Jurnal Perempuan
untuk pencerahan dan kesetaraan
Vol. 24 No. 3, Agustus 2019
p-ISSN 1410-153X
e-ISSN 2541-2191
102

Perempuan dan Kesehatan

Catatan Jurnal Perempuan
Perempuan dan Kesehatan

Artikel

Faktor Nilai Budaya Yang Memengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak
Inang Winarso & Ressa Ria Lestari

Kerentanan Kesehatan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan: Studi di Industri Padat Karya di Penjaringan, Jakarta Utara
Evania Putri Rifyana

Kajian Awal Akses Layanan Kesehatan Lansia Perempuan: Persoalan Usia dan Sosial Ekonomi Lansia Perempuan di Desa Pancuran, Salatiga
Theresia Pratiwi Elingsetyo Sanubari & Catherina Frisca Yaniariyani

Pengumpulan Data untuk memenuhi Target SDG: Indeks Keadilan Gender APIK (AGJI)
Saskia Wieringa

Pengalaman Personal Perempuan Penyintas Kanker Payudara Sebagai Konfrontasi atas Pemaknaan Tubuh Perempuan
Abby Gina & Atnike Sigiro

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan di Indonesia: Studi Kasus di Lima Kabupaten
Dyan Widyaningsih, Elza Samantha Elmira, dan Andi Misbahul Pratiwi

Tinjauan Riset Berorientasi Kebijakan tentang Kematian Ibu
Dewi Komalasari & Jane Daniels

Pengetahuan Perempuan dan Tenaga Fasilitas Kesehatan tentang Akses Layanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual yang Dibiayai Jaminan Kesehatan Nasional: Survei di 15 Kabupaten-Kota di Indonesia
Herna Lestari & Atnike Nova Sigiro

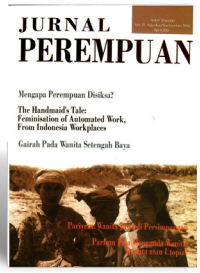
Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan di Delapan Provinsi Sumatra: Antara Norma Agama, Adat dan Negara
Dina Lumbantobing, Sita Van Bemmelen, Andi Misbahul Pratiwi & Anita Dhewy

Diterbitkan oleh:

YAYASAN YJP JURNAL PEREMPUAN

Yayasan Jurnal Perempuan
No. Akreditasi: 748/Akred/P2MI-LIPI/04/2016

Gerakan 1000 Sahabat Jurnal Perempuan



Pemerhati Jurnal Perempuan yang baik,

Jurnal Perempuan (JP) pertama kali terbit dengan nomor 01 Agustus/September 1996 dengan harga jual Rp 9.200,-. Jurnal Perempuan hadir di publik Indonesia dan terus-menerus memberikan yang terbaik dalam penyajian artikel-artikel dan penelitian yang menarik tentang permasalahan perempuan di Indonesia.

Tahun 1996, Jurnal Perempuan hanya beroplah kurang dari seratus eksemplar yang didistribusikan sebagian besar secara gratis untuk dunia akademisi di Jakarta. Kini, oplah Jurnal Perempuan berkisar 3000 eksemplar dan didistribusikan ke seluruh Indonesia ke berbagai kalangan mulai dari perguruan tinggi, asosiasi profesi, guru-guru sekolah, anggota DPR, pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat dan kalangan umum seperti karyawan dan ibu rumah tangga.

Kami selalu hadir memberikan pencerahan tentang nasib kaum perempuan dan kelompok minoritas lainnya melalui kajian gender dan feminisme. Selama perjalanan hingga tahun ini, kami menyadari betapa sangat berat yang dihadapi kaum perempuan dan betapa kami membutuhkan bantuan semua kalangan termasuk laki-laki untuk peduli pada perjuangan perempuan karena perjuangan ini.

Jurnal Perempuan menghimbau semua orang yang peduli pada Jurnal Perempuan untuk membantu kelangsungan penerbitan, penelitian dan advokasi Jurnal Perempuan. Tekad kami adalah untuk hadir seterusnya dalam menyajikan penelitian dan bacaan-bacaan yang bermanfaat untuk masyarakat Indonesia dan bahkan suatu saat dapat merambah pembaca internasional. Kami berharap anda mau membantu mewujudkan cita-cita kami.

Bila anda percaya pada investasi bacaan bermutu tentang kesetaraan dan keadilan dan peduli pada keberadaan Jurnal Perempuan, maka, kami memohon kepada publik untuk mendukung kami secara finansial, sebab pada akhirnya Jurnal Perempuan memang milik publik. Kami bertekad menggalang 1000 penyumbang Jurnal Perempuan atau 1000 Sahabat Jurnal Perempuan. Bergabunglah bersama kami menjadi penyumbang sesuai kemampuan anda:

- ☐ SJP Mahasiswa S1 : Rp 150.000,-/tahun
- ☐ SJP Silver : Rp 300.000,-/tahun
- ☐ SJP Gold : Rp 500.000,-/tahun
- ☐ SJP Platinum : Rp 1.000.000,-/tahun
- ☐ SJP Company : Rp 10.000.000,-/tahun

Formulir dapat diunduh di http://www.jurnalperempuan.org/sahabat-jp.html

Anda akan mendapatkan terbitan-terbitan Jurnal Perempuan secara teratur, menerima informasi-informasi kegiatan Jurnal Perempuan dan berita tentang perempuan serta kesempatan menghadiri setiap event Jurnal Perempuan.

Dana dapat ditransfer langsung ke bank berikut data pengirim, dengan informasi sebagai beriktut:

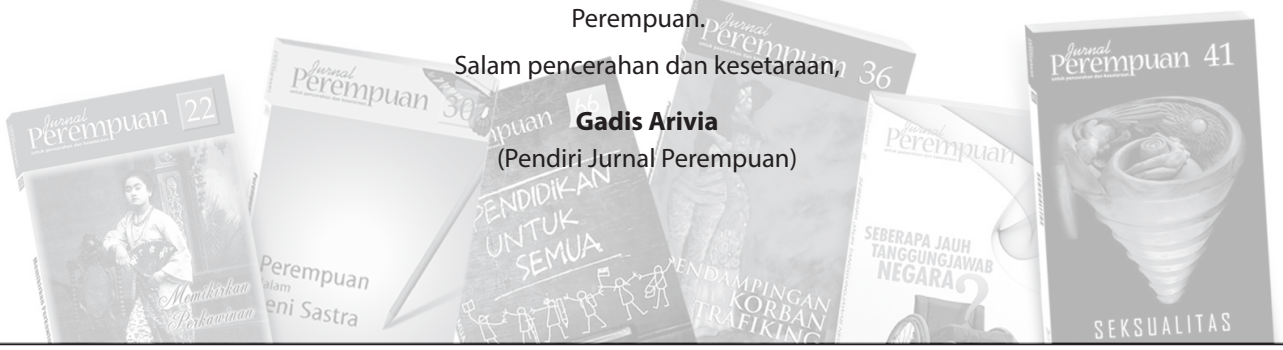
- Bank Mandiri Cabang Jatipadang atas nama Yayasan Jurnal Perempuan Indonesia
No. Rekening 127-00-2507969-8
(Mohon bukti transfer diemail ke ima@jurnalperempuan.com)

Semua hasil penerimaan dana akan dicantumkan di website kami di: **www.jurnalperempuan.org**

Informasi mengenai donasi dapat menghubungi Himah Sholihah (Hp 081807124295, email: ima@jurnalperempuan.com).
Sebagai rasa tanggung jawab kami kepada publik, sumbangan anda akan kami umumkan pada tanggal 1 setiap bulannya di website kami www.jurnalperempuan.org dan dicantumkan dalam Laporan Tahunan Yayasan Jurnal Perempuan.

Salam pencerahan dan kesetaraan,

Gadis Arivia
(Pendiri Jurnal Perempuan)



Jurnal Perempuan
untuk pencerahan dan kesetaraan

Vol. 24 No. 3 Agustus, 2019

ISSN 1410-153X

PENDIRI
Dr. Gadis Arivia
Prof. Dr. Toeti Heraty Noerhadi-Roosseno
Ratna Syafrida Dhanny
Asikin Arif (Alm.)

DEWAN PEMBINA
Dr. Gadis Arivia
Prof. Dr. Toeti Heraty Noerhadi-Roosseno
Mari Elka Pangestu, Ph.D.
Svida Alisjahbana

DIREKTUR EKSEKUTIF
Dr. Atnike Nova Sigiro

PEMIMPIN REDAKSI
Anita Dhewy, M.Si.

DEWAN REDAKSI
Dr. Atnike Nova Sigiro (Pascasarjana Diplomasi, Universitas Paramadina)
Prof. Dr. Sulistyowati Irianto (Antropologi Hukum Feminisme, Universitas Indonesia)
Prof. Sylvia Tiwon (Antropologi Gender, University California at Berkeley)
Prof. Saskia Wieringa (Sejarah Perempuan & Queer, Universitaet van Amsterdam)
Prof. Dr. Musdah Mulia (Pemikiran Politik Islam & Gender, UIN Syarif Hidayatullah)
Dr. Nur Iman Subono (Politik & Gender, FISIPOL Universitas Indonesia)
Mariana Amiruddin, M.Hum. (Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan)
Yacinta Kurniasih, M.A. (Sastra dan Perempuan, Faculty of Arts, Monash University)
Soe Tjen Marching, Ph.D (Sejarah dan Politik Perempuan, SOAS University of London)

EDITOR TAMU
Dr. Rosalia Sciortino (Universitas Mahidol, SEA Junction, Program MAMPU)
Astutik Supraptini, M.A. (Program MAMPU)

MITRA BESTARI

Prof. Mayling Oey-Gardiner (Demografi & Gender, Universitas Indonesia)
David Hulse, PhD (Politik & Gender, Ford Foundation)
Dr. Pinky Saptandari (Politik & Gender, Universitas Airlangga)
Dr. Kristi Poerwandari (Psikologi & Gender, Universitas Indonesia)
Dr. Ida Ruwaida Noor (Sosiologi Gender, Universitas Indonesia)
Katharine McGregor, PhD. (Sejarah Perempuan, University of Melbourne)
Prof. Jeffrey Winters (Politik & Gender, Northwestern University)
Ro'fah, PhD. (Agama & Gender, UIN Sunan Kalijaga)
Tracy Wright Webster, PhD. (Gender & Cultural Studies University of Western Australia)
Prof. Kim Eun Shil (Antropologi & Gender, Korean Ewha Womens University)
Prof. Merlyna Lim (Media, Teknologi & Gender, Carleton University)
Prof. Claudia Derichs (Politik & Gender, Universitaet Marburg)
Sari Andajani, PhD. (Antropologi Medis, Kesehatan Masyarakat & Gender, Auckland University of Technology)
Dr. Wening Udasmoro (Budaya, Bahasa & Gender, Universitas Gajah Mada)
Prof. Ayami Nakatani (Antropologi & Gender, Okayama University)
Dr. Antarini Pratiwi Arna (Hukum & Gender, Indonesian Scholarship and Research Support Foundation)
Dr. Widjajanti M Santoso (Gender, Sosiologi & Media, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia)
Dr. Lidwina Inge Nurtjahyo (Hukum & Gender, Universitas Indonesia)
Fransicia Saveria Sika Ery Seda, Ph.D. (Sosiologi, Gender & Kemiskinan, Universitas Indonesia)
Ruth Indiah Rahayu, M. Fil. (Sejarah, Gender & Filsafat, Sekolah Tinggi Filsafat Driyarkara)
Prof. Maria Lichtmann (Teologi Kristen dan Feminisme, Appalachian State University, USA)
Assoc. Prof. Muhamad Ali (Agama & Gender, University California, Riverside)
Assoc. Prof. Mun'im Sirry (Teologi Islam & Gender, University of Notre Dame)
Assoc. Prof. Paul Bijl (Sejarah, Budaya & Gender, Universiteit van Amsterdam)
Assoc. Prof. Patrick Ziegenhain (Politik & Gender, Goethe University Frankfurt)
Assoc. Prof. Alexander Horstmann (Studi Asia & Gender, University of Copenhagen)

REDAKSI PELAKSANA
Andi Misbahul Pratiwi, M.Si.

