



Refleksi

Upaya Pencapaian

MDGs 4&5

di Daerah Menjelang

2015

Studi Kasus
Kebijakan Penurunan
Kematian Ibu & Anak
Baru Lahir
di Kabupaten
Pasuruan, Takalar
dan Kupang

Peneliti:

- Ah Maftuchan
- Dani Manu
- Hilmi Yumni
- Nur Kholifah
- Rosniaty Panguriseng

Editor: Victoria Fanggidae



PRAKARSA
Civil Society for a Better Indonesia

Refleksi Upaya Pencapaian MDGs 4&5 di Daerah Menjelang 2015

Studi Kasus
Kebijakan Penurunan
Kematian Ibu & Anak
Baru Lahir
di Kabupaten
Pasuruan, Takalar
dan Kupang

P e n e l i t i :

- Ah Maftuchan
 - Dani Manu
 - Hilmi Yumni
- Nur Kholifah
 - Rosniaty Panguriseng

Editor: Victoria Fanggidae

Desain Grafis: Morenk Beladro

Daftar Isi

| | |
|---------------------|----|
| Pengantar | 13 |
| Ringkasan Eksekutif | 15 |
| Daftar Isi | 5 |
| Daftar Tabel | 7 |
| Daftar Grafik | 8 |
| Daftar Kotak | 9 |
| Daftar Singkatan | 11 |

| | |
|-------------------------|----|
| Pendahuluan | 19 |
| Latar Belakang | 19 |
| Tujuan Penelitian | 20 |
| Pertanyaan Penelitian | 21 |
| Metodologi | 21 |
| Keterbatasan Penelitian | 24 |
| Struktur Laporan | 24 |

| | |
|--------------------------------------------|----|
| Studi Kasus Kabupaten Pasuruan | 25 |
| Profil Wilayah | 25 |
| Profil Kemiskinan | 26 |
| Profil Kesehatan | 29 |
| Profil Anggaran (Kesehatan) | 34 |
| Konteks Penyusunan dan Penetapan Kebijakan | 35 |
| Pelaksanaan Kebijakan | 36 |
| Pembiayaan | 41 |
| Monitoring dan Evaluasi | 42 |
| Dampak Kebijakan | 43 |
| Lesson Learned | 46 |
| Keberlanjutan | 48 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Studi Kasus Kabupaten Takalar | 51 |
| Profil Wilayah | 51 |
| Profil Kemiskinan | 52 |
| Profil Kesehatan | 55 |
| Profil Anggaran (Kesehatan) | 58 |

| | |
|--------------------------------------------|------------|
| Konteks Penyusunan dan Penetapan Kebijakan | 60 |
| Pelaksanaan Kebijakan | 63 |
| Pembiayaan | 65 |
| Monitoring dan Evaluasi | 65 |
| Dampak Kebijakan | 66 |
| Lesson Learned | 68 |
| Keberlanjutan | 71 |
| Studi Kasus Kabupaten Kupang | 73 |
| Profil Wilayah | 73 |
| Profil Kemiskinan | 74 |
| Profil Kesehatan | 76 |
| Profil Anggaran (Kesehatan) | 78 |
| Konteks Penyusunan dan Penetapan Kebijakan | 79 |
| Pelaksanaan Kebijakan | 83 |
| Pembiayaan | 85 |
| Monitoring dan Evaluasi | 87 |
| Dampak Kebijakan | 89 |
| Lesson Learned | 91 |
| Keberlanjutan | 93 |
| Analisis dan Sintesis | 97 |
| Aspek Wilayah dan Kependudukan | 97 |
| Aspek Kebijakan | 98 |
| Aspek Perubahan | 103 |
| Kesimpulan dan Rekomendasi | 107 |
| Referensi | 110 |

Daftar Tabel

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|
| Komponen Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Pasuruan dibanding Kab/kota dengan IPM terbaik dan terburuk di Jawa Timur, 2010 | Tabel 1. | 28 |
| Rasio Tenaga Kesehatan dan Jumlah Penduduk di Kabupaten Pasuruan, 2011 | Tabel 2. | 30 |
| Jumlah cakupan ibu hamil yang ditolong oleh tenaga kesehatan dalam proses persalinan (Tolinakes) di Kabupaten Pasuruan 2009-2011 | Tabel 3. | 31 |
| Jumlah cakupan ibu hamil risiko tinggi yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Kab. Pasuruan 2009-2011 | Tabel 4. | 32 |
| Data anggaran di Kabupaten Pasuruan 2011-2012 | Tabel 5. | 34 |
| Jumlah Cakupan ibu hamil K1 dan K4 di Kabupaten Pasuruan 2009-2011 | Tabel 6. | 45 |
| AKI/AKB di Puskesmas Ngempit dan Puskesmas Purwodadi 2010-2012 | Tabel 7. | 45 |
| Garis Kemiskinan, Presentase dan Jumlah Penduduk Miskin di Kabupaten Takalar, 2010 | Tabel 8. | 52 |
| Indeks Pembangunan Manusia kabupaten Takalar Berdasarkan Indikator, dibanding Kab/kota dengan IPM terbaik dan terburuk Sulsel, 2010 | Tabel 9. | 54 |
| Komponen Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kupang dibanding Kab/kota dengan IPM terbaik dan terburuk di NTT, 2010 | Tabel 10. | 76 |
| Rasio tenaga kesehatan Kabupaten Kupang, 2012 | Tabel 11. | 77 |
| Alokasi Dana Program KIA Tahun 2010 Kabupaten Kupang | Tabel 12. | 85 |
| Persentase K1 dan K4 Kab Kupang 2008-2011 | Tabel 13. | 89 |
| Perbandingan aspek wilayah, kualitas hidup, kemiskinan dan kependudukan di tiga kabupaten | Tabel 14. | 97 |
| Perbandingan beberapa aspek dari sisi kebijakan di tiga kabupaten | Tabel 15. | 99 |
| Perbandingan berbagai aspek perubahan di tiga kabupaten | Tabel 16. | 104 |



Daftar Grafik

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|
| Perkembangan Angka Kemiskinan di Kabupaten Pasuruan | Grafik 1. | 26 |
| Tingkat Kemiskinan menurut kabupaten/kota Jawa Timur, 2010 | Grafik 2. | 27 |
| Indeks Pembangunan Manusia menurut Kab/Kota di Jatim, 2010 | Grafik 3. | 29 |
| Angka kematian Ibu Melahirkan 2009-2011 | Grafik 4. | 33 |
| Jumlah anggaran belanja KIBLA Kab.Pasuruan 2009-2010 | Grafik 5. | 41 |
| Tingkat kemiskinan menurut kabupaten/kota di Sulsel 2010 | Grafik 6. | 53 |
| Indeks Pembangunan Manusia menurut Kab/Kota di Sulsel, 2010 | Grafik 7. | 54 |
| Jumlah dan Persentase K1 -K4 di Kabupaten Takalar 2008-2012 | Grafik 8. | 56 |
| Jumlah Belanja Tidak Langsung dan Langsung Pada APBD Kabupaten Takalar 2009-2012 | Grafik 9. | 58 |
| Total Belanja Dinas Kesehatan dan Persentasenya Terhadap Total Belanja APBD Kabupaten Takalar 2011 dan 2012 | Grafik 10. | 59 |
| Tingkat Kemiskinan menurut kabupaten/kota NTT, 2010 | Grafik 11. | 75 |
| Distribusi Realisasi Pendapatan Daerah kabupaten Kupang (%), 2011 | Grafik 12. | 79 |
| Jumlah Kematian Bayi, Balita dan Ibu di Kabupaten Kupang 2010-2011 | Grafik 13. | 90 |

Daftar Kotak

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------|----|
| Peran aktif kader kesehatan di Ngempit dan Purwodadi | Kotak 1. | 39 |
| Dana <i>jimpitan</i> dan partisipasi masyarakat dalam program KIBBLA | Kotak 2. | 48 |
| Ibu Misma dan pengawalan Perda KBD | Kotak 3. | 70 |
| Inovasi di Puskesmas Nekamese | Kotak 4. | 86 |
| Tetap berupaya walau dana minim | Kotak 5. | 95 |



Daftar Singkatan

AIPMNH: Australian-Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health
AKB: Angka Kematian Bayi
AKI: Angka Kematian Ibu
AKABA: Angka Kematian Balita
AMP: Audit Maternal Perinatal
APBD: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
Bappeda: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BBLR: Bayi Berat Badan Lahir Rendah
BKKBN: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPS: Badan Pusat Statistik
Dasolin: Dana Sosial Bersalin
DPKD: Dinas Pengelolaan Keuangan Daerah
DPRD: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DTPS: District Team Problem Solving
FGD: Focus Group Discussion
GSI: Gerakan Sayang Ibu
HSP USAID: Health Services Program United States Agency for International Development
IBI: Ikatan Bidan Indonesia
IDI: Ikatan Dokter Indonesia
IPKM: Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat
IPM: Indeks Pembangunan Manusia
KBD: Kemitraan Bidan dan Dukun
KIA: Kesehatan Ibu dan Anak
KIBBLA: Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir
LPK NU: Lembaga Pelayanan Kesehatan Nahdhatul Ulama
LSM: Lembaga Swadaya Masyarakat
MDGs: *Millenium Development Goals*
MoU: Memorandum of Understanding
MPS: Make Pregnancy Saver
MTBS: Manajemen Terpadu Balita Sakit
Musrenbang: Musyawaran Perencanaan Pembangunan



Musrenbangkab: Musyawaran Perencanaan Pembangunan Kabupaten
Musrenbangprov: Musyawaran Perencanaan Pembangunan Provinsi
NTT: Nusa Tenggara Timur
NU: Nahdhatul Ulama
PAD: Pendapatan Asli daerah
Perbup: Peraturan Bupati
Perda: Peraturan Daerah
Perdes: Peraturan Desa
PKK: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
Pokja: Kelompok Kerja
PPSDMK: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
PSG: Pemantauan Status Gizi
RSUD: Rumah Sakit Umum Daerah
SDKI: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
Tabulin: Tabungan Bersalin
TNP2K: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
UNICEF: The United Nations Children's Fund
WHO: World Health Organization

PENGANTAR

Bagi Indonesia, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Balita dan Bayi termasuk tantangan paling berat untuk mencapai MDGs (*Millennium Development Goals*). Di beberapa daerah, upaya-upaya inovasi dalam menekan jumlah kematian ibu hamil/melahirkan dan anak baru lahir telah menuai 'kemenangan-kemenangan kecil'. Namun tantangan terbesar bagi Indonesia saat ini adalah bagaimana mengupayakan agar inovasi-inovasi tersebut dapat direplikasi dan diperluas (*scaling up*) sehingga dampaknya menjadi lebih signifikan terhadap penurunan Angka Kematian Ibu dan Anak pada level nasional. Payung kebijakan dan sistem kesehatan yang baik berdasarkan pengalaman terbukti (*good practices*), serta kemauan politik dari pemerintah daerah dan pusat untuk implemensi merupakan salah satu kunci terpenting.

Penelitian ini merupakan upaya menggali *good practices* penurunan angka kematian ibu hamil dan kematian balita dan bayi di Kabupaten Pasuruan, Kupang dan Takalar. Selain menggali faktor-faktor apa saja sehingga bisa menuai keberhasilan, juga ditelusuri pula hambatan dan tantangan implementasi kebijakan-kebijakan di ketiga kabupaten tersebut. Diharapkan dari temuan-temuan yang ada, hal ini bisa menjadi inspirasi kebijakan pada tingkat nasional ataupun daerah-daerah lain yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan tempat studi.

Ketiga kabupaten tersebut kami pilih atas pertimbangan : (i) Kabupaten Pasuruan mendapatkan *Millennium Development Goals* (MDGs) Award tahun 2012 karena prestasinya dalam hal penurunan kematian ibu dan anak serta pengurangan angka kurang gizi balita, (ii) Inovasi Pemerintah Provinsi NTT telah mencanangkan program Revolusi KIA sejak tahun 2009, dengan alasan bahwa angka kematian ibu NTT pada saat itu yaitu 554 per 100.000 KH jauh di atas angka kematian ibu nasional yaitu 307 per 100.000 KH (SDKI 2003), (iii) Keberhasilan Kabupaten Takalar dalam menekan angka kematian ibu. Pada tahun 2007, rasio angka kematian ibu di Kabupaten Takalar yaitu 56 per 100.000 KH sedangkan pada tahun 2008 menurun menjadi 18 per 100.000 KH.

Penelitian ini dapat dilakukan berkat support dari EED (*Evangelischer Entwicklungsdienst*) Jerman dan atas kerja keras dari tim peneliti sehingga dapat terlaksana, tentu saja kami sangat mengapresiasi atas dukungan ini. Tentu saja kami sadar tidak ada sesuatu yang sempurna dan kami dengan terbuka menerima saran dan kritik yang membangun mengenai hasil penelitian. Akhirnya, selamat membaca, semoga hasil penelitian ini bermanfaat dan menjadi rujukan bagi daerah lain ataupun pada level nasional yang juga sedang berupaya untuk mempercepat pencapaian target MDGs pada tahun 2015.

Jakarta, Agustus 2013

Salam hormat,

Setyo Budiantoro

Direktur Eksekutif Perkumpulan Prakarsa

Pelajaran berharga yang dapat kita petik dari studi di tiga daerah ini antara lain: pertama, **pelibatan seluruh pemangku kebijakan dan masyarakat dalam perumusan regulasi dan program. Ini sangat krusial dan menentukan berhasil-tidaknya program. Partisipasi yang ada tidak dapat lagi sekadar formalitas, namun harus lebih substantif;** Kedua, **nilai-nilai kultural dan keagamaan harus dimasukkan dalam proses penyusunan regulasi dan pelaksanaan program. Sehingga, program tidak bertentangan dengan nilai-nilai lokal yang berlaku. Ini dapat mendorong program dimiliki oleh semua golongan, berkelanjutan dan living di tengah masyarakat.**

Ringkasan Eksekutif

Angka Kematian Ibu, Bayi dan Balita di Indonesia masih cukup tinggi dan merupakan salah satu masalah utama kesehatan. Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menunjukkan AKI masih 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 34 per 100.000 kelahiran hidup dan AKABA 44 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan target Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals*) 2015, penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian bayi (AKB) 23 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita (AKABA) 32 per 100.000 kelahiran hidup. Kondisi yang ada masih jauh dari target yang ditetapkan.

Desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia memiliki dampak baik sekaligus buruk pada pembangunan kesehatan, khususnya pada program penurunan AKI, AKB dan AKABA. Desentralisasi memungkinkan provinsi dan kabupaten/kota membuat program pembangunan kesehatan yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan setempat. Beberapa kabupaten di Indonesia telah memiliki regulasi daerah yang spesifik mengatur tentang penurunan AKI, AKB dan AKABA, 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. Sedangkan Kabupaten Takalar berupaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi 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 No 16 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelayanan Kesehatan untuk Ibu dan Anak, namun masih jauh dari target penurunan yang disasar.

Oleh karena itu, perlu studi untuk mempelajari secara lebih mendalam bagaimana kebijakan daerah tentang penurunan angka kematian ibu dan anak di daerah diimplementasikan. Apa saja yang mendorong keberhasilan tersebut dan apa hambatan serta tantangan-tantangan yang dihadapi dalam mengimplementasikan kebijakan tersebut? Studi di tiga daerah di atas menghasilkan beberapa temuan penting sebagai berikut:

Pertama, inovasi kebijakan sangat terbuka untuk dilakukan pemerintah daerah di era desentralisasi sekarang ini. Inovasi itu terlihat dari adanya regulasi yang spesifik tentang KIA di tiga kabupaten terkaji; Perda Nomor 2 Tahun 2009 tentang KIBBLA di Pasuruan, Perbup Nomor 16 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelayanan KIA di Kupang dan Perda Nomor 02 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD) di Takalar. Regulasi tersebut sangat mempengaruhi keberhasilan pemerintah daerah dalam akselerasi penurunan angka kematian ibu, anak dan balita. Di sisi lain, regulasi daerah juga dapat memperkuat regulasi nasional yang ada.

Keberhasilan adanya regulasi daerah terlihat dari menurunnya AKI di Pasuruan dari 108,98 (2010) menjadi 96,34 (2011), di Takalar bahkan dari 17,79 (2008) menjadi 0 dari 2009-2012, sedangkan Kupang relatif lambat karena hanya menurun dari 14 menjadi 13 kematian pada tahun 2011. Selain itu, ada peningkatan cakupan pemeriksaan kehamilan dan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan, ada sinergi antar aktor bidang kesehatan khususnya antar bidan dengan dukun, munculnya perubahan perilaku yang diamati pada tingkatan masyarakat, dan lain-lain. Secara khusus, dalam kaitan dengan kemitraan bidan-dukun, Kementerian Kesehatan RI menempatkan Kabupaten Takalar sebagai salah satu contoh daerah paling sukses untuk keberhasilan KBD di Indonesia. Sedangkan Kabupaten Pasuruan mendapat MDGs Award kategori KIBBLA dari Kantor Utusan Khusus Presiden RI Bidang MDGs.

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 oleh semua kelompok. Kepemilikan masyarakat atas program menjadi tinggi sehingga warga selain sebagai penerima manfaat juga dapat berperan sebagai aktor pembangunan. Akhirnya, isu kesehatan tidak hanya didekati dari sisi teknis saja, tapi juga dari sisi keagamaan dan kultural, misalnya nilai-nilai kegotongroyongan, *sipakatau sipakainge* (penghargaan) antar bidan dengan dukun, dan lainnya. Dengan demikian program menjadi *living* di tengah masyarakat sehingga keberlanjutannya dapat diharapkan;

Ketiga, alokasi anggaran untuk program KIA. Untuk menguji tingkat keseriusan dan komitmen pemerintah daerah, hal yang paling mudah

dilihat adalah dengan melihat alokasi anggarannya. Tiga kabupaten terstudi mempunyai perbedaan besaran anggaran yang dialokasi untuk program KIA. Pasuruan menempati angka tertinggi, alokasi bidang kesehatan sudah mencapai 10% dari total APBD-nya, Takalar alokasi untuk Dinkes-nya hanya 4% (2011) dan 5% (2012) sedangkan Kupang 7,9% dari total APBD-nya untuk bidang kesehatan. Dari tiga daerah ini, semuanya belum menjalankan amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengamanatkan kepada pemerintah daerah/kota mengalokasikan minimal 10% dari total APBD-nya di luar gaji untuk pembiayaan kesehatan. Sebab, daerah masih sangat tergantung dengan pemerintah pusat dalam hal pembiayaan sehingga sulit menjalankan amanat tersebut. Namun, dengan partisipasi aktif masyarakat, capaian program KIA-nya relatif meningkat;

Keempat, selain partisipasi aktif masyarakat yang bergotong royong dalam menjalankan program KIA (*jimpitan*, arisan, dan lain-lain), peran lembaga donor juga sangat menentukan keberhasilan program KIA terutama terkait dengan peningkatan kapasitas atau pengetahuan bidan, dukun, dan petugas kesehatan lainnya. Peran lembaga donor sangat sentral dalam memberikan bantuan teknis (studi dan *legal drafting*) dalam penyusunan regulasi daerah, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, memerankan peran penghubung antar aktor dan sosialisasi ke masyarakat.

Sedangkan hambatan yang muncul dalam upaya melakukan inovasi program KIA antara lain: (i) faktor kultural, masih kuatnya budaya atau tradisi masyarakat dalam memposisikan bidan dan dukun. Bidan karena relatif masih muda usianya, selalu dianggap tidak berpengalaman. Sedangkan dukun yang sudah relatif tua, mendapatkan kepercayaan yang lebih dari masyarakat dalam proses persalinan; (ii) faktor pembiayaan, semua daerah masih sangat tergantung dengan sumber pembiayaan dari pemerintah pusat dan provinsi sehingga ruang fiskal yang ada sangat sempit. Minimnya pembiayaan tentu mempengaruhi akselerasi dan inovasi yang akan dilakukan daerah; (iii) ada kecenderungan munculnya ketergantungan dengan lembaga donor, terutama di Kupang. Ini akan menyulitkan keberlanjutan program KIA sebab lembaga donor mempunyai keterbatasan dari sisi waktu dan biaya.

Pelajaran berharga yang dapat kita petik dari studi di tiga daerah ini antara lain: *pertama*, pelibatan seluruh pemangku kebijakan dan masyarakat dalam perumusan regulasi dan program. Ini sangat krusial dan menentukan berhasil-tidaknya program. Partisipasi yang ada tidak dapat lagi sekadar formalitas, namun harus lebih substantif; *Kedua*, nilai-nilai kultural dan keagamaan harus dimasukkan dalam proses penyusunan regulasi dan pelaksanaan program. Sehingga, program tidak bertentangan dengan nilai-nilai lokal yang berlaku. Ini dapat mendorong program dimiliki oleh semua golongan, berkelanjutan dan *living* di tengah masyarakat.

Desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia memiliki dampak baik sekaligus buruk pada pembangunan kesehatan, khususnya pada program penurunan AKI, AKB dan AKABA. Desentralisasi memungkinkan provinsi dan kabupaten/kota membuat program pembangunan kesehatan yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan setempat. Tetapi desentralisasi juga memungkinkan pemerintah daerah untuk melakukan program pembangunan kesehatan yang kurang sesuai dengan kebijakan pembangunan kesehatan nasional, sehingga pencapaian outcome kesehatan secara nasional tidak merata dan bahkan di beberapa daerah menjadi lebih buruk dari pada saat sistem pemerintahan masih bersifat sentralistik.

Pendahuluan

1. Latar belakang

Angka Kematian Ibu, Bayi dan Balita di Indonesia masih cukup tinggi dan merupakan salah satu masalah utama kesehatan. Menurut Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals*) 2015, target Indonesia terkait penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian bayi (AKB) 23 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita (AKABA) 32 per 100.000 kelahiran hidup. Informasi terakhir dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menunjukkan AKI masih 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 34 per 100.000 kelahiran hidup dan AKABA 44 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) dan AKABA dalam 5 tahun terakhir menunjukkan tren penurunan, namun tren AKI diperkirakan tidak akan dapat mencapai target MDGs.

Desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia memiliki dampak baik sekaligus buruk pada pembangunan kesehatan, khususnya pada program penurunan AKI, AKB dan AKABA. Desentralisasi memungkinkan provinsi dan kabupaten/kota membuat program pembangunan kesehatan yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan setempat. Tetapi desentralisasi juga memungkinkan pemerintah daerah untuk melakukan program pembangunan kesehatan yang kurang sesuai dengan kebijakan pembangunan kesehatan nasional, sehingga pencapaian *outcome* kesehatan secara nasional tidak merata dan bahkan di beberapa daerah menjadi lebih buruk dari pada saat sistem pemerintahan masih bersifat sentralistik.

Beberapa kabupaten di Indonesia telah memiliki regulasi daerah yang spesifik mengatur tentang penurunan AKI, AKB dan AKABA, 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. Sedangkan Kabupaten Takalar berupaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi 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 No 16 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelayanan Kesehatan untuk Ibu dan Anak, namun masih jauh dari target penurunan yang disasar.

Upaya penurunan Angka Kematian Ibu, Bayi dan Balita di beberapa kabupaten ini menunjukkan adanya inovasi kebijakan daerah di bidang kesehatan. Pada tiap-tiap kebijakan yang ditelurkan, tentu ada yang berhasil, namun ada juga yang kurang berhasil serta harus menghadapi tantangan serius dalam meningkatkan *outcome* kesehatan penduduk di wilayah tersebut. Oleh karena itu, studi ini dilakukan untuk mempelajari secara lebih mendalam bagaimana kebijakan daerah tentang penurunan angka kematian ibu dan anak di Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Takalar dan Kabupaten Kupang diimplementasikan. Apa saja yang mendorong keberhasilan tersebut dan apa hambatan serta tantangan-tantangan yang dihadapi dalam mengimplementasikan kebijakan tersebut? Studi ini kami pandang penting agar menghasilkan catatan-catatan pembelajaran (*lessons learned*) yang nantinya dapat menjadi rujukan bagi daerah lain di Indonesia yang juga sedang berupaya untuk mempercepat pencapaian target MDGs pada tahun 2015.

2. Tujuan penelitian

Tujuan umum:

- Mengkaji implementasi kebijakan-kebijakan daerah yang bertujuan mempercepat penurunan angka kematian ibu hamil dan melahirkan;
- Membandingkan faktor-faktor yang menyebabkan keberhasilan dan hambatan dalam implementasi kebijakan-kebijakan daerah yang bertujuan mempercepat penurunan angka kematian ibu hamil dan melahirkan di tiga kabupaten sasaran studi.

Tujuan khusus:

- Mengkaji keberhasilan dan hambatan dalam melakukan implementasi Perda No 2 Tahun 2009 tentang KIBBLA dan regulasi lainnya yang terkait isu KIBBLA di Kabupaten Pasuruan;
- Mengkaji keberhasilan dan hambatan dalam melakukan implementasi Perda No 2 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD) di Kabupaten Takalar;
- Mengkaji kebijakan dan hambatan dalam melakukan implementasi Perbup No 16 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelayanan Kesehatan untuk Ibu dan Anak di Kabupaten Kupang.

Desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia memiliki dampak baik sekaligus buruk pada pembangunan kesehatan, khususnya pada program penurunan AKI, AKB dan AKABA. Desentralisasi memungkinkan provinsi dan kabupaten/kota membuat program pembangunan kesehatan yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan setempat.

3. Pertanyaan penelitian

Pertanyaan penelitian yang diajukan adalah:

- Apakah faktor-faktor yang menyebabkan Perda No 2 Tahun 2009 tentang KIBBLA dan regulasi lainnya yang terkait isu KIBBLA sukses menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Kabupaten Pasuruan?
- Apakah faktor-faktor yang menyebabkan Perda No 2 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun sukses menurunkan angka kematian ibu dalam tiga tahun berturut-turut di Kabupaten Takalar?
- Apakah yang menyebabkan Perbup No 16 Tahun 2010 mengenai Percepatan Pelayanan Kesehatan untuk Ibu dan Anak masih menghadapi hambatan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Kupang?

4. Metodologi

Pendekatan dan metode penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara semi-terstruktur untuk informan kunci yang terlibat dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan-kebijakan daerah yang dikaji. Selain itu peneliti juga melakukan pengamatan langsung (observasi) dan mendokumentasikannya dalam bentuk foto. *Focus Group Discussion* (FGD) juga dilakukan untuk kelompok-kelompok responden baik berdasarkan kelompok profesi maupun wilayah kerja, dan dilaksanakan jika ada kebutuhan untuk mendapatkan informasi kelompok untuk suatu isu tertentu dan mendapatkan pandangan dari berbagai perspektif. Pengkajian dokumen terkait dilakukan terhadap data-data seperti profil wilayah, kebijakan umum wilayah dan dokumen kebijakan itu sendiri.

Pengembangan instrumen

Instrumen penelitian berupa panduan wawancara dikembangkan berdasarkan pertanyaan penelitian terstruktur. Untuk mengembangkan panduan wawancara, pertama-tama peneliti menggunakan alat bantu siklus kebijakan publik, yang dimulai dari *agenda setting* (penetapan agenda kebijakan), penyusunan dan adopsi kebijakan, pelaksanaan kebijakan sampai dengan monitoring dan evaluasi.

Setelah itu, dibuat suatu instrumen '*template*' untuk menggali secara umum tentang kebijakan penurunan AKI. Dari '*template*' ini kemudian diturunkan menjadi lebih spesifik setelah didapat data sekunder berupa dokumen

kebijakan dan program di daerah-daerah yang bersangkutan, dan kemudian didetailkan lagi sesuai dengan informasi spesifik yang digali dari setiap responden.

Pemilihan wilayah dan responden

Tiga kabupaten dipilih secara purposif berdasarkan *expert judgement*, pantauan media dan representasi kewilayahan Indonesia bagian barat (Pulau Jawa), tengah (Pulau Sulawesi) dan timur (Pulau Timor). Selain pertimbangan wilayah geografis dan kultur yang berbeda, untuk dilakukan komparasi, pemilihan kabupaten juga dilakukan dengan alasan latar belakang jaringan peneliti lokal di daerah yang dimiliki oleh Prakarsa. Hal tersebut dijadikan pertimbangan, selain untuk memudahkan secara logistik juga memudahkan dalam mengakses pembuat dan pelaksana kebijakan serta mengurangi waktu untuk membangun *rapport* dengan mereka.

Sedangkan pemilihan responden di masing-masing daerah didasarkan atas relevansi yang bersangkutan dengan kebijakan dan program. Jumlah responden di seluruh wilayah studi adalah 43 orang. Pemilihan responden kunci dilakukan secara purposif di ketiga kabupaten, terutama untuk pengambil kebijakan tingkat kabupaten baik pihak eksekutif maupun legislatif. Di masing-masing kabupaten dipilih dua puskesmas sebagai satuan organisasi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama kepada perorangan dan masyarakat, Puskesmas juga berperan sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) bidang kesehatan di tiap-tiap kabupaten/kota. Sehingga, posisi dan peran Puskesmas sangat strategis dalam pembangunan kesehatan.

Di Kabupaten Pasuruan, pemilihan puskesmas yang dikaji direkomendasikan oleh Dinas Kesehatan kabupaten setempat. Di Kabupaten Takalar, puskesmas dipilih berdasarkan statusnya sebagai puskesmas percontohan dan non-percontohan, sedangkan di Kabupaten Kupang dipilih berdasarkan rekomendasi dan hasil diskusi dengan Dinas Kesehatan kabupaten setempat dan pemberi dana internasional yang memiliki data yang lebih lengkap. Kepala Puskesmas kemudian memilih responden berikutnya (bidan, dukun, kader dan aktifis LSM) dalam wilayahnya dengan menggunakan metode *snow-ball*.

