



POLICY UPDATE

Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia

RAHMAH HIDA NURRIZKA

WIKO SAPUTRA

Prakarsa Working Papers/Public Policy/2013/01

Saputra, Wiko. (2013). "Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia". *Prakarsa Policy Papers/Public Policy/2013/01*.

PRAKARSA Policy Update

Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia

Rahmah Hida Nurriska

Wiko Saputra



**PERKUMPULAN PRAKARSA
2013**

Perkumpulan PRAKARSA

Jln. Rawa Bambu I Blok A No. 8-E
Rt. 010 Rw. 06 Kel./Kec. Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12520, Indonesia
Ph. +62 21 7811 798
Fax +62 21 7811 897
www.theprakarsa.org

©2013 by Prakarsa
September 2013
Prakarsa Policy Update
Public Health
Arah & Strategi Kebijakan Penurunan AKI, AKB & AKABA

Perkumpulan Prakarsa works to nurture and enhance welfare ideas and initiatives through independent research and knowledge building. We combine research with policy analysis, engagement and communication, transform knowledge into actions in order to create social justice and prosperous society

DAFTAR ISI

1. PENDAHULUAN	5
2. TUJUAN	6
3. GAMBARAN UMUM KONDISI AKI, AKB DAN AKABA DI INDONESIA	6
3.1. Perkembangan AKI di Indonesia	6
3.2. AKI Indonesia tertinggi dibandingkan AKI di Negara – Negara Miskin Asia	9
3.3. Perkembangan AKB dan AKABA di Indonesia	9
3.4. Program Pemerintah dalam Penurunan AKI, AKB dan AKABA di Indonesia	
4. GAGALNYA DESAIN PROGRAM KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA (KKB)	11
5. BELAJAR DARI NEGARA – NEGARA YANG BERHASIL MENURUNKAN AKI, AKB DAN AKABA	12
6. PENGALAMAN SUKSES DAERAH DALAM MENURUNKAN AKI, AKB DAN AKABA	14
7. SASARAN, ARAH DAN STRATEGI KEBIJAKAN PENURUNAN AKI, AKB DAN AKABA DI INDONESIA	17
7.1. Sasaran	17
7.2. Arah dan Strategi Kebijakan	17
DAFTAR PUSTAKA	19

1. PENDAHULUAN

Hasil Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan ada persoalan dalam pencapaian target penurunan AKI, AKB dan AKABA di Indonesia. Malahan yang membuat kita tercegang adalah terjadi peningkatan yang signifikan dari AKI. Peningkatannya luar biasa mengejutkan yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih besar dibanding pencapaian tahun 2007 yaitu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (BKKBN, 2013). Ini menjadikan kondisi kesehatan kesehatan ibu (ibu melahirkan) mirip dengan kondisi tahun 1997 (Saputra, 2013b). Artinya, terjadi kemunduran dalam pencapaian target penurunan AKI di Indonesia.

Indikator angka kematian bayi (AKB) hanya turun sedikit dari pencapaian tahun 2007, yaitu dari 34 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup. Dan indikator AKABA dalam SDKI 2012 baru turun menjadi 40 per 1.000 kelahiran hidup (BKKBN, 2013). Padahal bila dibandingkan dengan target pencapaian MDGs untuk Indonesia pada tahun 2015, AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup dan AKABA sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup (Bappenas, 2012). Sangat jauh pencapaian dari target MDGs saat ini.

Padahal ini sudah menjadi konsensus nasional dan global. Pemerintah belum optimal merancang program penurunan AKI, AKB dan AKABA dalam 5 tahun belakangan ini. Tidak seriusnya pemerintah terlihat dari minimnya program penurunan AKI, AKB dan AKABA serta alokasi anggaran yang relatif sedikit. Dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) dan Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN) 2014, alokasi anggaran untuk pembinaan pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi serta pembinaan kesehatan anak hanya sebesar Rp. 248 milyar atau hanya sekitar 0,54% dari total anggaran bidang kesehatan (Kemeterian Keuangan, 2013; Bappenas, 2013; Saputra, 2013a).

Meningkatnya AKI dan rendahnya penurunan AKB dan AKABA menunjukkan ada kesalahan dalam arah, strategi dan program yang dirancang pemerintah dalam bidang kesehatan terutama kesehatan ibu dan anak. AKI, AKA dan AKABA dalam sistem kesehatan masyarakat merupakan indikator penting yang menilai seberapa efektif suatu program kesehatan masyarakat dilaksanakan. Ada berapa implikasi yang menyebabkan AKI mengalami peningkatan dan AKB turunnya relatif rendah yaitu: rancangan dan pelaksanaan program penurunan AKI, AKB dan AKABA belum optimal, alokasi anggaran yang relatif kecil, kurang efektifnya pelaksanaan program Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB), dan lemahnya koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam merancang strategi penurunan AKI, AKB dan AKABA.

Persoalan AKI, AKB dan AKABA harus menjadi agenda utama bagi pemerintah ke depan. Tanpa ada perubahan kebijakan, sangat sulit bagi Indonesia mampu mencapai target penurunan AKI, AKB dan AKABA. Untuk itu desain dan rancangan strategi penurunan AKI, AKB dan AKABA menjadi kunci mengatasi persoalan ini. Kementerian Kesehatan baru – baru ini merespon peningkatan AKI dengan menyusun Rencana Aksi Nasional (RAN) Penurunan AKI (Kementerian Kesehatan, 2013). Tapi program ini belum optimal disosialisasikan ke daerah. Tanpa ada koordinasi ke daerah, sangat sulit mengoptimalkan RAN tersebut. Untuk itu perlu peranan dari daerah untuk mengintegrasikan dan mengimplemntasikan rencana aksi nasional tersebut dalam kebijakan daerah. Persoalannya adalah belum banyak daerah terutama pada level kabupaten/kota yang memiliki pemahaman dalam mengkoordinasikan program tersebut.

Selain RAN Penurunan AKI, pemerintah juga perlu menyusun kembali arah dan strategi penurunan AKB dan AKABA. Dua hal ini haruslah menjadi agenda dalam program pemerintah di tahun 2014. Bagi daerah, perlu dorongan dan komitmen yang kuat untuk menciptakan regulasi dan program yang lebih spesifik dalam penurunan AKI, AKB dan AKABA sesuai konteks persoalan yang terjadi di masing – masing daerah. Untuk itulah, Policy Paper ini mencoba memberikan panduan bagi pemerintah pusat dan daerah untuk merancang strategi dan program penurunan AKI, AKB dan AKABA di Indonesia.

