

**AKSES PEREMPUAN TERHADAP
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI
(Studi di Provinsi Kepulauan Riau dan Provinsi Sulawesi Tenggara)**

***WOMEN ACCESS TO REPRODUCTION HEALTH SERVICES
(Studies in Riau Archipelago Province and South East Sulawesi
Province)***

Sali Susiana*

Naskah diterima tanggal 30 April 2012, disetujui 11 Juni 2012

Abstract

Women access to reproduction health services is a factor which influences maternal dead rate in Indonesia. This essay is a research report on women access to reproduction facilities connected to pregnancy and birth making control, and the use of contraception in Riau Archipelago and Southeast Sulawesi provinces. The research which applies qualitative method shows that health policy in both provinces has considered health service aspect, especially women access to reproduction facility. Nonetheless, there remain some constraints in providing further facility, health workers, supervisors and support staff, as well as political support from regional government and cultural support from the whole community.

Keywords: reproduction health service, maternal dead, Riau Archipelago Province, Southeast Sulawesi Province

Abstrak

Akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap angka kematian ibu (AKI). Tulisan ini merupakan hasil

* Peneliti Madya Bidang Studi Kemasyarakatan Studi Khusus Gender pada Pusat Pengkajian, Pengolahan Data, dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR RI. Alamat *e-mail*: sali_susiana@yahoo.com.

penelitian mengenai akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan pemeriksaan selama masa kehamilan, persalinan, dan penggunaan alat kontrasepsi di Provinsi Kepulauan Riau dan Provinsi Sulawesi Tenggara yang dilakukan dengan pendekatan kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan kebijakan pembangunan kesehatan di kedua provinsi telah memperhitungkan aspek pelayanan kesehatan dan akses pelayanan kesehatan reproduksi perempuan. Akan tetapi masih terdapat kendala yang dihadapi oleh perempuan untuk mendapatkan akses kesehatan reproduksi yang berkualitas, antara lain: 1) fasilitas kesehatan, termasuk sarana dan prasarana kesehatan; 2) tenaga kesehatan; 3) faktor politik, yaitu peran pemegang kekuasaan; dan 4) faktor budaya.

Kata kunci: kesehatan reproduksi, angka kematian ibu, Provinsi Kepulauan Riau, Provinsi Sulawesi Tenggara.

I. Pendahuluan

A. Latar Belakang

Meningkatkan kesehatan ibu adalah salah satu butir dari Tujuan Pembangunan Abad Milenium/*Millenium Development Goals* (MDG) yang harus dicapai oleh 191 negara anggota PBB pada tahun 2015, termasuk Indonesia, yaitu tujuan ke-5. Meningkatkan kesehatan ibu (selanjutnya disebut MDG 5) terdiri dari dua target, yaitu:¹ (1) mengurangi 2/3 angka kematian ibu (AKI) saat melahirkan (1990-2015); dan (2) akses terhadap pelayanan kesehatan standar hingga tahun 2015. Khusus untuk Indonesia, tujuan/*goal* yang ditetapkan dalam MDG 5 ada tiga poin, meliputi:²

1. menurunkan AKI dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 102 pada tahun 2015;
2. meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dari 40,7% (1990) menjadi 100% (2015); dan
3. seluruh perempuan usia 15-49 tahun yang pernah menikah menggunakan alat/cara kontrasepsi (*universal access*).

¹ *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, hal.175.

² *Ibid.*

Terkait dengan AKI, Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia Tahun 2010 menunjukkan bahwa MDG 5 Target 5A termasuk ke dalam kategori sasaran MDG yang telah menunjukkan kecenderungan kemajuan yang baik namun masih memerlukan kerja keras untuk mencapainya.³ Hasil penelitian *Women Research Institute (WRI)*, sebuah lembaga swadaya masyarakat yang *concern* terhadap isu perempuan bahkan menunjukkan, target penurunan AKI dalam MDG tidak akan dapat dicapai.⁴

Dengan prediksi linier AKI, Kementerian Kesehatan memperkirakan pada tahun 2015 Indonesia baru akan mencapai angka 161 per 100.000 kelahiran hidup.⁵ Data resmi dari Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas menyatakan AKI telah menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007.⁶ Data ini berbeda dengan laporan dari *United Nations Population Fund (UNFPA)* yang menyatakan bahwa AKI di Indonesia pada tahun 2009 masih sebesar 420.000 per 100.000 kelahiran hidup.⁷ Sedangkan data terakhir dari *United Nations Development Programme (UNDP)* yang terdapat dalam indeks pembangunan manusia/*human development index* tahun 2011 menunjukkan AKI di Indonesia masih sebesar 240.000 per 100.000 kelahiran hidup.⁸

Pemeriksaan kesehatan ibu selama masa kehamilan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingginya AKI. Berkaitan dengan hal itu, persentase perempuan yang melakukan pemeriksaan kehamilan menurut tenaga yang memeriksa berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 menunjukkan bahwa pemeriksaan kehamilan ke dukun (bukan tenaga kesehatan) masih cukup tinggi di beberapa provinsi (lebih dari 5%). Bahkan

³ Dalam Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia Tahun 2010 yang merupakan laporan kinerja pencapaian target MDGs tersebut pencapaian MDGs di Indonesia dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu: (a) sasaran yang telah dicapai; (b) sasaran yang menunjukkan kemajuan signifikan dan diharapkan dapat tercapai pada tahun 2015 (*on-track*); dan (c) sasaran yang masih memerlukan upaya keras untuk pencapaiannya. Secara lebih lengkap lihat *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Tahun 2010, hal.1-2.

⁴ "Membangun Sistem non-Diskriminatif," *Suara, Kompas*, tanggal 25 Juni 2011 hal. 42.

⁵ "Jumlah Bidan Desa Minim," *Media Indonesia*, 8 Juli 2011 hal. 20.

⁶ *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Tahun 2010, *ibid.*, hal. 84.

⁷ "Hari Ibu, Momentum Percepatan Pencapaian MDGs 2015," *Suara Pembaruan*. tanggal 27 Desember 2009 hal. 15.

⁸ "Transformasi Tiada Henti," *Kompas*, 20 April 2012, hal. 33.

di beberapa provinsi angka tersebut masih melebihi 10% (Jambi, Kalimantan Tengah, dan **Sulawesi Tenggara**).⁹ Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling banyak melakukan pemeriksaan kehamilan (71,4%), diikuti oleh dokter kandungan (19,7%) dan dokter umum (1,7%).¹⁰ Hal yang cukup menarik adalah di tiga provinsi, pemeriksaan kehamilan sebagian besar dilakukan oleh dokter kandungan, yaitu **Kepulauan Riau** (49,5%), Bali (38,8%), DKI Jakarta (37,4%), dan DI Yogyakarta (34,7%).¹¹

Terkait dengan persalinan, dari data sementara Riskesdas 2010 terlihat bahwa persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat dari 77,34% pada tahun 2009 menjadi 82,3% pada tahun 2010.¹² Selain itu, pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan terus meningkat secara bertahap, mencapai 59,4% pada tahun 2010.¹³ Namun demikian, masih terjadi disparitas antarwilayah, antarkota-desa, antar-tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi. Disparitas antarwilayah, tertinggi di Bali sebesar 90,8% dan terendah di **Sulawesi Tenggara** sebesar 8,4%.¹⁴ Tempat ideal untuk persalinan adalah fasilitas kesehatan lengkap dengan perlengkapan dan tenaga yang siap menolong bila terjadi komplikasi persalinan. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa persentase persalinan di fasilitas kesehatan yang paling baik adalah di Provinsi DI Yogyakarta (94,5%) dan yang terendah di Provinsi **Sulawesi Tenggara** (8,7%).¹⁵

Untuk mempercepat pencapaian MDG 5, pemerintah berupaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu melalui peningkatan jumlah puskesmas rawat inap yang mampu memberikan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan peningkatan jumlah kabupaten/kota yang mampu melaksanakan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Kedua program ini diprioritaskan pada 17 provinsi dengan angka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di bawah rata-rata nasional (kurang dari 77,37%), antara lain Maluku, Maluku Utara, **Sulawesi Tenggara**, Kalimantan Barat, Nusa Tenggara Timur, Papua, dan

⁹ *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Tahun 2010, *op.cit.*, hal 126.