SEKRETARIS REDAKSI
Abby Gina Boangmanalu, M.Hum.

REDAKSI
Dewi Komalasari
Shera Ferrawati

SEKRETARIAT DAN SAHABAT JURNAL PEREMPUAN
Himah Sholihah
Gery Andri Wibowo

DESAIN & TATA LETAK
Dina Yulianti

ALAMAT REDAKSI :
Jl. Karang Pola Dalam II No. 9A, Jati Padang
Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12540
Telp./Fax (021) 2270 1689
E-mail: yjp@jurnalperempuan.com
redaksi@jurnalperempuan.com

WEBSITE:
indonesianfeministjournal.org

Cetakan Pertama, Agustus 2019

MAMPU | Kemitraan Australia - Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Jurnal Perempuan untuk pencerahan dan kesetaraan 102 | Perempuan dan Kesehatan
Women and Health

Daftar Isi

Catatan Jurnal Perempuan
Perempuan dan Kesehatan/Women and Health iii

Artikel

- Faktor Nilai Budaya Yang Memengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak/ *Cultural Value Factors That Affect Mother and Child Health* 165-176
  Inang Winarso & Ressa Ria Lestari
- Kerentanan Kesehatan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan: Studi di Industri Padat Karya di Penjaringan, Jakarta Utara/ *The Vulnerability of Occupational Health of Women Home Workers: A Study in Labor-Intensive Industries in Penjaringan, North Jakarta* 177-192
  Evania Putri Rifyana
- Kajian Awal Akses Layanan Kesehatan Lansia Perempuan: Persoalan Usia dan Sosial Ekonomi Lansia Perempuan di Desa Pancuran, Salatiga/ *Preliminary Study on Access to Health Services for Elderly Women: The Age and Socio-Economic Issues of Elderly Women in Pancuran Village, Salatiga* 193-204
  Theresia Pratiwi Elingsetyo Sanubari & Catherina Frisca Yaniariyani
- Pengumpulan Data untuk memenuhi Target SDG: Indeks Keadilan Gender APIK (AGJI)/ *Data Collection to Fulfil the Targets for the SDGs: The APIK Gender Justice Index (AGJI)* 205-219
  Saskia Wieringa
- Pengalaman Personal Perempuan Penyintas Kanker Payudara Sebagai Konfrontasi atas Pemaknaan Tubuh Perempuan/ *Personal Experiences of Women Surviving Breast Cancer as a Confrontation of the Meaning of the Women's Body* 221-232
  Abby Gina & Atnike Sigiro
- Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan di Indonesia: Studi Kasus di Lima Kabupaten/ *Poor Women's Access to Pregnancy and Childbirth Examination Services in Indonesia: Case Study in Five Districts* 233-246
  Dyan Widyaningsih, Elza Samantha Elmira, dan Andi Misbahul Pratiwi
- Tinjauan Riset Berorientasi Kebijakan tentang Kematian Ibu/ *Review of Policy-Oriented Research on Maternal Mortality* 247-258
  Dewi Komalasari & Jane Daniels
- Pengetahuan Perempuan dan Tenaga Fasilitas Kesehatan tentang Akses Layanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual yang Dibiayai Jaminan Kesehatan Nasional: Survei di 15 Kabupaten-Kota di Indonesia/ *Women's and Health Officer's Knowledge on Access to Reproductive and Sexual Health Services Covered by the National Health Insurance: Surveys in 15 Districts-Cities in Indonesia* 259-273
  Herna Lestari & Atnike Nova Sigiro
- Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan di Delapan Provinsi Sumatra: Antara Norma Agama, Adat dan Negara/ *Community Knowledge and Behavior Towards Unwanted Pregnancy in Eight Provinces of Sumatra: Between Religious, Customary and State Norms* 275-288
  Dina Lumbantobing, Sita Van Bemmelen, Andi Misbahul Pratiwi & Anita Dhewy

JP edisi ini diterbitkan oleh Yayasan Jurnal Perempuan dengan dukungan dari Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU). Program MAMPU merupakan inisiatif bersama antara Pemerintah Australia dan Indonesia bertujuan untuk meningkatkan akses perempuan miskin di Indonesia ke layanan penting dan program pemerintah lainnya dalam rangka mencapai kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Pandangan dalam artikel merupakan perspektif masing-masing penulis dan tidak mewakili pandangan Pemerintah Indonesia maupun Pemerintah Australia.

Perempuan dan Kesehatan
Women and Health

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang senantiasa menjadi isu penting bagi publik maupun individu di dalamnya, termasuk perempuan. Bagi Indonesia, isu kesehatan merupakan salah satu persoalan penting yang diatur dalam konstitusi dan alokasi sumber daya di dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Namun, berbagai data dan riset memperlihatkan masih kompleksnya persoalan kesehatan publik maupun kesehatan berdasarkan gender dan kelompok usia.

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan tahun 2018 menyebutkan masalah gizi dan penyakit tidak menular merupakan pekerjaan rumah terbesar Indonesia. Data yang sama mencatat bahwa Kementerian Kesehatan hanya mampu mengurangi angka *stunting* dari 37,2 persen menjadi 30,8 persen selama lima tahun. Gizi buruk hanya sedikit berkurang, dari 19,6 persen menjadi 17,6 persen. Sementara itu, angka obesitas justru mengalami peningkatan dari 14,8 persen menjadi 21,8 persen. Pada saat yang sama penyakit tidak menular, seperti kanker, strok, gangguan ginjal kronis, diabetes, dan hipertensi hampir semua mengalami peningkatan.

Kondisi bidang kesehatan di Indonesia juga dapat dilihat dari kondisi kesehatan keluarga dan kesehatan perempuan. Saat ini ditemukan munculnya rintangan dalam pemberian vaksin untuk penyakit menular seperti vaksin Measles & Rubella (MR) dan polio sehubungan dengan ketidaksesuaian standar produk dengan nilai-nilai agama, maupun mitos-mitos seputar dampak dari vaksin terhadap anak.

Sementara itu, data Kementerian Kesehatan tahun 2015 menunjukkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi, dari 100.000 kelahiran hidup, sekitar 305 diantaranya berakhir dengan kematian sang ibu. Data Kementerian Kesehatan 2017 juga memperlihatkan jumlah penderita AIDS tertinggi menurut status/pekerjaan adalah pada ibu rumah tangga sebanyak 14.721 jiwa.

Bidang kesehatan merupakan isu penting bagi gerakan perempuan dan studi feminis. Kaum feminis menemukan adanya kesenjangan dalam hubungan antara perempuan, kesehatan dan dunia medis. Pada gelombang kedua gerakan perempuan di dunia, kelompok feminis berjuang untuk mengangkat isu kesehatan perempuan ke permukaan. Dampak positif dari gerakan perempuan tersebut kita rasakan hari ini dengan semakin banyak perempuan yang berkiprah di bidang kedokteran dan meningkatnya perhatian dan sumber daya yang didedikasikan untuk isu kesehatan perempuan. Meskipun demikian feminis tetap bersikap kritis terhadap bidang medis yang masih bias atau netral gender. Seperti diagnosis, pemberian resep atau tindakan medis yang berbeda antara laki-laki dan perempuan terkait stereotip gender atau riset-riset medis yang tidak menyertakan analisis berbasis jenis kelamin.

Lebih jauh pemikiran feminis menawarkan pendekatan komprehensif terhadap isu kesehatan. Pendekatan ini didasarkan pada konsep yang menempatkan manusia sebagai kesatuan (tubuh dan pikiran) yang berinteraksi dengan lingkungan sosial dan fisik mereka. Dengan demikian, pendekatan ini mendefinisikan kesehatan secara holistik, sebagai hasil dari hubungan sosial. Hal ini berbeda dengan pendekatan biomedis yang memandang tubuh secara mekanis, menempatkan individu sebagai kumpulan dari komponen.

Pendekatan feminis juga mendorong pengakuan perbedaan fisiologis dan sosial antar jenis kelamin dan mengakui keberagaman individu, entah laki-laki atau perempuan, kaya atau miskin, heteroseksual atau preferensi seksual lainnya, berkebutuhan khusus atau tidak, dan seterusnya, yang menggunakan pendekatan interseksionalitas. Pendekatan feminis memandang kesehatan adalah masalah keadilan sosial.

Di Indonesia isu kebijakan di bidang kesehatan juga menjadi perhatian gerakan perempuan. Persoalan angka kematian ibu misalnya, telah menjadi fokus perhatian gerakan perempuan sejak beberapa dekade silam. Namun hingga hari ini masih menjadi persoalan genting yang tak kunjung teratasi.

Kesehatan perempuan juga berhubungan dengan posisi perempuan sebagai subjek. Khususnya dalam persoalan kesehatan reproduksi, pengetahuan mengenai Hak dan Kesehatan Seksual dan Reproduksi sangat menentukan tidak hanya kondisi kesehatan fisik perempuan tetapi juga *well-being* perempuan.