2. TUJUAN

Tujuan dari penyusunan Policy Paper ini adalah:

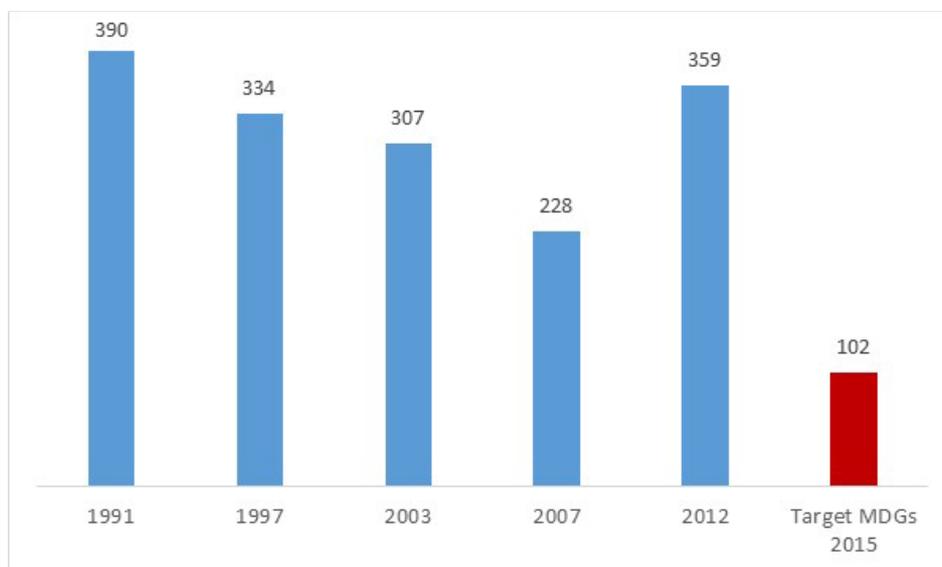
- a. Menganalisis kondisi terkini dari AKI, AKB dan AKABA di Indonesia
- b. Menganalisis persoalan – persoalan yang terkait dengan AKI, AKB dan AKABA di Indonesia.
- c. Memahami bagaimana beberapa negara sukses dalam menurunkan AKI, AKB dan AKABA dengan kebijakan yang inovatif.
- d. Menganalisis kebijakan – kebijakan di beberapa daerah yang sukses dalam menurunkan AKI, AKB dan AKABA.
- e. Menyusun arah dan strategi kebijakan dalam menurunkan AKI, AKB dan AKABA di Indonesia.

3. GAMBARAN UMUM KONDISI AKI, AKB DAN AKABA DI INDONESIA

3.1. Perkembangan AKI di Indonesia

Setelah cukup lama publikasi hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 untuk Angka Kematian Ibu (AKI) diundur pemerintah, akhirnya hasil capaian AKI diumumkan. Hasilnya sangat mengejutkan. Kematian Ibu melonjak sangat signifikan menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup atau mengembalikan pada kondisi tahun 1997. Ini berarti kesehatan ibu justru mengalami kemunduran selama 15 tahun. Pada tahun 2007, AKI di Indonesia sebenarnya telah mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup (Saputra, 2013b).

Gambar 1
Perkembangan AKI dan Target AKI dalam MDGs 2015 di Indonesia



Sumber: BKKBN, 2013

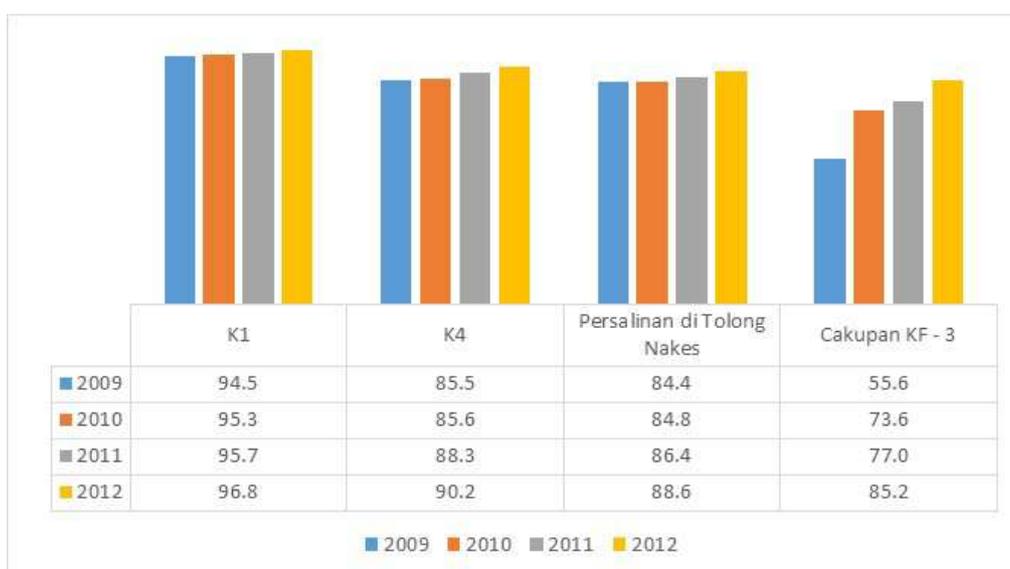
Sungguh ironis pembangunan sektor kesehatan di Indonesia saat ini. Dua dekade yang lalu, Indonesia oleh WHO dianggap sebagai salah satu negara yang sukses dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Tahun 1997, pemerintah mampu menurunkan AKI mencapai 334 per 100.000 kelahiran hidup dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994. Dan terakhir dalam SDKI 2007, AKI Indonesia sudah mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup (BKKBN, 2013). Bagi WHO, apa yang dicapai Indonesia untuk mencapai target MDGs dalam aspek kesehatan ibu dan reproduksi merupakan prestasi yang baik.

Indonesia sebelumnya merupakan negara yang agresif melakukan kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sejak WHO meluncurkan *Safe Motherhood Initiative* pada tahun 1987, pemerintah Indonesia langsung merespon agenda WHO dalam kebijakan pembangunan KIA melalui strategi *Making Pregnancy Safer (MPS)* (Kemenkes, 2001). Indonesia juga merespon cepat inisiatif pembangunan kependudukan global (*International Conference Population and Development/ICPD*) yang pertama kali diadakan di Kairo, Mesir tahun 1994. Salah satu poin yang menjadi rujukan bagi pemerintah Indonesia adalah mengenai hak remaja untuk memperoleh pelayanan reproduksi termasuk juga mendapatkan pelayanan konseling yang benar (Gemari, 2012; UNFPA, 2005). Selama dua dekade 1980 - 2000 Indonesia merupakan negara yang sukses dalam menata program KIA. Tapi saat ini justru sebaliknya.

Hasil SDKI 2012 menjadi sebuah pelajaran bagi Indonesia bahwa saat ini negara gagal dalam memberikan perlindungan bagi ibu yang melahirkan. Padahal UUD 1945 memberikan amanat bagi pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik bagi seluruh masyarakat. UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan juga mengamanatkan pemerintah untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan universal bagi setiap masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi.

Pemerintah juga diamanatkan untuk menyediakan anggaran kesehatan sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD diluar gaji pegawai sehingga pemerintah bisa secara optimal memberikan pelayanan bagi masyarakat tanpa terbatas oleh alokasi anggaran (Saputra, 2013a). Ini merupakan wujud dari kehadiran negara dalam memberi jaminan perlindungan kesehatan bagi warga negara. Tapi dengan lonjakan AKI yang sangat tinggi ini menunjukkan ada kesalahan kebijakan dalam pengelolaan kesehatan, terutama kesehatan ibu dan reproduksi.

