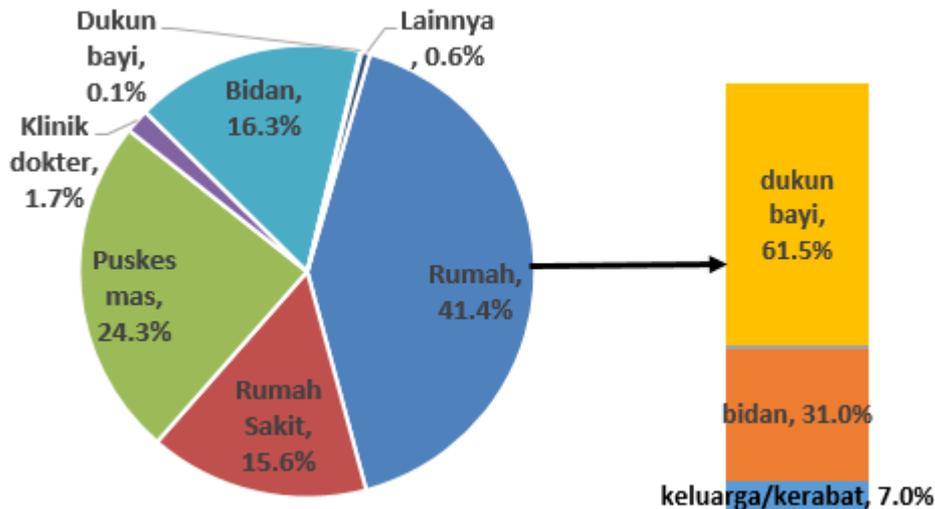
b) Layanan Persalinan

Tingginya tingkat pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan di wilayah studi belum diikuti oleh tingginya tingkat persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan. Di Cilacap, misalnya, meski lebih dari 97% perempuan telah memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan, hanya 73% perempuan yang persalinannya dibantu tenaga kesehatan (Tabel 7). Temuan ini mengindikasikan bahwa penggunaan fasilitas kesehatan untuk layanan pemeriksaan kehamilan sudah lebih baik dibandingkan dengan penggunaan layanan untuk persalinan. Jika dilihat secara nasional, akses perempuan terhadap persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan di kabupaten studi masih di bawah rata-rata nasional, yaitu 93% (BPS, 2017).

Di antara kelima kabupaten studi, Kubu Raya memiliki persentase terendah untuk akses perempuan yang melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan. Temuan ini mengindikasikan adanya preferensi lain dalam memilih penolong utama persalinan. Di Kubu Raya, tradisi turun-temurun untuk melahirkan dengan bantuan tenaga nonkesehatan seperti dukun bayi masih cukup kuat. Sebagian masyarakat cenderung memilih melahirkan dengan mengikuti tradisi tersebut daripada melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan.

Secara khusus, hasil survei kuantitatif menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan akses yang cukup signifikan antara perempuan miskin di Deli Serdang dan Kubu Raya terkait layanan persalinan. Kesenjangan tersebut dapat dilihat dari fakta berikut.

- (1) Hanya sekitar 67% perempuan dari seluruh perempuan miskin usia reproduktif di wilayah studi yang mengakses layanan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan (Tabel 7). Sementara itu, ketika dibagi berdasarkan distribusi, akses tertinggi untuk layanan persalinan oleh tenaga kesehatan seperti bidan, dokter, dan mantri ditemukan di Deli Serdang (96%) dan akses terendah terdapat di Kubu Raya (38%) (Lampiran 1 Tabel A1).
- (2) Terdapat 41% perempuan yang masih melahirkan di rumah pada 2017 (Gambar 2). Persentase paling tinggi terdapat di Kubu Raya (78%) dan paling rendah terdapat di Deli Serdang (19%). Akses jalanan yang buruk untuk menuju fasilitas kesehatan di Kubu Raya merupakan salah satu penyebab tingginya persentase persalinan di rumah (Lampiran 1 Tabel A1).
- (3) Meski persentase perempuan miskin yang melahirkan di tempat praktik dukun bayi sangat kecil (0,1%), sebagian besar dari perempuan yang melakukan persalinan di rumah (61%) masih memilih dukun bayi sebagai penolong utama persalinan (Gambar 2). Dari kelima kabupaten studi, persentase tertinggi persalinan di rumah dengan pertolongan dukun bayi (76%) terdapat di Kubu Raya. Sebaliknya, di Deli Serdang hanya 19% persalinan di rumah yang masih ditolong oleh dukun bayi, sedangkan sebagian besar sudah ditolong oleh bidan (Lampiran 1 Tabel A1).



Gambar 2. Proporsi lokasi persalinan dan penolong utama persalinan di rumah pada 2017

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Jumlah sampel adalah 865 perempuan.

Ketiga temuan kuantitatif tersebut sejalan dengan kondisi bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan desa di Deli Serdang paling memadai di antara kelima kabupaten studi, baik dari jumlah, sebaran, maupun variasi jenis fasilitasnya. Kondisi ini dipengaruhi oleh karakteristik desa-desa studi di Deli Serdang yang bercirikan perkotaan sehingga tumpuan akses layanan kesehatan termasuk untuk persalinan tidak hanya bergantung pada layanan yang disediakan pemerintah yang jumlahnya cenderung terbatas. Sebaliknya, ketersediaan fasilitas kesehatan desa di Kubu Raya masih sangat minim, terutama jika membandingkan jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan dengan luas wilayah. Berdasarkan laporan Studi *Baseline* MAMPU, mayoritas desa studi di Kubu Raya memiliki wilayah yang jauh lebih luas daripada desa studi di kabupaten lain termasuk Deli Serdang (Rahmitha *et al.*, 2016: 21).

Belum meratanya jumlah, sebaran, dan jenis fasilitas kesehatan desa untuk layanan persalinan memang menjadi salah satu faktor penyebab masih adanya ibu hamil yang melahirkan di rumah. Kondisi tersebut terutama paling banyak ditemukan di Kubu Raya dan TTS. Hasil wawancara mendalam dan observasi juga mengidentifikasi beberapa faktor lain, baik internal maupun eksternal, yang menyebabkan ibu hamil di wilayah studi masih melakukan persalinan di rumah.

(1) Faktor internal yang menyebabkan persalinan di rumah adalah sebagai berikut:

- (a) masih kurangnya kesadaran mengenai persalinan yang aman;
- (b) adanya tradisi keluarga untuk melahirkan dengan bantuan dukun bayi;
- (c) pemahaman sebagian masyarakat bahwa waktu operasional penggunaan jaminan kesehatan untuk persalinan sama terbatasnya dengan penggunaan jaminan ini untuk berobat umum; dan
- (d) keterbatasan biaya untuk mengakses layanan persalinan di fasilitas kesehatan.

Bagi masyarakat miskin, melahirkan di fasilitas kesehatan memerlukan biaya yang tidak sedikit, mulai dari biaya persalinan itu sendiri, biaya kendaraan menuju fasilitas kesehatan dan untuk kembali ke rumah setelah melahirkan, hingga biaya selama berada di fasilitas kesehatan. Kalau

pun mereka memiliki jaminan kesehatan, biaya-biaya ini tidak seluruhnya ditanggung oleh jaminan tersebut. Sebagian kecil pemerintah kabupaten studi telah berupaya mengurangi beban biaya persalinan, termasuk ongkos transportasi, dengan menggunakan skema jaminan persalinan daerah (Jampersalda) seperti di Kubu Raya. Beberapa wilayah studi pun sebetulnya sudah menyediakan fasilitas rumah tunggu kelahiran. Fasilitas ini bisa diakses secara gratis selama beberapa hari oleh masyarakat di Kubu Raya dan Pangkep. Namun, kebijakan serupa tidak ditemukan di TTS sehingga masyarakat di kabupaten ini masih harus menanggung sendiri biaya penggunaan listrik dan air selama menggunakan rumah tunggu kelahiran.

(2) Faktor eksternal yang menyebabkan persalinan di rumah adalah sebagai berikut:

- (a) buruknya kualitas infrastruktur jalan menuju fasilitas kesehatan;
- (b) waktu operasional fasilitas kesehatan desa yang terkadang tidak menentu;
- (c) keberadaan dukun bayi yang lebih banyak dan lebih dekat di sekitar masyarakat; dan
- (d) adanya penerapan aturan lokal di tingkat desa.

Di beberapa desa studi, khususnya di Kubu Raya dan TTS, jalan yang jelek dan sulit dilalui kian memperburuk akses ibu hamil terhadap layanan persalinan di fasilitas kesehatan desa yang ketersediaannya pun sudah sangat terbatas (Gambar 3). Kondisi tersebut sejalan dengan temuan studi lain bahwa tidak terjadinya perubahan perilaku bukan semata-mata karena faktor internal individu, melainkan lebih karena keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan primer (Handayani *et al.*, 2014). Sementara itu, jumlah dan sebaran dukun bayi di beberapa desa studi lebih banyak daripada bidan desa. Dari sisi keterjangkauan, masyarakat lebih mudah mengakses dukun bayi terutama karena proses persalinan sering kali terjadi secara tiba-tiba. Terkait dengan pembiayaan, masih ada dukun bayi yang bersedia dibayar bukan dengan uang sehingga dianggap meringankan beban keuangan keluarga miskin. Persalinan dengan bantuan dukun bayi juga tidak memerlukan biaya transportasi karena biasanya proses persalinan dilakukan di rumah. Sebaliknya, jaminan perlindungan kesehatan umumnya tidak menanggung biaya lain di luar biaya persalinan, seperti biaya transportasi ke fasilitas kesehatan. Keberadaan dukun bayi di sekitar tempat tinggal dan mudahnya mekanisme penggunaan dan pembiayaan dukun bayi menjadi salah satu penyebab persalinan di rumah dengan pertolongan dukun bayi.

Sementara itu, beberapa perempuan di Desa O (TTS) memilih melahirkan di rumah untuk menghindari denda akibat penerapan aturan desa. Menurut aturan ini, baik dukun bayi yang membantu persalinan maupun ibu yang persalinannya dibantu dukun bayi harus membayar denda Rp500.000. Dengan adanya kesulitan untuk mengakses fasilitas kesehatan di satu sisi dan adanya denda persalinan dengan dukun bayi di sisi lain, beberapa ibu hamil memilih untuk melahirkan di rumah, baik dengan bantuan keluarga/kerabat maupun tanpa bantuan siapa pun. Kondisi ini sejalan dengan hasil survei kuantitatif yang menemukan bahwa proporsi tertinggi (23%) untuk persalinan dibantu keluarga pada 2017 terdapat di TTS.



Gambar 3. Kondisi akses jalan di desa studi di Kubu Raya dan TTS

c) Peningkatan Akses Persalinan dengan Tenaga kesehatan

Meskipun akses layanan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan di wilayah studi masih tergolong rendah, studi ini menemukan adanya peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan tersebut selama tiga tahun terakhir. Peningkatan ini ada yang terjadi di seluruh wilayah studi, tetapi ada juga yang hanya terjadi di beberapa wilayah studi. Berikut beberapa di antaranya.

(1) *Meningkatnya persentase perempuan yang melakukan persalinan terakhir di fasilitas kesehatan, seperti puskesmas, RS, dan praktik bidan swasta.* Mengacu pada Gambar 2, baru sekitar 58% perempuan yang melahirkan di fasilitas kesehatan. Persentase ini memang relatif masih cukup rendah, tetapi tetap lebih baik jika dibandingkan dengan kondisi pada 2014. Secara umum, peningkatan tersebut cukup signifikan dan terjadi di seluruh wilayah studi. Berdasarkan hasil survei, akses ibu hamil yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan meningkat seiring meningkatnya pendidikan ibu.

Keberadaan program jaminan persalinan daerah (Jampersalda) dan kemitraan bidan dengan dukun bayi di semua kabupaten studi turut berkontribusi pada meningkatnya akses perempuan untuk melahirkan di fasilitas kesehatan. Di Kubu Raya dan Pangkep, Jampersalda menanggung biaya penggunaan rumah tunggu kelahiran selama enam hari (Kubu Raya) atau tiga hari (Pangkep). Biaya yang ditanggung ini mencakup biaya operasional rumah tunggu, seperti biaya air dan listrik, yang notabene tidak ditanggung JKN-KIS. Selain itu, Jampersalda di Kubu Raya menanggung ongkos ibu bersalin ke fasilitas kesehatan dan ongkos untuk kembali ke rumah setelah persalinan, serta biaya makan untuk maksimal empat orang (ibu bersalin, satu pendamping dari keluarga, serta satu tenaga kesehatan dan dukun bayi yang mendampingi proses persalinan). Namun, kebijakan serupa tidak ditemukan di TTS meski kabupaten ini juga mengadakan Jampersalda dan pelayanan rumah tunggu kelahiran.

Beberapa pemerintah kabupaten studi juga mengeluarkan kebijakan daerah terkait ketentuan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, seperti Deli Serdang, Cilacap, dan TTS. Di Deli Serdang terdapat instruksi dari bupati untuk melahirkan di fasilitas kesehatan. Di Cilacap terdapat surat edaran bupati yang mewajibkan peserta JKN-KIS melakukan persalinan di puskesmas. Di TTS terdapat perda tentang KIBBLA²⁰ yang melarang persalinan di rumah. Seluruh desa studi di TTS mengadopsi Perda KIBBLA sebagai aturan desa meski belum diformalkan menjadi peraturan desa. Sementara itu, di Kubu Raya terdapat bantuan bagi ibu hamil dari Program Generasi Sehat Cerdas (GSC). Bantuan ini berupa biaya transportasi untuk melahirkan di fasilitas kesehatan.

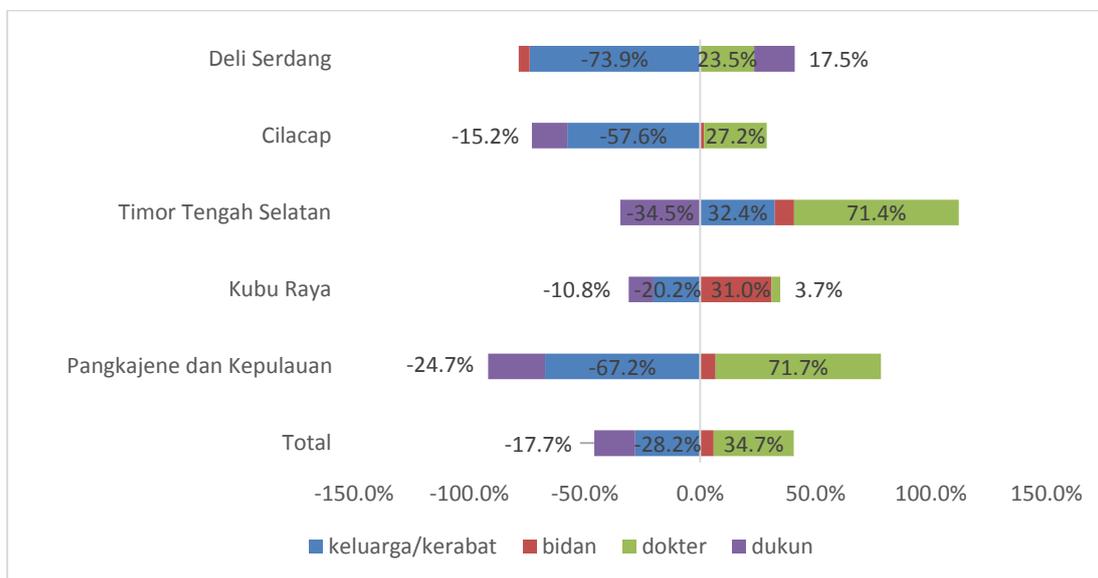
Terkait dengan pembiayaan persalinan, hasil survei menemukan bahwa lebih dari 40% persalinan terakhir di fasilitas kesehatan di seluruh wilayah studi menggunakan JKN-KIS sebagai mekanisme pembiayaan. Meskipun jumlahnya kurang dari 50%, temuan ini mengindikasikan bahwa program jaminan kesehatan bisa menjadi tumpuan keluarga miskin dalam mengakses layanan di fasilitas kesehatan, salah satunya persalinan.

- (2) *Menurunnya persentase perempuan miskin yang melakukan persalinan di rumah.* Mengacu pada Gambar 2, masih terdapat sekitar 41% perempuan yang melahirkan di rumah. Persentase ini memang relatif masih cukup tinggi, tetapi tetap lebih baik jika dibandingkan dengan kondisi pada 2014. Hasil survei rumah tangga menemukan bahwa penurunan persentase persalinan di rumah terjadi di seluruh kabupaten studi. Namun, perlu diperhatikan bahwa tingkat persalinan di rumah masih sangat tinggi untuk daerah Kubu Raya. Terlepas dari keberadaan sejumlah program kesehatan di kabupaten tersebut, temuan ini menguatkan indikasi bahwa kendala terkait kondisi geografis, jarak, dan masih buruknya akses jalan menuju fasilitas kesehatan dapat berkontribusi dalam mendorong bidan mendatangi rumah calon ibu bersalin untuk membantu melakukan persalinan di rumah. Kondisi ini terjadi terutama saat musim hujan. Persalinan di rumah dengan bantuan bidan ditemukan di seluruh desa studi di Kubu Raya, khususnya di dusun-dusun yang tidak memiliki fasilitas kesehatan untuk layanan persalinan.
- (3) *Meningkatnya persentase penggunaan bidan dan dokter sebagai penolong utama persalinan.* Temuan ini terjadi di hampir semua kabupaten studi (Gambar 4). Peningkatan penggunaan dokter sebagai penolong persalinan paling banyak terdapat di TTS dan Pangkep, sedangkan peningkatan tertinggi untuk penggunaan bidan sebagai penolong utama persalinan terdapat di Kubu Raya. Dalam konteks Kubu Raya, peningkatan ini tidak berkorelasi dengan lokasi persalinan. Dengan kata lain, peningkatan penggunaan tenaga kesehatan tidak serta-merta berarti peningkatan penggunaan fasilitas kesehatan untuk layanan persalinan. Mengingat jumlah fasilitas kesehatan di desa studi di Kubu Raya yang masih sangat terbatas, kemungkinan besar persalinan yang dibantu bidan berlangsung di rumah ibu bersalin dan bukan di fasilitas kesehatan desa.
- (4) *Menurunnya persentase penggunaan dukun bayi sebagai penolong utama persalinan.* Mengacu pada Gambar 2, masih terdapat sekitar 61% perempuan yang persalinannya dibantu dukun bayi. Persentase ini memang masih sangat tinggi, tetapi tetap lebih baik jika dibandingkan dengan kondisi pada 2014. Gambar 4 memperlihatkan bahwa persentase persalinan dengan dukun bayi mengalami penurunan sebesar 17%. Menurut hasil wawancara dengan bidan desa, tingkat persalinan dengan bantuan dukun bayi di tingkat desa cenderung menurun dan ini terjadi di seluruh wilayah studi. Hal tersebut sejalan dengan hasil survei

²⁰Lihat Kusumawardhani *et.al.*, 2016: xi.

rumah tangga yang menunjukkan penurunan penggunaan dukun bayi sebesar 10%–34% di mayoritas wilayah studi, kecuali Deli Serdang (Gambar 4).

