

PRAKARSA *Policy Review*

Oktober 2013

Angka Kematian Ibu (AKI) Melonjak, Indonesia Mundur 15 Tahun

Laju Penurunan Kematian Ibu di Indonesia terburuk dari Negara – negara Miskin di Asia

Poin Penting:

- Terjadi peningkatan signifikan AKI dari 228 (tahun 2007) menjadi 359 (tahun 2012) per 100.000 kelahiran hidup
- Melonjaknya AKI memperlihatkan lemahnya sistem kesehatan ibu dan reproduksi, sertakurang efektifnya program Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB)
- Anggaran kesehatan ibu dan reproduksi perlu dinaikkan, perbaikan sistem KKB dan penguatan peran daerah sangat mendesak dilakukan

Penanggungjawab Pelaksana:
Setyo Budiantoro, MA

Direktur Eksekutif Perkumpulan PrakarSA

Panel Ahli dan Research Associate:

- Prof. Dr. Sri-Edi Swasono
- Prof. Dr. Hasbullah Thabrany
- Prof. Dr. A. Erani Yustika
- Dr. Bambang Ismawan (c)
- Dr. B. Herry Priyono
- Dr. Edi Suharto
- Dr. A. Prasetyantoko
- Dr. Poppy Ismalina
- Dr. I. Praptoraharjo
- Dr. Zulfan Tadjoeidin
- Dr. Sutoro Eko (c)
- Dr. Ari Sujito (c)
- Dr. Berly Martawardaya (c)

PRAKARSA *Policy Review* adalah analisis dan rekomendasi kebijakan independen tentang berbagai hal krusial yang berkaitan dengan pembangunan dan kesejahteraan.

Setelah cukup lama publikasi hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 untuk Angka Kematian Ibu (AKI) diundur pemerintah, akhirnya hasil capaian AKI diumumkan. Hasilnya sangat mengejutkan. Kematian Ibu melonjak sangat signifikan menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup atau mengembalikan pada kondisi tahun 1997. Ini berarti kesehatan ibu justru mengalami kemunduran selama 15 tahun. Pada tahun 2007, AKI di Indonesia sebenarnya telah mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup¹.

Sungguh mengesankan, AKI yang sangat tinggi itu artinya Indonesia bahkan jauh lebih buruk dari negara-negara paling miskin di Asia, seperti Timor Leste, Myanmar, Bangladesh dan Kamboja. Indonesia kini telah berpredikat terbelakang di Asia dalam melindungi kesehatan Ibu. Darurat kematian ibu ini harus diakhiri dengan keseriusan perbaikan kebijakan, anggaran dan tindakan segera.

Kemunduran yang Menyedihkan

Sungguh ironis pembangunan sektor kesehatan di Indonesia saat ini. Dua dekade yang lalu, Indonesia oleh WHO dianggap sebagai salah satu negara yang sukses dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Tahun 1997, pemerintah mampu menurunkan AKI mencapai 334 per 100.000 kelahiran hidup dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994. Dan terakhir dalam SDKI 2007, AKI Indonesia sudah mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup². Bagi WHO, apa yang dicapai Indonesia untuk mencapai target MDGs dalam aspek kesehatan ibu dan reproduksi merupakan prestasi yang baik.

Indonesia sebelumnya merupakan negara yang agresif melakukan kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sejak WHO meluncurkan *Safe Motherhood Initiative* pada tahun 1987, pemerintah Indonesia langsung merespon agenda WHO dalam kebijakan pembangunan KIA. Indonesia juga merespon cepat inisiatif pembangunan kependudukan global (*International Conference Population and Development/ICPD*) yang pertama kali diadakan di Kairo, Mesir tahun 1994.

Salah satu poin yang menjadi rujukan bagi pemerintah Indonesia adalah mengenai hak remaja untuk memperoleh pelayanan reproduksi termasuk juga mendapatkan pelayanan konseling yang benar. Selama dua dekade 1980 - 2000 Indonesia merupakan negara yang sukses dalam menata program KIA. Tapi saat ini justru sebaliknya.



TEMPO/Dwianto Wibowo

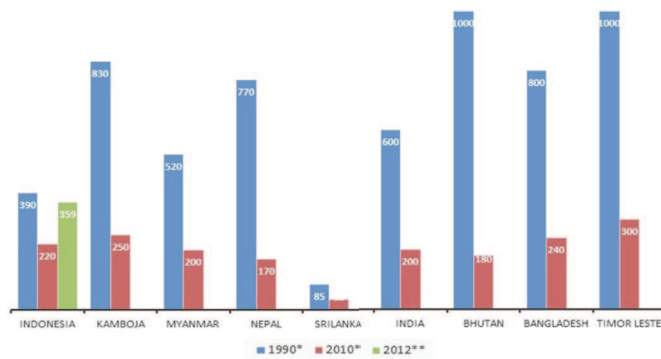
Hasil SDKI 2012 menjadi sebuah pelajaran bagi Indonesia bahwa saat ini negara gagal dalam memberikan perlindungan bagi ibu yang melahirkan. Padahal UUD 1945 memberikan amanat bagi pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik bagi seluruh masyarakat. UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan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