Gambar 2
Perkembangan K1, K4, Persalinan di Tolong Tenaga Kesehatan dan Cakupan KF – 3 di Indonesia, 2009 – 2012



Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, Kemenkes RI 2013

Terjadinya lonjakan AKI ini sebenarnya sangat ironis ketika indikator yang mempengaruhi AKI secara langsung seperti kunjungan pemeriksaan ibu hamil bulan pertama dan keempat (K1 dan K4), persalinan dengan di tolong tenaga kesehatan dan cakupan kunjungan nifas tiga kali (KF – 3) justru mengalami perbaikan. K1 naik dari 95,7 % pada tahun 2011 menjadi 96,8 % pada tahun 2012, begitu juga K4 naik dari 88,3 % menjadi 90,2 %. Sedangkan persalinan di tolong tenaga kesehatan naik dari

86,4 % menjadi 88,6 % dan cakupan KF – 3 juga mengalami kenaikan dari 77,0 % menjadi 85,2 % (BKKBN, 2013). Dengan naiknya empat indikator ini, seharusnya mampu memperbaiki AKI.

Tabel 1
Pencapaian Indikator K1, K4, Persalinan di Tolong Tenaga Medis dan Cakupan KF – 3 menurut Propinsi di Indonesia, 2012

Propinsi	Ibu Hamil		Persalinan di Tolong Nakes	Kunjungan Nifas 3 Kali
	K1	K4		
Aceh	93.3	90.3	89.8	81.7
Sumatera Utara	92.2	90.6	87.8	66.2
Sumatera Barat	105.6	90.0	89.1	85.2
Riau	100.4	86.0	79.2	77.6
Jambi	96.9	94.2	86.9	95.8
Sumatera Selatan	93.9	93.6	89.4	92.5
Bengkulu	100.1	95.3	95.0	76.9
Lampung	93.6	91.8	81.9	87.3
Bangka Belitung	100.5	95.4	98.0	87.6
Kep. Riau	96.3	92.5	98.0	72.2
DKI Jakarta	99.9	96.4	97.9	80.0
Jawa Barat	99.7	93.3	89.9	95.6
Jawa Tengah	98.9	95.7	97.3	93.7
DI Yogyakarta	100.0	90.5	98.6	74.8
Jawa Timur	97.0	90.9	89.1	94.3
Banten	99.6	84.4	85.9	80.1
Bali	97.6	94.5	95.8	91.0
NTB	97.9	91.3	88.9	93.2
NTT	88.6	67.7	69.4	66.6
Kalimantan Barat	95.9	89.3	89.5	84.0
Kalimantan Tengah	94.2	90.0	84.8	80.4
Kalimantan Selatan	104.8	87.5	85.7	80.1
Kalimantan Timur	85.4	84.9	83.9	63.9
Sulawesi Utara	95.5	88.7	88.6	84.3
Sulawesi Tengah	92.2	81.5	80.0	78.8
Sulawesi Selatan	101.1	93.0	92.0	75.9
Sulawesi Tenggara	91.3	90.8	83.0	69.9
Gorontalo	106.3	94.7	93.6	76.8
Sulawesi Barat	97.4	80.8	81.4	74.5
Maluku	93.7	80.5	78.1	75.5
Maluku Utara	92.2	85.0	80.6	78.6
Papua Barat	90.5	64.3	65.2	57.1
Papua	50.1	34.5	43.5	27.6
Indonesia	96.8	90.2	88.6	85.2

Sumber: Profil Kesehatan Indonesia, Kemenkes RI 2013

Persoalannya, ketika data ini diturunkan dalam level daerah, ternyata ada ketimpangan dalam cakupan terhadap pelayanan ibu hamil, persalinan dan nifas. Daerah – daerah yang berada di kawasan timur Indonesia seperti Papua, Papua Barat, NTT, Sulawesi Barat, Maluku dan Maluku Utara masih rendah pencapaian K1, K4, persalinan di tolong tenaga medis dan cakupan KF – 3. Dan juga ditemukan ternyata, daerah – daerah tersebut mengalami peningkatan AKI yang cukup tinggi dan ini

yang mendorong terjadi kenaikan AKI di Indonesia ditambah faktor lain diluar faktor ini seperti fertilitas, persalinan di usia muda dan pertumbuhan penduduk.

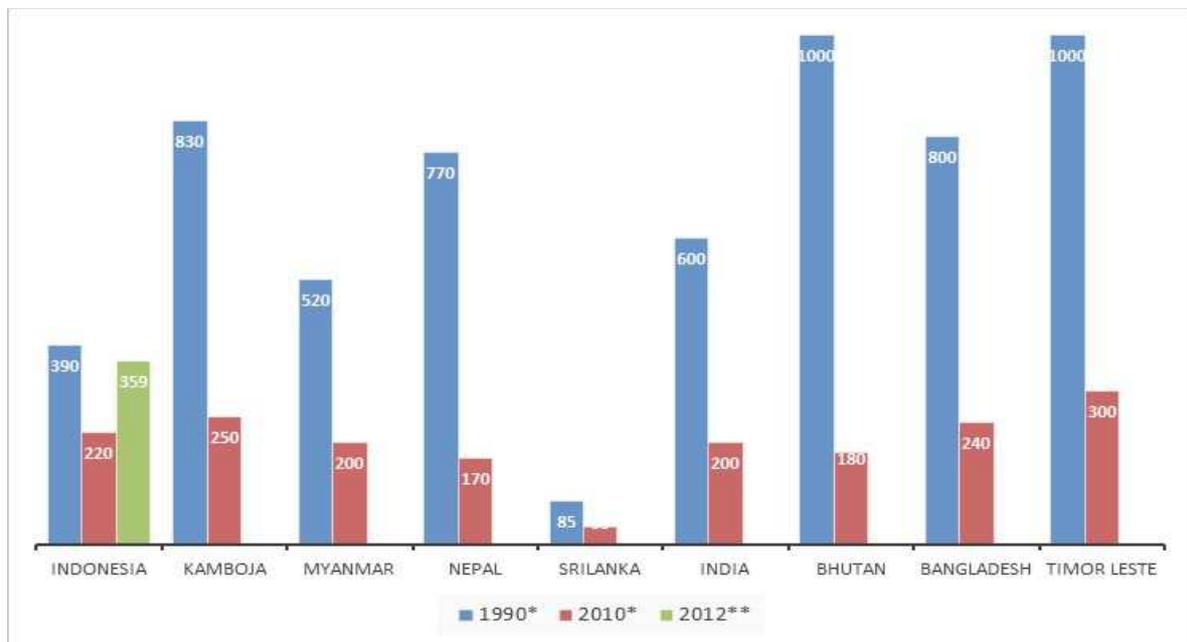
3.2. AKI Indonesia Tertinggi dibanding AKI di Negara – Negara Miskin Asia

Indonesia merupakan negara di kawasan Asia yang mengalami kegagalan dalam pencapaian target penurunan AKI. Padahal dari *baseline* MDGs yang dimulai pada tahun 1990, AKI Indonesia sebenarnya jauh lebih baik dibandingkan beberapa negara lain di kawasan Asia. AKI Indonesia pada tahun 1990 sekitar 390 per 100.000 kelahiran hidup, jauh lebih rendah dibandingkan Kamboja, Myanmar, Nepal, India, Bhutan, Bangladesh dan Timor Leste (WHO, 2013; Saputra, 2013b).