Pada bagian sebelumnya disebutkan bahwa 19% persalinan di Deli Serdang masih dibantu oleh dukun bayi. Jika dibandingkan dengan kondisi di keempat kabupaten lainnya pada tahun yang sama (2017), persentase ini memang yang terendah. Namun, jika dibandingkan dengan kondisi pada 2014, persentase tersebut justru meningkat, dan Deli Serdang menjadi satu-satunya kabupaten yang mengalami peningkatan persentase persalinan dengan bantuan dukun bayi. Perlu diingat bahwa survei kuantitatif ini tidak menggambarkan kondisi umum di Deli Serdang karena hanya dilakukan di dusun-dusun termiskin yang umumnya tidak berlokasi di sekitar pusat pemerintahan desa; padahal, fasilitas kesehatan biasanya berada di pusat desa. Kondisi ekonomi yang buruk dan lokasi tempat tinggal yang jauh dari fasilitas kesehatan inilah yang dapat memengaruhi akses perempuan miskin di desa studi terhadap layanan persalinan yang aman.



Gambar 4. Perubahan akses perempuan terhadap penolong utama persalinan pada 2014–2017

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Jumlah sampel adalah 685 perempuan pada 2014 dan 865 pada 2017.

Penurunan penggunaan dukun bayi tertinggi terdapat di TTS. Hal ini mungkin terjadi karena penerapan aturan desa di ketiga desa studi yang memberikan denda baik kepada ibu yang persalinannya dibantu dukun bayi maupun kepada dukun bayi yang membantu persalinan. Di Pangkep dan Cilacap, salah satu penyebab menurunnya penggunaan dukun bayi adalah kader-kader 'Aisyiyah di desa studi yang aktif melakukan sosialisasi agar ibu-ibu hamil di desa mereka tidak melakukan persalinan dengan dukun bayi. Sementara itu, penurunan penggunaan dukun bayi sebagai penolong utama persalinan di Kubu Raya mengindikasikan kontribusi program-program pemerintah daerah, khususnya terkait skema insentif dalam program kemitraan bidan dan dukun bayi. Meski persentase persalinan dengan dukun bayi di Kubu Raya pada 2017 masih merupakan yang tertinggi (76%), kondisi ini tetap lebih baik daripada 2014 yang ditunjukkan dengan adanya penurunan sekitar 10% (Gambar 4). Pemberian insentif kepada dukun bayi yang bermitra dengan bidan diduga berpotensi mengurangi peran dukun bayi sebagai penolong utama persalinan di Kubu Raya.

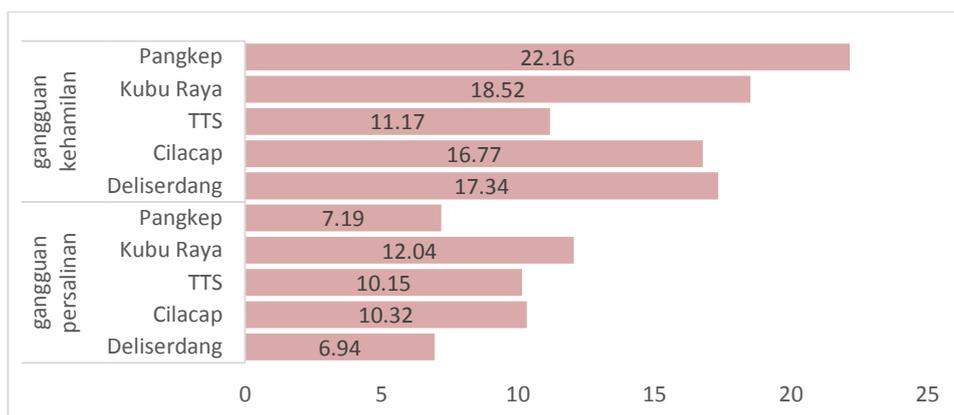
- (5) *Menurunnya penggunaan keluarga/kerabat sebagai penolong utama persalinan di mayoritas wilayah studi.* TTS merupakan satu-satunya kabupaten yang mengalami peningkatan persalinan dengan bantuan keluarga/kerabat (Gambar 4). Peningkatan ini diduga dipengaruhi oleh penerapan aturan tentang KIBBLA di tingkat desa. Pengaturan pemberian denda kepada dukun bayi dan ibu bersalin yang melahirkan dengan bantuan dukun bayi dapat berdampak negatif terhadap perubahan perilaku ibu bersalin dalam memilih penolong persalinan.

Pada dasarnya, tujuan pemerintah desa menerapkan aturan tentang KIBBLA adalah untuk mengurangi AKI dan AKB dengan cara mendorong ibu melakukan persalinan yang aman di fasilitas kesehatan. Namun, karena diiringi dengan penerapan denda, peraturan ini malah bersifat represif. Padahal, persalinan di fasilitas kesehatan tidak selalu dapat diakses mengingat keterbatasan jumlah dan sebaran fasilitas ini di tingkat desa serta hambatan terkait kondisi geografis (Gambar 3). Selain itu, persalinan dapat terjadi sewaktu-waktu di luar jadwal hari perkiraan lahir. Pada akhirnya, untuk menghindari denda penerapan aturan KIBBLA, terdapat sejumlah ibu yang memilih melakukan persalinan di rumah tanpa bantuan dukun bayi. Peran dukun bayi ini lah yang kemudian digantikan oleh anggota keluarga atau kerabat ibu bersalin.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan adanya kecenderungan beberapa ibu dari keluarga miskin di TTS yang sulit mengakses fasilitas kesehatan memilih melahirkan sendiri di rumah. Seorang kader posyandu di Desa O, misalnya, mengungkapkan bahwa dengan adanya pemberlakuan denda KIBBLA, ibu hamil memilih melakukan persalinan di rumah tanpa bantuan dukun bayi. Biasanya mereka melahirkan dengan bantuan keluarga/kerabat. Pada 2015, di Desa O terdapat kasus kematian ibu dan bayi. Saat itu proses persalinan dilakukan di rumah dengan bantuan keluarga. Di desa ini juga ditemukan kasus kematian bayi pada 2016 dan 2017. Proses persalinan saat itu dilakukan di rumah dengan tidak dibantu dukun. Temuan-temuan tersebut jelas perlu mendapat perhatian karena meski terhindar dari denda melakukan persalinan dengan bantuan dukun bayi, langkah yang diambil keluarga miskin tersebut justru dapat meningkatkan risiko kematian pada ibu bersalin dan bayinya.

d) Gangguan Kehamilan dan Persalinan

Studi ini menemukan masih adanya perempuan yang mengalami gangguan saat kehamilan dan saat proses persalinan. Berdasarkan survei kuantitatif, proporsi perempuan yang mengalami gangguan persalinan lebih sedikit dibandingkan dengan perempuan yang mengalami gangguan kehamilan (Gambar 5). Meskipun demikian, temuan ini tetap harus menjadi perhatian. Menurut hasil survei, gangguan persalinan terbanyak terdapat di Kubu Raya (12%) dan terendah di Deli Serdang (7%). Kondisi ini sejalan dengan temuan sebelumnya bahwa Kubu Raya merupakan wilayah studi dengan persentase terendah untuk akses persalinan oleh tenaga kesehatan, tertinggi untuk praktik melahirkan di rumah, dan tertinggi untuk persalinan oleh dukun bayi. Berdasarkan hasil wawancara dengan bidan desa dan puskesmas, salah satu penyebab perdarahan dan *partus* lama saat proses persalinan adalah usia ibu kurang dari 20 tahun. Di Kubu Raya, kasus kehamilan di usia muda terjadi seiring meningkatnya tren hamil di luar nikah pada murid SMP dan SMA akibat pergaulan bebas.



Gambar 5. Proporsi gangguan kehamilan dan persalinan

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Jumlah sampel adalah 914 perempuan yang pernah hamil.

2.2.2 Gizi Ibu Hamil

Berdasarkan hasil wawancara dengan bidan di tingkat desa, pada 2017 masih terdapat permasalahan nutrisi akut berupa Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan anemia selama masa kehamilan. Kurangnya gizi pada perempuan hamil dapat termanifestasi sebagai gangguan selama masa kehamilan dan saat persalinan (Lee dan Okam, 2011). Di antara kelima kabupaten studi, gangguan kehamilan paling banyak terjadi di Pangkep (22%) dan paling sedikit terjadi di TTS (11%) (Gambar 5). Berdasarkan hasil wawancara dengan bidan desa dan bidan puskesmas, usia yang terlalu muda dapat menjadi salah satu penyebab anemia dan berat badan kurang pada ibu hamil. Kondisi ini terutama ditemukan di Pangkep, Kubu Raya, dan Cilacap. Kultur pernikahan usia dini di Pangkep berdampak pada kehamilan usia dini sehingga memperbesar potensi ibu hamil mengalami gangguan kehamilan.

Menurut bidan di Kubu Raya, ada kecenderungan ibu hamil yang berusia terlalu muda atau menjalani kehamilan pertama memiliki rasa khawatir berlebihan bahwa mereka akan mengalami kesulitan saat melahirkan jika ukuran bayi terlalu besar. Akibatnya, mereka cenderung membatasi makan sehingga berdampak pada kurangnya asupan gizi selama masa kehamilan. Secara umum, menurut hasil wawancara dengan bidan dan kader posyandu, ibu hamil enggan meminum vitamin penambah darah karena merasa mual dengan rasa dan aromanya; padahal, vitamin ini penting untuk mencegah anemia. Pada kondisi tertentu, minimnya asupan gizi ibu hamil dapat mengakibatkan bayi terlahir dengan berat badan rendah yang pada akhirnya dapat berdampak pada kematian bayi, seperti yang terjadi di Desa J (Pangkep) pada 2016.

Bidan desa di seluruh wilayah studi mengemukakan bahwa jumlah ibu hamil yang mengalami KEK dan anemia cenderung menurun dalam tiga tahun terakhir. Penurunan ini disebabkan adanya sejumlah peningkatan ketersediaan layanan terkait gizi ibu hamil. Pertama, seperti halnya pemeriksaan kehamilan oleh bidan, posyandu juga menjadi akses terdekat bagi ibu hamil untuk memperoleh vitamin penambah darah secara gratis. Dalam hal ini, penambahan jumlah posyandu berkorelasi positif dengan meningkatnya akses ibu hamil terhadap vitamin penambah darah. Kedua, proporsi keluarga dengan ibu hamil yang menerima PKH di mayoritas wilayah studi (kecuali Cilacap dan TTS) meningkat. PKH merupakan bantuan tunai bersyarat, dan keluarga dengan ibu hamil merupakan salah satu kriteria penerimanya. Program ini dapat meningkatkan akses perempuan terhadap layanan kesehatan, terutama dengan adanya ketentuan bagi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya di posyandu. Ketiga, terdapat kelas ibu hamil di tingkat desa

yang mengadakan beberapa kegiatan seperti senam ibu hamil, pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil, dan penyuluhan tentang jenis makanan yang harus dikonsumsi ibu hamil. Keempat, terdapat bantuan makanan tambahan bagi ibu hamil dari pemerintah dan pihak nonpemerintah di seluruh wilayah studi. Jenis makanan yang diberikan biasanya berupa biskuit ibu hamil dan susu ibu hamil, tetapi ada juga yang memberikan makanan gratis *4 sehat 5 sempurna*. Di Kubu Raya dan TTS, pemerintah daerah memberikan bantuan khusus bagi ibu hamil yang mengalami KEK, yakni berupa makanan/sembako, PMT, atau uang untuk membeli makanan bergizi. Kelima, terdapat sosialisasi dari pemerintah dan pihak nonpemerintah mengenai pentingnya menjaga gizi ibu hamil. Sosialisasi ini biasanya disampaikan melalui bidan, kegiatan rutin posyandu, kelas ibu hamil, dan kegiatan kelompok dampingan mitra MAMPU seperti BSA di Cilacap dan Pangkep. Di Kubu Raya, PPSW Borneo bekerja sama dengan IMA World Health melakukan kampanye gizi melalui Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat untuk Mengurangi *Stunting*. Proyek ini menyoal ibu hamil dan anak berusia hingga 24 bulan.

Studi ini juga menemukan beberapa indikasi perubahan perilaku positif yang diduga turut berkontribusi terhadap penurunan jumlah ibu hamil yang mengalami KEK dan anemia di wilayah studi. Secara umum, perubahan pola konsumsi ibu hamil lebih pada menghindari konsumsi makanan yang dilarang oleh bidan. Dalam jumlah kecil, hasil wawancara mendalam menemukan terdapat beberapa perempuan di Cilacap yang membeli susu khusus ibu hamil saat kehamilan terakhir, dan ada beberapa perempuan di TTS yang mau menanam jenis sayuran tertentu atas saran bidan. Sayuran-sayuran ini kemudian mereka konsumsi sebagai upaya memenuhi kecukupan gizi selama masa kehamilan.

2.2.3 Kontrasepsi

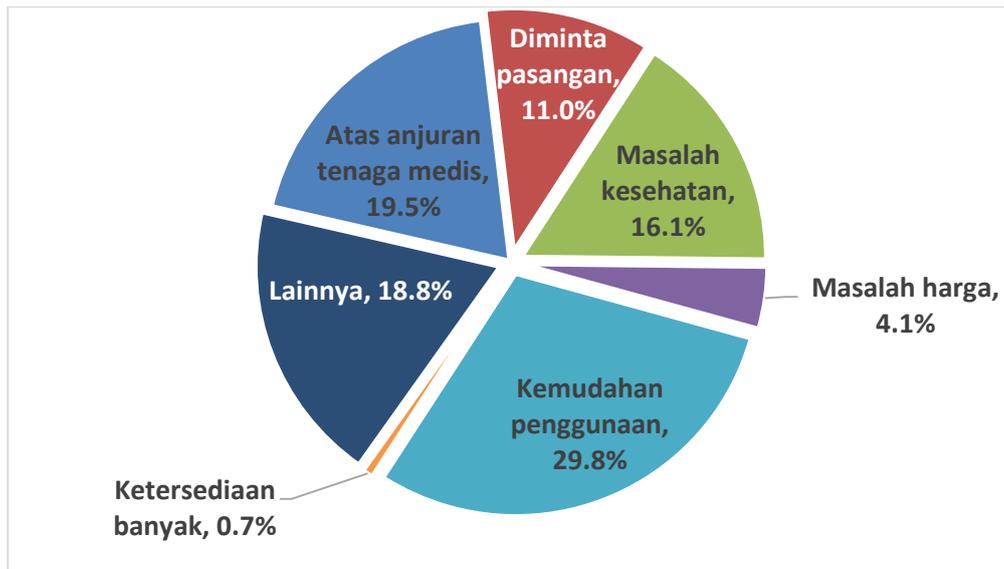
Pada layanan kontrasepsi, akses perempuan miskin terhadap layanan ini masih kurang dari 58% yang merupakan rata-rata nasional (BPS, 2017). Tabel 7 di atas memperlihatkan bahwa hanya 52% dari semua perempuan miskin di mayoritas kabupaten studi yang sedang menggunakan kontrasepsi pada saat survei dilaksanakan. Proporsi tertinggi untuk penggunaan kontrasepsi saat Studi *Midline* MAMPU dilakukan terdapat di Kubu Raya (61%) dan terendah terdapat di Pangkep (45%) (Lampiran 2 Tabel A2). Kubu Raya merupakan satu-satunya kabupaten studi dengan persentase penggunaan kontrasepsi yang berada di atas rata-rata nasional. Temuan ini bisa menjadi salah satu indikasi positif dari dampak keberadaan Program Kampung KB di Kubu Raya sejak awal 2017 (Tabel 5).

Studi ini menemukan beberapa faktor yang dapat menghambat perempuan menggunakan kontrasepsi di semua kabupaten. Faktor tersebut adalah biaya, gangguan atau ketidakcocokan dengan kontrasepsi yang digunakan, dan larangan suami.

Penggunaan kontrasepsi memerlukan kesepakatan dengan suami. Pernah ada kasus ibu-ibu meminta KB di bidan desa. Beberapa hari setelah dilayani, dia menyampaikan tidak bisa melanjutkan KB karena suami tidak mengizinkan. (FGD mini, Desa M, TTS, 2017)

Sementara itu, budaya patriarki berupa keinginan suami/keharusan memiliki anak laki-laki sebagai penerus marga menjadi salah satu penghambat penggunaan kontrasepsi di Desa N (TTS). Dampaknya, selama belum memiliki anak laki-laki, istri harus terus hamil. Ini berarti ia tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi. Di Desa N juga ada mitos bahwa perempuan tidak bisa bekerja berat karena menjadi mudah sakit jika menggunakan kontrasepsi. Bagi mayoritas perempuan di Desa N yang melakukan pekerjaan fisik, mitos ini dapat memengaruhi keputusan mereka untuk tidak menggunakan alat kontrasepsi.