¹⁰ *Ibid*, hal. 218-219.

¹¹ *Ibid*, hal. 219.

¹² *Ibid*.

¹³ Data Sementara Riskesdas, 2010, dalam *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, *ibid*.

¹⁴ *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, *ibid*.

¹⁵ *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*, *op.cit.*, hal. 246.

Papua Barat.¹⁶ Upaya lain dilakukan pemerintah melalui Kementerian Kesehatan yaitu Program Jaminan Persalinan (Jampersal) yang mewajibkan badan pegawai negeri sipil (PNS) untuk melayani persalinan. Biaya persalinan ditanggung oleh pemerintah dengan plafon Rp350.000,- per ibu melahirkan.¹⁷

Berbagai persoalan yang dihadapi dalam penurunan AKI dan upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk menurunkan AKI tersebut menunjukkan pentingnya meningkatkan kesehatan ibu sebagai salah satu target dalam MDGs. Terlebih target ini, sebagaimana target MDG lainnya, harus dapat dicapai pada tahun 2015. Oleh karena itu menjadi penting untuk mengetahui berbagai faktor yang mempengaruhi upaya penurunan AKI sebagai salah satu indikator keberhasilan peningkatan kesehatan ibu.

B. Perumusan Masalah dan Pertanyaan Penelitian

Penurunan AKI saat melahirkan dan peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan standar menjadi salah satu target MDG yang harus dicapai oleh Indonesia pada tahun 2015. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap AKI adalah akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan pemeriksaan selama masa kehamilan, persalinan, dan penggunaan alat kontrasepsi. Rendahnya akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi dengan demikian menjadi salah satu faktor yang dapat menghambat upaya penurunan AKI yang menjadi salah satu target MDG. Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

“Bagaimana akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan pemeriksaan selama masa kehamilan, persalinan, dan penggunaan alat kontrasepsi?”

Permasalahan tersebut kemudian dijabarkan dalam dua pertanyaan penelitian berikut:

1. Faktor apa saja yang mempengaruhi akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi?
2. Apa saja kendala yang dihadapi oleh perempuan untuk mendapatkan akses kesehatan reproduksi yang berkualitas?

¹⁶ “32 Tindakan untuk Capai MDG Ditetapkan,” *Kompas*, tanggal 22 April 2010 hal. 12.

C. Tujuan dan Kegunaan

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran secara umum mengenai fasilitas kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan pemeriksaan selama masa kehamilan, persalinan, dan penggunaan alat kontrasepsi. Adapun tujuan secara khusus penelitian ini adalah:

1. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi;
2. Mengetahui kendala yang dihadapi oleh perempuan untuk mendapatkan akses kesehatan reproduksi yang berkualitas.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi Anggota DPR khususnya Komisi VIII dan Komisi IX dalam melaksanakan fungsi pengawasan yang berkaitan dengan kebijakan pemerintah di bidang kesehatan reproduksi perempuan. Selain itu, hasil penelitian dapat menjadi bahan masukan dalam pembahasan RUU tentang Kesetaraan Gender yang terkait dengan hak reproduksi perempuan, mengingat RUU ini termasuk dalam daftar prioritas Program Legislasi Nasional (Prolegnas) Prioritas Tahun 2011 serta bahan masukan bagi Panitia Kerja MDGs yang dibentuk oleh Badan Kerja Sama antar-Parlemen (BKSAP) DPR RI.

D. Kerangka Pemikiran

1. Kesehatan Reproduksi Perempuan

Isu tentang kesehatan reproduksi perempuan telah diakui secara internasional sejak Deklarasi Hak Asasi Manusia Tahun 1968 di Teheran, berlanjut dengan Deklarasi Meksiko Tahun 1975 sebagai hasil Konferensi Wanita se-Dunia ke-1, dan diperkuat dengan Konferensi Wanita se-Dunia ke-2 di Kopenhagen, ke-3 di Nairobi dan ke-4 di Beijing. Hak perempuan atas kesehatan reproduksi juga dijamin dalam Pasal 12 Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women/ CEDAW*) yang telah diratifikasi dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita pada tanggal 24 Juli 1984.

Berbagai persoalan yang dialami oleh perempuan dalam bidang kesehatan merupakan salah satu faktor yang memunculkan pemikiran baru yang berorientasi melindungi hak reproduksi perempuan. Badan Kesehatan

tubuh sendiri untuk memilih layanan yang diinginkan; dan (9) kontrol atas pengambilan keputusan dan keterampilan untuk mencegah komplikasi penyakit.

2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN), pelayanan kesehatan memiliki hirarki yang terkait dengan komponen atau unsur pelayanan kesehatan seperti terlihat pada tabel berikut:²⁸

Tabel 1
Hirarki dan Komponen/Unsur
Pelayanan Kesehatan

No.	Hirarki	Komponen/Unsur Pelayanan Kesehatan
1.	Rumah Tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau keluarga
2.	Masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri atau oleh kader kesehatan
3.	Tingkat Pertama Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling
4.	Tingkat Rujukan Pertama	Rumah Sakit Tingkat Kabupaten
5.	Tingkat Rujukan Lebih Tinggi	Rumah Sakit Kelas B atau A

sumber: Aris Arif Mundayat, dkk, *Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 Sulit Dicapai*. Jakarta, Women Research Institute, 2010, hal. 90.

Demikian pula halnya dengan jenis pelayanan kesehatan, dapat dibedakan berdasarkan fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan, yaitu:²⁹

²⁷ World Health Organization (WHO) "Gender Analysis in Health".2005, sebagaimana dikutip oleh Atashendartini Habsjah, "Kesehatan Perempuan: Perspektif Feminis" dalam *Jurnal Perempuan*. No. 61: *Pendidikan, Media dan Gender*. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan. Desember 2008, hal 25.

²⁸ Aris Arif Mundayat, dkk, *Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 Sulit Dicapai*. Jakarta, Women Research Institute, 2010, hal. 90.

²⁹ *Ibid.*, hal. 90-91.

Tabel 2
Jenis Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan

No.	Jenis Pelayanan	Pelayanan Kesehatan
1.	Pelayanan Kesehatan Dasar	Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM), meliputi: <ul style="list-style-type: none"> • Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu); • Pos Obat Desa (POD); • Pondok Bersalin Desa (Polindes); • Kelompok Dana Sehat (KDS); • Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK); • Puskesmas, Puskesmas dengan Tempat Perawatan (DTP), Puskesmas Pembantu (Pustu), dan Puskesmas Keliling (Pusling).
2.	Pelayanan Kesehatan Sekunder	<ul style="list-style-type: none"> • Rumah Sakit Khusus (RSK); • Balai Pengobatan (BP) Spesialis; • Balai Pengobatan (BP) Mata.
3.	Pelayanan Kesehatan Tersier	Rumah sakit dengan peralatan canggih, misalnya; RS Ibu dan Anak, RS Kanker, RS Jantung
4.	Pelayanan Kesehatan Massal	Misalnya: Pekan Imunisasi Nasional (PIN) untuk membasmi penyakit polio
5.	Pelayanan Kesehatan Tradisional	Pengobatan tradisional

sumber: Aris Arif Mundayat, dkk, *Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 Sulit Dicapai*. Jakarta, Women Research Institute, 2010, hal. 91.

Untuk pelayanan kesehatan dasar, puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi ujung tombak pembangunan kesehatan dengan 3 fungsi utama, salah satunya adalah sebagai pusat pemberian pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu, dan bermutu kepada masyarakat.³⁰ Sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat, puskesmas memiliki 18 kegiatan pokok, dua kegiatan di antara berkaitan langsung dengan kesehatan reproduksi perempuan yaitu:³¹ (1) Kesehatan ibu dan anak; dan (2) Keluarga Berencana.