Ironisnya dengan data terakhir dari SDKI 2012, terjadi peningkatan AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Bandingkan dengan Kamboja yang sudah mencapai 208 per 100.000 kelahiran hidup, Myanmar sebesar 130 per 100.000 kelahiran hidup, Nepal sebesar 193 per 100.000 kelahiran hidup, India sebesar 150 per 100.000 kelahiran hidup, Bhutan sebesar 250 per 100.000 kelahiran hidup, Bangladesh sebesar 200 per 100.000 kelahiran hidup. Bahkan kini Indonesia sudah tertinggal dengan Timor Leste dalam pencapaian AKI, dimana AKI Timor Leste mencapai 300 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2013; Saputra, 2013b).

Bila melihat target MDGs 2015 untuk AKI, target Indonesia adalah menurunkan AKI mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan posisi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 maka akan sangat sulit bagi pemerintah untuk mencapai target penurunan AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Gambar 3
Angka Kematian Ibu di beberapa Negara di Kawasan Asia, 1990 – 2012



Keterangan: * Hasil estimasi WHO tahun 1990 dan 2010 dari survey Negara lain⁵

**Hasil SDKI 2012.

Sumber: WHO 2013 dan SDKI 2012

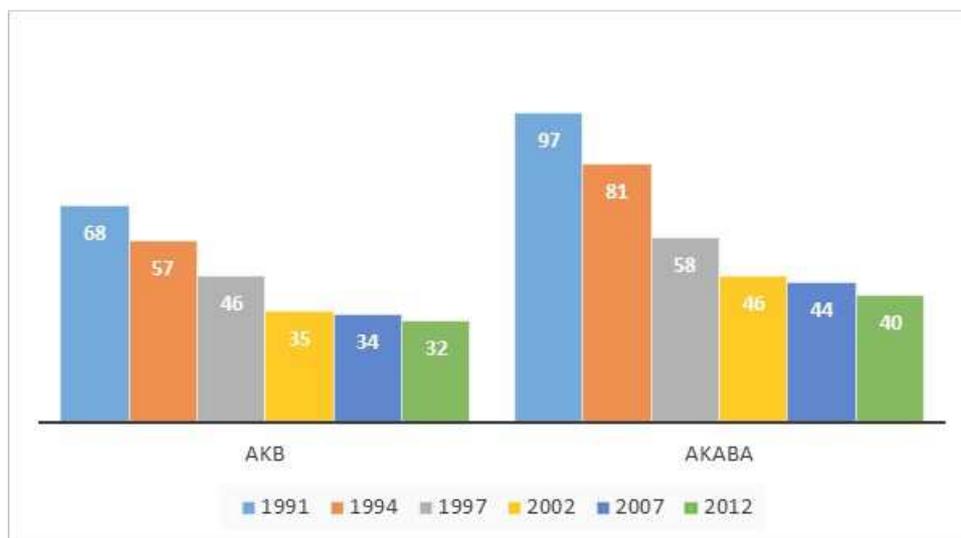
3.3. Perkembangan AKB dan AKABA

Penurunan AKB dan AKABA di Indonesia dalam satu dekade terakhir mengalami perlambatan. Padahal pada priode 1991 – 2002, Indonesia mampu menurunkan AKB dari 68 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan AKABA turun dari 97 per 1.000 kelahiran

hidup menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup (BKKBN, 2013). Dalam priode tersebut, Indonesia menjadi Negara yang mendapat apresiasi besar dari WHO untuk pencapaian AKB dan AKABA. Setelah tahun 2002, ternyata penurunan AKB dan AKABA di Indonesia justru mengalami perlambatan. Hasil SDKI 2012 menunjukkan saat ini AKB berada pada angka 32 per 1.000 kelahiran hidup, turun lima poin. Sedangkan AKABA sebesar 40 per 1.000 kelahiran hidup hanya turun enam poin dari tahun 2002. Hal ini menunjukkan dalam satu dekade ini ada yang salah dalam program penurunan AKB dan AKABA di Indonesia.

Selain lambatnya penurunan AKB dan AKABA di Indonesia, pencapaian AKB dan AKABA di daerah juga masih sangat timpang dan di beberapa daerah juga ada yang mengalami kenaikan signifikan. Daerah – daerah di timur Indonesia seperti Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, NTT, NTB Sulawesi Barat, Gorontalo dan Sulawesi Tengah masih memiliki nilai AKB dan AKABA yang cukup tinggi jauh diatas rata – rata nasional. Malahan, AKB dan AKABA untuk Papua, Papua Barat, Maluku Utara, dan Gorontalo justru mengalami kenaikan. Selain di daerah timur Indonesia, temuan kenaikan AKB dan AKABA juga ditemukan di Aceh, Kalimantan Tengah, Jawa Tengah, DI Yogyakarta juga mengalami peningkatan.

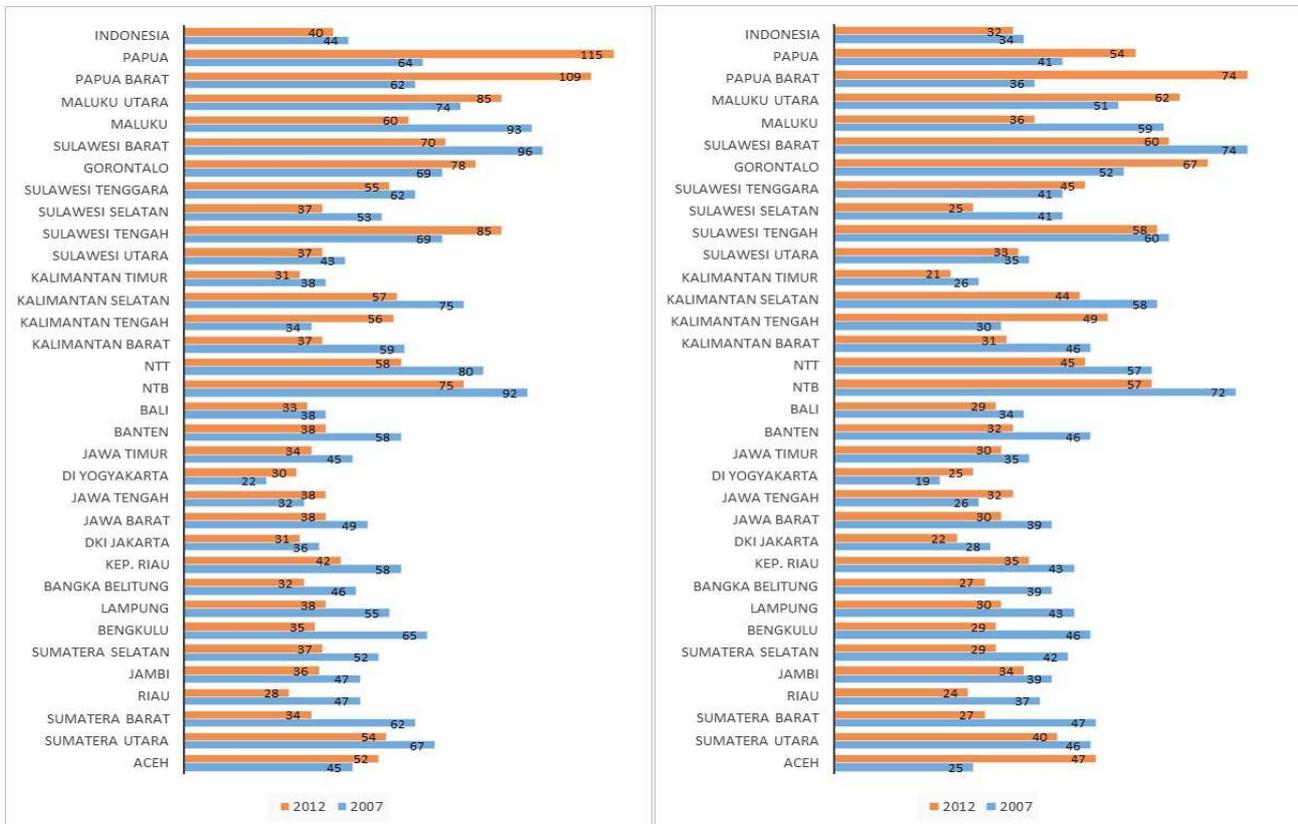
Gambar 4
Perkembangan AKB dan AKABA di Indonesia, Tahun 1991 - 2012