Pemerintah juga diamanatkan untuk menyediakan anggaran kesehatan sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD diluar gaji pegawai sehingga pemerintah bisa secara optimal memberikan pelayanan bagi masyarakat tanpa terbatas oleh alokasi anggaran³. Ini merupakan wujud dari kehadiran negara dalam memberi jaminan perlindungan kesehatan bagi warga negara. Tapi dengan lonjakan AKI yang sangat tinggi ini menunjukkan ada kesalahan kebijakan dalam pengelolaan kesehatan, terutama kesehatan ibu dan reproduksi.

Angka Kematian Ibu di Indonesia terburuk dari Negara – negara Miskin di Asia

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

Gambar 1
Angka Kematian Ibu di beberapa Negara di Kawasan Asia, 1990 – 2012



Keterangan: * Hasil estimasi WHO tahun 1990 dan 2010 dari survey Negara lain⁹
 ** Hasil SDKI 2012
 Sumber: WHO 2013 dan SDKI 2012

Ironisnya dengan data terakhir dari SDKI 2012, terjadi peningkatan AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Bandingkan dengan Kamboja yang sudah mencapai 208 per 100.000 kelahiran hidup, Myanmar sebesar 130 per 100.000 kelahiran hidup, Nepal sebesar 193 per 100.000 kelahiran hidup, India sebesar 150 per 100.000 kelahiran hidup, Bhutan sebesar 250 per 100.000 kelahiran hidup, Bangladesh sebesar 200 per 100.000 kelahiran hidup. Bahkan kini Indonesia sudah tertinggal dengan Timor Leste dalam pencapaian AKI, dimana AKI Timor Leste mencapai 300 per 100.000 kelahiran hidup⁴.

Bila melihat target MDGs 2015 untuk AKI, target Indonesia adalah menurunkan AKI mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan posisi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 maka akan sangat sulit bagi pemerintah untuk mencapai target penurunan AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Melonjaknya AKI tidak terlepas dari kegagalan program Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB).

Kegagalan Desain Program Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB)

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

Diluar alasan metodologi dalam SDKI 2012, sebenarnya peningkatan AKI ini sudah lama terdeteksi para peneliti kesehatan. Instrumen ukurnya bisa dimulai dari program KKB. Hasil Sensus Penduduk (SP) 2010 menunjukkan lonjakan pertumbuhan penduduk yang mencapai 1,49%. Tingginya laju pertumbuhan penduduk didorong tingginya *Total Fertility Rate (TFR)* atau angka kelahiran total perempuan usia produktif sebesar 2,7 berdasarkan SDKI 2012. Padahal tahun 2002, Indonesia sudah mencapai TFR sebesar 2,6. Fertilitas remaja (usia 15 – 19 tahun) juga masih tinggi yaitu sebesar 48 kelahiran per 1.000 remaja⁶.

Tekanan dari aspek kependudukan inilah yang berkontribusi mendorong terjadinya peningkatan AKI. Tingginya TFR mendorong

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

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

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

Belajar dari Nepal dan Sri Lanka

Sri Lanka dan Nepal merupakan dua negara di kawasan Asia yang berhasil mencapai target MDGs 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu. Perlu digarisbawahi bahwa baseline kedua negara ini saat MDGs diluncurkan sangat berbeda; Sri Lanka telah berhasil menurunkan angka kematian ibu jauh sebelum tahun 1990, sementara Nepal mencapai keberhasilan yang dramatis dalam satu setengah dekade terakhir. Namun, pendekatan kebijakan dan struktur sistem kesehatan kedua negara ini dapat diadaptasi untuk implementasi di Indonesia⁷.

Tahun 1990, AKI di Sri Lanka sebesar 85 per 100.000 kelahiran hidup dan sekarang AKI di Sri Lanka sudah mencapai 35 per 100.000 kelahiran hidup. Sri Lanka mampu menurunkan setengah dari AKI dalam dua dekade terakhir. Sedangkan Nepal mengalami penurunan yang cukup signifikan yaitu sebesar dua pertiga dari AKI dalam dua dekade terakhir. Tahun 1990, AKI di Nepal sebesar 770 per 100.000 kelahiran hidup dan turun menjadi 170 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012⁸.