³⁰ *Ibid.*, hal. 91.

Dunia (*World Health Organization/WHO*) memberikan definisi bahwa kespro menyangkut proses, fungsi, dan sistem reproduksi pada seluruh tahap kehidupan.¹⁸ Mengacu pada definisi tersebut, Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development/ICPD*) tahun 1994 di Kairo merumuskan kespro sebagai "keadaan sehat dan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial bukan karena ketiadaan penyakit dan kecacatan yang berkaitan dengan fungsi, sistem, dan proses-prosesnya."¹⁹

Indonesia merupakan salah satu negara peserta dalam konferensi ICPD. Konferensi tersebut menghasilkan keputusan yang terdiri atas 10 program kespro, berupa kesehatan primer yang harus diperhatikan oleh semua negara, termasuk Indonesia, antara lain:²⁰

- a. Pelayanan sebelum, semasa kehamilan, dan pascakehamilan;
- b. Pelayanan Keluarga Berencana yang optimal;
- c. Pelayanan aborsi; dan
- d. Pelayanan dan pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang berkaitan dengan kespro.

Di samping 10 program kespro tersebut dalam Deklarasi ICPD juga diakui adanya hak reproduksi perempuan, yaitu:²¹ (a) Hak individu untuk menentukan kapan ia akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, dan berapa lama jarak tiap kelahiran; (b) Hak untuk mendapat pelayanan yang berkaitan dengan fungsi reproduksinya; (c) Hak untuk mendapatkan KIE yang berkaitan dengan hak tersebut; dan (d) Hak melakukan kegiatan seksual tanpa paksaan, diskriminasi, dan kekerasan. Keempat hak reproduksi ini dikukuhkan lagi dalam Deklarasi Beijing Tahun 1995 dalam Pasal 96. Tujuan utama dua kesepakatan internasional tersebut adalah untuk mengurangi AKI dan kesakitan/kecacatan akibat aborsi yang tidak aman.²²

¹⁷ "Jaminan Persalinan Masih Terkendala, Perlu Ada Standar Kompetensi Bidan," *Kompas*, 8 Juli 2011 hal. 13. Sejak Januari 2012, biaya persalinan naik menjadi Rp660.000,-, lihat "Daerah Jangan Potong Dana Bidan," *Media Indonesia*, 16 Mei 2012 halaman 15.

¹⁸ Budi Wahyuni, "Alat Kontrasepsi dan Kesehatan Reproduksi," dalam *Jurnal Perempuan No. 04: Rahim Ini Milik Siapa?* Yayasan Jurnal Perempuan, Agustus – Oktober 1997, hal. 55.

¹⁹ Anita Rahman, "Hukum dan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan: Masalah Aborsi," dalam *Perempuan dan Hukum: Menuju Hukum yang Berperspektif Kesetaraan dan Keadilan*, Sulistyowati Irianto (ed), Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2006, hal. 520.

²⁰ *Ibid.*, hal. 521.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

Masalah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan, termasuk AKI tidak dapat dilepaskan dari berbagai faktor yang mempengaruhinya, antara lain derajat kesehatan ibu dan kesiapan untuk hamil, pemeriksaan antenatal (masa kehamilan), pertolongan persalinan dan perawatan segera setelah persalinan, serta faktor sosial budaya.²³ Dalam konteks Indonesia, terbatasnya akses perempuan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, terutama bagi perempuan miskin di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) merupakan salah satu tantangan yang dihadapi dalam pencapaian MDG 5 Target 5A.²⁴ Penyediaan fasilitas PONEK, PONEK, posyandu, dan unit transfusi darah belum merata dan belum seluruhnya terjangkau oleh seluruh penduduk. Sistem rujukan dari rumah ke puskesmas dan ke rumah sakit juga belum berjalan dengan optimal. Faktor lain yang mempengaruhi tingginya AKI adalah akses jalan yang buruk ke tempat pelayanan kesehatan.²⁵ Hal itu masih ditambah dengan faktor budaya di daerah tertentu.²⁶

Secara lebih rinci, analisis yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) terhadap kaitan antara gender dan kesehatan menunjukkan adanya berbagai faktor yang berdampak terhadap status kesehatan perempuan, yaitu:²⁷

- a. Perbedaan biologis, meliputi: (1) anatomis; (2) fisiologis; (3) genetik; dan (4) sistem imunitas.
- b. Perbedaan sosial budaya, meliputi: (1) peran dan tanggung jawab; (2) norma (adat dan agama); (3) ekspektasi masyarakat/keluarga; dan (4) identitas subjektif.
- c. Akses dan kontrol terhadap sumber daya, meliputi: (1) ekonomi; (2) sosial; (3) politik; (4) ketersediaan dan kualitas informasi dan edukasi tentang kesehatan reproduksi; (5) ketersediaan waktu untuk berpartisipasi dalam program kesehatan; (6) ketersediaan dan kualitas layanan; (7) keterbatasan sumber daya internal; (8) otoritas terhadap

²³ E. Kristi Poerwandari dan Yenina Akmal, "Kondisi Sosial-Budaya Suku Sentani dan Implikasinya pada Kesehatan Reproduksi Perempuan," dalam *Perempuan Indonesia dalam Masyarakat yang Tengah Berubah, 10 Tahun Program Kajian Wanita*, E. Kristi Poerwandari dan Rahayu Surtiati Hidayat (ed), Program Studi Kajian Wanita Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta, 2000 hal. 436.

²⁴ *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, op.cit., hal. 90.

²⁵ "Membangun Sistem non-Diskriminatif," *Swara, Kompas*, op. cit.

²⁶ *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, op.cit.

E. Metode Penelitian

1. Waktu dan Tempat

Penelitian dilaksanakan di Provinsi Kepulauan Riau dan Provinsi Sulawesi Tenggara masing-masing dilaksanakan selama 5 hari (tanggal 26 September s.d. 2 Oktober 2011 untuk Provinsi Kepulauan Riau dan tanggal 24-30 Oktober 2011 untuk Provinsi Sulawesi Tenggara). Provinsi Kepulauan Riau dipilih berdasarkan pertimbangan bahwa provinsi ini memiliki angka pemeriksaan kehamilan oleh dokter kandungan tertinggi di Indonesia, yaitu sebesar 49,5%, lebih tinggi bila dibandingkan dengan Bali (38,8%), DKI Jakarta (37,4%), dan DI Yogyakarta (34,7%). Adapun Provinsi Sulawesi Tenggara dipilih mengingat provinsi ini memiliki angka yang rendah berdasarkan dua indikator, yaitu (1) persalinan oleh tenaga non-kesehatan (dukun) masih melebihi 10%; dan (2) pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan menunjukkan angka terendah di seluruh Indonesia (8,4% menurut versi Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas dan 8,7% menurut versi Kementerian Kesehatan). Selain itu, Sulawesi Tenggara juga menjadi salah satu dari 17 provinsi yang menjadi prioritas peningkatan PONEK dan PONEK dari Kementerian Kesehatan.

2. Teknik Pengumpulan Data

Sesuai dengan pendekatan yang dipakai, yaitu pendekatan kualitatif, data dikumpulkan melalui wawancara terbuka kepada subjek penelitian. Sejalan dengan metode pengumpulan data yang akan digunakan, yaitu wawancara mendalam dan studi dokumen yang relevan dengan topik penelitian, maka peneliti di sini merupakan instrumen utama penelitian. Untuk itu, peneliti melakukan wawancara kepada para pejabat di instansi/Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang menangani bidang pemberdayaan perempuan, bidang Keluarga Berencana, dan bidang kesehatan.

3. Metode Analisis Data

Data yang telah terkumpul melalui serangkaian teknik pengumpulan data di atas dianalisis secara kualitatif. Ada tiga langkah yang dilakukan dalam analisis data kualitatif ini, yaitu: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Reduksi data dilakukan agar data yang berasal dari berbagai sumber itu dapat dipahami. Oleh karena itu dalam reduksi data ini, peneliti berupaya melakukan editing dan kategorisasi data sesuai dengan masalah

dan tujuan yang telah ditetapkan dalam penelitian ini. Setelah dilakukan reduksi data, langkah selanjutnya penyajian data dan penarikan kesimpulan.