Sejumlah riset dalam Jurnal Perempuan edisi ini memperlihatkan bahwa nilai dan unsur budaya yang hidup dalam masyarakat memiliki pengaruh yang kuat terhadap keyakinan, keputusan, sikap dan perilaku masyarakat terkait kesehatan perempuan. Aspek konteks lokal perlu dipertimbangkan secara serius dalam seluruh upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan kesehatan perempuan. Selain itu, pengalaman perempuan berhadapan dengan isu kesehatan hendaknya tidak dilihat secara sama dan universal. Seluruh aspek ini perlu dipahami dengan baik oleh para pengambil kebijakan dan tenaga kesehatan sehingga kebijakan kesehatan dan layanan kesehatan benar-benar mempertimbangkan suara dan kebutuhan perempuan. Lebih jauh kebijakan dan layanan kesehatan hendaknya memosisikan perempuan sebagai subjek yang berhak mengambil keputusan terkait kesehatannya. (**Anita Dhewy**)

Lembar Abstrak/*Abstracts Sheet*

Inang Winarso & Ressa Ria Lestari (Asosiasi Antropologi Indonesia [AAI] Pengurus Daerah Jawa Barat, Bandung, Jawa Barat, Indonesia)

Faktor Nilai Budaya Yang Memengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak

Cultural Value Factors That Affect Mother and Child Health

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 165-176, 1 gambar, 1 tabel, 6 daftar pustaka

Mother and child health as a key indicator of community welfare is measured by the Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR). But why have efforts to reduce MMR and IMR not yet reached the target? This research answers this question by using an approach of cultural values in mother and child health. The focus of this research is on the human life cycle starting from marriage, pregnancy, birth and death in Situbondo Regency, East Java and Ngada Regency, NTT. Research has found four cultural elements that predominantly influence health beliefs, family and community decisions in dealing with maternal and infant health problems. These cultural elements are the religious system, the kinship system, the knowledge system and the livelihood system. These four systems can increase or decrease the risk of maternal and infant mortality. The government must consider the cultural values of the community in making health policies. First, strengthen factors that reduce the risk of maternal and child mortality. Second, reduce the factors that increase the risk of maternal and child mortality.

Keywords: cultural values, ethnography, mother and child health, maternal mortality, infant mortality

Kesehatan ibu dan anak sebagai indikator kunci kesejahteraan masyarakat diukur dengan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Namun mengapa upaya menurunkan AKI dan AKB belum mencapai target? Riset ini menjawab pertanyaan tersebut dengan menggunakan pendekatan nilai budaya dalam kesehatan ibu dan anak. Fokus riset ini adalah pada siklus hidup manusia mulai dari perkawinan, kehamilan, kelahiran dan kematian di Kabupaten Situbondo Jawa Timur dan Kabupaten Ngada NTT. Riset menemukan empat unsur budaya yang dominan memengaruhi keyakinan *(health belief)*, keputusan keluarga dan masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan ibu dan bayi. Unsur budaya itu adalah sistem religi, sistem kekerabatan, sistem pengetahuan dan sistem mata pencarian. Keempat sistem itu dapat meningkatkan maupun menurunkan risiko kematian ibu dan bayi. Pemerintah harus mempertimbangkan nilai budaya masyarakat dalam membuat kebijakan kesehatan. Prinsip pertama, memperkuat faktor yang menurunkan risiko kematian ibu dan anak. Kedua, mengurangi faktor yang meningkatkan risiko kematian ibu dan anak.

Kata kunci: nilai budaya, etnografi, kesehatan ibu dan anak, Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Bayi

---

Evania Putri Rifyana (Trade Union Rights Centre [TURC] Lembaga Pusat Studi dan Advokasi Perburuhan, Jakarta Pusat, Indonesia)

Kerentanan Kesehatan Kerja Perempuan Pekerja Rumahan: Studi di Industri Padat Karya di Penjaringan, Jakarta Utara

The Vulnerability of Occupational Health of Women Home Workers: A Study in Labor-Intensive Industries in Penjaringan, North Jakarta

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 177-192, 11 gambar, 2 bagan, 26 daftar pustaka

Labor-intensive industries oriented to low prices, has a strategy of reducing labor costs to compete in a competitive market. To streamline the production burden, the company issues a portion of its production commodities to workers outside the factory, in this case homeworkers. The majority of homeworkers are poor women who live around industrial areas. Through a qualitative approach, this study wants to find out the working conditions of women homeworkers working in labor-intensive industries, especially in the shoe sector, in the slums of the Capital City of Jakarta, namely the Penjaringan area, North Jakarta. The study found that women homeworkers do not have access to proper occupational health, making their conditions vulnerable. This vulnerability is influenced by poor working environment conditions, inadequate Health and Safety (K3), and the absence of social protection and security for women homeworkers. In addition, the house, which is used as a production space on a massive scale, also has implications for the daily survival of women homeworkers and their families.

Keywords: women, homeworkers, laborers, Occupational Health and Safety (OHS)

Industri padat karya yang berorientasi harga murah, memiliki strategi menekan biaya tenaga kerja untuk bersaing di pasar yang kompetitif. Untuk mengefisienkan beban produksi, perusahaan mengeluarkan sebagian komoditas produksinya kepada buruh-buruh di luar pabrik, dalam hal ini pekerja rumahan. Pekerja rumahan mayoritas digeluti oleh para perempuan miskin yang tinggal di sekitar kawasan industri. Melalui pendekatan kualitatif, penelitian ini ingin mengetahui kondisi kerja perempuan pekerja rumahan yang bekerja di industri padat karya khususnya pada sektor sepatu, di kawasan kumuh Ibu Kota Jakarta, yakni wilayah Penjaringan, Jakarta Utara. Penelitian ini menemukan bahwa perempuan pekerja rumahan tidak memiliki akses kesehatan kerja yang layak sehingga membuat kondisi mereka rentan. Kerentanan ini dipengaruhi oleh kondisi lingkungan kerja yang buruk, Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) yang tidak memadai, serta tidak adanya perlindungan dan jaminan sosial bagi perempuan pekerja rumahan. Selain itu, rumah yang dijadikan ruang produksi dengan skala masif, juga berimplikasi pada kelangsungan hidup sehari-hari perempuan pekerja rumahan dan keluarganya.

Kata kunci: Perempuan, Pekerja rumahan, Buruh, Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Theresia Pratiwi Elingsetyo Sanubari & Catherina Frisca Yaniariyani (Universitas Kristen Satya Wacana, Salatiga, Indonesia)

Kajian Awal Akses Layanan Kesehatan Lansia Perempuan: Persoalan Usia dan Sosial Ekonomi Lansia Perempuan di Desa Pancuran, Salatiga

Preliminary Study on Access to Health Services for Elderly Women: The Age and Socio-Economic Issues of Elderly Women in Pancuran Village, Salatiga

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 193-204, 1 gambar, 3 tabel, 38 daftar pustaka

The increasing number of elderly people from year to year shows the high life expectancy in elderly women. This situation coupled with cultural and social aspects can trigger vulnerability for elderly women, including the health aspect. This study aims to describe the factors of access to health services for elderly women in the village of Pancuran, Salatiga. The method used is descriptive-quantitative with data collection carried out in Pancuran Village using a questionnaire. Elderly women in Pancuran Village have different economic, educational, employment and social status backgrounds but have the same vulnerability to access health services due to the unavailability of *posyandu* for the elderly in Pancuran Village. Nevertheless, efforts to access health services are still underway. This research shows that cultural involvement in health care is needed to realize integrated, patient-centered, and gender-friendly health services.

Keywords: elderly women, health services, social culture

Meningkatnya jumlah lansia dari tahun ke tahun menunjukkan tingginya angka harapan hidup pada lansia perempuan. Situasi ini ditambah dengan aspek budaya dan sosial dapat memicu kerentanan bagi lansia perempuan termasuk pada aspek kesehatan. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan faktor-faktor akses layanan kesehatan pada lansia perempuan di desa Pancuran, Salatiga. Metode yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif dengan pengambilan data dilakukan di Desa Pancuran dengan menggunakan kuesioner. Lansia perempuan yang ada di Desa Pancuran memiliki latar belakang ekonomi, pendidikan, pekerjaan, dan status sosial yang berbeda tetapi memiliki kerentanan yang sama untuk mengakses layanan kesehatan karena ketaktersediaan posyandu santun lansia di Desa Pancuran. Walaupun demikian, upaya untuk mengakses layanan kesehatan tetap dilakukan. Penelitian ini menunjukkan bahwa pelibatan budaya dalam layanan kesehatan diperlukan untuk mewujudkan layanan kesehatan terintegrasi, berpusat pada pasien, dan ramah gender.

Kata kunci: lansia perempuan, layanan kesehatan, sosial budaya

---

Saskia Wieringa (Universitas Amsterdam, Amsterdam, Belanda)

Pengumpulan Data untuk memenuhi Target SDGs: Indeks Keadilan Gender APIK (AGJI)

Data Collection to Fulfil the Targets for the SDGs: The APIK Gender Justice Index (AGJI)

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 205-219, 10 tabel, 23 daftar pustaka

Indonesia has committed itself to the 2030 Agenda with 17 Sustainable Development Goals (SDGs) which were approved by the United Nations on September 25, 2015. Seventeen objectives and 169 related targets must be achieved by 2030. Gender equality is an independent goal (SDG number 5), but gender related issues are also contained in the goal of poverty alleviation (SDG 1), health care including maternal and child health (SDG 3) and education (SDG 4). SDG number 16 concerns a commitment to peace, access to justice and strong institutions. Reliable and inclusive gender statistics are needed to monitor progress towards achieving gender equality and justice and to identify key gender inequalities that require policy interventions. Both quantitative and qualitative data are needed. In addition, certain problems are specific for women, such as maternal death. Given the wide diversity in gender relations and socio-economic conditions of the Indonesian archipelago subnational data are required. This article outlines the methodology of designing the APIK Gender Justice Index. The main findings are that the availability of sex-disaggregated data at the subnational level leaves much to be desired. The AGJI proves to be a reliable, comprehensive and flexible tool that can easily be used by policy makers and activists to design policies and programs to address gender-based discrimination in Indonesia, for instance in the field of health. The AGJI is based on locally available data. The advantages of the AGJI are that it can be computed with a minimum of cost and effort to achieve a maximum of reliability and ease in use. The GSI was found to be comparable with the Global Gender Gap Index (GGGI) for Indonesia but it is more sensitive to political empowerment. The AGJI assesses in how far women have been able to take up leadership positions at subnational levels, including at the village level and are represented in the major decision-making bodies such as the judiciary.

Keywords: gender index, gender justice, gender statistics, SDGs

Indonesia telah berkomitmen dalam Agenda 2030 dengan 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*) yang telah disepakati oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tanggal 25 September 2015. Tujuh belas tujuan dan 169 target terkait harus dicapai pada tahun 2030. Kesetaraan gender merupakan tujuan independen (SDG nomor 5), namun isu terkait gender juga terdapat dalam tujuan Menghapus Kemiskinan (SDG 1), pelayanan kesehatan termasuk kesehatan ibu dan anak (SDG 3) dan pendidikan (SDG 4). SDG nomor 16 mengenai komitmen untuk perdamaian, akses pada keadilan dan kelembagaan yang kuat. Statistik gender yang inklusif dan dapat diandalkan dibutuhkan untuk memonitor kemajuan dalam pencapaian kesetaraan gender dan keadian dan untuk mengidentifikasi kunci kesenjangan gender yang membutuhkan intervensi kebijakan. Data kuantitatif dan kualitatif dibutuhkan, selain persoalan tertentu yang khusus terjadi pada perempuan misalnya kematian ibu melahirkan. Dengan luasnya keberagaman dalam relasi gender dan kondisi sosial ekonomi di kepulauan Indonesia, data dari daerah sangat diperlukan. Artikel ini menekankan metodologi perancangan Indeks Keadilan gender APIK. Temuan utama adalah ketersediaan data terpilah berdasarkan jenis kelamin di daerah masih rendah. AGJI terbukti dapat menjadi alat yang dapat diandalkan, komprehensif, dan fleksibel yang dapat digunakan dengan mudah oleh pembuat kebijakan dan aktivis uuntuk merancang kebijakan dan program dalam menangani diskriminasi berdasarkan gender di Indonesia, misalnya dalam bidang kesehatan. AGJI didasarkan pada data yang tersedia secara lokal. AGJI dapat dikomputerisasi dengan biaya dan usaha yang kecil namun dengan keuntungan yang maksimum dan mudah digunakan. GSI sebanding dengan Indeks kesenjangan gender global (*Global Gender Gap Index/GGGI*) untuk Indonesia namun lebih sensitif pada pemberdayaan politik. AGJI dapat mengakses sejauh mana perempuan dapat mengambil posisi kepemimpinan di tingkat daerah termasuk tingkat dasar dan representasi di lembaga pengambilan keputusan utama seperti dalam lembaga peradilan.