Proses pengumpulan data

Di Kabupaten Pasuruan, pengumpulan data dilakukan dari Februari sampai April 2013, dengan total responden sebanyak 16 orang (lihat Lampiran X). Penelitian lapangan tertunda karena membutuhkan waktu 5 pekan untuk mengurus perizinan ke bagian Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat (Kesbangpol Linmas) baik di Kementerian Dalam Negeri maupun di Pemkab Pasuruan. Selain itu, jadwal penelitian juga bertepatan dengan pelaksanaan kegiatan perencanaan pembangunan kabupaten

(Musrenbangkab) dan kunjungan Dinas Kesehatan ke luar kota sehingga harus dijadwal ulang beberapa kali untuk melakukan wawancara. Sedangkan responden dari kalangan DPRD, karena sulit menentukan jadwal wawancara langsung, maka wawancara dilakukan tertulis dan jawaban pertanyaan dikirim melalui *e-mail*. Sehingga ada kesulitan dalam melakukan penggalian (*probing*) jawaban tertulis tersebut. Peneliti harus bersusah payah dalam mendapatkan dokumen-dokumen (data sekunder) dari kantor-kantor pemerintah sehingga peneliti harus mencari data dari sumber lain untuk melengkapinya. *Focus Group Discussion* (FGD) dilakukan peneliti bersama kelompok kader dan bidan di masing-masing puskesmas.

Tim peneliti di Kabupaten Takalar melakukan identifikasi informan kunci dan pengumpulan data sekunder pada minggu kedua Februari 2013. Pengumpulan data primer di lapangan berlangsung sejak minggu ketiga Februari sampai minggu ketiga April 2013, dengan total responden sebanyak 14 orang. Karena pernah memfasilitasi penyusunan Analisis Situasi Ibu dan Anak (ASIA) di Sulawesi Selatan, peneliti di Takalar lebih mudah membangun kontak dengan responden kunci dan tidak membutuhkan izin penelitian. Seperti di Kabupaten Pasuruan, kesulitan yang dialami ialah dalam penetapan jadwal wawancara karena kesibukan proses Musrenbangkab dan Musrenbangprov, serta padatnya kegiatan responden lainnya pada bulan Maret-April 2013. Tokoh kunci yaitu Bupati Takalar tidak bisa diwawancarai karena sedang mengikuti kegiatan Lemhanas selama sebulan. Di Kabupaten Takalar tidak dilakukan FGD karena tim peneliti mempertimbangkan tidak adanya kebutuhan untuk mendapatkan informasi kelompok.

Di Kabupaten Kupang, proses penelitian dimulai sejak minggu kedua Februari 2013 dengan melakukan diskusi informal dengan AIPMNH (*Australian-Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health*) Provinsi NTT dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang untuk menentukan responden (baik Puskesmas maupun individu). Data sekunder kebanyakan diperoleh dari AIPMNH karena mempunyai sistem pendataan dan pelaporan kesehatan ibu dan anak yang lebih teratur dan lengkap. Proses wawancara dilakukan sejak minggu pertama sampai minggu keempat April 2013 dengan total responden sebanyak 13 orang. Bupati tidak dapat diwawancarai karena kesibukannya dan juga karena informasi yang dibutuhkan sudah didapatkan dari Dinkes dan Bappeda. Di Kabupaten Kupang, karena rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan, peneliti dapat melakukan penelitian tanpa memerlukan perizinan dan tidak berhadapan dengan birokrasi yang rumit. Beberapa responden seperti anggota DPRD dan pejabat Bappeda setempat juga kooperatif karena sudah terbiasa dengan kegiatan penelitian dan advokasi oleh LSM. Kendala yang dihadapi di Kupang adalah mencocokkan jadwal wawancara dengan responden. *Focus Group Discussion* (FGD) dilakukan dengan kelompok bidan, kader dan ibu hamil di masing-masing puskesmas.

Analisis data

Data hasil wawancara kemudian di-transkripsi menjadi file dokumen dan dikelompokkan menurut kelompok pertanyaan-pertanyaan dalam panduan wawancara. Dari matriks hasil wawancara dan FGD lalu diambil tema-tema yang sering muncul dan berulang, kemudian dikategori ulang menurut kategorisasi yang baru, tanpa memperhatikan wilayah. Dari sini dihasilkan sintesis hasil penelitian untuk keseluruhan wilayah. Sedangkan untuk studi kasus di tiap wilayah dilakukan dengan cara yang lebih bersifat deskriptif berdasarkan hasil wawancara dan FGD.

5. Keterbatasan penelitian

- Studi ini bukan merupakan *content analysis* atau *legal review* atas isi Perda atau Perbup, namun kajian lebih fokus pada proses penyusunan dan pelaksanaan kebijakan serta bagaimana pembuat kebijakan sampai pelaksana kebijakan berperan.
- Analisis anggaran untuk pembiayaan kebijakan dan program tidak bisa dilakukan secara mendalam karena data anggaran yang konsisten sulit didapatkan di hampir semua daerah. Oleh karena itu anggaran untuk kebijakan hanya dibahas secara garis besar saja.
- Analisis atas *tren* perubahan indikator kesehatan ibu dan anak di suatu daerah sulit dilakukan, begitu juga perbandingan *tren* antar wilayah studi pada periode yang sama, karena data sekunder yang konsisten sulit didapatkan dari ketiga daerah studi. Selain pengumpulan data oleh pemerintah masih belum sistematis dan tersedia untuk publik, juga karena petugas di beberapa dinas dan lembaga eksekutif kurang kooperatif memberikan data. Data tentang anggaran termasuk yang paling sulit didapatkan.

6. Struktur laporan

Laporan disusun dengan struktur sebagai berikut: bagian pertama merupakan bagian pendahuluan yang menjelaskan latar belakang, tujuan serta metodologi penelitian. Tiga bagian berikutnya merupakan deskripsi studi kasus di Kabupaten Pasuruan, Takalar dan Kupang. Bagian keempat merupakan analisis dan sintesis hasil penelitian, yaitu *lessons learned* di ketiga daerah penelitian, sedangkan bagian terakhir ditutup dengan kesimpulan dan saran.

Studi Kasus 1

Kabupaten Pasuruan

“Bukan sekedar program pemerintah, penurunan kematian ibu dan anak di Pasuruan adalah agenda penting masyarakat”

Profil Wilayah

25

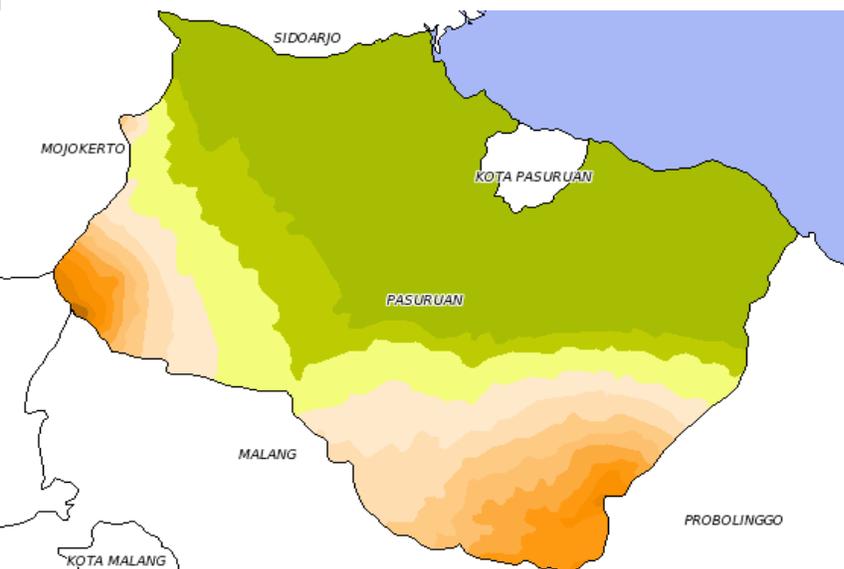
Kabupaten Pasuruan terletak di bagian utara Provinsi Jawa Timur, dan berbatasan dengan Kabupaten Sidoarjo dan Selat Madura di sebelah utara, Kabupaten Probolinggo di sebelah timur, Kabupaten Malang di sebelah selatan dan Kabupaten Mojokerto di sebelah barat. Luas wilayah Kabupaten Pasuruan adalah 1.471,3 km² dan terbagi menjadi 24 kecamatan dan 365 desa/kelurahan.

Kabupaten ini memiliki salah satu kawasan industri utama di Jawa Timur yaitu *Pasuruan Industrial Estate Rembang* (PIER). Kabupaten Pasuruan juga memiliki beberapa tempat tujuan wisata yang jaraknya relatif terjangkau dari Surabaya, seperti Taman Safari Indonesia di Prigen, Kebun Raya Purwodadi dan Gunung Bromo.

Penduduk Kabupaten Pasuruan berjumlah 1.527.883 jiwa (757.180 laki-laki dan 770.703 perempuan) dengan kepadatan penduduk 1.026,5 jiwa/km. Jumlah perempuan usia subur 15-49 tahun berjumlah 436.042 jiwa, ibu hamil berjumlah 25.952 jiwa dan ibu nifas berjumlah 23.829 jiwa (BPS

Kabupaten Pasuruan, 2011).

Walaupun industri adalah urat nadi ekonomi Pasuruan, sebagian besar penduduk Pasuruan masih hidup dari sektor pertanian (34%), diikuti dengan industri pengolahan (25%), perdagangan, hotel dan restoran (18%), jasa



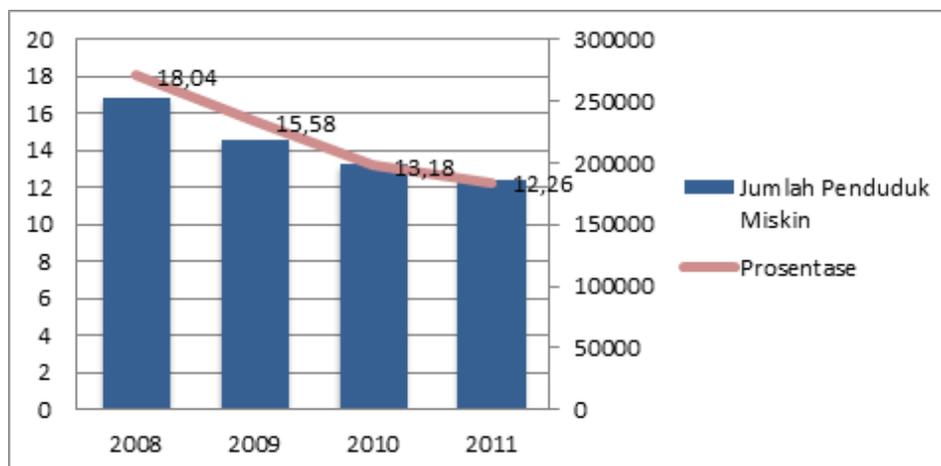
(11%) dan lain-lain. Hampir 7% penduduk kabupaten ini bekerja di sektor pengangkutan dan telekomunikasi karena lokasinya yang dekat dengan dua kota terbesar di Jawa Timur yaitu Surabaya dan Malang.

Profil Kemiskinan

Sebagaimana daerah lain di Indonesia, penduduk miskin di Kabupaten Pasuruan juga terkonsentrasi di sektor pertanian. Lebih dari sepertiga penduduk miskin di Kabupaten Pasuruan adalah petani, sedangkan buruh tani dan buruh nelayan menyumbang hampir sepertiga dari seluruh penduduk miskin, diikuti oleh kelompok pedagang kecil. Dengan demikian, lebih dari dua pertiga penduduk miskin menggantungkan hidupnya pada sektor pertanian dan perikanan.

Kabar baiknya, angka kemiskinan di Kabupaten Pasuruan terus mengalami penurunan dari 18,04% pada tahun 2008 menjadi 12,26% pada tahun 2011.

Grafik 1.
Perkembangan Angka Kemiskinan di Kabupaten Pasuruan

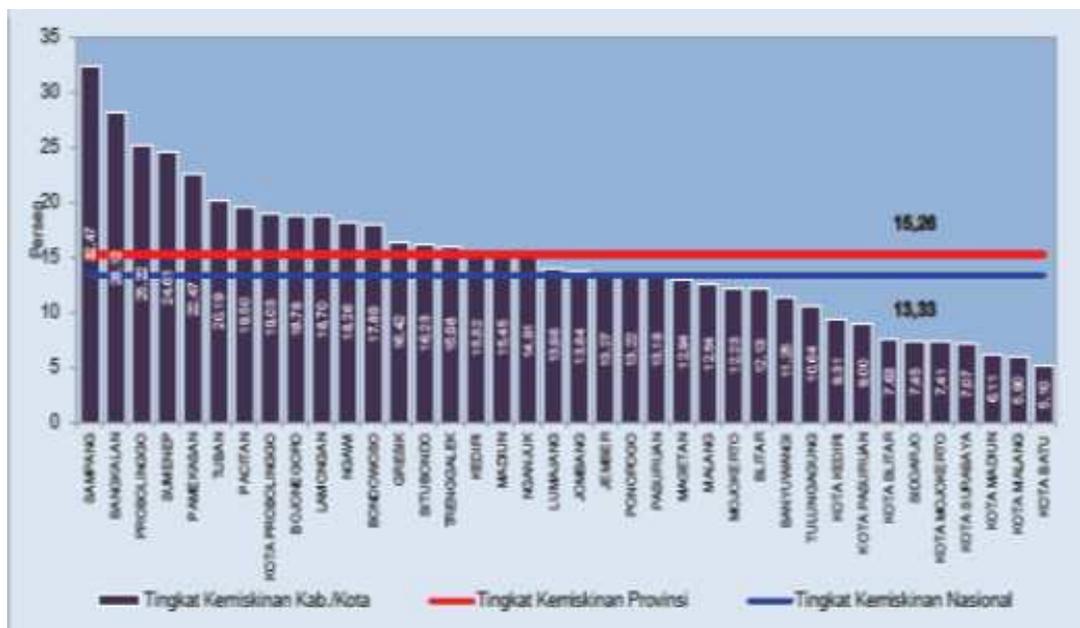


Sumber: BPS Kab Pasuruan, 2011

Dibandingkan dengan kabupaten/kota lain di Jawa Timur, Kabupaten Pasuruan bukan termasuk daerah miskin secara ekonomi (urutan ke-16 terbaik dari 38

kabupaten/kota di Jatim). Bahkan secara rata-rata provinsi, tingkat kemiskinan di Kabupaten Pasuruan masih di atas rata-rata Jawa Timur (13,18% dibanding 15,26%) walaupun hanya sedikit di atas rata-rata nasional (13,33%).

Grafik 2.
Tingkat Kemiskinan menurut kabupaten/kota Jawa Timur, 2010



Sumber: TNP2K (2011)

Berdasarkan situasi kesejahteraan masyarakat Kabupaten Pasuruan, indikator kesejahteraan seperti angka harapan hidup, pendidikan, ekonomi, kesehatan dan sebagainya, cukup bervariasi jika dibandingkan dengan rata-rata Jawa Timur dan nasional. Misalnya, angka melek huruf Kabupaten Pasuruan masih diatas rata-rata Provinsi Jawa Timur namun masih di bawah rata-rata nasional. Namun untuk indikator seperti rata-rata lama sekolah, cukup jauh di bawah rata-rata nasional (lihat Tabel 1).

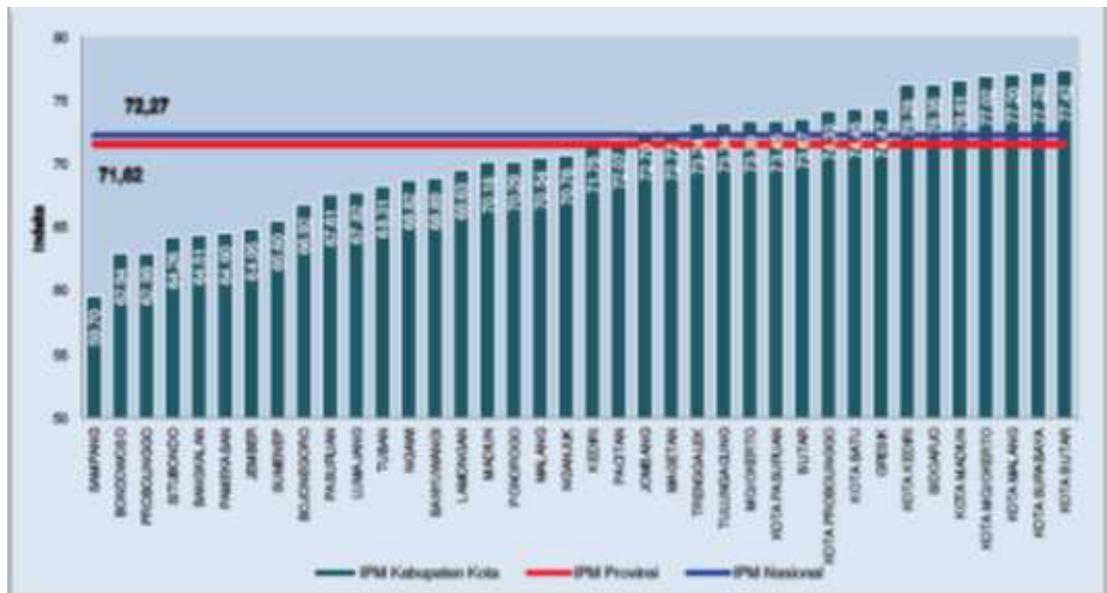
Tabel 1.
Komponen Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Pasuruan
dibanding Kab/kota dengan IPM terbaik dan terburuk
di Jawa Timur, 2010

| KABUPATEN/ KOTA | Angka Harapan Hidup (tahun) | Angka melek huruf (%) | Rata-rata lama sekolah (tahun) | Pengeluaran per kapita (ribu rupiah PP) | IPM |
|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
| Sampang | 63,00 | 66,03 | 3,95 | 632,47 | 59,70 |
| Pasuruan | 64,01 | 89,99 | 6,34 | 635,84 | 67,61 |
| Kota Blitar | 72,23 | 97,24 | 9,72 | 650,38 | 77,42 |
| JAWA TIMUR | 69,60 | 88,34 | 7,24 | 643,60 | 71,62 |
| NASIONAL | 69,43 | 92,91 | 7,72 | 633,64 | 72,27 |

Sumber: TNP2K (2011)

Secara keseluruhan, IPM Kabupaten Pasuruan menempati urutan ke-10 dari bawah dari 38 kabupaten/kota di Jawa Timur, sesudah Kabupaten Sampang, Bondowoso, Probolinggo, Situbondo, Bangkalan, Pamekasan, Jember, Sumenep dan Bojonegoro, dengan nilai IPM 67,61 pada tahun 2010. Pada tahun 2011, IPM Kabupaten Pasuruan meningkat menjadi 68,24 (BPS & Kemenneg PP, 2012).

Grafik 3.
Indeks Pembangunan Manusia menurut Kab/Kota di Jatim, 2010



Sumber: TNP2K (2011)

Komposit IPM Kabupaten Pasuruan ini tidak berbanding lurus dengan pengeluaran per/kapita dan angka kemiskinan yang dihitung berdasarkan konsumsi ini. Bila dilihat dari Tabel 2, pengeluaran per kapita penduduk Kabupaten Pasuruan lebih tinggi dari pengeluaran per kapita nasional, namun untuk indikator lainnya masih jauh lebih rendah dari angka nasional.

Profil Kesehatan

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). IPKM adalah ukuran derajat kesehatan masyarakat di Indonesia yang cukup komprehensif yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Variabel IPKM mencakup 24 variabel kesehatan yang penting seperti prevalensi balita gizi buruk, pertolongan persalinan, jumlah kematian ibu anak, ISPA, rasio tenaga kesehatan dan lain sebagainya. Dalam skala 0–1, Kabupaten Pasuruan mendapatkan angka indeks 0,55 dan merupakan urutan ke-13 dari bawah

jika dibandingkan dengan kab/kota lain di Jawa Timur, dan ranking 147 dari 440 kabupaten/kota secara nasional. IPKM terbaik di Jatim diduduki oleh Kota Madiun dengan angka 0,68 (ranking 10 nasional) dan paling bawah oleh Kabupaten Sampang dengan angka 0,32 (ranking 426 nasional).

Fasilitas kesehatan. Kabupaten Pasuruan memiliki satu rumah sakit pemerintah, 5 rumah sakit swasta, 33 Puskesmas, 72 Puskesmas Pembantu (Pustu), 163 Pondok Bersalin Desa (Polindes), 85 Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes) dan 1863 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

Tenaga kesehatan. Walaupun jumlah tenaga kesehatan sudah cukup banyak, namun rasio tenaga kesehatan per/penduduk masih belum memenuhi standar nasional, karena jumlah penduduk yang banyak dan keterbatasan anggaran daerah dalam melakukan rekrutmen tenaga kesehatan.

Tabel 2:
Rasio Tenaga Kesehatan dan Jumlah Penduduk
di Kabupaten Pasuruan, 2011

| No | Jenis Tenaga | Kondisi Saat Ini | | Kebutuhan | |
|----|----------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | | Jumlah | Rasio Per 100.000 penduduk | Rasio Per 100.000 penduduk | Jumlah tenaga yang dibutuhkan |
| 1 | Dokter spesialis | 5 | 0,32 | 6 | 93 |
| 2 | Dokter Umum | 124 | 8,04 | 40 | 617 |
| 3 | Dokter Gigi | 40 | 2,59 | 11 | 170 |
| 4 | Bidan | 315 | 20,42 | 100 | 1543 |
| 5 | Perawat | 278 | 18,02 | 117,5 | 1813 |
| 6 | Kefarmasian | 49 | 3,18 | 10 | 154 |
| 7 | Tenaga Gizi | 30 | 1,94 | 22 | 339 |
| 8 | Kesehatan Masyarakat | 28 | 1,81 | 40 | 617 |
| 9 | Sanitaria | 25 | 1,62 | 40 | 617 |

Sumber: Dinkes Kab. Pasuruan (2011)

Cakupan pelayanan ibu hamil. Cakupan ini meliputi Kunjungan pertama kehamilan trimester I (K1) sampai K4 (kunjungan pemeriksaan kehamilan trimester III), persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, dan komplikasi kebidanan yang ditangani oleh tenaga kesehatan. Cakupan K1

dan K4 mengalami peningkatan pada tahun 2009 sampai 2011, yaitu dari 98,77% menjadi 99,98% (K1) dan 90,07% menjadi 92,06% (K4). Pencapaian K1 umumnya lebih baik dari K4, karena masyarakat umumnya tidak melakukan pemeriksaan setelah pemeriksaan pertama dengan alasan sudah pernah memeriksakan diri ke petugas kesehatan (wawancara dengan Kasie KIA Dinkes Kab. Pasuruan). Cakupan K1 Kabupaten Pasuruan termasuk rendah jika dibandingkan dengan rata-rata Jawa Timur, karena Pasuruan menduduki urutan ke-6 paling bawah pada tahun 2011. Sedangkan cakupan K4 Kabupaten Pasuruan cukup baik karena berada pada urutan ke-15 terbaik dari 38 kabupaten/kota di Jatim (Profil Kesehatan Jatim, 2011).

Untuk cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Tolinakes) sebagai salah satu indikator terjadinya persalinan yang aman, juga terjadi peningkatan dari hampir 90 persen sampai hampir 96 persen dalam kurun waktu tahun 2009 sampai 2011.

Tabel 3:
Jumlah cakupan ibu hamil yang ditolong oleh tenaga kesehatan dalam proses persalinan (Tolinakes) di Kabupaten Pasuruan, 2009-2011

| Tahun | Jumlah Bulin | Tolinakes | Prosentase |
|-------|--------------|-----------|------------|
| 2009 | 24.875 | 22.368 | 89,92 |
| 2010 | 23.829 | 22.546 | 94,62 |
| 2011 | 23.829 | 22.865 | 95,95 |

Sumber: Dinkes Kab. Pasuruan, 2012

Komplikasi persalinan adalah salah satu penyebab utama kematian ibu melahirkan, yang diukur dengan indikator cakupan ibu hamil dengan komplikasi kebidanan yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Untuk indikator ini, terjadi peningkatan yang cukup signifikan di Kabupaten Pasuruan yaitu dari hanya 66 % di tahun 2009 menjadi 91 % pada tahun 2011.

Walaupun jumlah tenaga kesehatan sudah cukup banyak, namun rasio tenaga kesehatan per/penduduk masih belum memenuhi standar nasional, karena jumlah penduduk yang banyak dan keterbatasan anggaran daerah dalam melakukan rekrutmen tenaga kesehatan.

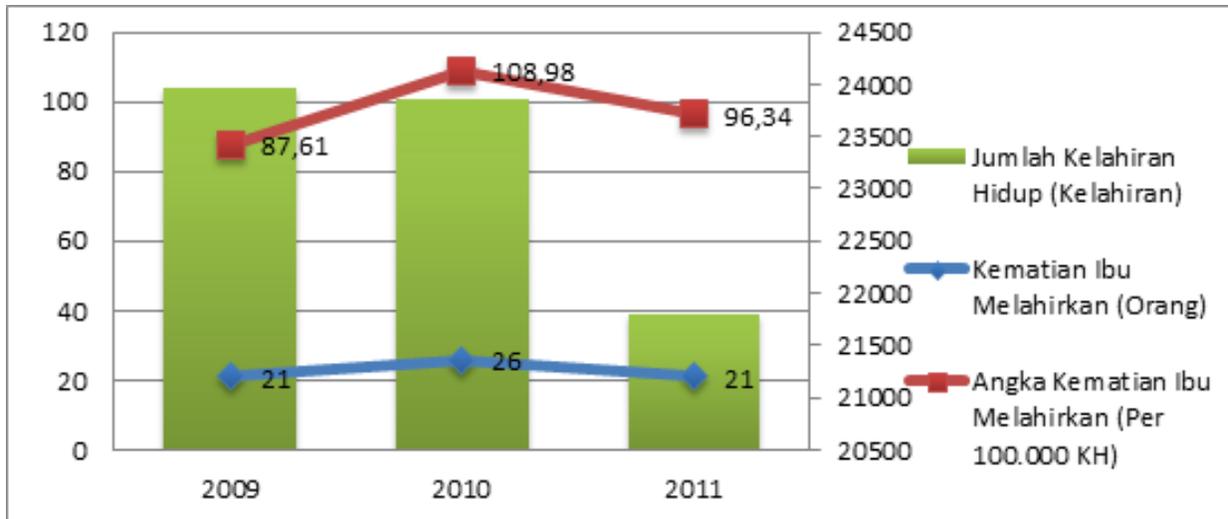
Tabel 4:
Jumlah cakupan ibu hamil risiko tinggi yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Kab. Pasuruan, 2009-2011

| Tahun | Jumlah Bumil risti | Ditangani | Prosentase |
|-------|--------------------|-----------|------------|
| 2009 | 5404 | 3585 | 66,34 |
| 2010 | 5190 | 3596 | 69,29 |
| 2011 | 5190 | 4458 | 91,06 |

Sumber: Dinkes Kab. Pasuruan, 2012

Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Angka Kematian Ibu saat melahirkan digunakan untuk mengetahui keselamatan ibu, diperoleh dengan perhitungan jumlah kasus kematian ibu dibandingkan dengan jumlah kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) nasional (SDKI tahun 2007) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Ibu saat melahirkan berdasarkan data dari Profil Kesehatan Dinkes Kabupaten Pasuruan tahun 2011 hanya sebesar 96,34 per 100.000 kelahiran hidup (21 kasus). Angka tersebut lebih rendah bila dibandingkan dengan tahun 2010 sebesar 108,98 per 100.000 kelahiran hidup (26 kasus). Ini artinya terdapat penurunan sebesar 176,64 per 100.000 kelahiran hidup. Namun demikian, AKI di Kabupaten Pasuruan secara keseluruhan cukup fluktuatif sejak tahun 2009 (lihat Grafik 4).

Grafik 4.
Angka Kematian Ibu Melahirkan Kab Pasuruan, 2009-2011



Sumber : Dinas Kesehatan Pasuruan, 2011

Penyebab kematian ibu di Kabupaten Pasuruan antara lain karena keracunan kehamilan, perdarahan, dan penyakit yang menyertai ibu hamil seperti asma, gagal nafas, gagal jantung, kanker payudara, HIV/AIDS dan kanker darah.

Untuk Angka Kematian Bayi (AKB), juga terjadi sedikit fluktuasi. Pada tahun 2011, AKB Kabupaten Pasuruan adalah 6,88 per 1000 kelahiran. Angka tersebut lebih rendah dibandingkan tahun 2010 (7,46), namun masih lebih tinggi dari tahun 2009 sebesar 5,25. Penyebab kematian bayi terbesar adalah BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), Asfiksia, infeksi, kelainan kongenital dan trauma (Profil Kesehatan Dinkes Kab. Pasuruan, 2011).

Gizi. Indikator gizi ini menggambarkan gizi buruk balita pada waktu tertentu dihitung berdasarkan pemantauan status gizi (PSG) dan tanda-tanda tersangka kasus gizi buruk. Data tersebut diperoleh dengan mengukur persentase jumlah balita dengan gizi buruk terhadap jumlah balita yang ada di Kabupaten Pasuruan. Jumlah balita gizi buruk pada tahun 2012 sebesar 0,09 % atau sebanyak 85 balita dari 92.767 balita yang diperiksa di Kabupaten Pasuruan. Jika dibandingkan dengan tahun 2010 dan 2011 didapatkan jumlah gizi buruk tahun 2011 sebesar 0,12 % atau 114 balita dari 95.447 balita yang diperiksa dan tahun 2010 sebesar 0,14 % atau 135 balita dari 95.447 yang diperiksa. Berdasarkan data 2010-2011 angka gizi buruk mengalami penurunan kurang dari 5 %.

Profil Anggaran (Kesehatan)

Data Dinas Pengelolaan Keuangan Daerah (DPKD) Kabupaten Pasuruan menunjukkan bahwa anggaran belanja untuk SKPD Kesehatan di Kabupaten Pasuruan cenderung stabil. Pada tahun 2011, anggaran kesehatan sedikit di atas 10% dari total anggaran belanja daerah, sedangkan pada tahun 2012 proporsi anggaran kesehatan sedikit menurun menjadi 9,8%. Hal ini memang belum sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengamanatkan kepada pemerintah daerah/kota untuk mengalokasikan minimal 10% dari total APBD-nya di luar gaji untuk pembiayaan kesehatan. UU Kesehatan juga mengamanatkan bahwa dari 10% anggaran kesehatan tersebut, sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) diprioritaskan untuk pelayanan publik bidang kesehatan. Responden dari Bappeda dan DPRD menyampaikan bahwa program KIA mendapatkan pagu anggaran tertinggi jika dibandingkan dengan program pencegahan penyakit (preventif) lainnya.