II. Hasil Penelitian dan Pembahasan

A. Hasil Penelitian

1. Provinsi Kepulauan Riau

a. Gambaran Umum

Provinsi Kepulauan Riau (Provinsi Kepri) yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2002 merupakan provinsi yang ke-32. Penduduk Provinsi Kepri menurut data BPS pada tahun 2010 berjumlah 1.685.698 orang, terdiri dari 864.333 orang laki-laki dan 821.365 orang perempuan. Adapun laju pertumbuhan penduduk Provinsi Kepri saat ini mencapai 4,99%. Sebagian besar penduduk tinggal di Kota Batam (949.775 orang atau 56,34%). Data ini berbeda dengan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Kepri yang menunjukkan bahwa jumlah penduduk saat ini sudah mencapai 1.811.856 jiwa.³²

Kebijakan pembangunan kesehatan di Provinsi Kepri dapat dilihat dari visi dan misi Dinkes Provinsi Kepri sebagai satuan kerja perangkat daerah (SKPD) yang menangani bidang kesehatan. Visi Dinkes Provinsi Kepri adalah "Terwujudnya Kepulauan Riau Sehat Sejahtera yang Mandiri dan Berkeadilan."³³ Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 dan RPJMD Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2011 – 2015 maka ditetapkan 3 (tiga) misi Dinkes Provinsi Kepri. Dua misi di antaranya berkaitan langsung dengan kesehatan reproduksi perempuan yaitu:³⁴

- 1) Meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau dan berkeadilan.
- 2) Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia (SDM) kesehatan serta sarana dan prasarana kesehatan.

³¹ *Ibid.*, hal. 92.

³² Wawancara dengan Amran Halim, narasumber di Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau tanggal 27 September 2011.

³³ <http://www.dinkesprovkepri.org/profil/visi-dan-misi>, diakses tanggal 20 Desember 2011.

³⁴ <http://www.dinkesprovkepri.org/profil/visi-dan-misi>, *ibid.*

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Akses Perempuan terhadap Fasilitas Kesehatan Reproduksi

Kualitas kesehatan perempuan masih menjadi permasalahan yang serius di Provinsi Kepri. Data dari Biro Pemberdayaan Perempuan Provinsi Kepri menunjukkan pada tahun 2008 terdapat 37 orang ibu melahirkan yang meninggal dunia dari 40.660 kelahiran hidup atau sebesar 0,09%.³⁵ Adapun data yang diperoleh dari Dinkes Provinsi Kepri menunjukkan bahwa AKI pada tahun 2011 adalah 26 orang dari 17.722 kelahiran hidup (0,15%).³⁶

Untuk mengurangi AKI, telah dilaksanakan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Data dari Dinkes menunjukkan di seluruh provinsi terdapat 317 desa yang telah melaksanakan P4K yang tersebar di seluruh kabupaten/kota. Selain itu, terdapat 3 unit Rumah Tunggu (sebagai tempat yang diperuntukkan bagi ibu yang akan melahirkan), masing-masing 2 unit di Kabupaten Bintan dan 1 unit di Kabupaten Kepulauan Anambas.

Ketersediaan fasilitas kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi. Gambaran fasilitas kesehatan bagi perempuan di Provinsi Kepri antara lain dapat dilihat dari jumlah puskesmas dan jumlah tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan dasar. Jumlah puskesmas di seluruh provinsi adalah 59 unit. Di seluruh puskesmas tersebut telah tersedia dokter, namun belum seluruhnya merupakan puskesmas rawat inap dan mampu melakukan PONEC seperti terlihat pada Tabel 3.

Tabel 3
Jumlah Puskesmas menurut Kabupaten/Kota

Kab./Kota	Jumlah Puskesmas (unit)	Jumlah Dokter (orang)	Jumlah Puskesmas Rawat Inap (unit)	Jumlah Puskesmas Mampu PONEC (unit)
Kab. Bintan	12	55	4	4
Kab. Lingga	7	19	2	-
Kab. Karimun	9	92	3	3
Kota Batam	6	45	1	1
Kota Tanjungpinang	6	25	2	2
Kab. Natuna	12	26	4	4
Kab. Kep. Anambas	7	19	3	3
Jumlah	59	281	19	17

sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau, 2011.

³⁵ Rencana Strategis Biro Pemberdayaan Perempuan Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2009-2013.

³⁶ Jawaban tertulis dari Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau, 2011.

Selain dokter, tenaga kesehatan lainnya yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan dasar adalah bidan, tenaga perawat, dan dukun. Jumlah ketiga jenis tenaga kesehatan tersebut jauh lebih banyak dibanding dengan dokter, seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 4
Jumlah Bidan, Tenaga Perawat, dan Dukun
Menurut Kabupaten/Kota

Kabupaten/Kota	Jumlah Bidan (orang)	Jumlah Tenaga Perawat (orang)	Jumlah Dukun (orang)
Kab. Bintan	127	4	4
Kab. Lingga	110	2	-
Kab. Karimun	78	3	3
Kota Batam	75	1	1
Kota Tanjungpinang	78	2	2
Kab. Natuna	74	4	4
Kab.Kep. Anambas	66	3	3
Jumlah	808	19	17

sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau, 2011.

c. Kendala Perempuan untuk Mendapatkan Akses Kesehatan Reproduksi yang Berkualitas

Menurut Amran Halim, narasumber dari Dinkes Provinsi Kepri, terdapat 3 kendala yang dihadapi perempuan dalam mendapatkan akses kesehatan reproduksi yang berkualitas, yaitu:³⁷

1) Sarana dan Prasarana Kesehatan

Masih terbatasnya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang ada, termasuk alat-alat kesehatan menyebabkan pelayanan kesehatan yang diberikan, termasuk pelayanan kesehatan reproduksi perempuan menjadi tidak maksimal. Terbatasnya peralatan kesehatan, terutama di daerah terpencil, telah menyebabkan kesulitan tenaga kesehatan dalam melakukan deteksi dini terhadap ibu yang memiliki resiko 3 terlambat, yaitu: (a) terlambat mengambil keputusan; (b) terlambat membawa ke fasilitas kesehatan; dan (c) terlambat memberikan pertolongan.

³⁷ Ibid.

2) Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

Kendala lain adalah terbatasnya jumlah SDM kesehatan dan belum meratanya penyebaran SDM kesehatan yang ada, sehingga pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan reproduksi perempuan, belum dapat menjangkau seluruh anggota masyarakat yang membutuhkan, termasuk perempuan.

3) Transportasi

Sebagai sebuah provinsi kepulauan, dengan jumlah pulau yang cukup banyak (2.408 pulau besar dan kecil),³⁸ provinsi ini menghadapi kendala yang disebabkan oleh faktor geografis, terutama masalah transportasi. Masih ada wilayah tertentu yang sulit dijangkau oleh petugas kesehatan. Bagi perempuan, hal ini tentu menghambat akses dalam mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Untuk mengatasi kendala ini, pada tahun 2007, dengan menggunakan dana APBD Tahun 2007, Pemerintah Provinsi Kepri mulai mendirikan Puskesmas Laut yang diperuntukkan bagi Kabupaten Natuna dan Kabupaten Karimun. Puskesmas Laut ini berupa sebuah kapal sehingga memiliki mobilitas lebih tinggi dalam melayani kebutuhan masyarakat di wilayah-wilayah yang relatif terpencil dan sulit untuk dijangkau yang memerlukan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan reproduksi perempuan.