Kata kunci: indeks gender, keadilan gender, statistik gender, SDGs

---

Abby Gina & Atnike Sigiro (Jurnal Perempuan, Jakarta, Indonesia)

Pengalaman Personal Perempuan Penyintas Kanker Payudara Sebagai Konfrontasi atas Pemaknaan Tubuh Perempuan

Personal Experiences of Women Surviving Breast Cancer as a Confrontation of the Meaning of the Women's Body

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 221-232, 14 daftar pustaka

This study highlights the experiences faced by women breast cancer survivor in Jakarta in defining their bodies. Despite of medical assessment, breast cancer needs to be analyzed through feminist's lense because breast cancer has close link with discourse of sexual body and engendered body. This study used a qualitative methodology that emphasizes critical analysis. Data collection was gathered through interviews with 8 women who are breast cancer survivors. The research reveals that under the normality of femininity of the patriarchal society, the women breast cancer survivors could confront the dominant interpretation upon women's body

Keywords: breast cancer, body experience, gender structure, feminine, body normalization

Penelitian ini mengangkat pengalaman yang dihadapi oleh perempuan penyintas kanker payudara di Jakarta dalam memandang ketubuhan.

Selain analisis medis, persoalan kanker payudara juga perlu dianalisis dengan kacamata feminis karena kanker payudara memiliki kaitan erat dengan diskursus tubuh yang berjenis kelamin dan tubuh yang tergenderkan. Penelitian ini menggunakan metodologi kualitatif yang menekankan pada analisis kritis. Pengumpulan data penelitian diperoleh melalui wawancara dengan delapan narasumber yang merupakan perempuan penyintas kanker payudara. Penelitian ini mengungkap bahwa dibawah normativitas feminin yang dibangun dalam masyarakat yang patriarkis, para perempuan penyintas kanker payudara dapat melakukan konfrontasi terhadap dominasi pemaknaan atas tubuh perempuan.

Kata kunci: kanker payudara, pengalaman tubuh, struktur gender, feminin, normalisasi tubuh

---

[1]Dyan Widyaningsih, [1]Elza Samantha Elmira & [2]Andi Misbahul Pratiwi ([1]The SMERU Research Institute, Cikini, Jakarta, Indonesia & [2]Jurnal Perempuan, Jakarta, Indonesia)

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan di Indonesia: Studi Kasus di Lima Kabupaten

Poor Women's Access to Antenatal Care and Childbirth Services in Indonesia: A Case Study in Five Districts

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 233-246, 2 tabel, 3 gambar, 13 daftar pustaka

The health of pregnant women often becomes an indicator of human development. On the other hand, the fact of the high maternal mortality rate, raises questions related to the government's attention to the health of pregnant women, especially women in poor areas. This article focuses on poor women's access to health services for antenatal care and childbirth in five regencies in Indonesia. The aspects studied include the availability of health services for antenatal care and childbirth, poor women's access to these services, and supporting factors/actors and barriers to poor women's access to health services. This article showed that the availability of health facilities is not always in line with the increased awareness of pregnant women to access these services. Road infrastructure condition, distance, and cost to access health service still remain a challenge. Meanwhile, the policy of incentives and disincentives to traditional birth attendants has an influence on the increasing number of pregnant women who check their pregnancies and childbirth at health facilities. Thus, health issues of pregnant women and safe childbirth require a different effort. Aspects of the local context and supporting infrastructure also require serious attention.

Keywords: access to health for poor women, antenatal care, childbirth.

Kesehatan perempuan hamil kerap menjadi tolok ukur pembangunan manusia. Di sisi lain, fakta mengenai tingginya angka kematian ibu memunculkan pertanyaan terkait perhatian negara terhadap kesehatan perempuan hamil, terutama perempuan di daerah miskin. Tulisan ini berfokus pada akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan di lima kabupaten di Indonesia. Aspek yang dikaji meliputi ketersediaan layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan, akses perempuan miskin terhadap layanan ini, serta faktor/aktor yang mendukung dan menghambat akses tersebut. Tulisan ini memperlihatkan bahwa ketersediaan fasilitas pemeriksaan kehamilan dan persalinan tidak selalu sejalan dengan peningkatan akses perempuan hamil terhadap fasilitas tersebut. Faktor infrastruktur jalan, jarak, dan biaya masih menjadi kendala. Sementara itu, kebijakan insentif dan disinsentif kepada dukun bayi memiliki pengaruh terhadap peningkatan jumlah ibu hamil yang memeriksakan kehamilan dan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Dengan demikian, persoalan kesehatan ibu hamil hingga persalinan yang aman memerlukan upaya yang tidak seragam. Aspek konteks lokal dan infrastruktur pendukung juga perlu diperhatikan secara serius.

Kata kunci: akses perempuan miskin, pemeriksaan kehamilan, persalinan.

---

[1]Dewi Komalasari & [2]Jane Daniels ([1]Jurnal Perempuan, Jakarta, Indonesia & [2]MAMPU, Setia Budi, Jakarta, Indonesia)

Tinjauan Riset Berorientasi Kebijakan tentang Kematian Ibu

Review of Policy-Oriented Research on Maternal Mortality

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 247-258, 34 daftar pustaka

Maternal mortality remains an unresolved critical issue. This condition indicates that women's reproductive health rightshas not yet been fulfilled. Maternal mortality occurs due to medical and non-medical factors. Even though a small amount of those deaths still happens due to unpreventable causes, however most of those deaths could have been prevented and avoided. Government efforts to address the problem of maternal mortality are carried out through various policies that focus on medical factors and through programs aimed at increasing the coverage and quality of maternal health services. On the other hand, other factors such as social economic and cultural are being neglected. A review of researches on the theme of maternal mortality found various factors that contributed to the causes of maternal mortality such as socio-cultural barriers that limit women's access to health, ranging from poverty, geography and local culture.Unmet need for contraception in family planning program, adolescence reproductive health issue that still hasn't been addressed in a serious and comprehensive manner, as well as unsafe abortion are the key underlying causes of maternal mortality.

Keywords: maternal mortality, reproductive health, family planning, adolescence reproductive health, unsafe abortion

Kematian ibu merupakan salah satu persoalan perempuan yang belum teratasi hingga saat ini. Kondisi ini menunjukkan hak perempuan atas kesehatan reproduksi masih belum terpenuhi. Kematian ibu pada umumnya terjadi karena penyebab dari faktor medis dan nonmedis. Meski sejumlah kecil kematian masih tetap terjadi karena sebab yang tidak bisa dihindari, namun kebanyakan kematian seharusnya bisa/dapat dicegah dan dihindari. Upaya pemerintah mengatasi persoalan kematian ibu dilakukan melalui berbagai kebijakan yang memfokuskan pada faktor medis dan melalui program-program yang bertujuan meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kesehatan ibu. Namun di sisi lain melupakan faktor lain seperti sosial ekonomi dan budaya. Tinjauan terhadap riset-riset bertema kematian ibu menemukan berbagai faktor yang menyumbang pada penyebab masih terjadinya kematian ibu seperti hambatan sosial budaya yang membatasi akses perempuan terhadap kesehatan, mulai dari kemiskinan, geografis dan budaya setempat. Kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi pada program keluarga berencana, persoalan kesehatan reproduksi remaja yang belum ditangani secara serius dan komprehensif serta aborsi tidak aman juga turut menyumbang sebagai penyebab masih terjadinya kematian ibu.

Kata kunci: kematian ibu, kesehatan reproduksi, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, aborsi tidak aman.

---

[1]Herna Lestari & [2]Atnike Nova Sigiro ([1]Yayasan Kesehatan Perempuan, Jakarta, Indonesia & [2]Jurnal Perempuan/ Universitas Paramadina, Jakarta, Indonesia)

Pengetahuan Perempuan dan Tenaga Fasilitas Kesehatan tentang Akses Layanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual yang Dibiayai Jaminan Kesehatan Nasional: Survei di 15 Kabupaten-Kota di Indonesia

Women's and Health Officer's Knowledge on Access to Reproductive and Sexual Health Services Covered by the National Health Insurance: Surveys in 15 Districts-Cities in Indonesia

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 259-273, 15 tabel, 22 daftar pustaka

The availability of reproductive and sexual health services provided by the National Health Insurance (Jaminan Kesehatan National/ JKN) in Indonesia could expand women's access to reproductive and sexual health services. However, the knowledge of community and service provider will determine to what extent women will access the reproductive and sexual health services provided by JKN. This article assesses and analyzes the knowledge of women and health officers about the availability of reproductive and sexual health services provided in JKN. The article elaborates for main findings from the research that was conducted by women organizations that are members of the Women's Health Care Network (Jaringan Perempuan Peduli Kesehatan or JP2K). JP2K conducted longitudinal research with a series of surveys in 2015, 2016, and 2017 in 15 regions of districts/ cities in Indonesia on knowledge and access to reproductive and sexual health services provided by JKN. The surveys show limited knowledge of the respondents, both women and health officers, about forms and scope of reproductive and sexual health services that are covered by JKN. The research concludes that one of the important agendas for encouraging women's access to health services covered by JKN is through intensifying the socialization of the scope of sexual and reproductive health to women and health facility officers.

Keywords: national health insurance, reproductive and sexual health, women's health

Tersedianya layanan kesehatan reproduksi dan seksual dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia dapat memperluas akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi dan seksual. Namun, pengetahuan masyarakat dan penyedia layanan akan menentukan sejauh mana perempuan akan mengakses layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang dicakup oleh program JKN tersebut. Artikel ini berusaha menilai dan menganalisis pengetahuan kaum perempuan dan tenaga fasilitas kesehatan tentang layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang dicakup oleh program JKN. Di dalam artikel ini akan dipaparkan temuan utama penelitian yang dilakukan oleh kelompok organisasi perempuan yang tergabung di dalam Jaringan Perempuan Peduli Kesehatan (JP2K). JP2K melakukan penelitian longitudinal dengan metode survei pada tahun 2015, 2016, dan 2017 di lima belas wilayah kabupaten/kota di Indonesia. Hasil survei tersebut memperlihatkan masih terbatasnya pengetahuan responden perempuan dan tenaga fasilitas kesehatan tentang bentuk dan cakupan layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang dibiayai oleh JKN. Penelitian ini menyimpulkan bahwa salah satu agenda penting untuk mendorong akses perempuan terhadap layanan JKN adalah sosialisasi mengenai cakupan layanan kesehatan reproduksi dan seksual bagi kaum perempuan dan tenaga fasilitas kesehatan.