Tabel 5.
Data anggaran di Kabupaten Pasuruan, 2011-2012

| Tahun | Jumlah Anggaran Pembelanjaan | Anggaran Kesehatan | Prosentase |
|-------|------------------------------|---------------------|------------|
| 2011 | Rp. 1.489.959.705.141 | Rp. 149.059.488.761 | 10,1 % |
| 2012 | Rp. 1,684.472.493.926 | Rp. 166.344.625.058 | 9,8 %. |

Sumber data: DPKD Kab. Pasuruan, 2011-2012

Sumber dari DPKD menyebutkan bahwa penurunan ini terjadi karena adanya Pilkada yang menyebabkan pengurangan anggaran di hampir semua sektor. Namun, dengan telah dijadikannya bidang kesehatan sebagai salah satu prioritas pembangunan, Pemkab Pasuruan berkomitmen untuk terus meningkatkan anggaran kesehatannya.

Konteks Penyusunan dan Penetapan Kebijakan

Sekitar tahun 2003, Kementerian Kesehatan memperkenalkan perencanaan kesehatan kota/kabupaten melalui pendekatan yang dikenal sebagai DTSP (*District Team Problem Solving*), Program ini merupakan bagian dari strategi *Making Pregnancy Saver* (MPS) yang dikembangkan oleh WHO (World Health Organization). Pendekatan ini kemudian dikembangkan sesuai dengan konteks Indonesia, sehingga pada tahun 2008 menjadi acuan dalam perencanaan kesehatan ibu dan anak di Indonesia, yang lebih dikenal sebagai DTSP-Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA). Pedoman DTSP-KIBBLA telah didiseminasikan ke seluruh kabupaten/kota pada tahun 2008, namun belum dijadikan kebijakan lokal di semua daerah¹.

Di Jawa Timur, Pasuruan adalah kabupaten ketiga yang memiliki Perda KIBBLA setelah Kabupaten Malang dan Kabupaten Madiun pada tahun 2008. Pada tahun 2008, Angka Kematian Ibu di Pasuruan berada pada rasio 99,24 per 100.000 Kelahiran Hidup. Kasus gizi buruk balita tahun 2007 mencapai 3,18 %, dan dianggap cukup tinggi oleh pemerintah setempat. Sedangkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2008 hanya mencapai 87,12%, artinya pertolongan persalinan oleh non tenaga kesehatan masih sekitar 12,88%. Dalam kondisi inilah Dinas Kesehatan mengawali inisiatif konsep pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang terintegrasi, baik secara lintas program maupun lintas sektor.

Peraturan Daerah (Perda) Nomor 2 Tahun 2009 tentang KIBBLA mulai masuk dalam pembahasan di DPRD pada tahun 2008. Senada dengan pihak eksekutif, DPRD merasa perlu memunculkan Perda ini karena angka kematian ibu dan bayi dianggap masih tinggi. Aktor yang ikut berperan aktif dalam membahas Perda ini adalah Pokja KIBBLA, yang terdiri dari unsur LPK NU (Lembaga Pelayanan Kesehatan Nahdlatul Ulama), Muslimat NU dan Fatayat NU, Muhammadiyah serta dari beberapa LSM perempuan yg peduli dengan kesehatan. Pokja KIBBLA diketuai oleh ketua LPKNU Kabupaten Pasuruan yaitu Drg. Rusdiyanto, seorang anggota DPRD Komisi D yang juga aktifis Muslimat NU.

Pokja KIBBLA ini didominasi oleh lembaga-lembaga di bawah NU, karena Kabupaten Pasuruan merupakan salah satu daerah basis Nahdliyyin yang cukup kuat di Jawa Timur. NU merupakan salah satu organisasi muslim paling besar di Indonesia yang memiliki jaringan luas di masyarakat akar rumput serta memiliki peran sosial kemasyarakatan yang cukup berpengaruh. Salah

1 <http://kibblaterpadu.net>

satu tujuan NU adalah meningkatkan kesejahteraan masyarakat, termasuk didalamnya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

DPRD Kabupaten Pasuruan akhirnya mengesahkan Perda KIBBLA pada tanggal 13 Januari 2009. Setelah pengesahan Perda disahkan, Bupati mengeluarkan aturan teknis dalam bentuk Peraturan Bupati Nomor 6 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan KIBBLA di Pasuruan yang mengatur pelaksanaan Perda KIBBLA ini mulai dari tingkat kabupaten, kecamatan, hingga desa dengan adanya peraturan-peraturan desa.

Program *Health Support Program* (HSP) dari USAID (*United States Agency for International Development*) yang pada saat itu juga bekerja di wilayah Jawa Timur, tertarik untuk mendukung Perda ini. Pada fase perpanjangan HSP (tahun 2009-2010), niat kerja sama itu dituangkan dalam naskah perjanjian rencana kerja antara Pemerintah Kabupaten Pasuruan dengan HSP tentang Pelaksanaan Program Pembangunan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA) dengan Nomor: 440/5/424.012/2009 dan Nomor 946. HSP-USAID pada dasarnya melakukan fungsi perbantuan teknis (*technical assistance*) untuk mendampingi program kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Pasuruan. Kerjasama yang dibangun adalah kerjasama yang saling menguntungkan dengan diberikan fasilitas pos sekretariat HSP di lingkungan Dinas Kesehatan, dan dukungan penuh dari kecamatan dan perangkat di bawahnya. HSP USAID juga membantu dalam kajian, penelitian dan *legal drafting*.

Pelaksanaan Kebijakan

Pelaksanaan kegiatan ini melibatkan beberapa aparat pemerintahan mulai dari Bupati sampai kepala Desa, unsur organisasi masyarakat, agama dan organisasi profesi (IBI dan IDI), BKKBN, serta tenaga kesehatan yang meliputi bidan, perawat dan dokter serta kader kesehatan. Pembentukan Tim KIBBLA dilakukan ditingkat kabupaten dan kecamatan.

Untuk tingkat kabupaten, yang bertanggung jawab adalah Kasie Penyusunan Program Dinas Kesehatan, sedangkan yang bertanggung jawab untuk tingkat kecamatan adalah Kepala Puskesmas, yang tiap bulannya mengadakan pertemuan koordinasi. Koordinasi dengan organisasi profesi (IBI dan atau IDI) dilakukan melalui pertemuan AMP tiap 3 bulan sekali. Ikatan Bidan Indonesia (IBI) juga melakukan pembinaan bagi bidan desa tiap bulannya dan juga hal-hal terkait desa binaan.

Sekitar tahun 2003, Kementerian Kesehatan memperkenalkan perencanaan kesehatan kota/kabupaten melalui pendekatan yang dikenal sebagai DTPS (*District Team Problem Solving*), Program ini merupakan bagian dari strategi *Making Pregnancy Saver* (MPS) yang dikembangkan oleh WHO (World Health Organization). Pendekatan ini kemudian dikembangkan sesuai dengan konteks Indonesia, sehingga pada tahun 2008 menjadi acuan dalam perencanaan kesehatan ibu dan anak di Indonesia

Kader KIBBLA diambil dari tiap puskesmas sedangkan kader asuh² terdapat beberapa orang di tiap-tiap desa yang mendapatkan pembinaan setiap bulan dari Puskesmas setempat. Di beberapa puskesmas, seperti Purwodadi, pertemuan kader dilakukan dua kali sebulan agar membuat pertemuan tersebut lebih efektif karena jumlah peserta yang terlalu banyak.

Satu puskesmas biasanya hanya memiliki satu atau dua kader KIBBLA saja (umumnya diambil dari PKK dan Fatayat NU), namun jumlah kader asuh bisa mencapai ratusan per kecamatan karena disesuaikan dengan jumlah desa yang ada. Kader asuh inilah yang merupakan ujung tombak pemberdayaan di tingkat desa, yang aktif bekerjasama dalam melakukan motivasi bagi masyarakat di posyandu-posyandu. Dukungan masyarakat juga dikerahkan melalui PKK, Fatayat atau Muslimat NU. Para kader maupun anggota PKK ini melakukan kegiatan terkait kesehatan ibu dan anak yang kadang mereka biayai sendiri secara sukarela (Wawancara Dr. Arif Junaedi, Kepala Puskesmas Ngempit Pasuruan).

Kegiatan ini dapat terlaksana dengan baik di tiap desa karena ada kaitannya dengan program Desa Siaga, seperti Tabulin (Tabungan Bersalin), Dasolin (Dana Sosial Bersalin) dan donor darah. Pelaksanaan ini juga didukung oleh partisipasi masyarakat antara lain dengan adanya kader asuh. Tiap kader asuh aktif mencari ibu hamil di wilayah masing-masing untuk dilaporkan ke bidan desa dan dipantau keteraturan pemeriksaan kehamilan pada saat kegiatan

² Kader asuh adalah kader Posyandu yang khusus melakukan survailans KIA, yang khusus mengikuti perkembangan anak asuh (balita) pasca kegiatan Posyandu, dengan berkoordinasi dengan bidan desa. Ini merupakan program orisinil yang dikembangkan oleh Puskesmas Ngempit dan telah diakui oleh Kementerian Kesehatan.

Posyandu. Apabila ibu hamil yang ada di wilayahnya tidak datang untuk diperiksa ke posyandu maka kader asuh mendatangi rumah ibu hamil untuk menjemputnya dan diantar ke posyandu.

“Sejak ada program KIBBLA disini ada kader asuh ... ada 5 orang kader asuh di Desa Klampis Rejo, kader mencari keberadaan ibu hamil di seluruh desa... kemudian kalau ada misalnya 5 orang ibu hamil kemudian dibagi 5 orang itu pada kader-kader asuh.. untuk memantau keteraturan pemeriksaan ibu hamil. Memantaunya saat posyandu... kalau ada yang tidak datang... kader asuh yang bertanggungjawab untuk mencari kenapa tidak periksa ke Posyandu... terus dipantau sampai melahirkan... kalau ada tanda-tanda risiko kader bilang ke Bu Bidan...”(Bidan Sri Windu, Amd.Keb, Bidan Puskesmas Ngempit Pasuruan, 28 Maret 2013).

Kader asuh juga melakukan identifikasi pengantin baru yang ada di wilayahnya dan menganjurkan pemeriksaan ke bidan desa bila ada tanda-tanda kehamilan. Kader asuh mendapatkan insentif Rp. 10.000/bulan dan dibayarkan tiap tahun. Pembayaran insentif tersebut tidak dibayarkan dalam bentuk tunai tetapi dalam bentuk *sembako* atau baju seragam.

“Masyarakatnya disini terutama kader kesehatan saling membantu misalnya kalau ada klas ibu hamil harus ikut klas ibu hamil tiap Rabu, yang ada di Polindes. Kadernya keliling sak kampung..., di jumlah yang hamil berapa, resiko rendah berapa, resiko tinggi berapa..... Kemudian jika ada pertemuan kader minta peta ke bu bidan nanti dipasang paku berwarna....”(Bidan Sri Windu, Amd.Keb, Bidan Puskesmas Ngempit Pasuruan, 28 Maret 2013)

Hasil wawancara berikut ini menunjukkan bahwa peran kader sangat vital dalam pelaksanaan Desa Siaga ini karena kader merupakan tenaga yang bersentuhan langsung dengan masyarakat, yang menghubungkan masyarakat dengan tenaga kesehatan profesional.

UU Kesehatan juga mengamanatkan bahwa dari 10% anggaran kesehatan tersebut, sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) diprioritaskan untuk pelayanan publik bidang kesehatan.

Kotak 1. Peran aktif kader kesehatan di Ngempit dan Purwodadi

"..... kader kesehatan sangat aktif dalam pelaksanaan program KIBBLA...mendata ibu hamil ... melaporkan ke bidan desa. Nanti kader kesehatan yang akan melakukan pemetaan dan memasang stiker di rumah ibu hamil, ... jangan sampai kader tidak tahu ada ibu hamil. Jika ada ibu hamil muda kader ke rumahnya, di tanya dulu ibu hamil ndak...., jika ya... nanti penjenengan (ibu) periksanya ke bidan, jika sudah betul hamil kemudian rumahnya dipasang stiker yang bunyinya Program perencanaan persalinan pencegahan komplikasi. kader asuh... insentifnya untuk transport 10 rb/bulan diberikan tiap tahun... nanti uangnya itu biasanya tidak semuanya diberikan berupa uang... sebagian ada yang dibelikan seragam... kalau mau Lebaran dibelikan sembako... uang. Cuma segitu Bu... jadi ya dikelola..."

Sumber: Wawancara dengan Kepala Puskesmas Ngempit dan Purwodadi

39

Kegiatan lain yang dilakukan di Puskesmas Ngempit adalah kemitraan dengan dukun, bentuk kerja sama dituangkan dalam *Memorandum of Understanding* (MoU). Pasal yang tertuang dalam MoU diambil dari isi Perda Nomor 2 tahun 2009 tentang KIBBLA. Bentuk operasional dari MoU tersebut adalah dukun menjadi asisten bidan ketika menolong persalinan. Dukun bertugas untuk merawat bayi baru lahir sampai ibunya mampu untuk merawat sendiri. Dana untuk dukun diambilkan dari dana Jampersal dengan mengurangi honor bidan, sebesar Rp. 50.000 setiap persalinan.

Puskesmas Ngempit juga mempunyai kebijakan memberikan kredit usaha pada dukun sebesar Rp. 100.000 – Rp. 200.000. Pembayaran kredit tersebut tidak berupa uang tunai, Dukun mendapat Rp 5.000 tiap kali merujuk ibu hamil ke Bidan atau melakukan asistensi pertolongan persalinan yang dilakukan Bidan.

"...kemitraan antara dukun dan bidan, dananya bergulir dari Puskesmas.. contohnya dukun bayi yang sudah tidak menolong persalinan dipinjami uang 100 rb, bayarnya tidak berupa uang tapi ketika ada ibu hamil dilaporkan ke bidan, tiap ibu hamil yang dilaporkan ke bidan dapat sepuluh ribu, selain itu ketika melahirkan, dukun diajak oleh bidan membantu proses persalinan dan merawat bayinya...untuk biaya merawat bayi itu.. dikelola dari dana Jampersal.. jadi jatahnya honor

bidan dikurangi 50 rb...untuk dukun bayiada MoU antara Puskesmas dengan dukun bayi.... semua dukun ada MoUnya kecuali 2 orang karena sudah sangat tua dan sakit...sedangkan untuk dukunnya kita ambil dari dana Jampersal... berapa saja uang Jampersal untuk bidan di potong 20%nya untuk dukun... dukunkan ikut merawat bayinya... jadi dapat uang juga dari dana Jampersal..kita kerjasama Bu... istilahnya ya bermitra gitu... kalau didesa ini nggak dikasih jarit atau apa .. tapi dapat uang dari Jampersal itu... tapi kalau program dari Puskesmas ya itu... ada dana pinjaman untuk dukun... kalau dukun merujuk ibu hamil ke Bidan kalau nggak salah dapat lima ribu...jadi bayarnya tidak tunai..."(Dr. Arif Junaedi, Kepala Puskesmas Ngempit Pasuruan, 28 Maret 2013)

Salah satu bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat yang tertuang dalam Perdes adalah *jimpitan* atau dana sosial dari masyarakat. *Jimpitan* tersebut dapat berupa uang dan hasil bumi seperti beras, kelapa dan lain-lain. *Jimpitan* ini kemudian dijual oleh kader dan uangnya dipergunakan untuk dana kesehatan warga desa. Pengelolaan *jimpitan* dilakukan oleh kader kesehatan setempat. Dana yang terkumpul digunakan untuk membantu ibu hamil dan melahirkan yang memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan serta masyarakat yang sakit, baik dirawat maupun tidak dirawat di rumah sakit. Besarnya dana yang diberikan kepada masyarakat yang sakit dan dirawat adalah Rp 50.0000 (bila mempunyai Jamkesmas), dan Rp. 75.000 (bila tidak mempunyai Jamkesmas), bagi masyarakat yang sakit dan tidak dirawat sebesar Rp. 20.000. Dana sosial itu juga dipergunakan untuk periksa Hb darah ibu hamil di Puskesmas.

"Peran tim pemberdayaan untuk partisipasi masyarakat sangat bagus, pemberdayaan masyarakat sangat membantu jalannya program KIBBLA, ada perdes tiap desa yang mengatur pembiayaan kegiatan, misalnya dasolin atau jimpitan...selain itu partisipasi masyarakat berbentuk kader asuh, pembinaannya dibawah puskesmas, kabupaten akan membentuk secara keseluruhan, mau diadakan pelatihan di kabupaten, kader asuh yang sudah jalan Ngempit, Purwodadi, Nglempok... (Sri Muryani, BSc, STP, MM, Kasie KIA, Dinkes Kab. Pasuruan, 22 Maret 2013)

Selain itu, untuk menjamin bahwa ibu hamil dan melahirkan dapat tiba di fasilitas kesehatan tepat pada waktunya dan tidak terlambat ditangani, tersedia sarana transportasi berupa ambulans di tiap desa; Kepala Desa menunjuk paling tidak 2 kendaraan di desanya sebagai ambulans desa sehingga ada kendaraan yang akan membawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan terdekat saat keadaan darurat.

Pembiayaan

Dalam Pasal 24 Perda Nomor 2 tahun 2009 tentang KIBBLA disebutkan bahwa pendanaan program KIBBLA ditanggung oleh APBD, dan termasuk di dalamnya alokasi anggaran kesehatan. Dalam jangka panjang pendanaannya akan dikembangkan menjadi bagian dari Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Grafik 5
Jumlah Anggaran Belanja KIBBLA Kab. Pasuruan, 2009-2010



Sumber: HSP-USAID, 2010

Anggaran belanja pemerintah Kabupaten Pasuruan untuk KIBBLA mengalami peningkatan cukup signifikan, yaitu sebanyak 10 % antara tahun 2009 dan 2010.

Bantuan pendanaan juga diberikan dari program HSP-USAID dalam bentuk operasional kegiatan dan *software* sistem informasi kesehatan. HSP-USAID berperan sebagai *technical assistance* bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan. Kerja sama antara HSP-USAID dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dimulai pada tahun 2009 sampai dengan Juni 2010. Setelah berakhirnya kerja sama HSP-USAID seluruh anggaran KIBBLA dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja daerah Kabupaten Pasuruan. Menurut responden dari Bappeda maupun DPRD, program KIA mendapatkan pagu anggaran tertinggi jika dibandingkan dengan program pencegahan penyakit (preventif).

Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan juga memberi kewenangan bagi setiap Puskesmas untuk mengembangkan program dengan dana yang bersumber

dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) dari Kementerian Kesehatan, sesuai dengan skema dana BOK yang memang cukup fleksibel. Di Puskesmas Purwodadi misalnya, dikembangkan survei timbal balik, dimana kepala Puskesmas melakukan survey di seluruh wilayah puskesmas terutama di polindes atau ponkesdes yang ada di masing-masing desa untuk mengetahui jalannya program beserta hambatan-hambatannya.

“Ada kewenangan pengembangan program untuk masing-masing ke Puskesmas termasuk pengelolaan keuangan dari BOK, ada pengembangan pemberdayaan dari masyarakat untuk pendanaan seperti Tabulin, Dasolin. Dana BOK itu yang digunakan untuk operasional program KIBBLA meskipun nggak banyak.... kita juga ada program pembinaan kader tiap desa, itu juga program pengembangan dari Puskesmas saya sendiri...tiap bulan ada 2 kali pertemuan kader..... dananya dikelola dari dana yang ada di BOK...” (Dr. Arif Junaedi, Kepala Puskesmas Ngempit Pasuruan, 28 Maret 2013).

Adanya dana-dana untuk kesehatan ibu dan anak dari Pemerintah Pusat seperti BOK dan Jampersal dinilai oleh hampir semua responden sebagai sesuatu yang sangat membantu dalam pembiayaan program KIBBLA di Pasuruan.

Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi (monev) dilakukan oleh BAPPEDA, Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas. BAPPEDA melakukan monitoring dan evaluasi tiap 3 bulan dengan mengadakan pertemuan koordinasi bekerja sama dengan SKPD terutama berkaitan dengan penggunaan anggaran.

Dinas Kesehatan melakukan monev melalui review program KIBBLA berupa pencatatan dan pelaporan tiap bulan. Dinas Kesehatan juga melakukan AMP Medik yang dilaksanakan setiap 3 bulan, dan merupakan kerja sama dengan organisasi profesi (Ikatan Bidan Indonesia dan Ikatan Dokter Indonesia). Yang dibahas misalnya mengenai kematian ibu dan bayi (jika ada), penyebab dan solusi untuk pencegahan dimasa depan. Sedangkan AMP sosial melibatkan para tokoh masyarakat dan aparat desa untuk mendapatkan perspektif mereka mengenai isu-isu dan masalah-masalah kesehatan ibu dan bayi.

Sedangkan Puskesmas melakukan monev dengan melakukan pencatatan dan pelaporan setiap bulan. Selain itu juga dilakukan pertemuan koordinasi dengan bidan, kader kesehatan dan dukun setiap bulan (bidan membawa PWS KIA/Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak tiap bulan). Saat ini dilakukan pengecekan apakah capaian sudah sesuai dengan target.

Selain itu juga dibahas masalah-masalah yang ada beserta jalan keluarnya.

Untuk pelaporan ditingkat Puskesmas, sangat tergantung bagaimana Kepala Puskesmas melakukan monev, sehingga mempunyai dampak peningkatan pelayanan KIA secara nyata. Hal ini terjadi di Puskesmas Purwodadi, Kepala Puskesmas secara kreatif melakukan kunjungan dan menggunakan visualisasi berupa foto sebagai bahan untuk monev, hasil monev tersebut kemudian dibahas dalam pertemuan di Puskesmas.

“Saya senang lho...kunjungan ke Posyandu atau Polindes, Ponkesdes untuk memantau kondisi disana, saya sebut itu survey timbal balik itu juga pengembangan dari Puskesmas.... saya potret Polindesnya... ini fotonya.... (sambil menunjukkan foto) ada Polindes yang sudah rapi tempat obatnya.... ada yang belum.... ada kulkasnya vaksin untuk tempat krupuk....(sambil menunjukkan fotonya)... ini foto Polindes-Polindes yang sudah bagus pemetaannya... pemetaan ibu hamil... ada dimana saja.... gitu... nanti hasil survey ini saya sampaikan di pertemuan koordinasi bidan di Puskesmas tiap bulannya... saya tunjukkan ini lho Polindes yang sudah bagus... dari desa mana... terus ini Polindes yang yang masih kurang rapi dari desa mana.... biar mereka bisa bersaing supaya bulan berikutnya Polindes mereka bisa sebagai Polindes yang lain..(Drg. Widi Astutik, MM, Kepala Puskesmas Purwodadi Pasuruan, 25 Maret 2013).

Di Puskesmas Ngempit yang dikepalai oleh Dr. Arif Junaedi, kegiatan monev pada tingkat desa dilakukan secara terjadwal (tiap tanggal 27 tiap bulannya), dan dihadiri oleh semua bidan desa. Dari pihak puskesmas akan berusaha hadir dalam pertemuan paguyuban kader desa, walau tidak semua desa dapat dikunjungi oleh tenaga kesehatan. Tanggung jawab pelaksanaan pertemuan Paguyuban Desa adalah Desa itu sendiri. Sedangkan supervisi ke fasilitas kesehatan seperti Polindes dan Posyandu dilakukan tidak terjadwal, hanya sesuai dengan jumlah kunjungan yang dicantumkan dalam BOK yang turun pada tahun tersebut.

Dampak Kebijakan

Menurut responden yang diwawancara dalam studi ini, dampak dari adanya kebijakan KIBBLA ini antara lain:

- a. **Perubahan perilaku masyarakat dalam hal memeriksakan diri ke tenaga kesehatan.** Sebelum program KIBBLA dijalankan di Kabupaten Pasuruan, masih banyak ibu-ibu yang baru memeriksakan diri ke bidan atau tenaga medis setelah hamil di atas 3 bulan, namun setelah program KIBBLA

dijalankan, banyak yang sadar untuk memeriksakan diri secara teratur dan melahirkan dibantu bidan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan. Begitu juga dengan kebiasaan pergi ke dukun untuk memeriksakan kehamilan, sudah berkurang karena kebanyakan masyarakat saat ini lebih banyak yang memilih mendatangi tenaga kesehatan dari pada ke dukun..

"...tapi sekarang sudah berubah, masyarakatnya sudah pinter... kalau hamil dan bersalin sudah ke bidan semua.....masyarakat sekarang lebih sadar..kalau sudah ada tanda-tanda hamil langsung ke bidan.... (Sri Sudarti, Amd.Keb, Bidan Puskesmas Purwodadi, 25 Maret 2013)

"...dulu jarang periksa ke bidan tapi lebih banyak ke dukun, tapi sekarang kalau ada ibu hamil lapor ke kader kesehatan, kadang-kadang bidannya belum tahu tapi kadernya sudah tahu, namanya Kader asuh ...(Dr. Arif Junaedi, Kepala Puskesmas Ngempit Pasuruan, tanggal 28 Maret 2013).

- b. Peningkatan pengetahuankader kesehatan karena kegiatan-kegiatan pengembangan kapasitas.** Petugas puskesmas / para kader kesehatan yang direkrut dari masyarakat merasakan bahwa setelah mereka mendapatkan berbagai pelatihan, mereka menjadi lebih percaya diri dalam memberikan informasi dan penyuluhan ke masyarakat.

"Kalau menurut saya dampaknyaProgram KIBBLA ini kami sebagai kader banyak pembinaan dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan... jadi semakin mengerti tentang kesehatan ibu dan bayi... kami yang sudah mendapatkan pembinaan menyampaikan lagi ke masyarakat.... sekarang masyarakat nya ngerti... kalau dulu tergantung sama dukun... sekarang sama Bidan.....dukunnya sendiri bermitra sama bidan... begitu Bu... kami kerja sama-sama.... supaya ibu hamil sehat dan melahirkan selamat.. bayinya juga sehat...."(Nurul Hikmah, Sriami, Kader Kesehatan Puskesmas Ngempit Pasuruan)

Sebagaiujungtombakdimasyarakat,sangatpentinguntukmemperhatikan kebutuhan para kader ini, termasuk untuk mengembangkan kapasitas, karena jika tidak dijaga maka para kader tidak akan merasa sebagai bagian penting dalam suatu program/kebijakan.

- c. Meningkatnya cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum melahirkan.** Hal ini terlihat dari meningkatnya cakupan indikator K1 dan K4 antara tahun 2009 sampai 2011, sebagaimana yang ditunjukkan dalam data berikut ini.

Tabel 6:
Jumlah Cakupan ibu hamil K1 dan K4
di Kabupaten Pasuruan, 2009-2011

| Tahun | Jumlah Ibu hamil | K1 | Prosentase K1 | K4 | Prosentase K4 |
|-------|------------------|--------|---------------|--------|---------------|
| 2009 | 27.092 | 26.760 | 98,77 | 24.403 | 90,07 |
| 2010 | 25.952 | 25.949 | 99,99 | 23.813 | 91,76 |
| 2011 | 25.952 | 25.694 | 99,98 | 23.891 | 92,06 |

Sumber: Dinkes Kab. Pasuruan, 2011

Semakin tinggi persentase K1 dan K4 berarti semakin mengurangi kemungkinan tidak terdeteksinya kelainan pada kehamilan, sehingga terjadi pengurangan resiko kematian ibu dan bayi.

- d. **Penurunan AKI dan AKB.** Dampak penting dari dilaksanakannya program KIBBLA ini ialah adanya *trend* penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi mulai tahun 2010 sampai 2011, seperti yang terlihat di dua Puskesmas yang menjadi lokus studi dalam penelitian ini, sebagaimana yang tercantum dalam tabel berikut.

Tabel 7.
AKI/AKB di Puskesmas Ngempit dan Puskesmas Purwodadi, 2010-2012

| Tahun | Puskesmas Ngempit | | Puskesmas Purwodadi | |
|-------|-------------------|------------|---------------------|------------|
| | AKI | AKB | AKI | AKB |
| 2010 | 1/625 KH | 10/1000 KH | 2/1037 KH | 12/1000 KH |
| 2011 | 0/824 KH | 4/1000 KH | 1/828 KH | 6/1000 KH |

Sumber: Puskesmas Ngempit dan Purwodadi Kab. Pasuruan tahun 2011

Sedangkan ditingkat Kabupaten Pasuruan, Angka Kematian Ibu melahirkan per 100.000 kelahiran masih fluktuatif, yaitu dari 87,61 pada tahun 2009, menjadi 108,98 pada tahun 2010 dan turun menjadi 96,34 pada tahun 2011.

“Sebelum ada KIBBLA kematian ibu dan bayi luar biasa tingginya. Jika ada persalinan pasti ada 1 yang mati. Ada bayi yang mati di dalam.... karena dulu tidak ada kendaraan...dulu jalannya masih setapak.... tidak ada lampu....air beli....bu bidannya masih kecil...sekarang sudah lebih maju sejak adanya KIBBLA...dulu masyarakat perginya ke dukun., sekarang sudah periksa ke bu bidan... masyarakatnya sekarang manut (mengikuti) sama bu bidan...”

(Sri Sudarti, Amd.Keb dan Sumariyah, Bidan dan Kader Puskesmas Purwodadi, 25 Maret 2013)

Namun demikian, patut dicermati dari pernyataan responden di atas bahwa kemajuan pembangunan dalam segala aspek seperti peningkatan infrastruktur, ketersediaan air bersih dan luasnya penyebaran informasi dan pengetahuan kepada masyarakat luas berbanding lurus dengan penurunan kematian ibu hamil dan melahirkan.