4) Faktor Budaya

Sebagaimana di berbagai daerah lain di Indonesia, faktor budaya sangat mempengaruhi akses perempuan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi. Masih ada beberapa kepercayaan masyarakat setempat, terutama di daerah pedesaan, yang menjadi kendala sehingga perempuan tidak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Sebagai contoh, masih kuatnya budaya patriarki menyebabkan perempuan tidak memiliki kekuasaan dalam pengambilan keputusan terkait dengan hak reproduksinya, karena keputusan ada di tangan pihak laki-laki (suami atau mertua), misalnya keputusan untuk melahirkan di mana (rumah, puskesmas, klinik bersalin, atau rumah sakit), siapa tenaga kesehatan yang dipilih (dukun, bidan, dokter, atau dokter kandungan) dan kapan ibu yang akan melahirkan dibawa ke fasilitas kesehatan. Keterlambatan dalam pengambilan keputusan ini dapat berakibat pada

³⁸ "Gambaran Umum Provinsi Kepulauan Riau," http://www.kepriprov.go.id/web/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=57, diakses 23 April 2012.

keterlambatan penanganan terhadap ibu yang akan melahirkan sehingga dapat menyebabkan kematian.

Khusus terkait dengan akses perempuan terhadap Program KB, terdapat beberapa kendala yang dihadapi dalam meningkatkan kepesertaan ber-KB, yaitu:³⁹

- 1) Kurangnya dukungan anggaran dari beberapa pemerintah daerah tingkat kabupaten/kota untuk mendukung program KB. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya anggaran yang diberikan untuk Program KB; dan
- 2) Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) sebagai ujung tombak pelaksanaan Program KB di kabupaten/kota se-provinsi Kepulauan Riau masih berstatus tenaga honor dan perbantuan dari pemerintah daerah provinsi.

2. Provinsi Sulawesi Tenggara

a. Gambaran Umum

Penduduk Provinsi Sulawesi Tenggara (Provinsi Sultra) menurut data dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Provinsi Sultra hasil Sensus Penduduk Tahun 2010 berjumlah 2.230.569 jiwa, terdiri dari 1.120.225 orang laki-laki dan 1.110.344 orang perempuan.⁴⁰ Tingkat pertumbuhan penduduk mencapai 2,07%. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2008-2013, Bab VII mengenai Agenda Pengembangan Sumber Daya Manusia, dipaparkan beberapa permasalahan pokok yang dihadapi di bidang kesehatan. Dari 12 permasalahan, 5 di antaranya berkaitan dengan masalah akses pelayanan kesehatan dan reproduksi perempuan, yaitu:⁴¹

- 1) Masih rendahnya akses dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin, baik yang berada di daerah perkotaan maupun daerah terpencil;
- 2) Masih tingginya angka kematian bayi (AKB), angka kematian balita (AKABA) dan angka kematian ibu melahirkan (AKI);

³⁹ Jawaban tertulis dari Dina Mariana, pejabat BKKBN Provinsi Kepulauan Riau yang diterima pada tanggal 6 Oktober 2011.

⁴⁰ Wawancara dengan Mustakim, pejabat BKKBN Provinsi Sultra tanggal 29 Oktober 2011 di Kantor BKKBN Perwakilan Provinsi Sultra.

⁴¹ *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2008-2013.*

- 3) Masih tingginya prevalensi gizi kurang dan gizi buruk, serta ibu hamil Kurang Energi Kalori (KEK);
- 4) Rendahnya pelayanan KB dan alat kontrasepsi bagi masyarakat miskin;
- 5) Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) belum mendapat perhatian yang cukup dari pemerintah padahal kasus semakin bertambah.

Untuk mengatasi permasalahan di bidang kesehatan, disusun kebijakan umum yang meliputi 14 poin. Dari 14 poin tersebut, 6 poin di antaranya bertujuan untuk mengatasi permasalahan yang berkaitan dengan akses pelayanan kesehatan dan reproduksi perempuan, yaitu:⁴²

- 1) Peningkatan akses dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kurang mampu baik di daerah perkotaan maupun di daerah terpencil melalui program upaya kesehatan berbasis perorangan;
- 2) Peningkatan pelayanan kesehatan dasar melalui program pelayanan kesehatan ibu dan anak dan pelayanan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- 3) Peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan rumah sakit melalui penambahan kapasitas tempat tidur dan peralatan medis dan nonmedis serta penyediaan pelayanan yang terakreditasi;
- 4) Peningkatan status gizi masyarakat melalui upaya menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk, KEK Bumil serta pengembangan peran serta masyarakat dalam gerakan keluarga sadar gizi;
- 5) Peningkatan kualitas manajemen pelayanan kesehatan melalui standardisasi pelayanan kesehatan serta sertifikasi sarana kesehatan maupun tenaga kesehatan; dan
- 6) Meningkatkan jangkauan pelayanan KB dan alat kontrasepsi bagi masyarakat miskin melalui program P2TP2A.

Mengacu kepada kebijakan umum tersebut, maka ditetapkan 26 sasaran di bidang kesehatan, 4 sasaran di antaranya berkaitan dengan akses pelayanan kesehatan dan reproduksi perempuan, yaitu:⁴³

- 1) Meningkatnya cakupan kunjungan ibu hamil (K4) menjadi 95% serta cakupan ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk menjadi 100%;
- 2) Meningkatkan akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus mencapai 80%;

⁴² *Ibid.*

- 3) Menurunkan prevalensi anemia bumil menurun dari 56,5% menjadi 40,1%;
- 4) Meningkatkan Persentasi Posyandu Mandiri menjadi 40%;

Berdasarkan sasaran tersebut, kemudian disusun berbagai program di bidang kesehatan, baik yang dibiayai oleh APBD maupun APBN. Program yang berkaitan langsung dengan akses pelayanan kesehatan dan reproduksi perempuan yang dibiayai dengan dana APBD antara lain:⁴⁴

- 1) Program Upaya Kesehatan Reproduksi;
- 2) Program Pengembangan Pelayanan PONED di Pusat Pelayanan Kesehatan;
- 3) Program Pengembangan Pelayanan PONEK di Rumah Sakit Kabupaten/ Kota;
- 4) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Rujukan RS di Kabupaten/ Kota;
- 5) Program Peningkatan Jaminan Pembiayaan Kesehatan Masyarakat;
- 6) Program Penyediaan Pelayanan KB bagi Masyarakat Miskin; dan
- 7) Program Pelayanan Alat Kontrasepsi.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Akses Perempuan terhadap Fasilitas Kesehatan Reproduksi

Berdasarkan data Riskesdas 2010, Provinsi Sultra merupakan salah satu provinsi dengan persentase pemeriksaan kehamilan ke dukun (bukan tenaga kesehatan) lebih dari 10%, bersama dengan Provinsi Jambi dan Kalimantan Tengah.⁴⁵ Provinsi Sultra juga merupakan provinsi dengan persentase terendah dalam persalinan di fasilitas kesehatan, yaitu sebesar 8,7%.⁴⁶ Selain itu, provinsi ini juga termasuk ke dalam satu dari 17 provinsi dengan angka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di bawah rata-rata nasional (kurang dari 77,37).⁴⁷

Gambaran mengenai fasilitas kesehatan bagi perempuan di Provinsi Sultra antara lain dapat dilihat dari jumlah puskesmas dan jumlah tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan dasar. Jumlah puskesmas di seluruh provinsi adalah 238 unit. Dari jumlah tersebut, baru

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Riset Kesehatan Dasar 2010, op.cit.*, hal 126.

⁴⁶ *Ibid.*, hal. 246.

⁴⁷ "32 Tindakan untuk Capai MDG Ditetapkan," *Kompas*, tanggal 22 April 2010 hal. 12.

220 unit puskesmas yang memiliki dokter. Penyebaran puskesmas dan dokter di kabupaten/kota dapat dilihat pada Tabel 5. Dari seluruh puskesmas yang terdapat di Provinsi Sultra, belum seluruhnya merupakan puskesmas rawat inap dan mampu melakukan PONED seperti terlihat dalam Tabel 5.