Menurut hasil wawancara dengan bidan desa, mayoritas perempuan memilih menggunakan jenis kontrasepsi jangka pendek (suntik dan pil). Temuan ini sejalan dengan hasil survei bahwa sebagian besar perempuan menggunakan kontrasepsi jangka pendek, dan jenis yang paling banyak digunakan adalah suntik (63%) dan pil (17%) (Lampiran 2 Tabel A2). Sementara itu, Gambar 6 memperlihatkan alasan perempuan memilih kontrasepsi jangka pendek, di antaranya, yaitu kemudahan penggunaan (30%), anjuran tenaga medis (19%), masalah kesehatan (16%), dan permintaan pasangan (11%). Hasil survei ini menguatkan indikasi temuan kualitatif bahwa pasangan masih cukup berperan dalam pengambilan keputusan perempuan untuk menggunakan atau tidak menggunakan kontrasepsi dan untuk memilih jenis kontrasepsi.



Gambar 6. Alasan penggunaan alat kontrasepsi jangka pendek perempuan miskin

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

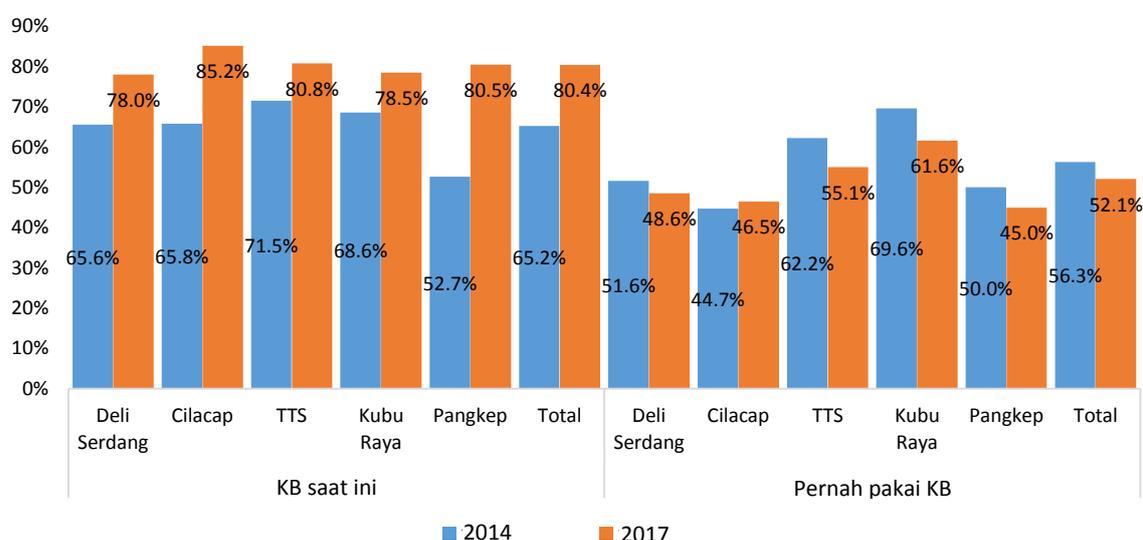
Keterangan: Jumlah sampel adalah 387 perempuan.

Dari sisi kemudahan akses, kontrasepsi jenis suntik dan pil memang relatif lebih mudah diperoleh dibandingkan dengan jenis kontrasepsi lainnya. Kedua jenis kontrasepsi ini biasanya diakses di fasilitas kesehatan desa nonpuskesmas. Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa distribusi alat kontrasepsi gratis ke fasilitas kesehatan desa cenderung terbatas sehingga tenaga kesehatan di desa sering kali harus menyediakannya menggunakan dana pribadi. Ini adalah salah satu penyebab adanya temuan perempuan di desa studi harus membayar untuk mendapatkan kontrasepsi jenis suntik atau pil di fasilitas kesehatan desa.

Berbeda dengan kontrasepsi jenis suntik dan pil yang bisa diakses di fasilitas kesehatan desa nonpuskesmas, kontrasepsi jenis IUD dan susuk/implan (yang notabene merupakan jenis kontrasepsi jangka panjang) biasanya baru bisa diakses di puskesmas. Untuk kontrasepsi jenis suntik dan pil, sebagian besar perempuan membelinya menggunakan biaya sendiri. Sebaliknya, kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan susuk/implan diakses oleh sebagian besar perempuan secara gratis menggunakan bantuan pemerintah. Berdasarkan temuan kuantitatif, perempuan dengan tingkat pendidikan diploma ke atas memiliki proporsi penggunaan kontrasepsi jangka panjang tertinggi di antara perempuan di kelompok tingkat pendidikan lainnya. Secara umum, hasil kualitatif menemukan bahwa kemudahan akses perempuan terhadap kontrasepsi jangka panjang juga dipengaruhi oleh kemudahan mereka mengakses puskesmas, mengingat kontrasepsi jenis ini tidak bisa diakses di fasilitas kesehatan desa nonpuskesmas.

Perubahan Akses Perempuan terhadap Layanan Kontrasepsi

Dibandingkan dengan kondisi *baseline*, terdapat peningkatan penggunaan kontrasepsi dalam tiga tahun terakhir. Survei rumah tangga menemukan penggunaan kontrasepsi meningkat cukup signifikan dari 65% pada 2014 menjadi 80% pada 2017 (Gambar 7). Peningkatan ini menunjukkan bahwa secara umum akses perempuan miskin terhadap alat kontrasepsi makin baik. Di Deli Serdang, keberadaan mobil layanan dari puskesmas turut memudahkan akses perempuan di Desa B terhadap layanan kontrasepsi. Selain di puskesmas, pustu, dan posyandu, mereka juga bisa mengakses layanan ini secara gratis melalui mobil layanan. Sementara itu, ada kemungkinan bahwa peningkatan persentase pengguna KB di Kubu Raya juga dipengaruhi keberadaan Kampung KB di Desa G. Salah satu kegiatan Kampung KB adalah sosialisasi tentang penggunaan dan jenis-jenis alat kontrasepsi.



Gambar 7. Perubahan prevalensi perempuan yang sedang dan pernah menggunakan kontrasepsi

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Jumlah sampel adalah 831 perempuan pada 2014 dan 914 pada 2017.

Studi ini juga menemukan terdapat peningkatan pengetahuan perempuan mengenai kontrasepsi. Peningkatan pengetahuan ini dilihat berdasarkan pernah/tidaknya perempuan di wilayah studi menerima sosialisasi terkait kontrasepsi. Mengacu pada hasil survei, persentase perempuan yang menerima sosialisasi kontrasepsi dari tenaga kesehatan meningkat dari 48% pada 2014 menjadi 66% pada 2017 (Lampiran 5 Gambar 1). Sementara itu, wawancara mendalam menemukan bahwa sosialisasi mengenai kontrasepsi biasanya dilakukan oleh bidan dan kader posyandu. Temuan tersebut menunjukkan bahwa peningkatan penggunaan kontrasepsi berbanding lurus dengan peningkatan pengetahuan perempuan tentang kontrasepsi dalam tiga tahun terakhir.

Selain dari tenaga kesehatan, sosialisasi tentang kontrasepsi juga dapat diperoleh dari pihak lain di luar tenaga kesehatan, seperti keluarga, kelompok dampingan mitra MAMPU, dan tokoh agama di tingkat desa baik laki-laki maupun perempuan. Survei kuantitatif menemukan terdapat 52% perempuan yang pernah menerima sosialisasi kontrasepsi dari keluarga/kerabat (Lampiran 5

Gambar 1). Temuan ini memperlihatkan peran keluarga sebagai salah satu kontributor dalam meningkatkan pengetahuan perempuan.

Sementara itu, di Cilacap 'Aisyiyah melakukan Safari KB untuk menyosialisasikan pentingnya penggunaan kontrasepsi kepada pasangan usia subur. Kegiatan ini sudah dilakukan sejak 2015, termasuk di Desa D. Sosialisasi tentang pemakaian kontrasepsi di Cilacap dan TTS juga dilakukan oleh tokoh-tokoh agama melalui kegiatan keagamaan. Temuan tersebut juga dapat menjadi indikasi bahwa penyebaran informasi melalui lingkungan terdekat dapat memperkecil kesenjangan jarak antara perempuan miskin dan tenaga kesehatan, khususnya di wilayah studi yang akses terhadap tenaga kesehatannya relatif terbatas.

2.2.4 Pemeriksaan Kesehatan Reproduksi

Terkait akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi (IVA, Sadari, dan Sadanis), survei rumah tangga menemukan bahwa hanya sebagian kecil perempuan yang melakukan pemeriksaan ini, yakni di bawah 5%. Kondisi ini dapat disebabkan masih terbatasnya pengetahuan perempuan tentang pemeriksaan kesehatan reproduksi. Di tingkat nasional, gerakan untuk memeriksakan kesehatan reproduksi baru dicanangkan pada 2015 dan mulai diterapkan di kabupaten studi pada 2016/2017. Jenis layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi tersebut meliputi pemeriksaan IVA, pemeriksaan payudara sendiri (Sadari), dan pemeriksaan payudara klinis (Sadanis). Khusus *pap smear*, layanan kesehatan ini biasanya baru diakses ketika hasil pemeriksaan IVA positif.

Berdasarkan Tabel 7, tingkat pemeriksaan IVA tertinggi terdapat di Cilacap (7%), diikuti Kubu Raya (3,2%), dan Pangkep (3%). Cilacap merupakan kabupaten studi pertama yang melaksanakan pemeriksaan IVA. Pemeriksaan ini dimulai sejak 2014 atas fasilitasi 'Aisyiyah. Selain itu, adanya instruksi bupati bahwa layanan pemeriksaan IVA harus tersedia di puskesmas diduga merupakan salah satu kontributor Cilacap memiliki tingkat pemeriksaan IVA tertinggi di antara kelima wilayah studi.

Dari sisi ketersediaan layanan, di seluruh kabupaten studi telah tersedia layanan pemeriksaan IVA dan *pap smear* gratis. Layanan ini merupakan bentuk penerapan kebijakan Dinas Kesehatan kabupaten atas arahan menteri kesehatan terkait upaya pemerintah mencegah kanker serviks dan payudara sedini mungkin. Di kabupaten studi, layanan pemeriksaan IVA gratis dari pemerintah umumnya tersedia di puskesmas dan layanan pemeriksaan *pap smear* tersedia di rumah sakit umum daerah (RSUD). Khusus di Cilacap dan Pangkep, layanan pemeriksaan IVA dan *pap smear* secara gratis juga disediakan oleh 'Aisyiyah (mitra kerja MAMPU yang memiliki desa dampingan di kedua kabupaten ini). Di Pangkep, misalnya, sekitar satu minggu sebelum kegiatan lapangan Studi *Midline* MAMPU, 'Aisyiyah baru saja mengadakan kegiatan pemeriksaan IVA dan *pap smear* gratis di kantor 'Aisyiyah Pangkep. Sementara itu, selain mengadakan pemeriksaan IVA gratis, Dinas Kesehatan di mayoritas kabupaten studi juga memfasilitasi perempuan yang hasil pemeriksaan IVA-nya mengindikasikan kanker serviks untuk melakukan pemeriksaan *pap smear* secara gratis. Kondisi ini terutama ditemukan di Cilacap, Kubu Raya, dan Pangkep.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa layanan pemeriksaan IVA gratis cenderung masih hanya diakses oleh kader posyandu dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU. Hal ini ditunjang adanya sosialisasi internal di kalangan kader posyandu dan kelompok dampingan mitra MAMPU mengenai layanan tersebut. Di kelompok BSA di Cilacap dan Pangkep serta

kelompok PEKKA²¹ di Kubu Raya, misalnya, sosialisasi yang diberikan tidak hanya tentang bahaya kanker serviks dan kanker payudara, tetapi juga tentang pelaksanaan pemeriksaan gratis. Temuan kualitatif tersebut sekaligus bisa menjadi penjelasan dari hasil survei rumah tangga yang menunjukkan bahwa tingkat pemeriksaan IVA oleh perempuan dari kalangan keluarga miskin dan sangat miskin masih rendah.

Hasil wawancara mendalam juga mengidentifikasi beberapa penyebab masih rendahnya tingkat pemeriksaan IVA di wilayah studi. Faktor internal yang menyebabkan rendahnya pemeriksaan IVA di antaranya adalah (i) kurangnya pengetahuan tentang pemeriksaan IVA, (ii) ketidaktahuan adanya pemeriksaan IVA gratis, (iii) kurangnya kesadaran untuk melakukan pencegahan penyakit, (iv) tabu/malu, dan (v) larangan suami. Sementara itu, faktor eksternal yang berkontribusi di antaranya adalah (i) kurangnya sosialisasi tentang pelaksanaan pemeriksaan IVA gratis, (ii) terbatasnya waktu pelaksanaan pemeriksaan IVA gratis, dan (iii) sulitnya akses transportasi untuk mendapatkan layanan pemeriksaan IVA gratis.

Terkait dengan faktor budaya dan nilai-nilai patriarki yang berpotensi menghambat akses perempuan terhadap pemeriksaan IVA gratis, salah satu pejabat Dinas Kesehatan Kubu Raya memandang perlunya edukasi dan sosialisasi kepada laki-laki, khususnya suami. Menurutnya, selama ini sasaran sosialisasi masih terfokus pada perempuan. Padahal, sering kali dalam rumah tangga yang berperan dalam pengambilan keputusan adalah laki-laki (suami) sehingga mereka perlu mendapat sosialisasi tentang bahaya kanker serviks dan pentingnya bagi perempuan untuk melakukan pemeriksaan IVA sebagai upaya pencegahan. Mereka juga perlu mendapat sosialisasi mengenai terbatasnya jumlah dan sebaran tenaga kesehatan perempuan yang dapat melakukan pemeriksaan IVA. Dengan sosialisasi ini, suami diharapkan dapat mengizinkan istrinya untuk diperiksa oleh tenaga kesehatan laki-laki.

Ada kasus peserta *cancel* tes [IVA] karena suaminya marah-marah waktu tahu kalau yang periksa itu dokternya laki-laki. Padahal dia sudah daftar, sudah datang ke lokasi [puskesmas]. Tapi kemudian batal hanya karena yang periksa laki-laki. (Laki-laki, Dinas Kesehatan, Kubu Raya, 2017)

Sementara itu, Tabel 7 memperlihatkan bahwa dua kabupaten studi dengan praktik Sadari tertinggi adalah Kubu Raya (13%) dan Deli Serdang (4%). Hasil wawancara mendalam menunjukkan beberapa perempuan di Cilacap melakukan praktik Sadari dan membersihkan payudara selama masa kehamilan atas saran bidan dan dukun bayi. Sejalan dengan praktik Sadari, Kubu Raya juga menjadi kabupaten studi dengan praktik Sadanis tertinggi (4%), diikuti Cilacap (2%). Anggota BSA di Cilacap sering melakukan sosialisasi mengenai Sadari dan Sadanis kepada perempuan di sekitar tempat tinggalnya. Pada 2016, 'Aisyiyah juga pernah mengadakan Sadanis gratis di Desa D (Cilacap).

Secara umum, survei rumah tangga menemukan bahwa 96% perempuan yang melakukan pemeriksaan kesehatan reproduksi sebelumnya pernah menerima sosialisasi mengenai pemeriksaan ini. Sosialisasi pemeriksaan kesehatan reproduksi di wilayah studi umumnya dilakukan oleh bidan, kader posyandu, dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU.

²¹Kelompok Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (kelompok PEKKA). PEKKA merupakan nama mitra kerja MAMPU di Kubu Raya. PEKKA memiliki kelompok dampingan dengan nama Serikat PEKKA, tetapi masyarakat setempat lebih sering menyebutnya dengan istilah 'kelompok PEKKA'.

Perubahan Akses Perempuan terhadap Layanan Pemeriksaan Kesehatan Reproduksi

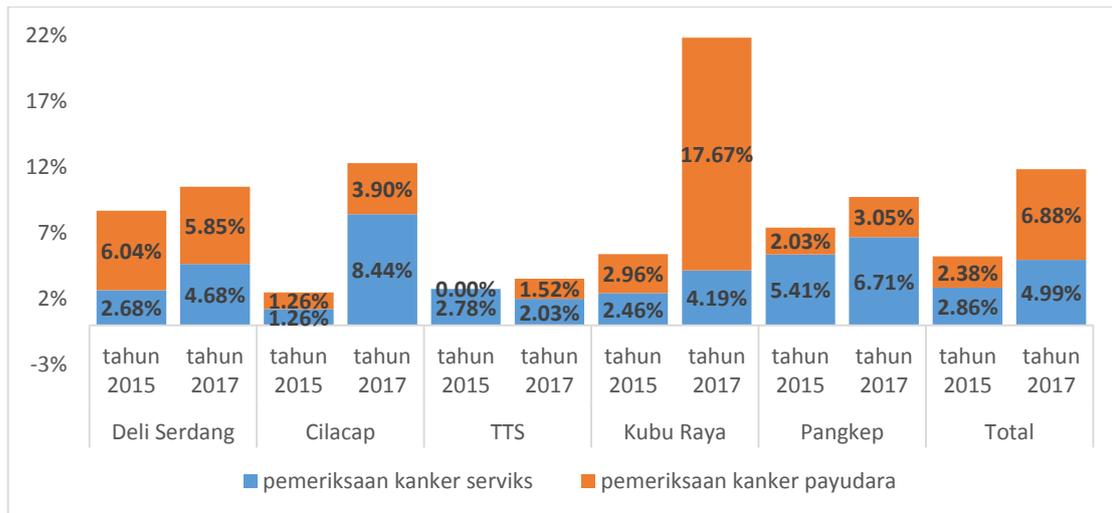
Studi ini menemukan beberapa faktor yang berkontribusi dalam meningkatkan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi. Hasil wawancara mendalam mengidentifikasi adanya peningkatan ketersediaan layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi di wilayah studi dan perubahan perilaku perempuan terhadap layanan ini.

a) Perubahan ketersediaan layanan

Sejak 2016, pemerintah kabupaten studi di Deli Serdang, Kubu Raya, dan Pangkep mulai memfasilitasi pemeriksaan IVA gratis di fasilitas kesehatan desa. Bahkan, pemeriksaan IVA secara rutin di Pustu Desa C (Deli Serdang) sudah tersedia sejak 2016. Pada April 2017, Serikat PEKKA Kubu Raya juga melakukan dengar pendapat (*hearing*) ke kantor bupati untuk mendorong pelaksanaan lima isu terkait kebutuhan kelompok perempuan yang salah satunya adalah pemeriksaan IVA gratis di tingkat desa. Sementara itu, salah satu puskesmas di Cilacap telah menyediakan layanan pemeriksaan IVA sejak 2017. Saat ini layanan tersebut telah tersedia secara rutin; puskesmas menjadwalkan pemeriksaan IVA untuk setiap desa (termasuk Desa D) secara bergiliran satu minggu sekali. Penyediaan layanan tersebut turut dipengaruhi oleh kegiatan 'Aisyiyah yang pernah mengadakan pemeriksaan IVA dan Sadanis gratis di Desa D pada 2016.