Kata kunci: jaminan kesehatan nasional, kesehatan reproduksi dan seksual, kesehatan perempuan

---

[1]Dina Lumbantobing, [1]Sita Van Bemmelen, [2]Andi Misbahul Pratiwi & [2]Anita Dhewy ([1]PERMAMPU, Medan, Indonesia & [2]Jurnal Perempuan, Jakarta, Indonesia)

Pengetahuan dan Perilaku Masyarakat Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan di Delapan Provinsi Sumatra: Antara Norma Agama, Adat dan Negara

Community Knowledge and Behavior Towards Unwanted Pregnancy in Eight Provinces of Sumatra: Between Religious, Customary and State Norms

Kode Naskah: DDC 305
Jurnal Perempuan, Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, hal. 275-288, 2 tabel, 8 daftar pustaka

Based on field observations and experiences in assisting women by the PERMAMPU Consortium, there are still many women who face unwanted pregnancy (KTD). Therefore it is needed research to find out the needs of women related to KTD. This article focuses on three things, namely (1) understanding and knowledge of informants about KTD; (2) perception of the best and the worst solutions for KTD cases; (3) women's behavior related to KTD. The study uses three categories of KTD: KTD experienced by married women, KTD experienced by unmarried women, and KTD experienced by victims of acts of violence. This article is written from the 2014 PERMAMPU Consortium research report entitled The *Compilation of Unwanted Pregnancy Research Reports/KTD in Eight Provinces, Sumatra Island*. The study used a qualitative approach with data collection conducted through interviews and FGDs. This paper shows that there are similarities and differences in the understanding, perceptions, behavior of women and society in relation to KTD. Various forms of rules and norms generally view pregnancy as natural, so that it is always desirable, have controlled women and society in behaving and handling KTD. There are various forms of KTD and various forms of coping methods that are not always in line with existing rules and are generally done secretly. Thus, women who experience unwanted pregnancy need recognition of their problems, including their voices and needs and supported to make decisions for themselves.

Keywords: unwanted pregnancy, religious norms, customary norms, abortion

Berdasarkan pengamatan lapang dan pengalaman dalam pendampingan perempuan yang dilakukan oleh Konsorsium PERMAMPU diketahui bahwa masih banyak perempuan yang menghadapi kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Untuk itu diperlukan penelitian guna mengetahui kebutuhan perempuan terkait KTD. Artikel ini berfokus pada tiga hal yaitu (1) pemahaman dan pengetahuan narasumber mengenai KTD; (2) persepsi tentang solusi terbaik dan tidak baik untuk kasus KTD; (3) perilaku perempuan terkait KTD. Penelitian ini menggunakan tiga kategori KTD yaitu, KTD yang dialami perempuan menikah, KTD yang dialami perempuan belum menikah, dan KTD yang dialami korban kekerasan. Artikel ini disarikan dari laporan penelitian Konsorsium Permampu tahun 2014. dengan judul *Kompilasi Laporan Penelitian Kehamilan Tidak Diinginkan/KTD di Delapan Provinsi, Pulau Sumatra*. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan FGD. Tulisan ini menunjukkan terdapat kesamaan dan perbedaan pemahaman, persepsi dan perilaku perempuan dan masyarakat terkait KTD. Berbagai bentuk aturan dan norma yang secara umum memandang kehamilan sebagai kodrat sehingga otomatis selalu diinginkan telah mengendalikan perempuan dan masyarakat dalam bersikap dan menangani KTD. Kenyataannya telah terjadi berbagai bentuk KTD dan berbagai bentuk cara mengatasi yang tak selalu sejajar dengan aturan yang ada dan umumnya dilakukan secara tersembunyi. Dengan demikian perempuan yang mengalami KTD memerlukan pengakuan terhadap masalahnya, termasuk didengar suara dan kebutuhannya serta didukung untuk mengambil keputusan secara sadar bagi dirinya.

Kata kunci: kehamilan tidak diinginkan, norma agama, norma adat, aborsi.

Jurnal Perempuan untuk pencerahan dan kesetaraan
Vol. 24 No. 3, Agustus 2019, 233-246
DDC: 305

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan di Indonesia: Studi Kasus di Lima Kabupaten

Poor Women's Access to Antenatal Care and Childbirth Services in Indonesia: A Case Study in Five Districts

[1]Dyan Widyaningsih, [1]Elza Samantha Elmira & [2]Andi Misbahul Pratiwi

[1]The SMERU Research Institute & [2]Jurnal Perempuan
Jl. Cikini Raya No. 10A, Jakarta 10330, Indonesia
Jl. Karang Pola Dalam II, No. 9A, Jatipadang-Pasar Minggu Jakarta Selatan, Indonesia 12540

dwidyaningsih@smeru.or.id, pratiwiandi@jurnalperempuan.com

Kronologi Naskah: diterima 29 Juli 2019, direvisi 8 Agustus 2019, diputuskan diterima 30 Agustus 2019

Abstract

The health of pregnant women often becomes an indicator of human development. On the other hand, the fact of the high maternal mortality rate, raises questions related to the government's attention to the health of pregnant women, especially women in poor areas. This article focuses on poor women's access to health services for antenatal care and childbirth in five regencies in Indonesia. The aspects studied include the availability of health services for antenatal care and childbirth, poor women's access to these services, and supporting factors/actors and barriers to poor women's access to health services. This article showed that the availability of health facilities is not always in line with the increased awareness of pregnant women to access these services. Road infrastructure condition, distance, and cost to access health service still remain a challenge. Meanwhile, the policy of incentives and disincentives to traditional birth attendants has an influence on the increasing number of pregnant women who check their pregnancies and childbirth at health facilities. Thus, health issues of pregnant women and safe childbirth require a different effort. Aspects of the local context and supporting infrastructure also require serious attention.

Keywords: access to health for poor women, antenatal care, childbirth.

Abstrak

Kesehatan perempuan hamil kerap menjadi tolok ukur pembangunan manusia. Di sisi lain, fakta mengenai tingginya angka kematian ibu memunculkan pertanyaan terkait perhatian negara terhadap kesehatan perempuan hamil, terutama perempuan di daerah miskin. Tulisan ini berfokus pada akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan di lima kabupaten di Indonesia. Aspek yang dikaji meliputi ketersediaan layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan, akses perempuan miskin terhadap layanan ini, serta faktor/aktor yang mendukung dan menghambat akses tersebut. Tulisan ini memperlihatkan bahwa ketersediaan fasilitas pemeriksaan kehamilan dan persalinan tidak selalu sejalan dengan peningkatan akses perempuan hamil terhadap fasilitas tersebut. Faktor infrastruktur jalan, jarak, dan biaya masih menjadi kendala. Sementara itu, kebijakan insentif dan disinsentif kepada dukun bayi memiliki pengaruh terhadap peningkatan jumlah ibu hamil yang memeriksakan kehamilan dan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Dengan demikian, persoalan kesehatan ibu hamil hingga persalinan yang aman memerlukan upaya yang tidak seragam. Aspek konteks lokal dan infrastruktur pendukung juga perlu diperhatikan secara serius.

Kata kunci: akses perempuan miskin, pemeriksaan kehamilan, persalinan.

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah salah satu indikator kemajuan suatu negara karena penatalaksanaannya melibatkan upaya komprehensif dan terintegrasi (Sajedinejad dkk 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 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 *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015, pemerintah Indonesia saat ini sedang giat mencapai Target Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang terdiri atas 17 tujuan. Salah satunya adalah menargetkan persentase persalinan di fasilitas kesehatan mencapai 85% pada 2019 (Kementerian Kesehatan 2015, h. 24). Ketertinggalan dalam mencapai indikator-indikator kesehatan maternal menunjukkan ketimpangan akses kesehatan masyarakat (Xu, Saksena & Evans 2010). Untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu, banyak aspek layanan kesehatan yang harus dibenahi. Aspek tersebut mencakup sistem pembiayaan kesehatan, dinamika epidemiologi dan demografis, peningkatan layanan kesehatan preventif dan promotif, serta penanganan permasalahan kesehatan ibu secara multisektoral (World Bank 2010).

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 bertujuan menjamin perempuan dan anak yang hidup dalam kemiskinan untuk mendapatkan dukungan guna mengakses layanan kesehatan reproduksi, termasuk pemeriksaan kehamilan dan persalinan. Namun, masih ada kesenjangan dalam pelayanan kesehatan dasar yang diterima penduduk miskin (Kementerian PPN/Bappenas 2015).

Untuk itu, artikel ini berfokus pada akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan di lima wilayah miskin di Indonesia. Artikel ini diolah dari hasil studi *midline* yang dilakukan SMERU dan MAMPU pada tahun 2017.[1] Artikel ini bertujuan untuk memperlihatkan (1) ketersediaan fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan dan persalinan, (2) akses perempuan miskin terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan, serta (3) faktor/aktor penghambat dan pendukung akses perempuan miskin terhadap kedua layanan tersebut.

Metode Penelitian

Studi ini menggunakan metode campuran (*mix method*), yakni metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif digunakan untuk mendalami akses, pengetahuan, dan sosialisasi yang diterima perempuan miskin terkait layanan kesehatan pemeriksaan kehamilan dan persalinan. Sementara itu, metode penelitian kualitatif digunakan untuk mengetahui ketersediaan layanan kesehatan, akses perempuan miskin terhadap layanan kesehatan tersebut, serta faktor/aktor yang mendorong ataupun melemahkan akses mereka. Penggunaan kedua metode ini juga dimaksudkan untuk dapat memberikan potret kondisi tersebut dalam tiga tahun terakhir dan faktor/aktor yang berkontribusi terhadap perubahan.

Wilayah studi dipilih dengan metode *purposive sampling* (penentuan sampel wilayah dengan pertimbangan tertentu) (Rahmitha dkk 2016). Satu, mewakili lima pulau/kepulauan besar di Indonesia, yaitu Sumatra, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, dan Nusa Tenggara. Dua, daerah dengan tingkat kemiskinan yang relatif tinggi di level nasional atau provinsi. Tiga, daerah yang merepresentasikan lima tema area kerja MAMPU. Empat, wilayah kerja organisasi yang menjadi mitra MAMPU. Wilayah lokasi penelitian ialah di Kabupaten Deli Serdang, Cilacap, Kubu Raya, Pangkajene dan Kepulauan Pangkep, Timor Tengah Selatan (TTS).