Lessons Learned

- a. **Pelibatan seluruh kelompok masyarakat dalam proses pembuatan kebijakan, terutama kelompok keagamaan yang berpengaruh.** Keanggotaan Pokja KIBBLA, sebagai penggerak penyusunan draft Perda KIBBLA, sebagian besar berlatar-belakang organisasi keagamaan seperti NU dan Muhammadiyah, di samping LSM perempuan peduli kesehatan. Tokoh ketua Pokja, selain merupakan anggota DPRD, juga sebagai Ketua LPK NU Kabupaten Pasuruan. Organisasi massa, terutama ormas-ormas NU, berperan sangat penting dalam proses mendorong ditetapkannya Perda ini. Kebijakan ini akhirnya tidak hanya menjadi sekedar ‘formalitas’ karena didorong oleh pihak eksekutif, namun dimiliki bersama oleh semua kelompok. Saat pelaksanaan kebijakan tersebut kader Fatayat dan Muslimat NU masih terlibat aktif sebagai kader kesehatan. Isu kesehatan tidak hanya didekati dari sisi teknis saja, tapi juga dari sisi keagamaan dan kultural, karena Kabupaten Pasuruan merupakan salah satu basis Nahdliyin yang kuat di Jawa Timur sehingga pelibatan ormas-ormas NU membuat kebijakan KIBBLA menjadi lebih efektif.
- b. **Perda KIBBLA Pasuruan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari program pemerintah pusat terkait KIA lainnya.** Program pemerintah pusat terkait KIA yang berbasis masyarakat merupakan salah satu alasan utama mengapa Perda ini dapat dilaksanakan sampai ke tingkat bawah. Desa Siaga misalnya, yang telah diperkenalkan di hampir seluruh provinsi di Indonesia, telah menyediakan infrastruktur bagi Perda

Petugas puskesmas / para kader kesehatan yang direkrut dari masyarakat merasakan bahwa setelah mereka mendapatkan berbagai pelatihan, mereka menjadi lebih percaya diri dalam memberikan informasi dan penyuluhan ke masyarakat.

KIBBLA ini untuk diimplementasikan, dengan adanya cara pendataan ibu hamil dan melahirkan oleh kader, aturan mengenai kendaraan di desa sebagai ambulans, dan beberapa jenis tabungan sukarela untuk keperluan ibu hamil dan melahirkan yang tidak mampu (Dasolin dan Tabulin misalnya). Dana insentif kader atau dukun misalnya, juga diambil dari Jampersal dan BOK. Sedangkan PKH (Program Keluarga Harapan) juga menyediakan penanganan mulai dari ibu hamil sampai melahirkan khusus untuk masyarakat tidak mampu.

"...ditunjang program Desa Siaga... dengan program GEMERLAP dari Dinas Kesehatan... karena program desa siaga berkaitan dengan program KIBBLA seperti dasolin, tabulin, ambulan desa dan donor darah.. semua mendukung program KIBBLA... jadi Program desa Siaga sangat mendukung KIBBLA... .." (Dr. Arif Junaedi, Kepala Puskesmas Ngempit Pasuruan, 28 Maret 2013).

- c. **Kebijakan tingkat kabupaten diturunkan sampai tingkat desa sehingga menjadikannya lebih efektif.** Adanya Peraturan Desa (Perdes) KIBBLA merupakan jaminan dan legitimasi yang kuat bagi para kader dalam melakukan pekerjaannya. Saat ini sudah ada kurang lebih 84 Perdes KIBBLA di Kabupaten Pasuruan. Ini menjadi penting karena tulang punggung pendekatan Perda KIBBLA ini adalah para kader yang berada ditingkat desa.
- d. **Komitmen dan kebijakan Pemerintah Daerah diterjemahkan dengan adanya peningkatan anggaran untuk KIBBLA.** Ini terlihat ada kenaikan anggaran KIBBLA dalam APBD Kabupaten Pasuruan dari tahun 2009 ke 2010 sebanyak 10 persen.
- e. **Pemanfaatan tradisi gotong royong untuk upaya penurunan kematian ibu.** Masyarakat desa memiliki tradisi mengumpulkan *jimpitan* (berupa uang atau beras atau hasil bumi lain) yang bisa dijual dan hasilnya

Kotak 2**Dana *jimpitan* dan partisipasi masyarakat dalam program KIBBLA**

"...untuk kegiatan kesehatan ibu dan bayi.. kader kesehatan disini mendapatkan dukungan dari aparat desa... seperti misalnya untuk dana *jimpitan* .. bisa berasal dari raskin.. ada dana 1000/kk yang mendapat raskin, dan ada lagi dana *jimpitan* Rp 200/bulan/KK saya yang mengumpulkan....

Kalau tidak berupa uang bisa berupa hasil bumi.. ya sayur... ubi.. kelapa... nanti dijual.. uangnya dikumpulkan...

.....dana yang dikumpulkan untuk membantu masyarakat yang sakit, kalau tidak opname dapat Rp 20.000, tapi kalau opname Rp 50.000 kalau punya Jamkesmas, terus... Rp 75.000 kalau tidak punya Jamkesmas....Misalnya lagi untuk merujuk ibu hamil resiko... seperti kemarin tanggal 15 Maret ada ibu hamil resiko yang melahirkan setelah kita rujuk... nah dananya diambil dari dana *jimpitan*.... besarnya dana tersebut... diatur pada Perdes (Peraturan Desa), Pak Kadesnya mendukung sekali Bu.... selain itu mbah dukunnya juga mendukung Bu... sekarang sudah ndak mau nolong persalinan lagi... kalau ada yang hamil ke mbah dukun.. itu diantar ke bidan... disini hanya 2 orang dukun.. semuanya mendukung..."

(Sumber: wawancara dengan Nurul Hikmah, Kader Kesehatan Puskesmas Ngempit dan Sri Sudarti, Bidan Puskesmas Purwodadi)

digunakan untuk kepentingan social di desa yang bersangkutan. Konsep *jimpitan* ini dimodifikasi dalam konteks KIBBLA (sebagaimana juga Posyandu) dan menunjukkan bahwa sumber daya lokal bisa dimobilisasi untuk mengurangi ketergantungan.

Keberlanjutan

Untuk menjaga keberlanjutan pelaksanaan program KIBBLA, semua pemangku kepentingan dapat melakukan hal-hal, antara lain:

1. Menjaga dan meningkatkan komitmen dari pemerintah mulai dari kabupaten sampai desa terhadap program KIBBLA. Komitmen dari pemerintah ini dapat dilihat dari komitmen dalam bentuk pengalokasian anggaran untuk KIBBLA;
2. Melibatkan secara penuh lembaga-lembaga politik, terutama DPRD dan parpol, dalam meningkatkan pelaksanaan program KIBBLA;

3. Melanjutkan kerjasama lintas program dan lintas sektor serta kerjasama dengan program lain yang sinergi dengan KIBBLA;
4. Peningkatan partisipasi masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak;
5. Memelihara partisipasi LSM dan organisasi masyarakat lainnya terutama organisasi kultural dan keagamaan yang menjadi panutan masyar

Berdasarkan Indikator Kesejahteraan Masyarakat Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2011, Garis Kemiskinan di Kabupaten Takalar pada tahun 2009 dan 2010 masih di atas Provinsi Sulawesi Selatan. Pada tahun 2010 kondisi batas garis kemiskinan mencapai Rp. 203.319 pengeluaran per bulan per kapita di mana ini sudah mendekati batas garis kemiskinan nasional (pengeluaran Rp. 211.726 per bulan per kapita).

Studi Kasus 2

Kabupaten Takalar

“Saling menghargai dan menjaga kebanggaan terhadap profesi: kunci sukses Kemitraan Bidan dan Dukun di Takalar”

Profil wilayah

51

Kabupaten Takalar merupakan salah satu kabupaten dari 24 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, yang hanya terletak sekitar 29 km dari kota Makassar, Ibukota Provinsi Sulawesi Selatan. Takalar beribukota di Pattallassang. Luas wilayah kabupaten ini adalah 566,51 km², dimana 240,88 km² diantaranya merupakan wilayah pesisir dengan panjang garis pantai sekitar 74 Km (BPS 2012). Kabupaten Takalar juga memiliki beberapa pulau kecil di luar pulau Sulawesi.



Secara administrasi pemerintahan wilayah Kabupaten Takalar terdiri dari 9 kecamatan, 65 desa, dan 24 kelurahan dengan jumlah penduduk mencapai 272.316 jiwa yang terdiri dari 141.413 (52%) perempuan dan 130.903 (48%) laki-laki, dan jumlah KK sebanyak 63.052 KK. Tingkat kepadatan penduduk di Takalar adalah 481 jiwa/km² (BPS 2012).

Potensi unggulan Kabupaten Takalar terdiri dari sektor pertanian, perikanan, peternakan, *homeindustry* dan pariwisata. Berdasarkan lapangan usaha di Kabupaten Takalar, bidang pertanian memberikan kontribusi terbesar terhadap PDRB Takalar dengan persentase mencapai 47,25%.

Profil kemiskinan

Berdasarkan Indikator Kesejahteraan Masyarakat Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2011, Garis Kemiskinan di Kabupaten Takalar pada tahun 2009 dan 2010 masih di atas Provinsi Sulawesi Selatan. Pada tahun 2010 kondisi batas garis kemiskinan mencapai Rp. 203.319 pengeluaran per bulan per kapita di mana ini sudah mendekati batas garis kemiskinan nasional (pengeluaran Rp. 211.726 per bulan per kapita). Persentase penduduk miskin di kabupaten ini pada tahun 2010 mencapai 11,16%. Persentase ini masih di bawah Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 11,60% dan nasional yaitu 13,33%. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 8.

Tabel 8.
Garis Kemiskinan, Presentase dan Jumlah Penduduk Miskin di Kabupaten Takalar, 2010

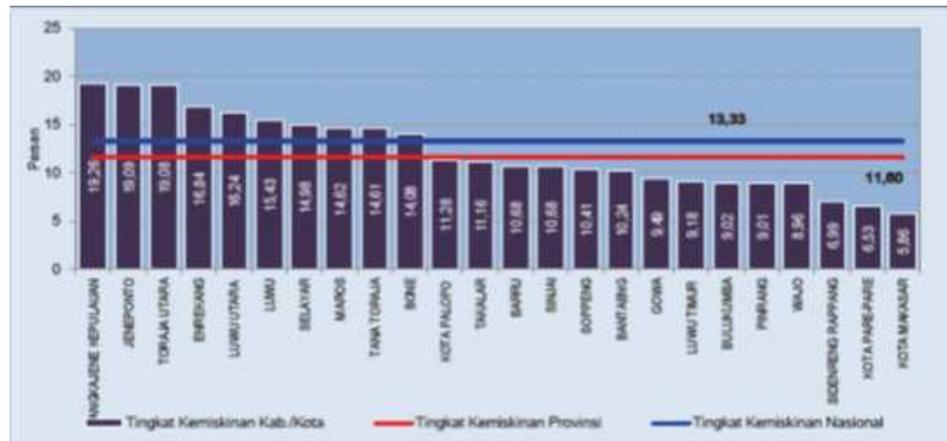
| Kabupaten / Provinsi | Garis Kemiskinan (Rp/Bulan) | | Persentase Penduduk Miskin (%) | | Jumlah Penduduk Miskin (Jiwa) | |
|----------------------|-----------------------------|---------|--------------------------------|-------|-------------------------------|------------|
| | 2009 | 2010 | 2009 | 2010 | 2009 | 2010 |
| TAKALAR | 179,994 | 203,319 | 11.06 | 11.16 | 28,325 | 20,026 |
| SULAWESI SELATAN | 153,715 | 163,089 | 12.31 | 11.60 | 936,898 | 915,660 |
| INDONESIA | 200,626 | 211,726 | 14.15 | 13.33 | 32,530,000 | 31,023,390 |

Sumber : TNP2K (2011)

Jumlah penduduk miskin di Kabupaten Takalar sebanyak 30.026 jiwa pada tahun 2010 dan tingkat pengangguran terbuka di kabupaten ini mencapai 7,57%. Persentase ini masih di bawah Provinsi Sulawesi Selatan dengan persentase 8,37%, tetapi masih di atas nasional yang persentasenya mencapai 7,14% (TNP2K, 2011).

Jika dibandingkan dengan kabupaten/kota lain di Sulawesi Selatan, Kabupaten Takalar hanya sedikit lebih miskin secara ekonomis dibanding rata-rata provinsi, atau tepat di tengah-tengah (urutan ke-13 dari 24 kabupaten/kota di Sulsel).

Grafik 6.
Tingkat kemiskinan menurut kabupaten/kota di Sulsel, 2010



Sumber: TNP2K (2011)

Selain itu, bila dilihat dari tingkat kesejahteraan penduduknya, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kabupaten Takalar memang mengalami sedikit peningkatan selama tahun 2009 (68,04%), 2010 (68,62%) dan 2011 (68,90%). Namun demikian nilai IPM Kabupaten Takalar ini cukup jauh di bawah IPM Provinsi Sulawesi Selatan yang mencapai 71,62% pada tahun 2010. Nilai komposit IPM di Kabupaten Takalar berdasarkan indikator pada tahun 2010 dapat dilihat pada Tabel 9.

Persentase penduduk miskin di kabupaten ini pada tahun tahun 2010 mencapai 11,16%. Persentase ini masih di bawah Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 11,60% dan nasional yaitu 13,33%.

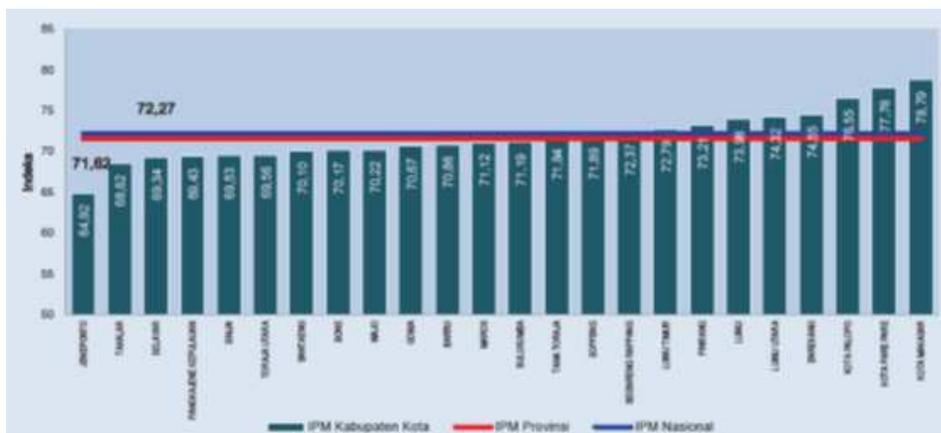
Tabel 9.
Indeks Pembangunan Manusia kabupaten Takalar Berdasarkan Indikator, dibanding Kab/kota dengan IPM terbaik dan terburuk Sulsel, 2010

| Kabupaten / Provinsi | Angka Harapan Hidup (tahun) | Angka Melek Huruf (persen) | Rata-rata Lama Sekolah (tahun) | Pengeluaran Per Kapita (Ribu Rp PP) | IPM |
|----------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Jeneponto | 65,00 | 77,27 | 6,20 | 631,74 | 64,92 |
| Takalar | 69.52 | 81.80 | 6.42 | 632,01 | 68,62 |
| Kota Makassar | 73.59 | 96.79 | 10.82 | 649,12 | 78,79 |
| SULSEL | 70 | 87.75 | 7.84 | 636,60 | 71,62 |
| NASIONAL | 69.43 | 92.91 | 7.92 | 633,64 | 72,27 |

Sumber : TNP2K (2011)

Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa jika dibandingkan dengan kabupaten/kota dengan IPM terbaik dan terburuk di Sulawesi Selatan, terdapat kesenjangan yang cukup jauh antara nilai Kabupaten Takalar dengan Kota Makassar, padahal jarak keduanya kurang dari 30 km . Kesenjangan tersebut baik dalam angka melek huruf, pendapatan penduduknya maupun rata-rata lama sekolah, dan kualitas hidup penduduk Kabupaten Takalar mempunyai selisih IPM lebih dari 10 point jauh dibawah Makassar.

Grafik 7.
Indeks Pembangunan Manusia menurut Kab/Kota di Sulawesi Selatan, 2010



Sumber : TNP2K (2011)

Jika dibandingkan dengan 23 kabupaten/kota lainnya yang ada di Sulawesi Selatan, IPM Kabupaten Takalar tahun 2010 menempati peringkat ke-2 paling buruk, hanya setingkat di atas Kabupaten Jeneponto dengan nilai 64,92. Ini menunjukkan bahwa tingkat pendapatan atau pengeluaran masyarakat tidak selalu berbanding lurus dengan kualitas hidupnya.

Profil kesehatan

Berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2010, Kabupaten Takalar dikategorikan sebagai wilayah bermasalah kesehatan non miskin. Dalam skala 0–1, Kabupaten Takalar mendapatkan angka IPKM 0,48 dan merupakan urutan ke-8 dari bawah jika dibandingkan dengan 24 kab/kota lain di Sulawesi Selatan (ranking 269 nasional). IPKM paling atas di Sulawesi Selatan diduduki oleh Kota Makassar dengan angka 0,65 (ranking 26 nasional) dan paling bawah oleh Kabupaten Jeneponto dengan angka indeks 0,35 (ranking 424 nasional).

Fasilitas kesehatan. Pada tahun 2011 di Kabupaten Takalar terdapat 1 (satu) rumah sakit pemerintah, 14 puskesmas, 4 Puskesmas PONED, 47 puskesmas pembantu, 42 Poskesdes dan 420 Posyandu (BPS, 2012).

Tenaga kesehatan. Kabupaten Takalar memiliki 532 orang tenaga kesehatan dengan kualifikasi 30 dokter umum, 16 dokter gigi, 8 apoteker, 38 sarjana kesehatan, 171 perawat dan 96 bidan (BPS, 2012). Berdasarkan data ini maka rasio bidan terhadap jumlah penduduk adalah setiap 1 bidan menangani 2.837 penduduk.

Cakupan pelayanan ibu hamil. Berdasarkan Data Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar tahun 2008-2012, cakupan kunjungan semester pertama kehamilan (K1) mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Tahun 2008 persentase K1 mencapai 96% dan tahun 2012 telah mencapai 105%.

Hasil cakupan angka K4 pada tahun 2008 persentasenya masih berada pada posisi 86%, tetapi di tahun 2012 telah mencapai 97%. Kondisi ini dapat dilihat pada Grafik 3.

Grafik 8.
Jumlah dan Persentase K1 -K4 di Kabupaten Takalar 2008-2012



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar, Tahun 2008-2012 (diolah)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/ VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota, Bab II Pasal 2 ayat 2 poin a dinyatakan bahwa target cakupan kunjungan ibu hamil K4 adalah 95% pada tahun 2015. Ini berarti bahwa cakupan K4 di Kabupaten Takalar telah mencapai target sejak tahun 2011 yaitu sebesar 96% dan meningkat lagi menjadi 97% pada tahun 2012.

AKI dan AKB. Berdasarkan LAKIP Kabupaten Takalar tahun 2011, Angka Kematian Ibu di Kabupaten Takalar terus mengalami penurunan. Pada tahun 2006 jumlahnya mencapai 6 kasus kematian, selanjutnya pada tahun 2007 terjadi 3 kasus kematian ibu. Kematian ibu yang terjadi disebabkan oleh gangguan kehamilan, persalinan ataupun nifas. Pada tahun 2008 terdapat penurunan sehingga hanya menjadi 1 kematian ibu, sedangkan pada tahun 2009 sampai 2010 tidak ada lagi kematian ibu melahirkan. Pada tahun 2012, sudah tidak lagi ada kematian ibu, dengan kata lain AKI telah mencapai angka nol.

Meskipun demikian, masalah yang masih ada di Kabupaten Takalar adalah tingginya kasus kematian neonatal (bayi baru lahir). Pada tahun 2011 rata-rata kematian neonatal masih di atas 15 kasus, dan meningkat menjadi 20 kasus kematian pada tahun 2012.

Kematian bayi dan neonatal ini erat kaitannya dengan kemiskinan. Pada kasus Kekurangan Energi Kronik (KEK) ibu hamil dan ibu melahirkan mempunyai risiko tinggi untuk bayi lahir mati atau bayi yang lahir dengan berat badan kurang. Oleh karena itu keselamatan anak dan bayi baru lahir merupakan

masalah yang masih ada di Kabupaten Takalar adalah tingginya kasus kematian neonatal (bayi baru lahir). Pada tahun 2011 rata-rata kematian neonatal masih di atas 15 kasus, dan meningkat menjadi 20 kasus kematian pada tahun 2012.

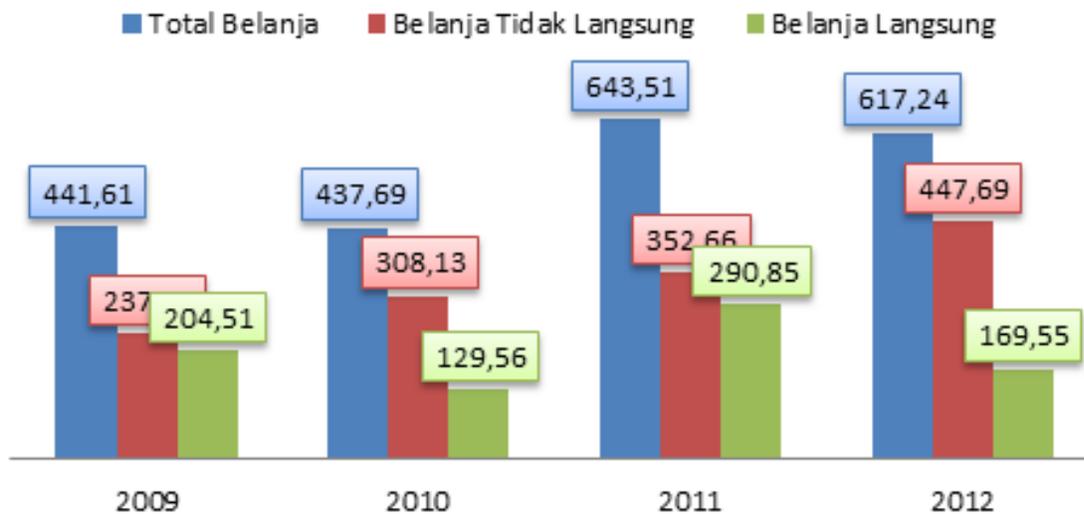
salah satu isu kesehatan MDGs yang masih menjadi pekerjaan rumah bagi Pemerintah Daerah hingga tahun 2015.

Gizi. Meskipun kematian ibu di Kabupaten Takalar relatif rendah, berdasarkan Analisis Situasi Ibu dan Anak (ASIA) tahun 2012, prioritas masalah yang perlu mendapatkan perhatian adalah KEK (Kekurangan Energi Kronik). KEK merupakan keadaan status gizi kurang. Pada ibu hamil, KEK mengindikasikan kondisi kurang gizi menahun yang diakibatkan oleh berbagai macam sebab antara lain jumlah asupan energi, umur, beban kerja ibu hamil, penyakit/infeksi, pengetahuan ibu tentang gizi dan pendapatan keluarga (Surasih, 2005). KEK sering menjadi penyebab dari berbagai macam kondisi pada kehamilan dan persalinan seperti anemia, pendarahan, infeksi dan BBLR (Bayi Berat Badan Lahir Rendah). Data ASIA Kabupaten Takalar tahun 2010 menunjukkan bahwa bumil KEK di Kabupaten Takalar adalah 594 orang dari total 6.186 orang bumil (9,6%), dimana jumlah tertinggi terdapat di wilayah Puskesmas Bulukunyi sebanyak 67 orang (20,81%) dan terendah pada wilayah Puskesmas Polombangkeng Selatan sebanyak 6 orang (2,05%). Sedangkan pada tahun 2009, dari 6036 bumil terdapat bumil KEK sebanyak 496 orang (8,22%) dimana tertinggi terdapat di wilayah Puskesmas Galesong Utara sebanyak 105 orang (21,6 %) dan terendah pada wilayah Puskesmas Ko'mara sebanyak 3 orang (0,98%). Dari data tersebut dapat diketahui bahwa terjadi peningkatan kasus ibu hamil yang KEK di Kabupaten Takalar, yang dapat menjadi bahaya laten bagi kematian ibu hamil dan ibu melahirkan serta bayinya.

Profil anggaran (kesehatan)

Salah satu wujud komitmen Pemerintah Daerah terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat dapat dilihat dari alokasi belanja pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) setiap tahun. Dana APBD Kabupaten Takalar mengalami peningkatan dari sisi belanja sejak tahun 2008 hingga 2011, walaupun sedikit menurun pada tahun 2012 (Grafik 9).

Grafik 9.
Jumlah Belanja Tidak Langsung dan Langsung Pada APBD Kabupaten Takalar 2009-2012

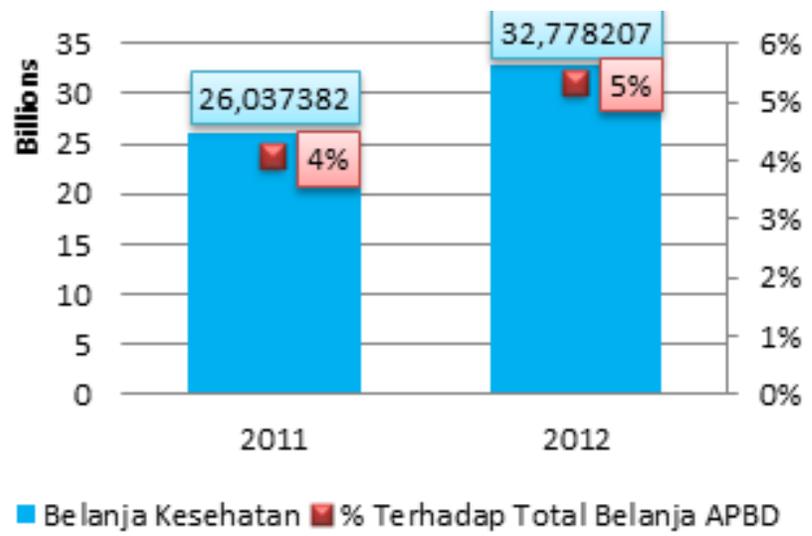


Sumber : APBD Kab.Takalar 2009-2012, setelah diolah

Belanja tidak langsung pemerintah cenderung meningkat dan mencapai 73% di tahun 2012, sehingga belanja langsung menjadi makin kecil dan hanya berkisar sekitar 27% pada tahun yang sama. Ini berarti sebagian besar anggaran pemerintah daerah masih digunakan untuk pengeluaran rutin daripada untuk pembangunan.

Dari total belanja pada Grafik 4, alokasi belanja untuk Dinas kesehatan adalah 4% di tahun 2011 dan 5% di tahun 2012, di luar alokasi belanja di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang juga menjadi bagian urusan kesehatan. Persentase ini hampir sama dengan kondisi anggaran untuk kesehatan di tingkat nasional yang hanya berkisar 3% pada tahun 2012.

Grafik 10.
Total Belanja Dinas Kesehatan dan Persentasenya Terhadap
Total Belanja APBD Kabupaten Takalar, 2011 dan 2012



Sumber : APBD Kab.Takalar Tahun 2011-2012, setelah diolah.

Pada tahun 2011, dari total belanja Dinas Kesehatan, belanja tidak langsung mencapai 68% dengan nilai nominal sebanyak Rp 17,67 milyar, sedangkan belanja langsung hanya sebesar 32% dengan nilai nominal sebanyak Rp 8,364 milyar. Pada tahun 2012 persentase belanja tidak langsung mengalami peningkatan hingga mencapai 70%.

Dari belanja langsung di Dinas Kesehatan, alokasi belanja untuk program Upaya Kesehatan Masyarakat mendapatkan alokasi belanja tertinggi dibandingkan program lainnya, dengan nilai mencapai sekitar Rp 7 miliar baik pada tahun 2011 maupun 2012. Program ini mencakup kegiatan pelayanan kesehatan penduduk miskin di puskesmas dan jaringannya, biaya operasional puskesmas, biaya operasional Jamkesmas, dan pengadaan, peningkatan serta perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya.

Alokasi belanja khusus KIA, pada tahun 2011 mencapai Rp. 111.459.000 (1% dari belanja langsung Dinas Kesehatan) dan tahun 2012 turun menjadi 44.890.000 (0.5% dari belanja langsung Dinas Kesehatan), karena adanya dana Jaminan Persalinan dari pemerintah pusat bagi ibu hamil yang melakukan persalinan di tenaga kesehatan atau tempat pelayanan kesehatan, yang efektif berlaku pada tahun 2012.

Anggaran kesehatan Kabupaten Takalar masih belum sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengamanatkan kepada pemerintah daerah/kota untuk mengalokasikan minimal 10% dari total APBD-nya di luar gaji untuk pembiayaan kesehatan. UU Kesehatan juga mengamanatkan bahwa dari 10% anggaran kesehatan tersebut, sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) diprioritaskan untuk pelayanan publik bidang kesehatan.

Konteks Penyusunan dan Penetapan Kebijakan

Masyarakat Kabupaten Takalar, sebagaimana masyarakat di banyak daerah lain di Indonesia, masih sangat terikat dengan tradisi lokal, termasuk yang terkait dengan hal-hal spiritual. Fungsi Dukun seringkali berada di ranah fisik dan spiritual, dianggap sebagai tetua yang lebih 'pintar' dan dihormati. Begitu juga dengan dukun bayi atau dukun beranak (*Sanro* dalam bahasa setempat) yang masih mendapatkan tempat istimewa di masyarakat karena peran spiritualnya dalam membantu kelahiran.

Dukun bayi bukan hanya dipercaya sebagai penolong kelahiran bayi, tapi juga sebagai orang yang memberikan kekuatan spiritual bagi ibu melahirkan dan anak yang baru lahir. Sebagian besar persalinan terjadi di rumah, karena masih percaya pada dukun dan juga biaya yang harus dikeluarkan lebih kecil dibanding jika mereka ke fasilitas kesehatan dan ditolong tenaga kesehatan. Selain itu jumlah Dukun di desa lebih banyak daripada tenaga kesehatan sehingga mudah sekali menghubungi Dukun. Padahal persalinan yang ditolong oleh dukun seringkali tidak mampu menangani komplikasi pendarahan dan infeksi yang menyebabkan kematian¹.