Sumber: BKKBN 2013

Ketimpangan dan kenaikan AKB dan AKABA ini merupakan sebuah refleksi dari ketidakmampuan daerah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan untuk ibu dan anak. Seharusnya, dengan desentralisasi sektor kesehatan, peluang daerah untuk melakukan kebijakan menjadi lebih kuat. Daerah yang memiliki inovasi dalam kebijakan pembangunan KIA seperti Jawa Timur, Sumatera Barat, Riau, Sumatera Selatan, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Selatan ternyata mampu secara signifikan menurunkan AKB dan AKABA. Inilah sebenarnya perlu di dorong oleh Kementerian Kesehatan, agar setiap daerah memiliki arah dan strategi khusus dalam menurunkan AKB dan AKABA sesuai dengan konteks daerah masing – masing.

Gambar 5
Perkembangan AKB dan AKABA menurut Propinsi di Indonesia, Tahun 2007 – 2012



Sumber: Profil Kesehatan, Kemenkes 2013

4. GAGALNYA DESAIN PROGRAM KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA (KKB)

Banyak pihak tersentak melihat fenomena kenaikan AKI ini. Ada sesuatu diluar kewajaran kenaikan AKI yang mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Kementerian Kesehatan mengindikasikan adanya perubahan dalam metode survey dalam SDKI 2012. Dimana sampling SDKI 2012 bergeser dari perempuan yang sudah menikah pada SDKI 2007 menjadi Perempuan Usia Subur (PUS) pada SDKI 2012 sehingga ditemukan peningkatan AKI.

Diluar alasan metodologi dalam SDKI 2012, sebenarnya peningkatan AKI ini sudah lama terdeteksi para peneliti kesehatan. Instrumen ukurnya bisa dimulai dari program KKB. Hasil Sensus Penduduk (SP) 2010 menunjukkan lonjakan pertumbuhan penduduk yang mencapai 1,49%. Tingginya laju pertumbuhan penduduk didorong tingginya *Total Fertility Rate (TFR)* atau angka kelahiran total perempuan usia produktif sebesar 2,7 berdasarkan SDKI 2012. Padahal tahun 2002, Indonesia sudah mencapai TFR sebesar 2,6. Fertilitas remaja (usia 15 – 19 tahun) juga masih tinggi yaitu sebesar 48 kelahiran per 1.000 remaja (BKKBN, 2013).

Tekanan dari aspek kependudukan inilah yang berkontribusi mendorong terjadinya peningkatan AKI. Tingginya TFR mendorong peningkatan jumlah persalinan di Indonesia. Dengan kondisi tingginya fertilitas pada usia remaja, ini akan menimbulkan kerentanan terhadap resiko kematian ibu saat melahirkan. Melahirkan dalam usia remaja dengan pemahaman terhadap kesehatan reproduksi yang relatif minim dan sistem reproduksi yang masih labil, akan menimbulkan resiko besar terhadap kematian. Hal ini agaknya menjadi alasan logis kenapa AKI meningkat cukup signifikan dan menegasikan semua upaya pemerintah untuk menurunkan AKI selama ini.

Tabel 2
Fertilitas menurut Umur dan Wilayah di Indonesia, Tahun 2007 – 2012

Kelompok Umur	Wilayah				Total	
	Kota		Desa		2007	2012
	2007	2012	2007	2012		
15 – 19	26	32	74	69	51	48
20 – 24	116	121	153	156	135	138
25 – 29	138	145	131	141	134	143
30 – 34	104	108	110	98	108	103
35 – 39	59	59	70	64	65	62
40 – 44	17	22	21	20	19	21
45 – 49	4	3	7	6	6	4
TFR	2,3	2,4	2,8	2,8	2,6	2,6
GFR	80,0	82,0	97,0	94,0	89,0	88,0
CBR	20,2	20,1	21,5	20,7	20,9	20,4

Keterangan : Angka fertilitas menurut umur ibu per 1.000 wanita

TFR (Angka fertilitas total per wanita umur 15 – 49)

GFR (Angka fertilitas umum/jumlah kelahiran dibagi jumlah wanita umur 15 – 44 tahun) per 1.000 wanita)

CBR (Angka fertilitas kasar per 1.000 penduduk)

Sumber: SDKI 2007 dan 2012

Kegagalan dalam desain program KKB dalam satu dekade terakhir merupakan kunci jawaban dari peningkatan AKI. Koordinasi dalam program KKB baik lintas sektor atau antara pemerintah pusat dan daerah tidak berjalan dengan baik. Tanggung jawab pengendalian laju pertumbuhan penduduk diserahkan sepenuhnya pada Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN).

Padahal masalah KKB tidak berada seratus persen di tangan BKKBN, tetapi juga ada pada Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Ketenagakerjaan dan Transmigrasi, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dan Pemerintah Daerah. Inilah kendala koordinasi program KKB sehingga tidak berjalan baik. Pada level daerah, hanya sebagian kecil daerah yang memiliki Badan Koordinasi Keluarga Berencana Daerah (BKKBD). Padahal BKKBD ini sebenarnya menjadi ujung tombak dalam program KKB karena daerah menjadi pusat pelayanan dari program KKB.

5. BELAJAR DARI NEGARA – NEGARA YANG BERHASIL MENURUNKAN AKI, AKB DAN AKABA

Sri Lanka dan Nepal merupakan dua negara di kawasan Asia yang berhasil mencapai target MDGs 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu. Perlu digarisbawahi bahwa *baseline* kedua negara ini saat MDGs diluncurkan sangat berbeda; Sri Lanka telah berhasil menurunkan angka kematian ibu jauh sebelum tahun 1990, sementara Nepal mencapai keberhasilan yang dramatis dalam satu setengah dekade terakhir. Namun, pendekatan kebijakan dan struktur sistem kesehatan kedua negara ini dapat diadaptasi untuk implementasi di Indonesia (Prakarsa, 2013a)

Tahun 1990, AKI di Sri Lanka sebesar 85 per 100.000 kelahiran hidup dan sekarang AKI di Sri Lanka sudah mencapai 35 per 100.000 kelahiran hidup. Sri Lanka mampu menurunkan setengah dari AKI dalam dua dekade terakhir. Sedangkan Nepal mengalami penurunan yang cukup signifikan yaitu sebesar dua pertiga dari AKI dalam dua dekade terakhir. Tahun 1990, AKI di Nepal sebesar 770 per 100.000 kelahiran hidup dan turun menjadi 170 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (Prakarsa, 2013a; WHO, 2013).