Pemeriksaan IVA di tingkat desa dilakukan atas fasilitasi bidan puskesmas. Pengadaan pemeriksaan IVA gratis di tingkat desa merupakan upaya pemerintah daerah mendekatkan layanan ini kepada perempuan. Beberapa perempuan di desa studi di Kubu Raya mengakui ketersediaan layanan tersebut di tingkat desa memudahkan mereka mengakses pemeriksaan IVA gratis. Sebelumnya, mereka enggan melakukan pemeriksaan IVA karena, meski gratis, layanan ini hanya tersedia di puskesmas.

Secara jumlah pun, terdapat peningkatan jumlah wanita yang melakukan pemeriksaan kanker serviks (IVA dan *pap smear*) dan pemeriksaan payudara (Sadari dan Sadanis). Peningkatan persentase pemeriksaan kanker serviks ditemukan paling banyak di Cilacap yakni dari 1,26% pada 2015 menjadi 8,44% dari seluruh perempuan usia reproduktif pada 2017. Untuk pemeriksaan payudara, ditemukan perubahan yang paling besar yakni mencapai 5 kali lipat pada 2015 di Kubu Raya (2,96% menjadi 17,67% dari semua perempuan usia reproduktif) (Gambar 8). Temuan ini menunjukkan adanya peningkatan akses terhadap pemeriksaan kanker dalam dua tahun terakhir di desa-desa studi.



Gambar 8. Perubahan akses perempuan terhadap pemeriksaan kanker serviks dan payudara pada 2015–2017

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Khusus di Deli Serdang dan Pangkep, hasil wawancara mendalam menunjukkan adanya peningkatan frekuensi layanan pemeriksaan IVA di fasilitas kesehatan desa. Di Desa B (Deli Serdang), frekuensi pemeriksaan IVA terus meningkat mulai dari dua kali setahun pada 2014–2016 menjadi dua bulan sekali pada awal 2017 dan akhirnya menjadi satu bulan sekali sejak September 2017. Peningkatan frekuensi ini dilakukan karena meningkatnya minat perempuan di Desa B untuk melakukan pemeriksaan IVA. Sementara itu, perempuan di ketiga desa studi di Pangkep kini bisa mengakses pemeriksaan IVA kapan pun di puskesmas dan pustu. Sebelumnya, pemeriksaan IVA hanya dilakukan pada waktu-waktu tertentu. Perubahan tersebut memungkinkan perempuan di desa studi untuk melakukan pemeriksaan IVA sewaktu-waktu.

b) Perubahan perilaku perempuan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, terdapat peningkatan minat perempuan di wilayah studi untuk melakukan pemeriksaan IVA. Beberapa perempuan di Kubu Raya, misalnya, meminta bidan desa agar kembali mengadakan pemeriksaan IVA gratis. Sejalan dengan hasil wawancara keluarga, bidan di mayoritas desa studi di Kubu Raya juga mengaku pernah beberapa kali mendapat permintaan dari masyarakat untuk mengadakan pemeriksaan IVA gratis lagi di fasilitas kesehatan desa.

Meningkatnya minat perempuan untuk melakukan pemeriksaan IVA disebabkan, antara lain, adanya kasus perempuan yang menderita kanker serviks di lingkungan tempat tinggal mereka. Beberapa di antaranya sudah stadium lanjut dan bahkan ada yang sudah meninggal. Hal ini membuat beberapa perempuan di wilayah studi merasa takut sehingga berminat untuk melakukan pemeriksaan IVA. Minat ini kemudian didukung oleh adanya layanan pemeriksaan IVA gratis di tingkat desa.

Gak takut, mungkin karena sudah ada contoh-contoh dan dengar dari cerita ibu-ibu yang lain bahwa tidak sakit. Ketemu di posyandu juga pasti ada yang cerita. Akhirnya banyak yang ikut tes IVA juga, karena tetangga dan ibu-ibu lain sudah ikut. (FGD mini, Desa D, Cilacap, 2017)

Faktor lain yang meningkatkan minat perempuan melakukan pemeriksaan IVA adalah meningkatnya pengetahuan mereka tentang bahaya kanker serviks dan upaya pencegahannya. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, peningkatan pengetahuan ini terutama terjadi pada

perempuan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU. Penyebaran informasi tersebut disampaikan secara langsung melalui pertemuan kelompok dan secara tidak langsung melalui buletin kelompok, seperti terdapat di Cilacap dan Kubu Raya. Namun, sosialisasi tentang pencegahan kanker serviks dan anjuran pemeriksaan IVA di Cilacap juga dilakukan oleh tokoh-tokoh agama melalui kegiatan pengajian. Langkah ini memungkinkan penyebaran informasi yang dapat menjangkau perempuan di luar kelompok dampingan mitra MAMPU. Sementara itu, khusus di Desa J (Pangkep), studi ini menemukan adanya inisiatif kelompok perempuan BSA yang mengusulkan penyediaan alat pemeriksaan IVA di puskesmas kepada pemerintah desa menggunakan alokasi dana CSR dari PT Tonasa (Kotak 1). Usulan ini menghasilkan penyediaan 50 alat pemeriksaan IVA yang bisa diakses perempuan secara gratis.

Kotak 1

Meningkatnya Kesadaran Perempuan terhadap Kesehatan dan Kemampuan Mereka Menyuarakan Layanan yang Dibutuhkan

Tiga tahun lalu, perempuan di Desa J (Pangkep) masih belum terlalu paham tentang pentingnya kesehatan bagi perempuan, khususnya kesehatan reproduksi. Sebagian besar dari mereka juga belum sadar masalah-masalah kesehatan yang muncul di desa akibat terbatasnya layanan kesehatan dan perilaku perempuan yang masih pasif untuk mengakses layanan kesehatan. Di satu sisi, inisiatif tenaga kesehatan dan pembuat kebijakan di tingkat desa untuk mengambil tindakan afirmatif terkait kesehatan perempuan relatif masih rendah. Di sisi lain, perempuan juga belum memiliki kesadaran dan belum terorganisasi untuk menyuarakan hak-hak mereka atas layanan kesehatan.

Perubahan mulai terasa pada 2015 setelah 'Aisyiyah bersama program MAMPU mulai melakukan pendampingan di Desa J sejak akhir 2014. 'Aisyiyah, yang merupakan organisasi perempuan Muhammadiyah, berfokus pada upaya penguatan kapasitas perempuan untuk mengakses layanan kesehatan melalui pengorganisasian perempuan di tingkat desa. Berbagai kegiatan telah dilakukan selama tiga tahun terakhir, mulai dari sosialisasi kesehatan, pelatihan bidan, hingga fasilitasi pemeriksaan kesehatan reproduksi seperti IVA dan *pap smear*.

'Aisyiyah melakukan pengorganisasian dengan membentuk lima kelompok perempuan di tingkat desa. Kelompok ini disebut Balai Sakinah 'Aisyiyah (BSA) dan beranggotakan 10–20 perempuan/kelompok. BSA mendapat sosialisasi dan penyadaran tentang hak-hak kesehatan perempuan. Secara mandiri, BSA ini lah yang kemudian bergerak mengumpulkan perempuan-perempuan desa dan memberikan pemahaman lebih kepada mereka terkait akses perempuan terhadap layanan kesehatan. Selain bergerak dari bawah (tingkat masyarakat), 'Aisyiyah juga sengaja melibatkan orang-orang yang menempati posisi strategis di bidang kesehatan di tingkat desa (seperti kepala puskesmas dan bidan desa) ke dalam struktur organisasi BSA. Tujuannya agar 'Aisyiyah bisa lebih memastikan bahwa para tenaga kesehatan di tingkat desa akan turut memperhatikan dan mendukung kepentingan kesehatan perempuan.

Saat ini, perempuan di Desa J relatif lebih sadar akan pentingnya kesehatan perempuan. Mereka memahami penyakit-penyakit yang berisiko dialami oleh perempuan di desa. Mereka juga makin aktif melakukan pemeriksaan IVA dan *pap smear* serta mengakses fasilitas kesehatan ketika memeriksakan kehamilan dan bersalin. Selain itu, pendampingan dan pengorganisasian oleh 'Aisyiyah selama tiga tahun terakhir telah menumbuhkan kesadaran kritis anggota BSA dan kemampuan mereka dalam mengemukakan pendapat, termasuk di forum-forum desa. Sebagai contoh, pada 2016 lalu kader-kader BSA yang terlibat dalam kegiatan musyawarah alokasi dana CSR PT Tonasa di tingkat desa berhasil mengusulkan pengalokasian dana tersebut untuk penyediaan alat pemeriksaan IVA gratis di puskesmas. Hasilnya, Pemerintah Desa J akhirnya menyediakan 50 alat pemeriksaan IVA yang didanai dengan skema CSR dari PT Tonasa.

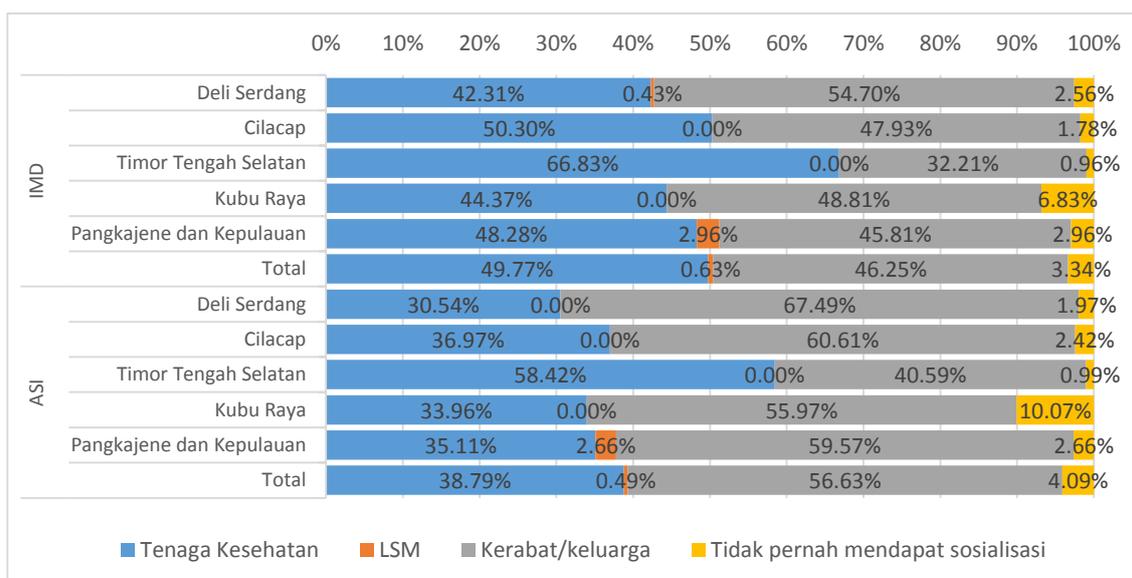
Keterangan: Hasil olah data kualitatif di Pangkep, 2017.

Kotak cerita di atas menunjukkan bahwa pendampingan 'Aisyiyah di Pangkep tidak hanya berkontribusi dalam menumbuhkan kesadaran anggota kelompok BSA terhadap kesehatan reproduksi perempuan. Pendampingan organisasi ini selama tiga tahun terakhir juga telah meningkatkan kemampuan anggota BSA untuk mengemukakan pendapat, dengan memberikan usulan sesuai kebutuhan kelompok perempuan, dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan di tingkat desa.

2.2.5 Praktik Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan Pemberian ASI Eksklusif (ASIE)

Pemerintah telah menganjurkan pemberian ASIE dengan mengeluarkan Peraturan Kementerian Kesehatan No. 450 Tahun 2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu secara Eksklusif kepada Bayi Indonesia. Namun, survei rumah tangga menemukan bahwa baru sebagian kecil perempuan telah mempraktikkan IMD dan ASIE. Dari seluruh perempuan miskin yang pernah melahirkan, hanya 45% yang melakukan IMD dan hanya 35% yang memberikan ASIE (Tabel 7). Persentase tersebut masih jauh di bawah rata-rata nasional, yakni 67% untuk IMD dan 42% untuk ASIE (BPS, 2017). Untuk praktik IMD, tidak ada wilayah studi yang berhasil mencapai rata-rata nasional. Namun, TTS dan Cilacap telah berhasil melebihi rata-rata nasional untuk pemberian ASIE, yakni masing-masing 63% dan 42%.

Hasil FGD mini di Desa M (TTS) menunjukkan bahwa ibu-ibu yang melahirkan di puskesmas melakukan praktik IMD atas arahan bidan yang membantu persalinan. Sementara itu, berdasarkan hasil survei, studi ini mengidentifikasi beberapa penyebab masih rendahnya praktik IMD di wilayah studi, di antaranya yaitu lebih dari setengah perempuan belum mendapat sosialisasi dari tenaga kesehatan mengenai IMD (Gambar 9) dan masih banyak perempuan yang melakukan persalinan dengan bantuan dukun bayi (Gambar 2). Temuan terakhir ini, yaitu persalinan dengan bantuan dukun bayi, memperbesar kemungkinan tidak dilakukannya praktik IMD.



Gambar 9. Persentase perempuan yang menerima sosialisasi mengenai IMD dan ASI berdasarkan sumber informasi

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Jumlah sampel adalah 914 pada 2017.

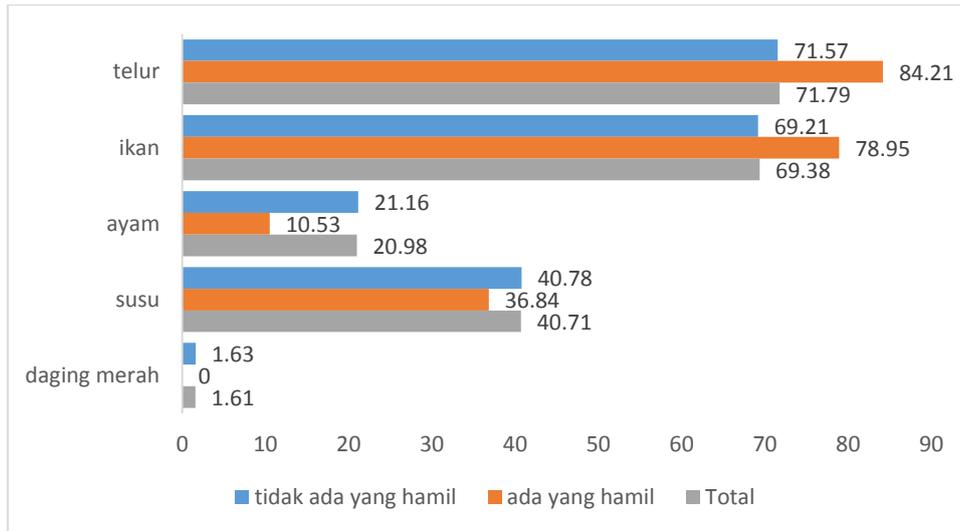
Sejalan dengan prevalensi praktik IMD, praktik ASIE tertinggi di wilayah studi juga terdapat di TTS (63%). Berdasarkan hasil FGD mini di Desa N (TTS), ibu-ibu umumnya sudah melakukan praktik ASIE dengan hanya memberikan ASI selama enam bulan tanpa tambahan makanan/minuman lain. Di Cilacap terdapat peraturan bupati (perbup) yang mewajibkan pemberian ASIE selama enam bulan dan memuat larangan kepada bidan untuk memberikan susu formula. Perbup ini diduga berkontribusi pada tingkat pemberian ASIE di Cilacap yang mencapai 42,5% (Tabel 7). Capaian ini berada di atas rata-rata wilayah studi dan sudah sedikit melebihi rata-rata nasional.

Sementara itu, praktik pemberian ASIE terendah terdapat di Kubu Raya (16%). Hasil wawancara mendalam dengan bidan dan kader posyandu menemukan penyebab rendahnya praktik ASIE, antara lain, persepsi bahwa bayi menangis karena masih lapar meski baru selesai mengonsumsi ASI dan kebiasaan pola pengasuhan bersama oleh keluarga besar. Ketika produksi ASI dinilai kurang mampu mengenyangkan bayi, ibu/keluarganya cenderung segera memberikan makanan atau minuman tambahan kepada bayi. Kondisi ini ditemukan antara lain di Cilacap. Sementara itu, salah satu bidan di Desa H (Kubu Raya) mengungkapkan bahwa masyarakat di desa tempatnya bertugas masih sangat memercayai kebiasaan atau pengetahuan keluarga secara turun-temurun. Dampaknya, ketika akan memberikan sosialisasi tentang hal atau pengetahuan baru (seperti pemberian ASIE), tenaga kesehatan sering kali mendapat tentangan dari generasi tua.