Pada tahun 2006, di Kabupaten Takalar ditemukan 6 kasus kematian ibu bersalin akibat pendarahan dan eklamsia yang tidak ditolong oleh tenaga medis². Walau terlihat sedikit, namun jumlah total kematian ini menyebabkan rasio AKI Kabupaten Takalar menjadi 300 per 100.000 kelahiran hidup setelah dibandingkan dengan angka kelahiran. Angka ini masih sangat jauh dari target pencapaian MDGs, sehingga menjadi keprihatinan bagi pemerintah Kabupaten Takalar.

Saat itu tengah gencar-gencarnya program GSI (Gerakan Sayang Ibu) dari pemerintah pusat yang dilakukan di Kabupaten Takalar, namun saat itu bidan-bidan muda lulusan sekolah kebidanan yang dikirim ke desa-desa masih

1 *Kemitraan Bidan dan Dukun di kabupaten Takalar*:<http://cgi.fisipol.ugm.ac.id>

2 Ibid

seringkali dianggap belum punya pengalaman yang memadai dibandingkan dukun yang dianggap lebih berpengalaman dan mudah ditemui.

Karena adanya kesamaan masalah dengan yang dihadapi oleh Dinkes Subang, Jawa Barat, -yaitu masih tingginya persalinan yang masih ditolong dukun, Dinkes Kabupaten Takalar mengikutsertakan staf Kesehatan Keluarga dan Gizi (Kasi Kesga dan Gizi) pada Juni 2006 untuk mengikuti pelatihan Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD) di sana, dimana KBD sudah dipraktekkan terlebih dahulu. Dari sanalah datang ide untuk mereplikasi program ini di Kabupaten Takalar.

Konsolidasi kemudian diadakan dengan berbagai pihak, baik dari jajaran eksekutif seperti Bupati, Wakil Bupati dan Sekretaris Daerah beserta Dinas Kesehatan dan jajaran di bawahnya serta dengan pihak legislatif (DPRD). Sambutan positif dari semua pihak di Pemerintahan Daerah sehingga Dinkes mendapatkan dukungan kuat untuk memastikan perlunya implementasi program KBD untuk diperkuat dalam bentuk peraturan daerah.

"Kesamaan Visi Misi Bupati dengan Perda ini merupakan salah satu faktor terbentuknya Perda yang sangat memperhatikan kesehatan Ibu dan Bayi baru lahir ini. Ini membuat Perda Kemitraan ini mendapat apresiasi yang sangat tinggi dari Bupati Kabupaten Takalar. Dan (beliau) menginstruksikan semua pihak yang berkepentingan untuk membantu menjalankan serta mengawasinya untuk terealisasinya Perda ini".

(Wawancara Ketua Komisi III DPRD Takalar).

Untuk dukungan dana, Dinkes Takalar mengajukan proposal ke UNICEF yang kemudian disetujui. Program KBD kemudian diujicobakan pada tahun 2007 di 5 Puskesmas yaitu Puskesmas Polongbangkeng Utara, Puskesmas Toata, Puskesmas Ko'mara di Kecamatan Galesong Utara, dan Puskesmas Galesong dan Puskesmas Bontomarannu di Kecamatan Galesong Selatan. Dalam perkembangannya, program ini dikembangkan ke semua puskesmas (Wawancara Misma Silvana, SKM., Kabid Kesehatan Keluarga dan Gizi).

Upaya mengajak dukun untuk ikut serta dalam program KBD tidak dapat dilakukan dalam waktu singkat karena masyarakat telah terbiasa mempercayakan persalinan pada dukun. Selain itu, alasan utama dari sisi dukun adalah bagaimana membuat mereka (dukun) tidak 'kehilangan wibawa' maupun pekerjaan dan pendapatan yang selama ini mereka dapatkan dari profesi sebagai Dukun Bayi. Oleh karena itu Dinkes melakukan pendekatan dengan menggunakan tradisi '*sipakatau sipakainge*' yang artinya saling menghargai, mengetahui dan mengingatkan. Meskipun menggunakan bidan dalam proses persalinan, namun tetap melibatkan peran dukun bayi sehingga eksistensi dukun tetap ada dalam masyarakat. Tradisi ini ini masih dipandang sebagai nilai budaya yang penting bagi masyarakat Kabupaten Takalar dan

Sulawesi Selatan pada umumnya³.

Langkah selanjutnya yang dilakukan oleh Pemda Kabupaten Takalar adalah meningkatkan kapasitas bidan dan dukun melalui pelatihan kemitraan. Pada awalnya mendapatkan bantuan dana dari UNICEF untuk pelatihan 5 Puskesmas. Selanjutnya ditambah pelatihan untuk 9 Puskesmas dengan menggunakan dana APBD. Para bidan dan dukun dibekali berbagai materi terkait Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Setelah pelatihan dilaksanakan, para dukun yang telah mengikuti pelatihan melakukan magang di Puskesmas. Mereka (dukun) diwajibkan hadir sesuai dengan jadwal jaga yang telah ditetapkan dan mengisi daftar hadir. Setelah 3 (tiga) bulan, proses magang tersebut dievaluasi, apakah berjalan dengan baik atau tidak. Singkatnya, program ini cukup berhasil menurunkan angka kematian ibu dan anak.

Pada pertengahan tahun 2007 indikator kematian ibu mulai menurun menjadi 3 orang, Pemerintah Daerah merasa perlu ada kekuatan hukum untuk menjamin keberlanjutan hasil tersebut. Oleh karena itu pada tahun 2008, Bupati Takalar mengeluarkan SK Bupati Nomor 01 Tahun 2008 tentang KBD. Setelah melewati proses konsolidasi dengan para pemangku kepentingan, pada tahun 2009 dibuat Rancangan Peraturan Daerah (Perda) KBD yang difasilitasi oleh UNICEF. Rancangan perda tersebut mengatur hak, kewajiban, tugas, wewenang dan sanksi dalam KBD.

Rancangan perda ini ditetapkan menjadi Perda Nomor 02 Tahun 2010 oleh DPRD pada tanggal 29 Januari 2010. Perda ini sendiri pada pembuatannya tidak dilengkapi dengan Naskah Akademik karena prosesnya dianggap sudah dijalankan oleh para pihak, sehingga yang diperlukan hanyalah jaminan hukum agar ada kepastian hukum baik bagi tim kerja termasuk bidan dan dukun sendiri, juga bagi masyarakat khususnya bagi ibu hamil dan melahirkan sebagai sasaran utama. Dengan Perda tersebut, pemerintah kabupaten Takalar melalui dana APBD menyediakan insentif untuk dukun untuk setiap proses persalinan yang mereka lakukan.

Dalam Pasal 3 Perda ini, disebutkan bahwa kemitraan bidan dan dukun bayi (KBD) bertujuan untuk mendayagunakan Dukun Bayi sebagai pendamping spiritual untuk melakukan komunikasi yang terarah sesuai dengan kebutuhan ibu hamil, melahirkan dan nifas, serta membantu bidan dalam semua proses sesuai dengan kemampuannya untuk meningkatkan cakupan pertolongan persalinan bidan dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) akibat kehamilan, melahirkan dan nifas serta mendorong kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

3 Ibid

Kabupaten Takalar menjadi daerah model bagi praktik kemitraan Dukun Bayi dan Bidan di Indonesia. Beberapa provinsi yang telah menjadikan Kabupaten Takalar sebagai daerah rujukan adalah Papua, Jawa Tengah, Banten, Sulawesi Barat, dan Maluku Utara. Direktorat Kesehatan dan pengembangan Gizi Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) juga telah melakukan kunjungan (Harpiana Rahman, 2011).

Lahirnya Perda Kemitraan Bidan dan Dukun di Kabupaten Takalar ini tidak terlepas dari peran berbagai pihak. UNICEF sebagai lembaga donor memprakarsai awal penyusunan Ranperda bersama dengan Sekda, Dinas Kesehatan dan Bappeda. Upaya ini mendapat respon dari pihak DPRD dan berbagai *stakeholder* lainnya diantaranya bidan dan kelompok LSM yang juga ikut mendorong lahirnya perda ini.

Pelaksanaan kebijakan

Sebelum KBD dilaksanakan di Kabupaten Takalar, dukun umumnya melakukan pertolongan persalinan di rumah warga dan warga hanya memanggil bidan ketika terjadi pendarahan ataupun komplikasi yang sudah tidak dapat lagi diatasi oleh dukun. Menurut Dg. Simba (Dukun Beranak di Bontomarannu Kec. Galesong Selatan), sebelum KBD dipraktikkan, dukun menggunakan cara tradisional seperti meniup dan mengurut perut ibu hamil untuk membantu proses kelahiran, termasuk juga membacakan mantra-mantra untuk menenangkan sang ibu. Setelah dilahirkan, pusar bayi dipotong menggunakan alat seadanya seperti pisau ataupun bambu yang tajam setelah itu pusar bayi diberi kunyit atau ramuan dedaunan untuk menghentikan pendarahan.

Melalui pelatihan-pelatihan KBD yang dihadiri oleh dukun, dilakukan semacam kesepakatan yaitu pembagian tugas dukun dengan bidan, dimana dukun tetap diberi peran sebagai perujuk ibu hamil dan penolong non-medis. Bentuk kesepakatan ini implementasinya di lapangan terlihat bahwa warga tidak boleh lagi ke dukun setiap terjadi proses kelahiran, tetapi harus ke bidan atau tempat layanan kesehatan lainnya. Dukun hanya mendampingi ibu melahirkan, tidak membantu proses persalinan langsung kepada ibu yang mau melahirkan seperti yang terjadi sebelumnya. Dalam setiap proses persalinan yang dirujuk dan didampingi oleh dukun, maka dukun akan mendapatkan biaya operasional sebesar Rp. 50.000 per persalinan. Biaya ini di luar dari biaya yang mereka dapatkan dari keluarga ibu yang melakukan persalinan.

“Keberadaan Perda KBD bukan untuk mematikan profesi dukun tetapi bagaimana dukun itu paham bahwa persalinan itu sangat perlu diperhatikan dan bagaimana cara agar tingkat kematian ibu hamil dan

Bayi Baru lahir itu dapat di tolong dengan tepat”(Bapak Soleman, Tim Pengawal Penyusunan Ranperda).

Menurut para dukun, peraturan tersebut tidak membuat mereka merasa tersingkirkan atau dirugikan, namun mereka mendapatkan insentif material dan juga mereka terlepas dari beban psikologis karena takut akan resiko kematian ibu dan anak yang mereka tolong.

“Keberadaan Perda Kemitraan Bidan dan Dukun memberikan keuntungan bagi kami sebagai dukun. Setiap kami mengantar ibu untuk bersalin kami diberikan biaya sebesar Rp.50.000 dari pemerintah... yang paling penting tidak lagi diliputi perasaan takut (Hamina, Dukun Galesong Utara)

Selama menjalankan tugasnya, dukun juga diberikan ruangan di Puskesmas sebagai tempat kerja mereka. Ini sesuai dengan proses yang dilakukan sebelumnya, saat dukun magang di Puskesmas terkait dengan kerja mereka dalam membantu proses ibu melahirkan. Hasilnya, para dukun berpandangan dan mempunyai rasa memiliki Puskesmas, ini seperti pegawai negeri, para dukun berkantor setiap hari di Puskesmas.

Untuk menunjang pencapaian tujuan dari program ini, maka Pemerintah Kabupaten Takalar melibatkan berbagai *stakeholder* diantaranya PKK, Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Takalar, Palang Merah Indonesia (PMI), yang terhimpun dalam Dewan Kesehatan yang telah dibentuk sejak tahun 2005 melalui SK Bupati Takalar.

Selain itu pihak Puskesmas juga diberikan kewenangan untuk berinovasi di lapangan dalam pencapaian program tersebut. Di Puskesmas, dukun juga diberikan tambahan insentif yang diambil dari anggaran kegiatan puskesmas. Pemberian tambahan insentif ini dilakukan berdasarkan beberapa indikator, misalnya tingkat kerajinan dukun dalam menjalankan tugasnya di lapangan. Hal tersebut sebagai salah satu upaya untuk lebih memicu semangat dukun agar dapat bekerja lebih baik lagi.

“Di Puskesmas Bontomarannu selain insentif Rp. 50.000 ada juga dana lain untuk dukun magang. Ada dua orang dukun magang yang bergantian masuk Puskesmas. Dari pihak Puskesmas ada juga insentif Rp. 50.000 untuk dukun magang tersebut. Kami juga melihat bahwa butuh adanya rangsangan kepada dukun agar dalam hal kinerjanya bermitra dengan Bidan dalam melakukan persalinan bertambah semangat. Puskesmas Bontomarannu juga melakukan pembinaan Kemitraan diluar program yang telah ditentukan oleh Pemerintah Kabupaten” (Kepala Puskesmas Bontomarannu Kec.Galesong Selatan).

Peran dari Kader Posyandu juga sangat membantu pelaksanaan kebijakan KBD ini. Para kader ini telah dilatih sebelum KBD dicanangkan. Setelah selesai pelatihan, kader serentak melakukan pendataan di lapangan dengan cara *door to door* untuk mencari ibu hamil. Apabila ditemukan Ibu hamil yang belum mendaftar maka dianjurkan kepada mereka untuk segera periksa di Bidan. Jika hasilnya positif hamil selanjutnya didaftar sebagai Ibu hamil baru di pustu atau di posyandu. Ibu hamil diberi buku KIA dan diberi jadwal kapan untuk melakukan pemeriksaan. Selain itu dirumah ibu hamil ditempel kartu K4K, yang berisi nama donor darah Ibu hamil dan tempat melahirkan. Ibu hamil diberi motivasi untuk menabung dalam mempersiapkan persalinannya. Tabungan tersebut dikenal dengan nama Tabulin, yang merupakan bagian dari Program Desa Siaga. Dalam menjalankan tanggungjawabnya ini, para kader Posyandu mendapatkan fasilitas biaya transportasi sebesar Rp.10.000 per bulan dari APBD.

Pembiayaan

Sumber pembiayaan pelaksanaan kebijakan Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD) ini berasal dari APBD Kabupaten Takalar, APBD Provinsi melalui program kesehatan gratis, dan bantuan dari UNICEF khususnya terkait peningkatan kapasitas bidan dan dukun. Untuk membiayai biaya operasional dukun, sebagian biaya diambil dari anggaran Jamkesmas.

Pelaksanaan kebijakan KBD di Takalar ini juga mendapat dukungan dari program pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan melalui program kesehatan gratis. Program ini sendiri memberikan bantuan keuangan ke kabupaten dengan persentase anggaran 40% ditanggung provinsi dan 60% ditanggung oleh kabupaten. Dukungan pendanaan lainnya adalah bersumber dari APBD kabupaten dan APBN.

Monitoring & evaluasi

Untuk mengetahui tingkat keberhasilan penerapan kebijakan ini di lapangan maka ada beberapa langkah yang dilakukan oleh Pemda Kabupaten Takalar melakukan beberapa kegiatan terkait monitoring dan evaluasi kebijakan yaitu:

- a. **Dinas Kesehatan melakukan evaluasi setiap 6 bulan.** Selain melalui pertemuan juga melakukan kunjungan langsung ke lapangan untuk mengetahui secara jelas kondisi sarana dan prasarana. Mereka melakukan monev hasil cakupan dari semua program terutama program kesehatan

Ibu dan Bayi baru lahir. Selain itu, ada pembinaan setiap bulan melalui lokakarya mini (lokmin) Puskesmas, dimana Puskesmas memaparkan hasil cakupan 18 indikator programnya.

- b. **Di tingkat Puskesmas, juga dilakukan evaluasi kinerja bidan dan dukun.** Setiap bulan Puskesmas mengadakan loka karya minin (lokmin) bulanan untuk melihat cakupan daritarget yang harus dicapai pada 13 indikator.(Wawancara Kadis Kesehatan)
- c. **Mekanisme pencatatan dan pelaporan kinerja,** di tingkat desa dilihat melalui buku cohort (pencatatan mulai dari Ibu hamil, melahirkan, neonatal dan balita). Setiap tanggal 25 tiap bulannya bidan merekap laporan-laporan ini di Puskesmas, yang selanjutnya dikumpulkan ke kabupaten melalui bidang Binkesmas.
Bidan dan dukun melakukan pertemuan setiap bulan yang bertujuan untuk lebih mendekatkan Bidan dengan Dukun dalam melakukan kemitraan saat menolong persalinan. Pada pertemuan tersebut dilakukan evaluasi kerja untuk Bidan dan Dukun oleh Puskesmas. Para dukun diwajibkan membawa laporan terkait dengan jumlah ibu hamil di wilayah kerjanya dan jumlah ibu yang melahirkan. Pertemuan yang dilakukan ini itu tergantung pada kebijakan setiap Puskesmas.
- d. **Selain dari pihak eksekutif, pihak DPRD juga melakukan pengawasan langsung terkait program ini.** Pihak DPRD bekerja sama dengan Dewan Kesehatan juga langsung turun ke lapangan melihat bagaimana pelaksanaan Perda di tempat-tempat pelayanan kesehatan, baik sebelum dan setelah persalinan.

Dampak/hasil kebijakan

Keberadaan Perda Kemitraan Bidan dan Dukun di Kabupaten Takalar telah memberikan dampak baik bagi masyarakat maupun bagi pemerintah setempat, antara lain:

- a. **Penurunan AKI, peningkatan cakupan pemeriksaan kehamilan dan persalinan ditolong tenaga kesehatan.** Kasus kematian ibu di Kabupaten Takalar mengalami penurunan dari 300/100.000 Kematian Hidup pada tahun 2006 menjadi 0 di tahun 2012. Begitu juga dengan indikator lainnya seperti cakupan pemeriksaan (K1, K4) dan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan. Angka K1 Kabupaten Takalar adalah 23% pada tahun 2006 (sebelum KBD), dan terus berangsur meningkat hampir 5 kali lipat sehingga mencapai 105% pada tahun 2012. Sedangkan angka K4 meningkat dari 24,37% pada tahun 2006 menjadi 97% pada tahun 2012,

begitu juga persalinan ditolong nakes yang meningkat dari 81,52% pada tahun 2010 menjadi 96,4% pada tahun 2011.

- b. Meningkatnya kepercayaan diri tim KBD, bidan dan dukun dalam bertugas karena ada jaminan hukum.** Tim Kerja Kemitraan Bidan dan Dukun (KBD) telah mendapatkan jaminan perlindungan secara hukum di lapangan dengan adanya Perda KBD sehingga mereka tidak lagi ragu dalam menjalankan tugas di lapangan. Bagi Bidan, mereka semakin mendapatkan kepercayaan dari masyarakat, dari yang tadinya masih relatif dipandang sebelah mata. Sedangkan Dukun tetap tidak kehilangan pekerjaannya, bahkan mendapatkan tambahan penghasilan Rp.50.000 ribu per kali saat membantu proses persalinan. Selain itu, dukun merasakan ilmu pengetahuan tentang cara persalinan yang aman juga semakin bertambah.
- c. Perubahan perilaku yang diamati pada tingkatan masyarakat,** yaitu ibu-ibu baik yang, hamil, melahirkan, maupun yang memiliki anak bayi dan balita. Perubahan ini baik terhadap kebiasaan memeriksakan diri dan melahirkan, maupun juga dalam kesadaran akan peranan tenaga medis.

“Sangat (banyak dampaknya), karena dulunya itu yang perilakunya itu kalo misalnya ada ibu hamil/ melahirkan dia itu selalu maupi melahirkan baru dia periksakan kehamilan. Sekarang itu dengan keterlibatan semua unsur masyarakat, begitu ada yang sudah kawin baru telat haid (sudah) disuruh mi sama keluarganya periksa ke bidan. Dulu tidak, kalau ada apa-apanya pergi mi ke dukun. Dia sudah rutin periksa karena sudah tahu akibatnya. Dulu itu dukun sangat berperan sekarang sudah tidak ada mi yang berani. (Lebih menjadi) pendamping ibu secara spiritual” (Kepala Puskesmas Galesong Utara)

Kebiasaan warga untuk imunisasi juga merupakan dampak terhadap perilaku masyarakat yang disebabkan oleh Perda ini, yang berarti dampak jangka panjangnya melebihi dari yang diharapkan.

“Sangat (berubah), contohnya dulu itu ‘kan ibu hamil itu hanya lebih percaya dengan dukun hanya satu dua orang yang ke bidan. Biasa itu kalo saya di posyandu itu ibu-ibu itu sudah sangat sadar betul, dulunya itu malas pergi imunisasi, skrg sudah terbalik itu ibu yang ingatkan kita kapan imunisasinya (Kader Kesehatan Galesong Selatan).

- d. Kabupaten Takalar menjadi salah satu tempat belajar daerah lain untuk Program KBD di Indonesia.** Walau Kabupaten Takalar sebelumnya belajar dari daerah lain yang sudah menjalankan KBD, Kabupaten Takalar lebih sukses dari tempat belajarnya. Kementerian Kesehatan RI telah mengangkat Kabupaten Takalar sebagai salah satu contoh daerah paling sukses untuk keberhasilan KBD di Indonesia, sehingga saat ini kabupaten

tersebut menjadi daerah yang sering dikunjungi daerah lain yang ingin belajar.

“Kepala Dinas Kesehatan sering diundang untuk membawakan materi ini. Beliau sudah dari beberapa daerah seperti Papua, Kementrian beberapa kali, ke Kendari satu kali, pernah juga ke Sulawesi Barat, Dr. Rasyidin juga pernah dipanggil oleh Pandaigelang dan Wonosobo sebagai pemateri untuk mensosialisasikan tentang Kemitraan Bidan dan Dukun tersebut” (Hj. Misma Silvana, Kabid Kesga dan Gizi Keluarga)

“Nantinya kami akan diundang lagi ke Manado. Itulah apresiasi yang telah kami dapat. Juga dari Sulteng, Papua, dan daerah yang lainnya” (Dr. Rasyidin, Kepala Dinas Kesehatan)

Dengan demikian, Pemda Kabupaten Takalar mendapatkan insentif bukan hanya dalam bentuk material juga tapi dalam bentuk apresiasi dari pemerintah daerah lain maupun Pemerintah Pusat.

Lessons learned

- a. **Pentingnya mendekatkan jarak psikologis antara bidan dan dukun sebagai aktor sasaran utama program dan kebijakan.** Program KBD ini sebenarnya juga dilaksanakan oleh UNICEF di 2 (dua) Kabupaten di Sulawesi Selatan yaitu Kabupaten Takalar dan Bone. Namun di Kabupaten Bone, program ini kurang berjalan baik. Salah satu hal berbeda yang dilakukan di Kabupaten Takalar ialah dengan pendekatan psikologis, yaitu mendekatkan jarak emosional antara dukun dan bidan.

“Saat pelatihan KBB, bidan dan dukun ditempatkan dalam satu kamar. Jadi setiap kamar ditempati oleh satu bidan dan 2 dukun dari desa yang sama. Sehingga dengan cara ini maka terjalin komunikasi dan hubungan emosional yang lebih baik diantara mereka, yang ujungnya dapat tumbuh kepercayaan, dengan menerapkan prinsip kesetiaan, saling memahami, dan saling menghargai, yang dalam nilai-nilai local bugis Makassar dikenal dengan istilah “sipakatau, sipakainge”. (Ibu Misma, Kabid Kesga & Gizi Dinkes Takalar).

Ini adalah modal utama yang mungkin tidak dilakukan di daerah lain, dimana umumnya terjadi keengganan bidan dan dukun untuk berbaur. Pada awalnya dimulai dari tidak adanya pemisahan kelompok mereka saat mereka berada di tempat pelatihan. Jarak psikologis yang tadinya renggang menjadi dapat dijembatani pada saat pelatihan.

Ternyata perbedaannya adalah dari segi pelatihannya. Pada saat pelatihan Bidan dan Dukun itu disatukan dalam ruangan/kamar yang sama sehingga antara Bidan dengan Dukun itu terjalin hubungan emosional. Hal itu membuat jalannya program di Kabupaten Takalar bias berjalan dengan baik (Soleman, mantan Kasubdit Sosbud BAPPEDA Takalar).

b. Penghargaan kepada dukun sehingga para dukun merasa sebagai manusia dan rekan kerja yang setara. Dukun sebagai salah satu peran utama dalam KBD diberi dukungan yang bukan hanya berbentuk insentif material (uang) saja, namun juga berupa penghargaan akan pentingnya peranan mereka dalam proses persalinan. Penghargaan juga dalam bentuk pelatihan-pelatihan 'resmi' yang mereka dapat (misalnya yang dilakukan di hotel di Makassar), dan juga akses bagi mereka untuk magang dan menggunakan Puskesmas sebagai 'kantor' mereka. Keadaan tersebut sebagai terjemahan dari prinsip 'sipakatau' dalam budaya Takalar yang kurang lebih artinya adalah 'memanusiakan manusia'

c. Dukungan dari berbagai pihak, baik eksekutif, legislatif maupun kelompok masyarakat. Sejak sebelum Perda dilegalkan, kerjasama dan konsolidasi telah dimulai, baik antara Tim Kerja, baik di dalam SKPD maupun antar SKPD, termasuk pihak perencana. Dukungan juga diberikan dari berbagai pihak bukan hanya pihak eksekutif tetapi juga pihak legislatif termasuk juga kelompok-kelompok masyarakat baik Dewan Pendidikan, LSM, maupun organisasi profesi yang terkait misalnya IDI, IBI, dan sebagainya.

"...keterlibatan semua pihak baik itu pemerintah, tokoh tokoh masyarakat bukan hanya petugas kesehatan dan kader tapi semuanya sudah terlibat. Pak desa juga sering umumkan setiap jumat di masjid. LPM juga dilatih di hotel" (Kader Kesehatan Galesong Selatan).

Dengan demikian kepemilikan kebijakan ini tidak hanya oleh satu golongan saja tetapi semua pihak yang mempunyai andil didalamnya.

d. Penempatan pegawai yang memperhatikan aspek efektifitas dan keberlanjutan. Tenaga pengelola dan pelaksana program merupakan ujung tombak dari kesuksesan suatu program/kebijakan. Karena itu selama proses pembentukan sampai pelaksanaan bahkan pengawasannya, sangat penting untuk memiliki pelaksana yang berdedikasi dan tidak dirotasi sehingga ada jaminan atas berlanjutnya program/kebijakan. Adanya pergantian Kepala Daerah seringkali menyebabkan terjadinya mutasi bagi dokter dan paramedik, yang akibatnya akan mengurangi efektifitas kerjatenaga kesehatan yang dapat menghambat keberlanjutan program.

Kotak 3.**Ibu Misma dan pengawalan Perda KBD**

Ibu Hj.Misma Silvana dulunya adalah Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi yang terlibat dalam mendorong upaya penurunan kematian ibu dan anak di Kabupaten Takalar. Beliau ikut dalam pelatihan KBD di Subang pada tahun 2006, dan termasuk pejabat yang sangat mendorong diberlakukannya KBD di Takalar sebagai replikasi dari pengetahuan yang diperolehnya di Subang. Ibu Misma Silvana sangat terlibat dalam proses konsolidasi para pihak dalam penyusunan Ranperda KBD sampai dengan penetapannya menjadi Perda pada tahun 2010.

Saat ini Ibu Misma tetap melakukan pengawalan pelaksanaan Perda tersebut di lapangan. Pengetahuan dan pengalamannya terkait kebijakan ini sangat membantu pelaksanaan kerjanya yang saat ini sudah menduduki Kepala Bidang Kesda dan Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar, dan kemungkinan sudah akan memasuki masa purna bakti di pertengahan semester kedua tahun 2013 ini.

Dengan tidak dipindahkan ke bagian lain yang tidak relevan dengan program KBD, ibu Misma dapat terus memonitor pelaksanaan program yang sama. Ini merupakan salah satu factor yang ikut mendukung Ibu Misma dalam menjalankan fungsi dan perannya secara maksimal”.

*Sumber: wawancara dengan Hj. Misma
(Kepala Bidang Kesda dan Gizi Masyarakat)*

Ada beberapa poin yang masih menjadi hambatan dalam pencapaian Program KBD di Kabupaten Takalar dimasa yang akan datang, agar hasil yang dicapai oleh program KBD ini menjadi lebih optimal.

- 1. Masih tingginya KEK dikalangan ibu hamil dan melahirkan.** Hal ini menyebabkan risiko kematian pada neonatal dan bayi lahir dengan berat badan kurang. Jika aspek ini tidak ditangani dengan lebih serius, akan mengancam kualitas bayi yang dilahirkan, dan akan berpengaruh terhadap kecerdasan dan pertumbuhannya dimasa depan. Dibutuhkan upaya peningkatan kesejahteraan secara lebih komprehensif karena KEK sangat terkait dengan ketahanan pangan dan pengetahuan akan pangan dan gizi di kalangan masyarakat.
- 2. Minimnya sarana dan prasarana kesehatan.** Ruangan instalasi persalinan sangat kecil yang mempengaruhi Bidan dalam melakukan pertolongan jika banyak pasien Ibu hamil yang ingin melakukan persalinan. Hal itu mengakibatkan ruangan Bidan Koordinasi (Bikor) di puskesmas juga dipakai untuk ANC/pemeriksaan kehamilan. Begitu juga dengan masih kurangnya peralatan medis untuk pemeriksaan dan pertolongan persalinan yang masih kurang. Semua tersebut diakibatkan kurangnya dana / anggaran untuk perbaikan dan pengadaan sarana dan prasarana

pelayanan kesehatan. Kondisi ini lebih parah lagi di lokasi gugusan pulau-pulau kecil yang sangat sulit terjangkau sehingga sulit memantau kondisi ibu hamil dan melahirkan yang berdomisili di daerah tersebut. Disisi lain fasilitas pelayanan kesehatan untuk wilayah-wilayah tersebut belum tersedia.