Pengumpulan data primer di level kabupaten dilakukan pada Oktober–Desember 2017. Sampel keluarga untuk metode kuantitatif merupakan keluarga miskin yang telah didata pada studi *baseline* 2014 melalui kegiatan diskusi kelompok terfokus/*focus group discussion* (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). Pemilihan keluarga dilakukan dengan mengacu pada persyaratan tertentu, di antaranya terdapat anggota perempuan, karena fokus penelitian ini adalah penghidupan perempuan miskin. Pada metode kualitatif, data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dan FGD. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara semi terstruktur. Di setiap kabupaten terdapat sekitar 60 wawancara yang dilakukan di level keluarga, masyarakat/desa, kecamatan, dan kabupaten. Sementara itu, FGD yang dilakukan terdiri atas mini FGD dan FGD desa. Mini FGD diikuti lima perempuan miskin dengan kriteria tertentu, sedangkan FGD desa melibatkan perwakilan kelompok perempuan miskin dan tokoh-tokoh masyarakat atau kelompok elite desa.

Ketersediaan Fasilitas Kesehatan untuk Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan pada 2017

Ketersediaan fasilitas kesehatan level desa di seluruh wilayah studi sangat beragam (Tabel 1). Kecuali di desa-desa studi di Deli Serdang, jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan di desa studi lainnya lebih terbatas (Cilacap

dan Pangkep) atau bahkan sangat terbatas (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 dkk 2016).

Di antara 15 desa studi, hanya dua desa yang memiliki puskesmas dan jumlah tersebut tidak berubah sejak tahun 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, atau bisa mencapai lebih dari dua jam jika hanya menggunakan akses jalan darat.

Tabel 1. 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	-
Pangkajene dan Kepulau-an (Pangkep)	J	Ada	-	-	Ada	-	Ada	Ada
	K	Ada	Ada	Ada	± 2 km	-	-	-
	L	Ada	Ada	-	± 2 km	-	-	-
Timor Tengah Selatan (TTS)	M	Ada	Ada	-	± 10 km	-	-	-
	N	Ada	Ada	-	± 9 km	-	-	-
	O	Ada	-	-	± 1 km	-	-	-

Sumber: Hasil olah data wawancara individu dan observasi, 2017 dilakukan oleh SMERU.

Tabel 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.

Lebih jauh, guna mendukung fasilitas kesehatan yang ada, bidan atau perawat di mayoritas desa studi membuka layanan praktik di luar jam layanan poskesdes/ pos bersalin desa (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 level 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, termasuk pemeriksaan ibu hamil. Karena peranannya yang cukup besar, terdapat upaya penambahan posyandu dalam rangka meningkatkan ketersediaan layanan kesehatan di level desa di seluruh kabupaten studi. 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 level 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. Peningkatan dan perubahan layanan kesehatan lebih banyak terjadi di level desa meski ada sebagian kecil yang terjadi di level kecamatan. Contoh perubahan yang terjadi di level 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. Salah satu layanan yang bisa diakses adalah pemeriksaan ibu hamil. Keberadaan mobil layanan tersebut mempermudah akses perempuan terhadap layanan kesehatan. 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 semakin 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.

Ketersediaan layanan kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan dan persalinan juga dapat dilihat dalam bentuk kebijakan/program kesehatan daerah yang bisa diakses masyarakat. Di seluruh kabupaten studi terdapat program jaminan perlindungan kesehatan daerah (baik yang sudah berintegrasi dengan JKN-KIS maupun belum), jaminan persalinan[2] daerah (Jampersalda), kemitraan bidan dan dukun bayi, serta pemberian insentif kepada kader posyandu. Di mayoritas kabupaten studi juga terdapat kelas ibu hamil yang pelaksanaannya berada di bawah pengawasan bidan desa dan biasanya dilakukan di salah satu posyandu. Umumnya, 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. Sementara itu, di Kubu Raya, Pangkep, dan TTS terdapat fasilitas rumah tunggu kelahiran atau rumah tunggu pasien yang dapat digunakan sebagai rumah tunggu kelahiran.

Keberadaan Undang-Undang Nomor 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, seperti membiayai operasional kegiatan dan memberikan/menambah insentif bagi para kader. Khusus di Desa M (TTS), pemerintah desa juga mengalokasikan Dana Desa untuk menambah honor tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas kesehatan desa dan 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 level desa.

Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan: Kondisi 2017

Pemeriksaan Kehamilan

Berdasarkan hasil penelitian, layanan pemeriksaan kehamilan adalah layanan yang paling banyak diakses perempuan miskin 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% 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.

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. Jenis fasilitas kesehatan yang dipilih perempuan di wilayah studi untuk pemeriksaan kehamilan dapat dilihat pada Tabel 2 di bawah.

Tabel 2. 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%

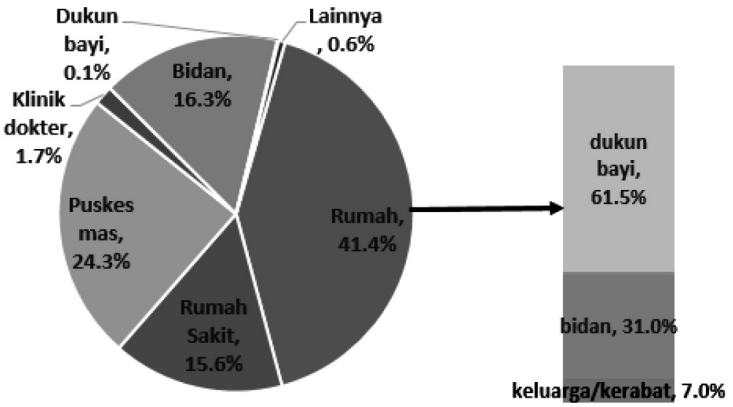
Sumber: Hasil survei Tim Peneliti SMERU, 2017
N: Jumlah sampel

Persalinan

Tingginya tingkat pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan di wilayah studi belum diikuti oleh tingginya tingkat persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan. 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 Cilacap, misalnya, meski lebih dari 97% perempuan telah memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan, hanya 73% perempuan yang persalinannya dibantu tenaga kesehatan. Salah satu peserta mini FGD di Desa E menyebutkan tetangganya yang semula hendak melahirkan di puskesmas, ternyata bayinya keburu lahir, sehingga persalinannya tidak dibantu tenaga kesehatan. Mengacu pada Tabel 1, jarak dari Desa E ke puskesmas terdekat adalah 13 km. Sebaliknya, layanan pemeriksaan kehamilan di posyandu sudah tersedia di level desa. Temuan tersebut mengindikasikan penggunaan fasilitas kesehatan untuk layanan pemeriksaan kehamilan sudah lebih baik dibandingkan dengan penggunaan layanan untuk persalinan.

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. *Pertama*, hanya sekitar 67% perempuan dari seluruh perempuan miskin usia reproduktif di wilayah studi yang mengakses layanan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan. 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%). *Kedua*, terdapat 41% perempuan yang masih melahirkan di rumah pada 2017 (Gambar 1). 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. *Ketiga*, 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 1). 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.



Gambar 1. 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 di atas 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.

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.

Faktor internal yang menyebabkan persalinan di rumah adalah (1) masih kurangnya kesadaran mengenai persalinan yang aman, (2) adanya tradisi keluarga untuk melahirkan dengan bantuan dukun bayi, (3) pemahaman sebagian masyarakat bahwa penggunaan jaminan kesehatan untuk persalinan memiliki ketentuan waktu operasional seperti halnya dengan penggunaan jaminan ini untuk berobat umum atau berobat jalan, dan (4) keterbatasan biaya untuk mengakses layanan persalinan di fasilitas kesehatan. Kemudian, faktor eksternal yang menyebabkan persalinan di rumah adalah (1) terbatasnya jumlah dan sebaran fasilitas kesehatan di level desa yang bisa digunakan untuk layanan persalinan, (2) buruknya kualitas infrastruktur jalan menuju fasilitas kesehatan, (3) keberadaan dukun bayi yang lebih banyak dan lebih dekat di sekitar masyarakat, dan (4) adanya penerapan aturan lokal dengan skema disinsentif represif di level desa.

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.

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 inilah 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.

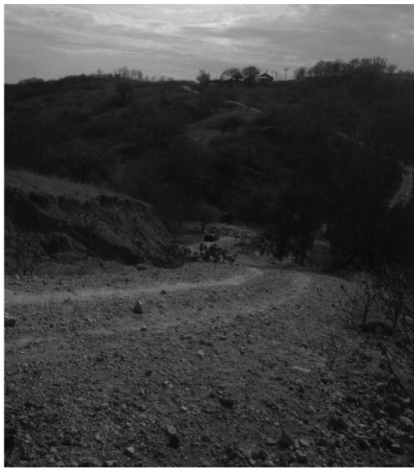
Di beberapa desa studi, khususnya di Kubu Raya dan TTS, jalan yang jelek dan sulit dilalui kian memperburuk akses ibu hamil terhadap layanan persalinan di fasilitas kesehatan desa yang ketersediaannya pun sudah sangat terbatas (Gambar 2). Bagi perempuan dari dusun-dusun yang letaknya terisolasi, penambahan sarana penunjang persalinan di fasilitas kesehatan desa tidak serta-merta membuatnya mau melakukan persalinan di fasilitas tersebut karena sulitnya kondisi jalan. 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).

> Infrastruktur jalan yang berada di dalam desa tidak menjadi kendala ke PKM [puskesmas], aksesnya bagus ketika musim kemarau karena datar semua sehingga transportasi lancar, tetapi kalau musim hujan, akses sulit karena pasti terjadi genangan air. Salah satu kendala yang juga dihadapi adalah ibu-ibu hamil lebih dekat dengan dukun, sehingga mudah mendapatkan pelayanan dari dukun dan masih anggapan ke puskesmas ada jam-jam tertentu baru bidan bisa layani. (wawancara dengan bidan desa di Kabupaten TTS 2017)

Kondisi jalan ke salah satu dusun di Desa G (Kubu Raya)

Keterangan: kondisi jalan merupakan tanah gambut yang sangat sulit dilalui menggunakan kendaraan bermotor saat musim hujan

Kondisi jalan ke salah satu dusun di Desa O (TTS)



Keterangan: letak dusun terisolasi bukit dan sungai dengan kondisi jalan hasil perkerasan yang licin dilalui menggunakan motor

Gambar 2. Kondisi Akses Jalan di Desa Studi di Kubu Raya dan TTS

Di sisi lain, 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. 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.

Peningkatan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Pemeriksaan Kehamilan dan Persalinan dengan Tenaga Kesehatan: Perubahan 2014-2017

Pemeriksaan Kehamilan

Hasil wawancara mendalam dan mini *FGD* 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 (1) penambahan jumlah posyandu, (2) kehadiran bidan dalam kegiatan rutin posyandu, (3) adanya insentif bagi kader posyandu dan dukun bayi yang bermitra dengan bidan, dan (4) penambahan jumlah penerima Program Keluarga Harapan (PKH).

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) semakin

aktif ke posyandu agar tidak dikenakan denda Rp5.000 (Rahmitha dkk 2016, h. 65). 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 seluruh wilayah studi. 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 tahun 2014. Dengan bertambahnya jumlah penerima PKH di wilayah studi, potensi ibu hamil yang datang ke posyandu pun ikut meningkat.