Katanya, iya [memberikan ASI] eksklusif. Tapi waktu ditanya dikasih [susu] formula *gak*? Iya. Dikasih pisang *gak*? Iya. Ya itu kan berarti sudah tidak [ASI] eksklusif lagi. Memang, katanya yang suka kasih susu, pisang, itu neneknya...Ya begitulah susahnyanya di sini. Di sini kan biasa begitu, [pasangan] yang muda-muda ini masih tinggal dengan keluarga besar. Di situ ada ibunya, atau ibu mertuanya, ada juga neneknya. Nah, mereka-mereka ini yang kadang-kadang menghambat [pemberian] ASI eksklusif. Begitu bayi menangis, langsung disangka lapar. Dikasihlah [susu] formula, pisang. Malah ada juga yang dikasih nasi hangat...Kadang ibunya [si bayi] sudah paham, tapi yang tinggal satu rumah itu yang belum semuanya paham. Jadi sulit, sangat sulit, terus terang [mendorong pemberian ASI eksklusif] di sini. (Bidan, Desa H, Kubu Raya, 2017)

Mengacu pada hasil survei, rendahnya praktik ASIE sejalan dengan temuan bahwa baru sebagian kecil perempuan pernah mendapat sosialisasi dari tenaga kesehatan mengenai ASIE (Gambar 9). Hasil analisis tambahan juga menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan dalam konsumsi makanan yang mengandung mikronutrien dalam seminggu terakhir antara keluarga yang memiliki dan yang tidak memiliki anggota keluarga yang hamil (Gambar 10). Padahal, tingkat konsumsi makanan yang mengandung mikronutrien di keluarga dengan anggota keluarga yang hamil seharusnya lebih tinggi. Hal ini karena ibu membutuhkan gizi yang lebih baik selama masa kehamilan dan menyusui agar produksi ASI lancar sehingga bisa memberikan ASI secara eksklusif. Menurut Syafiq, Fikawati, dan Widiastuti (2015), ibu dengan tingkat konsumsi energi yang rendah selama masa menyusui, memiliki peluang lebih besar untuk tidak mampu memberikan ASI hingga enam bulan.²²

²²Lihat juga Prabasiwi, Fikawati, dan Syafiq (2015).



Gambar 10. Persentase konsumsi rumah tangga berdasarkan adanya anggota keluarga yang hamil

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Jumlah sampel adalah 1666 rumah tangga pada 2017.

Perubahan Perilaku Perempuan dalam Praktik IMD dan ASIE

Studi ini tidak memiliki hasil survei mengenai perubahan perilaku perempuan yang melakukan praktik IMD dalam tiga tahun terakhir. Sementara itu, meski tidak ada data statistik, berdasarkan wawancara dengan bidan desa jumlah perempuan yang melakukan praktik ASIE cenderung meningkat. Di satu sisi, bidan menyampaikan penilaian ini berdasarkan pengakuan ibu saat kegiatan posyandu dan laporan kader posyandu yang melakukan pemantauan ke rumah ibu dengan bayi. Di sisi lain, bidan pun mengakui bahwa tidak ada mekanisme kontrol khusus yang dapat memastikan kebenaran pengakuan ibu.

Saat dikasih tahu mereka bilang iya tetapi setelah pulang kita tidak tahu apakah [ASIE] dipraktikkan atau tidak. (Bidan, Desa O, TTS, 2017)

Meskipun demikian, hasil wawancara mendalam dan FGD mini mengidentifikasi meningkatnya praktik pemberian ASIE oleh perempuan di wilayah studi dapat terjadi karena beberapa hal berikut.

- Meningkatnya sosialisasi tentang praktik ASIE. Sosialisasi ini biasanya dilakukan oleh bidan, kader posyandu, dan anggota kelompok dampingan mitra MAMPU khususnya BSA. Biasanya bidan dan kader posyandu menyampaikan sosialisasi tentang ASIE pada saat kegiatan rutin posyandu dan kelas ibu hamil. Sementara itu, 'Aisyiyah di Cilacap dan Pangkep juga memberikan sosialisasi tentang pentingnya ASIE saat kegiatan kelompok.
- Keberadaan kelas ibu hamil (kecuali Deli Serdang) di tingkat desa. Sebelumnya, kelas ibu hamil cenderung berada di tingkat kecamatan (puskesmas). Dengan adanya kelas ini di tingkat desa, ibu hamil bisa lebih mudah mengaksesnya. Kelas ibu hamil tidak hanya mengadakan senam ibu hamil, tetapi juga memberikan penyuluhan gizi agar ibu hamil menjaga kecukupan gizi selama kehamilan agar nantinya bisa memberikan ASIE kepada bayinya.
- Pemberian ASIE kepada bayi yang dapat mengurangi pengeluaran keluarga. Hasil wawancara pada Studi Modul menunjukkan pada saat pendapatan keluarga berkurang

akibat turunnya harga jual garam, beberapa perempuan dari keluarga miskin di Desa L (Pangkep) berupaya memberikan ASIE agar tidak perlu membeli susu formula. Mereka menjadi lebih sering mengonsumsi jantung pisang untuk menjaga produksi ASI sesuai saran dukun bayi atau kerabat yang lebih tua (ibu, mertua, atau nenek).

Hasil survei menunjukkan hanya 49,7% perempuan telah menerima sosialisasi dari tenaga kesehatan mengenai IMD dan hanya 38,7% perempuan menerima sosialisasi mengenai ASIE (Gambar 9). Walaupun demikian, sebetulnya sebagian besar perempuan di semua wilayah studi mengaku pernah mendengar tentang praktik IMD dan ASIE dari tenaga kesehatan dan kerabat/keluarga meski hanya sebagian yang kemudian mempraktikkannya. Rendahnya pengetahuan perempuan tentang praktik pemberian nutrisi yang sehat kepada bayi dapat menjadi faktor penghambat perubahan perilaku perempuan terkait praktik IMD dan pemberian ASIE.

Temuan kuantitatif menunjukkan bahwa sebagian besar perempuan yang memulai IMD akan melanjutkan praktik ini dengan pemberian ASI hingga enam bulan. Hal ini mengindikasikan bahwa kesinambungan perubahan perilaku dan praktik pemberian nutrisi yang baik dapat dimulai dengan praktik IMD. Temuan tersebut sejalan dengan Prabasiwi, Fikawati, dan Syafiq (2015) yang menyebutkan bahwa pelbagai penelitian membuktikan IMD berhubungan dengan pemberian ASIE, dan besar kemungkinan ibu yang difasilitasi untuk melakukan IMD akan memberikan ASI secara eksklusif.

Studi ini juga menemukan adanya peningkatan upaya atau dukungan pemerintah daerah terhadap praktik IMD dan ASIE. Meski keberadaan pos jaga menyusui (sebagai bagian dari kegiatan Kampung ASI) di Desa A (Deli Serdang) belum berdampak signifikan pada peningkatan pengetahuan perempuan dan perubahan perilaku terhadap praktik IMD dan ASIE, upaya/dukungan ini berpotensi menghasilkan perubahan perilaku. Sementara itu, dukungan Pemkab Pangkep untuk praktik IMD dan ASIE dituangkan ke dalam Perbup Pangkep No. 35 tentang IMD dan ASI Eksklusif. Perbup ini memiliki potensi meningkatkan praktik IMD dan pemberian ASIE oleh perempuan di Kabupaten Pangkep, termasuk di desa-desa studi.

III. ANALISIS PENYEBAB PERUBAHAN AKSES PEREMPUAN TERHADAP LAYANAN KESEHATAN DAN GIZI

3.1 Analisis Aktor Pendorong Perubahan Akses Perempuan terhadap Layanan Kesehatan dan Gizi

Meningkatnya kondisi kesehatan dan gizi perempuan dalam tiga tahun terakhir menunjukkan bahwa akses perempuan terhadap berbagai layanan kesehatan (termasuk kesehatan reproduksi) dan gizi sudah makin baik. Peningkatan ini dapat terjadi dengan adanya kontribusi dari sejumlah aktor, mulai dari tingkat kabupaten hingga tingkat masyarakat. Makin rendah tingkatnya, makin banyak pula aktor yang terlibat sebagai pelaku perubahan.

Di seluruh wilayah studi, aktor yang paling berperan adalah pemerintah daerah di tingkat kabupaten, tenaga kesehatan baik di tingkat kecamatan maupun di tingkat desa, dan kader posyandu di tingkat masyarakat. Bidan desa dan kader posyandu merupakan aktor-aktor di tingkat lokal yang secara aktif menjadi kepanjangan tangan dari puskesmas dan Dinas Kesehatan. Sementara itu, di beberapa wilayah studi, pemerintah desa memiliki peran yang cukup besar khususnya terkait perubahan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pemeriksaan kesehatan reproduksi.

Selain pemerintah daerah dan aktor-aktor kepanjangan tangannya, di beberapa wilayah studi juga terdapat pihak nonpemerintah yang turut berkontribusi dalam meningkatkan kondisi kesehatan dan gizi perempuan. Mereka berada di tingkat kabupaten, desa, dan masyarakat. Di tingkat kabupaten, pihak nonpemerintah tersebut terdiri atas organisasi mitra kerja MAMPU ('Aisyiyah di Cilacap dan Pangkep, serta PEKKA di Kubu Raya) dan organisasi lain di luar mitra MAMPU. Di tingkat desa, pihak nonpemerintah yang berperan adalah tokoh agama. Sementara itu, pihak nonpemerintah yang berperan di tingkat masyarakat adalah anggota kelompok dampingan mitra MAMPU²³, dampingan nonmitra MAMPU, dan dukun bayi. Dibandingkan dengan aktor-aktor lainnya, lingkup keterlibatan aktor-aktor nonpemerintah di tingkat masyarakat relatif masih terbatas pada kelompok lingkungan tertentu.

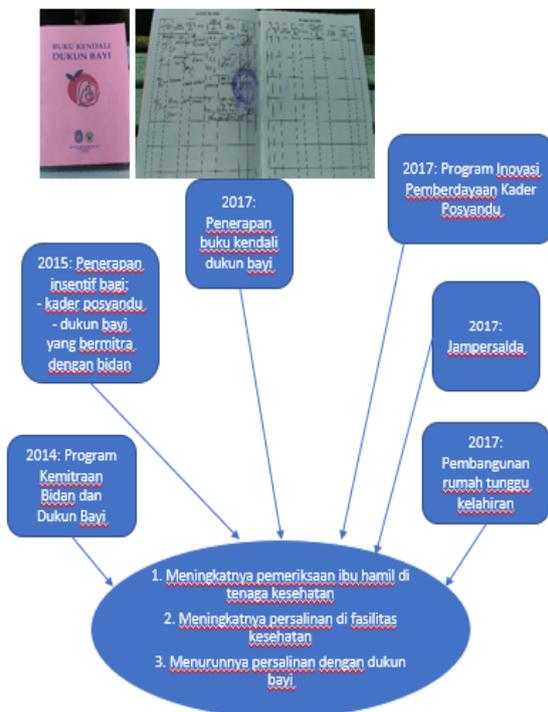
3.1.1 Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan

Mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup merupakan salah satu target yang ingin dicapai dari tujuan SDGs ketiga, yakni kesehatan yang baik dan kesejahteraan. Sejalan dengan hal ini, pada 2019 Pemerintah Indonesia menargetkan persentase persalinan di fasilitas kesehatan mencapai 85% (Kementerian Kesehatan, 2015: 24). Target ini lebih tinggi daripada target dalam Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), yakni 70% persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan dan 80% persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih (Kementerian PPN/Bappenas, 2014: 57). Untuk mencapai target tersebut, Pemerintah Pusat mengadakan berbagai program nasional untuk meningkatkan akses perempuan terhadap layanan persalinan di fasilitas kesehatan, seperti JKN-KIS, GSC, serta kemitraan bidan dan dukun bayi.

²³Di setiap kabupaten studi, terdapat minimal dua desa studi yang menjadi dampingan mitra MAMPU. Dari total 15 desa studi, 11 di antaranya merupakan wilayah dampingan mitra MAMPU.

Di tingkat daerah, semua pemerintah kabupaten studi telah memiliki sejumlah inisiatif program/kebijakan daerah dalam rangka mengurangi AKI yang diimplementasikan dengan relatif baik di tingkat desa dan masyarakat. Mayoritas pemerintah kabupaten studi mengadopsi JKN-KIS dengan mengadakan JKN-KIS Daerah untuk memperluas cakupan penerima jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan ini bisa digunakan untuk mengakses berbagai layanan, termasuk persalinan. Seluruh pemerintah kabupaten studi juga mengadopsi program kemitraan bidan dan dukun bayi sesuai arahan menteri kesehatan untuk diimplementasikan di tingkat daerah. Contoh baik ditunjukkan oleh Kubu Raya, yakni pemerintah kabupaten berinisiatif untuk melengkapi skema kemitraan tersebut dengan pemberian insentif dan disinsentif kepada dukun bayi melalui mekanisme/pengaturan yang jelas. Bentuk disinsentif ini berupa penundaan pembayaran gaji/insentif dukun bayi. Skema disinsentif yang tidak bersifat represif tersebut berpotensi mendorong dukun bayi untuk membawa calon ibu bersalin ke fasilitas kesehatan.

Berbagai inisiatif pemerintah daerah tersebut dapat lebih optimal jika setiap kebijakan memiliki skema yang terintegrasi dan dalam pengimplementasiannya tetap memperhatikan kultur lokal. Gambar 13 menampilkan contoh baik dari Kubu Raya berupa inisiatif dan adaptasi pemerintah kabupaten yang mengintegrasikan berbagai kebijakan daerah (kemitraan bidan dan dukun bayi, Jampersalda, Program Inovasi Pemberdayaan Kader Posyandu, dan rumah tunggu kelahiran) untuk mengurangi AKI saat hamil dan persalinan. Implementasi kebijakan-kebijakan ini juga berupaya memperhatikan kultur lokal, kondisi geografis, ketersediaan fasilitas kesehatan, dan kondisi infrastruktur jalan di tingkat desa yang cenderung masih terbatas.



Konteks lokal: praktik dukun bayi tetap bertahan karena faktor budaya dan jumlah dukun bayi lebih banyak daripada tenaga kesehatan

Perubahan dibandingkan dengan saat *baseline*: meningkatnya jumlah pemeriksaan kehamilan di tenaga kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan, serta menurunnya persalinan dengan dukun bayi

Strategi integratif Pemerintah Kabupaten Kubu Raya:

1. Mengendalikan penyedia layanan tradisional (dukun bayi) melalui skema kemitraan dan pemberian insentif; bukan memaksa menghilangkan keberadaan dukun bayi
 - 2014: Program Kemitraan Bidan dan Dukun Bayi
 - 2015: penerapan insentif Rp300.000/bulan bagi dukun bayi yang bermitra dengan bidan
 - 2017: penerapan buku kendali dukun bayi sebagai mekanisme kontrol pengambilan insentif
2. Melibatkan kader posyandu sebagai perpanjangan tangan bidan desa melalui pemberian insentif Rp150.000/bulan sejak 2015 dan Program Inovasi Pemberdayaan Kader Posyandu sejak 2017
3. Program Jampersalda 2017
 - Mekanisme: hanya bisa diakses untuk persalinan di fasilitas kesehatan dan ibu hamil harus memiliki buku KIA
 - Dampak: dukun bayi mendorong ibu hamil memeriksakan kehamilan di posyandu dan bersalin di fasilitas kesehatan agar bisa mengisi buku kendali dukun bayi untuk pengambilan insentif
4. Pembangunan rumah tunggu kelahiran untuk diakses secara gratis

Gambar 11. Contoh kebijakan pemerintah daerah yang Integratif dalam meningkatkan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan yang aman

Sumber: Hasil olah data kualitatif di Kubu Raya, 2017.

Sementara itu, aktor-aktor di tingkat desa dan masyarakat sangat berperan dalam pemberian penyuluhan/sosialisasi. Di tingkat desa penyuluhan/sosialisasi dilakukan oleh bidan desa dan kader posyandu sebagai perwakilan pemerintah daerah, sedangkan di tingkat masyarakat dilakukan oleh anggota kelompok dampingan mitra MAMPU, dampingan nonmitra MAMPU, dan dukun bayi. Efektivitas aktor-aktor pelaku perubahan di tingkat masyarakat dan desa tersebut dapat meningkat dengan adanya berbagai program/kebijakan di tingkat kabupaten yang mendukung peningkatan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan, terutama melalui skema pemberian insentif kepada aktor pelaku perubahan di tingkat masyarakat.

Di tingkat desa, pemerintah desa di mayoritas wilayah studi berupaya menyediakan layanan pemeriksaan kehamilan di desa untuk meningkatkan keterjangkauan layanan tersebut oleh masyarakat. Pemerintah desa mengalokasikan dana-dana yang masuk ke desa untuk mempermudah akses ibu terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan bayi/balita secara rutin. Bidan dan pemerintah desa di beberapa desa studi juga telah berinisiatif untuk menambah sarana penunjang pemeriksaan kehamilan dan persalinan di fasilitas kesehatan desa, menambah jumlah posyandu, dan menambah jumlah insentif kader posyandu dengan menggunakan dana desa.