- 3. Paramedis kecamatan yang tinggal di wilayah kota dan perbatasan kota.** Beberapa tenaga paramedik yang secara administratif bertugas di kecamatan tetapi bertempat tinggal di Kota Makassar sehingga kinerja mereka kurang efektif karena mereka menempuh jarak pulang pergi cukup jauh Makassar-Takalar.
- 4. Keterlambatan pembayaran klaim biaya Jampersal untuk bidan.** Jampersal untuk bidan tidak diterima setiap bulan bahkan sampai terlambat hingga 6 bulan, tetapi itu tidak menghambat Bidan dalam menangani persalinan. Bila hal tersebut tidak diatasi, lambat laun akan berdampak terhadap kinerja bidan di lapangan.

Keberlanjutan

Agar Kemitraan Bidan dan Dukun ini bisa terjaga keberlanjutannya, maka diperlukan beberapa langkah sebagai berikut:

1. Mengusahakan pemerataan distribusi bidan sesuai keadaan desa, karena di beberapa tempat, jumlah bidan sudah cukup tetapi distribusinya tidak merata di tiap desa/dusun, sebagaimana jumlah dukun bayi yang ada di hampir tiap dusun.
2. Memastikan ketersediaan anggaran untuk program ini dari APBD, baik APBD kabupaten maupun provinsi.
3. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan khususnya yang terkait dengan kesehatan ibu hamil dan melahirkan.
4. Mekanisme mutasi pegawai terutama petugas kesehatan tidak berdasarkan faktor politik lokal sebagaimana yang umumnya terjadi di daerah, terjadi tetapi sebaiknya mengacu pada kualitas kinerja Pegawai Negeri Sipil dan kapasitas yang dimiliki.

Kabupaten Kupang memiliki 25 pulau, 8 pulau diantaranya belum memiliki nama. Hingga saat ini hanya tiga pulau yaitu Pulau Timor, Pulau Semau dan pulau Kera yang telah dihuni. Jumlah penduduk kabupaten Kupang hingga tahun mencapai 310.573 jiwa

Studi Kasus 3

Kabupaten Kupang

“Masalah struktural dan minimnya anggaran: rintangan penurunan kematian maternal di Kabupaten Kupang”

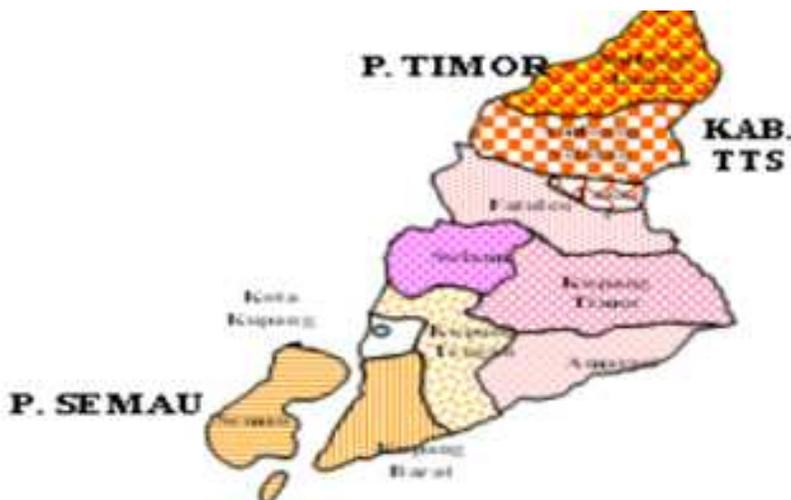
Profil wilayah

Kabupaten Kupang merupakan salah satu dari 21 kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Kabupaten Kupang terletak antara 9°19'-10°57' Lintang Selatan dan antara 121°30'-124°11' Bujur Timur. Bagian utara dan barat Kabupaten Kupang berbatasan dengan laut Sawu, bagian selatan berbatasan dengan Samudra Hindia dan bagian Timur berbatasan dengan kabupaten Timor Tengah Selatan dan Negara Timor Leste (Profil Kesehatan Kabupaten Kupang 2009). Luas wilayah Kabupaten Kupang mencapai 5.298,13 km² yang dibagi 24 kecamatan, 17 kelurahan dan 160 desa (Kabupaten Kupang dalam Angka 2012).

Kabupaten Kupang memiliki 25 pulau, 8 pulau diantaranya belum memiliki nama. Hingga saat inihanya tiga pulau yaitu Pulau Timor, Pulau Semau dan pulau Kera yang telah dihuni. Jumlah penduduk kabupaten Kupang hingga

tahun mencapai 310.573 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 159.158 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 151.415 jiwa (Kabupaten Kupang dalam Angka, 2012) dan jumlah keluarga sebanyak 74.666 KK. Wilayah yang luas menyebabkan jumlah kepadatan penduduknya hanya mencapai 59/km².

Kondisi alam Kabupaten Kupang yang cenderung



kering, berbukit dan disertai dengan konstruksi tanah yang labil membuat infra-struktur jalan yang menghubungkan desa-desa di Kabupaten ini belum memadai. Selain itu, kondisi kabupaten ini yang melintasi perairan laut, membuat pelayanan pemerintah kepada masyarakat menjadi ter-hambat, terutama pada musim angin barat yang berkisar pada bulan Oktober – Maret, dimana ketinggian gelombang laut bisa mencapai 5 (lima) meter.

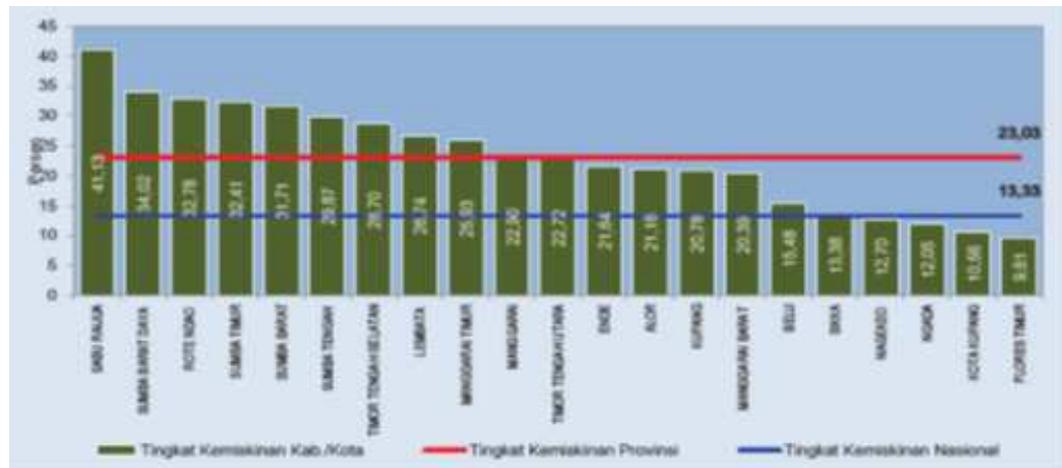
Lebih dari tiga perempat penduduk kabupaten ini bekerja di sektor primer (pertanian), khususnya pertanian lahan kering juga peternakan, sekitar 15% bekerja di sektor tersier (jasa, perdagangan dan transportasi), sedangkan sisanya bekerja di sektor sekunder (galian, tambang, konstruksi, dan lain-lain). Banyak pula tenaga kerja yang tidak terserap di daerah yang harus bermigrasi ke luar daerah.

Profil Kemiskinan

Kabupaten Kupang merupakan salah satu kabupaten dengan jumlah penduduk dan luas wilayah terbesar di Propinsi NTT. Jumlah penduduk miskin mencapai 63.100 jiwa dengan persentasi kemiskinan mencapai 20,79% berdasarkan data Susenas 2010. Ini hanya sedikit lebih baik dari rata-rata Provinsi NTT yang sebesar 23,03% dan sangat jauh di atas rata-rata kemiskinan nasional sebesar 13,33%. Walaupun terjadi penurunan tingkat kemiskinan dari tahun-tahun sebelumnya sebanyak 4%, penurunan kemiskinan di Kabupaten Kupang cenderung sangat lambat.

Namun demikian, di Provinsi NTT, Kabupaten Kupang menempati urutan ke-14 dari 21 kota/kabupaten. Membaiknya peringkat kemiskinan Kabupaten Kupang merupakan pengaruh dari otonomi daerah (Gambar 2), dimana dua pulau (Rote Ndao dan Sabu Raijua) yang persentase kemiskinannya sangat tinggi (masing-masing 33% dan 41%) telah dijadikan wilayah administratif sendiri yang terpisah dari Kabupaten Kupang sehingga akumulasi angka kemiskinan di Kabupaten Kupang menurun dengan sendirinya. Tingkat persebaran rumah tangga miskin paling tinggi terdapat di kecamatan Kupang Timur dengan jumlah rumah tangga miskin mencapai 926 rumah tangga miskin.

Grafik 11.
Tingkat Kemiskinan menurut kabupaten/kota NTT, 2010



Sumber: BPS, 2011

Dilihat dari tingkat kesejahteraan penduduknya, IPM Kabupaten Kupang relatif sangat rendah dibanding daerah lain di Indonesia yaitu 66,00 (2010), walaupun pada tahun 2011 meningkat menjadi 66,74. Rata-rata lama sekolah juga berubah menjadi 7,44 dari 6,85 tahun pada tahun 2010. Tingkat kesejahteraan penduduk Kabupaten Kupang sangat kontras dengan Kota Kupang yang berbatasan langsung, dimana angka IPM kedua wilayah mempunyai selisih sampai 10 poin.

Tabel 10.
Komponen Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Kupang dibanding Kab/kota dengan IPM terbaik dan terburuk di NTT, 2010

| KABUPATEN/ KOTA | Angka Harapan Hidup (tahun) | Angka melek huruf (%) | Rata-rata lama sekolah (tahun) | Pengeluaran per kapita (ribu rupiah PP) | IPM |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------|
| Sabu Raijua | 67,22 | 75,29 | 5,20 | 509,33 | 55,54 |
| Kab. Kupang | 65,45 | 89,02 | 6,85 | 602,43 | 66,00 |
| Kota Kupang | 72,63 | 98,52 | 11,06 | 629,51 | 77,31 |
| NTT | 67,50 | 88,59 | 6,99 | 603,75 | 67,26 |
| NASIONAL | 69,43 | 92,91 | 7,72 | 633,64 | 72,27 |

Sumber: TNP2K, 2011

Kemiskinan di Kabupaten Kupang sebagian besar dapat ditarik hubungannya dengan rendahnya produktifitas disektor pertanian dimana sebagian besar penduduk berusaha. Ketergantungan pada curah hujan menyebabkan kerentanan karena musim hujan yang pendek. Produksi tanaman pangan sering kali tidak memenuhi kebutuhan masyarakat sehingga sering terjadi rawan pangan dan kasus gizi buruk.

Masalah kekurangan air bersih juga menjadi penyebab berbagai masalah kemiskinan karena selain menyebabkan tingginya angka kesakitan seperti diare, ISPA dan lain-lain, selain juga menyita waktu baik orang tua umur produktif maupun anak sekolah untuk mencari air di tempat yang jauh, yang seharusnya bisa digunakan untuk hal lain.

Profil Kesehatan

Berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2010, Kabupaten Kupang dikategorikan sebagai wilayah bermasalah kesehatan yang miskin. Dalam skala 0-1, Kupang mendapatkan angka IPKM 0,42 dan merupakan urutan ke-8 dari bawah jika dibandingkan dengan 21 kab/kota lain di NTT

(ranking 370 nasional). IPKM paling atas di NTT diduduki oleh Kota Kupang dengan angka 0,64 (ranking 32 nasional) dan paling bawah oleh Kabupaten Manggarai dengan angka indeks 0,28 (ranking 437 dari 440 kabupaten/kota seluruh Indonesia).

Fasilitas kesehatan. Sarana kesehatan di Kabupaten Kupang terdiri atas 23 Puskesmas, 155 Pustu, 3 Poliklinik dan 680 Posyandu. Selain itu terdapat 1 Rumah Sakit Daerah, 3 Rumah Bersalin yang terletak di Penfui Timur, Baumata Utara dan Oefafi dan 14 Poskesda. Guna menunjang pelayanan tenaga kesehatan, maka sektor kesehatan kabupaten Kupang dilengkapi dengan 4 Pusling roda empat dan 112 motor yang dipakai oleh bidan desa serta 23 motor bagi bidan di Puskesmas.

Tenaga kesehatan. Berdasarkan data BPS (2012), jumlah seluruh tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Kupang hanya 767 orang. Data Dinas Kesehatan (per Agustus 2011) menunjukkan bahwa terdapat 39 dokter umum, 17 dokter gigi, 193 bidan, 20 orang perawat dan 45 tenaga kesehatan lainnya yang ditempatkan di seluruh 24 Puskesmas dan 1 rumah sakit pemerintah di Kabupaten Kupang. Secara umum rasio tenaga kesehatan (dokter gigi dan bidan) di Kabupaten Kupang cukup baik. Sedangkan rasio dokter umum per 100.000 penduduk pada tahun 2012 hampir 2 kali lipat lebih sedikit di bawah rasio NTT yang 12,3 padahal target Indonesia Sehat adalah 14,0 dokter per 100.000 penduduk.

Tabel 11:
Rasio tenaga kesehatan Kabupaten Kupang, 2012

| | Rasio Tenaga Kesehatan (per 100.00 pddk) | | | |
|------------------------|------------------------------------------|-------------|---------|-------|
| | Dokter umum | Dokter gigi | Perawat | Bidan |
| Kab. Kupang | 6,9 | 3,3 | 55,5 | 61,7 |
| NTT | 12,3 | 3,1 | 88,0 | 57,6 |
| Nasional | 14,0 | 4,4 | 91,5 | 51,0 |
| Target Indonesia Sehat | 40,0 | 11,0 | 117,0 | 100 |

Sumber: PPSDMK Depkes, 2013

Dalam hal rasio bidan per 100.000 penduduk, Kabupaten Kupang bahkan melebihi rasio pada tingkat nasional. Yang menjadi penyebab masih rendahnya pertolongan persalinan oleh bidan adalah persebarannya yang tidak merata antar kecamatan dan desa.



Cakupan pelayanan kunjungan ibu hamil. Kunjungan kehamilan trimester pertama (K1) di Kabupaten Kupang pada tahun 2011 sudah cukup baik karena telah mencapai 96.53%, sayangnya konsistensi ibu dalam memeriksakan kandungannya hingga trimester terakhir (K4) tidak berjalan dengan baik sehingga angka K4 pada tahun yang sama hanyalah 86.06%. Untuk indikator cakupan ibu hamil yang ditolong oleh tenaga kesehatan dalam proses persalinan (Tolinakes) Kabupaten Kupang, jika dihitung dari total jumlah persalinan tahun 2011 (7.820 persalinan) adalah sebesar 76.41% atau 5.975 persalinan (Kabupaten Kupang dalam Angka tahun 2012). Sedangkan jumlah persalinan di fasilitas kesehatan pada tahun 2010 adalah 78%.

AKI dan AKB. Berdasarkan Profil Pembangunan Kesehatan Kabupaten Kupang (2012), jumlah kematian bayi, kematian ibu, dan kematian balita menunjukkan trend yang membaik, terutama untuk kematian bayi yang mengalami penurunan hampir separuh yaitu dari 91 menjadi 54 kematian. Begitu juga kematian ibu yang berkurang dari 14 menjadi 13, dan kematian balita dari 24 menjadi 17 kematian antara tahun 2010 dan tahun 2011.

Gizi. Status gizi anak merupakan masalah serius di NTT pada umumnya dan di Kabupaten Kupang khususnya akibat kondisi ketahanan pangan yang buruk dan kurangnya pengetahuan akan makanan bergizi dan kesehatan anak. Kasus gizi kurang di Kabupaten Kupang misalnya, bertambah hampir 3 kali lipat, dari 2.127 kasus (2010) menjadi 6.087 kasus (2011). Jumlah yang sudah mengalami gizi baik malah berkurang sebanyak 2.871 kasus (dari 20.957 kasus pada tahun 2010 menjadi 18.086 pada 2011). Sementara itu pada tahun 2010–2011 kasus gizi buruk di Kabupaten Kupang hanya menurun sebanyak 142 kasus, yakni dari 1.299 kasus tahun 2010 menjadi 1.157 pada tahun 2011.

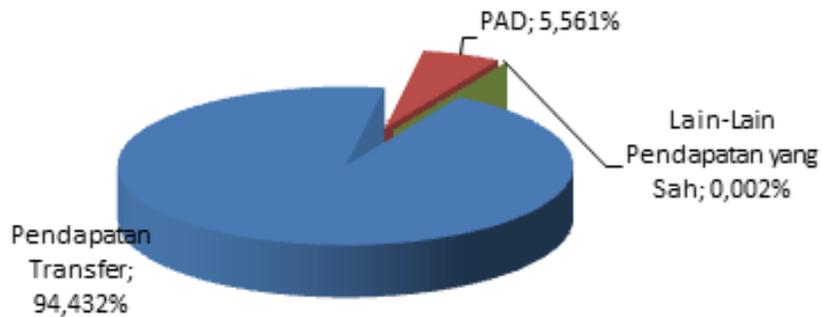
Profil anggaran (kesehatan)

Total pendapatan APBD Kabupaten Kupang setiap tahun menunjukkan adanya peningkatan. Walau demikian, penambahan ini karena semakin besarnya pendapatan transfer dari pusat dalam bentuk dana perimbangan, transfer pemerintah pusat lainnya dan transfer pemerintah provinsi. Realisasi pendapatan misalnya, naik dari Rp 541,98 milyar pada tahun 2009 menjadi Rp 601,86 miliar pada tahun 2011.

Ketergantungan pemerintah daerah Kabupaten Kupang terhadap dana pusat mencapai 94.44%. dari total anggaran (Grafik 12) Dari total pendapatan

kabupaten Kupang pada tahun 2011. Hanya Rp. 33,47 miliar yang dihasilkan dari Pendapatan Asli daerah (PAD).

Grafik 12.
Distribusi Realisasi Pendapatan Daerah
kabupaten Kupang (%), 2011



Sumber: Kabupaten Kupang Dalam Angka 2012

Pada tahun 2010, sektor kesehatan hanya mendapatkan alokasi anggaran sebesar 7.90% atau Rp. 41,127 miliar, sehingga masih merupakan masalah untuk peningkatan derajat kesehatan.

"Anggaran itu masalah yang paling utama. Karena anggaran, Kalau kita berkisar seputar 10 % - 15% jadi berkisar di seputaran 11 – 13 milyar begitu saya pikir mulai lumayan bagus. Tapi kita disini masih berkisar dibawah 8% jadi kita masih kesulitan."(Kepala Dinkes Kab.Kupang).

Dengan alokasi anggaran yang minim dan wilayah geografis yang sulit baik, serta minimnya anggaran yang dialokasikan untuk sektor kesehatan maupun spesifik pelayanan KIA, maka dapat dipastikan upaya percepatan pelayanan KIA akan sulit berhasil.

Konteks Penyusunan dan Penetapan Kebijakan

Lahirnya kebijakan percepatan pelayanan KIA di kabupaten Kupang tidak dapat dilepaskan dari semangat untuk menurunkan angka kematian ibu dan

anak yang tertuang dalam target pembangunan nasional yang tercermin dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan kesepakatan global *Millenium Development Goals* (MDGs). Dalam RPJMN 2010-2014, AKI Indonesia ditargetkan mencapai 118 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan target MDGs Indonesia untuk AKI adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup.

Pemerintah perlu melakukan pendekatan “luarbiasa” untuk percepatan penurunan angka kematian ibu dan anak melalui program-program seperti Jamkesmas, penyaluran dana BOK untuk menunjang operasionalisasi Puskesmas dan terakhir melalui program Jampersal. Program dan kebijakan dari Kementerian Kesehatan lainnya yang bertujuan meningkatkan keselamatan ibu hamil, melahirkan dan anak baru lahir adalah Desa Siaga, yang diluncurkan pada tahun 2006 (Keputusan Menkes RI Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga) yang dimaksudkan untuk pencapaian tujuan-tujuan Indonesia Sehat 2010 dan P4PK (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) yang diluncurkan pada tahun 2007. Kedua program yang menitikberatkan kerjasama dan peran serta bidan dan masyarakat dalam memantau dan memastikan keselamatan ibu dan bayi, sangat signifikan karena P4K misalnya, sampai pada tahun 2011 telah mencakup 85% dari 78.198 desa di seluruh Indonesia.

Di Provinsi NTT, pencapaian target-target MDG’s mengalami banyak hambatan, diantaranya karena tingginya tingkat kemiskinan, buruknya infrastruktur and kualitas SDM yang rendah. Selain itu masalah kebiasaan lokal yang harus dijalankan oleh ibu hamil juga seringkali menghambat dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak baru lahir seperti asupan makanan kurang bergizi dan kebiasaan ‘panggang’ ibu hamil yang berbahaya.

“...disini ibu hamil harus melakukan berbagai pantangan. Kalau keluar malam harus bawa jarum atau gunting, karena masih banyak “barang halus” yang bisa serang ibu dan anak dalam kandungan..sonde (tidak) boleh makan ikan, sonde(tidak) boleh makan nenas, nasi hitam (kerak nasi). Juga kalau ibu habis melahirkan harus dipanggang di api yang menggunakan kayu kusambi, agar fisik ibu hamil menjadi kuat.”(Jublina Bani, Kader Kesehatan).

Olehkarenaitu, untuk percepatan pencapaian target MDG’s kesehatan maternal, pemerintah provinsi meresponnya dengan menggulirkan program Revolusi KIA. Program ini dilegal-formalkan dalam bentuk Peraturan Gubernur (Pergub) NTT Nomor 42 tahun 2009 tentang Revolusi KIA. Pergub ini menekankan dua bidang intervensi yakni sisi pemerintah/swasta sebagai penyedia pelayanan kesehatan dan sisi masyarakat sebagai yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Program Revolusi KIA yang tertuang dalam Pergub NTT 42/2009,

memiliki tujuan “tercapainya percepatan penurunan kematian Ibu melahirkan dan kematian Bayi Baru Lahir melalui persalinan di fasilitas kesehatan yang memadai dan siap 24 jam dari 554/100.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2004 menjadi 153/100.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2013, dan kematian bayi dari 62/1000 Kelahiran Hidup tahun 2004 menjadi 27/1000 Kelahiran Hidup pada tahun 2013”.

Proses penyusunan Pergub tentang Revolusi KIA beserta petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknisnya dilakukan sejak pertengahan tahun 2008 hingga Juli 2009. Dalam proses penyusunan tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi NTT melibatkan aktor-aktor lintas sektoral bersama sektor terkait dan donor luar negeri. Hasil itu kemudian ditindaklanjuti dengan penyusunan rencana kegiatan masing-masing program di Dinas Kesehatan Provinsi NTT dan dilakukan sosialisasi kepada berbagai pihak terkait baik pada tingkat propinsi maupun kabupaten/kota. Upaya sosialisasi ini kemudian didukung oleh *Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health* (AIPMNH AusAID) yang ditandai dengan penandatanganan kontrak kerjasama pada tanggal 30 Juli 2009 guna mendukung pewartaan Bidang Kesehatan untuk mendukung Revolusi KIA. Hal itu dilakukan melalui Harian Pos Kupang dan Mingguan Spirit NTT.

Upaya percepatan penurunan kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir dengan cara-cara yang luar biasa melalui persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai dan siap 24 jam ini mengadopsi pola yang sudah dilakukan di negara-negara seperti Srilanka, Malaysia dan Singapura (Pedoman Revolusi KIA di Propinsi NTT , Pergub, Juklak dan Juknis, hal. 22).

Pergub Nomor 42 tahun 2009 ini menghendaki respon dari setiap pimpinan daerah tingkat kota/kabupaten dalam bentuk regulasi daerah. Oleh karena itu sebagai respon atas Pergub tersebut, setahun kemudian pemerintah Kabupaten Kupang mengeluarkan Peraturan Bupati (Perbup) Nomor 16 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelayanan KIA. Substansi dari Perbup ini adalah mengupayakan proses pemeriksaan dan melahirkan di fasilitas kesehatan dan dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Pada level kabupaten, Kabupaten Kupang melakukan upaya Revolusi KIA dengan membentuk Tim Penyusun Regulasi Perbup Revolusi KIA. Tim ini terdiri dari Bagian Hukum, Bappeda dan Dinas Kesehatan sebagai *leading sector*.

“Seharusnya Perbup ini menjadi inisiatif dari Pemerintah Kabupaten, namun dalam konteks ini kita hanya menindaklanjuti Pergub itu. Jadi pada tahun 2009 Pergub dikeluarkan, Bupati kemudian memanggil Dinas Kesehatan, Bappeda dan Bagian Hukum untuk menyiapkan rancangan Perbup tentang Revolusi KIA

itu. Dan kami kemudian membuat draft dengan rancangan itu yang kemudian pada tahun 2010 menjadi Perbup Percepatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.” (Kepala Dinkes, Dr. Mese Ataupah).

Proses penyusunan Peraturan Bupati tentang Percepatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak lebih di dominasi oleh Dinas Kesehatan terkait materi Perbup, sedangkan bagian hukum lebih mengkaji bahasa hukum dari perbup dan Bappeda berupayamelakukan sinkronisasi Perbup tersebut dengan perencanaan pembangunan di kabupaten Kupang.

Setelah terbitnya Perbup Nomor 16 tahun 2010, pemerintah kabupaten mendapat dukungan dari AusAID melalui AIPMNH. Berbagai program untuk mendukung percepatan pelayanan KIA dapat dilaksanakan atas dukungan dari AIPMNH. Bahkan AIPMNH turut menginisiasi lahirnya Draft Ranperda KIBBLA sebagai kelanjutan dari Perbup No 16 tahun 2010 tersebut. Upaya melahirkan Perda KIBBLA masih terbentur pada padatnya jadwal Prolegda, sehingga baru bisa diagendakan pada tahun 2013 ini. Peran AIPMNH dalam lahirnya perda ini diakui oleh Kepala Dinkes Kupang:

“Memang kita sedang menaikkan ke DPRD untuk dibahas.Ranperda ini sudah disiapkan, tunggu agenda dari DPRD saja untuk pembahasan.PERDA KIBBLA ini merupakan tindak lanjut dari Perbup Percepatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.Jadi dia lebih lengkap dari Perbup itu (PERBUP NOMOR 16 TAHUN 2010). Seharusnya dari tahun kemarin, tapi belum dibahas sampai sekarang.Maaf, Dananya ini juga dari AIPMNH. Karena kita tidak memiliki anggaran untuk membuat Perda KIBBLA ini. Kita harapkan ini tahun sudah bisa ditetapkan sebagai Perda. Jadi untuk PERDA KIBBLA ini, kita sangat mendapatkan dukungan dari AIPMNH baik dari segi anggaran maupun melalui berbagai kegiatan penguatan kapasitas.” (wawancara tanggal 12 April 2013).

Selain AIPMNH, peran donor lain seperti ADB juga turut berperan dalam program percepatan Pelayanan KIA, walau perannya tidak langsung pada pembuatan Perbup No 16 tahun 2010 maupun draft Ranperda KIBBLA, namun dukungan mereka pada percepatan pelayanan KIA dapat dilihat pada program NICE.

“Waktu itu yang paling berperan kalau tidak salah adalah ADB. ADB itu terkait dengan program NICE. Ada AUSAID yang juga berperan.Saya pikir dua lembaga ini yang berperan dalam hubungannya dengan sektor kesehatan. Khusus AUSAID, itu AIPMNH. AIPMNH itu berperan sangat besar dan sangat peduli dengan kita dalam upaya revolusi KIA ini. Ada juga LSM local seperti INCREASE kalau tidak salah.Itu juga sangat berbuat baik bagi daerah ini.” (Sekretaris Bappeda, Ir. Padepotan Siallagan).

Peranan donor internasional yang cukup signifikan di NTT ini tidak hanya dalam sektor kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak, namun juga dalam banyak sektor lainnya seperti pendidikan, ketahanan pangan dan gizi, kebencanaan, air dan sanitasi, dan sebagainya (BAPPEDA NTT, 2010).

Pelaksanaan kebijakan

Pelaksanaan Program KIA ini di Kabupaten Kupang, sebagaimana yang telah disampaikan sebelumnya, tidak dapat dipisahkan dan saling terkait dengan program dan kebijakan pemerintah pusat lainnya seperti Desa Siaga dan P4K. Pemasangan stiker pada rumah ibu hamil, penyediaan kendaraan untuk ibu bersalin di desa, serta tabungan-tabungan masyarakat untuk ibu melahirkan seperti Dasolin (Dana Sosial Bersalin) dan Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin), adalah bentuk-bentuk kegiatan yang bersumber dari Program Desa Siaga dan P4K. Begitu juga dengan penggunaan dana dari BOK dan Jampersal.

Dengan diberlakukannya Perbup No 16 tahun 2010, maka Bupati bertanggungjawab dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap keseluruhan kegiatan terkait, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang bertugas mengkoordinir semua kegiatan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan Ibu dan bayi yang dilakukan oleh pemerintah daerah dan swasta. Koordinasi lintas sektor untuk mendukung program ini melibatkan Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit, Bappeda, BPMD dan pihak kecamatan serta desa.

Keleluasaan pada Puskesmas untuk melakukan inisiatif-inisiatif untuk percepatan pelayanan kesehatan Ibu dan Anak selain karena memang kebanyakan dana operasional kesehatan masyarakat dari pusat langsung dikelola oleh Puskesmas, juga karena Dinas Kesehatan lebih kepada menjalankan fungsi koordinatif, dan ujung tombak pelaksanaannya diletakkan pada Puskesmas.

“Untuk pengawalannya, kita dari dinas menjalankan fungsi koordinasi. Yang melaksanakan program itu adalah Puskesmas. Yang sedikit (menjadi) soal, adalah dukungan finansial untuk keberlangsungan program ini yang masih menjadi kendala. Jadi kita melepaskan sepenuhnya pada Puskesmas untuk dengan sumberdaya dan dana yang ada mereka coba buat program ini berhasil. Kita ingin agar dari segi dana bisa mendukung agar program ini berjalan lancar, tapi kita masih keterbatasan dana” (Kepala Dinkes, Dr. Mese Ataupah)

Peranan kepemimpinan seorang Kepala Puskesmas terhadap jalannya program

sangat berpengaruh. Akibatnya, dengan program yang sama, hasilnya bisa beragam di puskesmas yang berbeda. Puskesmas Takari, Oekabiti, Nekamese, Tarus, Oesao dan Batakte yang juga merupakan Puskesmas dampingan AIPMNH misalnya, relatif berhasil dalam melakukan inovasi-inovasi terkait percepatan pelayanan kesehatan, sedangkan Puskesmas lainnya masih jauh dari yang diharapkan.