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. Keberadaan Jampersalda juga berpotensi meningkatkan perubahan perilaku ibu hamil. Untuk bisa mengakses program ini saat persalinan, ibu hamil harus rutin memeriksakan kehamilannya ke posyandu. Selain itu, hasil survei menemukan bahwa proporsi ibu hamil yang memeriksakan kehamilan ke fasilitas kesehatan meningkat seiring meningkatnya pendidikan ibu.

Persalinan

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.

Satu, meningkatnya persentase perempuan yang melakukan persalinan terakhir di fasilitas kesehatan, seperti puskesmas, RS, dan praktik bidan swasta. Mengacu pada Gambar 1, 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 siginifikan 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 Jampersalda dan kemitraan bidan dengan dukun bayi di semua kabupaten studi turut berkontribusi terhadap 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. Jampersalda di Kubu Raya juga menanggung biaya transpor ibu bersalin untuk ke fasilitas kesehatan dan 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 mewajikan peserta JKN-KIS melakukan persalinan di puskesmas. Di TTS terdapat Perda tentang KIBBLA 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) berupa biaya transpor untuk melahirkan di fasilitas kesehatan. Pemerintah kabupaten ini juga melengkapi skema kemitraan bidan dengan dukun bayi melalui 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.

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

Dua, menurunnya persentase perempuan miskin yang melakukan persalinan di rumah. Mengacu pada Gambar 1, 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.

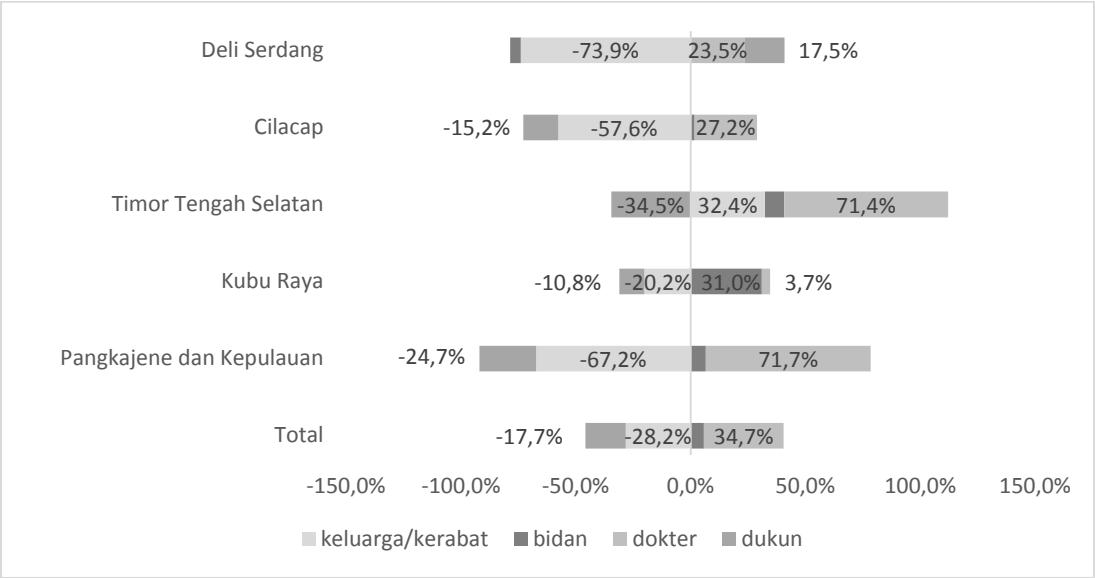
Tiga, meningkatnya persentase penggunaan bidan dan dokter sebagai penolong utama persalinan. Temuan ini terjadi di hampir semua kabupaten studi (Gambar 3). Peningkatan penggunaan dokter sebagai penolong persalinan paling banyak terdapat di TTS dan Pangkep, sedangkan peningkatan tertinggi untuk penggunaan bidan sebagai penolong utama persalinan terdapat di Kubu Raya. Dalam konteks Kubu Raya, peningkatan ini tidak berkorelasi dengan lokasi persalinan. Artinya, 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.

Empat, menurunnya persentase penggunaan dukun bayi sebagai penolong utama persalinan. Mengacu pada Gambar 1, 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 3 memperlihatkan bahwa persentase persalinan dengan dukun bayi mengalami penurunan sebesar 17%. Menurut hasil wawancara dengan bidan desa, tingkat persalinan dengan bantuan dukun bayi di level desa cenderung menurun dan ini terjadi di seluruh wilayah studi. Hal tersebut sejalan dengan hasil survei rumah tangga yang menunjukkan penurunan penggunaan dukun bayi sebesar 10%–34% di mayoritas wilayah studi, kecuali Deli Serdang (Gambar 3).

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 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.

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 denda kepada dukun bayi yang membantu persalinan. 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 3). Pemberian insentif kepada dukun bayi yang bermitra dengan bidan diduga berpotensi mengurangi peran dukun bayi sebagai penolong utama persalinan di Kubu Raya.

Lima, menurunnya penggunaan keluarga/kerabat sebagai penolong utama persalinan di mayoritas wilayah studi. TTS merupakan satu-satunya kabupaten yang



Gambar 3. Perubahan Akses Perempuan terhadap Penolong Utama Persalinan pada 2014–2017

Sumber: Hasil survei Tim Peneliti SMERU, 2017
Keterangan: Jumlah sampel adalah 685 perempuan pada tahun 2014 dan 865 pada tahun 2017

mengalami peningkatan persalinan dengan bantuan keluarga/kerabat (Gambar 3). Peningkatan ini diduga dipengaruhi oleh penerapan aturan tentang KIBBLA di level 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 angka kematian bayi (AKB) dengan cara mendorong ibu melakukan persalinan yang aman di fasilitas kesehatan. Namun, penerapan denda membuat peraturan ini menjadi bersifat represif. Padahal, persalinan di fasilitas kesehatan tidak selalu dapat diakses mengingat keterbatasan jumlah dan sebaran fasilitas ini di level desa, serta hambatan terkait kondisi geografis (Gambar 2). 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 inilah yang kemudian digantikan oleh anggota keluarga atau kerabat ibu bersalin.

> Masih banyak ibu hamil yang melahirkan di rumah tanpa dukun dan tanpa tenaga kesehatan. Alasannya biaya transportasi ke puskesmas dengan mobil *pick-up* Rp100.000 dan ojek Rp20.000-Rp50.000 sekali jalan, tergantung siang atau malam. Kalau tidak punya BPJS harus bayar Rp500.000-Rp600.000 bayarnya ke bidan yang mendampingi saat lahir. Ada Perdes [peraturan desa], dukun juga akan didenda jika bantu melahirkan sehingga mereka juga tidak mau membantu untuk melahirkan. Ada yang takut bayar biaya di rumah sakit karena tidak punya uang, jarak jauh ke puskesmas apalagi lahirnya malam hari. Akhirnya [melahirkan] di rumah, sendiri atau dengan [dibantu] keluarga. (FGD di Kabupaten TTS 2017)

Hasil wawancara mendalam dan FGD 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.

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.

Keberadaan aturan desa di desa studi di NTT 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.

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 pada akhirnya akan menghambat perubahan perilaku persalinan aman bagi perempuan miskin. Sebaliknya, skema insentif dapat memperbesar peluang terhadap peningkatan perilaku persalinan di fasilitas kesehatan, seperti yang dilakukan Pemerintah Kubu Raya.

Kebijakan Daerah yang Integratif dalam Meningkatkan Pemeriksaan Ibu Hamil di Posyandu dan Meningkatkan Persalinan di Fasilitas Kesehatan

Di Kubu Raya, wilayah studi yang ketersediaan dan sebaran fasilitas kesehatannya sangat terbatas, praktik persalinan dengan dukun bayi masih cukup sering terjadi. Faktor budaya dan jumlah dukun bayi yang lebih banyak daripada tenaga kesehatan juga berperan terhadap masih minimnya perilaku ibu hamil dan ibu melahirkan dalam mengakses fasilitas kesehatan. Namun, jika dibandingkan dengan kondisi saat *baseline* 2014, perilaku perempuan dalam mengakses fasilitas kesehatan cenderung lebih baik. Saat ini jumlah ibu hamil dan ibu bersalin yang mengakses fasilitas kesehatan meningkat.

Untuk mencapai target AKI dan AKB = 0, Pemerintah Kubu Raya melakukan beberapa strategi integratif. Pertama, mengendalikan penyedia layanan tradisional (dukun bayi). Alih-alih memaksa menghilangkan keberadaan dukun bayi, pemerintah kabupaten justru berupaya merangkul tenaga kesehatan dan dukun bayi melalui skema kemitraan dan pemberian insentif. Pada 2015, pemerintah kabupaten menerapkan insentif Rp300.000 per bulan bagi dukun bayi yang bersedia bermitra dengan bidan. Pada 2017, pemerintah menerapkan kebijakan lanjutan melalui buku kendali dukun bayi. Buku kendali ini merupakan mekanisme kontrol terkait pemberian insentif dukun bayi melalui pemberian cap setiap kali dukun bayi membawa calon ibu bersalin ke fasilitas kesehatan (poskesdes/polindes/pustu/puskesmas). Pengambilan insentif dukun bayi dilakukan di puskesmas tanpa melalui perantara. Penerapan insentif bagi dukun bayi berdampak pada meningkatnya permintaan dukun bayi untuk bermitra dengan bidan desa.

> Tahun 2015 ada aturan kebijakan dari dinas kesehatan, bagi dukun bayi yang bermitra dengan bidan akan mendapat insentif yang besarnya Rp300.000/bulan dengan syarat kemitraan bahwa dukun bayi tidak dibolehkan menolong persalinan ibu hamil tapi tugasnya hanya mengantarkan ke fasilitas kesehatan atau mendampingi bidan membantu persalinan. Dari sejak diberlakukan insentif, memotivasi banyak dukun bayi yang mulai bermitra dengan bidan. (wawancara dengan perempuan aktivis desa/kader posyandu yang juga dukun bayi di Kabupaten Kubu Raya 2017)

Kedua, melibatkan kader posyandu sebagai perpanjangan tangan bidan desa. Pada 2015, Pemerintah Kabupaten Kubu Raya menerapkan insentif Rp150.000 per bulan bagi kader posyandu. Setiap kader akan bertanggung jawab terhadap (maksimal) lima ibu hamil dan ibu dengan bayi/balita untuk memantau dan memastikan mereka memeriksakan kehamilan dan bayi/balitanya ke posyandu. Pengambilan insentif kader posyandu dilakukan di fasilitas kesehatan desa (poskesdes/polindes/pustu). Penerapan insentif bagi kader posyandu berdampak pada meningkatnya permintaan pembentukan posyandu, khususnya di dusun-dusun yang belum ada posyandu. Dengan adanya posyandu di level dusun, ibu hamil akan lebih mudah mengakses posyandu untuk memeriksakan kehamilannya satu bulan sekali.