Tiga pemerintah desa studi di TTS juga berinisiatif membuat aturan desa untuk mendorong pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan dengan menerapkan skema disinsentif bagi ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilannya di posyandu dan/atau tidak melahirkan di fasilitas kesehatan. Aturan ini akan lebih efektif jika diimplementasikan dengan mempertimbangkan konteks lokal dan kesiapan pemerintah desa dalam menyediakan layanan persalinan yang memadai dan dapat diakses secara setara.

3.1.2 Pemeriksaan Kesehatan Reproduksi dan Penggunaan Kontrasepsi

Dalam konteks nasional, salah satu target yang ingin dicapai dari tujuan SDGs ketiga adalah mengurangi sepertiga kematian akibat penyakit tidak menular melalui pencegahan dan perawatan. Pada 2019, Pemerintah Indonesia menargetkan persentase perempuan usia 30–50 tahun yang melakukan deteksi dini kanker serviks dan payudara mencapai 50% dari data acuan 1,75% pada 2014 (Kementerian Kesehatan, 2015: 28). Untuk mencapai target ini, pemerintah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 34 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim dan mengadakan Program Nasional Gerakan Pencegahan dan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara.

Inisiatif pemerintah daerah dan organisasi nonpemerintah (lembaga pendamping/mitra kerja MAMPU) mengadakan pemeriksaan IVA, *pap smear*, dan Sadanis gratis merupakan bentuk pengadopsian program/kebijakan Pemerintah Pusat, sesuai arahan RPJMN dan SDGs untuk meningkatkan akses perempuan terhadap upaya pencegahan dan pendeteksian dini kanker serviks. Di tingkat daerah, seluruh pemerintah kabupaten studi mengadopsi arahan tersebut dengan mengadakan program pemeriksaan IVA gratis di tingkat puskesmas. Di lokasi studi yang akses terhadap puskesmasnya relatif terbatas, pemerintah kabupaten memfasilitasi pemeriksaan IVA di fasilitas kesehatan tingkat desa yang dilakukan oleh bidan terlatih dari puskesmas.

Contoh baik dari Pemerintah Kabupaten Cilacap adalah menjadikan pemeriksaan IVA sebagai salah satu layanan rutin di puskesmas yang bisa diakses seminggu sekali dan mengadakan lomba peserta tes IVA terbanyak di tingkat puskesmas. Lomba ini berpotensi meningkatkan partisipasi perempuan terhadap layanan pemeriksaan IVA. Sementara itu, contoh baik dari Deli Serdang adalah Dinas Kesehatan melalui puskesmas terus menambah frekuensi pemeriksaan IVA di

fasilitas kesehatan desa. Hal tersebut merupakan upaya pemerintah daerah untuk meningkatkan partisipasi perempuan melakukan pemeriksaan IVA dan mendekatkan layanan pemeriksaan IVA gratis kepada masyarakat.

Pemerintah desa juga menjadi aktor potensial yang terlibat dalam upaya peningkatan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan IVA gratis di tingkat desa. Pelibatan kelompok perempuan dalam proses musyawarah penentuan alokasi dana-dana yang masuk ke desa seperti Dana Desa, Alokasi Dana Desa (ADD), dan bantuan tunai dari CSR memungkinkan kelompok perempuan memberikan usulan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Contoh baik dari Pangkep adalah salah satu pemerintah desa melibatkan perempuan dalam musyawarah desa penentuan alokasi dan pemanfaatan dana CSR yang diterima desa, dan di musyawarah ini kelompok perempuan mengusulkan penyediaan alat pemeriksaan IVA. Hal ini menjadi contoh baik dari adanya kesadaran dan kesediaan pemerintah desa mendukung akses perempuan terhadap layanan kesehatan dengan memberikan alokasi khusus dari dana-dana yang diterima desa. Kepala desa (sebagai bagian dari pemerintah desa), khususnya, menjadi aktor yang cukup berperan di beberapa desa studi baik dalam memberikan informasi, membantu masyarakat mendapatkan layanan, maupun dari sisi keterjangkauannya oleh masyarakat.

Di tingkat desa dan masyarakat, perwakilan pemerintah daerah yang berperan adalah bidan desa dan kader posyandu, sedangkan perwakilan masyarakat adalah anggota kelompok dampingan mitra MAMPU dan dampingan nonmitra MAMPU. Bidan desa dan kader posyandu tidak hanya berperan dalam meningkatkan pengetahuan perempuan tentang kesehatan reproduksi, tetapi juga memberikan informasi layanan pemeriksaan yang tersedia dan bisa diakses. Khusus di desa-desa dampingan, peran ini juga dilakukan oleh kader kelompok dampingan terutama melalui penyuluhan/sosialisasi internal saat kegiatan rutin kelompok. Kader kelompok dampingan juga sangat berperan dalam mengajak perempuan untuk bersama-sama melakukan pemeriksaan IVA, atau bahkan untuk sekadar mengantar mereka melakukan pemeriksaan IVA di puskesmas.

'Aisyiyah merupakan organisasi nonpemerintah yang paling berperan dalam mengadvokasi perempuan, pemerintah desa, dan pemerintah kabupaten di wilayah-wilayah dampingannya terkait peningkatan akses perempuan terhadap pemeriksaan kesehatan reproduksi. Dibandingkan dengan pemerintah, 'Aisyiyah memang telah lebih dulu berperan dalam upaya membuka akses dan mendorong perempuan untuk mencegah dan mendeteksi dini kanker serviks melalui penyediaan layanan pemeriksaan IVA gratis di fasilitas kesehatan desa dan pemeriksaan *pap smear* gratis di RSUD. Awalnya, upaya ini dimulai dengan mengadakan pemeriksaan IVA gratis di puskesmas yang telah dilakukan sejak 2014 di Cilacap dan sejak 2015 di Pangkep. 'Aisyiyah juga memberikan pelatihan tentang pemeriksaan IVA kepada tenaga kesehatan di tingkat desa dan kecamatan sebagai upaya pengembangan kapasitas mereka. Contoh baik dari strategi yang dilakukan 'Aisyiyah adalah melibatkan tenaga kesehatan desa sebagai anggota kelompok dampingan untuk menjadi aktor aktif di tingkat lokal dalam upaya meningkatkan akses perempuan terhadap berbagai layanan kesehatan. Pelibatan ini dapat memudahkan koordinasi dengan lembaga pendamping dan meningkatkan rasa kepemilikan terhadap (keberhasilan) program. Sementara itu, pada 2017 PEKKA Kubu Raya melakukan dengar pendapat (*hearing*) di kantor bupati untuk mendorong pelaksanaan lima isu terkait peningkatan akses perempuan terhadap layanan kesehatan, salah satunya adalah pemeriksaan IVA gratis di tingkat desa.

Terkait dengan meningkatnya penggunaan kontrasepsi, aktor yang berperan lebih besar berada di tingkat desa dan masyarakat, yakni bidan desa, kader posyandu, kader kelompok dampingan mitra MAMPU, dan tokoh agama. Bentuk peran mereka terutama adalah melakukan penyuluhan tentang penggunaan alat kontrasepsi, termasuk kontrasepsi jangka panjang. Contoh baik di Cilacap dan TTS adalah adanya tokoh agama yang secara aktif mendorong masyarakat

menggunakan alat kontrasepsi dengan memberikan penguatan persepsi dari sisi agama. Biasanya para tokoh agama ini memanfaatkan kegiatan keagamaan, seperti pengajian atau misa gereja, sebagai media penyuluhan. Selain penggunaan kontrasepsi, mereka juga memberikan penyuluhan untuk mendorong perempuan melakukan pemeriksaan IVA, termasuk juga menganjurkan para suami untuk mendukung istrinya melakukan pemeriksaan tersebut.

3.1.3 Peningkatan Gizi Ibu Hamil, Praktik IMD, dan Pemberian ASIE

Meningkatnya status gizi ibu hamil tidak lepas dari peran pemerintah desa di seluruh wilayah studi yang memberikan bantuan makanan tambahan melalui kegiatan posyandu. Bantuan ini biasanya difasilitasi oleh bidan desa dan kader posyandu untuk diberikan kepada ibu hamil yang datang memeriksakan kehamilannya ke posyandu. Pemerintah Daerah di Kubu Raya dan TTS juga sangat berperan dalam memberikan bantuan tambahan kepada ibu hamil yang mengalami KEK. Selain pemerintah daerah, beberapa lembaga nonpemerintah di Kubu Raya dan TTS juga berperan dalam memberikan bantuan makanan tambahan baik kepada ibu hamil maupun bayi/balita.

Sementara itu, terkait praktik IMD dan ASIE, Pemerintah Indonesia menargetkan pencapaian sebesar 50% pada 2019. Namun, sejauh ini dukungan pemerintah kabupaten terhadap praktik IMD dan ASIE baru ditemukan satu tahun terakhir, yakni di Deli Serdang dan Pangkep. Di Cilacap, pada 2014 'Aisyiyah telah lebih dulu melakukan berbagai upaya sosialisasi mendorong perubahan perilaku perempuan dalam memberikan nutrisi kepada bayi dengan melakukan praktik IMD dan ASIE. Di Kubu Raya, upaya ini juga mulai dilakukan PPSW Borneo melalui kampanye gizi sejak 2017. Kegiatan ini diintegrasikan dengan kegiatan rutin posyandu melalui kerja sama dengan bidan desa dan kader posyandu.

Di tingkat kecamatan, puskesmas merupakan aktor yang berpotensi memberikan berbagai informasi layanan kesehatan dan membantu perempuan mendapatkan layanan tersebut, seperti yang ditemukan di beberapa desa studi. Namun, aktor ini relatif tidak terlalu dekat dari sisi keterjangkauannya oleh masyarakat, mengingat fasilitas kesehatan tersebut umumnya berada di tingkat kecamatan. Puskesmas lebih berperan sebagai penghubung antara Dinas Kesehatan dan tenaga kesehatan di tingkat desa dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sementara itu, aktor yang berperan di tingkat masyarakat adalah kader posyandu dan kader kelompok dampingan (baik dari mitra MAMPU maupun nonmitra MAMPU). Peran mereka terutama tampak dalam melakukan penyuluhan dan kunjungan ke rumah ibu hamil atau ibu dengan bayi/balita untuk mendorong ibu mempraktikkan IMD dan ASIE.

3.2 Analisis Faktor Pendorong dan Penghambat Perubahan Akses Perempuan terhadap Layanan Kesehatan dan Gizi

3.2.1 Faktor Pendorong

a) Keberadaan Program/Kebijakan Daerah dan Lembaga Nonpemerintah yang Melengkapi Program/Kebijakan Nasional

Di seluruh wilayah studi telah tersedia cukup banyak program/kebijakan, baik yang cakupannya nasional maupun kabupaten, yang berpotensi menunjang peningkatan kesehatan dan gizi perempuan. Di antara program/kebijakan ini, ada yang merupakan hasil adopsi program di tingkat nasional dan ada pula yang merupakan hasil inisiatif di tingkat kabupaten. Sebagian besar dari program/kebijakan tersebut terkait dengan aspek pemeriksaan kehamilan dan persalinan.

Pada dasarnya, pengadaan program di daerah ditujukan untuk melengkapi program nasional yang sudah ada, misalnya dari sisi cakupan jumlah penerima program dan manfaat layanan atau dari sisi kriteria penetapan sasaran. Di seluruh wilayah studi sudah ada JKN-KIS yang merupakan program nasional jaminan kesehatan dan JKN-KIS Daerah atau Jamkesda sebagai program jaminan kesehatan di tingkat kabupaten. Penerima bantuan iuran JKN-KIS Daerah dan Jamkesda adalah masyarakat miskin yang belum menjadi penerima bantuan iuran JKN-KIS. Lebih lanjut, di tingkat kabupaten juga terdapat Program Jampersalda sebagai bantuan persalinan. Penerima utama program ini adalah keluarga miskin yang tidak menerima bantuan JKN-KIS dari Pemerintah Pusat atau daerah. Berbagai skema program dan pemilahan penerima manfaat tersebut berpotensi meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan yang aman.

Keberadaan Jampersalda juga berpotensi meningkatkan perilaku perempuan untuk melahirkan di fasilitas kesehatan melalui penetapan persyaratan tertentu yang harus dipenuhi calon penerima manfaat, misalnya, ibu bersalin harus rutin memeriksakan kehamilannya ke posyandu dan melahirkan di fasilitas kesehatan agar dapat mengakses Jampersalda. Potensi perubahan perilaku ibu bersalin juga dapat lebih maksimal jika program ini diimplementasikan dengan tidak hanya melibatkan kader posyandu sebagai kepanjangan tangan bidan tetapi juga dukun bayi yang sudah bermitra dengan bidan yang secara sosial dan budaya lebih dekat dengan masyarakat. Di tingkat desa, keberadaan Program Dana Desa, ADD, dan program lainnya yang masuk ke desa termasuk CSR dapat dimanfaatkan untuk memudahkan akses perempuan terhadap layanan kesehatan, khususnya penyediaan sarana penunjang pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi/balita, dan persalinan.

Selain itu, terdapat program/bantuan lain dari pemerintah kabupaten yang sifatnya melengkapi program peningkatan kesehatan dan gizi perempuan yang sudah ada di tingkat nasional, seperti peningkatan pelayanan posyandu. Namun, bentuk program/bantuan tersebut berbeda-beda, bergantung pada komitmen dan prioritas setiap pemerintah kabupaten. Di sisi lain, terdapat pula program/bantuan dari lembaga nonpemerintah yang umumnya diberikan di tingkat desa. Bentuk program/bantuan ini juga berbeda-beda di tiap kabupaten dan umumnya dapat diakses seluruh masyarakat miskin tanpa ada kriteria khusus, misalnya, pemeriksaan IVA.

b) Skema Pemberian Insentif

Penerapan insentif berupa pemberian uang atau tunjangan yang diberikan secara rutin kepada aktor-aktor di tingkat masyarakat, dalam hal ini kader posyandu dan dukun bayi, berpotensi meningkatkan akses perempuan terhadap berbagai layanan kesehatan dan gizi, khususnya pemeriksaan kehamilan dan layanan persalinan yang aman. Skema pemberian insentif yang ditujukan kepada kader posyandu terdapat di seluruh wilayah studi, sedangkan skema pemberian insentif kepada dukun bayi hanya terdapat di Kubu Raya. Skema pemberian insentif kepada dukun bayi di satu sisi dan skema pemberian disinsentif yang tidak bersifat represif di sisi lain berpotensi meningkatkan penggunaan bidan dan menurunkan penggunaan dukun bayi sebagai penolong utama persalinan. Skema ini juga dapat mendorong dukun bayi untuk tidak membantu persalinan. Sementara itu, skema pemberian insentif kepada kader posyandu berpotensi mendorong mereka untuk lebih aktif mengajak ibu hamil dan ibu dengan bayi/balita untuk datang ke posyandu. Dengan adanya pemberian insentif ini, kader posyandu juga termotivasi untuk menjadi lebih aktif melakukan kunjungan ke rumah ibu hamil untuk mendorong mereka melakukan IMD saat persalinan dan mengunjungi rumah ibu yang baru melahirkan.

c) Sosialisasi

Sosialisasi memegang peranan penting dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat, khususnya perempuan, mengenai kondisi kesehatan dan gizi perempuan miskin. Sebagian besar dari perempuan yang memiliki akses terhadap layanan kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan, persalinan, alat kontrasepsi, dan pemeriksaan kesehatan reproduksi, serta melakukan praktik IMD dan ASIE sebelumnya pernah menerima informasi mengenai layanan tersebut dari tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, atau perawat. Temuan ini sejalan dengan studi lain yang menunjukkan bahwa terdapat perubahan signifikan dalam pengetahuan, perilaku, dan praktik setelah adanya edukasi dan penyuluhan oleh tenaga kesehatan (Wijaya-Erhardt, Muslimatun, dan Erhardt, 2014). Oleh karena itu, peningkatan intensitas dan kualitas pemberian informasi melalui tenaga kesehatan dapat menjadi salah satu kontributor perubahan akses perempuan miskin untuk mendapatkan layanan kesehatan yang layak dan memberikan nutrisi yang baik kepada bayi/balita.

Kegiatan sosialisasi terutama dilakukan di tingkat desa dan masyarakat melalui kegiatan-kegiatan rutin, seperti posyandu, pertemuan kelompok dampingan mitra MAMPU, dan kegiatan keagamaan. Sosialisasi biasanya disampaikan secara lisan melalui pertemuan khusus, pertemuan informal, atau melalui buletin kelompok yang diterbitkan secara berkala oleh mitra dampingan MAMPU. Sosialisasi melalui kegiatan keagamaan dan posyandu biasanya bersifat lebih terbuka dibandingkan dengan sosialisasi yang dilakukan melalui kegiatan internal kelompok dampingan. Sosialisasi ini tidak hanya meningkatkan pengetahuan perempuan dan masyarakat tentang berbagai layanan kesehatan dan gizi, tetapi juga memberikan informasi tentang keberadaan layanan-layanan yang bisa diakses terutama secara gratis.

d) Pendampingan Kelompok

Mengikuti kegiatan berkelompok dan mendapat pendampingan dari organisasi pemberdayaan perempuan merupakan upaya yang bisa ditempuh perempuan miskin untuk mendapatkan berbagai informasi layanan kesehatan dan gizi. Dengan mengikuti kegiatan ini, perempuan anggota kelompok juga memiliki peluang lebih besar untuk mengakses layanan kesehatan tertentu secara gratis. Studi ini menemukan bahwa perempuan yang mengikuti kelompok dampingan memiliki kesempatan lebih besar untuk mendapatkan paparan informasi dari pihak luar—misalnya, tentang layanan pemeriksaan IVA gratis yang diselenggarakan baik oleh pemerintah daerah maupun organisasi nonpemerintah—dibandingkan dengan perempuan yang tidak terlibat dalam kegiatan kelompok sama sekali.