Tabel 3
Indikator Ekonomi dan Kesehatan Sri Lanka dan Nepal

Indikator	Sri Lanka	Nepal
Pendapatan perkapita (USD)	2,812	607
Total pengeluaran pemerintah (% GDP)	21	22
Pengeluaran kesehatan (USD. Juta)	2,000	1,000
Pengeluaran kesehatan perkapita (USD)	97	33
Total pengeluaran pemerintah untuk kesehatan (% total pengeluaran)	7	10
Total pengeluaran pemerintah untuk kesehatan (% GDP)	2	2
Sumber pembiayaan kesehatan		
• Domestik (%)	97	85
• Luar negeri (%)	3	15
Penanggung biaya kesehatan		
• Rumah tangga (%)	46	55
• Pemerintah (%)	45	39
• Lainnya (%)	9	6
Angka kematian anak (per 1000 kelahiran)	8	34
Angka kematian ibu (per 100.000)	35	170

Sumber: World Global Expenditure Database, WHO, 2011-2012

Kunci keberhasilan Sri Lanka ada di layanan kesehatan dan proteksi finansial untuk populasi yang rawan bencana kesehatan. Dari awal perkembangan sistem kesehatan negara ini, yaitu mulai dari kemerdekaan di awal abad 19, Sri Lanka menargetkan penyediaan layanan universal termasuk untuk sanitasi dan manajemen penyakit yang lebih luas. Layanan ini juga menitikberatkan pada layanan ibu dan anak sejak awal pengembangannya (Arunathilake, 2012).

Nepal mengambil langkah yang cukup unik dalam menurunkan AKI. Intervensi melalui program KKB cukup signifikan mempengaruhi AKI di Nepal. Dalam kurun waktu 10 tahun, persalinan yang ditolong tenaga kesehatan naik dari 10,1% menjadi 36% dan persalinan di fasilitas kesehatan naik dari 7,6% menjadi 35,3%. Angka *unmet need* untuk *cesarean section* sebanyak 1,3% per tahun selama 5 tahun terakhir (Prakarsa, 2013a).

Meskipun demikian, angka persalinan oleh tenaga kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan masih terbilang rendah. Lalu kenapa Nepal sukses menurunkan AKI secara signifikan? Suksesnya program KKB yang ditandai oleh meningkatnya persentase pengguna kontrasepsi sampai dua kali lipat dan menurunnya angka fertilitas dari 2,6 menjadi 1,6 dalam 10 tahun terakhir, ini yang menjadi salah satu faktor yang berkontribusi kuat pada penurunan AKI (Bhatta et al., 2012; Pandey, Dhakal, Karki, Poudel and Pradhan, 2013)

Satu hal yang serupa dari pembelajaran Sri Lanka dan Nepal adalah berbagai kebijakan dan strategi kesehatan yang diluncurkan bersifat saling melengkapi dari segi *supply* dan *demand* sehingga terbentuk strategi besar yang komprehensif untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan reproduksi. Aspek di luar sektor kesehatan yang berhubungan erat dengan keberhasilan Sri Lanka dan Nepal adalah perbaikan status ekonomi dan pendidikan sehingga tampak bahwa interaksi faktor kesehatan dan non-kesehatan sangat penting untuk diperhatikan dalam memperbaiki status kesehatan secara keseluruhan.

Beberapa poin pembelajaran yang perlu dipetik dari Sri Lanka dan Nepal untuk pengembangan sistem kesehatan ibu:

- a. Pentingnya merumuskan kebijakan yang memiliki unsur *equity*, artinya kebijakan harus mengandung upaya untuk menyamaratakan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi

masyarakat, semua warga memperoleh kesempatan yang sama dalam hal pelayanan kesehatan. Di samping itu, perlu ada kebijakan yang diarahkan secara khusus kepada warga yang lebih membutuhkan (*affirmative health policy*). Fondasi kebijakan yang pro kesehatan dan pro masyarakat juga harus dibangun dengan peta jalan dan tahapan yang jelas.

- b. Nepal dan Sri Lanka menerapkan konsep *evidence-based policy*, yaitu untuk merumuskan kebijakan setelah diperoleh bukti ilmiah yang menunjukkan tingkat daya-guna strategi yang akan dimasukkan ke dalam kebijakan tersebut. *Need assessment* merupakan hal yang mutlak diperlukan sebelum memperkenalkan dan mengimplementasikan strategi-strategi sehingga menjadi lebih tepat guna dan tepat sasaran.
- c. Layanan kesehatan primer dibangun dengan mengedepankan upaya kesehatan ibu dan anak, serta untuk mengatasi penyakit-penyakit lain penyebab kematian ibu dan anak seperti malaria dan penyakit menular lainnya.
- d. Pentingnya memperkuat kembali program KKB untuk mengontrol kelahiran merupakan salah satu faktor yang berkontribusi pada penurunan AKI. Di Sri Lanka dan Nepal terlihat bahwa di kurun waktu 20 tahun terakhir, penurunan angka fertilitas dan peningkatan pengguna kontrasepsi cukup signifikan, hal ini dapat berpengaruh secara tidak langsung kepada angka kematian ibu.
- e. Perlunya mengembangkan sistem surveilans (pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi serta penyebaran data secara sistematis dan berkelanjutan), monitoring dan evaluasi yang memberdayakan peranan masyarakat lokal. Registrasi vital dan penelusuran kematian ibu harus disiapkan sejak awal dan digunakan sebagai alat advokasi. Sistem informasi kesehatan yang dibangun sejak awal terbukti dapat membantu monitoring program melalui data yang berkualitas. Sri Lanka dan Nepal berhasil menerapkan sistem ini.

6. PENGALAMAN SUKSES DAERAH DALAM MENURUNKAN AKI, AKB DAN AKABA

Beberapa kabupaten di Indonesia telah memiliki regulasi daerah yang spesifik mengatur tentang penurunan AKI, antara lain Kabupaten Pasuruan di Jawa Timur, Kabupaten Takalar di Sulawesi Selatan dan Kabupaten Kupang di Nusa Tenggara Timur (NTT). Kabupaten Pasuruan menurunkan Peraturan Daerah (Perda), Peraturan Bupati (Perbup) dan Peraturan Desa (Perdes) mengenai KIBBLA (Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir) pada tahun 2008, dan berhasil menurunkan berbagai angka indikator kesehatan ibu, anak dan balita, bahkan mendapatkan *MDGs Award* pada tahun 2012 dari Kantor Utusan Khusus Presiden RI untuk MDGs.

Kabupaten Takalar berupaya menurunkan Angka Kematian Ibu dengan mengeluarkan Perda No 2 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun dan telah mencapai nol angka kematian ibu, sehingga menjadi daerah percontohan bagi daerah lain. Sementara itu Kabupaten Kupang, setelah adanya program Revolusi KIA dari pemerintah provinsi NTT tahun 2009, juga telah mengeluarkan Perbup No16 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelayanan Kesehatan untuk Ibu dan Anak (Prakarsa, 2013b).