Ketiga, menerapkan kembali Jampersalda pada 2017. Jaminan ini memiliki beberapa syarat, di antaranya hanya dapat diakses oleh ibu hamil yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan dan ibu hamil wajib memeriksakan kehamilannya di posyandu (yang ditunjukkan dengan Buku KIA). Dampaknya, dukun bayi aktif mendorong ibu hamil memeriksakan kehamilan di posyandu dan bersalin di fasilitas kesehatan agar bisa mengisi buku kendali dukun bayi untuk pengambilan insentif.

> Ibu hamil yang terdaftar sebagai penerima Jampersal mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan secara gratis tanpa mengeluarkan biaya di puskesmas maupun RS. Untuk persalinan Jampersal harus di puskesmas dan 10 RS/klinik yang ditunjuk pemerintah [Kubu Raya]. Dampak yang dirasakan oleh keluarga ibu hamil, yang jelas meringankan beban ekonomi karena tidak mengeluarkan biaya untuk pemeriksaan kehamilan dan persalinan pada saat mendapatkan layanan kesehatan. Jampersal jelas menolong ibu hamil yang tidak mendapatkan KIS untuk melahirkan di puskesmas/RS. (wawancara dengan Kepala Desa di Kabupaten Kubu Raya 2017)

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. Belajar dari contoh baik di Kubu Raya, pemerintah di kabupaten ini berupaya 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 level desa yang cenderung masih terbatas.

Penutup

Kondisi kesehatan perempuan miskin dan akses mereka terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan ditemukan mengalami peningkatan sejak tahun 2014 hingga tahun 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. 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.

Hal lain yang memengaruhi perubahan akses terhadap layanan pemeriksaan kehamilan dan persalinan, adalah banyaknya program/kebijakan pemerintah daerah yang mendorong peningkatan status kesehatan perempuan. Beberapa program/kebijakan pemerintah daerah tersebut merupakan inisiatif lokal daerah, dan beberapa lainnya merupakan hasil adaptasi program/kebijakan pemerintah pusat. Lebih jauh, implementasi program/kebijakan di level 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 dalam rangka menurunkan AKI dan AKB di wilayah miskin.

Daftar Pustaka

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2013, *Riset Kesehatan Dasar*, Kementerian Kesehatan, Jakarta, dilihat 12 Mei 2018, www.depkes.go.id/resources/download/ general/Hasil%20 Riskesdas%202013.pdf

BPS 2017, *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2017*, Badan Pusat Statistik, Jakarta.

Handayani, L, Suharmiati, S, Kurniawan, A, Nuraini, S & 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*, vol. 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 Kesehatan 2011, *Informasi Jampersal*, Kementerian Kesehatan, Jakarta.

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2015, *Satu Tahun Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan 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*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta.

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, The SMERU Research Institute, Jakarta.

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, The SMERU Research Institute, Jakarta.

Sajedinejad, S, Majdzadeh, R, Vedadhir, A, Tabatabaei, MG & Mohammad, K 2015, "Maternal mortality: a cross-sectional study in global health", *Globalization and Health*, vol. 11, no. 4, dilihat 12 Mei 2018, [dalam jaringan] <http://doi.org/10.1186/s12992-015-0087-y>

UNICEF Indonesia 2012, *Ringkasan Kajian: Kesehatan Ibu dan Anak*, UNICEF Indonesia, Jakarta, dilihat 12 Mei 2018, [dalam jaringan] <https://www.unicef.org/indonesia/id/A5_-_B_Ringkasan_Kajian_Kesehatan_REV.pdf>

World Bank 2010, *"...and then she died": Indonesia Maternal Health Assessment (English)*, World Bank, Washington, DC, dilihat 12 Mei 2018, [dalam jaringan] <http://documents.worldbank.org/curated/en/718951468040488082/and-then-she-died-Indonesia-maternal-health-assessment>

Xu K, Saksena P & Evans DB 2010, "Health financing and access to effective interventions", *World Health Report (2010) Background Paper No 8*, World Health Organization, Geneva, dilihat 12 Mei 2018, [dalam jaringan] http://cdrwww.who.int/entity/healthsystems/topics/financing/health report/8Accesstocare.pdf

Catatan Akhir

1 Laporan utama berjudul: *Laporan Tematik Studi Midline MAMPU Tema 4: Meningkatkan Status Kesehatan dan Gizi Perempuan* dapat diakses di http://smeru.or.id/id/content/laporan-tematik-studi-midline-tema-4-meningkatkan-status-kesehatan-dan-gizi-perempuan.

2 Jaminan persalinan (Jampersal) adalah jaminan pembiayaan yang digunakan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pascapersalinan dan pelayanan bayi baru lahir yang pembiayaannya dijamin pemerintah (Kementerian Kesehatan, 2011). Pemerintah daerah di seluruh wilayah studi mengadakan Jampersal atas pembiayaan anggaran daerah, atau disebut Jampersalda.

Ucapan Terima Kasih pada Mitra Bestari

1. Prof. Sylvia Tiwon (University of California, Berkeley)
2. Dr. Rosalia Sciortino (Mahidol University & Chulalongkorn University)
3. Dr. Widjajanti M Santoso (Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia)
4. Ro'fah, PhD. (UIN Sunan Kalijaga)
5. Dr. Ida Ruwaida Noor (Universitas Indonesia)
6. Ruth Indiah Rahayu, M. Fil. (Sekolah Tinggi Filsafat Driyarkara)

ETIKA & PEDOMAN PUBLIKASI BERKALA ILMIAH
JURNAL PEREMPUAN

http://www.jurnalperempuan.org/jurnal-perempuan.html

Jurnal Perempuan (JP) merupakan jurnal publikasi ilmiah yang terbit setiap tiga bulan dengan menggunakan sistem *peer review* (mitra bestari) untuk seleksi artikel utama, kemudian disebut sebagai Topik Empu. Jurnal Perempuan mengurai persoalan perempuan dengan telaah teoritis hasil penelitian dengan analisis mendalam dan menghasilkan pengetahuan baru. Perspektif JP mengutamakan analisis gender dan metodologi feminis dengan irisan kajian lain seperti filsafat, ilmu budaya, seni, sastra, bahasa, psikologi, antropologi, politik dan ekonomi. Isu-isu marjinal seperti perdagangan manusia, LGBT, kekerasan seksual, pernikahan dini, kerusakan ekologi, dan lain-lain merupakan ciri khas keberpihakan JP. Anda dapat berpartisipasi menulis di JP dengan pedoman penulisan sebagai berikut:

1. Artikel merupakan hasil kajian dan riset yang orisinal, autentik, asli dan bukan merupakan plagiasi atas karya orang atau institusi lain. Karya belum pernah diterbitkan sebelumnya.
2. Artikel merupakan hasil penelitian, kajian, gagasan konseptual, aplikasi teori, ide tentang perempuan, LGBT, dan gender sebagai subjek kajian.
3. Artikel ditulis dalam bahasa Indonesia, sejumlah 10-15 halaman (5000-7000 kata), diketik dengan tipe huruf *Calibri* ukuran 12, *Justify*, spasi 1, pada kertas ukuran kwarto dan atau layar *Word Document* dan dikumpulkan melalui alamat email pada (redaksi@jurnalperempuan.com).
4. Sistematika penulisan artikel disusun dengan urutan sebagai berikut: **Judul** komprehensif dan jelas dengan mengandung kata-kata kunci. Judul dan subbagian dicetak tebal dan tidak boleh lebih dari 15 kata. **Nama** ditulis tanpa gelar, institusi, dan alamat email dicantumkan di bawah judul. **Abstrak** ditulis dalam dua bahasa: Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia secara berurutan dan tidak boleh lebih dari 100-150 kata, disertai 3-5 kata kunci. **Pendahuluan** bersifat uraian tanpa subbab yang memuat: latar belakang, rumusan masalah, landasan konseptual, dan metode penelitian. **Metode Penelitian** berisi cara pengumpulan data, metode analisis data, serta waktu dan tempat jika diperlukan. **Pembahasan** disajikan dalam subbab-subbab dengan penjudulan sesuai dalam kajian teori feminisme dan/atau kajian gender seperti menjadi ciri utama JP. **Penutup** bersifat reflektif atas permasalahan yang dijadikan fokus penelitian/kajian/ temuan dan mengandung nilai perubahan. **Daftar Pustaka** yang diacu harus tertera di akhir artikel.
5. Catatan-catatan berupa referensi ditulis secara lengkap sebagai catatan tubuh (*body note*), sedangkan keterangan yang dirasa penting dan informatif yang tidak dapat disederhanakan ditulis sebagai **Catatan Akhir** (*endnote*).
6. Penulisan Daftar Pustaka adalah secara alfabetis dan mengacu pada sistem *Harvard Style*, misalnya (Arivia 2003) untuk satu pengarang, (Arivia & Candraningrum 2003) untuk dua pengarang, (Candraningrum, Dhewy & Pratiwi 2016) untuk tiga pengarang, dan (Arivia et al. 2003) untuk empat atau lebih pengarang. Contoh:

   Arivia, G 2003, *Filsafat Berperspektif Feminis*, Yayasan Jurnal Perempuan, Jakarta.

   Amnesty International (AI) 2010, *Left Without a Choice: Barriers to Reproductive Health in Indonesia*, diakses pada 5 Maret 2016, http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/AmnestyInternational_for_PSWG_en_Indonesia.pdf

   Candraningrum, D (ed.) 2014, *Body Memories: Goddesses of Nusantara, Rings of Fire and Narrative of Myth*, Yayasan Jurnal Perempuan, Jakarta.

   Dhewy, A 2014, "Faces of Female Parliament Candidates in 2014 General Election", *Indonesian Feminist Journal*, vol. 2 no. 2, h. 130-147.

   "Sukinah Melawan Dunia" 2014, *KOMPAS*, 18 Desember, diakses 20 Desember 2014, http://nasional.kompas.com/read/2014/12/18/14020061/Sukinah.Melawan.Dunia
7. Kepastian pemuatan diberitahukan oleh Pemimpin Redaksi dan atau Sekretaris Redaksi kepada penulis. Artikel yang tidak dimuat akan dibalas via email dan tidak akan dikembalikan. Penulis yang dimuat kemudian akan mendapatkan dua eksemplar JP cetak.
8. Penulis wajib melakukan revisi artikel sesuai anjuran dan review dari Dewan Redaksi dan Mitra Bestari.
9. Hak Cipta (*Copyright*): seluruh materi baik narasi visual dan verbal (tertulis) yang diterbitkan JP merupakan milik JP. Pandangan dalam artikel merupakan perspektif masing-masing penulis. Apabila anda hendak menggunakan materi dalam JP, hubungi redaksi@jurnalperempuan.com untuk mendapatkan petunjuk.

YAYASAN
YJP
JURNAL
PEREMPUAN

Jl. Karang Pola Dalam II No. 9A
Jati Padang, Pasar Minggu,
Jakarta Selatan 12540
INDONESIA
Phone/Fax: +62 21 22701689

MAMPU | Kemitraan Australia - Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

1410 1533

Patung sampul depan: "Solidaritas" (Dolorosa Sinaga, 2000)