Lebih lanjut, berkelompok secara intensif juga berpotensi menumbuhkan kemampuan perempuan untuk mengeluarkan pendapat di forum-forum umum dan menumbuhkan kesadaran kritis perempuan, terutama untuk mengusulkan kegiatan yang dapat meningkatkan aksesnya terhadap layanan kesehatan. Temuan ini tampak pada kelompok BSA yang menjadi dampingan 'Aisyiyah di Pangkep. Kelompok ini berani memberikan usulan tentang penggunaan dana CSR yang masuk ke desa untuk meningkatkan akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi. Usulan ini disampaikan secara terbuka melalui forum musyawarah desa.

e) Rumah Tunggu Kelahiran

Rumah tunggu kelahiran merupakan salah satu upaya pemerintah desa dan pemerintah daerah mendorong masyarakat untuk melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Fasilitas ini sebetulnya sudah tersedia di beberapa wilayah studi. Namun, masyarakat belum banyak yang memanfaatkannya karena masih adanya biaya nonmedis yang tidak ditanggung jaminan kesehatan, seperti biaya makan, air, dan listrik. Keberadaan fasilitas rumah tunggu kelahiran bisa

lebih optimal jika masyarakat bisa memanfaatkannya secara gratis, termasuk untuk pembiayaan operasional seperti biaya air dan listrik selama berada di fasilitas tersebut. Mengacu pada Permenkes No. 71 Tahun 2016, mengintegrasikan Jampersalda dengan rumah tunggu kelahiran dapat menjadi peluang potensial untuk meningkatkan jumlah persalinan di fasilitas kesehatan. Skema pembiayaan Jampersalda yang mencakup biaya-biaya operasional di rumah tunggu kelahiran dapat mendorong masyarakat mengakses layanan persalinan di fasilitas kesehatan.

3.2.2 Faktor Penghambat

a) Ketersediaan Infrastruktur dan Penyedia Layanan Kesehatan di Tingkat Desa

Penyedia layanan kesehatan desa di beberapa wilayah studi masih sangat terbatas, baik dari sisi jumlah maupun sebaran. Penyedia layanan ini mencakup keberadaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan. Hingga saat ini belum ada penambahan jumlah fasilitas kesehatan milik pemerintah di tingkat desa. Meskipun demikian, di seluruh desa studi terdapat peningkatan ketersediaan layanan kesehatan, baik dalam bentuk perbaikan fasilitas kesehatan yang sudah ada, penambahan peralatan/sarana penunjang, maupun penambahan jenis layanan. Umumnya, peningkatan ketersediaan layanan ini terkait dengan pemeriksaan kehamilan dan persalinan.

Namun, fakta bahwa peningkatan akses perempuan terhadap persalinan yang aman masih jauh lebih rendah daripada akses mereka terhadap pemeriksaan kehamilan mengindikasikan adanya faktor determinan lain yang menyebabkan peningkatan tersebut belum optimal, di antaranya kondisi jalan. Kontribusi dari penambahan sarana persalinan di fasilitas kesehatan desa akan menjadi tidak signifikan jika tidak diimbangi dengan perbaikan infrastruktur jalan menuju fasilitas kesehatan untuk memudahkan akses persalinan di fasilitas tersebut. Hal ini terutama ditemukan di wilayah studi yang jalan-jalan di dalam desanya (baik jalan poros desa maupun jalan lingkungan) masih dalam keadaan rusak dan sulit dilalui, khususnya saat musim hujan. Bagi perempuan dari dusun-dusun yang letaknya terisolasi, penambahan sarana penunjang persalinan di fasilitas kesehatan desa tidak serta-merta membuatnya mau melakukan persalinan di fasilitas tersebut karena sulitnya kondisi jalan. Determinan lainnya adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang masih minim di beberapa wilayah studi. Di sisi lain, kehadiran dukun bayi di tengah masyarakat relatif mudah ditemukan. Hal ini menyebabkan dukun bayi menjadi pilihan yang lebih mudah diakses daripada tenaga kesehatan (bidan).

b) Aturan Desa dengan Skema Disinsentif

Di wilayah yang ketersediaan dan akses ke fasilitas kesehatannya masih sangat terbatas, melahirkan di rumah dengan bantuan bidan dianggap sebagai langkah adaptasi yang paling mungkin dilakukan dalam upaya meminimalkan AKI akibat persalinan dengan bantuan tenaga tradisional (dukun bayi) atau tenaga tidak terlatih (keluarga/kerabat). Pemerintah daerah perlu mengenali konteks lokal seperti budaya, kondisi infrastruktur dan geografis, serta ketersediaan fasilitas kesehatan terkait keberadaan dan penggunaan layanan dukun bayi dalam membuat suatu kebijakan yang lebih bersifat preventif dan suportif.

Alih-alih meningkatkan akses perempuan terhadap layanan persalinan, keberadaan aturan desa yang menetapkan denda persalinan justru berpotensi menghambat perempuan memperoleh persalinan yang aman. Di satu sisi, denda ini berkontribusi terhadap penurunan persalinan dengan bantuan dukun bayi. Di sisi lain, denda tersebut juga berkontribusi terhadap peningkatan persalinan di rumah dengan bantuan keluarga/kerabat; padahal, persalinan tersebut tidak lebih aman jika dibandingkan dengan persalinan yang dibantu dukun bayi.

Kotak 2

Konsekuensi Tak Terduga (*Unintended Consequences*) dari Penerapan Aturan tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak di Tingkat Desa

Di desa studi di TTS terdapat aturan KIBBLA yang bertujuan mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Aturan ini mendorong ibu hamil agar rutin memeriksakan kehamilan di posyandu dan melakukan persalinan yang aman di fasilitas kesehatan. Dalam upaya mendorong hal ini, aturan tersebut menerapkan denda yang harus dibayar jika tidak memeriksakan kehamilan di posyandu dan melakukan persalinan dengan bantuan dukun bayi. Denda terkait pemeriksaan kehamilan dikenakan kepada ibu hamil, sedangkan denda terkait persalinan dikenakan kepada ibu bersalin dan dukun bayi. Akibatnya, untuk menghindari denda, ibu hamil yang sulit mengakses fasilitas kesehatan memilih melahirkan di rumah tanpa bantuan bidan; ada yang dibantu keluarganya, dan ada juga yang melahirkan sendiri tanpa bantuan siapa pun.

Implementasi sebuah aturan dapat bersifat represif bagi masyarakat yang pada akhirnya gagal memberikan kontribusi positif dalam perubahan perilaku persalinan di fasilitas kesehatan. Skema disinsentif (pemberian denda) yang digunakan pemerintah desa di TTS untuk kasus persalinan dengan bantuan dukun bayi berkontribusi terhadap pengambilan keputusan ibu bersalin atau keluarganya dalam memilih lokasi dan penolong utama persalinan yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi akibat persalinan yang makin tidak aman.

Sumber: Hasil olah data kualitatif di TTS, 2017.

Belajar dari kasus *unintended consequences* di TTS, implementasi skema disinsentif berupa pemberian denda untuk mendorong perubahan perilaku bisa saja dilakukan. Namun, langkah tersebut harus didukung oleh ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai dari sisi layanan dan keterjangkauan, serta ditunjang oleh kondisi infrastruktur desa yang baik. Pemerintah kabupaten dan desa perlu memperhatikan konteks lokal dalam mengadopsi dan mengimplementasikan suatu peraturan/kebijakan. Di wilayah dengan fasilitas kesehatan yang masih sangat terbatas, skema disinsentif dapat menjadi bersifat represif bagi masyarakat, khususnya ibu hamil dari keluarga miskin, yang pada akhirnya akan menghambat perubahan perilaku persalinan. Sebaliknya, skema insentif dapat memperbesar peluang terhadap peningkatan perilaku persalinan di fasilitas kesehatan, seperti yang dilakukan Pemerintah Kubu Raya.

c) Nilai-Nilai Sosial dan Keluarga di Tingkat Lokal

Dalam konteks lokal tertentu, nilai-nilai yang berlaku dan dipercaya sebagian masyarakat, disadari atau tidak, dapat menghambat perempuan baik dalam memperoleh layanan kesehatan tertentu maupun dalam melakukan praktik pemberian gizi kepada bayi. Studi ini menemukan bahwa beberapa nilai di tingkat lokal menjadi salah satu determinan penting yang berpotensi menghambat akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan IVA, penggunaan kontrasepsi, dan praktik pemberian ASI. Hal yang sama juga berlaku untuk akses persalinan yang dibantu tenaga kesehatan. Pada masyarakat di beberapa wilayah studi, dukun bayi lebih dipercaya daripada tenaga kesehatan dalam membantu proses lahirnya seorang bayi. Hal ini karena biasanya dukun bayi berusia jauh lebih tua daripada bidan desa sehingga dianggap lebih berpengalaman dalam membantu persalinan. Dukun bayi juga sering kali melakukan ritual tertentu yang memberikan rasa nyaman bagi ibu bersalin. Tradisi dan kepercayaan yang masih kuat tersebut memiliki pengaruh yang besar pada perempuan miskin dalam memilih dukun bayi sebagai penolong utama persalinan.

Sementara itu, tabu dan nilai-nilai patriarki di masyarakat berperan dalam memengaruhi pengambilan keputusan oleh perempuan untuk melakukan atau tidak melakukan pemeriksaan IVA. Selain itu, upaya preventif terkait dengan kesehatan reproduksi belum menjadi kebiasaan baik di kalangan masyarakat. Hal-hal tersebut merupakan beberapa faktor internal yang menghambat akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi terutama pemeriksaan

IVA gratis. Hal ini tampak dari temuan bahwa bagi sebagian kalangan, pemeriksaan organewanitaan masih dianggap tabu, kecuali jika dilakukan saat kondisi mendesak/darurat. Sementara itu, nilai-nilai patriarki tecermin dari besarnya peran izin suami bagi seorang perempuan untuk bisa melakukan pemeriksaan IVA. Seorang pejabat di Dinas Kesehatan Kubu Raya menyebutkan bahwa sering kali perempuan yang sudah mengantre di puskesmas terpaksa pulang karena suaminya melarang melakukan pemeriksaan IVA. Hambatan-hambatan semacam ini merupakan salah satu kontributor terhadap rendahnya tingkat pemeriksaan IVA di seluruh wilayah studi.

Mitos dan nilai-nilai patriarki dalam rumah tangga juga memengaruhi proses pengambilan keputusan pada perempuan untuk menentukan kehamilan, menggunakan atau tidak menggunakan kontrasepsi, dan memilih jenis kontrasepsi. Adanya mitos atau anggapan yang keliru bahwa penggunaan kontrasepsi akan berpengaruh buruk terhadap kesehatan perempuan mengindikasikan minimnya pengetahuan perempuan terhadap kontrasepsi. Mitos ini dipercayai tidak hanya oleh perempuan tetapi juga oleh pasangannya. Sementara itu, nilai-nilai patriarki tecermin dari peran suami dalam menentukan kapan seorang perempuan boleh menggunakan kontrasepsi dan jenis kontrasepsi apa yang boleh digunakan. Studi ini menemukan beberapa kasus yang menunjukkan bagaimana perempuan pada akhirnya tunduk pada keputusan suami meski keputusan ini bertentangan dengan kehendaknya.

Sementara itu, hambatan dalam pemberian ASIE sering kali berasal dari orangtua atau keluarga besar yang terlibat dalam proses pengasuhan bersama dan memengaruhi pengambilan keputusan untuk memberikan atau tidak memberikan ASIE. Peran keluarga dalam menghambat pemberian ASIE tecermin dari pola asuh turun-temurun untuk memberikan makanan pendamping ASI meski usia bayi masih kurang dari enam bulan. Praktik pemberian ASIE sebetulnya merupakan bentuk hak ibu dalam memberikan layanan gizi kepada bayinya. Namun, terkadang keterlibatan keluarga besar dalam pengasuhan bersama menghambat perempuan untuk melakukan praktik ASIE. Meski sudah gencar melakukan sosialisasi dan kunjungan rumah, sulit bagi bidan desa dan kader posyandu untuk bisa memiliki kontrol atau pengawasan yang lebih besar mengingat praktik ASIE terjadi di tingkat keluarga. Kondisi tersebut merupakan salah satu penyebab belum signifikannya hasil dari upaya pemerintah daerah untuk mendorong praktik ASIE meski upaya ini sudah dituangkan ke dalam perbup.

d) Pembiayaan Persalinan

Bagi masyarakat miskin, keterbatasan biaya sering kali menjadi faktor terbesar yang menghambat akses perempuan terhadap layanan kesehatan, khususnya persalinan yang aman. Dalam kondisi tertentu, keberadaan jaminan perlindungan kesehatan, seperti JKN-KIS dan Jampersalda, dirasa belum terlalu membantu. Selain hanya bisa diakses di fasilitas kesehatan, terdapat biaya-biaya lain yang tidak ditanggung program tersebut. Akibatnya, masyarakat miskin masih harus mengeluarkan sejumlah uang untuk biaya transportasi, biaya makan, dan biaya operasional lainnya selama berada di fasilitas kesehatan. Beban biaya-biaya ini lah yang menghambat perempuan miskin melakukan persalinan yang aman di fasilitas kesehatan meski ia berstatus sebagai PBI JKN-KIS. Pada akhirnya, persalinan yang kemudian dipilih adalah persalinan di rumah, baik dengan bantuan dukun bayi, keluarga, maupun tanpa bantuan siapa pun.

IV. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Secara umum semenjak tahun 2014 tidak ditemukan adanya penambahan jumlah fasilitas kesehatan di tingkat desa walaupun terdapat peningkatan ketersediaan layanan kesehatan dan gizi perempuan, termasuk peningkatan ketersediaan layanan informasi kesehatan (penyuluhan) dan peningkatan kapasitas penyedia layanan di fasilitas kesehatan desa. Mayoritas peningkatan tersebut terjadi karena peran pemerintah daerah, dan sebagian besar terjadi di tingkat desa.

Sementara itu, dari segi kondisi kesehatan perempuan miskin dan akses mereka terhadap layanan kesehatan kehamilan dan persalinan ditemukan adanya peningkatan hingga 2017. Hal ini dapat terlihat dari meningkatnya akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan di praktik bidan, puskesmas, dan posyandu. Peningkatan ini juga diikuti dengan peningkatan partisipasi ibu hamil yang datang ke posyandu. Selain itu, ditemukan peningkatan akses perempuan miskin terhadap layanan persalinan di fasilitas kesehatan dan persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan (bidan atau dokter). Hal ini diikuti dengan menurunnya persalinan di rumah dan persalinan yang dibantu oleh pihak-pihak yang bukan merupakan tenaga kesehatan (dukun bayi atau keluarga). Namun, jika dibandingkan dengan akses pemeriksaan kehamilan, masih terjadi kesenjangan akses terhadap layanan persalinan, terutama di Kubu Raya dan TTS yang sebagian besar perempuannya masih melahirkan di rumah dengan dukun bayi sebagai penolong utama.

Di samping kehamilan dan persalinan, ditemukan pula peningkatan akses dan kondisi kesehatan perempuan miskin secara umum. Salah satunya adalah peningkatan dalam penggunaan alat kontrasepsi, khususnya kontrasepsi jangka panjang. Selain itu, terdapat peningkatan jumlah perempuan yang melakukan pemeriksaan dini kanker payudara dan kanker serviks. Sebagian besar dari mereka pernah menerima sosialisasi tentang pemeriksaan ini dari tenaga kesehatan. Terakhir, ditemukan bahwa sebagian besar perempuan telah melakukan IMD pada kehamilan terakhir meski hanya sebagian yang melanjutkan praktik ini dengan pemberian ASIE. Berdasarkan hasil kualitatif, didapatkan bahwa kondisi gizi ibu hamil juga mengalami perbaikan yang ditandai dengan cenderung menurunnya kasus ibu hamil yang mengalami KEK.

Salah satu hal yang memengaruhi perubahan akses kesehatan reproduksi dan gizi adalah cukup banyaknya program/kebijakan pemerintah daerah yang mendorong peningkatan status kesehatan dan gizi perempuan. Beberapa program/kebijakan pemerintah daerah tersebut merupakan inisiatif lokal daerah, dan beberapa lainnya merupakan hasil adaptasi program/kebijakan Pemerintah Pusat. Dalam konteks ini, pengintegrasian berbagai program/kebijakan daerah juga merupakan bentuk inisiatif pemerintah kabupaten dalam rangka mempercepat perubahan. Di tingkat nasional, mayoritas program/kebijakan Pemerintah Pusat mengacu pada target SDGs yang ingin dicapai. Di tingkat daerah, program/kebijakan yang diadaptasi pemerintah kabupaten berjalan berdampingan dengan program/kegiatan dari organisasi nonpemerintah yang melakukan pendampingan pada isu kesehatan dan gizi perempuan di tingkat kabupaten dan desa. Dalam konteks lokal tertentu, pelibatan tokoh agama atau lembaga keagamaan sebagai media penyebaran informasi terbukti cukup efektif, seperti yang terjadi di Cilacap dan TTS.

Selain itu, implementasi program/kebijakan di tingkat kabupaten dan desa harus memperhatikan konteks lokal, seperti budaya, kondisi geografis, kesiapan pemerintah terkait ketersediaan layanan dan kelayakan infrastruktur jalan, serta keterjangkauan layanan tersebut oleh masyarakat. Implementasi program/kebijakan juga sebaiknya lebih bersifat preventif dan suportif daripada represif. Kebijakan yang bersifat represif, khususnya bagi perempuan dari keluarga miskin, berpotensi menghambat perubahan perilaku yang dapat meningkatkan status kesehatan dan gizinya.