Tabel 5
Jumlah Puskesmas menurut Kabupaten/Kota

Kab./Kota	Jumlah Puskesmas (unit)	Jumlah Dokter (orang)	Jumlah Puskesmas Rawat Inap (unit)	Jumlah Puskesmas Mampu PONED (unit)
Kab. Buton	30	35	8	3
Kab. Muna	35	0	7	4
Kab. Konawe	29	23	5	2
Kab. Kolaka	21	21	3	4
Kab. Kolaka Utara	15	18	3	2
Kab. Wakatobi	19	15	6	3
Kab. Konawe Selatan	22	23	9	5
Kab. Bombana	21	22	7	3
Kota Kendari	14	24	4	4
Kota Bau-bau	14	17	3	3
Kab. Konawe Utara	12	12	0	1
Kab. Buton Utara	6	10	1	1
Jumlah	238	220	57	55

sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, 2011.

Selain dokter, tenaga kesehatan lainnya yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan dasar adalah bidan, tenaga perawat, dan dukun. Jumlah ketiga jenis tenaga kesehatan tersebut jauh lebih banyak dibanding dengan dokter, seperti terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 6
Jumlah Bidan, Tenaga Perawat, dan Dukun
Menurut Kabupaten/Kota

Kabupaten/Kota	Jumlah Bidan (orang)	Jumlah Tenaga Perawat (orang)	Jumlah Dukun (orang)
Kab. Buton	143	-	217
Kab. Muna	187	1.620	3.349
Kab. Konawe	151	238	400
Kab. Kolaka	154	238	364
Kab. Kolaka Utara	114	193	168
Kab. Wakatobi	77	-	198
Kab. Konawe Selatan	156	169	492
Kab. Bombana	70	136	264
Kota Kendari	108	154	120
Kota Bau-bau	72	131	223
Kab. Konawe Utara	81	77	170
Kab. Buton Utara	49	103	123
Jumlah	1.362	3.059	6.088

sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, 2011.

c. Kendala Perempuan untuk Mendapatkan Akses Kesehatan Reproduksi yang Berkualitas

Akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari permasalahan perempuan dan kesetaraan gender secara umum dan permasalahan kesehatan secara khusus. Dari wawancara dengan Ibu Wa Ode Muslihatun, Kepala Subbagian Perencanaan BPPKB Provinsi Sultra dan Anggota *Focal Point Gender* Provinsi Sultra, diperoleh gambaran mengenai permasalahan perempuan dan kesetaraan gender serta permasalahan kesehatan di Kota Bau-bau, sebagai salah satu wilayah di Provinsi Sultra. Permasalahan yang dihadapi oleh kota ini sedikit banyak mencerminkan permasalahan yang dihadapi oleh Prov. Sultra.

Terdapat dua permasalahan perempuan dan kesetaraan gender di Kota Bau-bau, yaitu:⁴⁸

- 1) Adanya kesenjangan pencapaian pembangunan antara perempuan dan laki-laki, yang dibuktikan dengan adanya kesenjangan nilai Indeks Pembangunan Gender (IPG), pendidikan, dan kesehatan;

⁴⁸ Wawancara dengan Wa Ode Muslihatun, Kepala Subbagian Perencanaan BPPKB Provinsi Sultra dan Anggota *Focal Point Gender* Provinsi Sultra tanggal 25 Oktober 2011 di Kantor BPPKB Provinsi Sultra.

- 2) Rendahnya kualitas hidup dan peran/partisipasi perempuan pada hampir semua sektor pembangunan.

Adapun permasalahan kesehatan yang menonjol adalah:⁴⁹

- 1) kasus kesehatan (kematian dan resiko tinggi, baik ibu maupun anak);
- 2) kasus gizi buruk/kurang;
- 3) kasus penyakit menular;
- 4) rendahnya cakupan imunisasi anak (24,8%, nasional: 80%);
- 5) Ketersediaan tenaga medis/kesehatan terlatih;
- 6) Dukungan peralatan kesehatan;
- 7) Faktor budaya setempat (kontrol ibu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tidak ada);
- 8) Kemampuan ekonomi untuk mengakses pelayanan (pasien dan perawat pendamping);
- 9) Pasangan Usia Subur (PUS) sebagai peserta Program KB.

Masalah kesehatan tersebut disebabkan oleh berbagai faktor, baik yang bersifat internal maupun eksternal. Faktor internal meliputi:⁵⁰

- 1) Sumber daya manusia (SDM), baik pendidikan maupun keterampilan;
- 2) Distribusi SDM, baik menyangkut jumlah maupun jenis keterampilan;
- 3) Fasilitas kesehatan yang belum memadai;
- 4) Terbatasnya dukungan dana pelayanan (obat dan peralatan).

Sedangkan faktor eksternal meliputi:⁵¹

- 1) peran keluarga;
- 2) pemahaman masyarakat terhadap masalah kesehatan;
- 3) kebiasaan masyarakat yang lebih memilih dukun untuk mendapatkan pengobatan;
- 4) kepedulian aparat pemerintah desa/RT;
- 5) keterlibatan *stake holder*.

Dalam Rencana Strategis (Renstra) Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) Provinsi Sultra Tahun 2009-2013, Bab III mengenai Gambaran Umum dan Kondisi Daerah, dipaparkan bahwa

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ *Ibid.*

kesehatan reproduksi masih menjadi satu masalah yang dihadapi oleh Pemerintah Provinsi Sultra. Beberapa permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi tersebut antara lain:⁵²

- 1) Rendahnya kesadaran masyarakat tentang penundaan usia perkawinan dan masalah kesehatan reproduksi remaja;
- 2) Rendahnya pelayanan KB bagi masyarakat miskin;
- 3) Rendahnya peran serta masyarakat dalam kesehatan reproduksi;
- 4) Kurang berkembangnya kesehatan reproduksi remaja;
- 5) Rendahnya promosi kesehatan ibu dan anak; dan
- 6) Rendahnya Pemahaman Model Operasional Pengembangan KB dan PAUD.

Terkait dengan pelaksanaan Program KB, tingkat *unmet need* di Provinsi Sultra cukup bervariasi, mulai dari 1,24 (Kab. Konawe Utara) hingga 9,08 (Kab. Kolaka).⁵³ Pelaksanaan Program KB juga masih menemui berbagai kendala, antara lain:⁵⁴

- 1) Jadwal kegiatan yang telah disusun tidak didukung oleh dana yang memadai;
- 2) Lokasi pelayanan KB yang sulit dijangkau oleh Tim Pelayanan KB.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi kendala dalam pelaksanaan Program KB adalah:⁵⁵

- 1) Pelayanan Tim Keluarga Berencana Keliling (TKBK) ke kabupaten/kota;
- 2) Pelayanan KB *unmet need* (intervensi);
- 3) Mendukung kegiatan TNI KB Kesehatan, Manunggal KB Kesehatan, dan PKK KB Kesehatan (kegiatan pelayanan KB);
- 4) Pembinaan KB *mobile* di wilayah dan sasaran khusus;
- 5) Pelayanan KB di wilayah Galcitas.

⁵² Rencana Strategis Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009-2013.

⁵³ Data tertulis dari Kantor BKKBN Provinsi Sulawesi Tenggara, 2011.

⁵⁴ Wawancara dengan Mustakim, pejabat BKKBN Provinsi Sultra tanggal 29 Oktober 2011 di Kantor BKKBN Provinsi Sultra.

B. Pembahasan

a. Faktor yang mempengaruhi akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi

Hak perempuan atas kesehatan reproduksi dijamin dalam Pasal 12 Konvensi CEDAW. Konvensi ini telah diratifikasi dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita pada tanggal 24 Juli 1984. Namun demikian, hingga hampir 28 tahun sejak konvensi ini diratifikasi, akses perempuan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi masih relatif rendah. Hal ini dapat dilihat dari beberapa indikator yang merupakan temuan di dua daerah yang diteliti.