Berikut adalah beberapa aspek dari sisi asal usul kebijakan dan beberapa aspek lainnya yang bisa diperbandingkan.

Tabel 4
Perbandingan beberapa Aspek dari Sisi Kebijakan di Tiga Kabupaten

Aspek yang dibandingkan	KABUPATEN		
	Pasuruan	Takalar	Kupang
Konteks kebijakan nasional	DTPS KIBBBLA, Desa Siaga, P4PK	Gerakan Sayang Ibu (GSI), Desa Siaga, P4PK	Desa Siaga, P4PK, Percepatan MDGs
Kebijakan Tingkat Kabupaten	Peraturan Daerah (Perda) Nomor 2 Tahun 2009 tentang KIBBBLA	Perda Nomor 02 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD)	Peraturan Bupati (Perbup) Nomor 16 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelayanan KIA
Konteks kultur	Kepercayaan terhadap dukun faktor penting, namun telah berubah seiring kemajuan daerah dan infrastruktur	Kepercayaan terhadap dukun sangat tinggi, dihormati karena senioritas dan peran spiritual	Kepercayaan terhadap dukun sangat tinggi, dihargai karena senioritas dan kemampuan spiritual
'Pemicu' utama kebijakan tingkat kabupaten	Tingginya gizi buruk, AKI dan persalinan ditolong dukun, respon Dinkes terhadap DTPS-KIBBBLA	Tingginya persalinan ditolong dukun, belajar dari daerah lain (Subang)	Tingginya AKI dan AKB, Pergub NTT tentang Revolusi KIA, dana AIPMNH.
Stakeholder utama dalam setting agenda kebijakan	DPRD, Eksekutif, CSO (legislatif-driven)	Eksekutif, DPRD, CSO (eksekutif – driven)	Eksekutif (top down, eksekutif- driven)
Penyusunan	Berdasarkan masukan berbagai pihak, dimotori Pokja KIBBBLA	Disahkan tanpa naskah akademik, draft disiapkan eksekutif dibantu donor	Draft oleh Dinkes dan BAPPEDA
Kebijakan tingkat desa (Perdes)	Perdes di semua desa	Perdes tidak ada	Perdes hanya di beberapa desa
Anggaran untuk membiayai kebijakan KIA	APBD Kabupaten (dominan), APBD provinsi, dana-dana pusat, donor asing	APBD Kabupaten, APBD provinsi dan dana-dana pusat (dominan), donor asing	APBD Kabupaten, dana-dana pusat (dominan), donor asing (dominan)
Koordinasi lintas sektor	Tinggi	Sedang	Rendah
Keterlibatan masy/kader lokal dalam pelaksanaan	Tinggi	Sedang	Sedang
Inisiatif/ improvisasi Kepala Puskesmas	Tinggi	Tinggi	Tinggi
Donor asing dan peranannya	Bantuan teknis (setelah Perda jadi)	Ikut dalam drafting Perda, bantuan teknis	Bantuan teknis dan operasional

Terjadi perubahan kearah yang lebih baik di tiga daerah ini sejak dilaksanakannya kebijakan kesehatan ibu dan anak. Berikut ini perubahan yang terjadi di tiga daerah tersebut.

Tabel 5
Perbandingan berbagai Aspek Perubahan di Tiga Kabupaten

Aspek perubahan	Pasuruan	Takalar	Kupang
K1	Relatif stabil dari tahun 2009-2010, dari 98,9% menjadi 99,9% antara 2010-2011.	Peningkatan signifikan (hampir 5x) dari 2006 (23,10%) sampai 2012 (105%)	Peningkatan inkremental (2%) dari tahun 2010 ke 2011, dari 84,49% menjadi 86,06%
K4	Peningkatan inkremental (2%) dari tahun 2009 ke tahun 2011, dari 90,07% ke 92,06%.	Peningkatan signifikan (4x) dari 2006 sampai 2012.	Peningkatan inkremental (2%) dari tahun 2010 ke 2011, dari 84,49% menjadi 86,06%.
Persalinan ditolong nakes (tolnakes)	Peningkatan cukup signifikan antara tahun 2009-2011 (90% menjadi 96%)	Peningkatan signifikan antara tahun 2006 sampai 2011 (81% pada 2006 menjadi 96,4% pada 2011)	-
Jumlah bumil risti yang ditangani nakes	Peningkatan signifikan antara tahun 2010 dan 2011	-	-
Kepercayaan diri pelaksana dalam bertugas karena ada jaminan hukum	-	Perda meningkatkan kepercayaan diri Tim pelaksana, bidan dan dukun karena sebelumnya bidan masih 'kurang dianggap' dimasyarakat.	Puskesmas merasa 'terlindungi' dalam bertugas karena adanya Perbup.
AKI per 100.000 KH	Fluktuatif antara tahun 2009-2011, yaitu dari 87,61 (2009) menjadi 108,98 (2010) dan 96,34 (2011) pada tahun 2011.	Menurun drastis dari 300 pada tahun 2006 menjadi 56,32 (2007), 17,79 (2008), dan tetap pada angka 0 antara 2009-2012.	Data tidak tersedia untuk rasio tahun 2010-2011. Penurunan jumlah hanya dari 14 kematian menjadi 13 kematian.
AKB per 1000 KH	Fluktuatif antara tahun 2009-2011 (5,25-7,46-6,88)	-	Data tidak tersedia untuk rasio tahun 2010-2011, tapi jumlah berkurang hampir separuh dari 91 menjadi 54 kematian.
Perilaku memeriksakan diri ke nakes dan di faskes	Meningkat karena bidan ada di tiap desa dan faskes, dan bisa melapor ke kader	Meningkat, begitu juga kesadaran anggota keluarga lain untuk mengingatkan.	Peningkatan, karena jumlah bidan bertambah, perubahan pandangan terhadap bidan dan persepsi tentang alat kesehatan yang bisa menolong persalinan.
Pengetahuan kader kesehatan	Mengalami peningkatan karena banyak menerima training	-	-
Posisi dukun	Dukun mendapat insentif dan pelatihan (KBD tidak mencakup seluruh wil. Kabupaten)	Dukun mendapat insentif dan pelatihan (cakupan KBD luas, seluruh kabupaten)	Dukun mendapat insentif (cakupan KBD sedikit). Upaya merangkul belum maksimal.