Inovasi yang dilakukan oleh Puskesmas Oekabiti dalam hal pelaksanaan program percepatan KIA dapat dilihat pada upaya *sweeping* pasien yang dilakukan pada ibu hamil. Upaya *sweeping* pasien yang dilakukan bertujuan untuk melayani ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilannya di sarana kesehatan, sehingga tidak ada ibu hamil yang tidak memeriksakan kandungannya pada petugas kesehatan.

Sedangkan di Puskesmas Nekamese, inovasi yang dilakukan bahkan mendahului Pergub Revolusi KIA. Semangat Revolusi KIA sudah dilakukan oleh Puskesmas Nekamese dengan penanggungjawab adalah kepala Puskesmas Nekamese, Ibu Maria Angela, AMD, Keb. Puskesmas Nekamese membentuk Jaringan Kemitraan yang melibatkan Kader Kesehatan, dukun dan tenaga kesehatan.

"Kalau disini, kita buat jaringan kemitraan. Kemitraan bidan dan dukun itu, jadi kader, dukun dan orang-orang yang dipercaya ibu hamil itu kita pakai dia, sehingga disini prosesnya itu, waktu ibu hamil mengetahui dia hamil dan dia periksa, kita langsung suruh dia menentukan, siapa kader atau dukung yang ia inginkan untuk mendampingi. Lalu kita suruh datangkan kader atau dukun untuk buat kesepakatan, karena bisa saja ibu hamil memilih kader atau dukun itu, tapi kader atau dukun tidak setuju, karena jauh atau ada kesibukan. Jadi kesepakatan itu untuk ibu hamil yang suka pada kader tersebut tapi juga kader atau dukun itu suka juga untuk melayani. Jadi supaya mereka semua ada pendampingan." (Kepala Puskesmas Nekamese, Maria Angela).

Menurut pengakuan Kadis Kesehatan, kelemahan dalam tim pelaksana adalah tidak berjalannya koordinasi lintas sektor. Namun demikian, koordinasi di tingkat puskesmas relatif berjalan baik, dimana seperti di Puskesmas Oekabiti, dilaksanakan rapat reguler setiap bulan untuk mengevaluasi capaian kinerja, dan di Puskesmas Nekamese dilakukan pertemuan Kemitraan sebanyak 2 kali setahun yang bertempat di puskesmas atau desa tertentu yang disepakati.

Pembiayaan

Keterbatasan anggaran adalah masalah klasik yang ditemui dalam pelaksanaan program Percepatan Pelayanan KIA ini. Responden dari DPRD mengungkapkan bahwa alokasi anggaran yang ditujukan untuk mendukung program ini bersifat fluktuatif, disesuaikan dengan rencana anggaran yang disusun oleh dinas. Menurutnya, alokasi anggaran yang diusulkan oleh Dinas tersebut, itu yang dimasukkan dalam rancangan APBD. Namun belum tentu anggaran itu disetujui oleh DPRD. Dalam rapat pembahasan APBD, bisa terjadi pengurangan alokasi anggaran.

Data Dinas Kesehatan tahun 2010 menunjukkan bahwa alokasi anggaran untuk percepatan pelayanan KIA hanya berkisar 0,083% dari total APBD yang berjumlah Rp. 465,16 milyar,- atau hanya mencapai Rp 386,5 juta. Alokasi anggaran dari APBD ini juga masih jauh dibawah bantuan dari beberapa lembaga donor internasional. Secara keseluruhan, alokasi anggaran untuk program Percepatan Pelayanan KIA mencapai Rp 1,327 milyar.

Tabel 12.
Alokasi Dana Program KIA Kabupaten Kupang, 2010

| No. | Sumber dana | Besar dana (Rp) | Keterangan |
|-----|-------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | APBD | 386,546,500 | |
| 2 | Dekon | 54,995,000 | |
| 3 | UNFPA | 202,445,000 (Dinkes.146,830,000) | Fokus 3 Puskesmas (Rp 55,615,000) |
| 4 | UNICEF | 216,870,000 | 23 Puskesmas |
| 5 | AIP-MNH | 216,870,000 | |
| | Total 2010 | 1,327,856,500 | |

Sumber: Dinkes Kabupaten Kupang, 2010

Dari total alokasi anggaran program KIA tahun 2010 di kabupaten Kupang (Tabel 9), APBD kabupaten menyumbang 29.11% dari total alokasi untuk KIA, Dinas Kesehatan Propinsi menyumbang 11.06% untuk program KIA dan lembaga donor internasional mengucurkan dana untuk program KIA sebesar 59.83%.

Dalam situasi seperti itu, tenaga medis di Puskesmas sebagai tenaga pendorong program masih sangat bersemangat dalam bekerja dan tidak

melihat pembiayaan sebagai faktor yang menghambat keberhasilan program, seperti yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas Nekamese yang secara kreatif melakukan beberapa inovasi sebelum Pergub dan Perbup bahkan diluncurkan.

Kotak 4. Inovasi di Puskesmas Nekamese

“Saya orang yang tidak terlampau pikirkan bantuan terutama dana. Bagi saya, yang paling utama adalah mereka sudah mau buat program itu sehingga bisa menjadi dasar bagi kita untuk melakukan sebuah revolusi KIA. Terusterang anggaran dari pemerintah Propinsi hanya untuk beberapa tempat tidur dan itu baru saja diberikan. Selebihnya swadaya kita. Tapi saya tidak persoalkan itu, yang penting ada program itu. Toh tanpa ada itu program, kami sudah lakukan sebelumnya.

Jadi bagi saya, ketika Pergub dan Perbup itu keluar, membuat kita merasa kuat. Ooo.. ternyata apa yang kita rencanakan itu didukung dengan Pergub dan Perbup itu.

Jadi saya waktu itu senang sekali, niat mulia saya pada awal saya rancang revolusi KIA itu akhirnya didukung. Waktu itu kita pro dan kontra disini. Ini menjadi persoalan besar-besaran disini, karena banyak yang tidak setuju dengan apa yang saya buat., tapi akhirnya dengan didukung oleh Pergub dan Perbup, maka tidak ada lagi yang bisa kontra, karena kita menjalankan aturan. Itu yang menyebabkan saya tidak terlampau persoalkan dana.

Coba bayangkan, saya menganjurkan ibu hamil harus melahirkan di fasilitas yang serba darurat itu, lalu terjadi kematian, maka keluarga ibu melahirkan itu akan menyalahkan saya, mereka mengatakan bahwa kalau melahirkan di rumah tidak akan meninggal, namun karena melahirkan di fasilitas maka ibu atau anak meninggal. Tapi dengan ada pergub dan perbup ini, khan saya bisa katakan bahwa ini amanat perbup.

Untuk mendukung Perbup ini juga, segala prasarana yang ada seperti rumah dinas kepala puskesmas, sekarang ini kita sulap menjadi klinik bersalin, gudang kita sulap menjadi rawat inap, dan lain-lain, serta rumah darurat yang tadinya menjadi klinik kita jadikan sebagai rumah tunggu bagi keluarga ibu hamil. Mereka bisa tidur di situ dan memasak seperti rumah sendiri. Itu semua atas swadaya kita, karena kalau mau harap uang pemerintah, pasti tidak akan bisa. Intinya kita maksimalkan potensi yang ada.”

Sumber: Wawancara dengan Kepala Puskesmas Nekamese, Maria Angela.

Kebijakan Revolusi KIA seharusnya diikuti dengan hal-hal ‘revolusioner’ lainnya seperti alokasi anggaran, serta ketersediaan sarana dan prasarana. Namun, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang mengakui bahwa perhatian Pemerintah Propinsi terkait program Revolusi KIA dalam bentuk alokasi dana sangat tidak pasti.

“Kalau mau jujur, dengan keluarnya Pergub dan Perbup ini, tidak ada implikasinya terhadap alokasi anggaran... Jadi pada tahun 2010, kami naik

banyak (anggaran). 2011 mulai turun tapi masih lumayan, tahun 2012 turun sekali dan tahun 2013 ini turun lagi. mungkin ini karena keterbatasan dana, jadi saya tidak mau campur di urusan tersebut,” (Kadinkes Kab. Kupang, Dr. Mese Ataupah).

Tidak adanya komitmen anggaran yang jelas membuat Dinas Kesehatan harus tergantung kepada dana-dana ‘konvensional’ yaitu dari pusat dan donor internasional untuk membiayai Revolusi KIA.

Monitoring & evaluasi

Dinas kesehatan menerapkan standar monitoring berdasarkan Standart Pelayanan Minimal (SPM) dengan merujuk pada Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Selain SPM berdasarkan Juknis tersebut, Dinas Kesehatan melakukan monitoring dengan menggunakan indikator pengukuran kinerja kegiatan.

Monitoring ini dilakukan setiap bulan. Indikator yang ada dievaluasi setiap bulan dan setiap tiga bulan. Dalam evaluasi yang dilakukan dinas tersebut, akan dilihat keberhasilan maupun kegagalan dari puskesmas yang menjalankan program percepatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, sebagaimana dikatakan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang (wawancara tanggal 12 April 2013).

Standar baku masih digunakan dalam format pencatatan dan pelaporan. Bentuk pelaporan dan pencatatannya berjenjang, di mana tenaga kesehatan yang paling bawah seperti bidan membuat laporan dan diberikan kepada puskesmas dan dari puskesmas direkap untuk diserahkan pada dinas Kesehatan.

“Kita ada format pencatatan dan pelaporannya. Jadi ada standar baku yang kita gunakan. Di tingkat puskesmas, kepala puskesmas mendapat laporan dari bawahannya, lalu kepala puskesmas membawa hasil pencatatannya dan laporannya ke kami di Dinas. Nanti hasil itu kita lihat, mana yang sudah baik atau yang belum baik sesuai dengan standar kita.” (Kadis Kesehatan Kabupaten Kupang).

Monitoring dan evaluasi program Percepatan Pelayanan KIA dilakukan berdasarkan indikator kegiatan dan Standar Pelayanan Minimal. Pihak

pemerintah sebenarnya juga mengharapkan adanya monitoring yang dilakukan berdasarkan perspektif pengguna, namun belum dapat dilakukan karena ruang yang telah disediakan oleh Dinas Kesehatan belum digunakan oleh masyarakat.

"Saya berupaya untuk membentuk semacam badan pengkritik Puskesmas yang bisa kita dapat dari masyarakat. Ternyata untuk mencari orang yang mau ikut mengeritik puskesmas ini, kesulitan di lapangan sangat tinggi. Tidak ada orang yang mau mengeritik. Memang selain sungkan, kualitas masyarakat untuk mengeritik juga tidak ada. Mungkin dibelakang ada kritik, tapi ruang yang dibuka untuk itu, tidak ada yang pakai. Ada juga kotak saran yang dibuat, tapi itu hanya kotak kosong saja. Tidak pernah ada isinya.... Akhirnya saya minta pada tenaga medis untuk jangan pasif menunggu. Setiap hari rabu, petugas medis kasih kertas kepada mereka untuk tulis. Itu pun tidak jalan juga. Jadi saya bingung juga. Sikap kritis masyarakat ini yang harus kita bangun bersama."
(Kadis Kesehatan Kabupaten Kupang)

Masyarakat masih bersikap apatis terkait permasalahan pelayanan kesehatan. Padahal, seandainya masyarakat ikut melakukan kritikan atau memberikan indikator pelayanan berdasarkan perspektif mereka, maka proses percepatan pelayanan akan dapat berjalan sedikit lebih baik.

"Nah ini yang paling susah. Kalau seandainya masyarakat ikut membantu dalam pengawasan, saya pikir itu jauh lebih baik. Saya sebenarnya senang kalau ada masyarakat yang turut membantu dalam mengawasi kinerja tenaga medis, tapi itu tidak terjadi. Saya sendiri lagi bingung-bingung, kenapa kayaknya masyarakat itu apatis, itu saya juga lagi bingung." (Kadis Kesehatan Kabupaten Kupang)

Selain prosedur tetap dan pertanggungjawaban melalui lembaga audit, DPRD juga melakukan pengawasan terhadap berjalannya program pelayanan kesehatan ibu dan anak baik dari segi pelaksanaan maupun anggaran. Anggota DPRD Kabupaten Kupang yang diwawancarai mengungkapkan bahwa upaya pengawasan yang dilakukan dewan dilakukan 3 kali dalam setahun melalui kunjungan lapangan dan reses. Dalam kunjungan lapangan tersebut, DPRD berdialog dengan masyarakat terkait berbagai program pemerintah, dan tidak menutup kemungkinan mendapatkan informasi terkait Program percepatan Pelayanan KIA. Berdasarkan informasi yang didapat tersebut, DPRD akan meminta pertanggungjawaban eksekutif dalam sidang bersama DPRD kabupaten Kupang.

Sedangkan yang terkait penggunaan anggaran pelayanan KIA yang bersumber diluar APBD Kabupaten, tidak dapat dikontrol penggunaannya

oleh DPRD Kabupaten karena menurut responden DPRD kabupaten, mereka hanya melakukan pengawasan terhadap dana APBD Kabupaten, dan tidak melakukannya untuk dana dari pusat dan provinsi.

Dampak/hasil kebijakan

Dari beberapa data dan wawancara dengan responden, kebijakan percepatan pelayanan KIA yang merupakan turunan dari Revolusi KIA ini telah membawa beberapa indikasi dampak sebagai berikut:

- a. **Meningkatnya cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum melahirkan.** Ini Nampak dari meningkatnya cakupan indikator K1 dan K4 antara tahun 2009 sampai 2011, sebagaimana yang ditunjukkan dalam data berikut ini.

Tabel 13.
Persentase K1 dan K4 Kab Kupang 2008-2011

| Tahun | Prosentase K1 | Prosentase K4 |
|-------|---------------|---------------|
| 2008 | 93,47 | 75,07 |
| 2009 | 94,04 | 80,12 |
| 2010 | 94,35 | 84,49 |
| 2011 | 96,53 | 86,06 |

Sumber: Dinkes Kab. Kupang, 2012

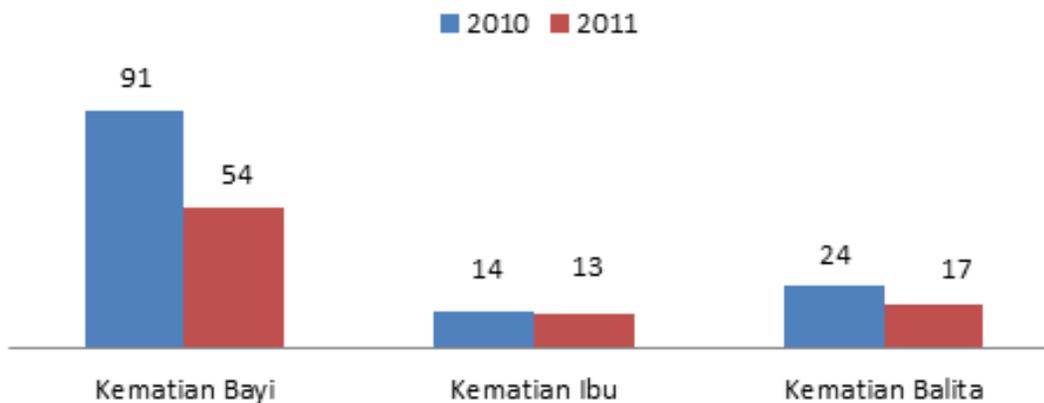
Namun demikian, peningkatannya sangat tipis, hanya sekitar 2% baik K1 maupun K4, antara tahun 2010 sampai 2011, yang berarti belum ada peningkatan 'revolusioner' yang terjadi setelah kebijakan dan program ini dijalankan. Begitu juga dengan selisih persentase cakupan K1 dan K4 yang masih cukup jauh merupakan tantangan bagi upaya penurunan kematian ibu dan bayi di Kabupaten Kupang.

Berkaitan dengan ini, beberapa responden juga mengatakan bahwa ada perubahan perilaku masyarakat untuk memeriksakan kandungan di fasilitas kesehatan. Walau demikian, hampir semua responden yang

diwawancarai mengungkapkan bahwa perubahan tersebut bukan hasil intervensi program tetapi lebih pada kemauan dan upaya keras dari tenaga kesehatan di Pusekesmas dan di desa untuk mensukseskan kegiatan tersebut.

- b. Menurunnya jumlah kematian bayi, balita dan ibu di Kabupaten Kupang.** Menurut catatan dari Dinas Kesehatan, untuk ketiga indikator ini telah terdapat pengurangan, terutama untuk jumlah kematian bayi, yang menurun hampir separuh dari 91 menjadi 54 antara tahun 2010 dan 2011. Sedangkan kematian ibu hanya berkurang sebanyak satu orang dari tahun sebelumnya, dan kematian balita berkurang dari 24 menjadi 17 orang (Grafik 13).

Grafik 13.
Jumlah Kematian Bayi, Balita dan Ibu di Kabupaten Kupang 2010-2011



Sumber: Profil Singkat Pembangunan Kesehatan Kabupaten Kupang (Dinkes, 2012)

Namun demikian, peneliti sedikit mengalami kesulitan untuk mendapatkan data yang akurat tentang rasio AKI, AKB dan AKBA ini karena sulitnya mendapatkan data dengan perhitungan yang konsisten dan jumlah kelahiran hidup total yang bisa digunakan peneliti untuk menghitung rasio AKI, AKB dan AKBA yang bisa diperbandingkan dengan sebelum program dijalankan.

- c. Perubahan pandangan masyarakat terhadap bidan dan fasilitas kesehatan.** Sebelumnya, masyarakat masih cenderung menganggap rendah keberadaan bidan jika dibandingkan dengan dukun, karena

bidan dianggap “anak kemarin”, “bau kencur” dan sebagainya, apalagi karena ada bidan yang masih belum menikah sehingga dianggap tidak berpengalaman. Namun menurut Bidan Elisabeth Lamalero, karena usaha yang terus-menerus dan sosialisasi serta sweeping, anggapan-anggapan tersebut mulai berkurang. Ibu-ibu hamil dan melahirkan juga merasakan adanya perubahan tersebut.

“dulu disini belum ada bidan, jadi ibu hamil dan melahirkan diurus oleh dukun. Dukun juga melakukan pemeriksaan kehamilan. mereka bisa tahu kalau anak itu posisinya sudah betul atau miring. Mereka bisa tahu dan melakukan upaya untuk meluruskan dengan cara urut. Dulu orang kampung hanya percaya dukun, karena dong (mereka) bisa ramal, anak itu laki-laki atau perempuan, bisa tahu waktu melahirkan dan tahu posisi anak itu lagi baik atau tidak. Barangkali itu yang buat masyarakat lebih percaya dukun... tapi sekarang masyarakat sudah percaya bidan dan bawa ke puskesmas, karena ada alatnya yang bisa bantu kalau pendarahan dan lain-lain” (Felisitas Ndoen, ibu melahirkan)

Keberadaan peralatan kesehatan yang terlihat ‘modern’ juga terbukti bisa membantu dan menyelamatkan ibu saat terjadi pendarahan atau komplikasi lain dalam kelahiran juga meningkatkan kepercayaan terhadap bidan dan sadar tentang manfaat melahirkan di fasilitas kesehatan seperti Puskesmas.

Lessons learned

- 1. Regulasi berupa Pergub, Perbup, sampai Perdes menjadi payung hukum karena bersifat mengikat dan ada sanksi yang mengatur.** Aturan menjadi pengikat bagi masyarakat maupun semua pihak yang terlibat untuk bisa melaksanakannya, hal yang sebelumnya dilakukan secara sporadis saja.

“...lalu Perdes seperti pada beberapa desa, walau banyak desa yang belum buat perdes tersebut, tapi salah satu desa di kecamatan ini sudah ada perdes KIA nyakni di desa Oenif. Adanya Perdes itu membuat masyarakat terikat untuk menjalankan muatan Perdes, karena ada sanksinya. Dan ini faktor yang mendukung” (Kepala Puskesmas Nekamese Maria Angela)

- 2. Kerjasama para pihak penting untuk mendorong berjalannya percepatan pelayanan KIA sampai tingkatan masyarakat.** Adanya dukungan dan kerjasama berbagai pihak seperti aparat dari kecamatan,

kepala desa sampai RT/RW dan juga donor seperti AIPMNH dan LSM lokal seperti INCREASE sangat membantu dalam percepatan pelayanan KIA.

“Faktor pendukung itu salah satunya kerjasama di tingkat kecamatan sampai desa kelurahan, dusun RT/RW...serta dukungan AIPMNH dalam segi dana maupun LSM lokal Increase yang berkecimpung dalam program Desa Siaga dan KIBBLA yang berpengaruh pada keberhasilan program ini.”(Kepala Puskesmas Nekamese dan Oekabiti).

- 3. Semangat sukarela dan kerja keras tenaga medis seperti bidan di lapangan.** Tenaga medis masih mau melakukan kerja untuk mendukung percepatan penurunan AKI ini walau insentif mereka ada yang dipotong untuk mendukung biaya transport bagi kader dan tenaga dukun yang mendampingi ibu hamil, serta berbagai swadaya lainnya dalam bentuk tenaga untuk mensukseskan kegiatan-kegiatan terkait percepatan penurunan AKI di lapangan.
- 4. Anggaran merupakan faktor klasik yang menghambat keberhasilan program percepatan pelayanan KIA.** Keterbatasan anggaran ini membuat Dinas Kesehatan Kabupaten tidak banyak memiliki kebebasan dalam melaksanakan program. Sebagian besar adalah dana pusat yang dikelola oleh Dinkes dan pihak Pusekesmas, berupa dana-dana seperti Jampersal dan BOK, yang juga dibagi dengan kader kesehatan dan dukun. Dukungan donor seperti AIPMNH, UNFPA, UNICEF dan lain-lain akhirnya juga menjadi signifikan. Dana dari propinsi juga sangat terbatas. Faktor anggaran adalah persoalan serius karena kondisi wilayah Kabupaten Kupang yang sangat luas dan terdiri dari 3 pulau besar serta infrastruktur yang tidak memadai, sebagaimana yang disampaikan oleh Sekretaris Bappeda Kabupaten Kupang.

“Pendanaan merupakan masalah terbesar yang menghambat suksesnya percepatan kesehatan ibu dan anak. Alokasi anggarannya masih sangat kecil jika dibandingkan dengan luas persebaran penduduk di kabupaten Kupang...” (Ir. Padepotan Siallagan, Sekretaris Bappeda Kab. Kupang).

- 5. Infrastruktur dan sarana prasarana kesehatan yang belum memadai.** Bagaimanapun kerja keras maupun anggaran untuk percepatan pelayanan KIA, jika infrastruktur seperti jalan dan fasilitas kesehatan tidak tersedia maka upaya penurunan AKI yang progresif tetap akan sulit diharapkan terjadi. Puskesmas Nekamese misalnya, terpaksa harus berswadaya menjadikan rumah tenaga kesehatan sebagai tempat bersalin maupun ruang rawat inap yang layak, walaupun bukan puskesmas PONED, karena terbatasnya sarana untuk menjadi Puskesmas PONED. Keterbatasan sarana prasarana ini dikeluhkan oleh kepala Puskesmas serta kader desa.

“ bagi saya, melahirkan di fasilitas kesehatan memang baik, namun karena jarak yang jauh dan transportasi yang tidak ada, maka bagi saya melahirkan difasilitas kesehatan itu masalah besar. Ibu hamil baru mau pi (pergi) fasilitas kesehatan, karena jalan rusak, maka ada yang melahirkan di jalan... memang apa yang pemerintah buat itu baik, sejauh (asalkan) segala fasilitas telah ada.” (Jublina Bani, Kader Kesehatan Nekamese).

Dari kutipan wawancara dengan responden di atas dapat dilihat bahwa jika masalah infrastruktur tidak ditangani dengan serius, dan keharusan untuk melahirkan di fasilitas kesehatan tidak selalu membawa kebaikan.

Keberlanjutan

Dengan masih banyaknya masalah yang dihadapi, keberlanjutan program merupakan tantangan bagi pemerintah Kabupaten Kupang. Upaya menjaga keberlanjutan merupakan hal sulit jika berkaca pada program sebelumnya, yakni program KB. Beberapa responden mengatakan bahwa walaupun nampak berhasil membuat pasutri di Kabupaten Kupang melaksanakan program KB, namun ketika program tersebut kurang diperhatikan pemerintah, banyak pasutri tidak lagi mengikutinya. Oleh karena itu untuk menjamin keberlanjutan:

- 6. Alokasi dana yang konsisten dan progresif dari APBD,** untuk memastikan bahwa bidan dan kader yang merupakan ujung tombak untuk mengurangi kematian ibu hamil dan melahirkan serta bayi masih akan terus melakukan tugasnya dengan insentif yang memadai. Pendanaan dari donor asing tidak lagi boleh dilihat sebagai sumber pendanaan utama karena tidak dapat dijamin keberlanjutannya.
- 7. Peningkatan kesadaran masyarakat secara intens untuk jangka pendek dan peningkatan tingkat pengetahuan dan pendidikan masyarakat dalam jangka panjang.** Dalam jangka pendek, sosialisasi terus menerus oleh kader-kader ditingkat akar rumput sangat penting karena ada kecenderungan niat baik kader dan bidan untuk melakukan *sweeping* ibu hamil ternyata menimbulkan masalah baru, yakni adanya indikasi penurunan kunjungan ibu hamil ke sarana kesehatan, karena mereka mengharapkan didatangi petugas medis ke rumah mereka. Dibutuhkan kesadaran untuk mengetahui pentingnya berkunjung ke fasilitas kesehatan. Ini bisa disosialisasikan tidak hanya kepada para perempuan namun juga kepada suami dan keluarga lainnya

Selain itu ketimpangan tingkat kemiskinan, status gizi dan tingkat pendidikan, terutama tingkat pendidikan perempuan, yang juga cukup jauh antara wilayah barat dan timur Indonesia membuat upaya untuk mempercepat penurunan AKI terhambat

untuk mengingatkan. Berbagai studi telah membuktikan bahwa tingkat pendidikan perempuan di suatu wilayah sangat berpengaruh terhadap penurunan kematian ibu, sehingga dalam jangka panjang menaikkan tingkat pendidikan perempuan adalah jalan keluar yang harus dilakukan.

- 8. Percepatan pembangunan infrastruktur dasar terutama jalan dari dan menuju fasilitas kesehatan serta sarana air bersih serta peralatan di dalam bangunan tersebut.** Masih tingginya kelahiran di rumah kebanyakan adalah akibat dari jarak yang jauh dan infrastruktur jalan yang buruk. Jika ini sudah diatasi, akan menekan ongkos transport dan waktu penanganan persalinan, baik yang normal, namun terutama yang mengalami komplikasi.

Kotak 5. Tetap berupaya walau dana minim

Latar belakang sebagai seorang Bidan membuat Maria Angela, AMD, Keb, Kepala Puskesmas Nekamese perlu untuk memperhatikan kesehatan ibu dan anak. Ketika menjadi kepala Puskesmas, beberapa aksi revolusioner telah dilakukannya. Misalnya, walaupun program Revolusi KIA baru dicetus pada tahun 2009, namun di Puskesmas Nekamese, Revolusi KIA telah dicanangkan dari tahun 2008. Tepatnya pada bulan November bertepatan dengan peringatan hari kesehatan nasional.

“Sebenarnya kalau program Revolusi KIA di wilayah Nekamese sendiri, seperti yang kapan hari saya jelaskan. Sebelum Revolusi KIA itu muncul ke permukaan, kami sudah punya program ini. Dengan satu pemikiran bahwa wilayah Nekamese ini dekat dengan Kupang, banyak sekali bidan yang tidak tinggal di desa. Semuanya pergi-pulang. Jadi pelayanan kepada masyarakat itu tidak 24 jam,” ungkapnya saat diwawancara.

Langkah revolusi yang dilakukan adalah membuat klinik bersalin yang bersifat darurat. Atas kerjasama dengan masyarakat, klinik bersalin yang dinding “bebak” disulap menjadi klinik bersalin. Memang sangat darurat, namun baginya sangat membantu warga, dimana proses persalinan bisa dipantau dengan baik, ada penerangan yang cukup memadai jika dibandingkan dengan melahirkan di rumah masyarakat. Walau dinding berlubang, tidak menutupi semangat ibu Maria Angela untuk bekerja. Karung plastik mulai dikumpulkan untuk menutup lubang-lubang di dinding, tempat yang dijadikan ruang bersalin itu.

Pada tahun selanjutnya, pemerintah membuat fasilitas penginapan untuk tenaga kesehatan di Puskesmas Nekamese, dan rumah-rumah permanen itu kemudian disulap menjadi Klinik bersalin, ruang rawat inap dan berbagai fungsi medis lainnya. Semua ini dilakukannya tanpa bantuan dana dari pemerintah kabupaten maupun propinsi. Rumah bekas klinik bersalin dijadikan sebagai rumah tunggu bagi keluarga pasien, mengingat jarak rumah warga dengan fasilitas kesehatan sangat jauh dan sarana transportasi yang hamper tidak ada di kecamatan ini.

Bekerja dengan sumberdaya local yang ada menjadi spirit utama kepala puskesmas ini. Untuk pemenuhan air bersih, dilakukan dengan menggunakan terpal sebagai penampung air bersih. Perjuangannya tidak sia-sia. Lembaga donor seperti AIPMNH menawarkan bantuan untuk memberikan bantuan fibre tank untuk menampung air bersih. Dari dana yang ada, kemudian ibu Maria Angela memakai sumberdaya local dan dukungan partisipasi masyarakat, sehingga kelebihan dana itu bisa digunakan untuk membuat tempat tidur bagi ibu melahirkan maupun bagi pasien rawat inap di Puskesmas Nekamese. Semangat Maria Angela mendapat dukungan kuat dari masyarakat, sehingga walaupun puskesmas ini memiliki keterbatasan dana, namun fasilitas puskesmas hasil swadaya masyarakat ini hampir sama dengan puskesmas PONED hasil bentukan Pemerintah.