Sebagaimana diuraikan pada bagian sebelumnya, terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan perempuan, yaitu:⁵⁶ (1) perbedaan biologis; (2) perbedaan sosial budaya; dan (3) Akses dan kontrol terhadap sumber daya. Akses dan kontrol terhadap sumber daya sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan perempuan terdiri dari 9 unsur atau komponen seperti telah dipaparkan pada bagian terdahulu.⁵⁷ Dari 9 unsur tersebut, beberapa di antaranya sesuai dengan temuan di dua daerah yang diteliti. Faktor politik, sebagai salah satu unsur yang berperan dalam menentukan akses dan kontrol terhadap sumber daya dapat dilihat dari kebijakan yang diambil oleh kedua provinsi dalam bidang kesehatan. Salah satu misi Dinkes Provinsi Kepri adalah meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau dan berkeadilan. Demikian pula dengan RPJMD Provinsi Sultra di bidang kesehatan, yang telah memperhitungkan masalah akses dan kesehatan reproduksi, termasuk reproduksi perempuan dalam menetapkan tujuan, sasaran, dan program pembangunan bidang kesehatan.

Unsur lain yang penting yang berperan dalam menentukan akses dan sumber daya adalah ketersediaan layanan. Dari aspek ini, pelayanan sebelum, semasa kehamilan, dan pascakehamilan sebagai salah satu poin penting dalam 10 program kespro belum dapat dilaksanakan secara maksimal di dua daerah yang diteliti. Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi yang tidak dapat

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ World Health Organization (WHO), "Gender Analysis in Health".2005, sebagaimana dikutip oleh Atashendartini Habsjah, "Kesehatan Perempuan: Perspektif Feminis" dalam *Jurnal Perempuan*. No.61: Pendidikan, Media dan Gender. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan. Desember 2008, hal 25.

dilepaskan dari kondisi fasilitas kesehatan secara keseluruhan. Faktor yang cukup penting dalam penyediaan fasilitas kesehatan adalah masih terbatasnya jumlah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan dasar.

Puskesmas sebagai salah satu ujung tombak pelayanan kesehatan dasar memang sudah tersedia. Keberadaan puskesmas sangat penting mengingat salah satu dari 18 kegiatan pokok puskesmas adalah kesehatan ibu dan anak.⁵⁸ Terkait dengan kesehatan reproduksi, jumlah puskesmas yang mampu melakukan PONEK dan PONEK menjadi salah satu penentu kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada perempuan yang hamil dan melahirkan. Dari seluruh puskesmas yang terdapat di Provinsi Kepri, belum seluruhnya merupakan puskesmas rawat inap dan mampu melakukan PONEK. Dari 59 unit puskesmas yang ada di provinsi ini, baru 17 unit puskesmas yang mampu melakukan PONEK, atau sebesar 28,8%. Demikian pula di Provinsi Sultra. Dari 238 unit puskesmas, baru 35 unit puskesmas yang mampu melakukan PONEK atau sebesar 14,7%.

Selain jumlah, penyebaran puskesmas juga sangat menentukan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar tersebut. Dari data yang diperoleh di dua provinsi, terlihat bahwa penyebaran puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar belum merata. Terlebih di Provinsi Kepri, yang secara geografis terdiri dari lebih dari dua ribu pulau, sehingga di wilayah-wilayah tertentu sulit dijangkau oleh petugas kesehatan. Untuk itu, terobosan yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi Kepri dengan Puskesmas Laut patut diapresiasi dan dapat dijadikan contoh bagi provinsi lain yang memiliki wilayah kepulauan, karena upaya ini dapat memperpendek jarak antara petugas kesehatan dengan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Menurut data Riskesdas 2010, Provinsi Kepri memiliki angka pemeriksaan kehamilan oleh dokter kandungan tertinggi di Indonesia, yaitu sebesar 49,5%, lebih tinggi bila dibandingkan dengan Bali (38,8%), DKI Jakarta (37,4%), dan DI Yogyakarta (34,7%).⁵⁹ Akan tetapi ketika hal ini dikonfirmasi kepada narasumber di Dinkes Provinsi Kepri, dinyatakan bahwa persentase yang tinggi tersebut kemungkinan besar diperoleh karena yang menjadi sampel Riskesdas 2010 adalah Kota Batam.⁶⁰ Dibanding dengan kota Tanjungpinang dan kabupaten lain yang ada di wilayah Provinsi Kepri, cakupan ANC di kota ini memang paling tinggi, mencapai lebih dari 70%.⁶¹

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Aris Arif Mundayat, dkk, *op.cit.*, hal. 92.

⁵⁹ *Riset Kesehatan Dasar 2010, op.cit.*, hal. 219.

⁶⁰ Wawancara dengan Amran Halim, narasumber di Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau tanggal 27 September 2011.

⁶¹ *Ibid.*

b. Kendala perempuan untuk mendapatkan akses kesehatan reproduksi yang berkualitas

Dari temuan lapangan, terdapat beberapa kendala perempuan untuk mendapatkan akses kesehatan reproduksi yang berkualitas. Di Provinsi Kepri kendala tersebut meliputi sarana dan prasarana kesehatan, SDM Kesehatan, transportasi, dan faktor budaya. Sedangkan di Provinsi Sultra kendala yang dihadapi meliputi kendala internal dan eksternal. Kendala yang bersifat internal adalah SDM, baik menyangkut jumlah maupun kualitas, fasilitas kesehatan yang belum memadai, serta terbatasnya dukungan dana pelayanan (obat dan peralatan). Sedangkan kendala yang bersifat eksternal adalah peran keluarga, pemahaman masyarakat terhadap masalah kesehatan, kebiasaan masyarakat yang lebih memilih dukun untuk mendapatkan pengobatan, kepedulian aparat pemerintah desa/RT, dan keterlibatan *stake holder*.

Apabila dicermati, maka sebenarnya terdapat beberapa kesamaan kendala yang dihadapi oleh kedua provinsi. Kendala tersebut dapat dikelompokkan ke dalam beberapa kategori, yaitu:

- 1) Fasilitas kesehatan, termasuk sarana dan prasarana kesehatan;
- 2) Tenaga kesehatan/SDM;
- 3) Faktor politik, yaitu peran pemegang kekuasaan; dan
- 4) Faktor budaya.

Fasilitas kesehatan, termasuk sarana dan prasarana kesehatan, merupakan salah satu faktor yang menjadi kendala perempuan untuk mendapatkan akses kesehatan reproduksi yang berkualitas. Berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN), pelayanan kesehatan memiliki hirarki yang terkait dengan komponen atau unsur pelayanan kesehatan, mulai dari tingkat rumah tangga, tingkat masyarakat, hingga tingkat yang lebih tinggi, yaitu Tingkat Pertama (Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling), Tingkat Rujukan Pertama (Rumah Sakit Tingkat Kabupaten) dan Tingkat Rujukan Lebih Tinggi (Rumah Sakit Kelas B atau A). Dalam praktiknya, ketersediaan fasilitas kesehatan, terutama di daerah terpencil, masih sangat terbatas. Hal ini juga terjadi di dua provinsi yang diteliti.

Kendala lainnya terkait dengan faktor SDM, yaitu tenaga kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan di kedua provinsi masih belum memadai, terutama

Kesehatan yang menunjukkan bahwa saat ini 30% dari 9.323 puskesmas yang ada di seluruh Indonesia tidak memiliki dokter.⁶²

Di Provinsi Sultra tenaga penolong persalinan non-medis, yaitu dukun, bahkan masih berperan penting di beberapa wilayah. Demikian pula dengan di Provinsi Kepri. Meskipun dalam Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010 yang diterbitkan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dinyatakan bahwa pemeriksaan kehamilan di provinsi ini sebagian besar dilakukan oleh dokter kandungan, yaitu sebesar 49,5%, namun dalam kenyataan di lapangan tidak demikian. Berdasarkan analisa dari narasumber di Dinas Kesehatan Provinsi Kepri, angka sebesar ini kemungkinan besar diperoleh karena yang menjadi objek survei adalah Kota Batam yang relatif maju bila dibandingkan dengan wilayah lainnya di provinsi ini, sehingga angka sebesar itu tidak mencerminkan kondisi di Provinsi Kepri secara keseluruhan, terutama di wilayah pulau-pulau yang jauh dari ibukota provinsi, seperti Kepulauan Anambas dan Kepulauan Natuna.