Kunci keberhasilan Sri Lanka ada di layanan kesehatan dan proteksi finansial untuk populasi yang rawan bencana kesehatan. Dari awal perkembangan sistem kesehatan negara ini, yaitu mulai dari kemerdekaan di awal abad 19, Sri Lanka menargetkan penyediaan layanan universal termasuk untuk sanitasi dan manajemen penyakit yang lebih luas. Layanan ini juga menitikberatkan pada layanan ibu dan anak sejak awal pengembangannya⁹.

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

Meskipun demikian, angka persalinan oleh tenaga kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan masih terbilang rendah. Lalu kenapa Nepal sukses menurunkan AKI secara signifikan? Suksesnya program KKB yang ditandai oleh meningkatnya persentase pengguna kontrasepsi sampai dua kali lipat dan menurunnya angka fertilitas dari 2,6 menjadi 1,6 dalam 10 tahun terakhir, ini yang menjadi salah satu faktor yang berkontribusi kuat pada penurunan AKI^{10,11}.

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

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

1. Pentingnya merumuskan kebijakan yang memiliki unsur *equity*, artinya kebijakan harus mengandung upaya untuk menyamaratakan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat, semua warga memperoleh kesempatan yang sama dalam hal pelayanan kesehatan. Di samping itu, perlu ada kebijakan yang diarahkan secara khusus kepada warga yang lebih membutuhkan (*affirmative health policy*). Fondasi kebijakan yang pro kesehatan dan pro masyarakat juga harus dibangun dengan peta jalan dan tahapan yang jelas.
2. Nepal dan Sri Lanka menerapkan konsep *evidence-based policy*, yaitu untuk merumuskan kebijakan setelah diperoleh bukti ilmiah yang menunjukkan tingkat daya-guna strategi yang akan dimasukkan ke dalam kebijakan tersebut. *Need assessment* merupakan hal yang mutlak diperlukan sebelum memperkenalkan dan mengimplementasikan strategi-strategi sehingga menjadi lebih tepat guna dan tepat sasaran.
3. Layanan kesehatan primer dibangun dengan mengedepankan upaya kesehatan ibu dan anak, serta untuk mengatasi penyakit-penyakit lain penyebab kematian ibu dan anak seperti malaria dan penyakit menular lainnya.
4. Pentingnya memperkuat kembali program KKB untuk mengontrol kelahiran merupakan salah satu faktor yang berkontribusi pada penurunan AKI. Di Sri Lanka dan Nepal terlihat bahwa di kurun waktu 20 tahun terakhir, penurunan angka fertilitas dan peningkatan pengguna kontrasepsi cukup signifikan, hal ini dapat berpengaruh secara tidak langsung kepada angka kematian ibu.
5. Perlunya mengembangkan sistem surveilans (pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi serta penyebaran data secara sistematis dan berkelanjutan), monitoring dan evaluasi yang memberdayakan peranan masyarakat lokal. Registrasi vital dan penelusuran kematian ibu harus disiapkan sejak awal dan digunakan sebagai alat advokasi. Sistem informasi kesehatan

Tabel 1
Fertilitas menurut Umur dan Wilayah di Indonesia, Tahun 2007 – 2012

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

Keterangan : Angka fertilitas menurut umur ibu per 1.000 wanita
 TFR (Angka fertilitas total per wanita umur 15 – 49)
 GFR (Angka fertilitas umum/jumlah kelahiran dibagi jumlah wanita umur 15 – 44 tahun) per 1.000 wanita
 CBR (Angka fertilitas kasar per 1.000 penduduk)
 Sumber: SDKI 2007 dan 2012

yang dibangun sejak awal terbukti dapat membantu monitoring program melalui data yang berkualitas. Sri Lanka dan Nepal berhasil menerapkan sistem ini.

Daerah sebagai Basis Penurunan AKI

Pada tahun 2001, Indonesia menganut sistem desentralisasi tata kelola pemerintahan. Kesehatan merupakan salah satu bidang yang di desentralisasikan. Desentralisasi kesehatan bertujuan untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, dimana daerah merupakan ujung tombak dalam sistem pelayanan kesehatan. Desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia memiliki dampak baik sekaligus buruk pada pembangunan kesehatan, khususnya pada program penurunan AKI. Desentralisasi memungkinkan propinsi 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, 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 *MDGsAward* pada tahun 2012 dari Kantor Utusan Khusus Presiden RI untuk MDGs.

Kabupaten Takalar berupaya menurunkan Angka Kematian Ibu dengan mengeluarkan Perda No 2 Tahun 2010 tentang Kemitraan Bidan dan Dukun dan telah mencapai nol angka kematian ibu, sehingga menjadi daerah percontohan bagi daerah lain. Sementara itu Kabupaten Kupang, setelah adanya program Revolusi KIA dari pemerintah provinsi NTT tahun 2009, juga telah mengeluarkan Perbup No16 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelayanan Kesehatan untuk Ibu dan Anak¹².