Proses perubahan meningkatnya status kesehatan dan gizi perempuan lebih bersifat dari atas ke bawah (*top-down*) dari pemerintah kabupaten ke masyarakat. Proses ini terkait dengan program/kebijakan di tingkat nasional dan dengan aktor-aktor perubahan di tingkat kecamatan, desa, dan masyarakat. Proses perubahan dari bawah ke atas (*bottom-up*) baru ditemukan pada aspek layanan pemeriksaan kehamilan di posyandu dan aspek layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi. Pada aspek layanan pemeriksaan kehamilan, pengusulan oleh perempuan dilakukan secara langsung kepada bidan desa atau melalui musyawarah desa. Adanya inisiatif tersebut mengindikasikan kesadaran masyarakat, khususnya perempuan miskin, untuk meningkatkan akses mereka terhadap layanan pemeriksaan di posyandu, terutama untuk kehamilan dan bayi/balita. Pada aspek layanan pemeriksaan kesehatan reproduksi, pengusulan oleh kelompok perempuan dari BSA dilakukan saat musyawarah desa.

Upaya kolektif dalam menyuarkan kebutuhan perempuan untuk mendapatkan layanan kesehatan hanya ditemukan di dua desa studi dampingan 'Aisyiyah di Pangkep. Aktor yang berperan dalam mendorong/memfasilitasi perempuan menyuarkan kebutuhannya adalah bidan desa dan kader BSA. Contoh aspek yang disuarakan adalah pembelian alat pemeriksaan IVA, ketersediaan alat-alat kesehatan, dan perbaikan posyandu.

4.2 Rekomendasi

Sosialisasi memiliki peranan penting dalam penyebaran informasi kepada masyarakat terkait upaya peningkatan akses perempuan miskin terhadap berbagai layanan kesehatan dan gizi, baik yang berada di tingkat desa, kecamatan, maupun kabupaten. Beberapa nilai di tingkat lokal, termasuk nilai-nilai patriarki, menjadi salah satu determinan penting yang berpotensi menghambat akses perempuan terhadap layanan pemeriksaan IVA, penggunaan kontrasepsi, dan praktik pemberian ASIE. Untuk itu, sosialisasi juga perlu menysasar kelompok laki-laki dan masyarakat luas.

Aktor-aktor di tingkat masyarakat (kader posyandu, kader kelompok dampingan, tokoh agama, dan dukun bayi) sangat potensial untuk menjadi kepanjangan tangan puskesmas dan Dinas Kesehatan dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan akses perempuan terhadap berbagai layanan kesehatan dan gizi. Keberadaan mereka di tengah-tengah masyarakat menjadikan mereka relatif lebih mudah menjangkau dan dijangkau oleh masyarakat daripada aktor-aktor yang berada di tingkat desa (bidan desa dan pemerintah desa). Efektivitas aktor-aktor pelaku perubahan di tingkat masyarakat tersebut dapat meningkat dengan adanya berbagai program/kebijakan di tingkat kabupaten yang mendukung peningkatan kesehatan dan gizi perempuan, terutama melalui skema pemberian insentif kepada aktor pelaku perubahan di tingkat masyarakat.

Pendampingan perempuan secara berkelompok dapat menjadi salah satu upaya penyebaran informasi layanan kesehatan dan gizi yang lebih efektif. Pendampingan secara intensif juga berpotensi menumbuhkan kemampuan perempuan untuk mengeluarkan pendapat di forum-

forum umum dan menumbuhkan kesadaran kritis perempuan, terutama untuk mengusulkan kegiatan yang dapat meningkatkan aksesnya terhadap layanan kesehatan. Kegiatan pendampingan tersebut perlu diperluas agar dapat menjangkau lebih banyak perempuan sehingga memperbesar akses mereka terhadap informasi dan memperbesar peluang mereka untuk mendapatkan layanan kesehatan dan gizi yang lebih baik.

Integrasi berbagai program/kebijakan yang ada di daerah, baik yang bersumber dari Pemerintah Pusat maupun pemerintah kabupaten, diperlukan agar upaya mengurangi AKI saat hamil dan persalinan dapat lebih efektif. Implementasi berbagai program/kebijakan tersebut juga perlu memperhatikan kultur lokal, kondisi geografis, ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, serta kondisi infrastruktur jalan di tingkat desa. Di wilayah yang ketersediaan fasilitas kesehatannya masih sangat terbatas, penggunaan skema disinsentif dapat bersifat represif bagi masyarakat, khususnya ibu hamil dari keluarga miskin. Sebaliknya, pengimplementasian skema insentif memungkinkan peluang lebih besar terhadap peningkatan perilaku persalinan di fasilitas kesehatan.

Dana Desa memiliki potensi besar untuk mendukung pemerintah desa meningkatkan akses perempuan terhadap layanan kesehatan, misalnya, melalui (i) penyediaan kendaraan atau bantuan biaya transportasi untuk persalinan di fasilitas kesehatan, (ii) pembangunan rumah tunggu kelahiran di dekat fasilitas kesehatan desa yang bisa diakses secara gratis, (iii) penyediaan bantuan peralatan/sarana persalinan di fasilitas kesehatan desa, dan (iv) pengadaan pemeriksaan IVA gratis di fasilitas kesehatan desa.

DAFTAR ACUAN

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013) *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan [dalam jaringan] <www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikedas%202013.pdf> [12 Mei 2018].
- Badan Pusat Statistik (2017) *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Handayani, L., Suharmiati, S., Kurniawan, A., Nuraini, S., dan Wasito, B. (2014) 'Utilization of Service Delivery Insurance (Jampersal) for Maternal and Child Health Services in 12 Districts/Cities: Eliminate the Socio-cultural Obstacle on Safe Delivery.' *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 16 (4 Okt).
- Kementerian Kesehatan (2015) *Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals*. Slides dipresentasikan pada Rakorpop Kementerian Kesehatan RI, Sekretariat Pembangunan Kesehatan Pasca-2015 Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, 1 Desember 2015, tidak dipublikasikan.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2015) *Satu Tahun Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- . (2014) *Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015–2019, Buku II Agenda Pembangunan Bidang*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Kusumawardhani, Niken, Dyan Widyaningsih, Valentina YD Utari, Joseph Marshan, Dinar Dwi Prasetyo, Hafiz Arfyanto, Veto Tyas Indrio, dan Michelle Andrina (2016) 'Dinamika Penghidupan Perempuan Miskin: Studi Kasus Ketika Terjadi Perubahan Harga BBM.' *Draf Laporan Penelitian*. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Lee, A.I. dan Okam, M.M. (2011) 'Anemia in pregnancy.' *Hematology/Oncology Clinics* 25 (2): 241–259.
- Prabasiwi, A., Fikawati, S., and Syafiq, A. (2015) 'ASI Eksklusif dan Persepsi Ketidacukupan ASI.' *Kesmas: National Public Health Journal* 9 (3): 282–287.
- Rahmitha, Hastuti, Dyan Widyaningsih, Niken Kusumawardhani, Dinar Dwi Prasetyo, Hafiz Arfyanto, Veto Tyas Indrio, dan M. Fajar Rakhmadi (2016) 'Penghidupan Perempuan Miskin dan Akses Mereka terhadap Pelayanan Umum.' *Draf Laporan Penelitian*. Jakarta: The SMERU Research Institute.
- Sajedinejad, S., Majdzadeh, R., Vedadhir, A., Tabatabaei, M. G., dan Mohammad, K. (2015) 'Maternal mortality: a cross-sectional study in global health.' *Globalization and Health* 11, 4 [dalam jaringan] <<http://doi.org/10.1186/s12992-015-0087-y>> [12 Mei 2018].
- Suryahadi, A., Febriany, V., dan Yumna, A. (2017) 'Expanding social security in Indonesia: The current processes and challenges.' Dalam *Towards Universal Health Care in Emerging Economies*. Ilcheong Yi (ed.) London: Palgrave Macmillan: 373–403.

- Syafiq, A., Fikawati, S., dan Widiastuti, R. (2015) 'Energy Consumption during Lactation and Duration of Breastfeeding At Puskesmas Margajaya Bekasi City in 2014.' *Makara Journal of Health Research* 19 (2): 81–86.
- Tim UJDIH BPK Perwakilan Provinsi Bangka Belitung (2016) *Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah* [dalam jaringan] <<http://pangkalpinang.bpk.go.id/?p=6420>>. [28 Juni 2018].
- UNICEF Indonesia (2012) *Ringkasan Kajian: Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: UNICEF Indonesia [dalam jaringan] <https://www.unicef.org/indonesia/id/A5_-_B_Ringkasan_Kajian_Kesehatan_REV.pdf> [12 Mei 2018].
- Wijaya-Erhardt, M., Muslimatun, S., dan Erhardt, J.G. (2014) 'Effect of an educational intervention related to health and nutrition on pregnant women in the villages of Central Java Province, Indonesia.' *Health Education Journal* 73 (4): 370–381.
- World Bank (2010) *"...and then she died": Indonesia Maternal Health Assessment (English)*. Washington, DC: World Bank [dalam jaringan] <<http://documents.worldbank.org/curated/en/718951468040488082/and-then-she-died-Indonesia-maternal-health-assessment>> [12 Mei 2018].
- Xu K., Saksena P., dan Evans D.B. (2010) 'Health financing and access to effective interventions.' *World Health Report (2010) Background Paper No 8*. Geneva: World Health Organization [dalam jaringan] <<http://cdrwww.who.int/entity/healthsystems/topics/financing/health-report/8Accessstocare.pdf>> [12 Mei 2018].

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

Tabel A1. Data Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan per Daerah

Variabel	Deli Serdang (N=173)	Cilacap (N=155)	TTS (N=198)	Kubu Raya (N=219)	Pangkep (N=169)
Lokasi pemeriksaan kesehatan					
RS	5,5%	1,3%	1,1%	1,1%	1,9%
Klinik	10,4%	1,3%	0,6%	1,6%	1,3%
Puskesmas	3,0%	24,2%	53,6%	45,7%	90,3%
Posyandu	1,2%	9,2%	44,1%	24,7%	1,3%
Bidan	79,9%	62,7%	0,0%	22,6%	4,5%
Dukun	0,0%	1,3%	0,6%	3,8%	0,6%
Lainnya	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%
Lokasi persalinan					
Rumah	18,70%	45,00%	34,20%	78,30%	22,60%
Rumah Sakit	25,30%	19,90%	8,90%	10,80%	15,50%
Puskesmas/posyandu	1,80%	9,30%	55,30%	6,90%	47,70%
Klinik dokter	6,00%	0,70%	0,50%	1,50%	0,00%
Bidan	48,20%	23,80%	0,50%	2,00%	12,90%
Dukun bayi	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%
Lainnya	0,00%	0,70%	0,50%	0,50%	1,30%
Penolong utama persalinan					
Keluarga/tetangga	0,6%	0,7%	8,9%	1,5%	3,2%
Bidan	71,1%	55,6%	60,0%	31,5%	66,5%
Dokter	24,7%	19,9%	11,6%	6,4%	15,5%
Dukun	3,6%	23,8%	19,5%	60,6%	14,2%
Lainnya	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Penolong utama persalinan di rumah					
Keluarga/tetangga	3,23%	1,47%	23,08%	1,89%	14,29%
Bidan	74,19%	45,59%	21,54%	22,01%	22,86%
Dokter	3,23%	1,47%	0,00%	0,00%	0,56%
Dukun	19,35%	51,47%	55,38%	76,10%	62,86%

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

N: Jumlah sampel.

LAMPIRAN 2

Tabel A2. Karakteristik Perempuan Berdasarkan Lokasi Pemeriksaan Kehamilan

Karakteristik Perempuan yang Memeriksa Kehamilan	Nonfasilitas Kesehatan (N=89)	Fasilitas Kesehatan (N=825)
Kelompok umur		
15–19	10,50%	6,80%
20–24	11,80%	18,80%
25–29	22,40%	25,80%
30–34	32,90%	27,90%
35–39	17,10%	16,40%
40–44	4,00%	4,00%
45–49	1,30%	0,40%
Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah	29,20%	5,80%
SD	50,60%	58,20%
SMP	13,50%	20,50%
SMA	6,70%	14,40%
Diploma/sarjana	0,00%	1,10%
Pekerjaan		
Tidak bekerja	42,90%	53,40%
Formal	16,90%	17,60%
Informal	40,30%	29,10%
Metode pembayaran		
Membayar/asuransi pribadi	83,30%	16,70%
JKN/tidak membayar	59,60%	40,40%

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

N: Jumlah sampel.

LAMPIRAN 3

Tabel A3. Data Penggunaan Kontrasepsi per Daerah

Variabel	Deli Serdang (N=173)	Cilacap (N=155)	TTS (N=198)	Kubu Raya (N=219)	Pangkep (N=169)	Total (N=914)
Prevalensi penggunaan KB						
KB saat ini	48,6%	46,5%	55,1%	61,6%	45,0%	52,1%
KB pernah	78,0%	85,2%	80,8%	78,5%	80,5%	80,4%
KB saat ini (pus)	30,4%	28,8%	31,1%	35,7%	24,7%	30,5%
KB pernah (pus)	48,9%	52,8%	45,7%	45,5%	44,2%	47,1%
Dari seluruh wanita yang menggunakan KB						
Jenis KB	Deli Serdang (N=84)	Cilacap (N=72)	TTS (N=108)	Kubu Raya (N=135)	Pangkep (N=76)	Total (N=475)
Pil	31,0%	16,7%	2,8%	17,0%	25,0%	17,5%
Suntik	52,4%	45,8%	88,0%	63,7%	59,2%	63,8%
Intravag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
IUD	4,8%	19,4%	1,9%	3,0%	0,0%	5,1%
Susuk/implan	2,4%	9,7%	5,6%	13,3%	14,5%	9,3%
Tubektomi	3,6%	6,9%	0,9%	1,5%	0,0%	2,3%
Femidom	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Lainnya	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Kondom	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,2%
Vasektomi	3,6%	0,0%	0,0%	1,5%	1,3%	1,3%

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

N: Jumlah sampel.

LAMPIRAN 4

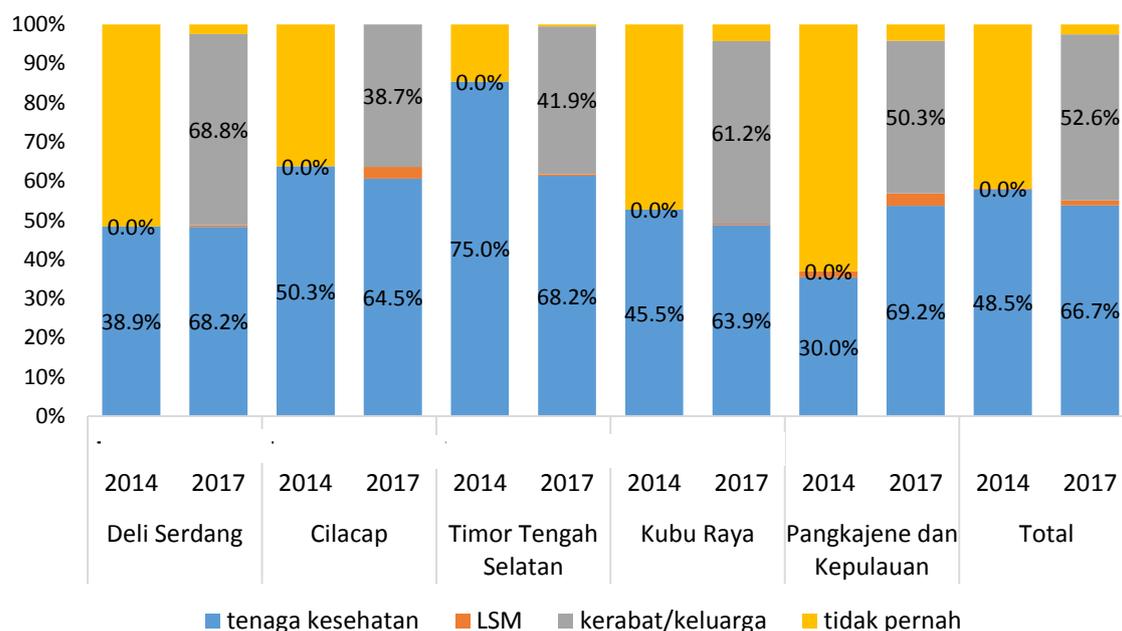
Tabel A4. Karakteristik Perempuan Berdasarkan Jenis KB yang Digunakan

Karakteristik Perempuan	KB Jangka Pendek (N=387)	KB Jangka Panjang (N=79)
Kelompok umur		
15–19	2,10%	0,00%
20–24	9,00%	8,90%
25–29	14,00%	11,40%
30–34	20,90%	19,00%
35–39	22,20%	21,50%
40–44	16,50%	20,30%
45–49	15,30%	19,00%
Tingkat pendidikan		
tidak sekolah	7,50%	2,50%
SD	56,60%	72,20%
SMP	21,50%	11,40%
SMA	14,00%	8,90%
Diploma/sarjana	0,50%	5,10%
Pekerjaan		
Tidak bekerja	55,50%	51,40%
Formal	15,90%	19,40%
Informal	28,60%	29,20%
Paparan terhadap sosialisasi		
Tidak pernah	93,80%	6,30%
Pernah	82,70%	17,30%
Metode pembayaran		
Membayar/asuransi pribadi	80,10%	25,30%
JKN/tidak membayar	19,90%	74,70%

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

N: Jumlah sampel.

LAMPIRAN 5



Gambar A1. Perbandingan proporsi perempuan yang pernah menerima sosialisasi mengenai alat kontrasepsi pada 2014–2017

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Jumlah sampel adalah 831 perempuan pada 2014 dan 914 pada 2017.

The SMERU Research Institute

Telepon : +62 21 3193 6336

Faksimili : +62 21 3193 0850

Surel : smeru@smeru.or.id

Situs web : www.smeru.or.id

Facebook : [@SMERUInstitute](https://www.facebook.com/SMERUInstitute)

Twitter : [@SMERUInstitute](https://twitter.com/SMERUInstitute)

YouTube : [The SMERU Research Institute](https://www.youtube.com/channel/UC...)