Peran pemegang kekuasaan daerah juga menjadi salah satu faktor yang turut menentukan akses perempuan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi, terutama kepedulian aparat pemerintah desa setempat/RT dan keterlibatan *stake holder*. Dan yang terakhir adalah faktor budaya. Dalam perspektif feminis, persoalan kesehatan ibu dan anak merupakan masalah multidimensi yang harus dibedah di hulu. Penyediaan tenaga kesehatan, bidan, dan seluruh sarana kesehatan sangat penting. Akan tetapi pendekatan teknis tersebut berada di hilir yang tidak akan berjalan baik jika hulu persoalan diabaikan. Posisi subordinat ibu hamil dalam relasi kuasa antara suami isteri maupun dengan orangtua dan keluarga besar menyebabkan rendahnya derajat kesehatan ibu dan bayi, khususnya tingginya AKI dan AKB.⁶³

III. Kesimpulan dan Rekomendasi

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dan analisis yang telah dilakukan, dapat disimpulkan beberapa hal berikut: *Pertama*, kebijakan pembangunan kesehatan di Provinsi Kepri dan Provinsi Sultra telah memperhitungkan aspek

⁶² "Belum Semua Terjamin, Tenaga dan Fasilitas Kesehatan Belum Merata," *Kompas*, 24 Mei 2012 halaman 12.

⁶³ "Hulu-Hilir Masalah Kesehatan Ibu," *Kompas*, 5 Agustus 2011, hal. 36.

pelayanan kesehatan dan akses pelayanan kesehatan reproduksi perempuan. Di Provinsi Kepri, hal ini antara lain dapat dilihat dari misi Dinkes Provinsi Kepri, yaitu meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau dan berkeadilan. Di Provinsi Sultra, tujuan, sasaran, dan program pembangunan bidang kesehatan yang terdapat dalam RPJMD juga telah memperhitungkan masalah akses dan kesehatan reproduksi, termasuk reproduksi perempuan.

Kedua, terdapat banyak faktor yang mempengaruhi akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan reproduksi. Salah satu faktor yang penting adalah ketersediaan fasilitas serta sarana dan prasarana kesehatan. Jumlah puskesmas yang mampu melakukan PONEC di Provinsi Kepri maupun Provinsi Sultra masih sangat terbatas. Faktor lainnya adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas dan faktor geografis. Belum semua puskesmas di Provinsi Sultra memiliki dokter. Selain itu, tenaga kesehatan yang ada, terutama dokter belum tersebar secara merata dan masih terkonsentrasi di daerah perkotaan.

Ketiga, mengingat jumlah dokter yang masih terbatas, maka peran bidan sebagai tenaga penolong persalinan lebih besar dibanding dengan dokter, terutama di daerah perdesaan dan daerah terpencil. Bahkan di beberapa wilayah di Provinsi Sultra, jumlah dukun lebih banyak dibandingkan dengan jumlah tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, dan perawat.

Keempat, beberapa kendala yang dihadapi oleh perempuan untuk mendapatkan akses kesehatan reproduksi yang berkualitas dapat dikelompokkan menjadi beberapa kategori, yaitu 1) Fasilitas kesehatan, termasuk sarana dan prasarana kesehatan; 2) Tenaga Kesehatan/SDM; 3) Faktor politik, yaitu peran pemegang kekuasaan; dan 4) Faktor budaya.

B. Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan tersebut dapat direkomendasikan beberapa hal berikut: *pertama*, untuk menurunkan AKI, jumlah puskesmas yang mampu melakukan PONEC perlu ditingkatkan. *Kedua*, cakupan pelayanan kesehatan untuk ibu perlu lebih ditingkatkan terutama pada penolong persalinan oleh tenaga kesehatan untuk ibu yang tinggal di perdesaan yang terpencil. Setiap puskesmas perlu dilengkapi dengan dokter, terutama di beberapa wilayah di Provinsi Sultra dimana peran dukun sebagai tenaga penolong persalinan masih dominan. *Ketiga*, mengingat bidan merupakan penolong persalinan yang utama di daerah perdesaan dan daerah terpencil, maka perlu dipikirkan

insentif yang memadai, sebagai bentuk apresiasi pemerintah kepada bidan. *Keempat*, mengingat di beberapa daerah dukun masih lebih berperan dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya, maka kemitraan bidan dengan dukun perlu lebih ditingkatkan lagi. *Kelima*, di kedua provinsi perlu dilakukan peningkatan atau penambahan pelayanan kesehatan, terutama untuk kelompok penduduk yang terpencil, miskin, dan berpendidikan rendah.

DAFTAR PUSTAKA

Buku:

- Anita Rahman, "Hukum dan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan: Masalah Aborsi," dalam *Perempuan dan Hukum: Menuju Hukum yang Berperspektif Kesetaraan dan Keadilan*, Sulistyowati Irianto (ed), Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2006.
- Aris Arif Mundayat, dkk, *Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 Sulit Dicapai*. Jakarta: Women Research Institute, 2010.
- Atashendartini Habsjah, "Kesehatan Perempuan: Perspektif Feminis" dalam *Jurnal Perempuan*. No.61: Pendidikan, Media dan Gender. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan. Desember 2008.
- Budi Wahyuni, "Alat Kontrasepsi dan Kesehatan Reproduksi," dalam *Jurnal Perempuan No.04: Rahim Ini Milik Siapa?* Yayasan Jurnal Perempuan: Agustus – Oktober 1997.
- Firman Lubis, "Ibu Omas dan Gerakan Kesehatan Reproduksi di Tanah Air," dalam *Benih Bertumbuh, Kumpulan Karangan untuk Prof. Tapi Omas Ihromi*, Sita van Bemmelen, Atashendartini Habsjah, Lugina Setyawati (ed), Yogyakarta: Yayasan Galang, 2000.
- E. Kristi Poerwandari dan Yenina Akmal, Kondisi Sosial-Budaya Suku Sentani dan Implikasinya pada Kesehatan Reproduksi Perempuan, dalam *Perempuan Indonesia dalam Masyarakat yang Tengah Berubah, 10 Tahun Program Kajian Wanita*, E. Kristi Poerwandari dan Rahayu Surtiati Hidayat (ed), , Jakarta: Program Studi Kajian Wanita Program Pascasarjana Universitas Indonesia, 2000.
- Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Tahun 2010.
- Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2008-2013*.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.
- Sulawesi Tenggara in Figures 2011*.
- Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita.

Surat Kabar:

"Hari Ibu, Momentum Percepatan Pencapaian MDGs 2015," *Suara Pembaruan*, tanggal 27 Desember 2009.

"32 Tindakan untuk Capai MDG Ditetapkan," *Kompas*, tanggal 22 April 2010.

"Sebanyak 22 Kabupaten Belum Merespons," *Kompas*, 22 Juni 2011.

"Membangun Sistem non-Diskriminatif," *Suara, Kompas*, tanggal 25 Juni 2011.

"Jaminan Persalinan Masih Terkendala, Perlu Ada Standar Kompetensi Bidan," *Kompas*, 8 Juli 2011.

"Jumlah Bidan Desa Minim," *Media Indonesia*, 8 Juli 2011.

"Hulu-Hilir Masalah Kesehatan Ibu," *Kompas*, 5 Agustus 2011.

"Transformasi Tiada Henti," *Kompas*, 20 April 2012.

"Daerah Jangan Potong Dana Bidan," *Media Indonesia*, 16 Mei 2012.

"Belum Semua Terjamin, Tenaga dan Fasilitas Kesehatan Belum Merata," *Kompas*, 24 Mei 2012.

Situs Internet:

"Gambaran Umum Provinsi Kepulauan Riau," <http://www.dinkesprovkepri.org/profil/visi-dan-misi>, diakses tanggal 2 Mei 2011.
Wawancara dengan Amran Halim, narasumber di Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau tanggal 27 September 2011.