Ada beberapa poin kunci sukses ketiga daerah ini dalam menurunkan AKI. *Pertama*, adanya inovasi kebijakan yang dilakukan oleh

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

Rekomendasi Kebijakan

Dalam konteks menurunkan AKI dan memperbaiki sistem kesehatan ibu dan reproduksi agar target MDGs dapat dicapai maka diperlukan beberapa kebijakan sebagai berikut:

1. Pemerintah perlu meningkatkan anggaran program pembinaan pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi sebesar 3% dari total anggaran sektor kesehatan dalam APBN 2014.

Saat ini dalam kebijakan anggaran kesehatan, program pembinaan pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi hanya mendapatkan anggaran sebesar Rp. 124 Milyar atau sekitar 0,27 % dari total anggaran sektor kesehatan dalam APBN. Angka ini sangat kecil bila dibandingkan dengan permasalahan yang dihadapi saat ini dengan melonjaknya AKI. Pemerintah perlu mengalokasikan anggaran 3% dari total anggaran sektor kesehatan untuk intervensi program sehingga AKI bisa turun menjadi 280 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2014¹³.

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

Kini saatnya pemerintah melakukan perbaikan dalam desain program KKB. Selama ini koordinasi

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

3. Pemerintah pusat perlu mendorong setiap pemerintah daerah untuk membuat Rencana Aksi Daerah (RAD) Penurunan AKI.

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

Ditulis oleh:

Wiko Saputra, Economics and Public Policy Researcher
Perkumpulan Prakarsa

Didukung oleh:



Endnotes

¹Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2013. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. Jakarta: BKKBN.

²Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Profil Kesehatan Indonesia 2012.

³Saputra, Wiko. 2013. APBN Konstitusi Bidang Kesehatan dan Jaminan Sosial Kesehatan 2014. Prakarsa Working Paper/Public Policy/01/2013.

⁴World Health Organization (WHO). 2013. Maternal Mortality Database in World.

⁵WHO menggunakan pendekatan estimasi untuk mendapatkan AKI di setiap negara. Biasanya AKI versi WHO sedikit berbeda dibandingkan hasil SDKI, tapi selisihnya tidak signifikan.

⁶Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2013. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. Jakarta: BKKBN.

⁷Prakarsa. 2013. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak: Pembelajaran dari Nepal dan Sri Lanka. Prakarsa Research Report.

⁸Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2013. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. Jakarta: BKKBN.

⁹Arunathilake, I.M. 2012. Health Changes in Sri Lanka: Benefits of Primary Health Care and Public Health. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 24, 663-671.

¹⁰Bhatta, P., et al. 2012. Nepal Demographic and Health Survey 2011. Kathmandu, Nepal, ICF International Calverton, Maryland, USA.

¹¹Pandey, J.P., Dhakal, M.R., Karki, S., Poudel, P. and Pradhan, M.S. 2013. Maternal and Child Health in Nepal: The Effects of Caste, Ethnicity, and Regional Identity. Further analysis of the 2011 Nepal Demographic and Health Survey, Kathmandu, Nepal, Population Division, Ministry of Health and Population, Government of Nepal.

¹²Prakarsa. 2013. Refleksi Upaya Pencapaian MDGs 4 dan 5 di Daerah menjelang 2015: Studi Kasus Kebijakan Penurunan Kematian Ibu dan Anak Baru Lahir di Kabupaten Pasuruan, Takalar dan Kupang. Prakarsa Research Report.

¹³Prakarsa. 2013. Strategi dan Program Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia. Prakarsa Policy Paper/Public Health/2013.



Perkumpulan Prakarsa

Jl. Rawa Bambu I Blok. A No.8-E
RT 010 RW 06
Kel/Kec. Pasar Minggu - Jakarta
Selatan 12520 Indonesia
Ph. +62-21-7811-798
Fax. +62-21-7811-897
Email: perkumpulan@theprakarsa.org

Perkumpulan Prakarsa adalah institusi independen yang bergerak dalam bidang riset dan produksi pengetahuan, pengembangan kapasitas dan advokasi kebijakan yang berkaitan dengan pembangunan dan kesejahteraan.

Tim Pendukung:

Victoria Faggidae,
Ah Maftuchan, Wiko Saputra,
Luhur Fajar Martha, B. Chelvi
Yuliastuti, Dwi Rani Puspa Artha

Pembaca dipersilahkan mengutip atau mereproduksi **Prakarsa Policy Review** dengan menyebutkan sumber aslinya, asalkan tidak untuk kepentingan komersial. Pandangan tulisan merupakan cerminan pemikiran dari penulis.

Bila Anda ingin berlangganan melalui email atau cetak, silahkan hubungi :
policyreview@theprakarsa.org