Sumber: wawancara dengan Kepala Puskesmas Nekamese, Maria Angela

Analisis dan Sintesis

Aspek wilayah dan kependudukan

Jika dibandingkan antara ketiga kabupaten yang menjadi wilayah studi, Kabupaten Kupang merupakan kabupaten yang paling luas, dengan luas hampir sepuluh kali lipat Kabupaten Takalar dan hampir empat kali lipat Kabupaten Pasuruan. Kabupaten Kupang dan Kabupaten Takalar memiliki beberapa pulau kecil selain daratan utamanya. Kedua kabupaten tersebut merupakan daerah periferi yang berbatasan langsung dan berjarak hanya sekitar 30 km dengan Ibukota provinsi masing-masing, yaitu Kota Makassar dan Kota Kupang. Dalam hal kependudukan, Kabupaten Pasuruan memiliki jumlah penduduk terbanyak dan terpadat dibanding kedua kabupaten lainnya.

Tabel 14.
Perbandingan aspek wilayah, kualitas hidup, kemiskinan dan kependudukan di tiga kabupaten

| Aspek yang dibandingkan | Pasuruan | Takalar | Kupang |
|------------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| Luas wilayah (km ²) | 1.471,3 | 566,51 | 5.298,13 |
| Jumlah penduduk | 1.527.883 | 272.316 | 310.573 |
| Kepadatan penduduk/km ² | 1026,5 | 481 | 59 |
| IPM | 67,61 | 68,62 | 66,0 |
| IPKM | 0,55 | 0,48 | 0,42 |
| % penduduk miskin 2010 | 13,18 | 11,16 | 20,79 |
| Rasio dokter per 100.000 pddk | 8,04 (2011) | 11,13 (2011) | 6,9 (2012) |
| Rasio bidan per 100.000 pddk | 20,42 (2011) | 34,50 (2011) | 61,7 (2012) |

Dari sisi kualitas hidup, tingkat kesehatan penduduk Kabupaten Pasuruan jauh lebih tinggi dibanding kedua kabupaten lain, yang ditunjukkan dengan angka IPKM yang tinggi. Namun tingkat kesejahteraan Kabupaten Takalar adalah yang paling tinggi, sesuai dengan angka IPM-nya. Sedangkan proporsi penduduk miskin paling tinggi adalah Kabupaten Kupang, dengan selisih 7 hingga hampir 10 persen lebih rendah dengan kedua kabupaten lainnya.

Dari beberapa data ini terbaca bahwa Kabupaten Pasuruan mempunyai infrastruktur fisik dan kualitas penduduk yang relatif lebih baik dari kedua kabupaten di wilayah tengah dan timur Indonesia, Kabupaten ini memiliki nilai *plus* dalam mengupayakan penurunan AKI ini. Sebagai contoh, tiap desa memiliki Puskesmas yang memiliki 1 orang bidan dan 1 orang perawat. Sedangkan di Kabupaten Takalar dan Kabupaten Kupang, seringkali Bidan tidak berada di tempatnya. Hal ini disebabkan karena lokasi tempat kerjanya dekat dengan ibukota provinsi. Sarana dan fasilitas kesehatan sering tidak memadai, seperti air bersih yang kurang, sehingga menjadi hambatan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Sedangkan di Kabupaten Takalar dan Kupang karena secara geografis memiliki beberapa gugusan pulau kecil yang masih sangat sulit terjangkau tenaga medis dan fasilitas kesehatan, masih memerlukan kegiatan khusus untuk meningkatkan pelayanan kesehatannya, seperti Puskesmas terapung dan tenaga kesehatan yang bersedia *mobile*. Biaya pembangunan dan pemeliharaan infrastruktur seperti jalan maupun sarana kesehatan yang tinggi dengan jumlah penduduk yang dilayani tidak terlalu banyak mengakibatkan, sehingga, 'investasi' kesehatan dipandang 'tidak ekonomis' dan biaya tinggi di daerah-daerah semacam ini.

Selain itu ketimpangan tingkat kemiskinan, status gizi dan tingkat pendidikan, terutama tingkat pendidikan perempuan, yang juga cukup jauh antara wilayah barat dan timur Indonesia membuat upaya untuk mempercepat penurunan AKI terhambat karena berpengaruh terhadap tingkat kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kehamilan dan menjaga kesehatan ibu hamil sebagai bagian tidak terpisahkan dari upaya menyelamatkan nyawa ibu hamil dan bayi baru lahir.

Aspek kebijakan

Dari berbagai aspek di atas dapat dikatakan bahwa Pemerintah, khususnya Pemerintah Pusat telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi sejak tahun 1990-an melalui kebijakan dan program yang dilakukannya. Strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang kemudian dikembangkan tahun 2008 melalui DTPS-KIBBLA menjadi salah satu alasan adanya kebijakan DTPS-KIBBLA di Pasuruan pada tahun 2008. Kementerian Kesehatan RI juga menerbitkan Pedoman Kemitraan Bidan dan Dukun Pada tahun yang

sama (2008), yang dibuat berdasarkan kegiatan yang dilaksanakan di Kabupaten Takalar dan Kabupaten Subang di tahun-tahun sebelumnya. Pemerintah Pusat mengharapkan agar program-program ini dapat dijadikan kebijakan di kabupaten/kota di seluruh Indonesia, sementara itu belum semua Pemerintah Daerah membuat turunan dari Kebijakan tersebut.

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

Tabel 15.
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 KIBBLA | 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 DTSP-KIBBLA | 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 KIBBLA | 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 |

Di Kabupaten Kupang, DPRD memiliki peran yang sangat terbatas dalam upaya membuat kebijakan tentang kesehatan ibu dan anak. Karena menurut persepsi DPRD, Peraturan Daerah tentang Pelayanan KIA belum menjadi prioritas saat ini di daerah tersebut, maka Pemerintah Daerah, dalam hal ini tingkat Provinsi dan Kabupaten, membuat Pergub dan Perbup untuk mengatasi masalah pelayanan KIA tersebut. Berbeda dengan di Kabupaten Pasuruan, walaupun inisiator awal adalah Dinkes (sebagai pihak eksekutif), namun penggerak utama penyusunan Peraturan Daerah adalah Pokja KIBBLA, yang dimotori oleh anggota DPRD yang juga adalah sekaligus tokoh organisasi NU yang berpengaruh. Sedangkan di Kabupaten Takalar, DPRD termasuk sangat kooperatif dalam mengupayakan program KBD menjadi Peraturan Daerah, karena telah melihat manfaat dan dampak program itu dalam menurunkan AKI di Takalar.

Kabupaten Takalar melihat bahwa ada hal yang lebih dalam dari sekedar 'mengganti dukun dengan tenaga kesehatan terlatih', sehingga memilih pendekatan kultural untuk mendekati para dukun. Hal ini dilakukan juga sebenarnya di Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Kupang, namun tidak dalam bentuk perda yang mengikat sebagaimana yang dilakukan di Kabupaten Takalar sehingga tidak terlihat manfaatnya secara masif di seluruh kabupaten. Pendekatan kultural keagamaan ini jugalah yang dilakukan di Kabupaten Pasuruan, melalui Pokja KIBBLA dengan motor utama ormas-ormas NU seperti Fatayat, Muslimat dan LPK NU yang salah satu anggotanya adalah anggota DPRD Komisi III. Walau Dinas Kesehatan berfungsi sebagai inisiator dari pihak eksekutif, Pokja KIBBLA terlibat aktif dalam penyusunan draft Perda KIBBLA yang kemudian diserahkan ke DPRD sebagai Perda inisiatif DPRD. Di Kabupaten Takalar, selain pihak eksekutif yang diwakili Dinas Kesehatan dan Bappeda, berbagai stakeholder seperti tokoh-tokoh masyarakat, organisasi profesi seperti IBI dan LSM yang peduli kesehatan juga dirangkul dalam suatu forum Dewan Kesehatan pada tahun 2005, yang dibentuk berdasarkan SK Bupati. Di Kabupaten Kupang, sebaliknya, proses *agenda setting* masih sangat bersifat *top down*, karena kebijakan kabupaten ditetapkan lebih karena adanya kewajiban untuk menurunkan Peraturan Gubernur tentang Revolusi KIA yang telah dikeluarkan 1 tahun sebelumnya. Pembuatan draft dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Bappeda sebelum akhirnya ditetapkan menjadi Perbup.

Karena Perda KIBBLA di Kabupaten Pasuruan secara khusus menyebutkan tentang perlunya Perdes untuk menindaklanjuti Perda, maka di hampir semua desa disusun Perdes KIBBLA. Peraturan Desa ini mengatakan bahwa desa terikat untuk melakukan pengelolaan dan penggalangan dana bagi kontribusi dipelayanan KIBBLA tingkat desa. Ini berbeda dengan Kabupaten Takalar dan Kabupaten Kupang yang baru melakukannya secara sporadis. Adanya Peraturan Desa memastikan akan adanya pengawasan dan kontrol di tingkat desa.

Pada aspek anggaran, dalam Perda KIBBLA Kabupaten Pasuruan jelas disebutkan bahwa anggaran untuk KIBBLA diambil dari APBD, meskipun banyak program KIA yang didanai dari Pemerintah Pusat, termasuk BOK dan Jampersal. Di Kabupaten Takalar dan Kabupaten Kupang, dengan kapasitas fiskal daerah yang lebih rendah, Pemerintah Daerah lebih banyak memanfaatkan dana-dana program dari Pemerintah Pusat. Namun khusus untuk Kabupaten Kupang, dengan angka kemiskinan dan indikator kesehatan yang jauh lebih buruk dari daerah lainnya, banyak donor yang memberikan bantuan. Dana bantuan tersebut bahkan lebih tinggi jumlahnya dari anggaran Pemerintah Daerah.

Komitmen Bupati Pasuruan untuk menjadikan Bidang Kesehatan sebagai prioritas diterjemahkan dalam bentuk kenaikan anggaran kesehatan. Pada tahun 2012, anggaran kesehatan dalam APBD disamakan dengan anggaran pendidikan, yaitu sebesar 20% dari total APBD. Sedangkan proporsi dana khusus untuk Program KIA mengalami kenaikan dari 6% pada tahun 2009 menjadi 16% pada tahun 2010. Anggaran dari Pemerintah Pusat dan Provinsi juga dikelola secara efektif oleh Puskesmas setelah diturunkan dari dinas kesehatan. Proporsi pembiayaan Ponkesdes di Kabupaten Pasuruan misalnya adalah sebesar 50:50 dari APBD provinsi dan kabupaten. Kader Asuh, yang merupakan program inovasi Puskesmas Ngempit di Pasuruan misalnya, didukung oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dengan bantuan transport sebesar Rp 10 ribu per bulan.

Selain sumber anggaran dari Pemerintah Pusat seperti BOK, Jamkesmas, Jampersal, Pemerintah Kabupaten Takalar juga mengalokasikan anggaran khusus untuk program KIA. Pada tahun 2011, mereka mengalokasikan anggaran perawatan secara berkala bagi ibu hamil dari keluarga kurang mampu sebesar Rp 111 juta dari APBD, anggaran ini kemudian turun 60% pada tahun 2012 karena adanya Jampersal yang bersifat *universal coverage*. Dukun diberi biaya operasional per dukun sebesar Rp 50 ribu yang diambil dari Jampersal untuk mengantar satu orang ibu melahirkan. Insentif kader Posyandu sebesar Rp 10 ribu per bulan diambil dari *line budget* transport non-PNS dalam BOK dan komponen transport dalam anggaran aktifitas program Dinas Kesehatan. Selain dana dari pusat, Provinsi Sulsel punya program kesehatan gratis, dengan skema pembiayaan kesehatan di APBD yaitu 40 % dari APBD provinsi, dan 60 % dari kabupaten.

Sedangkan di Kabupaten Kupang, alokasi anggaran untuk sektor kesehatan masih sangat rendah, hanya sekitar 8% dari APBD kabupaten tahun 2010, lebih khusus untuk anggaran KIA, hanya berkisar sekitar 0,007% dari APBD. Ketidaksiaran dalam mengalokasikan anggaran untuk kesehatan ini merupakan hal yang juga terjadi dari level provinsi di NTT. Namun sama halnya dengan di kedua daerah lain, pemanfaatan dana-dana dari pusat menjadi andalan bagi puskesmas dan tenaga kesehatan dalam melakukan tugas-tugas mereka. Hampir seluruh responden di Kabupaten Kupang mengangkat isu keterbatasan anggaran sebagai isu utama dalam penurunan AKI di kabupaten tersebut.

Peran donor asing seperti HSP-USAID di Kabupaten Pasuruan, UNICEF di

Kabupaten Takalar dan AIP-MNH di Kabupaten Kupang cukup berpengaruh. Masing-masing donor terlibat dengan cara dan tingkatan yang berbeda di masing-masing kabupaten. Di Kabupaten Pasuruan, HSP-USAID belum masuk saat Perda disahkan, namun tertarik untuk mendukung pelaksanaan dengan melakukan training-training dan sistematisasi pendataan KIA serta bantuan teknis lainnya setelah itu. Di Kabupaten Takalar, UNICEF didekati oleh Dinas Kesehatan untuk membantu dalam melakukan training-training dan bantuan teknis ke beberapa puskesmas. Sedangkan di Kabupaten Kupang, peran berbagai donor cukup besar, baik UNICEF, UNFPA, AIP-MNH dan lain-lain. Bahkan, salah satu yang mendorong dikeluarkannya Pergub NTT tentang Revolusi KIA yang menjadi dasar disusunnya Perbup Percepatan Pelayanan KIA adalah karena adanya bantuan dana dari AIP-MNH yang akan disandingkan dengan dana pemerintah untuk mengejar target Revolusi KIA itu.

Hal yang mencolok dan sama di semua kabupaten adalah kenyataan bahwa keberhasilan dan berjalannya kebijakan-kebijakan di daerah ini sangat bergantung pada peran kepala Puskesmas sebagai penanggungjawab di tingkat Kecamatan. Mereka bahkan seringkali melakukan hal-hal yang lebih daripada tanggungjawab formal mereka sebagai kepala Puskesmas. Berbagai contoh dalam studi kasus menunjukkan bagaimana upaya ekstra keras mereka untuk berimprovisasi:

- Puskesmas di Kabupaten Pasuruan membuat MoU antara Puskesmas dengan dukun. Dukun dijadikan asisten bidan, sehingga penghasilan mereka tidak hilang sama sekali. Dana untuk ini diambil dari Jampersal dan BOK karena dana ini cukup fleksibel untuk digunakan dengan kewenangan Puskesmas. Puskesmas Ngempit misalnya, memberikan insentif berupa kredit modal usaha bagi dukun untuk memulai usaha, dan pengembaliannya dalam bentuk merujuk ibu hamil/bersalin ke bidan (Rp 10.000/ibu). Puskesmas ini juga melakukan AMP (Audit Maternal Perinatal Sosial) di Puskesmas Ngempit, dan bukan hanya AMP medik. Dalam AMP Sosial, hadir *stakeholders* lokal seperti Lurah, organisasi remaja, PKK, dan ketua RT/ RW untuk berembuk tentang kasus-kasus kematian ibu dan bayi baru lahir dan dilakukan tiap 3 bulan sekali. Puskesmas Purwodadi menggunakan Survei Timbal balik untuk menciptakan '*sense of competition*' antar Polindes. Survei ini berupa paparan foto-foto Polindes hasil monitoring kepala Puskesmas tiap bulan yang disampaikan bersama hasil laporan PwS KIA dalam pertemuan koordinasi bulanan. Ada juga pertemuan koordinasi kader, bidan, dukun yang menjamin tingkat akurasi dan informasi yang detail.
- Di Kabupaten Takalar, di Puskesmas Bonto Marannu dan Galesong Utara, sisa anggaran Puskesmas digunakan untuk memberikan insentif bagi dukun dengan kriteria rajin datang pelatihan dan pendekatan ke masyarakat bagus. Oleh karena itu, Puskesmas akhirnya dianggap sebagai kantor bagi dukun karena mereka merasa sebagai bagian dari

tenaga kesehatan dan merasa aman karena menganggap mereka dijamin dengan gaji pemerintah.

- Di Kupang, Puskesmas Oekabiti misalnya, harus melakukan 'akrobat' dengan memanfaatkan dana BOK, Jamkesmas dan JKJK untuk memberikan insentif kader dan dukun sebesar Rp 50 ribu per bulan. Puskesmas Nekamese berinisiatif untuk membuat semacam kontrak kesepakatan untuk pendamping ibu hamil yang akan melahirkan, yang dianggap nyaman untuk sang ibu, dengan insentif sebesar Rp 50 ribu per pengantaran, yang diambil dari dana BOK dan Jampersal. Banyaknya program yang melewati Puskesmas membuat para kepala puskesmas harus menjadi kreatif agar mengurangi tumpang tindih dan double program.

Aspek Perubahan

Pada umumnya, hampir semua responden menjawab bahwa terjadi perubahan kearah yang lebih baik di hampir semua wilayah studi, baik itu dalam hal indikator-indikator utama seperti cakupan pemeriksaan ibu hamil, pertolongan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan dan AKI serta AKB serta perubahan perilaku dan peningkatan pengetahuan, seperti yang dilihat pada tabel 16.

Untuk indikator kuantitatif, peningkatan paling signifikan terjadi di Kabupaten Takalar selama masa intervensi program/kebijakan KBD. Namun ini juga karena kebijakan yang sudah diluncurkan cukup lama (2007) sehingga perubahan signifikan dapat diamati dalam jangka waktu 5 tahun. Sedangkan untuk Kabupaten Pasuruan dan Kupang, perubahan yang diamati umumnya masih sangat lambat karena Perda KIBBLA baru diluncurkan tahun 2009 sedangkan Perbup Percepatan Pelayanan KIA tahun 2010. Indikator seperti K1, K4 dan AKI serta AKB masih berubah secara lambat. Untuk persalinan ditolong tenaga kesehatan, baik di Kabupaten Pasuruan maupun Takalar terdapat kenaikan signifikan masing-masing 6% di Kabupaten Pasuruan dan hampir 4 kali lipat di Kabupaten Takalar.

Peningkatan signifikan pada K1, K4 dan persalinan ditolong tenaga kesehatan ini langsung menyebabkan korelasi positif terhadap AKI. Ini sangat nampak pada kasus Kabupaten Takalar, dimana semua kenaikan diatas 100% langsung menyebabkan AKI dapat ditekan selama 3 tahun berturut-turut pada angka 0, yang artinya tidak ada kematian ibu hamil dan melahirkan sama sekali. Untuk Kabupaten Pasuruan, walaupun rasio AKI dan AKB menunjukkan penurunan, tapi karena masih bersifat fluktuatif pada tiga tahun terakhir sejak Perda KIBBLA diluncurkan, AKI dan AKB di sana belum menunjukkan perubahan seradikal di Kabupaten Takalar.

Tabel 16.
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. |

Selain itu, responden di Kabupaten Takalar dan Kupang menyebutkan juga dampak lain yang dirasakan terutama oleh mereka yang bekerja untuk pelaksanaan program/kebijakan KIA di lapangan yaitu meningkatnya rasa percaya diri mereka karena merasa ‘terlindungi’ oleh payung hukum berupa Perda atau Perbup.

Yang juga merupakan hal yang diamati oleh responden di semua daerah studi adalah mulai adanya perubahan perilaku masyarakat dalam memeriksakan diri ke tenaga kesehatan dan di fasilitas kesehatan. Dilaksanakannya kebijakan-kebijakan ini secara luas akhirnya mulai mengubah pandangan dan kepercayaan masyarakat kepada tenaga kesehatan, yang tadinya melihat bahwa kemampuan ‘spiritual’ dukun merupakan dasar kepercayaan masyarakat pada dukun, mulai melihat bahwa ternyata bidan dengan alat kesehatan mereka yang ‘modern’ bisa menolong saat pendarahan, yang merupakan momok kematian bagi baik ibu melahirkan maupun dukun.

Perubahan pandangan ini merupakan perubahan yang bersifat transformatif dan jangka panjang, sehingga upaya promosi yang intens dan terus menerus perlu dilakukan oleh kader dan tenaga kesehatan untuk itu. Studi di banyak negara menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu berkorelasi positif dengan penurunan kematian ibu dan bayi, karena itu dalam jangka panjang pendidikan perempuan juga merupakan hal krusial yang perlu diperhatikan pemerintah.

Program KBD sebagaimana yang dilaksanakan di Kabupaten Takalar, sebenarnya juga diterapkan di kedua kabupaten lain, karena merupakan program dari Kementerian Kesehatan. Namun demikian, karena tidak ditetapkan sebagai peraturan daerah yang mengikat dan bersifat masif, dampaknya tidak seradikal seperti di Kabupaten Takalar. Ini dapat dilihat di Kabupaten Pasuruan, dimana perubahan terjadi dalam jangka waktu relatif panjang dan lebih diasosiasikan sebagai akibat logis dari kemajuan pembangunan, termasuk pembangunan infrastruktur (“..dulu ke dukun karena belum ada jalan dan penerangan untuk menjangkau fasilitas kesehatan..”).

Padahal, dengan lambatnya pembangunan infrastruktur di daerah seperti Kabupaten Kupang, akan sulit untuk mengharapkan perubahan radikal dalam jangka pendek. Selain itu Kabupaten Takalar juga memiliki keuntungan lain yaitu jumlah penduduk yang relatif kecil jika dibandingkan dengan Kabupaten Pasuruan yang jumlah penduduknya lebih dari 4 kali lipat maupun Kabupaten Kupang yang lebih luas dan penduduknya lebih banyak. Masalah yang sama dengan Kabupaten Kupang dihadapi oleh Kabupaten Takalar di pulau-pulau kecil yang membutuhkan infrastruktur yang berbeda dan lebih mahal.

Kesimpulan dan Rekomendasi

1. Faktor-faktor struktural masih dan akan tetap menjadi penghambat jika tidak ditangani.

Dari temuan-temuan dalam studi ini tampak bahwa implementasi kebijakan dan program penurunan kematian ibu dan bayi dapat dipercepat jika infrastruktur-infrastruktur lain juga berkembang. Upaya penurunan kematian ibu dan bayi tidak dapat dipisahkan dari upaya perbaikan infrastruktur umum seperti jalan, penerangan, transportasi, air bersih, maupun infrastruktur kesehatan lainnya sehingga makin mengakses fasilitas kesehatan. Persalinan gratis dan ditangani tenaga kesehatan, tidak akan berarti apa-apa jika jalan ke fasilitas kesehatan rusak dan transportasi sulit. Selain itu, peningkatan kualitas hidup masyarakat dalam hal pendidikan juga akan mempercepat perubahan perilaku masyarakat dalam mengakses tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan. Dengan pendidikan, masyarakat akan lebih cenderung untuk mempercayai hal-hal yang bisa dicerna daripada sekedar mengikuti kepercayaan turun temurun (misalnya: kemampuan membaca mantra versus alat penolong kesehatan di fasilitas kesehatan). Masalah kemiskinan dan kesenjangan juga berpengaruh karena kualitas hidup dan asupan makanan baik ibu maupun anak akan berpengaruh besar terhadap kualitas kehamilan dan anak yang dilahirkan.

2. Pentingnya peran aktif berbagai stakeholder sejak tahap agenda setting

Keterlibatan *stakeholder* baik dari eksekutif, legislatif maupun kelompok masyarakat sipil (keagamaan, kultural) sangat penting dalam proses penyusunan kebijakan, karena akan mendapatkan masukan dari lebih banyak perspektif dan meningkatkan dukungan dan rasa kepemilikan akan kebijakan tersebut. Kelompok keagamaan dan kultural misalnya, tidak hanya dibukakan ruang partisipasi pada saat sosialisasi pelaksanaan, namun juga saat *agenda setting* dan penyusunan kebijakan.

3. Peran pemberi dana luar negeri sebagai pendukung

Dukungan pemberi dana luar negeri cukup berpengaruh terhadap pelaksanaan program dan kebijakan KIA di berbagai daerah di Indonesia. Namun peranan mereka tetap harus dilihat sebagai pendukung, dan bukan pemain utama yang bisa menimbulkan ketergantungan. Kerangka waktu yang jelas harus dibuat oleh pemerintah daerah untuk melakukan transisi dari donor kepada pemerintah. Untuk daerah dengan kapasitas fiskal yang rendah, dana-dana pusat masih bisa dioptimalkan.

4. *Political will* policymakers dari berbagai tingkatan

Dengan adanya kemauan dari pembuat kebijakan, baik eksekutif maupun legislatif, maka sebuah kebijakan dapat disusun dan disepakati bersama. Ini nampak di Kabupaten Pasuruan dan juga Kabupaten Takalar dimana kerjasama keduanya nampak dalam menyusun Perda. Bahkan di Kabupaten Pasuruan, semua desa juga menurunkan Perda tersebut dalam bentuk Perdes. Di Kabupaten Kupang, *political will* yang kuat hanya ditunjukkan oleh Dinas Kesehatan sebagai SKPD yang bertanggungjawab terhadap jalannya program KIA dan para kepala desa yang ditunjukkan dengan komitmen untuk turun langsung di lapangan, sedangkan kebijakan formal berupa Perdes baru dikeluarkan di satu desa. Peran DPRD yang cenderung pasif dan belum melihat tingginya kematian ibu dan anak sebagai suatu krisis yang perlu direspon dengan kebijakan daerah berupa Perda nampak cukup jelas di Kabupaten Kupang. Hasilnya, kebijakan hanya sampai bentuk Peraturan Bupati dan bukan Peraturan Daerah.

5. Perlunya penempatan Kepala Puskesmas yang kompeten dan kreatif sebagai ujung tombak pengelola kebijakan/program kesehatan.

Pertimbangan kompetensi, rasa tanggungjawab dan kreatifitas serta inovasi ini seharusnya dilakukan tanpa mempertimbangkan aspek politis dan non-profesional karena dalam sistem kesehatan nasional saat ini Puskesmas adalah ujung tombak pelaksanaan kebijakan/program kesehatan. Keberhasilan ataupun kegagalan implementasi suatu program di puskesmas akan sangat menentukan apakah kegiatan-kegiatan lain dibawahnya akan berkembang atau tidak.

6. Pentingnya membangun kesadaran kolektif di masyarakat sebagai *social capital* pendukung program dan kebijakan

Komitmen dari masyarakat, termasuk kader dengan atau tanpa anggaran dari Pemda, sangat berpengaruh dalam lancarnya pelaksanaan program KIA di berbagai daerah studi. Di Kabupaten Pasuruan, dikoordinir oleh

kader kesehatan, misalnya lewat *jimpitan*, dalam bentuk hasil bumi yang dijual (sayur, buah dsb), atau dalam bentuk dana (sumbangan masyarakat yang di-Perdes-kan, misalnya sebesar Rp 200/minggu/KK) untuk menolong ibu hamil dan bersalin, bahkan berkembang untuk menolong warga yang sakit. Di beberapa tempat kader tetap rutin menjalankan ini walaupun tanpa dukungan penuh dari lurah dan insentif yang sangat kecil. Di Kabupaten Takalar dan Kupang, walaupun kader kesehatan dan Posyandu membantu dalam sosialisasi Perda dan pelaksanaan Perda di masyarakat, namun untuk model-model *community insurance* seperti di Pasuruan ini belum ada, karena kultur masyarakat yang masih berpusat pada lingkungan keluarga, tetangga dan klan, bukan pada tingkatan desa atau komunitas yang lebih luas. Adanya berbagai program dan proyek pembangunan yang bertumpu di desa dan mempersyaratkan pendekatan partisipatif, dapat digunakan tidak hanya untuk kepentingan proyek semata-mata, namun juga perlu dikembangkan untuk membangun *sense of community* atau *sense of citizenship*, sehingga kesadaran kolektif yang lebih luas akan tumbuh di masyarakat yang tadinya berorientasi ke dalam keluarga saja atau klan-nya sendiri.

7. Pentingnya alokasi anggaran khusus sebagai bentuk *political will* pemerintah daerah

Tidak dapat dipungkiri lagi, komitmen dan kemauan politik saja tidak cukup untuk membuat suatu kebijakan berhasil. Tanpa dukungan anggaran yang cukup maka suatu kebijakan tidak dapat dijalankan. Contoh-contoh dari studi telah cukup menunjukkan bahwa keseriusan pemda direfleksikan melalui kemauan untuk mengambil alih beban budget KIBBLA atau KIA ke dalam APBD.

Referensi:

- SDKI 2007
- BPS Kabupaten Pasuruan 2011
- TNP2K 2011 – Indeks Kesejahteraan Daerah Provinsi Jawa Timur
- TNP2K 2011 – Kesejahteraan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan
- TNP2K 2011– Kesejahteraan Daerah Provinsi NTT
- BPS dan Kemenneg PP 2012
- Profil Kesehatan, Dinkes Kabupaten Pasuruan 2011
- <http://kibblaterpadu.net>
- DPKD Kabupaten Pasuruan 2011-2012
- HSP-USAID 2010
- BPS Kabupaten Takalar 2012
- Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar
- PPSDMK Kemenkes, 2013
- BPS Kabupaten Kupang 2012, Kabupaten Kupang Dalam Angka

Keterlibatan *stakeholder* baik dari eksekutif, legislatif maupun kelompok masyarakat sipil (keagamaan, kultural) sangat penting dalam proses penyusunan kebijakan, karena akan mendapatkan masukan dari lebih banyak perspektif dan meningkatkan dukungan dan rasa kepemilikan akan kebijakan tersebut. **Kelompok keagamaan dan kultural misalnya, tidak hanya dibukakan ruang partisipasi pada saat sosialisasi pelaksanaan, namun juga saat *agenda setting* dan penyusunan kebijakan.**



P R A K A R S A

Welfare Initiative for Better Societies

PERKUMPULAN PRAKARSA

Jl. Rawa Bambu 1 Blok A No 8E ::

Pasar Minggu, Jakarta Selatan 12520 INDONESIA

Telp. +62-21-7811798, Fax. +62-21-7811897

Email : perkumpulan@theprakarsa.org

Website : www.theprakarsa.org