Ada beberapa poin kunci sukses ketiga daerah ini dalam menurunkan AKI. *Pertama*, adanya inovasi kebijakan yang dilakukan oleh pemerintah daerah dalam bentuk regulasi. Regulasi tersebut sangat mempengaruhi keberhasilan pemerintah daerah dalam akselerasi penurunan angka kematian ibu. *Kedua*, pelibatan seluruh kelompok masyarakat dalam proses pembuatan kebijakan sangat mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi regulasi yang ada. Kebijakan tidak hanya menjadi sekedar 'formalitas' karena hanya didorong oleh pihak eksekutif, namun dimiliki bersama semua kelompok. Kepemilikan masyarakat atas program menjadi tinggi sehingga warga selain sebagai penerima manfaat juga dapat berperan sebagai aktor pembangunan. *Ketiga*, alokasi anggaran untuk program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

7. SASARAN, ARAH DAN STRATEGI KEBIJAKAN PENURUNAN AKI, AKB DAN AKABA DI INDONESIA

Sasaran

Sasaran yang ingin dicapai berkaitan dengan AKI, AKB dan AKABA adalah:

- a. Menurunkan AKI sebesar 280 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014.
- b. Menurunkan AKB sebesar 30 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2014.
- c. Menurunkan AKABA sebesar 38 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2014.
- d. Mendorong perbaikan system pelayanan kesehatan ibu dan anak di daerah – daerah serta memperkuat kebijakan fiscal untuk program kesehatan ibu dan anak di level daerah.
- e. Menyediakan pelayanan KIA di pusat – pusat pelayanan terutama di desa – desa sesuai dengan standar pelayanan minimum.
- f. Meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan KIA.
- g. Revitalisasi program KKB dengan memperkuat system kelembagaan BKKBN dan BKKBD.
- h. Menurunkan TFR menjadi 2,4 pada tahun 2014 yang diarahkan pada penurunan TFR kelompok usia muda (15 – 19 tahun).

Arah dan Strategi Kebijakan

Arah dan strategi kebijakan penurunan AKI, AKB dan AKABA di Indonesia adalah:

- a. **Pemerintah perlu meningkatkan anggaran program pembinaan pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi dan program pembinaan pelayanan kesehatan anak sebesar 6% dari total anggaran sektor kesehatan dalam APBN 2014.**

Saat ini dalam kebijakan anggaran kesehatan, program pembinaan pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi dan program pembinaan pelayanan kesehatan anak hanya mendapatkan anggaran sebesar Rp. 248 milyar atau sekitar 0,54 % dari total anggaran sektor kesehatan dalam APBN 2014. Angka ini sangat kecil bila dibandingkan dengan permasalahan yang dihadapi saat ini dengan melonjaknya AKI dan rendahnya penurunan AKB dan AKABA. Pemerintah perlu mengalokasikan anggaran 6 % dari total anggaran sektor kesehatan untuk intervensi program. Selama ini kebijakan anggaran untuk KIA lebih mengatasi persoalan hilir yang bersifat kuratif seperti ketersediaan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Tapi sedikit yang menyentuh persoalan hulu (preventif) seperti pencegahan terhadap hami di usia remaja, perbaikan gizi ibu hamil dan remaja serta program – program lain yang bersifat penyuluhan tentang kesehatan ibu dan reproduksi.

- b. **Memperkuat basis pelayanan KIA dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional.**

Pada Januari 2014, pemerintah memulai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN memberikan perlindungan bagi seluruh masyarakat Indonesia untuk mendapatkan pelayanan

kesehatan. Bagi masyarakat yang tidak mampu, pemerintah menanggung premi asuransi. Artinya, tidak ada masyarakat di Indonesia yang tidak bisa akses ke pelayanan kesehatan. Pemerintah perlu memperkuat basis pelayanan bagi KIA. Bila dulu Jaminan Persalinan (Jampersal) banyak ditemukan permasalahan maka dalam JKN nanti ini harus diperbaiki. Cakupan pelayanan ibu hamil, melahirkan dan pasca melahirkan harus ada dalam skema JKN. Begitu juga pelayanan kesehatan anak juga harus optimal dilakukan dalam JKN.

c. Revitalisasi program Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB) di Indonesia.

Kini saatnya pemerintah melakukan perbaikan dalam desain program KKB. Selama ini koordinasi kelembagaan dan tata kelola antara pusat-daerah lemah. Perlu ada perubahan dalam mekanisme tata kelola terhadap program KKB. BKKBD wajib ada di setiap propinsi dan kabupaten/kota karena inilah yang menjadi ujung tombak dalam pelaksanaan program KKB. Fungsi anggaran juga harus jelas dan memadai untuk mendukung program KKB. Selama ini, kebijakan KKB selalu terkendala dengan minimnya alokasi anggaran. Bukan hanya AKI yang akan tertangani atau karena fokus MDGs, hal ini merupakan bagian vital dalam desain pembangunan Indonesia ke depan.

d. Pemerintah pusat perlu mendorong setiap pemerintah daerah untuk membuat Rencana Aksi Daerah (RAD) Penurunan AKI, AKB dan AKABA.

RAD merupakan implementasi dari Rencana Aksi Nasional (RAN) Penurunan AKI, AKB dan AKABA yang dibuat pemerintah pusat untuk mempercepat penurunan AKI pasca kenaikan AKI dalam SDKI 2012. RAD sangat penting dalam implementasi RAN karena daerah merupakan ujung tombak terhadap penurunan AKI, AKB dan AKABA. RAD harus bisa diimplementasikan dalam agenda pembangunan kesehatan ibu dan anak di daerah. Agar lebih efektif maka setiap daerah perlu di dorong regulasi bisa berupa Peraturan Daerah, Peraturan Gubernur, Peraturan Walikota atau Peraturan Bupati yang penting ada payung hukumnya seperti yang dilakukan di Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Takalar dan Kabupaten Kupang. Pemerintah pusat dapat melakukan supervisi kepada daerah baik berupa program asistensi atau transfer anggaran ke daerah dalam rangka mempercepat penurunan AKI di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Arunathilake, I.M. 2012. Health Changes in Sri Lanka: Benefits of Primary Health Care and Public Health. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 24, 663-671.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2013. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012*. Jakarta: BKKBN.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2013. *Rencana Kerja Pemerintah (RKP) 2014*. Jakarta: Bappenas RI.
- Bhatta, P., et al. 2012. *Nepal Demographic and Health Survey 2011*. Kathmandu, Nepal, ICF International Calverton, Maryland, USA.
- Gemari. 2012. *ICPD Beyond 2014 Review in Indonesia*. Gemari Edisi 137/Tahun XIII/Juni 2012.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2001. *Rencana Strategis Nasional "Making Pregnancy Safer" di Indonesia 2001 – 2010*. Jakarta.
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. 2013. *Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN) 2014*. Jakarta: Kemenkeu RI.
- Pandey, J.P., Dhakal, M.R., Karki, S., Poudel, P. and Pradhan, M.S. 2013. *Maternal and Child Health in Nepal: The Effects of Caste, Ethnicity, and Regional Identity. Further analysis of the 2011 Nepal Demographic and Health Survey*, Kathmandu, Nepal, Population Division, Ministry of Health and Population, Government of Nepal.
- Prakarsa. 2013a. *Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak: Pembelajaran dari Nepal dan Sri Lanka*. Prakarsa Research Report.
- Prakarsa. 2013b. *Refleksi Upaya Pencapaian MDGs 4 dan 5 di Daerah menjelang 2015: Studi Kasus Kebijakan Penurunan Kematian Ibu dan Anak Baru Lahir di Kabupaten Pasuruan, Takalar dan Kupang*. Prakarsa Research Report.
- Saputra, Wiko. 2013a. *APBN Konstitusi Bidang Kesehatan dan Jaminan Sosial Kesehatan 2014*. Prakarsa Working Paper/Public Policy/01/2013.
- Saputra, Wiko. 2013b. *Angka Kematian Ibu (AKI) Melonjak, Indonesia Mundur 15 Tahun*. Prakarsa Policy Review/05/Okttober/2013.
- UNFPA. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta.
- World Health Organization (WHO). 2013. *Maternal Mortality Database in World*.